



HAL
open science

Évaluation des difficultés des médecins généralistes de Gironde pour l'obtention d'un transport pour les urgences non vitales

Thibault Ruchaud

► **To cite this version:**

Thibault Ruchaud. Évaluation des difficultés des médecins généralistes de Gironde pour l'obtention d'un transport pour les urgences non vitales. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02484436

HAL Id: dumas-02484436

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02484436>

Submitted on 19 Feb 2020

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

Thèse n° 227
Année 2019

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 13 décembre 2019 à BORDEAUX par
THIBAUT RUCHAUD
Né le 19 Juin 1989 à Libourne

**EVALUATION DES DIFFICULTES DES MEDECINS
GENERALISTES DE GIRONDE POUR L'OBTENTION D'UN
TRANSPORT POUR LES URGENCES NON VITALES**

université
de **BORDEAUX**

Directeur de thèse : Dr Rodolphe STRUK
Rapporteur de thèse : Pr William DURIEUX

JURY

Président : Pr Xavier COMBES
Membres : Pr William DURIEUX
Dr Sylvie MAURICE
Dr Xavier LEDUC

REMERCIEMENTS

Au président du jury, Monsieur le Professeur Xavier COMBES, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury, d'avoir consacré du temps à juger mon travail et de participer à la formation des médecins.

A mon directeur, le docteur Rodolphe STRUK, premier stagiaire, première direction de thèse, je n'oublierai jamais ces premières années « Blasimonaises ». Tu m'as transmis le goût pour la médecine rurale mais également montré la bienveillance envers une patientèle si attachante.

A mon rapporteur, le Docteur William DURIEUX, merci de m'avoir guidé au début de ce travail mais aussi de mon exercice de médecin. De m'avoir appris à me remettre en question, à prendre du recul sur mes consultations, le goût pour l'enseignement.

Au Docteur Sylvie MAURICE, un grand merci pour toutes vos lumières, votre gentillesse et de la patience dont vous avez fait preuve avec moi. J'ai pris un grand plaisir à apprendre avec vous, et à écouter chacun de vos conseils avisés.

Au Docteur Xavier LEDUC, pour m'avoir fait choisir la médecine générale, dès le 1^{er} jour de ce stage d'externat c'est devenu une évidence. Chaque jour était une nouvelle aventure, je n'oublierai jamais les visites en scooter, les « mercredis ehpad » et mes premières consultations.

A tous les terrains de stages qui ont du me supporter, les services de neurologie de Pellegrin, la médecine interne de Robert Picqué, les urgences de Langon, le docteur DUFRAISSE, les docteurs DUPAU et LAHAYE, la MSP de Targon.

A ma secrétaire préférée, Guilaine, pour ces lundi matin de folie, pour avoir été ma « maman » pendant ces premiers mois d'exercice que je n'oublierai jamais, pour les crêpes. On a été un super duo !

A mes parents, maman, pour m'avoir appris la persévérance, la force du travail et à croire en moi pour toujours me dépasser et repousser mes limites. **Papa**, pour m'avoir appris la patience, le goût pour les sciences, la bienveillance. Vous êtes tous les deux les modèles que je m'efforce de suivre chaque jours pour vous rendre fiers.

A ma sœur Lolla et mes cousines Aurore et Marine, d'avoir toujours été présentes pour moi et de me donner la motivation pour ne pas faire trop de bêtises pour « montrer l'exemple ». Je suis fier de notre quatuor de petits Magne.

A mon Papi, pour m'avoir transmis tant de valeurs inestimables, pour les vacances et m'avoir fait sauter sur le lit de l'hôtel. Mamie, bon anniversaire ! Je suis certain que tu es ravie que j'ai choisi cette date.

A Mamie Chouteau, pour tous ces bons moments, et pour tes enseignements sur la surveillance en gastro-entérologie.

A ma marraine, pour ton soutien et tes encouragements, toujours à me pousser vers le haut. J'espère boire un coup sur tes genoux. Et merci pour ma 2035.

Au reste de notre belle famille, de tatie Marie-Yvonne à ma petite fillote Lilas, pour encore plein de fêtes et réveillons.

Aux Handballeurs, libournais, méridionnais, et blanquefortais, pour me permettre de me défouler et de m'amuser de la 1^{ère} à la 3^{ème} mi-temps.

Aux co-internes, Hélène, Elodie, Mélanie, Vincent, Alix, et les autres, de m'avoir supporté et soutenu.

Aux amis de toujours, Matthieu, Blandine, Cécile, Bribri, Paul pour toutes ces aventures, ces rigolades et ces pommes-noisettes.

Aux copains Parisiens, mon Dada et mon Pierrot, toujours là pour moi malgré la distance.

Aux copains de la maternelle, Geogeo, Romain, Greg, pour ces apéros libournais que j'aime tant.

A tous les autres copains, Sam, Max, Marion, Armelle, Seb, Martin, Antoine, ...

A Gilou, "Ti ash i koup gro bwa", merssi a ou pou tout, toujours là durant toutes ces années, dans les pires et les meilleurs moments.

A Alex, merci d'être toujours là au quotidien, au-delà d'un ami, un vrai copain ! Promis je continuerai de te laisser gagner au badminton et à te donner des corrections a Fifa. **A Soline**, la gentillesse incarnée (et la patience), toujours à l'écoute. Vivement l'arrivée du petit « Franck-Anakin ».

A ma petite Basque, pour mettre du piment dans mon quotidien avec autant de tendresse.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
RESUME.....	6
ABSTRACT.....	6
MOTS CLES.....	6
ABREVIATIONS.....	7
PREAMBULE	8
1. INTRODUCTION	11
1.1 HISTOIRE DU TRANSPORT DES PATIENTS :.....	12
1.2 LA REGULATION DU TRANSPORT DES PATIENTS AUJOURD’HUI :	13
1.2.1 le centre de traitement et régulation des appels du 15 :	13
1.2.2 Les moyens de transport des patients :	14
1.2.3 La demande d’ambulance privée par le 15 :	16
1.2.4 Coût d’un transport de patient par VSL, ambulance, pompiers, SAMU :	18
1.2.5 Un fonctionnement différent en Grande Bretagne :	19
1.3 LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE TRI PRE-HOSPITALIER :	19
1.4 OBJECTIF DE L’ETUDE :	19
2. MATERIEL ET METHODE	21
2.1 TYPE D’ETUDE :	22
2.2 POPULATION DE L’ETUDE :	22
2.3 RECUEIL DES DONNEES :	22
2.3.1 Modalité de recueil :	22
2.3.2 Période de recueil :	22
2.3.3 Outil de recueil et analyse des données :	22
2.4 LES VARIABLES :	23
2.4.1 Variables d’intérêt principal :	23
2.4.2 Autres variables :	23
2.4.3 Type d’analyses :	23
3. RESULTATS :	25
3.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION REpondANTE :	26
3.1.1 Taille de l’échantillon répondant :	26
3.1.2 Caractéristiques personnelles des répondants :	26
3.2 LES DIFFICULTES RENCONTREES POUR OBTENIR UN TRANSPORT POUR LEUR PATIENT ET LEUR RETENTISSEMENT :	29
3.2.1 Les médecins généralistes en difficultés :	29
3.2.2 Les difficultés mises en avant par les médecins généralistes :	31
3.2.3 Le retentissement pour les médecins généralistes :	32

3.3	LES SOLUTIONS ET STRATEGIES MISES EN PLACE :	33
3.4	INTERET D'UN OUTIL POUR LES MEDECINS GENERALISTES :	37
3.5	AUTRES COMMENTAIRES LIBRES :	39
4.	DISCUSSION :	42
4.1	DISCUSSION DE LA METHODE :	43
4.1.1	le taux de participation :	43
4.1.2	les non-répondants et autres biais :	43
4.1.3	une autre méthode ?	44
4.2	ANALYSE DES DIFFICULTEES RENCONTREES PAR LES MEDECINS GENERALISTES :	45
4.2.1	De nombreux médecins rencontrent des difficultés :	45
4.2.2	Le retentissement sur l'organisation du travail est important :	45
4.2.3	Les solutions mise en place, délégation de la tâche :	46
4.2.4	La sur-sollicitation du centre 15 :	46
4.2.5	Analyse des commentaires libres :	46
4.3	QUELLES SOLUTIONS APPORTER ?	48
4.3.1	Les solutions souhaitées :	48
4.3.2	Un centre de régulation dédié :	48
4.3.3	Vers une « uber-isation » ?	48
	CONCLUSION :	51
	BIBLIOGRAPHIE :	53
	ANNEXES :	57
	SERMENT MEDICAL :	65

RESUME

Evaluation des difficultés des médecins généralistes de Gironde pour l'obtention d'un transport pour les urgences non vitales

En soins primaire, les médecins généralistes sont parfois contraints d'adresser leurs patients dans un service d'accueil d'urgence (SAU) pour des cas où le pronostic vital n'est pas engagé immédiatement. Ils se trouvent confrontés à des difficultés pour l'obtention d'un moyen de transport sanitaire. L'objectif de ce travail de thèse est d'évaluer les difficultés pour les médecins généralistes de Gironde pour l'obtention d'un transport pour les urgences non vitales. L'enquête a été réalisée de février à décembre 2018 auprès des 1778 médecins généralistes de Gironde. Les 158 réponses obtenues ont permis de mettre en évidence que 88% des médecins interrogés déclarent avoir des difficultés. L'enquête ne met pas en avant de différence significative selon les lieux d'exercice, le type de secrétariat, la distance d'un SAU, l'âge. Le retentissement pour l'organisation de travail du médecin généraliste est majeur. Le centre 15 est trop souvent contraint d'obtenir le transport sanitaire. Il n'existe pas d'outil à disposition des médecins généralistes pour faciliter l'obtention d'un transport sanitaire adapté au patient. En conclusion, la quasi-totalité des médecins généralistes de Gironde sont en difficulté pour obtenir un transport sanitaire pour leur patient. Ces difficultés ont un retentissement sur la prise en charge des patients en soins primaires, avec un enjeu social et économique important. Cette difficulté pour les médecins reste actuellement sans solution.

ABSTRACT

Evaluation of Gironde general practitioners' difficulties in obtaining transport for non-vital emergencies

In primary care, family doctors are sometimes forced to address their patients to an emergency room service for cases where life threatening is not immediately engaged. They are faced with difficulties in obtaining a way of medical transport. The objective of this doctoral thesis is to evaluate the difficulties for general practitioner of Gironde to obtain transportation for non-vital emergencies. The investigation was carried out from February to December 2018 among the 1778 general practitioners of Gironde. The 158 responses obtained showed that 88% of the doctors interviewed claimed that they had difficulties. The investigation doesn't show any significant difference according to the places of exercise, type of secretariat, distance of an EMR, age. The repercussion for the work organization of the general practitioner is major. Center 15 is too often forced to obtain medical transport. There is no tool available to general practitioners to facilitate the provision of a health transport adapted to the patient. In conclusion, almost all family doctors in Gironde are in difficulty to obtain a medical transport for their patient. These difficulties have an impact on the care of patients in primary care, with an important social and economic challenge. This difficulty for doctors remains unresolved.

MOTS-CLES

Soins primaires, médecine générale, difficulté des médecins généralistes, transport sanitaire, ambulance, enquête, urgence

ABREVIATIONS

AME : Aide médicale de l'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

CCA : Certificat de Capacité d'Ambulancier

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CMU-C : Couverture Maladie Universelle-Complémentaire

MCS : Médecin Correspondant SAMU

NF : Norme Française

NHS : National Health Service

VASP : Véhicule Automoteur Spécialement aménagé pour le transport de Personnes

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SIRUS : Solution Informatique de Régulation des Urgences et Sorties

SMUR : Service Médical d'Urgence Régional

PREAMBULE

Lors de mon internat de médecine générale, j'ai été amené à exercer à la fois dans le milieu hospitalier et à la fois en médecine libérale en cabinet. J'ai pu travailler à la fois en phase hospitalière et pré-hospitalière, avec des problématiques et des difficultés différentes.

Ce n'est que lors de mon stage en médecine générale chez le praticien à Blasimon que j'ai pu me rendre compte des difficultés pour les médecins généralistes d'obtenir un transport pour que leurs patients puissent aller aux urgences. Notamment au travers d'un cas qui m'a mis en difficulté :

Au cours d'une situation d'autonomisation, un patient M. P, non connu du cabinet et vivant depuis peu dans la région, s'est présenté en consultation.

Le motif était une douleur de la jambe « comme d'habitude ». Ayant du temps pour faire connaissance avec ce nouveau patient, je l'installe, me présente et entame ma consultation. C'était l'occasion de faire mes preuves avec un patient qui ne connaissait pas le cabinet, et ne semblait pas savoir ce qu'était un interne. Pour lui, j'étais son nouveau médecin.

Lors de l'interrogatoire, le discours de M. P était très décousu avec quelques incohérences, il ne se rappelait plus de ses antécédents, ni de ses traitements, ni de la date du jour, ni du nom de son précédent médecin. J'ai rapidement compris que la suite allait être compliquée, et que j'allais me sentir bien seul.

Il attribuait cette confusion à l'agitation, la douleur... mais ce qui m'a vraiment interpellé et inquiété est le moment où lorsque je lui ai demandé de « monter » sur la table d'examen, il est « monté » au sens propre du terme debout sur la table d'examen... Je ne m'y attendais vraiment pas.

L'examen clinique m'a permis de rapidement diagnostiquer un érysipèle du membre inférieur droit, avec une confusion probablement liée au sepsis. Pour ce patient isolé, vivant seul, confus, une prise en charge hospitalière était indispensable.

Après avoir longtemps négocié pour qu'il accepte d'aller aux urgences, j'ai commencé à appeler des sociétés d'ambulances pour avoir un transport vers les urgences. Pendant ce temps le patient était parti chercher ses papiers dans son véhicule stationné devant le cabinet. Mais après quelques mètres sous surveillance de la secrétaire et de la salle d'attente, il a chuté.

C'est avec l'aide des patients et de la secrétaire qui l'ont vu chuter que nous l'avons ramené dans le cabinet et allongé sur la table d'examen. J'ai pris l'initiative d'appeler le 15 après que 4 sociétés d'ambulances m'aient refusé le transport. En effet, évacuer le patient devenait de plus en plus urgent et indispensable. J'ai réalisé à cette minute que les difficultés en soins primaire pour un médecin n'est pas toujours le diagnostic ni la prise en charge médicale, mais son organisation.

L'appel ne s'était pas vraiment bien passé et je pense avec le recul ne pas avoir été pris au sérieux, après avoir décrit la situation, le médecin m'a dit de continuer d'appeler des ambulances et qu'il ne pouvait rien pour moi que ce n'était pas son rôle et qu'il ne pouvait pas m'envoyer les pompiers par carence. J'ai alors commencé à être dépassé par la situation.

Fort heureusement pour moi qui n'avais pas ou peu d'expérience, j'ai pu faire appel à mon maître de stage. Il a aussitôt rappelé le centre 15 et a rapidement convaincu le régulateur de nous envoyer les pompiers après une discussion « animée ».

Ce cas m'a beaucoup marqué mais il m'a permis de réaliser les potentielles difficultés dans la prise en charge d'un patient. Ces difficultés, propres au soin primaire, qui ne trouvent pas de réponse dans les livres ou recommandations de bonnes pratiques. L'idée de travailler sur ce sujet en a rapidement découlé.

Mis à part les situations où le pronostic vital est en jeu et que le SAMU déclenche le SMUR, par exemple pour un infarctus, un accident vasculaire cérébral récent. Les cas d'urgence non vitale sont difficiles à gérer, le médecin ne peut laisser repartir son patient au risque qu'il ne se rende pas aux urgences et il ne peut le laisser sans surveillance. Un transport est nécessaire et doit être programmé le plus tôt possible.

L'obtention d'un moyen de transport est très compliquée, souvent les sociétés d'ambulances sont indisponibles : la gestion de l'urgence et du non programmé n'est pas possible. Malheureusement

il faut trouver une solution.

C'est en étant confronté à cette situation au travers de mon maitre de stage et seul lors de stage de SASPAS, que l'idée du sujet a pris forme.

La médecine de ville et rurale souffrent toutes les deux des difficultés liées à l'obtention d'un transport malgré un mode d'exercice et des moyens différents.

J'aborderai le sujet par un historique du transport des patients, la régulation du centre 15. Ensuite je détaillerai une enquête que j'ai réalisée auprès des médecins généralistes de Gironde sur les difficultés d'obtention d'un moyen de transport pour leurs patients.

INTRODUCTION

1.INTRODUCTION

Au fil des années, avec la mise en place des structures de soins et des réseaux de soins, un rôle capital du médecin émerge : celui de trier les patients. . Lesquels nécessitent une prise en charge dans une structure adaptée avec des moyens techniques et humains plus importants.(1)

Ce rôle est devenu d'autant plus important lors des guerres, la médecine militaire sur le terrain est avant tout une médecine de triage. Il est également capital pour la médecine de catastrophe afin d'adapter les besoins en fonction des ressources.

