



Enquête préalable à la mise en place d'un dispositif de consultations non programmées au SAU du centre hospitalier de Périgueux

Georges-Alexandre Kaskas

► To cite this version:

Georges-Alexandre Kaskas. Enquête préalable à la mise en place d'un dispositif de consultations non programmées au SAU du centre hospitalier de Périgueux. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01593124

HAL Id: dumas-01593124

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01593124>

Submitted on 3 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R des SCIENCES MEDICALES

Année 2017

N° 114

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 août 2017

Par Georges-Alexandre KASKAS

Né le 21 Juillet 1989 à Blois (Loir-et-Cher)

ENQUETE PREALABLE A LA MISE EN PLACE D'UN
DISPOSITIF DE CONSULTATIONS NON
PROGRAMMEES AU SAU DU CENTRE
HOSPITALIER DE PERIGUEUX

Directeur de thèse

Docteur Jean-Paul LORENDEAU

Jury

- Professeur Jean-Philippe JOSEPH.....Président
- Professeur Philippe CASTERA.....Membre
- Docteur Christophe ADAM.....Membre
- Docteur Michel GAUTRON.....Membre
- Docteur Jean-Paul LORENDEAU.....Membre

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Je vous remercie d'avoir été à l'écoute tout au long de mon internat et m'avoir permis de réaliser les stages me permettant aujourd'hui d'aboutir à mon projet professionnel.

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon travail de thèse, c'est un honneur pour moi de vous savoir présent en ce jour si important, j'en suis touché et reconnaissant.

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez immédiatement porté à ce sujet. J'ai eu la chance de vous avoir en juge de mon travail de portfolio et aujourd'hui je suis honoré de vous compter parmi les membres de mon jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

Monsieur le Docteur Michel GAUTRON,

Michel, merci de m'avoir permis d'intégrer l'équipe du services urgences-SAMU du centre hospitalier de Périgueux depuis maintenant un an. Merci de l'accueil chaleureux, de ton humanité et professionnalisme qui est pour moi un exemple à suivre pour les années à venir.

Merci d'avoir accepté d'être membre du jury de mon travail, j'en suis profondément touché. Trouve ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

Monsieur le Docteur Christophe ADAM,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez immédiatement porté au sujet. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

Monsieur le Docteur Jean-Paul LORENDEAU,

Jean-Paul, je te remercie sincèrement d'avoir dirigé cette thèse qui sans toi ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui. Je te remercie de ta disponibilité, ton implication et tes précieux conseils sans lesquelles je n'aurai su dans quelle direction avancer.

Lord LORENDEAU, mon ami, mon « mentor », c'est un immense plaisir d'avoir la chance de travailler à tes côtés, ton humanité et tes compétences sont pour moi un exemple à suivre.

« Tranquille mon ami, ça va aller.. », cette phrase « mytique » mais pleine de sincérité, je l'ai beaucoup entendu et j'espère l'entendre encore pendant longtemps !

À mes parents, Souheil et Annie,

Comment parler de moi sans parler de vous, je ne pourrai jamais assez vous remercier de tout ce que vous m'apportez. L'amour que vous m'avez donné depuis maintenant 28 ans, l'éducation que vous m'avez transmise font de moi la personne que vous avez devant vous aujourd'hui.

Je sais que les actes valent plus que les mots et que les mots sont parfois difficiles à dire mais je tiens à vous dire dans ces quelques lignes à quel point je vous aime..

À mon frère Nicolas,

Colny, pour te répondre, le temps passe vite en effet et notre amour fraternel ne peut se réduire à quelques lignes.. Sache que tu es pour moi un exemple.

Tu sais à quel point je t'aime et à quel point je suis fier de toi. Tu es une belle personne et j'ai de la chance de t'avoir en tant que frère et ami.

Et pour finir, je crois que je suis en train de te rejoindre au sommet du Tianmen Montain !!

À ma grand mère Henriette,

Mamie, je tenais à ce que tu es une place ici comme tu en as une dans mon coeur. Tu n'es plus là aujourd'hui mais je sais que tu serais fière de moi.

À ma famille Syrienne,

Tant de souvenirs, de moments de partage et d'amour. Loin des yeux mais tellement près du coeur. Je pense à vous chaque jour qui passe en ces moments difficiles que vous traversez avec une force inégalable. Le sourire présent sur vos visages m'aide à avancer et vivre chaque instant avec joie.

À Philou, Lolo, Jacquo, Delphine,

Depuis toujours nous avançons ensemble, je vous souhaite toute la réussite et le bonheur que vous méritez. Nos premières vacances, nos premières soirées, nos premières bêtises, beaucoup de premières fois ensemble !

Ce chemin que nous avons emprunté ensemble il y a plus de 20 ans, je souhaite qu'il soit sans fin.

À Laura,

Que de bonheur de t'avoir près de moi chaque jour qui passe. Notre complicité et nos différences sont une force, je le sais. Je ne m'étalerais pas ici mais tu sais ce que tu représentes pour moi, je t'aime.

Si j'avais pu, ces quelques lignes auraient fait place à une petite chanson de Raggaeton..

À mes amis de toujours, Seb, Arnaud, Will, Tom

16 ans d'amitié et de festivité ! 16 ans que nous sommes réunis pour le meilleur et le meilleur ! J'ai de la chance de vous avoir ! chacun d'entre vous occupe une part importante dans mon coeur et je regrette que nous ne puissions être réunis plus souvent tous ensemble. Je vous souhaite à chacun la réussite et le bonheur que vous méritez amplement.

Je vous dit rendez-vous pour le prochain repas de Noël ! Tradition oblige !

À mes amis Tourangeau, aux TAPEOSC

Samir (mon pti mec <3), Loulou (merci pour ton humour, ta gentillesse et surtout les snaptoilet), Cedro (arête de boire haha, change rien ma poule et j'attends toujours que tu m'apprennes à examiner un genou), La Marie (merci pour l'amour du son non commercial), Bassoul (le grand sage), Cla (ma cla !! trop de chose à dire sur toi ! <3), Coco (« les gars » avec ce regard amusé et dépité haha) , Mout (hiiiiiiiiiiiiiii, ce cri nocturne restera à jamais gravé dans nos esprits), Marion, Adri, Agathe, merci à tous d'être la, la vie nous à donné la chance de nous rencontrer et d'apprendre à nous connaître. Des heures passées devant les tables de la BU et du campus, des heures à partager des moments uniques de joie et de rigolade. La vie étudiante est maintenant terminée, mais la vie ensemble continue ! je vous aime.

À mes amis du semestre Bayonnais,

Alex, Arnaud, Adner, Fanny, Benoit, Cam, Léa, Lalanne et j'en passe, une arrivée humide mais une ambiance chaleureuse ! Un traditionnel jean-bar / péniche et ça repart ! un bonheur de vous compter parmi mes amis.

À la coloc Paloise,

Laura, Alex, Annette, Léa ! des lundi à danser au Tropical-café aux repas et moments de rigolade entre colocs ! 6 mois de joie et de bonheur.

Beaucoup de moments heureux attendus dans les prochains mois ... qui seront encore l'occasion de nous réunir tous ensemble.

À mes amis de Bordeaux,

Gob, Marion, Laura, Mona, Pam, Louis, Hélène, Pauline, Yann; la chance nous à fait nous rencontrer au cours de l'internat, que de bon moments partagés ensemble ! et tant encore à venir ! ne changez rien, vous êtes parfaits !

Aux Périgourdains,

Bande d'alcooliques ! une pensée particulière pour ce semestre particulier ! pour certains nos chemins se croisent régulièrement, pour d'autres j'espère vous croiser au hasard d'un karaoké sauvage !

Aux courageux relecteurs de mon travail, Philippe, Pascale, Papa, Maman,

Merci de votre patience et précieuse aide...parfois j'ai l'impression que le français n'est pas ma langue natale...

À tous mes amis, collègues, et personnes présentes ce jour, merci de l'aide et soutien que vous m'apportez.

TABLES DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
TABLES DES MATIÈRES	8
LEXIQUE	11
1.INTRODUCTION	13
1.1 LES SOINS NON PROGRAMMES	13
1.1.1 Définition	13
1.1.2 Organisation du système de soins non programmés en France et en Dordogne	17
1.1.2.1 ORGANISATION LIBERALE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMES	17
1.1.2.1.1 : Le médecin généraliste	17
1.1.2.1.2 La PDSA	19
1.1.2.2 ORGANISATION HOSPITALIERE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMES	24
1.1.2.2.1 le SAMU	24
1.1.2.2.2 Les SMUR	31
1.1.2.2.3 Les Structures d'urgence (SU)	33
1.2 DESERTIFICATION MEDICALE EN DORDOGNE	36
1.2.1 Etat des lieux	36
1.2.1.1 Démographie en Dordogne	36
1.2.1.2 Démographie médicale en France et en Dordogne	40
1.2.2 Influence et Conséquence de la désertification sur l'accès aux soins non programmés	45
1.3 ENCOMBREMENT/AFFLUX MASSIF DES SU	49
1.3.1 Conséquences de l'encombrement des services d'urgences	49
1.3.1.1 Impact sur les patients et la qualité des soins	49
1.3.1.2 Impact sur le personnel soignant	51
1.3.2 Solutions	53
1.3.2.1 Solutions de contrôle du flux d'entrée dans les SU	53
1.3.2.2 Solution de management interne des SU	54
1.3.2.3 Solutions de contrôle du flux de sortie des SU	56
1.3.3 Solutions en Dordogne	57
1.4 QUESTIONS DE RECHERCHE	59

2.MATERIEL ET METHODE	60
3.RESULTATS	63
3.1 NOMBRE DE REPONSES OBTENUES	63
3.2 RESULTATS DE L'ETUDE	64
4.DISCUSSION	74
4.1 ANALYSE DES RESULTATS	74
4.2 CRITIQUE DE L'ETUDE	79
4.2.1 Les forces de l'étude	79
4.2.2 Les biais et limites de l'étude	80
4.2.2.1 Le questionnaire	80
4.2.2.2 Durée et Période de soumission du questionnaire	80
4.2.2.3 Biais lié au faible taux de réponse	81
4.3 COMPARAISON AUX DISPOSITIFS EN PLACE	81
4.4 PERSPECTIVES DU PROJET AU CHP DE PERIGUEUX	83
5.CONCLUSION	85
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	86
ANNEXES	99
<i>ANNEXE 1</i> : Niveau de tri par l'IOA en SU en fonction du degré d'urgence et du délai de prise en charge médicale recommandé. Source Google Image, 2017.	99
<i>ANNEXE 2</i> : Cartographie de la Dordogne. Source Google image, Fev 2017.	100
<i>ANNEXE 3</i> : Densité des médecins spécialistes en médecine générale. Source CNOM, INSEE 2016.	101
<i>ANNEXE 4</i> : Variations des effectifs de spécialistes en médecine générale en activité régulière à l'échelle départementale. Source CNOM 2016.	102
<i>ANNEXE 5</i> : Répartition départementale des nouvelles inscriptions à l'ordre des médecins en Aquitaine. Source Atlas régionaux de la démographie médicale en France : situation en 2013.	103
<i>ANNEXE 6</i> : Cartographie de la démographie médicale des villes de Périgueux et de Mareuil. Source Cartographie interactive de la démographie médicale.	104
<i>ANNEXE 7</i> : Questionnaire de l'étude.	105
<i>ANNEXE 8</i> : Remarques et propositions des médecins généraliste de Dordogne.	109
<i>ANNEXE 9</i> : Bureau de consultation des médecins généralistes au sein de la SU de Périgueux.	112
SERMENT D'HIPPOCRATE	113

LEXIQUE

AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes de Soins d'Urgence

AMU : Aide Médicale Urgente

AMUF : Association des Médecins Urgentistes hospitaliers de France

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

ARM : Assistant de Régulation Médicale

CESU : centres d'Enseignement des Soins d'Urgence

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

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

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAM : Caisse Régionale Assurance Maladie

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EDWIN : Emergency Department Work INdex Score

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

HET : Hôpital en tension

HPST : Hopital-Patient-Santé-Territoire

IAO : Infirmier d'accueil et d'Orientation

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation

MMG : Maison Médicale de Garde

MRS : Mission Régionale de Santé

NEDOCS : National Emergency Department OverCrowding Scale

ORSEC : Organisation de la Réponse de Sécurité Civile

PIB : Produit Intérieur Brut

PDS : Permanence Des Soins
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAU : Services d'Accueil d'Urgence
SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales
SDIS : Services Départementaux d'Incendie et de Secours
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SU : Structure d'Urgence
UHP : Unité d'Hospitalisation Polyvalente
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences
POSU : Pôle Spécialisé des Urgences
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
WONCA : World Organization of Family Doctors

1.INTRODUCTION

1.1 LES SOINS NON PROGRAMMES

1.1.1 Définition

Dans les années 1970, l'instauration d'un numerus clausus drastique fut la solution proposée et adoptée par le gouvernement français devant l'inflation de la consommation médicale et des coûts en matière de soins. Pour les économistes français, une offre de soins importante était responsable d'une demande accrue et abusive de soins par la population qui majorait le déficit de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) (1).

Vingt ans plus tard, la diminution du nombre de médecins ajoutée au vieillissement de la population a entraîné une désorganisation totale du système de soins en France.

Ce constat a entraîné le développement et la généralisation des Services d'Accueil d'Urgence (SAU) sur le territoire Français.

Parallèlement, nous avons assisté au début des années 2000 à une modification des textes de loi sur les modalités d'organisation de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) qui n'est plus une obligation mais une « mission de service public », où la participation se fait sur la base du volontariat (décret du 15 septembre 2003) (1,2).

Les soins non programmés sont des soins pris de manière inhabituellement rapide sans être nécessairement urgents (3). Dans les années 2000, les SAU sont principalement devenus des services d'accueil de soins non programmés car la médecine libérale n'arrivait plus à répondre à cette demande.

Les experts ont donc été obligés de reconsidérer l'organisation du système de soins de France afin de trouver des solutions pour assurer la « prise en charge des soins non programmés » en France.

Le système de soins non programmés est complexe et fait appel à de multiples intervenants. Il regroupe l'offre de soins libéraux assurés par les médecins généralistes libéraux, la permanence des soins et les médecins correspondants du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) ainsi que l'offre de soins publique assurée par les services de soins hospitaliers et pré-hospitaliers. Chacun y joue un rôle spécifique afin d'assurer à chaque citoyen un accès aux soins équitable .

Cette offre de soins fait intervenir la notion d'urgence qui est difficile à clarifier puisqu'elle varie en fonction de l'interlocuteur. En effet :

- le Pr A.Steg définit l'urgence comme « un phénomène qui touche la santé de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète le patient et son entourage » (4).
- Pour un médecin urgentiste, l'urgence médicale est définie comme une situation du vécu humain qui nécessite une intervention médicale immédiate ou rapide sans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé.
- Pour un médecin libéral, l'urgence est un acte qui interrompt son activité.
- Selon le docteur A. Deusseur, conseiller national, délégué général à la communication, président de la commission nationale garde et urgence du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), « l'urgence se définit par la mise en danger à brève échéance – l'heure ou la demi-journée – de l'intégrité physique, voire de la vie d'une personne » . Cette définition permet de distinguer la notion d'urgence « réelle » et d'urgence « ressentie » (5,6).

La notion d'urgence entre dans la notion de consultations non programmées avec la définition proposée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Rhone-Alpes en Juin 2015 qui définit cette notion comme « toutes consultations et actes de médecine générale, sans rendez-vous et/ou associés à des actes techniques comme par exemple : la petite traumatologie, traitements antalgiques aigus, pansements, sutures, immobilisations, infectiologie, associés éventuellement avec un bilan de type électrocardiogramme, radiographie, biologie et exclue les urgences « réelles » mettant en jeu le pronostic vital à court terme dans la mesure du possible (7).

La réforme de la PDSA avec la loi Hopital-Patient-Santé-Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009 s'est fixée comme ambition de concilier la proximité de la délivrance des soins et la maîtrise de leurs coûts. « La réforme de la PDSA vise à garantir l'accès de l'ensemble de la population à la permanence des soins en médecin générale, tout en maîtrisant son coût ».

Plusieurs innovations sont contenues dans le texte. A savoir, le regroupement de l'essentiel du pilotage de la PDSA par un acteur unique au plan régional, l'ARS, une meilleure définition des soins de premier recours, la mise en place d'un nouvel outil pour les ARS : le volet ambulatoire du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et un zonage plus approfondi des activités de soins et la définition de la PDSA comme une «mission de service public».

Au total, la loi HPST réorganise en profondeur l'organisation et la planification des politiques de santé. Dans un objectif de simplification, elle crée les ARS qui se substituent à sept services de l'état et de la CPAM en place avant 2009 à savoir :

- l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)
- les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS)
- le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)
- l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)
- la Mission Régionale de Santé (MRS)
- la Caisse Régionale Assurance Maladie (CRAM) pour les parties sanitaires (8).

De plus la loi HPST propose pour la première fois une définition juridique aux soins de premier recours notamment en médecine générale : « Article L1411-11. L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'ARS au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au SROS prévu à l'article L. 1434-7.

Ces soins comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social et l'éducation pour la santé (8).

En juin 2015 une enquête quantitative par le biais d'un questionnaire envoyé à 8730 médecins généralistes libéraux d'Ile de France avec un taux de réponse de 87% montre que les demandes de soins non programmés se concentrent pour 97% entre 18h et 20h. Il en ressort aussi que pour 74% des médecins interrogés, ces derniers reçoivent entre 6 et 10 demandes de soins non programmés par jour (3).

Le constat national confirme cette enquête avec des résultats extrapolables à l'ensemble du territoire français malgré une variabilité territoriale démographique manifeste.

Devant l'accumulation de ces différentes failles dans l'organisation du système de soins en France, nous sommes aujourd'hui contraints de proposer et de mettre en place de nouvelles mesures afin d'assurer une offre de soins de qualité, équitable pour l'ensemble de la population devant un nombre croissant de demandes de soins non programmés.

1.1.2 Organisation du système de soins non programmés en France et en Dordogne

En France et en Dordogne, la prise en charge des soins non programmés est assurée par le secteur libéral et par le secteur public hospitalier et préhospitalier.

1.1.2.1 ORGANISATION LIBERALE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMES

1.1.2.1.1 : Le médecin généraliste

La première définition consensuelle est la définition proposée par Leeuwenhorst en 1974 qui définit « Le médecin généraliste » comme étant « un diplômé en médecine qui fournit des soins primaires, personnalisés et continus, aux personnes, aux familles et à la population, indépendamment de l'âge, du sexe et de la maladie ». Il prend en charge ses patients au sein « de son cabinet médical, à domicile, ou parfois même en clinique ou à l'hôpital ». Il tente d'établir un diagnostic précoce et il prendra une décision initiale pour chaque problème qui se présentera à lui. Il « pratiquera la médecine en collaboration avec d'autres collègues médicaux et non-médicaux » (9).

La dernière définition consensuelle européenne a été proposée en 2002 par la World Organization of Family Doctors (WONCA). Elle décrit la médecine générale comme étant « une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques ». C'est une spécialité clinique « orientée vers les soins primaires ». Elle gère simultanément les « problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient » et elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée (10).

Le médecin généraliste est donc le premier acteur de la chaîne de soins primaires notamment dans la prise en charge de soins non programmés. Il a pour rôle d'utiliser les ressources du système de santé de façon efficiente par la coordination des soins. Etant le premier maillon de la chaîne de soins primaires, il doit travailler avec les autres acteurs de soins primaires et les autres spécialistes dans un rôle de coordinateur et de défenseur de son patient (10).

Autrement dit, le médecin généraliste est sollicité en permanence en tant que premier acteur de soins pour des consultations non programmées du fait de sa proximité géographique, environ six à dix appels par jour en dehors des heures de la PDS (1). Le Centre de Réception et Régulation des Appels (CRRRA) étant coordinateur des soins primaires du département, il peut aussi solliciter le médecin généraliste pour consulter un patient à son cabinet ou au domicile du patient.

Bien entendu, en cas de situation d'urgence dépassant ses compétences il peut établir une relation téléphonique directe avec le CRRRA permettant de mettre en place des moyens adaptés comme un transport médicalisé ou non médicalisé vers une structure d'urgence.

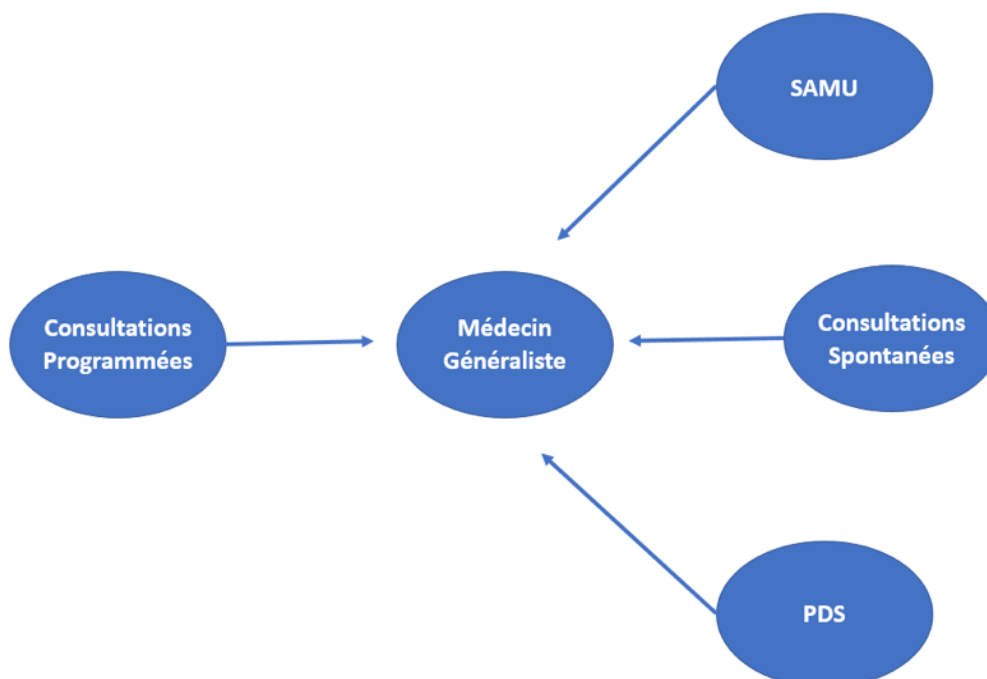


Figure 1 : Le médecin généraliste au centre des soins primaires. A droite l'ensemble des mécanismes de sollicitation du médecin généraliste pour les soins non programmés, A gauche les soins programmés. G.Kaskas, Mars 2017.

1.1.2.1.2 La PDSA

La PDSA est définie par la loi HPST comme une mission de service public assurée, sur la base du volontariat, par les médecins en collaboration avec les établissements de santé.

La PDSA permet de répondre aux demandes de soins non programmés des patients en dehors de l'heure d'ouverture des cabinets médicaux (6,11-13).

Elle est assurée par l'ensemble des médecins libéraux du secteur public volontaires :

- En semaine de 20h à 8h
- Dimanche et jours fériés de 8h à 20h
- Samedi de 12h à 20h

La mission de la PDSA repose sur :

- La régulation médicale.
- Le découpage de territoire de soins avec au moins un médecin effecteur par territoire, c'est le recours de premier niveau.
- Les SAU et établissements de santé, sont les recours de deuxième niveau (12).

Depuis le 1er avril 2012, les ARS sont soumises à la création d'un cahier des charges régional qui précise l'organisation et la rémunération des médecins qui y participent. Ce cahier des charges définit donc l'organisation du dispositif de la PDS en tenant compte des besoins de la population, des moyens disponibles (hospitaliers et extra-hospitaliers) et de la cohérence avec les dispositifs réglementaires (ambulances, pharmacies).

Au niveau départemental, Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS) est l'instance compétente qui veille au respect du cahier des charges régional et à son ajustement au niveau départemental en fonction des besoins.

- La PDSA en DORDOGNE

La réorganisation du cahier des charges de 2015 en Aquitaine repose sur les deux principes suivants (12,14) :

- La PDSA en nuit profonde de minuit à huit heures a été arrêtée dans 16 des 29 secteurs devant la faible affluence durant cette tranche horaire et surtout la proximité à moins de trente minutes d'un SAU pour la grande majorité du territoire.
- Le nombre des territoires de la PDSA a été diminué en mutualisant une partie de ceux ci, avec un temps maximal acceptable de trajet pour le patient de trente minutes pour accéder aux soins. Cette nouvelle division tient compte de la qualité du réseau routier, de la population du secteur et du nombre de médecins volontaires.

La rémunération des médecins effecteurs est fixée à 50 euros par tranche de quatre heures auquel s'ajoutent les honoraires des actes effectués. Dans certains secteurs avec un temps de trajet supérieur à trente minutes, la rémunération peut être doublée sur la tranche 20h-8h.

En Dordogne, l'organisation des territoires de la PDSA est défini par :

- Un découpage en 29 territoires de la PDSA.
- 13 secteurs assurant la PDSA en nuit profonde de 00h à 8h.

