

**UNIVERSITE DE NANTES**

**FACULTE DE MEDECINE**

Année 2019

N° 2019-35

**THESE**

pour le

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

DES de MEDECINE GENERALE

par

Pierre-Simon TIRILLY

né le 06 Novembre 1988 à Quimper

Présentée et soutenue publiquement le 15 Avril 2019

**ÉTAT DES LIEUX DES SOINS NON PROGRAMMÉS  
SUR LE TERRITOIRE NAZAIRIEN :  
ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU SECTEUR  
ET ÉTUDE AUPRÈS DES PATIENTS DU CIRCUIT COURT  
DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-NAZAIRE.**

Président du Jury : Monsieur le Professeur Gilles POTEL

Directeur de thèse : Madame le Docteur Stéphanie PERON

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE

Madame le Docteur Marie-Paule CLOTTEAU

## **SERMENT MEDICAL**

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

## **REMERCIEMENTS**

**Aux membres de mon Jury,**

**À Monsieur le Professeur Gilles POTEL,** Président du Jury,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de nos plus sincères remerciements et de notre plus profonde gratitude.

**À Madame le Docteur Stéphanie PERON,** Directrice de Thèse,

Tu m'as guidé et accompagné tout au long de ce travail. Merci de ton soutien, tes conseils, ta rigueur et tes nombreuses relectures. Trouves ici l'expression de toute mon amitié.

**À Monsieur le Professeur Rémy SENAND,**

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de notre plus grande considération. Veuillez accepter nos sincères remerciements.

**À Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE,**

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse. Nous vous en remercions. Soyez assuré de notre plus grand respect.

**À Madame le Docteur Marie-Paule CLOTTEAU,**

Merci de m'avoir aiguillé dans la réalisation de ce travail. Je garderai toujours en mémoire ma première garde aux urgences à tes côtés. Merci pour tes conseils et les connaissances que tu m'as transmises.

À mes parents, qui m'ont toujours guidé et soutenu, tant dans mes études que dans ma vie personnelle (« sponsored by mum and dad »), merci d'avoir toujours été là pour moi.

À Nicolas, pour tout ce que tu sais. Tu as changé ma vie, tout simplement merci de me rendre heureux.

À mes sœurs, Caroline et Olivia, vous avez toujours été un exemple pour moi. A Fabien et Adrien, au bonheur de se retrouver tous en famille.

À mes quatre (la plupart du temps) adorables neveux.

À mes grands-parents, pour toute l'affection que vous m'avez toujours apportée et les valeurs que vous m'avez transmises. A mes oncles et tantes et à toute la famille.

À mes beaux-parents et à Mélanie : merci de m'avoir accueilli dans votre famille.

À mes amis de toujours, ou presque, Maureen et Briec, Clément et Gaëlle, Marie, Magalie et Guillaume, Mai, Amandine et Jean, Sonia, Thomas : au plaisir de tous ces bons moments partagés.

À mes amis de promo, Guillaume et Audrey, Manon et Aurélien, Pauline et Antoine, Marie et Mathieu, Cécilia et Julien et toute la bande de joyeux lurons brestois. Pour toutes ces formidables années de franche rigolade passées ensemble. On en redemanderait !

À mes super co-internes, Marie-Thoche depuis le Challandeau, Mélanie et Léa jusqu'à Marseille : sans vous les urgences ne m'auraient pas laissé un aussi bon souvenir.

À mes maîtres de stage : Anne, Mélissa et Guillaume à Challans, merci de votre patience et de votre bienveillance. Au Dr Camille Colliard et à toute la formidable équipe de Bellier, qui ont su me faire partager leur affection pour la gériatrie avec une grande humanité.

Aux Drs Liliane Lam, Vincent Lesouef, Hélène Chevreuil, Alain Mayer et Christophe Davanne, merci de m'avoir conforté dans le choix de cette riche et noble spécialité qu'est la médecine générale.

À toute l'équipe des urgences du CHSN, pour leur encadrement et leur accueil chaleureux, et pour avoir rendu agréable ce stage que je redoutais pourtant.

À mes collègues, Florence, Sylvain, Guillaume, Alice et Corine, pour cette ambiance de travail exceptionnelle.

# Sommaire

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| LISTE DES FIGURES.....                                                        | 6  |
| LISTE DES TABLEAUX.....                                                       | 6  |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS.....                                                   | 7  |
| 1 INTRODUCTION.....                                                           | 8  |
| 2 GÉNÉRALITES – REVUE DE LA LITTÉRATURE.....                                  | 10 |
| 2-1 Soins non programmés.....                                                 | 10 |
| 2-2 Épidémiologie des soins non programmés en France.....                     | 12 |
| 2-3 Soins ambulatoires.....                                                   | 13 |
| 2-4 Les déterminants de la surcharge des services d'urgences.....             | 14 |
| 2-5 Organisation du système de soins en France.....                           | 18 |
| 3 ÉTAT DES LIEUX EN LOIRE-ATLANTIQUE.....                                     | 21 |
| 3-1 Démographie médicale en Loire-Atlantique.....                             | 21 |
| 3-2 Épidémiologie sur le bassin de Saint-Nazaire.....                         | 22 |
| 3-3 Fréquentation du SAU du CHSN.....                                         | 23 |
| 3-4 Les solutions proposées face à l'engorgement des services d'urgences..... | 23 |
| 4 OBJECTIFS.....                                                              | 27 |
| 5 MATÉRIELS ET MÉTHODES.....                                                  | 29 |
| 5-1 Type de l'étude.....                                                      | 29 |
| 5-2 Critères d'inclusion et d'exclusion.....                                  | 29 |
| 5-3 Échantillonnage.....                                                      | 30 |
| 5-4 Recueil de données.....                                                   | 30 |
| 5-5 Analyse statistique.....                                                  | 32 |
| 6 RÉSULTATS.....                                                              | 33 |
| 6-1 Enquête auprès des médecins généralistes.....                             | 33 |
| 6-2 Étude auprès des patients du circuit court.....                           | 45 |
| 7 DISCUSSION.....                                                             | 57 |
| 7-1 Difficultés rencontrées.....                                              | 57 |
| 7-2 Apports de ces deux études.....                                           | 58 |
| 8 CONCLUSION.....                                                             | 76 |
| BIBLIOGRAPHIE.....                                                            | 80 |

## **LISTE DES FIGURES**

- Figure 1 : Age des répondants
- Figure 2 : Modes d'exercice
- Figure 3 : Temps de travail et accueil d'étudiants
- Figure 4 : Prise en charge de nouveaux patients
- Figure 5 : Proportion de médecins acceptant de nouveaux patients, en fonction de l'âge
- Figure 6 : Organisation des soins non programmés
- Figure 7 : Actes réalisés par les médecins généralistes
- Figure 8 : Réseau de correspondants
- Figure 9 : Recherche d'hospitalisations directes par les médecins généralistes
- Figure 10 : Ressenti concernant les délais d'obtention des examens complémentaires
- Figure 11 : Difficultés d'obtention des hospitalisations directes
- Figure 12 : Utilisation par les médecins généralistes du numéro unique du MAO
- Figure 13 : Perception du circuit court
- Figure 14 : Age des patients
- Figure 15 : Distance domicile-hôpital
- Figure 16 : Motifs de consultation
- Figure 17 : Gravité ressentie par le patient
- Figure 18 : Priorité effective attribuée par le médecin du circuit court
- Figure 19 : Recours médical préalable
- Figure 20 : Motifs de l'échec d'une prise en charge ambulatoire, en cas de recours préalable
- Figure 21 : Raisons invoquées pour expliquer l'absence de recours préalable
- Figure 22 : Perception des urgences par les patients n'ayant pas eu de recours médical préalable
- Figure 23 : Importance de l'absence d'avance des frais
- Figure 24 : Satisfaction quant à la prise en charge au sein du circuit court
- Figure 25 : Auto-évaluation du parcours de soins

## **LISTE DES TABLEAUX**

- Tableau 1 : Connaissances des deux groupes concernant la permanence des soins.

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

ADOPS : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins  
ALD : Affection Longue Durée  
CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins  
CH : Centre Hospitalier  
CHSN : Centre Hospitalier de Saint-Nazaire  
CMU : Couverture Maladie Universelle  
DMS : Durée Moyenne de Séjour  
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
HAD : Hospitalisation à Domicile  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire  
IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique  
MAO : Médecin D'accueil et d'Orientation  
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire  
MTS : Manchester Triage Scale  
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques  
PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires  
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée  
SAU : Service d'Accueil des Urgences  
UGO : Urgences Gynéco-Obstétricales  
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée  
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux  
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

# **1 INTRODUCTION**

A l'heure du « virage ambulatoire » annoncé par le Ministère des Solidarités et de la Santé [1], le rôle des soignants libéraux, et en particulier celui du médecin généraliste, en tant que pivot central du parcours de soins coordonnés, se voit renforcé. Le parcours de soins des patients est plus que jamais au cœur des préoccupations. L'objectif est de permettre aux Français de recevoir « les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment » [2]. Le récent rapport du député Thomas Mesnier [3] émet des recommandations en ce sens. La coopération entre médecins libéraux, généralistes et spécialistes, les différentes structures de soins et la médecine hospitalière, est donc un enjeu primordial.

Le secteur libéral, déjà sous tension, risque de se voir de plus en plus sollicité au cours des prochaines années [4]. Les raisons des difficultés sont nombreuses : population vieillissante [5], baisse des effectifs de médecins généralistes en activité régulière [6], surcharge des services hospitaliers par une diminution constante du nombre de lits d'hospitalisation [7], modification de comportement des usagers [8, 9,10].

Si les services d'urgences sont surchargés [11], la médecine générale libérale reste le premier maillon du parcours de soins. Ainsi, déjà en 2004, on estimait en France à 35 millions le nombre de recours "urgents" à la médecine libérale, contre 14 millions de passages aux urgences [12].

Le bassin de Saint-Nazaire ne fait pas exception, reflétant les difficultés rencontrées sur le reste du territoire. Avec une population dont l'état de santé est plus précaire que celui de la population à l'échelle nationale [13], les recours non programmés aux soins sont particulièrement fréquents. En conséquence, le service des urgences du CHSN rencontre une très forte activité. Avec 66 188 passages (hors UGO) en 2017, l'activité de ce service d'urgences est en constante augmentation depuis 2010, avec une croissance de 4,5% par an, qui se majore à 6% depuis 2015 [14]. Cette croissance se fait en particulier au profit de patients valides, qui représenteraient jusqu'à 40% de l'activité des urgences. Depuis octobre 2017, un « circuit court » est expérimenté au sein du service des urgences de Saint-Nazaire. Le but de



ce type de structures est d'améliorer l'efficacité et la fluidité des passages au sein du service [15, 16]. Il a vocation à prendre en charge des patients valides, c'est-à-dire de priorités 4 et 5 [20].

L'une des solutions proposées par le gouvernement, afin de limiter la surcharge des services hospitaliers, est de promouvoir les prises en charges ambulatoires. Mais peu d'études s'intéressent jusqu'à présent à l'implication du secteur libéral dans les situations de soins non programmés.

Sur le bassin de Saint-Nazaire, des solutions sont apportées par le secteur libéral pour faire face à cette demande croissante de soins non programmés : création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (dont certaines adhèrent à l'Accord Cadre Interprofessionnel proposé par l'Assurance Maladie), centre de consultations non programmés mis en place par SOS Médecins.

Malgré cela, le service des urgences de Saint-Nazaire se voit toujours saturé. L'expérience d'un circuit court confirme un afflux important de patients « non-graves » pouvant relever de la médecine générale [21].

L'objectif principal de cette étude est de comprendre comment s'organisent les soins non programmés dans la région de Saint-Nazaire.

## **2 GÉNÉRALITES – REVUE DE LA LITTÉRATURE**

### **2-1 Soins non programmés**

#### **2-1-1 Définition des soins non programmés**

En matière de santé, l'urgence est souvent définie comme « un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage » [22]. Le degré d'urgence d'une situation médicale est une notion très subjective. Pour le médecin généraliste, il s'agit surtout d'un événement non programmé, qui l'oblige à interrompre ou adapter son activité. Pour le patient, l'urgence est synonyme de rapidité d'intervention, la notion de gravité n'étant pas forcément au premier plan, mais le fait d'être pris en charge rapidement semblant être la préoccupation première, que ce soit pour des raisons médicales ou non.

De nombreuses qualifications ont successivement été créées pour tenter de retracer au mieux les définitions correspondant à chaque acteur. Ainsi, au cours des années, nous sommes passés de l'urgence vitale à « l'urgence ressentie » pour aujourd'hui arriver à la notion de « demande de soins non programmés », c'est-à-dire le recours spontané des patients à la médecine [24].

En résumé, il n'existe pas une perception unique de l'urgence, mais plutôt de multiples réalités, propres à chacun des acteurs impliqués.

En juin 2007, la DREES propose, dans le cadre de son étude portant sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale dans les Pays de la Loire, une définition des recours non programmés en médecine générale [24] :

- urgences médicales repérées comme telles par le médecin
- recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet
- recours ayant lieu pendant les horaires d'ouverture du cabinet avec des patients déclarant avoir eu « besoin de voir un médecin dans la journée »
- recours aux médecins des associations urgentistes de ville.

### 2-1-2 Genèse des soins non programmés

Parmi les symptômes à l'origine de la demande de soins, la douleur apparaît comme le symptôme prépondérant (75% des patients), avant celui de « gêne », d'angoisse ou de fièvre [12].

Ainsi chez 9 patients sur 10, le recours a une visée antalgique. Un quart des patients pense avoir besoin d'examens complémentaires et 40% d'entre eux d'un document (prescriptions médicamenteuses au premier plan). La gravité n'est en revanche mentionnée que par un tiers des patients.

Avant d'avoir recours au médecin généraliste, près de la moitié des patients avait pratiqué l'automédication. Le délai de consultation est variable : il est très nettement corrélé à la notion de gravité des symptômes ressentis.

En ce qui concerne les services d'urgences, une seconde étude [10] datant de 2004 met en évidence trois éléments principaux déterminants dans la décision de consultation spontanée :

- 1/ la gravité ressentie, le « sentiment d'urgence » de son état de santé
- 2/ le moment d'apparition des symptômes, aux heures non ouvrables
- 3/ le caractère traumatique de la pathologie.

Au final, ces deux études révèlent que la genèse du déclenchement de ces soins non programmés ne se résume pas au motif de consultation « profane » ou au diagnostic du médecin. Elle repose également sur des logiques individuelles de soins, en lien avec la perception et le mode de mobilisation face à un problème de santé.

## 2-2 Épidémiologie des soins non programmés en France

### 2-2-1 Épidémiologie des soins non programmés en médecine générale

Si la notion de recours urgent ou non programmé est très souvent associée aux services d'urgences hospitaliers, la majorité de ces recours concerne pourtant la médecine générale de ville.

Ainsi en 2004, la DREES estime à 35 millions le nombre de recours non programmés à la médecine de ville, tandis que les urgences françaises enregistraient la même année 14 millions de passages [12].

La médecine libérale reste le premier recours dans la gestion des soins non programmés. Selon une enquête de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne, la demande de soins non programmés représenterait 56 % de l'activité des médecins généralistes libéraux en Bretagne [25].

Dans une enquête de l'URPS publiée en juin 2015, en Ile de France, les médecins généralistes ayant répondu à l'enquête recevaient 6 à 10 demandes de soins non programmés par jour, majoritairement en fin de journée (97% entre 18h et 20h) ; 65% d'entre eux répondaient à ces demandes sous 24 heures [26].

### 2-2-2 Épidémiologie des soins non programmés en milieu hospitalier

Depuis 20 ans en France, les SAU sont soumis à une augmentation constante de leur fréquentation, en moyenne de 3,5% par an (depuis 1996). La fréquentation a atteint 18 millions de passages en 2013, 19,4 millions en 2014 (soit 4% d'augmentation en un an), et 20,3 millions en 2015. Entre 2002 et 2015, la fréquentation des SAU a augmenté de 42%. Il est à noter que cette augmentation se fait sans modification du nombre de structures hospitalières [11].

Cette augmentation continue du nombre de passages doit être replacée dans le contexte d'une tendance générale à la fréquentation accrue des services d'urgences dans l'ensemble des pays occidentaux. Une étude de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques) a ainsi mis en évidence une augmentation des passages dans presque tous les pays de l'organisation entre 2001 et 2011, selon une dynamique de 5,2 % en moyenne sur la période [27]. Cette évolution est d'autant plus remarquable qu'elle concerne des pays très différents, et surtout des systèmes de santé très divers.

Du point de vue de la dynamique annuelle moyenne du nombre de passages aux urgences, la France se situe plutôt dans la moyenne de l'OCDE, avec une croissance annuelle de 2,5 % par an entre 2001 et 2011, contre 2,4 % en moyenne dans l'ensemble des 19 pays étudiés.

## 2-3 Soins ambulatoires

Les soins ambulatoires concernent l'ensemble des soins offerts à une personne en mesure de se déplacer pour les recevoir, dans un endroit qu'elle quittera avant la fin de la journée [28].

Cette définition centrée sur le patient va dans le sens d'un renforcement de l'autonomie. Selon l'INSEE, « les soins ambulatoires (ou soins de ville) comprennent les soins effectués en cabinets de ville, en dispensaires, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés. Ils se composent des soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux (les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes), ainsi que des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cures thermales. »

Les termes de « médecine de ville » ou « soins de ville » sont également communément employés en tant que synonyme de « médecine libérale », pour désigner l'ensemble des activités qui se déroulent en dehors des établissements de santé. Ces termes prêtent néanmoins à confusion puisqu'ils sont connotés médecine « citadine », bien qu'ils désignent l'ensemble de l'activité libérale.

## 2-4 Les déterminants de la surcharge des services d'urgences

### 2-4-1 Démographie médicale

Selon l'Atlas de la démographie médicale 2017 [6], au premier janvier 2017, 290 974 médecins exercent en France, soit une hausse de 1,8% par rapport à 2016, et de 15% sur la période 2007 – 2017.

Cette augmentation progressive est d'une part liée à la majoration du Numérus Clausus, passant de 7 100 en 2007, à 7 300 en 2008, puis jusqu'à 8 000 en 2011, et maintenu à ce niveau jusqu'en 2020. L'augmentation progressive du nombre de médecins formés à l'étranger et travaillant en France y contribue : ils représentent 11% de l'effectif des médecins en activité en 2017.

L'âge des médecins inscrits au tableau de l'ordre quant à lui augmente de manière préoccupante : la part de médecins de plus de 65 ans est de 47%, contre 27% dix ans plus tôt. Cependant, il semble qu'un renouvellement de la population médicale soit en cours : les moins de 40 ans représentent 15% en 2017 contre 13% en 2007.

On observe une féminisation de la profession : on dénombrait 37% de femmes en 2007, elles sont 42% en 2017. Mais surtout, elles représentent en 2017 62% des moins de 40 ans.

On note une baisse du nombre de médecins en activité régulière, c'est-à-dire des médecins libéraux installés, salariés ou à exercice mixte, ne comptabilisant pas les remplaçants, les retraités en activité ou les médecins en interruption temporaire d'activité.

En ce qui concerne la médecine générale, le tableau de l'ordre recense 88 137 médecins généralistes en activité régulière en 2017, soit une diminution de 9,1% depuis 2007.

La démographie médicale est également fortement impactée par le changement de mode d'exercice de la jeune génération. Ainsi, si un tiers des nouveaux inscrits au tableau de l'ordre en 2007 exercent en libéral, la proportion chute à 14,9% pour la génération 2012.

Parmi l'ensemble des médecins en activité régulière en 2015, les praticiens libéraux exclusifs représentent 44,7% des effectifs, contre 46,6% en 2013, au profit des salariés et de l'exercice mixte.

Entre 2007 et 2015, l'effectif des libéraux exclusifs a baissé de 6,3%, celui des salariés augmenté de 5,4%. Dans le même temps, l'effectif de l'exercice mixte a bondi de 14,7%.

Sur le plan territorial, l'ensemble des régions enregistre une baisse du nombre de médecins généralistes en activité, à l'exception des Départements d'Outre-Mer et des Pays de la Loire, sur la période 2010 – 2017. La Bretagne est la région la plus impactée, avec une baisse de 30% du nombre de médecins généralistes, viennent ensuite l'Occitanie (-18,3%) et l'Ile de France (-15,5%).

Au niveau départemental, la Nièvre est la plus touchée (-27%) puis la ville de Paris (-25%). La Loire-Atlantique fait exception, connaissant la plus forte hausse des effectifs de médecins généralistes sur cette période : +9%. La population de ce département a quant à elle progressé pendant ce temps de 11%.

La DREES a également effectué des projections à l'horizon 2030 [4]. Le nombre de médecins en activité devrait atteindre son taux le plus bas en 2019 (188 000), puis, sous l'effet de la majoration du Numerus Clausus, il devrait remonter jusqu'à 206 000 en 2030. En ce qui concerne la densité médicale, elle devrait quant à elle chuter davantage que les effectifs. En effet, entre 2006 et 2030, la population française devrait croître de 10%. Cette densité passerait donc de 327 à 292 médecins pour 100 000 habitants.

Ainsi, en se projetant à l'horizon 2030, le rapport entre les effectifs de médecins en activité, et les recours qui leur sont adressés, serait donc très inférieur à son niveau actuel.

Enfin selon ce scénario tendanciel, la population médicale devrait se rajeunir et se féminiser. Les femmes représenteraient 53,6% des médecins actifs (et 56,4% des généralistes) en 2030, contre 39% en 2006. En revanche la proportion de médecins libéraux devrait continuer de diminuer, au profit du salariat hospitalier. Ils étaient 60,2% des médecins généralistes en 2006, ils ne seraient plus que 55,5% en 2030.

#### *2-4-2 Évolution des motifs de demandes de soins non programmés*

On constate une concentration de patients aux âges extrêmes de la vie qui tend à se renforcer.

La prépondérance des patients âgés de plus de 75 ans aux urgences ne découle pas exclusivement de la croissance de la part des patients âgés dans la population générale, mais surtout de leur profil pathologique, caractérisé par plus de maladies chroniques et de polypathologies. Sur le plan diagnostique, les lésions traumatiques et intoxications représentent 40% des passages aux urgences.

Par ailleurs, le développement des soins ambulatoires participe à l'accroissement des demandes de soins urgents [29].

Les services d'urgences se trouvent également de plus en plus confrontés à des situations "d'urgences sociales" chez des patients en situation précaire. Ces situations mettent bien souvent en difficulté les personnels des services d'urgences, non formés à ce type de prises en charge.

La question des "passages inutiles" aux urgences fait débat. Ainsi dans une étude en 2014, la Cour des Comptes évoque « une réorientation éventuellement possible de l'ordre de 3,6 millions de passages annuels vers une prise en charge en ville » [11]

Toutefois, il est très délicat d'objectiver cette notion, tout d'abord parce que sur le plan méthodologique, la notion d'inutilité est difficile à établir, sinon à posteriori. On pourrait cependant retenir, comme c'est le cas en Belgique, la notion de parcours de soin pertinent : un



recours aux urgences est jugé adapté si le patient est adressé par un médecin généraliste ou la régulation médicale.

Selon l'enquête nationale de la DREES de 2013, deux tiers des patients se présentant aux urgences n'avaient pas eu de contact médical préalable.

#### *2-4-4 Surcharge des services hospitaliers*

L'une des causes de l'engorgement des services d'urgences, est le manque de lits d'hospitalisation disponibles en aval [7]. Entre 2000 et 2009, le nombre de lits d'hospitalisation, tous secteurs confondus, est passé de 480 000 à 430 000. Les chiffres de la DREES en 2014 rapportent 379 282 lits d'hospitalisation complète et 31 639 de soins longue durée, soit un peu plus de 410 000 lits. Le nombre de lits n'a donc cessé d'être réduit, au profit des "places" d'hospitalisation partielle, au nombre de 72 536 en 2014.

