

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009

N° 39

THESE

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

DES de médecine générale

Par

**Haroche Denis**

Né le 3 novembre 1981 à Chartres

Présentée et soutenue publiquement le 10 novembre 2009

**MISE EN PARALLELE DE L'ACTIVITE DES CAPS DE  
PORNIC, GUERANDE ET PONTCHATEAU AVEC CELLE  
DES URGENCES DE SAINT-NAZAIRE PENDANT LES  
HORAIRES DE PERMANENCE DES SOINS**

Président : Monsieur le Professeur Gilles POTEL

Directeur de thèse : Mme le Docteur Nolwenn RIBE

# PLAN

|                           |    |
|---------------------------|----|
| PLAN .....                | 2  |
| ABREVIATIONS .....        | 3  |
| INTRODUCTION .....        | 5  |
| GENERALITES .....         | 7  |
| MATERIELS ET METHODE..... | 29 |
| RESULTATS .....           | 34 |
| DISCUSSION.....           | 66 |
| CONCLUSION.....           | 74 |
| BIBLIOGRAPHIE .....       | 76 |
| TABLE DES MATIERES .....  | 79 |
| ANNEXES .....             | 84 |

# **ABBREVIATIONS**

- AMU : Aide Médicale Urgente
- AMUEL 44 : Association de la Médecine d'Urgence de l'Estuaire de la Loire
- CAPS : Centre d'Accueil pour la Permanence des Soins
- CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences
- CMU : Capacité de Médecine d'Urgence
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels
- CODAMUPS : COMité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence de Soins
- DESC : Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- ECG : ElectroCardioGramme
- FAQSV : Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
- HGT : HemoGlucoTest
- MMG : Maison Médicale de Garde
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- SU : Service d'Urgence
- SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

# **INTRODUCTION**

La permanence des soins est un sujet d'actualité difficile à aborder car il est un enjeu crucial de santé publique. Son importance est telle depuis la grève des médecins généralistes de 2001, qu'il a déjà donné lieu à de nombreux décrets puis à quelques travaux depuis plusieurs années.

Le travail présenté ici s'attache à décrire l'état actuel des structures participant à la permanence des soins dans le secteur géographique de Saint-Nazaire et d'en connaître les limites.

Les Centres d'Accueil pour la Permanence des Soins (CAPS) tiennent un rôle récent dans cette permanence, qui était il y a peu, tenu par l'association SOS médecin, par le service des urgences de l'hôpital et par l'ancien système de garde libéral. Il s'agit ici de définir et de décrire ce rôle.

Nous allons, dans cette thèse, chercher à observer de façon parallèle l'activité des urgences de Saint-Nazaire et celle des CAPS de Pontchâteau, Pornic et Guérande puis de comprendre l'influence que ces structures ont les unes sur les autres.

A travers cette étude, nous espérons donner des pistes pour améliorer la prise en charge des malades de ce secteur sanitaire pendant la permanence des soins, notamment en redistribuant à chaque structure les responsabilités qui leur incombent.

# **GENERALITES**

## I. LA PERMANENCE DES SOINS

### A. Définition

**La permanence des soins se définit comme l'organisation mise en place par les professionnels de santé pour répondre à une demande de soin non programmé.** Cette dernière couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux, soit de 20h à 8h en semaine, les dimanches et jours fériés de 8 h à 8h le lendemain et les samedis de 12h à 8h le lendemain.

On entend par demande de soin non programmé :

- les situations d'urgence vraie, mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel
- les urgences dites « ressenties » par le patient ou son entourage quelle que soit la gravité réelle de la situation.

On différencie ainsi la permanence des soins de l'Aide Médicale Urgente (AMU) correspondant à la mise en place d'une prise en charge médicale immédiate en cas d'événement brutal responsable d'une urgence vraie comme décrite ci-dessus.

### B. Cadre réglementaire

La permanence des soins prend racine dans le code de déontologie médicale (article 9 et 17) et dans le code de la santé publique où l'on peut lire dans l'article L 6325-1 : « les médecins participent dans un but d'intérêt général à la permanence des soins dans les conditions et selon les modalités définies par un décret en conseil d'état ».

Suite aux grèves des médecins généralistes fin 2001, plusieurs modifications ont été apportées. Le décret n°2003-880 et 2003-881 du 15 septembre 2003 ainsi que le décret n°2005-328 du 7 avril 2005 apportent donc les modifications suivantes qui sont fondamentales:

- Le conseil de l'ordre peut accorder des exemptions, fonction de l'état de santé du médecin, de son âge et de ses conditions d'exercices.
- les médecins assurent la permanence des soins non pas par obligation mais **sur la base du volontariat**.
- L'accès au médecin de permanence doit se faire par l'intermédiaire d'une **régulation téléphonique**, directement par le centre 15 ou par l'intermédiaire d'un autre centre d'appel qui doit rester en relation avec le centre 15.

Les CODAMUPS (Comité Départemental d'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins) définissent les modalités départementales de la permanence des soins selon un cahier des charges. Ainsi sont fixées les limites des secteurs sanitaires à l'intérieur même des départements.

### C. Les acteurs

On décrit ici l'ensemble des acteurs participant à la permanence des soins, au plan national et spécifiquement dans la région de Saint-Nazaire sur laquelle se porte cette thèse.

#### 1. Le Centre 15

##### a. Sa création

Au plan national, c'est en 1968 que fut créé à Toulouse par le Professeur LARENG le premier Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU). Il faudra attendre 1979 pour que celui-ci soit officialisé par la circulaire Veil du 6 février.

Historiquement le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) de la zone géographique de Saint-Nazaire était initialement situé au sein même de l'hôpital de Saint-

Nazaire. Les deux structures ont cohabité pendant 2 ans, puis dans un souci de regroupement et de simplification, les deux centres de régulations fusionnèrent en un seul localisé au CHU de Nantes.

#### b. Son fonctionnement

Chaque département est siège d'un ou deux SAMU comme l'a été le département 44, situé ou non dans un centre hospitalier au sein duquel est individualisé un Centre de Réception et de Régulation des Appels.

Les appels proviennent soit des particuliers directement par l'intermédiaire d'un numéro unique (n°15 ou 112) soit par interconnexion avec d'autres centres d'appel, c'est-à-dire les sapeurs pompiers (n°18), les forces de l'ordre (n°17) et les associations de permanence des soins comme SOS médecin.

Cinq niveaux de réponse sont possibles après la régulation d'un appel :

- envoi du SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation)
- transport sanitaire par ambulance privée ou sapeur pompier
- envoi des forces de l'ordre
- simple conseil médical à distance
- orientation vers un médecin libéral y compris vers une structure type CAPS ou Maison Médicale de Garde (MMG) aux horaires de permanence des soins.

## 2. Les CAPS

#### a. Définition

Un CAPS ou Centre d'Accueil pour la Permanence des Soins correspond à ce qu'on nomme dans d'autres départements une maison médicale de garde.

Une maison médicale de garde est définie comme un lieu d'accueil physique des patients :

- ouvert à la population sans discrimination,
- sans prise de rendez vous,
- aux heures de fermeture des cabinets médicaux

Les soins médicaux y sont dispensés sous forme de consultation. Le décret d'avril 2005 sur la permanence des soins précise les heures de la permanence des soins.

**La définition serait plutôt énoncée comme suit : un lieu fixe clairement identifié de prestation de médecine générale fonctionnant aux heures de la permanence des soins comme un cabinet libéral.**

#### b. Fonctionnement

Toutes les consultations ayant lieu au sein des CAPS sont régulées par le centre 15, de telle sorte qu'il n'est souvent pas possible d'accéder à la consultation du CAPS sans avoir préalablement appelé la régulation du SAMU. (Par exemple par l'intermédiaire d'un code d'entrée donné lors de l'appel au 15). Qui plus est, le remboursement forfaitaire par la sécurité sociale n'a lieu d'être que si ce schéma a été respecté.

Les CAPS sont pour la plupart ouverts de 20h à minuit en semaine, de 12h à minuit le samedi et de 8h à minuit le dimanche et les jours fériés, horaires officiels de la permanence des soins, nuit profonde exclue.

La grande majorité de actes se fait sous la forme de consultation. Les visites restent exceptionnelles, cependant elles peuvent se produire dans les cas suivants : certificat de décès à domicile, impossibilité de déplacement des personnes âgées et éventuellement des situations sociales difficiles.

La rémunération des médecins est identique dans les 3 CAPS sur lesquels se porte l'étude. Il existe un forfait « astreinte » minimum de 50 euros en semaine et 350 euros le Week-end (samedi plus dimanche) auquel s'ajoute la rémunération classique des actes effectués.

En dehors de certaines exceptions, le financement des CAPS est assuré par L' URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) par l'intermédiaire du FAQSV (Fond

d'Aide à la Qualité des Soins de Ville). Parfois les élus locaux peuvent apporter un soutien financier intéressant.

c. les CAPS du secteur géographique de Saint-Nazaire

On peut en dénombrer trois sur ce secteur géographique : les CAPS de Pornic, Pontchâteau et Guérande.

- Le CAPS de Pornic

⇒ sa création

Il s'agissait au début d'un projet comportant deux centres de consultation, l'un à Pornic, l'autre à Paimbœuf plus au nord-est du département. En effet les médecins qui habitaient ou consultaient dans ce secteur sanitaire (Paimbœuf) souhaitaient être à proximité de leur propre cabinet.

Le projet fut simplifié en un lieu unique à Pornic devant le refus de financement par l'URCAM de la double structure.

Le 1<sup>er</sup> mars 2008, eurent lieu les premières gardes au sein du CAPS de Pornic, uniquement le week-end. Les consultations du soir en semaine débutèrent en octobre 2008.

⇒ son fonctionnement

Le CAPS de Pornic est sous la responsabilité du Dr Michelle VERCOUTERE, également présidente de l'association des médecins du pays de Retz, association créée originellement pour organiser la formation médicale continue des médecins généraliste de la région du Pays de Retz.

Le CAPS de Pornic se situe dans l'hôpital de Pornic auquel il loue un local comprenant trois salles de consultation. Le budget du CAPS compte aussi une secrétaire responsable de la gestion matérielle.

Le secteur sanitaire du CAPS regroupe cinq anciens secteurs de garde. Parmi les 56 médecins du secteur seulement douze d'entre eux ne désirent pas participer à la garde du CAPS :

- soit ils sont de garde en permanence pour leurs propres patients

- soit le CAPS prend en charge leurs patients pendant les heures non ouvrables.

Sur le plan des effectifs médicaux, un médecin est seul pour la garde de semaine et deux médecins assurent la garde du week-end. Pendant la période de Juillet-Aout, c'est deux médecins en semaine et trois le samedi, le dimanche et les jours fériés. Les consultations et les rares visites sont réparties entre les médecins selon leur désir.

- Le CAPS de Pontchâteau

⇒ sa création

La structure commença à fonctionner en janvier 2006. Elle assura pendant 2 ans la totalité des horaires de permanence des soins y compris la nuit profonde de minuit à 8h. A la demande des praticiens concernés et devant le peu de consultation pendant ces horaires (environ une tous les 10 jours), le CAPS est passé aux horaires usuels (jusqu'à minuit) courant 2008.

⇒ son fonctionnement

La gestion du CAPS de Pontchâteau est assurée par le Dr TRELOHAN, médecin généraliste à Guenrouet.

Le CAPS regroupe trois anciens secteurs de garde alors que son projet initial prévoyait d'y inclure les secteurs entourant Savenay mais la fusion échoua du fait de rivalités entre les villes de Savenay et Pontchâteau. Le secteur de Savenay fonctionne ainsi sur l'ancien système de garde libéral.

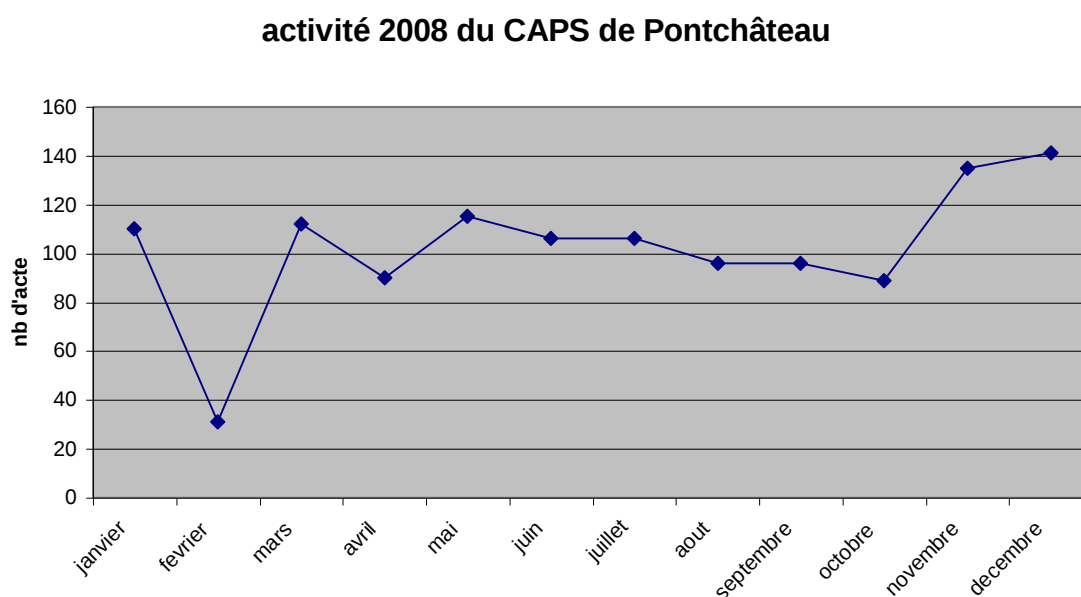
On compte 17 médecins participant à la garde du CAPS parmi les 42 médecins du secteur. La plupart des gardes de Week-end sont en pratique assurée par des remplaçants notamment le Dr Jean-Paul Tournon. Le financement initial émane uniquement de l'URCAM. Un unique médecin assure les consultations que ce soit le soir ou le Week-end. Il existe une possibilité financière et matérielle d'apporter un deuxième praticien en renfort dans les périodes difficiles mais le besoin ne s'est pas encore fait ressentir.

Le CAPS emploie une secrétaire 2 heures par semaine, nécessaire pour les problèmes d'ordre matériel.

Le rapport d'activité du CAPS des deux dernières années semble montrer une relative stabilité du nombre de consultation annuelle : 1332 consultation en 2007, 1287 en 2008. Ces chiffres correspondent à **un nombre d'acte moyen quotidien de 3,5**.

Le graphique suivant représente pour exemple l'activité du CAPS au cours de l'année 2008.

Figure 1



On retient une relative stabilité de l'activité du CAPS tout au long de l'année avec un pic d'activité en novembre et décembre correspondant probablement aux épidémies hivernales.

- Le CAPS de Guérande

⇒ sa création

Le CAPS fut opérationnel au 01/04/2008. En supplément du soutien financier de l'URCAM, une aide initiale fut apportée par la communauté de commune CAP Atlantique (réunion de La Baule, Pornichet...) ainsi que par les fonds restant du CAPS de Saint-Nazaire, disparu depuis.

⇒ son fonctionnement

Le CAPS de Guérande est sous la direction du Dr REIGNER qui exerce à Guérande.

Ce CAPS loue un local situé au sein de l'hôpital de Guérande.

Les horaires d'ouverture diffèrent des autres CAPS pris en compte dans l'étude. Ils se limitent à : 20h-22h30 en semaine, et 9h-13h puis 16h-22h le Week-end. Il s'agit plus précisément des obligations horaires de présence du médecin de garde au CAPS. La régulation centre 15 essaie par conséquent de regrouper les consultations. En dehors de ces horaires limités et avant minuit, le médecin peut tout de même être amené à effectuer des consultations urgentes. Si un nombre important de consultation se dessine au fur et à mesure de la régulation des appels, le médecin est prévenu qu'il doit arriver plus tôt sur les lieux afin d'effectuer les consultations dans de bonnes conditions.

Un seul médecin est présent au CAPS tant le Week-end que la semaine, exception faite les Week-end prolongés et aux mois de Juillet et Août où ils sont deux.

### 3. Le SAU de Saint-Nazaire

#### a. Le personnel

L'équipe médicale du SAU (Service d'Accueil et d'Urgence) tout d'abord se compose de 15,5 équivalents temps plein médecins :

- 11 praticiens hospitaliers temps plein
- 4 assistants spécialistes temps plein
- 1 praticien contractuel mi-temps

Les effectifs sont distribués sur 24h comme suit (ceux-ci vont être augmentés début novembre 2009 en raison du doublement du nombre d'interne affectés au service : huit au lieu de quatre)

- sur le secteur médical, on dénombre deux médecins et un interne de 8h30 à 18h30, puis un médecin et un interne de 18h30 à 8h30
- le secteur traumatologie et SMUR compte en permanence deux médecins (exerçant en même temps une activité SMUR) et un interne. Un renfort médical de traumatologie est assuré en semaine de 8h30 à 18h30.
- le secteur d'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) est assuré par un médecin présent de 8h30 à 17h00.

Aux mois de Juillet et Août : une équipe du SMUR de Nantes vient en renfort de 9h à 17h et le médecin supplémentaire en traumatologie décale ses horaires de 13h00 à 20h00 pour faire face à l'affluence estivale dans les environs.

#### b. L'organisation

Les urgences se divisent en 3 secteurs :

- Un secteur traumatologique où sont prises en charges les pathologies traumatiques et circonstanciées mais également les pathologies psychiatriques et les intoxications médicamenteuses ou éthyliques. Il se compose de quatre box classiques (dont un comportant une lampe à fente), d'une salle de suture, d'une salle de plâtre, de deux box d'isolement et d'une salle de déchoquage.
- Un secteur médical qui prend en charge le reste de la pathologie. Il comprend cinq box simples et un box double pouvant servir de déchoquage en cas de nécessité.
- Une unité d'hospitalisation de courte durée de 10 lits, utile pour les hospitalisations de moins de 24h. En pratique, on y trouve 3 types de patient : les patients nécessitant une surveillance rapprochée, les patients attendant une place dans un service spécifique et effectivement les patients nécessitant une hospitalisation de courte durée comme les intoxications médicamenteuses et éthyliques peu sévères, les traumatismes crâniens à surveiller ou certains urticaires.

#### c. L'activité

En 2008, le SU (Service d'Urgence) a enregistré 52703 admissions, repartis comme suit :  
40175 urgences « adultes » et 12526 urgences « pédiatriques »

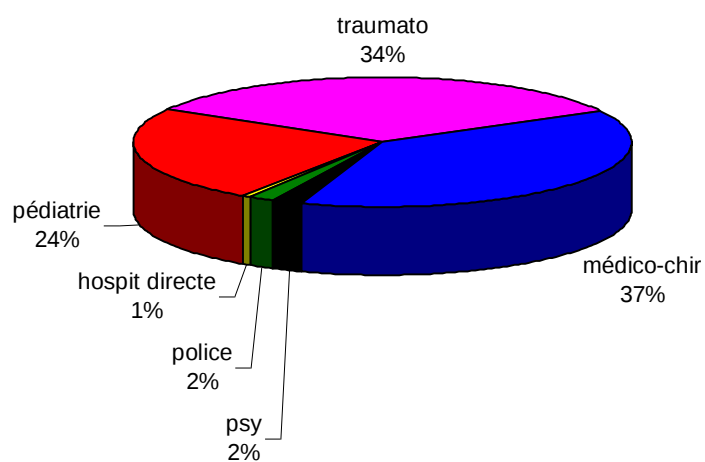
Les urgences adultes se répartissent de la manière suivante :

- **17750 urgences traumatologiques**

- **20223 urgences médicochirurgicales** (dont 1278 dossiers « psy » secondaire)
- 980 urgences psychiatriques (dossier « psy » primaire)
- 932 dossiers « police » (certificat d'Ivresse Publique Manifeste)
- 290 hospitalisations directes

**Figure 2**

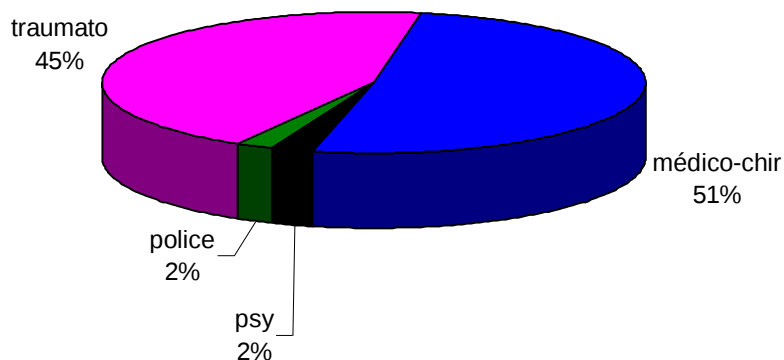
**répartition des admissions dans les différents secteurs des urgences**



En excluant la pédiatrie, la répartition est représentée comme telle :

Figure 3

répartition des admissions dans les différents secteurs des urgences (hors pédiatrie)

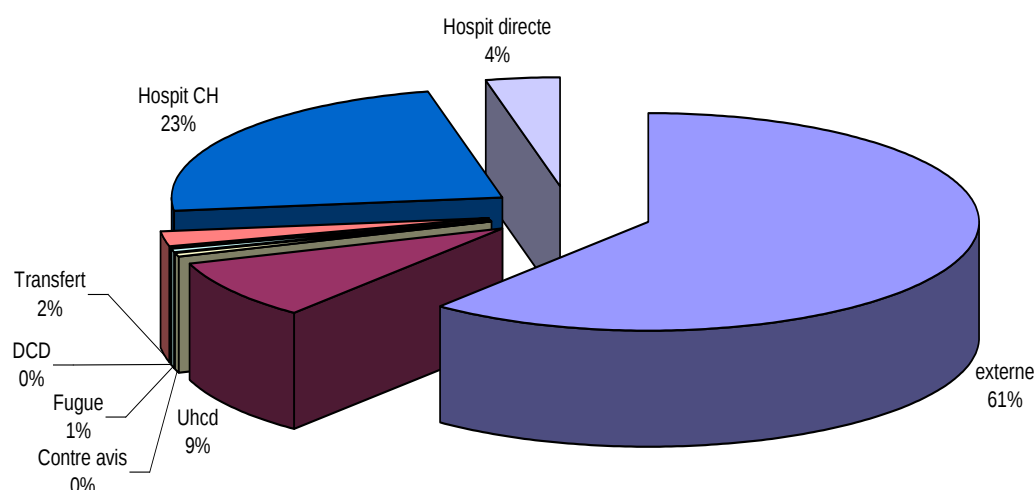


Il s'agit d'une **progression de 2,9%**, strictement identique à l'année précédente. L'accueil des urgences adultes a une augmentation d'activité de 3,3% pour 40175 passages. Cette augmentation est croissante depuis une dizaine d'année.

