

ANNEE 2025

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'État)

Par

(FRERET ARTUS Aurélie)

Né(e) le 17/10/1992 à Mont Saint Aignan

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 JUIN 2025

**Permanence des soins ambulatoires dans l'Eure : Étude descriptive
en 2024 des appels de nuit profonde régulés par le médecin libéral
de garde.**

PRESIDENT DU JURY : Pr. Benoit Veber

MEMBRES DU JURY : Dr. Blandine Billet et Dr. Frédéric Renou

DIRECTEUR DE THESE : Dr. Baptiste Chauvin

ANNEE UNIVERSITAIRE 2024 - 2025

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSEESSEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER (<i>Mise à disposition</i>)	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHO	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales

Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Thomas CLAVIER	HCN	Anesthésie-Réanimation
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Patrice CROCHET	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Sophie DENEUVE	HCN	ORL
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Franck DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Vivien HEBERT	HCN	Dermatologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence

Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>détachement</i>)	HCN	Epidémiologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine vasculaire
M. Benoît MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Mourad OULD SLIMANE	HCN	Chirurgie Orthopédique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Frédéric ROCA	HCN	Médecine Gériatrique
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie

Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Médecine Intensive et Réanimation
Mr Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien THUREAU	CHB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr Dominique VODOVAR	HCN	Médecine Intensive et Réanimation
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mr Kévin CASSINARI	UFR	Biologie cellulaire
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie

Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mme Ivana DABAJ	HCN	Pédiatrie
Mme Charlotte DESPREZ	HCN	Physiologie
Mr Pierre DECAZES	CHB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD (<i>disponibilité</i>)	HCN	Neurochirurgie
Mr Julien GROSJEAN	HCN	Biostatistiques
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Mathilde LECLERCQ	HCN	Médecine interne
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Maud ROTHARMEL	HCN	Psychiatrie Adultes
Mme Mélanie ROUSSEL	HCN	Médecine d'Urgences
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Pierre-Alain THIEBAUT	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Paul BILLOIR (MCU-PH)	Hématologie Biologique
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mr Romain COPPEE	Bio-Informatique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie

Mme Sandrine DAHOT (MCU-PH)	Bactériologie
Mr Thomas DUFLOT (MCU-PH) (Mobilité)	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mr Henri GONDÉ (MCU-PH)	Pharmacotechnie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Guillaume HAMION	Pharmacognosie
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Lou LEGOUEZ	Pharmacologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mr Valentin PLATEL	Pharmacologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES UNIVERSITAIRES (PAU-URN)

Mme Caroline BERTOUX (JORET)	Pharmacie officinale
Mme Caroline BRULIN-COQUIN	DEUST Pharmacie
M. Jean-Charles CALTOT	DEUST Pharmacie
Mme Bérénice COQUEREL	Communication
Mr Stanislas DUNOYER	DEUST Pharmacie
Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Christine HAIMET-LEROY	DEUST Pharmacie
Mme Vinciane LONGUET	Communication
Mme Lucile LOUIN	DEUST Pharmacie
Mme Stéphanie LAMOUREUX	DEUST Pharmacie
Mme Christelle MAINI-SOUDRY	DEUST Pharmacie
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Pierre **BOHN**

Radiopharmacie

M. Mikaël **DAOUPHARS**

Pharmacie

CCU-AH / AHU

M. Eric **BARAT**

Pharmacie

Mme Marine **CAVELIER**

Pharmacie

Mme Marie-Alexandra **STOICA**

Virologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – ODONTOLOGIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Rénata **KOZYRAKI**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Anne-Charlotte **BAS**

MAST

Mme Anne-Sophie **CALVO**

Mme Isabelle **FONTANILLES**

Mr Romain **JACQ**

Mr Benjamin **SOMMAIRE**

PAU-URN

Mme Julie **BEMER**

Mme Héroïse **MARCHE (SOLIGNI)**

Mme Marie **SEVIN**

PAST

Mr Hervé **MOIZAN**

IV – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR UNIVERSITAIRE - MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES UNIVERSITAIRE – MEDECINE GENERALE

Mr Benjamin **SOUDAIS** (MCU-MG) UFR Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINE GENERALE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINE GENERALE

Mme Blandine **BILLET** UFR Médecine Générale

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mme Ségolène **GUILLEMETTE** UFR Médecine Générale

Mr Frédéric **RENOU** UFR Médecine Générale

Mme Charlotte **SIEFRIDT** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES (titulaires)

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Clément MEDRINAL (paramed)	Métiers de rééducation en masso-kinésithérapie
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1096)
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Karelle BENARDAIS	Neurosciences
Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Céline MAHIEU	Sciences maïeutiques
Mr Loïc MARTIN	Sciences Rééducation et Réadaptation
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

PAU-URN

Mme Léopoldine DEHEINZELIN	Orthophonie
Mme Marie-Christel HELLOIN	Orthophonie

Mme Séverine **ROBERT**

Orthophonie

Mme Hélène **LEMAITRE**

Audioprothèse

Enseignant du second degré affectés dans le supérieur (ESAS)

Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL** UFR Anglais

Mme Mathilde **GUERIN** UFR Anglais

Mme Noémie **MARIE LATOUR** UFR Communication

Mme Cécile **POTTIER-LE GUELLEC** UFR Anglais

Mr Thierry **WABLE** UFR Communication

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Benoit Veber, vous avez cru en moi et trouvé les mots pour me motiver à poursuivre mes études de médecine dans un profond moment de doute. Vous m'avez fait l'honneur de participer au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux Docteur Blandine Billet et Docteur Frédéric Renou, pour votre participation à mon jury de thèse.

À mon directeur de thèse, Docteur Baptiste Chauvin. Depuis le groupe de GEP, le stage SASPAS, les remplacements, jusqu'à cette thèse, merci pour tout ce que tu m'as apporté ces cinq dernières années. Tu m'as beaucoup appris tant sur le plan professionnel qu'humain. Merci pour tes conseils, ton soutien et ton écoute.

À mes maitres de stage, Docteur Clémence Verkinder et Docteur Vincent Gleye, merci pour votre bienveillance et votre participation à mon enseignement.

Au Docteur Yveline Sevrin, ton encadrement au cours de mon internat m'a servi à la rédaction de cette thèse et m'aidera à poursuivre mon développement professionnel.

À toute l'équipe ALAUME et plus particulièrement **Saupy**, merci pour votre aide précieuse.

À toute l'équipe du Chêne au Loup ; Yacine, Lucille et Baptiste merci de m'avoir confié vos patients.
À Pascaline assistante médicale hors pair et **Catherine**, merci pour ce que vous m'avez apporté.

Au Docteur Isabelle Cleuet-Lefebvre, merci de me confier tes patients et de me faire confiance pour prendre ton relais.

À John et au service de biostatistique, merci pour votre aide.

À tous les patients, qui ont contribué à façonner le médecin que je suis devenue.

À ma famille,

Papa, maman, Fabien et Chloé, notre relation a pu être tumultueuse, mes années d'études en médecine n'ont pas rendu la tâche aisée. Je me suis éloignée parfois, j'ai persévéré souvent, jusqu'à trouver l'épanouissement. Merci pour votre soutien.

À mon frère Nicolas, tu as fait naître ma vocation.

À mes grands-parents, à tous mes oncles et tantes, cousins et cousines en particulier Cécile, Gilles et Clément merci pour votre soutien.

À Aurélien, mon mari, merci pour ton soutien sans faille et ta patience.

À mes deux merveilles, Clémentine et Mathis.

ABREVIATIONS

ALAUME - Association des médecins libéraux pour l'aide aux urgences médicales de l'Eure

AMU - Aide médicale d'urgence

ARM - Assistant de régulation médicale

ARS - Agence régionale de santé

CRRA - Centre de réception et de régulation des appels

CSP - Code de santé publique

DRC - Dictionnaire des résultats de consultation

DREES - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EOLE - Entente entre Omnipraticiens Libéraux de l'Eure

HAS - Haute Autorité de Santé

MBT - Mon Web Team

ORL - Otorhinolaryngologique

PDSA - Permanence des soins ambulatoires

SAMU - Service d'aide médicale urgente

SAS - Service d'accès aux soins

SASML - Service d'accès aux soins des médecins libéraux

SFMG - Société française de médecine générale

SMUR - Structures mobiles d'urgences et de réanimation

SYPPS - Système pour la permanence de soins

VSAV - Véhicule de secours et d'assistance aux victimes

SOMMAIRE

SERMENT D'HIPPOCRATE	16
REMERCIEMENTS.....	17
ABREVIATIONS	19
I. Contexte	22
1. La permanence des soins ambulatoires	22
2. La régulation médicale	22
3. L'Eure	24
3.1. L'organisation de la PDSA dans l'Eure	24
3.2. Démographie de l'Eure.....	25
4. Évolutions récentes	25
4.1. Le Service d'Accès aux Soins	25
4.2. La régulation de l'accès aux urgences.....	26
5. Objectifs de l'étude	27
5.1. Objectif principal.....	27
5.2. Objectifs secondaires	27
II. Bibliographie.....	28
III. <i>Permanence des soins ambulatoires dans l'Eure : Étude descriptive en 2024 des appels de nuit profonde régulés par le médecin libéral de garde</i>	30
1. Introduction	31
2. Matériels & Méthode	32
2.1. Type d'étude	32
2.2. Population étudiée	32
2.3. Recueil des données	32
2.4. Analyse des données	33
2.5. Aspects éthiques et réglementaires	33
3. Résultats	34
3.1. Nombre de dossiers recueillis	34
3.2. Évolution des appels en 2024	35
3.3. Description de la population	36
3.3.1 Âge et sexe	36
3.3.2 Démographie	37
3.4. Motifs d'appel.....	38
3.4.1. Motifs principaux	38
3.4.2. Motifs principaux par classe d'âge	39
3.4.3. Motifs principaux par sexe	39
3.4.4. Motifs principaux par tranche horaire	40
3.4.5. Motifs principaux par saison.....	40
3.5. Niveau d'urgence et devenir des appels	40
3.5.1. Niveau d'urgence	40
3.5.2. Devenir des appels	41
3.5.3. Répartition des niveaux selon les motifs	41
4. Discussion	42
4.1. Principaux résultats.....	42
4.2. Rappel et discussion des principaux résultats	42

4.2.1. L'activité en nuit profonde	42
4.2.2. Motifs d'appels récurrents.....	42
4.2.3. Variation saisonnière des appels.....	42
4.2.4. Répartition des appels selon l'âge et le sexe	43
4.2.5. Répartition géographique des appels	44
4.2.6. Niveau d'urgence et finalité des appels.....	44
4.2.7. La notion d'urgence ressentie	44
4.2.8. Les limites du DRC	45
4.3. Discussion de la méthode.....	45
4.3.1. Forces de l'étude.....	45
4.3.2. Faiblesses de l'étude.....	46
4.4. Bilan et perspectives.....	47
5. Conclusion.....	49
VI. Liste des figures	50
VII. Liste des tableaux	58
V. Références	59

I. Contexte

1. La permanence des soins ambulatoires

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est une mission de service public qui a pour but de répondre aux besoins de soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture habituels des cabinets médicaux. Elle est assurée par des médecins généralistes volontaire (application de l'article R.6315-4 du Code de santé publique (CSP)) en lien avec les établissements de santé (1). Les principes d'organisation de la PDSA sont arrêtés au niveau régional par l'Agence régionale de santé (ARS). Ce cahier des charges est lui-même décliné au niveau départemental pour s'adapter à la réalité du territoire, des besoins de santé et spécificités locales afin de garantir un système efficient et un accès égal aux soins (1,2).

Avant 2003, en vertu de l'article 77 du code de déontologie médicale, les médecins libéraux assuraient une continuité des soins de jour comme de nuit (3). Lors de l'hiver 2001-2002, les médecins généralistes sont en grève afin de protester contre cette règle devenue trop contraignante au vu de la baisse de démographie médicale et de son vieillissement. En 2003, le rapport Descours propose une nouvelle organisation de la permanence de soins, avec une participation basée sur le volontariat des médecins, une sectorisation du territoire et la mise en place d'une régulation de médecine générale préférentiellement hébergée au sein des centres 15 (2).

La PDSA repose sur la régulation médicale, l'effectif, les structures d'urgences et établissements de santé qui assurent l'Aide médicale d'Urgence (AMU). La régulation médicale des appels est le pivot de la PDSA.

2. La régulation médicale

La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin régulateur. Elle assure une écoute médicale permanente de jour comme de nuit dans un Centre de réception et de régulation de Appels (CRRA). Elle permet, après réception de l'appel par un Assistant de régulation médicale (ARM), puis évaluation par un médecin, de déterminer et de déclencher dans le meilleur délai une réponse adaptée à chaque situation. Elle débute au moment de l'appel et finit à la fin de la prise en charge du patient (1,4).

Lors d'un appel au centre 15 ou 116117, la communication est prise dans un premier temps par un ARM qui a pour rôle de (4) :

- Recevoir et prendre en charge l'appel.
- Renseigner les éléments non médicaux et le motif de recours.
- Répondre aux éventuelles demandes de renseignement d'ordre général et en informer le médecin régulateur.

- Transmettre les informations de façon précise et synthétique au médecin régulateur sans les interpréter.

- Assurer la mise en œuvre et le suivi des décisions notifiées par le médecin régulateur.

- Déclencher une intervention selon un protocole préétabli dans des cas particuliers.

Tous ces éléments lui permettent de donner une priorité à l'appel (5) :

- P0 : Engagement réflexe de ressources par l'ARM suivi d'un acte de régulation médicale prioritaire.

- P1 : Régulation médicale prioritaire

- P2 : Régulation médicale éventuellement temporisée

- P3 : Régulation médicale reportée ou programmée et traitée par un rappel.

Après identification de l'ordre de priorité, les appels classés P0 et P1 relèvent de l'AMU et sont transmis à un régulateur spécialisé en médecine d'urgence. Les appels P2 et P3 relèvent de la PDSA et sont transmis au médecin spécialisé en médecine générale formé à la régulation médicale dans le cadre de la PDSA. Il a pour rôle d'analyser la demande sur la base (4) :

- du motif de recours ;

- du contexte ayant motivé l'appel ;

- des signes et des symptômes décrits et perçus par le patient ;

- des antécédents médicaux, des demandes et des attentes du patient.

Au terme de cette analyse, le médecin régulateur qualifie la demande de soins et, si possible, établit une ou des hypothèses diagnostiques. Sa mission est de donner une réponse adaptée à la situation présentée par le patient. Il peut s'agir d'un conseil médical, d'une prescription écrite, prescription d'un médicament présent dans l'armoire à pharmacie ou adaptation d'un traitement, de l'orientation vers une consultation médicale, d'un transport sanitaire ou de l'intervention d'un effecteur médical (médecin spécialiste de médecine générale de la PDSA, Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Une fois qu'un médecin régulateur prend en charge le dossier, il déclenche les ressources nécessaires et apporte un niveau de réponse (5) :

- R1 : Urgence vitale patente ou latente imposant l'envoi d'un moyen de réanimation : SMUR.

- R2 : Urgence potentielle, nécessitant l'envoi d'un médecin de proximité, d'une ambulance ou d'un Véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) dans un délai adapté contractualisé entre le régulateur, l'effecteur et l'appelant.

- R3 : Recours à la permanence des soins, le délai ne constitue pas un facteur de risque en soi ; une prescription médicamenteuse d'attente peut être proposée.