Cette restriction du nombre de lits, associée au vieillissement de la population, responsable d'une augmentation des Durées Moyennes de Séjour (DMS), induit fatalement un retentissement sur les services d'urgence : leur fluidité est directement impactée.

Cette insuffisance de ressources entraîne inévitablement des difficultés pour les médecins libéraux : organiser des hospitalisations directes ou bénéficier d'avis spécialisés, peut s'avérer difficile [29].

La surcharge des services d'urgences est donc la conséquence de nombreux facteurs : démographie médicale en baisse et changement de modes d'exercice des médecins généralistes, entraînant des difficultés d'accès aux soins "de ville", modification de comportements des usagers, comme en témoigne la part importante de patients dits valides aux urgences, manque de ressources des services hospitaliers : baisse du nombre de lits d'hospitalisations, difficultés d'accès aux examens complémentaires et avis spécialisés.

## 2-5 Organisation du système de soins en France

### *2-5-1 Définition d'un service d'urgences – cadre légal*

La définition première était celle de « service d'accueil des urgences », tel qu'instaurée par le décret n° 95-647, du 9 mai 1995, modifié par le décret n° 97-615, du 30 mai 1997 :

« Un service d'accueil des urgences est un service hospitalier devant accueillir sans sélection, 24h/24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale » [30].

La circulaire DHOS n° 2017-65 du 13 février 2007, [31] vient poser les objectifs fondamentaux de tout service d'urgences : proximité, sécurité et amélioration de la qualité :

- 1. Permettre l'accès aux soins pour tous, en permanence, et en proximité grâce à un maillage fin du territoire. Il s'agit d'une exigence forte, cohérente avec les évolutions récentes et à venir de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, notamment après minuit, conformément à la circulaire du ministre en date du 10 octobre 2006, relative au dispositif de permanence des soins ;
- 2. Garantir la sécurité et la continuité, par l'accès en permanence à des professionnels et à un plateau technique performant et adapté aux besoins du patient. Le réseau des urgences permet d'organiser les liens entre l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des patients ;
- 3. Inscrire le dispositif mis en place dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et de la politique globale de gestion des risques au sein des établissements de santé. Il convient d'optimiser les moyens du Plan Urgence par une réflexion sur l'organisation interne des structures de médecine d'urgence.

Enfin, cet article évoque la notion du besoin de consultation exprimé en urgence, ou soins non programmés : ils relèvent de la permanence des soins.

### 2-5-2 Permanence des soins

La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) peut se définir comme « l'organisation de l'offre de soins libérale afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés des patients. Elle permet aux patients d'avoir accès à un médecin la nuit et le week-end, quand les cabinets de médecins libéraux sont fermés. » [31].

La loi HPST du 21 Juillet 2009 [33] réaffirme, tout d'abord, que la permanence des soins est une « mission de service public ». Identifiée comme mission de service public par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 (loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007), elle fait expressément partie des missions qui peuvent incomber aux établissements de santé depuis la loi HPST.

Selon l'article L. 6314-1 de code de la Santé Publique, la PDSA est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins.

La permanence des soins peut, en outre, être organisée, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie des secteurs du département :

- le samedi à partir de midi ;
- les jours précédant ou suivant un jour férié

### 2-5-3 Organisation de la Permanence des Soins en Loire-Atlantique

Comme nous l'avons vu précédemment, la Permanence des Soins, pour répondre à son objectif de prise en charge des soins non programmés en dehors des heures "ouvrables", s'organise en deux pôles :

- La permanence des soins hospitalière, assurée par les services d'urgences :

- Urgences du CHU de l'Hôtel Dieu de Nantes
- Urgences du CHSN à Saint-Nazaire
- Urgences du CH d'Ancenis
- Urgences du CH de Châteaubriant

L'ensemble de ces services dispose en outre d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)

- Les centres de réception et de régulation des appels (centres 15)

Ce service est chargé d'assurer une écoute médicale permanente, de déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels (conseil médical simple, envoi d'un médecin de proximité, envoi d'une ambulance privée,...), de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation adaptés à l'état du patient, d'organiser le transport, de veiller à l'admission du patient.

On comptabilisait 439 312 appels en Loire-Atlantique en 2010. Ces appels ont donné lieu à la création de 168 680 dossiers de régulation médicale, dont 127 243 relevaient de la médecine générale.

- Les CAPS, "centres d'accueil et de permanence des soins"

Ils prennent le relais des cabinets médicaux, le soir de 20h à minuit, ainsi que les week-ends (à partir du samedi midi) et jours fériés. Ils sont gérés par l'ADOPS 44. Les demandes de soins non programmés doivent avoir été préalablement régulées par le centre 15. Il en existe 11 en Loire-Atlantique : Nantes, Saint-Herblain, Pontchâteau, Nozay, Châteaubriant, Ancenis, Guérande, Pornic, Clisson, Corcoué-sur-Logne et Bouaye. Les astreintes y sont assurées par les médecins généralistes du secteur sur la base du volontariat. En 2011, 650 médecins participaient à la PDSA en Loire-Atlantique.

Par ailleurs, depuis 2011, l'ADOPS organise également le déploiement sur le département "d'effecteurs mobiles" toutes les nuits de 20h à 8h. Au nombre de cinq, ils sont basés dans les CAPS ou hôpitaux locaux de Pornic, Ancenis, Corcoué-sur-Logne, Nozay et Savenay.

Ce maillage du territoire fait de la Loire-Atlantique l'un des départements les mieux lotis au niveau de la PDSA, malgré la faible participation des médecins généralistes libéraux [32].

- Les associations SOS Médecins de Nantes et Saint-Nazaire.

Les médecins libéraux de ces associations assurent une réponse aux appels tous les jours, 24h/24. Les missions sont assurées par 44 médecins à Nantes, 18 à Saint-Nazaire. En 2010, le nombre d'appels traités était de 183 848 à Nantes, 41 584 à Saint-Nazaire. Les médecins interviennent à domicile 24h/24 grâce à 5 véhicules équipés. Des centres de Consultation d'Urgence et de Permanence des Soins sont également accessibles sur rendez-vous 7 jours sur 7 de 9h30 à 23h, à Nantes, Rezé et Saint-Nazaire.

### **3 ÉTAT DES LIEUX EN LOIRE-ATLANTIQUE**

#### **3-1 Démographie médicale en Loire-Atlantique**

La région des Pays de la Loire, qui affichait en 2007 l'une des plus faibles densités médicales de France, fait figure d'exception. En effet, la région a gagné 8 points en 8 ans, pour atteindre une densité moyenne de 254,8 médecins pour 100 000 habitants, toutes spécialités confondues [34]. Ce chiffre reste toutefois en dessous de la moyenne nationale qui est de 281,4 pour 100 000 habitants.

Mais de fortes disparités existent au sein de la région : la Mayenne présente une densité médicale parmi les trois plus faibles de France en 2015, avec seulement 175,3 médecins pour 100 000 habitants.

La Loire-Atlantique en revanche, est le département qui a connu la plus forte hausse de sa densité médicale depuis 2007, passant de 280,3 à 306,3 praticiens pour 100 000 habitants. Le département comptabilise désormais une densité considérée comme "forte" car elle est supérieure à 282 pour 100 000 habitants.

Néanmoins, cette augmentation se fait au détriment des médecins généralistes : durant la même période, la densité de médecins généralistes de la région a perdu 6,7%, passant de 89,7 à 83,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

En 2014, la Loire-Atlantique comptabilisait 1 096 médecins généralistes libéraux, soit une densité de 82 pour 100 000 habitants, un chiffre similaire à la moyenne nationale.

On note que la profession s'est fortement et rapidement féminisée dans le département. En 2014, 43% des médecins généralistes sont des femmes contre 39% en 2012, pour une moyenne nationale de 35%.

De plus, il convient de noter un vieillissement préoccupant de la population de médecins généralistes de la région : près de la moitié est âgée de plus de 55 ans en 2014 (contre seulement un sur quatre, 10 ans plus tôt).

### 3-2 Épidémiologie sur le bassin de Saint-Nazaire

On constate, sur le bassin de vie de Saint-Nazaire, une augmentation de l'effectif des médecins généralistes de 4% entre 2004 et 2013. La situation est donc plus favorable qu'à Nantes, qui enregistre une baisse de 2% sur la même période.

Depuis le début des années 2000, la commune de Saint-Nazaire voit sa population croître de manière lente mais régulière. Elle atteint aujourd'hui près de 70 000 habitants, soit une augmentation de 4,5% entre 2009 et 2017. La communauté d'agglomérations de Saint-Nazaire, "La Carène", gagne environ 1000 habitants chaque année [13].

La situation socio-économique du bassin de Saint-Nazaire est plus dégradée que celle du reste du département : le niveau de vie est plus faible, une part plus importante de la population bénéficie des minimas sociaux. Le taux de bénéficiaires de la CMU-C est également deux fois plus important. En garantissant la gratuité des soins, le service public reste plus attractif pour cette population. Il s'agit d'un bassin de population vieillissant : 20% des habitants ont plus de 60 ans, 11% ont plus de 75 ans, contre 8% à l'échelle nationale. Ceci engendre de nombreuses répercussions, notamment en termes de santé.

L'état de santé de la population Nazairienne est d'une manière générale assez précaire. On observe une surmortalité par cancer (+19%) et une incidence des pathologies cardiovasculaires plus élevée (+40% chez les hommes de moins de 65 ans). Le nombre de patients en ALD est également supérieur de 12% à la moyenne nationale.

Le vieillissement de la population et la polypathologie engendrent une majoration de la demande de soins non programmés, chez ces patients plus à risque de complications.

### 3-3 Fréquentation du SAU du CHSN

La Cité Sanitaire de Saint-Nazaire dispose de 814 lits et 127 places, dont près de la moitié en médecine, chirurgie et obstétrique [14].

Le Centre Hospitalier a enregistré plus de 77 000 passages aux urgences en 2016, dont 49 865 aux urgences générales. Cela représente 136 entrées par jour en moyenne, avec d'importants pics de fréquentation jusqu'à 300 consultations en été et en hiver.

Depuis 2010, l'activité du service d'urgences est en constante augmentation, avec une moyenne de 4,5% par an. Depuis 2015, le taux atteint 6%.

On observe également depuis 2015, une hausse de 10% par an du nombre de consultations spontanées aux urgences, sans avis médical préalable.

### 3-4 Les solutions proposées face à l'engorgement des services d'urgences

Plusieurs réponses sont apportées par les services d'urgences pour améliorer la fluidité de passage des patients et améliorer la qualité des soins.

#### *3-4-1 Le Médecin d'Accueil et d'Orientation*

En collaboration avec l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation, le Médecin d'Accueil et d'Orientation ou MAO a pour rôle d'effectuer un « triage » de l'ensemble des patients se présentant dans le service d'urgence. Ce triage, dont l'origine remonte à la médecine de guerre, va permettre d'attribuer à chaque patient un score de gravité et d'instabilité. Il en existe plusieurs, comme l'échelle MTS cotée de 1 à 5 par ordre de gravité décroissant [20].

Ce triage va donc identifier immédiatement au sein de la file les urgences vitales, c'est à dire les patients nécessitant des soins immédiats ou prioritaires.

Le MAO va permettre d'optimiser la prise en charge des patients, en coordonnant leur parcours de soins aux urgences, en les orientant vers les filières adaptées ou en programmant éventuellement des examens complémentaires.

Le triage va également permettre d'éviter l'admission de certains patients. Ils sont redirigés vers une hospitalisation directe ou une consultation spécialisée, ou orientés vers les struc-

tures de soins adaptées : médecin traitant, SOS médecins ou CAPS durant les heures de la PDSA.

Le MAO gère également les appels des médecins libéraux pour prodiguer un avis ou les aider à orienter un patient en fonction de la situation.

Enfin, il est amené à délivrer les premiers soins aux patients se présentant aux urgences, et dans certains cas à effectuer certaines consultations courtes à l'accueil des urgences.

A Saint-Nazaire, le MAO peut être joint par l'ensemble des médecins libéraux par l'intermédiaire d'un numéro unique (Annexe 1).

### *3-4-2 Les circuits courts*

Afin de désengorger et fluidifier les urgences, l'une des solutions les plus adoptées est la mise en place d'un "circuit court", ou "fast-track unit" selon l'expression anglo-saxonne. Selon les établissements et les critères retenus pour définir les patients concernés, ces structures peuvent également être appelées "circuit debout" ou "circuit valide". Développés à partir des années 1990, ils ont vocation à prendre en charge des patients "non graves" et ne nécessitant pas d'examens complémentaires longs. Ceci suppose que les patients aient donc bénéficié d'un tri préalable à l'accueil des urgences par l'IAO et le MAO.

Les critères d'admission des patients dans ces filières courtes sont variables d'un service à l'autre et doivent faire l'objet d'un protocole établi. La majorité des circuits courts trient les patients en fonction du score de gravité (MTS 3 à 5 par exemple), et/ou du type de pathologie.

Ainsi dans l'étude de Saïdi, les patients retenus sont ceux dont le niveau de gravité est coté entre 3 et 5 par l'IAO [15]. Pour la plupart des auteurs, l'absence de nécessité d'examens complémentaires avec des délais d'attente importants, est un critère essentiel. Dans d'autres études, des critères d'exclusion sont définis : plus de 75 ans, douleurs thoraciques, immuno-déprimés, troubles cognitifs, ivresses aiguës, plaies à suturer.

Sur le plan organisationnel, une zone géographique doit être déterminée. Elle intègre au minimum une salle d'examen et une salle d'attente dédiées, distinctes du circuit classique dans l'idéal. Cela permet de limiter le stress des équipes soignantes et le mécontentement des pa-



tients. Il n'existe pas de recommandations concernant la gestion du personnel prenant en charge ces unités. Un binôme infirmier – médecin est fréquemment retrouvé, ce dernier pouvant, ou non, avoir une activité partagée avec le reste du service des urgences. Il existe également une grande variabilité sur le plan des horaires d'ouverture des "circuits courts". Certains prennent en charge les patients 24h/24 et 7 jours sur 7, mais la plupart sont opérationnels de 8h à minuit, ou en journée de 8h à 18h, afin d'absorber les flux de patients les plus importants.

De nombreux auteurs ont étudié l'impact de la mise en place de ces circuits sur la fluidité des passages aux urgences. La première étude française, par Saïdi, comparait en novembre 2013 l'activité des 12 mois précédant et suivant la création du circuit court [15]. En moyenne, le temps de passage a diminué de 70 minutes. La proportion de temps de passage inférieur à 4h des patients ambulatoires a augmenté de 10%. On a également constaté une réduction de la proportion de patients ayant nécessité des examens biologiques, radiologiques et de perfusions.

Une étude similaire a également été menée aux USA, comparant deux groupes sélectionnés selon les mêmes critères : le premier groupe a été pris en charge en circuit classique, le second en circuit court. Pour ce dernier groupe, la durée de séjour a baissé de 50%, avec une augmentation significative de la satisfaction des patients [16].

Kilic a montré une diminution du temps de passage de 27 minutes au sein de la filière courte [17], O'Brien et son équipe ont également retrouvé une diminution du temps d'attente de 20% [18].

Ces différentes études s'accordent à démontrer l'intérêt de ces circuits courts en termes de réduction du temps de passage des patients "non graves".

### 3-4-3 La mise en place d'un circuit court au sein des urgences du CHSN

Afin de faire face à l'augmentation régulière de la proportion de patients valides (de priorité 3 à 5) aux urgences de Saint-Nazaire chaque année, la question de la mise en place d'un circuit court pour améliorer la fluidité du service s'est posée.

Un circuit court est expérimenté au sein des urgences de Saint-Nazaire depuis le mois d'octobre 2017, grâce à la mise à disposition d'un effectif médical supplémentaire. Jusqu'à présent, les horaires d'ouverture étaient de 10h à 18h, 4 jours sur 7, puis 8h30-18h30, hors week-end. Une salle de consultation dédiée, avec sa salle d'attente attenante, est installée à proximité de l'accueil, en amont des salles d'examen des urgences.

Les patients admis au sein du circuit court répondent à des critères précis définis par une liste. Elle sert de référence à l'IAO qui effectue le triage. Les patients orientés correspondent aux priorités cotées 3 à 5. Cela exclut donc les urgences vitales, mais aussi les patients mineurs (<15 ans et 3 mois), ceux qui nécessitent une surveillance clinique de plusieurs heures, des examens complémentaires dont le délai est important, ou encore une voie d'abord veineuse.

D'octobre à décembre 2017, le Dr Péron, en charge de ce circuit court, a étudié le temps de passage de 310 patients valides dans le service des urgences. Les patients inclus relevaient essentiellement de la traumatologie (77%). 90% d'entre eux sont rentrés à domicile à l'issue de la consultation. 60% ont bénéficié d'une imagerie et 17% d'un avis orthopédique.

Au cours de cette étude, la moyenne de la durée de prise en charge des patients était de 46,54 minutes, le délai moyen de prise en charge était de 36,36 minutes.

Ces délais sont donc significativement réduits par rapport au délai de prise en charge des patients valides en dehors de la présence du médecin responsable du circuit court.

## **4 OBJECTIFS**

Comme nous l'avons constaté précédemment, le bassin de Saint-Nazaire se distingue du reste du territoire par l'état de santé précaire et le vieillissement de sa population. Si la densité de médecins généralistes y est relativement stable, la féminisation de la profession y est plus importante que la moyenne nationale.

Les comportements des usagers semblent quant à eux se modifier, avec un recours spontané aux urgences sans avis médical (pour des motifs relevant parfois de la médecine générale) qui s'accroît de manière importante ces dernières années [24].

Il en résulte une surcharge des services d'urgences, qui fonctionnent à flux tendu. L'Hôpital est à présent régulièrement en tension, et les communiqués se multiplient pour inciter les usagers à se tourner vers la médecine libérale.

Quelle est, à l'heure actuelle, la situation au sein des cabinets de médecine générale sur le secteur dépendant du CHSN ? Comment les demandes de soins non programmés sont-elles gérées ? Les examens complémentaires et avis spécialisés sont-ils accessibles en ambulatoire ?

Parallèlement, un circuit court est expérimenté au sein des urgences de Saint-Nazaire. Chaque jour, il reçoit des patients classés en priorité 4 et 5 principalement. Quel a été le parcours de soins préalable à ces consultations, qui pourraient relever, à priori, d'une prise en charge ambulatoire ? S'agit-il d'une erreur d'orientation propre au patient, d'un dysfonctionnement dans le parcours de soins classique, d'une difficulté d'accès aux examens complémentaires ou avis spécialisés ?

Afin de trouver des réponses à ces questions, nous avons choisi d'étudier les deux aspects de cette problématique :

- Effectuer un état des lieux de la prise en charge des soins non programmés au sein des cabinets de médecine générale
- Analyser le parcours de soins de patients consultant le circuit court des urgences, patients relevant potentiellement d'une prise en charge ambulatoire.

L'objectif principal de notre étude est de mettre en lumière les obstacles à la prise en charge des soins non programmés par le secteur libéral. Pour ce faire, nous étudierons les difficultés rencontrées par les médecins généralistes, et par les patients ayant recours au circuit court.

Les objectifs secondaires sont :

- De mettre en évidence les solutions apportées par les médecins généralistes pour favoriser la prise en charge des soins non programmés en ambulatoire.
- D'évaluer la coopération entre médecins généralistes et urgentistes.
- De recueillir les impressions des usagers quant à leur parcours de soins (auto-évaluation).

## **5 MATÉRIELS ET MÉTHODES**

### **5-1 Type de l'étude**

#### **5-1-1 Étude prospective sur le circuit court**

Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, transversale et monocentrique, menée dans le service des urgences adultes du CH de Saint-Nazaire. Les patients ont été inclus sur une période allant du 26/03/2018 au 31/09/2018, sur les jours de présence de l'investigateur dans le service.

#### **5-1-2 Enquête par questionnaire auprès des Médecins Généralistes**

Il s'agit d'une enquête par questionnaire auto-administré, en ligne, anonyme, menée auprès des Médecins Généralistes dépendant du secteur du CHSN.

Le questionnaire comprend 14 items : 12 questions à choix multiples, une question à choix simple et une question à réponse courte. Chaque question présente un item "autres" permettant au répondant de s'exprimer librement (annexe 1).

Le premier envoi par mail a été effectué par L'ADOPS 44 en date du 16/08/2018, avec un rappel le 03/09/2018.

### **5-2 Critères d'inclusion et d'exclusion**

#### **5-2-1 Étude sur le circuit court**

Tous les patients pris en charge au sein du circuit court des urgences du CH de Saint-Nazaire, et acceptant de se soumettre au questionnaire, ont été inclus. Ces patients étaient jugés valides et de priorité 3 à 5 par l'IAO et le MAO.

Ont été exclus les patients non valides, les patients classés en priorité 1 à 2, et les patients refusant de se soumettre au questionnaire.

### 5-2-2 Enquête auprès des Médecins Généralistes

Les médecins généralistes concernés sont ceux dépendant du secteur du CHSN.

## 5-3 Échantillonnage

### 5-3-1 Étude sur le circuit court

L'échantillon est constitué des patients consultant le circuit court des urgences du CH de Saint-Nazaire, sur une période allant du 26/03/2018 au 31/09/2018 lors des jours de présence de l'investigateur. Le recueil a été réalisé sur les heures d'ouverture du circuit court, soit de 10 heures à 18 heures. Un objectif de 100 patients a été retenu.

### 5-3-2 Enquête auprès des médecins généralistes

L'étude ne concernant qu'une faible part de l'ensemble des médecins généralistes de Loire-Atlantique, il n'a pas été possible de diffuser le questionnaire par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre des Médecins.

Dans un premier temps, nous avons contacté les médecins généralistes directement par téléphone. Le taux de réponse étant assez faible, avec l'aide de l'ADOPS 44, nous avons pu diffuser par mail le questionnaire aux médecins généralistes ayant participé à la PDSA au niveau des CAPS de Guérande, Pornic et Pontchâteau. La diffusion incluait 64 médecins participant à la PDSA au CAPS de Pornic, 58 à Pontchâteau et 39 à Guérande, soit 161 médecins généralistes.

## 5-4 Recueil de données

### 5-4-1 Étude sur le circuit court

#### 5-4-1-1 Mode de recueil

Les données de l'étude "circuit court" ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire unique et standardisé (annexe 2). Les patients inclus dans le circuit court, ont reçu au début de la consultation une information orale concernant les objectifs et les modalités de l'étude.

Leur consentement a été recueilli lors de cette information. Deux affiches explicatives ont aussi été placées en salle d'attente (annexe 3). Seuls l'investigateur et le médecin urgentiste en charge du circuit court ont été chargés de récupérer les données, permettant ainsi un remplissage complet du questionnaire.

#### *5-4-1-2 Données recueillies*

Les données recueillies sont les suivantes :

- Motif de consultation, accident de travail, prise en charge de la douleur, gravité, priorité effective
- Parcours de soin préalable :
  - En cas de recours préalable : raisons pour lesquelles le patient se rend finalement aux urgences
  - En l'absence de recours préalable : raisons pour lesquelles le patient se rend en première intention aux urgences
- Satisfaction du patient
- Importance de l'absence d'avance des frais
- Auto-critique du parcours de soins
- Connaissance des autres recours possibles en cas de soins non programmés
- Données épidémiologiques : âge, sexe, lieu de résidence, nombre de recours au SAU dans les 12 mois, catégorie socio-professionnelle, couverture sociale.

