



HAL
open science

Profil du médecin généraliste intéressé pour ouvrir une consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux

Virginie Boivin

► To cite this version:

Virginie Boivin. Profil du médecin généraliste intéressé pour ouvrir une consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03120615

HAL Id: dumas-03120615

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03120615>

Submitted on 25 Jan 2021

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 CAEN – NORMANDIE

FACULTE de MEDECINE

Année 2020

THESE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 22 janvier 2020

par

Madame Virginie BOIVIN

Née le 6 novembre 1966 à Lisieux (*Calvados*)

***Profil du médecin généraliste intéressé pour ouvrir une
consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux***

Président : Monsieur le Professeur ROUPIE Éric, PUPH Chef de pôle

Membres : Monsieur le Docteur HIEAUX Philippe, Généraliste, Directeur de thèse

Monsieur le Docteur DE BOYSSON Hubert, PH Médecine Interne

Madame le Docteur DE JAEGHER Sophie, Généraliste

Année Universitaire 2019/2020**Doyen
Professeur Emmanuel TOUZÉ**

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3 cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BLÉAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BRUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thong	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAFRAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raïssa	Gynécologie - Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation

M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Partial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	IKAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIER Paul	Cardiologie
M.	BOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENT Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Jutien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	DE LA SAYEWE Vincent	Neurologie
Mme	DoMPMAStIN-BLANCNÈRE Anne	Dermatologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Sotveig	Anglais
-----	----------------------	---------

PROFESSEURS EMERITES

M.	HURALT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Ldure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE CONTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRTER gichel	Hématologie
M.	vixosR rausto	Neurologie

Année Universitaire 2019/2020**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EfvTERY (3 cycle)

Directrice administrative**Madame Sarah CHEMTOB****MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAIM Annie	Bio(og)ie cellulaire
UL	BESNARD Stéphane	Physiologie
tme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Bioslatistiques, info. médicale eL tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DIMA Júlia	Bactériologie - Virologie
fi4me	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUËNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Gu5naëüe	Cytologie et Histologie
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	SESBOÛË Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomaLologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LRRAY Pascale	Médecine générale
W	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
fdme	DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAIGRES DE CONFERENCES EMERITES

Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Ahnle	Hématologie
Mme	LEPORRIER Nathalie	Génétique

REMERCIEMENTS

Je remercie Philippe Hieaux pour son soutien, ses conseils pointilleux, ses corrections exigeantes mais toujours très paternaliste.

Je remercie mes enfants pour leur soutien et leur aide notamment ma fille ainée dont l'aide me fut précieuse pour la rédaction de cette thèse.

Je remercie mon père qui est toujours là quand j'ai besoin pour des lectures voire des relectures.

Ma mère est l'unique personne que je ne peux remercier mais je sais qu'elle aurait été très fière de moi.

Enfin je remercie tous mes amis (Florence, Sonia, Valérie, Dominique...) qui ont toujours été là pour me stimuler et m'épauler pour que ce sujet aboutisse.

GLOSSAIRE

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ARS : Agence régionale de santé

ATU : Accueil et traitement de urgences

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

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

CHG : Centre hospitalier général

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

DREES : Direction de la recherche de l'évaluation des études et des statistiques

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

EPSM : Établissement public de santé mentale

FAU : Forfait annuel urgences

INSEE : Institut national d'études statistiques

IOA : Infirmier d'accueil et d'orientation

MAO : Médecins d'accueil et d'orientation

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAO : Poste d'accueil et d'orientation

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PDS : Permanence des soins

PH : Praticien hospitalier

SAS : Service d'accès aux soins

SAMU : Service d'accès à la médecine d'urgence

SAU : Service d'accueil d'urgence (salle de Déchoc.)

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

URPS : Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux

WONCA : World Organization of National College

INDEX

Annexes :

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes du secteur Sud Pays d'Auge

Annexe 2 : Questionnaire adressé aux urgentistes de Lisieux

SOMMAIRE

<u>I/ INTRODUCTION...</u>	<u>p.1</u>
A/ <u>Se présenter</u>	p. 1
B/ <u>Constat d'une mutation à la fois de la patientèle qui arrive aux urgences mais aussi de la profession médicale elle-même.</u>	p.2
1/ <u>Constat</u>	p.2
2/ <u>Alternatives pour limiter l'engorgement aux urgences</u>	p.2
3/ <u>Critères de mise en œuvre d'un circuit court</u>	p.3
4/ <u>Points positifs et négatifs d'un circuit court dans un service d'urgence</u>	p.3
<u>II/ CARTES ET DÉMOGRAPHIE DU SUD PAYS D'AUGE</u>	<u>p.5</u>
A/ <u>Régions géographiques et catégories socioprofessionnelles sur lesquelles repose l'étude</u>	p.5
<u>III/ 24H AUX URGENCES ET EN MÉDECINE GÉNÉRALE</u>	<u>p.7</u>
A/ <u>Une journée aux urgences du point de vue de l'interne de médecine générale</u>	p. 7
B/ <u>Une journée de médecin généraliste</u>	p. 9
1/ <u>En secteur rural</u>	p.9
➤ <u>Exemple de Bonnebosq (terrain de stage)</u>	
2/ <u>En secteur urbain</u>	p.11
➤ <u>Exemple de Lisieux</u>	
<u>IV/ SOINS PRIMAIRES, ÉTAT DES LIEUX</u>	<u>p.13</u>
A/ <u>Les différentes structures de soins</u>	p.13
1/ <u>Les urgences</u>	p.13
2/ <u>Structures de ville</u>	p.15
B/ <u>Causes d'embolisation des urgences</u>	p.18
1/ <u>Raisons socio-économiques</u>	p.18
2/ <u>Raisons individuelles propres à chaque patient qui en font leur urgence ressentie</u>	p.20
C/ <u>Des solutions à l'engorgement des urgences</u>	p.21
1/ <u>En ville : Les pôles pluridisciplinaires</u>	p.22
2/ <u>A l'hôpital : le circuit court</u>	p.22
2/a. <u>Avantages et inconvénients d'une consultation de médecine générale aux urgences</u>	p.23

2/b. Présentation du circuit court grâce à deux structures expérimentales sur Paris.....	p.24
--	------

V/ MISE EN PLACE D'UNE CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE AUX URGENCES DE LISIEUXp.26.

A/ Analyse financière et logistique du projet.....	p.26
B/ Incubateurs et constat.....	p.29
1/ structures existantes (Gisors, La Ferté-Macé, Saint-Brieuc).....	p.29
2/ Circuits courts dont l'ouverture est prévue d'ici juin 2019 (Guingamp, Alençon).....	p.31

VI/ MATERIEL ET METHODE.....p.32

A/ Type d'étude.....	p.32
B/ Objectifs.....	p.32
C/ Hypothèses.....	p.32
D/ Elaboration des questionnaires.....	p.33
1/ Critères d'inclusion et d'exclusion	
2/ Recrutement des médecins généralistes	

E/ Les variables étudiées à travers les questionnaires envoyés aux médecins généralistes...p.33

F/ Les variables étudiées à travers les questionnaires envoyés aux urgentistes de Lisieux... p.34

VII/ RESULTATS..... p.35

A/ Caractéristiques de l'échantillon de médecins généralistes étudié.....	p.35
B/ Rôles du médecin généraliste aux urgences de Lisieux.....	p.38
C/ Organisation nécessaire pour l'élaboration d'une consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux.....	p.39
D/ Utilité d'une consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux d'après les urgentistes y travaillant.....	p.40

VIII/ DISCUSSIONp.41

A/ Les forces et les faiblesses de l'étude.....	p.41
B/ Analyse des réponses.....	p.41

<u>IX/ CONCLUSION</u>	p.44
<u>X/ BIBLIOGRAPHIE</u>	p.47
<u>XI/ ANNEXES</u>	p.50
<u>Annexe 1</u> : Questionnaire adressé aux médecins généralistes du secteur Sud Pays d'Auge.....	p.50
<u>Annexe 2</u> : Questionnaire adressé aux urgentistes de Lisieux.....	p.54

I/ INTRODUCTION

A/ Se présenter

Pour des raisons personnelles je cessai mon activité professionnelle durant 19 ans. Il ne me restait que la thèse à soutenir pour être médecin généraliste. Le temps a passé et un décret 2004-67 du 16 janvier 2004 nous fermait définitivement les portes de la Faculté de médecine à moi et aux vingt autres « privés de thèse ». (1) Nous étions en effet une vingtaine à continuer à nous battre pour nos droits, mais en réalité une cinquantaine, en France à avoir terminé nos études sans être thésés, sans possibilité d'évolution. Nous étions assimilés à de simples bacheliers. Cinq ans de mobilisation ont porté leurs fruits avec une reconnaissance ministérielle en juillet 2018, permettant de reprendre le cursus sous condition de remise à niveau. (2) Entre autres, je devais faire une journée par semaine aux urgences de Lisieux où j'avais travaillé 20 ans auparavant. Au bout de quatre journées je constatais rapidement qu'une partie de la population qui arrivait aux urgences pouvait être gérée par un médecin généraliste. Par ailleurs les deux tiers de cette population arrivait directement aux urgences sans courrier du médecin traitant, répondant aux critères de notre société actuelle de consommation. Tout ici et maintenant. Cette patientèle qui n'est pas du ressort de l'urgentiste, génère chez ce dernier une certaine frustration car elle engorge toujours plus, son service, au détriment de sa véritable mission : traiter ce qui met en jeu le pronostic vital. J'étais surprise de constater ce télescopage entre médecine hospitalière d'urgence et médecine générale, et surtout surprise du changement de population qui affluait aux urgences par rapport aux années 90. J'en conclusais que la présence d'un généraliste aurait toute sa légitimité aux urgences. D'où mon idée de sujet de thèse : «Profil du praticien intéressé par un poste de médecine générale au sein des urgences de l'hôpital de Lisieux ».

B/ Constat d'une mutation à la fois de la patientèle qui arrive aux urgences mais aussi de la profession médicale elle-même.

1/ Constat

« *Le malaise des urgences, c'est le résultat des grandes mutations de notre société* » disait Agnès Buzyn le 9 septembre 2019 dans son discours à l'Assemblée nationale.

Face à la pénurie de médecins généralistes et à l'extension des zones sous-dotées en France, le problème de l'afflux de médecine générale aux urgences va aller exponentielle. Les services d'urgence qui étaient déjà engorgés par la médecine dite courante (non vitale) voient leur nombre total de passages annuels en France, passer de 18,4 millions en 2012 à 21,2 millions en 2016 (+15%), avec une augmentation nette des soins primaires. (3) (4) Les magistrats relèvent que « 10% à 20% des patients pris en charge en 2016 n'avaient eu besoin d'aucun acte complémentaire d'imagerie ou de biologie médicale et auraient donc pu être pris en charge en ville ». Ainsi selon la Direction de la Recherche de l'Evaluation des Etudes et des Statistiques (DREES) du ministère de la santé, 43 % des consultations aux urgences pourraient être prises en charge par la médecine ambulatoire. (5) Il y a donc un décalage croissant entre une demande de soins non programmés en hausse et une offre ambulatoire en voie de raréfaction. Ainsi, aux urgences de Lisieux les entrées sont passées en 30 ans de 18 000 à 33 405 et ont augmenté de 4,5% entre 2017 et 2018. Sur ces 33 405 entrées en 2018, 20% pourraient être vues en médecine générale soit 6681 entrées. (6)

2/ Les Alternatives

La médecine générale est habituellement le premier contact avec le système de soins. Une consultation de médecine générale au sein d'un service d'urgences permettrait un gain de temps par rapport au temps d'attente des patients mais également par rapport à la prise en charge clinique, biologique, et paraclinique. Le médecin généraliste jouerait un rôle pivot dans la coordination des soins et ceci répondrait à la volonté gouvernementale actuelle qui est l'accessibilité aux soins non programmés pour tous, avec l'accent mis sur le circuit court. Le but étant de diminuer le temps de passage des patients relevant de la médecine générale et d'augmenter le nombre de consultations.