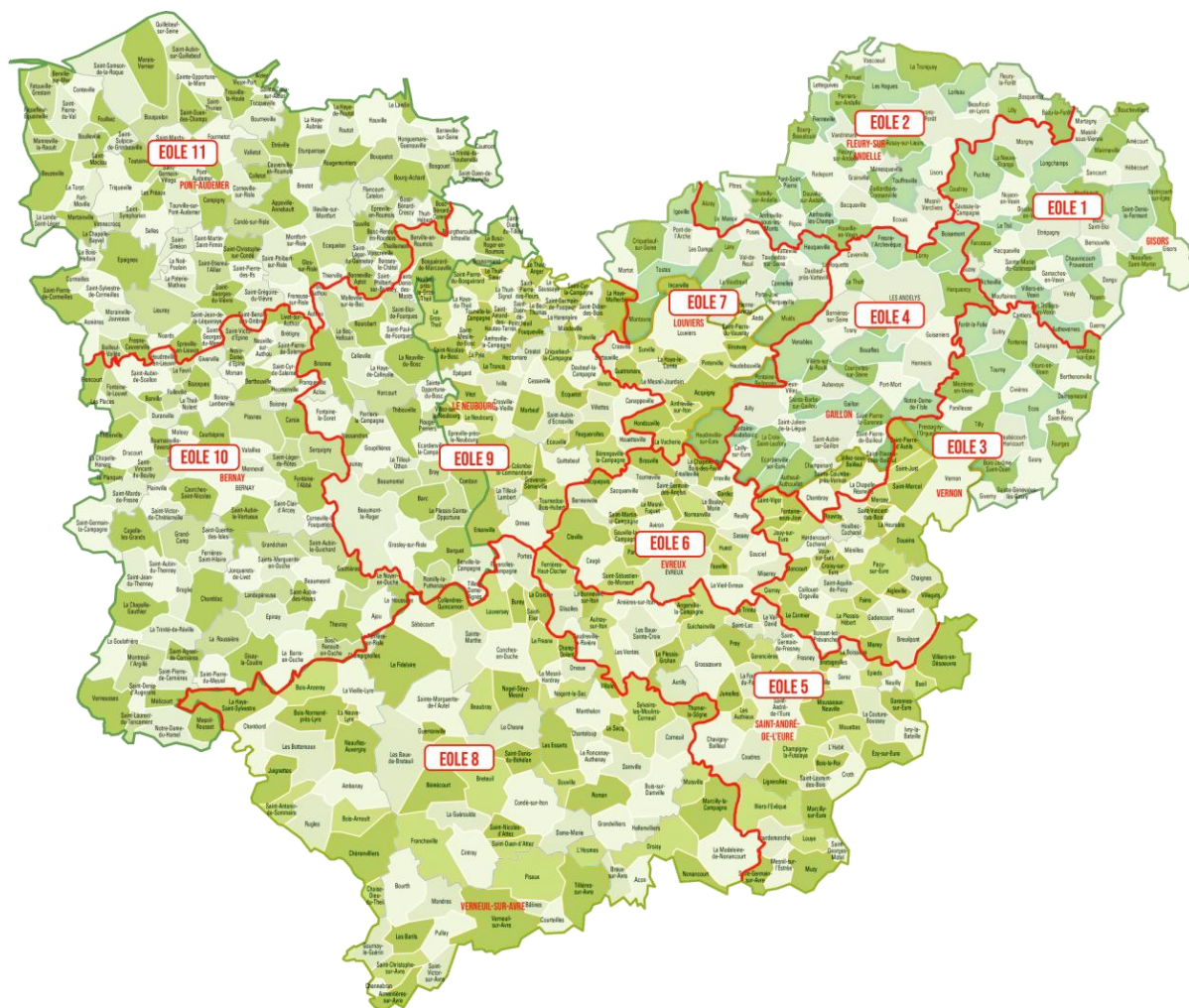
- R4 : Conseil médical ou prescription médicamenteuse par téléphone.

La régulation médicale est soumise à une obligation de traçabilité et doit respecter les recommandations de bonnes pratiques professionnelles dictées par la Haute Autorité de Santé (HAS)(1,4).

3. L'Eure

3.1. L'organisation de la PDSA dans l'Eure

L'association ALAUME Association des médecins libéraux pour l'aide aux urgences médicales de l'Eure est fondée en 2004. Sa particularité est de permettre une régulation délocalisée du centre 15. La PDSA y est organisée en fonction d'un découpage en onze secteur associatifs (Entente des Omnipraticiens Libéraux de L'Eure - EOLE). Les EOLE sont réparties comme telles : EOLE 1 Gisors, EOLE 2 Fleury sur Andelle, EOLE 3 Vernon, EOLE 4 Les Andelys/Gaillon, EOLE 5 Saint André de l'Eure/Guichainville, EOLE 6 Évreux, EOLE 7 Louviers, EOLE 8 Verneuil-sur-Avre, EOLE 9 Le Neubourg, EOLE 10 Bernay, EOLE 11 Pont-Audemer. (Carte 1)



Carte 1 : EOLE (Source ALAUME)

Les médecins effecteurs dispensant des soins sont disponibles de 20 heures à minuit chaque jour, de 12 heures à minuit les samedis et de 8 heures à minuit les dimanches (1). Il n'y a donc pas de médecin effecteur dans l'Eure en nuit profonde. En cas de nécessité de consultation urgente, les patients sont orientés vers les structures d'AMU.

En 2024 l'association ALAUME compte 48 médecins régulateurs (Source ALAUME).

La régulation libérale s'organise comme suit (1) :

- Un médecin régulateur du lundi au dimanche et les jours fériés de 20h à 00h
- Un médecin régulateur du lundi au dimanche et les jours fériés de 00h à 8h le lendemain
- Deux médecins régulateurs le samedi, le dimanche et les jours fériés de 8h à 20h

3.2. Démographie de l'Eure

Le territoire de l'Eure s'étend sur 6040 km² et dénombre près de 600 000 habitants en 2021. La population est composée à 24% de personnes âgées de 0 à 19 ans, 45% de 20 à 64 ans et 22% de 65 ans et plus (6). C'est un territoire semi rural dont le chef-lieu est la ville d'Évreux.

En 2023 la caisse primaire d'assurance maladie recense 329 médecins généraliste libéraux (hors exercice particulier). Soit 55 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants (7). On observe une hausse de la population et une baisse de l'effectif des médecins en activité (8). La Normandie est la troisième région de France métropolitaine la moins bien dotée en terme de densité, derrière le Centre-Val de Loire et l'Ile de France, selon les chiffres recensés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)(9,10). La moyenne d'âge de ces médecins est de 51,8 ans dans l'Eure (8).

Dans un contexte de démographie médicale fragilisée par une diminution du nombre de médecins et une population médicale vieillissante, il est primordial de mettre en adéquation la PDSA avec l'activité réalisée et les ressources médicales disponibles.

4. Évolutions récentes

4.1. Le Service d'Accès aux Soins

L'activité de la permanence de soins a connu une augmentation continue ces dernières années. Il a donc été établi un pacte de refondation des urgences en 2019 dans l'objectif de désengorger les services d'accueil des urgences (11). Réaffirmé lors du Ségur de la santé, le déploiement du service d'accès aux soins (SAS) en Normandie fait notamment partie des objectifs du projet régional de santé 2023-2028 (12,13).

Depuis le 8 janvier 2024, le SAS est en place dans l'Eure, sa régulation y est établie selon le même schéma que la PDSA, sur la base du volontariat, par des médecins libéraux régulateurs volontaires en

journée de 8 heures à 20 heures (13). Elle concerne tout patient confronté à un besoin de soins urgents ou non programmés et lorsque l'accès à son médecin traitant n'est pas possible.

Le médecin régulateur apporte une réponse médicale adaptée au patient et l'oriente selon ses besoins(12) :

- Conseils médicaux ;
- Consultation par un professionnel de santé de ville ;
- Orientation vers un service d'urgences hospitaliers du département ;
- Envoi d'une équipe médicale sur place ou déclenchement d'un transport.

4.2. La régulation de l'accès aux urgences

De la même façon, depuis le 5 août 2024 l'accès aux services d'urgences de l'Eure doit avoir été régulé par le 15 ou 116117 (12,14). Les besoins de régulation sont donc croissants et le nombre d'appels risque d'exploser.

L'engagement des médecins généralistes dans la régulation médicale est en hausse dans l'Eure. Ils étaient 43 en 2020 et 50 en 2025 (Source ALAUME) mais cet engagement est fragile puisqu'il repose sur le volontariat. Il faut que la mission reste performante et attractive sur le plan intellectuel, médico-légal et financier (15). La régulation de nuit est un exercice reconnu difficile (15,16). Dans un contexte d'évolutions sociétales qui accordent davantage d'importance à la qualité de vie, on observe une réduction de l'attrait pour la régulation PDSA la nuit en France. Une refonte du cahier des charges PDSA est prévue en 2025 (16).

Dans leur thèse, C.Boucher (données 2004-2005)(17) et A.Benard (données 2009-2011)(18) ont observé que dans l'Eure l'activité de régulation diminue drastiquement la nuit. Les dimanches et jours fériés concentrent près de la moitié des appels. Ils ont aussi montré des variations saisonnières avec un pic d'activité entre décembre et janvier. Ils ont observé que la plupart des appels transmis au régulateur se concluent par un simple conseil et que la réponse du médecin régulateur dépend de l'heure à laquelle survient la demande de soins non programmés en raison de l'absence d'effecteur libéral après minuit.

Notre hypothèse est qu'il existe des motifs récurrents d'appel en PDSA. Dans sa thèse, M.Claverie a fait émerger des spécialités sollicitées, les plus courantes étant la médecine générale, pédiatrie et gériatrie (19).

Partant de ces postulats, nous nous sommes demandé quels étaient les motifs d'appel en nuit profonde ?

5. Objectifs de l'étude

5.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de décrire et analyser le motif des appels régulés par le médecin libéral de garde dans l'Eure en période de nuit durant l'année 2024.

5.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- D'étudier les caractéristiques des appelants (âge, sexe, lieu)
- D'évaluer la répartition des appels au fil de la nuit et sur l'année 2024.
- D'évaluer le niveau d'urgence établi par le médecin régulateur et la finalité donnée aux appels.

II. Bibliographie

1. ARS N. Cahier des charges régional PDSA Normandie [Internet]. 2018 [cité 1 août 2024]. Disponible sur: https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2019-01/180725_ARRETE_PDSA_ANNEXES.pdf
2. Descours C, Honoraire S. Rapport du groupe de travail opérationnel sur LA PERMANENCE DES SOINS. 22 janv 2003 ; Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 30 juill 2024]. Article 77 - Permanence de soins - obligations. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-7>
4. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 4 mars 2025]. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1061039/fr/modalites-de-prise-en-charge-d-un-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medecale
5. Guide d'aide à la régulation - Samu Centre 15 [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.guide-regulation-medecale.fr/index.php?module=Fiche&action=FrontDetailView&record=861>
6. Dossier complet – Département de l'Eure (27) | Insee [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-27>
7. Territoire — Data ameli [Internet]. [cité 18 mars 2025]. Disponible sur : https://data.ameli.fr/pages/data-professionnels-sante-liberaux-territoire/?refine.dep_code=27
8. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. [Internet]. 2025 [cité 1 août 2024]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1lz38w1/cnom_atlas_demographie_2025_tome_1.pdf
9. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 11 mars 2025]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
10. Ici, le média de la vie locale [Internet]. 2023 [cité 11 mars 2025]. CARTES - Déserts médicaux : les médecins généralistes en Normandie, département par département - ici. Disponible sur : <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/cartes-deserts-medicaux-les-medecins-generalistes-en-normandie-departement-par-departement-6038680>
11. Travail M du, Santé de la, Familles des S et des, Travail M du, Santé de la, Familles des S et des. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 6 mars 2025]. Pacte de refondation des urgences. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>
12. Besoins de soins immédiats dans l'Eure ? J'appelle le 15, le réflexe obligatoire pour accéder aux urgences [Internet]. 2024 [cité 2 août 2024]. Disponible sur : <https://www.normandie.ars.sante.fr/besoins-de-soins-immediats-dans-leure-jappelle-le-15-le-reflexe-obligatoire-pour-acceder-aux>

13. Le Service d'accès aux soins (SAS) : comment cela fonctionne ? [Internet]. 2024 [cité 6 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.normandie.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-comment-cela-fonctionne>
14. Les services de l'État dans l'Eure [Internet]. [cité 6 mars 2025]. Mise sous régulation des services d'urgence dans l'Eure à partir du 5 août. Disponible sur: <https://www.eure.gouv.fr/Actualites/Mise-sous-regulation-des-services-d-urgence-dans-l-Eure-a-partir-du-5-aout>
15. Lefrançois C. Les difficultés actuelles engendrées par la régulation : quel ressenti pour les médecins libéraux régulateurs au Samu de Rouen ? [thèse]. Université de Rouen ; 2019.
16. CNOM rapport PDSA 2024 [Internet]. [cité 12 avr 2025]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/zsu9h5/cnom_rapport_pdsa_2024.pdf
17. Boucher - La régulation libérale de la permanence des soins. [thèse]. Université de Rouen ; 2012.
18. Benard A. État des lieux de la permanence des soins ambulatoires dans le département de l'Eure. [thèse]. Université de Rouen ; 2012.
19. Clavierie M. Évaluation des appels concernant la Permanence des Soins Ambulatoires en horaire de nuit au sein du Centre de Réception et Régulation des appels de la Dordogne. [thèse]. Université de Bordeaux ; 2023.

III. Permanence des soins ambulatoires dans l'Eure : Étude descriptive en 2024 des appels de nuit profonde régulés par le médecin libéral de garde

After-hours primary healthcare in Eure : A descriptive study in 2024 of night-times calls regulated by general practitioner.

Autors : (Freret Artus Aurélie, médecin généraliste ; Dr Chauvin Baptiste, DMG Rouen)

Autors declare no conflict of interest.

Background: After-hours primary healthcare (AHPH) is a public service mission aimed at responding to the need for unplanned care outside the usual office hours of medical practitioners. Medical call regulation is the core of the AHPH. In Eure, the territory is divided into eleven associative sectors (Entente des Omnipraticiens Libéraux de l'Eure – EOLE). The objective of this study is to analyze the reasons for PDSA night-times calls in Eure in 2024.

Methods: It's an epidemiologic, cross-sectional, retrospective, descriptive, and analytic study. The inclusion criterion was any call regulated by the AHPH regulating general practitioner from midnight to 7:59 a.m. The data were extracted from the regulation software. After anonymizing the data, the author read and analyzed the data collected by the medical regulation assistant and the regulating general practitioner to establish a unique reason for the call based on the Dictionnaire des résultats de consultation®, a level of emergency, and the direction given to the call.

Results: Ten reasons account for 70.27% of calls, mainly non-specific morbid condition (22.7%), cough (10%), and diarrhea and/or vomiting (9.47%), with seasonal variations. Grounds for calling vary by age group, with acute infections predominant in children and chronic conditions more frequent in adults and the elderly. Most of the calls involve women (56.9%) and young adults (40.3% aged 17-45), coming from four EOLES (54.4%), concern moderate emergencies (levels 3–4, 85.2%), and mostly result in simple medical advice (78.1%)

Conclusion: AHPH calls during the late-night hours mostly concern minor issues, with seasonal variations.

Keywords: After-Hours care, ambulatory care, general practitioners, emergency medical dispatch, night care.

1. Introduction

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est une mission de service public visant à répondre aux besoins de soins non programmés en dehors des horaires habituels des cabinets médicaux. Elle repose sur l'engagement de médecins généralistes volontaires, en lien avec les établissements de santé et sous la coordination des agences régionales de santé (ARS), qui adaptent leur organisation aux spécificités du territoire (1,2).

Depuis la réforme de 2003 (2,3), la régulation médicale constitue le cœur du dispositif, avec un médecin régulateur évaluant chaque situation pour apporter une réponse adaptée selon le diagnostic de situation et le niveau d'urgence ressenti, qu'il s'agisse de conseils médicaux, d'une prescription médicamenteuse, d'une consultation ou d'une intervention d'urgence (1,4).

Dans l'Eure, la PDSA est assurée par l'Association des médecins libéraux pour l'aide aux urgences médicales de l'Eure (ALAUME), fondée en 2004. Le territoire est découpé en onze secteurs associatifs (Entente des omnipraticiens libéraux de l'Eure - EOLE). En nuit profonde, la régulation est assurée par un seul médecin tout au long de l'année et il n'y a pas de médecin effecteur dans l'Eure sur cette période(1).

En 2024, des évolutions comme le Service d'accès aux soins (SAS)(5) ou la régulation de l'accès aux urgences (6,7) ont été mises en place pour améliorer et optimiser le bon usage de l'accès aux soins urgents. Leur régulation y est établie selon le même schéma que la PDSA.

Le territoire de l'Eure est confronté à une hausse de la population et une baisse de l'effectif des médecins en activité (8). L'enjeu est d'adapter la PDSA à ces contraintes démographiques et d'assurer une régulation efficace, notamment en période de nuit profonde où les ressources sont plus limitées.

Notre hypothèse est qu'il existe des motifs récurrents d'appels en PDSA. Les connaître nous permettrait d'optimiser l'organisation de la PDSA.

L'objectif principal de cette étude est de décrire et analyser les motifs d'appels régulés par le médecin libéral de garde dans l'Eure en période de nuit profonde durant l'année 2024.

Les objectifs secondaires sont d'étudier les caractéristiques des appelants (âge, sexe, lieu), d'évaluer la répartition des appels au fil de la nuit et sur l'année 2024, d'évaluer le niveau d'urgence établi par le médecin régulateur et la finalité donnée aux appels.

2. Matériels & Méthode

2.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale rétrospective descriptive d'une base de données portant sur les appels PDSA du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2024 régulés par le médecin libéral de garde dans l'Eure.

2.2. Population étudiée

La population cible était constituée de tout appel régulé par le médecin régulateur PDSA de garde du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2024 de minuit à 8 heures soit l'année 2024.