1.1. HISTOIRE DU TRANSPORT DES PATIENTS :

Dès la Grèce antique, Homère évoque dans l'Illiade la prise en charge des blessés de la guerre de Troie (vers le XIIe siècle av JC). Par la suite sous l'empire romain, des cavaliers récupèrent les patients sur les champs de bataille.(2)

Plus tard, les médecins sont rattachés à l'armée pour prendre en charge les soldats durant la guerre, avec pour principale mission de trier selon leur état de santé quels hommes peuvent rester sur le terrain et quels hommes doivent être rapatriés pour recevoir des soins. Au XVIIIe siècle, le chirurgien des armées Dominique-Jean Larrey met en place des ambulances « volantes » pour porter secours sur le champ de bataille et évacuer les blessés qui sont jusque là laissés à l'abandon. Tandis que le baron chirurgien François Percy transforme les caissons d'artillerie « wurst » en ambulances permettant d'amener les chirurgiens directement au patient. Ils développent la médecine dite de « l'avant ». Les deux guerres mondiales vont faire émerger la notion de poste « mobile » qui permet de prodiguer des soins sur le terrain et évacuer le blessé vers une structure de soins adaptée.

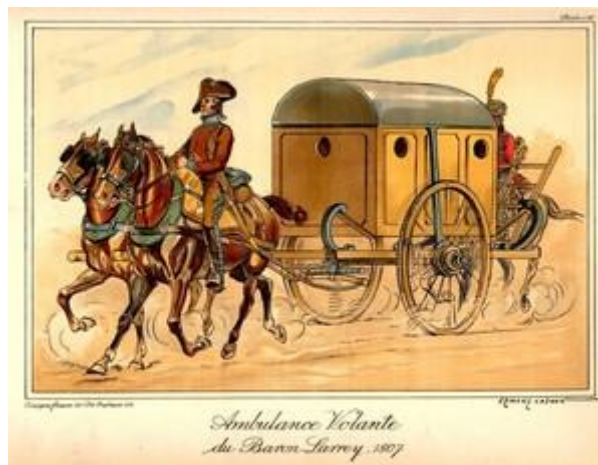


Illustration n°1 : Ambulance volante du Baron Larrey (3)

Par la suite, les guerres mondiales permettent de pérenniser les avancées et de perfectionner les méthodes de triage, poste médical avancé et évacuation vers des hôpitaux souvent par train. Les ambulances « mobiles » deviennent rapidement « automobiles ».

En parallèle, le régiment des sapeurs pompiers de Paris se dote du premier service médical d'urgence en 1924 principalement pour les brûlés et les intoxiqués à l'initiative du médecin commandant Cot.

Hélas, chaque guerre (Indochine, Algérie,...) apporte son lot de perfectionnement.

Ce n'est qu'en 1941 que le métier d'ambulancier voit le jour, l'assistance publique crée le service des ambulances des hôpitaux de Paris et les premières sociétés privées apparaissent. La loi du 10 juillet 1970 structure la profession tandis que le Certificat de Capacité d'Ambulancier (CCA) et

l'agrément des entreprises de transport sanitaire sont établis respectivement les 26 et 27 mars 1976 avec pour emblème la croix bleue à six branches dite croix « de vie ».

Les premiers S.M.U.R. (Service Mobile d'Urgence et Réanimation) sont créés en 1955 pour transférer les patients sous assistance respiratoire entre les hôpitaux lors d'une épidémie de poliomyélite. Le 2 décembre 1965 un décret visant à doter les centres hospitaliers de moyens mobiles de secours est mis en place. Le premier Service d'Aide Médical d'Urgence est officialisé en 1968 : le S.A.M.U. à Toulouse sous la direction du Pr Lareng afin de réguler et coordonner le SMUR. D'autres villes suivent et en région parisienne ce rôle est longtemps laissé à la brigade des sapeurs pompiers. (2,4-10)

1.2. LA REGULATION DU TRANSPORT DES PATIENTS AUJOURD'HUI :

1.2.1 Le centre de traitement et régulation des appels du 15 :

Le 15 est un numéro d'urgence de nos jours bien connu de tous les citoyens français et se définit comme le numéro à composer en cas d'urgence médicale. Il permet d'apporter à tous les appels d'urgences une réponse la plus adaptée possible dans le meilleur délai possible par un médecin formé à la régulation téléphonique. Il est entièrement gratuit et disponible en permanence(11).

Le SAMU, depuis 1968, coordonne le SMUR via un centre d'appel et de régulation. En 1974 des médecins généralistes peuvent participer à la régulation téléphonique au côté des praticiens hospitaliers.

En 1978, le numéro d'appel 15 est instauré en complément du 17 pour la police, et du 18 pour les pompiers.

La loi du 6 janvier 1986 précise les missions du SAMU et les moyens à disposition :

- conseil médical
- ambulance privée
- médecin généraliste
- SMUR
- pompiers

Le SAMU a une vision globale des moyens à disposition. En cas de nécessité le transport du patient se fasse par le moyen le plus adapté vers la structure de soin la plus adaptée à un instant donné.

Le SAMU exerce aussi un rôle en médecine de catastrophe pour coordonner les plans de secours pour gérer les afflux massifs de victimes comme les « plans blancs ». Il participe aussi à la formation des personnels de santé à l'urgence via le CESU (centre d'enseignement des soins d'urgences).

On compte à ce jour un SAMU par département avec à disposition environ 350 SMUR.

De plus le SAMU de Paris régule les appels d'urgences émanant des lignes de train à grande vitesse, et celui de Toulouse ceux des navires en mer.(1,12)

A Bordeaux en 2017,

- 531 010 appels entrants
- 356 337 dossiers de régulation (+ 0,5 % par rapport à 2016),
- 315 827 dossiers de régulation médicale (+ 4,2% par rapport à 2016) dont 159 715 de régulation médicale généralistes (+ 2% par rapport à 2016) et 156 112 de régulation médicale SAMU (+ 6,5% par rapport à 2016).

Le centre bordelais comptait 46 médecins généralistes sur les 81 médecins participant à la



Photographie n°1 : Centre de régulation des appels de Bordeaux SAMU 33(14)

1.2.2 Les moyens de transport des patients :

- Les ambulances :

Le terme d'ambulance regroupe les véhicules de transport sanitaire terrestre. Il existe 3 types de véhicules dont l'agrément se fait selon la norme NF de 1789 répartis en différentes catégories selon l'arrêté du 10 février 2009. Chaque véhicule a des caractéristiques et des missions qui lui sont propres.(15,16)

-Type B : Ambulance de soins d'urgence conçue et équipée pour le transport, les premiers soins et la surveillance de patients

-Type C : Ambulance de soins intensifs conçue et équipée pour le transport, les soins intensifs et la surveillance des patients

-Type A : Ambulance conçue et équipée pour le transport sanitaire de patients dont l'état de santé ne laisse pas présager qu'ils puissent devenir des patients en détresse

Toutes les ambulances ont des conditions communes pour pouvoir être habilité au transport des patients :

-Véhicule de genre Automoteur Spécialement aménagée pour le transport de Personnes (VASP) de carrosserie blanche avec feux, dispositifs de signalisation complémentaires et avertisseurs spéciaux prévus aux articles R.313-27, R.313-31 et R.313-34 du code de la route

-Insigne distinctif : Les véhicules portent l'insigne distinctif des transports sanitaires agréés qui consiste en une croix régulière à 6 branches bleues, apposée de manière inamovible sur le capot et les portières avant du véhicule

-Identification du titulaire de l'agrément inscrit en caractères de couleur bleue sur la carrosserie ou de couleur blanche sur les vitrages

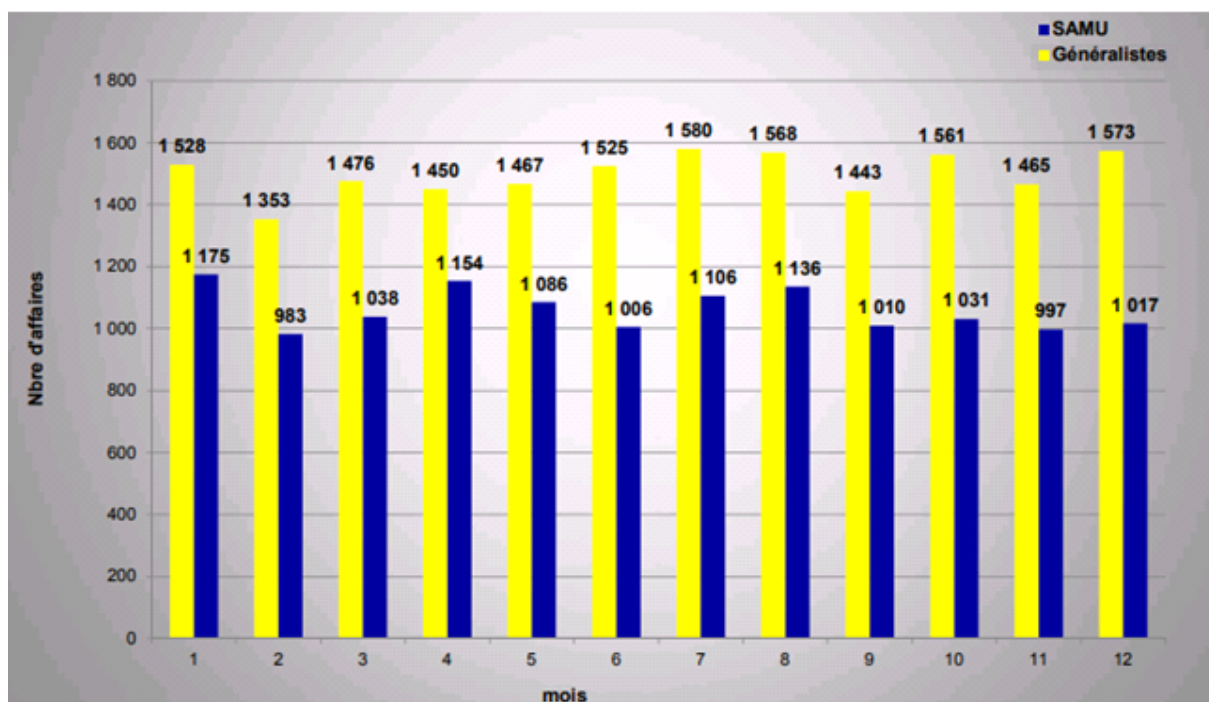
- Désinfection des véhicules entre chaque transport avec désinfection complète chaque semaine et après le transport d'un patient signalé contagieux

Selon le type d'ambulance, l'équipement est variable avec des dispositions particulières, pour les types B et C qui sont réservées au transport d'une seule personne en position allongée ou demi-assise. Le type C doit être adapté aux interventions médicalisées du SMUR. Pour la pédiatrie des équipements adaptés aux enfants complètent l'équipement du véhicule.

Les véhicules de type A, sont utilisés pour le transport d'au moins une personne en position allongée ou demi-assise. Ils ont également un équipement spécifique requis, et s'ils sont utilisés dans le cas d'interventions régulées par le SAMU, un équipement pour les véhicules de type B est indispensable.

Les véhicules de catégorie D ou Véhicules Sanitaires Légers qui peuvent transporter jusqu'à 3 patients répondent également à des critères. La carrosserie est blanche, de catégorie internationale M1. Le poids en charge est limité à 3,5 tonnes avec un accès direct aux sièges passagers selon les normes européennes (AA : berline, AB : voiture à hayon arrière, AC : break (familiale), AF : véhicule à usage multiple).

Les agréments pour les véhicules sanitaires sont soumis à l'accord de l'agence régional de santé (ARS) qui effectue un contrôle des conditions techniques. (15–17)



Graphique n°1 : interventions par ambulances privées du SAMU33 en 2017 (n=30 728)(13)

En comparaison à 2016, il y a une diminution de 9% des interventions par ambulances privées demandées par le SAMU33.(12)

- Les pompiers envoyés par carence :

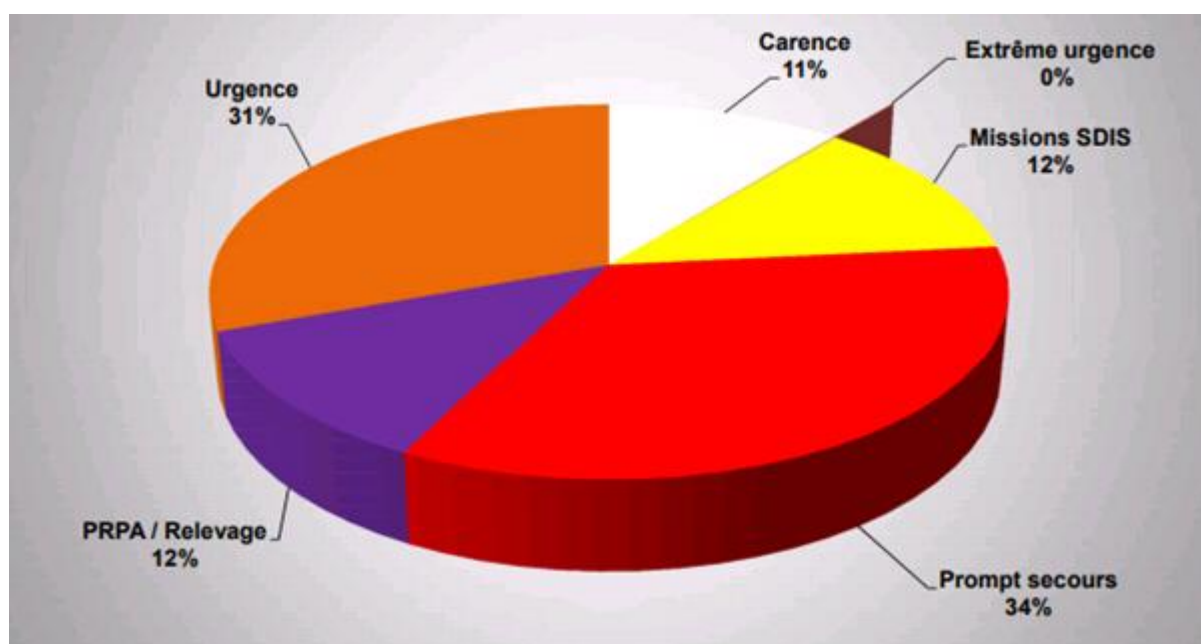
La régulation du patient, est majoritairement effectuée par le centre 15. En Gironde, le bilan d'activité du SAMU 33 met en évidence la difficulté d'avoir accès à une ambulance privée. Pour transporter un patient dans l'urgence, hors transport médicalisé, les pompiers sont souvent envoyés par « carence ». Si l'opérateur de SAMU ne peut obtenir une ambulance privée, c'est le SDIS (Service

Départementale d'Incendie et de Secours) qui est obligé d'intervenir. Ces cas censés être exceptionnels deviennent de plus en plus fréquents, voir la norme. L'activité des ambulances privées est en baisse.(12,17-19)

Les conséquences sont malheureusement négatives sur l'organisation du fonctionnement du SDIS.

Du point de vue financier car la facturation dans le cadre d'un transport par carence est facturé au service du SAMU et l'ARS. Les ambulances privées facturent leurs transports à la sécurité sociale. Pour information, le coût est fixé à 119euros par intervention, c'est une indemnisation nationale pour 2017 et valable en 2018, publiée au journal officiel (118euros en 2016).(12,18)

Les conséquences sont aussi humaines, par exemple une VSAV pompier compte 3 sapeurs-pompier alors que les ambulanciers ne sont que deux. L'organisation des équipes de permanence implique des moyens humains plus importants. Le rôle du pompier se retrouve étendu, ce qui déplaît, voire décourage ces derniers qui n'avaient pas la vocation d'ambulancier.



Graphique n°2 : interventions du SDIS 33 en 2017(n = 106 461)(13)

En comparaison à 2016, les interventions du SDIS 33 ont augmentées de 7,3% en 2017. Il y a eu 11 623 transports VSAV par carence ambulancière, soit une augmentation de 6%.(13)

1.2.3 La demande d'ambulance privée par le 15 :

Lorsque la décision du médecin régulateur est de faire intervenir une ambulance, il doit en trouver une de disponible pour prendre en charge le patient. Pour cela il dispose d'un outil de communication SAMU-ambulance.(1) Il s'agit d'un logiciel qui diffuse la demande émanant du SAMU contenant le délai d'intervention et le lieu en temps réel aux ambulanciers qui peuvent répondre immédiatement de façon positive ou négative via un PDA(Personal Digital Assistant). Cet outil utilise des fonctions GPS, de cartographie en temps réel.

En Gironde ce dispositif est géré par « Lomaco » via le logiciel « thélis » devenu « SIRUS » (Solution Informatique de Régulation des Urgences et des Sorties).(20,21)



Photographie n°2 : PDA lomaco pour les ambulanciers(22)

Par exemple, si le régulateur juge nécessaire d'envoyer un patient de la commune de Blasimon vers le service d'accueil des urgences de Libourne dans la demi-heure. Chaque ambulancier recevra sur son PDA la demande du trajet à réaliser dans les trente prochaines minutes. Il pourra alors choisir d'accepter ou de refuser la course.