La plupart des patients pris en charge aux urgences ne nécessitent pas d'hospitalisation comme en atteste les 61% de patient sortant directement après leur passage au SAU.

**Figure 4**

### Orientation à partir des urgences adultes



Un autre chiffre à noter est le temps d'attente entre la prise en charge initiale au SAU et l'orientation physique dans un service d'hospitalisation lorsque cela est nécessaire : 94 minutes alors que le délai moyen de prise en charge médicale à l'admission aux urgences est d'environ 7 minutes. Il faut mettre en rapport ce délai d'attente important (bien que moindre comparé à d'autres SAU de la région) avec la faible proportion de patient admis directement dans un service d'hospitalisation sans passer par les urgences. De plus, il est souvent nécessaire d'attendre la disponibilité des lits d'aval dans les services.

Voici un tableau représentant le temps d'attente moyen pour chaque service du site du moulin du Pé (site de l'hôpital qui exclu la gériatrie et la psychiatrie)

**Tableau 1**

| Service              | temps d'attente moyen (min) | nombre de patients |
|----------------------|-----------------------------|--------------------|
| Médecine Interne 3A2 | 152                         | 478                |
| Pneumologie 4A3      | 116                         | 375                |

|                       |    |     |
|-----------------------|----|-----|
| Gastroentérologie 4A4 | 96 | 399 |
| Neurologie 3A3        | 93 | 394 |
| Cardiologie 1A3       | 89 | 441 |
| Cardiologie 3A3       | 83 | 219 |
| Néphrologie           | 82 | 136 |

La répartition des patients ayant fait l'objet d'une procédure de « suroccupation » est donnée dans le tableau ci-dessous. On pourrait y ajouter 152 patients dont les informations d'orientation d'après URQUAL ne sont pas exploitables. Sans tenir compte de ces dossiers, la progression est de 38.7%. Ces chiffres semblent témoigner d'un **manque global de lits d'hospitalisation**.

**Tableau 2**

| Services concernés | Nombre de patients hospitalisés en suroccupation |
|--------------------|--------------------------------------------------|
| Gériatrie          | 240                                              |
| Médecine interne   | 101                                              |
| Neurologie         | 55                                               |
| Gastroentérologie  | 53                                               |
| Viscéral           | 43                                               |
| Pneumo             | 40                                               |
| Ortho              | 37                                               |
| Cardiologie        | 16                                               |
| Néphrologie        | 5                                                |
| ORL                | 4                                                |
| TOTAL              | 594                                              |

#### 4. SOS médecins Saint-Nazaire

SOS médecins France fut créé le 20 janvier 1966 par le Dr Marcel Lascar, à Paris. Depuis, SOS médecin France compte 70 associations composées d'environ 1000 médecins. Ceux-ci doivent être titulaires d'une thèse et inscrits à l'ordre des médecins. Le recrutement se fait essentiellement sur les connaissances en médecine générale mais également sur l'obtention préférable de la Capacité de Médecine d'Urgence (CMU) ou d'un Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire (DESC) de médecine d'urgence.

L'intervention des médecins de SOS se fait uniquement sous forme de visites, à l'inverse du CAPS où le patient se déplace. Il existe un standard téléphonique distinct du centre 15 mais en interrelation avec ce dernier (convention du 7 avril 2005). Il est composé de standardistes spécialement formés. Un médecin est à disposition soit sur place, soit par téléphone pour les régulations plus ardues.

SOS médecin Saint-Nazaire a vu le jour en novembre 1997 grâce à l'impulsion de cinq médecins généralistes (Dr Michel Blanche, Dr Patrice Mondot, Dr Marc Bailleul, Dr Thierry Guyon et Dr Yann Lebiavant). Actuellement, l'association compte quatorze médecins exerçant exclusivement au sein de SOS.

Les effectifs médicaux se repartissent comme suit :

- en semaine : deux médecins à H24, un médecin de 8h30 à minuit et un médecin de 18h30 à 8h30 le lendemain matin.

- samedi, dimanche et jours fériés : trois médecins à H24, un médecin de 8h30 à minuit et un médecin de 8h30 à 18h30 en période épidémique.

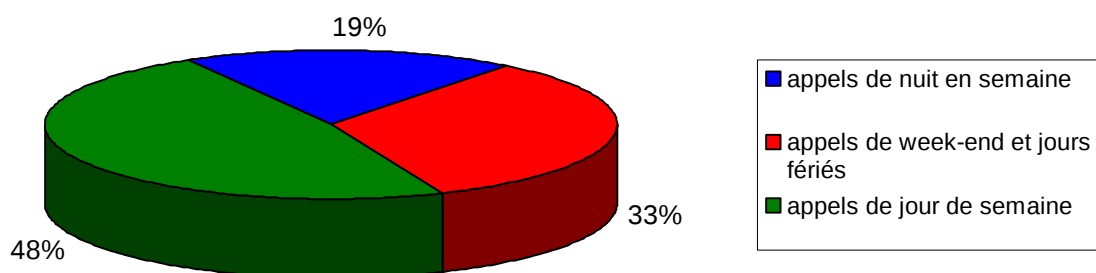
SOS médecin intervient sur les communes de Saint-Nazaire, Guérande, Pornichet, Trignac, Montoir-de-Bretagne, le Pouliguen, Saint Joachim, Saint André des Eaux et Saint-Malo-de-Guersac. On note ainsi que leur secteur d'intervention se chevauche avec ceux des CAPS de Guérande et de Pontchâteau en nord Loire

**C'est un acteur primordial de la permanence de soins sur la ville de Saint-Nazaire et les communes adjacentes. La collaboration avec le service des urgences est étroite.**

Pour mémoire voici quelques éléments sur l'activité de SOS médecin Saint-Nazaire pendant l'année 2005 :

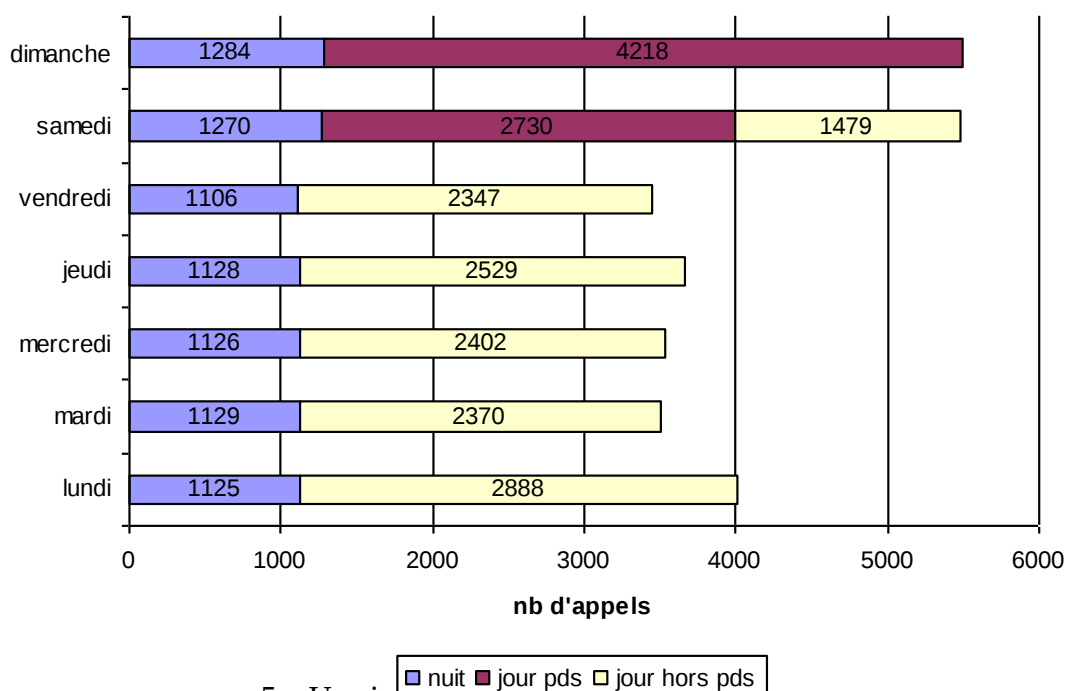
Figure 5

### répartition des appels au standard SOS médecin au cours et en dehors de la permanence des soins en 2005



Ce graphique permet de comprendre que la majorité de l'activité SOS à hauteur de **52% a lieu pendant les horaires de permanence des soins**

Ce graphique représente la répartition de ces appels pendant les jours de la semaine



5. Une intervention des médecins mobiles

Le Dr Antoine REDOR et l'AMUEL 44 (Association pour la Médecine d'Urgence de l'Estuaire de la Loire), avait pour projet de mettre en place un système dit de « médecins mobiles » proche du système SOS médecin mais financé par l'assurance maladie. Le principe aurait été de garantir un accès au soin par l'intermédiaire de visites au domicile pendant toute la nuit y compris de minuit à 8h et ce sur la totalité du département Loire atlantique. L'intervention de ces médecins aurait été entièrement régulée par le centre 15. Il avait été défini 6 secteurs géographiques dans le département avec grossièrement un médecin correspondant au CAPS de Pornic et un aux CAPS de Pontchâteau et Guérande. La rémunération aurait été basée sur une rémunération forfaitaire de trois consultations de l'heure à laquelle se seraient ajoutés les actes réellement effectués.

Le projet, malgré le soutien des autres acteurs de la permanence de soins, sous sa forme actuelle pour le moment a été refusé par l'URCAM.

## II. UNE EVOLUTION DES MENTALITES

## A. L'évolution des modes de consommation des soins

De nombreuses études ces dernières années ont montré un recours croissant aux services d'urgences hospitaliers. **Entre 1990 et 1998, leur fréquentation a augmentée de 43%**. Cette augmentation est d'autant plus remarquable qu'elle intéresse principalement les patients classés CCMU 1 (Classification Clinique des Malades des Urgences), c'est à dire ceux ne justifiant d'aucun examen complémentaire et par conséquent pouvant être pris en charge sans difficulté dans une structure proche d'un cabinet de médecine générale. Ceci est souligné par le fait que le nombre d'hospitalisation quant à lui reste assez stable et que par conséquent l'augmentation des CCMU 1 correspond à des patients rentrant directement au domicile après leur passage au SAU.

Certains éléments permettent d'appréhender ce phénomène :

- un comportement consumériste propre aux patients, indépendant des médecins, qui fait que la santé devient un produit de consommation comme un autre aux yeux des usagers qui « veulent tout, tout de suite ». Ainsi, environ 80% des admissions aux urgences se fait directement sans passer par un médecin traitant.
- L'évolution de la démographie médicale fait que l'offre de soin est diminuée et donc moins accessible.
- L'évolution de la mentalité des médecins eux-mêmes

## B. L'évolution de la mentalité des médecins

Selon l'ordre des médecins, les médecins aspirent à une durée de travail moindre, notamment les médecins femmes. On doit également prendre en considération que l'installation des médecins se fait de plus en plus tard et que **moins de 50% des médecins envisagent une installation en médecine libérale** au profit de la médecine du travail, ou de la médecine hospitalière comme en atteste le graphique suivant :

Figure 6 : source CNOM

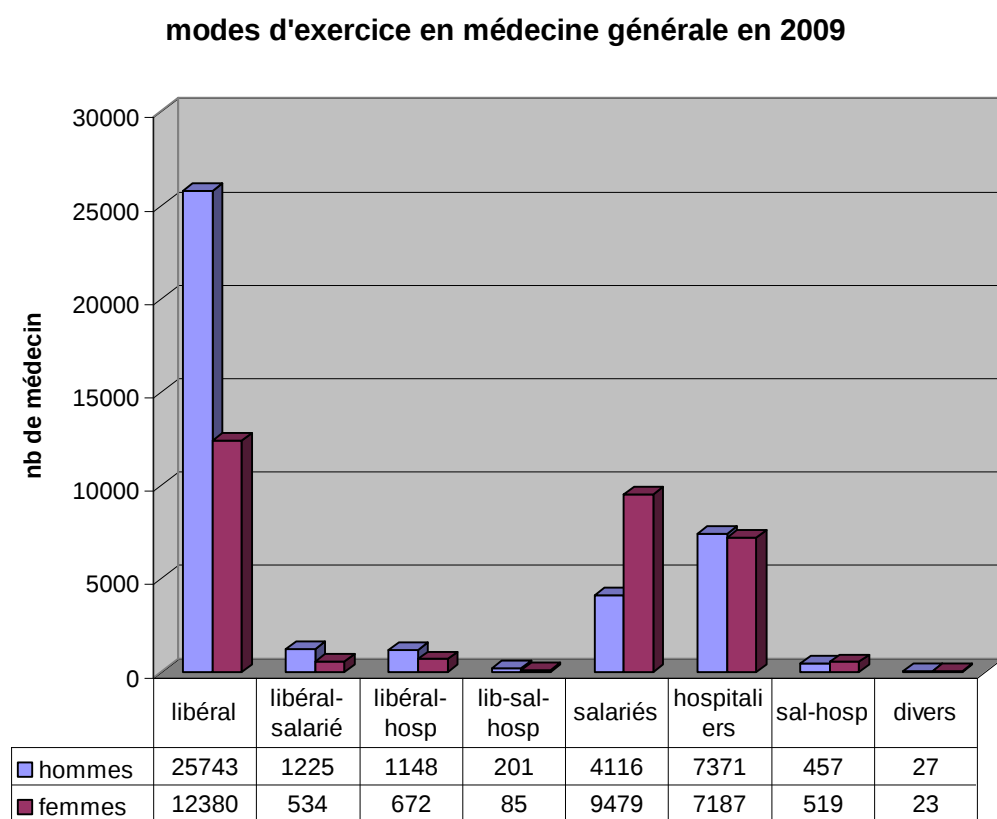
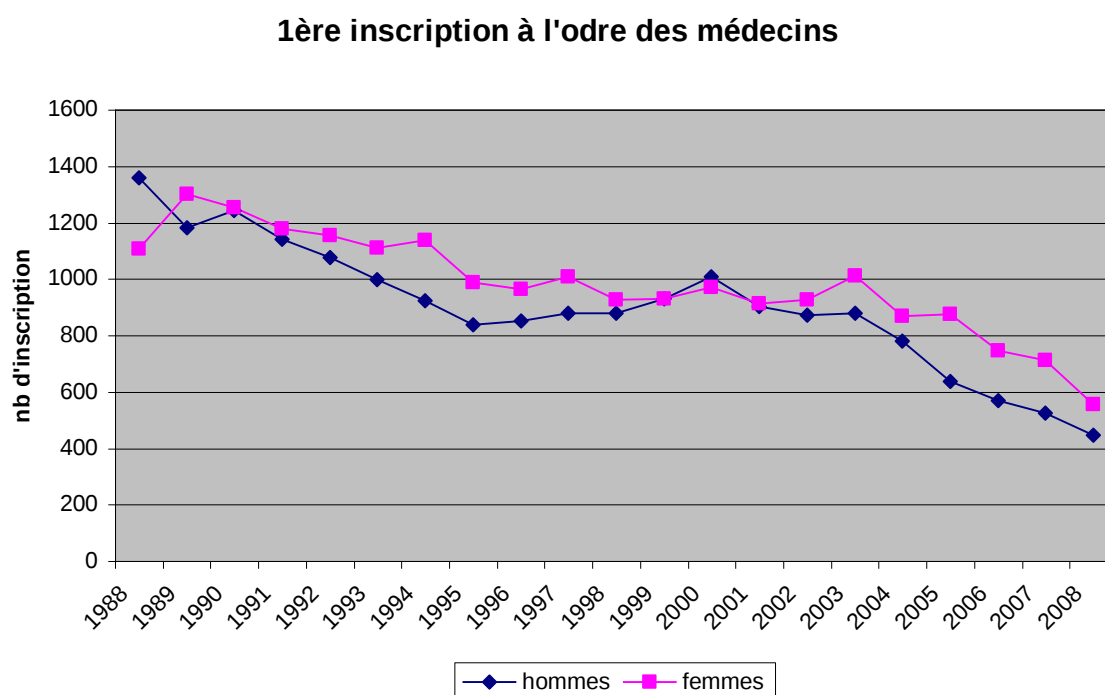


Figure 7 : source CNOM



### C. L'évolution de la démographie médicale

La baisse de la démographie médicale s'attaque préférentiellement à la médecine générale comme en atteste le délaissement d'un certain nombre de poste de médecine générale à l'internat. Cela est d'autant plus néfaste que c'est uniquement sur les médecins généralistes que repose la permanence des soins.

Par ailleurs, la population médicale vieillit comme en témoigne les nombreux départs en retraite prévus à l'horizon 2015-2020. Cette population s'est également féminisée et les femmes aspirent à moins d'heure et peu voire pas de garde afin de privilégier leur vie de famille

Les projections de la DREES à l'horizon 2005 étaient les suivantes :

- une densité médicale passant de 335 médecins pour 100000 habitants en 2002 à 283 en 2025.
- Un âge moyen des médecins évoluant de 47,5 ans en 2002 à 50,6 ans en 2015.
- En 2005, 52% des médecins en activité sont des femmes.
- Par contre la baisse des généralistes serait moins forte que celle des spécialistes avec un nombre de généraliste en 2025 proche de celui de 1995.

**Figure 8 : source CNOM 2009**

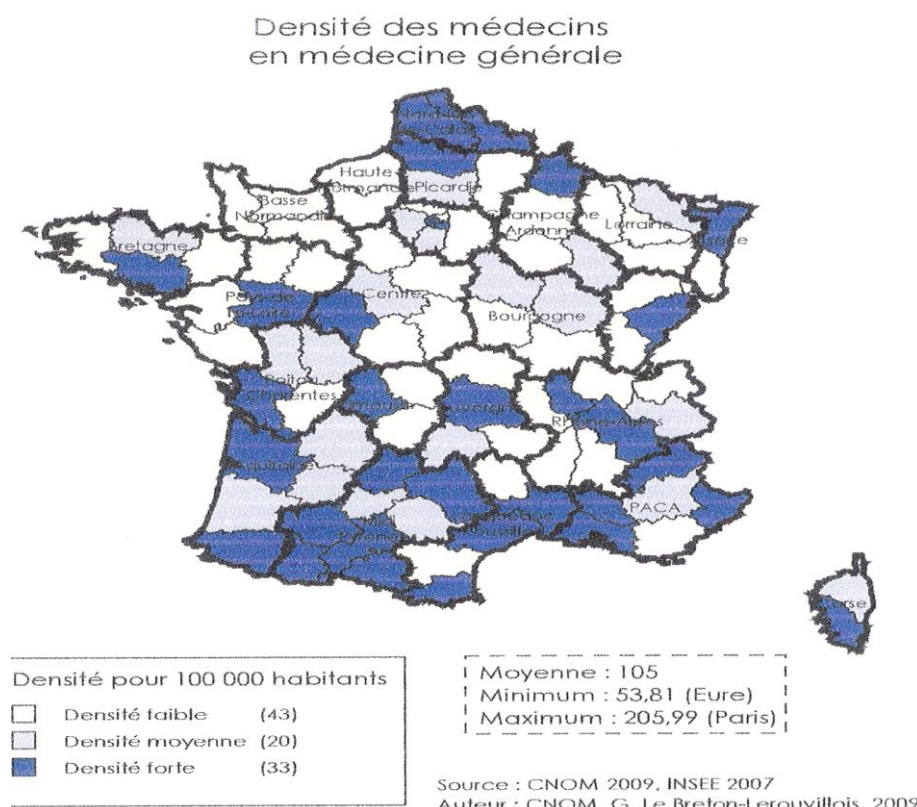
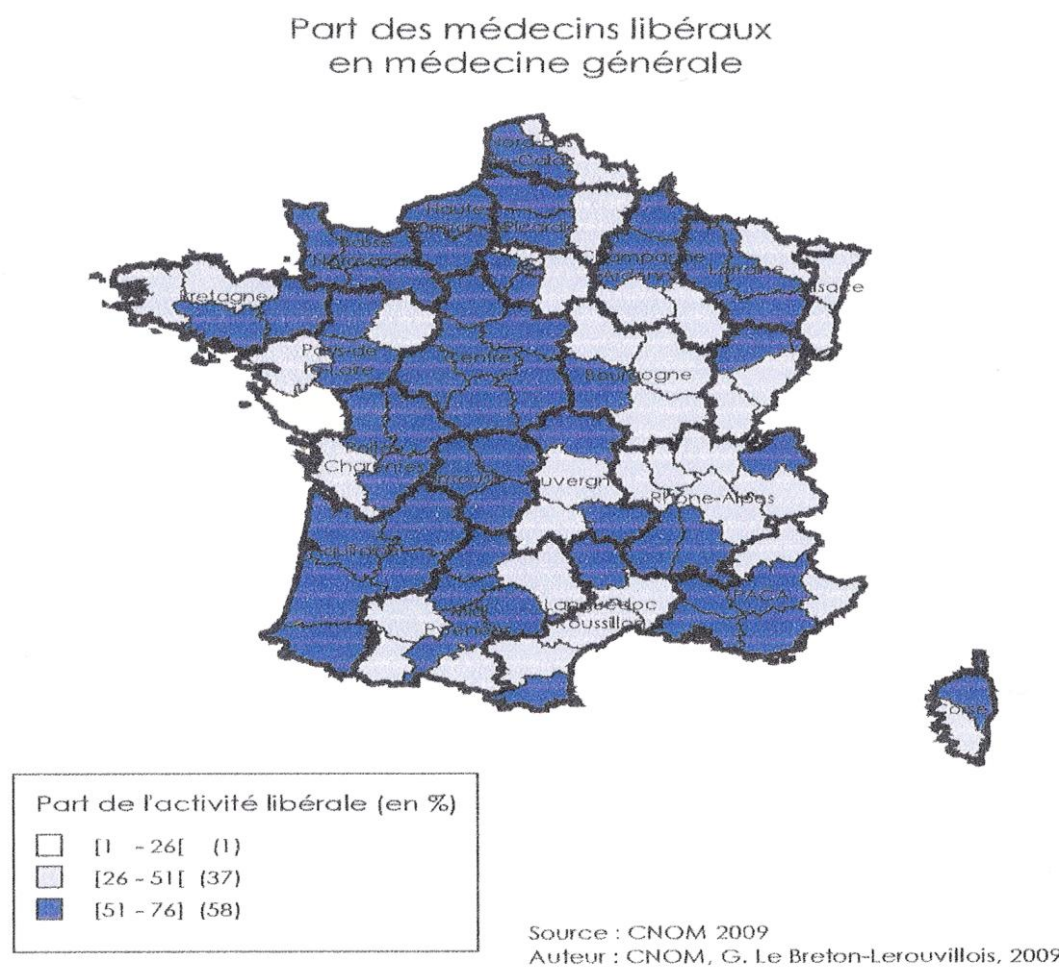


Figure 9 : source CNOM 2009



On objective une évolution double, celle de la demande de soin et celle de l'offre de soin. Il y a donc nécessité d'adaptation par la création d'une nouvelle configuration de la permanence des soins. Cette réorganisation a été précipitée par la grève des médecins généraliste de fin 2001 qui a marqué un tournant dans l'histoire de la permanence des soins.