Le critère d'inclusion principal était : dossier crée de minuit à 7h59.

Seuls les dossiers complets relatifs à la caractéristique étudiée ont été pris en compte pour l'analyse statistique.

2.3. Recueil des données

Le recueil de données s'est fait du 1er janvier au 31 décembre 2024.

Tous les appels régulés par le médecin de garde PDSA sont tracés dans le logiciel de régulation SASML (Service d'accès aux soins médecins libéraux) de l'entreprise MBT (Mon Web Team) permettant d'y avoir accès via un fichier mensuel sur tableur. Les données sont classées par ordre chronologique.

Nous avons dans un premier temps anonymisé les données en supprimant le numéro de l'appelant et son nom de famille. Sur l'extraction des données, le prénom et le numéro de sécurité sociale n'étaient pas présents.

Nous avons traité l'ensemble des dossiers créés en nuit profonde de minuit à 7h59.

Les informations analysées sont regroupées dans un tableur comprenant les colonnes suivantes :

- Date
- Heure
- Genre du patient
- Âge du patient
- EOLE de l'appelant
- Motif de l'appel
- Niveau d'urgence
- Conseil

2.4. Analyse des données

Les données ont été recueillies et analysées sur Excel®.

Dans un premier temps nous avons lu et analysé les données recueillies par l'assistant de régulation médicale (ARM) et le médecin régulateur au cours de l'entretien téléphonique afin d'établir un motif unique d'appel. Cette analyse s'est appuyée sur le Dictionnaire des résultats de consultation® (DRC) de la Société française de médecine générale (SFMG) (9,10).

Dans un second temps nous avons interprété le niveau d'urgence ressenti par le médecin régulateur en fonction du conseil prodigué à l'appelant/orientation de l'appel (11).

- Bascule au Service d'aide médicale urgente (SAMU) (Niveau 1)
- Transport non médicalisé vers les urgences (Niveau 2)
- Conseil de consulter aux urgences (Niveau 2)
- Conseil de consulter son médecin traitant ou recontacter le 116 117 pour SAS à partir de 8H (Niveau 3)
- Consultation effecteur en journée (Niveau 3)
- Conseil médical simple (Niveau 4)

Enfin les données ont été analysées avec le logiciel Rstudio® version 4.4.0. Les variables quantitatives sont décrites avec l'effectif (n) et le pourcentage (%).

2.5. Aspects éthiques et réglementaires

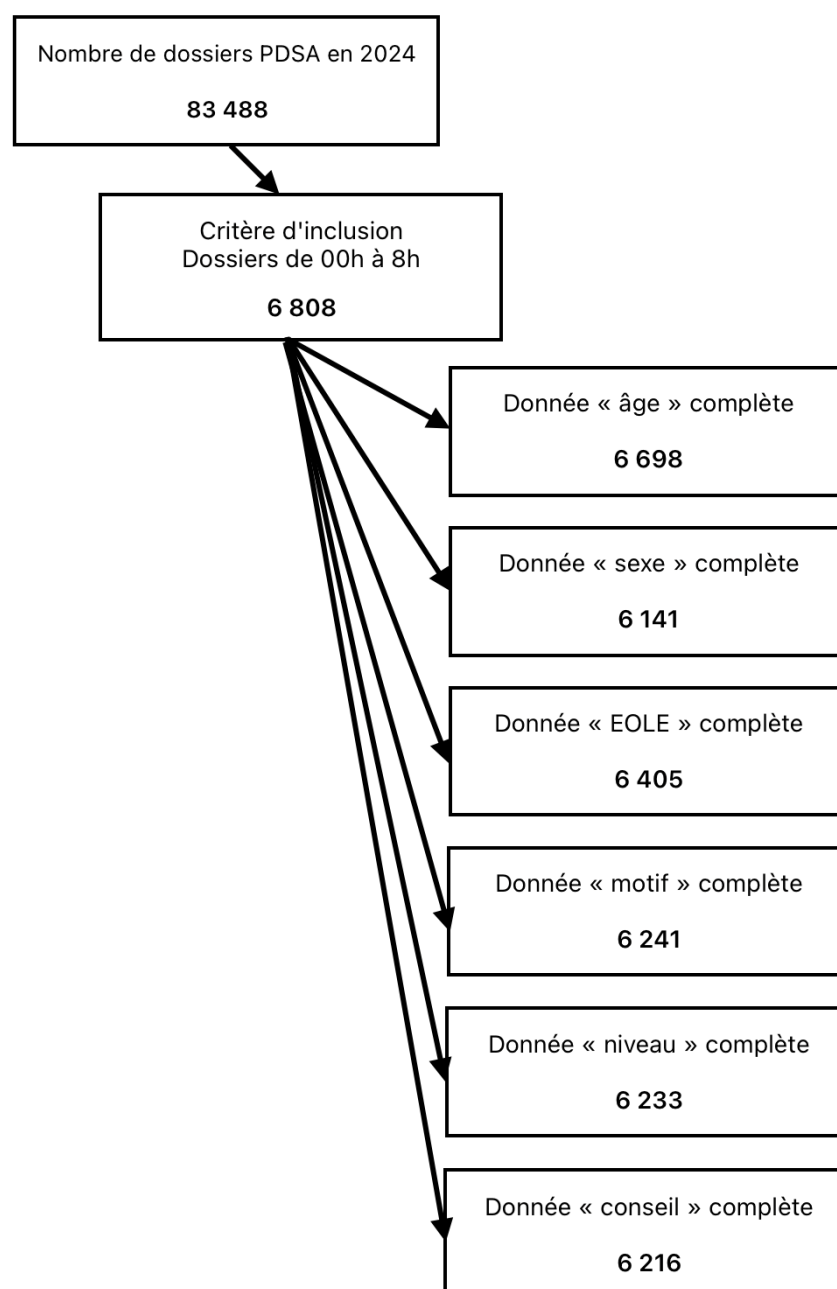
Le présent travail a été déclaré auprès du délégué à la protection des données de l'université de Rouen. La recherche n'impliquait pas la personne humaine, il a été classé hors loi Jardé. Il n'y a pas eu de demande de comité éthique.

3. Résultats

3.1. Nombre de dossiers recueillis

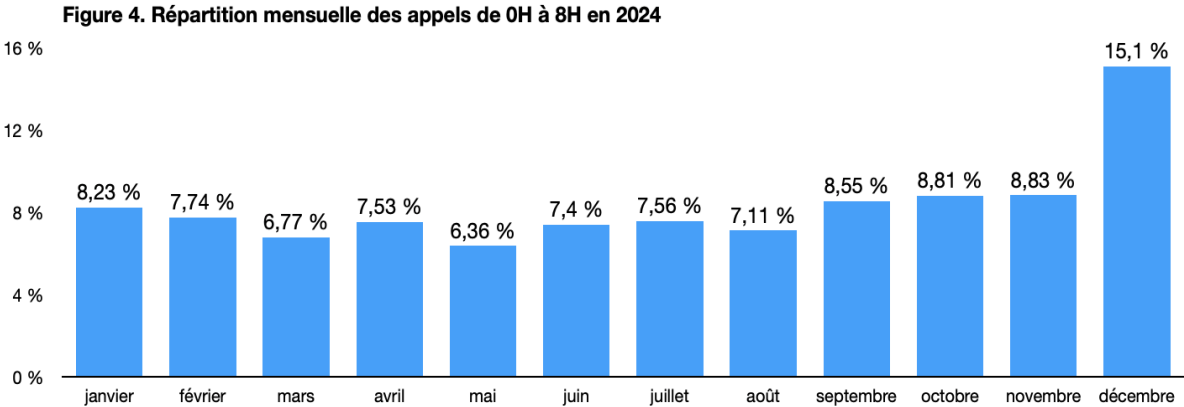
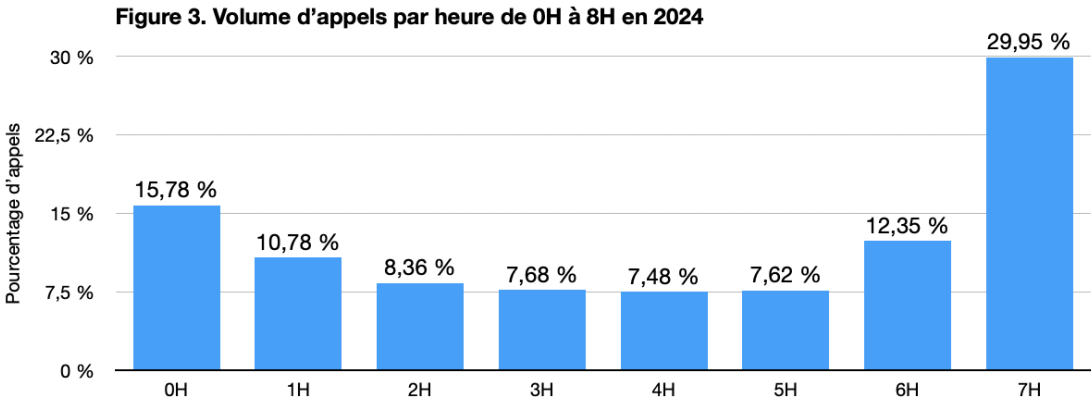
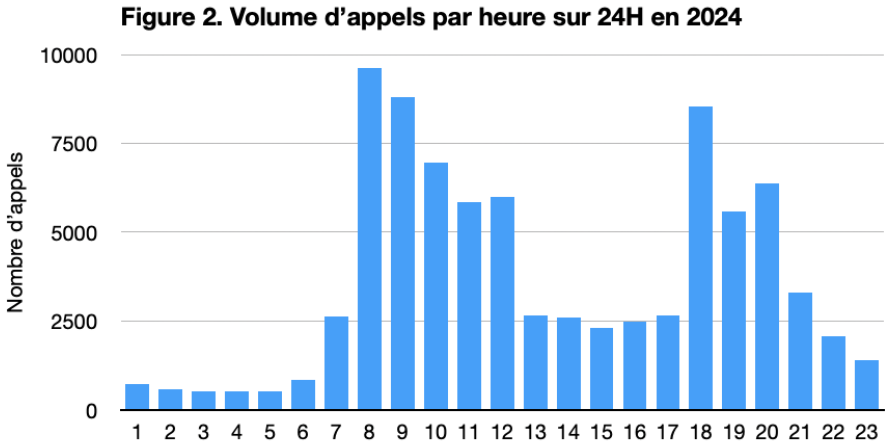
83 488 appels ont été reçus en 2024. Après application du critère d'inclusion, 6808 appels ont été retenus. Seuls les dossiers complets relatifs à la caractéristique étudiée ont été pris en compte pour l'analyse statistique correspondante.

Figure 1. Diagramme de flux



3.2. Évolution des appels en 2024

La figure 2 décrit le volume d'appels par heure sur 24 heures en 2024. La nuit profonde est une période calme, avec 18,7 appels en moyenne de minuit à 8h soit 8,2% des appels sur 24H.



3.3. Description de la population

3.3.1 Âge et sexe

Figure 5. Pourcentage d'appels par sexe.



Figure 6. Pourcentage d'appels par tranche d'âge

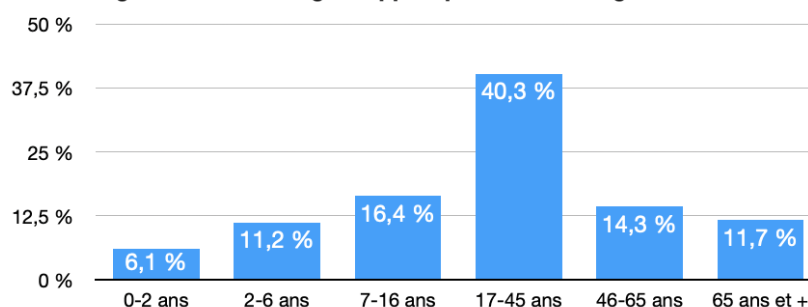


Figure 7. Répartition des appels par classe d'âge en fonction de l'heure de la nuit

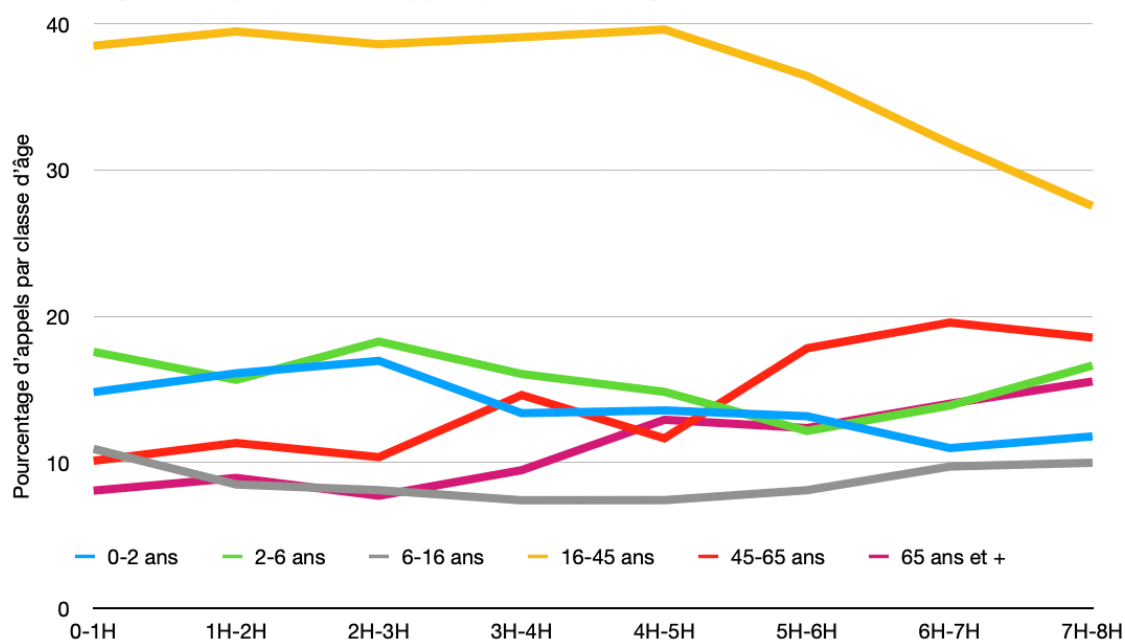
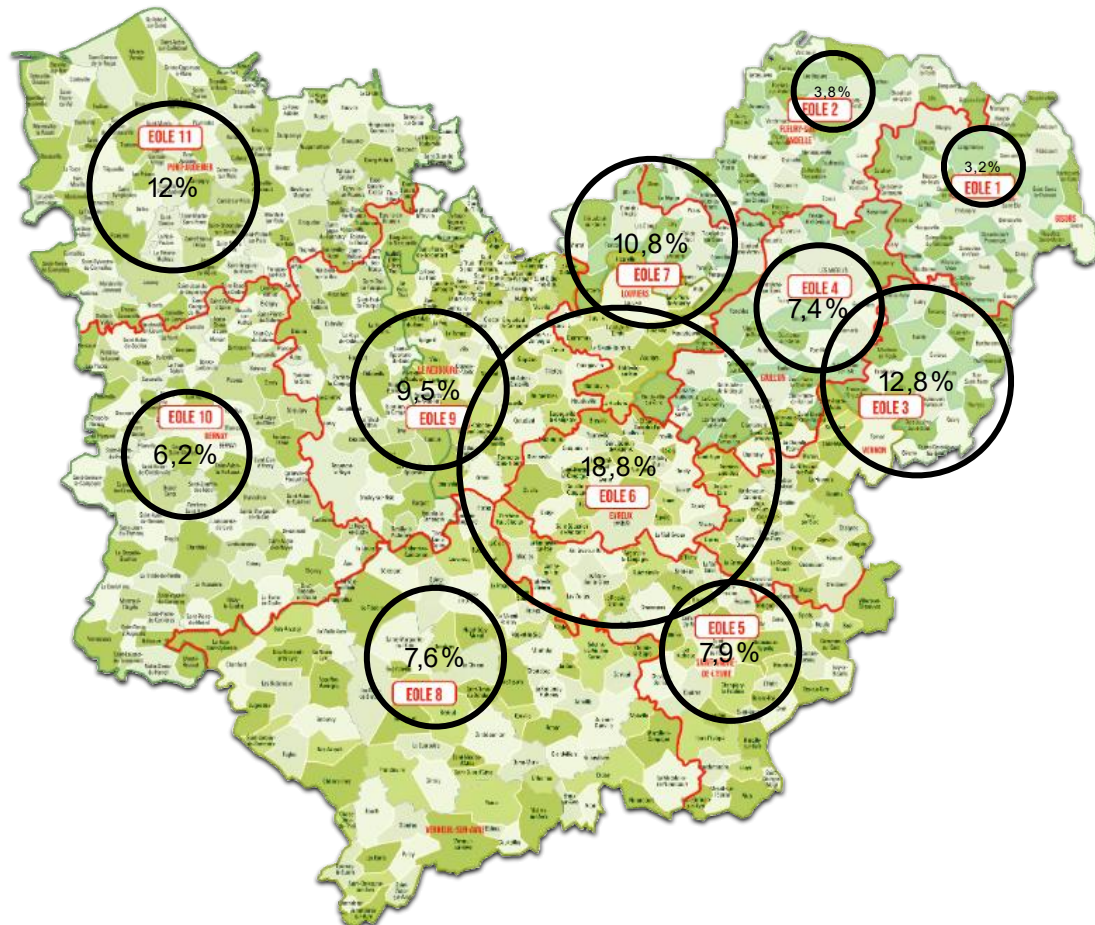