Illustration n°2 : Demande de transport de patient par le SAMU aux ambulanciers (capture d'écran)(23)

1.2.4 Coût d'un transport de patient par VSL, ambulance, pompiers, SAMU :

Lorsqu'un patient doit être transporté par un véhicule sanitaire, le transporteur facture la course. En général l'assurance maladie prend en charge 65% du prix du transport et dans certaines conditions le transport est pris en charge par l'assurance maladie à 100% :(24–26)

- transport lié à une hospitalisation
- transport en lien avec une Affection de longue durée et s'il existe une incapacité ou déficience de déplacement
- transport lié à un accident de travail ou une maladie professionnelle
- transport en ambulance si l'état nécessite d'être allongé ou sous surveillance
- nécessité de parcourir une longue distance (plus de 150 km à l'aller), ou plusieurs transports répétés (plus de 4 voyages de plus de 50km aller sur 2 mois au titre d'un même traitement)
- pour accompagner un enfant ou adolescent en centre d'action médico-social précoce et un centre médico-psycho-pédagogique
- pour accompagner un enfant de moins de 16 ans ou une personne nécessitant l'assistance d'un tiers (doit être précisé sur la prescription de transport)
- les transports des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après la date d'accouchement et liés à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de 30 jours
- les transports en vue de recevoir des soins ou subir des examens, et ce quel que soit le mode de transport utilisé (ambulance, VSL...), en rapport avec un acte de terrorisme
- les transports entre deux établissements, ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile
- les transports des personnes relevant du régime d'Alsace-Moselle ;
- les transports des personnes titulaires d'une pension d'invalidité, d'une pension militaire, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou de veuve invalide, d'une rente pour un accident du travail ou une maladie professionnelle avec un taux d'incapacité supérieur à 66,66 % ;
- les transports des personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide médicale de l'État (AME) et des soins

Le prix du transport par ambulance ou VSL est réglementé par l'assurance maladie. Le tarif selon la distance, le véhicule et la zone d'intervention.(27)

Les zones A, B, C ou D sont fonction du lieu d'intervention, il existe dans ces zones des forfaits agglomération ou départemental.

La distance parcourue est facturée au kilomètre (à partir du 3^{ème} kilomètre), ajouté à un forfait dégressif sur les 18 premiers kilomètres, valorisant les petites distances. (Annexe 1)

Pour les ambulances, lorsque le transport est entre 20h et minuit, il s'applique une majoration de 75% du tarif conventionnel, les dimanches et jours fériés en journée la majoration est de 50% du tarif conventionnel. Si le transport est demandé par un médecin régulateur du SAMU ou du centre 15, une majoration de 21,67 euros est appliquée.

De plus, lorsque le transport est demandé par le SAMU/centre 15, il n'est pas nécessaire de remplir un bon de transport, c'est le service hospitalier qui est facturé.

Pour les VSL, lorsque le transport est entre 20h et minuit, il s'applique une majoration de 50% du tarif conventionnel de jour, les dimanches et jours fériés en journée la majoration est de 25%. Il n'existe pas de majoration en cas de demande du transport par le SAMU/centre 15. (24,26)

Lorsque les pompiers interviennent par carence, le coût d'une sortie est forfaitaire de 119euros. (18)

Le prix d'une intervention en SMUR se facture à la demi-heure (et à la minute pour les interventions aériennes), il est variable selon les établissements.

Par exemple, pour le SMUR de Bordeaux le prix à la demi-heure est de 386,02 euros lors des interventions, fixé par arrêté préfectoral. En comparaison à Libourne il est de 372 euros.(12,28)

1.2.5 Un fonctionnement différent en Grande Bretagne :

La prise en charge est différente en Grande Bretagne, le système de santé NHS pour « National Health Service » gère le transport des patients d'une façon différente de celle de la France. Le système français est sur un mode « stay and play » ou l'hôpital se déplace auprès du patient via le SMUR pour stabiliser puis transporter, contrairement au système anglais de « scoop and run » où le malade est ramené le plus vite possible vers l'hôpital.(29)

Une équipe d'ambulanciers est rapidement envoyée auprès du patient qui compose le 999 (équivalent du 15). Ils sont équipés de matériel de perfusion, défibrillateur cardiaque, oxygène, attelle rachidienne,... Ils peuvent par ailleurs effectuer des tests diagnostiques et des protocoles thérapeutiques avant de ramener un patient vers une unité hospitalière. Cela implique que le personnel ambulancier ait une formation plus complète, plus poussée sur le plan médical et paramédical.(30)

On peut également contacter le 111 si le problème n'est pas « grave » et qu'il n'y a pas de risque de mort. Contrairement au système français le patient fait un « premier tri » lui-même.(29)

1.3. LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE TRI PRE-HOSPITALIER :

En médecine d'urgence on différencie la phase pré-hospitalière et la phase hospitalière, avec à chaque fois un tri à réaliser.(1)

Le médecin généraliste est souvent la toute première interface entre le patient et le système de santé. Il est le premier professionnel de santé qui débute la prise en charge. Hors lorsque le patient consulte son médecin il souhaite être soigné et savoir si son problème est grave ou non. De son côté le médecin se questionne sur les solutions à apporter à son patient et par quels moyens le traiter, notamment si la prise en charge peut se faire en ambulatoire ou en hospitalisation, ainsi que la nécessité d'un recours à un spécialiste.

Au cours de sa consultation quotidienne le médecin généraliste fait du tri mais également lors de gardes à la permanence de soins sur demande des régulateurs du centre 15 ou en tant que MCS (médecin correspondant SAMU : généralistes volontaires formés par le CESU et déclenché en même temps que le SMUR pour prodiguer les premiers soins).(31)

Par conséquent, trier les patients est l'une des premières missions du médecin généraliste afin de prendre en charge le patient s'il le peut, ou de l'adresser à un spécialiste ou une structure hospitalière par manque de compétence ou de moyens. Il doit enfin du transport du patient selon sa capacité à se déplacer (Annexe 2)

1.4. OBJECTIF DE L'ETUDE :

La recherche a été faite sur différentes base de données : *Docdocpro*, *cochrane*, *pubmed*, *these.fr* ne m'a pas permis de retrouver d'outil existant pour évaluer les difficultés pour les médecins généralistes d'obtenir un moyen de transport pour leurs patients en situation d'urgence sans engagement du pronostic vital immédiat.

De même il n'y a pas d'études sur les transports de patients depuis leur médecin généraliste vers une structure d'urgence pour les urgences non vitales. Seules les urgences vitales sont concernées(32). Il existe des travaux concernant les urgences vitales/SMUR, hélicoptère ou le transport des patients intra-structure(33–36). Les articles portent sur le pré-hospitalier, l'ambulatoire, le trajet du médecin au patient lors de la permanence de soin.(37)

Une thèse a traité des déterminants de l'indisponibilité ambulancière en Loire-Atlantique de 2003 à 2011 par étude rétrospective. Les résultats retrouvent une indisponibilité variable selon l'activité hospitalière programmée, les vacances scolaires, et la fréquentation touristique. Elle est de 3,4% sur les 9 années d'études.(17)

Un article traite du coût pour l'assurance maladie de la prescription du transport, mais principalement programmé, non lié à l'urgence vitale ou non. En 2017 la facture s'élevait à 4,8 milliards d'euros (+4,2% par rapport à 2016).(38)

La question de la régulation des patients en soins primaires n'a donc pas fait objet d'étude. Les articles discutent les indications et la prise en charge à l'arrivée aux urgences, le transport des urgences vitales (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde).(39,40) Les difficultés à obtenir un moyen de transport pour un patient en situation d'urgence hors pronostic vital immédiat ne sont pas étudiées.

La nécessité pour un médecin généraliste d'adresser son patient à un service d'urgence est une tâche impossible à différer lorsqu'elle doit être faite. Il est obligatoire de trouver une solution rapidement. Aussi c'est une situation à laquelle les médecins doivent faire face fréquemment.

L'objectif de cette étude est d'évaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour obtenir un transport afin d'adresser leur patient en situation d'urgence non vitale.

La question de recherche a pu être formulée de cette façon :

Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins généralistes de Gironde pour adresser leur patient en situation d'urgence non vitale à un service d'urgence ?

L'objectif secondaire est de comparer les difficultés pour les médecins selon leur zone d'exercice : rurale, semi-rural, de ville.

En effet j'ai pu remarquer que la situation géographique, la proximité d'un service d'urgence, pouvait rendre plus ou moins difficile l'obtention d'un transport.

Ainsi en mettant en avant les difficultés pour les médecins généralistes, il sera envisageable d'apporter d'éventuelles solutions. Celles-ci permettraient d'améliorer le confort de travail pour les médecins généralistes et la qualité de la prise en charge des patients, celui qui est adressé aux urgences, et ceux qui subissent les conséquences du retard pris.

MATERIEL ET METHODE

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 TYPE D'ETUDE

L'étude réalisée dans ce travail est une étude descriptive et analytique. L'enquête auprès des médecins généralistes de Gironde a été réalisée par des questionnaires comportant des choix multiples et une partie à commentaire libre. (Voir annexe 3)

2.2 POPULATION DE L'ETUDE

La population ciblée par cette étude est l'ensemble des médecins généralistes de Gironde, exerçant à titre libéral que nous avons approchés via le conseil départemental de l'ordre des médecins de Gironde en janvier 2018.

Etaient donc incluables : les médecins généralistes de Gironde inscrits à l'ordre ayant fourni une adresse email.

N'étaient pas incluables : les internes et les médecins non thésés, les médecins d'autres spécialités, les médecins retraités, les médecins exerçant hors de Gironde.

2.3 RECUEIL DES DONNEES

2.3.1 Modalité de recueil :

Les données ont été collectées par un questionnaire dont le lien avait été envoyé par mail par le conseil départemental de l'ordre des médecins de Gironde, permettant une saisie et un retour des réponses immédiat.

Le questionnaire a d'abord été rédigé sous format WORD puis transposé sur Google form, il comportait 15 questions à choix multiples dont 9 avec une seule réponse possible et 6 autorisant plusieurs réponses. Les 6 premières questions avaient pour but de décrire le répondeur par l'âge, le sexe, le type d'exercice (en groupe ou seul, rural ou citadin), la distance par rapport à un service d'urgence, l'utilisation d'un secrétariat. Les autres questions concernaient les critères d'intérêts Pour terminer une question permettant de laisser des remarques libres.

2.3.2 Période de recueil :

La période d'étude a été durant l'année 2018 du 7 février au 31 décembre 2018

2.3.3 Outil de recueil et analyse des données :

Le questionnaire envoyé pour l'étude a été élaboré via google form, il a été élaboré et validé avec l'aide du Dr STRUK, directeur de ce travail de thèse. Il a été ensuite présenté en essai à plusieurs médecins généralistes pour évaluer le temps de réponse moyen ainsi qu'au Professeur en santé publique Pr Roger Salamon.

Le questionnaire était accompagné, après validation par le conseil départemental de l'ordre des médecins de Gironde d'un texte expliquant brièvement le travail effectué. Il se composait de questions à choix multiples avec possibilité de faire des remarques libre. Le retour se faisait via google form.

2.4 LES VARIABLES

2.4.1 Variables d'intérêt principal :

L'enquête avait pour but d'évaluer les difficultés pour les médecins généralistes de Gironde à envoyer leur patient en situation d'urgence non vitale vers un service d'urgence. Le questionnaire comportait des questions selon différents axes :

- Existence de difficultés à obtenir un transport pour les patients
- Types de difficultés
- Retentissement sur l'organisation du travail
- Temps perdu estimé en minute
- Personnes s'occupant d'obtenir le transport
- Solutions mises en place
- Utilisation du centre 15
- Intérêt pour développement d'un outil
- Types d'outil
- Commentaire libre

2.4.2 Autres variables :

D'autres variables étaient dans le questionnaire afin de caractériser les répondants de façon sociodémographique :

- Le sexe : masculin, féminin
- L'année de naissance
- Lieu d'exercice : rural, semi-rural, ville
- Distance d'un service d'urgence : inférieur à 10km jusqu'à supérieur à 30 km
- Mode d'exercice : seul, groupe, maison de santé
- Equipement : secrétariat sur place, à distance, pas de secrétariat

2.4.3 Type d'analyses :

D'abord, une analyse descriptive de la population a été réalisée, ensuite une analyse univariée des variables d'intérêt principal avec les autres variables. Dans le but d'évaluer au mieux les difficultés pour les médecins généralistes pour obtenir un transport pour envoyer leur patient aux urgences.

Cette relation a été étudiée en utilisant un test du Chi² avec un seuil de significativité fixé à 5%.

Les réponses ont été utilisées via google form et exportées sous forme de tableau Excel.
L'analyse a été faite avec le logiciel Epi info.

RESULTATS

3. RESULTATS

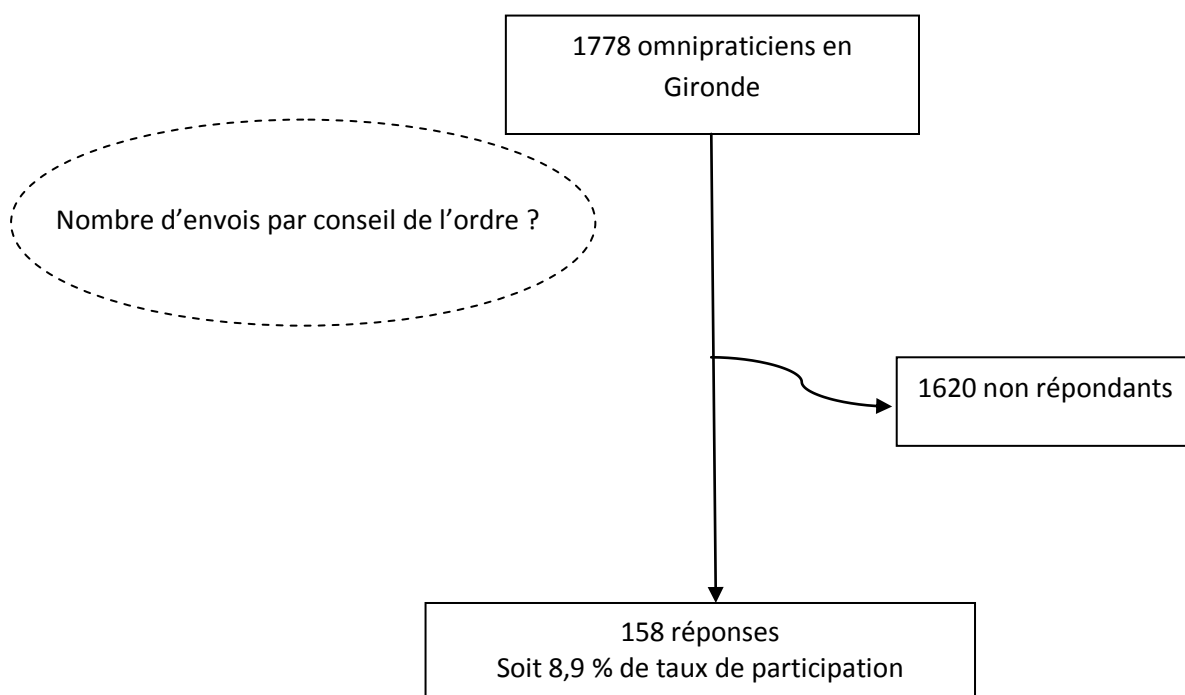
(Des extraits des commentaires libres ont été ajoutés entre guillemets et en italique)

3.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION REpondante :

3.1.1 Taille de l'échantillon répondant :

Nous n'avons pas connaissance du nombre exacte de destinataire du mail du conseil de l'ordre, nous calculerons donc le taux de réponse par rapport aux 1 778 médecins généralistes libéraux de Gironde d'après l'Agence Régionale de Santé(41) via le site cartosanté (voir annexe 4). Les 158 réponses représentent l'échantillon final de l'enquête.

Cela représente un taux de participation de 8,9 %



3.1.2 Caractéristiques personnelles des répondants :

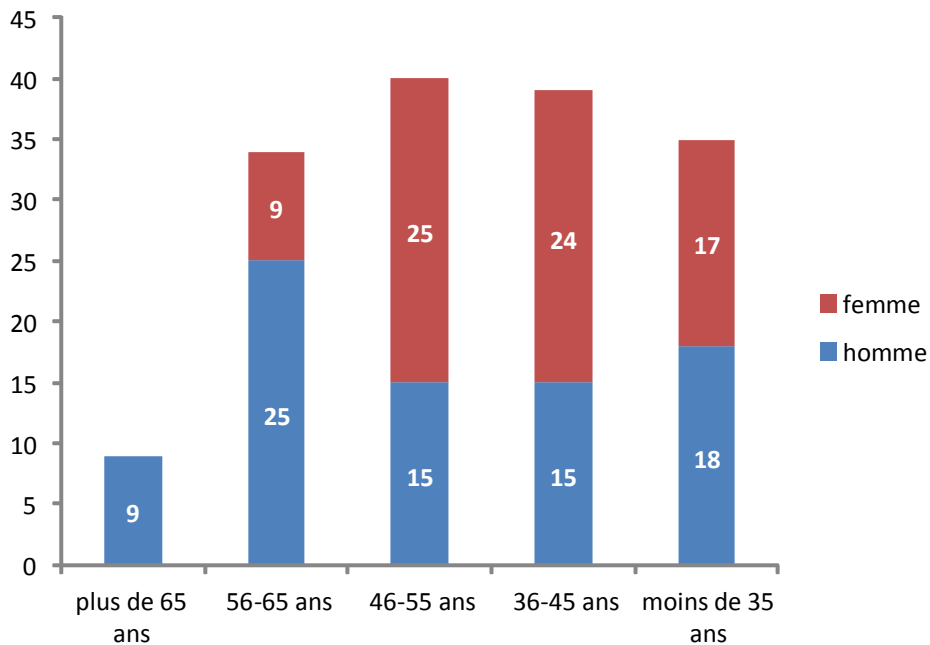
Le site cartosanté a établi un rapport concernant les caractéristiques des omnipraticiens libéraux selon leur âge et leur sexe.