### III. LES RAISONS DE CETTE ETUDE

Au vue de l'état actuel de la permanence des soins et de son évolution probable en raison du changement des mentalités, il apparaît bénéfique de trouver de nouvelles solutions. Nous avons décidé de centrer ce travail sur les CAPS et les urgences de la région sanitaire de Saint-Nazaire et l'articulation entre ces deux acteurs de la santé. Cette thèse a pour objectif :

- de réaliser un **bilan d'activité des CAPS** de la région Nazairiennes à environs un an de leur création
- d'évaluer le **retentissement de l'activité des CAPS sur le SAU** pendant les horaires de permanence des soins
- d'apprécier **l'importance de l'activité relevant de la médecine générale sur le site des urgences** pendant les horaires de permanence de soins
- d'appréhender **l'évolution de la permanence des soins** sur le secteur Nazairien
- de faire ressortir des **axes d'amélioration** au fonctionnement du réseau sanitaire Nazairiens

# **MATERIELS ET METHODE**

## I. LIEU ET DATE

Cette étude a été réalisée sur la même courte période au SAU et dans les trois CAPS alentours, c'est-à-dire du 13 avril 2009 8h00 au 27 avril 2009 8h00. Cette période est atypique car d'une part elle comprend un jour férié supplémentaire qui est le lundi de pentecôte, et d'autre part elle comprend une semaine en vacance scolaire et une semaine hors vacance scolaire.

On rappelle par ailleurs les horaires officiels de permanence des soins, pendant lesquels l'étude s'est déroulée :

- de 8h à 8h le lendemain le lundi 13/04 et les dimanches 19 et 26/04
- de 12h à 8h le lendemain les samedis 18 et 25/04
- de 20h à 8h le lendemain les autres jours

## II. MOYENS

Nous avons réalisé une étude prospective à partir de deux questionnaires standardisés

- l'un, unique pour les CAPS de Guérande, Pontchâteau et Pornic
- l'autre pour les urgences du centre hospitalier de Saint-Nazaire

### A. Le questionnaire CAPS

Celui-ci a été disposé dans les 3 CAPS à portée de main des médecins d'astreinte avec l'aide des secrétaires respectives des trois structures de soin, dont l'aide fut précieuse. Une lettre d'information leur avait été envoyée de façon individuelle à leur cabinet. Les médecins encore non installés avaient été joints par téléphone ou par mail. Pour le CAPS de Pontchâteau, c'est le Dr Tournon, remplaçant très régulier qui s'est chargé d'informer ses collègues un seconde fois et de disposer les questionnaires.

Ce questionnaire est simple et recueille uniquement des données objectives sur le déroulement de la consultation au plan médical et sur le devenir du patient à court terme et à moyen terme.

En voici le détail :

## DEROULEMENT DE LA CONSULTATION

- **date et heure de la consultation** afin de différencier des heures et des jours d'affluence et de creux.
- **régulation ou non par le centre 15** de la consultation. Il est important de vérifier cette donnée sachant que la régulation est normalement systématique
- **motif** médical de la consultation afin de connaître l'orientation de l'activité des CAPS.
- **examen complémentaire** réalisé au CAPS parmi bandelette urinaire, streptotest et électrocardiogramme
- **diagnostic** à l'issue de la consultation
- **orientation** du patient parmi retour au domicile ou dans la structure d'hébergement (« RAD »), transfert au SAU (« hospitalisation »), et transfert au SAU en SMUR (« SMUR »). Cette information est essentielle pour appréhender la filière de soin des patients.

## DEVENIR DU PATIENT

- en cas de retour au domicile
  - ⇒ y a t'il prescription d'un examen complémentaire ou le patient est-il adressé vers une consultation spécialisée ?
  - ⇒ est-il conseillé au patient de revoir son médecin traitant ?
- en cas de transfert au SAU, quel en est le motif parmi :
  - ⇒ nécessité de réaliser un examen complémentaire en urgence qui n'est pas disponible au CAPS
  - ⇒ mauvais état général rendant la prise en charge au domicile impossible
  - ⇒ signes réels de gravité
  - ⇒ nécessité d'un geste technique non réalisable au CAPS (perfusion, sondage urinaire, réduction de luxation, drainage thoracique...)

### B. Le questionnaire SAU

Ce questionnaire était inséré dans chaque dossier d'admission aux urgences par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation ou par la secrétaire d'accueil.

La première partie du questionnaire concernant la date, l'heure, le motif de contact, la présence ou non d'un courrier d'admission et la provenance du patient était rempli

automatiquement à l'accueil. En effet, ces questions font partie intégrante du dossier habituel d'admission au SAU.

La seconde partie du questionnaire présente une partie objective sur les motifs de venue du patient au SAU et son orientation en sortant du SAU, et une partie plus subjective concernant l'opinion du médecin urgentiste sur la possibilité ou non que le patient aurait pu être pris en charge adéquatement dans un CAPS plutôt qu'au SAU.

En voici le détail :

Les données en italique ont pu être récupérées par informatique grâce au logiciel URQUAL

#### **PARTIE OBJECTIVE**

- ***date et heure d'admission*** au SAU
- **motif médical de contact** initial
- présence ou non d'un ***courrier d'admission*** rédigé par le médecin adressant
- ***origine du patient*** parmi
  - ⇒ médecin traitant ou remplaçant
  - ⇒ conseil téléphonique du centre 15. Le patient peut s'être rendu au SAU par ses propres moyens, par ambulance, par les sapeurs pompiers ou par le SMUR.
  - ⇒ SOS médecin
  - ⇒ CAPS ou garde libérale autre
  - ⇒ patient venant de lui-même ou amené par sa famille sans contact médical préalable.
- ***régulation*** ou non par le centre 15
- **CCMU** (classification clinique des malades aux urgences)
- **Elément(s) motivant une consultation** pendant la période de fermeture des cabinets médicaux de ville :
  - ⇒ Douleur ressentie par le malade
  - ⇒ Dépendance : état général du patient rendant la prise en charge hospitalière nécessaire
  - ⇒ Gravité réelle de la situation médicale
  - ⇒ Inquiétude ressentie par le patient ou la famille
  - ⇒ Indisponibilité du médecin de garde libéral
  - ⇒ Refus de prise en charge par le médecin de garde

- **Diagnostic final** posé aux urgences
- **Orientation** du patient après passage au SAU parmi :
  - ⇒ décès
  - ⇒ unité d'hospitalisation de courte durée
  - ⇒ hospitalisation en service conventionnel
  - ⇒ retour au domicile ou dans la structure d'hébergement

## PARTIE SUBJECTIVE

### **Le patient aurait-il pu être pris en charge de façon adéquate dans un CAPS ?**

- Si la prise en charge est jugée impossible dans un CAPS, il est demandé au médecin de donner les raisons de cette impossibilité
  - ⇒ **examen complémentaire** réalisé au SAU qui n'aurait pas pu avoir lieu dans un CAPS
  - ⇒ **gravité** médicale justifiant une prise en charge hospitalière
  - ⇒ **geste technique** réalisé qui n'aurait pas pu l'être au CAPS
  - ⇒ **mauvais état général** du patient rendant nécessaire sa prise en charge hospitalière
- Si la prise en charge est jugée possible au sein d'un CAPS, le patient et questionné sur sa connaissance de l'existence du CAPS et s'il aurait volontairement consulté dans un CAPS.

## III. SELECTION DES PATIENTS

Aucun critère de sélection n'a été utilisé. Tous les patients admis ont été pris en compte dans ces trois structures. Pour les CAPS, l'étude a donc porté sur les patients admis pendant la totalité de leurs horaires d'ouverture. Pour le SAU, l'étude prenait en compte tous les patients admis pendant les horaires de permanence des soins y compris pendant la « nuit profonde », pendant laquelle les CAPS sont fermés.

# RESULTATS

## I. LES CONSULTATIONS DANS LES CAPS

### A. Nombre de dossiers

Tous les patients consultants aux CAPS n'ont probablement pas pu être répertoriés dans l'étude mais il est impossible de chiffrer leur nombre exact car les médecins ne remplissent pas systématiquement le dossier informatique qui est disponible au CAPS. On compte au total **301 questionnaires** remplis. Etonnamment, on compte 86 dossiers à Pontchâteau alors que 64 passages ont été retenus par l'outil informatique du CAPS. Il est donc possible que les médecins prenant la garde aient été plus rigoureux à remplir le questionnaire proposé que le fichier informatique du CAPS. Nous nous sommes basé uniquement sur les questionnaires remplis.

### B. Régulation des consultations par le centre 15

Le tableau suivant recense les consultations régulées et non régulées par le centre 15 ayant eu lieu dans les 3 CAPS.

**Tableau 3**

|              | Pontchâteau | Pornic | Guérande | global     |
|--------------|-------------|--------|----------|------------|
| régulées     | 72          | 95     | 50       | 217        |
| non régulées | 14          | 24     | 46       | 84         |
| TOTAL        | 86          | 119    | 96       | <b>301</b> |

Même si **72% des consultations sont effectivement régulées**, il faut rappeler que toutes ces consultations doivent normalement l'être et que ce chiffre paraît de ce fait insuffisant.

### C. Motifs de contact

Les graphiques suivants représentent les différents motifs de consultation dans les CAPS de façon globale et selon le CAPS.

Figure 9

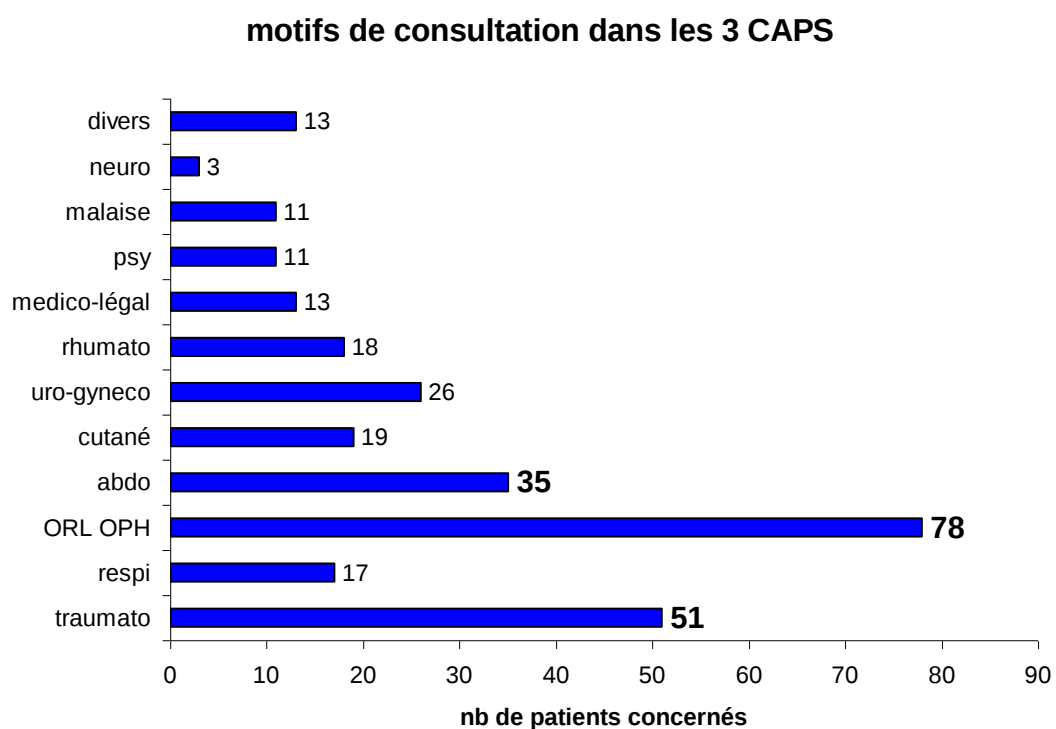
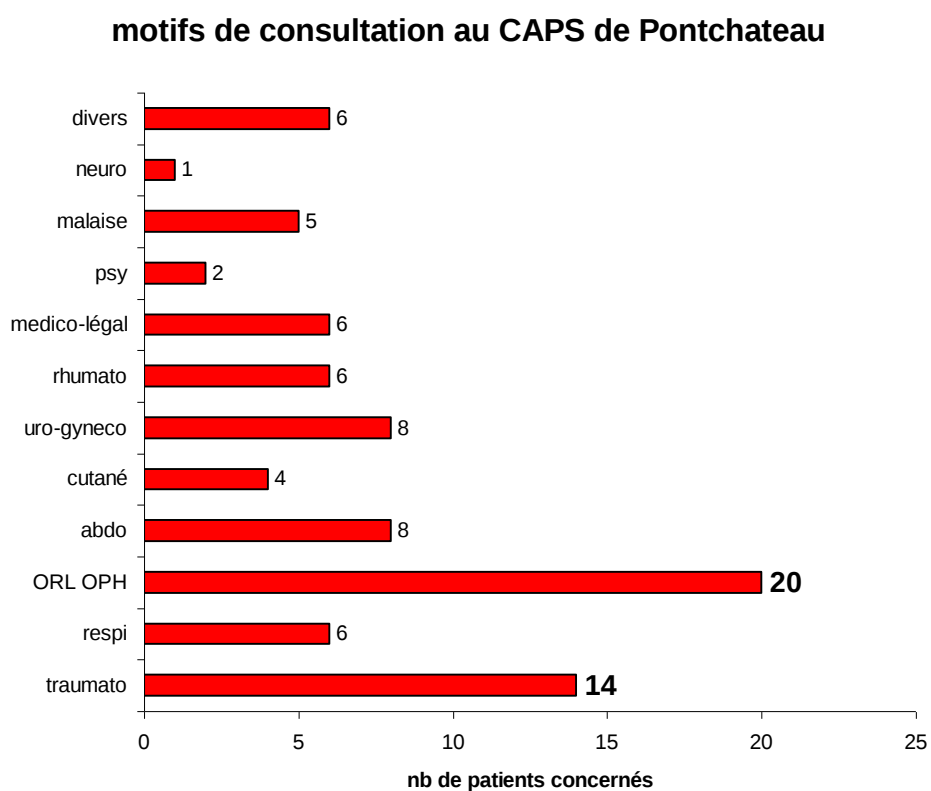
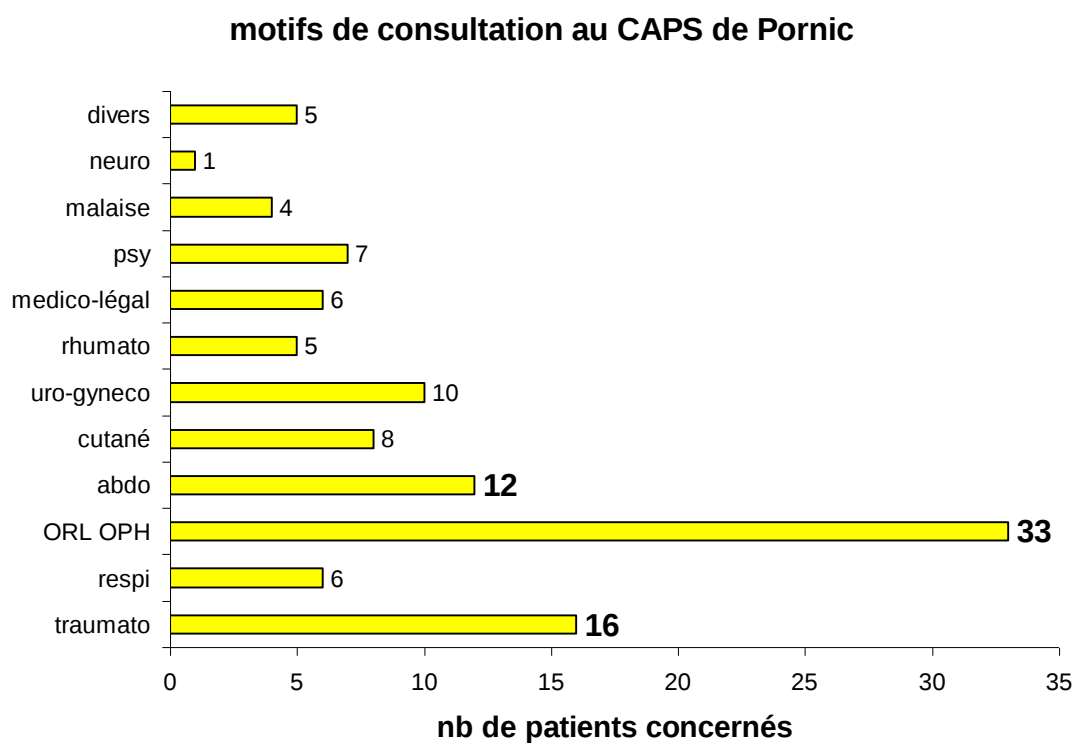


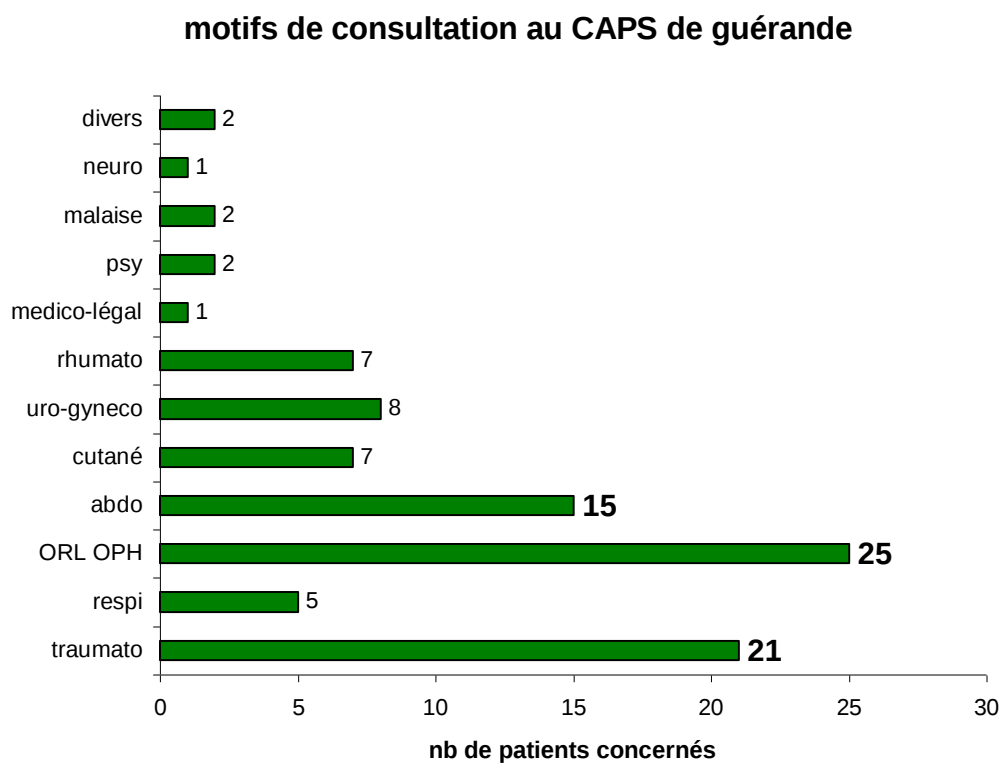
Figure 10



**Figure 11**



**Figure 12**



Cette répartition semble assez homogène et note la prédominance de trois motifs de consultation :

- ORL et ophtalmologie pour 27% des motifs de consultation. On retrouve essentiellement la **pathologie ORL infectieuse** (rhinopharyngite, otite)
- **Traumatologie** pour 17% des consultations. Il s'agit essentiellement de plaies.
- Plainte abdominale pour 12% des consultations.

#### D. Répartition temporelle des consultations

##### 1. Par jour

**85% des consultations ont lieu le Week-end.**

Les graphes suivant représentent le nombre de consultations journalières des CAPS.

