



**HAL**  
open science

## Création de centres de soins non programmes dédiés à la petite traumatologie : quelles attentes de la médecine de ville en Nouvelle-Aquitaine ?

Émelyne Coute

### ► To cite this version:

Émelyne Coute. Création de centres de soins non programmes dédiés à la petite traumatologie : quelles attentes de la médecine de ville en Nouvelle-Aquitaine ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02496685

**HAL Id: dumas-02496685**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02496685>**

Submitted on 3 Mar 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**



Année 2019

N° 217

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

Présentée et soutenue publiquement  
Le 10 Décembre 2019

Par Emelyne COUTE  
Née le 24/10/1988 à Schoelcher (Martinique)

**CREATION DE CENTRES DE SOINS NON PROGRAMMES  
DEDIES A LA PETITE TRAUMATOLOGIE :  
QUELLES ATTENTES DE LA MEDECINE DE VILLE en  
NOUVELLE-AQUITAINE ?**

Directeur de thèse  
Monsieur le Docteur Arnaud BOUDOUSSE

Jury

- Monsieur le Professeur Thierry FABRE..... Président
- Monsieur le Professeur William DURIEUX..... Rapporteur
- Monsieur le Professeur Philippe REVEL..... Membre
- Monsieur le Docteur Nordine FATTANI..... Membre
- Monsieur le Docteur Arnaud BOUDOUSSE..... Membre

# **REMERCIEMENTS**

## **Monsieur le Professeur Thierry Fabre, président du jury**

*Professeur des universités*

*Praticien hospitalier*

*Service de chirurgie orthopédique et traumatologique CHU de Bordeaux*

Vous avez été le premier à m'accueillir en début d'externat, quand je quittais ma Martinique natale. J'en garde une expérience passionnée de la chirurgie orthopédique.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous en remercie.

## **Monsieur le Professeur William Durieux, rapporteur de thèse et membre du jury**

*Professeur associé des universités*

*Médecin généraliste à Targon*

*Directeur adjoint du Département de Médecine Générale de l'université de Bordeaux*

Par ta passion et ton dévouement, par ton humanité, tu me fais l'honneur d'être rapporteur de ce travail de thèse. Sois assuré de mon profond respect.

## **Monsieur le Professeur Philippe Revel, membre du jury**

*Professeur Attaché des universités*

*Praticien hospitalier*

*Chef de pôle Urgences-Adultes/SAMU-SMUR – Hôpital Pellegrin – CHU de Bordeaux*

J'ai été sensible à la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de faire partie de ce jury de thèse. Merci de me faire l'honneur de juger ma thèse.

## **Monsieur le Docteur Nordine Fattani, membre du jury**

*Médecin généraliste à Rauzan*

C'est avec fierté que j'ai remplacé auprès de toi, LE médecin traumatologue de la Maison de Santé de Rauzan. Merci d'accepter de juger ma thèse.

**Monsieur le Docteur Arnaud Boudousse, Directeur de thèse et membre du jury**

*Médecin urgentiste*

Merci de m'avoir guidé tout au long de ce travail et de m'avoir partagé ton expérience en traumatologie. Je te remercie de ta disponibilité, ton implication et tes précieux conseils sans lesquels je n'aurais su dans quelle direction avancer.

-----

**A mes rencontres de médecine, d'ici et d'ailleurs,**

A la Team Rauzan : Nathalie, Lisa, Nordine, Emilie, Christian, Nathalie, Elise, Céline, Raphaëlle, Françoise. Merci d'avoir été présent auprès de moi à un moment fort de ma vie. Marie, merci de m'avoir fait confiance. Respect, confiance et souplesse ont été ma ligne directrice tout au long de ce remplacement.

A la Team Targon : Laurent, Nicolas, Vincent, Sabine, Shérazade, William, Nathalie et Christelle, et aux frontenacaises bien sûr, Marjory et Alexia ! Merci de m'avoir permis d'apprendre la médecine générale telle que je l'appréhende. Une médecine rurale, une médecine humaine, une médecine avec de vraies valeurs ! Merci de m'avoir formé et accompagné depuis notre rencontre en 2016.

A mes amis d'internat, Léa, Julie, Anne, Manon, Raoul pour ces supers semestres à l'hôpital ; à mes colocos bordelaises, Camille, Justine et Laura, j'ai adoré ces moments de vie à vos côtés !

A mes amis d'externat, Marine, C-M, Ali, Marie et mes réunionnaises Loulou et Cathcath. Merci pour tous ces délires et délicieux souvenirs. Il y en a tellement ! Vous me manquez.

A Richard, Anais, Julien, Chloé G., Floriane, Pierrick, Médéric, Léo, Charlotte, Mathilde, Sophie, Clément, Khémy. Je garde de beaux souvenirs de ces 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années en Guadeloupe ! Pensée spéciale pour Yann et Loïc, mes frères par procuration.

## **A mes amis,**

A mes amis de toujours Chloé S., Claudie, Karen, Rudy et Camille. Même si je ne donne pas toujours de nouvelles, vous avez une place dans mon cœur.

Aux voisins du Phoenix, Karine, Régis & Mamiao, Wawa, July & Arthur, Pauline & Julien, la famille Brianceau. L'auberge espagnole version floiracaise !

A Christine et Didier, merci d'être une 2e famille pour nous.

A Béatrice, Jacques, Margaux et Thibault. Nous nous côtoyons depuis toujours et ne nous sommes jamais perdus de vue. J'espère que ces liens vont perdurer encore longtemps.

A ma famille de cœur, les Airola, Jean-Charles, Gounou et Toussaint. Merci pour ces moments de convivialité et de fous rires. Les souvenirs sont bien présents et ancrés.

## **A ma famille,**

A mes taties, Françoise, Brigitte et Sabine, mes oncles Jacques B. et Jacques F., ma cousine et mes cousins, Jeanne, Pierre, Paul, Charles et Antoine. Tant de souvenirs, de moments de partage et d'amour. A Brigitte et Thomas, qui m'ont été d'une aide précieuse pour finaliser ce travail. Sans vous je n'aurais pas réussi le pari.

A Frédérique et Bobonne, mes belles-mamans. Vous prenez soin de moi comme si j'étais votre fille. Merci de m'avoir ouvert votre cœur.

A mamie, pilier de cette grande et belle famille. Merci d'être toi, tout simplement.

A mes sœurs, Yayon et Kéké. Le trio Coute, les fanm fo'. Je ne le dis pas assez : je vous aime. Adama et Cali, vous avez agrandi la famille. J'espère que d'autres suivront.

A Antoine, mon pilier. Ensemble nous traversons des étapes. Tu m'as supporté depuis le premier jour de notre rencontre et tu m'as accompagné dans ce difficile passage qu'est la thèse. Tu as géré le quotidien comme un chef d'orchestre, chapeau bas. Je te remercie d'être à mes côtés, pour le meilleur et pour le pire.

A Dune, ma fille, mon amour. Avec toi j'avance tous les jours. Tu m'aides à relativiser le quotidien. Merci d'être là et d'illuminer nos vies.

A maman, mon modèle, mon mentor. Tu t'es toujours dévouée pour tes filles et nous ne pouvons que te le rendre maintenant. Toutes ces belles valeurs que tu nous as transmises nous servirons toute notre vie. Merci pour ce cadeau. Je t'aime.

A papa, le temps fera son effet. Tu me manques tant...

# **TABLE DES MATIERES**

<b>Liste des abréviations</b> .....	8
<b>1. Introduction</b> .....	9
<b>2. Contexte et définitions</b> .....	12
2.1. Le plan santé et ses objectifs.....	13
2.2. Les soins non programmés, un enjeu de santé publique.....	13
2.3. Des services d'accueil des urgences surchargés.....	13
2.4. La médecine générale en plein remaniement.....	13
2.5. Les centres de soins non programmés, une solution alternative ?.....	14
2.6. Particularités de la petite traumatologie.....	14
<b>3. Matériel et méthode</b> .....	16
3.1. Caractéristiques de l'étude .....	17
3.1.1. Objectifs .....	17
3.1.2. Type d'étude.....	17
3.1.3. Population étudiée et lieu de l'étude.....	17
3.2. Questionnaire.....	18
3.3. Recueil et analyse des données.....	19
3.3.1. Recueil des données.....	19
3.3.2. Analyse des données.....	19
3.4. La recherche bibliographique.....	21
<b>4. Résultats</b> .....	22
4.1. Caractéristiques de l'échantillon.....	23
4.2. Compétences en petite traumatologie.....	28
4.3. Opinion des généralistes sur le projet de création de centres de soins non programmés dédiés à la petite traumatologie.....	35
4.3.1. Conditions de prise en charge.....	35
4.3.1.1. Caractéristique des intervenants.....	35
4.3.1.2. Modalités de prise en charge .....	36
4.3.1.2.1. Délais de prise en charge et modalités horaires.....	36
4.3.1.2.2. Matériel.....	37
4.3.1.2.3. Liens avec les centres de radiologie.....	38
4.3.1.2.4. Autres conditions d'adhésion au CSNPPT.....	39
4.3.1.3. Attractivité des CSNPPT.....	39
4.3.2. Conditions d'exercice.....	40
4.3.2.1. Caractéristiques des CSNPPT.....	40

4.3.2.2.	Avantages et inconvénients de la création de ce type de centre.....	44
4.3.2.3.	Décision finale des médecins vis-à-vis de l'orientation de leurs patients.....	47
<b>5.</b>	<b>Discussion</b> .....	<b>48</b>
5.1.	Critique de l'étude.....	49
5.2.	Caractéristiques démographiques et devenir de la petite traumatologie en cabinet.....	51
5.3.	Modélisation du CSNPPT idéal selon les médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine.....	52
5.4.	Pistes de réflexion.....	59
<b>6.</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>61</b>
	<b>Bibliographie</b> .....	<b>63</b>
	<b>Annexes</b> .....	<b>67</b>
	Annexe 1 : Questionnaire.....	67
	Annexe 2 : Modèle d'un cabinet de niveau 1 du Cahier des charges relatif à l'appel à projets portant sur la labellisation des cabinets de montagne avec petits plateaux techniques en région Rhône Alpes.....	75
	Annexe 3 : Atelier de gestes techniques du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.....	76
	Annexe 4 : Rôle des auxiliaires médicaux en cabinet de montagne.....	77
	<b>Serment d'Hippocrate</b> .....	<b>78</b>
	<b>Résumé</b> .....	<b>79</b>



# **LISTE DES ABREVIATIONS**

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CSNP : Centre de Soins Non Programmés

CSNPPT : Centre de Soins Non Programmés de Petite Traumatologie

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

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

DU : Diplôme Universitaire

FIR : Fond d'Intervention Régional

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

MMG : Maison Médicale de Garde

NA : Nouvelle-Aquitaine

PDS : Permanence des Soins

QCM : Question à Choix Multiple

QCS : Question à Choix Simple

SAU : Service d'Accueil des Urgences

# I. INTRODUCTION

Les nouvelles orientations en matière de politique de Santé tendent à développer des alternatives aux recours systématiques aux urgences (1,2). En effet, réorienter les patients vers la médecine de ville peut aider au désengorgement des services d'urgence actuellement saturés. La réorientation des patients vers les cabinets de médecine générale ne peut se faire qu'aux heures et jours ouvrables. Aux heures de la permanence de soins ambulatoire, il peut être fait appel aux maisons médicales de garde lorsque celles-ci existent, ce qui n'est pas le cas sur l'ensemble du territoire.

La problématique spécifique de la prise en charge de la petite traumatologie par la médecine de ville est un des défis à relever. Le médecin traitant est peu sollicité pour la traumatologie courante qui ne représente que 12% des recours (3,4). En cause, les obstacles décrits par les généralistes eux-mêmes, à savoir : son aspect chronophage, l'insuffisance de formation sur le sujet et l'absence de plateau technique rapidement disponible (5). A ceux-ci, s'ajoutent les freins décrits par les patients, tels que la croyance d'une meilleure prise en charge à l'hôpital, la présence de la radiologie sur place et la méconnaissance des compétences de leur médecin traitant en la matière (6). Ainsi, les patients vont préférentiellement vers les urgences pour un problème traumatique, ce qui représente 33% de l'activité totale des services d'urgences de Nouvelle-Aquitaine. Parmi les 10 motifs de recours les plus fréquents aux urgences, 5 concernent la traumatologie. Seulement 13% des motifs de recours aux urgences pour traumatologie aboutissent à une hospitalisation (7).

La création de Centres de Soins Non Programmés de Petite Traumatologie (CSNPPT) pourrait contribuer à résoudre l'équation et satisfaire l'ensemble des concernés : soutenir les services d'accueil des urgences tout en épargnant la médecine de ville déjà submergée et ainsi répondre à la demande de soins croissante.

Ces centres pourraient être équipés d'un petit plateau technique, gérés par des médecins formés et accessibles aux heures ouvrées. Ils doivent permettre de répondre à une exigence du territoire de soins. Avec ses 970 km de littoral et ses montagnes, la Nouvelle-Aquitaine compte un certain nombre d'activités à risque traumatique qui justifieraient l'implantation de tels centres.

Proposer à la population une ressource supplémentaire en termes de prise en charge de petite traumatologie peut permettre d'élargir l'offre de soin et de soutenir la modernisation du système de santé en France. L'offre existante ne se limite quasiment qu'aux structures d'urgences.

Ces centres de petite traumatologie seraient susceptibles de répondre à une attente des médecins généralistes libéraux. L'objectif principal de ce travail est de modéliser, à partir d'un questionnaire adressé aux généralistes de Nouvelle-Aquitaine, ce type de structure. En effet, leur avis paraît essentiel tant cette profession est en première ligne de l'offre de soins primaires.

Ce travail ouvre une piste de réflexion sur la problématique de la prise en charge de la traumatologie courante. Il offre une possibilité aux médecins généralistes de faire savoir leur point de vue sur une potentielle alternative à l'offre existante.

## II. CONTEXTE ET DEFINITIONS

### **2.1. Le plan santé et ses objectifs**

Devant l'évolution démographique et les modifications du système de soins, le gouvernement s'est engagé à remanier l'organisation de santé actuellement en vigueur.

Dans son rapport de Mai 2018 (1), le député Thomas Mesnier, médecin urgentiste de Charente, met en lumière une des problématiques du système de soin actuel : l'augmentation de la demande de soins non programmés par rapport à une offre de soins ambulatoires limitée.

### **2.2. Les soins non programmés, un enjeu de santé publique**

Mission de service public comme le rappelle le député (1), les soins non programmés peuvent être définis comme tel :

« Par soins non programmés, s'entendent des consultations et actes de médecine générale, sans rendez-vous et/ou associés à des actes techniques. Par exemple : « *petite* » *traumatologie, traitements antalgiques aigus, pansements, sutures, immobilisations, infectiologie, associés éventuellement à un bilan de type électrocardiogramme, radiographie, biologie...* » (8)

Aujourd'hui, la gestion des soins non programmés est assumée pour beaucoup par les urgences (9), occasionnant un engorgement de ces services.

### **2.3. Des services d'accueil des urgences surchargés**

En Nouvelle-Aquitaine, et comme partout en France, l'activité des services d'accueil des urgences ne cesse de croître : 31,7% d'évolution entre 2008 et 2018, dont 2.6% entre 2017 et 2018 (7).

Un nombre non négligeable de soins non programmés pris en charge par les urgences pourrait être géré par d'autres structures (1,9).

L'objectif est clair : réorienter ces patients vers la médecine de ville.

### **2.4. La médecine générale en plein remaniement**

La DRESS, dans son étude de 2013, a estimé à 12% le nombre de recours non programmés en médecine de ville(9). Réorienter ces soins, des urgences vers la médecine libérale, équivaldrait à augmenter la part d'actes pour les généralistes.

Cependant, actuellement en pleine modification, la médecine générale évolue : plus jeune, plus féminine et plus salariée (10). Les jeunes médecins tendent à concilier vie privée et vie professionnelle (11). Les médecins généralistes sont également moins nombreux (-9.1% entre 2007 et 2017) (1).

Tous ces éléments participent à une diminution de la présence médicale en médecine de ville (1).

### **2.5. Les centres de soins non programmés, une solution alternative ?**

Il existe des structures qui prennent en charge les soins non programmés afin de participer au désengorgement des urgences.

Ces structures de soins non programmés fleurissent sur le territoire national, sous différentes formes : centres de santé, Maisons Médicales de Garde (MMG), maisons de santé pluriprofessionnelles, Centres d'Accueil et de Permanence des Soins (CAPS), SOS médecins, hôpitaux et cliniques de proximité, etc.

Il existe également des initiatives de médecins urgentistes tels que le centre UrgentCare du COSEM (Coordination des Œuvres Sociales et Médicales) à Paris, mais également l'APRUSI (Association pour la Promotion et le Regroupement des Unités de Soins Immédiats), ayant pour vocation de fluidifier l'accès aux soins non programmés. Ces structures existantes sont une solution alternative sous réserve d'un financement viable.

En France, toutes ces structures concernent le « tout venant », sans dissociation des pathologies somatiques et traumatiques.

### **2.6. Particularités de la petite traumatologie**

Véritable enjeu de santé publique, la petite traumatologie occupe une part non négligeable des motifs de consultation dans les services d'accueil des urgences. En Nouvelle-Aquitaine, l'année 2018 comptabilise un taux de 33% de traumatologie aux urgences (5 des 10 motifs de recours les plus courants) (7).

#### Qu'entend-on par « petite traumatologie » ?

Il n'existe pas de consensus en la matière. En règle générale, il s'agit de traumatismes physiques « bénins » en termes fonctionnel et vital, c'est-à-dire hors polytraumatisme et urgence vitale.

Pour citer par exemple : les entorses, les plaies non délabrantes, les brûlures 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degrés, les fractures non ou peu déplacées, etc. relevant de la traumatologie légère et modérée.

D'après l'enquête de la DRESS, la médecine de ville est relativement peu sollicitée pour des problèmes traumatiques par rapport aux urgences hospitalières (4). De plus, une enquête réalisée en 2014 sur la petite traumatologie, a montré que les patients consultent préférentiellement aux urgences pour ce motif (6).

Par ailleurs, des travaux de thèse ont montré que la petite traumatologie est de moins en moins pratiquée en médecine de ville (5) et que les généralistes sont peu formés à cette pratique (12).

Réorienter les patients traumatisés vers la médecine de ville paraît alors une tâche plus complexe :

- Nécessité d'un plateau technique efficient avec rendez-vous d'imagerie rapide,
- Nécessité d'une implication et/ou d'une formation spécifique de la part des médecins ainsi que de créneaux de consultations d'urgences,
- Nécessité d'un équipement adapté à la prise en charge traumatologique,
- Nécessité de tenir informés les patients sur la pratique de la traumatologie hors secteur hospitalier.

En France, cette prise en charge des soins non programmés n'offre actuellement que pas ou peu de dissociation entre la traumatologie et la médecine.

La création de centres de soins non programmés dédiés à la pratique de la traumatologie bénigne non vitale pourrait offrir une complémentarité des services d'urgences hospitaliers débordants. Ces structures pourraient être modélisées par les généralistes eux-mêmes, principaux acteurs des soins primaires.