Tableau 1. Pourcentage d'appels par classe d'âge en fonction de l'heure de la nuit

Tranche d'âge	0-1H	1H-2H	2H-3H	3H-4H	4H-5H	5H-6H	6H-7H	7H-8H
0-2 ans	14,81	16,10	16,95	13,37	13,56	13,16	10,98	11,78
2-6 ans	17,57	15,65	18,27	16,05	14,83	12,15	13,89	16,63
6-16 ans	10,93	8,49	8,10	7,41	7,42	8,10	9,72	9,98
16-45 ans	38,51	39,49	38,61	39,09	39,62	36,44	31,82	27,54
45-65 ans	10,11	11,33	10,36	14,61	11,65	17,81	19,57	18,54
65 ans et +	8,07	8,94	7,72	9,47	12,92	12,35	14,02	15,54

3.3.2 Démographie

Figure 8. Répartition des appels par EOLE de 0H à 8H en 2024



3.4. Motifs d'appel

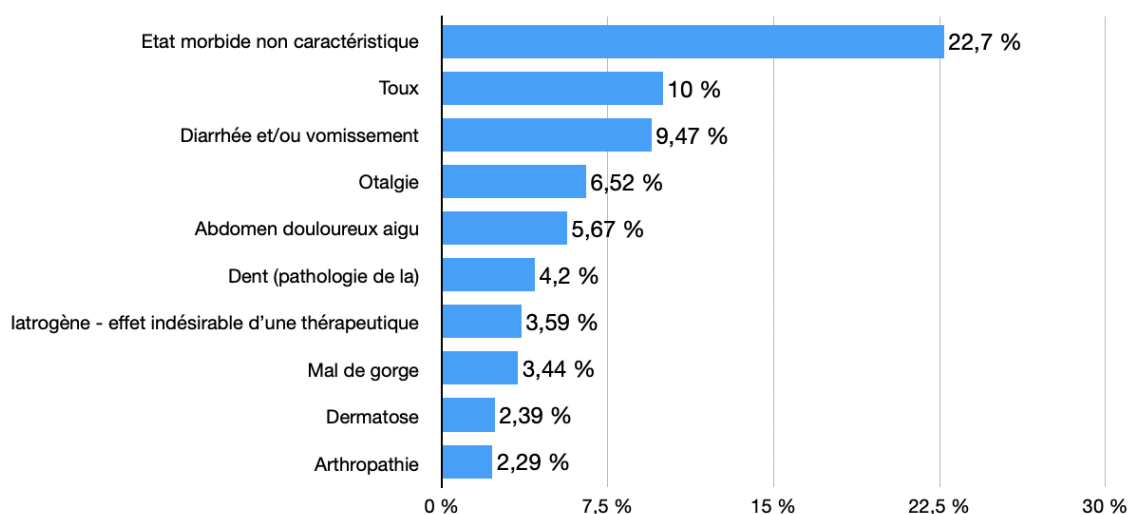
3.4.1. Motifs principaux

Les dix motifs principaux regroupent 70,27% des appels.

Tableau 2. Répartition des 57 motifs d'appel de 0H à 8H en 2024

Motif - DRC	effectif (n=6241)	pourcentage (%)	Motif - DRC	effectif (n=6241)	pourcentage (%)
état morbide non caractéristique	1416	22,7	procédure administrative	33	0,53
toux	624	10	examen systématique et prévention	32	0,51
diarrhée et/ou vomissement	591	9,47	paresthésie des membres	32	0,51
otalgie	407	6,52	palpitation	26	0,42
abdomen douloureux aigu	354	5,67	vulvite-vaginite	25	0,4
dent (pathologie de la)	262	4,2	plaie	22	0,35
iatrogène (effet indésirable d'une thérapeutique)	224	3,59	malaise-évanouissement	20	0,32
mal de gorge	215	3,44	corps étranger sous cutané	19	0,3
dermatose	149	2,39	dorsalgie	19	0,3
arthropathie	143	2,29	épistaxis	17	0,27
douleur non caractéristique	138	2,20	alcool (trouble lié à l'a)	15	0,24
lombalgie	135	2,17	brûlure	13	0,21
cystite-cystalgie	133	2,13	psychique (trouble)	13	0,21
céphalée	109	1,75	hématurie	13	0,21
anxiété	104	1,67	hyperglycémie	14	0,23
dyspnée	87	1,39	sein (autre)	12	0,19
tuméfaction	83	1,34	tremblement	12	0,19
oeil (trouble de la vision)	81	1,3	crampe musculaire	11	0,18
contusion	78	1,25	orchi-épididymite	10	0,16
constipation-fécalome	66	1,06	précordialgie	10	0,16
épigastralgie	69	1,11	ménorragie-métrorragie	9	0,14
vertige - état vertigineux	57	0,91	rhinite	7	0,11
piqûre d'insecte	55	0,88	toxicomanie	7	0,11
sciatique	41	0,79	grossesse	6	0,1
décès	47	0,75	rectorragie-méléna	6	0,1
cervicalgie	41	0,66	balano-posthite	5	0,08
œdème des membres inférieurs	40	0,64	traumatisme craniocérébral	5	0,08
insomnie	34	0,54	incontinence urinaire	4	0,06
hta	33	0,53			

Figure 9. 10 principaux motifs d'appel entre 0H et 8H et 2024



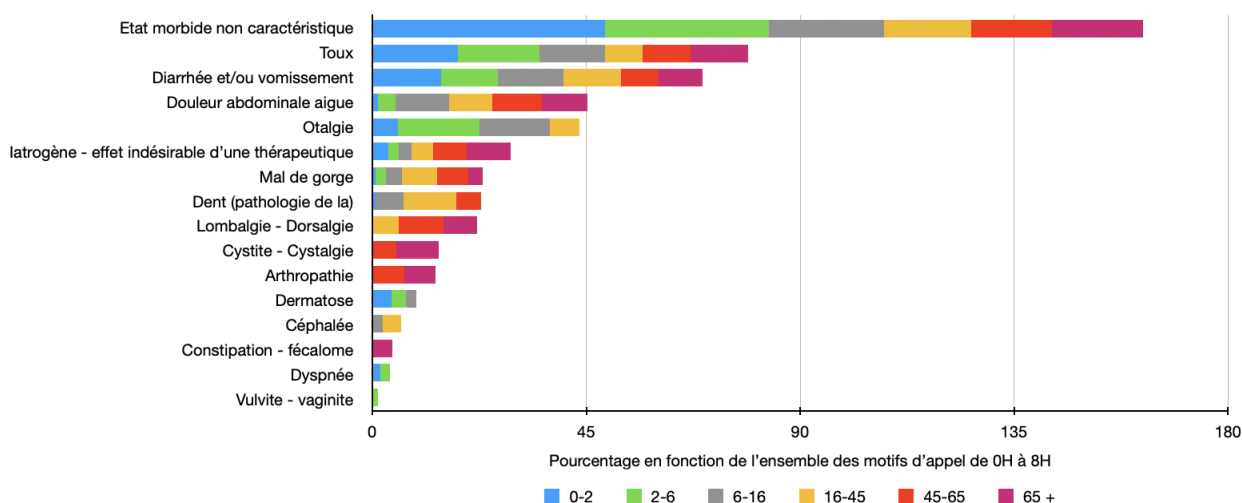
3.4.2. Motifs principaux par classe d'âge

Tableau 3. Répartition des dix motifs principaux d'appel selon la classe d'âge entre 0H et 8H en 2024

0-2 ans	2-6 ans	6-16 ans	16-45 ans	45-65 ans	65 ans et +
EMNC - 48,9%	EMNC - 34,6%	EMNC - 24,1%	EMNC - 18,3%	EMNC - 17,1%	EMNC - 19,2%
toux - 18%	otalgie - 17,7%	otalgie - 14,8%	D/V - 12,1%	DAA - 10,3%	toux -12,1%
D/V - 14,5%	toux - 17,2%	D/V - 13,8%	dent - 11,1%	toux - 10%	DAA - 9,6%
otalgie - 5,4%	D/V - 11,9%	toux - 13,8%	DAA - 9,1%	lombalgie/dorsalgie - 9,5%	D/V - 9,2%
dermatose - 4,1%	DAA - 3,8%	DAA - 11,3%	toux - 7,9%	D/V - 7,9%	iatrogénie - 9,2%
iatrogénie - 3,4%	dermatose - 2,9%	dent - 5,9%	mal de gorge - 7,5%	iatrogénie - 7,1%	cystite/cystalgie - 8,8%
dyspnée - 1,7%	iatrogénie - 2,2%	mal de gorge - 3,4%	otalgie - 6,2%	arthropathie - 6,8%	lombalgie/dorsalgie - 7,1%
DAA - 1,1%	mal de gorge - 2,1%	iatrogénie - 2,6%	lombalgie/dorsalgie - 5,5%	mal de gorge - 6,4%	arthropathie - 6,5%
mal de gorge - 0,7%	dyspnée - 2%	céphalée - 2,2%	iatrogénie - 4,6%	dent - 5,2%	constipation - 4,2%
dent - 0,7%	vulvite-vaginite - 1,2%	dermatose - 2,2%	céphalée - 3,9%	cystalgie-cystite - 5,1%	mal de gorge - 3,1%

EMNC : état morbide non caractéristique, D/V : diarrhée et/ou vomissement, DAA : douleur abdominale aiguë

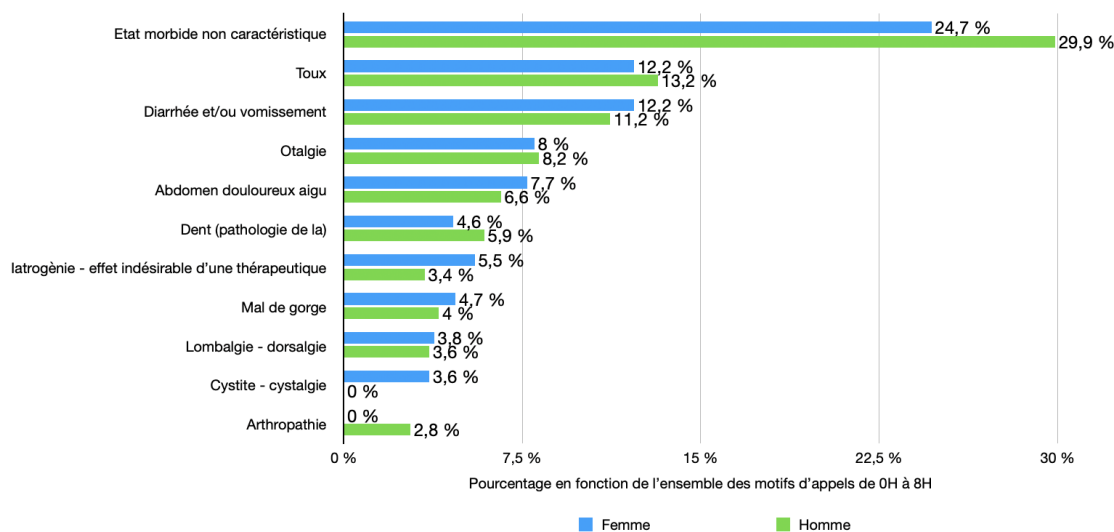
Figure 10. Répartition des 10 principaux motifs de 0H-8H en 2024 par classe d'âge.



Les 10 motifs principaux diffèrent selon les classes d'âge. L'état morbide non caractéristique reste le motif principal quel que soit l'âge.

3.4.3. Motifs principaux par sexe

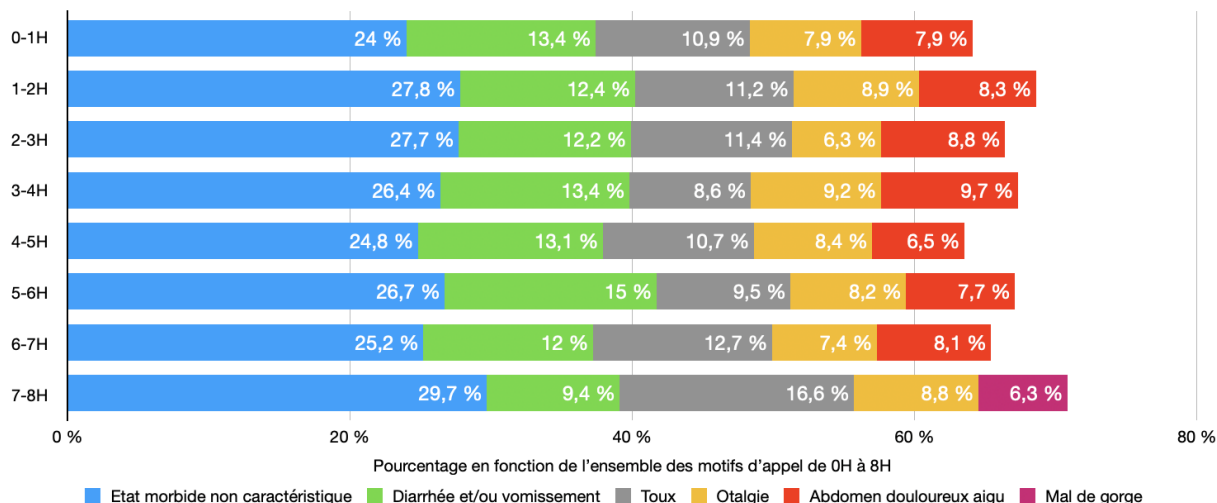
Figure 11. Principaux motifs d'appel selon le sexe entre 0H et 8H en 2024



3.4.4. Motifs principaux par tranche horaire

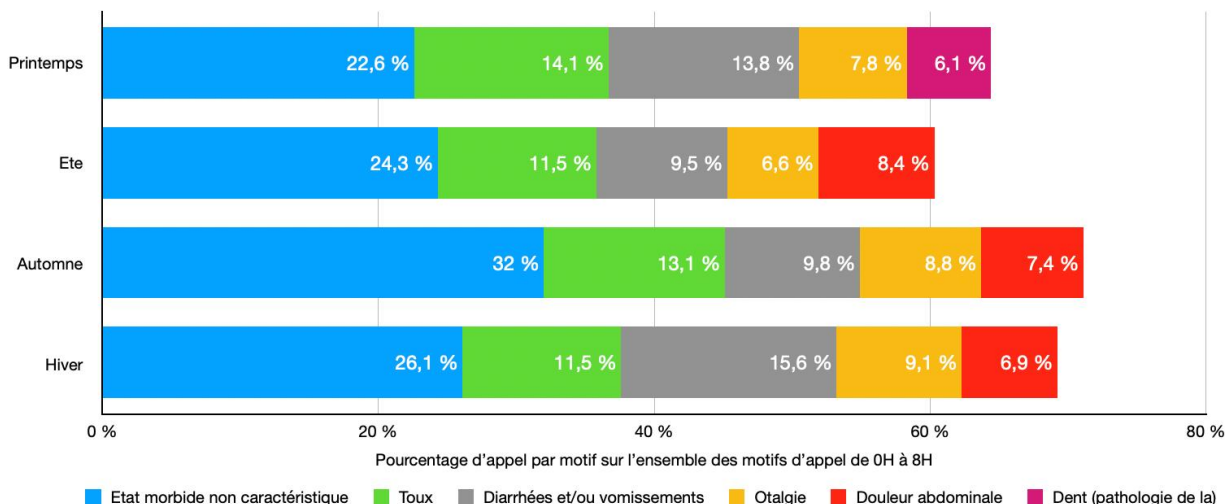
Nous avons représenté les 5 principaux motifs qui concentrent près de trois quarts des appels toute classe d'âge confondue.