Figure 13

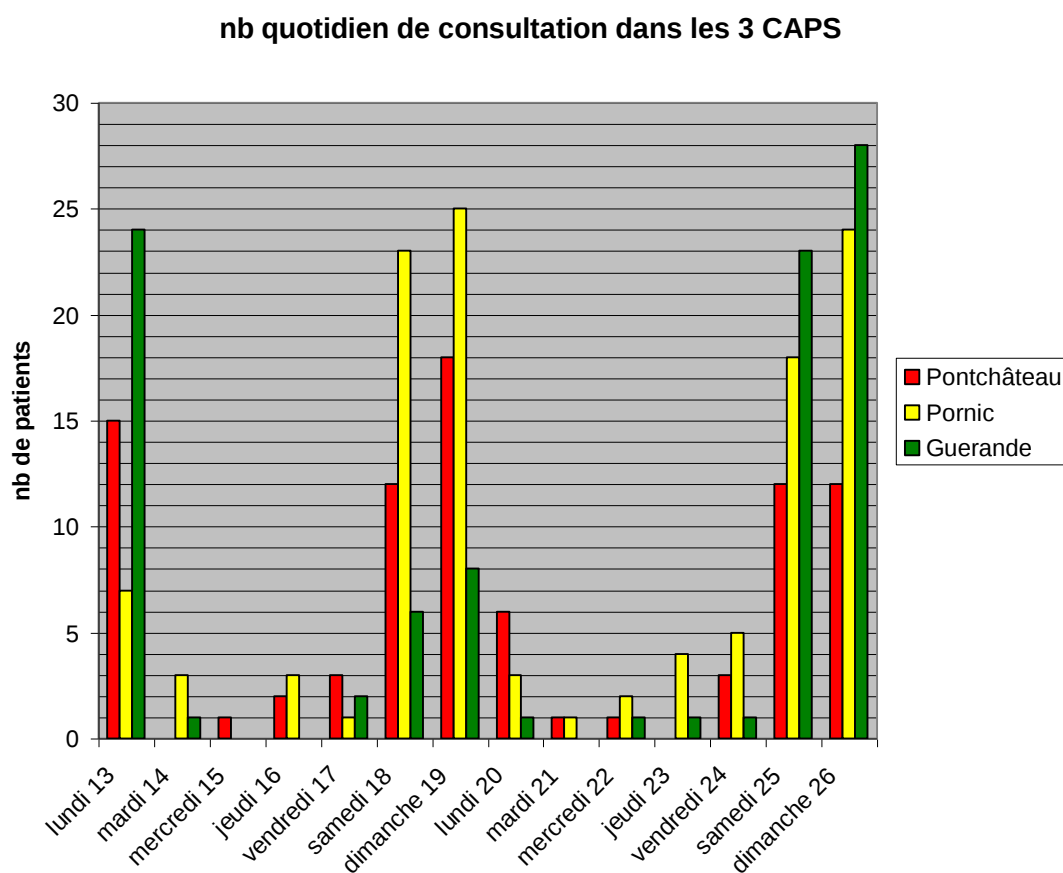
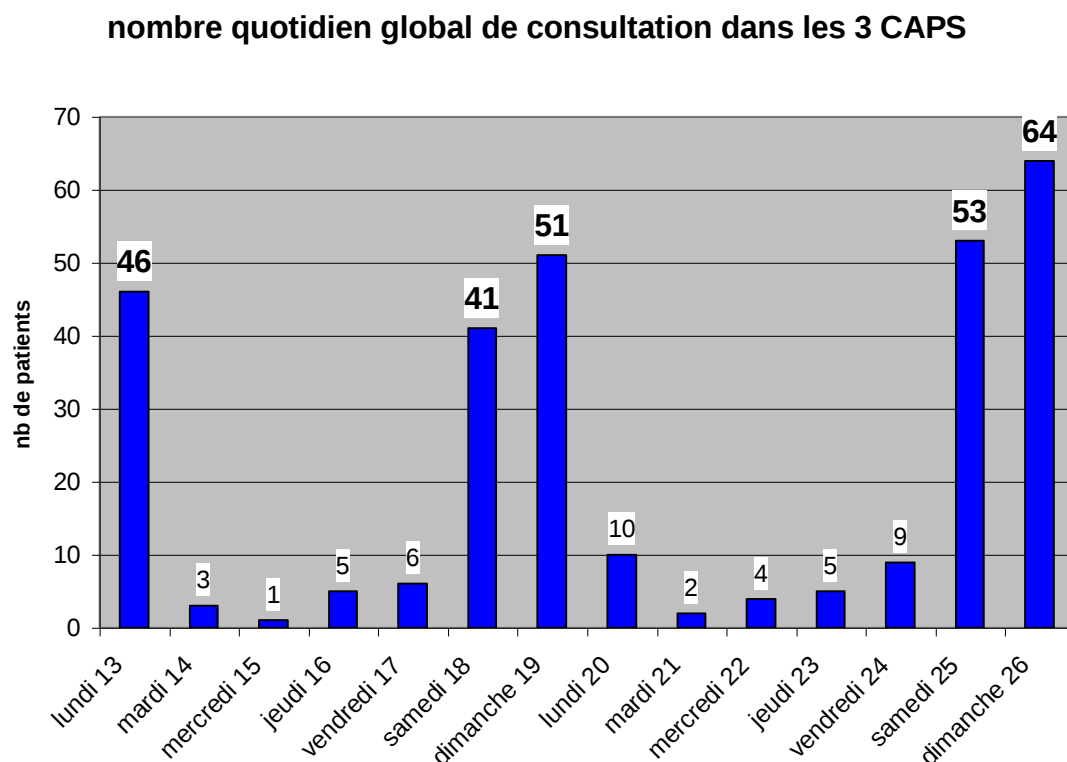


Figure 14



On retient ainsi que l’affluence semble stable en semaine, toujours inférieure à 10 patients au total. La majorité des patients vient effectivement consulter le Week-end avec **un maximum à 64** le dimanche 26/04. Le peu de consultation recensé à Guérande le WE du 19 et 20/04 semble être plutôt lié à un défaut de remplissage des questionnaires.

Les pics observés le week-end correspondent à l’élargissement des horaires d’ouverture des CAPS (parallèle à la fermeture des cabinets libéraux) et à l’affluence de la population sur la côte au cours du Week-end (pic moins élevé de ce fait à Pontchâteau).

## 2. Par heure

### a. La semaine

Les graphiques suivants permettent de visualiser l’afflux horaire par tranche de 30 minutes dans les trois CAPS de façon globale puis distincte pendant les gardes de semaine.

Figure 15

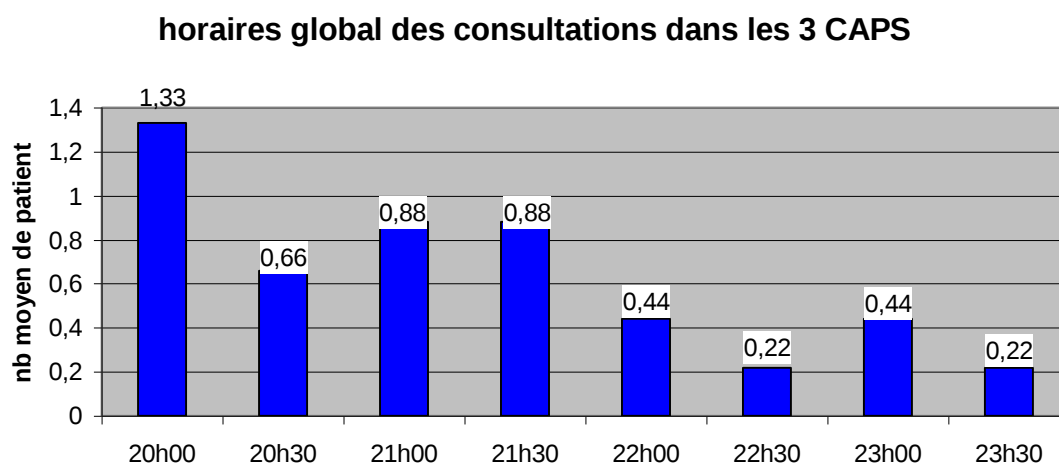
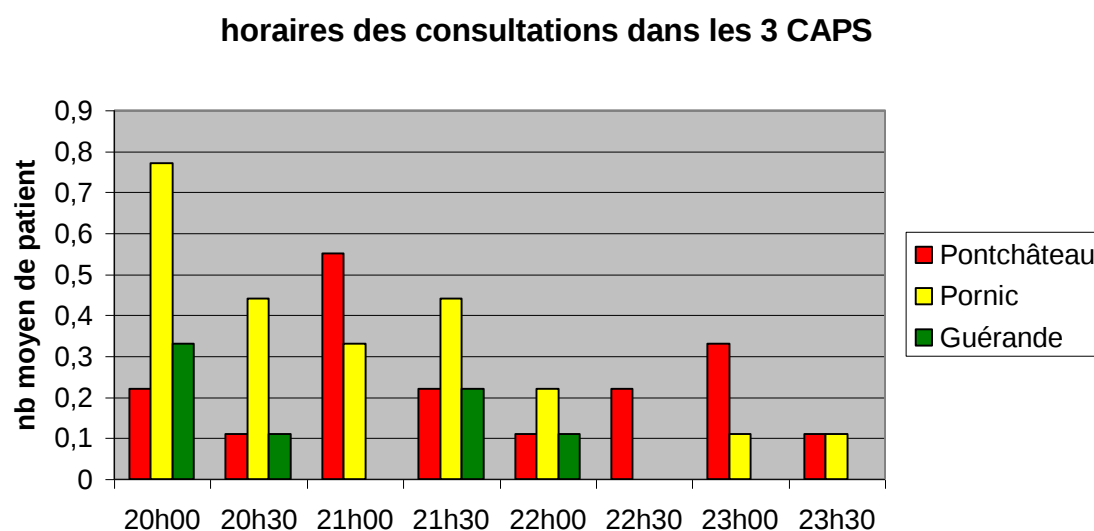


Figure 16



On se rend compte sur la courbe globale que plus l'heure avance, plus les consultations sont rares. Les horaires de consultation dans les CAPS semblent logiques, maximum à la fermeture des cabinets libéraux avec une diminution progressive de l'activité jusqu'à ce que l'ensemble des consultations qui n'ont pas pu avoir lieu la journée soit réalisées au CAPS.

#### b. Le Week-end

Dans Week-end, on inclut les samedis et dimanches ainsi que le lundi 13 avril, lundi de pentecôte.

Les graphiques suivants représentent les horaires de consultation des patients au cours du Week-end de façon globale puis dans les 3 CAPS.

Figure 17

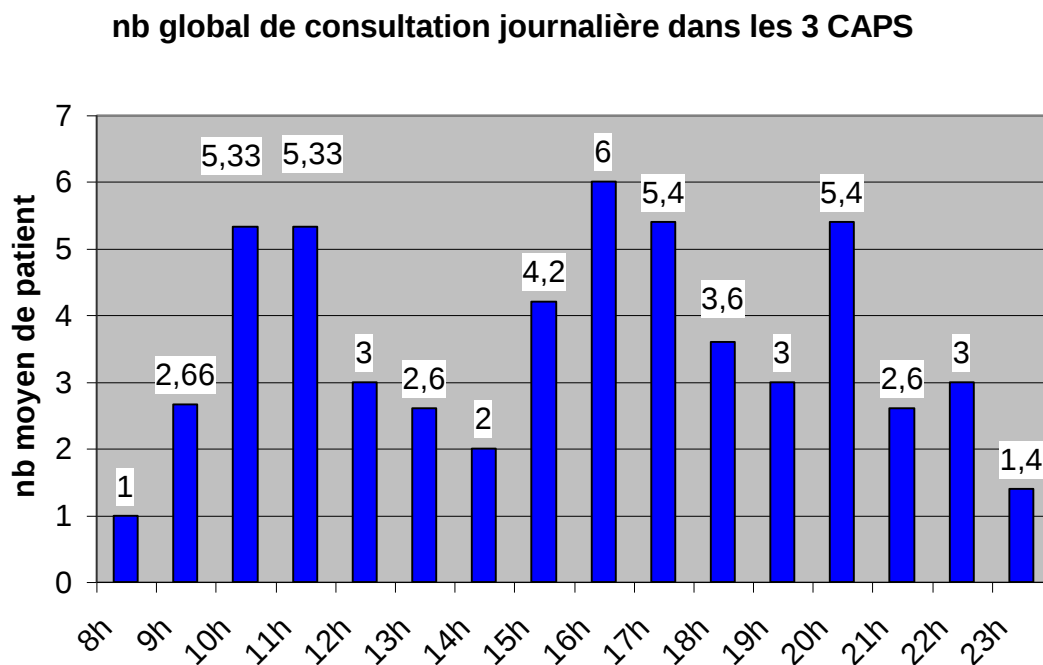
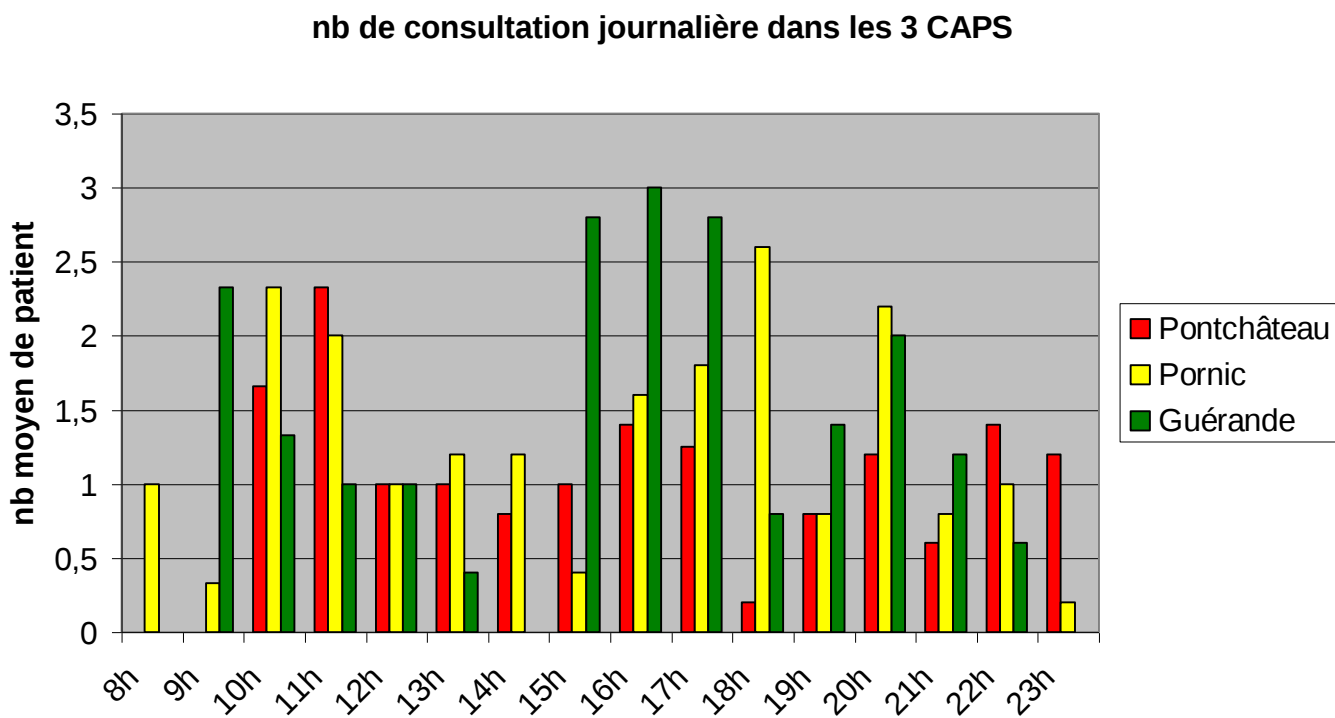


Figure 18



On s'aperçoit de 3 pics d'affluence : 10h, 16h et 20h. Il est probable que ces pics correspondent à :

- 10h : les patients consultent sur des motifs pour lesquels ils n'ont pas osé consulter la nuit.
- 16h : L'heure à laquelle la plupart des patients sont à l'extérieur et à laquelle ils finissent leur repas du dimanche. Pour Guérande : horaire de réouverture du CAPS.
- 20h : pic de fin de journée correspondant à l'accumulation des consultations semi urgentes pour lesquelles les patient n'ont pas interrompu leur journée (retour de la plage en été ?)

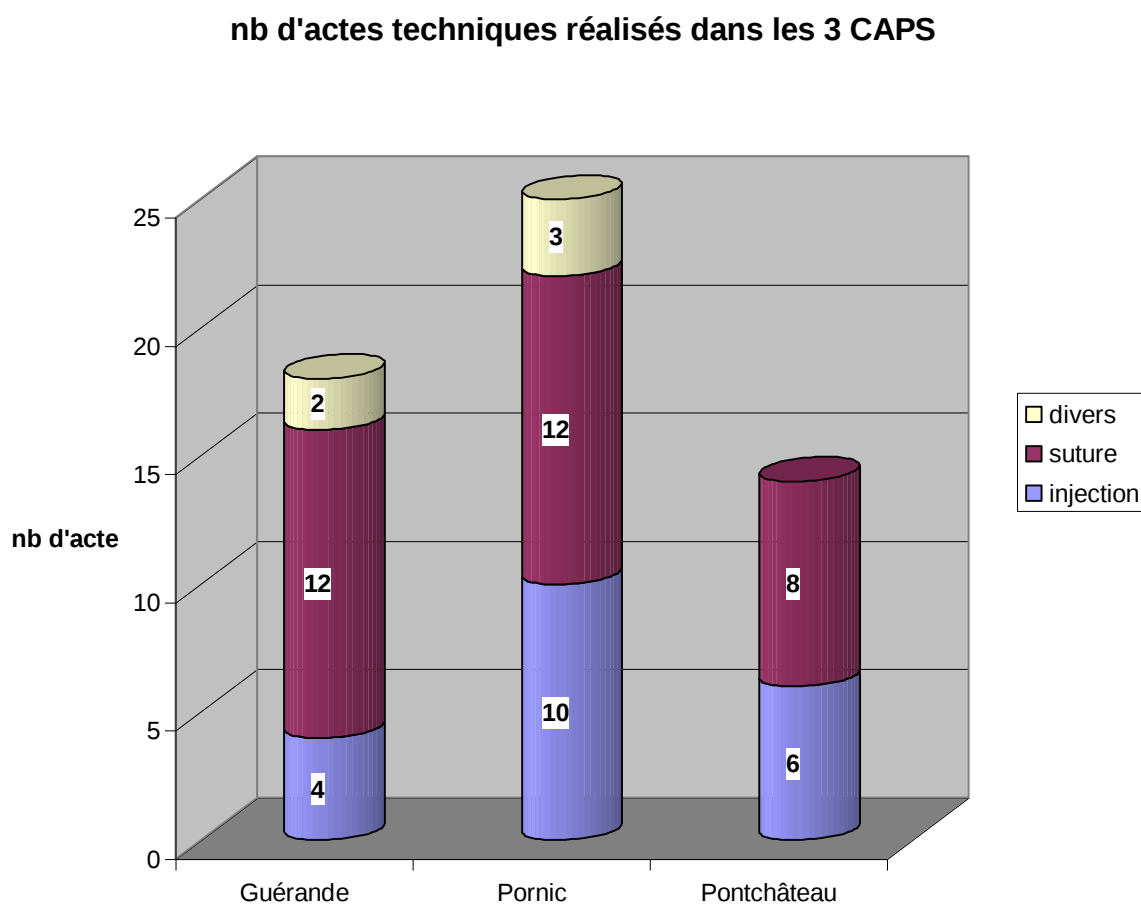
#### E. Réalisation d'actes techniques ou d'examens complémentaires

##### 1. Actes techniques

On note que **18% des consultations comprennent un acte technique**. Ce chiffre paraît approximativement plus élevé que dans un cabinet de médecine générale. Cela peut être lié à la forte activité de traumatologie des CAPS notamment les plaies à suturer.

Le graphique suivant montre la quantité d'acte technique réalisé au sein des CAPS et leur nature.

Figure 19

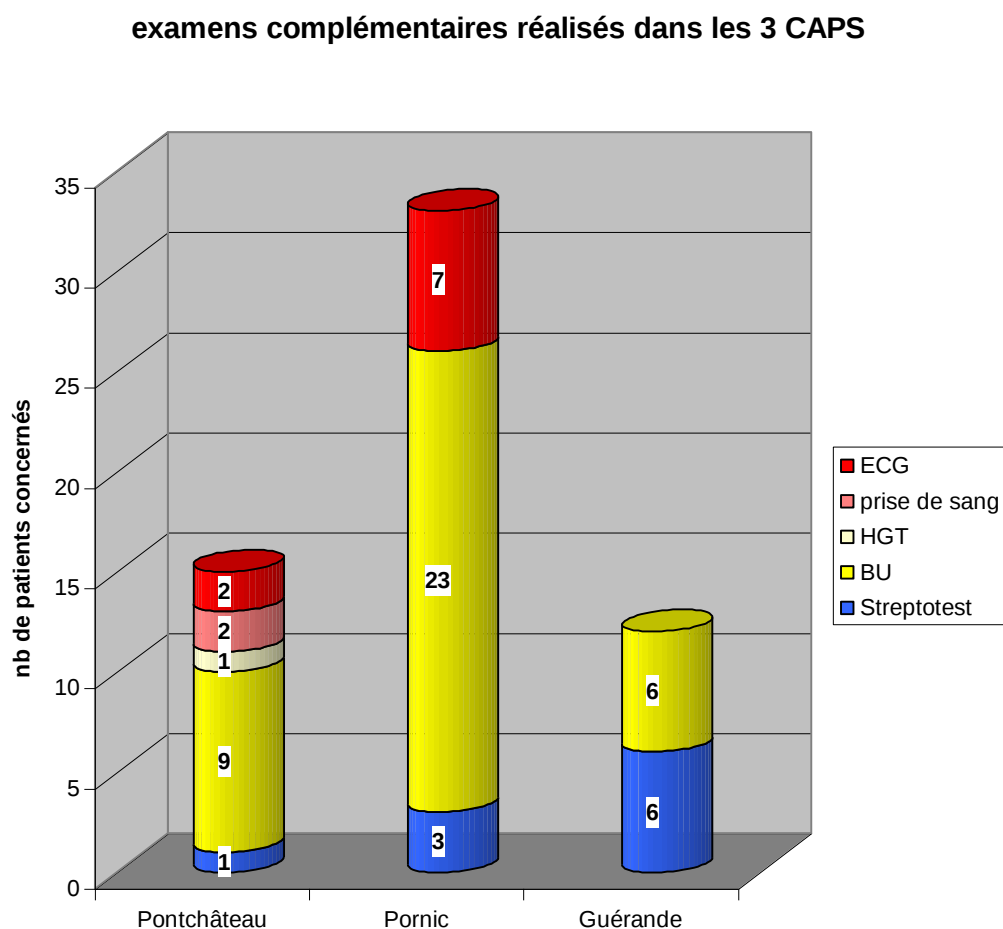


On peut noter que la **suture** est l'acte technique le plus réalisé. Le nombre d'acte semble corrélé au nombre de consultation par CAPS. Les injections évoquées sont des injections d'antalgiques, d'AINS ou des vaccins antitétaniques.