#### *5-4-2 Enquête auprès des médecins généralistes*

##### *5-4-2-1 Mode de recueil*

Au cours de la période de l'étude, les questionnaires en ligne diffusés par mail ont été récupérés dès leur validation par l'intermédiaire de Google Drive.

#### 5-4-2-2 Données recueillies

Les données recueillies sont les suivantes :

- Organisation de la prise en charge des soins non programmés
- Prise en charge de nouveaux patients
- Actes réalisés au cabinet ou en visite
- Obtention des examens complémentaires dans les délais souhaités
- Réseau de correspondants
- Simplicité d'accès aux examens complémentaires
- Explications données aux patients concernant les délais appropriés de réalisation des examens complémentaires
- Demandes d'hospitalisations directes et difficultés rencontrées
- Connaissance du numéro unique du MAO et son utilisation
- Avis concernant la mise en place d'un circuit court
- Données épidémiologiques : tranche d'âge, mode d'activité, commune d'exercice.

#### 5-5 Analyse statistique

Les données des deux études, regroupées dans un tableur Excel, ont été décrites en pourcentages et en nombre de répondants. Les données qualitatives ont été comparées grâce au test du Chi2.



## 6 RÉSULTATS

### 6-1 Enquête auprès des médecins généralistes

#### 6-1-1 Généralités

Nous avons recueilli 62 questionnaires en ligne entre le 16/08 et le 11/09/2018.

16 réponses provenaient des 75 médecins joints par l'intermédiaire de leur secrétariat (taux de réponse de 21%), et 46 réponses émanaient des médecins joints par l'ADOPS (taux de réponse de 28,5%).

Parmi ceux-ci, 5 ont été exclus : 4 d'entre eux ont souhaité garder leur lieu d'exercice anonyme, et l'un des répondants ne correspondait pas au secteur étudié.

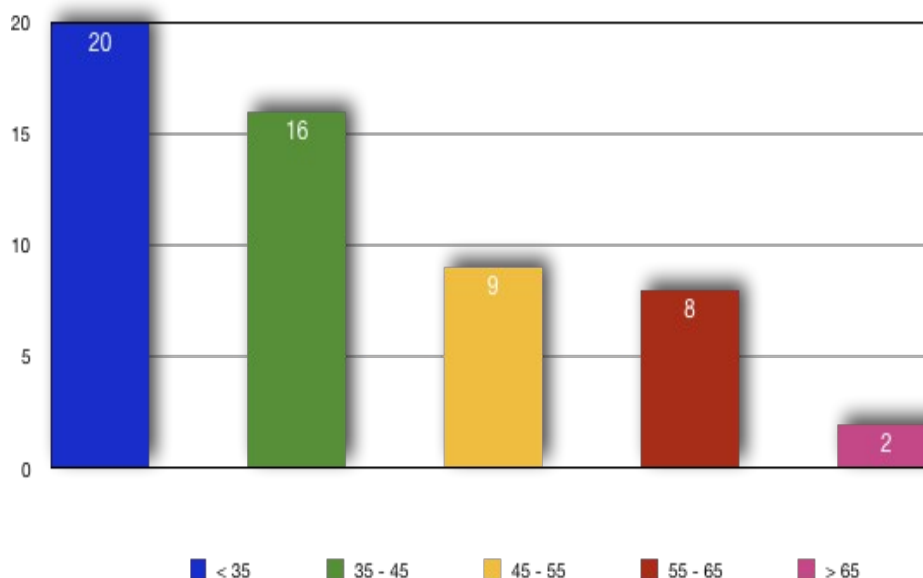
Nous avons donc inclus 57 médecins généralistes dépendant du secteur du CH de Saint-Nazaire.

#### 6-1-2 Données épidémiologiques

Les médecins généralistes inclus étaient en majorité des hommes : 33 hommes soit 58% et 24 femmes soit 42%.

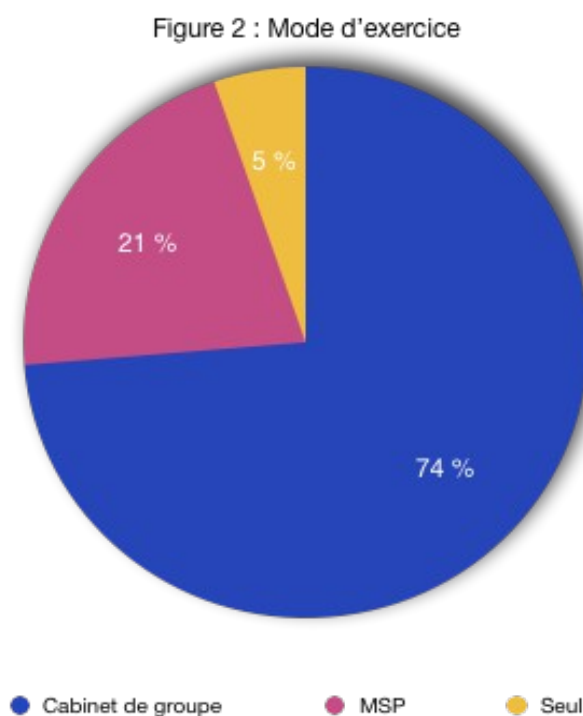
La majorité des répondants (63,1%) était âgée de moins de 45 ans et 35,1% d'entre eux étaient âgés de 25 à 35 ans. Seules 17,5% des réponses provenaient de médecins âgés de plus de 55 ans (Figure 1).

Figure 1 : Age des répondants



Concernant les lieux d'exercice des répondants : 10 étaient installés à Saint-Nazaire (incluant St-Marc-sur-Mer) (17,5%), 17 étaient regroupés sur la zone comprise entre Donges, Pontchâteau et Savenay (29,8%), 16 sur le Pays de Retz (28,1%), 7 sur le secteur de Guérande à Herbignac (12,3%) et enfin 4 sur le secteur La Baule / Le Pouliguen (7%).

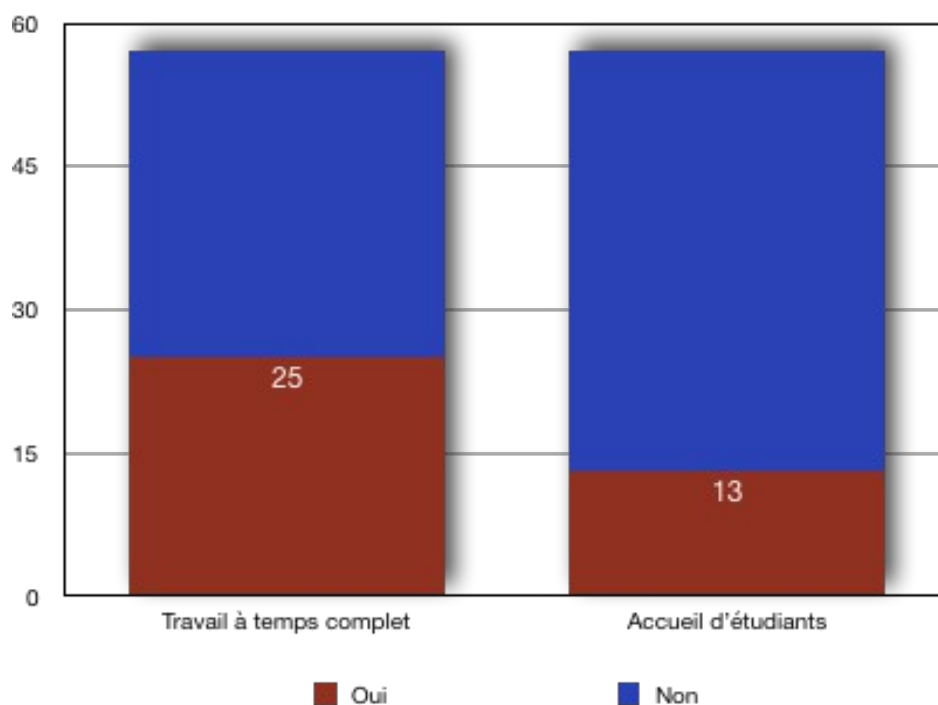
Au sujet du mode d'exercice, la très grande majorité des médecins répondants travaillaient en cabinet de groupe (42), 12 exerçaient en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) et seulement 3 étaient installés seuls (Figure 2).



Sur les 57 participants, 43,9% ont déclaré travailler à temps complet.

13 accueillent des étudiants (internes niveau I / SASPAS ou externes) (Figure 3).

Figure 3 : Temps de travail et Accueil d'étudiants



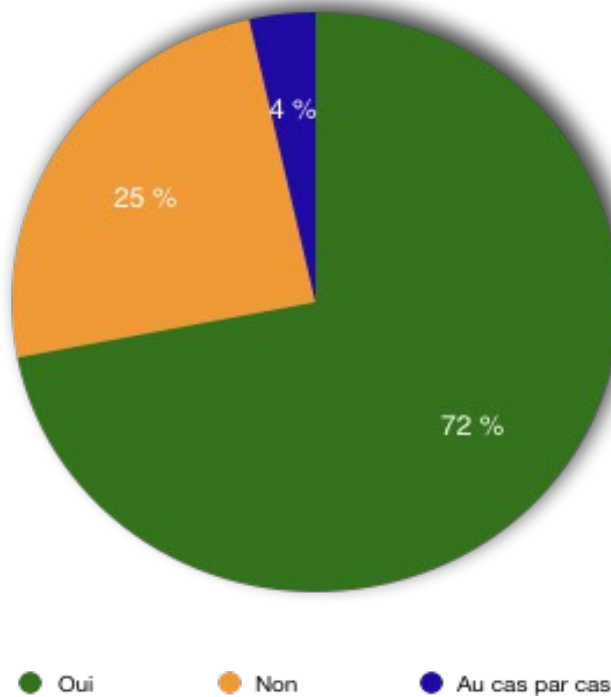
### 6-1-3 Solutions apportées par les médecins généralistes

#### 6-1-3-1 Prise en charge de nouveaux patients

Parmi les médecins interrogés, 41 ont déclaré accepter de nouveaux patients, tandis que 14 médecins les refusaient. Deux d'entre eux ont répondu accepter certaines prises en charges sous conditions : « au cas par cas », « selon le secteur d'habitation et l'éloignement du médecin traitant » (Figure 4).

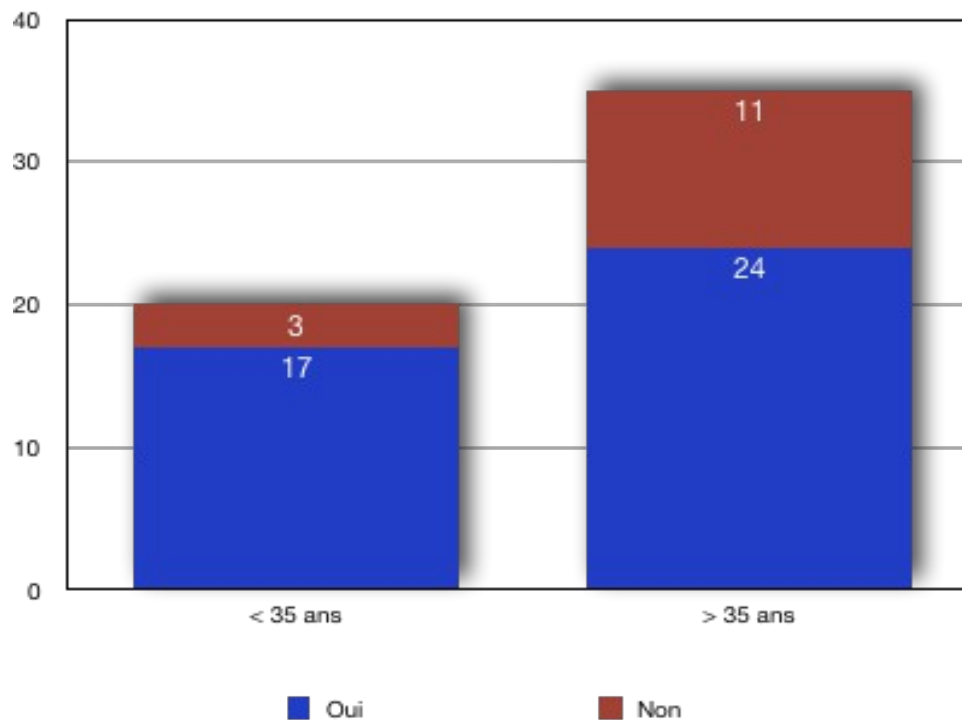
Parmi les médecins ayant répondu ne pas prendre en charge de nouveaux patients, la surcharge de travail et l'augmentation des délais de consultation étaient invoqués à l'unanimité.

Figure 4 : Prise en charge de nouveaux patients



La proportion de médecins acceptant de nouveaux patients semblait varier en fonction de leur âge. Ainsi, 85% des médecins généralistes de moins de 35 ans acceptaient de nouveaux patients, contre seulement 50% des 35-45 ans (Figure 5).

Figure 5 : Proportion de médecins acceptant de nouveaux patients, en fonction de l'âge des répondants



### 6-1-3-2 Organisation de la prise en charge des soins non programmés

77,2% des médecins interrogés mettaient en place des plages horaires dédiées aux « urgences » ou soins non programmés.

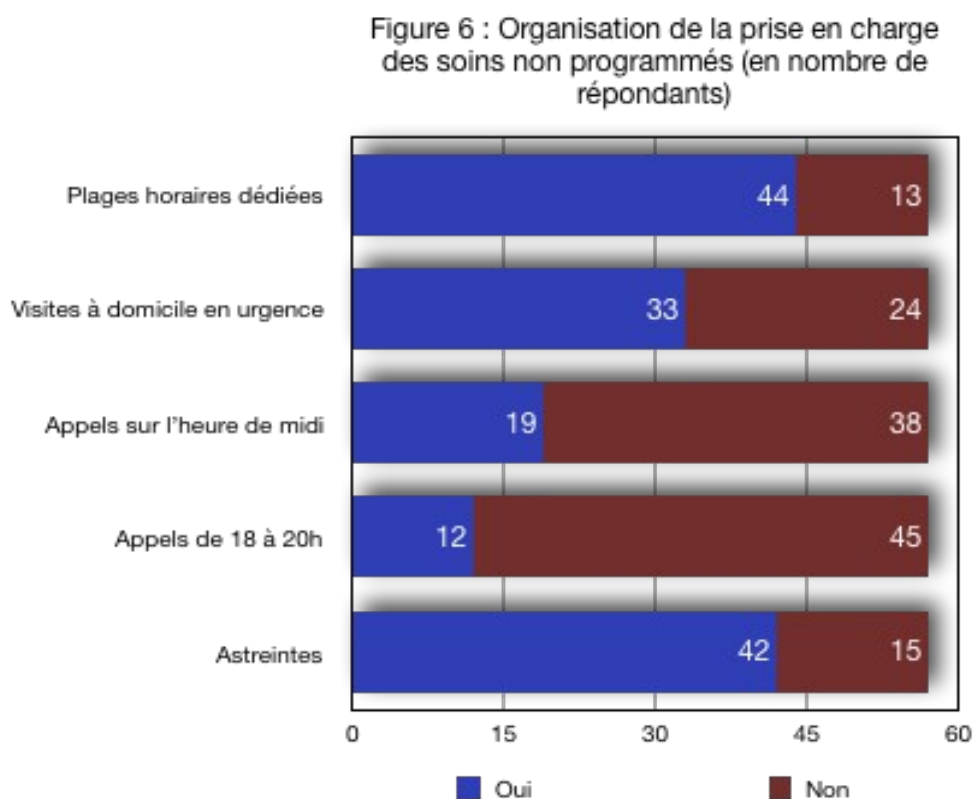
La plupart d'entre eux effectuaient des visites à domicile en urgence : 33 médecins soit 57,9%.

Les appels sur l'heure de midi étaient pris en charge par 33,3% des médecins interrogés.

En ce qui concerne la permanence des soins, 12 médecins déclaraient accepter les appels « urgents » entre 18 et 20 heures, soit 21,1%. Ils étaient en revanche 73,7% à participer au système d'astreintes au sein des CAPS (Figure 6).

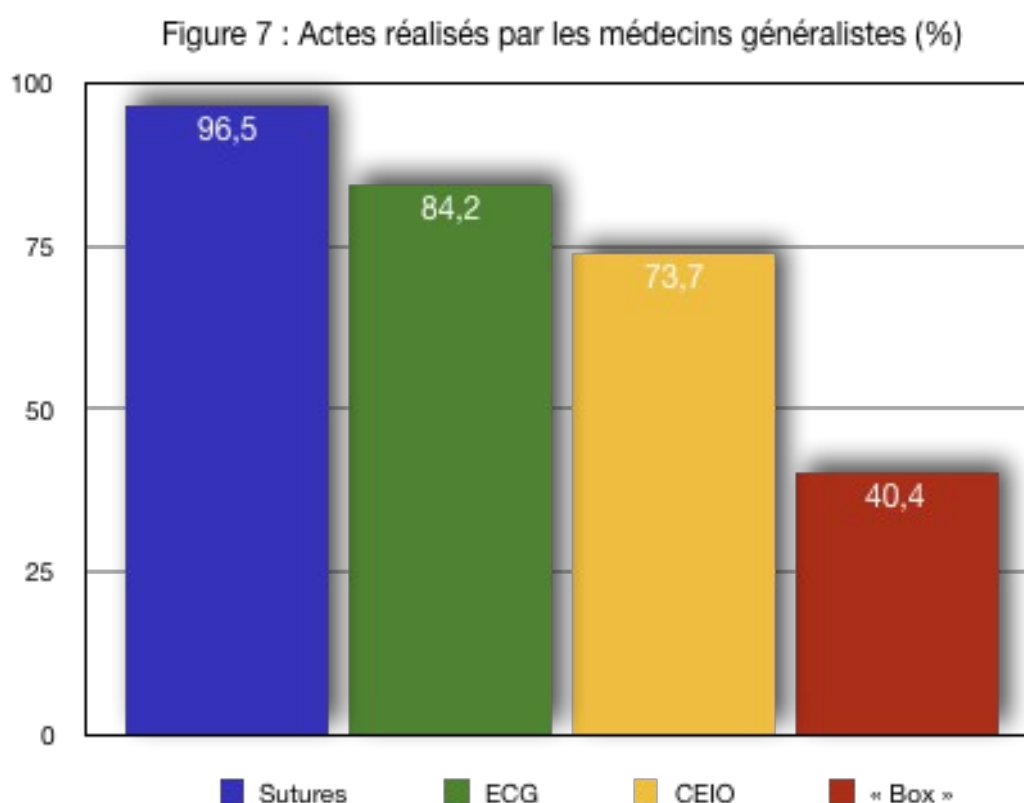
Neuf médecins généralistes ont précisé qu'ils acceptaient de prendre en charge les urgences « entre deux rendez-vous », « même en l'absence de créneaux disponibles », « en sur-nombre », « avec adaptation du planning ». Certains d'entre eux ont fait remarquer que ces pratiques engendraient des difficultés d'organisation et d'importants retards dans leurs consultations.

Enfin, l'un des répondants déclarait fonctionner sur le mode des consultations libres le matin, afin de répondre aux soins non programmés.



### 6-1-3-3 Actes réalisés en urgence au cabinet ou en visite

En ce qui concerne les actes non programmés, 55 médecins généralistes ont déclaré effectuer des sutures. Les électrocardiogrammes étaient pratiqués par 48 médecins, tandis que 42 d'entre eux prenaient en charge les traumatismes et corps étrangers intra-oculaires. 23 médecins avaient mis en place une pièce dédiée ou « box » réservée à la prise en charge des urgences. Certains répondants ont déclaré individuellement effectuer des aérosols, des ponctions/infiltrations articulaires, et des échographies (Figure 7).

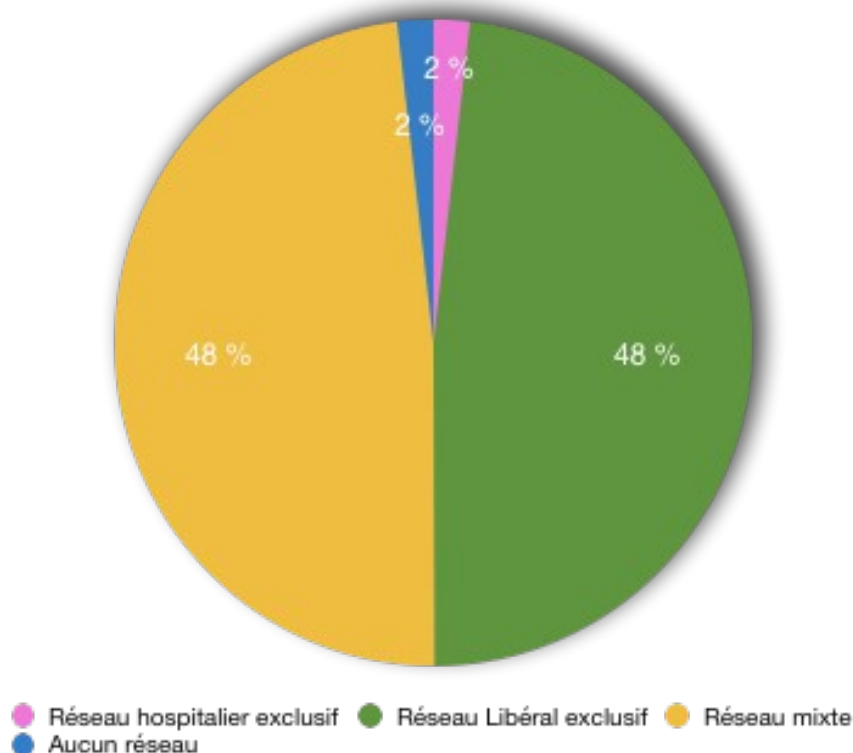


#### 6-1-3-4 Réseau de correspondants spécialistes

98,2% des médecins interrogés disposaient d'un réseau de correspondants (médecins spécialistes) leur permettant d'orienter au mieux leurs patients en urgence en cas de besoin. 96,5% d'entre eux confiaient leurs patients à des correspondants libéraux de ville, et 49,2% des médecins généralistes correspondaient également avec des services hospitaliers. Seul un médecin généraliste a déclaré travailler exclusivement avec le réseau hospitalier, la majeure partie ayant un réseau à la fois public et privé.

Seul l'un des répondants a indiqué ne pas avoir de réseau de correspondants (Figure 8).

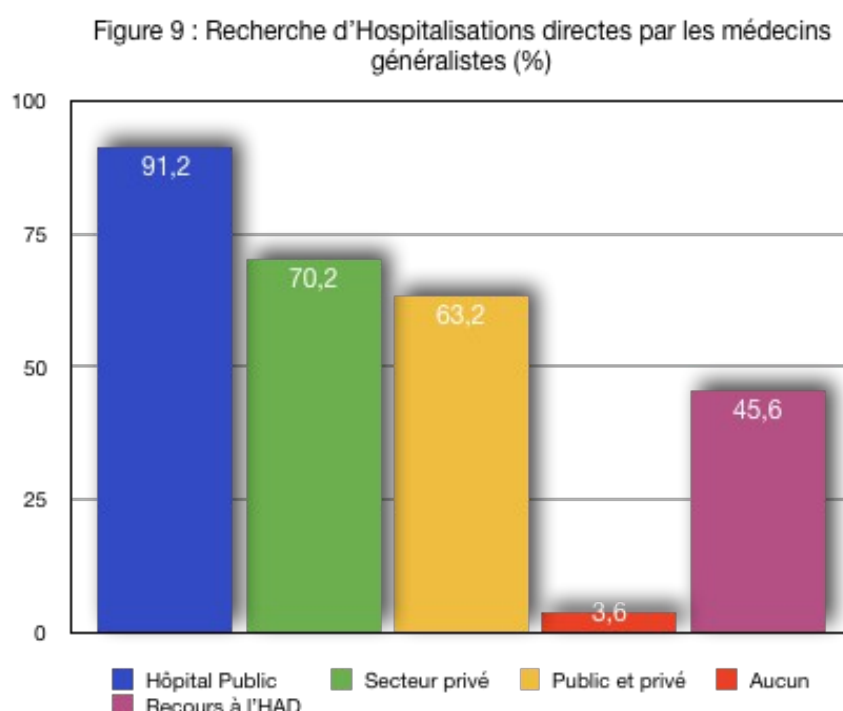
Figure 8 : Réseau de correspondants



#### 6-1-3-5 Hospitalisations directes

Les médecins généralistes ayant participé à l'enquête étaient également très nombreux à tenter d'obtenir des hospitalisations directes pour leurs patients : 52 généralistes travaillaient avec l'hôpital, 40 avec le privé et 36 avec les deux réseaux. Seuls deux médecins déclaraient ne pas essayer d'obtenir d'hospitalisations directes.