Figure 12. Principaux motifs d'appel selon la tranche horaire entre 0H et 8H en 2024



3.4.5. Motifs principaux par saison

Figure 13. Principaux motifs d'appel selon la saison entre 0H et 8H en 2024

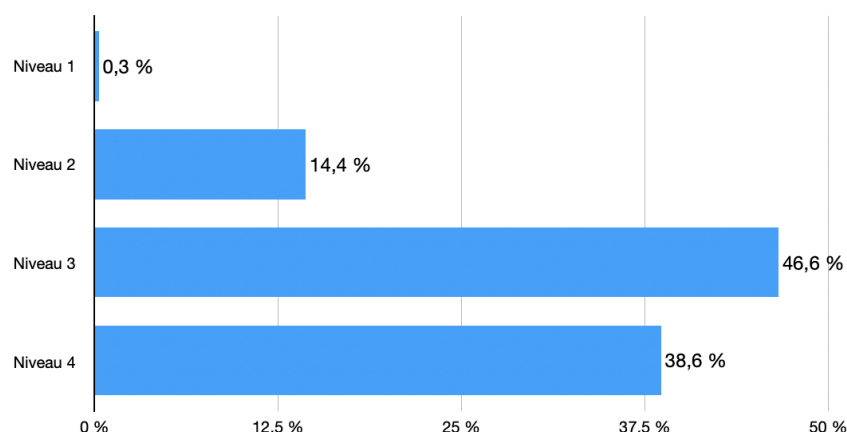


3.5. Niveau d'urgence et devenir des appels

3.5.1. Niveau d'urgence

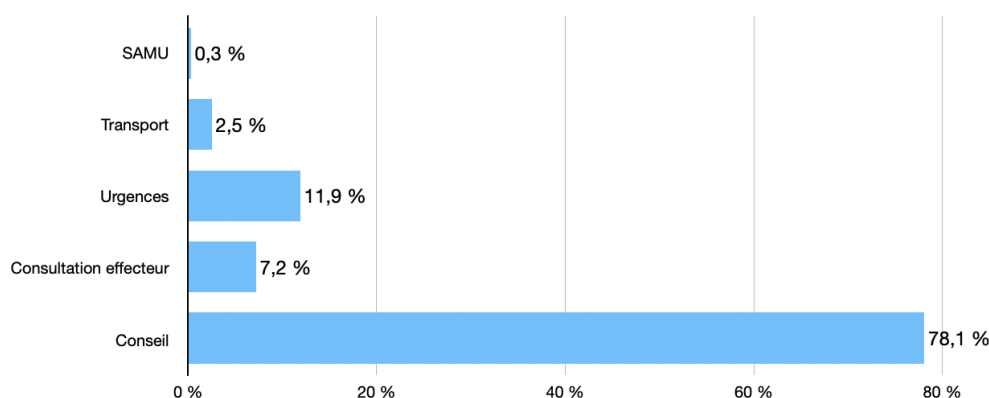
Les appels relèvent en majorité de soins ambulatoires (85,2%).

Figure 14. Répartition par niveau d'urgence des appels de 0H à 8H en 2024



3.5.2. Devenir des appels

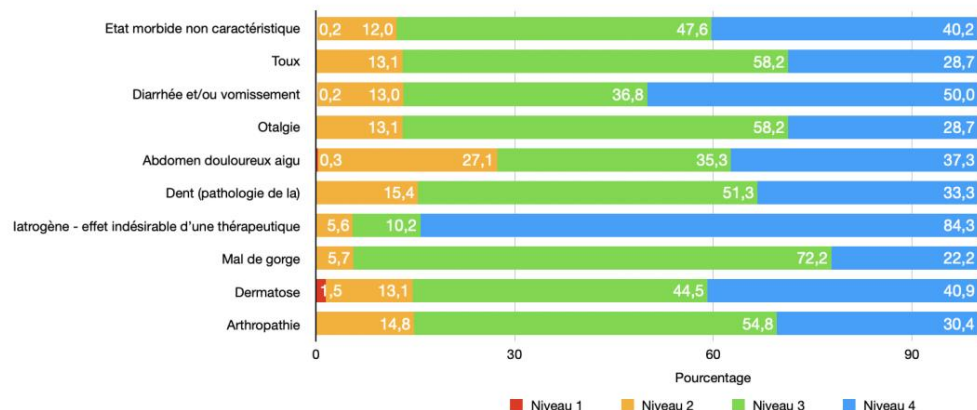
Figure 15. Orientation finale des appels de 0H à 8H en 2024



3.5.3. Répartition des niveaux selon les motifs

La iatrogénie relève le plus fréquemment (94,45%) d'un conseil médical (Niveau 3-4). Le niveau 2 concerne principalement les douleurs abdominales aiguës (27,1%). Le niveau 1 est principalement représenté par le motif dermatose (1,5%).

Figure 16. Répartition des niveaux selon le motif d'appel de 0H à 8H en 2024



4. Discussion

4.1. Principaux résultats

L'étude des motifs d'appels PDSA en nuit profonde montre qu'il existe des récurrences. 70,27% sont représentés par 10 motifs sur un total de 57. Parmi eux, le plus fréquent est l'état morbide non caractéristique (22,7%), suivi par la toux (10%) et les diarrhées et/ou vomissements (9,47%). On observe une variation saisonnière du volume et des motifs d'appels. Les appels relèvent d'un niveau 3-4 à 85,2% et d'un conseil à 78,1%. Enfin les appels concernent majoritairement des femmes (56,9%) et la population des 17-45 ans (40,3%) suivie par la population pédiatrique (33,7%). Les appels proviennent majoritairement (54,4%) de 4 EOLES (6.Evreux, 3.Vernon, 11.Pont Audemer, 7.Louviers).

4.2. Rappel et discussion des principaux résultats

4.2.1. L'activité en nuit profonde

On observe une moyenne de 18,7 appels en nuit profonde en 2024 (8,2% des appels sur 24h). L'activité est en hausse : 13,9 appels de nuit en moyenne en 2020 (données ALAUME). L'évolution du nombre d'appels au fil de la nuit est comparable aux données de C.Boucher qui avait observé une baisse d'activité progressive de minuit à 6h avec une reprise d'activité de 7 à 8H (12) ce qui peut s'expliquer par les horaires de vie de la population.

4.2.2. Motifs d'appels récurrents

L'étude des motifs d'appels PDSA en nuit profonde montre que 10 d'entre eux représentent 70,27% des motifs rencontrés. Parmi eux, le plus fréquent est l'état morbide non caractéristique (22,7%), suivi de la toux (10%) et des diarrhées/vomissements (9,47%), quel que soit la classe d'âge. Ces données sont comparables à celles de la DREES (13) qui en 2004 indiquait que les recours urgents ou non programmés en médecine générale étaient principalement liés à des affections aiguës comme les maladies infectieuses pour les enfants et jeunes adultes, suivi par les motifs otorhinolaryngologiques (ORL) et hépato-gastro-entérologiques. Ces informations sont aussi retrouvées dans le travail de M-A.Authouart (14) ; les pathologies ORL, pneumologiques, infectieuses puis digestives étant les principales rencontrées lors des consultations SOS médecin en première partie de nuit en semaine.

4.2.3. Variation saisonnière des appels

Ces trois motifs (état morbide non caractéristique, toux, diarrhée et/ou vomissements) évoluent selon des épidémies saisonnières. Pourtant, ils restent les principaux motifs d'appels toute classe d'âge

confondue tout au long de l'année et représentent environ la moitié des appels. On observe tout de même des variations de pourcentage selon les saisons.

Concernant le volume mensuel d'appels, comme M.C.Huet (15), nous avons observé une variation saisonnière du flux d'appels. Avec une baisse d'activité en période chaude (printemps-été). Cette variation reste peu marquée. Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Premièrement le départ en vacances des médecins généralistes (16), ce qui entraîne une diminution de l'offre de soins non programmée à l'échelle d'une patientèle, malgré la mise en place de dispositifs de remplacements lorsque ceux-ci parviennent à être pourvus. Ensuite, l'épidémie estivale de coqueluche qui a sévi en France en 2024 atteignant un pic au mois d'août (17) ainsi que des pics d'infection à la Covid-19 observés de juillet à septembre 2024 (18), pourraient également justifier la prévalence du motif « toux » sur cette période.

On observe une hausse considérable du volume d'appels en décembre 2024, le motif d'appel principal étant un état morbide non caractéristique suivi de la toux en hiver. On pourrait l'expliquer par l'intensité et la sévérité de l'épidémie de grippe qui sévissait depuis la mi-novembre (18). L'épidémie de bronchiolite a elle débuté dès la mi-novembre (18).

Les gastro-entérites aiguës sont souvent virales et une augmentation des cas est observée en France à chaque période hivernale avec une augmentation du nombre de consultation habituelle entre décembre et avril (19). En effet le motif « diarrhée et/ou vomissement » augmente en hiver (15,6 %) et au printemps (13,8 %).

4.2.4. Répartition des appels selon l'âge et le sexe

Les appels concernent pour 56,9% des femmes ce qui est cohérent avec la démographie de l'Eure (51,3%)(20) et comparable à la littérature (13,15,21). Les adultes jeunes (17-45 ans) représentent 40,3%, suivis par la population pédiatrique (33,7%). Le découpage par tranche d'âge étant arbitraire et propre à chaque étude, il est difficile de comparer précisément ces données. En 2004, la DRESS observait que les recours aux soins non programmés ou urgents concernaient particulièrement des enfants de moins de 13 ans (22% des patients) et des adultes de 25 à 45 ans (26%)(13).

Les motifs infectieux - tels que l'état morbide non caractéristique, la toux et les diarrhées-vomissements - sont majoritaires en pédiatrie, représentant environ deux tiers des appels de 0 à 16 ans. En revanche, chez les adultes, ces motifs ne constituent plus qu'un tiers des appels. On observe ainsi une variation des motifs d'appel selon les classes d'âge. En pédiatrie, certaines spécificités apparaissent : par exemple, les dermatoses sont particulièrement fréquentes chez les enfants de 0 à 2 ans, représentant 4,1% des appels. Chez les adultes, les douleurs dorsales et articulaires sont des motifs récurrents. Les pathologies dentaires occupent quant à elles le troisième rang des motifs d'appel

chez les adultes âgés de 16 à 45 ans. Chez les personnes de 65 ans et plus, la répartition des dix principaux motifs d'appel est plus homogène, traduisant une plus grande diversité de leurs pathologies.

Toutes ces données sont cohérentes avec les résultats du rapport de la DREES (13) qui souligne que les maladies infectieuses aiguës sont prédominantes chez l'enfant, tandis que les affections chroniques — stabilisées ou non — sont plus fréquentes chez les adultes et les personnes âgées.

Nous avons observé que les motifs d'appels étaient relativement similaires entre homme et femme.

4.2.5. Répartition géographique des appels

Concernant la répartition géographique des appels, ils proviennent majoritairement (54,4%) de 4 EOLES (6.Evreux, 3.Vernon, 11.Pont Audemer, 7.Louviers). Les EOLES ont été constituées arbitrairement par affinités professionnelles en tenant compte du territoire et des infrastructures à disposition (SAU, réseau routier...). Il serait intéressant de comparer le taux d'appels à la densité de population et à la densité de médecins généralistes par habitant par EOLES.

4.2.6. Niveau d'urgence et finalité des appels

Les appels reçus sont pertinents puisqu'ils relèvent d'un niveau 3 ou 4 pour 85,2%. Ces données sont comparables à ce qu'avait observé A.Benard dans sa thèse ; elle avait d'ailleurs constaté le même pourcentage de consultations hospitalières en nuit profonde en 2011 (14,4%)(22). Malgré le peu de recul concernant la régulation de l'accès aux urgences, il n'a pas été observé d'augmentation du taux de niveau 2. C.Boucher et M.C Huet ont fait les mêmes observations avec 82% (12,15) d'appels se concluant par un simple conseil et 12% d'adressage aux urgences (12).

4.2.7. La notion d'urgence ressentie

Les appels sont motivés par l'urgence ressentie par l'appelant. Cette perception de l'urgence est motivée par le besoin de réassurance rapide concernant des symptômes estimés comme urgents, la peur des complications, d'autant plus quand il s'agit d'enfants, la douleur et la nécessité d'être soulagé, le besoin de s'informer, comprendre l'origine des symptômes et la conduite à tenir (23). Dans sa thèse, C.Coffinier (23) observe que les motifs médicaux associés à une urgence sont cohérents avec les principaux motifs d'appels retrouvés dans notre étude (hyperthermie, symptômes respiratoires, altération de l'état général, symptômes digestifs, symptômes généraux...), le caractère nocturne serait un facteur de stress incitant la consultation d'urgence. Remarquons aussi l'absence d'autres interlocuteurs la nuit. Le patient se retrouve seul face à ses doutes et sa douleur, pire il peut chercher

à établir un diagnostic sur Internet qui pourrait aggraver sa crainte et être anxiogène. Les patients ont besoin d'une écoute active, de conseils médicaux et de conduite à tenir afin d'éviter un recours inapproprié aux urgences.

4.2.8. Les limites du DRC

La particularité de la régulation téléphonique réside dans l'absence d'examen clinique et l'absence de communication visuelle ; ce qui peut constituer une limite de subtilité au codage du motif via le DRC. En voici quelques exemples :

- La définition de l'otalgie, dans le DRC, concerne les douleurs de l'oreille avec une otoscopie normale. Nous avons fait le choix de ce motif lorsque la plainte douloureuse de l'oreille (fébrile ou non) était au premier plan sans critère permettant de coder un autre motif plus spécifique.
- Selon le DRC « l'abdomen douloureux aigu » concerne une douleur abdominale spontanée retrouvée à la palpation. Nous avons codé abdomen douloureux aigu toute plainte douloureuse spontanée de l'abdomen.
- La dermatose selon le DRC concerne les lésions cutanées indéterminées sans signe généraux. De façon évidente, en l'absence d'examen clinique, il est difficile d'affiner l'étiologie d'une lésion cutanée. Ce motif regroupe tous les appels relatifs à une éruption cutanée au premier plan, sans critères généraux qui auraient permis de l'attribuer à un autre motif plus spécifique tel qu'état morbide non caractéristique notamment.
- L'état morbide non caractéristique ; ce motif regroupe des situations cliniques associant, à des degrés divers, des symptômes et des signes non caractéristiques d'une maladie. C'est l'association de symptômes généraux tels qu'une asthénie, anorexie, fièvre, courbatures, frissons, céphalées, toux, obstruction nasale (9).

Nous avons décidé d'affiner au mieux le choix du motif d'appel grâce au DRC. Par exemple nous avons dissocié le motif « toux » faisant état d'une toux sans dyspnée ni fièvre, « mal de gorge » pour toute plainte localisée à la gorge sans autres critères généraux ou encore les diarrhées et/ou vomissements de l'état morbide non caractéristique. En les regroupant sous un même motif nous aurions pu donner de la puissance à ce dernier.

4.3. Discussion de la méthode

4.3.1. Forces de l'étude

La force de cette étude repose sur le nombre conséquent d'appels analysés, ce qui nous permet d'avoir une bonne représentativité de la population. Il s'agit de la première étude de ce genre dans l'Eure à notre connaissance.

L'analyse du motif des appels était basée sur le DRC. Il nous est apparu le plus adapté au codage du motif des appels puisqu'il est fondé sur le principe d'incertitude diagnostique et donc adapté à la

spécificité de la médecine de premier recours (10). Il est en correspondance avec la Classification internationale des maladies (CIM10) et la Classification internationale des soins primaires (CISP). Il regroupe 278 DRC, mis à jour annuellement. La force du DRC est sa reproductibilité.

4.3.2. Faiblesses de l'étude

S'agissant d'une étude descriptive, les limites méthodologiques peuvent restreindre la portée des résultats. Aucune interprétation causale ne peut être établie, seules des hypothèses peuvent être émises. Il s'agissait d'une étude mono centrique. Ces résultats ne sont pas extrapolables aux autres départements français mais elle décrit bien la spécificité du département de l'Eure.

Le caractère rétrospectif de cette étude ne nous a pas permis de compléter des données manquantes parmi les diverses caractéristiques étudiées. Afin de garder la plus grande représentativité, nous avons fait le choix d'effectuer les analyses statistiques selon différents effectifs en fonction des dossiers complets relatifs à la caractéristique étudiée. Nous aurions pu exclure tous les dossiers dont l'une des données (âge, sexe, EOLE, motif, niveau, conseil) était manquante, nous aurions alors perdu 814 dossiers soit 12% des appels.

Lors de sa régulation, l'ARM et le médecin régulateur inscrivent les symptômes du patient et toutes les données d'anamnèse jugées nécessaires à la transmission d'informations et traçabilité médico-légales. Dans les faits, le recueil écrit de ces données était aléatoire ; ce qui a pu rendre difficile l'analyse et le codage du motif d'appel malgré l'utilisation du DRC qui a eu lieu à postériori. Des erreurs ont pu être commises.