On voit selon le World Organization of National Colleges (WONCA) dont les organisations académiques nationales de médecine générale sont membres, que développer le travail

d'équipe autour du patient avec des professionnels de la santé permet d'améliorer la qualité de soins, ce qui est un enjeu de la médecine dans l'absolu. (7)

Le circuit court a pour mission la prise en charge de patients légers nécessitant une consultation de médecine générale ou souffrant de petite traumatologie. Ce dispositif doit être envisagé en réponse à des dysfonctionnements causés par l'arrivée de patients aux urgences ne nécessitant pas de prise en charge rapide.

3/ Critères de mise en œuvre d'un circuit court

Avant tout, il faut évaluer l'opportunité de mettre en place un circuit court. En effet existe-t-il une proportion assez conséquente de patients nécessitant une prise en charge médicale rapide se présentant au Service d'Accueil d'Urgence (SAU) ? Ces patients attendent-ils longtemps avant d'être pris en charge par un médecin ? Existe-t-il un engorgement de la zone d'attente et ou de la zone de traitement ? Autant de questions et de critères d'éligibilité ou d'exclusion à la construction d'un circuit court.

Ainsi dans un Centre Hospitalier Général (CHG) faisant 35 000 entrées par an, diminuer le temps d'attente, de diagnostic, et de prise en charge serait un réel progrès. Une étude de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) intégrant 50 établissements, précise que la durée de passage cible d'un circuit court peut varier entre 30 minutes et 1h30 en fonction de l'organisation. (8)

Il revient à chaque établissement de fixer ses objectifs en termes de réduction de temps de passage.

4/ Points positifs et négatifs d'un circuit court dans un service d'urgence

Le plateau technique et les spécialistes réunis sur le même lieu sont des facteurs attractifs pour ouvrir une consultation de médecine générale, mais dans le même temps il faut admettre que le médecin généraliste qui ouvrirait cette consultation ne pourrait pas avoir la même fonction ou attitude que celle qu'il aurait dans un cabinet de ville. En intégrant une structure de soins autre qu'un cabinet, il perd le lien médecin de famille / patient et n'appréhende plus le patient dans sa globalité somatique, psychologique, sociale, culturelle. Cependant, toujours selon Agnès Buzyn « *la figure rassurante du médecin de famille qui prenait les décisions sur les besoins de santé et qui était joignable à toute heure du jour et de la nuit, c'est une figure qui a perdu de son évidence pour beaucoup de français, et qui ne répond plus à la conception qu'ont*

les nouvelles générations de médecins de leur exercice professionnel ». Le profil du médecin généraliste intéressé pour une consultation de médecine générale au sein des urgences sera donc à déterminer. Pour étayer l'hypothèse du bienfait d'une consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux, nous nous attarderons dans un premier temps sur le secteur sur lequel repose l'étude ; secteur du Sud Pays d'Auge comprenant Lisieux, Moyaux, Orbec, Livarot, Saint-Martin de la lieue, Saint-Pierre sur Dives et Mézidon canon. Ce secteur représentant une zone de désert médical connaît une pénurie en médecins généralistes. Puis, nous définirons les catégories socio-professionnelles du Sud Pays d'Auge en utilisant les données de l'Institut National des Etudes Statistiques (INSEE). Nous nous attarderons sur le ressenti de l'interne des urgences, puis nous montrerons le travail au quotidien d'un médecin généraliste en milieu rural et d'une femme généraliste installée en milieu urbain (à Lisieux). Nous verrons ainsi les différences et les analogies de ces deux modes d'exercice. Nous recentrerons enfin notre propos sur les motifs de consultations répertoriés à l'arrivée dans un service d'urgence.

Après avoir dressé un état des lieux des structures actuelles de soins primaires, nous évoquerons le plan santé 2022 qui s'inspire du rapport de la Cour des Comptes et qui met entre autres l'accent sur l'accessibilité aux soins non programmés pour tous.

Cette accessibilité primordiale selon le ministre de la santé se basera sur un partenariat de grande ampleur entre hospitaliers et libéraux pour répondre à toute heure à la demande de soins ; ceci définira le Service d'Accès aux Soins (SAS).

Nous aborderons la mise en œuvre pratique ainsi que le bilan comptable de cette consultation de médecine générale au sein des urgences de différents hôpitaux (services d'urgences précurseurs dans ce domaine où nous recueillerons les bénéfices observés).

II/ CARTES ET DÉMOGRAPHIE DU SUD PAYS D'AUGE

A/ Régions géographiques et catégories socioprofessionnelles sur lesquelles repose l'étude.

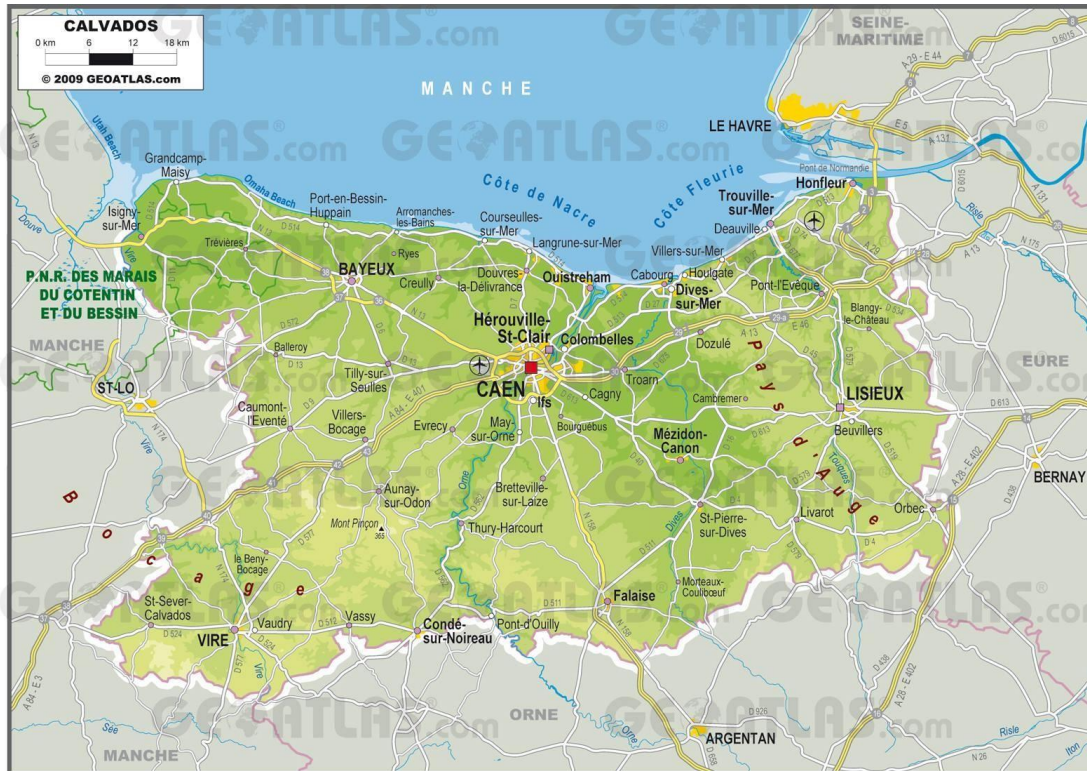


Figure 1 : Carte du Calvados (9)

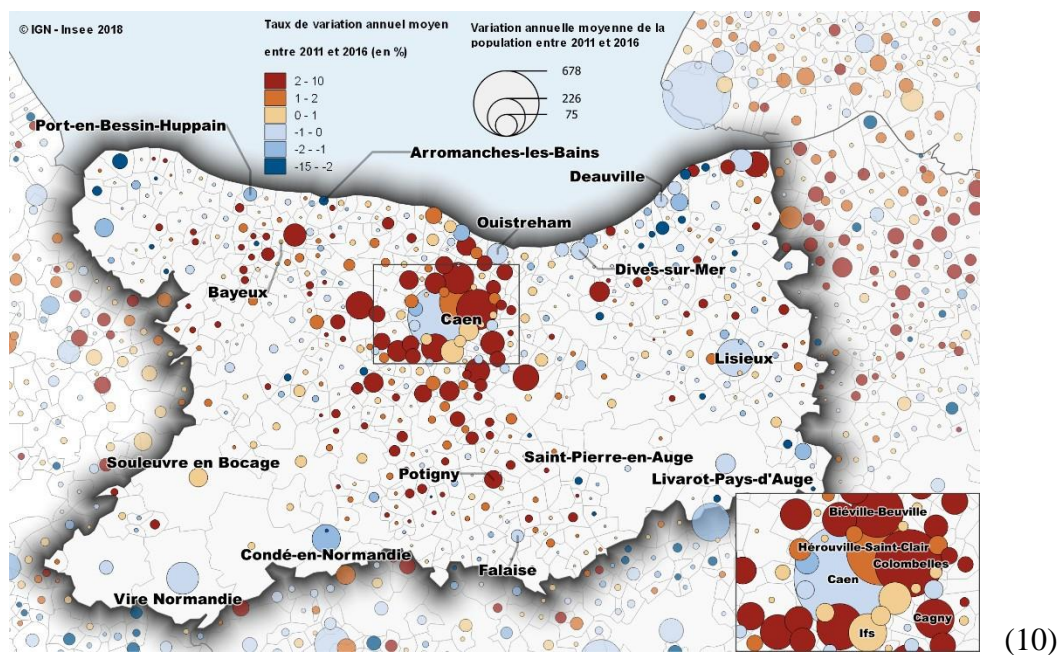


Figure 2 : Carte représentant la démographie du Calvados en 2016

La communauté d'agglomération Lisieux Normandie regroupe 48 communes formant un ensemble de 74 300 habitants sur 902 km². C'est la communauté d'agglomération la plus vaste du Calvados. La population augmente très faiblement (0,1 % par an) exclusivement grâce à des naissances plus nombreuses que les décès. En revanche, globalement, les départs sont plus nombreux que les arrivées. Ce qui contribue au dépeuplement de la principale ville centre Lisieux au profit des communes de la première couronne. Ainsi, à Lisieux la population recule de 1 %/an entre 2011 et 2016¹. Cette baisse s'engage depuis plusieurs années et se prolonge.