Il y a 38,4% de médecins généralistes de sexe féminin en Gironde. Parmi les omnipraticiens de moins de 50 ans il y a plus de femmes que d'hommes : 53,4 % de femmes.(41)

Le nombre de praticiens tend à baisser notamment en dessous de 55 ans, tant en Gironde qu'en France.(41)

La première partie du questionnaire servait à décrire la population des répondants, d'abord selon des variables sociodémographiques :

-L'âge et le sexe :



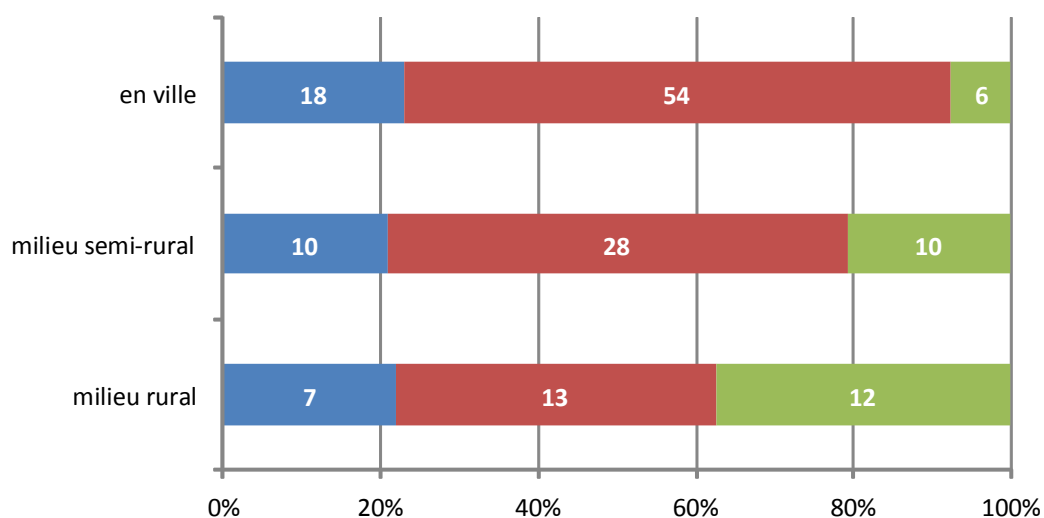
Graphique n°3 : Répartition des répondants selon l'âge et le sexe

Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde sur les transports des urgences non vitales (N=158)

- Le lieu et mode d'exercice :

Un peu plus de la moitié (N=80 soit 50,6%) ont répondu exercer en milieu rural ou semi rural. La majorité (N=95 soit 60,1 % exerce en association) et plus d'un sur six exerce en maison de santé pluridisciplinaire. Ce dernier mode d'exercice concerne surtout les répondants en milieu rural.

Mode d'exercice : ■ seul ■ association ■ maison de santé pluridisciplinaire



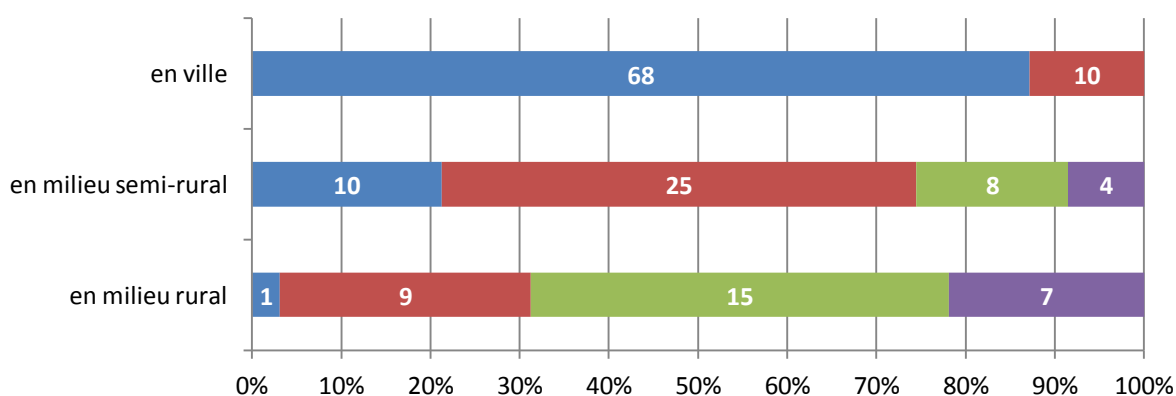
Graphique n°4 : Répartition des répondants selon le mode et le lieu d'exercice

Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde sur les transports des urgences non vitales (N=158)

D'autres caractéristiques étaient recueillies puis des caractéristiques en lien avec la question de recherche :

- La distance d'un service d'urgence :

distance d'un SAU : ■ Moins de 10km ■ Entre 10 et 20km ■ Entre 20 et 30 km ■ Plus de 30 km

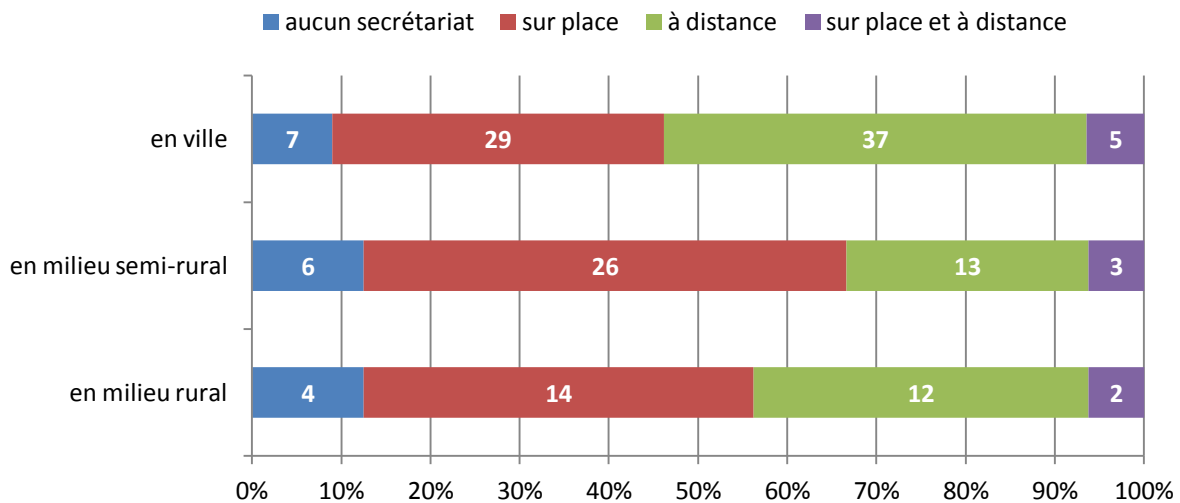


Graphique n°5 : Répartitions des répondants selon le lieu d'exercice et la distance d'un service d'urgence

Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde sur les transports des urgences non vitales (N=158)

La moitié des répondants sont à moins de 10 km d'un service d'urgence, essentiellement des médecins en ville. En milieu rural, les deux tiers sont à plus de 20km.

-L'équipement et le type de secrétariat :



Graphique n°6 : Répartitions des répondants selon le lieu d'exercice et le type de secrétariat
Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde sur les transports des urgences non vitales (N=158)

3.2 LES DIFFICULTES RENCONTREES POUR OBTENIR UN TRANSPORT POUR LEUR PATIENT ET LEUR RETENTISSEMENT :

3.2.1 Les médecins généralistes en difficultés :

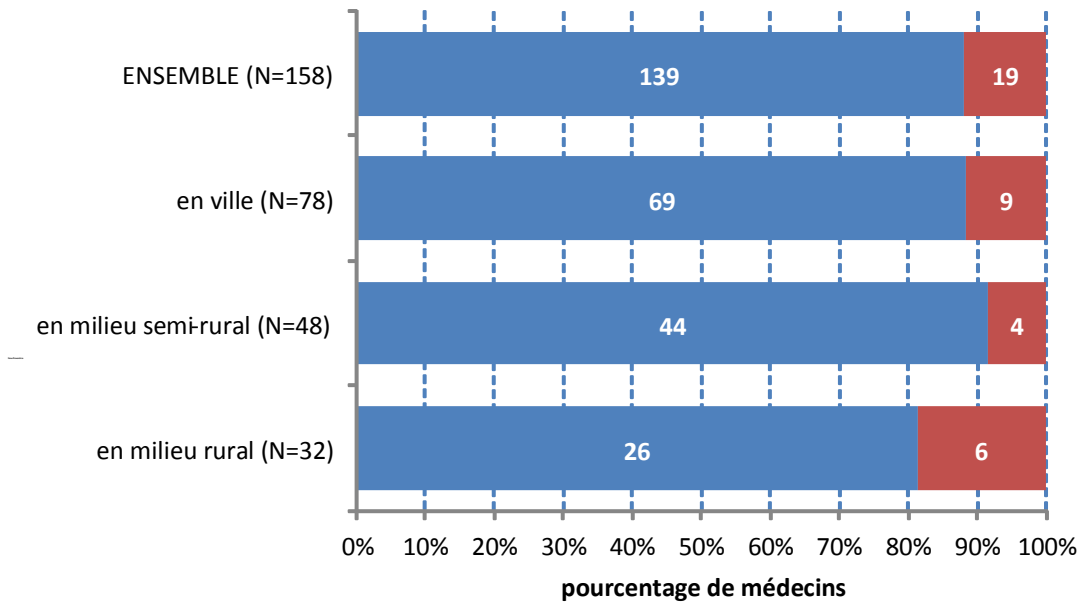
A la question : Rencontrez-vous des difficultés lorsque vous devez adresser un patient aux urgences ou à un spécialiste (hors urgence vitale) ? La quasi-totalité (N = 139 soit 88%) des médecins ont répondu **oui**.

L'IC 95% des médecins interrogés déclarant avoir des difficultés est de [81,9-92,6]).

19 médecins déclarent ne pas avoir de difficultés dans ces situations, soit 12% (IC 95% [7,4 – 18,1]). Sans différence selon le milieu d'exercice.

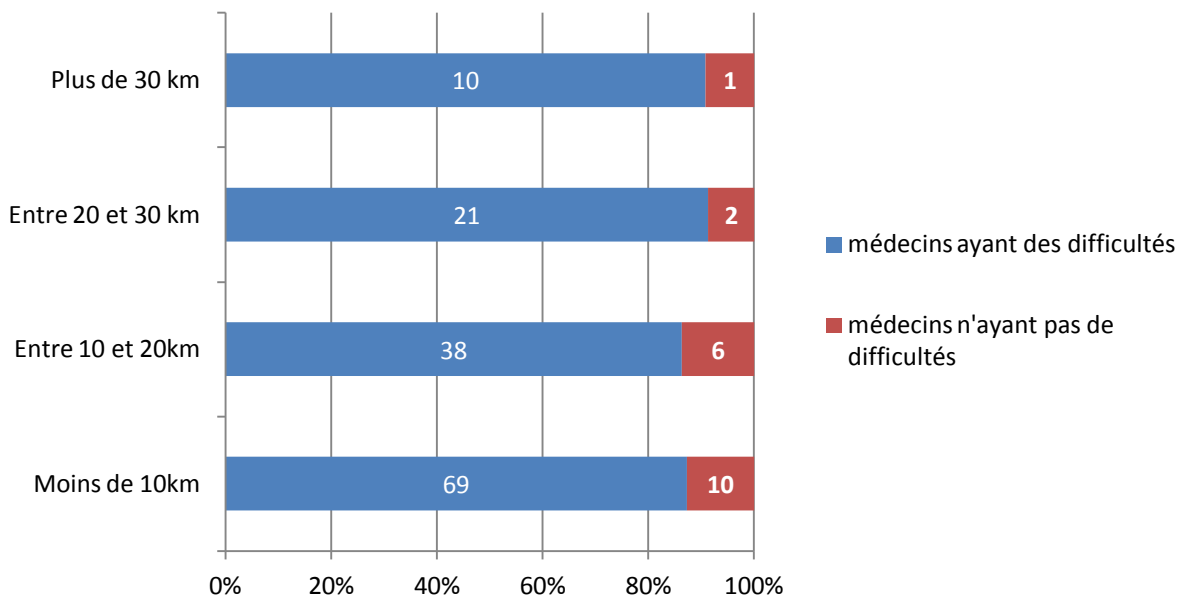
Il n'existe pas de différence significative entre les médecins déclarant avoir des difficultés à obtenir un transport pour leur patient selon leur lieu d'exercice et la distance d'un service d'urgence.

médecins déclarant : ■ difficultés à obtenir un transport ■ pas de difficulté



Graphique n°7 : Proportion de médecins déclarant avoir des difficultés d'obtention de transport, selon le lieu d'exercice

Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde sur les transports des urgences non vitales (N=158)



Graphique n°8 : Proportion de médecins déclarant avoir des difficultés d'obtention de transport, selon la distance d'un service d'urgence

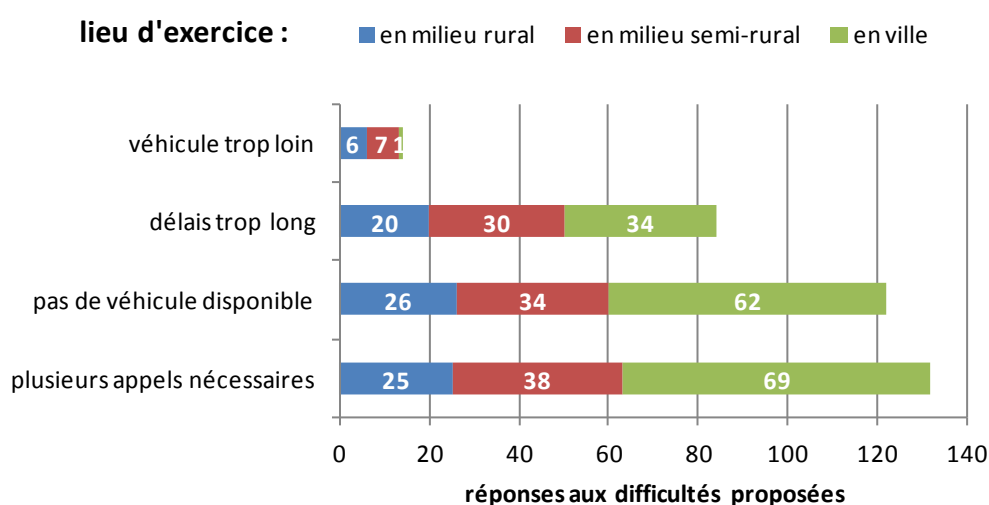
Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde sur les transports des urgences non vitales (N=158)

La quasi-totalité des médecins n'ayant pas de difficultés se trouvent à moins de 20km d'un service d'accueil d'urgence.

« Il s'agit d'un vrai problème pour nous... Merci de vous y intéresser! »

3.2.2 Les Difficultés mises en avant par les médecins généralistes

Les médecins étaient invités à décrire les difficultés en choisissant une ou plusieurs réponses parmi les 4 proposées :



Graphique n°9 : répartition des difficultés rencontrées par les médecins généralistes selon leur lieu d'exercice

Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde sur les transports des urgences non vitales (N=158)

Majoritairement les médecins généralistes interrogés estiment que plusieurs appels de sociétés de transport sont nécessaires et qu'il n'y a pas de véhicule disponible. La moitié des interrogés sont confrontés à des délais trop longs. L'éloignement est moins souvent retrouvé dans les réponses.

« Absence de VSL pour des patients n'ayant pas besoin d'ambulance »

« Nous forcer la main pour une ambulance en disant que les VSL ne sont pas disponibles »

« Impossibilité d'avoir un VSL ou taxi conventionné » « Dans le meilleur des cas, il n'y a que des ambulances (jamais de VSL) »

Un commentaire libre suggère qu'une question concernant le type de véhicule aurait pu être utile :

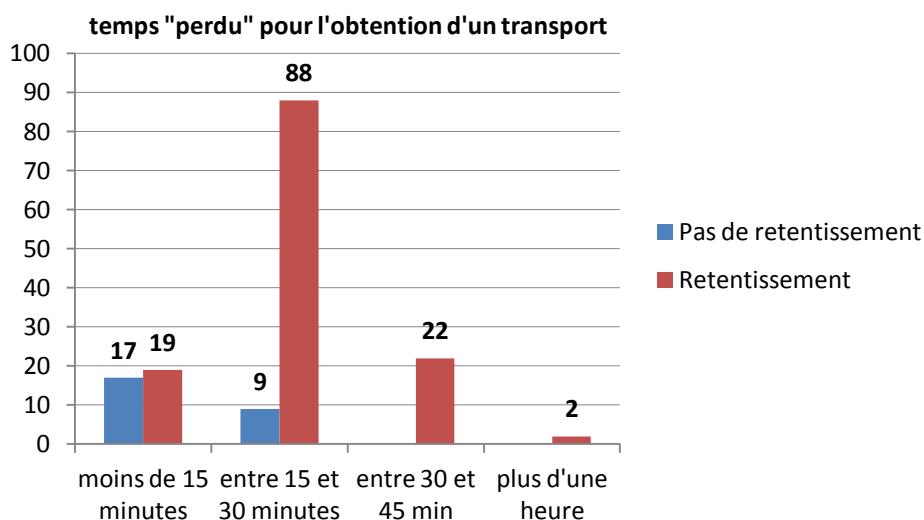
« Il manque une question relative au type de véhicule, on nous impose systématiquement une ambulance qui coûte beaucoup plus cher (et donc rapporte beaucoup plus à la société d'ambulance),

personnellement, je cède à la demande de l'ambulancier de cocher "ambulance" car je n'ai pas le choix mais c'est un réel problème économique et visiblement tout le monde s'en fou. »

3.2.3 Le Retentissement pour les médecins généralistes :

Les difficultés rencontrées se traduisent en retentissement sur la journée de travail pour la quasi-totalité des médecins. Le graphique suivant présente les réponses des médecins aux questions des difficultés et du retentissement.

La quasi-totalité des répondants estime que les difficultés ont un retentissement sur l'organisation de leur journée de travail (131 répondants sur 158).