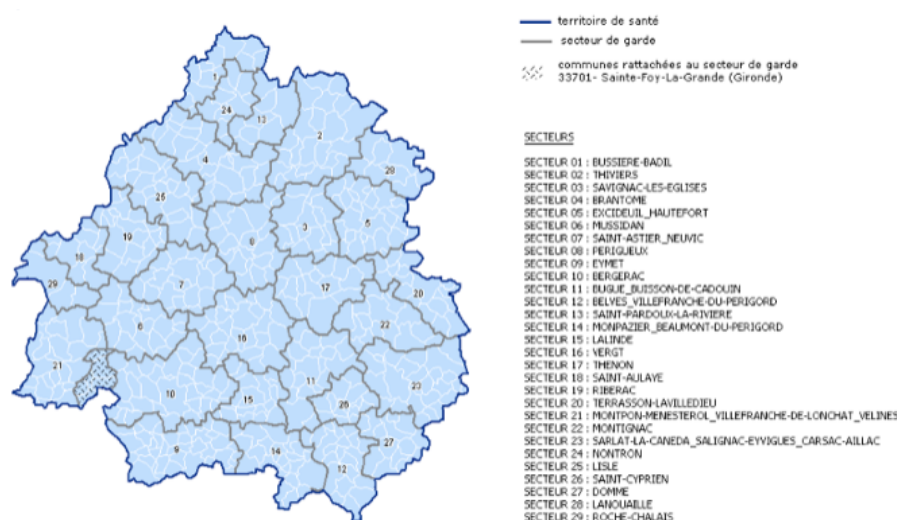


Figure 2 : Sectorisation en 29 territoires de la PDSA Dordogne. Source ARS Aquitaine, Cahier des charges régional de la PDSA, Fev 2013.

On dénombre une seule Maison Médicale de Garde (MMG) qui est un lieu fixe où l'on dispense des soins de médecine générale uniquement pendant les heures de la PDS :

- MMG de Bergerac située au sein de l'Hôpital Samuel Pozzi.

Les SAU assurant la permanence des soins sont au nombre de quatre :

- Centre Hospitalier Jean Leclaire (Sarlat-la-Caneda).
- Centre Hospitalier de Périgueux.
- Centre Hospitalier de Samuel Pozzi (Bergerac).
- Clinique Francheville à Périgueux.



Figure 3 : Communes de Dordogne dans lesquelles un SU est implanté. Source ARS Aquitaine, Cahier des charges régional de la PDS, Fev 2013.

En Dordogne, plus de 80% des médecins généralistes sont inscrits sur la liste de la PDSA. Sur chacun des territoires du découpage du département de la Dordogne, une réponse médicale est donc apportée par un ou plusieurs médecins d'astreinte dénommés médecins effecteurs.

Conformément à l'article R. 6315-2 du code de la santé publique, dans chaque territoire de la permanence des soins, les médecins effecteurs « volontaires » sont tenus d'établir un tableau de garde pour une durée minimale de trois mois précisant le nom, la modalité et le lieu de dispensation des actes de chaque médecin.

Le tableau est ensuite transmis au plus tard dix jours avant sa date de mise en œuvre au directeur général de l'ARS, au préfet du département, au SAMU, aux médecins et associations concernées et aux caisses primaires d'Assurance Maladie par le Conseil de l'Ordre des Médecins du département (12).

Après régulation médicale d'un appel concernant la PDSA, le médecin effecteur assure les consultations soit à son cabinet, soit dans des locaux spécifiquement dédiés à la PDSA comme une MMG ou un autre point fixe de garde (12).

Donc, l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le Centre de Réception et de Régulation de Appels (CRRA) du SAMU du département.

- La régulation médicale et la PDSA :

La régulation des appels constitue la première étape de la réponse à une demande de soins non programmés pendant la période de la permanence des soins.

Le numéro d'appel du SAMU assure la coordination de la médecine pré-hospitalière. Son CRRA, le « Centre 15 », offre une écoute médicale permanente afin de déterminer et de déclencher dans les délais les plus brefs la réponse la plus adaptée à la nature des appels.

Pour l'appelant, l'objectif est d'obtenir une réponse et des moyens de prise en charge adaptés à la nature de son problème.

Pour l'appelé (Assistant de régulation Médicale (ARM) et/ou médecin régulateur), l'objectif est de choisir les moyens à mettre en oeuvre en fonction de la nature de l'appel (12).

Organisation de la régulation libérale de la PDSA en Dordogne par un à trois médecins généralistes régulateurs :

- Lundi au vendredi : 19h- 20h00 : 1 régulateur, 20h00 - 24h00 : 1 régulateur.
- Samedi : 12h00 - 22h00 : 2 régulateurs, 22h00 - 24h00 : 1 régulateur.
- Dimanche, jours fériés, ponts : 8h00 - 12h00 : 3 régulateurs, 12h00 - 22h00 : 2 régulateurs (15).

A partir de minuit, tous les appels arrivant au SAMU-Centre 15 sont gérés par le médecin régulateur de l'Aide Médicale Urgente (AMU) (12,14).

En Dordogne, le centre 15 se situe dans les locaux du SAMU 24 implantés au niveau du centre hospitalier de Périgueux. La régulation médicale y est assurée pour l'ensemble du département 24h/24 et 7J/7 dans le cadre de l'AMU. Au mois de mars 2017 le SAMU 24 dispose de 18 médecins régulateurs hospitaliers.

1.1.2.2 ORGANISATION HOSPITALIERE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMES

Les soins non programmés sont actuellement en grande partie pris en charge grâce à l'organisation hospitalière notamment en dehors de la période d'ouverture des cabinets de ville et le weekend.

1.1.2.2.1 le SAMU

Le SAMU et la médecine d'urgence retrouvent leurs origines dans ce que l'on appelait autrefois la « médecine de l'avant » qui est une notion ancienne. Sans remonter à la plus haute antiquité, on remarque qu'Ambroise Paré développait la conception d'une chirurgie moderne sur les champs de bataille des guerres d'Italie et imposait la présence de médecins ou de chirurgiens prenant en charge le plus rapidement possible les blessés (16).

La médecine d'urgence va bénéficier des découvertes scientifiques qui marquent les XVIème XVIIème et XVIIIème siècles et tout particulièrement sur la respiration et la circulation sanguine fondées sur les conceptions de Harvey et de Lavoisier sur la combustion (16).

En 1740, Réaumur dans son "avis au peuple pour donner les secours à ceux que l'on croit noyés » développe des techniques de prise en charge encore reprises de nos jours. En 1773, Dr P.Piat fait placer le long de la Seine des coffrets de réanimation pour la prise en charge des noyés permettant notamment de réanimer 35 des 41 personnes repêchées dans la seine en 1775 (16).

En 1790, près de 130 villes françaises sont équipées de ces coffrets de premiers secours.

Par la suite, Dr J.Hunter, décrit pour la première fois d'une manière complète, l'assistance respiratoire. Le massage cardiaque externe, quant à lui, ne sera décrit qu'en 1900.

C'est d'ailleurs le baron Larrey, chirurgien de Napoléon, qui développera pendant les campagnes napoléoniennes et tout particulièrement pendant la retraite de Russie, la notion même de chaîne des secours, depuis la prise en charge à l'avant des blessés jusqu'à l'arrière où les traitements se font au sein d'un hôpital. On voit alors apparaître les premières ambulances médicalisées qui prendront en charge le blessé, le traiteront en urgence et le transporteront vers l'arrière (16).

Cette conception moderne de la prise en charge des blessés sur terrain militaire sera développée tout au long du XIX^{ème} siècle. Mais il faut attendre la guerre de Crimée et la naissance de la Croix-Rouge pour qu'apparaisse la notion d'intervention médicale de type civil tant sur terrain militaire qu'en période de paix (16).

Parallèlement on voit émerger à la fin du XIX^{ème} siècle une nouvelle discipline médicale qui sera appliquée par la suite à la médecine d'urgence, l'anesthésiologie.

Les nouvelles méthodes de réanimation respiratoire avec des techniques d'intubation et de ventilation contrôlée par respirateur, mettant fin définitivement aux anciennes techniques fondées sur la respiration artificielle par poumon d'acier, sont développées lors des grandes épidémies de poliomyélite du début des années 50.

Le premier service mobile de réanimation fut créé à Paris en 1956 par le professeur Maurice Cara (hôpital Necker), pour le transport inter-hôpital de patients sous assistance respiratoire lors d'une épidémie de poliomyélite (16).

Parallèlement, l'explosion du marché automobile et son cortège d'accidents routiers ont accéléré le développement des techniques et équipements de médecine d'urgence pré-hospitalière.

Par la suite, c'est le ministère des transports qui, dans sa recherche d'une meilleure sécurité routière, va aider au développement des premiers Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Ces SMUR, dont la création est due au Pr Louis Serre (Montpellier), sont officialisés en 1965 et tout au long des années 70, se multiplient rapidement et interviennent de manière de plus en plus massive dans chaque département français. C'est en 1976, qu'une loi définit pour la première fois l'existence des SAMU et crée un service hospitalier portant ce nom (16).

En 1986, la loi sur l'AMU définit clairement les missions du SAMU, lui donne un numéro d'appel national, le numéro 15, numéro d'appel unique, gratuit, départementalisé et accessible à tous et crée ce que l'on va appeler par la suite un centre 15, le CRRA. Les SMUR, voient également leur existence propre clairement définie (16,17).

Cette Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'AMU et aux transports sanitaires définit dans l'article 1 qu'il est créé « dans chaque département un comité de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, présidé par le représentant de l'Etat dans le département et comprenant notamment des représentants des collectivités territoriales. La composition et le fonctionnement de ce comité sont déterminés par décret en Conseil d'Etat». Dans l'article 2, elle définit que « L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. » (17).

Son organisation comprend le CRRA, le SMUR et le Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU).

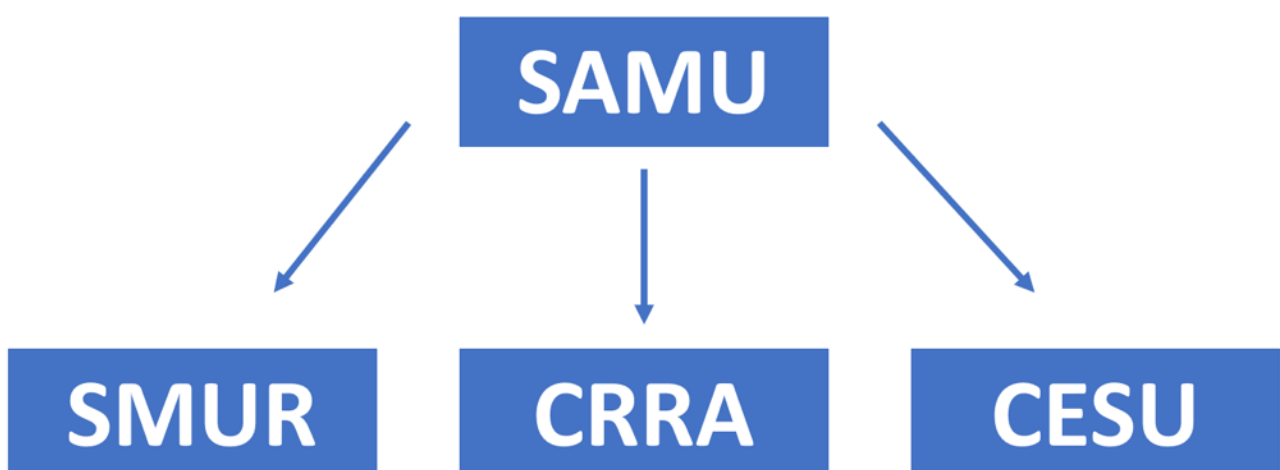


Figure 4 : Organisation du SAMU comprenant les trois entités obligatoires : SMUR, CRRA et CESU. G.Kaskas, Mars 2017

Les missions du SAMU ont été définies dans le décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 et abrogées par le décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 (18). En 2017, l'article 6123-15 du code de santé publique définit les missions du SAMU (19) :

- Participent à l'AMU de façon active et reconnue.
- Ont pour mission de répondre à une situation d'urgence par des moyens exclusivement médicaux.
- Assurent une écoute médicale permanente de régulation des appels.
- Par l'intermédiaire de la régulation médicale, déterminent et déclenchent la réponse médicale la mieux adaptée à la nature de l'appel, dans le délai le plus rapide.
- Assurent le transport des patients si besoin vers un établissement de soins adapté, par le moyen d'un service de transport sanitaire adapté, public ou privé après s'être assuré de la disponibilité des moyens d'hospitalisation adaptés à l'état du patient.
- Assurent l'organisation de l'accueil et des transports sanitaires intra ou inter hospitaliers des patients.
- Participent à l'élaboration et au déroulement des plans de secours en particulier lors des grands rassemblements de foule et accidents impliquant un grand nombre de victimes (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile ou ORSEC..).
- Ont un rôle de formation et d'enseignement de la médecine d'urgence des personnels de santé aux gestes et techniques d'urgence notamment par l'intermédiaire du CESU (19).

La Régulation médicale est un acte médical, pratiqué au téléphone par un médecin régulateur. Elle assure une écoute médicale permanente et permet de dispenser le « juste soin » 7j/7 et 24h/24 dans un CRRA. Elle permet après réception d'un appel par un Assistant de Régulation Médicale (ARM) puis évaluation médicale par un médecin régulateur de déterminer et de déclencher dans les meilleurs délais la réponse adaptée à chaque situation. Elle commence lors de la réception de l'appel et se termine à la fin de la mission de soin sur le patient (20).

Plusieurs réponses peuvent être apportées selon le degré d'urgence :

- R4 : Conseil médical, qui peut être suivi d'une prescription médicamenteuse par téléphone conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en février 2009.
- R3 : Consultation par le médecin de garde du secteur ou aux urgences de l'hôpital de secteur.
- R2 : Envoi d'une ambulance ou d'un VSAB (transport non médicalisé) pour un transport aux urgences de l'hôpital le plus proche.
- R1 : Intervention d'une équipe médicalisée du SMUR en cas de signes de gravité.

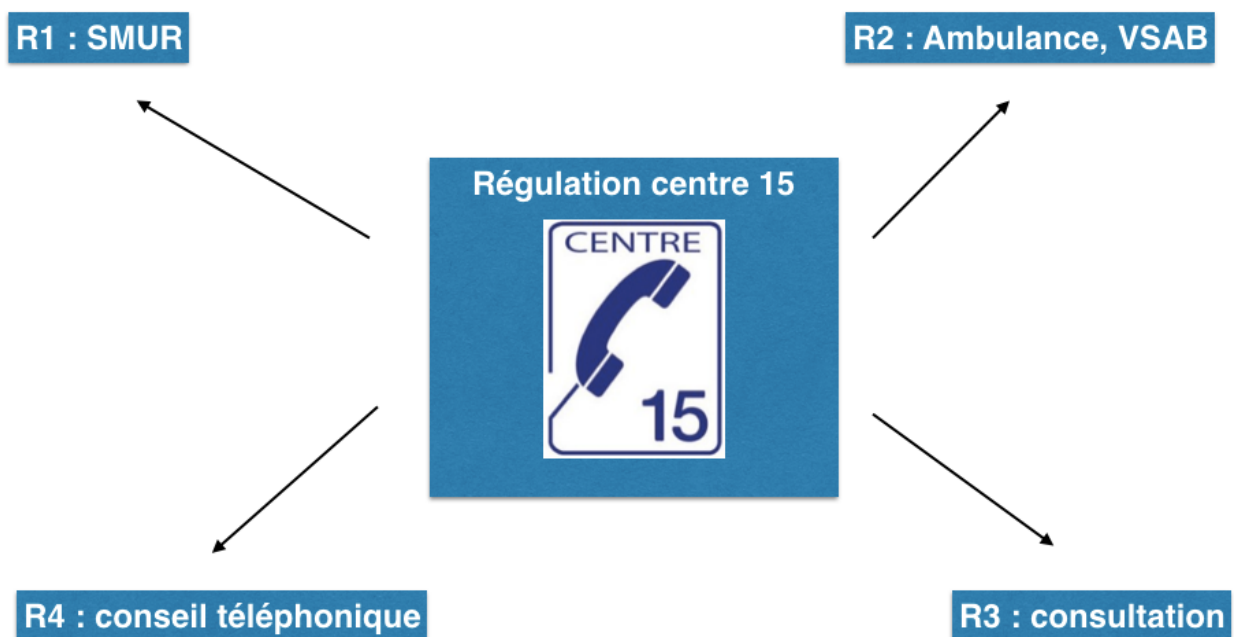


Figure 5 : Réponses apportées par le centre 15 en fonction du degré d'urgence de l'appelant classées de R1 (urgence vitale) à R4 (pas d'urgence « réelle ») .

G.Kaskas, Mars 2017

Les CRRA, possèdent un numéro unique à l'échelle nationale : le 15, gratuit, pour les urgences médicales, en complément d'autres numéros existants : le 17 pour la police et le 18 pour les pompiers.

Il est ouvert 24h/24 et 7j/7 et permet de garantir une réponse médicale à la demande de soins non programmés de façon permanente sur l'ensemble du territoire français.

Pour ce faire, des recommandations professionnelles préconisent de les doter en ressources humaines et technologiques adaptées et performantes pour répondre à la demande de soins urgents et non programmés et de contribuer à mettre en œuvre le principe du « juste soin » (21,22-23).

En France, on dénombre actuellement 105 SAMU/CRRA pour 100 départements (5 départements disposent de deux SAMU dont les Pyrénées Atlantiques où cohabitent les SAMU Bayonne 64A et Pau 64B).

Ainsi tous les appels d'urgence effectués sur le 15 dans un département sont reçus par le CRRA-Centre 15 en fonction de la sectorisation nationale. Ces appels sont d'abord pris en charge par un ARM qui passe l'appelant au « médecin régulateur » du SAMU ou au médecin régulateur libéral, qui va, en fonction des informations qu'il obtiendra de l'appelant, décider de la réponse à apporter au problème posé (21,23).

L' ARM a pour rôle (20, 24) :

- De réceptionner, de localiser et d'orienter les « appels téléphoniques entrants » dans un contexte d'urgence réelle ou ressentie.
- Lors de la réception d'un appel, de récupérer les coordonnées précises (téléphone, adresse, nom du médecin traitant..), le motif de l'appel, les attentes de l'appelant et les circonstances de l'appel. Il note les caractéristiques du patient (Poids, Age, Sexe), dans certain cas, il qualifie le niveau d'urgence.
- De créer le dossier de régulation.
- De prioriser l'orientation vers le médecin régulateur du SAMU centre 15, urgentiste ou libéral, dans le cadre d'un travail en binôme en fonction du degré d'urgence évalué dans le cadre de protocoles établis en interne par des sociétés savantes et professionnelles.
- De gérer les flux et moyens définis par le médecin régulateur, en assurant la traçabilité jusqu'à la fin de la prise en charge du patient.

- Dans les situations d'urgence engageant le pronostic vital, il peut, sur protocole, déclencher une action réflexe avec engagement immédiat de moyens lourds, sans validation préalable par le médecin régulateur.

Il doit être en possession de l'Attestation de Formation aux Gestes de Soins d'Urgence (AFGSU).

Le médecin régulateur peut être un médecin urgentiste qualifié ou un médecin généraliste formé à la régulation médicale dans le cadre de la PDSA. Il a pour rôle (12,14,20) :

- La responsabilité de l'ensemble des réponses apportées aux appels du CRRRA.
- Au cours d'une consultation téléphonique rapide, il prend en compte le motif, le contexte, les symptômes présentés par le patient, ses antécédents, ses attentes afin rétablir une ou plusieurs hypothèses diagnostiques.
- D'évaluer le degré d'urgence notamment à l'aide de protocoles établis en interne avec des algorithmes de prise en charge.
- De donner une réponse adaptée à la situation présentée par le patient. Il peut s'agir d'un conseil médical, d'une prescription, de l'orientation vers une consultation médicale, d'un transport sanitaire en ambulance, des pompiers ou des secouristes ou de l'intervention d'un effecteur médical (médecin généraliste de la PDS, SMUR...).
- On différencie donc la réponse avec et sans déclenchement de moyens.

Au cours de la période de régulation médicale, la fonction de médecin régulateur est effectuée de façon exclusive de toute autre fonction.

Les CESU sont implantés dans les hôpitaux publics sièges de SAMU. Leur organisation et leurs missions sont réglementées par décret depuis 2007. En 2011, 97 CESU sont recensés sur le territoire français.

Les CESU entrent dans la mission d'enseignement du SAMU en organisant des formations en soins d'urgence au quotidien et en situation d'exception assurées par des professionnels de santé exerçant en structure d'urgence. Ces formations sont essentiellement destinées aux personnels médicaux, paramédicaux et à tout professionnel travaillant dans le milieu sanitaire et médico-social (20,25).

1.1.2.2.2 Les SMUR

Comme nous l'avons vu précédemment, la notion d'équipe mobile médicalisée est ancienne et remonte au temps des guerres napoléoniennes. C'est en 1965 que le décret du 2 décembre définit et impose aux 234 hôpitaux habilités à prendre en charge les accidentés de la route de disposer d'au moins une ambulance avec un ambulancier et une infirmière ou médecin (16, 26).

C'est le centre 15 qui, après régulation médicale, va déclencher une réponse engageant l'intervention de la SMUR comme effecteur médical.

Pour les moyens terrestres, les SMUR sont composés par réglementation d'un ambulancier, d'une infirmière qualifiée et d'un médecin smuriste.

Pour les moyens hélicoptérés, l'ambulancier est remplacé par le pilote auquel s'ajoute un co-pilote de vol (27).

Les unités mobiles hospitalières se composent d'ambulances de réanimation (AR), de véhicules légers médicalisés (VLM) et /où des SMUR hélicoptérés (HeliSMUR). Ces véhicules doivent contenir l'équipement médical nécessaire pour permettre une prise en charge de réanimation en extra-hospitalier (27).

Ces unités mobiles peuvent être propres à l'hôpital, partagées par convention avec des Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) ou appartenir à des entreprises privées de transport sanitaire (28).

A noter que L'article L.6112-5 du code de santé publique assure l'interconnexion du 15 et du 18 permettant au mieux l'interconnexion des informations en cas de déclenchement simultané des deux services sur une intervention (28).

Les SMUR ont pour mission :

- De prendre en charge en extra-hospitalier, sur le lieux de l'incident, une situation de détresse médicale, avec le plus souvent, un pronostic vital potentiellement engagé.
- D'assurer les gestes et soins d'urgence de la prise en charge du patient jusqu'à l'arrivée dans le lieu de prise en charge adapté désigné par le SAMU. C'est le transport primaire.

- D'assurer le transport médicalisé de patient nécessitant une prise en charge réanimatoire entre deux établissements de santé. C'est le transport secondaire (27).

Ces missions sont assurées 24h/24 et 7j/7, 365 jours par an. Ces équipes SMUR ont été la clé qui a permis à 98% des Français de bénéficier actuellement du délai recommandé par le ministère de la santé afin d'accéder à une structure de soins en moins de 30 minutes. Dans les rares zones situées au delà des 30 minutes d'accès, les 265 Médecins Correspondants de SAMU apportent les premiers soins en attendant l'arrivée d'une équipe hospitalière (27,28).

Les 428 SMUR de France ont un objectif principal commun : réduire au maximum l'intervalle libre médical. C'est à dire assurer le plus rapidement possible un patient en situation de détresse vitale vers la structure médicale adaptée tout en administrant les premiers soins de réanimation si nécessaire (27).

Les locaux des SMUR doivent obligatoirement :

- Se situer au sein d'un établissement de santé, à proximité d'un SAU.
- Disposer des moyens de télécommunications lui permettant d'être en liaison permanente avec le SAMU et avec ses propres équipes.
- Disposer d'une salle équipée des moyens bureautiques à visée opérationnelle.
- Avoir un garage pour les moyens de transport terrestres.
- Avoir un local dédié et sécurisé pour la pharmacie le stockage et la décontamination du matériel biomédical et des incubateurs.
- Une salle de travail, de repos, avec chambres, sanitaires et vestiaires (29).

En Dordogne, on dénombre quatre équipes SMUR, à savoir deux à Périgueux, une à Sarlat et une à Bergerac. Le CH de Périgueux possède un HéliSMUR couvrant l'ensemble du département. Le SMUR de Périgueux est par ailleurs responsable de l'ensemble des transports secondaires du département.

1.1.2.2.3 Les Structures d'urgence (SU)

Les SU sont des structures de prise en charge des patients, une porte d'entrée dans le parcours de soins, ouvertes 24h/24, 365 jours par an.

Elles font partie d'un établissement privé ou public et ont l'obligation de prendre en charge médicalement toute personne se présentant en situation d'urgence réelle ou ressentie. Ce sont donc des structures d'accueil et de prise en charge des soins non programmés (27).

Historiquement, les décrets 95-647 du 9 mai 1995 et 97-615 du 30 mai 1997 faisaient la différence entre un « Service d'accueil et de traitement des urgences », une « antenne d'accueil de traitement et d'orientation des urgences » et un « pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences ». Ces notions ont ensuite été remplacées par les structures suivantes : SAU, Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU) et les Pôles Spécialisés des Urgences (POSU).

Depuis les décrets du 22 mai 2006 il est défini une appellation unique pour ces structures : les SU ou « Structures des Urgences » qui doivent répondre aux mêmes missions et au même cahier des charges (27).

Les missions communes des SU sont (30,31) :

- Accueillir en permanence toute personne en situation d'urgence.
- Maintenir les fonctions vitales et fonctionnelles du malade.
- Identifier les problèmes médicaux.
- Mettre en route le traitement.
- Orienter vers le bon endroit au bon moment.
- Assurer l'observation, les soins et la surveillance des patients.