(11)

Les bourgs du Sud pays d'auge, peu attractifs, connaissent également une perte de population. Le bassin d'emploi est majoritairement représenté par la santé et l'action sociale (ainsi le CHG Lisieux est le premier employeur de la ville). Les difficultés économiques ont entraîné une aggravation du chômage puisque son taux de 14,5 % en 2013, dépasse celui du Calvados. Le taux de pauvreté (23 % en 2016) est aussi nettement supérieur à celui du Calvados ou de la Normandie. Les revenus sont plutôt bas : le revenu médian est parmi les plus faibles des communautés de communes normandes. Concernant l'Etablissement Public de Coopération Intercommunal (EPCI) de Lisieux, la densité médicale est inférieure à celle de la Normandie puisque nous avons un nombre de médecins généralistes de 69 pour 100 000 habitants alors que la Normandie en compte 76 pour 100 000. Le Calvados présente une densité de médecins généralistes inférieure à celle de l'ensemble de la France. La pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière au 1er janvier 2016 met en évidence 27,3 % des médecins âgés de 60 ans et plus, tandis que les moins de 40 ans représentent 16 % des effectifs. La moyenne d'âge est de 52 ans. Ce vieillissement de la population médicale a pour conséquence de nombreux départs en retraite non remplacés qui participent au phénomène « d'overcrowding ».

(11)

¹ Données de l'INSEE sur la croissance démographique dans le Calvados décembre 2018

III/ 24 HEURES AUX URGENCES ET EN MEDECINE GENERALE

A/ Une journée aux urgences du point de vue de l'interne de médecine générale

Dans la vie du jeune cheval la période du débouillage est primordiale. De cette étape découle la qualité de l'apprentissage qui y fait suite. Les maîtres mots sont patience et confiance. Si le débouillage se fait avec patience et compréhension, le poulain aura confiance et les apprentissages qui suivront se feront sans difficulté. En revanche si le débouillage se fait dans la tension et la rapidité les acquisitions qui suivront se feront dans la méfiance et seront plus lentes à obtenir. Je compare le débouillage du jeune cheval à mes premières gardes d'interne aux urgences où il n'y avait aucune place ni pour la patience ni pour le calme. La décharge d'adrénaline qui m'envahissait à chaque garde il y a 20 ans, s'est reproduit à mon premier retour aux urgences. Mais c'était sans compter sur la mutation du système de soins qui s'était produite en 20 ans. Ainsi de un à deux Seniors encadrant un seul interne dans les années 90, on passait à quatre Seniors et trois internes (soit un total de dix urgentistes à temps plein). Malgré l'augmentation des moyens humains l'effervescence des urgences n'avait pas changé. En effet, le nombre d'entrées annuelles en 20 ans avait doublé passant de 18 000 à 33 405 dont 6780 relevant de la médecine générale. Par conséquent, le débouillage actuel aurait été plus doux avec des conditions d'apprentissage bien meilleures. La demande de soins a également changé. Le burn-out, l'infection urinaire, le fécalome, la bronchite, la petite suture, l'entorse, la douleur thoracique atypique côtoient l'urgence vitale. Quittons la métaphore de l'éleveur pour s'attarder sur le déroulement d'une journée aux urgences de l'hôpital de Lisieux.

Vendredi 8 septembre 2018, aux urgences de Lisieux :

9h15 : J'arrive aux urgences et je respire tranquillement car les couloirs ne sont pas engorgés comme à leur habitude par des brancards et des patients.

9h30 : je vois, au regard des internes qui m'entourent, qu'il est temps de prendre en charge un patient. Dans la pioche je choisis la colique néphrétique ; femme de 36 ans présentant depuis quatre jours des douleurs en fosse lombaire gauche intenses irradiant vers l'hypochondre gauche. Elle présente une fièvre à 38°C, une dysurie, des brûlures mictionnelles et une pollakiurie. Le diagnostic de pyélonéphrite gauche est posé. Le bilan biologique est prescrit ainsi que l'échographie rénale. Pendant ce temps je vais voir un second patient.

9h45 : il s'agit d'une patiente de 55 ans chez qui on a diagnostiqué une amylose cardiaque depuis deux ans. Elle a eu une chimiothérapie suivie sur Caen. La patiente se plaint

actuellement de toux grasse avec crachats purulents. On prescrit bien-sûr un bilan biologique ; CRP, troponine, BNP, NFS, plaquettes, hémocultures et bien-sûr une radio pulmonaire. 10h15 : alors que je ne dois pas oublier de récupérer les résultats biologiques et paracliniques des premiers patients, d'autres patients arrivent toujours plus, le plus souvent sans lettre de médecin traitant.

A 11h01 deux nouvelles entrées se glissent entre la patiente souffrant d'une amylose cardiaque et celle présentant une pyélonéphrite qui n'est rien d'autre qu'une constipation après traitement pour gastro-entérite, et une cystite chez une femme de 35 ans. Cette dernière sortira après un ECBU avec une ordonnance de Monuril et des conseils hygiéno-diététiques.

12h01 : une patiente de 32 ans est adressée par son médecin traitant pour décompensation psychotique. Il s'agit d'un syndrome dissociatif; alors que la pyélonéphrite est mise sous antibiotiques que la malade constipé se révèle être une vésicule biliaire lithiasique et que l'amylose cardiaque après avoir été totalement bilantée et avoir trouvé une place dans un service fait volte-face au dernier moment sortant contre avis médical.

15h : Après avoir eu l'infirmière de psychiatrie pour ma jeune patiente de 32 ans et avoir fait les papiers pour son hospitalisation à l'Etablissement Public de Santé Mentale à Caen, je m'octroie le droit d'aller manger à 15h15. Je reconnais ne pas être pressée d'y retourner et de retrouver l'effervescence de ce service ainsi que son climat électrique.

16h : je suis de retour au poste pour prendre en charge un traumatisé canin de la nuit qui alcoolisé avait fait l'objet d'une rixe.

16h30 : une crise d'angoisse chez une femme de 50 ans

17h : mon regard commence à s'attarder régulièrement sur l'horloge prête à rentrer chez moi. Je terminerai par le classique placement de la personne âgée d'avant week-end.

On constate que dans le quotidien des urgences se mêlent des soins pouvant être gérés en ville avec des urgences vitales, de la médecine interne, de la traumatologie. 10h d'immersion dans le service d'urgences auront suffi à me faire constater l'afflux de patients destinés à la médecine générale et, à contrario la diminution d'urgences vitales comparativement aux années 90. En en faisant la remarque au chef de service ce dernier explique qu'avec les airbags les polytraumatisés de la voie publique n'existent pratiquement plus et qu'avec la ventilation non invasive les œdèmes aigus du poumon ne sont plus intubés et les décompensations de broncho-pneumopathies chroniques ne sont plus hospitalisées systématiquement en réanimation.²

² Dixit Dr MANSOUR V. ancien chef de service des urgences de Lisieux

B/ Une journée de médecin généraliste

1/ En secteur rural

➤ Exemple de Bonnebosq (terrain de stage)

Arrivée à 7 h, ouverture du cabinet, de l'ordinateur, de la messagerie sécurisée et lecture des différents courriers ou résultats d'exams. Regard sur l'agenda et les patients inscrits. C'est lundi, l'agenda est déjà bien rempli mais il reste toujours des cases disponibles pour les appels de la journée (ces cases indispensables ne sont jamais attribuées avant). Préparation des dossiers des patients que je vais aller voir en visite à domicile en fin de matinée. Les premiers appels arrivent et les places deviennent de plus en plus limitées.

A l'arrivée de la première patiente de 7h30 je transfère les appels sur le secrétariat qui assure la permanence des soins.

7h30 : Thomas B, 13 mois, examen et vaccins.

7 h52 : Christiane 62 ans, suivi d'un diabète bien équilibré et poursuite d'un traitement anti-dépresseur bien utile pour l'aider à surmonter le deuil d'un proche il y a un an. *8h05* : Clémence 35 ans, bilan d'une hypersudation ancienne mais gênante.

8h25 : Le secrétariat me passe un appel «urgent», je l'ajoute en visite ce soir.

8h26 : Dominique 62 ans en immunothérapie pour cancer bronchique, bon résultat depuis un an. On aborde les inconvénients et avantages du traitement. Je prolonge son arrêt.

8h50 : Georges 72 ans suivi cardiologique, nettement mieux depuis la chirurgie de la valve aortique, on parle des troubles mnésiques et des hypnotiques.

09h10 : Elsa, gastro entérite sans signes de gravité, conseils et anti spasmodique.

09h20 : Catherine 32 ans, pour le certificat de prolongation d'un accident de travail.

09h30 : Sylvie 62 ans infiltration du genou pour arthrose.

09h45 : petite consultation du matin terminée, je prépare mes affaires et les dossiers pour les visites à domicile de ce matin.

Je commence par Mme G, 91 ans, qui habite à 10 km du cabinet, elle est bien limitée depuis plusieurs années après une hémorragie cérébrale, récente pneumopathie et bilan hépatique très perturbé. Elle n'a pas pu être mise au fauteuil ce matin, déshydratée. Avec son fils et sa petite fille nous décidons une hospitalisation pour corriger cela et mieux comprendre les perturbations découvertes à l'analyse.

11h00 : autre visite, 10 km encore, dans un village, pour Mr L. 65 ans, sans moyen de locomotion, diabète, arythmie complète. Je suis appelé car «il ne se sent pas bien». Rien de grave en apparence je le reverrai dans quelques jours après des analyses.

Bientôt midi, j'aurais aimé avoir le temps de passer à l'hôpital mais ce sera pour ce soir.

Je passe acheter un sandwich et retourne au cabinet. Courrier, paperasse et petit café avant de reprendre mes consultations.

14h00 : Mr G. 69 ans, invalidité très ancienne, renouvellement du traitement. Il vient toujours accompagné de sa sœur chez qui il vit.

14h15 : Mr et Mme P. 85 ans. Hypertension pour l'un, lombalgie opérée pour l'autre. Ils vont très bien, renouvellement du traitement.

14h45 : Mme L. 69 ans, maladie de Parkinson, « miraculée » depuis le traitement débuté il y a deux ans, on fait le point et réévalue l'ordonnance.

15h00 : Mme C, 58 ans, récemment opérée des sinus, réévaluation de son hypothyroïdie.

15h15 : Mr M. 55 ans pour des douleurs d'oreille, otite externe, traitement local et discussion sur son excès d'acide urique avec crises de goutte.

15h30 : Mme I. 52 ans, gastro entérite, je l'arrête deux jours.

15h45 : Mme L 69 ans, j'infiltrer son genou droit.

16h00 : Appel de l'hôpital à propos de la patiente âgée vue ce matin, échange avec l'interne. M. 15 ans rhinopharyngite, pas grand-chose, n'est pas allée en cours, papier d'excuse.

16h15 : M. 11 mois, bronchiolite, rechute, j'explique et rassure sa maman épuisée.

16h30 : Mme B. 64 ans, diarrhée traînante, coproculture.

16h 45 : je prends 5 minutes pour regarder mes mails et les résultats d'analyse sur apicrypt.

Mr. L. 25 ans pour une aptitude à la compétition à cheval.