### III. MATERIEL ET METHODE

### 3.1. Caractéristiques de l'étude

#### 3.1.1. Objectifs

L'objectif principal de cette thèse est de recueillir l'avis des généralistes concernant la conception d'un modèle de centres de soins non programmés dédiés à la petite traumatologie. L'objectif secondaire est de définir un plateau technique minimal ainsi que les ressources humaines pour le fonctionnement de ces centres.

#### 3.1.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive basée sur un recueil par auto-questionnaire en ligne.

#### 3.1.3. Population étudiée

Cette étude s'est intéressée aux médecins généralistes libéraux installés en Nouvelle-Aquitaine dont l'adresse mail était accessible via les conseils départementaux de l'ordre des médecins.

Les données démographiques de la population de référence étaient l'âge et le sexe en se basant sur les données du site internet Cartosanté (13) géré par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Age	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
< 40 ans	447	7.5%	539	9%	986	16.5%
40-60 ans	1947	32.8%	1371	22.8%	3318	55.6%
> 60 ans	1373	22.9%	293	5%	1666	27.9%
Total	3767	63.2%	2203	36.8%	5970	100%

Tableau 1 : Répartition de la population de médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine par sexe et par tranche d'âge selon le site Cartosanté au 31/12/2017

N : Effectif

% : Pourcentage

NB : 5982 médecins généralistes sur la Nouvelle Aquitaine (-12 indéterminés donc 5970).

Les critères de non inclusion étaient :

- Les médecins remplaçants et/ou étudiants
- Les médecins hospitaliers stricts
- Les médecins dont l'adresse e-mail n'était pas disponible

### 3.2. Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en collaboration avec le Dr Boudousse Arnaud, mon directeur de thèse, médecin urgentiste qualifié en médecine générale. Il a été relu par 3 médecins généralistes ne faisant pas partie de la population étudiée, et modifié suite à leur retour afin de déterminer le temps de réponse nécessaire et d'éviter d'éventuelles mauvaises interprétations des questions.

Il comprenait trois parties. La première partie portait sur les caractéristiques démographiques des médecins avec 10 questions. La deuxième, comprenant 7 questions, les interrogeait sur leur activité de petite traumatologie au cabinet. La troisième partie, de 21 questions, avait pour but de recueillir leur opinion concernant les modalités de création des centres de soins non programmés de petite traumatologie.

Il comprenait essentiellement des questions fermées sous forme de Questions à Choix Simples et de Questions à Choix Multiples. Quelques questions ouvertes ont été incluses pour permettre aux médecins de donner une opinion plus détaillée.

Le questionnaire était accompagné d'un texte de présentation (Figure 1).

#### **Figure 1 : Lettre aux médecins**

Chères consœurs, chers confrères,

Actuellement médecin généraliste remplaçante, je souhaite réaliser ma thèse sur les attentes de la médecine de ville concernant la création de centres de soins non programmés réservés à la petite traumatologie.

De nombreux travaux de thèse ont démontré que la petite traumatologie est de plus en plus abandonnée en cabinet libéral au profit des services d'urgence qui se retrouvent aujourd'hui engorgés. Les nouvelles orientations en matière de politique de Santé incitent à développer des alternatives aux recours systématiques aux urgences. Ainsi, la problématique spécifique de la prise en charge de la petite traumatologie par la médecine de ville est un des défis à relever.

Cette thèse est une enquête d'opinion, ouverte à l'ensemble des médecins généralistes installés. Vous pouvez y donner votre avis en termes de moyens humains, matériels et structurels. Pour que votre parole compte dans l'élaboration d'un tel projet, ce questionnaire nécessite un maximum de réponses. Strictement anonyme et composé essentiellement de questions fermées, il ne demande que quelques minutes de votre temps pour être complété.

En vous remerciant sincèrement pour votre participation !

Emelyne COUTE

### **3.3. Recueil et Analyse des données**

#### **3.3.1. Recueil des données**

Le questionnaire (Annexe 1) a été mis en ligne sur le site GoogleForms via l'URL suivante : [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdlqaYHDXnf28xICo5v\\_-9-komhqCNtHXe4Z8fkvSlvPg40fA/viewform?vc=0&c=0&w=1](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdlqaYHDXnf28xICo5v_-9-komhqCNtHXe4Z8fkvSlvPg40fA/viewform?vc=0&c=0&w=1).

Initialement, il a été envoyé au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de la Gironde le 9 Novembre 2018 à 1609 médecins généralistes, pour une étude à l'échelle du département. Une relance par mail a été faite le 19 Novembre 2018 dans le but d'obtenir le maximum de réponses. Une relance téléphonique a été faite auprès des cabinets de groupe pour potentialiser le nombre de réponses.

Devant le peu de réponses obtenues (98 réponses sur les 1609 médecins), j'ai étendu ma recherche aux autres départements de Nouvelle-Aquitaine pour tenter d'être plus représentative de ma population générale. Ainsi, les CDOM de la Dordogne, de la Charente, des Deux-Sèvres, de la Corrèze et de la Vienne ont été contactés pour une diffusion en Février et Mars 2019 aux médecins généralistes de chaque département. Une relance a été effectuée, toujours par mail, pour tenter d'augmenter le nombre de réponses.

Au terme de la période de récolte, seules 201 réponses ont été obtenues.

#### **3.3.2. Analyse des données**

Avant analyse et malgré relecture du questionnaire, une question a dû être supprimée car elle était mal formulée et provoquait une incompréhension des participants. En cours de récolte, la question 36 s'est vue rajouter la mention « aucun » car certains participants la citaient en commentaire libre. La figure 2 présente la question 36 avant modification et la figure 3 présente la rectification.

**Figure 2 : Question 36 avant modification**

36. Quels doivent être selon vous les apports de la création d'un tel centre ? (Plusieurs réponses possibles)
- Vous soulager de consultations non programmées
  - Soulager rapidement les patients
  - Désengorger les urgences
  - Assurer une bonne prise en charge traumatologique
  - Assurer un service de proximité
  - Diminuer les délais de prise en charge
  - Autre : .....

### Figure 3 : Question 36 après modification

36. Quels doivent être selon vous les apports de la création d'un tel centre ? (Plusieurs réponses possibles)
- Vous soulager de consultations non programmées
  - Soulager rapidement les patients
  - Désengorger les urgences
  - Assurer une bonne prise en charge traumatologique
  - Assurer un service de proximité
  - Diminuer les délais de prise en charge
  - Aucun
  - Autre : .....

Les données ont ensuite été présentées sur le logiciel Excel.

Etant donné le peu de réponses obtenues, mon échantillon n'était pas représentatif de la population générale de Nouvelle-Aquitaine (uniquement 3.4% de la population de référence). Nous avons donc réalisé un échantillonnage à postériori sur 100 médecins généralistes tirés au sort afin de coller aux statistiques de ma population de référence. Malheureusement, la marge d'erreur était toujours trop grande (10%).

Nous avons donc décidé d'appliquer la méthode de redressement par pondération à l'ensemble de mes 201 réponses pour abaisser ma marge d'erreur à 7%.

#### Méthode de redressement par pondération :

Afin de conserver l'ensemble de mes réponses et ainsi éviter de perdre en précision, nous avons fait appel à cette méthode qui permet d'utiliser *à posteriori* une information corrélée aux variables étudiées de la population générales.

Concrètement, il s'agit de diminuer ou d'augmenter le poids de certains questionnaires afin de faire coller les critères de l'échantillon avec ceux de la population de référence. Pour cela, nous avons appliqué un coefficient de pondération à mon échantillon sur les variables âge et sexe.

Pour le calculer, nous avons utilisé une règle de 3 :

$$\text{Coefficient} = X / Y$$

X : pourcentage de la réalité démographique

Y : pourcentage brut obtenu lors du sondage

Exemple : pour les hommes de moins de 40 ans : coefficient = 0.075/0.184 = 0.407

Âge	Hommes			Femmes			Total		
	N	%	Coeff.	N	%	Coeff.	N	%	Coeff.
< 40 ans	37	18,4%	<b>0,407</b>	43	21.4%	<b>0,421</b>	<b>80</b>	39.8%	<b>0,412</b>
40-60 ans	39	19,4%	<b>1,69</b>	53	26.4%	<b>0,867</b>	<b>92</b>	45.8%	<b>1,216</b>
> 60 ans	20	10,0%	<b>2,29</b>	9	4.4%	<b>1,136</b>	<b>29</b>	14.4%	<b>1,937</b>
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>47,8%</b>	<b>1,320</b>	<b>105</b>	<b>52.2%</b>	<b>0,705</b>	<b>201</b>	<b>100%</b>	<b>/</b>

Tableau 2 : Echantillon de l'étude selon âge et sexe avec coefficients de pondération

**N** : effectif brut de l'échantillon

**%** : pourcentage brut obtenu. Le terme « brut » est employé pour décrire les variables telles quelles, sans pondération appliquée.

**Coeff.** : coefficient de pondération

Puis nous avons appliqué le coefficient calculé sur tous nos résultats pour se rapprocher de la réalité.

Exemple : Si 10 hommes répondent « x » à une question, alors nous en retiendrons :

$$10 * \text{Coefficient}$$

Cette façon de procéder a permis de rendre notre échantillon plus représentatif de la population générale.

### **3.4. La recherche bibliographique**

La recherche bibliographique a eu lieu entre les mois de Janvier à Septembre 2019.

Les moteurs de recherche utilisés ont été PUBMED, SUDOC et CISMEF pour les plus spécialisés, mais également GOOGLE.

Différents travaux de thèses portant sur le sujet ont été consultés.

Les mots-clés utilisés pour les recherches ont été : Soins non programmés – petite traumatologie – gestes techniques – médecine générale.

## IV. RESULTATS

#### 4.1. Caractéristiques de l'échantillon

Sur les 4 mois de l'étude, 201 réponses ont été récoltées sur un total de 5970 médecins généralistes en Nouvelle-Aquitaine.

Sur les deux premiers mois, 132 réponses ont été obtenues sur le département girondin. Sur les deux autres mois de l'étude, 69 réponses ont été récoltées sur les autres départements.

4 réponses ont été exclues car obtenues hors délai.

Les caractéristiques des médecins inclus sont présentées dans le tableau 1.

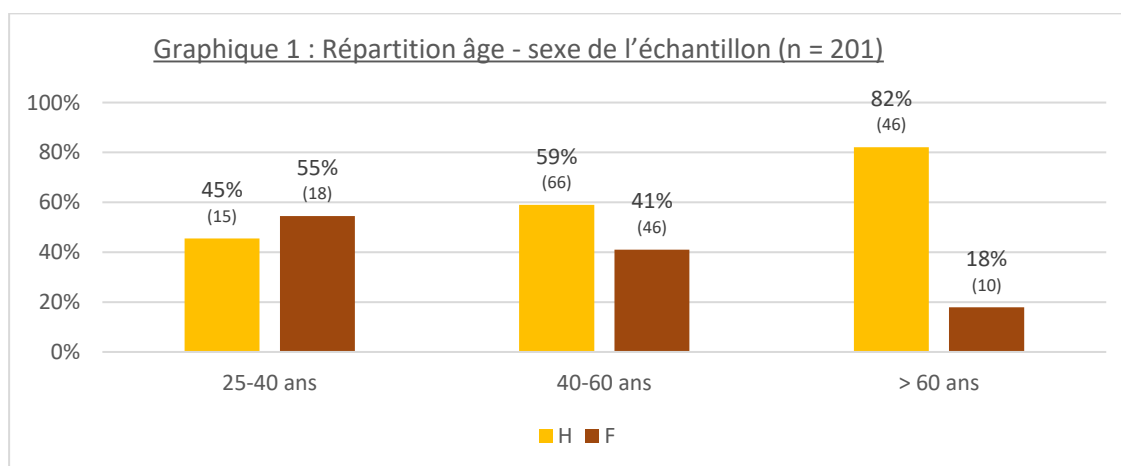
Tableau 1 : Caractéristiques des médecins de l'échantillon

<b>Caractéristiques</b> <i>(* Plusieurs réponses possibles)</i>	N = 201	%
<b>Sexe</b>		
Homme	127	63%
Femme	74	37%
<b>Âge</b>		
< 40 ans	33	16%
40-60 ans	112	56%
> 60 ans	56	28%
<b>Années de pratique</b>		
< 5 ans	40.5	20%
5-10 ans	45	22.5%
10-20 ans	50.5	25%
> 20 ans	65	32.5%
<b>Mode d'installation</b>		
Seul	46	23%
En groupe	155	77%
<b>Type d'installation</b>		
Libéral	192	95.5%
Salarié	2	1%
Mixte	7	3.5%



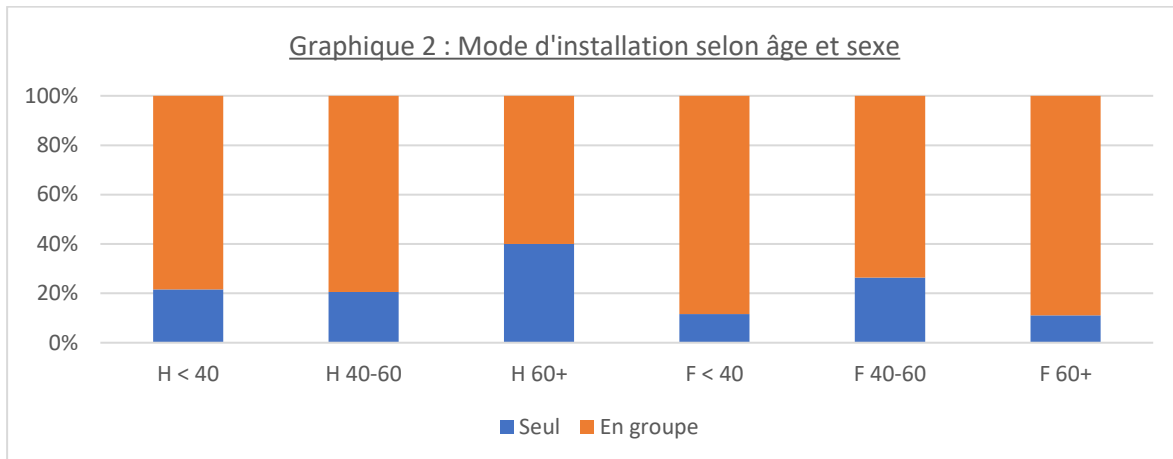
<b>Secteur d'installation</b>		
Rural	46	23%
Semi-urbain	66	33%
Urbain	89	44%
<b>Distance d'un centre de radiologie</b>		
< 5 km	124	62%
5-15 km	46	23%
15-25 km	20	10%
> 25 km	11	5%
<b>Distance d'un service d'urgences</b>		
< 5 km	94	47%
5-15 km	44	22%
15-25 km	38	19%
> 25 km	25	12%
<b>Type d'activité *</b>		
Au cabinet exclusivement	146	69%
Mixte hors urgences	24	11.5%
Mixte avec gardes aux urgences	15	7%
Au cabinet avec autre activité de traumatologie	26	12.5%

La répartition des médecins selon l'âge et le sexe est présentée dans le graphique 1.

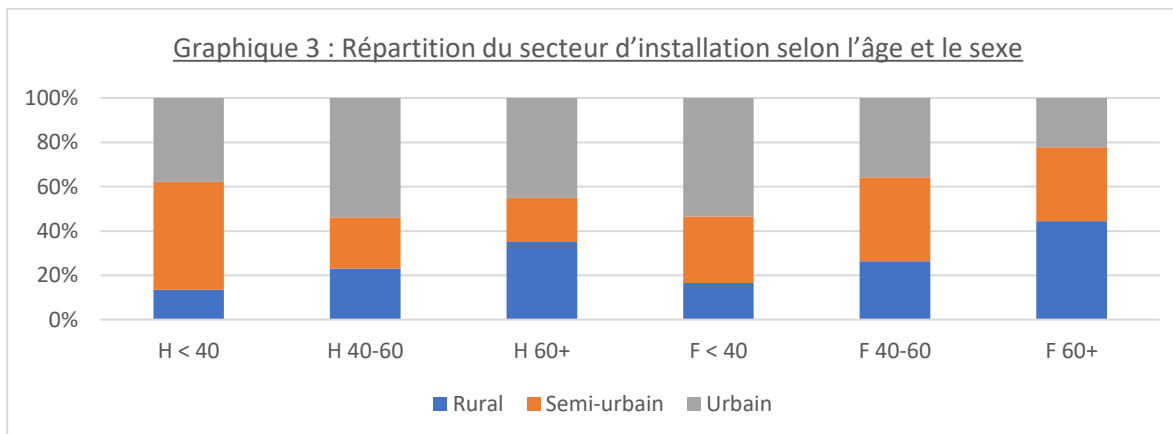


On remarque une prédominance des hommes chez les plus de 40 ans et une inversion de tendance chez les moins de 40 ans (55% de femmes).

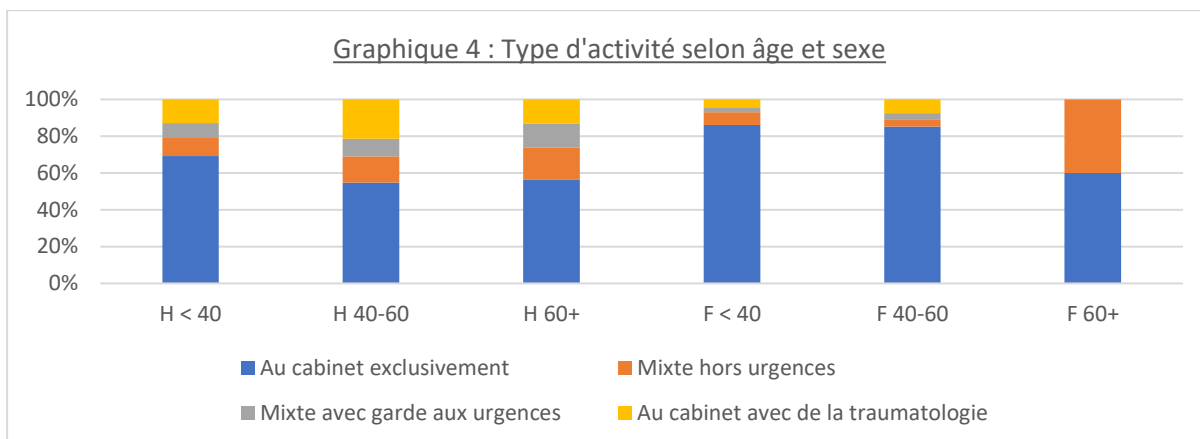
Le graphique 2 présente le mode d'installation seul ou en groupe en fonction de l'âge et du sexe. Les hommes de plus de 60 ans exercent plus souvent seuls.