Comme évoqué dans la discussion, sans examen clinique, le choix du DRC présente des limites pour son utilisation dans le cadre de la régulation téléphonique. Bien que certaines catégories regroupent des motifs divers, le choix du DRC reste justifié selon nous en comparaison à la CISP qui aurait conduit à multiplier les motifs.

L'acte de régulation reste en partie subjectif. En fonction du diagnostic de situation et de l'urgence ressentie par le médecin régulateur, la finalité de l'appel et son niveau d'urgence peuvent différer. Par exemple, l'adressage au médecin effecteur est « régulateur dépendant » puisque selon le cahier des charges ALAUME les rendez-vous d'effecteur ne doivent pas être attribués avant 8 heures. Pourtant 7,2% des appels se voient attribuer un rendez-vous avec un effecteur dans la journée.

4.4. Bilan et perspectives

La demande de soins non programmés ne cesse d'augmenter, en raison de facteurs démographiques, socioculturels et épidémiologiques. L'organisation de la PDSA repose sur l'organisation des pouvoirs publics et des professionnels de santé.

Ces dernières années les médecins adaptent leur mode de travail afin de trouver un équilibre entre leur vie privée et personnelle et d'améliorer leur qualité de vie. Le travail de nuit est un exercice difficile (24), il faut maintenir un dispositif pérenne, efficient, plus économe en temps médical. Afin d'apporter une offre de soins adaptée à la demande, il est primordial d'étudier les besoins des patients à commencer par la connaissance des motifs d'appels. Notre étude montre que près de trois quarts des appels sont représentés par 10 motifs. Parmi eux, le plus fréquent est l'état morbide non caractéristique (22,7%), suivi par la toux (10%) et les diarrhées et/ou vomissements (9,47%). Au regard du niveau de gravité des appels et de leur finalité, l'absence d'effecteur en nuit profonde ne semble pas être problématique. On remarque que 7,2% des appels se voient attribuer une consultation effecteur. Il semblerait judicieux d'harmoniser les pratiques en réaffirmant ou modifiant le cahier des charges au risque de voir augmenter le nombre d'appels au petit matin si les patients savent qu'une consultation peut leur être attribuée. Il serait intéressant de savoir combien de personnes ayant appelé la nuit consultent leur médecin en journée ou rappellent pour une consultation SAS.

Comme 87% du territoire, l'Eure peut être qualifiée de « désert médical »(25). Au regard des dernières actualités politiques, on peut s'interroger sur la pertinence du maintien d'un médecin généraliste libéral régulateur la nuit. En effet, le médecin ayant régulé la nuit ne sera pas apte à assurer ses consultations le lendemain. D'après le dernier rapport PDSA(26) la nuit profonde présente un front de garde moins important que les autres plages horaires, bien qu'il ait évolué favorablement par rapport à l'an dernier. En 2024, on dénombre 27 départements qui ne disposent d'aucune ligne de garde sur cette plage horaire. Quelles solutions proposer ? Faut-il déléguer la régulation PDSA au C15 ou encore à des infirmiers formés comme dans d'autres pays (27)? Élargir les missions des ARM à l'aide de protocoles ?

Si l'idée de mettre fin à la régulation PDSA par le médecin généraliste durant la nuit profonde peut paraître raisonnable dans une optique d'économie de ressources, notre étude montre que son rôle reste pertinent. En effet, par son expérience clinique quotidienne, le médecin généraliste est le plus apte à évaluer le motif d'appel et le degré d'urgence, et ainsi à proposer une réponse adaptée aux besoins des patients. Si le système fonctionne efficacement dans ces conditions, il semble pertinent de le maintenir, tout en l'améliorant. Cela passerait par un renforcement des effectifs afin de rendre le dispositif plus confortable, tout en conservant le principe du volontariat. Une solution adaptée pourrait consister à initier les médecins à la régulation PDSA dès l'internat, notamment avec l'arrivée des docteurs juniors. Par ailleurs, l'ouverture de la régulation aux médecins remplaçants, aux internes et aux médecins retraités pourrait également contribuer à renforcer les équipes.

En parallèle, il faut éduquer les patients sur le bon usage du recours aux soins non programmés. Les patients présentant des symptômes bénins, tels que ceux regroupés sous l'état morbide non caractéristique, recherchent avant tout des conseils, de la réassurance et des prescriptions pour soulager leurs maux ou prévenir une aggravation (28,29).

Cette attente met en évidence l'importance de l'éducation à la santé, du rôle central du médecin traitant et du besoin accru d'information fiable, notamment dans un contexte de difficulté d'accès aux soins. Nous pourrions envisager la délivrance de conseils automatiques au téléphone au sujet de la fièvre notamment.

5. Conclusion

Cette étude, inédite dans l'Eure, met en lumière des données essentielles sur la régulation médicale PDSA en nuit profonde. Dix motifs récurrents concentrent 70,27 % des appels, principalement l'état morbide non caractéristique, la toux et les diarrhées-vomissements, avec une variation saisonnière et un pic d'activité en décembre 2024. Les motifs d'appel varient selon l'âge, avec une prédominance des infections aiguës chez l'enfant et des affections chroniques chez l'adulte et la personne âgée. La majorité des appels, concernant des adultes jeunes ou des enfants, relèvent d'une urgence modérée (niveau 3-4) et donnent lieu à un simple conseil médical. Dans le contexte de l'introduction du SAS et de la régulation de l'accès aux urgences, le suivi de l'évolution du flux et des motifs d'appels permettrait de mesurer l'impact de ces réformes sur l'activité de la PDSA. Enfin, si la régulation par un médecin généraliste reste un outil efficace pour orienter les patients et limiter les recours injustifiés aux urgences, le caractère fréquemment bénin des appels pose la question de l'organisation actuelle de la régulation en nuit profonde. Une enquête qualitative auprès des médecins régulateurs pourrait permettre de mieux comprendre leur perception du dispositif et d'identifier des pistes d'optimisation adaptées aux besoins réels du terrain.

L'auteur ne signale aucun conflit d'intérêt avec le sujet.

VI. Liste des figures

Carte 1 : EOLE (Source ALAUME)

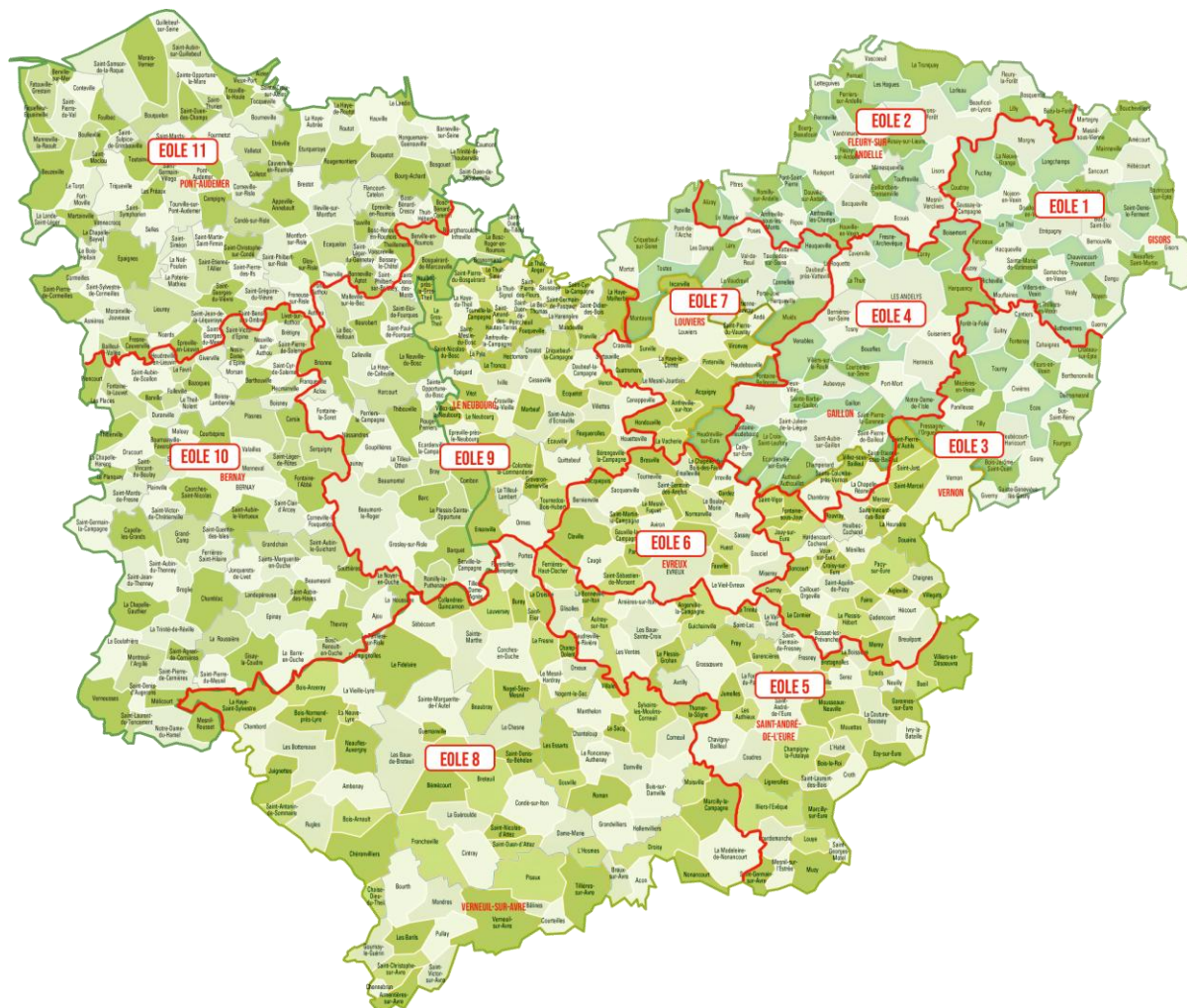


Figure 1. Diagramme de flux

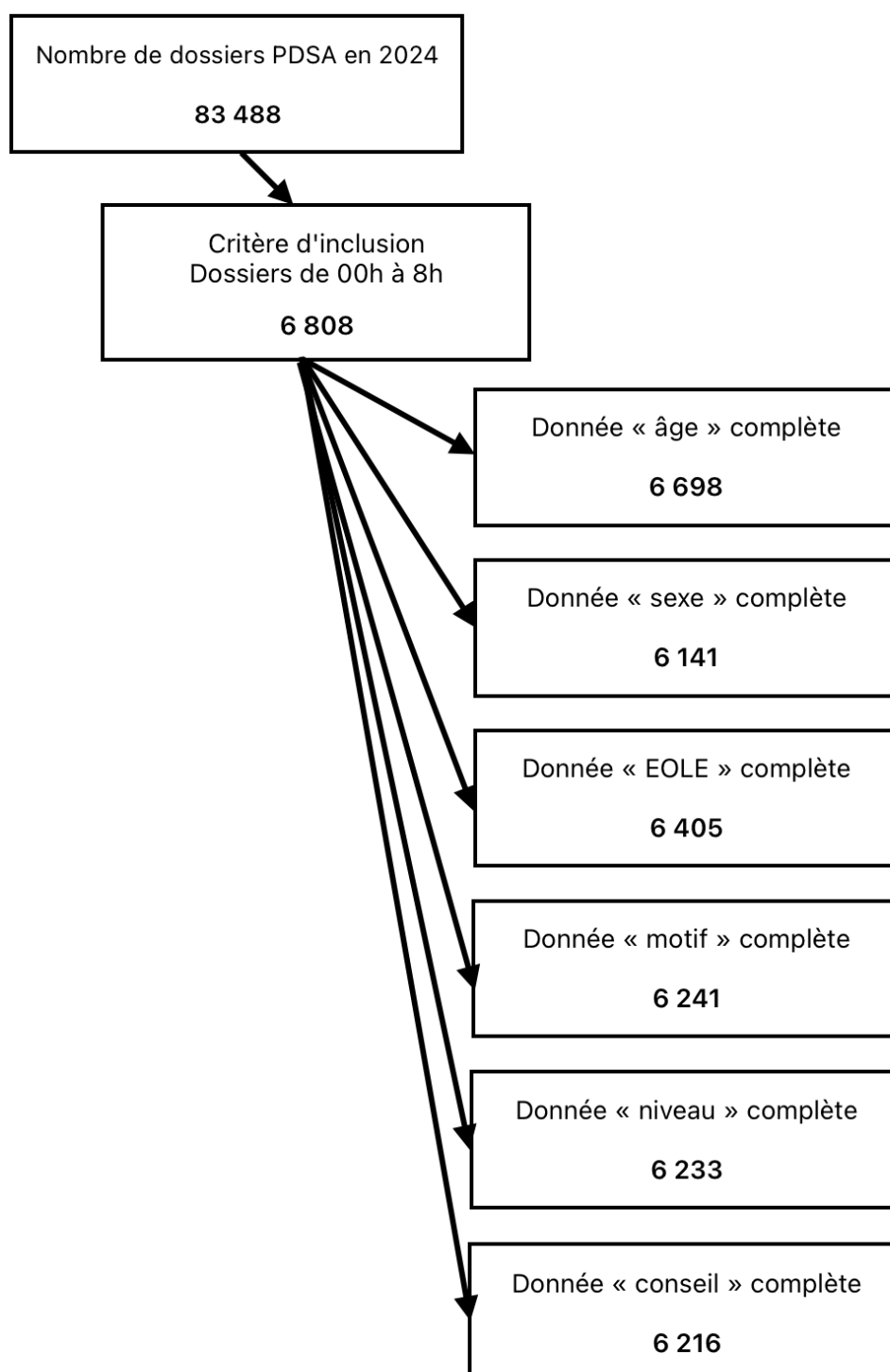


Figure 2. Volume d'appels par heure sur 24H en 2024

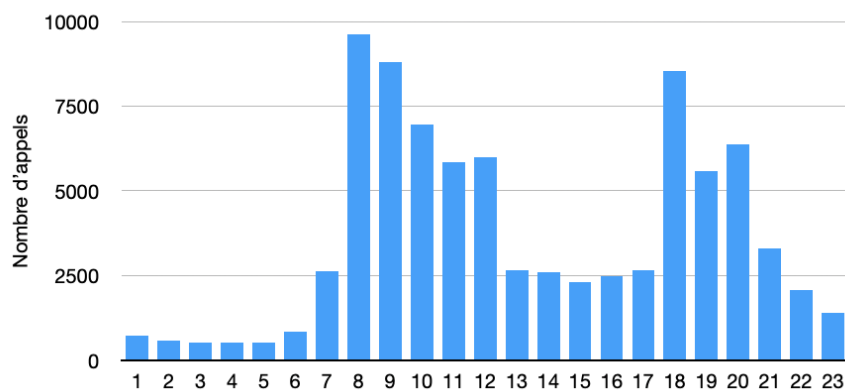


Figure 3. Volume d'appels par heure de 0H à 8H en 2024

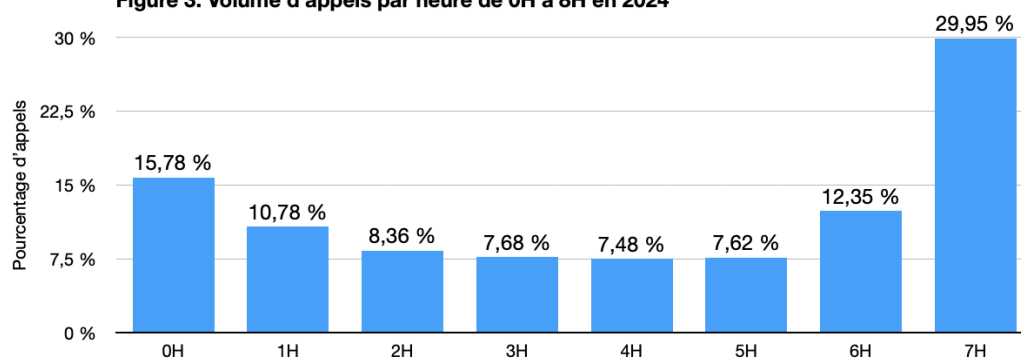


Figure 4. Répartition mensuelle des appels de 0H à 8H en 2024

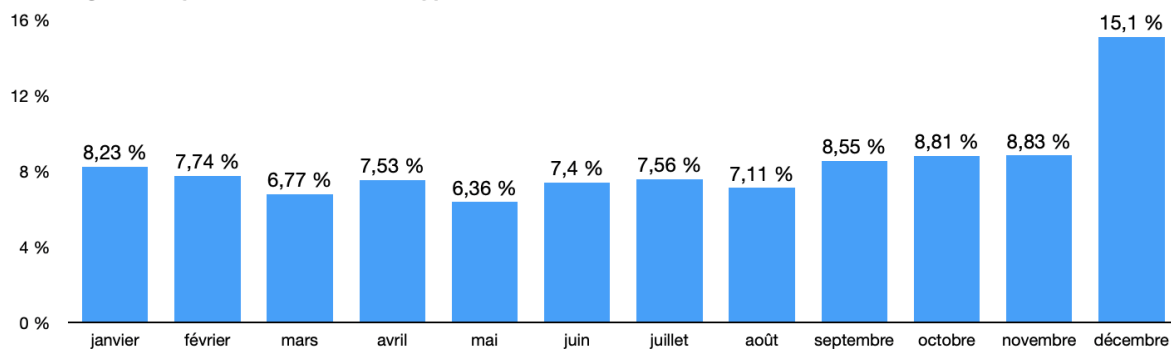


Figure 5. Pourcentage d'appels par sexe.