Graphique n°10 : Retentissement sur la journée de travail et temps « perdu » par le médecin généraliste pour l'obtention d'un moyen de transport

Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde sur les transports des urgences non vitales (N=158)

Plus de la moitié des médecins répondants estiment perdre 15 à 30 minutes de leur temps pour l'obtention d'un moyen de transport pour leur patient.

Les médecins ne déclarant pas avoir des difficultés dans l'obtention d'un moyen de transport ont quand même répondu au retentissement de la recherche du transport sur leur journée de travail. Mais parmi eux, la quasi-totalité ne déclare pas de retentissement. Sur les 19 médecins déclarant ne pas être en difficulté, 16 déclarent ne pas avoir de retentissement.

La notion de retentissement peut être interprétée différemment selon chaque médecin, certains le ressentent dès 15 minutes, d'autres au-delà de 30 minutes.

Les commentaires sur ce sujet soulignent l'extrême difficulté de certains médecins :

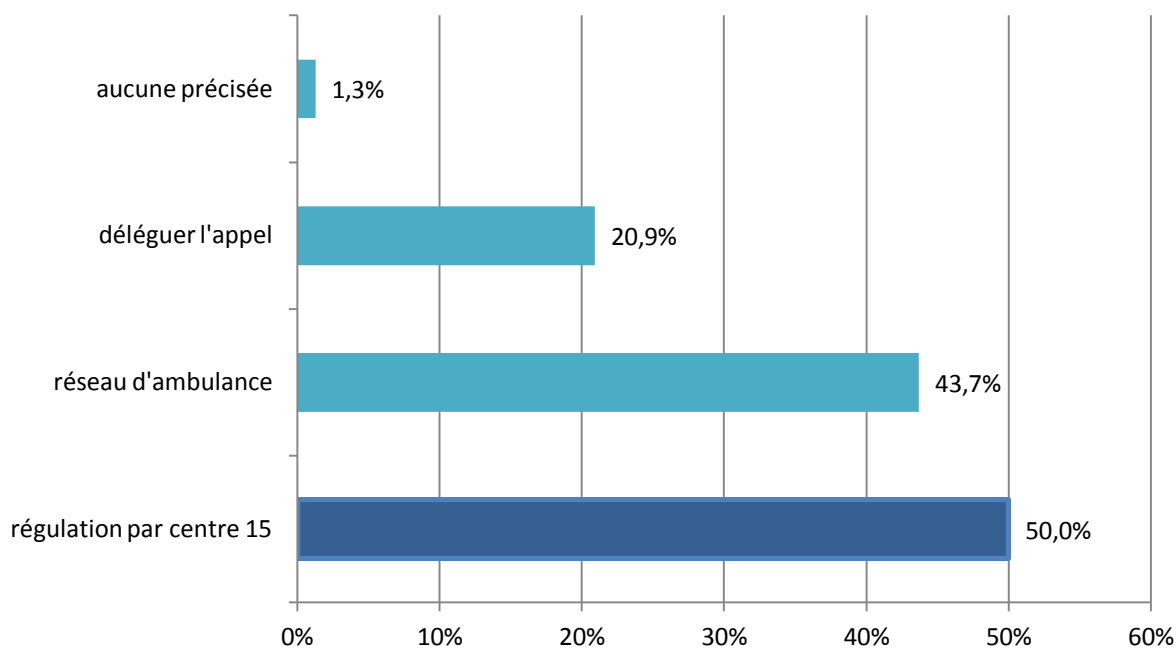
« Impossible de trouver un taxi conventionné ou un VSL, même après appel de dizaines de sociétés pendant 3 heures : on n'arrive à trouver que des ambulances, et encore »

« temps perdu » est inexact; temps passé non rémunéré serait plus exact; si la rémunération du praticien tenait compte du temps passé à ses diverses tâches, les différents payeurs se seraient

depuis longtemps obligés à résoudre ces chausse-trappes imbéciles indignes de notre fonction; que fait l' Ordre pour veiller à la dignité de l'exercice et y mettre . . . bon ordre ? ? ? »

3.3 LES SOLUTIONS ET STRATEGIES MISES EN PLACE :

Les médecins interrogés pouvaient répondre une ou plusieurs solutions proposées dans le questionnaire.

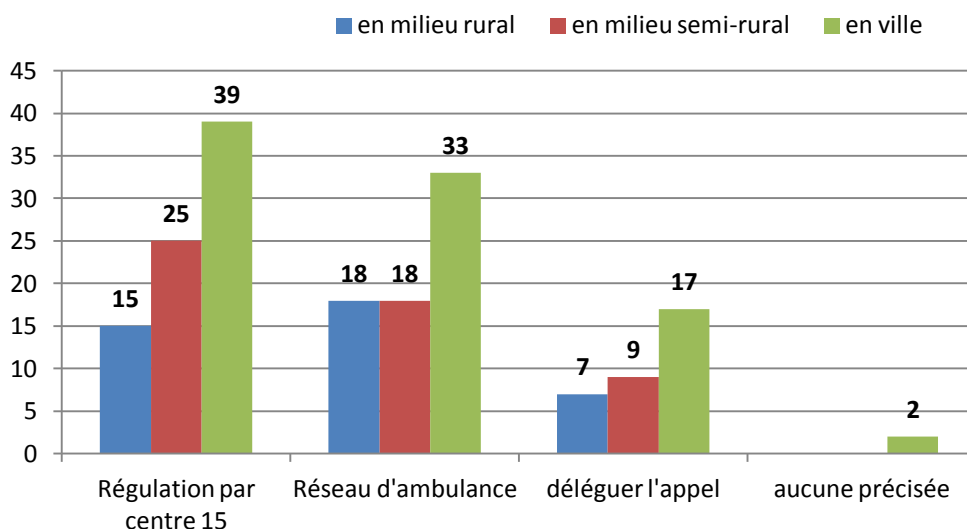


Graphique n°11 : solutions mises en place par les médecins interrogés pour trouver un transport pour une urgence non vitale.

Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde sur les transports des urgences non vitales (N=158)

La sollicitation du centre 15 représente la moitié des réponses, devant la solution de faire jouer son propre réseau d'ambulance ou de déléguer l'appel.

Le taux d'appel du centre 15 n'est pas plus important en ville ou en milieu rural ou semi-rural.



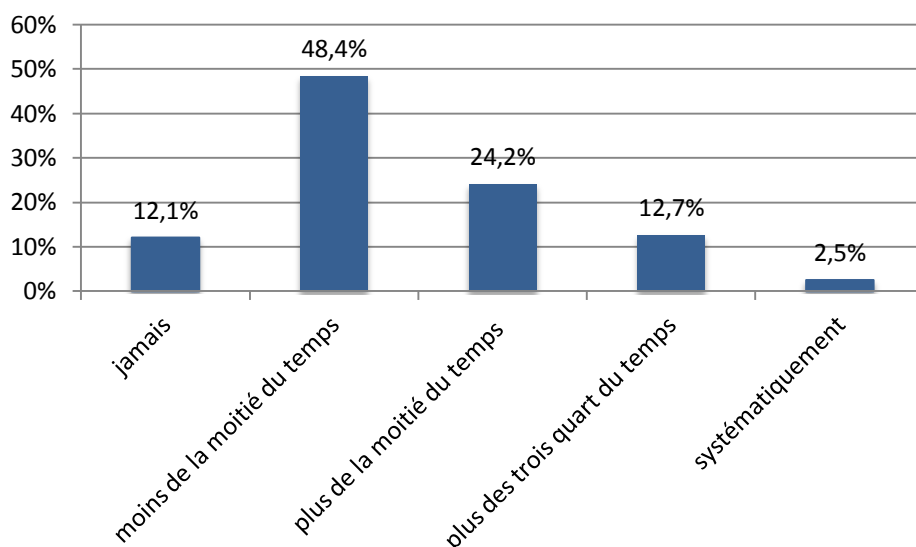
Graphique n°12 : solutions mises en place par les médecins selon leur lieu d'exercice
 Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde sur les transports des urgences non vitales (N=158)

En commentaire libre, le transport du patient par le médecin lui-même a été évoqué :

« Je transporte moi-même, sollicite un proche ou fais appel à un taxi non conventionné aux frais du patient »

« On finit par appeler le 15, qui n'est pas la pour ça et qui logiquement nous râle dessus alors que ça fait 30 minutes qu'on bataille et que franchement, si on pouvait leur éviter ça, on le ferait ! Mais au bout d'un moment si aucune ambulance du secteur ne peut, aucune ne peut ! Franchement je me suis déjà dit qu'en les prenant dans ma voiture ça irait plus vite... mais paraît qu'on n'a pas le droit. (Mais j'en connais qui l'ont déjà fait!) ».

Contacter le Centre 15 pour obtenir un transport pour leurs patients est la solution la plus choisie par les médecins interrogés. A la question plus précise « devez-vous appeler le centre 15 pour l'obtention d'un transport non urgent. »



Graphique n°13 : sollicitation du centre 15 pour l'obtention d'un transport par les médecins interrogés

Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde sur les transports des urgences non vitales (N=158)

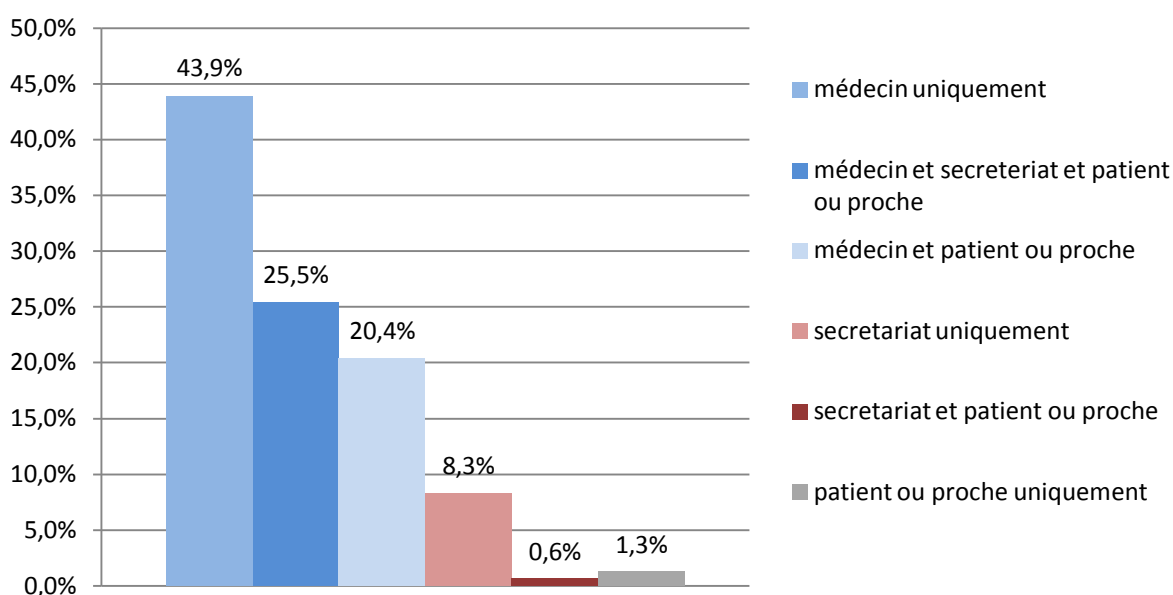
Les médecins interrogés sollicitent pour la plupart le centre 15 moins de la moitié du temps, 12,1% jamais, 2,5% systématiquement. Parmi les 19 médecins déclarant ne pas avoir de difficultés, 6 déclarent ne jamais solliciter le centre 15, et 10 moins de la moitié du temps.

« On est redirigé par les ambulanciers vers le centre 15 même en dehors des gardes et on doit faire avec les pompiers »

« M'emmerder et quand je craque le 15!!! »

« Certains taxis, connaissances plus personnelles et sinon ce qui est scandaleux : le 15 en dépit et dernier ressort. »

A la question «qui s'occupe finalement de trouver un transport pour le patient ? » :

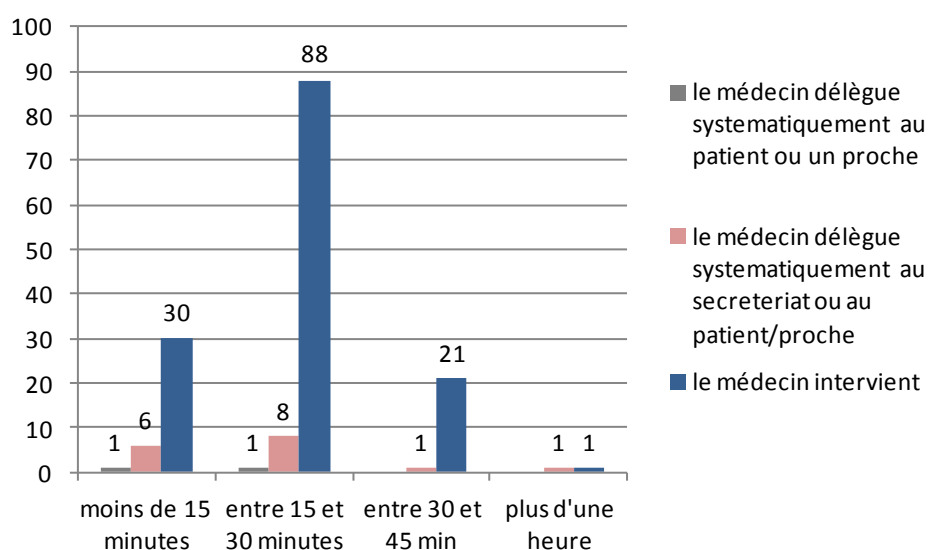


Graphique n°14 : répartition des personnes chargées d'obtenir un transport pour les urgences non vitales

Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde sur les transports des urgences non vitales (N=158)

La plupart du temps, le médecin persiste dans l'obtention du moyen de transport pour son patient, parfois assisté par son secrétariat, le patient ou un proche de celui-ci. Il déclare intervenir seul pour 43,9% des cas. Moins souvent le secrétariat, le patient ou un proche interviennent sans l'aide du médecin (moins de 10% des cas) pour finalement trouver un transport.

«Heureusement que notre (efficace secrétaire) gère une grande partie de cette problématique, ce qui lui prend énormément de temps qui pourrait être consacré à nous décharger d'un certain nombre de tâches administratives... »



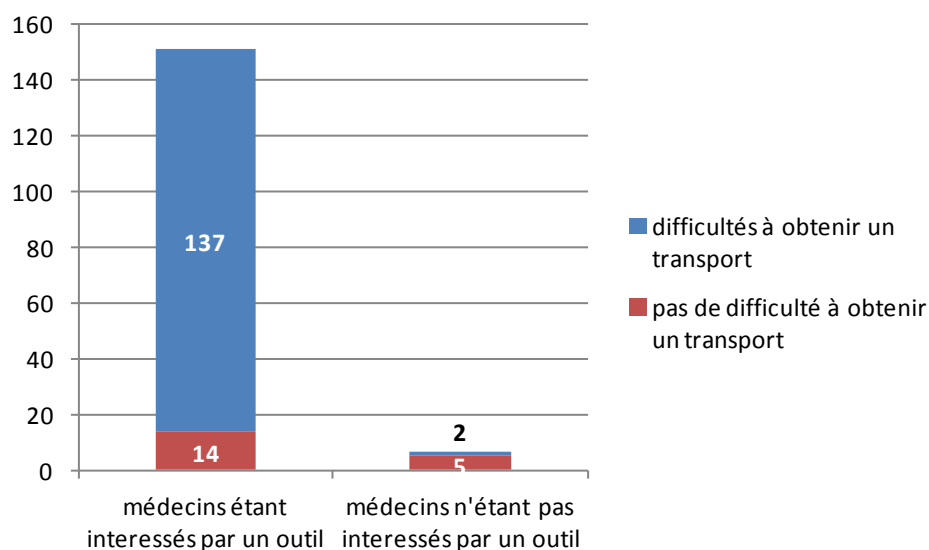
Graphique n°15 : temps perdu selon l'implication du médecin pour l'obtention d'un transport

Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde sur les transports des urgences non vitales (N=158)

Les médecins déclarant déléguer l'appel à leur secrétariat et/ou au patient ou à un proche estiment perdre moins de 30 minutes.

3.4 INTERET D'UN OUTIL POUR LES MEDECINS GENERALISTES :

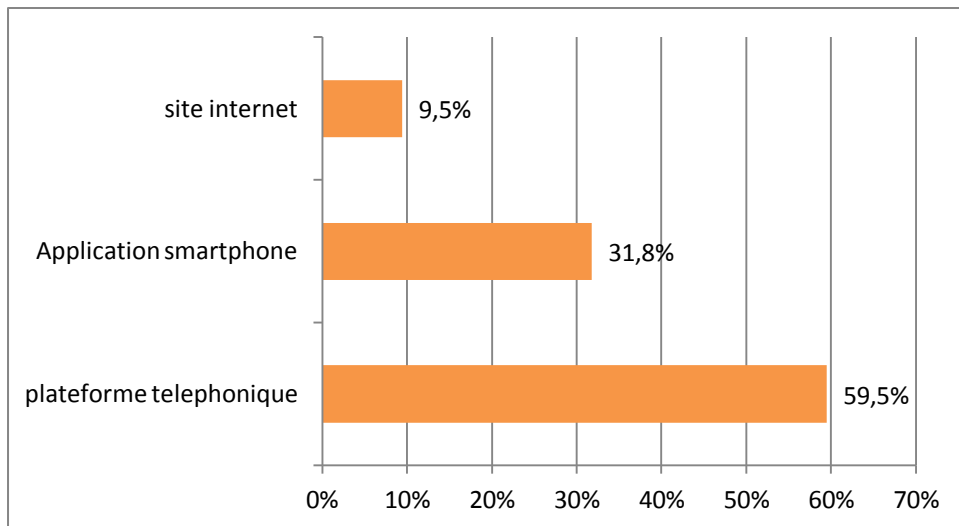
L'utilisation d'un outil adapté pour faciliter la recherche et l'obtention d'un moyen de transport pour les patients est intéressante pour la quasi-totalité médecins.