Près de la moitié des médecins interrogés (26) correspondait avec l'HAD (Hospitalisation à Domicile) afin de favoriser le maintien à domicile de certains patients et d'éviter des hospitalisations (Figure 9).



#### 6-1-4 Difficultés rencontrées dans la prise en charge des soins non programmés

##### 6-1-4-1 Obtention des examens complémentaires

La plupart des médecins interrogés ont déclaré obtenir sans difficulté les examens biologiques (94,7%) de même que les écho-dopplers veineux dans le cadre de suspicions de thromboses veineuses profondes (84,2%).

Concernant les examens d'imagerie, il a été noté que les radiographies urgentes sont accessibles dans la journée pour plus de la moitié des répondants, et dans la semaine pour 70,2%

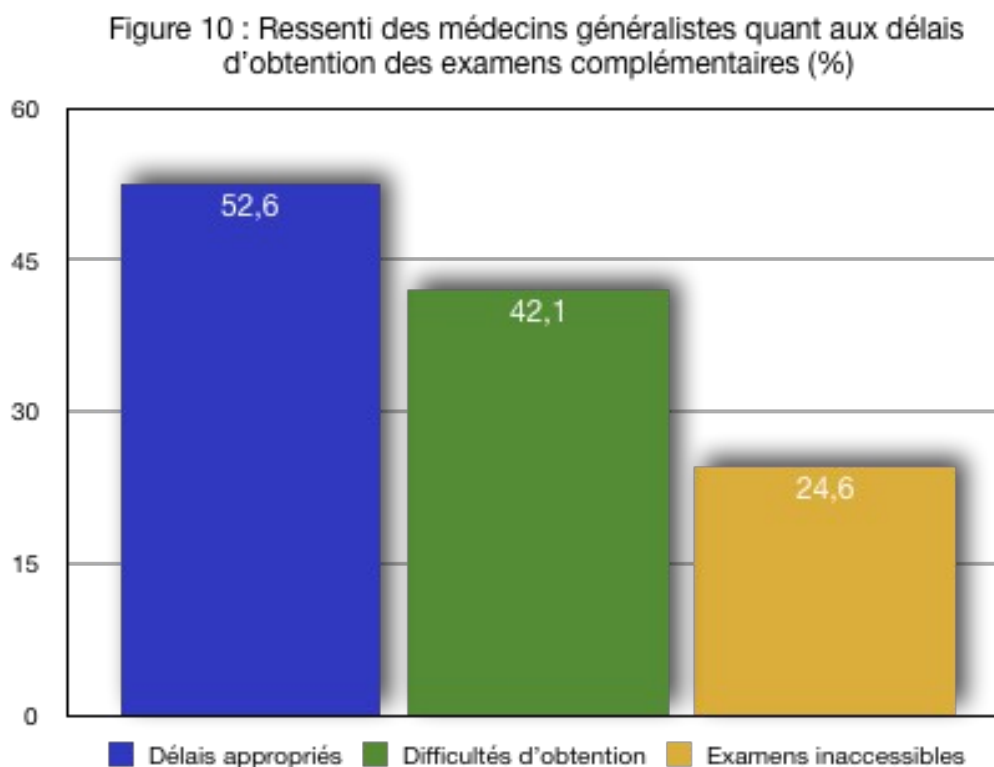


d'entre eux. En ce qui concerne les échographies, 63,2% des médecins ont déclaré les obtenir dans la semaine. Les examens de scanner et IRM semblent plus difficilement accessibles en urgence, seuls 10 praticiens (17,5%) en obtenaient dans la semaine, et plus de la moitié (54,4%) dans le mois.

Au total, plus de la moitié des médecins sondés affirmaient obtenir les examens complémentaires souhaités dans des délais appropriés. Seul l'un d'entre eux estimait l'accès aux examens « immédiat ».

Au contraire, 24 médecins éprouvaient des difficultés à obtenir des examens complémentaires urgents. Les raisons invoquées étaient en premier lieu l'aspect chronophage de la démarche, puis les délais de rendez-vous trop importants. 14 médecins estimaient ces examens « inaccessibles ».

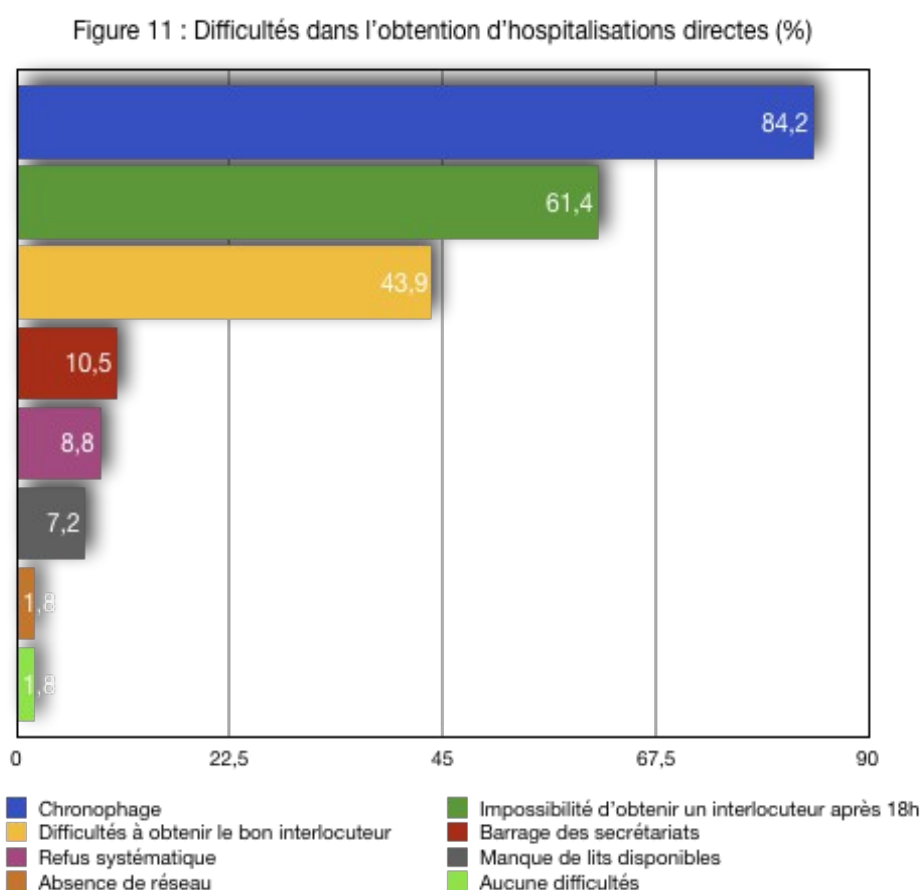
Dans tous les cas, 96,5% des médecins généralistes du secteur déclaraient expliquer aux patients les délais appropriés dans la réalisation des examens complémentaires : urgents, semi-urgents ou sans urgence (Figure 10).



#### 6-1-4-2 Réalisation d'hospitalisations directes

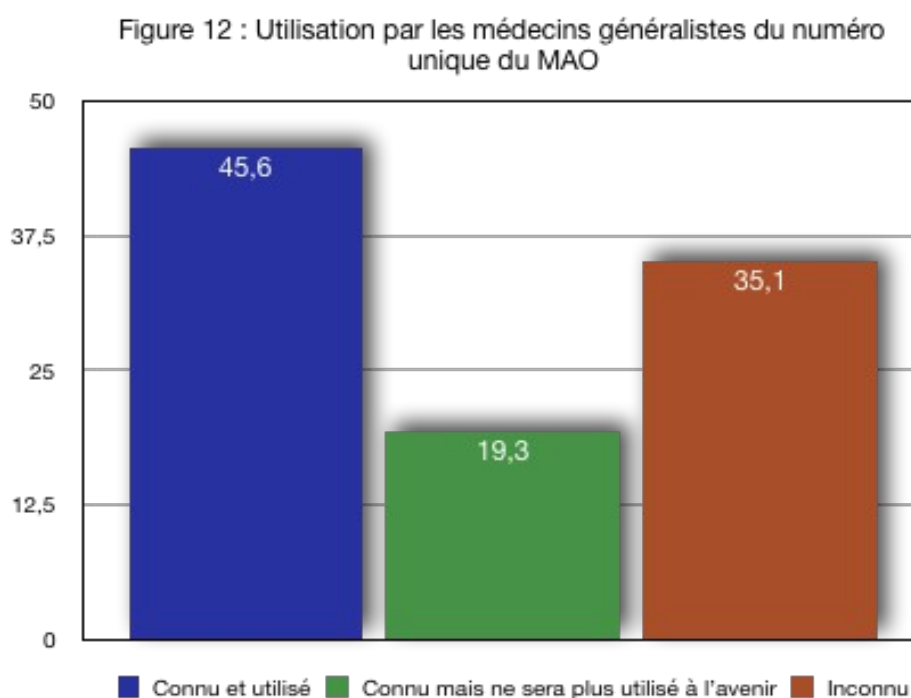
Les médecins interrogés rencontraient plusieurs types de difficultés dans leurs tentatives d'obtenir des places en hospitalisation directes. Ils notaient d'abord le temps consacré à cette démarche et les délais d'attente importants. Venaient ensuite l'impossibilité d'obtenir un interlocuteur à certains horaires (après 18 heures), et les difficultés à joindre le bon interlocuteur. Certains répondants se disaient bloqués par les secrétariats, ou se voyaient opposer un refus systématique. Le manque de places d'hospitalisation était également évoqué.

Seul l'un des médecins interrogés a répondu n'avoir aucune difficulté à obtenir des hospitalisations directes (Figure 11).



### 6-1-5 Collaboration entre médecins généralistes et urgentistes

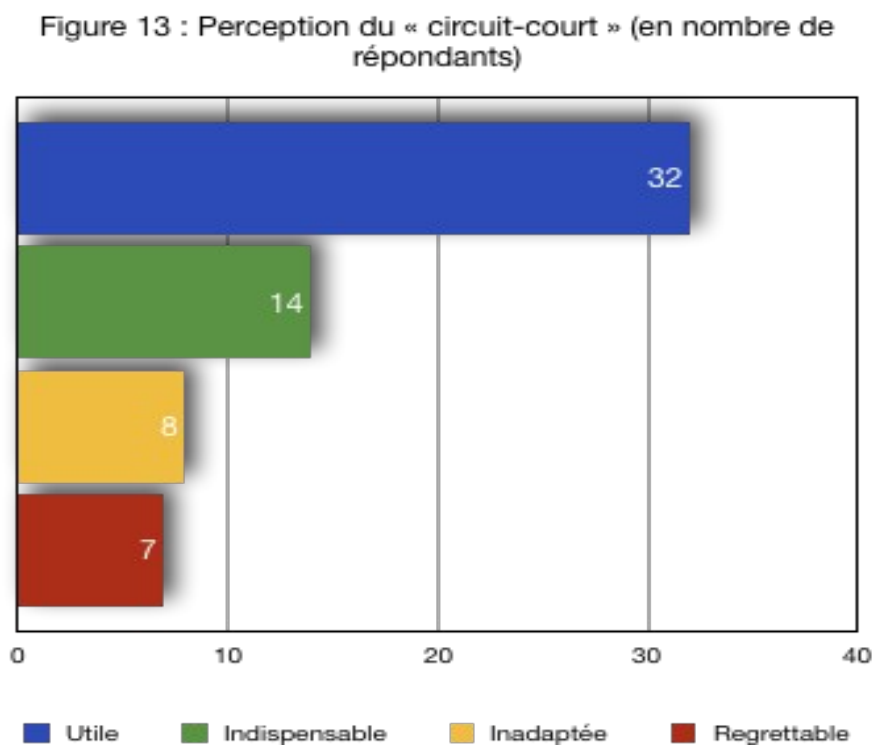
65% des médecins généralistes interrogés ont déclaré connaître le numéro unique permettant de joindre le MAO des urgences de Saint-Nazaire. Mais seuls 26 médecins ont déclaré qu'ils utiliseront encore ce numéro à l'avenir. Plusieurs réponses ont mis en évidence des difficultés de communication entre la médecine de ville et les services d'urgences. Ainsi, 11 médecins déclaraient connaître le numéro et l'avoir déjà utilisé, mais ne plus souhaiter le joindre. Les raisons invoquées étaient variées : « chronophage », « réponse inadaptée », « refus de prise en charge », « pas toujours à l'écoute, dépendant de l'interlocuteur », « parfois le sentiment d'être pris pour un interne », « pas de transmissions au sein de l'équipe ». Par ailleurs, un nombre important de médecins généralistes n'avait pas connaissance de ce numéro (Figure 12).



### 6-1-6 Perception de la création d'un circuit court au sein du SAU

70,2% des répondants, soit 40 médecins généralistes avaient une perception favorable de la création d'un circuit court au sein des urgences de Saint-Nazaire. 32 estimaient cette structure « utile » et 14 « indispensable ».

A l'opposé, 24,5% médecins n'y étaient pas favorables, estimant le circuit court « inadapté au sein des urgences » pour 14% d'entre eux, et « désolante et regrettable par rapport à l'exercice libéral » pour 12% des médecins (Figure 13).



Plusieurs médecins généralistes ont souhaité exprimer leur point de vue sur ce sujet. Deux d'entre eux ont évoqué le risque d'habituer les patients à consulter aux urgences, encourageant une « attitude consumériste » vis à vis des soins. L'éducation des patients a également été évoquée par trois autres professionnels, en tant que moyen d'éviter l'engorgement des urgences. Trois médecins ont également pointé du doigt la responsabilité qui incombe à la médecine libérale dans la prise en charge des patients relevant de la médecine générale. Enfin, deux médecins généralistes ont proposé un modèle différent, reposant sur un tri effectué par le MAO dès l'arrivée des patients aux urgences. Les patients ne relevant pas d'une prise en charge au sein des urgences mais plutôt d'une consultation dans un cabinet de médecine générale, se verraient ré-adresser chez leur médecin traitant, à condition que celui-ci soit prévenu par un appel. Ces deux professionnels ont toutefois émis des réserves quant à la faisabilité de cette "régulation", qui serait selon eux « chronophage » et « source de frictions avec les patients ».

## 6-2 Étude auprès des patients du circuit court

### 6-2-1 Généralités

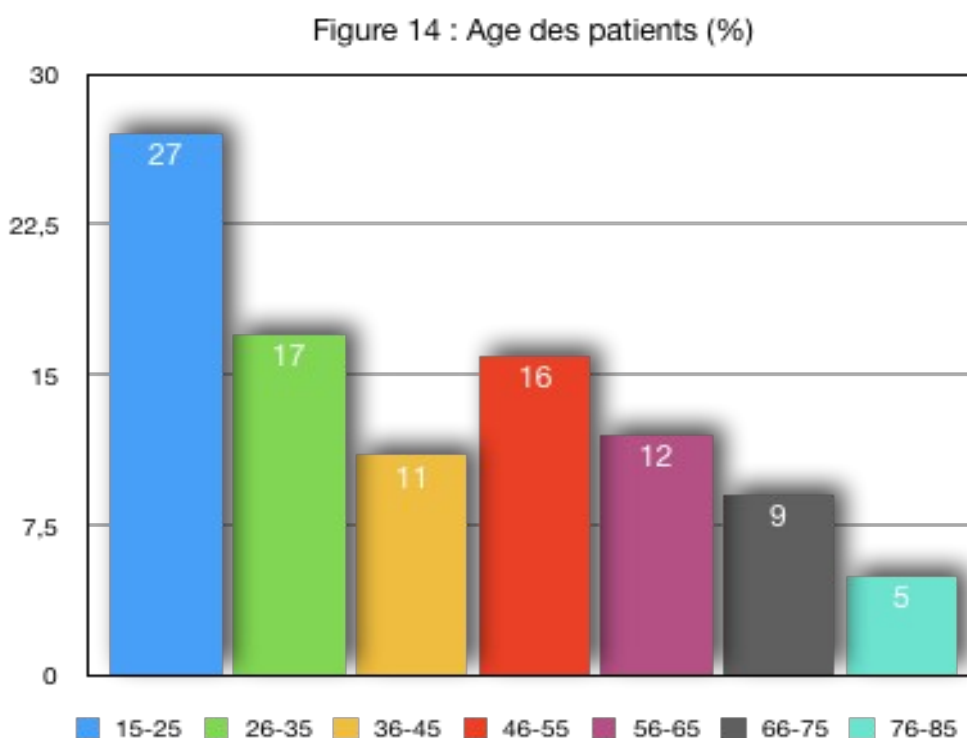
Nous avons inclus 100 patients entre le 26/03/2018 et le 31/09/2018.

Les questionnaires étant remplis exclusivement par l'investigateur et le médecin responsable du circuit court, il n'existait pas de dossier incomplet : tous ont pu être analysés.

### 6-2-2 Épidémiologie

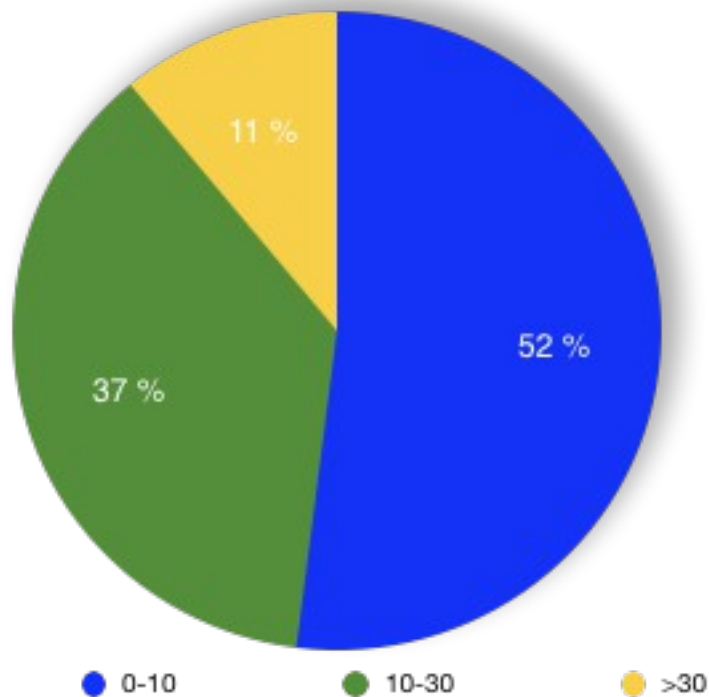
Les patients inclus étaient âgés de 15 à 82 ans, avec une moyenne d'âge de 42 ans (Figure 14).

L'étude a regroupé 62 hommes et 38 femmes.



Les patients provenaient essentiellement de la périphérie du CH : 25% vivaient à Saint-Nazaire, la distance moyenne était de 21,03 kms parcourus pour se rendre au SAU (Figure 15).

Figure 15 : Distance domicile-hôpital



91 patients interrogés étaient de nationalité Française, 4 d'entre eux étaient Roumains. On comptait également 3 Italiens, un Portugais et un Polonais.

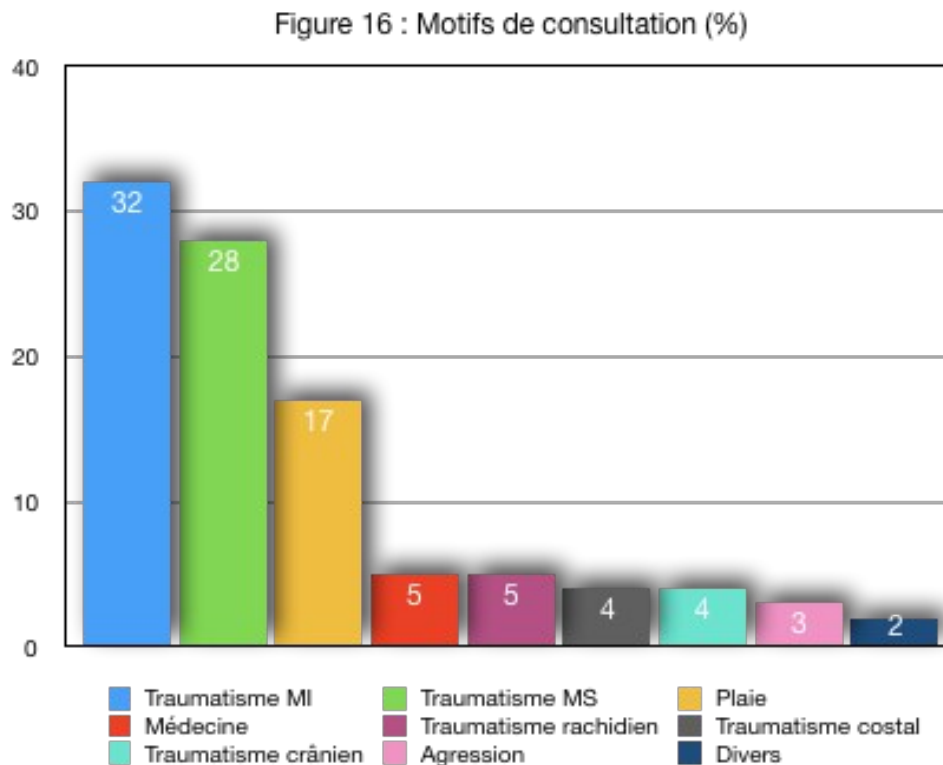
Sur le plan socioprofessionnel, 19% des patients étaient ouvriers (essentiellement sur les chantiers navals et bâtiment), 18% travaillaient dans le domaine de la santé et des services à la personne, 15% étaient artisans/commerçants, 13% étaient lycéens et étudiants. On dénombrait 17% de retraités. Seulement 3 patients déclaraient être sans emploi.

96% des patients ont déclaré détenir une complémentaire santé, seulement 4 ont dit bénéficier de la CMU.

15% des patients avaient déjà consulté au SAU au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

### 6-2-3 *Motifs de consultation*

95% des motifs de consultation étaient liés à de la traumatologie, contre 5% à des motifs médicaux. 17 patients présentaient des plaies nécessitant pour la plupart une suture (Figure 16).



28% des patients étaient victimes d'un accident de travail. 7 d'entre eux étaient adressés directement par les chantiers navals.

58 patients ont bénéficié d'un examen de radiographie, 8 d'un avis chirurgical : 5 avis du chirurgien de la main, un avis orthopédique, un avis viscéral, un avis ORL.

### 6-2-4 *Motivations pour se rendre aux urgences*

Pour 73% des patients interrogés, la douleur était l'une des motivations pour se rendre aux urgences. La gravité ressentie était également un facteur de consultation aux urgences : 25% des patients situent le niveau de gravité au-dessus de 4/5. 36% d'entre eux situent la

gravité de leur problème de santé à 3/5. Enfin, 30 patients l'évaluent à 2/5, seulement 9 à 1/5 (Figure 17). Pourtant, la priorité effective attribuée par le MAO à l'issue de la consultation était cotée à 4 ou 5 (patient "non grave") pour 93% des patients.