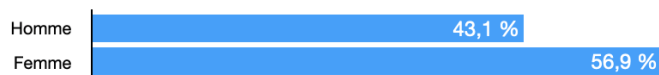


Figure 6. Pourcentage d'appels par tranche d'âge

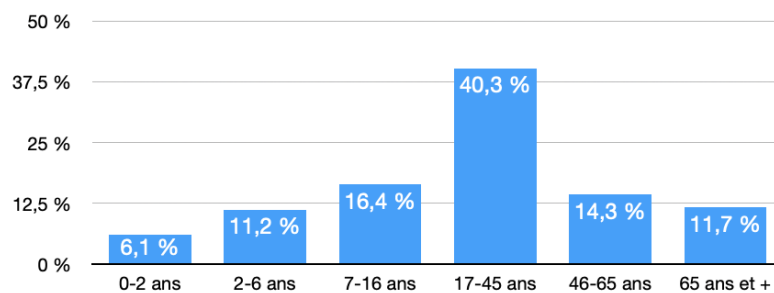


Figure 7. Répartition des appels par classe d'âge en fonction de l'heure de la nuit

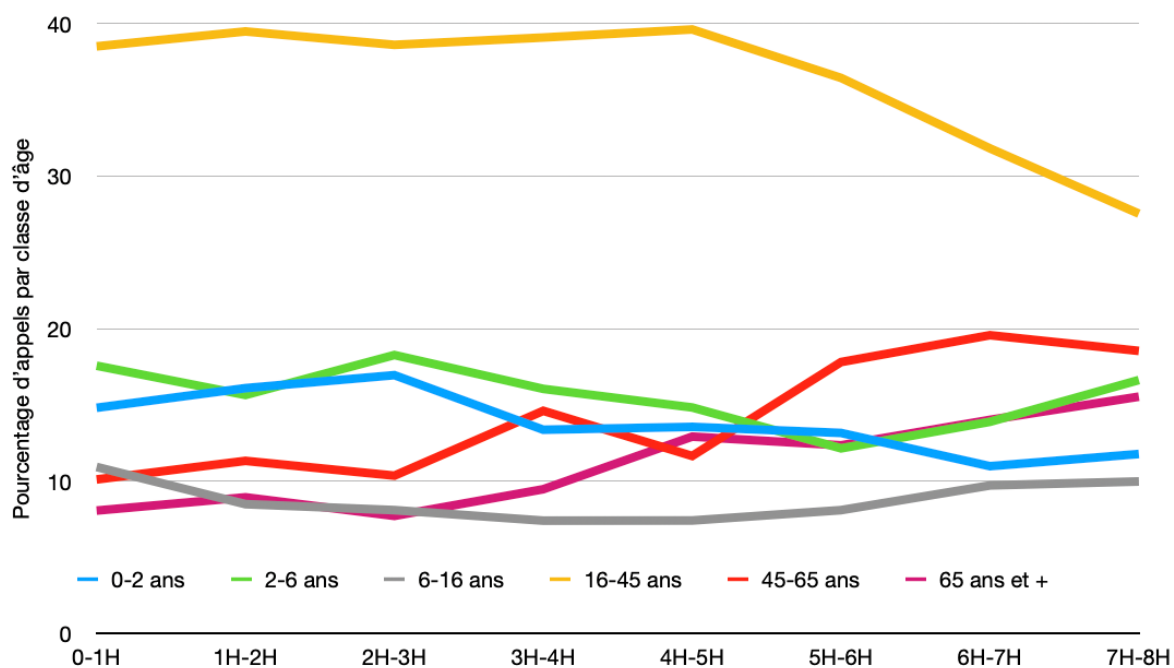


Figure 8. Répartition des appels par EOLE de 0H à 8H en 2024

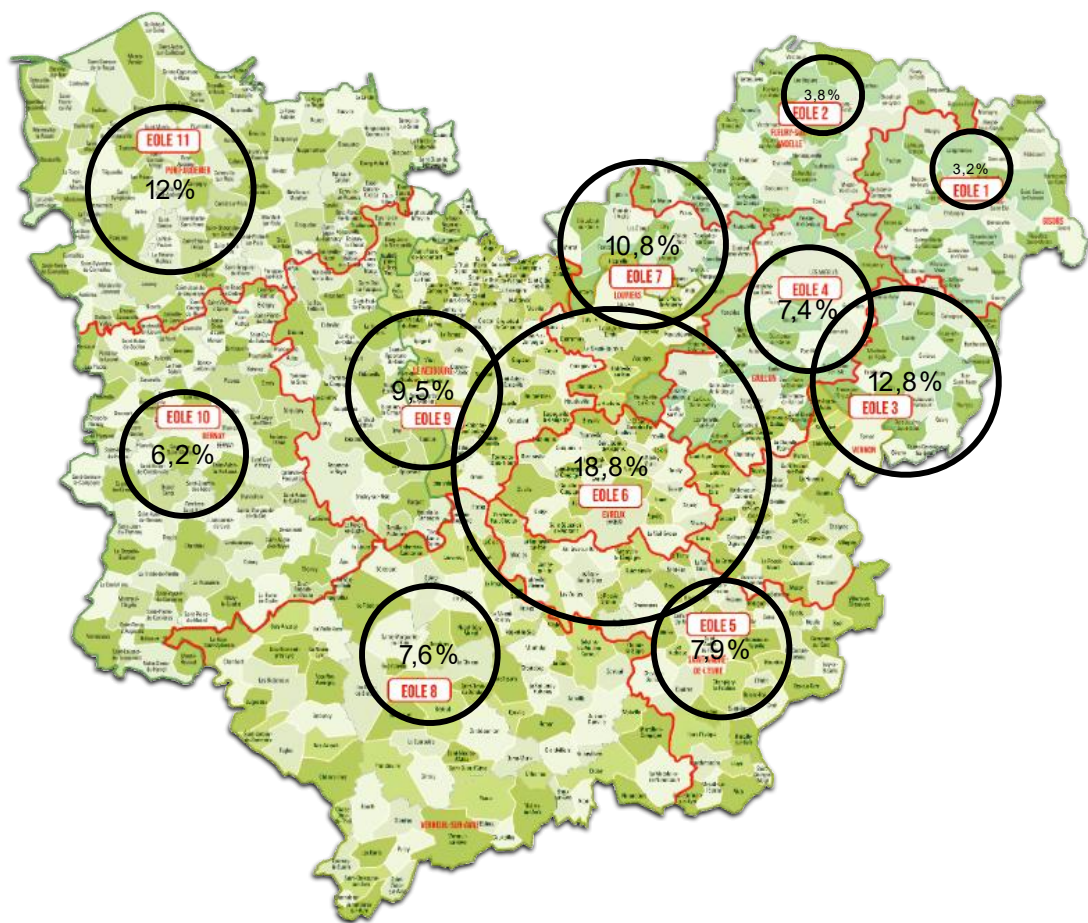


Figure 9. 10 principaux motifs d'appel entre 0H et 8H et 2024

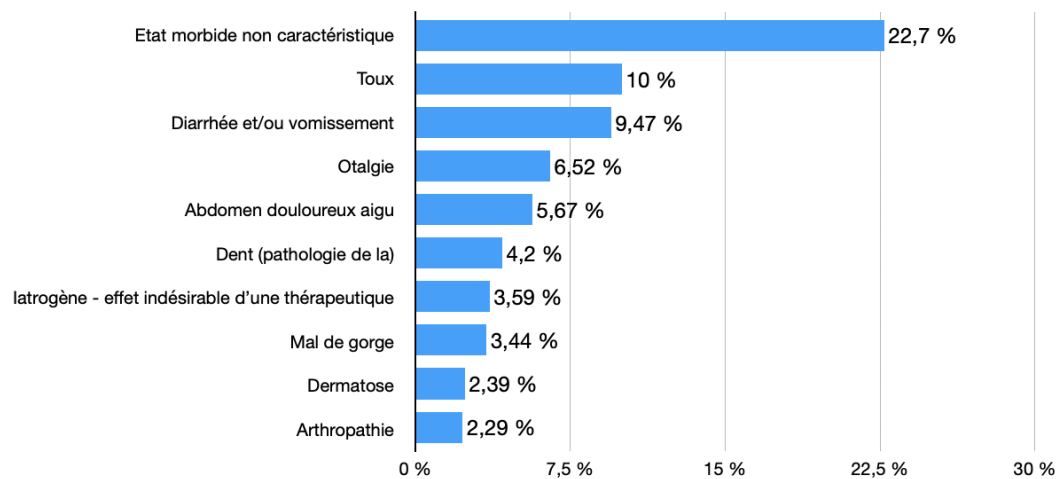


Figure 10. Répartition des 10 principaux motifs de 0H-8H en 2024 par classe d'âge.

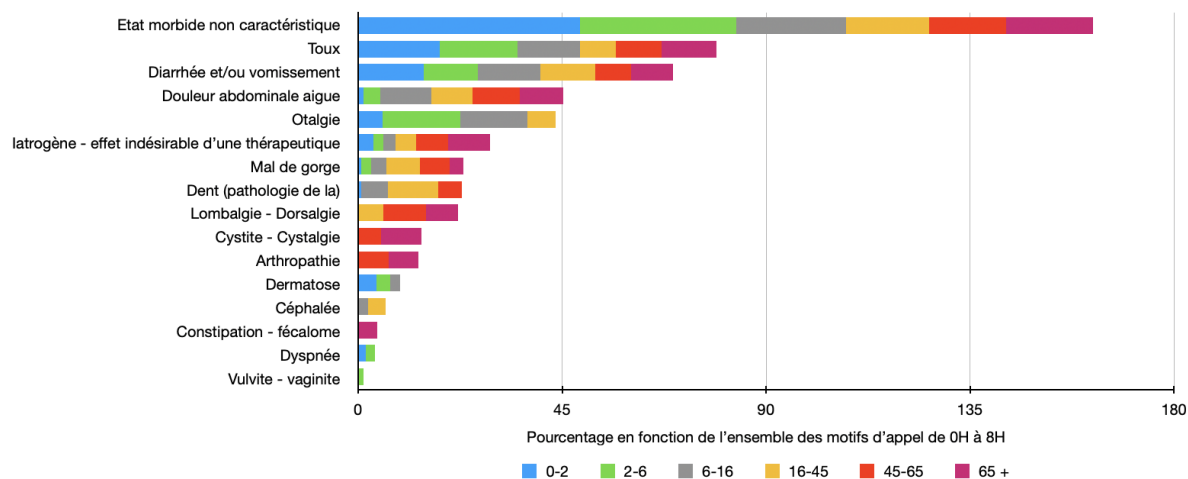


Figure 11. Principaux motifs d'appel selon le sexe entre 0H et 8H en 2024

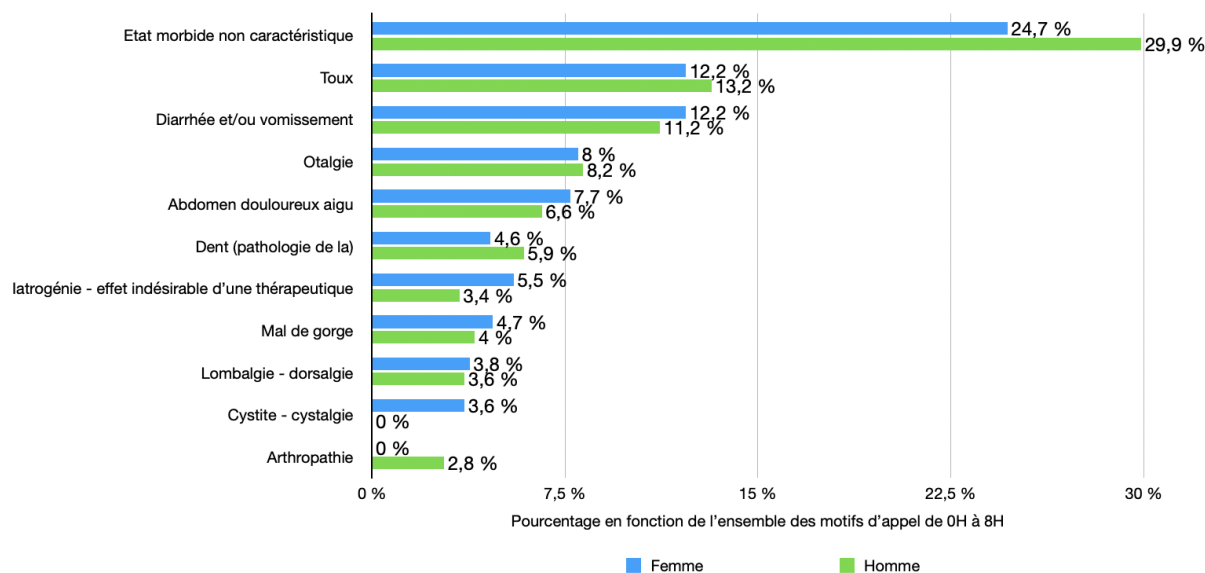


Figure 12. Principaux motifs d'appel selon la tranche horaire entre 0H et 8H en 2024