## 2. Examen complémentaire

Seulement 18% des consultations nécessitent un examen complémentaire. Les voici représentés dans le graphique ci-dessous :

Figure 20



Les prises de sang dont il est question sont des dosages d'alcoolémie dans le cadre de réquisitions par forces de l'ordre.

Le peu d'électrocardiogrammes réalisés est à mettre en parallèle avec le peu de motif cardiovasculaire orienté sur les CAPS grâce à la régulation du centre 15. Le grand nombre de **bandelette urinaire** semble d'après les questionnaires correspondre (malgré l'absence de donnée sur l'âge des consultants) à des bilans de fièvre chez les enfants, laissant donc penser qu'une grande partie des patients semblent être des enfants

#### F. Conseils donnés au patient en cas de retour au domicile

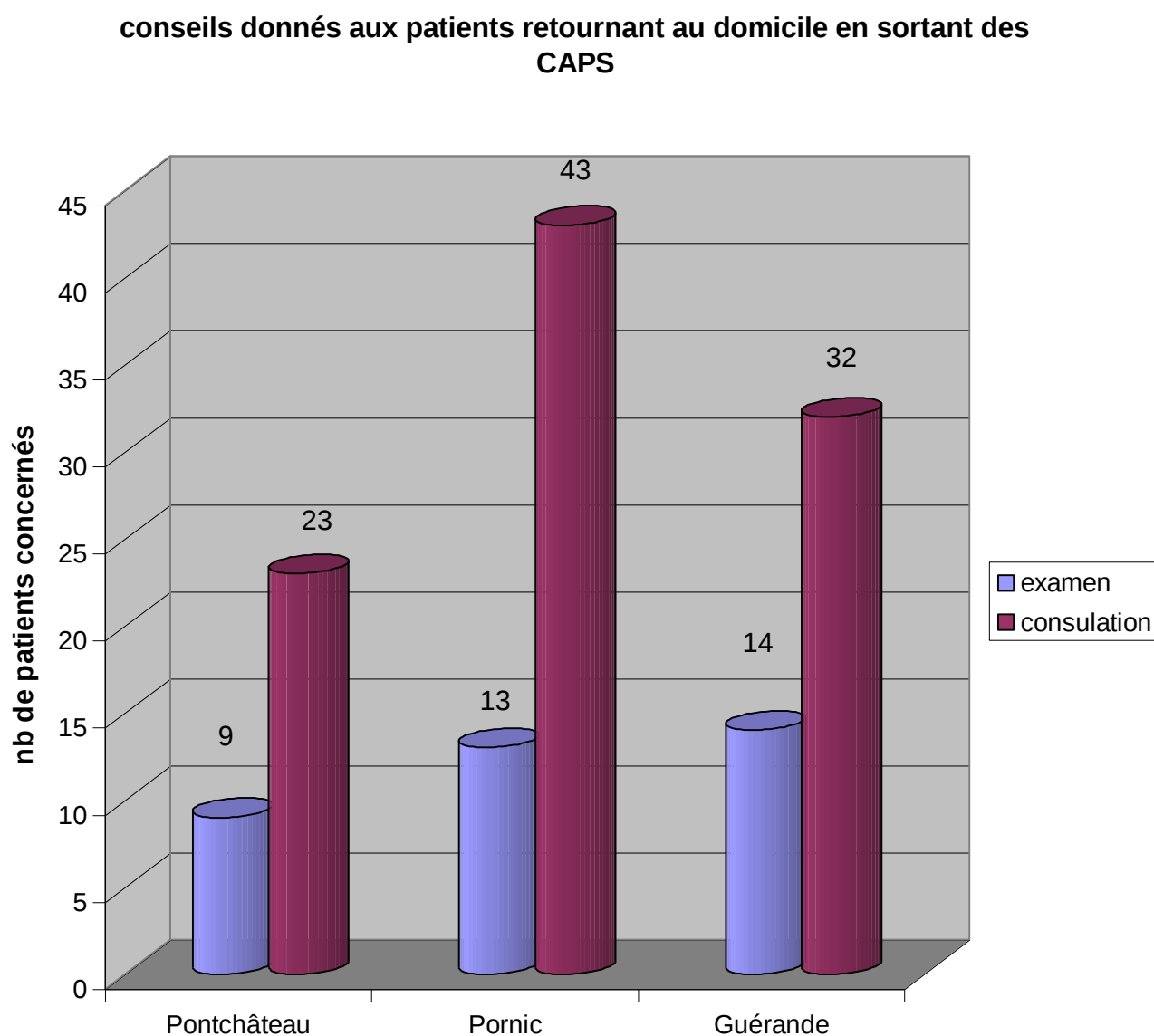
38% des consultations de CAPS soit 98 se terminent par un conseil au patient.

Le graphique ci-dessous montre que les médecins de garde conseillent préférentiellement au patient de reconsulter leur propre médecin en cas de besoin ou de façon systématique. L'utilisation du conseil médical ou des examens complémentaires permet

- d'assurer le suivi médical
- d'éclaircir des situations médicales imprécises non urgentes

Par « examen » sur le graphe on entend examen biologique, radiologique ou orientation vers une consultation spécialisée. Le terme « consultation » correspond à une visite à distance à son médecin traitant.

Figure 21



## II. LES CONSULTATIONS AU SAU

Pour les statistiques concernant le SAU, on distingue deux périodes dans la permanence des soins :

- la « nuit profonde », c'est-à-dire de minuit à 8h le matin
- la période « hors nuit profonde » correspondant aux horaires d'ouvertures des CAPS.

## A. Nombre de dossiers

Sur **789 passages** au SAU sur la période qui nous intéresse, exactement un tiers soit **257 questionnaires** ont été remplis complètement. Cependant, en dehors de l'item concernant les éléments motivants les patients à consulter, l'ensemble des données présentées dans cette partie étaient disponibles dans le logiciel URQUAL permettant ainsi d'obtenir des chiffres entièrement fiables.

## B. Origine des patients

Les deux graphes et le tableau suivants représentent l'origine des patients passant au SAU.

- « **SOS** » signifie que le patient est adressé par SOS médecin.
- « **Lui-même** » signifie que le patient s'est présenté de lui-même au SAU sans conseil médical préalable.
- « **centre 15** » signifie qu'il a sollicité un conseil téléphonique au centre 15. Le patient se rend alors aux urgences en ambulance, avec les sapeurs pompiers ou par ses propres moyens
- « **Médecin traitant** » montre que le patient a été adressé par son médecin ou un remplaçant peu avant la fermeture du cabinet.

Tableau 4

|                  | nuit profonde | hors nuit profonde | TOTAL      |
|------------------|---------------|--------------------|------------|
| lui-même         | <b>78</b>     | <b>274</b>         | <b>352</b> |
| centre 15        | 101           | 214                | 315        |
| SOS              | 14            | 54                 | 68         |
| CAPS             | 2             | 15                 | 17         |
| médecin traitant | 3             | 34                 | 37         |

Figure 22

### adressants des patients vus hors nuit profonde

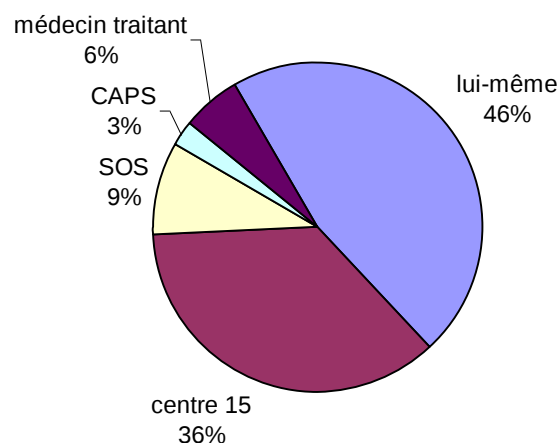
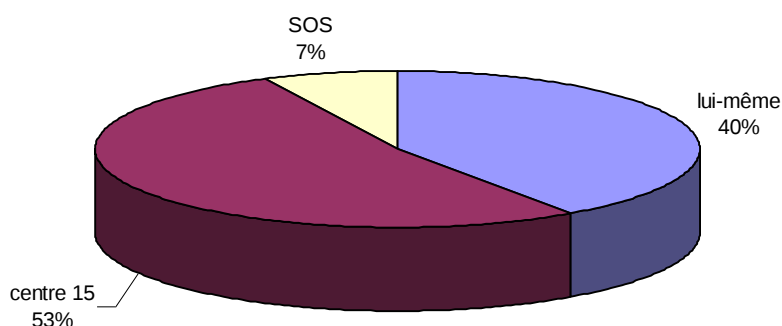


Figure 23

### adressants des patients vus en nuit profonde



On comprend aisément que pendant la nuit profonde, on ne retrouve pas les items « médecin traitant » et « CAPS », ceux-ci ayant alors cessé leur activité.

En dehors de ce détail, le mode d'admission des patients semble assez proche quelle que soit la période considérée.

Il faut surtout relever que pratiquement **la moitié des patients se rendent au SAU sans conseil médical préalable**. Les consultants semblent tout de même plus facilement prendre conseil au centre 15 à partir de minuit avant de se rendre aux urgences.

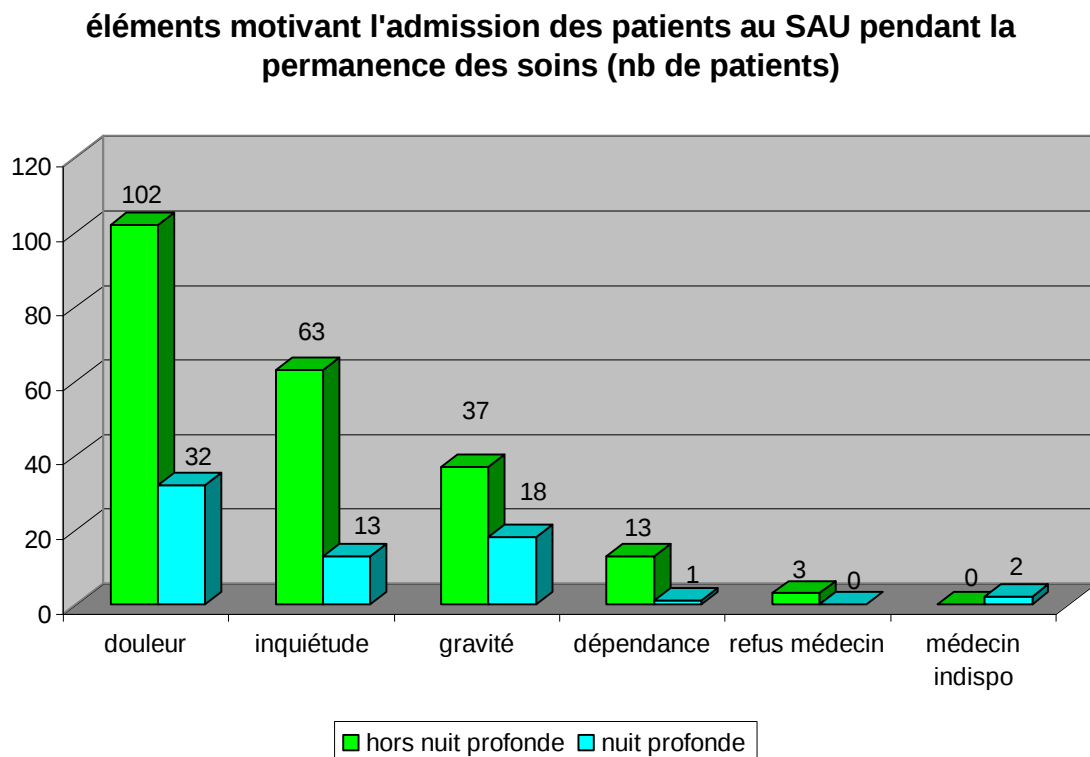
## C. Motif de passage au SAU

### 1. Motivations

On a ensuite cherché à comprendre la ou les raisons poussant le patient à consulter au SAU en urgence et en dehors des horaires d'ouverture des cabinets. Un patient peut venir consulter pour plusieurs de ces motifs.

- « **refus médecin** » signifie que le médecin de garde a été sollicité mais qu'il ne s'est pas déplacé au chevet du malade ou n'a pas accepté le malade au CAPS
- « **médecin indisponible** » qu'il ne pouvait pas physiquement réaliser la consultation
- « **dépendance** » prend en compte les patients dont l'état général habituel rend difficile un déplacement dans une structure comme le CAPS
- « **gravité** » correspond à une situation médicalement urgente mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel du patient
- « **inquiétude** » correspond à une inquiétude du patient ou de la famille
- « **douleur** » signifie que c'est la douleur ressentie par le patient qui motive la consultation aux urgences.

Figure 24

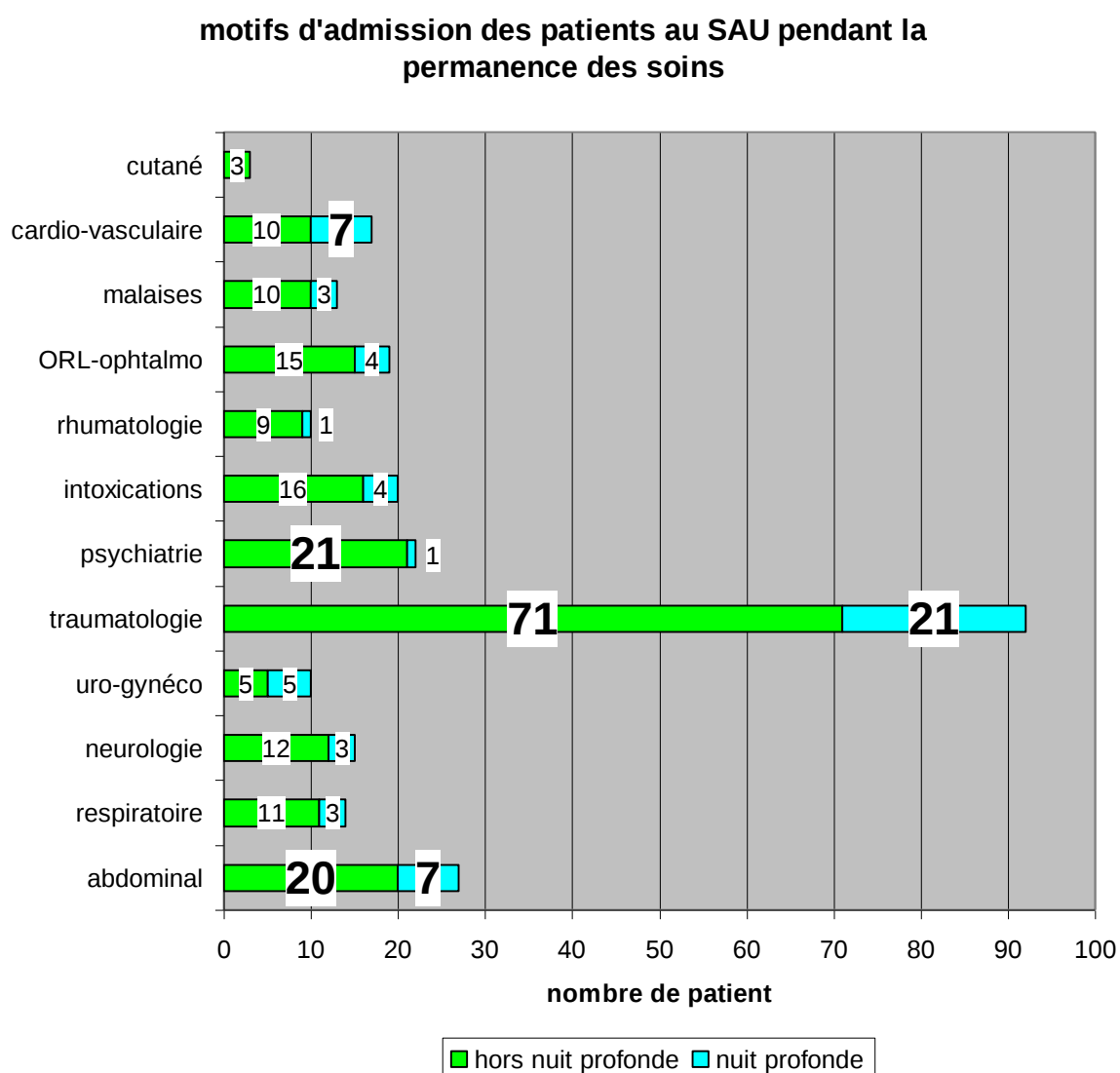


Il semble que **la douleur est le motif principal de consultation au SAU** quelle que soit l'heure, suivie de près par l'inquiétude qui elle, est moins représentée après minuit. Par ailleurs la proportion de patient admis avec une véritable mise en jeu du pronostic vital est plus importante après minuit. Le ratio inquiétude/gravité s'inverse après minuit laissant penser que les consultations en nuit profonde sont plus justifiées sur le plan médical.

## 2. Motifs de consultation au SAU

Le graphique ci-dessous montre les motifs conduisant les patients à consulter au SAU pendant les horaires de permanence des soins. On distingue bien avant et après minuit.

Figure 25



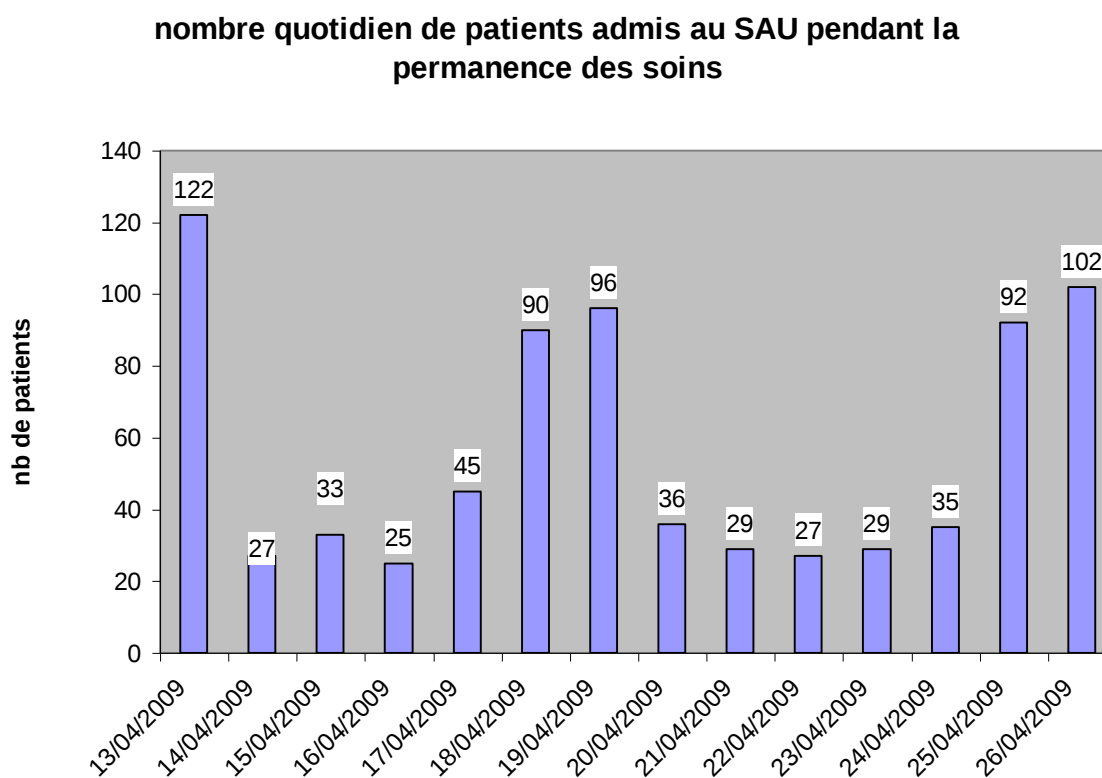
Il semble en ressortir quelques éléments :

- **Le motif principal de consultation est de loin la traumatologie autour de 35%** suivi par le motif « abdominal » proche de 10%.
- La nuit profonde semble se distinguer par une plus grande importance des motifs de consultation dits « cardio-vasculaires » ce qui correspond à l'épidémiologie de ce type de pathologie (œdème aigu du poumon et syndrome coronarien aigu essentiellement nocturnes) et par la moindre importance des motifs de consultation psychiatriques.

#### D. Répartition temporelle des passages au SAU

##### 1. Par jour

Figure 26



Cette courbe semble **proche de celle des CAPS**.

Si on enlève à ce graphique les admissions en nuit profonde, la tendance reste identique.

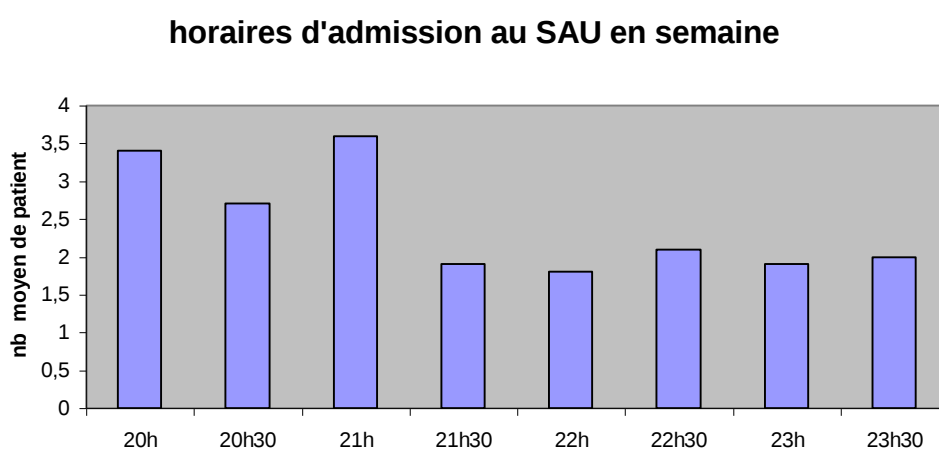
## 2. Répartition entre nuit profonde et hors nuit profonde

**Les admissions en nuit profonde représentent 25% des admissions** totales, c'est-à-dire 198 patients en deux semaines, soit en moyenne 14 patients par nuit profonde.