Figure 17 : Gravité ressentie par le patient (en nombre de patients)

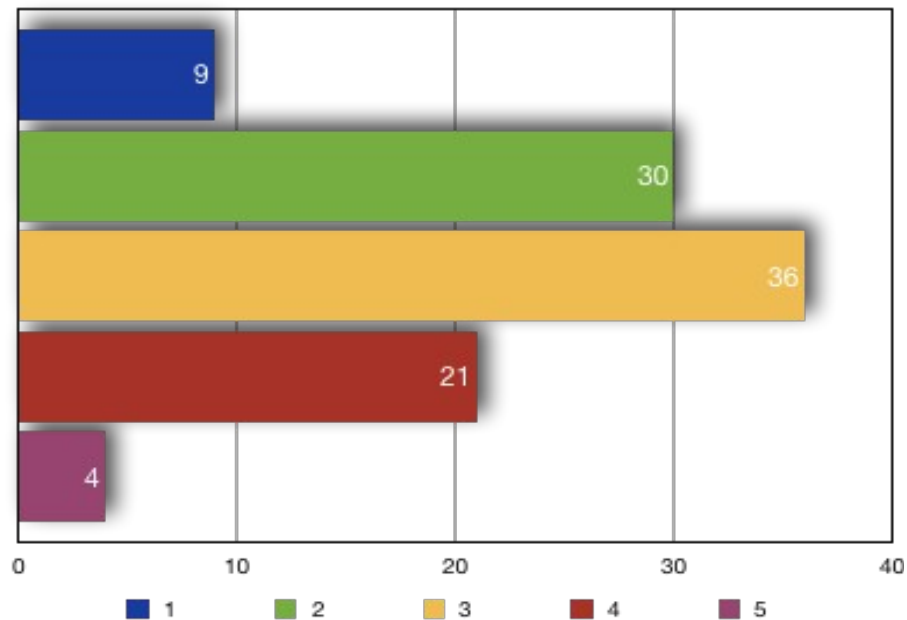
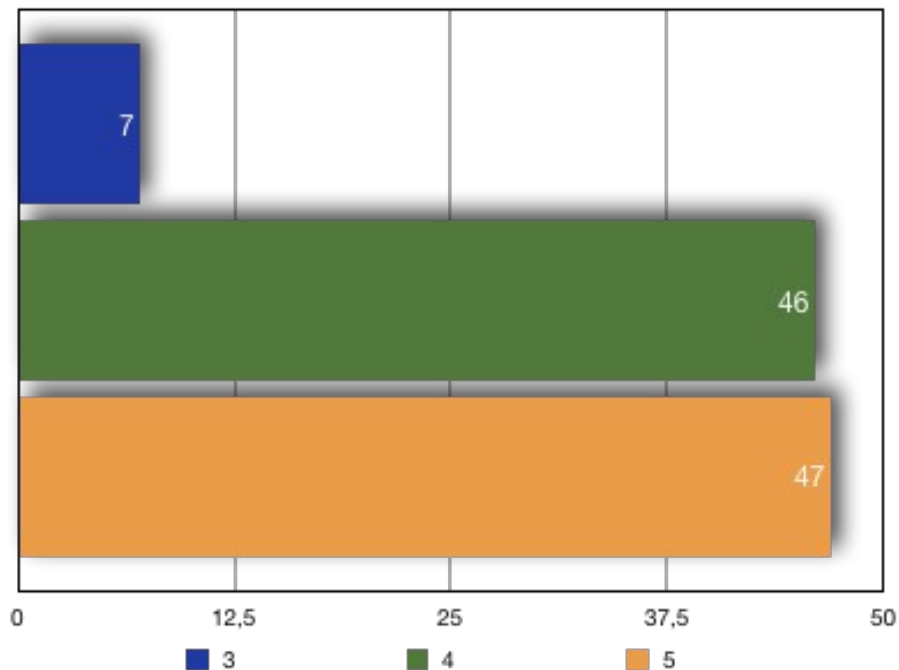


Figure 18 : Priorité effective déterminée par le Médecin du circuit-court (en nombre de patients)





### 6-2-5 Existence d'un recours préalable

88% des patients interrogés ont déclaré avoir un médecin traitant.

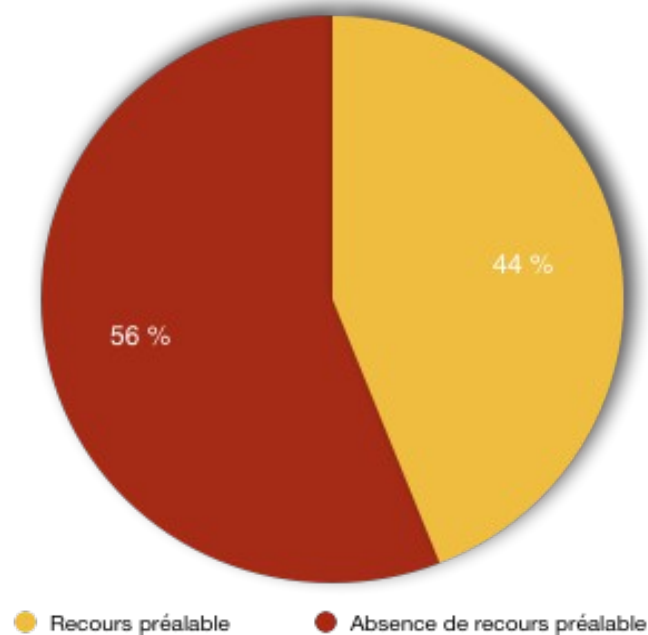
42 patients ont contacté leur médecin traitant préalablement à la consultation aux urgences.

2 patients ont appelé le 15 sans contacter leur médecin traitant.

2 patients ont appelé SOS médecins, après avoir contacté leur médecin traitant.

Au total, 44% des patients ont eu un recours médical préalable à leur consultation aux urgences.

Figure 19 : Recours médical préalable à la consultation



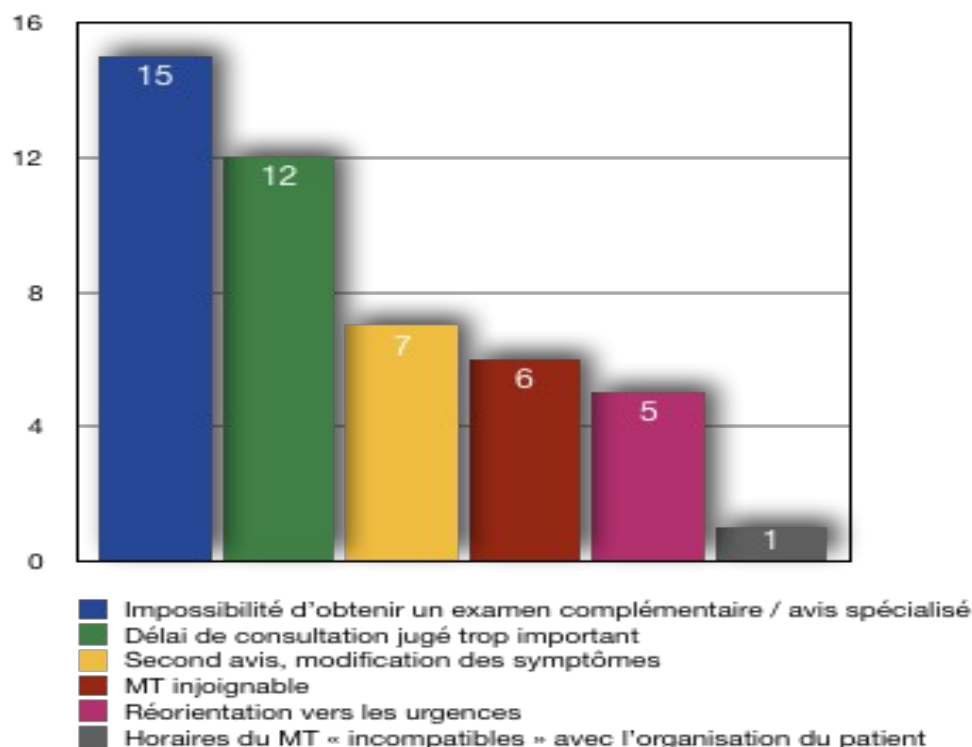
### 6-2-6 En cas de recours préalable : raisons de l'échec d'une prise en charge ambulatoire

Parmi les 44 patients s'étant présentés aux urgences après avis médical (Figure 20) :

- 6 ont déclaré que leur médecin traitant était injoignable, pour plusieurs raisons : « absent le samedi », « secrétariat occupé », « en vacances », « consultations sans rendez-vous ». L'un d'entre eux s'est vu réadressé aux urgences après appel de SOS Médecins pour bénéficier d'un bilan radiographique.

- 12 ont estimé que le délai de consultation proposé par leur médecin traitant était trop important. Les rendez-vous étaient proposés le jour même (fin de journée) pour 5 d'entre eux, le lendemain pour deux patients, entre 48h et 5 jours pour les 5 autres. La moyenne des délais de consultation proposées par les médecins généralistes était de 28 heures.
- Un des patients interrogés a jugé que les horaires de son médecin traitant étaient incompatibles avec son emploi du temps.
- 7 patients se sont présentés aux urgences pour bénéficier d'un second avis. Pour 6 d'entre eux, c'est la persistance ou la majoration de la douleur au décours de la consultation qui motivait cette nouvelle consultation. L'une des patientes se présentait 48h après la consultation chez son médecin traitant pour l'apparition de céphalées et vomissements après un traumatisme crânien.
- 15 se sont vus réorientés vers les urgences après contact médical. Deux ont été adressés par SOS médecins (après appel) pour la réalisation de radiographies. Trois patients se sont présentés après la réalisation de radiographies en ville (pour immobilisation d'une fracture). 6 sont venus sur les conseils de leur médecin pour la réalisation de radiographies (essais infructueux de trouver un rendez-vous, délais trop importants). Deux patients sont venus pour bénéficier d'un avis chirurgical (impossibilité de trouver un rendez-vous). Un patient venait sur les conseils de son médecin généraliste pour la suture d'une plaie étendue. Un seul patient était réadressé directement par le secrétariat du cabinet médical, n'étant pas habituellement suivi dans ce cabinet.
- 5 patients ont consulté de leur propre initiative (sans avoir été conseillés par leur médecin traitant) devant l'échec à obtenir un rendez-vous de radiographie / une consultation chez un spécialiste, dans des délais appropriés. Les délais de radiographies proposés (de 48 heures à 3 semaines, voire pas de rendez-vous obtenu) étaient trop importants au regard de l'état de ces patients.

Figure 20 : Motifs de l'échec d'une prise en charge ambulatoire, en cas de recours préalable (en nombre de patients)



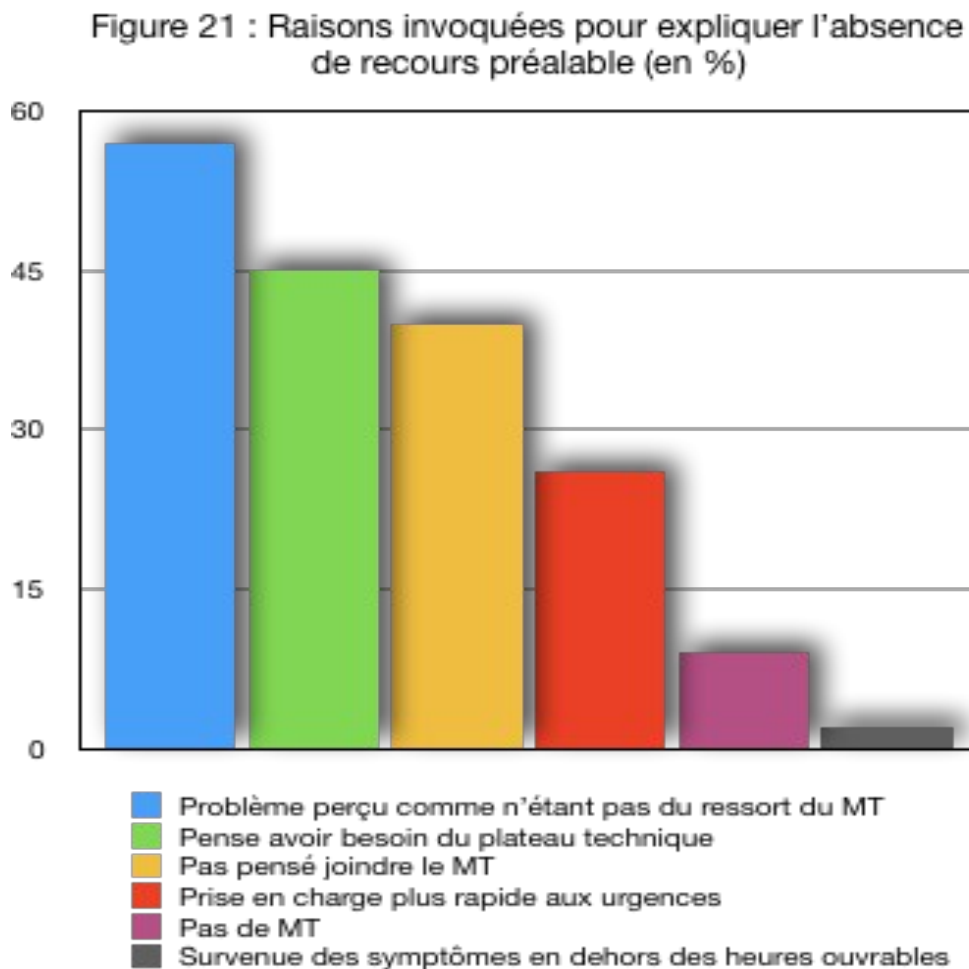
#### 6-2-7 En l'absence de recours préalable : raisons de se rendre aux urgences en première intention

56% des patients ont consulté aux urgences en première intention, sans contact médical préalable.

- 33 patients ont jugé que leur motif de consultation n'était pas du ressort de leur médecin généraliste. Il s'agissait de motifs traumatologiques à l'unanimité, et pour un tiers d'entre eux, de plaies nécessitant une suture.
- 23 patients ont déclaré ne pas avoir pensé à contacter leur médecin traitant (dont 17 pensaient que le motif ne relevait pas de leur médecin traitant).
- 26 patients ont pensé que leur état nécessitait des examens complémentaires.
- 15 patients ont estimé que la prise en charge est plus rapide aux urgences.
- 5 patients ont consulté faute d'avoir un médecin traitant : deux se sont vus refuser une consultation dans plusieurs cabinets. Un patient venait d'arriver sur le secteur, un autre était

en vacances dans la région, et enfin un dernier estimait que son médecin était trop loin mais ne souhaitait pas en changer.

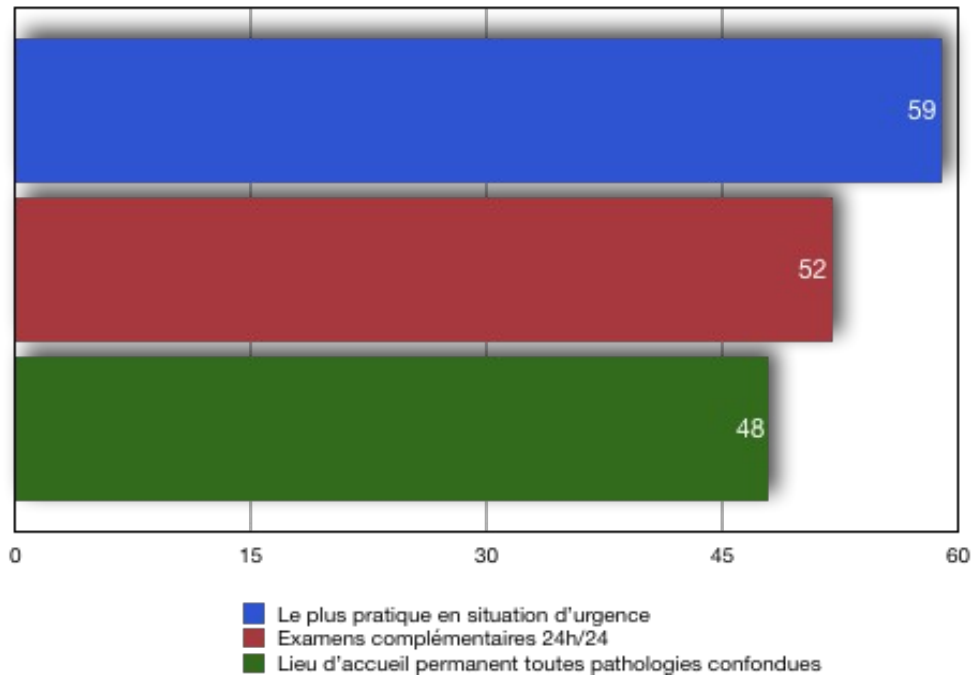
- Un seul patient expliquait sa consultation par la survenue des symptômes en dehors des heures d'ouverture du cabinet (le dimanche, veille de la consultation) (Figure 21).



Nous avons demandé à ces 56 patients quelle était leur appréciation des urgences (Figure 22) :

- 27 d'entre eux pensaient qu'il s'agissait d'un lieu d'accueil permanent, toutes pathologies confondues
- 29 patients estimaient qu'on pouvait y obtenir des examens complémentaires 24h/24
- 33 répondants pensaient qu'il s'agit de l'orientation la plus pratique en situation d'urgence.

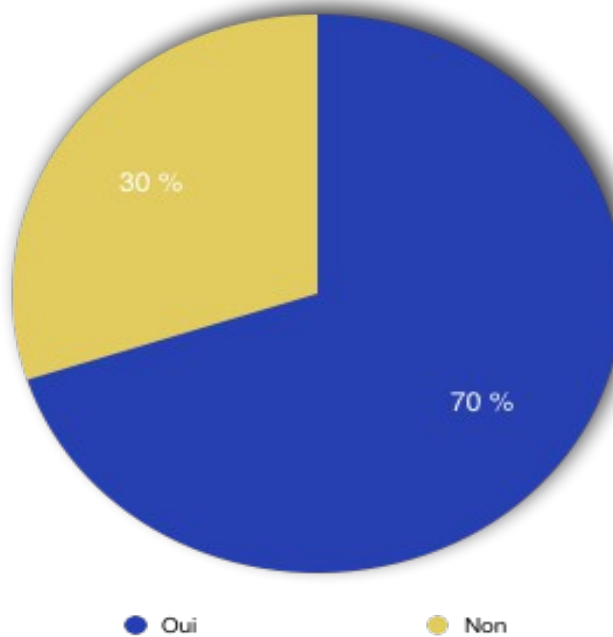
Figure 22 : Perception des urgences par les patients n'ayant pas eu de recours médical préalable (en %)



#### 6-2-8 *Importance de l'absence d'avance des frais*

70% des patients interrogés considéraient que l'absence d'avance des frais aux urgences était importante (Figure 23).

Figure 23 : Importance de l'absence d'avance des frais



### 6-2-9 Satisfaction quant à la prise en charge

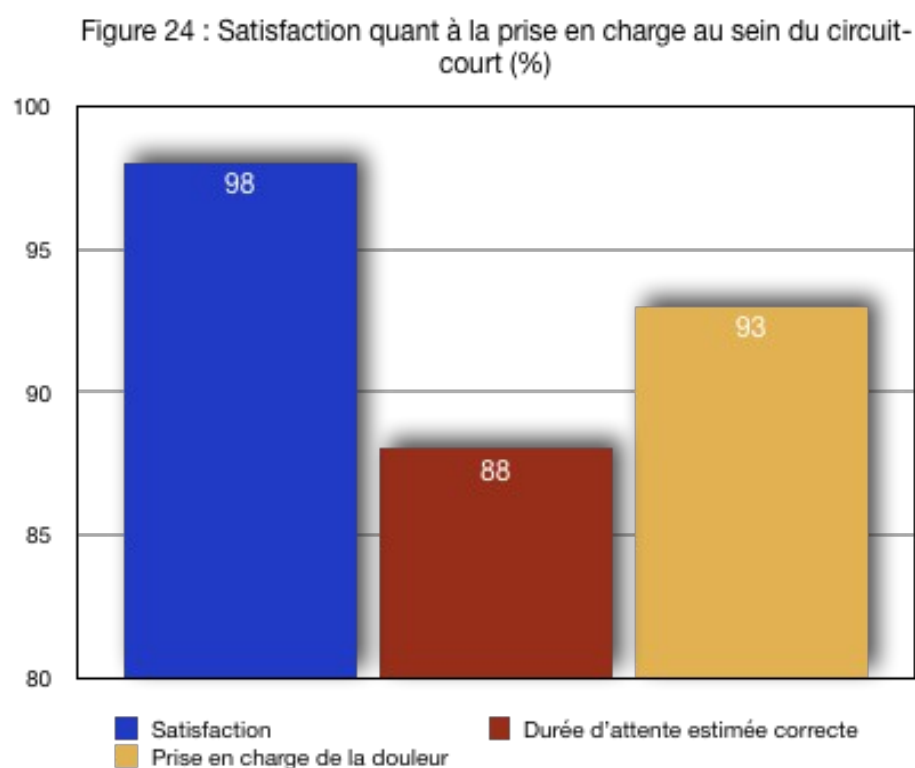
98% des patients interrogés se disaient satisfaits de leur prise en charge au sein du circuit court.

88% estimaient que la durée d'attente était correcte en regard de leur problème de santé.

Parmi les 73 patients dont la douleur était une motivation à consulter, 68 considéraient que leur douleur avait bien été prise en charge (Figure 24).

La moyenne de satisfaction quant à l'écoute et les explications était de 4,65/5.

Celle concernant l'accueil général du service était de 4,60/5.



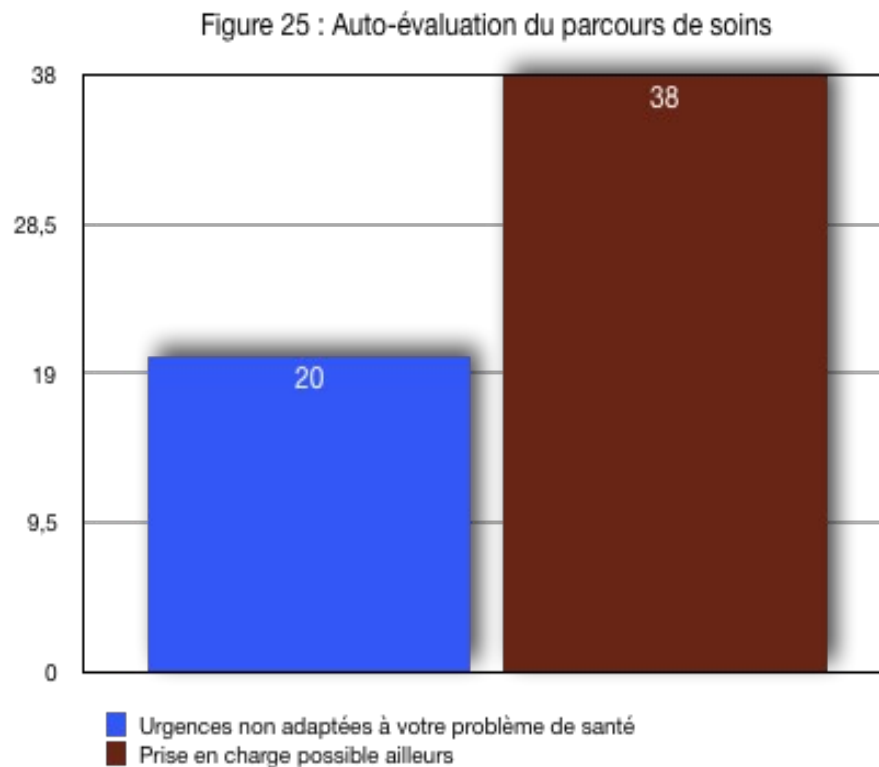
### 6-2-10 Auto-évaluation du parcours de soins

En fin de consultation, nous avons demandé aux patients d'évaluer leur parcours de soins.