17h00 : Mr. F m'appelle pour me dire qu'il annule son rendez-vous ; panne de véhicule, cela me permet de souffler un peu. J'en profite pour régler par téléphone des INR.

17h15 : L. 6 ans, otite.

17h30 : K. 6 mois, touse bcp depuis une bronchiolite, est allé hier soir aux urgences sans réel motif que l'inquiétude des parents.

17h45 : Mr O 46 ans, bronchite aigüe a eu froid à la pêche.

18h00 : K 20 ans, plaie de la jambe, suture, vaccin.

18h15 : V 4 ans, fièvre à la sortie de l'école, rien à l'examen, conseils.

18h30 : il ne me reste qu'une visite et à passer à l'hôpital.

Je scanne les courriers, range les examens arrivés par apicrypt, fais la télétransmission, la comptabilité du jour.

19h15 : je fais ma dernière visite, Mme A insuffisance cardiaque sévère en HAD, on fait le point avec l'infirmière qui est présente au moment où je passe.

19h45 : je passe à l'hôpital, la vieille patiente est encore aux urgences sur un brancard, je parle avec les médecins. Puis je monte voir deux patients hospitalisés.

Il est 2 h15 la journée est terminée.

2/ En secteur urbain

➤ Exemple de Lisieux

7h15 : J'arrive au cabinet pour préparer la journée. J'allume l'ordinateur et je lis les résultats tardifs de la veille et les courriers arrivés dans l'entre-fait (papiers, messagerie sécurisée) puis je prépare les visites de la fin de matinée, je regarde l'agenda en espérant que les créneaux d'urgence suffisent à satisfaire les appels du jour.

8h30 : début des consultations (un patient toutes les 15 minutes jusqu'à 11h): diabète, HTA, visite du nourrisson, fièvre, vaccins, douleurs abdominales, frottis, contrôle d'un traitement débuté récemment, certificats (arrêt de travail, sport...).

11h : Fin des consultations, je m'appête à rendre visite aux patients âgés qui ne peuvent se déplacer au cabinet.

12h30-13h : repas sur le pouce en récupérant des résultats, en lisant et classant les courriers déposés par le facteur. Je prépare les courriers et/ou les ordonnances demandé(e)s par les patients via mon secrétariat téléphonique à distance.

14h : reprise des consultations jusqu'à 18h30.

En dehors des périodes d'épidémie je laisse deux créneaux libres dans l'après-midi pour souffler ou rattraper le retard.

Lorsque la porte se referme sur le dernier patient, la journée n'est pas finie. Il faut encore récupérer les résultats de la journée, et si certains posent problème, il faut appeler les patients concernés.

Puis la journée se termine par la comptabilité du jour et la télétransmission. Alors seulement je peux fermer la porte du cabinet avec peut-être une dernière visite mais de toute façon j'ai toujours en tête certains patients qui m'ont posé problème dans la journée.

La médecine générale est une spécialité riche par la diversité des problématiques rencontrées et par la richesse des rapports humains patients /médecin.

Comme pour tout soignant, elle nous vide sur les plans physique et psycho émotionnel (peur de ne pas être efficace, peur de « l'erreur » médicale ; car on oublie souvent que « l'erreur »

diagnostique se confond fréquemment avec le diagnostic différentiel), partage de la détresse des patients que l'on absorbe en partie.

Ce n'est pas une critique, juste une constatation.

Nous ne sommes pas des Robots des « Temps Modernes » on ne peut pas voir plus de patients et on ne veut pas en voir plus, mais on veut les voir MIEUX.

Nous avons besoin d'avoir une vie de famille et des activités extérieures pour pouvoir continuer à nous occuper des autres et tenter d'être satisfaits du travail accompli.

Il est vrai que nous avons du temps administratif mais pour une bonne partie, personne ne peut se substituer à nous (lire les courriers et les résultats des patients, faire des certificats d'ALD, MDPH, sport...) faire des courriers pour les spécialistes, prendre des rendez-vous auprès de ces spécialistes, appeler les patients pour leurs résultats.....Autant de choses qui ne peuvent être faites par un associé administratif qui ne connaîtrait pas le patient dans sa totalité à la fois somatique, psychologique et sociale.

Quand on fait le bilan des trois situations évoquées ci-dessus, on ne peut que constater le stress auquel sont soumis les médecins aussi bien en médecine générale qu'en secteur hospitalier. Tout médecin est responsable de vies humaines qui lui sont confiées sans oublier l'invasion des tâches administratives et informatiques et la difficulté à mener sa vie familiale sereinement. Les troubles du sommeil, de la mémoire, de l'estime de soi, la fatigue chronique sont des signes d'alerte, les médecins le savent, mais sont-ils toujours aussi attentifs à leur propre santé qu'ils le sont pour celle de leur patient ?

On peut constater que, dans la plupart des cas, la pénurie de médecins généralistes dans le sud Pays d'Auge, pénalise sur les plans physique et psychique ceux qui sont en activité.

Comment s'organise actuellement le système de soins français pour faire face à la demande croissante de soins primaires non programmés ?

IV/ SOINS PRIMAIRES : ÉTAT DES LIEUX

A/ Les différentes structures de soins

1/ les urgences

1/a Leur Structure

La circulaire N 195 du 16 avril 2003 précise que les structures d'urgence ont pour mission de prendre en charge en priorité les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et fonctionnel. Actuellement tout service labellisé des urgences doit disposer de

(12) :

- Une ouverture 24 heures / 24, 7 jours/7
- La présence d'un médecin diplômé en médecine d'urgence 24h/24, 7jours/7
- La présence d'une SAUV (salle de déchocage) conforme aux recommandations professionnelles
- La présence d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) conforme aux recommandations professionnelles et réglementaires
- La présence d'un Poste d'Accueil et d'Orientation (PAO) tenu 24h/24, 7jours/7 par un Infirmier d'Accueil et d'orientation (IOA) ou un Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO)
- Une héli-surface ou à défaut une zone pour poser l'héliSMUR dans l'enceinte de l'établissement et si possible à proximité immédiate de la structure d'urgence
- Une formalisation de l'accueil des enfants
- Une formalisation de l'accueil des urgences psychiatriques
- Une formalisation de l'accueil des urgences médico-sociales
- La possibilité de réaliser 24h/24, 7jours/7 les examens d'imagerie médicale courants ainsi qu'une échographie d'urgence et des examens tomodensitométriques (scanner)
- La possibilité de réaliser 24h/24, 7jours/7 des examens de biologie d'urgence.

1/b Fonctionnement administratif et gestion

Alors qu'il y a 20 ans les urgences de Lisieux fonctionnaient avec deux urgentistes (un qui gérait les admissions des urgences et l'autre qui était de Samu) pour 18 000 entrées annuelles, aujourd'hui ils sont l'équivalent de 10 à temps plein pour 33 400 entrées annuelles. Parmi ces

33 400 entrées annuelles on répertorie 7 000 CCMU 1 (État clinique jugé stable, abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique, examen clinique simple) et à peu près 6000 CCMU 2 (État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique (prise de sang, radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (sutures, réduction) réalisé par un service d'urgence. Soit 13 000 actes annuels qui pourraient être réalisés par un médecin généraliste.

Mais le statut du généraliste qui, éventuellement, assumerait ces consultations est prépondérant car en effet en fonction du statut l'enveloppe budgétaire annuelle des urgences peut varier de façon importante.

Pour quelle raison ?

Cette enveloppe budgétaire ou dotation fixe, qui est recalculée d'une année sur l'autre, varie en fonction de l'Accueil et Traitement des urgences (ATU) c'est-à-dire du nombre de passages aux urgences ne donnant pas lieu à une hospitalisation en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD). Cette ATU correspond au forfait remboursé par la CPAM pour chaque passage de patient. L'ATU donne lieu chaque année de la part de l'ARS au Forfait Annuel Urgence (FAU) qui est une dotation fixe versée pour une année et recalculée chaque année. Par conséquent si un généraliste prend en charge les CCMU un et deux, en fonction de son statut (attaché ou non aux urgences) ça peut-être autant de consultations amputées pour le calcul du FAU. Ce que ne veulent ni le service d'urgence ni la direction de l'hôpital. Donc pour que le FAU ne soit pas diminué il faut que le généraliste fasse partie intégrante de l'équipe en tant que vacataire ou attaché. (Pour ce qui est d'un poste de PH cela sous-entend de passer le concours).

Si le médecin généraliste intervient dans une structure proche des urgences mais de façon privée en tournant avec des collègues de ville il créera un appel d'air sur les entrées des urgences avec une répercussion sur le FAU ce qui n'est pas l'intérêt de l'hôpital.

Deux solutions peuvent être entrevues pour éviter ce problème : soit des urgentistes sont d'accord pour prendre en charge les consultations relevant de la médecine générale en sachant que cela sous-entend d'embaucher deux urgentistes supplémentaires, soit un médecin généraliste prend en charge cette consultation de médecine générale en étant attaché au service des urgences. Mais le statut d'attaché s'accompagne de deux points noirs : un pour l'hôpital et un pour l'attaché lui-même. Celui qui concerne l'hôpital est qu'un attaché ne peut être à temps plein donc il faudra embaucher au moins un autre médecin généraliste. Celui qui concerne l'attaché est son salaire. En effet, selon les grilles tarifaires, il toucherait un revenu mensuel brut de 1865 euros soit l'équivalent d'une paye d'interne dernier semestre. (13)

Il paraît donc évident que la solution de l'attaché n'est viable ni pour l'hôpital ni pour le médecin généraliste. Ce qui impose au généraliste qui veut intégrer les urgences de Lisieux, de passer le concours de PH avec un revenu mensuel brut de 3815 euros.

Donc le directeur du centre hospitalier de Lisieux devra négocier un poste de PH temps plein dont les actes seront comptabilisés sur le service des urgences pour ne pas altérer le FAU.

Par ailleurs le coût des passages aux urgences pour une consultation de type CCMU 1 est beaucoup plus élevé qu'en ville ; aux urgences le coût moyen varie entre 115 € en journée et 150 € la nuit quand celui-ci est en moyenne de 25 € en journée et 71 € la nuit pour une consultation en ville. Donc cet afflux de consultations de médecine générale coûte cher à l'assurance maladie mais est source de recettes non négligeables pour l'établissement.