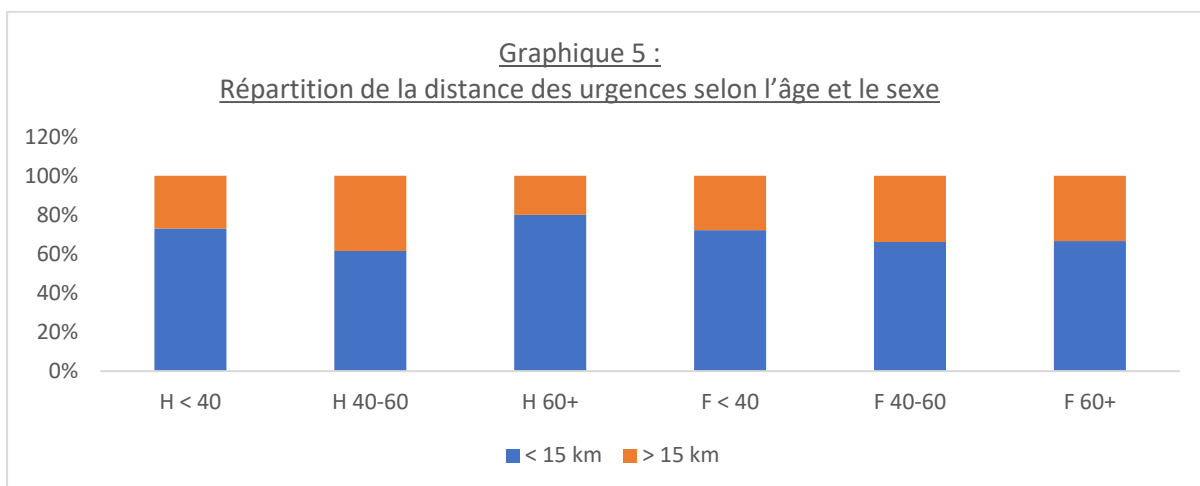
La répartition âge et sexe en fonction du secteur d'installation est présentée dans le graphique 3. On voit qu'il n'y a pas de répartition préférentielle du secteur d'installation selon l'âge et le sexe.



Le graphique 4 montre qu'une grande majorité des femmes de l'échantillon exercent au cabinet exclusivement, contrairement aux hommes qui ont plus tendance à pratiquer des urgences ou de la traumatologie. Les médecins, notamment les femmes de moins de 60 ans, ont plutôt une activité « unique ».



On observe également qu'il n'y a pas de différence entre l'âge, le sexe et la proximité d'un service d'urgences (graphique 5).



Le tableau 2 présente les services d'urgence les plus proches du lieu d'installation des médecins répondants.

Tableau 2 : Services d'urgence les plus proches du lieu d'installation des médecins de l'échantillon.

<b>Service d'urgences</b>	<b>Effectif N=201</b>	<b>Département</b>	<b>Effectif par département N = 201</b>	<b>Pourcentage par département</b>
Angoulême (CH)	6	Charente (16)	10	5%
Barbezieux (CH)	1			
Cognac (CH)	1			
Ruffec (CH)	2			
Brive (CH)	8	Corrèze (19)	13	6.5%
Tulle (CH)	3			
Ussel (CH)	2			
Bergerac (CH)	4	Dordogne (24)	10	5%
Périgueux - Clinique Francheville	2			
Périgueux (CH)	4			
Arcachon (CH)	5	Gironde (33)	137	68%
Arès - CMC Wallenstein	3			
Blaye (CH)	5			
Bordeaux - CHU Pellegrin	23			
Bordeaux - CHU Saint-André	5			
Bordeaux - Clinique du Tondu	2			
Bordeaux - Clinique mutualiste Pessac	13			
Bordeaux - Polyclinique Bordeaux Nord	15			
Bordeaux - Polyclinique Bordeaux Rive Droite	21			
La Réole (CH)	3			
Langon (CH)	10			
Lesparre (CH)	1			
Libourne (CH)	19			
Margaux (CMU Sud-Médoc)	1			
Robert Picqué (HIA)	10			
Sarlat (CH)	1			

Faye l'Abesse (CH)	8	Deux-Sèvres (79)	18	9%
Niort (CH)	8			
Niort (clinique)	1			
Parthenay (CSNP)	1			
Poitiers (CHU)	9	Vienne (86)	9	4.5%
Limoges - Clinique Chénieux	2	Haute- Vienne (87)	4	2%
Limoges (CHU)	1			
Saint-Yrieix (CH)	1			

#### 4.2. Compétences en petite traumatologie

Les compétences en petite traumatologie et la pratique des gestes techniques au cabinet par les médecins généralistes de l'échantillon sont présentées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Compétences en petite traumatologie des médecins généralistes au cabinet

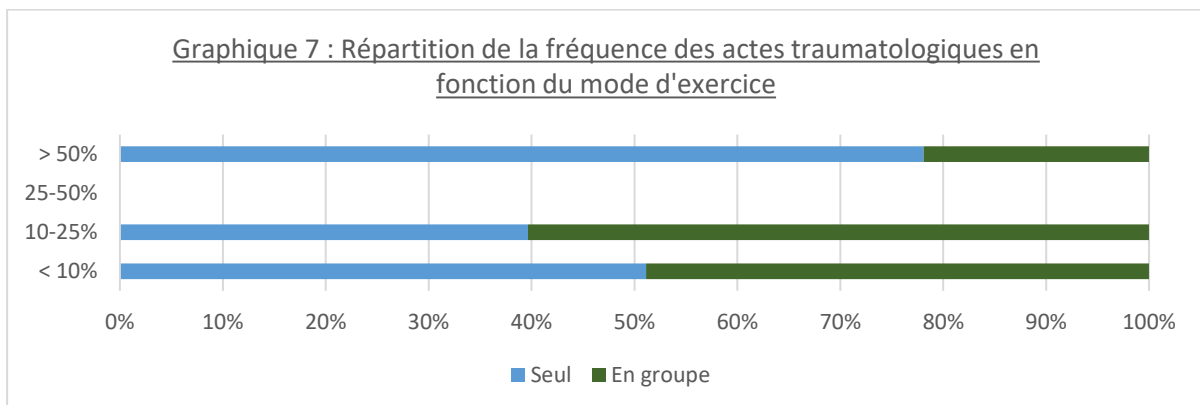
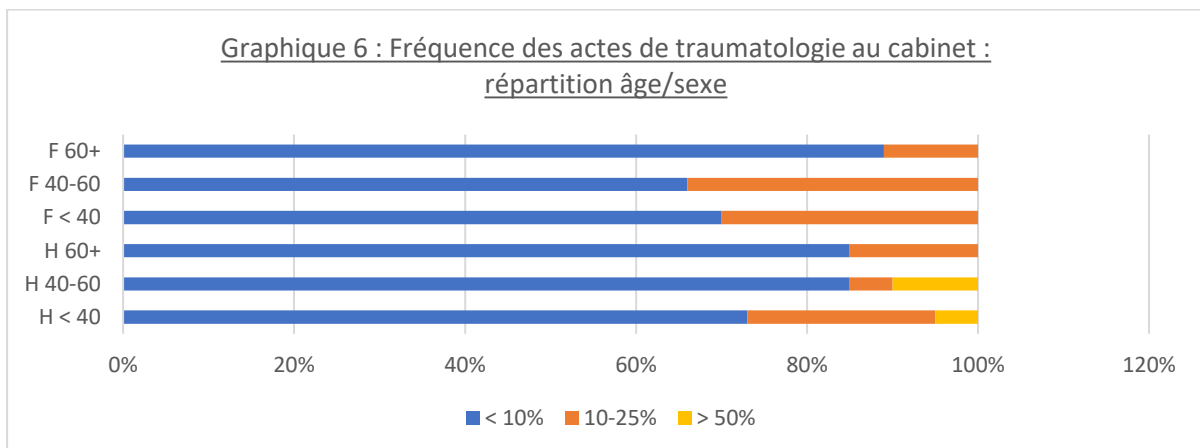
<b>Compétences en traumatologie</b> <i>(* Plusieurs réponses possibles)</i>	<b>N = 201</b>	<b>%</b>
<b>Fréquence des actes traumatologiques au cabinet</b>		
< 10%	150	75%
10-25%	45	22%
25-50%	0	0%
> 50%	6	3%
<b>Compétences utiles en traumatologie *</b>		
Aucune	117	58%
Médecine du sport	30	15%
Médecine d'urgence	36	18%
Traumatologie	24	12%
Mésothérapie	21	10%
Ostéopathie	7	3.5%
Echographie de l'appareil locomoteur	10	5%
Autre	7	3.5%

<b>Matériel disponible au cabinet *</b>		
Antalgiques	174	87%
Antibiotiques	98	49%
Désinfection – pansement	193	96%
Kits de suture	176	88%
Contention souple	122	61%
Attelle d'immobilisation	52	26%
Plâtre – résine	17	9%
Vaccin antitétanique	64	32%
Autre	14	7%
<b>Gestes techniques au cabinet *</b>		
Pansement de plaies/brûlures	158	79%
Sutures – hors face, muqueuses et mains	176.5	88%
Sutures de la face et/ou des muqueuses	101	50%
Sutures de la main	105.5	52%
Immobilisation rigide	29.5	15%
Contention souple	99	49%
Réduction de luxation	25	12%
Alignement de fractures déplacées	7.5	4%
Injection de sérum antitétanique	86	43%
<b>Problèmes liés à la pratique de la petite traumatologie au cabinet *</b>		
Aucun	35.5	18%
Disponibilité en urgence de l'imagerie	97	48%
Pas de matériel disponible au cabinet	72	36%
Manque de compétences	72	36%
Absence de créneaux horaires	81	40%
Manque d'intérêt	15	7%
Autre	11.5	6%
<b>La prescription de radiographies</b>		
Pas de radiographies	16	8.5%
Radiographies en urgence	16	8.5%
Radiographies non systématiques	169	83%

La gestion de la petite traumatologie au cabinet présente des variantes d'âge et de sexe, mais également des variantes en fonction du mode d'exercice (seul ou en groupe).

Le graphique 6 montre qu'il y a une différence de fréquence des actes de traumatologie en fonction de l'âge et du sexe : les hommes pratiquent plus de traumatologie.

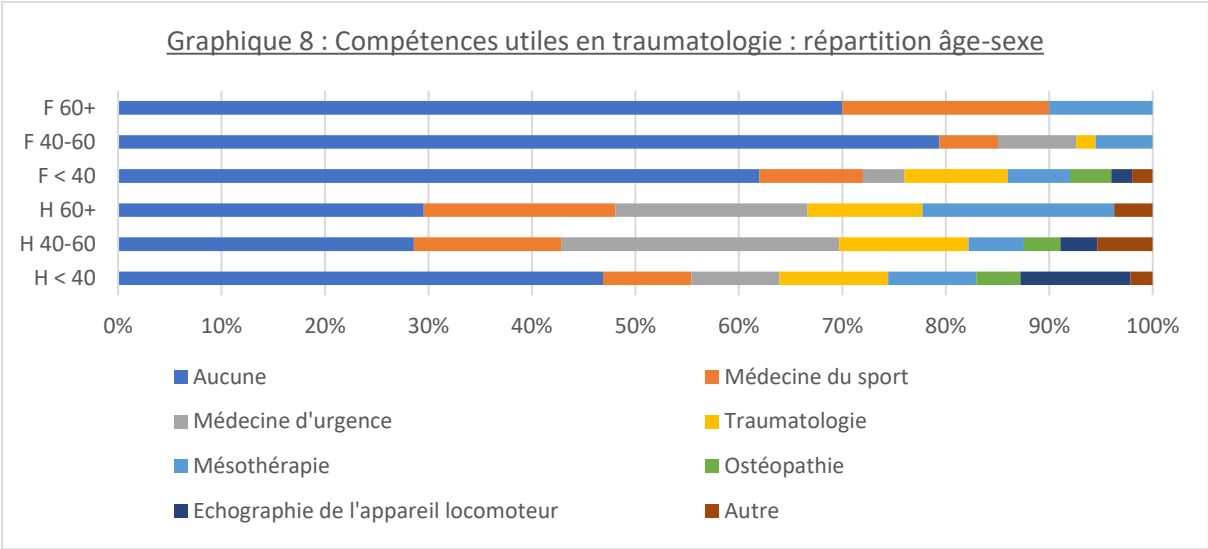
Le graphique 7 objective cette différence de pratique selon que le médecin travaille seul ou en groupe : les médecins seuls déclarent faire plus d'actes.



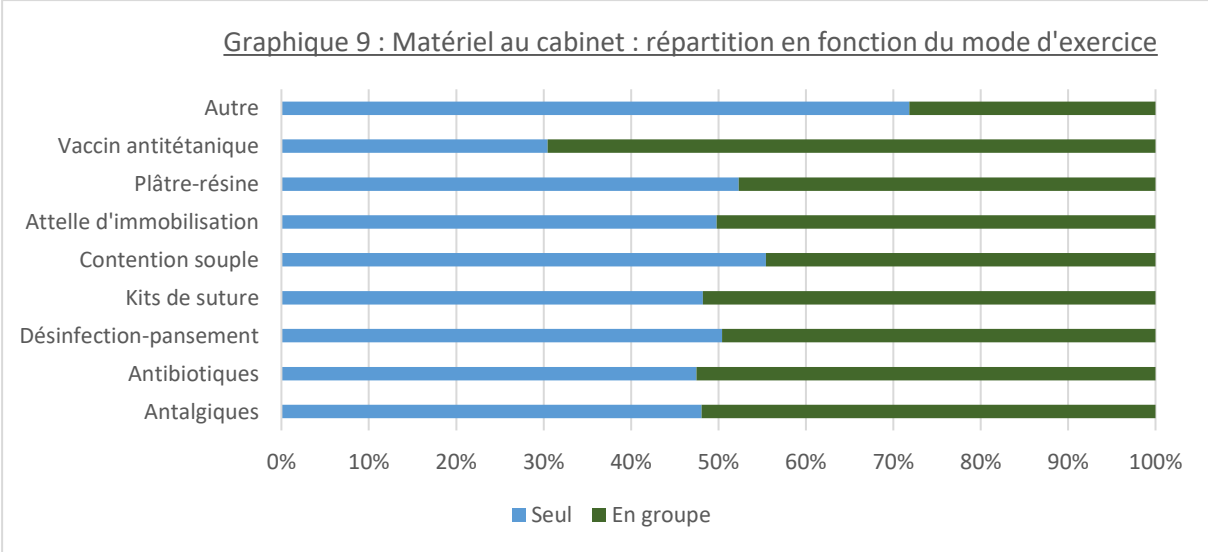
Les autres compétences en traumatologie et gestes techniques mentionnés par les médecins de l'échantillon sont :

- Le DIU d'accueil des urgences en service pédiatrique pour 1 médecin
- L'expérience personnelle : dispensaire, services d'urgences, expérience de 18 ans de traumatologie pédiatrique et adulte pour 3 médecins
- L'enseignement aux ateliers de gestes techniques à la faculté de médecine (1 médecin)
- La régulation au centre 15 (1 médecin)

Par ailleurs, on constate que les hommes ont une activité plus variée que les femmes, notamment pour la médecine du sport (sauf pour les femmes de > 60 ans), la médecine d'urgence et la traumatologie (graphique 8).

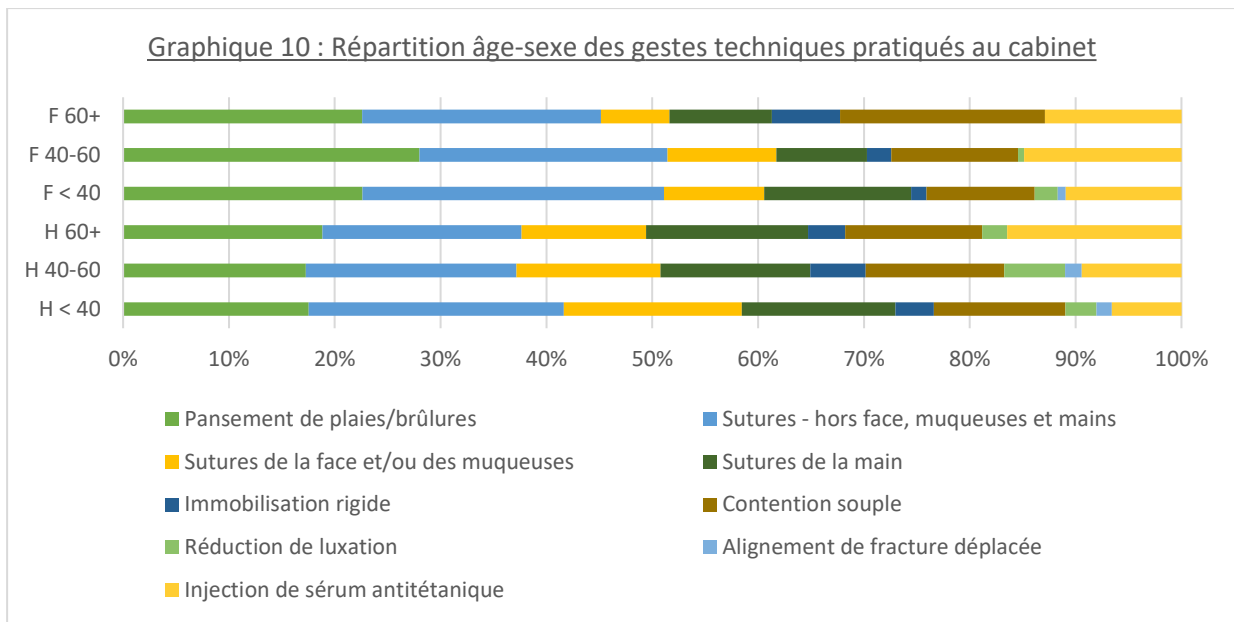


Concernant le matériel au cabinet, les médecins déclarant être équipés d'autres éléments mentionnent : du matériel pour injections et ponctions, des agrafes, des orthèses thermoformées, de l'héparine, du protoxyde d'azote (MEOPA), du matériel de mésothérapie et des collyres. Le graphique 9 présente l'équipement au cabinet selon le mode d'exercice. Il y a peu de différence sauf sur deux points (vaccin antitétanique et les « autres » équipements).



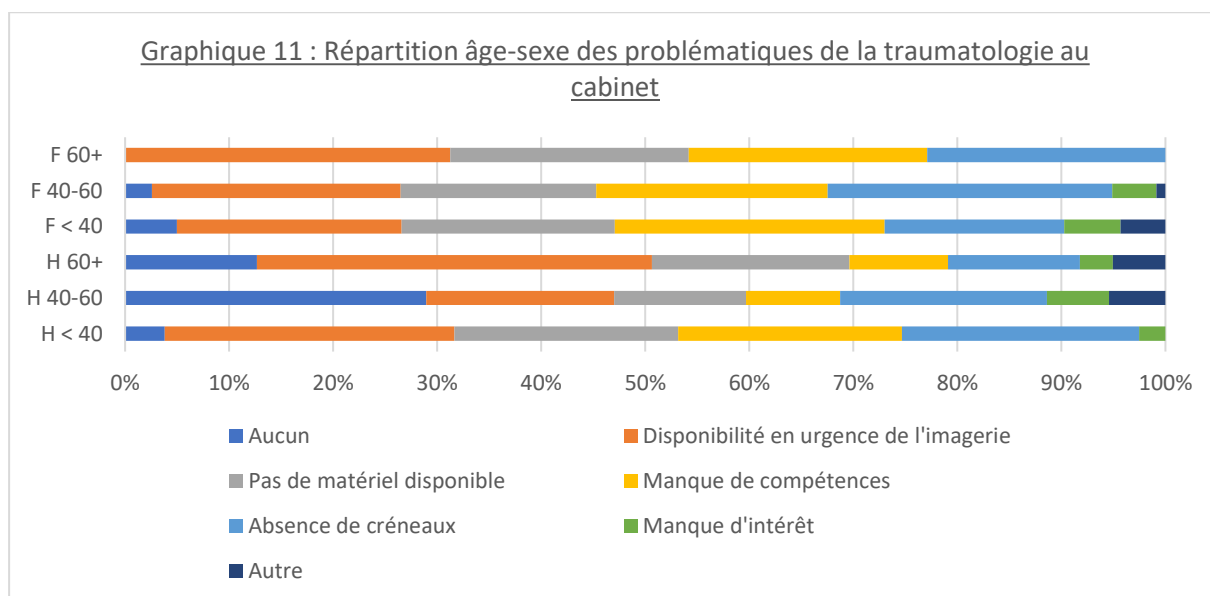


Le graphique 10 présente la répartition âge-sexe des gestes techniques réalisés au cabinet. Il y a une variation d'âge et de sexe de la pratique des gestes techniques au cabinet.