Une structure d'urgence doit disposer :

- D'une zone d'accueil préservant la confidentialité. C'est là que se fait l'enregistrement administratif, l'orientation initiale, l'attente des patients valides « non urgents » et l'accueil des familles.

- D'un espace d'examen et de soins, comportant selon des structures un circuit classique avec accueil des patients en box et réalisation d'examens complémentaires et un circuit court pour les consultations et la petite traumatologie. Selon l'afflux, il peut y avoir une filière psychiatrique, pédiatrique...
- D'au moins une salle d'accueil des urgences vitales comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate, le déchocage ou Service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV).
- D'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la structure.

Le personnel nécessaire et obligatoire pour avoir le statut de SU comprend (31) :

- Un nombre de médecins suffisant pour qu'au moins l'un d'entre eux soit présent en permanence.
- Un nombre d'infirmiers suffisant pour qu'au moins l'un d'entre eux soit présent en permanence sous l'encadrement d'un cadre infirmier des urgences.
- Un Infirmier d'Accueil et d'Orientation de la prise en charge du patient (IAO). Ce dernier utilise par délégation du médecin présent dans la structure, les protocoles internes d'orientation avec une cotation du niveau d'urgence de la prise en charge en cinq niveaux (ANNEXE 1).
- Si nécessaire, des puéricultrices, des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture et des agents des services hospitaliers qualifiés.
- Le personnel chargé du brancardage.
- Un agent chargé des admissions.
- Un assistant de service social.
- Un personnel de secrétariat.

Aujourd'hui, on compte 655 structure d'urgence permettant d'assurer de façon continue la prise en charge de soins urgents ou non urgents, non programmés et 80% appartiennent au service public hospitalier (27).

A l'heure actuelle, du fait de l'afflux massif observé dans les SU en parallèle au problème de désertification médicale, le cahier des charges de l'ARS rappelle que leur fonction première est l'accueil de patients en situation d'urgence. L'accueil de patients relevant de la PDS ne devrait être envisagé que comme un recours de deuxième niveau. A préciser que le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 précise que la PDS peut être également assurée par les établissements de santé dans certaines situations, en relais de la médecine libérale, notamment en nuit profonde compte tenu de la faible activité observée (12).

Avant tout chose, il est indispensable de faire un état des lieux de la démographie en Dordogne.

1.2 DESERTIFICATION MEDICALE EN DORDOGNE

1.2.1 Etat des lieux

1.2.1.1 Démographie en Dordogne

Histoire du département en quelques lignes

La Dordogne, département français de la région Nouvelle Aquitaine doit son nom au cours d'eau qui la traverse : La Dordogne. Il à été créé lors de la Révolution Française, le 04 mars 1790 pour être précis, sur une partie de l'ancienne province du Périgord.

Son blason est, depuis le temps des rois, « de gueules aux trois lions d'or couronnés, armés et lampassés d'azur » (32-34).

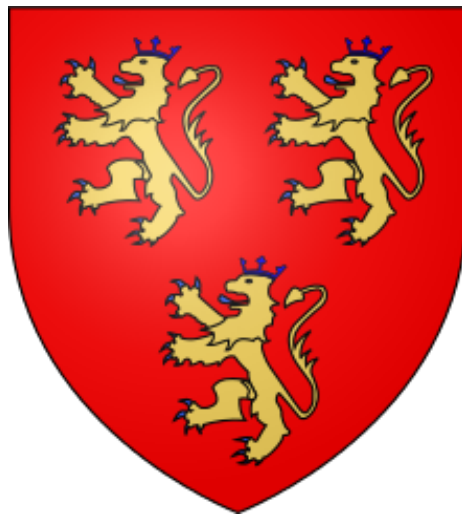


Figure 6 : Blason de la Dordogne : « de gueules aux trois lions d'or couronnés, armés et lampassés d'azur ». Source Wikipédia.

Géographie de la Dordogne

La Dordogne, département numéro 24, est le troisième département Français métropolitain par sa superficie puisqu'elle s' étend sur 9060 km². Depuis la réforme territoriale de 2015 effective depuis le premier janvier 2016, elle appartient à la région Nouvelle Aquitaine, résultat de la fusion des anciennes régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes (ANNEXE 2).

La région Nouvelle Aquitaine regroupe douze départements, s'étend sur 84061 kilomètres carrés et compte 5 844 177 habitants (35). Elle est à ce jour la plus vaste région de France en terme de superficie et Bordeaux, sa plus grande ville, est au cœur d'une agglomération de plus de 870 000 habitants (35).

La Dordogne, département de 9060 km² avec 45 % de son territoire boisé est aussi le troisième département forestier de France. Feuillus, conifères, prairies, nombreuses collines, vallons, vallées, vignes, truffières, falaises, cours d'eau, gorges et grottes apportent au département des paysages variés ruraux, et parfois difficiles d'accès (36-38).

La préfecture de la Dordogne est Périgueux depuis 1791 et représente la capitale culturelle et touristique du Périgord blanc, dans la vallée de l'Isle, au centre du département. C'est aussi le centre du principal bassin d'emploi du département (36,37).

Le département compte trois sous-préfectures : Bergerac, Sarlat-la-Caneda et Nontron (36).

A ce jour, la subdivision du département compte 4 arrondissements, 4 circonscriptions législatives, 25 cantons, 20 intercommunalités, et 520 communes (36).

Réseau routier en Dordogne :

Le réseaux routier du département s'étend sur 18 939 kilomètres.

Les principaux axes qui permettent de traverser le département sont représentés par deux voies nationales , la RN 21 du Nord au Sud et la RN 89 d'Est en Ouest et 'autoroute A89, reliant Bordeaux à Lyon via Clermont Ferrand (39,40).

Le reste du réseau est ancien et ses routes font l'objet de nombreux signalements sur leur dégradation comme le signale l'association « 40 millions d'automobilistes » qui vient de publier les résultats de son enquête participative menée entre novembre 2015 et mars 2016 sur la dégradation du réseau routier en France (41).

Démographie de la Dordogne

Les derniers chiffres validés par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) parus en septembre 2016 (sur la base de la population de 2013) font état pour le département :

- 416 909 habitants sur 9060 km² de superficie.
- La densité est de 46 habitants/Km² en moyenne.
- Le taux annuel moyen de variation de la population est de +0.4% (entre 2008 et 2013).
- Le nombre de naissances domiciliées est de 3255 en 2015.

Le nombre de décès domiciliés est de 5492 en 2015 (42).

La Dordogne est un département attractif par son tourisme mais sa population est vieillissante. Au premier janvier 2015 la population âgée de moins de 24 ans représentent 23.9% de la population totale du département, les 25-59 ans représentent 41.8% et les personnes ayant 60 ans ou plus représentent 34.3% de la population dont 13.6% ont au moins 75 ans. La moyenne française est de 24.5% pour les 60 ans et plus dont 9.1% de plus de 75 ans (42,43).

D'après les relevés de l'INSEE la Dordogne est donc à la troisième place des départements ayant la population la plus vieille de France (métropole et outre mer) après les départements du Lot et de la Nièvre (43).

Malgré son attractivité avec un solde migratoire annuel entre 2008 et 2012 de +0.7%, la croissance annuelle de sa population est de 0.4% du fait d'un solde naturel négatif (-0.3%) (42).

De plus, la Dordogne qui, par son nombre d'habitants, est placée à la cinquième position des départements les plus peuplés de la région Nouvelle Aquitaine souffre d'une grande disparité en termes de densité.

Avec ses 46 habitants/Km², elle est loin de la moyenne régionale de 70habitants/Km². Au sein même du département, la densité maximale est retrouvée autour de Bergerac et de Périgueux, le reste du territoire étant très rural avec une densité de population souvent inférieure à 25 habitants/Km². Seulement 6 habitants sur 10 habitent en zone urbaine pour une moyenne régionale de 8 sur 10 (43).

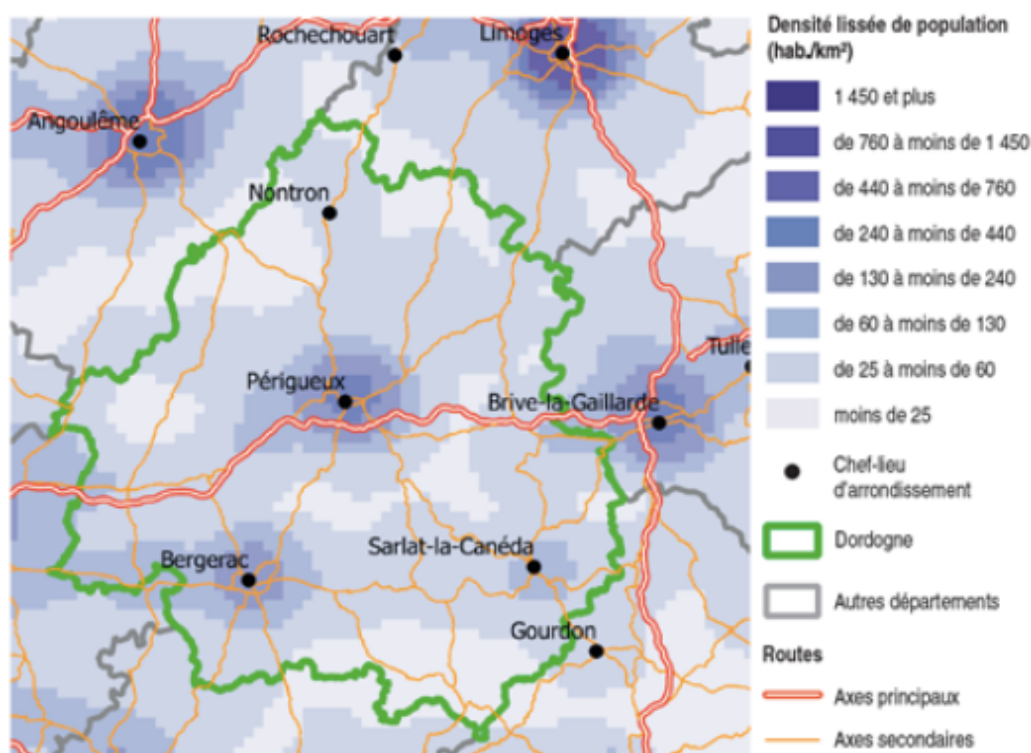


Figure 8 : Densité de population en Dordogne, une concentration plus dense autour de Périgueux et de Bergerac. Source INSEE 2016

Remarque : Le département a connu la plus forte progression de chômage de la région depuis la crise économique dite des « subprimes » (+ 3,7% entre 2008 et 2014) (43). Selon les chiffres officiels de l'INSEE publiés en septembre 2016, le taux de variation annuel d'emploi dans le département est négatif (-0,2% par an) alors que sur le plan national on note une hausse annuelle de +0.2% (42,44). Les derniers chiffres provisoires du troisième trimestre 2016 calculés par rapport à la population active font état d'un taux de chômage en Dordogne de 10.5% pour une moyenne Française de 9.7% (44,45).

En conclusion, la Dordogne est un département très vaste où vit une population vieillissante malgré son attractivité touristique et l'augmentation progressive de son taux d'habitants. La population y est regroupée autour des préfectures et sous-préfectures et le réseau routier y est encore précaire avec de nombreuses zones ayant un accès parfois difficile.

Nous comprenons donc que la démographie périgourdine est déjà, à elle seule, un frein pour la population à un accès facile et équitable aux soins, d'autant plus lorsqu'il s'agit de soins et de consultations non programmées.

1.2.1.2 Démographie médicale en France et en Dordogne

En France, on compte 88 886 médecins généralistes en activité régulière (tous mode d'exercice confondus) au 1er janvier 2016 soit une diminution de 8.4% depuis 2007. D'après le taux de croissance annuel moyen, on envisage en 2025 une baisse considérable du nombre de médecins généralistes en France atteignant 81455.

La densité nationale moyenne est de 131 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Cette diminution du nombre de médecins généralistes touche l'ensemble du territoire français; cependant, l'analyse régionale de l'effectif et de sa variation fait état d'une grande disparité territoriale (46,ANNEXE 3-4).

La densité régionale en Nouvelle Aquitaine des médecins généralistes en activité est de 142.2 pour 100 000 habitants soit une densité supérieure à la moyenne nationale mais il faut être vigilant car il s'agit de la région qui connaît l'une des plus grande disparité territoriale avec de nombreux déserts médicaux malgré ces chiffres rassurants. En effet, en terme de chiffres, la région est à la 4eme place des régions ayant la plus forte densité de médecins généralistes en activité et entre 2007 et 2016 elle représente la 9e région de France ayant connu la plus importante diminution du nombre des médecins (46).

La Dordogne, représente seulement 2.5% des nouvelles inscriptions à l'Ordre des médecins de la région Aquitaine en 2016 (ANNEXE 5).

Elle est le deuxième plus grand désert médical de la région après le Lot-et-Garonne avec une densité de médecins généralistes de 117.3 pour 100 000 habitants soit 504 médecins généralistes tout mode d'exercice confondu, dont 305 hommes pour 199 femmes.

Le département a subi une baisse de 14% de son effectif entre 2007 et 2016 donc bien au delà de la moyenne nationale et régionale. La prévision pour 2025 fait état de 489 médecins généralistes pour le département tout mode d'exercice confondus.

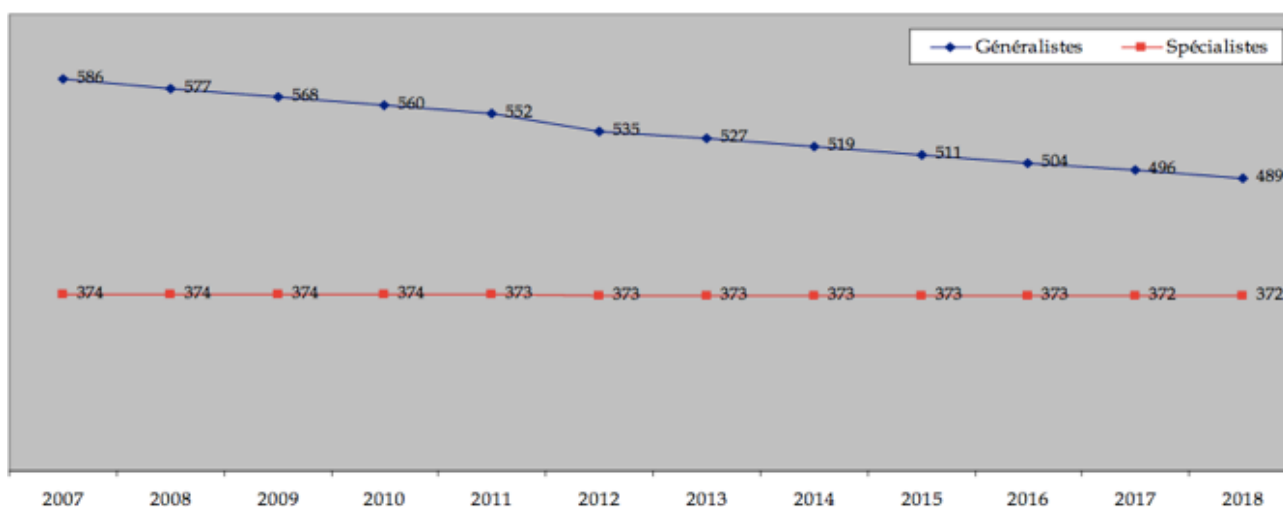


Figure 9 : Nombre de médecin généraliste (en bleu) et de médecins spécialistes (en rouge) en Dordogne. Atlas de la démographie médicale en Dordogne, CNOM 2013.

Dans le département, on recense 344 médecins généralistes ayant une activité mixte ou libérale (au 1er janvier 2016). La densité est alors de 80 médecins généraliste pour 100 000 habitants soit une baisse de 20.4% entre 2007 et 2016 (46-47).

Au sein de la Dordogne, grand désert médical français, on note une grande variabilité territoriale. La Préfecture, Périgueux enregistre la densité la plus élevée avec 101 médecins généralistes pour 100 000 habitants et enregistre une baisse de 12.3% entre 2007 et 2016. Les sous préfectures, enregistrent des baisses plus élevées à savoir 29.7% pour Bergerac avec une densité de 66/100 000 habitants et 27.3% pour Sarlat-la-Caneda avec une densité de 75/100 000 habitants. Le reste du département connaît des taux de variabilité encore plus inquiétants allant jusqu'à une baisse de 80% dans le bassin de vie de Mareuil avec une densité médicale de 32/100 000 habitants (ANNEXE 6).

Cette situation n'est pas isolée dans le département et elle est d'autant plus préoccupante que l'on s'éloigne des zones urbaines (48).

L'âge moyen des médecins généralistes en Dordogne est de 52 ans dont 27.3% sont âgés de 60 ans ou plus et 16% ont moins de 40 ans. On compte sur le territoire un taux record de 7.4% de retraités actifs (46). C'est le département de la région qui compte le taux le plus faible de jeunes médecins et le deuxième taux le plus élevé de médecins de 60 ans ou plus après le Lot-et-Garonne. De plus, l'âge moyen classe le département en première position en terme de vieillesse des médecins généralistes en activité (47).

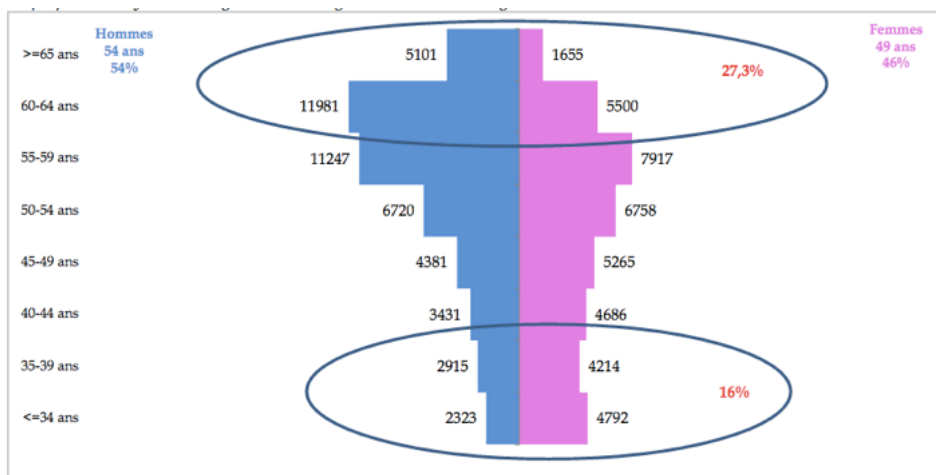


Figure 10 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière en France.
Atlas de la démographie médicale 2016, CNOM.

On constate une féminisation de la profession avec un taux d'augmentation de 20.1% entre 2007 et 2016.

- En région Aquitaine, l'âge moyen est de 51.5 ans dont 25% sont âgés de 60 ans ou plus et 15% ont moins de 40 ans (47).

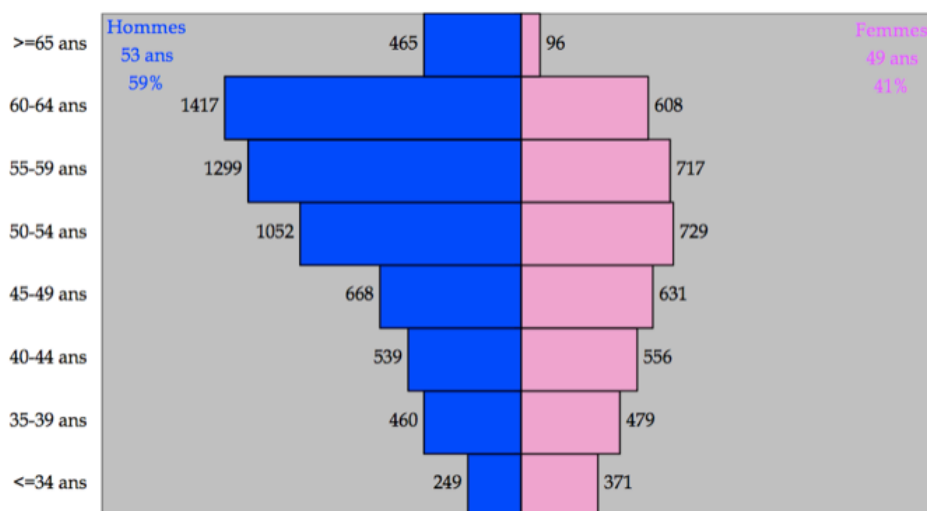


Figure 11 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière en région Aquitaine.
Atlas de la démographie médicale en région Aquitaine en 2013, CNOM.

En région Nouvelle Aquitaine, lors de la première inscription à l'Ordre des Médecins, on compte 58.3% de salariés, 9.8% de libéraux, 0.3% ayant une activité mixte et 29.4% de remplaçants. Huit ans après, on compte 45.8% de salariés, 39.6% de libéraux, 7.4% ayant une activité mixte et 5.9% de remplaçants. En Dordogne, la première inscription à l'Ordre compte 60% de libéraux pour 40% de salariés en médecine générale en 2007. 5 ans après, on compte 36.4% de libéraux, 9.1% mixtes, 18.2% salariés et 36.4% remplaçants. 17.6% des médecins ont quitté le département durant les 5 ans (47).

La Dordogne possède donc le taux le plus faible des départements de médecins généralistes travaillant en secteur libéral après 5 ans d'inscription à l'Ordre des Médecins (47).

La population de médecins entrant actuellement et dans le futur proche dépend du nombre de postes offerts pour la spécialité aux épreuves classantes nationales. Ce nombre est fixé par l'arrêté du 9 Juillet 2015 assuré par la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (46).

Au niveau national, le nombre de postes offerts en médecine générale croît depuis plusieurs années puisqu'entre 2008 et 2015 il a été revalorisé passant de 3200 à 3894. Mais, sur les dernières années, l'augmentation est plus faible puisqu'entre 2013 et 2015 par exemple, le nombre de postes offerts sur le plan national n'a augmenté que de 95 places... (46).

Le nombre d'internes en médecine générale à former pour les années universitaires 2015 à 2018 est fixé à 191 internes par an pour le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux. Depuis 2013, l'arrêté du 10 juillet 2012 avait fixé le nombre d'internes en médecine générale à former à 200 par an pour le CHU de Bordeaux et ce nombre n'a pas évolué depuis 2012 (46-47).

La France, qui connaît actuellement une grande crise dans le domaine médical, avec des déserts médicaux de plus en plus fragiles et étendus, s'ouvre de ce fait à la médecine étrangère. On constate que les nouveaux inscrits dans le département de la Gironde sont quasi-exclusivement titulaires d'un diplôme français (90%).

A contrario, dans le département de la Dordogne, les médecins détenteurs d'un diplôme français représentent 57% des nouveaux inscrits.

En Dordogne, on constate que l'effectif de nos médecins généralistes est donc en baisse et cela va se confirmer jusqu'en 2025 avec un différentiel entrant-sortant supérieur à 10%. L'effectif médical périgourdin pratiquant la médecine générale est vieillissant, proche de la retraite et l'on compte déjà un taux non négligeable d'actifs retraités même si l'attractivité du département n'est pas majeure.

La féminisation de la profession se confirme et les chiffres confirment la tendance actuelle du mode d'exercice avec une hausse des médecins salariés et une baisse du taux de travailleurs libéraux ou mixtes en médecine générale.

L'ensemble des constatations ci dessus sur les dix dernières années fait état d'un tournant majeur dans l'offre de soins avec notamment un taux de médecins ayant un diplôme étranger et venant pratiquer la médecine en France qui s'accroît d'autant plus que l'on se trouve en zone de désertification médicale.

Les effectifs de médecins généralistes sont les premiers touchés par le nombre important de départs en retraite. Ils connaissent une chute inexorable, et ce, de manière préoccupante puisque cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025 et pourrait se traduire par la perte d'un médecin généraliste sur quatre sur la période 2007-2025 (46-47).

La désertification médicale en France et en Dordogne, ajoutée à une population de patients particulière qu'est celle de la Dordogne, va avoir de nombreuses conséquences sur la prise en charge et l'accès aux soins, surtout pour les soins non programmés.

1.2.2 Influence et Conséquence de la désertification sur l'accès aux soins non programmés

La désertification médicale en France et en Dordogne est un fléau qui n'est pas sans conséquence. Nous avons pu constater que la population est vieillissante avec en Dordogne un bassin de vie particulièrement âgé par rapport à la moyenne française, notamment en zone rurale.

Ce vieillissement de la population a pour conséquence :

- une augmentation du nombre de patients dans le département (42-43).
- une augmentation de la prise en charge de patients polypathologiques du fait de l'allongement de l'espérance de vie en France qui est passée de 73,6 ans en 1960 à 85,7 ans en 2011 pour les femmes, et de 67 à 78,7 ans pour les hommes (49).
- une augmentation du nombre de consultations programmées et non programmées, urgentes ou non, qu'il s'agisse d'urgences réelles ou ressenties (2,3,8).
- une augmentation de la consommation de soins par mécanisme direct du fait de la croissance de la population française (42).
- une augmentation du nombre d'hospitalisations dans les hôpitaux du département.
- une augmentation de la dépense de santé. La France consacre chaque année en moyenne 9 % de son revenu national au financement des soins de santé de sa population (50-51). Au cours des dernières décennies, la France a vu ses dépenses de santé croître de manière importante, alors qu'en parallèle la proportion des personnes de 60 ans et plus dans la population totale a fortement augmenté (Figure 13). Les études menées par les services d'observation nationaux démontrent que la dépense en terme de santé pour un individu baisse au cours des 30 premières années pour augmenter ensuite lentement jusqu'à 50 ans. À partir de cet âge, la courbe devient fortement croissante : en 2000, les dépenses de santé d'un individu de 70 ans représentaient en moyenne 1,3 fois celles d'un individu de 50 ans (Figure 14). Le croisement de cette information avec le phénomène de vieillissement de la population semble donner lieu à une prédiction sans appel : les plus âgés dépensent d'avantage pour leur santé, or leur proportion dans la population augmente, donc la dépense de santé moyenne est appelée à augmenter (51-54).