20% estimaient que les urgences n'étaient pas le lieu le plus adapté à leur problème de santé.

38% des patients pensaient qu'ils auraient pu être pris en charge ailleurs (Figure 25). Ils évoquaient spontanément leur médecin traitant, et l'obtention d'un rendez-vous de radiographie en cabinet.

Les patients ayant eu un contact médical préalable étaient significativement plus nombreux à penser qu'ils auraient pu être pris en charge ailleurs ( $p < 0,05$ ).



#### 6-2-11 Connaissance de la permanence des soins

Nous avons interrogé les patients sur leur connaissance des autres recours possibles en situation de soins non programmés :

- Le médecin traitant était cité en première place par 71% des patients.
- SOS et le 15 étaient évoqués par 44% des patients.
- 26% d'entre eux connaissaient les CAPS.
- Seuls 6 patients se rappelaient du 116-117.

La comparaison entre les connaissances des deux groupes de patients (parcours médical préalable ou non) a permis de mettre en évidence que : (Tableau 1)

- Les patients n'ayant pas eu de contact médical préalable à la consultation sont significativement plus nombreux à ne connaître aucun autre recours que les urgences en situation de soins non programmés ( $p=0,01$ ).
- Les patients ayant contacté leur médecin traitant étaient plus nombreux à connaître le CAPS (23/42 contre 3/58, non significatif).
- Le médecin traitant, le 15 et le 116-117 étaient cités de manière plus importante dans le premier groupe, mais de manière non significative.

Tableau 1 : Connaissances des deux groupes concernant la permanence des soins.

|                                   | <b>MT</b>     | <b>CAPS</b>   | <b>15</b>     | <b>SOS</b>    | <b>116-117</b> | <b>Aucun</b> |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|--------------|
| <b>Appel du MT (42)</b>           | 35<br>(83,3%) | 23<br>(54,8%) | 23<br>(54,8%) | 18<br>(42,9%) | 5<br>(11,9%)   | 1<br>(2,4%)  |
| <b>Pas d'appel du MT<br/>(58)</b> | 36<br>(62%)   | 3<br>(5,2%)   | 21<br>(36,2%) | 26<br>(44,8%) | 1<br>(1,72%)   | 11<br>(19%)  |



## **7 DISCUSSION**

### **7-1 Difficultés rencontrées**

#### *7-1-1 Enquête auprès des médecins généralistes*

Nous avons initialement rencontré des difficultés à obtenir des réponses de la part des médecins généralistes libéraux du secteur. Il nous a été difficile de les joindre et d'obtenir leurs adresses mail via leurs secrétariats. Beaucoup ont évoqué une surcharge de travail ne leur permettant pas de consacrer du temps à la réponse au questionnaire. Nous l'avions pourtant conçu de manière à ce qu'il soit rapide d'y répondre.

C'est donc grâce à l'ADOPS que nous avons pu contacter un maximum de médecins généralistes du secteur.

Cependant, ceci pose un biais de sélection : les médecins inclus avaient pour point commun de participer à la PDSA dans les CAPS du secteur de Saint-Nazaire. Cela explique probablement la part importante de médecins généralistes de moins de 45 ans ayant répondu à notre étude : ils sont 66,7%, alors que plus de la moitié des médecins de la région sont âgés de plus de 55 ans. Les raisons sont variées : implication des jeunes installés dans la PDSA (astreintes souvent cédées par les médecins plus âgés à leurs jeunes confrères), moyen de communication choisi (inaccessible aux médecins non informatisés ou maîtrisant difficilement cet outil). De plus, même si le questionnaire était adressé aux médecins installés et à leurs collaborateurs, on ne peut exclure que certaines réponses émanent de remplaçants occasionnels. Néanmoins, on peut imaginer que dans cette hypothèse, les réponses données reflèteraient la pratique du médecin remplacé. Ainsi, par exemple, la décision de prise en charge de nouveaux patients revient exclusivement au médecin remplacé, le médecin remplaçant ne pouvant effectuer de déclaration médecin traitant en son propre nom.

### 7-1-2 Étude sur le circuit court

Plusieurs éléments ont pu influencer les réponses des patients au questionnaire.

D'une part, une barrière de compréhension de la part de certains patients étrangers (notamment les ouvriers des chantiers navals). Ensuite, le fait que les questions soient posées directement au patient au décours de la consultation, a possiblement fait naître chez certains patients l'idée de devoir se justifier. En effet, la formulation des questions pouvait laisser entendre au patient que son parcours de soins n'était pas adapté.

## 7-2 Apports de ces deux études

### 7-2-1 Apports de l'enquête auprès des médecins généralistes

Cette première étude a tout d'abord permis d'entrevoir de nouveaux modes d'exercice chez les médecins libéraux du secteur de Saint-Nazaire. Seuls trois médecins déclarent exercer seuls, ce qui confirme que l'exercice isolé n'attire plus. Les regroupements au sein de cabinets de groupes sont majoritaires (74% des répondants) et les MSP se développent dans le secteur (21% des médecins interrogés). Ceci explique également le fait que plus de la moitié des médecins travaillent à temps partiel (56,1%).

L'exercice de la médecine générale se modifie : la profession se féminise, la jeune génération ne se reconnaît pas dans l'activité libérale isolée, sa pénibilité et ses responsabilités [35]. Les médecins se regroupent afin de privilégier la coopération, le partage des tâches et l'aménagement de leur temps de travail. La qualité de vie est en effet au cœur de préoccupations des jeunes médecins : l'exercice en collaboration, la diminution du nombre d'heures travaillées, sont corrélés à une qualité de vie ressentie supérieure [36].

Selon notre étude, ces nouveaux modes d'exercice n'impactent pas l'implication des jeunes médecins dans la prise en charge de leurs patients.

Ils sont ainsi une majorité à accepter de prendre en charge de nouveaux patients (71,9%) et prennent des dispositions pour permettre à leur patientèle d'être prise en charge de façon op-

timale, dans une situation de soins non programmés. La grande majorité met en place des créneaux horaires dédiés aux "urgences" ou soins non programmés de la journée, la participation à la PDSA est majoritaire mais ce chiffre est critiquable du fait du biais de sélection présent lors du recrutement de notre étude au moyen de la liste de médecins inscrits au planning d'astreintes des CAPS.

Les visites à domicile urgentes sont également réalisées par une majorité de médecins : leur rôle de médecin de premier recours en situation de soins non programmés semble pleinement assumé.

Les limites apparaissent en termes de permanence des soins. La permanence des soins ambulatoire telle que définie précédemment, prend effet entre 20h et 8h. Dès lors, le rôle du médecin généraliste serait d'assurer à minima une permanence téléphonique, en dehors de ces horaires. Il va de soi que ce rôle est plus évident à assumer par des médecins exerçant en collaboration, ce qui permet de se partager la tâche. Parmi les médecins du secteur, seuls 33% prennent en charge les appels entre 12 et 14h, et 21% entre 18 et 20h. Ce constat est à mettre en parallèle avec les difficultés rencontrées par ces mêmes médecins à joindre leurs confrères hospitaliers sur ces mêmes créneaux horaires.

Pourtant, des solutions existent : le regroupement des médecins libéraux au sein de MSP, ou de plusieurs cabinets ou MSP au sein de pôles et réseaux de santé, est encouragé. Certains départements sont ainsi parvenus à effectuer un maillage de leur territoire, tout en permettant aux médecins impliqués de n'assurer la permanence des soins que de façon occasionnelle, par la mise en commun des moyens humains [37].

Les médecins du secteur de Saint-Nazaire effectuent en majorité l'ensemble des actes qu'on peut attendre dans le cadre de la prise en charge des soins non programmés en médecine générale. Les sutures sont effectuées par 96,5% des médecins répondants, ce qui confirme que les médecins généralistes effectuent encore aujourd'hui cet acte au cabinet. Comme en témoigne une étude de 2015, les jeunes médecins sortant de l'internat sont plus de 93% à se dire prêts à effectuer seuls des sutures en cabinet [38]. Contrairement à la pensée profane, et malgré les difficultés qu'elle implique, la réalisation de ce geste au cabinet reste tout à fait

d'actualité. Les électrocardiogrammes sont également réalisés par la majorité des médecins interrogés, de même que les premiers examens ophtalmologiques. 40% ont déclaré avoir mis en place une pièce dédiée aux urgences ("box"), ce qui confirme leur implication dans la prise en charge des soins "urgents".

Concernant le "carnet d'adresse" des médecins généralistes du secteur, ils possèdent quasiment à l'unanimité un réseau de correspondants privilégiés. Cela leur permet d'éviter un passage par les urgences comme ultime recours pour bénéficier d'un avis spécialisé. Les médecins interrogés sollicitent tout particulièrement leurs confrères libéraux (96,5% d'entre eux), ce qui confirme la tendance évoquée par une étude de la DREES en 2007 [39].

Afin d'encourager les médecins généralistes dans la démarche de recherche d'une consultation auprès d'un confrère spécialiste "en urgence", une nouvelle tarification a vu le jour au 1er Janvier 2018. La MUT est une majoration pour l'obtention d'un rendez-vous en urgence, applicable lorsque le médecin traitant du patient obtient pour son patient un rendez-vous dans les 48 heures, lorsque la situation l'exige. Cette majoration de 5 euros s'ajoute au tarif habituel de la consultation et permet de reconnaître et de valoriser le temps passé par le médecin, qui bien souvent doit appeler plusieurs cabinets avant d'obtenir un rendez-vous dans un délai approprié [40].

Les médecins généralistes interrogés s'appliquent également à tenter de réaliser des hospitalisations directes pour leurs patients, afin de leur éviter un passage par les urgences.

C'est le cas de 96,5% d'entre eux, avec pour correspondants privilégiés les services de l'Hôpital Public. Malgré cela, ils pointent du doigt des difficultés lors de leurs tentatives de joindre des services hospitaliers. Pour la plupart d'entre eux, ces démarches sont tout d'abord chronophages, retentissent sur leur organisation et engendrent des retards. Ensuite, un point majeur concerne les difficultés à joindre les médecins spécialistes : 64% estiment qu'il est difficile de joindre un médecin hospitalier après 18 heures, 44% éprouvent des difficultés à obtenir le bon interlocuteur. Une part non négligeable des médecins interrogés note également le barrage des secrétariats, les refus systématiques de prise en charge lors de leurs appels, le manque de lits. Ces chiffres sont toutefois inférieurs à ceux constatés dans une étude

grenobloise en 2010 [41] : 79% des médecins généralistes interrogés mettaient en avant leur insatisfaction quant aux difficultés à joindre leurs confrères au sein des services d'hospitalisation.

On notera également que seuls 45% des médecins répondants ont recours à l'HAD. Ce chiffre paraît faible en comparaison à d'autres études [42]. Dans une étude en Ile de France, 66% des médecins interrogés (533 répondants) travaillaient en collaboration avec l'HAD, mais seulement 21% l'avaient initié [43]. Il est possible que la question ait été mal interprétée, la formule « travaillez-vous avec l'HAD » aurait été préférable à « avez-vous recours à l'HAD » qui sous-entend que l'initiative vient du médecin généraliste lui-même. Malgré tout, ce chiffre faible pose la question d'une méconnaissance de ce service, qui dans certaines situations (patients chroniques à risque de complications, patients en soins palliatifs) permet d'éviter des passages par les urgences en cas d'évènements imprévus.

L'accès aux examens complémentaires par les médecins généralistes du secteur paraît assez inégal. S'ils obtiennent en temps voulu les examens biologiques quasiment à l'unanimité, ils sont à peine plus de la moitié à estimer obtenir les examens d'imagerie dans les délais appropriés. Ceci conduit inévitablement à adresser certains patients aux urgences, faute d'examens complémentaires accessibles en ambulatoire. Par ailleurs, 42% des médecins interrogés estiment qu'il est difficile d'obtenir ces examens, et enfin 24% les jugent « inaccessibles ».

Ces taux très importants soulignent donc l'accès difficile aux examens complémentaires d'imagerie médicale.

Plusieurs éléments permettent d'expliquer cet état de fait. En premier lieu, l'insuffisance d'équipements d'imagerie médicale. Avec 8,1 appareils d'IRM par million d'habitants en 2016, les Pays de la Loire représentaient la région de France la moins bien équipée [44]. En conséquence, les délais de réalisation de cet examen se situent parmi les plus élevés de France : 55,8 jours en 2016, contre 30 en moyenne en France. Toutefois, ces données n'in-

tègrent pas l'arrivée d'un nouvel appareil d'IRM à Saint-Nazaire en 2017, réservé aux indications ostéo-articulaires.

En cause également, les baisses successives des tarifs de prise en charge des actes d'imagerie par l'assurance maladie [45]. Ces dévalorisations conduiraient les cabinets de radiologie à se regrouper en de grands groupes, causant la fermeture des cabinets ruraux "de proximité", comme récemment le dernier cabinet de radiologie de La Baule (en juin 2018). Cela entraîne une augmentation des délais d'obtention des examens.

Enfin une dernière question mérite d'être posée : prescrivons-nous trop d'examens complémentaires ? La pression des patients, l'obligation de moyens liée à l'existence d'examens diagnostiques toujours plus performants, la crainte des conséquences médico-légales d'un retard diagnostique, conduiraient les praticiens à prescrire des examens complémentaires qui ne sont pas toujours justifiés. Ainsi selon plusieurs études, jusqu'à 50% des radiographies prescrites seraient inutiles, avec des résultats d'ailleurs parfois ignorés de leur prescripteur [46].

Au final, c'est essentiellement la question de l'insuffisance du secteur en termes d'équipements d'imagerie qui pose question. Lorsque la situation clinique ne le justifie pas, les urgences ne devraient pas être un passage obligé pour des patients qui ne parviennent pas à obtenir des examens complémentaires dans un délai approprié (relativement à leur problème de santé).

Dans ce domaine, la pédagogie est également fondamentale. La grande majorité des médecins ayant répondu à l'enquête déclarent prendre le temps d'expliquer à leurs patients les délais indiqués de réalisation des examens complémentaires : tout examen n'est pas urgent et le délai d'obtention n'empêche pas de débiter une prise en charge adaptée du patient.

Par ailleurs, nous constatons qu'il existe bien un défaut de collaboration entre médecins généralistes et urgentistes. Moins de la moitié des médecins généralistes du secteur connaissent et utilisent le numéro unique du MAO, et 19,3% déclarent l'avoir déjà utilisé et

ne plus souhaiter y avoir recours à l'avenir. Enfin 35% d'entre eux n'ont pas connaissance de ce numéro.

Ce manque de collaboration est corroboré par d'autres travaux : à Lille en 2015, une étude montrait que 69,6% des médecins généralistes et 89,8% des médecins urgentistes interrogés, souhaiteraient plus de communication interprofessionnelle [47]. Malgré tout, ces chiffres sont bien inférieurs à ceux constatés dans une étude faite en 2014 au CH de Pau [48] dans laquelle 85,2% des médecins généralistes interrogés déclaraient appeler le service des urgences pour prévenir de l'arrivée d'un de leurs patients. On peut donc s'interroger sur les raisons de ce manque de collaboration, responsable d'une véritable fracture ville-hôpital et d'une incompréhension mutuelle, au détriment des patients.

Certains médecins généralistes suggèrent (en commentaire libre) que leurs patients se présentant aux urgences pour des soins non programmés relevant de la médecine générale, leurs soient ré-adressés en consultation au cabinet. Si cette démarche demande un effort de la part du MAO, du médecin traitant, et du patient lui-même, il s'agit d'une idée intéressante qui pourrait mériter d'être développée. En 2008 à Marseille, une étude menée auprès de 85 patients qui se présentaient aux urgences pour des motifs "non-graves" déterminés dès leur arrivée aux urgences par l'IAO, montrait que 78,2% de ces patients acceptaient d'être réorientés vers une Maison Médicale de Garde, à proximité de l'hôpital [50]. Parmi ceux qui ne souhaitaient pas être réorientés, 41% se disaient prêts à payer un supplément. Il n'existe pas de CAPS à proximité du CHSN. Cela renforce donc l'intérêt d'un circuit court pour orienter ces patients. Leur réorientation vers leur médecin traitant est une autre alternative envisageable.

Enfin l'expérimentation du circuit court au sein des urgences de Saint-Nazaire reçoit de manière générale un bon accueil de la part des médecins généralistes du secteur puisqu'ils sont plus de la moitié à considérer cette structure utile (56%) et un quart l'estiment indispensable. Seuls 12% des médecins interrogés jugent cette structure regrettable par rapport à l'exercice libéral. Il apparaîtrait donc utile, en cas de pérennisation de cette unité, d'effectuer une information auprès des médecins généralistes dépendant des urgences de Saint-Nazaire, sur le

principe du circuit court, et surtout l'absence de vocation à se substituer au rôle du médecin traitant dans son rôle de premier recours en situation de soins non programmés.

En résumé, cette première étude met en lumière l'importante implication des médecins généralistes du secteur dans la prise en charge des soins non programmés. Il existe toutefois des limites en terme de permanence des soins, la plupart des médecins ne prenant pas en charge les appels de leurs patients le midi et entre 18h et 20h. Des difficultés sont également mises en exergue, en particulier l'accès aux examens complémentaires dans des délais acceptables, et les tentatives de réaliser des hospitalisations directes ou de joindre des spécialistes. On notera également un manque de collaboration entre les médecins généralistes et leurs confrères urgentistes, certains évoquant pourtant des alternatives au fonctionnement actuel, acceptant de se voir ré-adresser leurs patients quand le motif de consultation le permet. Quant au circuit court, si la perception est bonne pour la majorité des médecins généralistes, une information à ce propos permettrait aux médecins du secteur de mieux comprendre son intérêt et ses limites.

#### *7-2-2 Apports de l'étude au sein du circuit court*

Les patients se présentant au circuit court des urgences de Saint-Nazaire étaient plutôt jeunes avec une moyenne d'âge de 42 ans, ce qui correspond aux données retrouvées dans une précédente étude rétrospective d'un an menée en 2016 dans ce même service [18]. Si l'enquête menée sur l'ensemble des urgences retrouvait une majorité de patients consultant pour des motifs traumatologiques (58%), notre étude, menée exclusivement sur le circuit court, retrouve une proportion nettement supérieure, avec 95% de traumatologie. Les traumatismes des membres et les plaies représentent les  $\frac{3}{4}$  des motifs de consultation. Leurs motivations pour se rendre aux urgences sont similaires à celles rencontrées dans les études précédentes [18] : la douleur pour 73% d'entre eux, la gravité de leur problème de santé également (61% l'estiment supérieure à 3/5).

88% des patients interrogés ont un médecin traitant. Malgré cela, seulement 44% des patients ont eu un recours médical préalable, principalement leur médecin traitant (42%), puis le 15 (2 patients). Ce taux certes peu élevé est toutefois légèrement supérieur à celui retrou-



vé dans l'étude prospective d'une semaine en 2016 [18] qui était de 36,5%. Dans l'étude bordelaise de 2015 [8], 62% des patients consultaient aux urgences de leur propre initiative. Ils étaient considérés comme non-graves dès leur arrivée, classés par le MAO en priorités 4 et 5 pour 93% d'entre eux (7% de priorités 3).

On constate donc une nette prépondérance de patients jeunes, consultant pour des motifs traumatologiques et considérés comme "non-graves". En théorie donc, on peut considérer qu'un nombre important de ces patients aurait pu bénéficier d'une prise en charge ambulatoire. Cette moindre gravité est d'ailleurs probablement la raison pour laquelle le taux de recours médical préalable est supérieur, dans notre étude, à ceux retrouvés dans les études prenant en compte l'ensemble des patients se présentant aux urgences. On peut supposer qu'il existe une corrélation entre la gravité ressentie et le recours spontané au SAU : des patients "moins graves" auraient tendance à se tourner plus facilement vers leur médecin traitant en premier recours.

On note également le très faible recours au 15 (2%) et à SOS Médecins (2%). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce très faible taux. D'une part, la méconnaissance des autres recours possibles en situation de soins non programmés : comme nous l'avons vu, le 15 et SOS sont mentionnés par 44% des patients, seuls 26% évoquent le CAPS, et ils ne sont que 8% à avoir entendu parler du 116-117. Ces données sont malgré tout meilleures que celles retrouvées lors d'une étude de thèse à Nantes en 2013, dans laquelle 90% des patients ignoraient l'existence des CAPS, et 18% celle de SOS Médecins [49]. D'autre part, la perception du 15 a déjà été étudiée, notamment lors de l'étude de thèse menée aux urgences du CHSN en 2015 : une part importante de patients pensaient que le 15 était réservé aux urgences vitales, ou l'utilisaient dans l'objectif de faire venir une ambulance.

Parmi les 44 patients ayant eu un contact médical préalable à leur venue au SAU, 45% viennent pour bénéficier d'examens complémentaires. Après avis médical, 15 patients sont ré-adressés devant l'impossibilité à trouver un rendez-vous d'imagerie médicale ou auprès d'un spécialiste par leur médecin traitant ou SOS médecins. 5 patients se présentent pour le même motif, sans être directement adressés par leur médecin traitant (échec de prise de ren-

dez-vous par le patient lui-même). Pour 27% des patients, c'est le délai de consultation proposé qui est trop important ; le délai moyen était de 28h, avec une majorité de rendez-vous le jour-même. Pour 16% des patients, c'est une modification de leurs symptômes dans les suites de la consultation qui explique leur venue.

On constate que les patients ayant essayé de joindre leur médecin traitant, sont une large majorité à avoir pu être vus en consultation ou à se voir proposer un rendez-vous, puisque seuls 13,6% déclarent ne pas être parvenus à joindre le médecin. La grande majorité des patients ayant bénéficié de l'avis d'un médecin en ville, se présente par défaut, du fait de l'échec à obtenir des examens complémentaires : cela représente 20% des patients de notre échantillon au total. Pour les patients ayant consulté une première fois, on se pose la question de la raison de leur venue aux urgences au lieu de re-solliciter leur médecin traitant. Les patients consultant du fait d'un délai de consultation proposé trop important sont également nombreux. Pourtant, la majorité avait obtenu facilement un rendez-vous dans la journée ou le lendemain lorsque leur motif de consultation l'indiquait ; seuls quelques rendez-vous étaient posés plusieurs jours plus tard. Ceci illustre les modifications de comportement des usagers : dans une société de l'immédiateté, il semble impossible pour certains patients de patienter quelques heures pour obtenir un avis médical, alors même que leur problème de santé est considéré comme "non-grave", et que le délai de consultation proposé est adapté aux symptômes décrits au téléphone à la secrétaire médicale ou au médecin lui-même.

Au sujet des patients auto-référés (se présentant d'eux-mêmes au SAU), 59% pensent que leur problème de santé n'est pas du ressort de leur médecin traitant : ils viennent majoritairement pour des motifs traumatologiques dont un tiers pour des sutures. Les patients semblent donc penser que leur médecin traitant n'est pas compétent pour prendre en charge la traumatologie, voire qu'il ne réalise pas de sutures. Ils sont 41% à ne pas avoir pensé joindre leur médecin traitant, et 46% à se présenter parce qu'ils pensent avoir besoin d'examens complémentaires. La rapidité de la prise en charge aux urgences est évoquée par 27% de ces patients. Au final, dans notre étude, la part des patients se présentant parce qu'ils n'ont pas de médecin traitant est marginale : ils sont 5 (9%) et parmi eux, deux sont en vacances, l'un estime qu'il n'a pas besoin de médecin traitant, et les deux autres viennent d'arriver dans la ré-

gion. Seuls 4 patients ne sont pas parvenus à obtenir une consultation avec un médecin généraliste dans ce contexte de soins non programmés. A noter qu'ils ne se sont pas tournés vers SOS Médecins. Ces données contrastent toutefois avec l'actualité locale [58] et les retours des patients consultant habituellement au circuit court : de nombreux patients se plaindraient de difficultés à trouver un médecin généraliste, notamment à l'occasion du départ en retraite de leur médecin. Mais c'est surtout la question de l'organisation des soins non programmés qui est pointée du doigt par l'ARS, comme étant responsable de difficultés d'accès aux soins pour les patients.