Par conséquent, le chef de service des urgences aura un comportement ambivalent face à l'augmentation des soins primaires non programmés car si ces soins ne sont pas des urgences vitales et frustrant l'urgentiste ils lui permettent également de dynamiser les recettes de l'établissement de façon non négligeable puisque pour un chiffre de premiers passages de 33405 le calcul du FAU est de 1 175 000 (Grille de calcul tarifaire de modélisation du forfait annuel urgence pour 2018). (14)

2/ Structures de ville

Ce sont des lieux de soins primaires peut-être plus chaleureux qu'un service d'urgence où le patient est vu dans sa globalité (dans son aspect psychologique, somatique, social). Le médecin généraliste, médecin de famille, construit une relation de confiance au fil des consultations répétées et peut ainsi jouer le rôle de médecin médicament où le médecin est déjà thérapeutique. On remarque depuis une dizaine d'années une diminution des cabinets médicaux où le médecin généraliste est installé seul au profit de pôles médicaux dont le but est de rendre plus attractive, notamment, la médecine rurale ou semi rurale en associant sur le même lieu des professions médicales et paramédicales. (11)

Ainsi à Lisieux il y a :

- Neuf médecins installés en cabinets individuels
- Un cabinet de groupe avec trois médecins généralistes
- Deux pôles santé:
 - o un en centre-ville qui regroupe six médecins, un gynécologue, deux infirmières, trois sages-femmes et un kiné
 - o un deuxième qui regroupe trois médecins et deux infirmières

Malgré l'existence de ces deux pôles sur Lisieux, il y a toujours 7000 à 13000 consultations annuelles aux urgences qui pourraient être vues par un généraliste. (15)

Pourquoi les pôles médicaux n'ont pas une si grande influence sur le pourcentage de soins primaires entrant aux urgences ? Les soins primaires étant selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) des « soins de santé essentiels, accessibles à tous par des moyens détournés ». (16)

Les communes depuis 10 ans essayent de pallier au manque de généralistes en se rendant plus attractives par la mise en place de pôles médicaux où sont réunis médecins et paramédicaux mais cela ne suffit pas à désengorger les services d'urgence. En effet, les pôles médicaux ne font que déplacer les médecins généralistes déjà installés sur une même zone géographique. Ces pôles n'ont fait que créer un courant migratoire médical depuis les cabinets médicaux où ils étaient souvent seuls vers ces structures pluridisciplinaires. Mais, ils n'ont pas généré comme il était prévu qu'ils le fassent de nouvelles installations de médecins généralistes. Les pôles médicaux ont donc des difficultés à compenser la pénurie de médecins généralistes, même si pour le Sud du Pays d'Auge on note un jeune médecin généraliste supplémentaire à Mézidon ainsi qu'à Saint-Pierre sur Dives et à Orbec.

Pour que les pôles médicaux soient plus attractifs pour les patients il faudrait (17) :

- qu'ils possèdent un plateau technique léger (laboratoire d'analyses in situ voire cabinet de radiologie comme au pôle de Deauville)
- que les médecins généralistes qui sont installés soient déchargés de leurs tâches administratives et paramédicales. C'est-à-dire qu'ils soient à 100 % dans le médical comme c'est le cas à Alençon (maison Médicale star Tech médecine) où trois médecins généralistes sont épaulés par des praticiens retraités des infirmières diplômées d'État et des internes ainsi qu'un médecin généraliste volant. Ces pôles de santé libéraux ambulatoires ont pour but d'améliorer la prise en charge complexe, d'avoir une action de prévention et de dépistage, de former des étudiants etc. C'est la définition même des pôles pluridisciplinaires (prônés par Agnès Buzyn dans le projet santé 2022). (12) (17)

Ces médecins généralistes sont exonérés de tâches administratives afin que la consultation soit moins chronophage ce qui permet d'augmenter le nombre de patients examinés dans un temps donné. Ainsi, on rentre dans le vif du sujet du projet santé 2022 avec comme première mesure la création de postes d'assistants médicaux dont l'objectif est d'alléger le généraliste de tout ce qui n'est pas purement médical afin d'augmenter son rendement horaire et de permettre

d'ouvrir des créneaux pour des soins non programmés et de renforcer ainsi l'offre de consultation médicale sans rendez-vous en ville.

Mais un autre des objectifs du projet santé 2022 est de voir s'ouvrir des pôles pluridisciplinaires avec plateau technique léger (petit plateau de biologie in situ) bénéficiant des mêmes éléments d'attractivité que les urgences, accessibles en transport sanitaire urgent, proposant le tiers payant sur les horaires de la garde. Ainsi des équipes des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) seront soutenues financièrement et disposeront de six mois pour mettre en place une organisation en propre des soins non programmés dans leur territoire et de 18 mois pour la rendre effective.

En résumé, selon la Ministre de la santé, il serait souhaitable d'améliorer le rendement horaire médical en faisant en sorte que les médecins généralistes soient soulagés des tâches administratives par des assistants médicaux pour ainsi optimiser la journée de soins, en ouvrant par exemple des créneaux de soins non programmés. Ces médecins généralistes s'installeraient dans des pôles pluridisciplinaires à plateau technique léger où ils devraient élaborer des projets de santé validés ou non par leur CPTS. Concernant les tâches administratives, les témoignages précédents font la preuve qu'il n'y a que les médecins généralistes qui peuvent lire les courriers (et donc faire le lien avec les spécialistes, faire les certificats médicaux). Ils sont donc dans l'incompréhension du rôle des assistants médicaux et surtout dans l'incompréhension qu'on les soumette à un « rendement horaire » alors qu'eux demandent de la qualité humaine dans la relation médecin/patient. Ce n'est donc pas au généraliste installé qu'il faut demander d'assumer davantage de soins non programmés. Ils le feraient s'ils étaient plus nombreux, ce n'est pas tant un problème de charge administrative mais bien plutôt un problème de numerus clausus qui n'a pas su être anticipé par nos hautes instances successives). Toutefois, on peut leur demander s'ils seraient prêts à assumer ces soins non programmés autrement qu'en ville, dans une structure hospitalière par exemple ?

B/ Causes d'embolisation des urgences

1/ Raisons socio-économiques

Le souci principal du patient est simple : c'est de pouvoir être pris en charge de manière simple, rapide et complète quand il fait face à un besoin de santé soudain, inopiné et non programmé. Or cette offre de soins non programmés est très variable d'un territoire à l'autre et même d'un médecin à l'autre.

Il paraît nécessaire de définir ce qu'est la consultation de médecine générale aux urgences. C'est un motif de consultation qui ne met pas en jeu le pronostic vital mais qui est assez générateur de stress pour amener le patient aux urgences. (18) Selon l'OCDE, le taux de patients inappropriés aux urgences est de 12 % aux États-Unis, 20 % en France et en Italie, 25 % au Canada, 31 % au Portugal, 32 % en Australie et 56 % en Belgique. (19)

Quelles sont les principales motivations et arguments amenant le patient aux urgences plutôt qu'en cabinet de ville ?

- Le plateau technique est le premier argument de consultation de soins primaires aux urgences. Il offre un recours aux examens biologiques à l'imagerie et à l'avis spécialisé en quelques heures, ce que le patient ne trouve pas dans le pôle médical.

- Une réponse à la précarité

Avec la prise en charge médicale des personnes sans couverture sociale grâce à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) services qui sont habituellement rattachés aux structures d'urgence. L'activité des PASS ne fait que croître et cette évolution est amplifiée par un taux de précarité qui a plus que doublé entre le milieu des années 80 et la fin des années 90.

Par ailleurs, l'apparente gratuité par rapport au coût des soins de ville est un facteur attractif pour les catégories socioprofessionnelles plus modestes ; le tiers payant et l'absence de facturation sur place donnent l'impression qu'un passage aux urgences est gratuit. Peut-être qu'il serait bon que le législateur responsabilise davantage le patient face à la consommation de consultations d'urgence non justifiées, en lui demandant de régler une partie de la consultation (hors CMU).

- L'aspect de facilité :

Depuis les années 90 s'est constitué un flux constant de patients relevant de la médecine générale mais allant par commodité aux urgences. Facilité de pouvoir réaliser sur un même site non seulement la consultation mais également les examens, voir l'adressage à un spécialiste, sont des points clés. Ainsi, selon l'enquête de la Direction de la recherche de l'Evaluation des Etudes et des Statistiques (DREES) de 2013, 23% des personnes accueillies aux urgences hospitalières motivaient leur venue par la possibilité de réaliser des examens complémentaires et 12 % par la possibilité de consulter un médecin spécialiste. Il serait dans l'ordre des choses de vouloir responsabiliser les patients en mettant un frein à ce genre d'entrées. Mais ceci est rendu difficile avec la pénurie de médecins généralistes obligeant de plus en plus les patients à consulter directement aux urgences. Par exemple, à Lisieux il y a une maison de garde au pied de l'hôpital sans médecin de garde en semaine ; il y a une permanence des soins assurée que le week-end le samedi de 13 heures à 20h et le dimanche de neuf heures à 20h. En effet, les médecins généralistes qui assuraient l'astreinte de 20 heures à minuit en semaine ne voyant qu'un ou deux patients ont décidé après concertation de stopper ces astreintes. Il y a fort à parier que les patients n'ayant que 30 mètres à faire entre la maison de garde et la porte des urgences choisiraient la solution de facilité des urgences. Mais il y a aussi le fait que les heures d'affluence aux urgences ne correspondent peut-être pas au créneau 20 heures minuit. Il n'y a donc pas que l'exigence de notre société de consommation qui intervient dans l'augmentation du nombre de consultations sans courrier de médecin traitant mais également bel et bien le fait qu'il n'y ait plus de médecin traitant prenant de nouveaux patients ni assurant la permanence de soins non programmés. (20)

- L'accessibilité géographique est également un critère important en zone sous dotée ; ainsi 20 % des personnes accueillies aux urgences motivaient leur choix par cette accessibilité.
- La difficulté pour obtenir un rendez-vous en cabinet médical est également un facteur important de consultation aux urgences. Ainsi, l'association SOS médecin constate que son activité tend de plus en plus à se déployer face à l'accroissement de la demande de soins non programmés. Les pics d'appel interviennent ainsi entre 8 heures et 10 heures et entre 17 heures et 20 heures soit avant et après les journées de travail mais aux horaires d'ouverture des cabinets libéraux. Mais, compte tenu de la démographie médicale en berne dans la région Bas Normandie, même si les cabinets sont ouverts dans les heures de pointes de demande de consultation, étant donné qu'ils sont moins nombreux, la problématique de

la gestion de la permanence des soins reste entière. En effet, l'étude du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) confirme bien la baisse de la démographie médicale avec 32% de médecins généralistes libéraux et mixtes âgés de 60 ans et 12% de moins de 40 ans. Ainsi dans le Calvados la moyenne d'âge des médecins généralistes était de 51,8 ans et de 51,2 ans à Lisieux. (21)

2/ Raisons individuelles propres à chaque patient qui en font leur urgence ressentie

Qu'est-ce qu'une urgence ressentie ?

« *Ce qui ne peut pas attendre* » n'est pas de nature similaire selon que l'on se place du côté du patient, du médecin généraliste ou encore du médecin « spécialisé » dans l'urgence. Pour le médecin urgentiste, l'urgence est d'abord vitale ; pour le généraliste il s'agit d'un soin non programmé qui interrompt son activité ; pour le patient l'urgence est synonyme de rapidité d'intervention, la notion de gravité n'étant pas forcément au premier plan et le fait d'être pris en charge rapidement semblant être la préoccupation première, que ce soit pour des raisons médicales ou pas. De nombreuses qualifications ont successivement été créées pour tenter de retracer au mieux les définitions correspondant à chaque acteur. Ainsi, au cours des années on est passé de l'urgence vitale à « *l'urgence ressentie* » pour aujourd'hui en arriver à la notion de « *demande de soins non programmés* », c'est-à-dire, le recours spontané des patients à la médecine. (18)

Globalement on pourrait dire que l'urgence ressentie est une urgence (avec cette notion d'immédiateté dans le soin) pour le patient mais qui pour l'urgentiste ne remet pas forcément en cause le pronostic vital. Selon l'enquête de la DREES 2013, 62 % des patients décident de se rendre dans un service d'urgence de leur propre initiative ou sur le conseil d'un proche ; 24 % viennent sur le conseil d'un médecin et 15 % sur le conseil du SAMU ou des pompiers. Selon la même enquête, pour 27 % de la fréquentation des urgences, celle-ci était liée à un besoin ressenti de règlement rapide du problème. (20)

Aux urgences de Lisieux parmi les premières justifications des patients figurent par ordre décroissant :

- La douleur : une douleur à soulager dans 40% des cas surtout quand le diagnostic relève de la traumatologie, de la rhumatologie ou de l'hépatogastro-entérologie. (20)
- Une pathologie ne relevant pas selon le patient de la compétence du médecin traitant

- Le besoin du conseil d'un médecin spécialisé
- L'absence de médecin traitant le dimanche.