D'après les dernières estimations, l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé devrait être compris entre 0.5 et 2.5 points de Produit Intérieur Brut (PIB) d'ici 2050, selon que la santé des seniors ira spontanément en s'améliorant ou qu'au contraire les soins aux personnes âgées s'intensifieront (54-55). A noter qu'une personne de 80 ans consomme en moyenne quatre fois plus qu'une personne entre 30-40 ans (54-55).

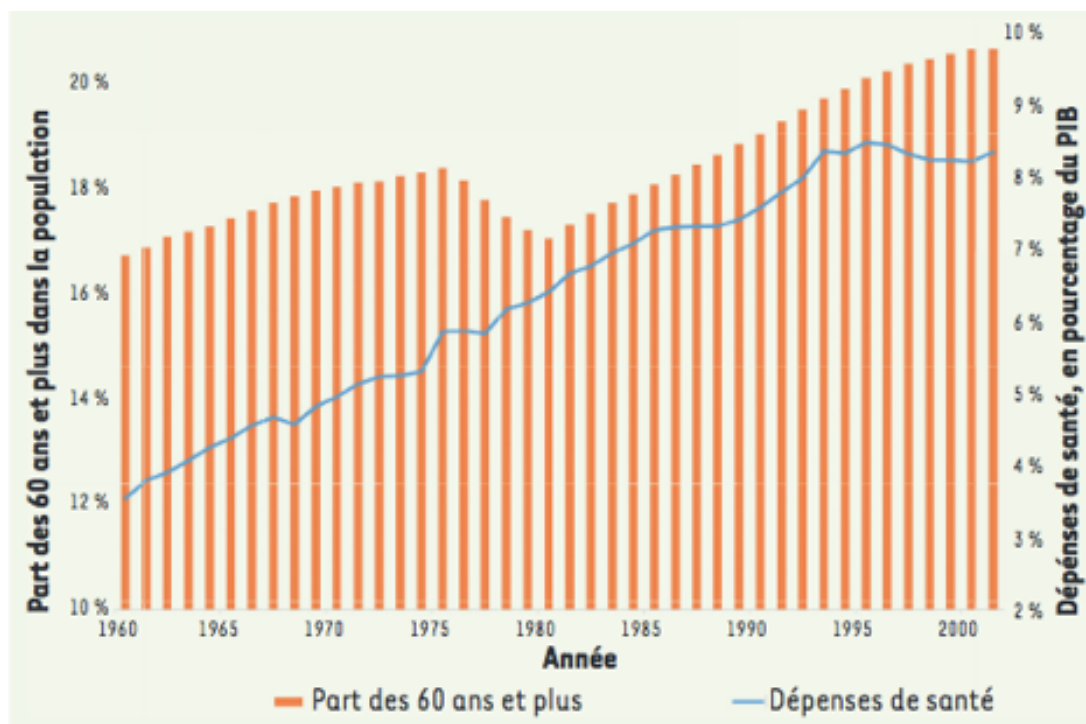


Figure 14 : Dépense de santé et part des 60 ans et plus dans la population en France (1960-2001), Estimations de population et projection de population 2007-2060, Source INSEE Base 2010.

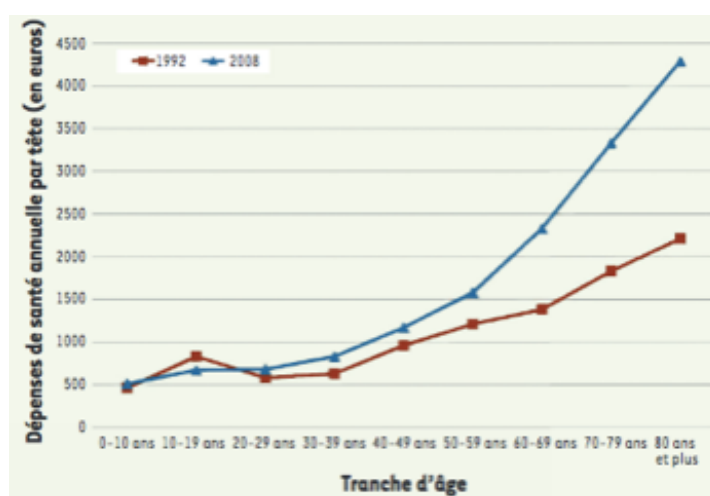


Figure 15 : Dépense de santé moyenne par tranche d'âge en 1992 et 2008 (en euros constants base 2000). Données enquête santé et protection sociale appariée à l'échantillon permanent d'assurés sociaux Source IRDES 2008 (Institut de recherche et documentation en économie de la santé).

Parallèlement, on assiste depuis plus de dix ans à un phénomène de désertification médicale qui va avoir pour impact :

- une importante diminution de la densité médicale en Dordogne (inférieure à 80 médecins généralistes pour 100 000 habitants).
- un vieillissement de l'effectif médical avec une part d'actifs retraités faible en Dordogne.
- une augmentation des disparités en terme d'offre de soins dans le département.
- une augmentation notable de la patientelle avec en conséquence une augmentation de la part de travail administratif versus part médicale.
- une augmentation moyenne des délais de consultations.
- une saturation des patientelles avec des professionnels de santé qui ne peuvent accueillir de nouveaux patients.
- un épuisement moral et professionnel avec un taux record de burnout en médecine libérale (56). Plusieurs études dont une menée en 2007 à l'échelle nationale montre que le burnout touche près de 50% des médecins généralistes au cours de leur carrière, notamment de par l'évolution des conditions de travail de plus en plus difficiles liées à la désertification (57). L'épuisement est aussi lié à la difficulté de prendre du temps libre devant la difficulté de trouver un remplaçant en zone de désert médical.
- une impossibilité de répondre à une demande croissante de soins non programmés.
- une impossibilité d'assurer une équité des soins et de répondre à une demande de soins urgents dans un délai convenable de 30 minutes sur l'ensemble du territoire Français.

Le Pr C.LE PEN, professeur d'économie de la santé à la faculté Paris-Dauphine décrivait déjà en 2005 la crise à laquelle nous faisons face aujourd'hui. Pour lui, elle est pluri factorielle, avec une concentration des médecins dans les zones urbaines avec des médecins libéraux qui souhaitent « vivre comme tout le monde », c'est à dire avoir une vie personnelle avec des horaires et une qualité de vie personnelle qui leurs semble acceptable. Cela est une des conséquences et réponse à la désertification médicale avec une prise de conscience qui naît de conditions de travail de plus en plus difficiles. En effet, la désertification médicale est un cercle vicieux dans lequel l'attractivité d'un environnement de travail inhospitalier, corvéable à merci ne correspond pas à l'attente de l'effectif médical en activité.

Il insiste aussi sur la réorientation des patients pour qui la notion d'urgence et de consultation en service d'urgence peut être due à une demande de soin immédiate plutôt que d'une urgence mettant en jeu le pronostic vital. Dans ce processus, le médecin généraliste à sa part de responsabilité, et la désertification médicale n'a fait que l'accentuer. Il insiste sur le caractère gratuit des urgences qui séduit une partie des patients, la localisation géographique plus facilement identifiable des urgences plutôt que la recherche d'un médecin libéral. Cela est à la source d'un encombrement des services d'urgences, d'une frustration des médecins urgentistes et des patients, ainsi que des médecins généralistes libéraux désignés pour lui comme des « bouc émissaires » (58).

Le problème du vieillissement de la population qui fait face au problème actuel de désertification médicale et donc l'inadéquation entre l'offre et la demande en terme de soins primaires et de soins non programmés va avoir une conséquence majeure sur le secteur hospitalier assurant les consultations et soins non programmés : l'encombrement des SERVICES D'URGENCES (59).

Mr C.Prudhomme, porte-parole de l'Association des Médecins Urgentistes hospitaliers de France (AMUF) indique lors d'une interview du 15 octobre 2015 pour « 20 minutes » qu'en « vingt ans, le nombre de passages aux urgences a doublé » et que « les gens ne viennent pas aux urgences pour rien, ils viennent parce qu'ils ont besoin de voir un médecin mais n'y ont pas accès, où ne peuvent pas avancer les frais de consultation ».

Le nombre de passages aux urgences a augmenté de 4% en 2014 par rapport au flux observé en 2013 soit 19.7 millions de passages, indique une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) dans l'édition 2016 de son panorama des établissements de santé.

Depuis 1996, la DREES souligne que cette augmentation s'est faite au rythme de 3% en moyenne chaque année depuis 1996 (60).

Pour un patient, l'accès aux soins non programmés est de plus en plus difficile en raison de la désertification médicale et du vieillissement de la population. Cela conduit notamment à l'encombrement des services d'urgences qui actuellement en France sont à « bout de souffle » et désignés sous tension.

1.3 ENCOMBREMENT/AFFLUX MASSIF DES SU

1.3.1 Conséquences de l'encombrement des services d'urgences

1.3.1.1 Impact sur les patients et la qualité des soins

Outre l'insatisfaction grandissante des patients, l'encombrement des SU va avoir de nombreux impacts négatifs qui sont largement décrits dans la littérature et à travers de nombreuses études menées dans les différents SAU au niveau mondial.

Impact sur la qualité des soins

L' encombrement des urgences est corrélé de façon significative avec une augmentation du délai d'attente avant prise en charge et du temps d'attente au sein des urgences avant hospitalisation le cas échéant. Le temps d'attente par exemple pour un lit est augmenté de 30 minutes en moyenne en cas d'encombrement des urgences (61).

Il existe un impact significatif aussi sur le délai de transport en ambulance pour un patient adressé aux urgences ou en attente d'un retour à domicile après sa prise en charge ou d'un transfert dans un service d'hospitalisation par des brancardiers et d'ambulanciers surchargés (62,63-64).

Tout cela est à l'origine d'un retard de prise en charge et d'une baisse de la qualité des soins.

Le retard de prise en charge entraine une augmentation du délai de prise en charge de la douleur aux urgences notamment dans les cas de douleur nociceptive intense ressentie qui est la principale plainte des patients admis en SU (65).

Impact sur la Morbi-mortalité

L'encombrement des SU entraîne une augmentation significative de la mortalité des patients admis dans les services d'urgences (66). Une étude Australienne démontre que 13 décès par an sont liés à l'encombrement des SU (67).

Cette augmentation de la mortalité liée à l'encombrement des services d'urgence est significative de l'arrivée du patient et durant son séjour en hospitalisation. Deux études montrent qu'il existe une corrélation entre l'augmentation de la mortalité hospitalière à 2,7 et 30 jours et l'encombrement des services d'urgence (68,69).

Impact sur la difficulté d'accès aux soins :

Une autre conséquence est l'augmentation du nombre de patients qui quittent les SU et qui ne seront donc pas pris en charge par un médecin avec un risque vital potentiel et un risque d'aggravation de leur symptomatologie initiale significative (70). En effet, le temps d'attente moyen aux urgences est directement corrélé au taux de patients partis sans avoir été vus par un médecin (71).

Une étude montre que parmi les patients partis sans être vus, 46% relevaient d'une urgence et 11% ont été hospitalisés dans la semaine (72).

Une Revue de la littérature des articles de 1987 à 2007 visant à montrer les conséquences sur la qualité des soins de l'encombrement des services d'urgences met en avant les différentes conclusions tirées de la littérature disponible.

Elle montre que l'encombrement des SU entraîne une :

- Augmentation de la morbi-mortalité intra-hospitalière.
- Augmentation du délai de prise en charge de la douleur des patients au sein des SU.
- Augmentation de mise en place de soins et de thérapeutiques urgentes.
- Augmentation du nombre de patients admis à l'accueil et partis sans attendre (73).

Un rapport de la DREES publié en 2014 sur l'évaluation de 736 services d'urgences montre que le temps médian pour une simple consultation aux urgences est de 74 minutes. Quand des soins sont nécessaires, comme des pansements ou des points de suture, il est de 81 minutes.

Il faut compter une demi-heure de plus lorsque le patient doit subir un examen radiographique. Et lorsque l'état du patient nécessite un avis spécialisé et plusieurs examens médicaux, la durée médiane totale grimpe à 2h30. Il ressort que pour 10% des patients, un lit n'est obtenu qu'au bout de 4h en cas d'hospitalisation et parfois bien au delà. En cas d'encombrement majeur des services, ces délais sont augmentés de façon significative et d'autant plus dans les structures avec plus de 80 passages par jour (74).

1.3.1.2 Impact sur le personnel soignant

Depuis plusieurs années, l'actualité met en avant l'épuisement du personnel soignant travaillant dans des SU. Il y a de plus en plus de mouvements sociaux, de grèves qui dénoncent les conditions de travail souvent difficiles avec un impact important sur les patients (cf ci-dessous) et sur le personnel qui y travaille. Ces dernières années ont même été marquées par un nombre record de démissions au sein des médecins urgentistes et des chefs de service.

Dans une étude Française publiée en 2012 à l'échelle nationale visant à définir les principaux facteurs de stress des médecins urgentistes, « la surcharge périodique de travail » représente 61% des réponses retenues par l'étude et fait partie des cinq facteurs les plus impliqués. Les facteurs de stress les plus cités, spécifiques de la médecine d'urgence, traduisent un surcroît d'exigence psychologique, de charge de travail selon le modèle de Karasek (75).

Il ressort de cette étude que même si la majorité des médecins urgentistes se disent plutôt heureux (71 %), 62% d'entre eux étaient en pré burn-out et 11 % en burn-out (75).

Ce stress conduit à des moyens de relaxation divers et les résultats de l'étude montrent que ces moyens ont, pour la plupart, un impact négatif sur la santé propre des praticiens. Les moyens de relaxation utilisés par les praticiens étaient le tabac (23 %), l'alcool (12 %), les médicaments (somnifères ou autres) (13 %) ou des produits illicites (cannabis ou autres) (3 %) (75).

Donc la proportion de burn-out et de pré burn-out montre la nécessité d'une action préventive forte, les facteurs de stress étant bien documentés.

La France connaît une pénurie de médecins urgentistes et nous avons vu que les facteurs démographiques en sont principalement responsables. Une autre enquête nationale Française a été élaborée afin d'évaluer par un système de cotation, la satisfaction dans le travail, la santé, et les conditions d'exercice. Les résultats montrent que 21,4% des médecins urgentistes Français se disent prêt à quitter la profession et que l'épuisement professionnel est souligné par les praticiens dans 51,5%. L'étude montre aussi que l'épuisement professionnel double le risque de quitter la profession (76).

Dans l'ensemble des études, l'un des facteurs causal est la difficulté liée à la recherche d'un lit d'aval pour les patients. En effet, l'insatisfaction du personnel médical est croissante et liée à l'engorgement des urgences avec le sentiment de non respect de standards de prise en charge par manque de moyens, et le manque de lit d'aval.

L'insatisfaction et l'épuisement professionnel sont directement liés au sentiment de ne pas pouvoir assumer pleinement ses missions, son métier qui peut se résumer en trois points importants : « qualifier », « agir » et « orienter ». A l'heure actuelle, l'« orientation » prend une place majeure au détriment des autres fonctions et cela est directement lié à l'encombrement des urgences et à la disponibilité des filières de soins.

Du fait de l'organisation des établissements face à l'état d'encombrement des urgences, le personnel médical fait face à une « scène de crime » médicale avec des patients en souffrance physique et psychologique, pouvant rester 24h sur un brancard aux urgences, sans manger et sans accès aux sanitaires, bénéficiant de soins accélérés dans l'inconfort et l'absence de dignité (77).

Cette maltraitance « ordinaire » aux patients est aussi une réelle souffrance pour les soignants, tiraillés entre ces « patients-brancards » et les patients bénéficiant d'une prise en charge active dans les boxs. Elle leur est moralement insoutenable et ils "ne reconnaissent plus leur métier" dans ces situations si contraires aux idéaux d'humanité qui ont fondé leur vocation (77).

En conclusion, l'impact sur les patients et le personnel soignant lié à l'encombrement des SU impose de proposer, de tester et de mettre en place des solutions pérennes afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et des soins de nos concitoyens.

1.3.2 Solutions

1.3.2.1 Solutions de contrôle du flux d'entrée dans les SU

- La réforme du système de soins en France promulguée en janvier 2016 par le ministre de la santé Mme M.Touraine a pour objectif, outre l'action de prévention et d'amélioration des droits des patients, de garantir un meilleur accès aux soins et de lutter contre la désertification médicale grâce au Pacte Territoire Santé. La loi prévoit entre autres la généralisation du tiers payant, la création d'un numéro national unique vers un médecin généraliste de garde 24h/24, le but étant de recentrer les soins primaires autour du médecin traitant (78).
- La promotion et le développement des MMG. La circulaire de mars 2007 qui découle du rapport Grall de 2006 redéfinit des recommandations pour l'organisation des MMG. Elle doit permettre une structuration de la PDSA surtout en milieu rural et doit permettre un désengorgement des urgences. Pour le moment, aucune étude de bon niveau de preuve n'a confirmé ou infirmé son efficacité mais il en ressort que la gestion de patients sur les heures de la PDSA aboutira comme pour une filière courte intrahospitalière à une diminution des délais de prise en charge globale de l'ensemble des patients (79).
- La création de dispositifs de consultations non programmées adjacentes aux SU. Ce concept récent fait l'objet de quelques études dont le résultat est plutôt prometteur.

A Orléans, une étude rétrospective sur 9 mois a permis de prouver l'efficacité du système qui prend en charge 30 consultations en moyenne par jour (80).

A l'hôpital d'instruction des armées Laveran à Marseille, cette consultation prend en charge 50% du flux avec seulement 12% de patients redirigés vers le SU. Le nombre de passages dans le SU a diminué de 40% (81,82).

A l'hôpital universitaire de Maastricht, ce dispositif a permis de réduire de 52.6% le nombre de consultations au SAU et d'augmenter de 25% le recours direct à une structure de soins primaires (83).

Ce circuit express permet de réduire les délais d'attente des patients « peu graves » et « graves » et de réduire de façon significative le nombre de patients partis sans attendre (81,82-83).

- La Télémédecine, qui va avoir pour objectif d'améliorer l'accès aux soins (en zone de déserts médicaux principalement), de prévenir la perte de chance pour les patients et d'éviter des transferts non indiqués vers les SU. La Télémédecine se développe afin de permettre de réaliser des télé-consultations, télé-expertises, télé-surveillances et télé-assistances. Une étude sur la période 2011-2015 montre une progression importante du nombre d'essais cliniques portant sur la mise en place de la télémédecine en France. En 2013, on enregistrait 331 essais en cours, beaucoup plus encore à prévoir pour les années à venir d'après les statistiques (84,85).
- La participation de tous les acteurs de santé à une éducation des patients sur la nature de l'urgence et du recours à une structure d'urgence en cas de nécessité de soins non programmés (86).
- Le détournement d'ambulance vers une autre structure de soins ,lorsque la structure d'origine fait l'objet d'un encombrement majeur, permet de réduire significativement le flux d'entrée par ambulance de 30 à 50 % et ainsi de contrôler le flux de patients de façon plus homogène sur un département (87,88).

1.3.2.2 Solution de management interne des SU

- L'IOA, présente 24h/24 n'est pas une obligation dans la loi française mais les différentes études démontrent que sa présence dans une SU permet de réduire le temps de passage moyen, d'augmenter le nombre de patients vus en moins de 4h et de fluidifier les transits aux urgences par l'optimisation des délais d'installation en box (89).
- Le recrutement de personnel médical réduit significativement la durée de prise en charge moyenne des patients de 35 minutes. En période épidémique, l'adaptation du nombre de médecins dans les SU a permis de réduire le délai de prise en charge de 15 minutes et le nombre de patients partis sans attendre de 37% (90,91).

- Le développement de protocoles de prises en charges thérapeutiques, permettant une filière de soins et de prise en charge optimisée de certaines pathologies en terme de temps et de qualité.

- La création du plan « Hôpital en tension » ou HET :

La notion de tension peut être considérée d'un point de vue médical, psychologique, ou en cas de situation de crise. Le dispositif « Hôpital en tension » correspond à une situation de surcharge massive du SU en inadéquation avec les moyens disponibles en aval des urgences. A l'aide de scores (exemple : NEDOCS, EDWIN..) et d'indicateurs validés, une cellule de veille est alors déclenchée afin de gérer au mieux les flux et d'adapter les moyens pour faire face à une situation de tension (92).

- La mise en place de Régulateur de flux médical et paramédical ou « DRIVER » en plus de l'IAO et du Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) serait un des outils clé devant l'encombrement des urgences. Il s'agirait d'un médecin et/ou d'une infirmière ayant pour rôle d'améliorer la fluidité au sein des SU. Pour cela, ils ont en temps réel une vision des patients, de leurs demandes et des ressources de l'établissement afin d'anticiper dès l'arrivée du patient les besoins à mettre en place. L'objectif est de réduire les délais et la durée de prise en charge aux urgences (93).

- L'optimisation du temps de réalisation d'examens complémentaires d'imagerie ou biologie. Une étude a démontré que l'optimisation de la vitesse de réalisation d'examens biologiques standards avait permis de réduire les durées de prise en charge aux urgences de 41 minutes (94).

- L'adaptation de l'architecture des services d'urgences, basée sur des recommandations publiées en 2004 après travaux de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) permettent, par sectorisation de différentes zones (accueil, soins, SAUV..) d'améliorer la fluidité des services ainsi que la qualité des soins (95).

1.3.2.3 Solutions de contrôle du flux de sortie des SU

- Le développement de filières courtes prenant en charge les patients les moins graves avec une sortie en moins de 30 min permet de gérer le flux dans la salle d'attente et permet une meilleure prise en charge des patients les plus graves. Ces patients doivent pouvoir rester assis, ne pas risquer de décompenser une pathologie dans les heures suivantes, et n'avoir besoin que d'un recours limité au plateau technique (souvent la radiologie conventionnelle).

Une revue de la littérature publiée en 2011 ainsi qu'une des rares études prospectives sur le sujet menée par le Pr K.YA concluent à une réduction significative du temps de passage de l'ensemble des patients de la SU ! Il est démontré aussi une meilleure satisfaction des malades et du personnel soignant lorsqu'il existait une filière courte (96,97).

- La mise en place de filières courtes pour hospitaliser directement dans un secteur spécialisé par exemple les sujets de plus de 85 ans ou atteints d'un cancer est déjà inscrit dans le réseau de soins. Le développement d'unités de gériatrie aiguë avec entrée directe des patients gériatriques en situation de détresse psycho-médicaux-sociale permet de désengorger les urgences et d'améliorer la prise en charge de la personne âgée (98).
- L'Amélioration de l'accès et de la disponibilité de lits d'aval pour les SU. L'expérience montre que lorsque l'on améliore l'accès aux lits d'aval, on réduit les délais et la durée de prise en charge dans les SU de façon significative (99).
- La création d'Unité d'Hospitalisation Polyvalente (UHP) prenant en charge les patients directement de l'accueil et de l'UHCD. Une étude Parisienne menée de 2009 à 2013 après la création d'une UHP a montré une diminution significative de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) à l'UHCD passant de 1,3 jour avant ouverture de l'UHP à 0,6 jour après ouverture. Le taux de transfert dans un service est passé de 8 % avant à 4 % après (100).

- Le « Bed manager » ou « Gestionnaire de lit hospitalier ». Il s'agit d'un concept anglo-saxon ayant largement fait ses preuves en Grande-Bretagne et aux USA où un personnel dédié gère les entrées et les sorties des patients d'une structure de soins : ils ont une vision globale en temps réel des flux d'hospitalisation programmées et non programmées, des lits disponibles et par l'outil Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) une vision de l'offre de soins de sa région. Ce Concept ne fait actuellement pas l'unanimité en France mais il n'y a pas encore d'étude fiable sur l'amélioration des flux hospitaliers depuis sa mise en place (101).
- L'optimisation de la gestion du flux de « l'aval de l'aval » : anticiper la sortie d'hospitalisation dès l'entrée en service pour éviter un allongement des temps d'hospitalisation lié à l'attente d'un lit en post hospitalisation (Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)...) en anticipant les problèmes médico-sociaux de façon précoce, en favorisant les sorties avant midi dans les services. Une étude récente a prouvé que les sorties avant midi permettaient de désengorger les SU de façon significative permettant des entrées avant midi (102).

1.3.3 Solutions en Dordogne

En Dordogne, nous faisons face, comme sur le reste du territoire français à un encombrement massif des SU.

Actuellement il n'y a qu'une MMG dans le département et elle se situe à Bergerac.

Plusieurs solutions sont actuellement en cours d'étude et de réalisation afin de moderniser le système de soins dans ce département particulièrement touché par la désertification médicale et l'inégalité d'accès aux soins primaires.