Graphique n°16 : intérêt d'un outil pour les médecins selon leurs difficultés
Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde sur les transports des urgences non vitales (N=158)

La quasi-totalité des médecins interrogés déclarant être en difficultés seraient intéressés par un outil visant à faciliter l'obtention d'un moyen de transport. 96% des médecins généralistes interrogés, en difficulté ou non, sont demandeurs d'un outil de travail facilitant l'obtention d'un transport pour leur patient.

A la question « quel outil vous séduirait ? » :



Graphique n°17 : préférence des médecins pour l'interface de l'outil

Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde sur les transports des urgences non vitales (N=158)

La majorité des médecins généralistes déclarent qu'ils préféreraient utiliser une plateforme téléphonique pour obtenir un moyen de transport pour leur patient. Près d'un tiers opterait pour une application Smartphone.

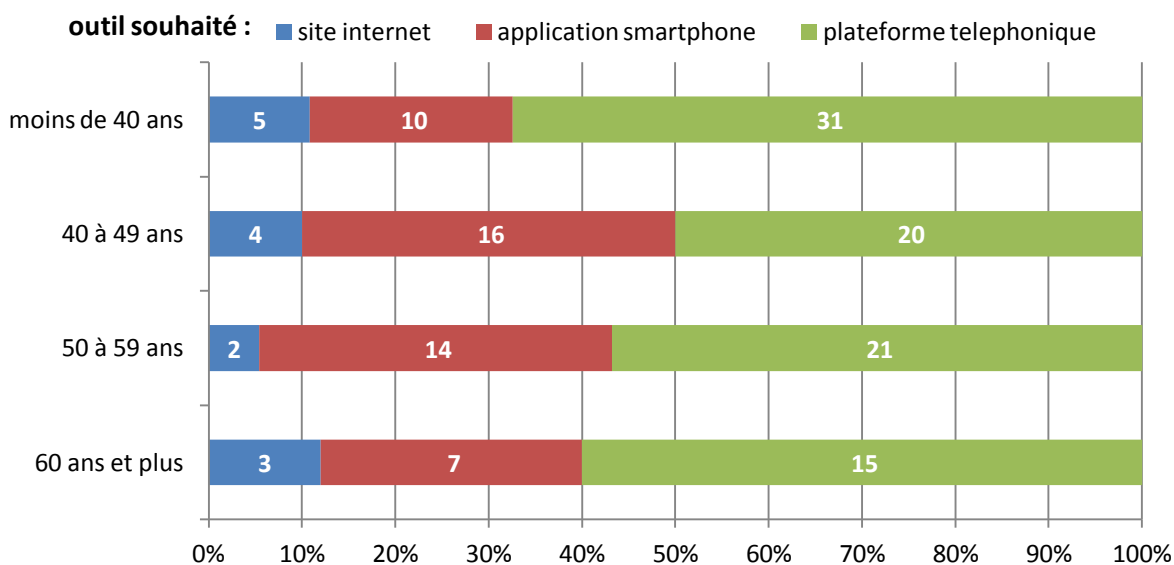
Certains insistent sur le côté « humain » :

« Un numéro de téléphone de l'ARS où un être humain répondrait rapidement et se chargerait d'organiser le transport ... »

« Une solution sans MAJ: le téléphone, l'ARS financera? »

« Pour l'interface, une plateforme téléphonique serait également une bonne solution à la place ou en plus de l'application smartphone »

Comme le montre le graphique suivant quel que soit l'âge des médecins interrogés, la plateforme téléphonique et l'application Smartphone sont les plus souhaités.



Graphique n°18 : outil souhaité selon l'âge des médecins interrogés

Enquête auprès des médecins généralistes de Gironde sur les transports des urgences non vitales (N=158)

3.5 AUTRES COMMENTAIRES LIBRES :

Les commentaires libres suivant concernent le type de véhicule mis à disposition par les ambulanciers. Certains soulignent l'absence de VSL et qu'une ambulance est imposée. La relation entre le médecin, la société d'ambulance et le centre 15 est remise en cause :

« Si VSL disponible, une ambulance doit être demandée sinon le transporteur refuse. »

« Le plus grand problème de notre système est l'absence de VSL. Il faudrait dissocier les sociétés d'ambulances des sociétés de VSL. La sécu ferait d'énormes économies et les patients trouveraient des VSL pour se rendre aux urgences ou chez les médecins. »

« PROBLEME COMPLEXE: trop d'attente des ambu aux urgences, pas assez d'ambu réservées aux transports d'urgences, et beaucoup plus sur du programmé, plus de VSL, problème de la tarification, enveloppe du SDIS,... »

« Il devient de plus en plus difficile d'obtenir une ambulance même en journée certains transports presses le mot urgent ne s'applique pas, nécessitent seulement un VSL ou Taxi bien sur introuvable et cerise sur le gâteau les ambulances ne peuvent ou ne veulent quasiment plus transférer les urgences en centre ville. Une plateforme d'appel taxis conventionnés aiderait beaucoup ! »

« Il y a très peu de VSL et ils ne veulent pas faire de déplacement courts les ambulances semblent toutes réquisitionnées quelque soit l'heure et je trouve triste de déranger le 15 qui est dans la même problématique d'ailleurs »

La rentabilité des véhicules pour les sociétés d'ambulances et l'absence de soutien de l'assurance maladie est aussi évoquée :

« Quand j'ai alerté la CPAM et l'ARS, on m'a fait comprendre que je devais me débrouiller tout seul pour trouver un VSL ou un taxi conventionné ... »

« Le relationnel entre les médecins et les ambulanciers devient de plus en plus problématique.....grande difficulté à pouvoir bénéficier d'un VSL pour nos patientsCela doit être sans doute nettement moins rentable »

« J'ai régulièrement des différends avec des sociétés de transport, qui refusent d'envoyer des VSL (pourtant disponibles) et n'acceptent de transporter les patients qu'en ambulance, alors que j'estime leur état parfaitement compatible avec un transport VSL... Mon avis médical n'a aucune valeur, et si je veux que mon patient soit transporté, je n'ai d'autre choix que de prescrire l'ambulance. Et ceci, simplement parce que le transport en ambulance leur rapporte plus. Je trouve scandaleux que ces sociétés privées (pourtant largement financées par la Sécu du fait du vaste remboursement des transports) se permettent ce type de décisions autoritaires dans un but purement lucratif, et je pense donc qu'un site internet par exemple (ou bien une application smartphone comme vous le suggérez), avec un aperçu en temps réel des véhicules réellement disponibles sur le territoire, pourrait limiter ce genre de dérives. Cela dit, il serait probablement nécessaire de faire encadrer ce dispositif par l'État pour "obliger" les sociétés de transport à débloquer les véhicules prescrits et non ceux qu'ils désirent... Au delà de ce détail, les difficultés sont réelles et j'espère que votre travail pourra permettre quelques améliorations. »

« Dommage de ne pas développer plus les VSL pour certains transports et garder les ambulances pour les vrais cas où on en a besoin mais les VSL ne sont pas rentables... »

Les commentaires suivant concernent les appels au centre 15 pour l'obtention du transport

« On finit par appeler le 15, qui n'est pas la pour ça et qui logiquement nous râle dessus alors que ça fait 30 minutes qu'on bataille et que franchement, si on pouvait leur éviter ça, on le ferait ! Mais au bout d'un moment si aucune ambulance du secteur ne peut, aucune ne peut ! Franchement je me suis déjà dit qu'en les prenant dans ma voiture ça irait plus vite... mais parait qu'on n'a pas le droit. (Mais j'en connais qui l'ont déjà fait!) ».

« Ne pas devoir faire appel au 15 et voir arriver une société d'ambulance qui vous a refusé le transport.

Mettre en place des AP hospitalières qui viennent chercher nos patients
Ne plus faire appel aux pompiers..... »

« Problème avec le 15 quand appel pour transport »

Un médecin généraliste et également régulateur au centre 15 précise que des difficultés existent également pour les régulateurs pour l'obtention d'un transport :

« Étant aussi régulateur au 15 j'ai souvent des appels de confrères ou de patients vus par un confrère en demande de transport. Il faut savoir qu'en journée il nous est très difficile de trouver nous aussi des ambulances et nous sommes obligés fréquemment d'avoir recours à des carences pompiers. Votre travail est très intéressant, peut-être pourriez vous l'étendre jusqu'à la prise en charge finale du patient et faire une évaluation du temps de prise en charge global. »

Le risque pour le patient est mentionné :

«C'est souvent une galère pas possible qui fait perdre du temps et dans laquelle on est très souvent dans une impasse. Délai trop long ou transport par la famille ou un autre tiers dans des conditions précaires voir limites sur le plan médical avec à terme un risque de retard de prise en charge. »

La rémunération du temps « perdu » pour l'obtention du transport :

« temps perdu" est inexact; temps passé non rémunéré serait plus exact; si la rémunération du praticien tenait compte du temps passé à ses diverses tâches, les différents payeurs se seraient depuis longtemps obligés à résoudre ces chausse-trappes imbéciles indignes de notre fonction; que fait l' Ordre pour veiller à la dignité de l'exercice et y mettre . . . bon ordre ? ? »

DISCUSSION

4. DISCUSSION

4.1 DISCUSSION DE LA METHODE :

4.1.1 le taux de participation

L'enquête que nous proposons visait la pratique quotidienne du médecin généraliste, afin de mettre en évidence des difficultés récurrentes pour à terme y apporter des solutions.

Malheureusement le taux de participation fut très faible à 8,9 %. Pourtant, les entretiens préalables avec des médecins généralistes avaient suscité un grand intérêt de la part de chacun d'entre eux. La plupart des retours par mail lors de la diffusion étaient encourageant témoignant d'une motivation.

4.1.2 les non-répondants et autres biais

-Les non-répondants :

Le taux de non répondant est élevé, ce qui est fréquemment retrouvé dans les enquêtes(42), particulièrement en soin primaire. Cela est un frein important pour la recherche en soins primaire.

L'erreur de non-réponse est l'écart entre la valeur du paramètre estimé sur l'échantillon de répondants et sa vraie valeur sur la population source.(43)

On peut supposer plusieurs raisons à la non-réponse :

- Médecins généralistes n'ayant pas d'adresse mail ou ne la consultant pas lors de mail concernant des enquêtes ou émanant du conseil de l'ordre des médecins
- Manque de temps pour répondre à l'enquête
- Sur-sollicitation des médecins généralistes
- Absence lors de la réception de l'enquête
- Médecins ne pratiquant pas l'urgence (par exemple pratiquant uniquement l'homéopathie)

Nous avons voulu limiter le nombre de non-réponse lors de la construction de l'enquête par différents moyens :

- Questions à réponses multiples avec peu de réponses libres
- Format mail, via le conseil de l'ordre des médecins de Gironde
- Relecture du questionnaire avec pré-test par médecins généralistes pour s'assurer de la clarté de l'énoncé, de la mise en page et du support agréable
- Rapidité de réponse (<3 minutes)
- Peu d'information personnelle demandée en dehors de l'adresse mail
- Le sujet concerne directement les médecins généralistes : l'enquête a pour but d'évaluer leur difficultés (et non les données de patients par exemple)

-Les autres biais :

Un biais de sélection est aussi possible(43). Les médecins en difficultés pour obtenir un moyen de transport pour leurs patients auraient pu avoir plus tendance à répondre que ceux ne se retrouvant pas mis en défaut.

Mais on peut aussi mettre en avant un biais de désirabilité sociale avec des médecins qui ne souhaiterait pas reconnaître avoir des difficultés dans leur pratique(43).

4.1.3 une autre méthode ?

Pour pallier à ce faible taux de réponse, d'autres moyens d'étudier les difficultés des médecins généralistes à obtenir un transport en situation d'urgence non vitale auraient pu être envisagés(44).

- Une diffusion différente du questionnaire :

Le questionnaire de l'enquête a été diffusé via la newsletter du conseil de l'ordre des médecins de Gironde. Il aurait été possible de diffuser via un autre réseau de praticiens, comme celui des maîtres de stages universitaire mais l'échantillon n'est pas représentatif de la population des médecins généralistes de Gironde : plus d'investissement dans la recherche, proximité des villes... Le recours au conseil de l'ordre semblait être le choix de diffusion le plus exhaustif. Hélas il ne permet pas de faire une relance.

- Un mode de recueil différent :

Le choix du recueil par questionnaire numérique a semblé évident pour sa simplicité d'accès, sa clarté et la rapidité de réponse (moins de 3 minutes).

L'utilisation de questionnaires papiers, par voie postale. La lecture plus systématique du courrier et le caractère physique du questionnaire papier auraient peut-être augmenté le taux de participation. Le temps pour traiter le questionnaire est pourtant plus long (nécessiter d'ouvrir, écrire, renvoyer). Le coût financier et écologique est également plus important.

Le questionnaire téléphonique ou physique permet une réponse directe du répondant. Mais la disponibilité requise pour répondre est beaucoup plus importante et contraignante pour le répondant. Le temps d'entretien ne permet pas de travailler sur des échantillons importants.

- Un autre type d'enquête :

L'utilisation d'un questionnaire permet de poser un nombre important de questions à de nombreuses personnes. Un abord par entretien dirigé ou semi-dirigé aurait pu être envisagé par exemple.

Une enquête prospective aurait pu être réalisée en proposant de recueillir les difficultés lors d'obtention d'un transport pour les patients sur une période définie. Mais étant donné que les difficultés rencontrées sont chronophages pour le médecin, la participation aurait été probablement plus faible.

Une enquête rétrospective, par exemple sur les derniers patients adressés pour urgences non vitales aurait induit un biais de mémorisation, le médecin ayant pu retenir les situations lui ayant posé le plus de difficultés ou à l'inverse le moins de difficultés.

4.2 ANALYSE DES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES MEDECINS GENERALISTES :

Au vu des résultats de l'enquête, on remarque de façon évidente qu'obtenir un moyen de transport pour un patient dans une situation d'urgence non vitale est un problème pour le médecin généraliste. Bien que certains médecins ne rencontrent pas de difficulté, ou ont développé des stratégies pour y pallier, la majorité y voit une contrainte.

Au-delà des difficultés, ce sont les conséquences qui posent problème. Le retentissement sur l'organisation de la journée du travail est souvent important, entraînant perte de temps, retard. Cette tâche est donc souvent déléguée à une tierce personne ou au centre 15.

4.2.1 De nombreux médecins rencontrent des difficultés :

Les résultats, malgré le faible taux de participation, montrent que la quasi-totalité des médecins généralistes rencontrent des difficultés dans l'obtention d'un moyen de transport pour leur patient en situation d'urgence non vitale immédiatement.

Il s'agit donc d'un problème omniprésent et persistant dans le domaine du soin primaire. Quel que soit le lieu d'exercice, la distance d'un service d'urgence, l'âge du praticien, le type de secrétariat, il n'est pas retrouvé de différence significative. Les médecins généralistes éprouvent des difficultés dans ce domaine.

4.2.2 Le retentissement sur l'organisation du travail est important :

De plus en plus, l'organisation de la journée d'un médecin généraliste est planifiée au mieux et ne permet pas d'imprévu. Envoyer un patient dans un service d'urgence constitue déjà une consultation qui sera plus longue qu'une consultation standard.

L'obtention du moyen de transport pour le patient a également un important retentissement sur l'organisation de la journée de travail avec beaucoup de temps utilisé à cette tâche par le médecin. Plus de la moitié des médecins interrogés rapporte un temps passé de 15 à 30 minutes ce qui représente un à deux créneaux de consultation. Dans le questionnaire j'ai posé la question du temps « perdu », et non du temps « passé », ce qui peut sous-estimer le temps passé par le médecin à obtenir un transport. Le médecin perd du temps car il se charge souvent lui-même ou participe à la tâche. L'obtention du transport des patients relève aussi du cas par cas selon le médecin, le patient, le contexte.

Le retentissement est donc majeur dans l'organisation de la journée de travail du médecin qui va accumuler du retard avec des conséquences pour lui et les patients : irritabilité, fatigue, moins

de disponibilité pour les autres patients, allongement du temps de travail non rémunéré et du temps de travail total.(45)

4.2.3 Les solutions mises en place, délégation de la tâche :

Les médecins interrogés ont, pour limiter le retentissement des difficultés d'obtention d'un moyen de transport, mis en place divers solutions.

La moitié des médecins interrogés sollicite le centre 15 pour obtenir un moyen de transport, hors ce n'est pas la mission de ce dernier. L'utilisation d'un réseau personnel d'ambulance par le médecin est souvent mise en avant. Le médecin sollicite les sociétés qu'il connaît et crée un « lien » pour travailler avec eux.

Enfin 20 % des médecins préfèrent déléguer l'appel à leur secrétariat ou au patient et à ses proches. Cela permet de limiter le temps « perdu ». Mais comment faire si le patient ou ses proches n'obtiennent pas de moyen de transport et renoncent à aller dans un service d'accueil d'urgence faute de transport ?