C/ Des solutions à l'engorgement des urgences

D'après le projet santé 2022, 20% des patients actuels des urgences hospitalières ne devraient pas fréquenter ces structures et qu'une médecine de ville mieux organisée et dotée des outils idoines devrait pouvoir accueillir une proportion plus importante de ces patients (selon le rapport de la Cour des Comptes 2019). (4)

Face à la demande de soins non programmés quelle est l'attitude des professionnels de santé ? (Enquête de l'Union Régionale des Professionnels de Santé)

- 54 % des médecins dispensent des conseils téléphoniques avec prise de rendez-vous ultérieure
- 29 % orientent le patient vers un confrère de même spécialité
- 17 % orientent le patient vers un centre de régulation comme le centre 15

Il est à noter que 26 % de ces médecins acceptent des demandes de soins non programmés et 97 % des demandes se concentrent en fin de journée entre 18 et 20 heures.

Quelles sont les solutions envisagées par le gouvernement pour faire face à l'embolisation des urgences ?

En dehors de la télémedecine, de la régulation téléphonique des centres 15, la mise en place d'un numéro national consacré à la permanence des soins le 116. 117 (expérimenté dans trois régions pays de la Loire, Corse, et Normandie,) de la création de 400 postes en exercice partagé où le médecin est salarié de la structure hospitalière ou de la maison de garde où il effectue les consultations à temps partiel sur les deux postes. Le gouvernement a accordé son soutien à la mise en place, en ville, de centres de soins non programmés dotés d'un plateau technique léger ces pôles pluridisciplinaires se monteront sous l'égide des CPTS. Afin d'assurer la permanence des soins primaires le gouvernement étudie également l'ouverture de structures de circuit court hospitalières.

1/ En ville : Les pôles pluridisciplinaires

Les pôles pluridisciplinaires sont des pôles médicaux de ville où sont associés différents praticiens de médecine générale et de médecine spécialisée, des paramédicaux et un plateau technique léger (laboratoire d'analyses, cabinet de radiologie...). Ces pôles auront la même attractivité que les urgences accessibles en transport sanitaire urgent et proposant le tiers payant. Toutefois, leur attractivité est aussi leur inconvénient. En effet, les laboratoires d'analyses et les cabinets de radiologie n'iront pas dans des pôles implantés en rural ou semi rural préférant le secteur urbain. Effectivement, d'une part, le secteur urbain est souvent doté d'un hôpital de proximité et d'autre part c'est discriminant pour le rural et le semi rural qui auront bien des difficultés à bénéficier de plateaux techniques légers alors que c'est eux qui en ont le plus besoin. Par conséquent, il n'y a pas de solution de circuit court offert au secteur rural ce qui s'avère être discriminant pour ce dernier.

La volonté gouvernementale est de donner un rôle prépondérant aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) qui existent depuis 2016. Ces CPTS interviennent dans la création des maisons de santé pluridisciplinaires et verront leur nombre passer à 1000 supplémentaires dans le projet santé 2022. (12) (17) Ce sont ces structures légères qui organiseront la coordination des soins pour garantir l'accès à un médecin traitant et garantir l'accès aux soins non programmés.

2/ A l'hôpital : le circuit court

Voyons le problème à l'envers. S'il est trop compliqué de faire venir dans les pôles médicaux un plateau technique léger pourquoi ne pas faire venir la substance grise du pôle médical aux urgences ?

Le circuit court a une place privilégiée avec pour objectifs :

- Une diminution du temps de passage des patients relevant de la médecine générale.
- Apporter une réponse aux déserts médicaux.
- Diminuer le temps d'attente.
- Augmenter le nombre de consultations.
- Palier à l'intérim très coûteux. (22)

Le rôle du circuit court étant de réduire au maximum le temps de prise en charge du patient,

le patient relevant de la consultation de médecine générale est directement dirigé vers le médecin généraliste et n'attend pas un urgentiste. Ainsi, les délais d'attente et de prise en charge diminuent.

Dès lors, le circuit court répondrait à l'augmentation de soins non programmés relevant de la médecine générale et embolisant les urgences. Selon l'étude de la DREES 2013, 36,5 % des services d'urgence avaient mis en place des circuits courts (ou « fast tracks ») permettant à des urgentistes ou à des généralistes exerçant à temps partiel à l'hôpital de prendre en charge ce type de soins, de tels circuits nécessitent en tout état de cause une consommation de ressources qui pourrait être allouée de façon plus optimale car actuellement 20 % des patients attendent plus de quatre heures aux urgences alors que leur situation peut nécessiter un examen plus rapide. (20)

2/a. Inconvénients et Avantages d'une consultation de médecine générale aux urgences

- Les inconvénients pour le patient

Le médecin généraliste perd aux urgences sa relation de continuité dans le soin qu'il avait au cabinet en tant que médecin de famille. Il perd l'avantage de bien connaître son patient de pouvoir jouer le rôle de médecin médicamenteux où la consultation est déjà un outil thérapeutique. Selon Olesen et Al, il perd la connaissance et la confiance engendrées par les contacts répétés. (19) Il sera donc important de créer une ambiance chaleureuse avec des locaux aux couleurs chaudes et à la lumière tamisée, pas trop proches de l'effervescence des urgences afin d'installer un climat de confiance apaisant.

- Avantages pour le patient

- Le plateau technique : être dans une structure à la pointe de l'urgence médicale avec la commodité d'avoir un laboratoire biologie, une unité de radiologie avec possibilité de scanner et d'I.R.M. sur place.
- La formation médicale : le patient est dans une structure où les médecins généralistes sont en formation médicale continue, au contact des spécialistes et des urgentistes qui les entourent.
- Le temps d'attente serait diminué.

Le nombre de médecins généralistes continue à décroître au fil des années au fur et à mesure des départs en retraite non remplacés (notamment dans le sud pays d'auge). Malgré les efforts des communes pour se rendre attractives avec les pôles médicaux et d'après les analyses du conseil national de l'ordre des médecins la tendance à la baisse a une forte probabilité de se poursuivre jusqu'en 2025. (15) L'ouverture d'une consultation de médecine générale au sein des urgences en diminuant l'engorgement ou overcrowding permettrait aux urgentistes de se focaliser à nouveau sur les urgences vitales et ainsi de diminuer le délai de prise en charge des patients à pronostic vital engagé. Ceci aurait des répercussions non négligeables sur l'hôpital en augmentant le taux d'entrées d'une part (Consultations de médecine générale et prises en charge spécialisées confondues) et en augmentant le taux d'avis spécialisés d'autre part. Ceci dynamiserait de façon non négligeable les recettes du service et de l'établissement en augmentant le FAU.

Il faudra définir des critères d'éligibilité pour établir un circuit court c'est-à-dire :

- Un temps d'attente trop important dans le sas de triage ou dans la partie soignante
- Un pool trop important de gens nécessitant une prise en charge médicale rapide se présentant au SAU

Ceci peut s'établir en concertation avec le chef de service, la cadre du service et les équipes infirmières, aides-soignantes qui y travaillent. Pour finir, il faut définir les horaires du circuit court. Ces horaires correspondent à la zone de carence de généralistes en ville soit minuit-8h et 18h-23h30.

2/b. Présentation du circuit court grâce à deux structures expérimentales sur Paris

Hôpital Bichat :

En 2017, des urgences de l'hôpital Bichat ont accueilli 85 000 passages contre 50 000, 10 ans auparavant. Le service a résolument choisi d'accueillir toute demande d'urgence ressentie quel que soit son niveau de gravité médicale compte-tenu du déficit démographique médical dans la zone avoisinante. Il indique que le travail qu'il a réalisé sur sa qualité de service a permis de réduire la durée de passage aux urgences à 3h.

La filière courte Accueille 15 % des passages et n'aboutit à une hospitalisation que dans 2,5 % des cas. Par rapport à une consultation chez le généraliste, la filière présente l'intérêt de permettre la réalisation d'exams d'imagerie et de biologie. (23)

L'APHP renforce les liens avec la médecine de ville et propose à des médecins généralistes de participer à l'organisation des consultations non programmées en lien avec les équipes des services d'urgence pour des patients se présentant aux urgences et relevant de soins de premier recours. Pour se faire l'APHP lance Sur LinkedIn le 18 octobre un appel à candidature pour des généralistes qui voudraient participer à cette organisation de consultations non programmées. Ce projet s'inscrit dans la stratégie de l'APHP de renforcer ses relations avec tous les acteurs de santé de ville pour une meilleure prise en charge des patients. Depuis l'été 2019 l'APHP propose à ses médecins partenaires sur une appli mobile « direct APHP » un contact permanent avec un médecin sénior permettant d'organiser des admissions directes. Depuis novembre 2018 l'APHP bénéficie de 12 postes d'assistant partagé offerts à des médecins généralistes qui ont un temps partagé entre le secteur hospitalier et la médecine de ville. (24)

Devant la prise de conscience de l'embolisation des urgences par des cas de médecine générale un certain nombre d'initiatives de structuration de la prise en charge des soins non programmés ont vu le jour. Ainsi des centres hospitaliers confrontés à la pénurie d'urgentistes ont transformé leur service d'urgence en centre de soins non programmés ne fonctionnant que la journée ce qui leur permet de ne pas être soumis aux normes applicables aux services d'accueil d'urgence. Les hôpitaux locaux essentiellement en zone rurale, qui associent à leur fonctionnement des médecins généralistes libéraux, accueillent des soins non programmés. Plusieurs établissements privés à but lucratif proposent un accueil de soins non programmés (porte d'entrée pour les hospitalisations). Une trentaine de structures libérales d'exercice groupé sont totalement dédiées à l'accueil de soins non programmés.

On constate que toutes ces solutions proposées sollicitent toujours plus le médecin généraliste. Pour augmenter sa rentabilité horaire on lui octroie des attachés et on lui demande de s'impliquer davantage dans les examens complémentaires dans le cadre d'une maison médicale pluridisciplinaire ayant en son sein un laboratoire d'analyses médicales et un cabinet de radiologie.