## 3. Horaire

### a. La semaine

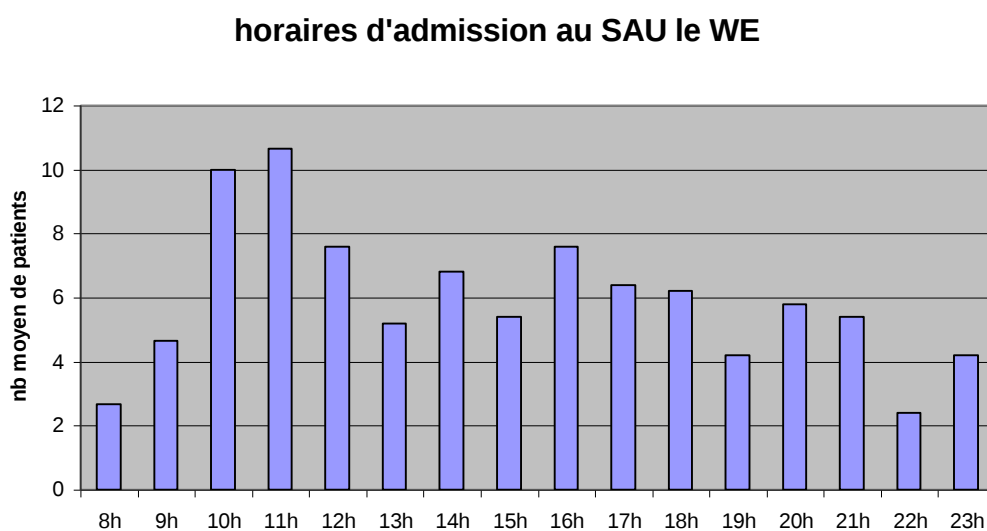
Figure 27



Cette courbe montre un pic de début de soirée puis une relative constance à partir de 22h.

### b. Le Week-end

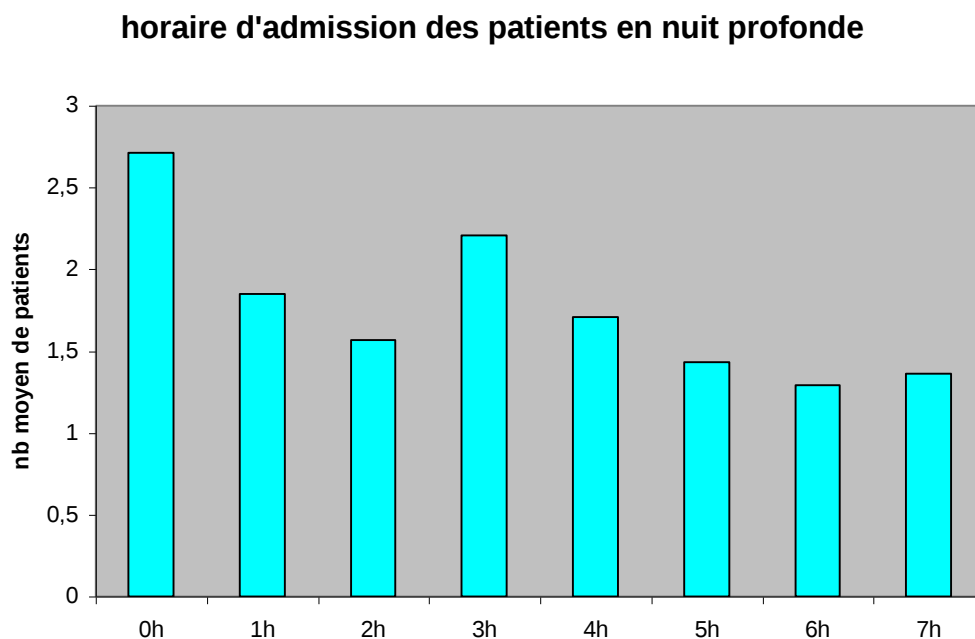
Figure 28



Le nombre d'admission est stable après un pic à 10h et ce jusqu'à 20h, sans décrochage évident ni période creuse.

c. En nuit profonde

Figure 29



On retient **un pic de consultation nocturne à 3h** qui pourrait correspondre aux horaires de sortie de bar. L'activité reste constante autour de cette période

E. Classement CCMU

On rappelle que CCMU signifie « classification clinique de malades aux urgences » et correspond grossièrement à une échelle de gravité des malades consultant au SAU. En voici la description exacte :

**CCMU P** : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

**CCMU 1** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

**CCMU 2** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

**CCMU 3** : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

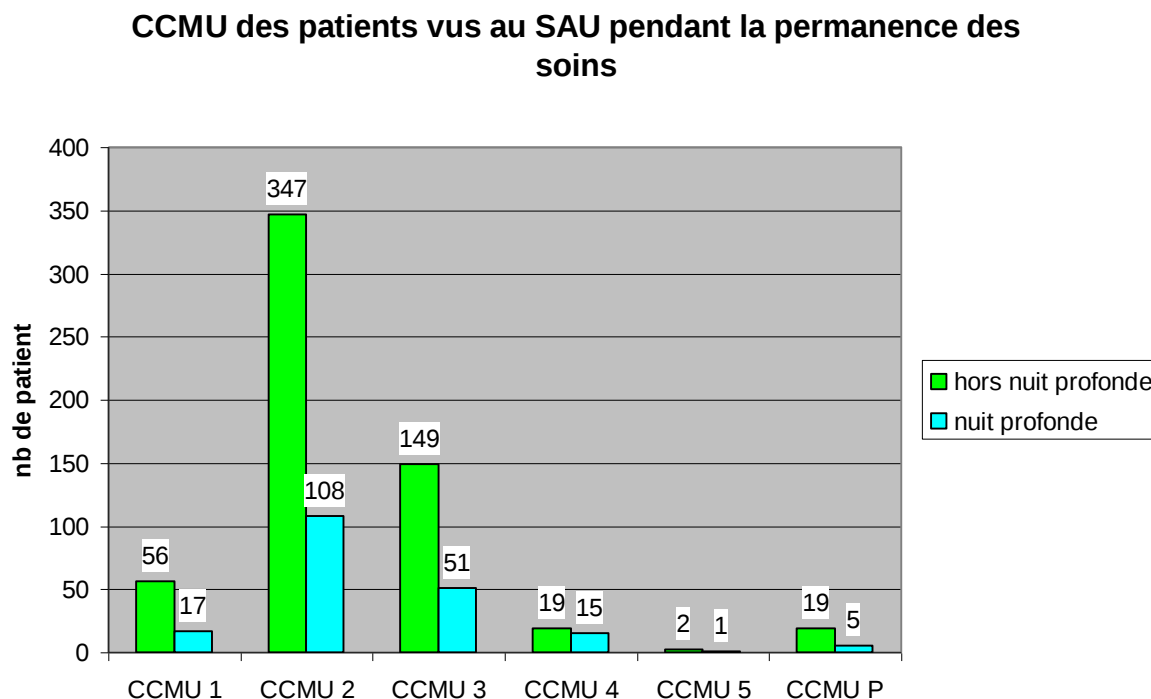
**CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manoeuvres de réanimation immédiate.

**CCMU 5** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manoeuvres de réanimation.

**CCMU D** : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

On représente la répartition du classement CCMU des entrées au SAU sur le graphe ci-dessous.

**Figure 30**



On note heureusement la rareté des CCMU 5 et D.

C'est la classe **CCMU 2 qui prédomine** largement tout au long de la période de permanence des soins autour de 60% des patients. Les CCMU 1 sont particulièrement représentés alors que cette catégorie de patients est par définition inadaptée à un SU.

On constate que pendant la nuit profonde les CCMU supérieurs ou égaux à 4 passent de 3% à 9% ce qui signifie logiquement que les patients qui se déplacent au SAU la nuit viennent pour des motifs plus graves que la journée.

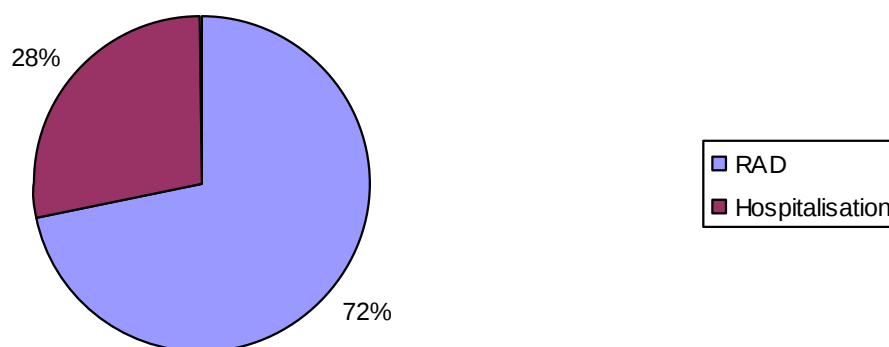
#### F. Orientation des patients après passage au SAU

Sur le camembert ci-dessous, on voit que **72% des patients vus au SAU en ressortent directement** sans être hospitalisés.

Pour le détail, ce pourcentage passe de 72% à 77% après minuit.

Figure 31

#### devenir des patients à la sortie du SAU



### III. LES RELATIONS ENTRE CAPS ET SAU

#### A. Contribution quantitative des CAPS à la permanence des soins

**Si on exclut la nuit profonde** pendant laquelle les CAPS sont fermés, on dénombre au total 892 patients vus en 14 jours pendant les horaires de permanence des soins dans l'ensemble des 4 structures. Ainsi, 301 patients, soit **un tiers des patients ont été vus dans les CAPS**.

Si on se penche spécifiquement sur les Week-end, sur 674 patients vus hors nuit profonde, 255 soit 38% des patients de permanence des soins sont vus dans les CAPS.

Par ailleurs la nuit profonde compte 198 patients pendant ses deux semaines. Ainsi si les CAPS étaient ouvert en nuit profonde, chaque CAPS effectuerait en moyenne **1,6 actes** par nuit profonde.

#### B. Patients transférés des CAPS vers les urgences

On étudie dans cette partie les particularités des patients ayant consulté dans un des 3 CAPS et dont l'état de santé a nécessité un transfert aux urgences.

Ces statistiques sont basées sur l'ensemble des 301 questionnaires CAPS et sur les 789 dossiers remplis dans URQUAL.

##### 1. Quantité de patients concernés

Le tableau ci-dessous représente la proportion des patients transférés au SAU depuis l'ensemble des 3 CAPS.

**Tableau 5**

|                    | Pontchâteau | Pornic | Guérande | global     |
|--------------------|-------------|--------|----------|------------|
| retour au domicile | 79          | 107    | 91       | <b>277</b> |
| transfert au SAU   | 7           | 12     | 5        | <b>24</b>  |

Il en ressort que **8% des patients ont nécessité un transfert au SAU**. Ce taux semble assez faible bien que probablement supérieur à celui d'une consultation classique de médecine générale.

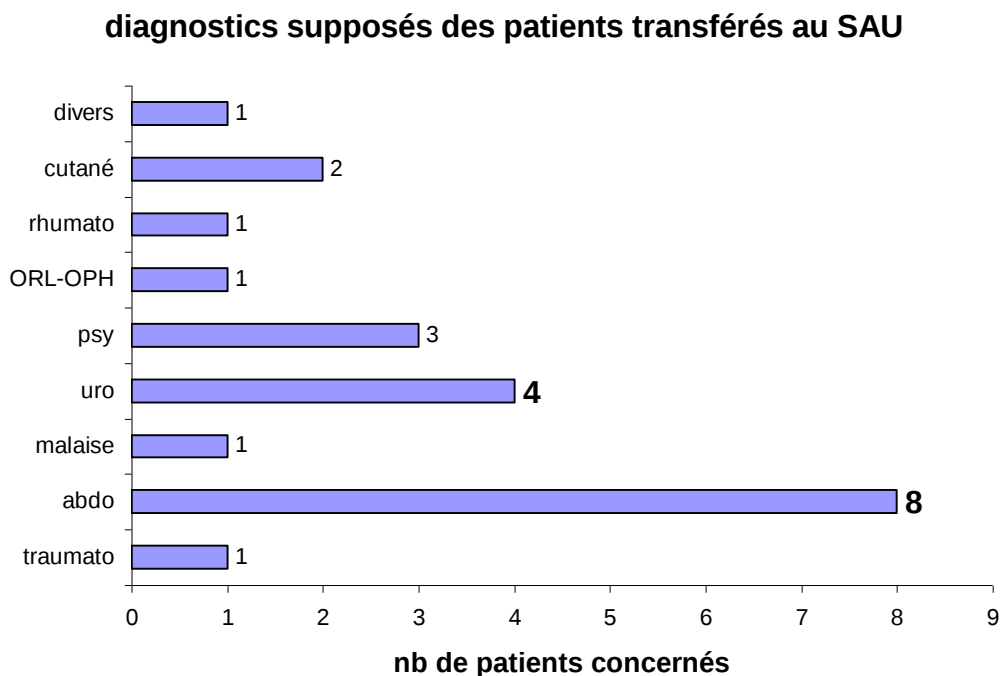
## 2. Régulation par le centre 15

Sur les 24 patients transférés, 7 n'avaient pas été régulés au préalable par le centre 15 ce qui correspond à près d'un tiers (29%). Cette proportion est identique au taux global d'absence de régulation des patients consultant dans les CAPS (28%). Il semble donc qu'un patient ayant été régulé n'a pas plus de chance d'être transféré secondairement aux urgences.

## 3. Diagnostic supposé au départ du CAPS

Le graphe ci-dessous représente les diagnostics supposés chez les patients hospitalisés venants des CAPS.

**Figure 32**

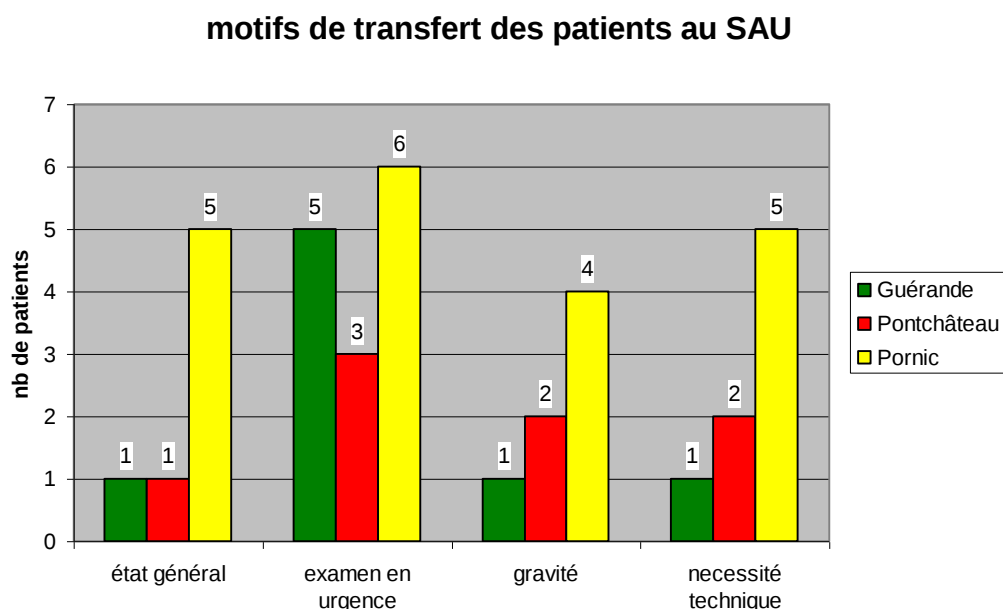


On retient que les **motifs abdominaux et urologiques** sont souvent sujets à un transfert aux urgences suivis de près par le motif psychiatrique. Les motifs ORL et traumatologiques qui étaient prépondérants dans la population globale semble donc se solder moins souvent par un transfert à l'hôpital, alors que le motif psychiatrique semble associé à une forte probabilité de transfert.

#### 4. Motifs de transfert aux urgences

Le graphique suivant représente les motifs de transfert des patients au SAU après consultation dans un des CAPS. Plusieurs motifs peuvent être valables pour le même patient.

Figure 33



L'élément essentiel motivant le transfert au SAU semble être la nécessité d'un **examen en urgence** ne pouvant être pratiqué au CAPS. En pratique, l'examen souvent nécessaire semble être la radiographie osseuse pour la traumatologie mais également l'imagerie abdominale (Scanner ou échographie) dans le cadre des douleurs abdominales.

## 5. Répartition temporelle des transferts au SAU

### a. Entre Week-end et semaine

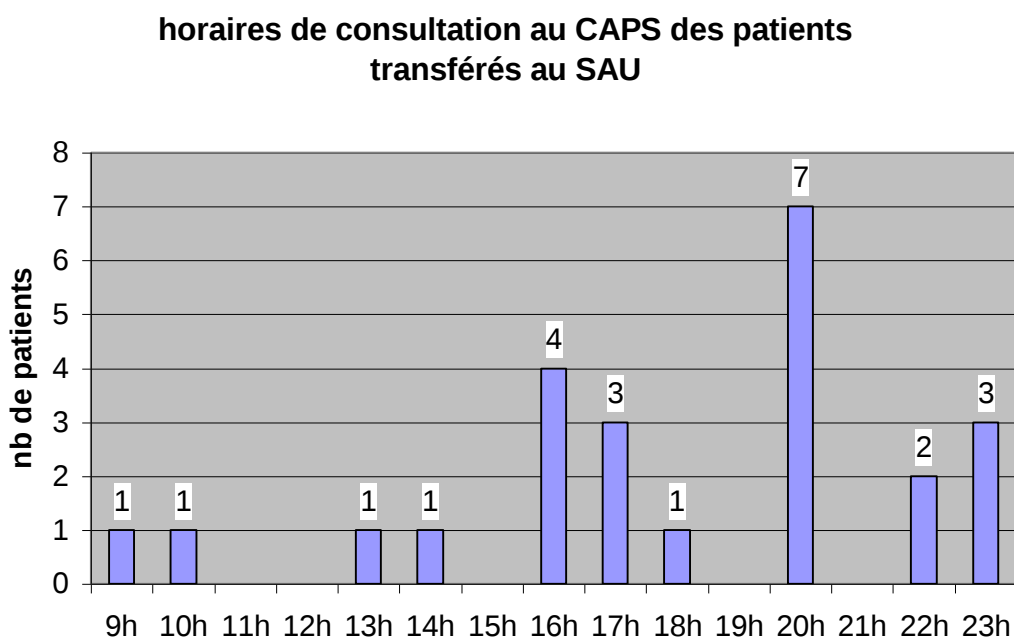
29% des patients transférés aux urgences le sont en semaine soit 7 patients sur 24.

Comparativement, il semble que les patients vus en semaine sont plus fréquemment transférés que ceux du Week-end. Effectivement, **un patient vu en semaine a au moins 2 fois plus de chance d'être transféré** qu'un patient vu le Week-end (16% de probabilité contre 7%).

### b. Selon l'heure

Sur le graphique ci-dessous sont représentés les horaires de consultation motivant une hospitalisation. On retrouve les 2 pics de consultations dans les CAPS (17h et 20h). Cette répartition semble donc identique à la population globale consultant dans les CAPS. Cependant le pic de 20h paraît plus important ce qui pourrait montrer qu'un patient est plus **facilement hospitalisé en soirée** que la journée.

Figure 34



## 6. Devenir des patients transférés

Sur le Logiciel URQUAL, on ne dénombre que 17 patients transférés des CAPS contre 24 cas relevés dans les questionnaires CAPS. Il peut s'agir d'erreurs lors du remplissage des dossiers URQUAL (confusion entre « médecin traitant » et « CAPS » ?)

Selon URQUAL, seulement 6 patients sur les 17 transférés des CAPS ont nécessité une **hospitalisation** soit 35%.

### C. Patients admis au SAU jugés adaptés à un CAPS

On étudie ici les particularités des malades entrés aux urgences pendant la permanence des soins qui, d'après les médecins qui les ont examinés, aurait pu être pris en charge de façon satisfaisante dans un CAPS.

Les statistiques suivantes sont issues des 257 questionnaires remplis par les médecins des urgences, le logiciel URQUAL ne permettant pas d'isoler cette catégorie de patient.

#### 1. Nombre

Voici la proportion de patients jugés adaptés à un CAPS alors qu'ils sont venus consulter au SAU.

Tableau 6

|                                | hors nuit profonde | nuit profonde | TOTAL      |
|--------------------------------|--------------------|---------------|------------|
| nb de patients jugés adaptés   | 85                 | 29            | <b>114</b> |
| nb de patients jugés inadaptés | 109                | 34            | 143        |

On se rend ainsi compte que **près de la moitié** des patients se rendant au SAU pendant la permanence des soins auraient, aussi bien pu être pris en charge de façon adéquate dans les CAPS. Cette donnée semble tout autant valable la nuit profonde que le jour.