La définition des urgences par ces mêmes patients montre que 59% pensent qu'il s'agit du recours le plus pratique dans une telle situation ; 52% voient dans ce service la possibilité de réaliser des examens complémentaires 24h/24 ; et 48% y voient un accueil permanent, toutes pathologies confondues.

Il n'existe pas de données concernant les motivations des patients consultant dans un circuit court exclusivement. Ces données sont à comparer avec les résultats d'autres études portant sur les patients auto-référés aux urgences générales :

- Une étude de thèse à Bordeaux en 2015 [51] retrouvait 66% de patients se présentant au SAU de leur propre initiative, la plupart en raison de la gravité estimée de leurs symptômes (40%), de l'offre de soins (examens complémentaires : 22,5%) et de la praticité (12,5%) ;
- Dans le Nord-Pas-De-Calais en 2014, une étude de thèse [47] montrait surtout que l'offre de soins était plébiscitée par les patients : examens complémentaires (39,6%), geste technique (28%), avis spécialisé (12%) ;
- L'étude de thèse réalisée à Nantes en 2013 [49] mettait en évidence le souhait de rapidité : 65% recherchaient une prise en charge immédiate, 43% une prise en charge rapide. Quant à l'offre de soins, elle était évoquée par 52% des patients.
- Dans une étude pour une thèse ayant eu lieu à Angers et Saumur en 2012 [53], 57,3% des patients souhaitent une prise en charge rapide et 31,3% se présentent pour bénéficier d'examens complémentaires.

-En Haute Normandie en 2013 [54], la praticité/rapidité de l'hôpital était évoquée par 29,3% des patients. Le médecin traitant était jugé non compétant pour le problème de santé présenté par 10,2% des patients.

Les différences observées avec notre étude s'expliquent par le fait qu'elle porte sur un circuit court et non sur le SAU dans son ensemble. Ainsi, l'indisponibilité du médecin traitant comme raison invoquée pour se présenter aux urgences, est bien moins fréquente dans notre étude. Ceci s'explique par le fait que le circuit court se tient sur des heures ouvrables. En revanche, les patients mentionnent de manière plus importante le fait que leur problème de santé ne soit pas du domaine de leur médecin traitant. Le besoin ressenti d'examens complémentaires est fortement évoqué, comme dans les autres études.

Au final, ces résultats mettent en avant des parcours de soins qui sont essentiellement laissés à la libre appréciation des patients. Le médecin traitant, jugé non compétent pour prendre en charge des motifs traumatologiques, n'est pas sollicité, et les patients se présentent dans l'objectif de bénéficier d'examens complémentaires, avant même d'avoir été examinés. Les patients semblent se faire leur propre idée de la gravité de leur problème de santé et de la façon de le résoudre. Les urgences, vues comme pratiques et parfois plus rapides, et surtout un lieu où obtenir des examens complémentaires plus facilement qu'en ville, peuvent donc se placer comme une solution séduisante, pour ces patients qui n'ont pas pensé se faire préalablement conseiller par leur médecin traitant ou par le 15.

Lorsque nous interrogeons les patients sur leur parcours de soins, seuls 20% pensent que les urgences n'étaient pas la structure la plus adaptée à leur parcours de soins, mais 38% pensent qu'ils auraient pu être pris en charge ailleurs. A l'issue du questionnaire, il existe donc une prise de conscience de la part de certains patients, mais la majorité pense que le parcours emprunté est pertinent.

L'étude de satisfaction des patients concernant leur consultation au sein du circuit court, montre que la satisfaction globale fait quasiment l'unanimité, et 88% pensent que leur durée d'attente était acceptable. Ils notent l'accueil, l'écoute et les explications à 4,6/5.

Si ces données sont encourageantes dans le sens où ce circuit court semble concourir à la fluidité du service des urgences, probablement aussi à l'apaisement des tensions qui peuvent naître chez certains patients d'une longue attente, elles soulèvent certains questionnements. En effet, certains auteurs se posent la question du risque créé par cet abaissement des délais d'attente : le facteur le plus incitatif à consulter le médecin traitant plutôt que les urgences, serait une attente longue aux urgences [55]. Dans notre enquête auprès des médecins généralistes, quelques médecins ont également évoqué cette crainte.

Cependant cette inquiétude ne semble pas fondée puisque l'accès au circuit court, qui n'a pas pour vocation à se substituer au médecin généraliste, reste soumis à la décision du MAO : si celui-ci l'estime justifié, il est en mesure de contacter le médecin traitant du patient afin qu'il puisse le prendre en charge.

Cette seconde enquête révèle donc plusieurs éléments importants. Tout d'abord, la proportion de patients se présentant aux urgences sans recours médical préalable est un peu plus faible que dans les autres études, ce qui s'explique probablement par la moindre gravité des motifs de consultation pris en charge au sein du circuit court. Malgré cela, une part importante de patients ayant eu un recours préalable se présentent aux urgences faute d'être parvenus à obtenir les examens complémentaires nécessaires. On note surtout que de nombreux patients inclus se présentent aux urgences pour bénéficier d'une prise en charge rapide, qu'ils aient eu ou non un recours médical préalable. En effet, un bon nombre de patients ont refusé le rendez-vous proposé par leur médecin traitant, estimant le délai trop important. Nombre d'entre eux établissent leur parcours de soins selon l'idée qu'ils se sont faits de leur problème de santé et des examens complémentaires qu'ils estiment nécessaires. Si une grande part des parcours de soins paraissent inadaptés à l'issue de la consultation, seuls 38% des patients interrogés estiment qu'ils auraient pu être pris en charge ailleurs. Nous vivons aujourd'hui dans une société de l'immédiateté, où il apparaît de plus en plus difficile d'apporter un délai dans la réponse apportée au patient. La méconnaissance des autres recours possibles en situation de soins non programmés fait des services d'urgences le lieu de convergence de patients désireux de voir leur problème de santé résolu le plus rapidement possible, bénéficiant d'éventuels examens supplémentaires sur place et sans délai.

### 7-2-3 Confrontation des données de ces deux études

Il apparaît intéressant de confronter les données de nos deux études. Lorsque l'on parle de soins non programmés, deux points de vue s'opposent. D'un côté, celui des médecins, qu'ils soient généralistes ou urgentistes, qui disposent des connaissances nécessaires pour juger de la gravité du problème de santé présenté par le patient, et réfléchissent en termes d'efficience des soins. Le parcours de soins le plus adapté pour un patient, dans une situation donnée, apparaît souvent évident au médecin mais n'est pourtant pas, dans la majorité des cas, celui choisi par le patient.

De mieux en mieux informés, les patients disposent de certaines connaissances, empiriques ou documentées, sur les symptômes présentés, leur gravité potentielle, les examens complémentaires éventuellement indiqués. Ces connaissances ne se superposent pas à celles du médecin, et sont influencées par les émotions, le sentiment de gravité tout à fait subjectif, et la douleur éventuellement ressentie. Dans une telle situation, le patient va alors chercher la solution la plus rapide ou la plus pratique à son problème de santé. Bien souvent, dans ce contexte, les urgences représentent l'alternative la plus évidente.

Souvent évoquée et assez peu étudiée, la réponse de la médecine libérale à la demande de soins non programmée, dans un contexte de démographie médicale tendue, est pourtant bien présente. Des mesures sont prises par les médecins généralistes du secteur de Saint-Nazaire pour se rendre disponibles dans un délai acceptable. Les patients semblent en être conscients puisque peu de patients déclarent que leur médecin est indisponible ou injoignable. Quelques patients en revanche estiment que le délai proposé par leur médecin est trop important, ce qui illustre parfaitement l'opposition entre le point de vue médical et la vision profane de la situation. Le médecin contacté estime que son patient, qui ne se trouve pas dans un état de gravité immédiate, doit être vu rapidement mais peut attendre quelques heures à quelques jours. A contrario, le patient estime que ce problème de santé ne peut attendre un tel délai et choisit de se rendre aux urgences.

La majorité des patients inclus se présentent pour des motifs traumatologiques. Étonnamment, la plupart pensent que leur médecin traitant n'était pas compétent pour cette prise en charge et n'ont pas pensé à le contacter. L'exemple des sutures est particulièrement illustratif : « mon médecin ne suture pas » est une phrase couramment entendue aux urgences, évoquée par plusieurs patients lors de notre étude. Pourtant comme nous l'avons vu, 96,5% des médecins interrogés déclarent réaliser les sutures au cabinet. Ainsi, la traumatologie apparaîtrait aux yeux des patients comme relevant plutôt d'un service d'urgences que d'un cabinet de médecine générale.

En revanche, ces deux points de vue convergent sur un point : la difficulté d'accès aux examens complémentaires. Elle est évoquée par de nombreux médecins du secteur, et les patients se présentant aux urgences en font l'écho : un bon nombre d'entre-eux sont adressés par leur médecin qui ne parvient pas à obtenir les examens nécessaires. Cet état de fait participe à ancrer chez les patients, la notion que les examens complémentaires sont inaccessibles en ville. Les avis spécialisés sont également évoqués comme difficilement accessibles par les patients comme par leurs médecins traitants. De cette manière, de nombreux patients se rendent aux urgences pour bénéficier du plateau technique ou d'un avis spécialisé, soit de leur propre initiative, soit adressés par leur médecin traitant, faute d'une autre alternative.

Le croisement des résultats de ces deux études met en évidence des divergences dans la représentation du médecin et celle du patient, en ce qui concerne la vision du parcours de soins. Dans une situation de soins non programmés sans élément de gravité, les professionnels de santé cherchent à éviter au patient un passage par les urgences pour de multiples raisons : "encombrement" du service et impact sur sa fluidité, risques de complications, attente importante, coût. Quant au patient, le choix du parcours de soins à emprunter dans cette situation est laissé à sa propre appréciation. En fonction de la gravité estimée de son état de santé, de ses connaissances et croyances, il va choisir la solution qui lui paraît la plus rapide et pratique. Les connaissances des patients en termes de recours alternatifs aux urgences étant insuffisantes, les urgences se présentent alors comme le recours le plus évident.

La difficulté d'obtention des examens complémentaires et des avis spécialisés est pointée du doigt, tant par les médecins que par les patients, et représente un des principaux déterminants des consultations au sein du circuit court du CHSN.

L'indisponibilité des médecins généralistes ne semble pas être le principal facteur limitant la prise en charge ambulatoire des soins non programmés : les médecins généralistes, dans leurs réponses, semblent déterminés à assurer ce rôle, et les patients sont peu nombreux à déclarer que leur médecin est indisponible.

#### *7-2-4 Propositions*

Les résultats comparés de nos deux études ont mis en évidence les obstacles à la prise en charge ambulatoire des patients en situation de soins non programmés : difficulté d'obtention des examens complémentaires et avis spécialisés ; manque d'information des patients, en ce qui concerne les recours possibles de la permanence des soins, et au sujet du rôle et des compétences de leur médecin traitant ; parcours de soins laissé au libre arbitre du patient, et faible recours à la régulation médicale ; modification de comportement des usagers, accroissement d'un besoin d'immédiateté, de réponse rapide à un problème de santé.

Ces constats nous permettent d'envisager quelques propositions :

##### *7-2-4-1 Éducation des patients*

Si le recours au médecin traitant comme préalable à la consultation aux urgences, est un peu plus important qu'au cours des études précédentes, il reste très insuffisant. Il est indispensable de continuer à informer les patients sur le rôle du médecin généraliste, qui peut endosser le rôle de régulateur et sur ses compétences. Le médecin généraliste, lorsqu'il est disponible, doit rester le pivot central dans la prise en charge de ses patients. A défaut, les structures de la permanence des soins doivent être sollicitées. L'information doit aussi porter sur ce domaine (affiches dans les lieux publics et cabinets médicaux, numéros d'urgences 15 et 116-117 inscrits en bas des ordonnances).



#### 7-2-4-2 Régulation médicale

Ces dernières années, devant l'afflux de patients non-graves aux urgences, la question d'imposer une régulation préalable à l'entrée peut se poser. C'est déjà ce qui est en vigueur en Loire-Atlantique en ce qui concerne l'accès aux CAPS : celui-ci ne peut s'effectuer qu'après l'appel du centre 15 par le patient. Cette mesure permet au patient d'être orienté au plus vite vers la structure la plus adaptée, évitant ainsi l'errance : consultation "inutile" aux urgences ou au contraire consultation inadaptée au CAPS du fait d'un problème de santé grave ne relevant pas de cette structure. Bien évidemment, généraliser cette mesure semble complexe et entraînerait une saturation des centres d'appels, déjà très sollicités. En revanche, on peut envisager qu'un contact médical préalable soit requis, sur les heures ouvrables. Ainsi, le recours aux urgences serait soumis à l'échec d'une tentative de prise en charge ambulatoire.

Comme évoqué par certains médecins généralistes au cours de notre étude, la question se pose de ré-orienter certains patients, jugés stables et comme ne relevant pas d'une consultation aux urgences, vers leur médecin traitant. Cette mesure peut paraître chronophage, mais au final un simple appel de la part du MAO suffit à prévenir le médecin, afin qu'il organise son agenda. En revanche, il est difficile de mesurer l'acceptation de la part des patients : des réactions d'opposition sont à envisager.

#### 7-2-4-3 Création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires

Au cours de notre étude, une faible part des patients inclus ont expliqué leur venue aux urgences par le fait de ne pas avoir réussi à joindre leur médecin traitant. Il n'en est pas de même lors des études menées aux heures non ouvrables. Si les médecins généralistes de notre étude ont montré leurs efforts pour éviter ce genre de situation, nous noterons que la majorité d'entre eux n'organise pas de permanence téléphonique (numéro d'urgence) sur l'heure de midi ou le soir jusqu'à 20h. La charge de travail importante générée par la mise en place d'une telle permanence peut être limitée grâce à la mise en place d'un système de rotation des astreintes téléphoniques. Il peut s'organiser entre plusieurs cabinets médicaux du moment qu'ils choisissent de se regrouper au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire

[37, 52]. Il n'existe dans ce domaine aucune contrainte matérielle, il s'agit simplement d'une organisation commune. Telle la maison médicale Laënnec qui a vu le jour à Saint-Nazaire fin 2015, ces structures bénéficient d'une rémunération spécifique pour leurs actions communes et leur participation à la PDSA. Une autre MSP a ouvert à Saint-Nazaire en décembre 2018. A Trignac, c'est un projet de MSP multi-sites, tel que nous l'avons évoqué précédemment (mise en commun de moyens de plusieurs cabinets indépendants) qui est en cours de création [58].

#### *7-2-4-4 Faciliter l'accès aux examens complémentaires*

L'un des principaux points noirs souligné tant par les patients que par les médecins, concerne l'accès aux examens complémentaires en ambulatoire. Une demande croissante pour une offre en baisse, qui ne concerne pas que les convoités IRM et scanner : obtenir une radiographie en urgence, et plus difficile encore, une échographie, relève parfois d'un parcours du combattant. Comme nous l'avons vu, la fermeture des cabinets de proximité au profit de structures plus importantes, notamment liée à une baisse récente des tarifs des actes de radiologie par l'Assurance Maladie, est la principale cause de cette insuffisance de moyens. Le maillage du territoire pour lutter contre la désertification ne doit pas se limiter à la présence de médecins généralistes. Il est indispensable de bénéficier de plateaux techniques de proximité, accessibles dans des délais raisonnables. Le développement de la télé-radiologie permettra-t-il d'améliorer la situation ?

#### *7-2-4-5 Pérennisation du circuit court*

Le circuit court expérimenté aux urgences de Saint-Nazaire durant quelques mois a été interrompu au mois de septembre 2018. La question de sa pérennisation se pose encore, hormis durant les mois de Juillet-Août. Cette structure a démontré son intérêt en termes d'amélioration de la fluidité, avec un impact direct sur la morbi-mortalité des patients des urgences, et un effet bénéfique sur les tensions qui peuvent naître d'une longue attente, en témoignent les actes de violence de plus en plus fréquents au sein des services d'urgences [56]. Si la satisfaction des patients pris en charge est au rendez-vous, la question d'un risque d'accoutumance des patients à cette prise en charge rapide et pratique, reste en suspens.

Néanmoins, après un an d'expérimentation de ce circuit, le médecin responsable n'a pas constaté d'augmentation progressive du nombre de patients pris en charge quotidiennement, ni de re-consultation.

#### 7-2-4-6 Création d'un CAPS

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de CAPS sur la ville de Saint-Nazaire. Les CAPS les plus proches sont ceux de Guérande, Pornic et Pontchâteau. L'absence de CAPS s'explique probablement par la présence de SOS Médecins, structure indépendante qui a mis en place un centre de consultations non programmées, équivalent au CAPS. Devant la forte activité de cette structure et celle du circuit court des urgences du CHSN, la création d'un CAPS permettrait probablement de désengorger une partie des urgences. Adossé à l'hôpital, il pourrait prendre en charge des patients dont l'inclusion est soumise à des critères semblables à ceux du circuit court. En cas de besoin, le plateau technique de l'hôpital resterait accessible. Le coût d'une consultation dans cette structure est bien inférieur à celui d'une admission aux urgences, qui avoisinait 148 euros en moyenne en 2016 [57] contre 51,50 euros en journée et 67,50 euros de 20h à minuit dans un CAPS.

#### 7-2-4-7 Encourager la collaboration entre médecins généralistes et urgentistes

Comme d'autres, notre étude a montré que les médecins généralistes, tout comme leurs confrères urgentistes, déplorent un manque de coopération. Suite à de mauvaises expériences, une part non négligeable d'entre-eux n'appelle plus le MAO pour l'informer de l'arrivée d'un patient ou discuter d'une prise en charge. Cette collaboration est pourtant profitable au patient, ainsi qu'aux deux parties : le médecin urgentiste prévenu de l'arrivée d'un patient, peut organiser au mieux sa prise en charge. Plus simplement, il s'agit d'un acte de politesse envers le service. Le médecin généraliste se voit reconnaître la légitimité de sa demande, évitant ainsi la désagréable impression d'adresser son patient aux urgences "en douce" par peur de se faire mal recevoir.

## **8 CONCLUSION**

Les demandes de soins non programmés sont en constante augmentation ces dernières années. Si les services d'urgences se voient progressivement saturés, les médecins généralistes, en tant que premier recours, sont également particulièrement sollicités. Afin de désengorger l'hôpital public, un "virage ambulatoire" est amorcé depuis plusieurs années par le Ministère de la Santé. Cependant, la tendance ne semble pas vouloir s'inverser puisque le nombre d'entrées annuelles dans les services d'urgences ne cesse de croître. L'évolution défavorable de la démographie médicale, les modifications des modes d'exercices des médecins généralistes, le vieillissement de la population et l'accroissement d'un besoin d'immédiateté de la part des patients sont des facteurs expliquant cette situation.

Le secteur de Saint-Nazaire ne fait pas exception à cette règle et le service des urgences est fréquemment en tension. Une part importante des patients se présente pour des motifs relevant de la médecine générale.

Notre étude révèle que les médecins généralistes du secteur sont pourtant impliqués dans la prise en charge de leurs patients et s'organisent pour faire face à ces nouvelles demandes. Malgré cela, ils notent les difficultés à obtenir des examens complémentaires ou avis spécialisés en urgence et à réaliser des hospitalisations directes. Ils sont nombreux à déplorer un manque de collaboration avec leurs confrères urgentistes.

Les patients quant à eux se rendent aux urgences pour des motifs relevant parfois de la médecine générale. Plusieurs facteurs l'expliquent : le besoin d'immédiateté, la méconnaissance de l'organisation du système de soins et des compétences de leur médecin traitant, et le faible recours à la régulation médicale. Ils sont nombreux à consulter en raison d'un échec dans leurs tentatives d'obtenir des examens complémentaires ou des avis spécialisés en ambulatoire.

Un accès facilité aux examens d'imagerie, le développement de filières permettant d'effectuer des hospitalisations directes, la pérennisation du circuit court des urgences de Saint-Nazaire, sont autant de possibilités d'améliorer la fluidité de ce service. En ce qui concerne la médecine générale, le développement de MSP faciliterait l'accès aux soins sur des horaires étendus. Une meilleure collaboration entre médecins généralistes et urgentistes est souhaitable pour favoriser les connexions ville-hôpital. L'éducation des patients et un renforcement

du rôle de la régulation médicale semblent également indispensables afin de limiter la fréquentation des services d'urgences.

## **RÉSUMÉ :**

**Introduction :** Malgré le « virage ambulatoire » annoncé par le Ministère de la Santé, et les initiatives portées par le secteur libéral pour faire face aux demandes croissantes de soins non programmés, les services d'urgences se trouvent surchargés, notamment par des patients relevant de la médecine générale. Le service des urgences de Saint-Nazaire, avec 6% de croissance annuelle de sa fréquentation, ne fait pas exception. L'objectif principal de notre étude est de mettre en évidence les difficultés rencontrées au cours de la prise en charge ambulatoire des patients en situation de soins non programmés sur le territoire Nazairien.

**Matériels et Méthodes :** Enquête par questionnaire auprès d'un échantillon de médecins généralistes du secteur en août 2018 et étude prospective observationnelle au circuit court des urgences du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire du 26/03 au 31/09/2018.

**Résultats :** Enquête médecins généralistes : Les 57 médecins inclus s'impliquent dans la prise en charge des soins non programmés. 71,9% acceptent de nouveaux patients, 77,2% ont des créneaux dédiés aux urgences, 96,5% prennent en charge les sutures, 59,6% effectuent des visites en urgence. 96,5% tentent de réaliser des hospitalisations directes. En revanche 42% estiment difficile d'obtenir les examens complémentaires indiqués. Pour 64% des médecins, il est difficile de bénéficier d'un avis spécialisé à certains horaires. Ils déplorent un manque de collaboration avec les urgentistes. Etude circuit court : Parmi les 100 patients inclus, 95% consultaient pour de la traumatologie. 44% avaient eu un recours médical préalable. 20% se présentaient faute d'obtenir un examen complémentaire ou avis spécialisé. 59% des patients auto-référés pensaient que leur problème de santé n'était pas du ressort du médecin traitant. 41% n'y ont pas pensé. 46% pensaient avoir besoin d'examens complémentaires. En fin de consultation, 38% pensaient qu'ils auraient pu être pris en charge ailleurs.