La répartition âge-sexe des problèmes liés à la pratique de la petite traumatologie est synthétisée dans le graphique 11. Les autres problèmes évoqués par les médecins sont :

- L'aspect chronophage des gestes (pour 3 médecins),
- La péremption des kits de suture (pour 1 médecin),
- La faible rémunération des actes (pour 2 médecins),
- Les risques septiques (pour 1 médecin),
- La gestion de la traumatologie pédiatrique (pour 2 médecins),
- L'aspect médico-légal (pour 1 médecin).



Les hommes de 40-60 sont 29% à ne déclarer aucun problème à pratiquer la traumatologie contrairement aux femmes (seulement 8%).

Le tableau 4 présente la répartition des compétences en traumatologie selon que les médecins sont installés à proximité ou non d'un service d'urgence (+/- 15 km). Il n'y a pas de pondération des résultats.

Tableau 4 : Compétences en traumatologie en fonction de la proximité d'un service d'urgence

Compétences en traumatologie (* Plusieurs réponses possibles)	< 15 km		> 15 km	
	N=139	%	N=62	%
<b>Fréquence des actes traumatologiques au cabinet</b>				
< 10%	102	73%	48	77%
10-25%	32	23%	13	21%
25-50%	0	0%	0	0%
> 50%	5	4%	1	2%
<b>Compétences utiles en traumatologie *</b>				
Aucune	83	47%	43	63%
Médecine du sport	22	13%	5	7%
Médecine d'urgence	21	12%	10	15%

Traumatologie	17	10%	4	6%
Mésothérapie	19	11%	0	0%
Ostéopathie	4	2%	2	3%
Echographie de l'appareil locomoteur	4	2%	4	6%
Autre	6	3%	0	0%
<b>Matériel disponible au cabinet *</b>				
Antalgiques	114	20%	56	18%
Antibiotiques	61	11%	33	11%
Désinfection – pansement	133	23%	61	19%
Kits de suture	116	20%	58	18%
Contention souple	75	13%	45	14%
Attelle d'immobilisation	26	5%	20	6%
Plâtre – résine	8	1%	9	3%
Vaccin antitétanique	37	6%	27	9%
Autre	7	1%	5	2%
<b>Gestes techniques au cabinet *</b>				
Pansement de plaies/brûlures	104	21%	56	20%
Sutures – hors face, muqueuses et mains	116	24%	58	22%
Sutures de la face et/ou des muqueuses	51	11%	41	14%
Sutures de la main	54	12%	43	15%
Immobilisation rigide	14	3%	12	4%
Contention souple	61	13%	33	12%
Réduction de luxation	12	3%	9	3%
Alignement de fractures déplacées	5	1%	1	0%
Injection de sérum antitétanique	57	12%	29	10%
<b>Problèmes liés à la pratique de la petite traumatologie au cabinet *</b>				
Aucun	19	7%	11	10%
Disponibilité en urgence de l'imagerie	69	24%	30	28%
Pas de matériel disponible au cabinet	56	19%	20	18%
Manque de compétences	57	20%	23	21%
Absence de créneaux horaires	68	24%	18	17%

Manque d'intérêt	12	4%	4	4%
Autre	8	2%	3	2%
<b>La prescription de radiographies</b>				
Pas de radiographies	11	8%	3	5%
Radiographies en urgence	13	9%	4	6%
Radiographies non systématiques	115	83%	55	89%

Il y a peu de différence entre la proximité d'un service d'urgence et la prise en charge de la petite traumatologie au cabinet.

### 4.3. Opinion des généralistes sur le projet de création de centres de soins non programmés dédiés à la petite traumatologie

#### 4.3.1. Conditions de prise en charge

##### 4.3.1.1. Caractéristique des intervenants

- Compétences des intervenants

Pour participer à l'activité du centre, la traumatologie d'urgence est une compétence requise dans 96% des réponses ; la médecine d'urgence dans 47% des réponses, la médecine du sport dans 38% et enfin, l'échographie de l'appareil locomoteur dans 36% des réponses (tableau 5).

Tableau 5 : Compétences requises des intervenants du CSNPPT

COMPETENCE DES INTERVENANTS	EFFECTIF	POURCENTAGE
TRAUMATOLOGIE D'URGENCE	193	96%
MEDECINE D'URGENCE	92	47%
MEDECINE DU SPORT	81	38%
ECHOGRAPHIE DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR	73	36%

- Qualité des intervenants

Que les intervenants soient médecins diplômés urgentistes ou généralistes importe peu pour 87% des interrogés. Seuls 7% estime que les intervenants doivent être des médecins urgentistes et 6% des médecins généralistes. Le tableau 6 présente cette répartition.

**Tableau 6 : Quels intervenants médicaux pour un CSNPPT ?**

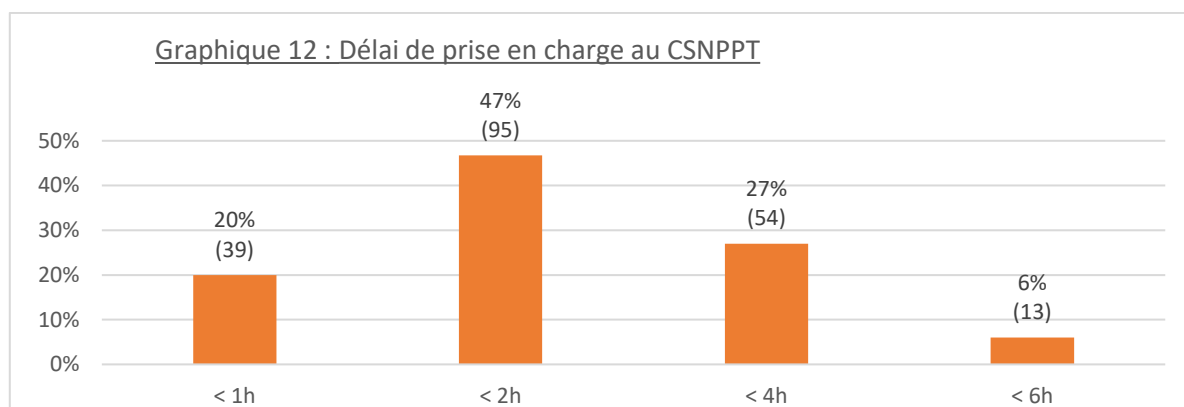
QUALITE DES INTERVENANTS	EFFECTIF	POURCENTAGE
MEDECIN URGENTISTE	13.5	7%
MEDECIN GENERALISTE	12.5	6%
L'UN OU L'AUTRE	175	87%
TOTAL	201	100%

#### 4.3.1.2. Modalités de prise en charge

##### 4.3.1.2.1. Délais de prise en charge et modalités horaires

- Délais de prise en charge

Près de la moitié des médecins (47%) estime qu'il faut moins de deux heures pour accueillir les patients traumatisés. 27% estime ce délai à moins de quatre heures, 20% à moins d'une heure et 6% à moins de six heures. Ces délais sont répartis dans le graphique 12 ci-dessous.



- Modalités horaires de recours au CSNPPT

Les modalités horaires de recours au CSNPPT ont été étudiées. Les résultats sont décrits dans le tableau 7.

**Tableau 7 : Modalités horaires de recours au CSNPPT**

MODALITES HORAIRES DE RECOURS AU CSNPPT	EFFECTIF	POURCENTAGE
EN URGENCE SANS RENDEZ-VOUS	69	34%
SANS RENDEZ-VOUS APRES APPEL TELEPHONIQUE	121	60%
SUR RENDEZ-VOUS, DANS LA JOURNEE	106	53%
SUR RENDEZ-VOUS, DANS LES 48H	17	8%
SUR RENDEZ-VOUS, DANS LES 72H	2	1%

#### 4.3.1.2.2. Matériel

- Equipement antalgique

Les médicaments analgésiques devant faire partie du centre sont décrit dans le tableau 8.

Tableau 8 : Analgésie nécessaire pour équiper les CSNPPT

MATERIEL D'ANALGESIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
ANESTHESIQUES LOCAUX	188	94%
MEOPA	163	81%
ANTALGIQUES	184	92%
AUTRE	6	3%

- Disponibilité du matériel d'immobilisation

Près de la moitié des répondants (49%) estime que le matériel devrait, au choix du patient, être soit disponible au centre, soit sur prescription en pharmacie. 37% des médecins estime que c'est à la pharmacie seule de fournir ce matériel et 14% pense que le centre doit être autonome sur ce point.

Tableau 9 : Disponibilité du matériel d'immobilisation au CSNPPT

MATERIEL D'IMMOBILISATION	EFFECTIF	POURCENTAGE
SUR PLACE	28	14%
EN PHARMACIE	74	37%
SUR PLACE ET/OU EN PHARMACIE	99	49%
TOTAL	201	100%

Près de la moitié des répondants (49%) estime que le matériel devrait, au choix du patient, être soit disponible au centre, soit sur prescription en pharmacie. 37% des médecins estime que c'est à la pharmacie seule de fournir ce matériel et 14% pense que le centre doit être autonome sur ce point.

Graphique 13 : Disponibilité du matériel d'immobilisation au CSNPPT



- Intérêt d'un appareil d'échographie dans le centre

73% des répondants pense qu'un appareil d'échographie serait un atout pour le centre, contre 16% qui le pensent indispensable et 11% qui le trouvent sans intérêt.

Tableau 10 : Intérêt d'un appareil d'échographie à un CSNPPT

APPAREIL D'ECHOGRAPHIE	EFFECTIF	POURCENTAGE
SANS INTERET	22	11%
ATOUT	149	73%
INDISPENSABLE	30	16%
TOTAL	201	100%

#### 4.3.1.2.3. Liens avec les centres de radiographie

- Intérêt de créneaux d'imagerie

Bloquer des créneaux d'imagerie destinés au centre serait un atout pour 55% des répondants et indispensable pour 42% d'entre eux. Seuls 3% des médecins le trouve sans intérêt.

Tableau 11 : Intérêt de créneaux spécifiques de radiologie pour un CSNPPT

CRENEAUX D'IMAGERIE RESERVES	EFFECTIF	POURCENTAGE
SANS INTERET	6	3%
ATOUT	111	55%
INDISPENSABLE	84	42%
TOTAL	201	100%

- Délai d'accès aux radiographies standards

Selon les répondants, les radiographies devraient être disponible dans les moins de 2h si besoin (48%) et dans les moins de 24h si peut attendre (44%). Seuls 8% pense que les radiographies peuvent être faites dans les 48h en systématique.

Tableau 12 : Délai moyen d'accès aux radiographies pour un CSNPPT

DELAIS D'ACCES AUX RADIOGRAPHIES	EFFECTIF	POURCENTAGE
2H	142	71%
24H	131	65%
48H	24	12%

#### 4.3.1.2.4. Autres conditions d'adhésion au CSNPPT

Les autres conditions d'adhésion à un CSNP mentionnées par les médecins sont :

- Des horaires d'ouverture élargis afin de s'intégrer aux plages horaires d'astreinte,
- Limiter la pédiatrie sauf si présence d'un(e) IDE,
- Avoir des spécialistes en lien avec le centre pour avis, ainsi qu'une consultation de suivi si besoin (exemple : consultation de contrôle orthopédique à J8),
- Discuter une revalorisation des actes,
- Accéder à une formation en traumatologie ainsi qu'à l'échographie ostéoarticulaire,
- Nombre d'intervenants : 2 médecins sur place par exemple,
- Améliorer la communication avec un courrier de retour au médecin remis au patient,
- Intégrer le centre dans l'écologie locale,
- Accessibilité sans respect du parcours de soins,
- Radiologie au centre indispensable, écho intéressante,
- Avoir des locaux adaptés,
- Possibilité de transports sanitaires pour transfert si évaluation péjorative,
- Participation sur la base du volontariat,

#### 4.3.1.3. Attractivité des CSNPPT

Plus de la majorité des médecins, soit 57%, ne souhaite pas participer à l'activité d'un tel centre. Sous certaines conditions, 27% des répondants serait d'accord pour y participer et 16% serait intéressé pour y participer sans condition. Ces résultats sont présentés dans le graphique 14.

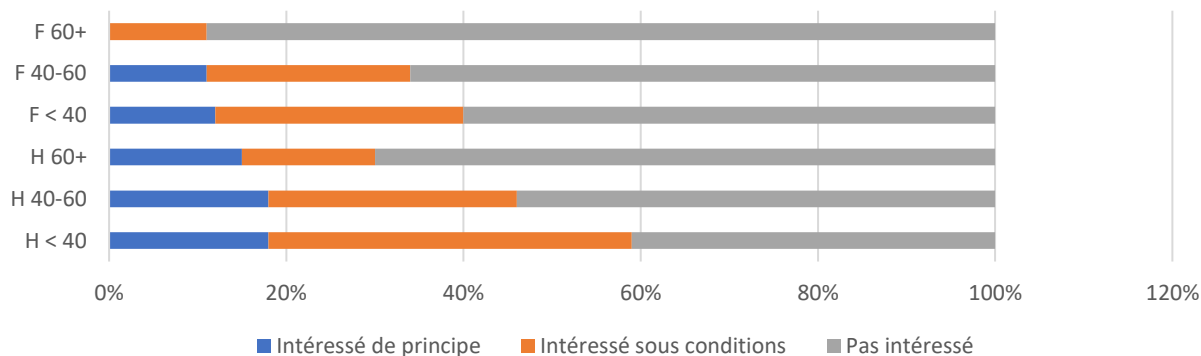


Graphique 14 : Participation à l'activité d'un CSNPPT



Les hommes de moins de 40 ans sont les plus intéressés par ce genre d'activité (41%). Les femmes de plus de 60 ans sont les plus réticentes (89% d'inintéressées).

Graphique 15 : Répartition âge-sexe de l'intérêt porté à la participation d'un CSNPPT



#### 4.3.2. Conditions d'exercice

##### 4.3.2.1. Caractéristiques des CSNPPT

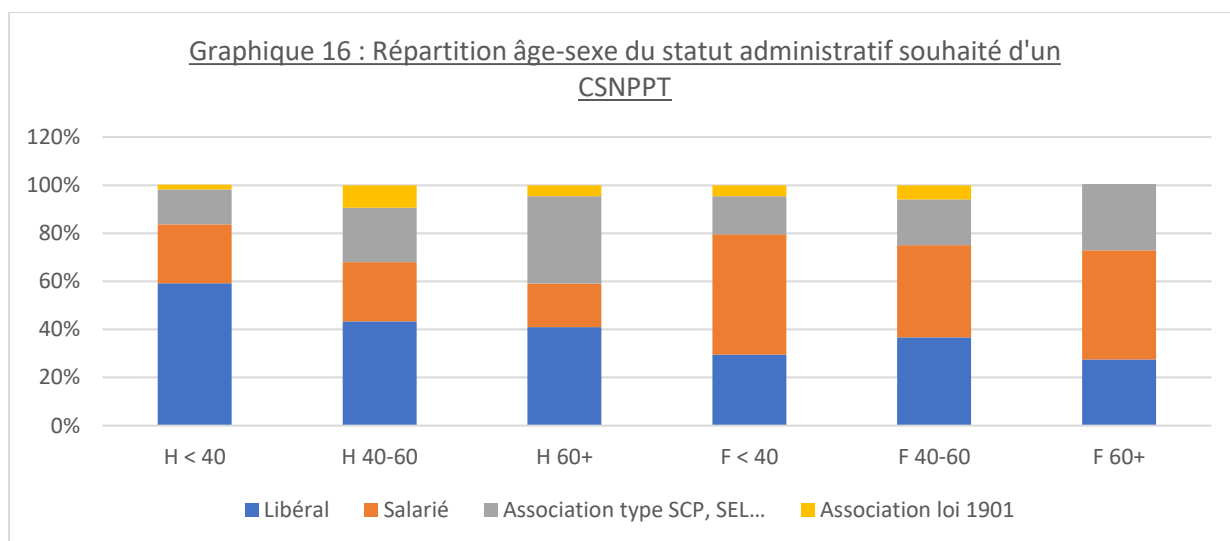
- Statut souhaité

Un statut libéral est souhaité dans 54% des cas, contre 38% salarié, 26% en association type SCP, SEL, etc. et 7% en association loi 1901 (tableau 13).

Tableau 13 : Statut administratif souhaité d'un CSNPPT

STATUT DU CENTRE	EFFECTIF	POURCENTAGE
LIBERAL	110	54%
SALARIE	76	38%
ASSOCIATION TYPE SCP, SEL...	52	26%
ASSOCIATION LOI 1901	13	7%

Le salariat est requis chez 50% des femmes de moins de 40 ans et 45.5% des femmes de plus de 60 ans. 59% des hommes de moins de 40 ans souhaite un statut libéral.



- Amplitude horaire

44% des médecins souhaite une large amplitude horaire (de 8h à minuit tous les jours, y compris dimanches et jours fériés). 24% préfère une ouverture pendant la permanence des soins ambulatoires (PDSA), 18% hors PDSA et 14% sur l'ensemble du nyctémère.