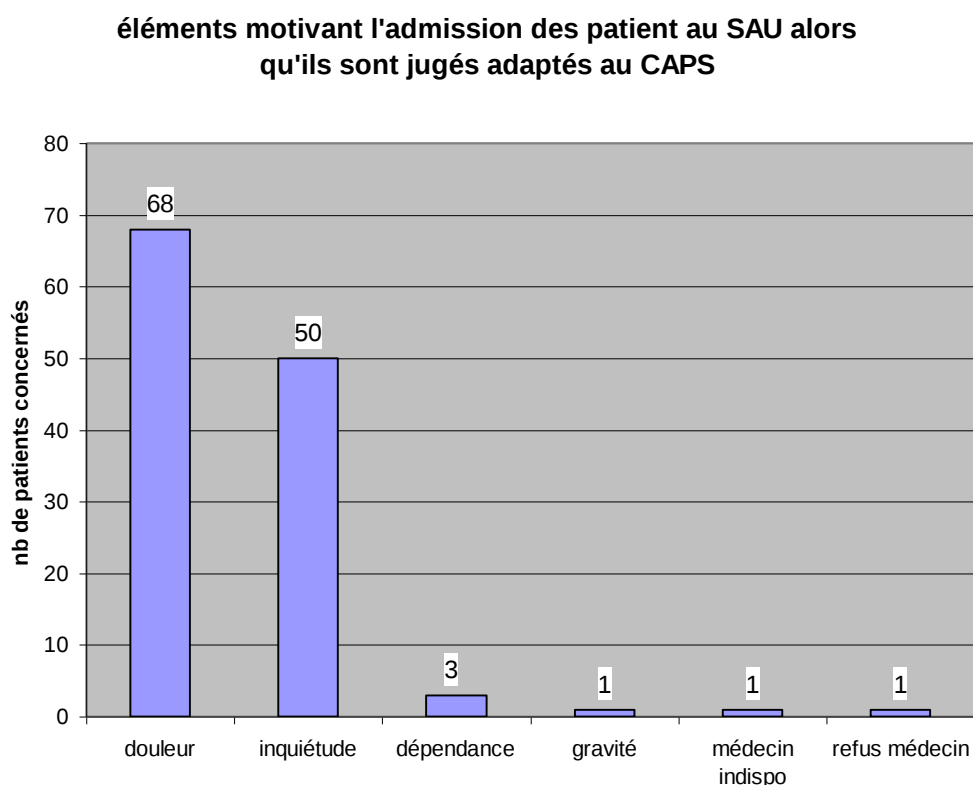
## 2. Régulation

Comme on pouvait l'attendre, cette population de patient a été moins régulée par le 15. Ainsi, **les trois quart de ces patients sont venus d'eux même aux urgences** (contre 44% pour l'ensemble des patients admis aux urgences). La régulation par le centre 15 semble donc un bon outil pour limiter les admissions injustifiées au SAU.

## 3. Motif du passage au SAU

### a. Motivation

Figure 35

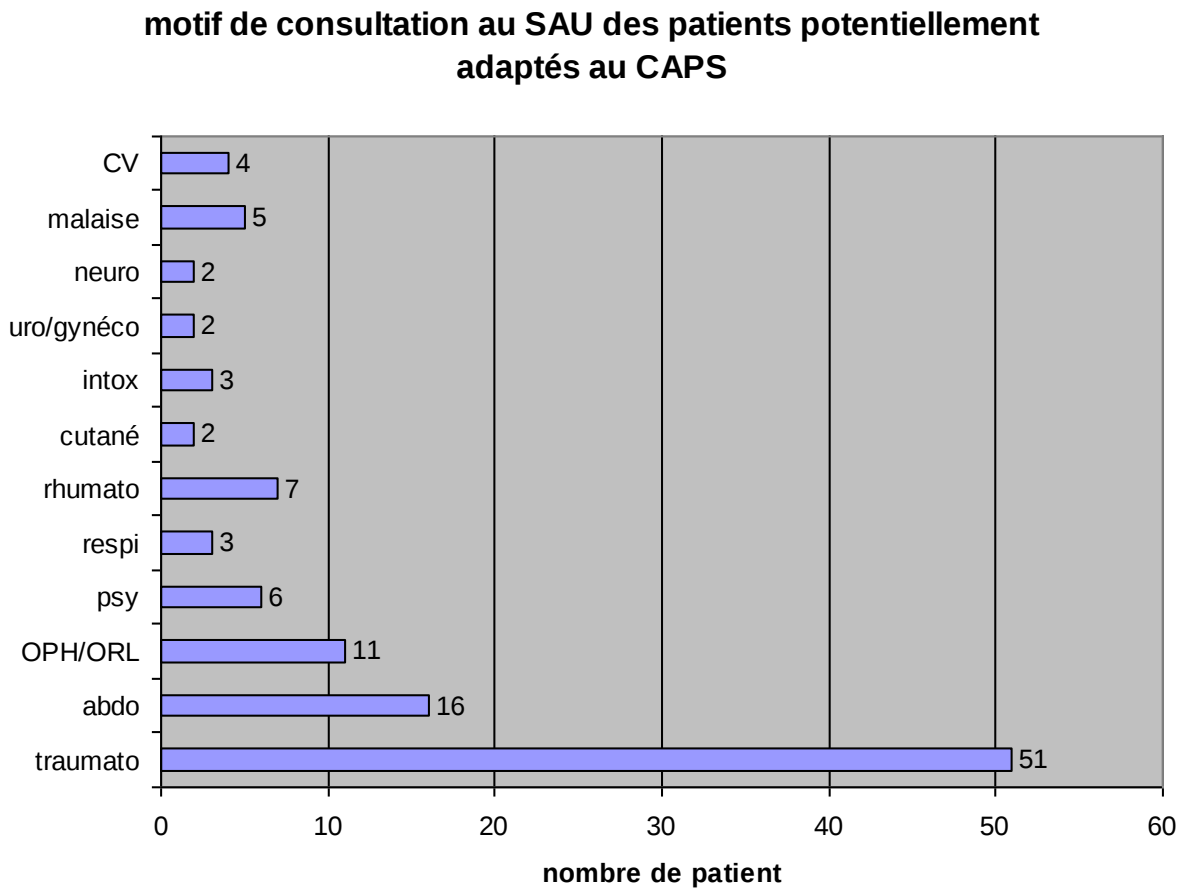


Sur le graphe ci-dessus sont représentées les raisons poussant les patients à consulter au SAU pendant la permanence de soins, alors qu'ils auraient pu, au final, consulter dans un CAPS. C'est essentiellement l'**inquiétude** qui est plus représentée que dans la population générale (40% des patients contre 29%). La gravité réelle disparaît presque complètement. La douleur semble toujours être le motif principal de consultation.

b. Motif initial de consultation

Sur le graphe ci-dessous, on représente les motifs de consultation des patients considérés comme adaptés à un CAPS.

Figure 36



Avec 45% des motifs de consultation, c'est la **traumatologie** qui semble être à l'origine de majeure partie des consultations injustifiées. Elle est suivie par le motif abdominal (14%) et par le motif ORL et ophtalmologique (10%).

Les motifs de consultation semblent assez proches de la population générale à l'exception des intoxications qui passent de 8% à 3%. Les motifs traumatologique et abdominal semblent encore plus représentés que dans la population générale avec respectivement 45% contre 36% et 14% contre 10%.

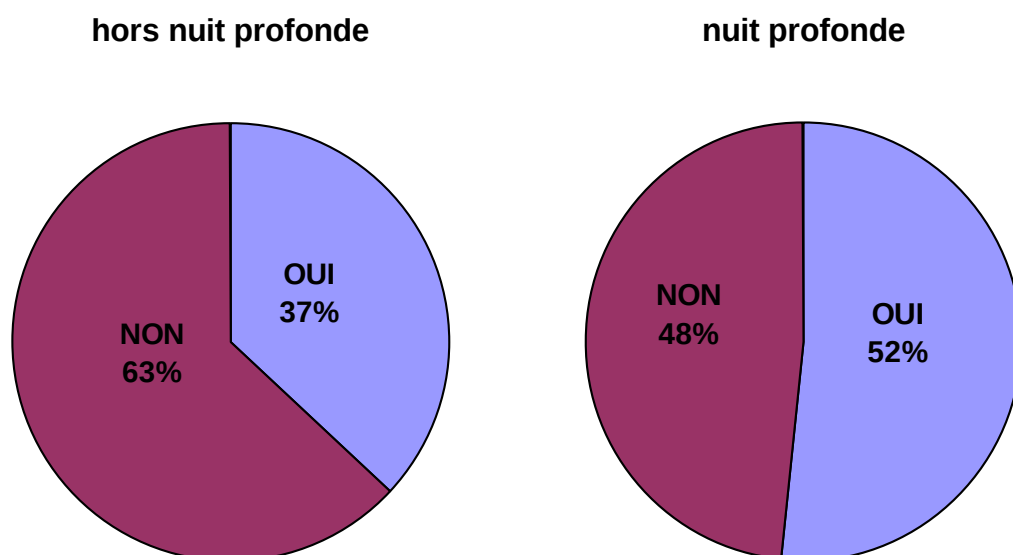
### c. Opinion des patients sur les CAPS

On s'intéresse ici à l'impact que pourrait avoir les CAPS si tous les patients étaient informés de leur existence.

On a donc demandé aux patients qui auraient pu légitimement consulter dans un CAPS, s'ils l'auraient effectivement fait. Les patients qui n'étaient pas au courant de l'existence des CAPS en ont donc été informés.

Les réponses recueillies sont représentées dans les 2 camemberts suivants.

Figure 37



Ainsi, **seulement la moitié des patients seraient allé consulter au CAPS** pendant la nuit profonde et même 37% hors nuit profonde.

Cela dénote en premier lieu d'un manque d'information des patients sur les CAPS.

Il semble par ailleurs exister des **arguments non médicaux** qui poussent les patients à consulter à l'hôpital plutôt que dans un CAPS.

#### 4. Classement CCMU

Logiquement, 92% de cette population de patients sont classés 1 ou 2.

#### D. Admissions au SAU inadaptées au CAPS

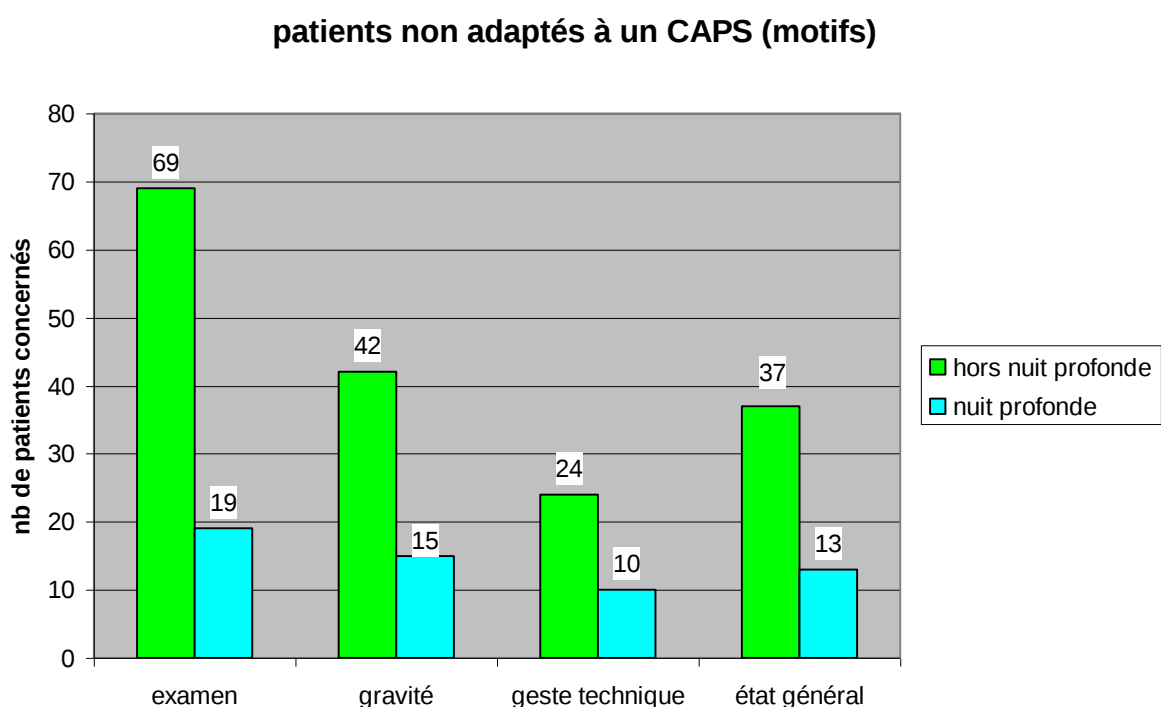
Les statistiques présentées ici viennent des 257 questionnaires remplis au SAU.

On s'intéresse ici aux patients considérés par les médecins des urgences comme impossibles à prendre en charge dans un CAPS. Ils représentent environs **la moitié des patients** soit 143 patients sur 257.

##### 1. Raisons

Le graphe ci-dessous révèle les différentes raisons qui auraient rendu la prise en charge de ces patients impossible dans un CAPS. Plusieurs motifs peuvent intéresser un même malade.

Figure 38



- « **État général** » signifie que l'état général du patient aurait rendu son acheminement impossible au CAPS

- « **Examen** » signifie qu'un examen complémentaire était nécessaire en urgence et que celui-ci n'aurait pas été réalisé au CAPS

- « **Gravité** » signifie que la gravité réelle de la situation (urgence vraie) nécessitait la prise en charge en milieu hospitalier.

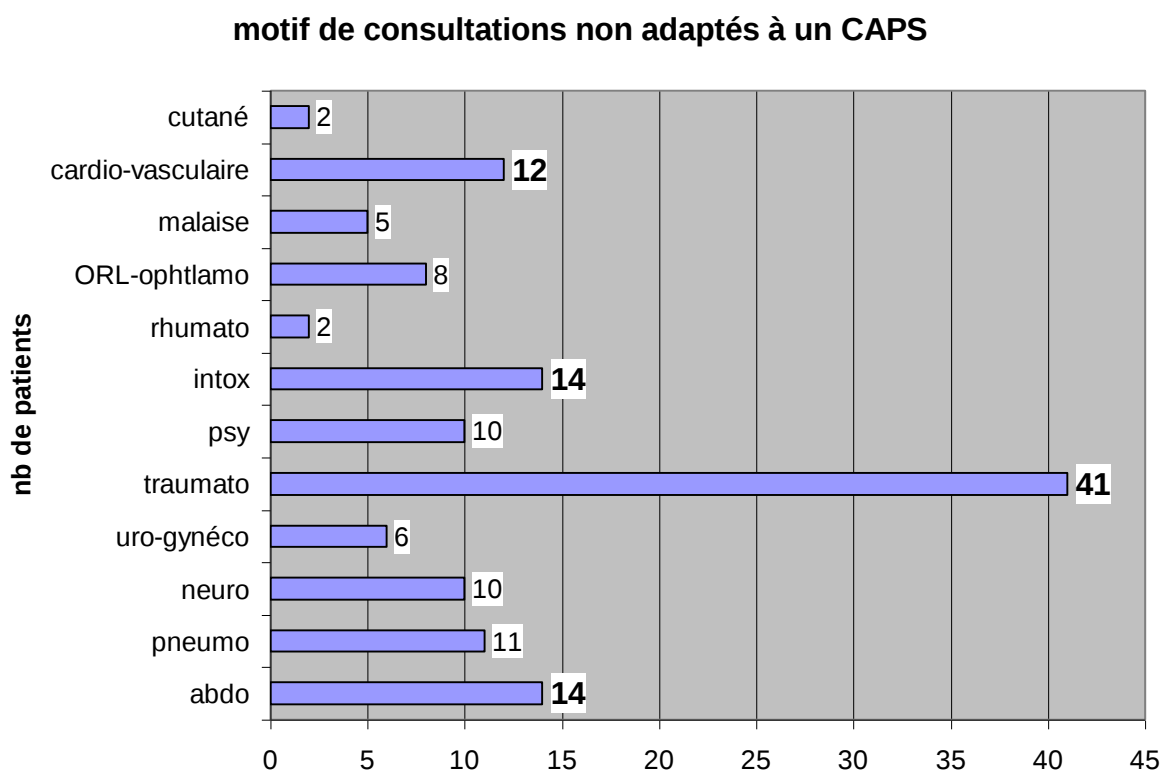
- « **Geste technique** » signifie qu'un geste technique était nécessaire (sondage urinaire, suture complexe, réduction de luxation...) et que celui-ci n'aurait pas pu être réalisé en CAPS.

La raison principale rendant la prise en charge dans un CAPS impossible semble donc être la **nécessité d'un examen complémentaire** disponible uniquement à l'hôpital, ce qui rejoint le sentiment des médecins des CAPS. Il n'y a pas de différence majeure entre les deux périodes considérées.

## 2. Diagnostic évoqué

Voici les diagnostics évoqués chez les patients des urgences qui n'auraient pas pu être soignés dans un CAPS.

Figure 39



Cette répartition est équivalente à celle de l'ensemble des patients du SAU.

La pathologie cardiovasculaire passe cependant de 5 à 9% des motifs de consultations. Elle semble donc difficile à prendre en charge dans un CAPS, ce qui paraît logique.

# **DISCUSSION**

## I. BIAIS

### A. Questionnaires non remplis

Il semble que la majeure partie des questionnaires destinés aux CAPS a été remplie. Par exemple à Pontchâteau, il a été compté 86 questionnaires remplis alors que l'outil informatique du CAPS dénombre 64 consultations. Les médecins ont donc dû être plus assidus à remplir le questionnaire proposé que le fichier informatique du CAPS. Ainsi les questionnaires semblent être la source d'information la plus exhaustive.

Par contre au SAU, seulement un tiers des questionnaires ont été remplis. Une partie des données présentées au chapitre résultat sont issues des questionnaires remplis et sont donc incomplètes. Il semble cependant qu'elles reflètent l'ensemble des patients puisqu'il s'agit d'un échantillon pris au hasard (Les questionnaires non remplis ne correspondent pas, à priori à un groupe particulier de la population). Par contre, les données du questionnaire qui étaient automatiquement remplies par l'infirmière d'accueil sur URQUAL ont pu être collectées pour la totalité des patients.

Il en découle un mélange de statistiques tirées des 257 questionnaires remplis d'une part, et des 789 dossiers informatiques d'autre part, ce qui peut gêner l'interprétation des résultats.

### B. Pédiatrie

Il est important de préciser que l'âge des patients n'étant pas inclus dans les questionnaires, il a été impossible de distinguer les enfants du reste des patients en ce qui concerne les CAPS. A l'inverse, les questionnaires du SAU n'ont pas pris en compte les enfants de moins de 15 ans et 3 mois, ceux-ci étant admis aux urgences pédiatriques. On se trouve donc avec une population d'adultes au SAU et de tout âge dans les CAPS.

### C. Surestimation de l'importance des week-end

La période sur laquelle a porté l'étude incluait un lundi férié. Ainsi, on a probablement surestimé la part d'activité de Week-end des structures considérées.

#### D. Une étude courte

Cette période de 15 jours, semble trop courte pour représenter l'ensemble de la permanence des soins. Elle semble cependant refléter une moyenne de l'année puisqu'elle est située à mi distance entre les épidémies hivernales et l'affluence côtière estivale.

#### E. CAPS de la roche Bernard

Il faut noter dans cette étude la non inclusion de l'activité du CAPS de La Roche Bernard situé à la limite entre le secteur sanitaire de Saint-Nazaire et de Vannes. On a donc probablement sous-estimé la part des CAPS dans l'activité de permanence des soins (d'autant plus que le CAPS de la Roche Bernard représente une importante activité et qu'il n'est pas régulé par le centre 15)

### II. EN RAPPORT AVEC L'ACTIVITE DES CAPS

#### A. Actuelle

##### 1. Quantitative

Si on s'intéresse à l'activité globale de la permanence de soins durant la période de notre étude, en excluant la nuit profonde, on constate que **l'activité des trois CAPS représente un tiers de cette activité** (255 sur 674 patients). Cette part souligne l'importance de leur contribution qui doit cependant être relativisée.

Tout d'abord au nombre de médecins effectifs, le nombre de médecins du SAU aux heures ouvrables de CAPS est de 3 à 4 soit un nombre identique à celui des trois maisons médicales du secteur.

Puis en comparant l'activité de semaine par rapport à celle du week-end car la différence est particulièrement significative :

- En semaine sont réalisées entre 0 et 5 actes par soir et par CAPS ce qui peut remettre en cause l'intérêt de l'existence des CAPS en semaine. Certaines maisons médicales de garde d'autres départements sont d'ailleurs fermées en semaine.
- Le Week-end à l'inverse, l'activité des CAPS représente près de 40% de l'activité totale de permanence des soins hors nuit profonde, ce qui est considérable.

## 2. Qualitative

Il faut d'abord noter le peu de transfert aux urgences (24 patients sur 301) des patients venant consulter au CAPS, ce qui souligne encore l'importance du retentissement de l'activité des CAPS sur le SAU.

Les motifs prépondérants de consultation sont :

- La **traumatologie** : celle-ci est fortement liée à la notion de douleur et d'urgence (car si elle n'est pas vite prise en charge, des complications peuvent apparaître) ce qui explique son importance dans l'activité des CAPS.
- L'ORL et essentiellement la **pathologie ORL infectieuse de l'enfant** qui suscite beaucoup d'inquiétude parentale et est effectivement source d'une surconsommation médicale.
- La **pathologie douloureuse abdominale** qui est souvent brutale favorisant ainsi l'inquiétude.

## B. Axes d'amélioration

### 1. Par la régulation

Les 28% de consultations non régulées peuvent avoir deux conséquences néfastes :

- Générer des **erreurs d'orientation** des patients qui pourraient s'avérer dangereuses lorsque le pronostic vital ou fonctionnel est engagé. C'est primordial dans la douleur thoracique ou dans les accidents vasculaires cérébraux par exemple.

- **Allonger le temps d'attente** dans les CAPS (le Week-end surtout), car l'aide du centre 15 permet au médecin de gérer son flux de consultation.

Il s'agit donc de **renforcer les campagnes d'informations sur le mode d'accès aux CAPS**. Cependant l'information peut paraître floue pour les usagers car certaines maisons médicales de garde comme le CAPS de La roche Bernard, ont pris le parti de ne pas être régulée par le centre 15.

Il serait également utile d'étudier les motifs d'orientation de patients par la régulation libérale et/ou hospitalière vers les CAPS ou le SAU, ainsi on pourrait évaluer la pertinence de l'orientation vers l'une ou l'autre des structures.