4.2.4 La sur-sollicitation du centre 15 :

Le centre 15 est une plateforme téléphonique qui n'a pas vocation à gérer le transport des urgences non vitales immédiatement. Si le patient est en détresse vitale, le centre 15 participe à sa prise en charge et gère son évacuation vers un service d'accueil d'urgence où fait intervenir le SAMU.(11)

La sur-sollicitation du centre 15 pour l'obtention d'un moyen de transport engendre des problèmes :

-Le centre 15 n'est plus disponible pour répondre à ses missions, notamment une potentielle urgence vitale. 4,6 millions d'appels sans réponses en 2016.(46) 28 082 appels abandonnés à Bordeaux en 2017. (13)

-Allongement du temps d'attente pour les personnes appelant le centre 15.

-Sur sollicitation des sapeurs pompiers par carence d'ambulance.

Le recours au centre 15 pour l'obtention d'un moyen de transport dans les situations d'urgences non vitales n'est pas une solution adaptée au problème dans le cadre de sa mission actuelle. Une adaptation ou la création d'un service dédié serait à discuter.

4.2.5 Analyse des commentaires libres :

La dernière partie du questionnaire permettait un commentaire libre, non obligatoire. Certains thèmes ont été récurrents :

- Carence en VSL et rentabilité des ambulances :

Les médecins de Gironde interrogés ont le plus souvent orienté leur commentaire sur le type de véhicule pour transporter le patient, notamment le manque de VSL.

Les commentaires mettent bien en avant la carence de VSL, et il est souvent évoqué une raison financière. Le transport en VSL serait moins « rentable » qu'une ambulance couchée.

Il existe en effet une disparité importante de rémunération de l'ambulance en comparaison au VSL. A noter que l'investissement est plus grand pour une ambulance, notamment pour l'équipage qui est de 2 ambulanciers contre 1 seul pour les VSL par exemple.

Aussi, trop souvent le transport utilisé est fonction du véhicule disponible et non en fonction de l'état de santé du patient, contrairement aux recommandations.(47)

En prenant un exemple concret, dans la situation qui a inspiré ce travail de thèse le trajet demandé était en journée de Blasimon aux urgences de Libourne à 27 km. D'après les tarifs conventionnels : (annexe 1)

-En VSL : la Gironde est en zone B, soit un forfait à 13,45 euros plus $(27-3) \times 0,89$ euros du tarif kilométrique, soit un total de 34,81 euros.

-En ambulance : le forfait départemental à 51,30 euros plus $(27-3) \times 2,19$ euros du tarif kilométrique, soit un total de 103,86 euros. Si le transport est demandé par le centre 15 la facture d'élève à 125,53 euros.

L'écart de prix est très important entre un VSL et une ambulance pour la facturation, mais il l'est aussi pour le coût de l'investissement (employés, équipements,...)

- **La solution de l'appel du 15 :**

Les commentaires des médecins interrogés montrent que l'appel du 15 n'est pas leur solution première, au contraire. La recherche de transport dans ces cas d'urgence non vitale n'étant pas leur mission. Ces difficultés créent un conflit entre régulateur et médecin libéral mais aussi entre régulateur et pompiers trop souvent envoyés en carence.

- **Le risque pour les patients :**

L'inquiétude pour le patient est mise en avant, avec un retard de prise en charge qui pourrait rendre un pronostic non vital en pronostic vital.

- **La rémunération pour le temps passé :**

Les médecins interrogés, au-delà de la charge de travail ajouté par la recherche difficile d'un transport pour leur patient, mettent en avant la "non valorisation financière" de ce temps.

Pour la prise d'un avis/consultation en urgence pour un patient, il existe une cotation. Pour un rendez-vous ou avis téléphonique dans un délai de moins de 48h, le médecin peut cumuler à la consultation la cotation MUT, rémunéré 5euros. Il doit être le médecin traitant du patient.(48)

4.3 QUELLES SOLUTIONS APPORTER ?

4.3.1 Les solutions souhaitées :

Les médecins interrogés souhaitent en majorité une plateforme téléphonique dédiée, qui permettrait de déléguer l'obtention d'un transport pour les patients. Cette solution semble simple à utiliser, mais demande un important coût, car nécessite une permanence téléphonique avec des standardistes pour recevoir et émettre les appels. Il existe un risque de saturation des demandes si l'utilisation est simultanée par plusieurs médecins.

Une application pour Smartphone est aussi une solution envisageable pour les médecins interrogés. Contrairement à une permanence téléphonique elle est moins coûteuse en termes de moyens humains et financiers, avec des possibilités d'évolution et d'option impossible par plateforme téléphonique (GPS, document dématérialisé, télétransmission...).

L'utilisation d'un site internet est peu retrouvée, possiblement en raison de l'impossibilité de l'utiliser sans ordinateur ou au domicile du patient.

4.3.2 Un centre de régulation dédié :

L'enquête a mis en évidence que les médecins de Gironde seraient favorable à une plateforme téléphonique dédiée à la régulation des transports avec un numéro unique pour tous les médecins.

Cette solution serait un moyen de ne pas faire appel au 15 lorsque les médecins ne trouvent pas de transport pour leur patient. Le premier avantage serait un gain de temps considérable pour le médecin ou la personne chargée de trouver le transport. Cela permet un dialogue direct entre un régulateur et le médecin afin de justifier la nécessité et le type de transport à utiliser : ambulance ou VSL. De plus le téléphone est un moyen accessible sur la totalité du territoire français, via les téléphones portables et les téléphones fixes au cabinet médical ou au domicile des patients.

L'inconvénient de cette solution est qu'elle est coûteuse en personnel, car elle nécessite une organisation similaire à celle du centre 15 avec une régulation par un médecin régulateur dans l'idéal pour discuter les indications de transport, à défaut un assistant de régulation médical. Le risque est l'utilisation abusive de cette plateforme pour l'obtention de transports qui seraient à programmer (consultation, dialyse, hospitalisation programmée...). Un contrôle et une régulation semble indispensable. Une disponibilité importante de la ligne sera à prévoir afin de pouvoir répondre à la forte demande et que le service ne soit pas saturé. La facturation peut amener à des difficultés car en cas de régulation du transport par le centre 15, c'est ce dernier qui est facturé, et aucun bon de transport n'est nécessaire. Enfin les problèmes du manque de VSL, des pompiers envoyés en carence ne seraient pas résolus.

4.3.3 Vers une « uber-isation » ?

Lors de ces 10 dernières années, on a pu remarquer une forte augmentation de l'utilisation du numérique à titre particulier : achats en ligne de toute sorte, GPS, commande de repas, formalité

administrative, banques, transport uber/taxi. Le médecin généraliste utilise de plus en plus d'outils numériques dans sa pratique. Pour le médical : antibiocliv, ophtalmoclic, lecrat ... également pour l'administratif avec améliepro (arrêt de travail, déclaration médecin traitant...) et l'extra-médical : GPS pour les visites à domicile, agenda en ligne, prise de rendez-vous.

Pourquoi ne pas imaginer un « uber » pour les transports médicaux non urgents pour l'usage en soins primaire par les médecins généralistes. Utilisant le même principe que l'application pour les particuliers pour les transports urbains, via le Smartphone :

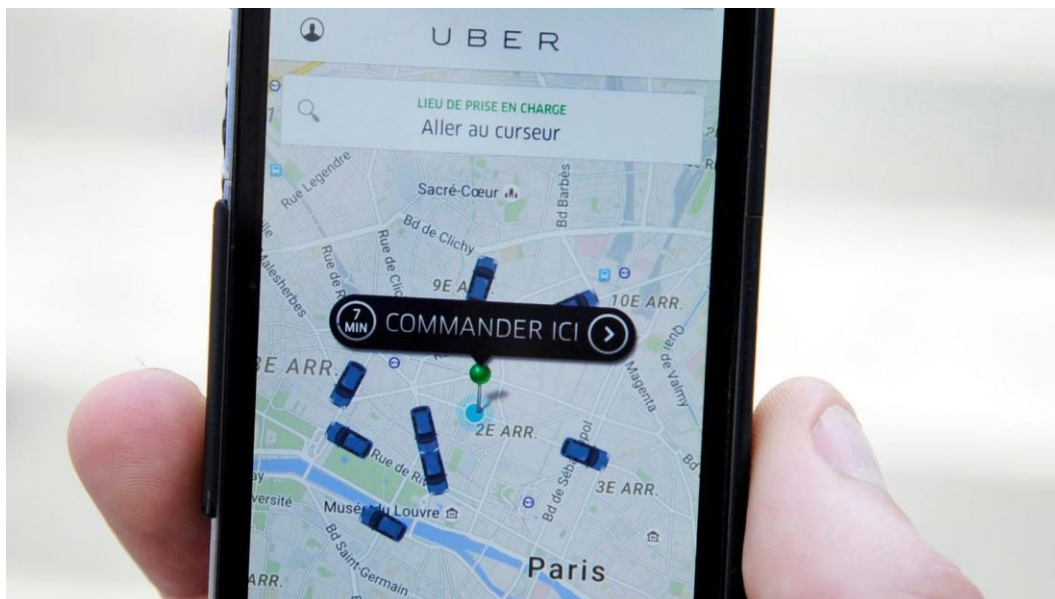
- géo localisation du médecin et du patient, ainsi que des véhicules de transports/ambulances
- demande de transport envoyée à tous les véhicules dans un périmètre donné
- fonctionnement en temps-réel
- identification sécurisé du médecin utilisateur

D'autres fonctionnalités pourraient être envisageables :

- bon de transports dématérialisés à remplir directement depuis l'application
- visibilité de la saturation des services d'urgences
- visibilité de l'équipement des véhicules (défibrillateurs, Oxygène...)
- mise à disposition de protocoles de soins en attendant le transport
- suivi à distance de la course, arrivée au SAU, contact pour prendre des nouvelles du patient

En réalité, en s'inspirant du logiciel utilisé par le SAMU, il suffirait de transposer ce dernier sur une application smartphone en y ajoutant des options adaptées aux soins primaires.

Cette solution comporte des inconvénients, il n'y a pas de régulation mis à part celle du médecin généraliste demandeur, on peut imaginer des dérives et des utilisations inappropriées. La question du financement de ce service est à envisager.



Photographie n°3 : utilisation de l'application Uber

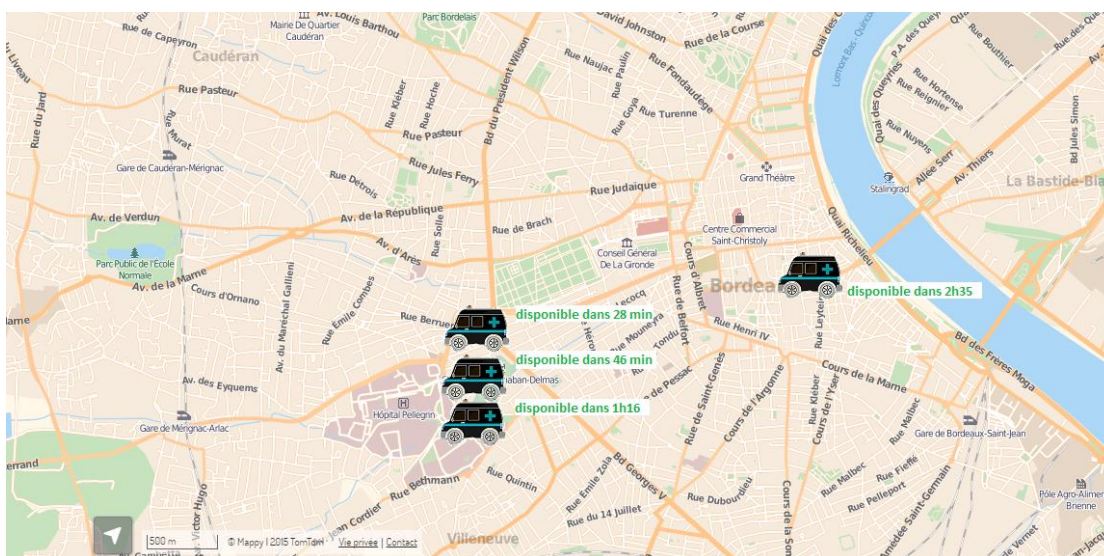


Illustration n°3 : exemple d'application fictive pour l'obtention d'un transport

En parallèle du travail de thèse, j'avais pu prendre contact avec l'ENSEIRB de Bordeaux pour envisager un projet d'étude pour des étudiants en informatique afin de développer un prototype d'application à destination des médecins généralistes.

CONCLUSION

Les médecins généralistes de Gironde sont en difficultés quant à l'obtention d'un moyen de transport pour leurs patients en situation d'urgence n'engageant par le pronostic vital immédiatement.

L'étude réalisée retrouve que 88% des médecins sont en difficultés, soit près de neuf médecins sur dix.

C'est un problème colossal pour la prise en charge en soins primaire. Le retentissement est majeur sur l'organisation du travail du médecin généraliste, sur la prise en charge des patients. L'impact est également sur l'organisation de la prise en charge en urgence avec une sur sollicitation du centre 15, contraint de réaliser une mission qui ne lui est pas destinée, ce qui empêche une disponibilité optimale.

Par ailleurs, l'unanimité des résultats ne permet pas de mettre en évidence de différence significative entre la médecine dite de ville et la médecine rurale ou semi-rurale dans ce domaine. Il en est de même pour l'exercice seul ou en groupe, le type de secrétariat, la distance d'un service d'urgence, l'âge du médecin. La difficulté étant presque omniprésente.

Ce travail met en avant un problème majeur pour le médecin généraliste, principal acteur en soin primaire, avec une absence de solution. C'est une carence importante qui n'est toujours pas résolue.

Des outils à destination des médecins généralistes pour limiter le problème de l'obtention de moyen de transport n'existent pas encore. Le modèle utilisé par le centre 15 semble adaptable à la pratique en soins primaire, offrant des possibilités d'option encore plus grandes. Un service téléphonique dédié à l'obtention du transport pourrait être envisagé dépendant du centre 15 ou non. Une application pour Smartphone est également envisageable, utilisable par tous les médecins généralistes en même temps mais ne permettant pas un contrôle des demandes abusives. Ces outils permettraient un gain de temps pour le médecin généraliste qui n'aurait plus qu'une seule demande à faire. Hélas, elles ne répondent pas au manque de transport adapté à la problématique médicale plutôt que matérielle. La question de la facturation de ces services est importante : au centre 15 ? Au patient ? Au médecin demandeur ?

Pour les médecins généralistes, palier aux difficultés d'obtention d'un moyen de transport pour leur patient en situation d'urgence non vitale constituerait un grand progrès et un réel avantage dans la pratique quotidienne.

BIBLIOGRAPHIE

1. F. BRAUN. Organisation de la médecine d'urgence en France. Rev Prat [Internet]. 20 janv 2015 [cité 6 nov 2019];65. Disponible sur: http://solr.gmsante.fr/RDP/2015/1/RDP_2015_1_34.pdf
2. Y. CROGUENEC, N. CHAHIR, R. NOTO. Historique du concept de medecine en situation de catastrophe. Urgences 2010 SfmU [Internet]. 2010 [cité 18 nov 2019]; Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Historique_du_concept_de_medecine_en_situation_de_catastrophe.pdf
3. E.LAJOUX. Ambulance volante du Baron Larrey [Internet]. 1807 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <http://amndvden.overblog.com/2016/04/histoire-dominique-jean-larrey-pere-de-la-medecine-d-urgence.html>
4. Dominique Larrey | Chemins de mémoire [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.cheminsdememoire.gouv.fr/fr/dominique-larrey>
5. P. MENTHONNEX, E. MENTHONNEX. Histoire de la médecine d'urgence de Napoléon à nos jours. Urgences 2010 SfmU [Internet]. 2010 [cité 17 nov 2019]; Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Histoire_de_la_medecine_d_urgence_de_Napoleon_a_nos_jours-_Menthonnex_urgences_2010_.pdf
6. A.BASSEZ. Histoire de la médecine d'urgence et de l'évacuation sanitaire (Evasan). 26 mai 2011; Disponible sur: <https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article402>
7. SUdF. Objectifs & Historique / Samu - Urgences de France [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/sudf/objectifs>
8. A.PRIGENT. Un peu d'Histoire [Internet]. Collectif Ambulancier des Transports Sanitaire et d'Urgences de Frances. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.catsuf.fr/lhistoire-des-ambulanciers-et-de-leur-formation/>
9. R. RUTTIMAN, J.J. KOWALSKI. Evolution du Transport sanitaire d'urgence au cours des conflits armés [Internet]. 2008 [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.char-fr.net/Evolution-du-Transport-sanitaire-d.html>
10. F.BAROT. La médecine d'urgence évolution du concept de l'antiquité au SAMU [Internet]. 2019 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/These_dr_Barot_LA_MEDECINE_D_URGENCE_EVOLUTION_DU_CONCEPT_DE_L_ANTIQUITE_AU_SAMU.pdf
11. Code de la santé publique - Article R6311-2. Code de la santé publique.
12. Journal officiel de la république française. Arrêté du 25 janvier 2017 modifiant l'arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU mentionnée à l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales.
13. Dr E.TENTILLIER, Dr C.PRADEAU, Dr H.FRANCES, Mme A.BERNARD, Mme C.DUCOS, Mme C.HAUGUET. SAMU-centre 15 de la Gironde, SMUR de Bordeaux - bilan d'activité 2017. 2018.