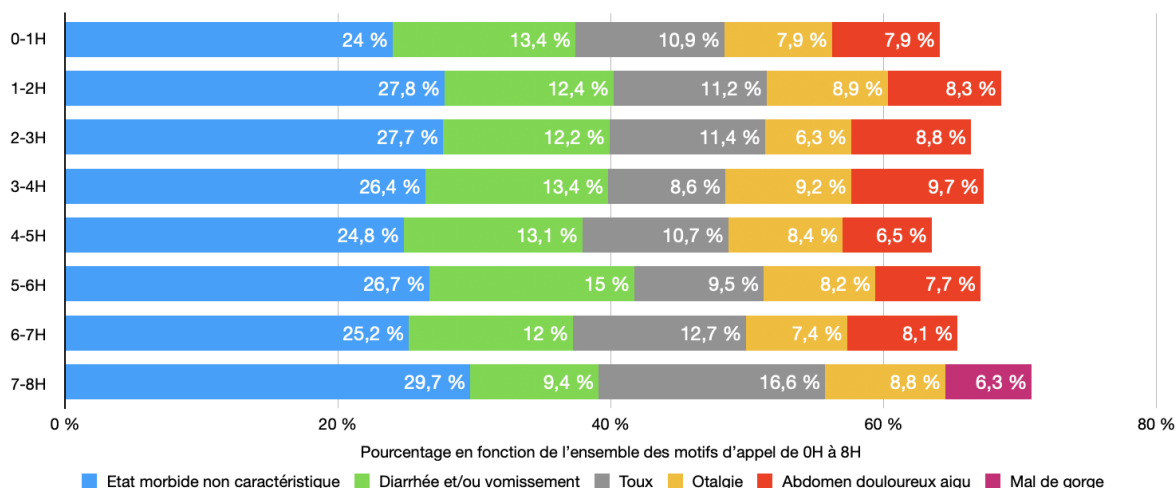


Figure 13. Principaux motifs d'appel selon la saison entre 0H et 8H en 2024

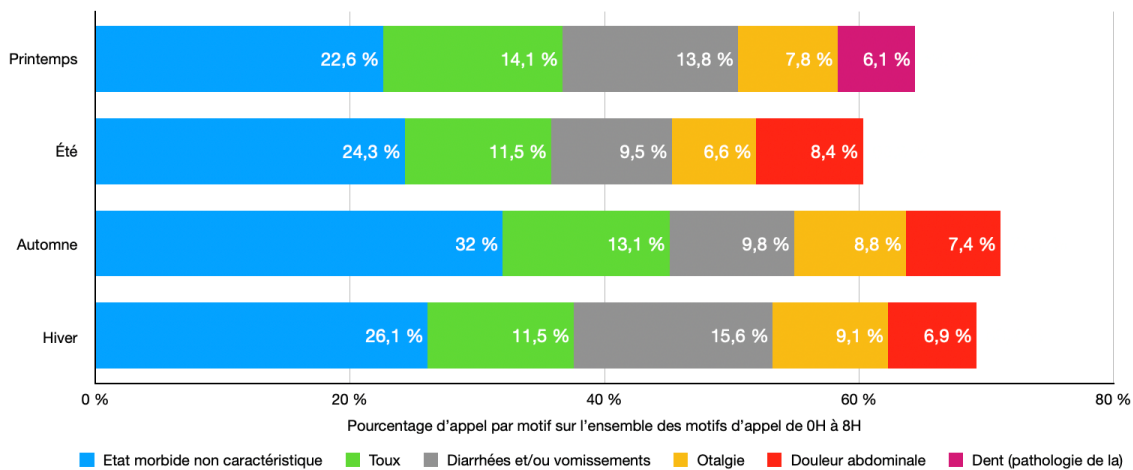


Figure 14. Répartition par niveau d'urgence des appels de 0H à 8H en 2024

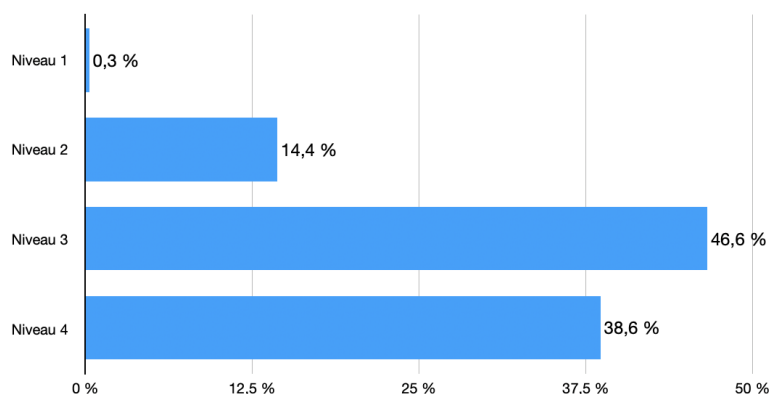


Figure 15. Orientation finale des appels de 0H à 8H en 2024

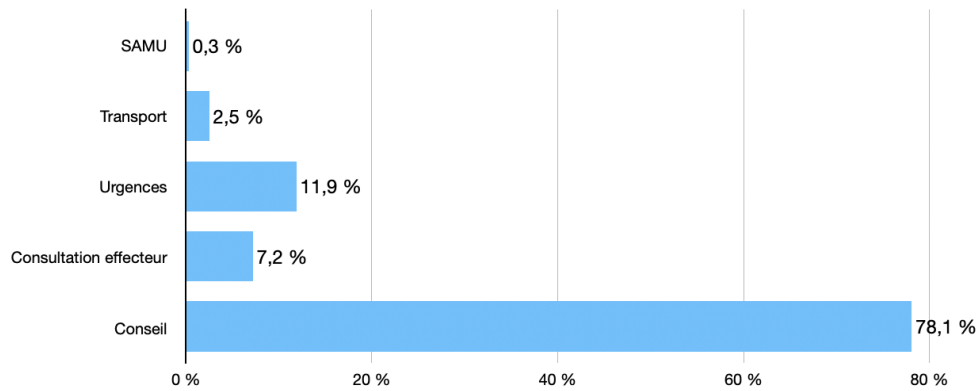
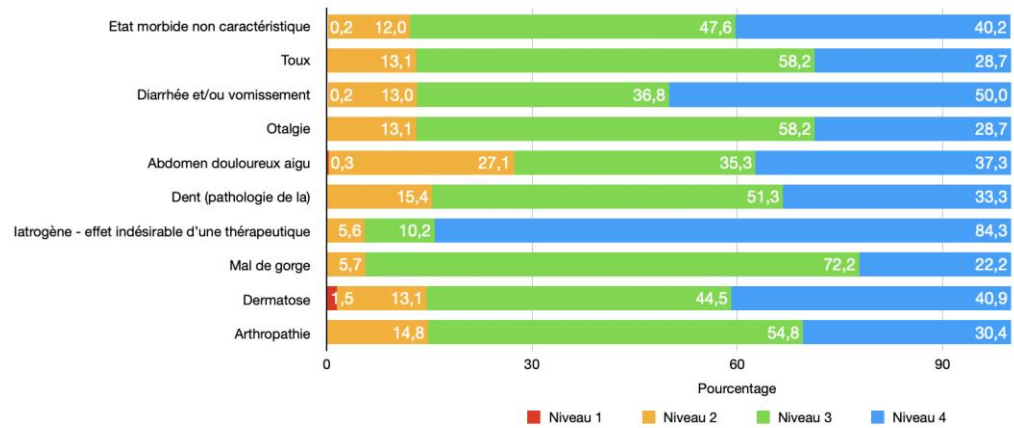


Figure 16. Répartition des niveaux selon le motif d'appel de 0H à 8H en 2024



VII. Liste des tableaux

Tableau 1. Pourcentage d'appels par classe d'âge en fonction de l'heure de la nuit

Tranche d'âge	0-1H	1H-2H	2H-3H	3H-4H	4H-5H	5H-6H	6H-7H	7H-8H
0-2 ans	14,81	16,10	16,95	13,37	13,56	13,16	10,98	11,78
2-6 ans	17,57	15,65	18,27	16,05	14,83	12,15	13,89	16,63
6-16 ans	10,93	8,49	8,10	7,41	7,42	8,10	9,72	9,98
16-45 ans	38,51	39,49	38,61	39,09	39,62	36,44	31,82	27,54
45-65 ans	10,11	11,33	10,36	14,61	11,65	17,81	19,57	18,54
65 ans et +	8,07	8,94	7,72	9,47	12,92	12,35	14,02	15,54

Tableau 2. Répartition des 57 motifs d'appel de 0H à 8H en 2024

Motif - DRC	effectif (n=6241)	pourcentage (%)	Motif - DRC	effectif (n=6241)	pourcentage (%)
état morbide non caractéristique	1416	22,7	procédure administrative	33	0,53
toux	624	10	examen systématique et prévention	32	0,51
diarrhée et/ou vomissement	591	9,47	paresthésie des membres	32	0,51
otalgie	407	6,52	palpitation	26	0,42
abdomen douloureux aigu	354	5,67	vulvite-vaginite	25	0,4
dent (pathologie de la)	262	4,2	plaie	22	0,35
iatrogène (effet indésirable d'une thérapeutique)	224	3,59	malaise-évanouissement	20	0,32
mal de gorge	215	3,44	corps étranger sous cutané	19	0,3
dermatose	149	2,39	dorsalgie	19	0,3
arthropathie	143	2,29	épistaxis	17	0,27
douleur non caractéristique	138	2,20	alcool (trouble lié à l'a)	15	0,24
lombalgie	135	2,17	brûlure	13	0,21
cystite-cystalgie	133	2,13	psychique (trouble)	13	0,21
céphalée	109	1,75	hématurie	13	0,21
anxiété	104	1,67	hyperglycémie	14	0,23
dyspnée	87	1,39	sein (autre)	12	0,19
tuméfaction	83	1,34	tremblement	12	0,19
oeil (trouble de la vision)	81	1,3	crampe musculaire	11	0,18
contusion	78	1,25	orchi-épididymite	10	0,16
constipation-fécalome	66	1,06	précordialgie	10	0,16
épigastralgie	69	1,11	ménorragie-métrorragie	9	0,14
vertige - état vertigineux	57	0,91	rhinite	7	0,11
piqûre d'insecte	55	0,88	toxicomanie	7	0,11
sciatique	41	0,79	grossesse	6	0,1
décès	47	0,75	rectorragie-mélena	6	0,1
cervicalgie	41	0,66	balano-posthite	5	0,08
œdème des membres inférieurs	40	0,64	traumatisme craniocérébral	5	0,08
insomnie	34	0,54	incontinence urinaire	4	0,06
hta	33	0,53			

Tableau 3. Répartition des dix motifs principaux d'appel selon la classe d'âge entre 0H et 8H en 2024

0-2 ans	2-6 ans	6-16 ans	16-45 ans	45-65 ans	65 ans et +
EMNC - 48,9%	EMNC - 34,6%	EMNC - 24,1%	EMNC - 18,3%	EMNC - 17,1%	EMNC - 19,2%
toux - 18%	otalgie - 17,7%	otalgie - 14,8%	D/V - 12,1%	DAA - 10,3%	toux - 12,1%
D/V - 14,5%	toux - 17,2%	D/V - 13,8%	dent - 11,1%	toux - 10%	DAA - 9,6%
otalgie - 5,4%	D/V - 11,9%	toux - 13,8%	DAA - 9,1%	lombalgie/dorsalgie - 9,5%	D/V - 9,2%
dermatose - 4,1%	DAA - 3,8%	DAA - 11,3%	toux - 7,9%	D/V - 7,9%	iatrogénie - 9,2%
iatrogénie - 3,4%	dermatose - 2,9%	dent - 5,9%	mal de gorge - 7,5%	iatrogénie - 7,1%	cystite/cystalgie - 8,8%
dyspnée - 1,7%	iatrogénie - 2,2%	mal de gorge - 3,4%	otalgie - 6,2%	arthropathie - 6,8%	lombalgie/dorsalgie - 7,1%
DAA - 1,1%	mal de gorge - 2,1%	iatrogénie - 2,6%	lombalgie/dorsalgie - 5,5%	mal de gorge - 6,4%	arthropathie - 6,5%
mal de gorge - 0,7%	dyspnée - 2%	céphalée - 2,2%	iatrogénie - 4,6%	dent - 5,2%	constipation - 4,2%
dent - 0,7%	vulvite-vaginite - 1,2%	dermatose - 2,2%	céphalée - 3,9%	cystalgie-cystite - 5,1%	mal de gorge - 3,1%

EMNC : état morbide non caractéristique, D/V : diarrhée et/ou vomissement, DAA : douleur abdominale aiguë

V. Références

1. ARS N. Cahier des charges régional PDSA Normandie [Internet]. 2018 [cité 1 août 2024]. Disponible sur: https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2019-01/180725_ARRETE_PDSA_ANNEXES.pdf
2. Descours C, Honoraire S. Rapport du groupe de travail opérationnel sur LA PERMANENCE DES SOINS. 22 janv 2003; Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 30 juill 2024]. Article 77 - Permanence de soins - obligations. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-7>
4. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 4 mars 2025]. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1061039/fr/modalites-de-prise-en-charge-d-un-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medecale
5. Le Service d'accès aux soins (SAS) : comment cela fonctionne ? [Internet]. 2024 [cité 6 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-comment-cela-fonctionne>
6. Besoins de soins immédiats dans l'Eure ? J'appelle le 15, le réflexe obligatoire pour accéder aux urgences [Internet]. 2024 [cité 2 août 2024]. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/besoins-de-soins-immediats-dans-leure-jappelle-le-15-le-reflexe-obligatoire-pour-acceder-aux>
7. Les services de l'État dans l'Eure [Internet]. [cité 6 mars 2025]. Mise sous régulation des services d'urgence dans l'Eure à partir du 5 août. Disponible sur: <https://www.eure.gouv.fr/Actualites/Mise-sous-regulation-des-services-d-urgence-dans-l-Eure-a-partir-du-5-aout>
8. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
9. WebDRC [Internet]. [cité 3 mai 2025]. Disponible sur: <http://webdrc.sfmfg.org/>
10. SFMG [Internet]. [cité 3 mai 2025]. Dictionnaire des résultats de consultation. Disponible sur: <https://www.sfmfg.fr/theme/la-pratique-medecale/le-dictionnaire-des-resultats-de-consultation-drc>
11. Guide d'aide à la régulation - Samu Centre 15 [Internet]. [cité 3 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.guide-regulation-medecale.fr/index.php?module=Fiche&action=FrontDetailView&record=861>
12. Boucher C. La régulation libérale de la permanence des soins: enquête qualitative auprès des médecins de l'Eure. [thèse]. Université de Rouen ; 2012.
13. Gouyon L. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. 2006;
14. Authouart MA. Évaluation de l'impact de la diminution des secteurs de permanence des soins ambulatoires sur les admissions aux urgences et à la maison médicale de garde les soirs de semaine dans la région rouennaise. [thèse]. Université de Rouen ; 2020.

15. Huet MC. La permanence des soins ambulatoires: étude descriptive et analytique des appels sur un an, au centre de réception et de régulation des appels du SAMU 35. [thèse]. Université de Rennes ; 2017.
16. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 20 mai 2025]. Deux tiers des médecins qui partent en vacances ne ferment pas leurs cabinets. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal-soins-de-ville/gestion-cabinet/deux-tiers-des-medecins-qui-partent-en-vacances-ne-ferment-pas-leurs-cabinets>
17. SPF. Coqueluche en France. Bulletin du 22 novembre 2024. [Internet]. [cité 3 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/coqueluche/documents/bulletin-national/coqueluche-en-france.-bulletin-du-22-novembre-2024>
18. SPF. Infections respiratoires aiguës (grippe, bronchiolite, COVID-19). Bilan de la saison 2024-2025. [Internet]. [cité 3 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/infections-respiratoires-aigues-grippe-bronchiolite-covid-19.-bilan-de-la-saison-2024-2025>
19. Gastro-entérites aiguës [Internet]. [cité 3 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-infectieuses-d-origine-alimentaire/gastro-enterite-aigue>
20. Dossier complet – Département de l'Eure (27) | Insee [Internet]. [cité 31 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-27>
21. Claverie M. Évaluation des appels concernant la Permanence des Soins Ambulatoires en horaire de nuit au sein du Centre de Réception et Régulation des appels de la Dordogne. [thèse]. Université de Bordeaux ; 2020.
22. Benard A. État des lieux de la permanence des soins ambulatoires dans le département de l'Eure. [thèse]. Université de Rouen ; 2012.
23. Coffinier.C. Déterminants de l'urgence ressentie par le patient en médecine ambulatoire. [thèse]. Université de Lille ; 2022.
24. Lefrançois C. Les difficultés actuelles engendrées par la régulation: quel ressenti pour les médecins libéraux régulateurs au Samu de Rouen? [thèse]. Université de Rouen ; 2019.
25. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2025 [cité 18 mai 2025]. Réguler la pénurie ne résoudra pas la pénurie ! Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/reguler-penurie-resoudra-penurie>
26. CNOM rapport PDSA 2024. [Internet]. [cité 12 avr 2025]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/zsu9h5/cnom_rapport_pdsa_2024.pdf
27. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe: Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. *Revue française des affaires sociales*. 2006;(2):91-119.
28. Yildirim SG. Les attentes des patients venant consulter pour un coryza en cabinet de médecine générale. [thèse]. Université de Nice ; 2014.

29. Pons T. Quelles sont les attentes des patients adultes lorsqu'ils consultent pour une infection virale en hiver? [thèse]. Université de Grenoble Alpes ; 2020.

Résumé

Permanence des soins ambulatoires dans l'Eure : Étude descriptive en 2024 des appels de nuit profonde régulés par le médecin libéral de garde.

Auteurs : (Freret Artus Aurélie, médecin généraliste ; Dr Chauvin Baptiste, DMG Rouen)

Contexte : La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est une mission de service public visant à répondre aux besoins de soins non programmés en dehors des horaires habituels des cabinets médicaux. La régulation médicale des appels en est le pivot. Dans l'Eure, le territoire est découpé en onze secteurs associatifs (Entente des omnipraticiens libéraux de L'Eure - EOLE). L'objectif de cette étude est d'étudier les motifs d'appels PDSA en nuit profonde dans l'Eure en 2024.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique, transversale, rétrospective, descriptive. Le critère d'inclusion était : tout appel régulé par le médecin de garde PDSA de minuit à 7h59. Les données étaient extraites du logiciel de régulation. Après anonymisation des données, l'auteur a lu et analysé les données recueillies par l'assistant de régulation médicale (ARM) et le médecin régulateur pour rétablir un motif unique d'appel en s'appuyant sur le Dictionnaire des résultats de consultation (DRC), un niveau d'urgence et l'orientation donnée à l'appel.

Résultats : Dix motifs concentrent 70,27 % des appels, dominés par l'état morbide non caractéristique (22,7 %), la toux (10 %) et les diarrhées et/ou vomissements (9,47 %), avec des variations saisonnières. Les motifs varient selon l'âge, avec une prédominance d'infections aiguës chez l'enfant et d'affections chroniques chez l'adulte et la personne âgée. La majorité des appels, concernent des femmes (56,9 %) et adultes jeunes (40,3 % de 17-45 ans), provenant principalement de quatre EOLES (54,4 %), relèvent d'une urgence modérée (niveaux 3-4, 85,2 %) et donnent lieu à un simple à un simple conseil (78,1 %).

Conclusion : Les appels PDSA en nuit profonde concernent majoritairement des motifs bénins, avec des variations saisonnières.

Mots clés : Permanence des soins, soins ambulatoire, médecins généralistes, répartition des urgences médicales, soins de nuit.