Où sont les avantages pour le médecin généraliste dans les nouvelles propositions d'Agnès Buzyn ? Car, en résumé il s'agit de travailler plus avec plus de rendement mais pas de création de nouveaux postes pour l'instant. On demande juste à la main-d'œuvre humaine déjà existante d'avoir un rendement horaire supérieur en lui adjoignant des assistants médicaux dans les pôles et on demande aux urgences de faire toujours plus d'entrées en lui adjoignant un médecin généraliste pivot du circuit court.

Ces solutions apparaissent comme des solutions temporaires car le problème majeur est l'augmentation de ressources humaines médicales qui ne peut se faire qu'avec l'ouverture du numerus clausus. Or, les bénéfices de cette ouverture mettront dix ans à se faire sentir. Ici encore on met le doigt sur le manque d'anticipation des besoins de santé au cours des trois précédentes décennies, principale cause de la situation actuelle.

V/ MISE EN PLACE D'UNE CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE AUX URGENCES DE LISIEUX

A/ Analyse financière et logistique du projet

Comment mettre en place cette consultation de médecine générale ? Qui en a le pouvoir ? Cette consultation fait partie du circuit court de la prise en charge des soins primaires non programmés.

Alors que le nombre de passages aux urgences ne cesse de croître, le nombre de structures d'urgence reste inchangé, voire tend à diminuer. Les conséquences directes sont :

- Une augmentation du temps d'attente au risque de perdre des patients et d'interrompre la permanence de soins.
- Un engorgement des urgences par la partie médecine générale chronophage pour l'urgentiste au détriment du nombre de consultations spécialisées qu'il pourrait générer.

Par conséquent, quelles sont les solutions pour diminuer « l'overcrowding » ?

L'ouverture d'une consultation de médecine générale fait partie des réponses à cette embolisation des urgences par la médecine courante. Par ailleurs, cette consultation permettrait également de trouver une solution à cette hausse exponentielle du recours à l'intérim qui peut coûter 1300 € net pour la journée à 2000 € pour 24 heures, soit 4500 € brut. (4)

La tension actuelle observée dans tous les services d'urgence est renforcée par les coûts supplémentaires liés à la rémunération du temps de travail additionnel et au recours à des professionnels intérimaires. Les charges liées à l'intérim connaissent une forte croissance dans la plupart des régions, essentiellement dans les centres hospitaliers de taille moyenne et petite et ceci malgré des tentatives pour en limiter le montant.

Ainsi selon le rapport de la Cour des Comptes 2019 la région Île-de-France considérée comme attractive pour les médecins, se trouve dans une situation extrêmement tendue, les heures

d'intérim ayant augmenté de 60 % par an ces deux dernières années. En Bretagne, l'ARS signale une hausse des dépenses d'intérim de 47 % en 2017.

Par ailleurs la rémunération des praticiens, que le ministère tente de plafonner en s'appuyant sur les dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé du 11 janvier 2016, peut atteindre des coûts à la journée de 1300 € net et de 2000 € pour 24 heures soit 4500 € brut. Ces exigences de rémunération sont particulièrement fortes à certaines périodes de l'année (Noël, jour de l'an ou congés estivaux). (4) (15)

Comment mettre en place cette consultation et quel statut donner au praticien qui l'assurera ?

Cette consultation entrerait dans le cadre du circuit court ou fast track dont le but est comme nous l'avons dit la diminution du temps d'attente, le désengorgement des urgences, de diminuer le coût lié aux intérimaires. Il faudra définir les horaires d'ouverture de cette consultation, la zone géographique affectée au circuit court, l'objectif visé de durée de passage des patients, les ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement de ce circuit court (En général le processus de prise en charge en circuit court est sous la dépendance au minimum d'un médecin et d'un infirmier), quel serait le profil du généraliste capable d'assurer ce circuit court, et quelle serait la limite des pathologies prises en charge.

Il paraîtrait donc plus approprié que ce soit un généraliste qui prenne en main ce circuit court. Sous quel statut ? Comment sera-t-il rémunéré ? Autant de questions et de négociations qui sont sous l'entière responsabilité du directeur d'établissement (L'ARS n'intervient pas dans la décision d'ouverture de ce poste ni dans sa rémunération). Le directeur d'hôpital qui prend la décision d'ouvrir une consultation de médecine générale au sein de son service d'urgence devra définir :

- Le statut du généraliste qui assurera cette consultation qui lui-même sera fonction de :
la plage horaire sur laquelle sera embauché le médecin généraliste.

Ce temps horaire est défini en fonction de la demande, en fonction des heures d'affluence. Cette plage horaire sera définie avec l'appui du chef de service des urgences qui connaît parfaitement les heures d'affluence de son service. Plusieurs possibilités s'offrent au directeur d'hôpital qui souhaite recruter un médecin généraliste pour ses urgences. Le temps de présence est la première chose à définir, car en fonction de ce temps la direction négociera soit un poste de médecin attaché sur une vacation de quelques heures par jour, soit un poste de médecin généraliste libéral qui tourne avec ses confrères sur les urgences pour assurer la partie médecine générale, ou enfin, un poste de PH temps plein (sous réserve que le

généraliste passe le concours de PH). Pour les trois cas le faire valoir de l'hôpital pour le généraliste est de :

- Rester en contact avec l'hôpital
- Maintenir une activité médicale intéressante en étant au contact de spécialistes (formation médicale continue indirecte)
- Ne pas avoir à sa charge la location des locaux. (hormis pour le médecin qui garde son statut libéral).

Ces arguments sont la réponse aux éléments « stresseurs » de nos médecins généralistes installés en cabinets libéraux isolés.

Trois possibilités se profilent :

Cas n°1 : Un médecin attaché : dans ce cas la vacation est sur une plage horaire d'affluence, ainsi en imaginant une plage horaire quotidienne de 3h30, le salaire négocié par le directeur sera l'équivalent du nombre de consultations de ville réalisées par le praticien sur cette plage horaire. (3)

Exemple : si le praticien réalise une consultation toutes les 20 minutes, en ville, cela lui fait 10 consultations sur 3h30 soit $10 \times 25 = 250 \text{ € minimum}$.

Cas n°2 : Un médecin généraliste libéral qui vient assurer une journée par semaine de consultation de médecine générale aux urgences en tournant avec des confrères / consoeurs de ville. Dans ce cas la direction n'intervient absolument pas dans la négociation puisque le médecin généraliste garde une activité libérale aux urgences. L'hôpital propose une location forfaitaire des locaux correspondant au dédommagement de convention demandée par l'hôpital. Ce qui revient, à remettre en activité le point garde, situé à quelques mètres de l'entrée des urgences (point garde qui ne fonctionne actuellement que le week-end). Mais la consultation de médecine générale va créer un appel d'air sur le nombre de passages aux urgences avec pour conséquence une baisse du FAU ; ce qui n'est pas dans l'intérêt de l'hôpital.

Cas n°3 : Le directeur d'hôpital décide d'embaucher un médecin généraliste en tant que praticien hospitalier à temps plein. Dans la négociation il est sûr que l'hôpital demandera au praticien de participer au tour de garde et progressivement d'assurer des gardes SAMU. Donc dans la négociation il faut préciser les horaires (8h-18h) et une éventuelle participation au tour de garde. Ce praticien hospitalier sera rémunéré selon un salaire forfaitaire mensuel. Cette

solution est la plus optimale pour l'établissement, il y a augmentation du pool des consultations et comme le généraliste fait partie du service des urgences, son activité va augmenter l'ATU et donc le FAU. Mais cela sous-entend qu'il faut deux voire trois généralistes pour assurer cette consultation sans interruption de la permanence des soins. Or il est peu probable que l'hôpital s'octroie trois nouveaux médecins que l'augmentation du forfait annuel ne remboursera pas. Il paraît plus raisonnable que les urgentistes combler les absences du généraliste.

B/ Incubateurs et constat

Certains établissements expérimentent l'orientation en journée vers une consultation assurée par des médecins de ville à proximité des urgences.

1/ Structures existantes

L'hôpital Robert Debré à Paris est ainsi engagé depuis plusieurs années dans un partenariat avec le centre médical Europe, qui assure une présence médicale dans 2 box à proximité du service des urgences, le soir en semaine de 19 heures à minuit ainsi que le week-end de neuf heures à minuit.

Voici un exemple de consultation de médecine générale ouverte depuis 1 an dans une structure hospitalière régions ouest et grand ouest :

- Gisors

A la rentrée 2017 le nouveau directeur prend la décision d'ouvrir une consultation de médecine générale aux urgences du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 avec un deuxième médecin l'après-midi. Cette décision est prise dans le but de diminuer le délai d'attente élevé aux urgences afin d'enrayer la fuite de patients qu'elle génère. Ainsi 50 patients par mois renoncent à se faire soigner à Gisors, en raison du délai d'attente trop long. Or, l'ouverture d'une consultation de médecine générale non programmée aura en moins d'un mois de temps déjà divisé par deux le nombre de patients non pris en charge en raison du délai d'attente. Cela a pour conséquences :

- une meilleure continuité dans la permanence de soins
- une diminution du temps d'attente aux urgences et donc un nombre d'entrées supérieur à ce qu'il était et une augmentation du nombre de consultations de médecine spécialisée en rendant l'urgentiste plus disponible.

L'enveloppe allouée par l'ARS au service étant fonction de son activité il va de soi que l'augmentation de l'activité aux urgences de Gisors a pour conséquence directe une augmentation de cette enveloppe allouée pour l'année qui suit. Gisors est un hôpital faisant 15000 entrées / an, donc faisant deux fois moins d'entrées que le CHG de Lisieux avec deux urgentistes aux urgences (un pour le SMUR et un pour les hospitalisations et les consultations externes).

A Gisors, ils ont donc fait le choix d'un PH à temps plein qui prend en charge la médecine générale chronophage pour l'urgentiste et qui dès lors peut se dévouer à l'urgence à pronostic vital et ainsi augmenter le nombre de consultations spécialisées.

A Gisors deux médecins généralistes travaillent du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 sans rendez-vous ceci depuis septembre 2017.

- La Ferté-Macé

Le centre hospitalier de la Ferté Macé a ouvert en février 2018 une consultation de médecine générale à l'instigation du Dr Jean-Pierre Gressant praticien hospitalier retraité de l'hôpital de la Ferté-Macé. À La Ferté-Macé ils sont 4 PH médecins généralistes à avoir un temps partagé entre les urgences (Consultations non programmées) et un service hospitalier. Ils assurent 11 heures hebdomadaires aux urgences. Dès les 15 premiers jours de fonctionnement de cette consultation de soins non programmés ils faisaient 22 consultations de médecine générale par jour à raison de 60 € par heure.

- St Brieuc

La maison médicale de garde se situe dans l'enceinte de l'hôpital près des urgences avant construction du bâtiment dédié aux soins ambulatoires.(Fin des travaux prévue en 2022)

Elle fonctionne le soir jusqu'à 23 heures et le week-end. Cette maison médicale est considérée comme un maillon essentiel du partenariat entre médecine libérale et médecine hospitalière pour les soins non programmés. Elle est chapeautée par l'agence départementale pour la permanence des soins dans le département des Côtes-d'Armor.