**Conclusion :** L'éducation des patients sur l'organisation du système de soins, le développement de MSP/CAPS, la pérennisation du circuit court, un plus grand recours à la régulation médicale, un meilleur accès aux examens d'imagerie et avis spécialisés, sont autant de solutions à développer pour améliorer la prise en charge ambulatoire des patients en situation de soins non programmés et par conséquent limiter l'engorgement des services d'urgences.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1/ Touraine M. Intervention de Marisol Touraine à l'Assemblée nationale lors de la discussion générale du projet de loi de modernisation du système de santé. Ministère des Solidarités et de la Santé [en ligne]. 31 mars 2015. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-discours/article/intervention-de-marisol-touraine-a-l-assemblee-nationale-lors-de-la-discussion>
- 2/ Michel C. Parcours de santé, de soins et de vie. Une approche globale au plus près des patients. Ministère des Solidarités et de la Santé [en ligne]. 2015. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
- 3/ Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires. Ministère des Solidarités et de la Santé [en ligne]. 2018. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf)
- 4/ Attal-Toubert K., Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 2009;22(4-5):245-53.
- 5/ Le vieillissement de la population et ses enjeux. L'Observatoire des Territoires [en ligne]. 11 janvier 2018. Disponible sur: <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux>
- 6/ Atlas de la démographie médicale 2017. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Octobre 2017. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2017.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf)
- 7/ Les établissements de santé. Panoramas de la DREES. Juillet 2016. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf>
- 8/ Guerry M. Pourquoi les patients vont-ils aux urgences au lieu de solliciter la permanence des soins ? Étude observationnelle descriptive transversale au sein des services d'urgence du CHU de Bordeaux (site Pellegrin) et du CH d'Agén. Médecine Humaine et pathologie. 22 décembre 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01421756/document>
- 9/ Cartier T., Mercier A., De Pourvoirville N., Huas C., Ruelle Y., Zerbib Y., et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. Exercer. 2012; 23(101):65-71.
- 10/Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Sante Publique. 2004; 16(1):63-74.
- 11/ Cohen L., Genisson C., Savary R.P. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Rapport d'information du Sénat N°685. 26 juillet 2017. Disponible sur: [http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html)
- 12/ Collet M., Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine. DREES, Etude et résultats. 2007;607.

- 13/ Moley-Josse L, David S., Tallec A., Lelièvre F. Observation de la santé des Nazairiens. ORS Pays de la Loire-ADDRN. 2013. Disponible sur : [http://www.saintnazaire.fr/fileadmin/Saint-Nazaire/02.Vie\\_municipale/Competences/Action\\_sociale/201311\\_rapport-observatoire-sante.pdf](http://www.saintnazaire.fr/fileadmin/Saint-Nazaire/02.Vie_municipale/Competences/Action_sociale/201311_rapport-observatoire-sante.pdf)
- 14/ Chiffres clés 2017. Centre Hospitalier de Saint-Nazaire. 2017. Disponible sur : [http://www.hopital-saintnazaire.fr/tl\\_files/\\_media/PDF/QSE-FI-092\\_V4\\_240518\\_Chiffres\\_cles\\_2017.pdf](http://www.hopital-saintnazaire.fr/tl_files/_media/PDF/QSE-FI-092_V4_240518_Chiffres_cles_2017.pdf)
- 15/ Saidi L, Paquet AL, Goulet H, et al. Effets de création d'un circuit court au sein d'un service d'urgence adulte. *Annales françaises de médecine d'urgence*. 2015; 5(6):283-289.
- 16/ Rodi SW, Grau MV, Orsini CM. Evaluation of a fast track unit: alignment of resources and demand results in improved satisfaction and decreased length of 47 stay for emergency department patients. *Qual Manag Health Care*. sept 2006;15(3):163-70.
- 17/ Kilic YA, Agalar FA, Kunt M, et al. Prospective, double-blind, comparative fast-tracking trial in an academic emergency department during a period of limited resources. *Eur J Emerg Med*. 1998;5:403-6.
- 18/ O'Brien D, Williams A, Blondell K, Jelinek GA. Impact of streaming « fast track » emergency department patients. *Aust Health Rev*. nov 2006;30(4):525-32.
- 19/ Pateron D. Les circuits courts sont parfois les meilleurs. *Ann. Fr. Med. Urgence*. 2015; 5:279-80
- 20/ Société Française de Médecine d'Urgence. Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts. 2013. Disponible sur: [http://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/rfe\\_triage2013.pdf](http://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf)
- 21/ Moreau C. Analyse des déterminants du recours spontané aux urgences du CH de Saint-Nazaire : enquête prospective sur une semaine et rétrospective sur un an. Thèse. 2016. 70p.
- 22/ Steg A. L'urgence à l'Hôpital. Conseil économique et social. 11-12 Avril 1989. p33.
- 23/ Baubeau D., Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES, Études et Résultats. 2003; 215
- 24/ ORS Pays de la Loire. Recours urgents ou non programmés à la médecine générale dans les Pays de la Loire 2007. 2007. Disponible sur: [https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/ParcoursSoins/2007urgences\\_mg.pdf](https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/ParcoursSoins/2007urgences_mg.pdf)
- 25/ Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne. Étude Pratique et Circuits de Soins en Médecine Générale. Résumés des résultats concernant la consultation ou visite initiale.
- 26/ URPS Ile de France. Rendez-vous médicaux non honorés, demandes de soins non programmés, état des lieux et solutions. Enquête auprès des médecins libéraux d'Ile-de-France. 2015. Disponible sur : <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/16200.pdf>
- 27/ Berchet C. Emergency Care Services. OCDE. 2015; 83. Disponible sur: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/emergency-care-services\\_5jrts344crns-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/emergency-care-services_5jrts344crns-en)



- 28/ Bami J. Lexique ou glossaire de termes à utiliser (dans les productions HAS) pour les soins délivrés en dehors des établissements de santé. Haute Autorité de Santé. Document de travail n°2015-0166.5 Juin 2015.
- 29/ Carli P. Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Conseil National de l'Urgence Hospitalière. 2013. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Carli\\_2013\\_aval\\_des\\_urgences.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Carli_2013_aval_des_urgences.pdf)
- 30/ SAU, Service d'accueil et de traitement des urgences – Définition. BNDS. Disponible sur: <https://www.bnds.fr/dictionnaire/sau.html>
- 31/ Direction Générale de la Santé. Circulaire interministérielle DGS/DGAS/DHOS/DUS n° 2007-419. 2007. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-12/a0120092.htm>
- 32/ ASIP Santé. La permanence des soins, repères juridiques. 2010. Disponible sur: <http://esante.-gouv.fr/services/reperes-juridiques/la-permanence-des-soins>
- 33/ Code de la Santé Publique. Article L6314-1. 21 Juillet 2009.
- 34/ Rault J.F., La démographie médicale en région pays de la Loire, situation en 2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2013. Disponible sur [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays\\_de\\_la\\_loire\\_2013\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays_de_la_loire_2013_0.pdf)
- 35/ Conseil National de l'Ordre des Médecins. Evolution du mode d'exercice. Du « burn out » à la capitalisation de l'expérience médicale. Rapport de la commission jeunes médecins adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins de septembre 2009. 25 Septembre 2009. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/evolution%20mode%20exercice.pdf>
- 36/ Lemaignan E. La qualité de vie des médecins généralistes exerçant en ambulatoire est-elle meilleure chez les médecins salariés que chez les médecins libéraux en région Auvergne-Rhône-Alpes ? 2017. Disponible sur : <http://www.centres-sante-auvergnerhonealpes.org/production/wp-content/uploads/2017/06/Th%C3%A8se-E.LEMAIGNAN-QdV-des-MG.pdf>
- 37/ Arnault F. Améliorer l'offre de soins : initiatives réussies dans les territoires. 2016. Disponible sur : <http://urps-occitanie.org/wp-content/uploads/2017/10/16-12-15-Améliorer-loffre-de-soins-initiatives-réussies-CNOM.pdf>
- 38/ Tamisier T. Les futurs médecins généralistes pratiqueront-ils les sutures en cabinet de ville ? Médecine humaine et pathologie. 2015.<dumas-01302358> Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302358/document>
- 39/ Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. Pratiques et Organisation des Soins. 2010;Vol. 41(4):331-9.
- 40/ Calmes JC. MUT : une majoration pour l'obtention de RDV en urgence [Internet]. Syndicat MGFrance. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/exercice/toute-la-nomenclature/1796-mut-une-majoration-pour-l-obtention-de-rdv-en-urgence>

- 41/ François P., Boussat B., Fourny M., Seigneurin A. Qualité des services rendus par un Centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. *Santé Publique*. 2014; 2(26) : 189-197
- 42/ Birague-Cavallie E. Utilisation de l'Hospitalisation à Domicile par les médecins généralistes du Tarn et Garonne. 2015. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/771/1/2015TOU31014.pdf>
- 43/ Bonnaud F., Leroy N. Enquête : maintien au domicile des patients : le rôle clé du médecin généraliste. URPS Ile de France. Nov 2016. Disponible sur : [https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/09/20170921\\_URPS-IDF\\_maintien\\_domicile.pdf](https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/09/20170921_URPS-IDF_maintien_domicile.pdf)
- 44/ Detournay B. Les insuffisances en matière d'équipements d'imagerie médicale en France : étude sur les délais d'attente pour un rendez-vous IRM 2015. Cemka-Eval. 2015. Disponible sur : <http://web-engage.augure.com/pub/attachment/415061/02137931185692211435131582788-gmail.-com/2015-014%20ISA%20IRM%20Rapport%2013-05-15.pdf?id=1524430>
- 45/ Union nationale des caisses d'assurance maladie. Décision du 16 janvier 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. 2017.
- 46/ Tran Vt., Nougair M. Prescrivons-nous trop d'examens complémentaires ? *Exercer*. 2013;106:88-9
- 47/ Raatz, A-L. Etat des lieux du rapport entre les médecins urgentistes et les médecins généralistes dans le Nord-Pas-de Calais en 2015. 2016
- 48/ Sailliol M. Étude des relations entre les médecins généralistes de la région de Pau et le centre hospitalier de rattachement de Pau pour améliorer la prise en charge mutualisée des patients. *Médecine humaine et pathologie*. 2014. <dumas-01080525>
- 49/ Kasproski A. Déterminants du premier recours aux urgences adultes du CHU de Nantes des patients consultant sans avis médical préalable. [Thèse]. Nantes. 23 mai 2013.
- 50/ Gentile S, Durand A-C, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*. 9 févr 2009; 57(1):3-9. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/200560>
- 51/ Boudard O. Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de l'Hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours. *Médecine humaine et pathologie*. 2015. <dumas- 01235042>
- 52/ Dewaele M. Causes de recours spontané à un service d'urgence, enquête auprès de patients d'une maison de santé. [Thèse] Lille 2 : Faculté de médecine Henri Warembourg. 19 Fév 2014.
- 53/ De Mas Latrie T, Gaisne-Joly M, Rouzier S, Vardon D. Recours spontané aux Urgences. [Thèse] Angers : Faculté de Médecine. 2012.

54/ Hascoët J. Patients auto-référés dans quatre services d'urgences en Haute-Normandie : quel profil ? Quelles implications pour la permanence des soins ? Médecine humaine et pathologie. 2013. <dumas-00805992>

55/ Grall J.Y. Évaluation du plan urgences 2004-2008. Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Janvier 2007.

56/ Barat C., Terrenoir V., Rapport 2018 (données 2017) de l'observatoire national des violences en milieu de santé. DGOS. 2018.

57/ Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. Rapport public annuel 2019. Février 2019. p220.

58/ Ryo C. A Saint-Nazaire, trouver un généraliste devient problématique. L'écho de la presqu'île. 4 Fév 2019; 6593:4

## ANNEXES

### ANNEXE 1

## Enquête auprès des Médecins Généralistes : prise en charge des soins non programmés dans le secteur de Saint-Nazaire

Durée estimée du questionnaire : 5 minutes

Cette enquête a pour but d'explorer les solutions mises en place par les acteurs de la permanence des soins pour répondre à la demande de soins non programmés, ainsi que les difficultés éventuellement rencontrées au cours de la prise en charge de ces patients.

En parallèle, nous étudions la fréquentation d'une "filiale valide" expérimentée au sein des urgences de Saint-Nazaire. Cette filiale permet de prendre en charge, la journée, certains jours de semaine, des patients classés par l'IAO et le MAO en priorités 4 et 5.

Merci d'avance pour votre réponse, vous trouverez quelques informations pratiques en fin de questionnaire

\*Obligatoire

1/ Quelle est votre organisation afin de répondre aux soins non programmés ? \*

- Plages horaires dédiées ("urgences")
- Réponse aux appels sur l'heure de midi
- Réponse aux "urgences" entre 18 et 20h
- Visites à domicile en urgence
- Participation à un système de gardes (CAPS ou autre)
- Autres

2/ Acceptez-vous de prendre en charge de nouveaux patients ?

- Oui
- Non, car surcharge de travail
- Non, car impossibilité de répondre aux urgences`

3/ Quels types d'actes réalisez-vous au cabinet ou en visite ?

- ECG
- Sutures
- Prise en charge de traumatismes / cors étrangers oculaires

-Pièce dédiée ("box") pour prendre en charge les urgences

-Autres

4/ Vous est-il possible d'obtenir les examens complémentaires suivants dans les délais souhaités ?

-Biologies

-Radiographies dans la journée

-Radiographies dans la semaine

-Echographies dans la journée

-Echographies dans la semaine

-Echographies dans le mois

-Scanner / IRM dans la semaine

-Scanner / IRM dans le mois

-Doppler dans la journée (suspicion de TVP)

-Autres

5/ Concernant les avis spécialisés urgents (ex cardiologique, chirurgical, angiologique), disposez-vous d'un réseau de correspondants ?

-Oui, en ville

-Oui, à l'Hôpital

-Non

6/ L'accès aux examens complémentaires est-il simple pour vous ? Si non, pour quelle raison ?

-Oui : accès immédiat

-Oui : obtention des examens complémentaires dans des délais adaptés

-Oui : apport bénéfique pour le patient

-Non : difficilement joignable, voire inaccessible

-Non : chronophage

-Non : non obtention des examens complémentaires dans des délais adaptés

-Autres

7/ Expliquez-vous à vos patients le délai de réalisation adapté des examens complémentaires ou avis spécialisés (urgent, semi-urgent ou sans urgence) ?

-Oui

-Non

8/ Vous arrive-t-il d'essayer d'obtenir des hospitalisations directes ?

-Oui, dans le public

-Oui, dans le privé

-Sollicitation de l'HAD

-Non

-Autres

9/ Quelles sont les difficultés éventuellement rencontrées lorsque vous tentez d'obtenir des hospitalisations directes ?

-Chronophage / temps d'attente important

-Refus systématique

-Difficultés à obtenir le bon interlocuteur

-Barrage des secrétariats

-Absence de réseaux

-Impossibilité d'obtenir un interlocuteur à certains horaires (exemple : après 18 heures)

-Autres

10/ Connaissez-vous le numéro unique du MAO (Médecin d'Accueil et d'Orientation), pour prévenir de l'arrivée d'un patient, ou pour un conseil ?

-Oui, mais je ne l'ai jamais utilisé

-Oui, déjà utilisé et je l'utiliserai encore à l'avenir

-Oui, mais je ne l'utiliserai plus car chronophage

-Oui, mais je ne l'utiliserai plus du fait de refus de prise en charge ou de conseil

-Oui, mais je ne l'utiliserai plus du fait d'une réponse insatisfaisante

-Non, je ne le connais pas

-Autres

11/ Comment percevez-vous l'expérimentation d'une "filière valide" au sein des urgences de Saint-Nazaire ?

-Indispensable

-Utile

-Inadaptée au sein des urgences

-Inutile

-Désolante et regrettable par rapport à l'exercice libéral

-Autres

12/ Description de votre activité :

-Vous êtes un homme

-Vous êtes une femme

-Exercice seul

-Exercice en cabinet de groupe

-Exercice en Maison de Santé Pluridisciplinaire

-Encadrement d'étudiants

13/ Quel est votre tranche d'âge ?

-25 à 35

-35 à 45

-45 à 55

-55 à 65

-Plus de 65

14/ Quelle est votre commune d'exercice ?

Réponse courte

Merci pour votre participation !

Quelques informations complémentaires :

-Numéro unique du MAO de Saint-Nazaire: 02 72 27 87 30 (pour adresser un patient comme pour bénéficier d'un avis ou d'un conseil)

-La "filiale valide" est expérimentée depuis peu au sein des urgences de Saint-Nazaire, afin de répondre à l'augmentation constante de la fréquentation de patients valides au service d'accueil des urgences. Cette structure n'a bien sûr pas pour vocation à se substituer à notre rôle en tant que médecins traitants, l'éducation des patients reste donc primordiale, afin que nous restions le premier recours en situation de soins non programmés.

## **ANNEXE 2**

### **Entretiens auprès des patients ayant emprunté le « circuit valide » des urgences de Saint-Nazaire : étude et auto-évaluation du parcours de soins**

#### 1/ Quelle est la raison qui vous amène aux urgences aujourd'hui ?

- Quel motif clinique : (libre)
- Accident de travail    oui        non / Chantiers : oui / non
- Prise en charge de la douleur ? oui    non
- Gravité ressentie ? 1 2 3 4 5 ; Priorité effective : 1 2 3 4 5

#### 2/ Quel parcours de soin avez-vous entrepris ?

- Avez-vous un médecin traitant : oui                      non
- Avez-vous contacté votre médecin traitant : oui                      non
- Appel du 15 : oui                      non
- Appel SOS : oui                      non

- En cas de recours préalable : (cases à cocher)

- Médecin non joignable : pourquoi (libre)
- Délai trop long / Rdv incompatible avec obligations du patient : date et heure rdv proposé
- Souhait d'un second avis / modification des symptômes
- Réorientation vers les urgences
- Délai trop important pour obtenir des examens complémentaires : obtention d'un rdv ? informations délivrées par MT sur le délai approprié ? Appel : par MT / Par patient

- En l'absence de recours préalable : (cases à cocher)

- Pas de médecin traitant : pourquoi ? Combien de refus MT ?
- Survenue des symptômes en dehors des heures d'ouverture du cabinet
- Problème perçu comme n'étant pas du ressort du médecin généraliste
- Pas pensé à le joindre / Pas pensé appeler le 15 (116 117) ou SOS
- Conseil du 15 (116 117) non satisfaisant
- Pense avoir besoin de bénéficier d'un plateau technique (actes ou examens complémentaires)
- Prise en charge plus rapide aux urgences
- Perception des urgences :
  - Lieu d'accueil permanent toutes pathologies confondues
  - Possibilité d'obtenir des examens complémentaires 24h/24
  - Le plus pratique en situation d'urgence



3/ Etes-vous satisfait de la réponse et des soins qui vous ont été apportés ? oui non

→ La durée d'attente vous paraît-elle correcte au vu de votre pathologie : oui non

→ Prise en charge de votre douleur : oui non

→ Examens complémentaires adaptés : oui / non

→ Ecoute et explications : 1 2 3 4 5

→ Qualité d'accueil : 1 2 3 4 5

→ Avis spécialisé : oui non

-Importance de l'absence d'avance des frais : oui non

4/ Après cette consultation, pensez-vous que les urgences étaient le service le plus adapté à votre problème de santé ? Oui Non

→ Pensez-vous que vous auriez pu être pris en charge ailleurs ? Oui Non

Pourquoi :

→ Connaissez-vous les autres recours possibles et les lieux de permanence des soins ? Médecin traitant, appel du 116-117 ou 15, SOS, CAPS

5/ Reprise des caractéristiques épidémiologiques

→ Age : Sexe : M F Lieu de résidence : (distance km)

Nombre de recours au SU les 12 derniers mois : Catégorie SP :

→ Couverture sociale / complémentaire / CMU / AME

### ANNEXE 3

Bonjour à tous,

Dans le cadre d'un travail de thèse en médecine générale, portant sur le parcours de soins des patients consultant aux urgences, nous vous proposons de répondre à un rapide questionnaire.

L'entretien est anonyme et durera entre 5 et 10 minutes

Nous vous remercions d'avance pour votre participation,

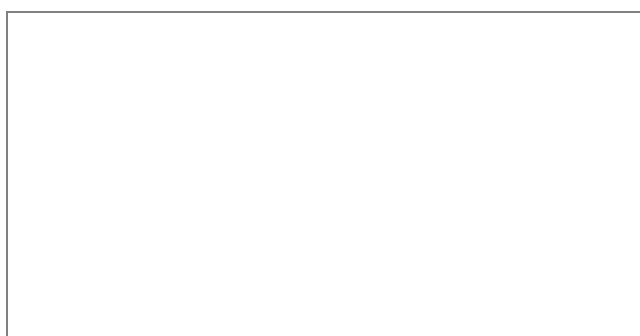
Pierre-Simon Tirilly (Médecin Généraliste)

**Vu, le Président du Jury,**



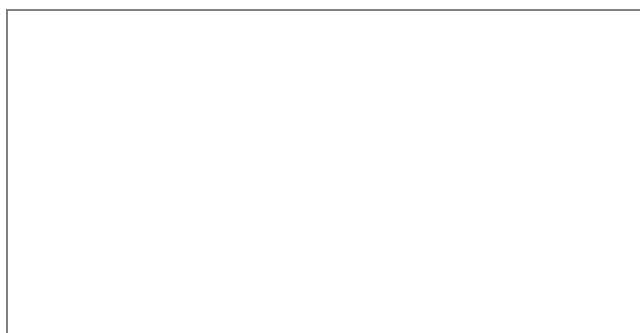
Professeur Gilles POTEL

**Vu, le Directeur de Thèse,**



Docteur Stéphanie PERON

**Vu, le Doyen de la Faculté,**



Professeur Pascale JOLLIET

---

**Titre de Thèse : Etat des lieux des soins non programmés sur le territoire Nazairien : enquête auprès des médecins généralistes du secteur et étude auprès des patients du circuit court des urgences du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire.**

---

## **Résumé**

**Introduction :** Malgré le « virage ambulatoire » annoncé par le Ministère de la Santé, et les initiatives portées par le secteur libéral pour faire face aux demandes croissantes de soins non programmés, les services d'urgences se trouvent surchargés, notamment par des patients relevant de la médecine générale. Le service des urgences de Saint-Nazaire, avec 6% de croissance annuelle de sa fréquentation, ne fait pas exception. L'objectif principal de notre étude est de mettre en évidence les difficultés rencontrées au cours de la prise en charge ambulatoire des patients en situation de soins non programmés sur le territoire Nazairien.

**Matériels et Méthodes :** Enquête par questionnaire auprès d'un échantillon de médecins généralistes du secteur en août 2018 et étude prospective observationnelle au circuit court des urgences du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire du 26/03 au 31/09/2018.

**Résultats :** Enquête médecins généralistes : Les 57 médecins inclus s'impliquent dans la prise en charge des soins non programmés. 71,9% acceptent de nouveaux patients, 77,2% ont des créneaux dédiés aux urgences, 96,5% prennent en charge les sutures, 59,6% effectuent des visites en urgence. 96,5% tentent de réaliser des hospitalisations directes. En revanche 42% estiment difficile d'obtenir les examens complémentaires indiqués. Pour 64% des médecins, il est difficile de bénéficier d'un avis spécialisé à certains horaires. Ils déplorent un manque de collaboration avec les urgentistes. Etude circuit court : Parmi les 100 patients inclus, 95% consultaient pour de la traumatologie. 44% avaient eu un recours médical préalable. 20% se présentaient faute d'obtenir un examen complémentaire ou avis spécialisé. 59% des patients auto-référés pensaient que leur problème de santé n'était pas du ressort du médecin traitant. 41% n'y ont pas pensé. 46% pensaient avoir besoin d'examens complémentaires. En fin de consultation, 38% pensaient qu'ils auraient pu être pris en charge ailleurs.

**Conclusion :** L'éducation des patients sur l'organisation du système de soins, le développement de MSP/CAPS, la pérennisation du circuit court, un plus grand recours à la régulation médicale, un meilleur accès aux examens d'imagerie et avis spécialisés, sont autant de solutions à développer pour améliorer la prise en charge ambulatoire des patients en situation de soins non programmés et par conséquent limiter l'engorgement des services d'urgences.

**Mots-Clés :** Soins non programmés, Permanence des soins, circuit court, médecins généralistes, ambulatoire.