Tableau 14 : Horaires de permanence d'un CSNPPT

HORAIRES DE PERMANENCE	EFFECTIF	POURCENTAGE
24H/7J	28	14%
8H-00H + WEEK-END ET JOURS FERIES	89	44%
PENDANT LA PERMANENCE DES SOINS	47.5	24%
HORS PERMANENCE DES SOINS	36.5	18%
TOTAL	201	100%

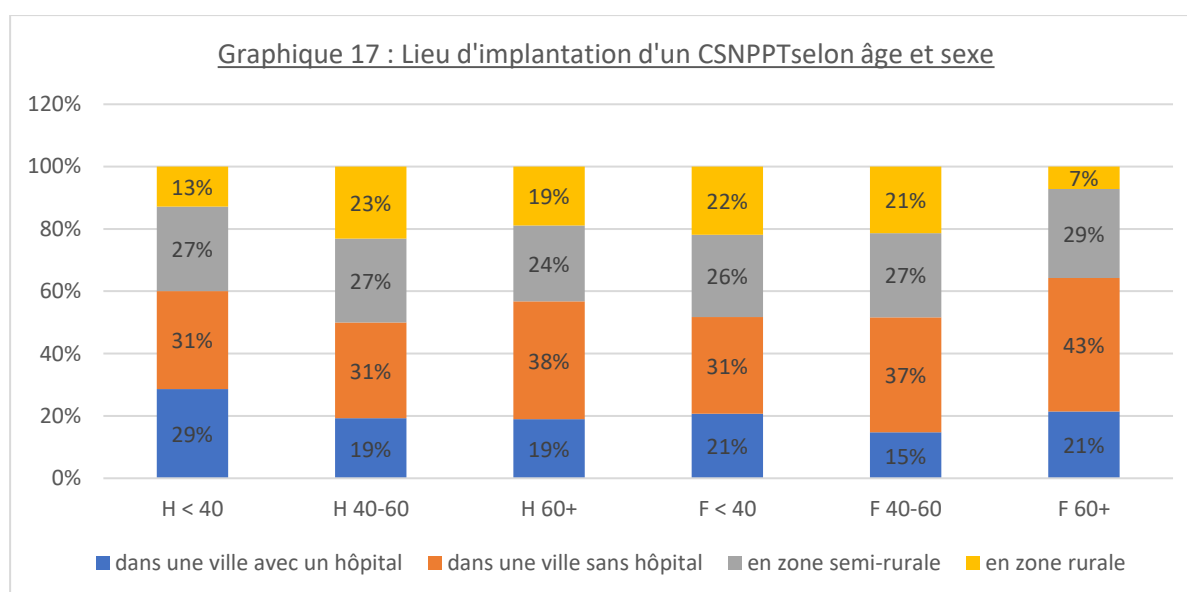
- Lieu d'implantation

66% des médecins estime que le centre devrait se situer dans une ville qui ne possède pas d'hôpital. 53% des répondants estime souhaitable que le centre soit en zone semi-rurale, 41% dans une ville avec hôpital et 39% des répondants souhaite voir le centre s'installer dans une zone rurale.

**Tableau 15 : Lieu d'implantation d'un CSNPPT**

LIEU D'IMPLANTATION DU CENTRE	EFFECTIF	POURCENTAGE
DANS UNE VILLE DOTEE D'UN HOPITAL	83	41%
DANS UNE VILLE NON DOTEE D'UN HOPITAL	134	66%
EN ZONE SEMI-RURALE	107	53%
EN ZONE RURALE	77	39%

Le graphique 17 représente la répartition âge/sexes du lieu d'implantation souhaité.



- **Intervenants paramédicaux**

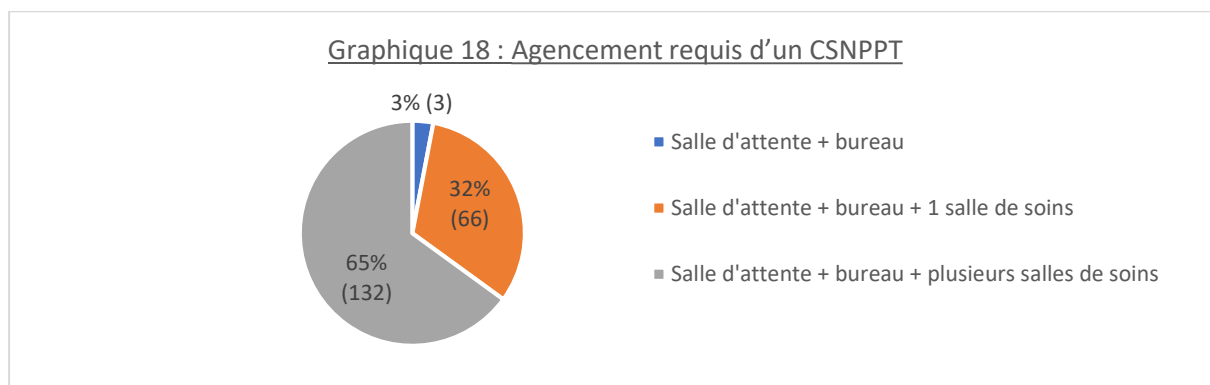
78% des répondants pense que le centre doit employer un(e) secrétaire et pour 74% un(e)/des IDE(s). Un(e) assistant(e) médico-technique est requis dans 34% des cas et un(e) aide-soignant(e) dans 19% des cas. 4% des médecins estime qu'aucun personnel supplémentaire n'est nécessaire à l'activité du centre.

**Tableau 16 : Intervenants paramédicaux souhaités pour l'activité d'un CSNPPT**

PERSONNEL PARAMEDICAL	EFFECTIF	POURCENTAGE
SECRETARE	156	78%
ASSISTANT MEDICO-TECHNIQUE	68	34%
AIDE-SOIGNANT	39	19%
IDE	148	74%
AUCUN	8	4%

- Agencement du centre

Pour 65% des répondants, le centre doit être équipé d'une salle d'attente avec un bureau de consultation et de plusieurs salles de soin. 32% estime qu'une seule salle de soin suffit. 3% ne souhaitent pas de salle de soin du tout (graphique 18).



- Mots-clés pour dénomination d'un CSNPPT

Traumatologie (86%), urgent(ce) (60%) et soins (54%) sont les trois mots que les médecins souhaitent voir apparaître dans le nom d'un CSNP de traumatologie. Suivent les mots consultations (45%), non vitales (37%), non programmés (35%), petite (31%) et sans rendez-vous (20%). Aucun médecin n'a fait de proposition de nom.

Tableau 17 : Dénomination souhaitée d'un CSNPPT

NOM DU CENTRE	EFFECTIF	POURCENTAGE
CONSULTATIONS	90	45%
SOINS	108	54%
NON PROGRAMMES	70	35%
URGENT(CE)	121	60%
PETITE	63	31%
SANS RENDEZ-VOUS	41	20%
TRAUMATOLOGIE	173	86%
NON VITALES	74	37%
AUTRE	0	0%

- Publicité/annonce

L'affichage dans les cabinets (82%) est le mode de publicité le plus plébiscité, suivi du site internet (48%) et de la carte de visite (46%).

Seuls 15% des répondants sont pour une page Facebook (réseau social) et 7% estime qu'aucune publicité n'est nécessaire. Les résultats sont présentés dans le tableau 18.

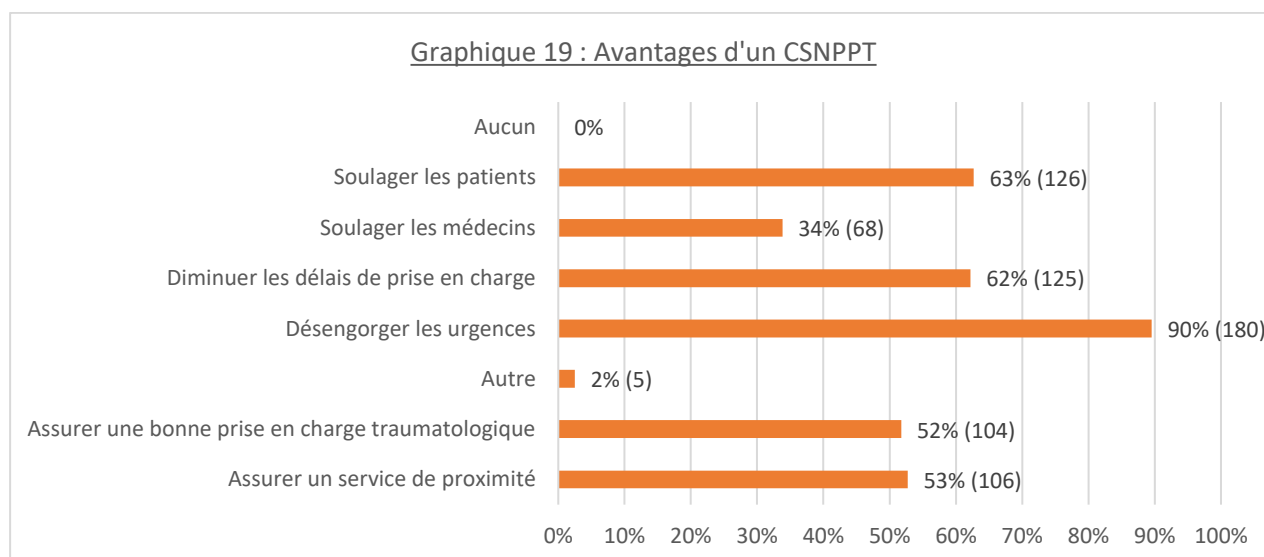
**Tableau 18 : Publicité d'un CSNPPT**

PUBLICITE	EFFECTIF	POURCENTAGE
AUCUNS	15	7%
PAGE FACEBOOK	30	15%
SITE INTERNET	96	48%
AFFICHAGE DANS LES CABINETS	164	82%
CARTE DE VISITE	93	46%

#### 4.3.2.2. Avantages et inconvénients de la création de ce type de centre

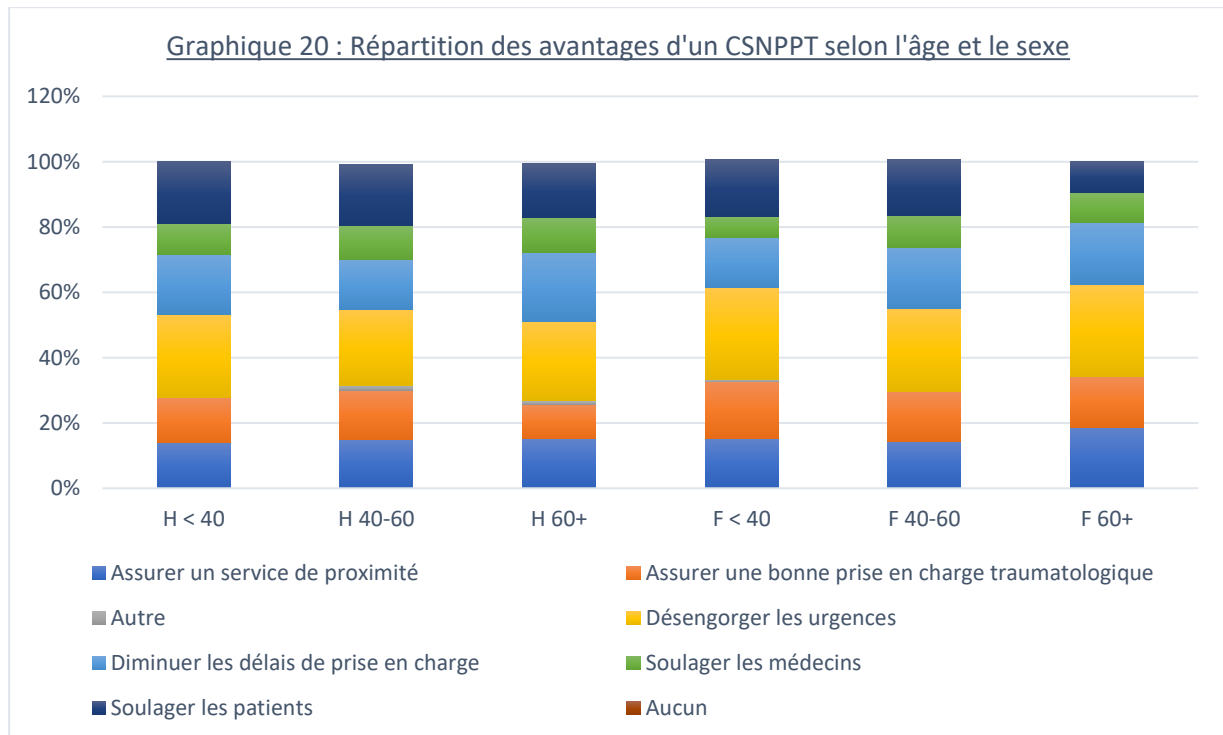
- Avantages

Désengorger les urgences est un avantage d'une CSNP de traumatologie pour 90% des médecins. S'en suivent le soulagement des patients (63%), la diminution des délais de prise en charge de traumatologie (62%), l'assurance d'un service de proximité (53%) et d'une bonne prise en charge traumatologique (52%). Soulager les médecins n'est revenu que dans 34% des réponses.



Les médecins qui se sont exprimé dans « autre » doutent de la viabilité et des avantages du centre :

- Doublon des urgences,
- Répondre à un besoin réellement existant,
- Financement.

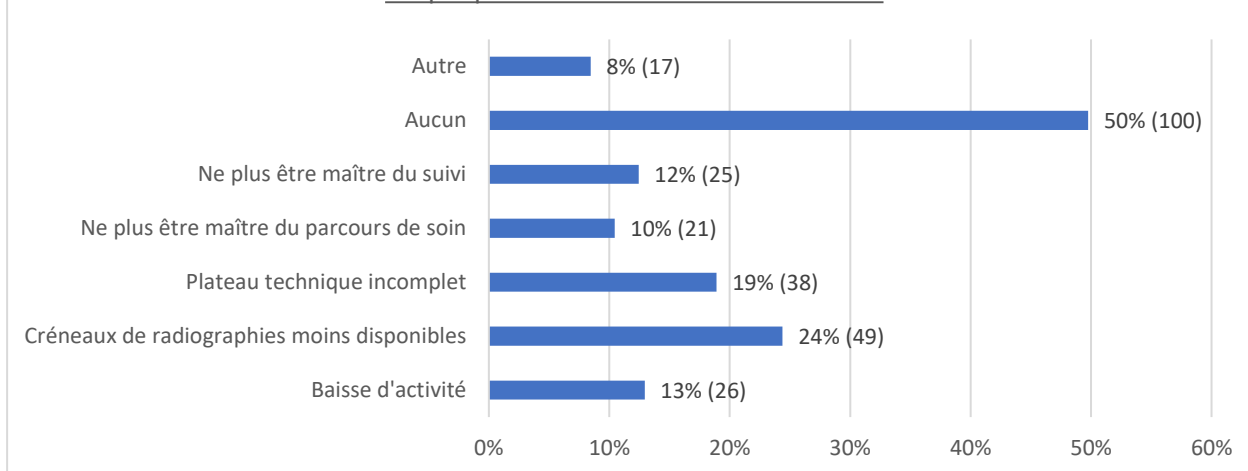


Il n'y a pas de différence de répartition des avantages d'un CSNPPT selon l'âge et le sexe.

- Inconvénients

50% des répondants estime qu'il n'y a aucuns inconvénients à la création de ce type de centre. 24% estime que les créneaux de radiographies seront moins disponibles et 19% évoque leur crainte d'un plateau technique incomplet. Une baisse d'activité du cabinet (13%) ainsi que le fait de ne plus être maître du suivi de son patient (12%), ni de son parcours de soin (10%) sont évoqués parmi les inconvénients.

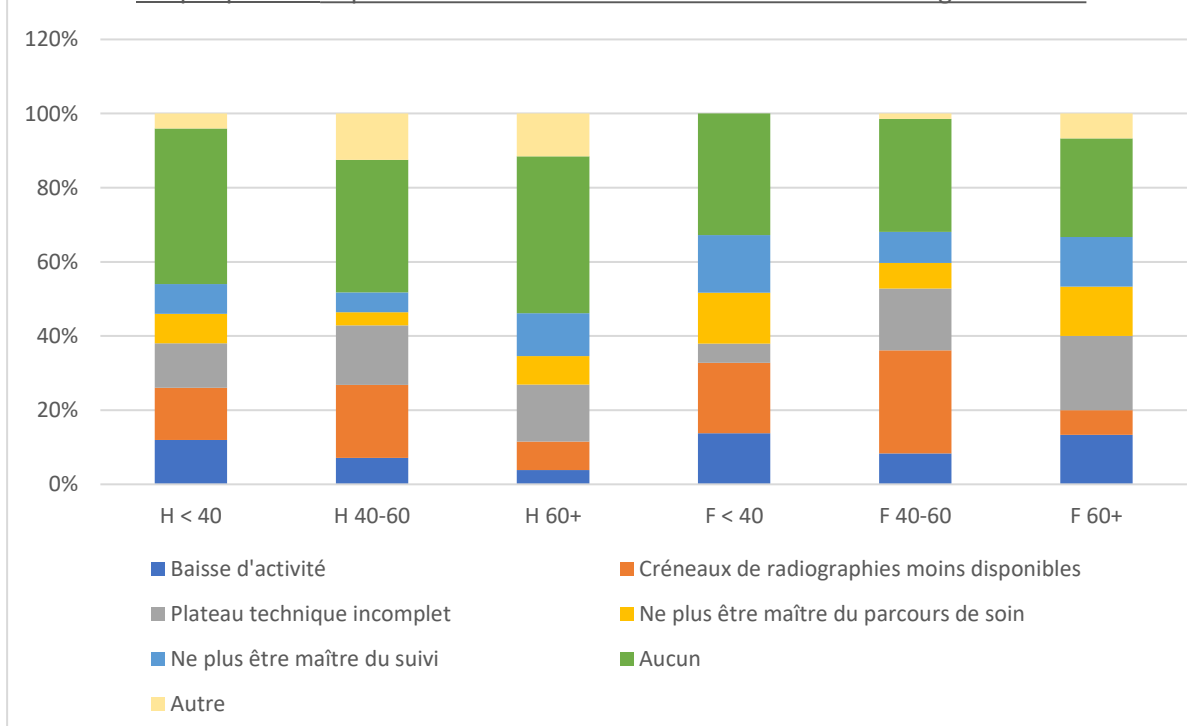
Graphique 21 : Inconvénient d'un CSNPPT



Les médecins ayant répondu « autre » mentionnent comme inconvénients :

- Une segmentation du système de soin et une diminution de la polyvalence de l'activité du médecin généraliste en le détournant de la petite traumatologie d'urgence,
- Un manque de médecins disponibles,
- La difficulté de réorientation des patients ne relevant pas de l'activité de la structure.