La restructuration de l'architecture des urgences est en cours et le début des travaux est prévu courant 2017.

Un projet innovant de mise en place d'un dispositif de Télémédecine, dans le cadre d'une expérimentation va être testée.

Au sein du Centre Hospitalier et du service des urgences, nous avons déjà une cellule de gestion des lits opérationnelle en journée de 8h à 20h et de 12h30 à 20h les samedis, dimanches et jours fériés.

1.4 QUESTIONS DE RECHERCHE

Périgueux, chef-lieu de la préfecture de la Dordogne, pose d'une part un problème de démographie avec le vieillissement incontestable de sa population et d'autre part un problème de démographie médicale qui tant à s'aggraver jusqu'à l'aube des années 2025.

Le nombre de consultations nécessitant une prise en charge en médecine générale au sein du SAU du CH de Périgueux ne fait que s'accroître, comme sur le reste du territoire Français. La tendance actuelle reflète un engorgement massif constant au niveau de ce service qui entraîne indirectement des problèmes de prise en charge du patient.

Afin de palier à ce problème latent et de permettre d'améliorer la qualité des soins au sein de la structure, nous avons lancé le projet d'établir un dispositif de consultations non programmées adjacent au SAU de Périgueux.

La question de recherche de ce travail d'amont consiste à savoir si :

- **les médecins généralistes de la Dordogne sont-ils favorables à la mise en place de ce dispositif ?**
- **Si oui, dans quelles modalités ?**

2.MATERIEL ET METHODE

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer si les médecins généralistes de Dordogne seraient favorables ou non à la mise en place d'un dispositif de consultations non programmées au sein des urgences du CH de Périgueux.

L'objectif secondaire est d'évaluer, en cas de réponse favorable, dans quelles conditions mettre en place un tel dispositif (horaires, nombre de plages horaires par semaine et par mois, mode de rémunération, fréquence...).

Nous avons donc réalisé une enquête d'opinion au sein du département de la Dordogne par l'intermédiaire d'un questionnaire.

Le 1er septembre 2016, nous avons adressé un questionnaire (ANNEXE 7) à l'ensemble des médecins généralistes de Dordogne inscrits au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

La liste des médecins regroupait 266 médecins généralistes ayant une activité libérale sur le département. Dans cette population cible, il n'y a eu aucun critère d'exclusion y compris ceux ayant une activité mixte telle que l'ostéopathie ou l'allergologie.

Ce questionnaire à été élaboré avec l'aide du Dr LACOSTE Vincent, responsable du service des urgences du CH de Périgueux et du Dr LORENDEAU Jean-Paul. Il a été ensuite présenté et validé par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Dordogne.

Au premier septembre 2016, les questionnaires ont été envoyés par voie postale et par mail après récupération auprès du Conseil de l'Ordre des adresses professionnelles et de la mailing list des médecins.

Le questionnaire était accompagné d'un courrier expliquant le projet, son intérêt et son inclusion dans le travail de thèse ici présenté.

Pour le retour de questionnaires, quatre modes de réponses étaient proposés aux médecins dans le courrier accompagnant le questionnaire :

- Réponse par mail.
- Réponse par courrier postal.
- Réponse par Photo-MMS.
- Réponse par fax.

La date limite de réponse a été fixée au 26 septembre 2016.

En cas de non réponse, une relance téléphonique a été réalisée avec renvoi simultané du questionnaire par mail, courrier postal ou fax à la convenance de chaque praticien avec une date limite de réponse fixée au 1er janvier 2017.

Le questionnaire a été élaboré dans le but de récupérer l'avis constructif et participatif des praticiens libéraux en médecine générale en vue de la mise en place d'un dispositif de consultations de soins non programmés aux urgences du CH de Périgueux.

Il comprenait sept questions (ANNEXE 7) :

- Etes-vous intéressé par la mise en place d'un dispositif de consultations non programmées (circuit ultra court) de médecine générale au SAU du Centre Hospitalier de Périgueux ?
- Seriez-vous favorable à y participer ?
- Si ce dispositif devait voir le jour, seriez-vous plus favorable à mettre en œuvre des plages d'une durée de 3h ou de 4h (en faisant la distinction entre la semaine et le week-end) ?
- Quels horaires vous semblent les plus adaptés à la prise en charge de ce type de consultations (différentes plages horaires disponibles à cocher de façon unique ou multiple) ?
- Si vous souhaitez participer, quel nombre de plages horaires seriez-vous prêt à réaliser par semaine et par mois ?
- Quel mode de rémunération aurait votre préférence (Salariat ou Paiement à l'acte) ?
- Vos remarques et suggestions.

Les questions 1, 2 et 6 entraînent une réponse binaire et les questions 3, 4, 5 laissent la possibilité de donner une réponse multiple. La question 7 était réservée aux éventuelles remarques et commentaires.

Les statistiques ont ensuite été réalisées avec l'aide de l'unité de recherche clinique du CH de Périgueux sous la direction du Dr BOUTREUX Sébastien.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données ont été rendues anonymes avant traitement informatique. En revanche, avec accord préalable de chaque praticien, l'identité figurait sur les questionnaires afin de pouvoir par la suite les contacter s'ils souhaitaient participer au projet.

3.RESULTATS

3.1 NOMBRE DE REPONSES OBTENUES

Au 26 septembre 2016, nous avons obtenu 34 réponses sur les 266 questionnaires envoyés aux médecins généralistes de Dordogne, soit un taux de réponse de 12,8%.

Au premier janvier 2017, après relance de l'ensemble des médecins n'ayant pas répondu à l'enquête, nous avons obtenu 52 réponses sur les 266 questionnaires envoyés. Cela représente un taux de réponse de 19.6% pour notre étude.

3.2 RESULTATS DE L'ETUDE

Parmi les 52 réponses obtenues, 35 médecins du département sont favorables à la mise en place d'un dispositif de consultations non programmées adjacentes aux urgences de Périgueux. Cela représente 67.3% des réponses (Figure 15).

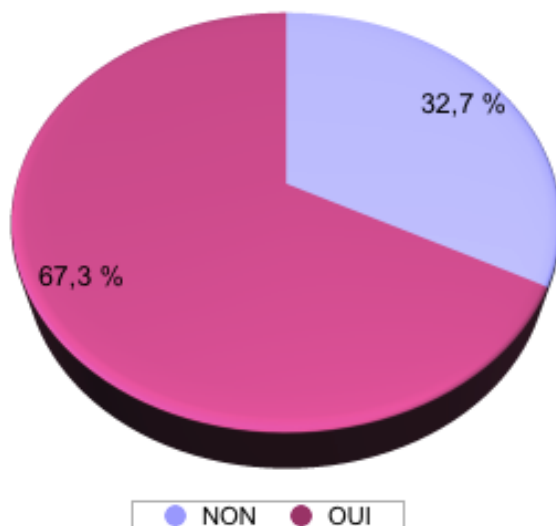


Figure 16 : Taux de réponses favorables (rouge) et défavorables (bleu) des médecins généralistes de Dordogne vis à vis de la mise en place d'un dispositif de consultations non programmées adjacentes aux urgences de Périgueux.

Parmi les 52 réponses obtenues, 18 médecins sont prêts à participer à la mise en place de ce dispositif: cela représente 34.6% des médecins du département ayant répondu à notre enquête (Figure 16).

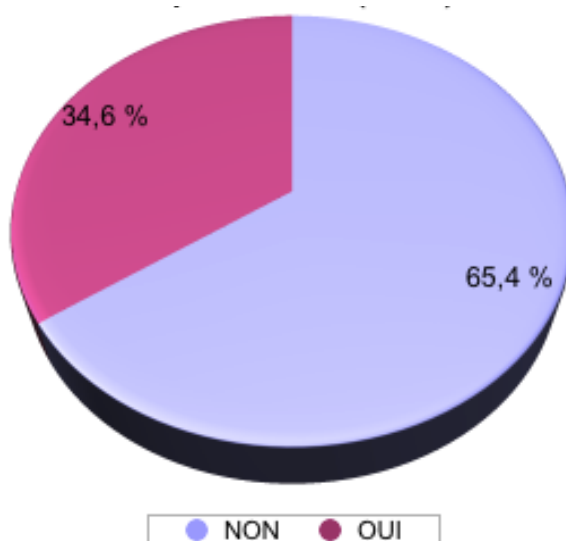


Figure 17 : Taux de médecins généralistes de Dordogne souhaitant participer au dispositif de consultations non programmées adjacentes aux urgences de Périgueux (Rouge) et ceux ne souhaitant pas participer (bleu).

Concernant la durée des plages de consultation assurées dans le cadre du dispositif :

- En soirée (du lundi au vendredi), 16 médecins préféreraient assurer des plages de consultation de 3 heures soit 30.8% de l'effectif, 9 préféreraient assurer des plages de 4 heures soit 17.3%, 5 (9.6%) n'ont pas de préférence et 22 (42.3%) n'ont pas répondu (Figure 17).

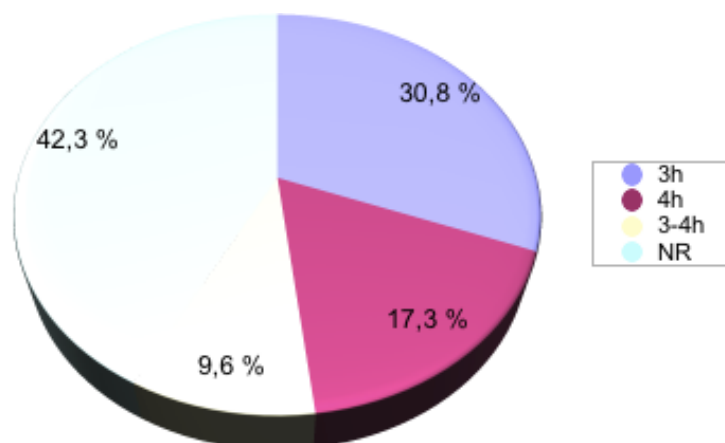


Figure 18 : Avis consultatif des médecins généralistes de Dordogne sur la durée idéale d'une plage de consultation de soins non programmés aux urgences de Périgueux en semaine. Les réponses sont exprimées en pourcentage avec pour réponses possibles : 3h, 4h, sans importance (3-4h) ou absence de réponse (NR).

- Le week-end, 19 médecins préféreraient assurer des plages de consultation de 4 heures soit 36.5% de l'effectif, 12 préféreraient assurer des plages de 3 heures soit 23.1%, 7 (13.5%) n'ont pas de préférence et 14 (26.9%) n'ont pas répondu (Figure18).

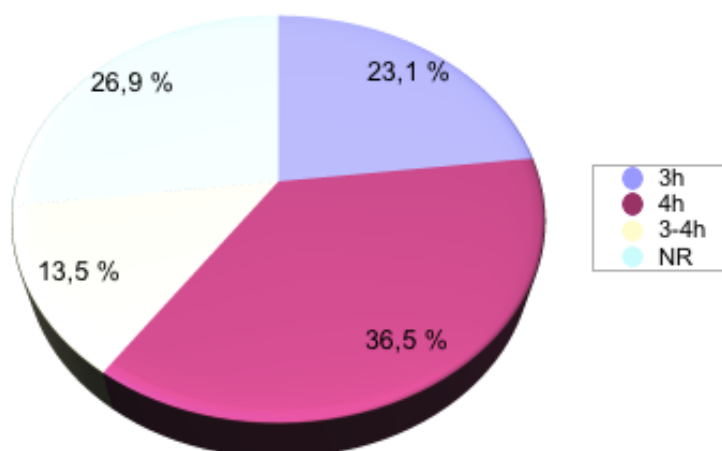


Figure 19 : Avis consultatif des médecins généralistes de Dordogne sur la durée idéale d'une plage de consultation de soins non programmés aux urgences de Périgueux le week-end. Les réponses sont exprimées en pourcentage avec pour réponses possibles : 3h, 4h, sans importance (3-4h) ou absence de réponse (NR).

Concernant les horaires de consultations, parmi les 52 médecins ayant répondu au questionnaire :

- En semaine, parmi ceux qui voudraient assurer une plage de consultation de 3 heures, 13 trouvent que la plage la plus judicieuse est de 19 à 22 heures, soit 25%, 6 préféreraient la plage de 18 à 21 heures, soit 11.5% et 33 (63.5%) n'ont pas répondu (Figure 19).

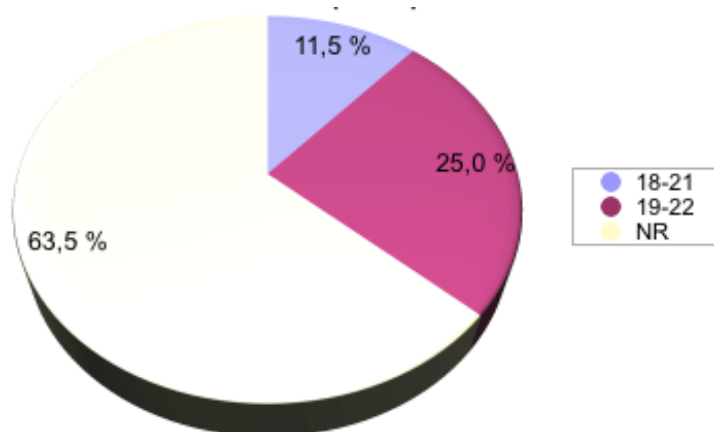


Figure 20 : Avis consultatif des médecins généralistes de Dordogne sur les horaires de consultations souhaités aux urgences de Périgueux, en semaine, pour une durée de 3 heures. Les réponses sont exprimées en pourcentage pour les tranches horaires 18h-21h, 19h-22h et pas de réponse donnée (NR).

- Parmi ceux qui voudraient assurer une plage de consultation de 4 heures en semaine, 10 trouvent que la plage la plus judicieuse est de 19 à 23 heures, soit 19.2%, 2 préféreraient la plage de 18 à 22 heures et 39 (75.0%) n'ont pas répondu (Figure 20).

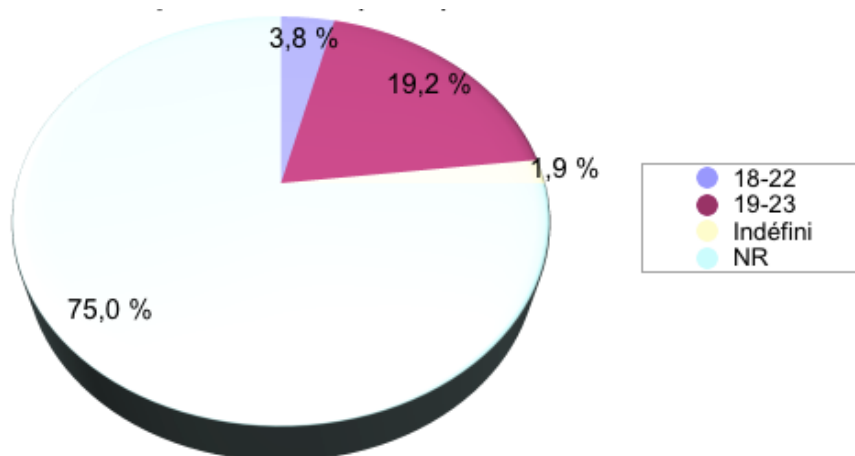


Figure 21 : Avis consultatif des médecins généralistes de Dordogne sur les horaires de consultations souhaitées aux urgences de Périgueux, en semaine, pour une durée de 4 heures. Les réponses sont exprimées en pourcentage pour les tranches horaires 18h-22h, 19h-23h, réponse indéfinie et pas de réponse donnée (NR).

- Le Week-end, parmi les médecins favorables à assurer des plages de consultation de 3 heures, 8 (soit 15.4 %) seraient favorables à la tranche horaire de 9 à 12 heures, de même pour la plage horaire de 10 à 13 heures. La plage 14-17 heures intéresse 5 médecins (soit 9.6%), les plages de 15 à 18 heures, 16 à 19 heures et de 19 à 22h intéressent chacune 3 médecins et la plage 18-21 heure intéresse 1 médecin. 32 médecins, soit 61.5% de l'effectif n'ont pas donné de réponse à cette question (Figure 21).

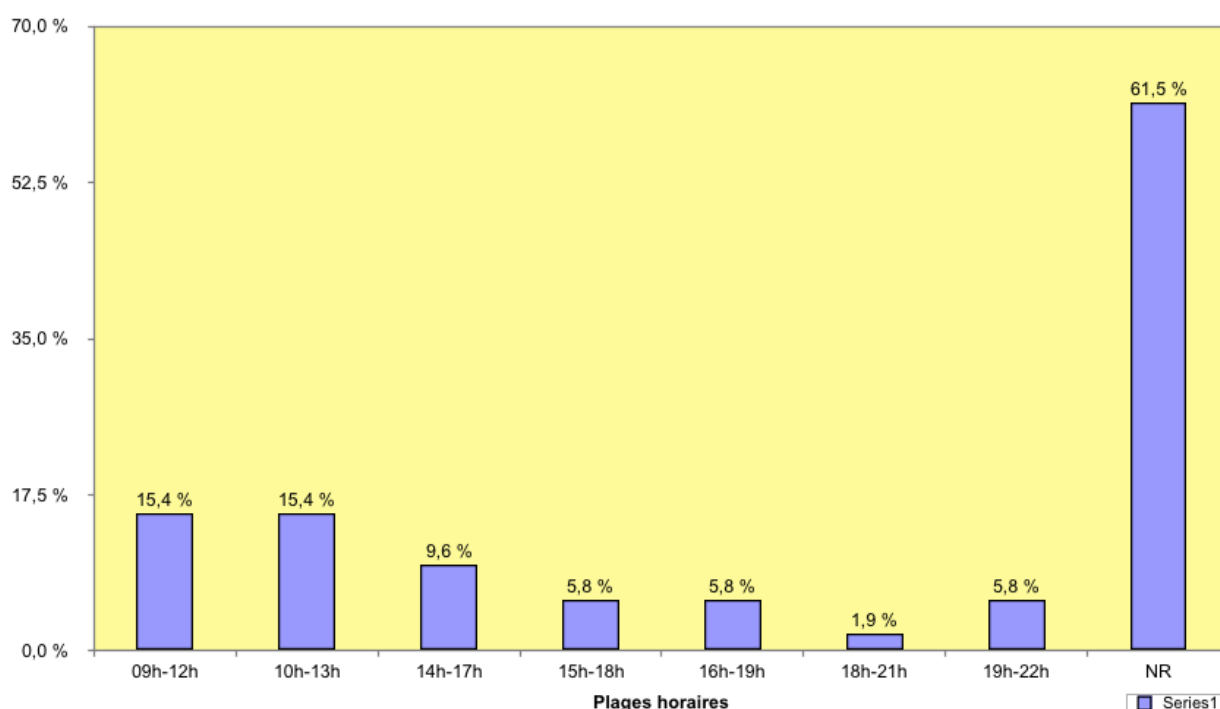


Figure 22 : Avis consultatif des médecins généralistes de Dordogne sur les horaires de consultation souhaités aux urgences de Périgueux, le week-end, pour une durée de 3 heures. Les réponses sont exprimées en pourcentage pour les tranches horaires 9h-12h, 10h-13h, 14h-17h, 15h-18h, 16h-19h, 18h-21h, 19h-22h et pas de réponse donnée (NR).

- Parmi les médecins favorables à assurer des plages de consultation de 4 heures le week-end, 12 (soit 23.1 %) seraient favorables à la tranche horaire de 14 à 18 heures, 11 (soit 21.2%) seraient favorables à la tranche horaire 9-13 heures, la tranche horaire 18h-22h intéresse 9 médecins (soit 17.3%), les plages de 8h à 12 heures et de 15 à 19 heures intéressent chacune 8 médecins (soit 15.4 %) et la plage 19-23 heures intéresse 6 médecins (soit 11.5%). 28 médecins, soit 53.8% de l'effectif n'ont pas donné de réponse à cette question (Figure 22).

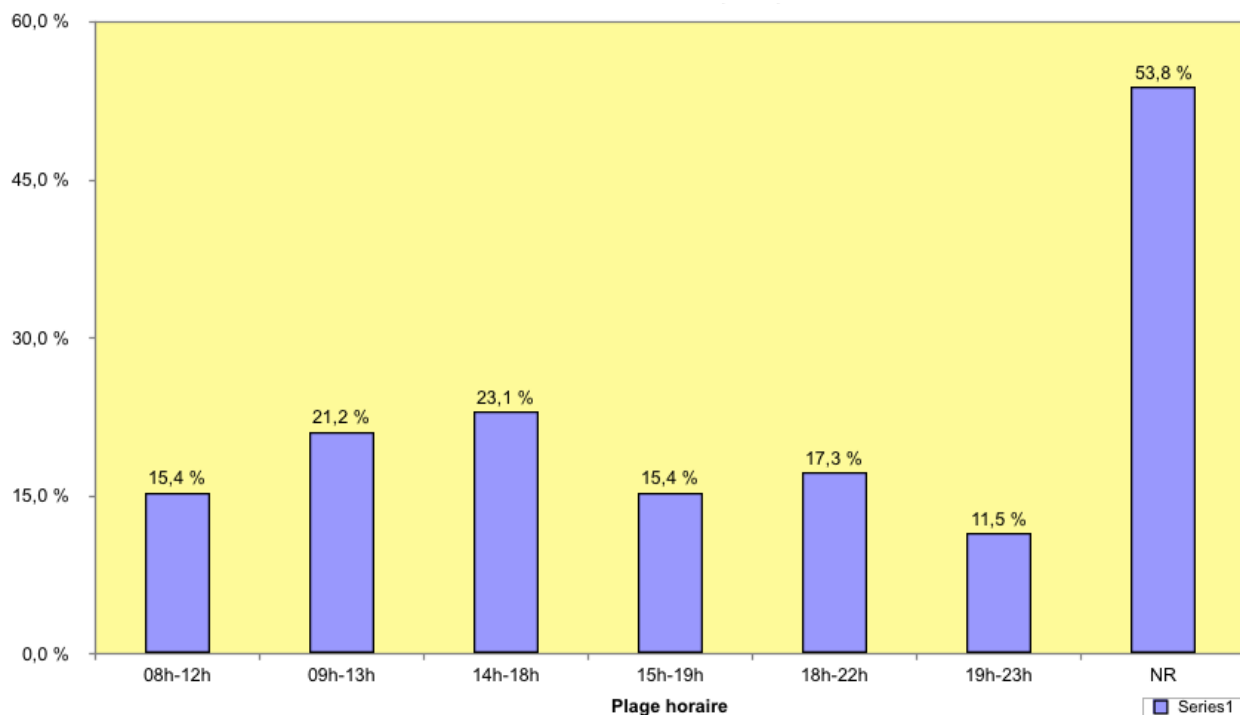


Figure 23 : Avis consultatif des médecins généralistes de Dordogne sur les horaires de consultation souhaités aux urgences de Périgueux, le week-end, pour une durée de 4 heures. Les réponses sont exprimées en pourcentage pour les tranches horaires 8h-12h, 9h-13h, 14h-18h, 15h-19h, 18h-22h, 19h-23h et pas de réponse donnée (NR).

En ce qui concerne la fréquence souhaitée des plages de consultation par les médecins ayant répondu à l'enquête :

- Parmi les 13.5% de réponses obtenues à la question 5a (combien de plages de consultation seriez vous prêts à réaliser par semaine?), 71.5% souhaiteraient réaliser une plage de consultation hebdomadaire. 14.3% souhaiteraient réaliser deux plages de consultation hebdomadaire et 14.2 % ne souhaitent pas en réaliser (Figure 23).

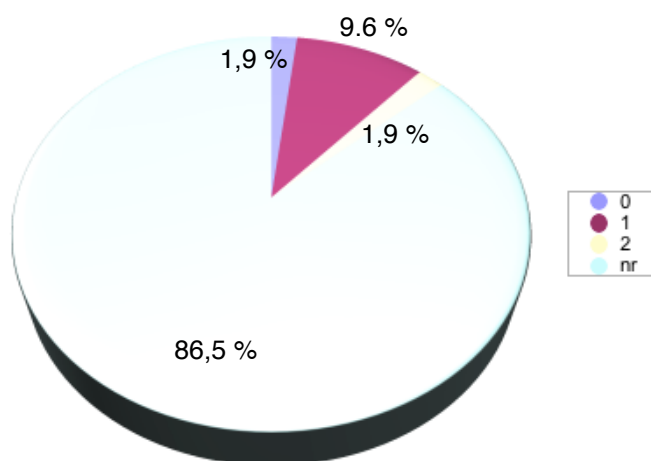


Figure 24 : Nombre de plages de consultations hebdomadaires souhaitant être assurées par les médecins généralistes de Dordogne au sein du dispositif de consultations non programmées adjacentes aux urgences de Périgueux. Résultats exprimés en pourcentage pour les réponses : 0, 1 ou 2 plages horaires par semaine et absence de réponse (NR).

- Parmi les 38.5 % de réponses obtenues à la question 5b (combien de plages de consultation seriez vous prêts à réaliser par semaine?) (soit 20 médecins), 4 médecins sont prêts à faire une à deux plages mensuelles de consultation, 3 médecins ne veulent qu'une plage mensuelle, de même pour ceux qui désirent réaliser deux ou quatre plages mensuelles. 2 médecins désirent deux à trois plages mensuelles, de même pour ceux qui souhaitent en réaliser quatre à six par mois. Un seul médecin de l'effectif désire faire six plages par mois strictes, de même pour huit plages strictes par mois (Figure 24).