Améliorer la communication et l'interrelation entre les différents acteurs de la permanence de soins rendrait la filière de soins plus cohérente et de la sorte plus lisible pour les usagers

## 2. Des examens complémentaires

Les douleurs thoraciques étant préférentiellement orientées vers le SAU par le centre 15. Les occasions de réaliser un ECG sont donc logiquement rares en CAPS. On note cependant qu'à Guérande, aucun ECG n'a été réalisé en deux semaines (contre deux à Pontchâteau et sept à Guérande). Les médecins de garde semblent donc peu familier avec cet examen tant sur ses indications que sur son interprétation. Il conviendrait peut-être de reformer les médecins du CAPS à la pratique de l'ECG.

## 3. La prise en charge de la traumatologie

La traumatologie représente une part prépondérante de l'activité des CAPS et de permanence des soins en général. Il faut donc s'efforcer d'améliorer la qualité de prise en charge de ce type de pathologie au sein des CAPS.

- En premier lieu, il serait certainement bénéfique de **reformer les médecins des CAPS à la réalisation des sutures**, geste qui a tendance à être laissé à l'abandon dans les cabinets de médecine générale.
- Une idée serait de se donner les moyens de **prendre en charge les fractures osseuses** au sein des CAPS.

- D'une part, il faudrait organiser une garde de radiologie accessible aux CAPS ce qui est sans doute complexe à mettre en place.
- D'autre part il faudrait former les médecins des CAPS à la confection des immobilisations plâtrées.

Ces solutions seraient source d'une recrudescence d'activité des CAPS, ce qui paraît souhaitable.

### III. EN RAPPORT AVEC L'ACTIVITE TYPE MEDECINE GENERALE AUX URGENCES

#### A. Actuelle

##### 1. Quantitative

Selon les médecins urgentistes, environs **la moitié des consultations** réalisées aux urgences pendant la permanence des soins relève de la garde de médecine générale. Cette opinion est corroborée d'une part par la forte proportion d'admission classée CCMU 1 ou 2 (environs 70%) et d'autre par les **72% de retour direct au domicile** à la sortie du SAU. Ce constat reste valable la nuit profonde.

##### 2. Particularités

**Les trois quart** de ces patients n'ont pas pris conseil auprès d'un médecin (centre 15) avant de se rendre au SAU (contre 60% pour la population générale)

L'activité de médecine générale aux urgences correspond au même type de pathologie que la population générale des urgences. Par contre, l'**inquiétude** des patients ou de leur famille semble un facteur prépondérant les amenant à consulter, plus que la globalité de patients consultants au SAU.

## B. Axes d'amélioration

### 1. Éducation sanitaire des patients

La solution principale face à cet excès de consultations non justifiées, serait de se pencher sur **l'information voire « la formation » des patients** aux modalités d'accès aux soins. Ceux-ci ont, semble-t-il trop pris l'habitude de se soigner quand ils le veulent et où ils le veulent. Ce changement d'attitude est en partie lié à la moindre disponibilité des médecins généralistes, faisant suite aux grèves de 2001.

Effectivement, solliciter son médecin traitant en pleine nuit était probablement un frein à l'excès de consommation de soin, alors que les SAU sont devenus un lieu de consultation facilement accessible, impersonnel où la notion d'urgence est devenue toute relative.

Par ailleurs, afin de limiter les consultations injustifiées, il serait une solution de rassurer les patients à l'aide d'une **consultation téléphonique**, comme le fait le centre 15. En pratique, **la moitié** des patients se rendent au SAU **sans conseil médical** préalable. Une plus grande lisibilité de la filière de soins faciliterait la démarche du patient.

### 2. Orienter l'activité de permanence des soins vers les CAPS

**Les médecins des CAPS souhaitent travailler plus** pendant leurs gardes. Effectivement il paraît difficile d'être motivé lorsque, en semaine, la plupart des gardes de CAPS ne donnent lieu qu'à 1 ou 2 consultations.

Ainsi, si l'ensemble des patients consultant pendant la permanence des soins se rendait dans les CAPS de façon adaptée, l'activité des CAPS serait au moins **doublée**.

Dans notre étude nous avons pu mettre en exergue que 50% des patients consultaient au SAU sans régulation médicale initiale. Pour la moitié d'entre eux le motif de consultation ne justifiait pas d'un passage aux urgences, une réorientation vers les CAPS s'avèreraient nécessaires. Quels moyens pouvons-nous mettre en place pour modifier cette donnée ?

- **réorientation dès l'accueil du SAU** vers les CAPS aux heures ouvrables. Néanmoins on oblige le patient à reprendre son véhicule sans réponse médicale immédiate à sa demande.

- **Information du patient sur l'importance de passer par le centre 15** pour toute demande médicale afin d'être orienté vers la structure la plus adaptée. Cette information pourrait être relayée essentiellement par les médecins traitants.
- **Nécessité d'insister sur le rôle du SAU.**

Des campagnes d'information sont déjà en place, notamment les affiches au sein des urgences pour justifier les attentes parfois longues. Ou actuellement la campagne médiatique par le ministère de la santé sur l'appel au centre 15 en cas de signes grippaux qui pourraient être généralisée à toutes les demandes médicales.

Pourtant notre étude a mis en avant une autre difficulté, dépassant l'objectivité de l'information du patient. Nous avons ainsi constaté que la moitié des patients qui auraient pu consulter dans un CAPS ne l'auraient pas fait. Il semble indispensable d'envisager les raisons qui incitent les personnes à venir aux urgences plutôt qu'en consultations. Nous nous permettons de suggérer quelques éventualités mais un travail dédié serait intéressant :

- un manque de confiance probable dans les CAPS
- un problème financier
- la facilité d'accès au SAU.

Orienter les patients vers les CAPS passe préférentiellement par une politique de prévention et d'**information sur les CAPS** afin de faire connaître ces structures à la population. Cette démarche permettrait d'améliorer la confiance du public.

Concernant l'aspect financier, on pourrait envisager :

- un **forfait obligatoire** à régler à la sortie des urgences pour les patients retournant à leur domicile.
- une facilitation de paiement dans les maisons médicales (via la carte vitale)

On peut enfin se poser la question de la légitimité d'ouvrir les CAPS pendant « la nuit profonde ». Si on considère que près de la moitié des patients de « nuit profonde » pourraient aller au CAPS, cela représente 7 patients par nuit soit 2 patient par CAPS. A partir de ces chiffres, il paraît raisonnable de **ne pas ouvrir les CAPS en « nuit profonde »**.

# CONCLUSION

Les CAPS semblent une excellente solution de remplacement à la garde de médecine générale aussi bien pour les patients que pour les médecins eux-mêmes.

Nous avons montré dans cette étude que le travail qu'ils fournissent retentit de façon non négligeable sur l'activité des urgences en terme de permanence des soins, notamment pendant les Week-ends. Cependant, il existe encore une large part des consultations de permanence des soins pouvant être prise en charge par ces structures plutôt que par le service des urgences et il serait donc souhaitable de poursuivre l'effort.

Cela semble possible d'une part en réorientant vers les CAPS l'activité qui relève de la garde de médecine générale. Il va donc falloir informer plus amplement les usagers de la santé de l'existence de ces structures et leur donner confiance en celles-ci. Il serait d'autre part rentable de développer les possibilités diagnostiques et thérapeutiques des CAPS, par exemple en ce qui concerne la traumatologie, afin d'élargir leur champ d'action. Cette orientation de travail suppose un investissement non négligeable des praticiens de médecine générale. L'ouverture des CAPS après minuit semble par contre une solution peu rentable.

Cette étude comporte des limites, essentiellement liées à son caractère très local et à sa courte durée. Il serait intéressant de la développer à plus grande échelle en y incluant les consultations pédiatriques, puisque les enfants semblent représenter une grande part de l'activité de permanence des soins.

Pour finir, un questionnaire sur les attentes des patients vis-à-vis des CAPS ainsi qu'une enquête de satisfaction des usagers des CAPS nous aideraient à améliorer l'organisation du système de garde.

Ce système de garde concerne plusieurs acteurs dont les relations doivent être facilitées, la communication semble le moyen le plus adapté en particulier entre les médecins de CAPS et les urgentistes.

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique, publié au journal officiel, le 26 septembre 2003
2. décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n°95-1000 su 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, publié au journal officiel le 16 septembre 2003
3. décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique, publié au journal officiel le 8 avril 2005
4. circulaire DHOS/01 n°587-2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire, texte non paru au journal officiel
5. Code de déontologie médicale du code de la santé publique, numéros R.4127-1 à R.4127-112
6. ANDRIEU C. rapport de l'activité de SOS médecin Saint-Nazaire pendant la permanence des soins au cours de l'année 2005,-83p, thèse médecine générale : Nantes : 2006 ; n°MG/06/13
7. BAUDEAU D, DEVILLE A, JOUBERT JM, le passage aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés, DREES, études et résultats n°72, juillet 2000
8. BERRANGER C, rapport d'activité 2008 du SAU de Saint-Nazaire
9. DESCOURS C, rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, remis à Mr MATTEI, ministre de la santé, le 22 janvier 2003
10. DUMONT P, les maisons médicales de garde dans les départements de Loire atlantique et de Vendée.-81p. thèse : médecine générale : Nantes : 2004 ; n°10
11. GENTILLE S, AMADEI E, BOUVENOT J, attitude et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie, santé publique 2004, volume 16, n°1, pp 63-74
12. GOUYON M, LABARTHE G, les recours urgents ou non programmés en médecine générale, DREES, Etudes et résultats n°471, mars 2006
13. GRALL JY, les maisons médicales de garde, rapport remis à Mr BERTRAND, ministre de la santé en juillet 2006.51p
14. JAUNET C, le médecin de garde consulte à l'hôpital de Pornic, Ouest-France du 21 janvier 2009

15. LEGMANN M, KAHN-BENSAUDE I, RAMESTAING P, Atlas de démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> Janvier 2009, Conseil National de l'Ordre des médecins consultable sur Internet à l'URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr>
16. LE HERSON S, Les patients de la presqu'île recourent au CAPS guérandais. Presse océan du 20 octobre 2008
17. REDOR A, projet des médecins mobiles dans le département de Loire atlantique, 2009, consultable sur Internet à l'URL : <http://www.crompl.fr/medecins%20mobiles%2044.pdf>
18. RIBE N, évaluation de la performance diagnostique au SAMU SMUR de Nantes.- 109p : thèse médecine générale : Nantes : 2005
19. Rapport d'activité 2007, 2008 et 2009 du CAPS de Pontchâteau
20. Rapport d'activité 2009 du CAPS de Guérande

# **TABLE DES MATIERES**

|                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>PLAN .....</b>                                               | <b>2</b>  |
| <b>ABREVIATIONS .....</b>                                       | <b>3</b>  |
| <b>INTRODUCTION .....</b>                                       | <b>5</b>  |
| <b>GENERALITES .....</b>                                        | <b>7</b>  |
| <b>I. LA PERMANENCE DES SOINS .....</b>                         | <b>8</b>  |
| A. <i>Définition</i> .....                                      | 8         |
| B. <i>Cadre réglementaire</i> .....                             | 8         |
| C. <i>Les acteurs</i> .....                                     | 9         |
| 1. Le Centre 15 .....                                           | 9         |
| a. Sa création .....                                            | 9         |
| b. Son fonctionnement.....                                      | 10        |
| 2. Les CAPS .....                                               | 10        |
| a. Définition .....                                             | 10        |
| b. Fonctionnement .....                                         | 11        |
| c. les CAPS du secteur géographique de Saint-Nazaire.....       | 12        |
| • Le CAPS de Pornic .....                                       | 12        |
| ⇒ sa création.....                                              | 12        |
| ⇒ son fonctionnement .....                                      | 12        |
| • Le CAPS de Pontchâteau .....                                  | 13        |
| ⇒ sa création.....                                              | 13        |
| ⇒ son fonctionnement .....                                      | 13        |
| • Le CAPS de Guérande .....                                     | 14        |
| ⇒ sa création.....                                              | 14        |
| ⇒ son fonctionnement .....                                      | 14        |
| 3. Le SAU de Saint-Nazaire .....                                | 15        |
| a. Le personnel .....                                           | 15        |
| b. L'organisation .....                                         | 16        |
| c. L'activité .....                                             | 16        |
| 4. SOS médecins Saint-Nazaire .....                             | 20        |
| 5. Une intention : les médecins mobiles.....                    | 22        |
| <b>II. UNE EVOLUTION DES MENTALITES.....</b>                    | <b>23</b> |
| A. <i>L'évolution des modes de consommation des soins</i> ..... | 24        |

|                                  |                                                                         |           |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| B.                               | <i>L'évolution de la mentalité des médecins .....</i>                   | 24        |
| C.                               | <i>L'évolution de la démographie médicale .....</i>                     | 26        |
| III.                             | LES RAISONS DE CETTE ETUDE.....                                         | 28        |
| <b>MATERIELS ET METHODE.....</b> |                                                                         | <b>29</b> |
| I.                               | LIEU ET DATE.....                                                       | 30        |
| II.                              | MOYENS .....                                                            | 30        |
| A.                               | <i>Le questionnaire CAPS .....</i>                                      | 30        |
| B.                               | <i>Le questionnaire SAU.....</i>                                        | 31        |
| III.                             | SELECTION DES PATIENTS .....                                            | 33        |
| <b>RESULTATS .....</b>           |                                                                         | <b>34</b> |
| I.                               | LES CONSULTATIONS DANS LES CAPS.....                                    | 35        |
| A.                               | <i>Nombre de dossiers .....</i>                                         | 35        |
| B.                               | <i>Régulation des consultations par le centre 15 .....</i>              | 35        |
| C.                               | <i>Motifs de contact .....</i>                                          | 35        |
| D.                               | <i>Répartition temporelle des consultations .....</i>                   | 38        |
| 1.                               | Par jour .....                                                          | 38        |
| 2.                               | Par heure.....                                                          | 39        |
| a.                               | La semaine.....                                                         | 39        |
| b.                               | Le Week-end .....                                                       | 40        |
| E.                               | <i>Réalisation d'actes techniques ou d'examens complémentaires.....</i> | 42        |
| 1.                               | Actes techniques.....                                                   | 42        |
| 2.                               | Examen complémentaire .....                                             | 43        |
| F.                               | <i>Conseils donnés au patient en cas de retour au domicile .....</i>    | 44        |
| II.                              | LES CONSULTATIONS AU SAU.....                                           | 46        |
| A.                               | <i>Nombre de dossiers .....</i>                                         | 47        |
| B.                               | <i>Origine des patients .....</i>                                       | 47        |
| C.                               | <i>Motif de passage au SAU .....</i>                                    | 49        |
| 1.                               | Motivations.....                                                        | 49        |
| 2.                               | Motifs de consultation au SAU .....                                     | 50        |
| D.                               | <i>Répartition temporelle des passages au SAU .....</i>                 | 51        |
| 1.                               | Par jour .....                                                          | 51        |
| 2.                               | Répartition entre nuit profonde et hors nuit profonde.....              | 52        |
| 3.                               | Horaire.....                                                            | 52        |

|      |                                                                           |           |
|------|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| a.   | La semaine.....                                                           | 52        |
| b.   | Le Week-end .....                                                         | 52        |
| c.   | En nuit profonde.....                                                     | 53        |
| E.   | <i>Classement CCMU</i> .....                                              | 53        |
| F.   | <i>Orientation des patients après passage au SAU</i> .....                | 55        |
| III. | LES RELATIONS ENTRE CAPS ET SAU .....                                     | 56        |
| A.   | <i>Contribution quantitative des CAPS à la permanence des soins</i> ..... | 56        |
| B.   | <i>Patients transférés des CAPS vers les urgences</i> .....               | 56        |
| 1.   | Quantité de patients concernés .....                                      | 56        |
| 2.   | Régulation par le centre 15.....                                          | 57        |
| 3.   | Diagnostic supposé au départ du CAPS .....                                | 57        |
| 4.   | Motifs de transfert aux urgences .....                                    | 58        |
| 5.   | Répartition temporelle des transferts au SAU .....                        | 59        |
| a.   | Entre Week-end et semaine .....                                           | 59        |
| b.   | Selon l'heure .....                                                       | 59        |
| 6.   | Devenir des patients transférés.....                                      | 60        |
| C.   | <i>Patients admis au SAU jugés adaptés à un CAPS</i> .....                | 60        |
| 1.   | Nombre.....                                                               | 60        |
| 2.   | Régulation .....                                                          | 61        |
| 3.   | Motif du passage au SAU.....                                              | 61        |
| a.   | Motivation .....                                                          | 61        |
| b.   | Motif initial de consultation .....                                       | 62        |
| c.   | Opinion des patients sur les CAPS.....                                    | 63        |
| 4.   | Classement CCMU.....                                                      | 64        |
| D.   | <i>Admissions au SAU inadaptées au CAPS</i> .....                         | 64        |
| 1.   | Raisons .....                                                             | 64        |
| 2.   | Diagnostic évoqué .....                                                   | 65        |
|      | <b>DISCUSSION</b> .....                                                   | <b>66</b> |
| I.   | BIAIS .....                                                               | 67        |
| A.   | <i>Questionnaires non remplis</i> .....                                   | 67        |
| B.   | <i>Pédiatrie</i> .....                                                    | 67        |
| C.   | <i>Surestimation de l'importance des week-end</i> .....                   | 67        |
| D.   | <i>Une étude courte</i> .....                                             | 68        |

|                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| E. CAPS de la roche Bernard .....                                 | 68        |
| II. EN RAPPORT AVEC L'ACTIVITE DES CAPS .....                     | 68        |
| A. Actuelle.....                                                  | 68        |
| 1. Quantitative .....                                             | 68        |
| 2. Qualitative .....                                              | 69        |
| B. Axes d'amélioration .....                                      | 69        |
| 1. Par la régulation .....                                        | 69        |
| 2. Des examens complémentaires .....                              | 70        |
| 3. La prise en charge de la traumatologie.....                    | 70        |
| III. EN RAPPORT AVEC L'ACTIVITE TYPE MEDECINE GENERALE AUX        |           |
| URGENCES.....                                                     | 71        |
| A. Actuelle.....                                                  | 71        |
| 1. Quantitative .....                                             | 71        |
| 2. Particularités.....                                            | 71        |
| B. Axes d'amélioration .....                                      | 72        |
| 1. Éducation sanitaire des patients .....                         | 72        |
| 2. Orienter l'activité de permanence des soins vers les CAPS..... | 72        |
| <b>CONCLUSION.....</b>                                            | <b>74</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>                                        | <b>76</b> |
| <b>TABLE DES MATIERES .....</b>                                   | <b>79</b> |
| <b>ANNEXES.....</b>                                               | <b>84</b> |

# ANNEXES

## Questionnaire pour thèse de Denis Haroche

Date de consultation :  /  / 2009      Heure :  h

Régulation par le centre 15    ☐ oui    ☐ non

Motif de consultation :

Réalisation d'examen complémentaire    ☐ oui    ☐ non

Le(s)quel(s) : ☐ ECG    ☐ streptotest    ☐ BU

Réalisation d'acte technique    ☐ oui    ☐ non

☐ Injection    ☐ suture

Diagnostic final :

Orientation du patient    ☐ SMUR    ☐ hospitalisation    ☐ RAD

→ *Si retour au domicile*

Prescription d'examen (radio, bio, consultation spe)    ☐ oui    ☐ non

Conseil de consultation auprès du médecin traitant    ☐ oui    ☐ non

→ *Si hospitalisation, motif :*

Examen complémentaire nécessaire en urgence    ☐ oui    ☐ non

Mauvais état général, terrain débilité    ☐ oui    ☐ non

Signes de gravité    ☐ oui    ☐ non

Nécessité technique (Perfusion, sondage...)    ☐ oui    ☐ non

## **Questionnaire pour thèse de Denis Haroche**

Date d'admission :  /  / 2009      heure :  h

Motif d'admission :

Courrier d'admission      ☐ oui      ☐ non

Adressé par : ☐ 15      ☐ médecin traitant      ☐ SOS médecin      ☐ CAPS

Régulation par le centre 15      ☐ oui      ☐ non

CCMU      ☐ 1      ☐ 2      ☐ 3      ☐ 4      ☐ 5

### **Eléments motivant l'admission au SAU**

- |                                         |                                                                 |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Douleur        | <input type="checkbox"/> Inquiétude du patient ou de la famille |
| <input type="checkbox"/> Dépendance     | <input type="checkbox"/> Médecin de garde indisponible          |
| <input type="checkbox"/> Gravité réelle | <input type="checkbox"/> Refus du médecin de garde              |

Diagnostic final :

### **Orientation finale du patient**

☐ Décès      ☐ UHCD      ☐ hospitalisation      ☐ RAD

### **Le patient aurait pu être pris en charge de façon adéquate dans un CAPS?**

☐ oui      ☐ non

#### **→ Si Non**

|                                                     |                              |                              |
|-----------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Examens réalisés ne pouvant avoir lieu dans un CAPS | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Gravité                                             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Geste technique                                     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Etat général du patient                             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

#### **→ Si Oui**

Votre patient aurait-il consulté un CAPS de lui-même?      ☐ oui      ☐ non

NOM : HAROCHE

PRENOM : Denis

Titre de la thèse :

MISE EN PARALLELE DE L'ACTIVITE DES CAPS DE PORNIC, GUERANDE ET  
PONTCHATEAU AVEC CELLE DES URGENCES DE SAINT-NAZAIRE PENDANT  
LES HORAIRES DE PERMANENCE DES SOINS

## **RESUME**

Ce travail a cherché à montrer les relations entre l'activité des urgences de Saint-Nazaire et celle des trois CAPS du même secteur sanitaire. Par une étude prospective de 14 jours dans ces quatre structures, on a montré que les CAPS apportaient une aide non négligeable et permettait de décharger les urgences d'une partie du travail de permanence des soins. Mais ce système reste à améliorer notamment en orientant d'avantage les consultations relevant de la médecine générale vers les CAPS et en développant leur champ d'activité. Par d'autres études, il serait par ailleurs intéressant de se pencher plus spécifiquement sur les consultations pédiatriques ou d'évaluer les raisons non médicales faisant parfois préférer au patient une consultation aux urgences plutôt que dans un CAPS.