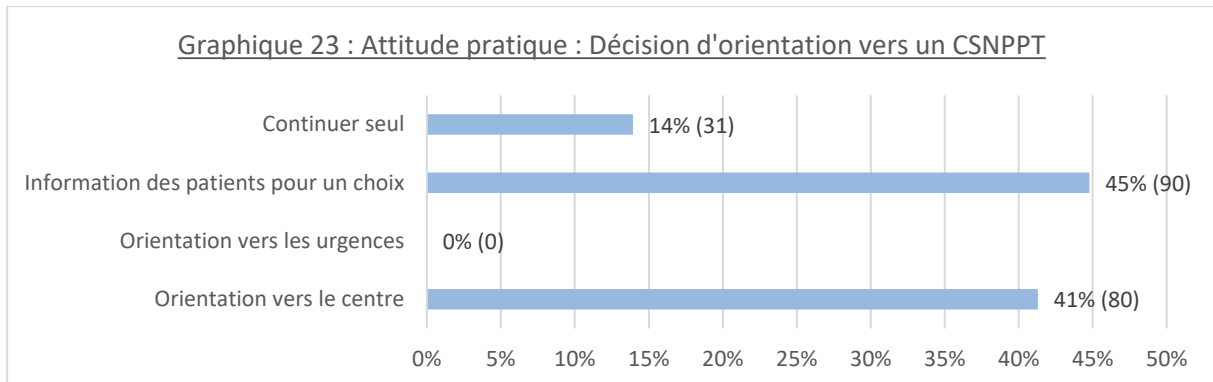
Graphique 22 : Répartition des inconvénients d'un CSNPPT selon l'âge et le sexe



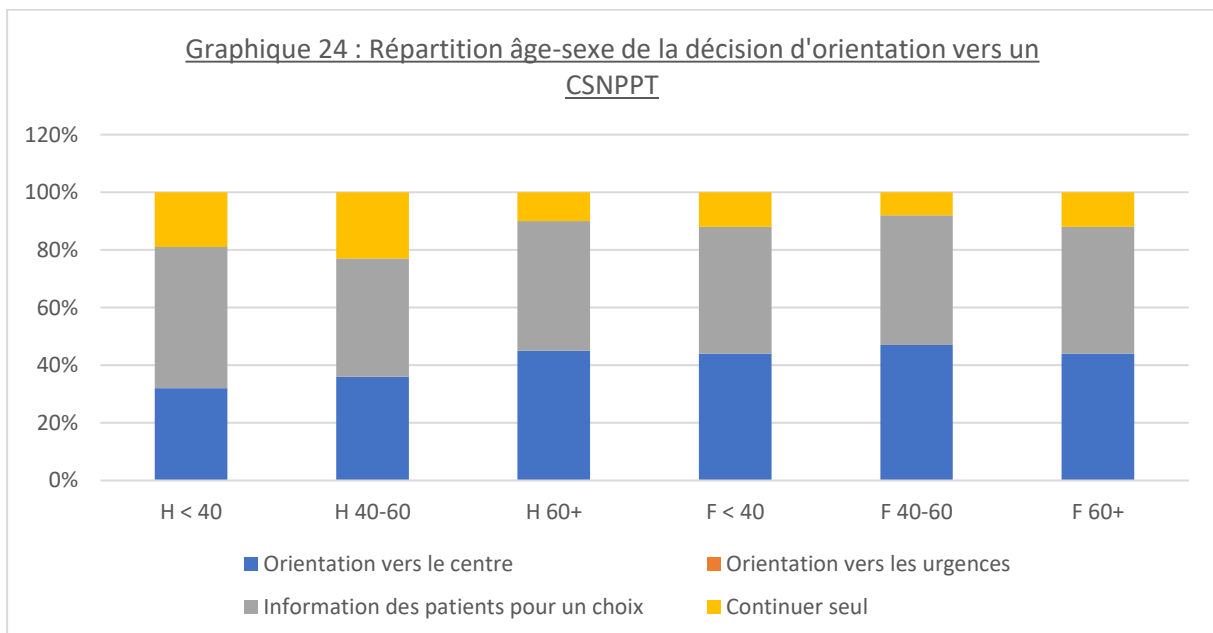
Les femmes déclarent globalement plus d'inconvénients que les hommes devant ce type d'initiative.

### 4.3.2.3. Décision finale des médecins vis-à-vis de l'orientation de leurs patients

Informer les patients pour un choix entre le cabinet, les urgences et le centre est l'option retenue par 45% des médecins. Pour 40%, c'est l'orientation directe vers le centre qui est choisie. 15% des répondants préfèrent continuer à gérer la petite traumatologie seuls. Aucun des répondants n'oriente directement vers les urgences. Le graphique 23 présente ces résultats.



La décision d'orientation des femmes n'est pas influencée par l'âge. Les hommes de moins de 60 ans ont plus tendance à continuer seuls (graphique 24).





## V. DISCUSSION

### **5.1. Critique de l'étude**

La recherche d'alternatives aux passages dans les services d'urgence est un sujet d'actualité. L'objectif principal de cette étude était de conceptualiser un modèle de CSNPPT à partir de l'opinion et donc des besoins des médecins généralistes. D'une part, il s'agit d'une proposition originale de réorganisation de la PDS, d'autre part, modéliser à partir de l'avis des MG est peu fréquent, car profession peu concertée pour ce type d'initiative.

Il existe, à notre connaissance, peu de données de littérature sur ce sujet spécifique. Un parallèle peut être effectué avec les cabinets de haute montagne qui sont équipés d'un petit plateau technique, mais il s'agit là d'une spécificité de zone (8,14–16). Les MMG peuvent être un modèle comparable, mais non spécifique de la traumatologie et peu répartis sur le territoire de Nouvelle-Aquitaine (17–19).

Le questionnaire était anonyme, et les réponses n'ont pas été influencées par un investigateur, évitant ainsi un biais de recueil. Un autre élément satisfaisant a été que plusieurs médecins ont laissé un commentaire libre en répondant au questionnaire, ce qui prouve leur implication pour le sujet.

Connaître l'activité traumatologique actuelle des médecins généralistes au cabinet permet de mieux cerner les difficultés de cette pratique et ainsi, d'apporter des solutions. Le questionnaire était donc ciblé sur ce thème.

Les principales faiblesses de ce travail ont été d'ordre méthodologique.

#### Dans l'élaboration du questionnaire

De nombreux travaux de thèse au sujet de la pratique de la petite traumatologie au cabinet existent déjà. Cependant, connaître les difficultés rencontrées par les généralistes dans la gestion de la petite traumatologie permet de mieux cerner les points d'amélioration.

Pour en faciliter l'adhésion et le taux de réponses, le nombre de questions a dû être limité. De plus, le fait d'avoir des questions fermées oriente les réponses obtenues constituant ainsi un biais de désirabilité.

Par ailleurs, le choix de la tranche d'âge 40-60 a été trop large, occasionnant un déséquilibre des sous-groupes. Cependant, il est intéressant de voir la différence entre deux groupes de médecins : les plus jeunes, acteurs de demain, et les plus anciens, qui partiront à la retraite.

#### Diffusion difficile des questionnaires

Une diffusion par mail du questionnaire offre peu de probabilité de réponse. D'autres relances auraient dû être faites. De plus, il y a potentiellement plus de réponse des jeunes médecins qui maîtrisent mieux l'outil. La pondération a pu servir à rééquilibrer ce biais.

La diffusion du questionnaire ne s'est pas faite sur tous les départements de Nouvelle-Aquitaine. En effet, je me suis retrouvée confronté à un certain nombre de refus des CDOM. Le motif étant que « les médecins en ont marre » de répondre à des questionnaires de thèse. Les CDOM des Pyrénées-Atlantiques, Landes, Lot-Et-Garonne, Charentes-Maritimes, Haute-Vienne et Creuse ont soit refusé de diffuser le questionnaire, soit proposé de le diffuser sur leurs sites internet (très peu consultés par les médecins), soit refusé d'emblée la diffusion. Le CDOM de la Gironde a joué le jeu en acceptant la diffusion par mail à tous les médecins généralistes dont l'adresse mail était répertoriée. Mes réponses sont donc essentiellement des médecins de Gironde, département plutôt « urbain » qui possède de grosses structures d'urgences, occasionnant un biais de sélection.

### Une faible représentativité

Cette étude ayant pour population les médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine n'a eu que très peu de réponses : 201 réponses sur une population de presque 6000 généralistes (13), soit 3.4% de la population totale, occasionnant une très faible représentativité.

Un nombre de réponses supérieur aurait été souhaitable mais malheureusement, les questionnaires étant anonymes, je n'ai pas pu effectuer de relance ciblée.

Pour ce manque de réponses, on peut se poser la question de l'intérêt des médecins généralistes pour le sujet de la petite traumatologie et donc sur l'existence de centres de ce type. On peut formuler plusieurs hypothèses :

- Les médecins ne souhaitent plus répondre aux questionnaires de thèse tant ils en reçoivent au quotidien, en sus des charges administratives du cabinet ;
- Les médecins ne montrent pas ou peu d'intérêt pour l'idée de structure qu'ils ne pensent pas viable et n'ont pas le souhait d'y participer
- Aussi, on peut se dire qu'il existe un biais affectif des médecins ayant répondu au questionnaire et qu'ils ont potentiellement de l'intérêt pour le domaine de la traumatologie et plus de diplômes dans ce secteur de pratique.

Par ailleurs, pour améliorer ma méthodologie, et donc ma représentativité, j'ai eu recours à la technique de pondération, mais uniquement sur 2 critères démographiques (âge et sexe), ce qui est peu. Ceci diminue le seuil de représentativité. En effet, je n'ai pas eu accès à plus de données sur le site Cartosanté. Cette méthode a permis un échantillonnage non pas en amont, mais à postériori, ce qui n'est pas la règle.

## **5.2. Caractéristiques démographiques et devenir de la petite traumatologie en cabinet**

### Féminisation de la profession et formation à la traumatologie

On constate que les femmes prédominent dans la tranche des moins de 40 ans. Ces données correspondent à celles de plusieurs travaux de thèses ainsi qu'aux données de la DREES (10,12,20–22). Il existe en effet depuis quelques années une modification des caractéristiques de la profession médicale : plus jeune et plus féminine.

Ainsi, les travaux de thèse précédemment cités ont montré que le profil-type du médecin généraliste « traumatologue » est celui d'un homme cinquantenaire exerçant en milieu rural. Ce profil sera donc déficitaire d'ici quelques années. L'avis du sous-groupe « femmes-jeunes » concernant la modélisation d'un CSNPPT est à prendre en considération car elles prédomineront d'ici quelques années.

Les médecins de l'échantillon sont 58% à n'avoir aucune formation complémentaire en traumatologie. Ainsi, selon la tendance, il risque d'y avoir de moins en moins de médecins formés à la traumatologie d'ici quelques années, d'autant plus que les hommes ont plus tendance à se former (12). Dans le même sens, les hommes de mon échantillon ont une activité plus variée et déclarent moins de problèmes à gérer cette pratique (12,21). On peut donc se poser la question de la formation des internes et des généralistes en traumatologie : Faut-il insister sur la formation initiale des étudiants ? Faut-il proposer des formations post-universitaires de traumatologie aux généralistes ?

### Une mutualisation des moyens

Par ailleurs, les  $\frac{3}{4}$  de l'échantillon a un exercice en groupe. Le fait de mutualiser les moyens humains et matériels permet une organisation de travail optimisée. Ce mode de pratique est mis en valeur par la réforme de santé actuelle, évitant aussi la désertification médicale (2). Pour autant, dans mon échantillon, on ne constatait pas de différence entre les médecins travaillant en groupe et ceux travaillant seuls concernant les compétences, le matériel et le taux de traumatologie au cabinet. Ainsi, la fréquence de pratique de la traumatologie dans ce travail est la même, que le médecin travaille seul ou en groupe. Les hommes de plus de 60 ans se démarquent par leur exercice seul (40%).

Autre élément, selon la DREES et le travail de DROZ-BARTHOLET (10,22), les femmes médecins ont tendance à diminuer leur temps de travail par rapport à leur homologue masculin et ont un attrait pour le salariat (23) ; argument supplémentaire attestant que l'offre de soin libérale diminuera probablement dans le futur.

Les nouvelles générations de médecins tendent plus à travailler en groupe et à mutualiser les moyens et les énergies. On peut donc anticiper sur d'éventuelles conséquences organisationnelles sur un éventuel CSNPPT.

#### Proximité des autres structures de soin

Dans mon échantillon, il n'y a pas de différence d'âge, de sexe, ni de pratique des gestes techniques selon la proximité d'un service d'urgences (tableau 4). Alors que d'après les données de la littérature, il existe une pratique décroissante des gestes techniques en cabinet du fait de la proximité d'une structure d'urgence (12,24). Ainsi, l'étude de DUBOIS JACQUES montre une prédominance rurale des gestes techniques (21).

Cela vient peut-être du fait que les répondants ont potentiellement plus d'attrait pour la traumatologie, et pratiquent donc plus de gestes que leurs confrères non répondants.

#### Prescription de radiographies

83% de l'échantillon ne prescrit pas systématiquement de radiographies. On peut alors se demander s'il faut équiper un CSNPPT de matériel d'imagerie. En effet, les compétences cliniques du médecin sont à prendre en considération tout comme la proximité d'un cabinet de radiologie(25).

### **5.3. Modélisation du CSNPPT idéal selon les médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine**

Les cabinets de montagne font office de parallèle intéressant pour modéliser un CSNPPT. Par définition, ils sont difficiles d'accès et loin de toute structure hospitalière et radiologique, à proximité des stations de ski où le taux de traumatologie est élevé à cause des sports d'hiver. Ils doivent être équipé d'un petit plateau technique de traumatologie.

L'ARS Rhône-Alpes a élaboré un cahier des charges portant sur la labellisation des cabinets de montagne avec petit plateau technique (annexe 2) avec lequel ce travail peut être comparé.

Ainsi, les critères opposables d'un cabinet de montagne sont les suivants :

- La taille de la station
- Le nombre de barquettes
- La distance à un établissement hospitalier
- Le personnel
- Le matériel
- Le système d'information
- Les locaux

Aussi, on peut se demander si ces critères sont applicables à un CNSPPT.

### Les intervenants

Selon l'échantillon, le CNSPPT doit fonctionner avec des médecins urgentistes ou généralistes. Ceux-ci doivent, au minimum, être formés en traumatologie. Leur nombre n'a pas été détaillé dans ce travail. Selon l'ARS Rhône-Alpes, un cabinet de montagne de niveau 1 doit fonctionner au moins avec un médecin généraliste.

Plusieurs diplômes de traumatologie et de médecine du sport existent et sont accessibles aux généralistes et urgentistes :

- DIU des urgences traumatologiques de Paris 13, Paris Sud et Rennes 1 ;
- DU de traumatologie d'urgence de l'université de Lille ;
- DU et DIU de traumatologie du sport de l'université de Bourgogne et Paris Sorbonne ;
- DIU Médecine et traumatologie du sport des universités de Bourgogne, Nancy, Paris et Strasbourg ;
- DU et congrès de traumatologie à l'usage de l'urgentiste de Grenoble (26)
- DIU Pathologie locomotrice liée à la pratique du sport de Grenoble, Lyon 1 et Marseille ;
- DU interdisciplinaire de traumatologie du sport à Paris Sorbonne ;
- DU et DIU Pathologie de l'appareil locomoteur appliquée au sport de Rennes 1 et Paris Diderot ;
- Journée et congrès de traumatologie du sport de la Pitié-Salpêtrière ;
- Congrès de traumatologie et Médecine du sport organisés par la Société Française de Traumatologie du Sport (SFTS) (27)
- Capacité de Médecine et Biologie du Sport de Marseille II, Amiens, Angers, Bordeaux II, Brest, Caen, Clermont-Ferrand I, Dijon, Lille II, Limoges, Lyon I, Montpellier I, Nancy I, Nantes, Paris VI Pierre et Marie Curie, Paris XIII Bobigny, Poitiers, Reims, Rennes I, Rouen, Saint-Etienne, Strasbourg I, Toulouse III, Tours (28)
- Formation spécialisée transversale en médecine du sport à partir de 2020
- Formation Médicale Continue (FMC) dont Médecine et Traumatologie du Sport de Lyon 1
- Atelier de gestes techniques dans les universités dont celui de l'université de Bordeaux (optionnel) possédant 2 sessions de traumatologie (Annexe 3).

La présence de personnel paramédical est souhaitée : les IDE et les secrétaires sont revendiqués par les  $\frac{3}{4}$  de l'échantillon. En effet, ces deux professions peuvent permettre au médecin de se décharger afin de se focaliser sur les tâches purement médicales (Annexe 4).

Ainsi, d'après les thèses de CLAUDE, NAVARRE et CHABRIDON, leur présence permet une amélioration de la durée et de la qualité de prise en charge traumatologique avec une meilleure gestion de la douleur (16,29). Tout dépend par contre de la taille du centre et des coûts engendrés par l'embauche de personnel.

Un secrétariat s'occupant de la partie administrative apporte un bénéfice sur le temps médical libéré.(30)

La présence d'IDE dans un CSNPPT peut apporter une aide technique précieuse dans les gestes de traumatologie : coordination, tri, soins, notamment la réalisation d'immobilisation rigide (résine ou plâtre) à quatre mains (29). Les IDE peuvent également s'occuper de la gestion administrative, permettant ainsi de limiter les coûts d'embauche d'un secrétariat.

34% de l'échantillon pense que le métier d'assistant médical, proposé par Mme La Ministre de la Santé et des Solidarités Agnès Buzyn pour le plan santé (31), pourrait être utile dans ce type de structure. Comme le souligne MG France dans sa conférence de presse du 26 Juin 2019, « il s'agit d'un assistant du cabinet de médecine générale qui intervient avant, pendant et après la consultation, rendant au médecin du temps médical disponible en le libérant des tâches les plus chronophages, et en améliorant la qualité des soins en facilitant le suivi médical »(32)

### Le plateau technique

En traumatologie, l'antalgie est assurée par plusieurs moyens :

- Les méthodes médicamenteuses sont utiles pour équiper le CSNPPT selon les médecins de l'étude (MEOPA, anesthésiques locaux et antalgiques palier I, II et III). Les Anti-Inflammatoires Non-Stéroïdiens (AINS), non décrit dans ce travail, peuvent également en faire partie car préconisés en traumatologie(33,34). Chez l'enfant, il existe des protocoles d'analgésie qui nécessitent d'être équipé d'antalgiques adaptés et de kits de perfusion (35);
- Les méthodes physiques :
  - o Par exemple le protocole GREC pour les entorses de cheville : Glaçage, Repos, Elévation et Contention. Cela nécessite donc d'être équipé d'un congélateur et de méthodes de contention ;
  - o Traitement orthopédique conservateur, avec l'immobilisation par contention souple (attelle, strapping) ou rigide (résine ou plâtre) ; matériel qui doit être disponible sur place et/ou sur prescription à la pharmacie selon l'échantillon.

- Les médecines douces : l'acupuncture et l'hypnose, proposées par quelques médecins de l'échantillon, nécessitent une formation. Ces compétences peuvent être déléguées à des IDE formés.

L'imagerie fait partie intégrante du diagnostic traumatologique en sus de la clinique. Elle peut être nécessaire pour équiper un CSNPPT. Deux types d'examen font référence en la matière : la radiographie et l'échographie. Ils font partie des critères socles proposés dans le cahier des charges de l'ARS Rhône-Alpes (14).

Equiper un CSNPPT d'un appareil de radiographie peut être un frein financier mais également de sécurité. En effet, ceci équivaldrait à être pourvu de l'appareil en lui-même ainsi que des équipements de radioprotection et de locaux adaptés (plombés) du fait des irradiations. L'embauche d'un manipulateur radio est également à prendre en compte tout comme un médecin diplômé en radioprotection (14).

Ainsi, une alternative moins coûteuse pourrait être d'avoir une convention avec un ou des cabinets de radiologie limitrophes du CSNPPT afin d'avoir un accès facile à des radiographies. Deux inconvénients apparaissent cependant : la mise en « concurrence » du CSNPPT avec les généralistes libéraux concernant les créneaux d'imagerie d'urgence (crainte de 24% de l'échantillon) et la question du transfert des patients traumatisés, notamment des membres inférieurs, vers le centre de radiologie (douleur, instabilité si fracture).

L'échographie semble être une alternative intéressante et complémentaire de la radiographie d'un point de vue pratique et financier. Elle est peu coûteuse, ne nécessite pas de protection du personnel ni d'aménagement des locaux et d'un intérêt clinique et diagnostic indéniable. Cet examen peut permettre de diagnostiquer des lésions ligamentaires et tendineuses, mais également des lésions osseuses, même indétectables par la radiographie, comme le cite le British Journal Sports Medicine dans son édition du 24 Décembre 2014 (36–38). Cependant elle est opérateur-dépendant et nécessite une formation (38).