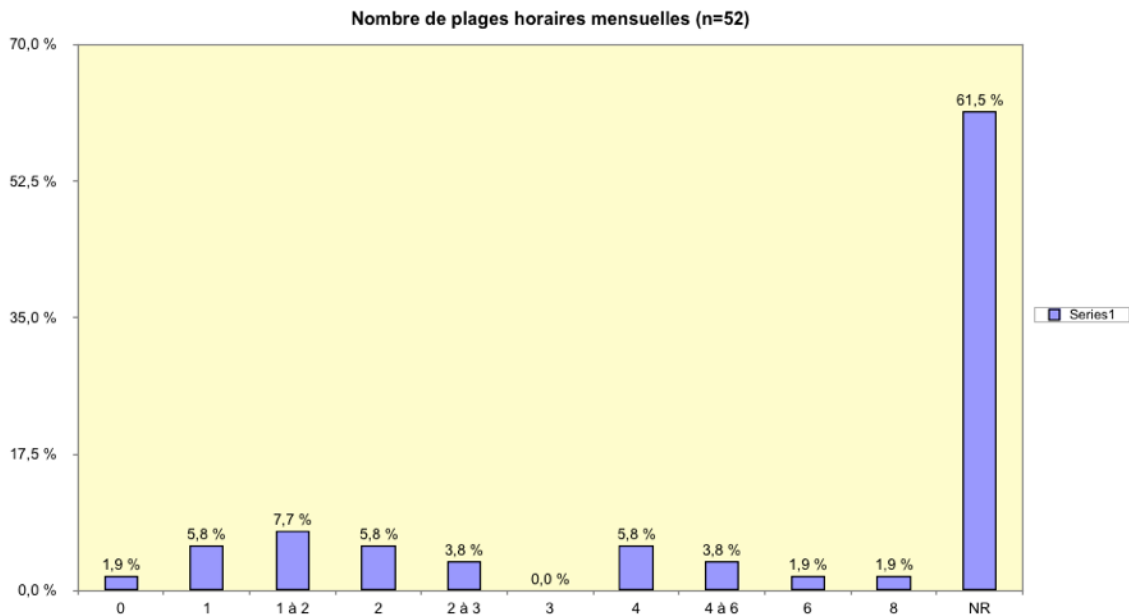


Figure 25 : Nombre de plages de consultations mensuelles souhaitant être assurées par les médecins généralistes de Dordogne au sein du dispositif de consultation non programmées adjacentes aux urgences de Périgueux. Résultats exprimés en pourcentage pour les réponses : 0, 1, 1 à 2, 2, 2 à 3, 3, 4, 4 à 6, 6, 8 plages horaires par mois et absence de réponse (NR).

Concernant le mode de rémunération, 15 médecins (soit 28.8% de l'effectif) préfèrent être payés sur la base d'un contrat salarial avec l'hôpital, 7 (soit 13.5%) préfèrent un paiement à l'acte sur le schéma de paiement libéral et 30 n'ont pas répondu à la question. Parmi les médecins ayant répondu, 68.2% préfèrent un contrat salarial contre 31.8% qui préfèrent un paiement à l'acte (Figure 25).

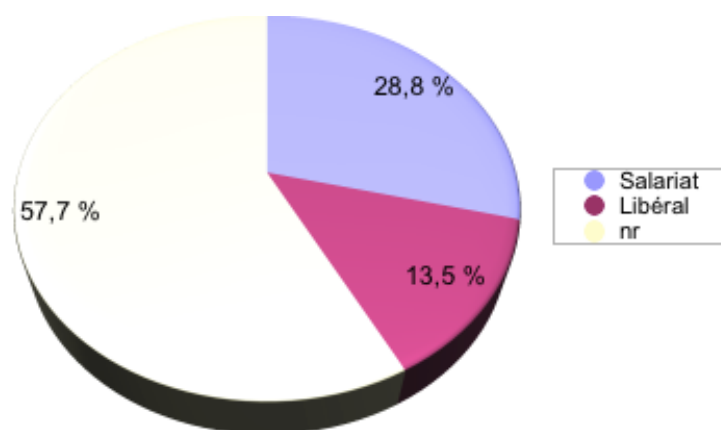


Figure 26 : Mode de rémunération souhaité par les médecins généralistes de Dordogne dans le cadre du dispositif de consultations non programmées assurées aux urgences de Périgueux. Résultats exprimés en pourcentage pour les réponses : Salarial (S), Libéral (L) et absence de réponse.

Les différents verbatims des médecins sont retranscrits de façon anonyme et seront pris en compte pour l'élaboration définitive et la mise en place du dispositif de cette plage de consultation non programmée aux urgences de Périgueux.(ANNEXE 8)

Ils peuvent être présentés par thème en fonction des remarques apportées :

- Verbatims félicitant l'initiative du travail et son utilité potentielle :

« ce serait un bon début et n'est-ce pas la solution pour régler le problème de la désertification de la PDS? en instaurant notamment plusieurs centres de consultation sdans le département », « La mise en place de ce projet me semble être le meilleur pour désengorger et dénaturer les urgences. », « idée intéressante car l'accès aux soins est délicat en fin de journée. Pb aussi de l'accès aux soins le samedi matin (en dehors de la PDS) avec pic d'activité en régulation libérale en diminution l'après midi. Intérêt aussi a étendre la PDA au samedi matin car difficulté a articuler ce système avec la PDS », « du fait du manque de médecins généralistes, ce système deviendra vite utile / rémunération la plus avantageuse entre salariat et a l'acte en fonction des points retraites et cotisations. », « ne serait-il pas plus raisonnable que vous déterminiez vous même vos besoins en matière de généraliste trieur? dans nos hopitaux en belgique, c'était une pratique courante dans les années 1980 d'avoir des généralistes trieurs attachés aux urgences afin de désengorger au plus vite. Cela fonctionnait fort bien de 8h à 20h. si la question vous intéresse, je puis me renseigner auprès de l'un ou l'autre de nos hôpitaux belges pour voir ce qui donne le meilleur résultat. merci pour votre initiative. », « bonne idée », « Très bonne initiative », « Si cela permet de désengorger les urgences pourquoi pas ! », « Très bonne initiative » .

- Verbatims faisant état des difficultés de participation liées à la charge de travail déjà dense en libéral :

« impossibilité de réaliser des consultations au SAU étant donné mon emploi du temps bien chargé entre le cabinet et nos gardes de PDS.. », « problème de la charge de travail déjà énorme au cabinet », « charge de travail des généralistes de ville trop importante. ».

- Verbatims faisant état des difficultés de participation liées à la distance trop importante :

« problème de distance > 50km de la ville de périgueux / Je pense qu'il faut solliciter les Med du travail, de la CPAM, de la MSA ainsi que médecins pompiers et ceux de la ville de périgueux. », « C 'est une bonne idée qui permettrait de décharger les urgences vraies , possible que pour les médecins étant dans les alentours proches ou à Périgueux. », « du fait de la distance je ne suis pas intéressé. », « excellente initiative, non applicable pour les MG de bergerac. ».

- Verbatims favorables au dispositif en cas de substitution aux gardes de la PDSA :

« je ne me vois pas faire cela en semaine tant que l'on conserve les gardes obligatoires. En semaine je ne vois pas comment un MG peut être là avant 20h. », « ce système préconisé depuis de nombreuses années dans nos réunions de médecins me semble très intéressant. Cependant, la participation à ce système devrait pouvoir entraîner une suspension des gardes en ville. », « Problèmes : doublon avec les gardes de ville. Risque que les gens affluent à l'hôpital et shunt la régulation ce qui enlèvera tout sens à la PDSA... », « Si je participais je souhaiterais ne plus faire de garde de ville. Concerne les médecins participants à la régulation centre 15 sont dispensés de PDSA. dans le cas contraire je ne pourrais pas.. Mes semaines sont déjà très bien remplies. En remplacement des gardes de ville uniquement !!! », « d'accord pour que les horaires soient parallèles aux horaires de régulation libérale, si cela pouvait nous permettre de ne plus faire de garde !!!! Nous sommes 6 pour 365jours et 320km carrés... », « même possible toute la nuit de 19 à 24h et le WE pour supprimer les gardes », « idée intéressante à condition de substituer ce système aux gardes de ville, sinon non viable de par la charge de travail pour ma part. »

- Verbatims présentant l'interrogation sur les effets néfastes du dispositif :

« La médecine libérale depuis la charte de 1928 se réalise en dehors des hôpitaux. toute l'énergie devrait être dépensée à coloniser l'exercice libéral de la médecine et le rendre attractif. l'hospitalocentrisme est d'un autre siècle, mais c'est aussi le symbole des régimes totalitaires socialistes de l'Europe de l'est. Bienvenue en URSS !!! », « pourquoi compliquer les choses, il faudrait une fois pour toutes que les médecins qui font des gardes autour du CH soient inclus dans les urgences, avec une IAO qui ferait le tri urgences-MG. Si des MG veulent faire plus de gardes (volontaires) Pk pas? par contre paiement en tiers payant avec un logiciel aux urgences av feuilles de soins envoyées à la SS... ce système risque de faire venir n'importe qui et n'importe quoi aux urgences ... », « un circuit-court pourrait sécuriser les patients du bassin de périgueux..mais risque d'attirer bcp de patients de beaucoup plus soins, surtout si le paiement s'effectue en tiers payant./ on améliore le fonctionnement de l'hôpital mais on risque de fragiliser la PDSA (rural++) / ce système finira par rendre la PDS obsolète, devant un nb de cs déjà en décroissance / effectifs MG insuffisant pour PDSA+ce système ? / risque d'accroître la consommation médicale par les patients.. / meilleure attractivité financière et meilleure protection sociale que la PDSA qui risque d'être délaissé..!!!! », « avec possibilité de faire du tiers payant intégral ds le cadre de l'urgence afin de mieux faire accepter la cs libérale aux patients. quand ils vont a l'hôpital c'est pour ne pas faire l'avance ! », « Les patients se rendent trop souvent aux urgences sans consulter le médecin traitant ou le médecin de garde alors que dans la plupart des cas le problème pourrait être réglé en dehors des urgences de plus la plus des généralistes de ville consultent tous les jours et pour ma part je consulte le samedi matin aussi exception les jours de fête donc je ne serai pas volontaire »

- Verbatims évoquant les interrogations et remarques concernant les indemnités et modes de rémunération :

« en cas de salariat les IK hôpital- domicile sont elles remboursées ? le cumul est il interdit ? quels modes de répartition des plages ? statut modifiable ? », « rémunération non imposable serait la bienvenue.. », « dans notre secteur nous faisons les nuits profondes alors possibilité d'indemnités des gardes à l'hôpital en plus ? ».

4.DISCUSSION

4.1 ANALYSE DES RESULTATS

Comme indiqué dans les résultats, le taux de réponse obtenu pour notre questionnaire est de 12.8% au 26/09/2016 et atteint 19.9% au 01/01/2017. Ce faible taux de réponse peut être justifié par diverses raisons après analyse des réponses téléphoniques des divers praticiens contactés.

Pour beaucoup d'entre eux, il s'agit du manque de disponibilité lié à une charge de travail au cabinet trop importante avec plusieurs questionnaires et enquêtes de thèses déjà en attente sur leur bureau. Pour d'autres, il s'agit d'un faible intérêt pour le projet que ce soit à cause d'un problème de distance trop importante relaté par les praticiens logeant ou travaillant à plus de 50km de Périgueux ou pour cause de désaccord avec la mise en place d'un dispositif hospitalier assuré par des libéraux.

Sur les 52 réponses obtenues, deux tiers des médecins généralistes de Dordogne sont favorables à la mise en place du dispositif de consultations non programmées au SAU de Périgueux, soit 35 médecins. Parmi les médecins favorables à ce dispositif, la majorité souhaite y participer. Mais ils représentent seulement 7% de l'effectif de médecins généralistes du département.

Les commentaires (ANNEXE 8) des médecins ayant répondu ont pour plus de la moitié d'entre eux félicité l'initiative et pensent que ce concept est la solution qui permettrait de lutter contre la désertification médicale et de désengorger les urgences en facilitant le flux et permettant notamment une meilleure prise en charge des « vraies » urgences. Comme le dit un médecin de Dordogne dans son commentaire, *« ce serait un bon début et n'est-ce pas la solution pour régler le problème de la désertification de la PDS, en instaurant notamment plusieurs centres de consultation dans le département »*. Un autre affirme que *« ce système préconisé depuis de nombreuses années dans nos réunions de médecins me semble très intéressant »* et un autre *« La mise en place de ce projet me semble être le meilleur moyen pour désengorger les urgences »*.

Malgré cela, seul un faible taux de médecins est prêt à participer au dispositif. Cela est clairement justifié par les médecins dans leurs commentaires. Comme par téléphone, les médecins expriment un emploi du temps déjà trop chargé lié à leur activité libérale ne leur laissant que peu de temps libre pour assurer des consultations supplémentaires en dehors de leur cabinet. Beaucoup de médecins libéraux souhaiteraient participer à ce dispositif en substitution à leurs gardes de PDSA mais affirment ne pouvoir cumuler les deux par manque de temps. Ils jugent pour une grande majorité d'entre eux que ce dispositif est plus adapté à la demande de la population, notamment pour faire face au problème de la désertification sur un territoire étendu rendant les gardes de PDSA pénibles et inadaptées dans certaines situations. Les médecins s'expriment dans leurs commentaires sur le fait que « *la participation à ce système devrait pouvoir entraîner une suspension des gardes en ville* » car certains « *souhaiteraient ne plus faire de garde de ville* ». Un médecin de Dordogne dit que pour lui, assurer des consultations dans le cadre du dispositif au SAU de Périgueux serait « *même possible toute la nuit de 19 à 24h et le week-end pour supprimer les gardes de ville* », un autre revient sur le fait qu'il s'agit d'une « *idée intéressante à condition de substituer ce système aux gardes de ville* ».

On notera que, dans le courrier accompagnant le questionnaire il était précisé que ce dispositif ne se substituait en rien aux gardes de la PDSA.

Un autre problème limitant la participation à ce dispositif est la distance. Les médecins situés sur les communes de Bergerac et Sarlat-la-caneda (à plus de 50km de Périgueux) ne souhaitent pas participer à ce projet devant la pénibilité des trajets. Certains posent la question d'un éventuel arrangement en cas d'indemnités kilométriques mais ce problème n'a pas été abordé en amont, ne permettant pas au cours de l'étude de répondre aux praticiens intéressés.

Certains médecins généralistes de Dordogne sont en désaccord complet avec la mise en place d'un dispositif hospitalier intégrant l'exercice libéral et affirment par exemple en commentaire que « *la médecine libérale depuis la charte de 1928 se réalise en dehors des hôpitaux. Toute l'énergie devrait être dépensée à coloniser l'exercice libéral de la médecine et le rendre attractif. L'hospitalocentrisme est d'un autre siècle, mais c'est aussi le symbole des régimes totalitaires socialistes de l'Europe de l'Est. Bienvenue en URSS !!!* ».

Enfin les médecins proches de la retraite présentaient peu d'intérêt pour participer à la mise en place d'un dispositif novateur dans le département sur plusieurs mois ou années.

Les 18 médecins (7%) de l'effectif des médecins généralistes libéraux du département prêts à participer représentent un faible taux mais largement suffisant pour mettre en place le dispositif.

On remarque donc un décalage entre le nombre de réponses obtenues, à savoir 30 pour les plages à assurer en semaine et 38 pour celles de weekend, alors que seulement 18 médecins sont prêts à participer au dispositif. Cela entraîne un biais d'analyse qui est la conséquence d'un biais de questionnaire laissant la possibilité de répondre à l'ensemble des questions sans prendre en compte les réponses aux questions précédentes.

La préférence pour des plages d'une durée de 3 heures (plutôt que 4 heures) en semaine peut s'expliquer par le fait qu'en semaine, les cabinets étant ouverts, cela suffirait à éviter la surcharge des urgences en assurant les consultations de médecine générale. Cela leur permettrait aussi de terminer le travail administratif attendant à leur exercice libéral et d'assurer les consultations au SAU de Périgueux sans se coucher à une heure trop tardive afin d'assurer leurs consultations le lendemain.

Le week-end, les médecins préfèrent assurer des plages d'une durée de 4h. Cela peut s'expliquer par une plus grande disponibilité avec une organisation permettant plus facilement de venir aider à mettre en place le dispositif. On retiendra que le bénéfice lucratif en cas de disponibilité joue en faveur d'une plage de consultation de 4 heures.

Concernant les horaires :

- En semaine, que ce soit pour assurer des plages 3h ou 4h de consultations, les médecins préfèrent commencer à 19h plutôt que 18h, cela leur permet notamment de terminer les consultations au cabinet et de faire le trajet jusqu'au SAU de Périgueux. Certains commentaires mettent en garde sur le fait que 19h serait même trop tôt pour lier activité libérale et consultations au SAU. Un médecin affirme qu'en semaine « je ne vois pas comment un MG peut être là avant 20h » (ANNEXE8).

- Le week-end, malgré les biais de questionnaire autorisant de cocher à cette question de 0 à 13 réponses sans tenir compte des réponses aux questions précédentes, les médecins seraient beaucoup plus disponibles le week-end que la semaine et ce toute la journée de 9h à 22h et préféreraient réaliser des plages de 4h de consultation.

Le matin, 19 médecins ayant répondu préféreraient assurer des plages de 4h contre 16 qui préféreraient des plages de 3h. L'après midi, 35 médecins ayant répondu préféreraient assurer des plages de 4h, contre 15 seulement qui préféreraient des plages de 3h.

Une baisse de disponibilité est prévisible le matin puisque l'on constate que 67% des médecins ayant participé à l'étude préféreraient réaliser des plages de 4h l'après midi contre 36.6% le matin. On imagine aisément que par exemple, le samedi matin, les médecins souhaitent avoir une matinée de repos après une semaine de travail en cabinet ou pour certains de pouvoir assurer des consultations programmées au cabinet le samedi matin. Ils pourraient ainsi consulter le matin au cabinet ou avoir leur matin de libre et assurer les consultations au SAU dans le cadre du dispositif l'après midi avec une plage de 4h de temps.

Le taux d'abstention élevé à la question des préférences horaires le week-end peut s'expliquer par la multiplicité des réponses proposées avec un nombre de réponses autorisées illimitées rendant l'analyse des résultats compliquée et probablement difficilement interprétable.

On notera que les horaires proposés en semaine et le week-end sont en accord avec les deux pics d'affluence observés aux urgences en France. Ce dispositif pourrait donc bien être la solution permettant de fluidifier le SAU en absorbant les pics de passage qui, en cours de journée, sont le milieu de matinée et la fin d'après midi. Cela est le résultat d'un rapport de la Drees publié en 2014 après évaluation de 734 SAU sur les 736 recensés en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (103).

Concernant la fréquence souhaitée par les médecins, sur les 7 réponses obtenues pour la fréquence hebdomadaire, cinq d'entre eux souhaiteraient réaliser une plage de consultation par semaine. Concernant la fréquence mensuelle, sur les 20 réponses obtenues, 35% d'entre eux (soit 7 médecins) sont prêts à réaliser 4 plages ou plus par mois (soit une plage par semaine en moyenne) et 60% (soit 10 médecins) sont prêts à participer au dispositif avec une fréquence inférieure (allant de une à trois plages par mois).

Ces résultats confirment la faisabilité du dispositif avec 18 médecins souhaitant participer au dispositif dont 7 qui seraient prêts à réaliser une plage hebdomadaire de consultation au SAU de Périgueux et 12 pouvant participer avec une fréquence d'une à deux plages par mois.

Pour le mode de rémunération, les médecins ayant donné leur avis préfèrent un contrat salarial en tant que Praticien Hospitalier Contractuel (à 68%) plutôt qu'un paiement à l'acte identique au secteur libéral. En effet nous pouvons expliquer cela par le souhait des médecins d'avoir un revenu fixe indépendant de leur activité libérale habituelle permettant de bénéficier entre autre d'avantages sociaux et professionnels liés à une activité salariale. Dans le contrat, les médecins souhaiteraient inclure des indemnités kilométriques et bénéficier du meilleur cumul de « points retraite » qu'en cas d'activité identique avec un paiement à l'acte.

En cas de contact, le salaire mensuel correspond à un temps de travail statutaire qui, lorsqu'il est dépassé, donne lieu à une rémunération complémentaire ou à une récupération du temps de travail. De plus le salariat n'incite pas à la multiplication des actes et il donne aux médecins une plus grande disponibilité en leur offrant la possibilité de mieux répondre aux besoins, notamment d'information, des malades sans répercussion sur la rémunération (104).

Les remarques apportées dans l'espace dédié du questionnaire ont permis de résumer les avis et réticences de nos médecins généralistes face à ce dispositif (ANNEXE 8).

Il en ressort que, pour la grande majorité des médecins ayant répondu, ce projet est un projet d'avenir tout à fait adapté au problème de désertification médicale et d'engorgement des SU dont le département fait l'objet.

Il ressort des commentaires que ce projet permettrait de répondre d'une part au problème d'accès aux soins dont fait l'objet une partie non négligeable de la population, et d'autre part d'améliorer le fonctionnement des services d'urgence en assurant la prise en charge des multiples consultations dites «non urgentes » selon sa définition médicale.

Les réticences retrouvées dans la majorité des commentaires regroupés sont :

- La difficulté de participer à ce dispositif pour les médecins n'étant pas domiciliés dans le bassin de Périgueux du fait de la distance trop importante. Néanmoins, certains médecins seraient prêts à participer en cas d'indemnités kilométriques.
- La double responsabilité avec les gardes de ville dans le cadre de la PDSA. Les médecins préféreraient pour la majorité pouvoir participer aux plages de consultations de ce dispositif en substitution des gardes de ville de la PDSA ou alors réaliser les gardes de la PDSA sur place au SAU de Périgueux.

4.2 CRITIQUE DE L'ETUDE

4.2.1 Les forces de l'étude

- Cette étude est une évaluation de l'avis visant à la mise en place d'un dispositif de soins nouveau, qui reste peu exploité à ce jour avec seulement très peu d'études réalisées.
- La force majeure de ce travail est l'inclusion, à titre d'ambassadeur du programme, de l'ensemble des médecins généralistes de la Dordogne en leur permettant d'exprimer leurs souhaits, leurs attentes concernant ce programme et la possibilité d'adaptation à la carte notamment sur le plan de la rémunération.
- Ce travail répond parfaitement au contexte actuel de la crise du système médical en France en apportant une solution pratique, faisable, rapidement évaluable localement, pour répondre à une demande de plus en plus marquée de soins non programmés dans un désert médical de plus en plus « aride ». Le mirage d'une inversion de la courbe de la démographie médicale dans le département apparaît en 2025 d'après les sources INSEE (46,47).

4.2.2 Les biais et limites de l'étude

4.2.2.1 Le questionnaire

Le choix du questionnaire créé pour ce travail est standardisé et non modifiable, comprenant sept questions au total afin de réduire et de contrôler certains biais et de limiter les variations interindividuelles. Les modalités de réponses sont imposées aux participants notamment pour les questions fermées.

L'approche quantitative des questions (Q1 à Q6) de l'enquête limite la liberté de réponse, Elle permet de présenter et de faire ressortir une tendance descriptive de la situation et des attentes des médecins généralistes sans en apporter une analyse libre et autonome à souhait.

Le mode de réponse en auto-administré où chaque médecin remplit le questionnaire seul, sans la présence d'un enquêteur entraîne certains biais :

- Un biais d'information lié à l'impossibilité de reformulation des questions en cas de besoin.
- Un biais de prévarication semblable sur l'ensemble des réponses fermées.
- Un biais de sélection lié au profil des répondants basé sur le volontariat après réception du questionnaire.

Un autre point faible de notre étude est l'absence de phase pré-test du questionnaire. La mise en place d'une pré-enquête pour corriger le questionnaire définitif aurait renforcé notre travail.

4.2.2.2 Durée et Période de soumission du questionnaire

La durée de soumission initiale du questionnaire de 25 jours après la date d'envoi est nécessairement à l'origine d'un taux de réponse moindre. Même après relance et fixation d'une date limite au 1er janvier 2017 (soit 4 mois après l'envoi initial) on peut considérer que si la durée de soumission du questionnaire avec éventuelle relance supplémentaire avait été réalisé, nous aurions obtenu un taux de réponse plus élevé.

La période de soumission du questionnaire aux médecins généralistes peut aussi être critiquée puisqu'elle correspond à une période automnale où il y a plusieurs périodes de vacances et congés annuels et dans le cas contraire un afflux de consultations important avec difficulté pour répondre aux sollicitations extérieures (questionnaires, laboratoires...) avec un impact sur le taux de réponse moindre obtenu.

4.2.2.3 Biais lié au faible taux de réponse

Avec un taux de 19.6% de réponses obtenues au questionnaire malgré relance, on imagine que le résultat n'est pas représentatif et difficilement extrapolable à l'ensemble des médecins généralistes du département. Cependant, on peut imaginer que les médecins ayant répondu sont les médecins intéressés par le dispositif et qu'en conséquence les réponses sont plus représentatives des médecins qui participeront à sa mise en place.