14. Centre 15 : 25 ans de collaboration entre la médecine hospitalière et la médecine de ville [Internet]. Centre 15 : 25 ans de collaboration entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.chu-bordeaux.fr/>
15. Arrêté du 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres.
16. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). Ambulance et véhicule sanitaire léger (VSL) [Internet]. 2018 [cité 22 août 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F22121>
17. P. HOUDAYER. Les déterminants de l'indisponibilité ambulancière en Loire-Atlantique : étude rétrospective de 2003 à 2011 [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=785a2d85-ec19-45af-aa1e-0e9c1e73ca4d>
18. Remboursement des services départementaux d'incendie et de secours en cas de carence d'ambulances privées - Sénat [Internet]. 2013 [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2013/qSEQ130607126.html>
19. Ministère de la santé et des sports. Organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pre-hospitalière [Internet]. 2009 [cité 23 nov 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_SAMU-TS.pdf
20. E.TENTILLER. Entretien avec le Dr E.TENTILLER au centre 15. 2016.
21. Lomaco Thelis. fiche produit sirus [Internet]. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.lomaco.fr/assets/fiche-produit-sirus-u.pdf>
22. Lomaco Thelis. photographie d'un PDA, Alcatel POP 4.
23. Lomaco Thelis. capture d'écran application Lomaco Thelis UPH [Internet]. 2014 [cité 4 août 2018]. Disponible sur: <https://www.appannie.com/fr//internal/v1.1/apps/google-play/app/com.lomaco.thelis/app-summary?country=FR>
24. L'assurance maladie de Gironde. Transports : prescription et prise en charge [Internet]. 2007 [cité 4 août 2018]. Disponible sur: http://www.cpam-bordeaux.fr/newsletter/images/images_06_07/FICHETRANSPORT.pdf
25. L'assurance maladie de Gironde. Tarifs en métropole [Internet]. 2019 [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>
26. L'assurance maladie de Gironde. Frais de transport : prise en charge et remboursements [Internet]. 2019 [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/frais-transport/frais-transport>
27. Journal officiel de la république française. Arrêté du 13 octobre 2011 portant approbation de l'avenant no 6 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés [Internet]. oct 21, 2011. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5295/document/avenant-6-convention-transporteurs-sanitaires_journal-officiel.pdf

28. CHU de Bordeaux. Guide de la tarification du CHU de Bordeaux [Internet]. 2018 [cité 4 août 2018]. Disponible sur: <https://www.chu-bordeaux.fr/CHU-de-Bordeaux/Publications-%C3%A9gales/Guide-de-la-tarification/Guide-de-la-tarification-2018.pdf/>
29. Choices NHS. NHS ambulance services - emergency and urgent care - NHS Choices [Internet]. 2018 [cité 1 août 2018]. Disponible sur: <https://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/Ambulanceservices.aspx>
30. Franck (webmaster). Comparatifs des cursus ambulanciers dans le monde [Internet]. L'ambulancier pour les nuls. 2010 [cité 1 août 2018]. Disponible sur: <http://www.ambulancier.fr/comparatif-des-cursus-ambulanciers-dans-le-monde/>
31. Agence Régionale de Santé. Cahier des charges de la permance des soins ambulatoire en Aquitaine [Internet]. 2010 oct [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/CDC_PDSA_AQU_01_08_2015.pdf
32. F. BATTEFORT, JL. DUCASSE, G. BLEICHNER. De l'appel à la réanimation : l'organisation des secours d'urgence en France. Rev Prat [Internet]. 15 avr 2006 [cité 18 nov 2019];(7). Disponible sur: http://solr.gmsante.fr/RDP/2006/7/RDP_2006_7_725.pdf
33. Jr SM. Galvagno,R. Sikorski, JM. Hirshon. Les services médicaux d'urgence par hélicoptère pour les adultes présentant un traumatisme majeur. 15 déc 2015 [cité 6 nov 2019]; Disponible sur: </fr/CD009228/les-services-medicaux-durgence-par-helicoptere-pour-les-adultes-presentant-un-traumatisme-majeur>
34. J. BANCAREL, S. MADEC, L. RAYNAUD. Modalités de transport aérien des blessés de guerre. Rev Prat [Internet]. 20 sept 2016 [cité 18 nov 2019];(7). Disponible sur: http://solr.gmsante.fr/RDP/2016/7/RDP_2016_7_788.pdf
35. G. Gaute. Evaluation et perspectives de restructuration du système des transports ambulanciers intrahospitaliers au C. H. U. De Bordeaux. 2001.
36. K. TAZAROURTE. Espace francilien et organisation des urgences vitales prÈhospitaliÈres : les traumatismes cr,niens graves pris en charge par les SAMU [Internet]. 2012 [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://bdr.parisnanterre.fr/theses/internet/2012PA100207.pdf>
37. M. HEIDET. Effecteurs mobiles de la permanence des soins ambulatoires missionnés par le SAMU-Centre 15 : intérêt d'un modèle numérique des trajets. Application dans le Val-de-Marne [Internet]. 2019 [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02178943>
38. A. MARQUES. Transports sanitaires : comment freiner la surchauffe ? EGORA Hebdo [Internet]. 24 avr 2018 [cité 6 nov 2019];175. Disponible sur: http://solr.gmsante.fr/EGO/2018/175/EGO_2018_175_12.pdf
39. J. CUNY, P. GOLDSTEIN, G. LEMESLE. Les filières du syndrome coronaire aigu. Rev Prat [Internet]. 20 janv 2015; Disponible sur: http://solr.gmsante.fr/RDP/2015/1/RDP_2015_1_54.pdf
40. Y. BEJOT ,M. HERVIEU-BEGUE, F. RICOLFI. Les filières de L'accident vasculaire cérébral. Rev Prat [Internet]. 20 janv 2015 [cité 18 nov 2019]; Disponible sur: http://solr.gmsante.fr/RDP/2015/1/RDP_2015_1_51.pdf

41. Agence Régionale de Santé. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. 2017 [cité 16 nov 2018]. Disponible sur:
<http://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=omni&report=r01&selgeo1=dep.33&selgeo2=fra.99>
42. S. Rousseau, G. Saporta. Non-réponse et données manquantes [Internet]. 2011 déc [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <http://cedric.cnam.fr/~saporta/NonReponse.pdf>
43. Gaëlle Santin. Non-réponse totale dans les enquêtes de surveillance épidémiologique. Santé publique et épidémiologie [Internet]. [Paris XI]: Université Paris Sud; 2015 [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01132170/document>
44. secrétariat général pour la modernisation de l'action publique. Une approche renouvelée des études de satisfaction - guide pratique pour réaliser son étude de satisfaction pas à pas [Internet]. [cité 23 nov 2019]. Disponible sur:
https://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/guide_partie_pratique.pdf
45. S. TURON LACARRIEU. Attente prolongée dans la salle d'attente du médecin généraliste : impact du retard sur la qualité des soins primaires [Internet]. 2018 [cité 23 nov 2019]. Disponible sur:
<http://thesesante.ups-tlse.fr/2240/1/2018TOU31055.pdf>
46. magazine LP. Appels sans réponse au Samu: les urgentistes pointent un manque de moyens [Internet]. Le Point. 2018 [cité 23 nov 2019]. Disponible sur:
https://www.lepoint.fr/societe/appels-sans-reponse-au-samu-les-urgentistes-pointent-un-manque-de-moyens-23-08-2018-2245366_23.php
47. P.BAS. Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale [Internet]. déc 23, 2006. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5041/document/referentiel-prescription-transports_journal-officiel.pdf
48. L'assurance maladie de Gironde. Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine [Internet]. 2019 [cité 24 nov 2019]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>

Annexes

Annexe 1 : TARIFS CONVENTIONNELS TRANSPORTS SANITAIRES

Tarifs conventionnels des transports sanitaires (en vigueur en 2018)		
	Ambulance	VSL
Forfait départemental	51,30 €	zone A : 13,85 € zone B : 13,45 € zone C : 12,60 € zone D : 11,97 €
Forfait agglomération	57,37 €	x
Prise en charge	64,30 €	15,58 €
Tarif kilométrique	2,19 €	0,89 €
Valorisation trajet court ≤ 5 km parcourus	7 €	x
Valorisation trajet court > 5 et ≤ 10 km parcourus	5,50 €	x
Valorisation trajet court > 10 et ≤ 15 km parcourus	4 €	x
Valorisation trajet court > 15 et ≤ 19 km parcourus	2,50 €	x
Valorisation trajet court ≤ 7 km parcourus	x	6,26 €
Valorisation trajet court > 7 et ≤ 8 km parcourus	x	6,05 €

Tarifs conventionnels des transports sanitaires (en vigueur en 2018)

	Ambulance	VSL
Valorisation trajet court > 8 et ≤ 9 km parcourus	x	5,53 €
Valorisation trajet court > 9 et ≤ 10 km parcourus	x	5 €
Valorisation trajet court > 10 et ≤ 11 km parcourus	x	4,48 €
Valorisation trajet court > 11 et ≤ 12 km parcourus	x	3,96 €
Valorisation trajet court > 12 et ≤ 13 km parcourus	x	3,44 €
Valorisation trajet court > 13 et ≤ 14 km parcourus	x	2,92 €
Valorisation trajet court > 14 et ≤ 15 km parcourus	x	2,40 €
Valorisation trajet court > 15 et ≤ 16 km parcourus	x	1,88 €
Valorisation trajet court > 16 et ≤ 17 km parcourus	x	1,36 €
Valorisation trajet court > 17 et ≤ 18 km parcourus	x	0,83 €

Annexe 2 :AFFICHE CPAM CONCERNANT LE TYPE DE TRANSPORT SANITAIRE



Pour la prescription de votre transport, c'est votre état de santé d'abord

**VOUS DEVEZ ÊTRE ALLONGÉ
OU DEMI-ASSIS,**
ou surveillé, sous oxygène,
brancardé, ou porté, ou transporté
dans des conditions d'asepsie.



AMBULANCE

**VOUS AVEZ BESOIN D'UNE AIDE
POUR VOUS DÉPLACER,**
vous risquez des effets secondaires
pendant le transport ou votre état
de santé nécessite le respect
rigoureux des règles d'hygiène.



**VSL* OU TAXI
CONVENTIONNÉ**
*Véhicule sanitaire léger

**VOUS POUVEZ VOUS
DÉPLACER SEUL
OU ACCOMPAGNÉ
D'UN PROCHE.**



**VÉHICULE PERSONNEL
OU TRANSPORTS
EN COMMUN**



La prise en charge des frais de transport par les caisses d'assurance maladie nécessite la délivrance d'une prescription médicale rédigée avant le transport.

Annexe 3 : Questionnaire utilisé pour l'étude :

Évaluation des difficultés d'obtention d'un transport par ambulance par les médecins généralistes pour les urgences relatives non vitales.

L'obtention d'une ambulance pour les situations d'urgences relatives (non vitales dans les 6 heures) est une contrainte pour le médecin généraliste. Elle est chronophage, fastidieuse et nécessite souvent la sollicitation du centre 15.

Il n'existe pourtant pas de travaux sur l'obtention des transports sanitaires en soins primaires.

La mise en évidence des difficultés rencontrées par les médecins généralistes pourrait permettre de solutionner les difficultés d'obtention d'une ambulance pour les urgences relatives.

Je vous remercie de répondre à ce questionnaire (moins de 3 minutes) afin de collecter les informations nécessaires à mon travail de thèse. Je reste à votre disposition pour plus d'information et/ou vous tenir informé des résultats obtenus

THIBAUT RUCHAUD

1-Où exercez vous ?

- en ville
- en milieu semi-rural
- en milieu rural

2-Vous êtes ?

- une femme
- un homme

3-Quelle est votre année de naissance ?

4-Vous exercez ?

- seul
- avec des associés
- en Maison de santé pluridisciplinaire

5-A quelle distance d'un service d'urgence vous situez vous ?

- Moins de 10km
- Entre 10 et 20km
- Entre 20 et 30 km
- Plus de 30 km

6-Disposez-vous d'un secrétariat ... ?

- sur place
- à distance
- aucun secrétariat

7-Rencontrez-vous des difficultés lorsque vous devez adresser un patient aux urgences ou à un spécialiste (hors urgence vitale) ?

- oui
- non

8-Quelles sont ces difficultés ? (plusieurs choix possibles)

- devoir appeler plusieurs sociétés de transport
- pas de véhicule disponible
- des délais trop longs
- véhicules disponibles trop loins

9-Ces difficultés ont-elles un retentissement sur le déroulement de votre journée de travail ?

- oui
- non

10-Qui s'occupe de passer les appels pour obtenir un moyen de transport ?

- vous
- le secrétariat
- le patient
- un proche du patient

11-Quelles sont les solutions que avez vous développées dans votre pratique ?

- réseau personnel d'ambulance
- déléguer l'appel
- faire réguler le transport par le 15
- autres

12-Devez-vous appeler le 15 pour résoudre le problème ?

- systématiquement
- plus de 75% du temps
- Plus de 50% du temps
- moins de 50% du temps
- jamais

13-Combien de temps en moyenne estimez-vous perdre dans ces situations ?

- moins de 15 minutes
- entre 15 et 30 minutes
- entre 30 et 45 min
- plus d'une heure

14-Seriez vous intéressés par un outil facilitant l'accès aux transports de patient pour les urgences relatives ?

- oui
- non

15-Quel type d'interface vous séduirait ?

- une application smartphone utilisant votre position et celle des véhicules de transport
- un site internet

-une plateforme téléphonique

-Autre :

Avez-vous des remarques ou commentaires ?

Annexe 4 : Tableaux de répartition carto santé des médecins généralistes de Gironde au 31/12/2017

Nombre d'omnipraticiens par sexe et par tranche d'âge au 31/12

Catégories	Hommes Femmes		Total
Total	1 096	684	1 780
Moins de 40 ans	166	188	354
40 à 49 ans	160	187	347
50 à 54 ans	122	96	218
55 à 59 ans	291	132	423
60 ans et plus	355	81	436

Source : FNPS – 2017

Répartition des omnipraticiens par tranche d'âge au 31/12 et taux de féminisation

Catégories	Ensemble des omnipraticiens (%)		des Taux de féminisation (%)	
	Gironde	France	Gironde	France
Total	100,0	100,0	38,4	37,7
Moins de 40 ans	19,9	16,0	53,1	61,8
40 à 49 ans	19,5	17,2	53,9	51,5
50 à 54 ans	12,2	12,2	44,0	42,8
55 à 59 ans	23,8	24,2	31,2	33,1
60 ans et plus	24,5	30,3	18,6	18,7
Indéterminé	0,5	5,9	0,0	51,3

Source : FNPS – 2017

Part des femmes omnipraticiens au 31/12/2017

Catégories	Taux de féminisation (%)	
	Gironde	France

Taux de féminisation (%)

Catégories	Gironde	France
<u>Total</u>	38,4	37,7
<u>Moins de 40 ans</u>	53,1	61,8
<u>40 à 49 ans</u>	53,9	51,5
<u>50 à 54 ans</u>	44,0	42,8
<u>55 à 59 ans</u>	31,2	33,1
<u>60 ans et plus</u>	18,6	18,7

Source : FNPS - 2017

SERMENT MEDICAL

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

RESUME - Evaluation des difficultés des médecins généralistes de Gironde pour l'obtention d'un transport pour les urgences non vitales

En soins primaire, les médecins généralistes sont parfois contraints d'adresser leurs patients dans un service d'accueil d'urgence (SAU) pour des cas où le pronostic vital n'est pas engagé immédiatement. Ils se trouvent confrontés à des difficultés pour l'obtention d'un moyen de transport sanitaire. L'objectif de ce travail de thèse est d'évaluer les difficultés pour les médecins généralistes de Gironde pour l'obtention d'un transport pour les urgences non vitales. L'enquête a été réalisée de février à décembre 2018 auprès des 1778 médecins généralistes de Gironde. Les 158 réponses obtenues ont permis de mettre en évidence que 88% des médecins interrogés déclarent avoir des difficultés. L'enquête ne met pas en avant de différence significative selon les lieux d'exercice, le type de secrétariat, la distance d'un SAU, l'âge. Le retentissement pour l'organisation de travail du médecin généraliste est majeur. Le centre 15 est trop souvent contraint d'obtenir le transport sanitaire. Il n'existe pas d'outil à disposition des médecins généralistes pour faciliter l'obtention d'un transport sanitaire adapté au patient. En conclusion, la quasi-totalité des médecins généralistes de Gironde sont en difficulté pour obtenir un transport sanitaire pour leur patient. Ces difficultés ont un retentissement sur la prise en charge des patients en soins primaires, avec un enjeu social et économique important. Cette difficulté pour les médecins reste actuellement sans solution.

ABSTRACT: Evaluation of Gironde general practitioners' difficulties in obtaining transport for non-vital emergencies

In primary care, family doctors are sometimes forced to address their patients to an emergency room service for cases where life threatening is not immediately engaged. They are faced with difficulties in obtaining a way of medical transport. The objective of this doctoral thesis is to evaluate the difficulties for general practitioner of Gironde to obtain transportation for non-vital emergencies. The investigation was carried out from February to December 2018 among the 1778 general practitioners of Gironde. The 158 responses obtained showed that 88% of the doctors interviewed claimed that they had difficulties. The investigation doesn't show any significant difference according to the places of exercise, type of secretariat, distance of an EMR, age. The repercussion for the work organization of the general practitioner is major. Center 15 is too often forced to obtain medical transport. There is no tool available to general practitioners to facilitate the provision of a health transport adapted to the patient. In conclusion, almost all family doctors in Gironde are in difficulty to obtain a medical transport for their patient. These difficulties have an impact on the care of patients in primary care, with an important social and economic challenge. This difficulty for doctors remains unresolved.

DISCIPLINE : Médecine générale

MOTS-CLES : soins primaires, médecine générale, difficulté des médecins généralistes, transport sanitaire, ambulance, enquête, urgence

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES BORDEAUX