L'ARS Rhône-Alpes, dans ses cabinets de montagne avec petit plateau technique, quant à elle, préconise plutôt un équipement radiographique. L'échographie apparaissant comme possible mais non indispensable. L'échantillon de cette étude va dans le sens de ces résultats : 73% pense l'échographie comme un atout contre 16% indispensable ; 42% de l'échantillon pense des créneaux radiographiques indispensable, contre 55% comme un atout.



### Délais de prise en charge / horaires d'ouverture / amplitude horaire

Selon la DREES, les recours urgents ou non programmés en cabinet de médecine générale ont essentiellement lieu en journée (8h-20h) (3). Aux urgences, la fréquentation est équivalente la semaine et le week-end (28%), avec des pics journaliers. La nuit, ces recours sont plus faibles, notamment dans la tranche 01h-7h. (39)

Pour soutenir les services d'urgence et la médecine de ville, le CSNPPT doit être effectif aux heures ouvrables des cabinets et peut également s'inclure dans la PDSA (40).

Ainsi, le principe du sans rendez-vous est préconisé par l'échantillon en journée la semaine et le week-end. Les horaires 8h-00h sont préconisés par l'échantillon.

Concernant les délais de prise en charge, tout dépend de l'urgence traumatique et de la douleur, comme le signale un des médecins de l'échantillon : une fracture déplacée et une entorse bénigne de cheville ne sont pas prise en charge de la même façon. Tout de même, 47% de l'effectif estime qu'un délai de prise en charge de 2h est souhaitable. Cela dépend d'une part du traumatisme en lui-même, mais également de la demande de soins dans le centre. S'il y a peu de demandes, ce délai ne semble pas « légitime ».

### Locaux

65% de l'échantillon pense que le CSNPPT doit être agencé avec un bureau, une salle d'attente et plusieurs salles de soins. Dans le même sens, l'ARS Rhône-Alpes avec son cahier des charges préconise une salle d'attente, une salle de consultation, une salle d'immobilisation et/ou de suture, une salle de radiologie et un espace secrétariat (14). Cela peut dépendre de la taille du CSNPPT et de sa localisation.

La localisation du centre doit tenir compte de la demande territoriale et des déserts médicaux répertoriés (41). L'installation en zone sous dotée ou sans hôpital de proximité est intéressante parce que le principe d'un financement de ce type de centre se pose, mais aussi son intérêt pour désengorger les urgences. Si un CSNPPT s'installe dans une zone où il n'y aura que peu ou pas de passages, cela remet en question le bénéfice sur l'affluence dans les services d'urgence de proximité mais aussi impose un salariat et ne permet pas de développer une structure libérale autofinancée. L'échantillon préconise tout de même que le centre soit situé dans une ville non dotée d'un hôpital de proximité.

Un CSNPPT localisé dans une maison de santé pluriprofessionnelle ou accolé à un service d'urgences comme les MMG serait peut-être de vigueur étant donné les attentes actuelles des professionnels(10,17-19) ainsi que celles du gouvernement (2,31).

### Le statut administratif d'un CSNPPT

L'échantillon plébiscite le libéral comme statut administratif du centre. Ceci est peut-être dû au fait que les médecins interrogés sont eux-mêmes des libéraux et qu'ils en ont fait le choix. Cependant, cela peut représenter un potentiel danger, notamment du point de vue du financement. 38% sollicite un statut salarial, allant ainsi dans le sens de la DRESS (10). Les femmes de notre échantillon sont les médecins les plus intéressés par le salariat.

L'exercice en association n'est concerné que par 33% de l'échantillon. Ce mode de fonctionnement a pourtant de l'avenir étant donné qu'il est « souhaité » par le gouvernement (2) et par les jeunes médecins.

L'ARS Rhône-Alpes, quant à elle, soutient un modèle en association en stipulant dans son cahier des charges que : « Le soutien financier sera apporté à la structure qui devra à minima être constituée en association ou regroupée sous une autre entité juridique telle qu'en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) ou en société coopérative d'intérêt collectif (SCIC). » (14)

### Les conditions évoquées par les médecins

Parmi les conditions évoquées par les médecins, l'accès à un avis spécialisé est évoqué, tout comme la mise en place d'une consultation de contrôle. Ainsi, à Agen par exemple, il existe une consultation de traumatologie post-urgence au sein de l'hôpital. Une radiographie de contrôle peut y être effectuée tout comme l'ablation du plâtre après consolidation (42). L'intervention d'un spécialiste au sein du centre pourrait également être intéressante. Cependant, elle demande des délais d'avis qui sont déjà long au sein même d'une structure d'urgences d'un hôpital. Cela paraît donc inadapté au sein d'une structure légère telle qu'un CSNPPT. Contacter un spécialiste de garde, par exemple aux urgences de proximité, pourrait convenir afin de décider avec lui d'une prise en charge initiale adaptée et consensuelle le temps d'obtenir une consultation spécialisée post-urgence dans des délais appropriés.

L'amélioration du lien entre professionnels de santé (ville-hôpital) est de rigueur afin d'accéder à cette condition. Aussi, la question du mode d'orientation peut se poser :

- Via le 15 ?
- Via un numéro spécifique (43) ?
- Présentation spontanée des patients ?

Certains répondants proposent d'intégrer l'activité du CSNPPT à la permanence des soins ambulatoires, la rendant ainsi « obligatoire », quand d'autres souhaitent que cette activité se fasse sur la base du volontariat.

Les 6 médecins de l'étude pratiquant plus de 50% de traumatologie au cabinet sont également ceux qui ont des compétences supplémentaires (médecins du sport, anciens urgentistes, etc.). Ces médecins ont eu un attrait pour le libéral et ont potentiellement le profil pour s'investir dans les CSNPPT.

Dans l'échantillon, certains médecins mentionnent le cas particulier de la traumatologie pédiatrique. L'indispensable adaptation posologique et leur système osseux immature (cartilages de croissance) nécessitent une maîtrise de leur prise en charge (44).

Cette population particulière devrait, selon certains commentaires libres, continuer à être gérée aux urgences pédiatriques.

Dans la plupart des structures d'urgences, les pédiatres ne prennent pas en charge la traumatologie et ne voient que la pédiatrie médicale. Celle-ci est alors confiée soit à des internes de chirurgie, soit orientée vers les urgences générales adulte. Par ailleurs, les formations de traumatologie d'urgence intègrent un module de traumatologie pédiatrique qui, pour des médecins formés, leur permet de prendre en charge la pathologie orthopédique pédiatrique aux urgences, en tenant compte de ses particularités diagnostiques et de prise en charge. Sachant que la traumatologie pédiatrique est très peu chirurgicale et nécessite souvent une prise en charge orthopédique pure avec ou sans réduction qui peut se réaliser hors plateau technique lourd. Cela suppose néanmoins que les médecins des CSNPPT soient formés à traumatologie adulte et pédiatrique, et disposent de MEOPA.

Selon le traumatisme, une prise en charge chirurgicale peut-être indiquée, et certains médecins ont mentionné la question du transfert sanitaire. Cependant, le centre concerne la prise en charge de patients ambulatoires, qui peuvent donc, après immobilisation préalable, se déplacer vers le bloc opératoire.

### Publicité

82% de l'échantillon préfère une publicité via un affichage dans les cabinets médicaux. Selon le conseil national de l'ordre des médecins, l'article 19 du code de déontologie médicale relatif à l'interdiction de la publicité stipule que « La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale » (45).

Ainsi, le nom affiché pour annoncer le centre a toute son importance mais ne doit cependant pas être exposé de sorte qu'il ait une apparence commerciale.

Les mots-clés « traumatologie », « urgent-ce » et « soins » doivent apparaître dans le nom du centre selon la majorité de l'échantillon (tableau 18). Par ailleurs, une distinction doit être faite en la publicité et le devoir d'informations. En effet, il est important, pour la viabilité de ce type de structure, que le public accède à une information, notamment, si elle est créée sur un mode libéral.

#### Avantages / Inconvénients

La mission première d'un CSNPPT est de participer à la prise en charge des soins non programmés de petite traumatologie. Ainsi, les avantages relatifs au CSNPPT sont mentionnés 714 fois (graphique 19). En parallèle, 50% de l'échantillon estime qu'il n'y a pas d'inconvénient à ce type de structure (graphique 21).

Certains inconvénients sont détaillés dans le paragraphe suivant « Pistes de réflexion ».

#### Adhésion

Il existe une adhésion globale à l'idée de création des CSNPPT : 45% des médecins ferait le choix d'informer les patients et 41% orienterait vers le centre, soit un total de 86% de médecins favorables.

### **5.4. Pistes de réflexion**

Les résultats de ce travail sont contradictoires et rendent difficiles une modélisation de la structure. En effet, les médecins souhaitent un statut libéral alors que le salariat prend de l'ampleur ; mais souhaitent également une participation sur la base du volontariat alors que la démographie médicale diminue. (10)

On peut donc se demander quelles sont les missions primaires de ce type de centre.

Il convient en effet de prendre en compte les spécificités territoriales et ainsi s'adapter aux besoins des populations. On peut donc se demander si ce type de structure est adapté partout.

En Nouvelle-Aquitaine, les stations balnéaires de la côte Atlantique, l'été, et les stations de ski des Pyrénées, l'hiver, sont des lieux qui font face à un afflux de population avec une augmentation potentielle du risque traumatique. Dans ces endroits, un CSNPPT serait à priori adapté aux besoins de la population locale et saisonnière.

Il convient de ne pas être systématique, de s'adapter aux spécificités de zone et de faire en fonction de ce qui existe déjà. Ce système doit donc être souple.

Un cadre légal doit également être posé. Définir le champ de compétences et la responsabilité du CSNPPT apparaît nécessaire :

- Qu'est-ce que la petite traumatologie ?
- Quelles sont les pathologies concernées ?
- Qui doit intervenir ?
- Avec quels financements ?
- Etc.

Ainsi, un consensus pourrait aider à cibler les objectifs de ce type de structure, sans pour autant être rigide.

La question spécifique du financement n'a volontairement pas été abordée dans ce travail. Certains médecins l'ont soulevé dans les commentaires libres. Effectivement, la création de ce type de structure ne peut pas engendrer un coût supérieur aux structures déjà existantes. Développer la prise en charge de la petite traumatologie au sein même d'une structure préexistante telle qu'une maison de santé pluriprofessionnelle ou un centre de santé, pourrait en partie répondre à la question.

D'une part, cela diminuerait les coûts de financement en proposant des locaux préexistants, d'autre part, les médecins et d'autres professionnels de santé seraient déjà sur place. Dans ce cas, il convient de perfectionner la formation des médecins et de trouver un système incitatif afin d'améliorer leur adhésion au projet. On peut donc se poser la question d'une aide financière pour la formation des médecins et/ou pour revaloriser les actes de traumatologie. Aussi, un financement par les ARS pourrait intervenir via le Fond d'Intervention Régional (FIR) qui finance des actions et expérimentations validées par les ARS (46).

Ce travail de thèse, avec ses défauts, ouvre des pistes de réflexion à un problème de santé publique : la gestion des soins non programmés de petite traumatologie. Sa faible représentativité ne permet pas de résumer les pratiques et besoins des généralistes de Nouvelle-Aquitaine, mais donne une idée de leurs attentes. Il peut servir de base de départ pour un travail approfondi.

## VI. CONCLUSION

Le renforcement des soins non programmés est actuellement un enjeu de santé publique (1,31). Réorienter les patients vers la médecine de ville pour désengorger les services d'urgences saturés nécessite la participation et la disponibilité des médecins généralistes.

Il y a, depuis quelques années, un chassé-croisé de générations de médecins : les femmes jeunes sont de plus en plus nombreuses. Etant donné cette évolution démographique tendancielle et le profil-type du médecin traumatologue (homme cinquantenaire), on peut penser que la petite traumatologie sera de plus en plus abandonnée en cabinet de médecine générale.

Ainsi, pour participer au désengorgement des services d'urgences, la création de centres de soins non programmés dédiés à la petite traumatologie apparaît comme une solution alternative pour absorber, en partie, les 33% de patients traumatisés se présentant aux SAU de Nouvelle-Aquitaine (7).

Connaître les attentes et les besoins des médecins généralistes en termes humains, matériels et organisationnels d'un CSNPPT permet de mieux penser la médecine de demain. Ainsi, ce type d'initiatives, structurées et coordonnées, apparaît intéressantes tant elles peuvent apporter un bénéfice sur la prise en charge des patients traumatisés, en termes de temps d'attente et de prise en charge efficace par des médecins formés.

Il convient cependant de répondre à une logique territoriale adaptée aux besoins de la population locale et saisonnière. Aussi, il est important que ces structures n'engendrent pas de coûts plus importants que les structures déjà existantes et qu'elles soient au moins aussi efficace.

Ce travail peut servir d'étude préliminaire à des travaux de plus grande ampleur afin de créer un consensus pour la gestion de la petite traumatologie.

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 [cité 28 oct 2019] p. 84. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf)
2. ARS Nouvelle Aquitaine. Projet Régional de Santé Nouvelle Aquitaine 2018-2023. Schéma Régional de Santé [Internet]. ARS Nouvelle-Aquitaine. 2018 [cité 25 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-nouvelle-aquitaine-2018-2018-est-adopte>
3. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. DRESS Etudes et Résultats. 2006;(471):1-8.
4. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine. DRESS Etudes et Résultats. 2007;(607):1-8.
5. Calmettes N. Etude qualitative des motifs de recours pour traumatologie bénigne aux urgences [Thèse d'exercice]. [Lyon]: Université Claude Bernard - Lyon 1; 2015.
6. Priour I, Feral-Pierssens A-L. Petite traumatologie : Analyse des modalités de prise en charge en médecine de ville et aux urgences [Internet]. 9e Congrès de Médecine Générale. 2015 [cité 25 oct 2019]. Disponible sur: <http://presentations.congresmg.fr/presentations-2015/presentations/jeudi-26/01-priour/01-priour.swf>
7. Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine. Activité des structures d'urgence. Panorama de la région Nouvelle-Aquitaine. Bordeaux: ORU NA; 2018.
8. ARS Rhône-Alpes. Etude de modélisation de centres de soins de premier recours avec petit plateau technique, permettant la prise en charge des soins non programmés [Internet]. [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: <https://slideplayer.fr/slide/9264574/>
9. DREES. L'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières [Internet]. 2013 [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
10. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. DRESS Etudes et Résultats. 2017;(1011):1-6.
11. Divay S. Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-e-s et des jeunes généralistes. In Lille, France: CLERSE; 2006. p. 1-20.
12. Coowar B. Prise en charge de la petite traumatologie en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Rouen]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2011.
13. ARS. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. 2017 [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: [http://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=zonage\\_conv.z\\_gene&view=map12](http://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=zonage_conv.z_gene&view=map12)



14. ARS Rhône-Alpes. Cahier des charges relatif à l'appel à projets portant sur la labellisation des cabinets de montagne avec petits plateaux techniques en région Rhône Alpes. ARS Rhône-Alpes; 2015.
15. Faure-Geors H. Les centres de soins de premier recours en Rhône-Alpes. De la modélisation d'une alternative aux services d'urgences aux conditions de déploiement en zones rurales. Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique [Mémoire]. [Rennes]: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2015.
16. Claude S. Travail du médecin généraliste en montagne - étude et analyse du temps des actes de traumatologie, et des facteurs influençant ce paramètre, dans 11 stations de ski [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier Grenoble 1; 2008.
17. Kaskas G-A. Enquête préalable à la mise en place d'un dispositif de consultations non programmées au SAU du centre hospitalier de Périgueux [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2017.
18. Gellibert G. Évaluation du dispositif des Consultations Non Programmées assurées par les médecins généralistes au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux (24) [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2017.
19. Morlat P, Dallay D. Qu'attendre d'une maison médicale de garde en CHU? [Internet]. 2012 [cité 26 oct 2019]. Disponible sur: <https://slideplayer.fr/slide/454772/>
20. Boulard B. Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral: étude des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. [Rouen]: Université de Rouen Normandie; 2014.
21. Dubois Jacque V. Les gestes techniques en médecine générale, état des lieux en Loire-Atlantique et Vendée [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Université de Nantes; 2012.
22. Bartholet VD. Facteurs favorisant l'utilisation de l'échographie dans les cabinets de médecine générale de Haute-Savoie, étude descriptive [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2019.
23. Micheau J, Molière E, Sens P. L'emploi du temps des médecins libéraux. Diversité objective et écarts de perception des temps de travail. Dossiers solidarité et santé. 2010;(15):1-15.
24. Daviau S. La pratique des sutures non programmées au cabinet du médecin généraliste en milieu urbain : Identification des obstacles et détermination de leur importance respective au moyen de deux enquêtes connexes. [Thèse d'exercice]. [Créteil]: Créteil (Paris XII); 2008.
25. Bacquaert P. Examens cliniques : tests et manœuvres en traumatologie [Internet]. IRBMS. 2017 [cité 27 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.irbms.com/examens-cliniques-tests-manoeuvres/>
26. CNT2U. Les urgences traumatiques non vitales : différer ou ne pas différer la prise en charge [Internet]. 2019 [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <http://cnt2u.mcocongres.com/fr/>

27. SFTS. Archives congrès SFTS [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <https://s-f-t-s.org/medecins-et-professionnels-de-sante-traumatologie-sport-sfts/archives-congres-sfts.html>
28. SFMES. Capacité Médecine du Sport [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.sfm.es/formations/capacite-medecine-du-sport>
29. Navarre M, Chabridon L. Étude de l'influence de la présence d'un infirmier en cabinet de station de sports d'hiver sur le délai de prise en charge de la douleur en traumatologie dans 14 cabinets Nord-Alpins [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2017.
30. Lestapis-Auroux S. Place du secrétariat dans les cabinets libéraux de médecins [Thèse d'exercice]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2018.
31. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022. Un engagement collectif [Internet]. 2018 [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)
32. MG France. Conférence de presse du 26 juin 2019 [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.orghttps://www.mgfrance.org/component/tags/tag/assistant-du-cabinet-medical>
33. Espinosa NF, Uebelhart B, Abrassart S. Du bon usage des AINS en traumatologie. Rev Med Suisse. 2014;10:1390-4.
34. Fournier P-E, Leal S, Ziltener J-L. Anti-inflammatoires non stéroïdiens : utilisation en médecine du sport. Rev Med Suisse. 2008;4:1702-5.
35. Hôpitaux Universitaires de Genève. Protocole de prise en charge de la douleur aiguë en traumatologie osseuse chez l'enfant [Internet]. 2012 [cité 27 oct 2019]. Disponible sur: [https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/saup\\_professionnels/fichiers/douleur.pdf](https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/saup_professionnels/fichiers/douleur.pdf)
36. Hoffman DF, Adams E, Bianchi S. Ultrasonography of fractures in sports medicine. Br J Sports Med. 2015;49(3):152-60.
37. Hamzeh R. Intérêt de l'échographie dans la traumatologie osseuse de l'appareil locomoteur de l'adulte en médecine d'urgence: revue de littérature [Thèse d'exercice]. [Nice]: Université de Nice Sophia Antipolis; 2017.
38. Guias M. Spécificités de la pratique de l'échographie en Médecine Générale [Thèse d'exercice]. [Marseille]: Université Aix-Marseille; 2018.
39. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DRESS Etudes et Résultats. 2003;(212):1-8.
40. ARS Nouvelle Aquitaine. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires [Internet]. ARS Nouvelle-Aquitaine. 2019 [cité 27 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/permanence-des-soins-ambulatoires-0>
41. Vergier N, Chaput H. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Les Dossiers de la DREES. mai 2017;(17):1-63.