L'analyse des résultats et la discussion autour des réponses obtenues a permis de comprendre quelles étaient les attentes des médecins, les réticences et les points à éclaircir au décours de réunions avec les différents intéressés afin de mettre en place un dispositif stable, efficace, durable et avantageux pour tous.

4.3 COMPARAISON AUX DISPOSITIFS EN PLACE

La création de dispositifs de consultations non programmées adjacentes aux SAU est un concept récent qui fait l'objet de quelques études dont le résultat est plutôt prometteur.

A Orléans, une étude rétrospective sur 9 mois (Octobre 2013 à Juin 2014) à évaluer l'intérêt de la création d'une consultation non programmée adjacente aux urgences (CNPAU) en réponse à l'augmentation des demandes de consultations non programmées. Le résultat a permis de prouver l'efficacité du système qui peut potentiellement prendre en charge 30 consultations en moyenne par jour majoritairement entre 8h30 et 18h30. Ce flux moyen était significativement plus important les lundis (33.9), les mercredis (30.7), les dimanches (31.3), et les jours fériés (34.5). A noter que le CHP d'Orléans fait 123 passages par jour en moyenne contre 90 environ pour le CHP de Périgueux (80).

A l'hôpital d'instruction des armées Laveran à Marseille, une consultation de médecine générale libérale est en place et implantée au sein du SAU. Son organisation est confiée à l'association SUMO (Soins d'Urgence par les Médecins Omnipraticiens) et compte 30 praticiens adhérents. Devant l'efficacité du système sur la tranche horaire 7h30-19h30, le système a été élargi sur les horaires de la PDSA. Les résultats de ce travail montre que cette consultation prend en charge 50% du flux des entrées avec seulement 12% de patients redirigés vers le circuit urgence conventionnel. Le nombre de passages dans la SU a diminué de 40%. A noter que le CH Laveran fait 81 passages par jour en moyenne contre 90 environ pour le CHP de Périgueux (81).

Au CHP de Dreux, un dispositif de consultations non programmées a vu le jour en 2013 avec cinq médecins salariés permettant de prendre en charge les consultations de médecine générale de 17 à 23 heures en semaine, de 14 à 23 heures le samedi et de 11 à 18 heures le dimanche et les jours fériés. Les résultats disponibles suite à sa mise en place sont que 181 patients ont été orientés vers la consultation de médecine générale au cours des trois premières semaines de fonctionnement avec des pointes à 18 personnes certaines journées. A noter que le CH de Dreux fait 111 passages par jour en moyenne contre 90 environ pour le CHP de Périgueux (105).

A l'hôpital universitaire de Maastricht, la mise en place d'un dispositif similaire a permis de réduire de 52.6% le nombre de consultations au SAU et d'augmenter de 25% le recours direct à une structure de soins primaires (83).

Malheureusement il n'y a pas encore assez de recul pour évaluer le bénéfice à long terme et les effets perverses ou néfastes de ce dispositif. Néanmoins, les résultats présentés ci dessus sont pour la majorité issus de CHP Français prenant en charge un nombre de passage proche de celui du CHP de Périgueux. Nous pouvons donc espérer jouir au même titre d'un résultat encourageant suite à la mise en place de ce circuit express dans le but de réduire les délais d'attente des patients « peu graves » et « graves », de réduire de façon significative le nombre de patients partis sans attendre et donc d'améliorer les conditions et la qualité des soins.

4.4 PERSPECTIVES DU PROJET AU CHP DE PERIGUEUX

L'analyse des résultats de l'enquête a permis par l'intermédiaire de plusieurs réunions officielles avec la présence et signature du Directeur de l'hôpital de Périgueux, des médecins généralistes intéressés, du responsable de service des urgences et du SAMU, de la cadre des urgences et de la cadre de pôle, de la direction des affaires médicales et de moi même, de finaliser la mise en place du dispositif.

La mise en place est réalisée le 14 février 2017 et le projet final prévoit la présence d'un médecin généraliste assurant les consultations non programmées au sein du SAU de Périgueux sur les plages :

- 20h-23h les lundis et vendredis
- 15h-19h les samedis
- 10h-13h et 15h-19h les dimanches.

Concernant la rémunération, il a été décidé après accord des différents partis d'une rémunération à l'acte modifiable à tout moment en cas d'échec.

Un lieu de consultation dédié a été mis en place: Il s'agit d'un bureau de consultation situé en face du bureau d'accueil du SAU avec accès direct dans la salle d'attente des urgences et une zone d'attente de cinq chaises dédiées spécialement à l'attente des patients éligibles à la consultation de médecine générale. Le bureau médical comprend tout le matériel dédié aux soins primaires et il est informatisé avec dossier patient partagé par l'intermédiaire du Logiciel Dx-Care actuellement utilisé sur le CHP de Périgueux (ANNEXE 9).

Pour faciliter la prise en charge et répondre à l'obligation de moyen liée à la consultation dans l'enceinte d'un SU, le médecin généraliste consultant peut faire réaliser un bilan par l'IOA, une prise de constantes avec glycémie capillaire et hémocue si besoin, un examen de radiologie standard et de bénéficier de matériel médical pour la prise en charge de plaies superficielles par exemple.

Il s'agit d'un projet attendu dans le département et nous espérons que la mise en place de ce projet fournira des résultats rapides permettant de diminuer le temps d'attente moyen au SAU des patients et donc d'améliorer la qualité de prise en charge de nos patients.

En parallèle, un travail de thèse actuellement en cours permet d'évaluer l'impact de la désertification médicale en Dordogne sur l'afflux au SAU de CHP de Périgueux par l'intermédiaire d'un questionnaire rempli par le médecin ou l'interne aux urgences.

La mise en place de cette « collaboration inédite » fait déjà beaucoup de bruit dans le département avec dès le 23 janvier 2017 un article publié dans Sud-Ouest insistant sur « le rapprochement entre l'hôpital de Périgueux et les médecins libéraux » avec pour objectif « de faire gagner du temps » au patient, d'améliorer les soins et de permettre « au personnel du service de se consacrer pleinement aux cas qui relèvent réellement de ses compétences » (106).

Les premiers résultats récupérés auprès du département informatique médical du CHP de Périgueux sont encourageants si l'on s'intéresse au temps d'attente moyen des patients.

La semaine du 20 au 24 février 2017, les jours où un médecin généraliste assurait les consultations au SAU, on relève un temps d'attente moyen de :

- 1h30 le lundi 20/02/17 (88 passages) contre 1h45 en 2016 à la même date (87 passages).
- 1h36 le vendredi 24/02/17 (99 passages) contre 2h08 en 2016 à la même date (87 passages).
- 1h13 le samedi 25/02/17 (92 passages) contre 1h41 en 2016 à la même date (79 passages).
- 0h56 le dimanche 26/02/17 (86 passages) contre 1h48 en 2016 à la même date (83 passages).

Même si de nombreux facteurs entrent en ligne de compte pour expliquer ces variations, les premiers chiffres sont en faveur d'une efficacité du dispositif au SAU de Périgueux.

En parallèle à ce dispositif et toujours dans un souci d'améliorer la qualité et l'équité des soins apportés à la population face à la désertification médicale, plusieurs projets sont en cours dans le département :

- Une restructuration du SAU du CHP de Périgueux est prévue dans les deux ans à venir.
- Un projet innovant de Télémédecine est en cours de test dans le secteur de Nontron. Il s'agit d'une valise de télémédecine permettant un diagnostic rapide et efficace à distance.

5.CONCLUSION

L'organisation de la prise en charge des soins non programmés en France repose tant sur la médecine libérale que sur la médecine hospitalière et préhospitalière. La Dordogne, vaste département où vit une population vieillissante est l'un des plus grands déserts médicaux du pays avec un effectif de médecins généralistes ayant baissé de 14% depuis 2007.

L'accès aux soins non programmés est donc de plus en plus difficile et l'impact sur les patients et le personnel soignant lié à l'encombrement des services d'urgence impose de proposer, de tester et de mettre en place des solutions pérennes afin d'améliorer la qualité des soins de nos citoyens.

Ce travail a permis d'objectiver et de confirmer la faisabilité de la mise en place d'un dispositif de consultations non programmées adjacentes au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Périgueux afin de désengorger ce service et d'améliorer la qualité de prise en charge de l'ensemble des patients du département.

Cette enquête d'opinion prouve que ce projet intéresse les médecins généralistes du département et que pour une majeure partie d'entre eux, il s'agit d'un dispositif permettant de répondre à la problématique actuelle d'encombrement des SU en France.

Cette enquête d'opinion a permis de préciser les conditions et les préférences des médecins potentiellement prêts à participer à un tel dispositif dans le département de la Dordogne.

Après recueil et analyse des résultats obtenus, plusieurs réunions officielles portant sur notre travail ont permis à ce dispositif de voir le jour le 14 février 2017 au sein du service des urgences du centre hospitalier de Périgueux et les premiers résultats obtenus sont encourageants.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) | Legifrance [Internet]. [Consulté le 05/01/17]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000796529>
2. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins | Legifrance [Internet]. [Consulté le 05/01/17]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/7/13/SASH1006687D/jo>
3. Union Régionale des Professionnels de Santé d'Ile de France. Rendez-vous médicaux non honorés et demande de soins non programmés, état des lieux et solutions. Commission d'accès aux soins. Juin 2015 [Internet]. [Consulté le 05/01/17]. Disponible sur : <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/16197.pdf>
4. Steg A. Rapport sur la médicalisation des urgences. Commission nationale de restructuration des urgences. Conseil économique et social, 1993.
5. Qu'est-ce qu'une urgence médicale ? | Droit-medical.com [Internet]. [consulté le 05/01/17]. Disponible sur : <http://droit-medical.com/actualites/evolution/208-urgence-medicale>
6. Ministère de la santé française. Définition de l'urgence : accueil [Internet]. [Consulté le 05/01/17]. Disponible sur: http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com_content&view=article&id=232:les-urgences&catid=162:orientations-conseils&Itemid=1059
7. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpe-Etude de modélisation de centres de soins de premier recours avec petit plateau technique, permettant la prise en charge des soins non programmés. Juin 2015 [Internet]. [Consulté le 05/01/17]. Disponible sur : <http://slideplayer.fr/slide/9264574/>

8. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 21 Juill 2009. JORF n°0167 p. 12184. | Legifrance [Internet]. [Consulté le 05/01/17]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
9. Leeuwenhorst Group. The General Practitioner in Europe: A Statement by the Working Party Appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. Netherlands: Leeuwenhorst, Netherlands 1974.
10. Allen J, Gay B, Crebolder H et al. La définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. Barcelone: WONCA Europe; 2002.
11. Agence Régionale de Santé aquitaine-Permanence des soins ambulatoires : l'ARS Aquitaine a arrêté une nouvelle organisation. 3 sept 2012 [Internet]. [Consulté le 12/01/17]. Disponible sur : http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAIN/telecharger/00_presse_region/2012/05_septembre/DP_cahier_charges_PDSA_03092012.pdf
12. Agence Régionale de Santé aquitaine-Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires en aquitaine. 22 Juill 2015 [Internet]. [Consulté le 12/01/17]. Disponible sur : http://ordre-medecins-aquitaine.org/upload/pdf/CAHIER%20DES%20CHARGES_PDSA_20_11_2012.pdf
13. Décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) | Legifrance [Internet]. [Consulté le 12/01/17]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=2A8ED5901C9E91FBEA56118E9D70BE79.tpdila18v_3?cidTexte=JORFTEXT000000821805&dateTexte=20090730
14. Samu 24. La permanence des soins en Dordogne. Consulté le [12/01/17]. Disponible sur. <http://samu24.pagesperso-orange.fr/samu24%3Bpds.htm>

15. Centre Hospitalier de Périgueux-Service Département de médecine d'urgence [Internet]. [consulté le 22/01/17]. Disponible sur: <http://www.ch-perigueux.fr/poles-et-services/rechercher-un-service-226/departement-de-medecine-d-urgence-29.html?cHash=8343f02b4ddb87c0c168837e8a5946ce&MP=233-16>
16. Tierle F. Historique de la Médecine d'Urgence Préhospitalière Civile en France [Internet]. [consulté le 22/01/17]. Disponible sur : <http://cesusamu.chez.com/appligos/samu/samu.html>
17. Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires | Legifrance [Internet]. [Consulté le 22/01/17]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000512206>
18. Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U. | Legifrance [Internet]. [consulté le 01/02/17]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006065750&dateTexte=20050725>
19. Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) | Legifrance [Internet]. [consulté le 01/02/17]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FEA9A4743DDA5BF7A56602C8670F8964.tpdila13v_3?cidTexte=JORFTEXT000000788651&dateTexte=20170623
20. Haute Autorité de Santé-Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Recommandations de bonne pratique. mars 2011 [Internet]. [consulté le 01/02/17]. Disponible sur : http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/129/677/regulation_medicale__recommandations.pdf
21. Haute Autorité de Santé-Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. In. Paris: 2011. [Internet]. [consulté le 01/02/17]. Disponible sur : http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/129/677/regulation_medicale__recommandations.pdf

22. Samu-Urgences de France. Définitions & standardisation des données. Activité des Samu Centre 15. 24 mar 2009 [Internet]. [consulté le 01/02/17]. Disponible sur : http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/155/559/definitions_apl_drm_2009.pdf
23. Braun F, Berthier F. Les interconnexions de la Régulation Médicale. In: Conférence Congrès Urgences. Paris: 2009; 817-829.
24. Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière et réingénierie des diplômes des professionnels de santé. Métier : Assistant(e) de régulation médicale. [Internet]. [consulté le 01/02/17]. Disponible sur : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=117>
25. ANCESU : Association Nationale des Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence - Présentation [Internet]. [consulté le 01/02/17]. Disponible sur : http://www.ancesu.fr/Presentation_361.html
26. Cazalaà JB. Histoire du samu. In : Anesthésie, analgésie, réanimation, Samu, notre histoire de 1945 aux années 2000. Club de l'histoire de l'anesthésie et de la réanimation. Tome II. Paris: Edition Glyphe; 2015.
27. Braun F, Berthier F, Boudénia K, Carli P, Chollet-Xémard C, Cibien JF et Al. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. Les propositions de Samu-Urgences de France. Livre-Blanc. 2015, 48p [En ligne]. [consulté le 01/02/17]. Disponible sur : <http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
28. Ministère de la santé et des sports. Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé. Mission et organisation des SAMU et SMUR. 2009 [Internet]. [consulté le 12/02/17]. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/smur.pdf>
29. Hamel V, Dreyfus P, Debaty G, Mardegan P, Ricard-ibonl A, Assez N et Al. SMUR : Référentiel et guide d'évaluation. Sudf, SFMU. 2013, 49p [En ligne]. [consulté le 12/02/17]. Disponible sur : http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/155/756/referentiel_smur_2013_vf.pdf

30. Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) | Legifrance [Internet]. [consulté le 15/02/17]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/22/SANH0620664D/jo/texte>
31. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) | Legifrance [Internet]. [consulté le 15/02/17]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788652&categorieLien=id>
32. La France pittoresque. Aquitaine : origine et histoire du département de la Dordogne [Internet]. [consulté le 15/02/17]. Disponible sur: <http://www.france-pittoresque.com/spip.php?article2091>
33. Arachnis. Le Périgord dans l'histoire [Internet]. [consulté le 15/02/17]. Disponible sur: <http://www.arachnis.asso.fr/dordogne/HISTOIRE/histor0.htm>
34. Rolli P. Le Périgord dans la Seconde Guerre mondiale : Chronique des années noires du Mussidanais et de l'ouest de la Dordogne. Editions l'histoire en partage; 2012, 507 p.
35. Ferret JP. source Insee. 5 844 177 habitants en Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes au 1er janvier 2013 | Insee [Internet]. [consulté le 22/02/17]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908386>
36. Wikipedia. Dordogne (département) [Internet]. [consulté le 22/02/17]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/wiki/Dordogne_\(d%C3%A9partement\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Dordogne_(d%C3%A9partement))
37. Martin L. source Insee. La Dordogne à grands traits | Insee [Internet]. [consulté le 22/02/17]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908478>
38. Insee. Comparateur de territoire : Département de la Dordogne (24) | Insee [Internet]. [consulté le 22/02/17]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-24>

39. Ladde N. Dordogne : le palmarès des routes les plus dégradées du département. Sud Ouest Périgueux [En ligne]. Nov 2016. [consulté le 25/02/17]. Disponible sur: <http://www.sudouest.fr/2016/11/14/dordogne-le-palmares-des-routes-les-plus-degradees-du-departement-2567976-1980.php>
40. Cartélie. RESEAU ROUTIER DU DEPARTEMENT DE LA DORDOGNE [Internet]. [consulté le 25/02/17]. Disponible sur:http://cartelie.application.equipement.gouv.fr/cartelie/voir.do?carte=09_1_Reseau_Routier_Departemental_A89_RN_RD&service=DDT_24
41. 40 millions d'automobilistes. J'ai mal à ma route : quelles sont les routes les plus dégradées de France ? : Les résultats [En ligne]. 2016: p60 [consulté le 25/02/17]. Disponible sur: <http://www.jaimalamaroute.com/pdf/jaimalamaroute.pdf>
42. Insee. Comparateur de territoire : Département de la Dordogne (24) | Insee [Internet]. [consulté le 25/02/17]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-24>
43. Martin L. source Insee. La Dordogne à grands traits | Insee [Internet]. [consulté le 25/02/17]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908478>
44. Insee. Le taux de chômage est stable au premier trimestre 2016 | Insee [Internet]. [consulté le 28/02/17]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011465>
45. Insee. Taux de chômage localisés au 3e trimestre 2016, Comparaisons régionales et départementales. Dordogne (données CVS) | Insee [Internet]. [consulté le 28/02/17]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012804>
46. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France: Situation au 1er janvier 2016. [Internet]. [consulté le 01/03/17]. Disponible sur: http://demographie.medecin.fr/sites/default/files/atlas_demographie/ATLAS_DE_LA_DEMOGRAPHIE_MEDICALE_2016.pdf
47. Conseil national de l'ordre des médecins. La démographie médicale en Région Aquitaine : situation en 2013. [Internet]. [consulté le 01/03/17]. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/aquitaine_2013.pdf

48. Conseil national de l'ordre des médecins. Démographie médicale interactive I Démographie médicale [Internet]. [consulté le 01/03/17]. Disponible sur: <http://demographie.medecin.fr/demographie>
49. Ined. L'espérance de vie en France [Internet]. [consulté le 01/03/17]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/>
50. Calvet L. « Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus », Les comptes nationaux de la santé. 2012; p. 55-70.
51. European Commission. The 2012 ageing report: economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060), European Economy 2/2012, May, Brussels.
52. Dormont B, Grignon M, Huber H. Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. Health Economics. sept 2006;15(9):947-63.
53. Bac C. Les déterminants macro-économiques des dépenses de santé : comparaison entre quelques pays - développés en annexe au rapport Vasselle : Rapport du Sénat sur l'assurance maladie. 2004.
54. Albouy V, Bretin E, Carnot N, Deprez M. Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050. DGTPE. Numéro 2009/11 - Juillet 2009 [Internet]. [consulté le 01/03/17]. Disponible sur: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/File/326376>
55. Tenand M. Hausse des dépenses de santé: Quel rôle joue le vieillissement démographique ? médecine/sciences. févr 2016;32(2):204-10.
56. Galam E. Burn out des médecins libéraux - 1re partie : une pathologie de la relation d'aide . Médecine. 2007;3(9):419-421.
57. Vaquin-Villeminy C. Prévalence du burn-out en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelle. Thèse de médecine. Université René Descartes Paris V; 2007, 59p.

58. Le Borgne C. Les urgences en Europe : des réponses diverses au même problème. Profession; Mai 2005. Tome 127-19 p.1030.
59. Claudet I, Joly-Pedespan L. Consultations de routine aux urgences : faut-il gérer ou lutter. Elivier Masson; 5 nov 2008, p. 1733-1738.
60. Drees. Les établissements de santé - Édition 2016 - Panoramas de la Drees. Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [consulté le 01/03/17]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2016>
61. Liu S, Hobgood C, Brice JH. Impact of critical bed status on emergency department patient flow and overcrowding. Acad Emerg Med . 2003;10:382-385.
62. Neely KW, Norton RL, Young GP. The effect of hospital resource unavailability and ambulance diversions on the EMS system. Prehosp Disaster Med . 1994;9:172-176.
63. Redelmeier DA, Blair PJ, Collins WE. No place to unload: a preliminary analysis of the prevalence, risk factors, and consequences of ambulance diversion. Ann Emerg Med . 1994; 23:43-47.
64. Schull MJ, Morrison LJ, Vermeulen M, et al. Emergency department overcrowding and ambulance transport delays for patients with chest pain. CMAJ. 2003;168:277-283.
65. Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. Ann Emerg Med. 2008 Jan;51(1):1-5. Epub 2007 Oct 25. PubMed PMID: 17913299.
66. Miro O, Antonio MT, Jimenez S, et al. Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. Eur J Emerg Med. 1999;6:105-107.
67. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. Med J Aust. 2006;184:213-216.

68. Sprivulis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, et al. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust*. 2006;184:208-212.
69. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*. 1 juin 2011;342(jun01 1):d2983-d2983.
70. Polevoi SK, Quinn JV, Kramer NR. Factors associated with patients who leave without being seen. *Acad Emerg Med* . 2005; 12:232-236.
71. Kyriacou DN, Ricketts V, Dyne PL, et al. A 5-year time study analysis of emergency department patient care efficiency. *Ann Emerg Med* . 1999;34:326-335.
72. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. Causes and consequences. *JAMA* . 1991;266:1085- 1090.
73. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, et al. The Effect of Emergency Department Crowding on Clinically Oriented Outcomes. *Academic Emergency Medicine*. janv 2009;16(1):1-10.
74. Drees. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. Aou 2015, N°0929 [Internet]. [consulté le 12/03/17]. Disponible sur: : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er929.pdf>
75. Sende J, Jbeili C, Schvahn S, Khalid M, Asaph J, Romano H, et al. Facteurs de stress et conséquences du stress en médecine d'urgence : enquête nationale. *Annales françaises de médecine d'urgence*. juill 2012;2(4):224-31.
76. Estryn-Behar M, Doppia M-A, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from the French SESMAT study. *Emergency Medicine Journal*. 1 mai 2011;28(5):397-410.

77. Compagnon C, Ghadi V. La maltraitance “ ordinaire “ dans les établissements de santé – Étude sur la base de témoignages. 2009; 97p. [Internet]. [consulté le 12/03/17]. Disponible sur: http://www.serpsy.org/actualites_2010rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf
78. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé | Legifrance [Internet]. [Consulté le 23/03/17]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
79. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire [Internet]. [Consulté le 23/03/17]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
80. Nesrine N. La création d’une consultation non programmée adjacente aux urgences : une réponse complémentaire aux demandes de consultations non programmées ? évaluation retrospective aux urgences d’Orléans. Thèse de médecine. Université de Tours; 2014, 60p.
81. Sarrat S. Optimisation de la gestion des flux des urgences hospitalières par une consultation de médecine libérale de premier recours. Thèse de médecine. Université de Marseille; 2010, 109p.
82. Nash K, Zachariah B, Nitschmann J, Psencik B. Evaluation of the Fast Track Unit of a University Emergency Department. Journal of Emergency Nursing. févr 2007;33(1):14-20.
83. Uden CJT, Winkens RAG, Wesseling G, Fiolet HFBM, Schayck OCP, Crebolder HFJM. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: The maastricht integrated out-of-hours service. Journal of General Internal Medicine. juill 2005;20(7):612-7.
84. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé médecine | Legifrance [Internet]. [consulté le 23/03/17]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&categorieLien=id>

85. Ohannessian R, Yaghobian S, Chaleuil M, Salles N. Telemedicine in France: A review of registered clinical trials from 2000 to 2015. *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*. juin 2016;5(2):29-36.
86. Drees. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. n°625 Fev 2008. [Internet]. [consulté le 23/03/17]. Disponible sur :<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er625.pdf>
87. Lagoe RJ, Hunt RC, Nadle PA, et al. Utilization and impact of ambulance diversion at the community level. *Prehosp Emerg Care* . 2002;6:191-198.
88. Scheulen JJ, Li G, Kelen GD. Impact of ambulance diversion policies in urban, suburban, and rural areas of Central Maryland. *Acad Emerg Med* . 2001;8:36-40.
89. Rowe BH, Villa-Roel C, Guo X, Bullard MJ, Ospina M, Vandermeer B, et al. The Role of Triage Nurse Ordering on Mitigating Overcrowding in Emergency Departments: A Systematic Review: TNO SYSTEMATIC REVIEW. *Academic Emergency Medicine*. déc 2011;18(12):1349-57.
90. Bucheli B, Martina B. Reduced length of stay in medical emergency department patients: a prospective controlled study on emergency physician staffing. *Eur J Emerg Med* 2004;11:29- 34.
91. Shaw KN, Lavelle JM. VESAS: a solution to seasonal fluctuations in emergency department census. *Ann Emerg Med*. 1998;32:698-702.
92. Fédération des observatoires régionaux des urgences. Livret hôpital en tension 2016. V01-2016 [Internet]. [consulté le 02/04/17]. Disponible sur : http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2016/11/LIVRET_HET_2016.pdf
93. Migliore A, Bouilly S. Redéfinir le poste de l'IOA, mettre en place un médecin coordonnateur de flux et une filière courte pour optimiser la gestion des flux. 2008.