42. CH Agen Nerac. Traumatologie Post-Urgences [Internet]. [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: [http://www.ch-agen.fr/les-patients-visiteurs/traumatologie-post-urgences-76-66.html?args=BeZJlgLeeCnNBZvEiZuQKRp-w6zQh8lLd5\\_tMjzINX4uP5-7kCNgVLEyfdYFCLvmDvJI1Obk3XVTHuEAmZ41yg&offre\\_soin\\_service\\_id=76](http://www.ch-agen.fr/les-patients-visiteurs/traumatologie-post-urgences-76-66.html?args=BeZJlgLeeCnNBZvEiZuQKRp-w6zQh8lLd5_tMjzINX4uP5-7kCNgVLEyfdYFCLvmDvJI1Obk3XVTHuEAmZ41yg&offre_soin_service_id=76)
43. MG France. Crise aux Urgences : la solution passe par le 116 117, numéro d'appel pour la continuité des soins [Internet]. Syndicat MGFrance. 2019 [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/presse/communiques/2261-crise-aux-urgences-la-solution-passe-par-le-116-117-numero-d-appel-pour-la-continuite-des-soins>
44. San Cirilo B. Epidémiologie des lésions traumatiques secondaires à la pratique du trampoline en pédiatrie: Etude de 691 cas aux Urgences Pédiatriques de l'Hôpital des Enfants du CHU de Toulouse entre 2012 et 2015 [Thèse d'exercice]. [Toulouse]: Université Toulouse 3 - Paul Sabatier; 2016.
45. Code de Déontologie Médicale. Article 19 - Interdiction de la publicité.
46. ARS. Le fonds d'intervention régional [Internet]. 2018 [cité 29 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/le-fonds-d-intervention-regional>
47. Département de Médecine Générale de l'université de Bordeaux. Ateliers des gestes techniques Liste des mannequins disponibles et gestes effectués [Internet]. 2018 [cité 25 oct 2019]. Disponible sur: <https://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Tout-sur-vos-etudes/Medecine/DES-de-Medecine-generale/Enseignements>

# ANNEXES

## Annexe 1 : Questionnaire

À propos de vous :

1. Vous êtes :  
 Un homme                                       Une femme
2. Votre âge :  
 25-40 ans                       40-60 ans                       > 60 ans
3. Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine de ville ?  
 < 5 ans                       5-10 ans                       10-20 ans                       > 20 ans
4. Quel est votre secteur d'installation ?  
 Urbain                                       Semi urbain                                       Rural
5. Quel est votre mode d'exercice ?  
 Seul                                       En groupe
6. Quel est votre type d'installation ?  
 Libéral                                       Salarié                                       Mixte
7. Quel est votre type activité ? (Plusieurs réponses possibles)  
 Exclusive au cabinet  
 Activité mixte hors urgences (EHPAD, salariat, etc.)  
 Activité au cabinet avec gardes aux urgences  
 Activité au cabinet avec une activité intégrant de la traumatologie type médicalisation de manifestations sportives, astreintes de médecin pompiers, etc...
8. Quel est votre éloignement par rapport à un service d'urgences de proximité ? (Une réponse possible)  
 < 5 km                       5-15 km                       15-25 km                       > 25 km
9. Quel est le service d'urgences le plus proche de votre lieu d'installation ?  
.....
10. Quel est votre éloignement par rapport à un centre de radiologie ? (Une réponse possible)  
 < 5 km                       5-15 km                       15-25 km                       > 25 km

## Vos compétences en petite traumatologie

11. Que représente la traumatologie dans votre activité globale au cabinet ? (Une réponse possible)
- < 10% des patients
  - 10-25% des patients
  - 25-50 % des patients
  - > 50% des patients
12. Avez-vous des compétences utiles en traumatologie ? (Plusieurs réponses possibles)
- Aucune
  - Médecine du sport
  - Médecine d'Urgence
  - Traumatologie (du sport, d'urgence)
  - Mésothérapie
  - Ostéopathie
  - Échographie de l'appareil locomoteur
  - Autre : .....
13. De quel matériel disposez-vous au cabinet pour gérer la petite traumatologie ? (Plusieurs réponses possibles)
- Antalgiques (paliers I, II et/ou III)
  - Antibiotiques
  - Matériel de désinfection et de pansements
  - Kits de suture
  - Dispositif pour contention souple
  - Attelles d'immobilisation
  - Plâtres ou résines
  - Vaccins antitétaniques
  - Autre : .....

14. Dans cette liste, quels gestes techniques pratiquez-vous au cabinet ? (Plusieurs réponses possibles)

- Pansement initial de brûlures du second degré
- Sutures de plaies hors face/muqueuses et mains
- Sutures de plaies du visage ou des muqueuses
- Sutures de plaies de la main
- Immobilisation rigides de membre/articulation
- Contention souple de membre/articulation
- Réduction de luxation
- Alignement de fracture déplacée
- Injection sérum antitétanique

15. Quel type de problème avez-vous déjà rencontré pour gérer la petite traumatologie ? (Plusieurs réponses possibles)

- Aucun
- Disponibilité en urgence de l'imagerie
- Pas de matériel disponible au cabinet
- Manque de compétences spécifiques en traumatologie
- Absence de créneaux de consultation disponibles
- Manque d'intérêt pour la petite traumatologie
- Autre : .....

16. Quelle est votre attitude concernant les prescriptions de radiographies en urgence pour de la traumatologie (hors plaie/brûlure sans contusion associée) (Une réponse possible) ?

- Pas de prescription car patient adressé aux urgences directement
- Prescription de radiographies en urgence
- Prescription non systématique de radiographies en urgence, selon présentation clinique ou critères diagnostiques cliniques

17. Quel est le devenir, après radiographies, des patients pour lesquels vous avez prescrit une imagerie en ville ? (Plusieurs réponses possibles)

- Patient revu systématiquement à votre cabinet avec ses radiographies
- Patient non revu au cabinet de manière systématique car orienté vers les urgences
- Patient non revu au cabinet de manière systématique car adressé à un médecin spécialisé en traumatologie (orthopédiste, médecine du sport, rhumatologue, etc.)
- Autre : .....

<b>Projet de création de centres de soins non programmés réservés à la petite traumatologie</b>
---

A. Conditions de prise en charge
----------------------------------

18. Quelles doivent être les compétences des intervenants ? (Plusieurs réponses possibles)

- Traumatologie d'urgence
- Médecine d'urgence
- Médecine du sport
- Échographie de l'appareil locomoteur

19. Sous conditions de compétences spécifiques en traumatologie, qui doit selon vous participer à cette activité ? (Plusieurs réponses possibles)

- Uniquement des médecins urgentistes
- Uniquement des médecins généralistes installés dans le secteur
- Les uns et/ou les autres de façon indifférente

20. Quel devrait être le délai maximal de prise en charge des patients (attente + soins) ? (Une réponse possible)

- < 1 heure
- < 2 heures
- < 4 heures
- < 6 heures

21. Quelles doivent être les modalité(s) possible(s) de recours au centre ? (Plusieurs réponses possibles)
- En urgence, sans rendez-vous et sans prévenir
  - Sans rendez-vous, mais après appel téléphonique
  - Sur rendez-vous, donné dans la journée
  - Sur rendez-vous, donné dans les 48 heures
  - Sur rendez-vous, donné dans les 72 heures
22. Quel matériel doit être disponible pour gérer l'analgésie-sédation vigile ? (Plusieurs réponses possibles)
- Anesthésiques locaux
  - MEOPA (mélange équimolaire oxygène et protoxyde d'azote)
  - Antalgiques palier I, II et/ou III
  - Autre : .....
23. Le matériel d'immobilisation (béquille, attelles, etc.) doit-il être : (Une réponse possible)
- Disponible sur place immédiatement
  - Sur prescription à retirer à la pharmacie habituelle
  - Les deux possibilités au choix du patient
24. Un appareil d'échographie doit-il être disponible sur place ? (Une réponse possible)
- Sans intérêt
  - Peut être un atout
  - Indispensable
25. Le centre doit-il disposer de créneaux auprès de(s) cabinet(s) de radiologie de ville pour la réalisation d'imagerie en urgence ? (Une réponse possible)
- Sans intérêt
  - Peut être un avantage
  - Indispensable
26. Quel doit être le délai d'accès aux radiographies standards ? (Plusieurs réponses possibles)
- Dans les 2 heures si besoin
  - Dans les 24 heures si peut attendre
  - Dans les 48 heures systématique si indiquées
27. Autre(s) condition(s) pour justifier de votre adhésion à ce projet :
- .....



28. Seriez-vous intéressé pour participer à l'activité de ce type de centre ? (Une réponse possible)

- Intéressé sous conditions
- Non intéressé
- Intéressé de principe

B. Conditions d'exercice
--------------------------

29. Selon vous, quel doit être le statut du centre ? (Plusieurs réponses possibles)

- Libéral
- Salarié
- En association type SCP, SEL, SELARL, etc.
- En association loi 1901

30. Quelle devrait être l'amplitude horaire du centre ? (Une réponse possible)

- H24 et 7j/7
- Tous les jours de 8h jusqu'à minuit, y compris les week-end et jours fériés
- uniquement aux heures de permanence de soins (PDS)
- uniquement aux heures d'ouverture des cabinets (hors PDS)

31. Où pensez-vous qu'il serait le plus judicieux d'installer ce genre de centre ?

- En ville près d'un hôpital de proximité
- Dans une ville non dotée d'un hôpital de proximité
- En secteur semi-rural
- En secteur rural

32. En plus des médecins, quel personnel paramédical pensez-vous utile d'avoir dans le centre ? (Plusieurs réponses possibles)

- Secrétaire
- Assistant(e) médico-technique
- Aide-soignant(e)
- Infirmier(e)
- Aucun

33. En ce qui concerne l'agencement du centre, que souhaiteriez-vous ?

- Salle d'attente + bureau de consultation
- Salle d'attente + bureau de consultation + salle de soin
- Salle d'attente + bureau de consultation + plusieurs salles de soin

34. Pour une meilleure clarté pour les patients, quels sont pour vous les mots-clés qui doivent entrer dans la dénomination de ce centre ?

- Consultations
- Soins
- Non programmés
- Urgence/urgent
- Petite
- Traumatologie/traumatologique
- Non vitale
- Autre : .....

35. Par quels moyens ce centre doit-il se faire connaître ? (Plusieurs réponses possibles)

- Aucuns
- Page Facebook
- Site internet dédié
- Affichage dans les cabinets médicaux
- Cartes de visite à disposition des secrétaires médicales des cabinets

36. Quels doivent être selon vous les apports de la création d'un tel centre ? (Plusieurs réponses possibles)

- Vous soulager de consultations non programmées
- Soulager rapidement les patients
- Désengorger les urgences
- Assurer une bonne prise en charge traumatologique
- Assurer un service de proximité
- Diminuer les délais de prise en charge
- Aucun
- Autre : .....

37. Quels seraient selon vous les inconvénients de la création de ce type de structure sur votre secteur ?

- Baisse d'activité de traumatologie au cabinet
- Créneaux d'imagerie en urgence plus difficilement accessibles pour vos patients
- Plateau technique incomplet sur place
- Ne plus être maître du parcours de soin de son patient
- Ne plus être maître du suivi de son patient
- Aucun
- Autre : .....

38. En conclusion, si un tel centre correspondant à vos attentes ouvrait dans votre secteur d'installation, quelle serait votre attitude professionnelle ? (Une réponse possible)

- Vous y orienteriez systématiquement vos patients, éventuellement après une consultation rapide à votre cabinet
- Vous orienteriez systématiquement les patients vers les Urgences
- Vous informeriez vos patients afin qu'ils choisissent entre ce centre et les urgences de proximité
- Vous continueriez à vous en occuper seul comme à votre habitude

**Annexe 2 : Modèle d'un cabinet de niveau 1 du Cahier des charges relatif à l'appel à projets portant sur la labellisation des cabinets de montagne avec petits plateaux techniques en région Rhône Alpes (14)**

**LE MODELE D'UN CABINET DE NIVEAU 1**

Un cabinet de montagne de niveau 1 doit pouvoir accueillir les patients pouvant être pris en charge après une heure, ou plus, d'attente<sup>2</sup>.

Plusieurs critères permettent de déterminer les territoires d'intervention où des cabinets de montagne équipés pour permettre des prises en charge de niveau 1 ou 2 sont indispensables:

		CRITERES OPPOSABLES	CRITES BONUS
<b>La Taille de la station</b>		Moins de 10 000 lits	
<b>Le nombre de barquettes (évacuation en traineau)</b>		Entre 150 et 400 barquettes	
<b>La distance à un établissement hospitalier</b>		Moins de 15 min	
<b>Personnel</b>		Un médecin généraliste	Secrétariat souhaitable ou autre professionnel paramédical pouvant éventuellement assurer des fonctions administratives
<b>Matériel</b>		Matériel de stérilisation à usage unique ou un stérilisateur autoclave de type B	Encourager la télé-expertise. La mise en place d'un appareil d'échographie est possible mais non indispensable.
		Un appareil de radiologie permettant au moins la réalisation de clichés des membres (30 kW)	
<b>Système d'information</b>		Logiciel adapté à la traumatologie. Tous les postes du cabinet doivent être en réseau (un par médecin et un pour le secrétariat à minima) avec une messagerie sécurisée	
<b>Locaux</b>	Surface	Environ 80m <sup>2</sup> auquel s'ajoutent 15m <sup>2</sup> par médecin supplémentaire dans la structure. Le cabinet doit être situé de plein pied et doit avoir un accès destiné aux ambulances	
	Nbre de pièces	Une <b>salle d'attente</b> qui peut accueillir simultanément environ 10 personnes	organisation des lieux qui permet de répondre aux spécificités de patients arrivant des pistes de ski (étagère spécifique...)
		Une <b>salle de consultation</b>	Dans l'idéal, une salle de consultation par médecin
		<b>Salle d'immobilisation et/ou de suture</b> permettant de faire des plâtres ou de laisser un patient au repos	Une <b>salle de repos</b> permettant au personnel de rester sur place pour les pauses
		<b>Salle de radiologie</b> répondant à toutes les normes de sécurité (environ 12m <sup>2</sup> )	
	<b>Espace secrétariat</b> organisé permettant de préserver le secret médical		

<sup>2</sup> Le niveau 1 du référentiel pisteux établit que le blessé n'a aucun élément clinique ou d'antécédents médicaux contradictoires à une prise en charge dépassant une heure. Néanmoins, une luxation de l'épaule dans la prise en charge est immédiate doit pouvoir être acceptée.

**Annexe 3 : Atelier de gestes techniques du Département de Médecine Générale de l'université de Bordeaux (47)**

université  
de  
**BORDEAUX**

Collège Sciences de la santé

Département de  
Médecine Générale

**Ateliers des gestes techniques**

**Liste des mannequins disponibles et gestes effectués**

**ORL :**

- examen de tympan normaux et pathologiques : [otoscopie](#)
- ablation d'un bouchon de cérumen, traitement de l'épistaxis

**Gynécologie : [examen Gynécologiques](#)**

- TV
- mise en place d'un spéculum
- frottis vaginal

**Urologie :**

- sondage vésical chez l'homme et la femme
- examen de la prostate
- proctologie : TR et anoscopie

**Appareil ostéo-articulaire :**

- infiltrations articulaires : [infiltration généralités](#), [infiltration de l'épaule](#)
- strapping : [strapping de la cheville](#)
- [sutures](#)

#### **Annexe 4 : Rôle des auxiliaires médicaux en cabinet de montagne (16)**

	Actes de soins	Actes périphériques
Secrétaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aide médecin aux radiographies</li> <li>- développement radiographies</li> <li>- aide médecin pour thérapeutiques lourdes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- téléphone</li> <li>- accueil patient</li> <li>- réalisation dossier</li> <li>- régulation urgences</li> <li>- installation patient, brancardage</li> <li>- aide médecin au déséquipement</li> <li>- rhabillage, brancardage</li> <li>- aide médecin à la rédaction des documents (feuille de soins, conseils, ordonnances...)</li> <li>- encaissement paiement (effectue les 1/3 payants et contacte les assurances étrangères)</li> <li>- aide au retour patient (commande transport, appel hôtel ou amis, rapatriement, fourniture n°téléphone infirmière, adresses kinésithérapeutes ...)</li> </ul>
Infirmière	<ul style="list-style-type: none"> <li>- actes techniques, prise en charge douleur sur prescription médecin (IV, perfusion)</li> <li>- aide aux radiographies</li> <li>- aide aux thérapeutiques (parfois réalise seule les thérapeutiques sous responsabilité médecin)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- accueil patient</li> <li>- réalise dossier</li> <li>- aide déséquipement</li> <li>- rhabillage brancardage</li> </ul>
Manipulateur RX	<ul style="list-style-type: none"> <li>- positionne, réalise, développe radiographies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aide au brancardage ou déshabillage</li> </ul>
Médecin seul	Fait tout seul	Fait tout seul

# **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# **RESUME**

**Titre :** Création de centres de soins non programmés dédiés à la petite traumatologie : quelles attentes de la médecine de ville en Nouvelle-Aquitaine ?

**Introduction :** Les nouvelles orientations en matière de politique de Santé tendent à développer des alternatives aux recours aux urgences. La problématique spécifique de la prise en charge de la petite traumatologie par la médecine de ville est un des défis à relever. La création de centres de soins non programmés de petite traumatologie, modélisés par les généralistes, pourrait offrir une alternative à l'offre existante.

**Objectif :** Recueillir l'avis des généralistes concernant la conception d'un modèle de centres de soins non programmés dédiés à la petite traumatologie. Définir un plateau technique minimal ainsi que les ressources humaines pour le fonctionnement de ces centres.

**Méthode :** Il s'agit d'une enquête d'opinion par questionnaire en ligne auprès des généralistes libéraux de Nouvelle-Aquitaine envoyé par les conseils départementaux de l'ordre des médecins de Nouvelle-Aquitaine. La méthode de redressement par pondération a été utilisée pour analyser les réponses.

**Résultats :** 201 réponses ont été obtenues sur une population de 5970 généralistes libéraux en Nouvelle-Aquitaine (3.4%). Le centre doit être équipé de matériel antalgique (92%), et géré par des médecins formés à la traumatologie (96%). 180 médecins (90%) estiment qu'il doit permettre de désengorger les urgences. Au total, 90 médecins (45%) informeraient leur patient de l'existence d'un tel centre et 31 médecins (14%) continueraient seuls.

**Conclusion :** Malgré un faible taux de réponse, les généralistes sont favorables à la création de centres de soins non programmés de petite traumatologie. Ces centres doivent fonctionner avec un médecin formé à la traumatologie et permettre une meilleure gestion de la petite traumatologie.

**Mots-clés :** Soins non programmés – petite traumatologie – gestes techniques – médecine générale.

DISCIPLINE : Médecine Générale

---

Université de Bordeaux – U.F.R des Sciences Médicales, 146 Rue Leo Saignat 33000  
Bordeaux