94. Lee-Lewandrowski E, Corboy D, Lewandrowski K, et al. Implementation of a point-of-care satellite laboratory in the emergency department of an academic medical center. Impact on test turnaround time and patient emergency department length of stay. Arch Pathol Lab Med . 2003;127:456-460.
95. Bleichner G. Architecture des services d'urgence. Recommandation de la société francophone de médecine d'urgence. Jui 2004 [Internet]. [consulté le 02/04/17]. Disponible sur : http://www.sfmua.org/upload/referentielsSFMU/recom_sfmua_archi_service_urg.pdf
96. Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Göransson KE, Ehrenberg A, et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2011;19(1):43.
97. Kilic YA, Agalar FA, Kunt M, Cakmakci M. 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.
98. Société Francophone de Médecine d'Urgence. L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions. Mai 2005 [Internet]. [consulté le 02/04/17]. Disponible sur : http://www.sfmua.org/upload/referentielsSFMU/Aval_SU_SFMUA_mai_2005.pdf
99. Dunn R. Reduced access block causes shorter emergency department waiting times: an historical control observational study. Emerg Med. Fremantle: 2003;15:232-238.
100. Andronikof M, Roche V, Civadier M-S, Lalmas A, Rechatin B, Chary I. Évaluation d'un service d'urgence possédant une unité d'hospitalisation conventionnelle. Annales françaises de médecine d'urgence. mars 2016;6(2):85-92.
101. Howell E. Active Bed Management by Hospitalists and Emergency Department Throughput. Annals of Internal Medicine. 2 déc 2008;149(11):804.
102. Powell ES, Khare RK, Venkatesh AK, Van Roo BD, Adams JG, Reinhardt G. The Relationship between Inpatient Discharge Timing and Emergency Department Boarding. The Journal of Emergency Medicine. févr 2012;42(2):186-96.

103. Drees. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières. 2013 [Internet]. [consulté le 17/04/17]. Disponible sur :http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf
104. Beraud C. Les modèles de rémunération des médecins praticiens. Avr 2017 [Internet] [consulté le 26/05/17]. Disponible sur: <http://www.claudeberaud.fr/modeles-remuneration-medecins-praticiens/>
105. Le Calvez Y. La "bobologie" ne passe plus aux urgences de Dreux. L'écho républicain; 2013 http://www.lechorepublicain.fr/dreux/sante/2013/06/18/la-bobologie-ne-passe-plus-aux-urgences-de-dreux_1592598.html
106. Siméon AM. Périgueux : des médecins généralistes bientôt aux urgences. Sud Ouest Périgueux [En ligne]. Nov 2016. [consulté le 15/04/17]. Disponible sur: <http://www.sudouest.fr/2017/01/23/des-medecins-generalistes-bientot-aux-urgences-3129357-1980.php>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Niveau de tri par l'IOA en SU en fonction du degré d'urgence et du délai de prise en charge médicale recommandé. Source Google Image, Jan 2017.

La démarche de tri:
3 questions qui impliquent une décision

- ❶ Quel est le symptôme principal?
- ❷ Existe-t-il une anomalie des paramètres vitaux?
- ❸ Quelles sont les circonstances?

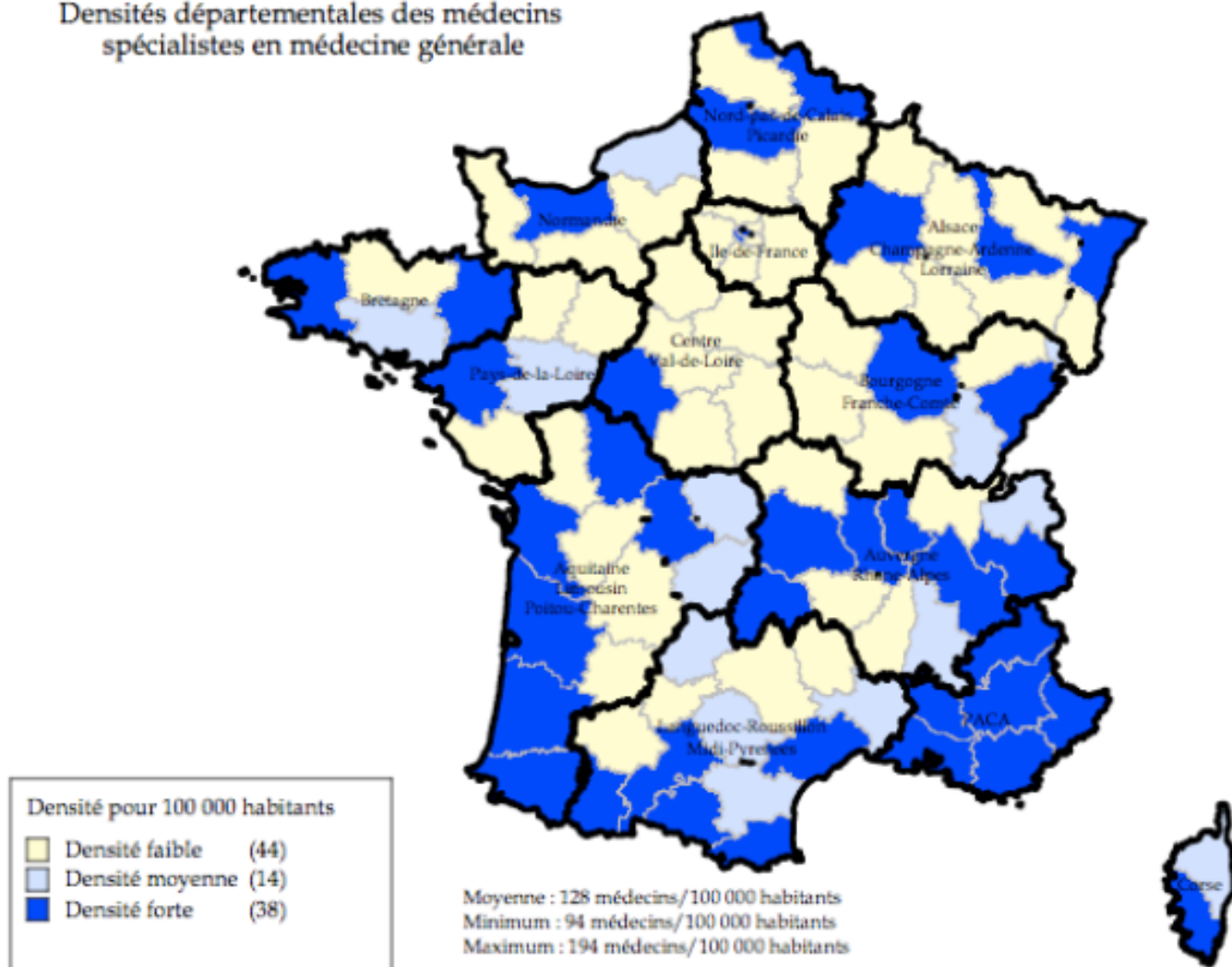


ANNEXE 2 : Cartographie de la Dordogne. Source Google image, Fev 2017.



ANNEXE 3 : Densité des médecins spécialistes en médecine générale.
Source CNOM, INSEE 2016.

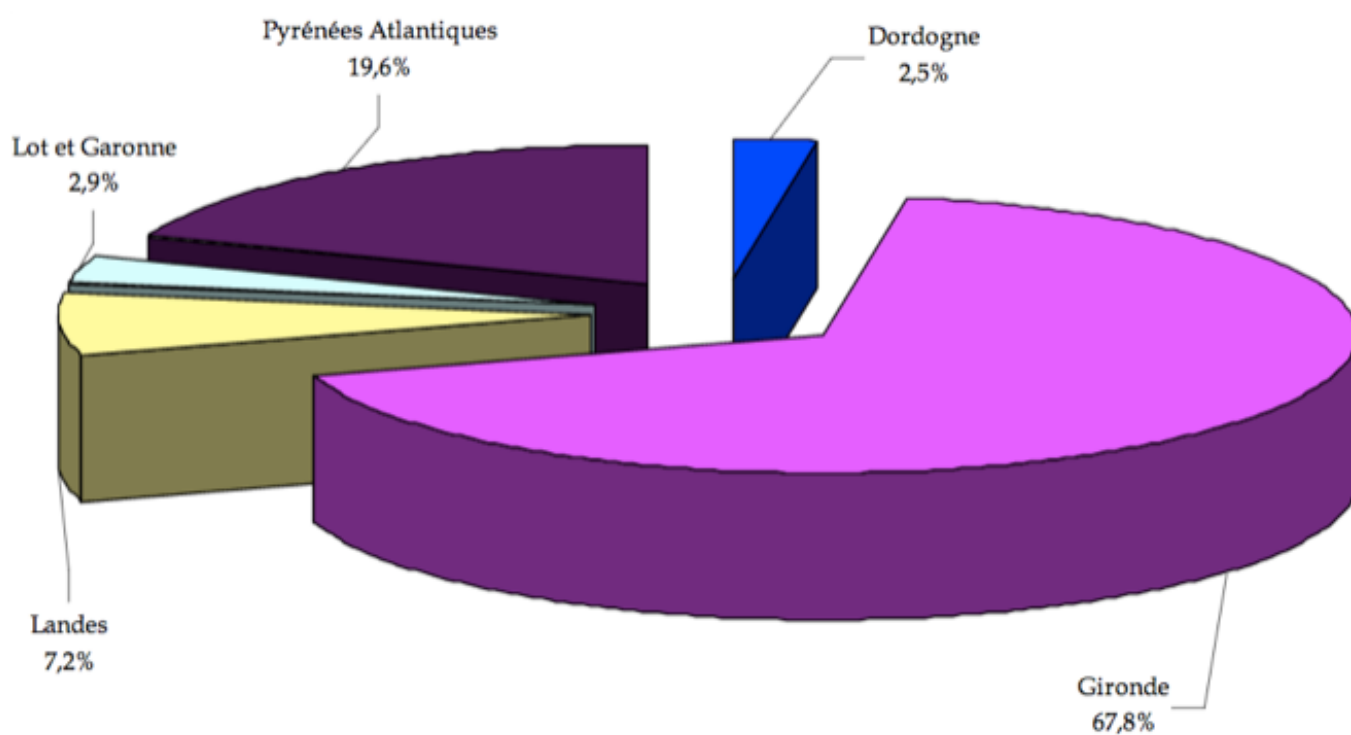
Densités départementales des médecins
spécialistes en médecine générale



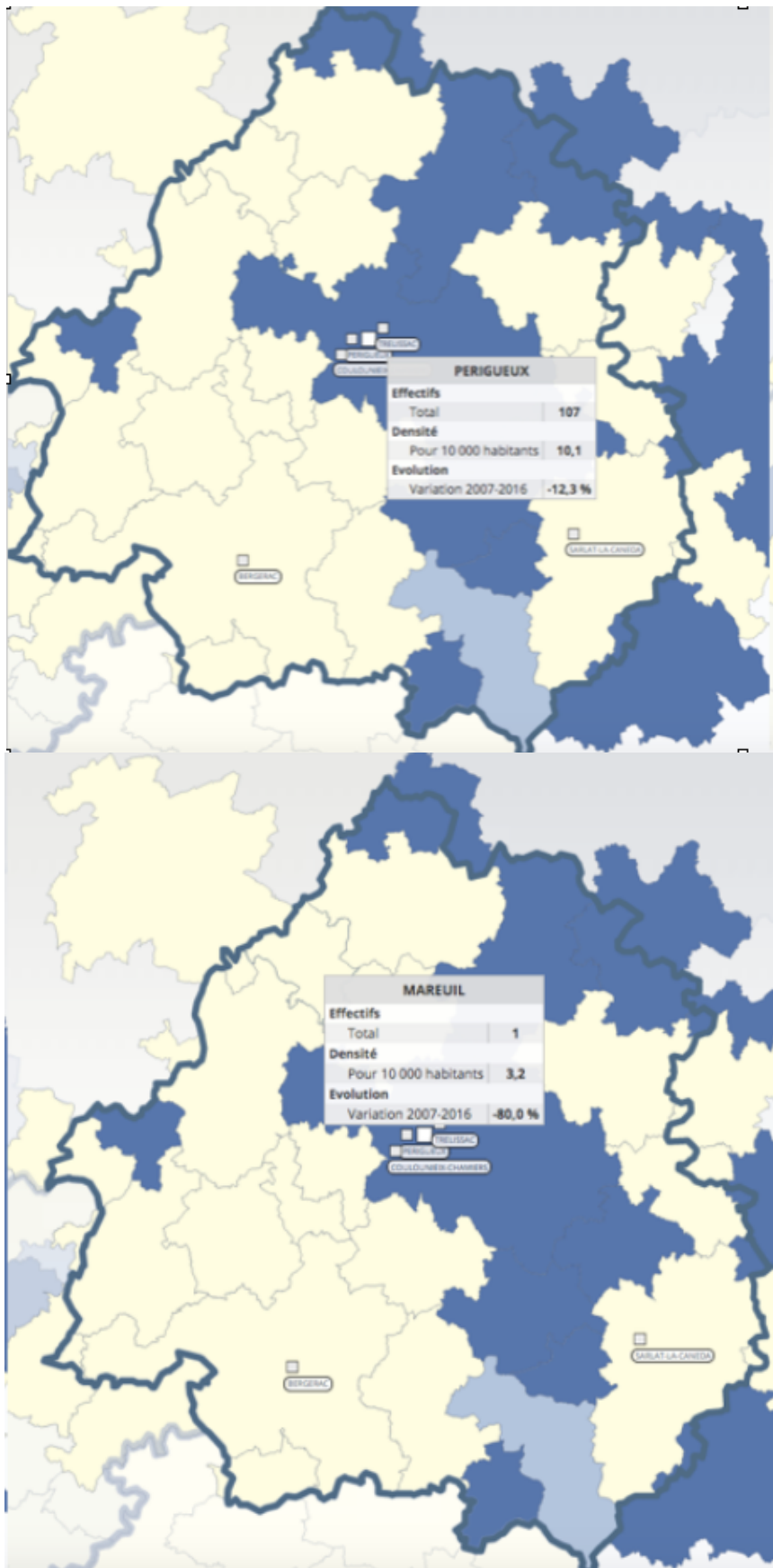
ANNEXE 4 : Variations des effectifs de spécialistes en médecine générale en activité régulière à l'échelle départementale. Source CNOM 2016.



ANNEXE 5 : Répartition départementale des nouvelles inscriptions à l'ordre des médecins en Aquitaine. Source Atlas régionaux de la démographie médicale en France : situation en 2013.



ANNEXE 6 : Cartographie de la démographie médicale des villes de Périgueux et de Mareuil, en Dordogne. Source Cartographie interactive de la démographie médicale.



ANNEXE 7 : Questionnaire de l'étude.

Périgueux, le 29 août 2016

Cher Confère,

Je réalise une enquête en vue de la réalisation de ma thèse de médecine générale par l'intermédiaire du questionnaire ci-joint, à l'intention de l'ensemble des médecins généralistes du département, visant à recueillir votre opinion sur la mise en place de consultations médicalisées non programmées au SAU, susceptibles d'être effectuées par des médecins généralistes volontaires. Ce dispositif ne remplacera aucunement la Permanence des Soins Ambulatoire.

Ce questionnaire a été réalisé après avis consultatif du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Dordogne.

Aussi, nous vous remercions de bien vouloir retourner cette enquête, **avant le 26 septembre 2016**, afin de pouvoir construire ce projet en tenant compte de vos avis :

Vous remerciant par avance de votre participation,

Nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'expression de nos salutations distinguées.

KASKAS Georges
Dr LORENDEAU Jean-Paul,

ENQUETE RELATIVE A LA MISE EN ŒUVRE D'UN DISPOSITIF DE CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES AU SAU

Nom, Prénom :

Lieu d'exercice :

1 – Etes-vous intéressé par la mise en place d'un dispositif de consultations non programmées (circuit ultra court) de médecine générale au SAU du Centre Hospitalier de Périgueux ?

☐ OUI ☐ NON

2 – Seriez-vous favorable à y participer ?

☐ OUI ☐ NON

3 – Si ce dispositif devait voir le jour, seriez-vous plus favorable à mettre en œuvre des plages d'une durée de :

- en soirée ☐ 3 heures ☐ 4 heures
- le week-end ☐ 3 heures ☐ 4 heures

4 – Quels horaires vous semblent le plus adaptés à la prise en charge de ce type de consultations

PLAGES	EN SEMAINE	LE WEEK-END
3 heures	☐ de 18h00 à 21h00 ☐ de 19h00 à 22h00	☐ de 9h00 à 12h00 ☐ de 10h00 à 13h00 ☐ de 14h00 à 17h00 ☐ de 15h00 à 18h00 ☐ de 16h00 à 19h00 ☐ de 18h00 à 21h00 ☐ de 19h00 à 22h00
4 heures	☐ de 18h00 à 22h00 ☐ de 19h00 à 23h00	☐ de 8h00 à 12h00 ☐ de 9h00 à 13h00 ☐ de 14h00 à 18h00 ☐ de 15h00 à 19h00 ☐ de 18h00 à 22h00 ☐ de 19h00 à 23h00

5 – Si vous souhaitez participer, quel nombre de plages horaires seriez-vous prêt à réaliser par semaine et par mois ?

- Par semaine : plages

- Par mois : plages

6 – Quel mode de rémunération aurait votre préférence ?

NB : Le choix sera laissé aux volontaires

- ☐ Salariat : statut de praticien attaché
- ☐ Paiement à l'acte : contrat d'exercice libéral

7 – Vos remarques / suggestions

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ce questionnaire est à retourner, au choix du praticien (coordonnées ci-jointes)

- par voie postale.
- par télécopie.
- par courriel.
- par MMS.

Au plus tard le 26 septembre 2016

Merci pour votre participation

ANNEXE 8 : Remarques et propositions des médecins généraliste de Dordogne.

du fait du manque de med g, ce système deviendra vite utile / rémunération la plus avantageuse entre salariat et a l'acte en fonction des points retraites et cotisations.
retraite au 01/07/2017
problème de la charge de travail déjà énorme au cabinet
problème de distance > 50km de la ville de périgueux / Je pense qu'il faut solliciter les Med du travail, de la CPAM, de la MSA ainsi que med pompiers et ceux de la ville de périgueux.
Quid de la régulation sur périgueux? concurrence ? Indemnités Km ? répartitions des plages horaires ?
dans notre secteur nous faisons les nuits profondes alors possibilité d'indemnité des gardes à l'hôpital en plus ?
pourquoi compliquer les choses, il faudrait une fois pour toutes que les médecins qui font des gardes autour du CH soient inclus dans les urgences, avec une IAO qui ferait le tri urgences-MG. Si des MG veulent faire plus de gardes (volontaires) Pk pas? par contre paiement en tiers payant avec un logiciel aux urgences av feuilles de soins envoyées à la SS... ce système risque de faire venir n'importe qui et n'importe quoi aux urgences ...
Si je participais je souhaiterais ne plus faire de garde de ville. Concerne les médecins participants a la régulation centre 15 sont dispensés de PDSA. dans le cas contraire je ne pourrais pas.. Mes semaines sont déjà très bien remplies. En remplacement des gardes de ville uniquement !!!
d'accord pour que les horaires soient parallèles aux horaires de régulation libérale, si cela pouvait nous permettre de ne plus faire de garde !!!! Nous sommes 6 pour 365jours et 320km carré...
quel accès aux plateaux techniques de l'hôpital?
ce système préconisé depuis de nombreuses années dans nos réunions de médecin me semble très intéressant. Cependant, la participation à ce système devrait pouvoir entrainer une suspension des gardes en villes.
Problèmes : doublon avec les gardes de ville. Risque que les gens affluent à l'hôpital et shunt la régulation ce qui enlèvera tout sens à la PDSA...
La mise en place de ce projet me semble être le meilleur pour désengorger et dénaturer les urgences.
idée intéressante car l'accuse aux soins est délicat en fin de journée. Pb aussi de l'accuse au soins le samedi matin (en dehors de la PDS) avec pic d'activité en régulation libérale en diminution l'après midi. Intérêt aussi a étendre la PDA au samedi matin car difficulté a articuler ce système avec la PDS

impossibilité de réaliser des consultations au SAU étant donné mon emploi du temps bien chargé entre le cabinet et nos gardes de PDS..
ne serait-il pas plus raisonnable que vous déterminiez vous même vos besoins en matière de généraliste trieur? dans nos hopitaux en belgique, c'était une pratique courante dans les années 1980 d'avoir des généralistes trieurs attachés aux urgences afin de désengorger au plus vite. Cela fonctionnait fort bien de 8h à 20h. si la question vous intéresse, je puis me renseigner auprès de l'un ou l'autre de nos hôpitaux belges pour voir ce qui donne le meilleur résultat. merci pour votre initiative.
bonne idée
du fait de la distance je ne suis pas intéressé.
ce serait un bon début et n'es-ce pas la solution pour régler le problème de la désertification de la PDS? en instaurant notamment plusieurs centre de consultation dans le département
en cas de salariat les IK hôpital- domicile sont elles remboursées ? le cumul est il interdit ? quels mode de répartition des plages ? statut modifiable ?
je ne me vois pas faire cela en semaine tant que l'on conserve les gardes obligatoires. En semaine je ne vois pas comment un MG peut être la avant 20h.
La médecine libérale depuis la charte de 1928 se réalise en dehors des hôpitaux. toute l'énergie devrait être dépensée à coloniser l'exercice libéral de la médecine et le rendre attractif. l'hospitalocentrisme est d'un autre siècle, mais c'est aussi le symbole des régimes totalitaires socialistes de l'Europe de l'est. Bienvenue en URSS !!!
idée intéressante a condition de substituer ce système aux gardes de ville, sinon non viable de part la charge de travail pour ma part.
charge de travail des généralistes de ville trop importante.
C 'est une bonne idée qui permettrait de décharger les urgences vraies , possible que pour les médecins étant dans les alentours proche ou à perigueux.
Les patients se rendent trop souvent aux urgences sans consulter le médecin traitant ou le médecin de garde alors que dans la plupart des cas le problème pourrait être réglé en dehors des urgences de plus la plus des généralistes de ville consultent tous les jours et pour ma part je consulte le samedi matin aussi exception les jours de fête donc je ne serai pas volontaire
excellente initiative, non applicable pour les MG de bergerac.
rémunération non imposable serrait la bienvenue..

un circuit-court pourrait sécuriser les patients du bassin de périgueux..mais risque d'attirer bcp de patients de beaucoup plus soins, surtout si le paiement s'effectue en tiers payant./ on améliore le fonctionnement de l'hôpital mais on risque de fragiliser la PDSA (rural++) / ce système finira par rendre la PDS obsolète, devant un nb de cs déjà en décroissance / effectifs MG insuffisant pour PDSA+ce système ? / risque d'accroître la consommation médicale par les patients.. / meilleure attractivité financière et meilleure protection sociale que la PDSA qui risque d'être délaissé.. / Cf feuille !!!!!
meme possible toute la nuit de 19 à 24h et le WE pour supprimer les gardes
Très bonne initiative
L avec possibilité de faire du tiers payant intégral ds le cadre de l'urgence afin de mieux faire accepter la cs libérale aux patients. quand ils vont a l'hôpital c'est pour ne pas faire l'avance !
Si cela permet de désengorger les urgences pourquoi pas !
Très bonne initiative

ANNEXE 9 : Bureau de consultation des médecins généralistes au sein de la
SU de Périgueux.



SERMENT D'HIPPOCRATE

*Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

*Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.*

TITRE :

Enquête préalable à la mise en place d'un dispositif de consultations non programmés au SAU du Centre Hospitalier de Périgueux

RESUME :

Introduction : La Dordogne, vaste département où vit une population vieillissante est l'un des déserts médicaux du pays le plus importants avec un effectif de médecins généralistes ayant baissé de 14% depuis 2007.

L'accès aux soins non programmés est de plus en plus difficile pour les patients et entraîne un surcroisement des services d'urgences. Dans ce contexte il devient impératif de trouver de nouvelles solutions pour la prise en charge des soins non programmés

Objectif : Evaluer l'avis et les souhaits des médecins généralistes de Dordogne en vue de la mise en place d'un dispositif de consultations non programmées adjacent au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Périgueux.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une enquête d'opinion par l'envoi d'un questionnaire validé par le conseil départemental de l'ordre des médecins de Dordogne à l'ensemble des médecins généralistes du département inscrits au 1er septembre 2016, date d'envoi du questionnaire.

Résultats : Nous avons obtenu 52 réponses sur les 266 questionnaires envoyés (19%). Au total, 35 médecins (66%) sont favorables à la mise en place du dispositif et 18 (34%) sont prêts à y participer. Les médecins ayant donné leur avis souhaitent une plage de consultation d'une durée de 3 heures en semaine pour 53% d'entre eux et d'une durée de 4h le weekend pour 50% d'entre eux. 71% des médecins ayant répondu souhaitent assurer une plage de consultation par semaine. Parmi les médecins ayant répondu, 68% préfèrent un contrat salarial avec l'hôpital contre 32% qui préfèrent un paiement à l'acte.

Conclusion : Malgré un faible taux de réponse, les médecins généralistes de la Dordogne sont favorables à la création d'un tel dispositif et 18 d'entre eux souhaitaient y participer, un nombre suffisant pour le lancement du dispositif.

MOTS CLES : permanence de soins, soins non programmés, urgences, désert médical.