Les horaires sont du lundi au vendredi de 20 heures à 23h les samedis de 14 heures à 23h et les dimanches et jours fériés de neuf heures à 23h. Pour ce qui est de son fonctionnement 40 médecins généralistes de ville participent au tour de garde ; sur place un médecin mobile peut assurer une visite à domicile en cas de besoin.

2/ Circuits courts dont l'ouverture était prévue en juin 2019

- Guingamp

L'Ouverture de cette consultation se fait grâce au soutien de l'ARS et de la région. La consultation sera ouverte huit heures par jour minimum et fonctionnera avec deux praticiens hospitaliers dont le temps sera partagé entre la consultation de médecine générale et un service hospitalier soit de Guingamp soit de Paimpol.³

- Alençon

L'Ouverture de cette consultation de médecine générale est rendue possible grâce au soutien du conseil départemental et de l'ARS. Il est prévu que cette consultation soit assurée par des médecins généralistes retraités tournant avec les urgentistes de neuf heures à 20h. Ces progrès dans l'organisation fluidifient les parcours et améliorent la qualité des prises en charge. Ils ont permis d'absorber l'augmentation continue de l'activité sans dégradation notable du temps de passage.⁴

Nous pouvons à présent nous demander si les médecins généralistes du Sud Pays d'Auge seraient intéressés par l'ouverture d'une consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux. Et ainsi déterminer, si ceux-ci présentent un profil précis ou particulier.

Dans le but de répondre à cette problématique, une étude par questionnaires a été menée.

³ D'après le Directeur de l'hôpital de Guingamp

⁴ D'après la directrice des ressources humaines du Centre Hospitalier d'Alençon

VI/ MATERIEL ET METHODE

A/ Type d'étude

L'étude qui a été menée était une **étude qualitative**. Nous avons sélectionné une cohorte de 50 médecins généralistes (ceux du Sud Pays d'Auge, zone de désert médical) installés dans un bassin d'activité bas-normand peu productif. Cette étude est plus qualitative que quantitative car nous avons envoyé à chacun (entre le 1er et le 15 mars 2019, un questionnaire recueillant des impressions, des opinions, et des avis afin de recueillir des informations destinées à décrire un sujet-en l'occurrence, ici, le profil du généraliste intéressé pour ouvrir une consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux). Ce questionnaire comprend 95% de questions fermées où les médecins devaient répondre par oui ou non ; seule la dernière question étant ouverte et portant sur leurs ressentis personnels.

Pour compléter notre approche, des questionnaires ont été adressés aux urgentistes travaillant à l'hôpital de Lisieux.

B/ Objectifs

L'objectif principal était de décrire le profil des médecins généralistes qui souhaiteraient participer à l'ouverture d'une consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux.

Les objectifs secondaires étaient d' :

- Identifier quelles seraient les limites d'exercice du médecin généraliste, le type de consultation qu'il souhaiterait prendre en charge ou non.
- Analyser les répercussions de l'ouverture de cette consultation à travers le regard des urgentistes de Lisieux.

C/ Hypothèses

Les hypothèses sont les suivantes :

H0 : Les médecins généralistes souhaitant travailler aux urgences de Lisieux présentent un profil type : jeunes diplômés, célibataires, sans enfant.

H1 : Etablir une collaboration entre urgentistes et généralistes au sein du service des urgences serait un souhait unanime de la part des urgentistes.

D/ Elaboration des questionnaires

1/ Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion et d'exclusion des médecins généralistes sont les suivants :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
- Tous médecins généralistes (hommes ou femmes) ayant effectué leurs études en France, s'étant installés dans le secteur Sud Pays d'Auge.	- Médecins généralistes (hommes ou femmes) non thésés. - Médecins généralistes (hommes ou femmes) en dehors du secteur Sud Pays d'Auge.

Les médecins généralistes non encore thésés mais effectuant des remplacements ont été exclus de l'étude, car ceux-ci n'étant pas installés avec un cabinet propre (et donc toutes les charges liées d'une part à la patientèle et d'autre part à l'aspect administratif) cela aurait pu constituer un biais.

Par ailleurs, nous avons restreint notre champ de médecins généralistes à ceux exerçant dans le secteur Sud Pays d'Auge, car sur le plan organisationnel, il paraît plus judicieux de réaliser un planning de consultations de médecine générale aux urgences de Lisieux avec, en priorité, les médecins exerçant dans les alentours.

2/ Recrutement des médecins généralistes

Les 50 généralistes ont reçu chacun un questionnaire sous forme d'un entretien d'embauche mené par un chasseur de tête ; il paraissait important de capter l'attention de ces généralistes « surbookés » dès les premiers mots si je voulais avoir des réponses. Or la surprise est un bon outil. Nous avons essayé en première intention de prendre rendez-vous mais souvent nous étions confrontés à la barrière de la secrétaire. Nous nous sommes donc résolus aux questionnaires papiers envoyés avec lettre de retour affranchie.

E/ Les variables étudiées à travers les questionnaires envoyés aux médecins généralistes

Les questionnaires portaient sur les variables suivantes :

- Age
- Sexe

- Situation conjugale
- Année d'obtention de leur thèse
- Lieu d'obtention de leur thèse
- Lieu d'installation
- Modes d'exercice : Rural / Urbain
- Expérience professionnelle hospitalière antérieure
- Intérêt pour un poste aux urgences

Nous avons pu ainsi confronter les réponses des jeunes installés sans enfant (ou avec enfants en bas-âge) avec celles des généralistes de milieu d'installation ayant des enfants en études supérieures et parfois des emprunts en cours.

F/ Les variables étudiées à travers les questionnaires envoyés aux urgentistes de Lisieux

A travers les questionnaires donnés aux urgentistes on a cherché à définir ;

- Le pourcentage de consultations quotidiennes relevant de la médecine générale
- L'intérêt ou non d'une consultation de médecine générale
- La localisation la plus appropriée pour cette consultation
- Les horaires et le type de soins relevant de la médecine générale
- Le statut que devrait avoir ce collègue

VII/ RESULTATS

Sur les 50 questionnaires envoyés aux médecins généralistes 13 sont revenus remplis soit 26% de réponses.

A/ Caractéristiques de l'échantillon de médecins généralistes étudié

Figure 1 : Tableau dressant le profil des médecins généralistes intéressés par l'ouverture d'une consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux.

		Médecins Généralistes Intéressés		
Sexe		Femme	Homme	Homme
Age (Année)		29	64	54
Année d'installation		2019	1983	1996
Type d'installation		En cours	En pôle	Seul
Expérience antérieure au secteur hospitalier		FFI*	FFI	Assistant aux urgences
Spécialités Assurées	Petite traumatologie	Oui	Oui	Oui
	Sutures	Oui	Oui	Oui
	Plâtres	Oui	Oui	Oui
	Pédiatrie	Oui	Oui	Non
Lieu d'installation		Semi-Rural	Semi-Rural	Urbain
Enfants (nombre)		1	1	2
Age des enfants	< 10 ans	1	0	0
	10 - 20 ans	0	0	0
	> 20 ans	0	1	2
Statut de recrutement		PH* à 20%	Non répondu	PH à 100%

FFI : Faisant Fonction d'Interne

PH : Praticien Hospitalier

Sur l'ensemble des questionnaires tout le monde convient qu'il y'a carence en médecins généralistes dans le Sud du Pays d'Auge. Sur le tableau on observe que sur les médecins généralistes intéressés pour venir travailler aux urgences de Lisieux il y a une femme et deux hommes ; une femme jeune, de moins de 30 ans en cours d'installation donc sortant du secteur hospitalier mère d'un enfant de moins de 10 ans.

Quant aux deux hommes, ils ont 54 et 64 ans. Ils n'ont plus d'enfants en études supérieures (ils sont donc moins dépendants de rentrées financières conséquentes).

Sur les trois médecins généralistes deux sont en semi-rurale (ce qui, comme on le verra dans un autre tableau donne une expérience de la petite traumatologie et de la pédiatrie que n'ont pas forcément les médecins urbains).

Quant au troisième il est installé en ville mais a eu une expérience hospitalière pendant quelques années aux urgences en tant que médecin du SAMU vacataire.

Ce dernier serait prêt à reprendre un poste de PH à temps plein aux urgences.

Figure 2 : Tableau dressant le profil des médecins généralistes non intéressés par l'ouverture d'une consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux.

		Médecins Généralistes Non Intéressés								
Sexe		Femme	Femme	Femme	Femme	Femme	Homme	Homme	Homme	Homme
Age (Année)		52	37	45	34	64	60	58	60	57
Année d'installation		2014	2014	2010	2011	1988	1989	1990	1988	1992
Type d'installation		Seule	En groupe	Pôle	Pôle	En groupe	En groupe	Seul	Seul	Pôle
Expérience antérieure au secteur hospitalier		Non	FFI	Non	Non	Non	FFI	Non	FFI	Non
Spécialités Assurées	Petite traumatologie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Sutures	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
	Plâtres	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
	Pédiatrie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Lieu d'installation		Urbain	Urbain	Semi-Rural	Rural	Semi-Rural	Rural	Rural	Rural	Semi-Rural
Enfants (nombre)		2	2	3	2	0	2	3	2	2
Age des enfants	< 10 ans	0	1	0	2	0	0	0	0	0
	10 - 20 ans	1	1	3	0	0	0	0	0	0
	> 20 ans	1	0	0	0	0	2	3	2	2
Statut de recrutement		PH à 100%	Vacataire	PH à 100%	Non Répondu	PH à 20%	PH à 20%	Non répondu	PH à 100%	Vacataire

FFI : Faisant Fonction d'Interne

PH : Praticien Hospitalier

On remarque qu'il y a cinq femmes pour un homme. Ils ont entre 37 et 64 ans avec peu d'expérience hospitalière (uniquement pour trois médecins généralistes). Ils sont dans une tranche d'âge où ils ont des enfants en âge d'être en études supérieures et peut être des remboursements immobiliers en cours, nécessitant des rentrées financières conséquentes, que ne pourrait probablement pas leur assurer un poste hospitalier d'attaché ou de vacataire. À noter que six sur neuf n'ont pas d'expérience hospitalière dans leur cursus.

B/ Rôles du médecin généraliste aux urgences de Lisieux

Figure 3 : Tableau mettant en évidence le nombre de médecins généralistes du secteur Pays d'Auge ayant déjà ou n'ayant jamais réalisé des gestes en secteur hospitalier.

		Nombre de médecins généralistes ayant réalisé les gestes cités	Nombre de médecins généralistes n'ayant jamais réalisé ces gestes
EXPERIENCES	Sutures	12	1
	Plâtres	9	4
	Petite traumatologie	13	0
	Consultations Pédiatriques	10	3

Sur les 13 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, 8 d'entre eux avaient déjà effectué un stage aux urgences et avaient donc pratiqué les gestes cités dans le tableau ci-dessus. Parmi eux, 6 médecins avaient réalisé ces gestes en tant que Faisant Fonction d'Interne (FFI) et 1 seul médecin avait réalisé ces gestes en tant que Praticien Hospitalier (PH).

Figure 4 : Avantage et inconvénients à exercer en tant que médecin généraliste aux urgences de Lisieux.

		Nombres de médecins généralistes en accord avec ces postulats
Inconvénients	Absence de suivi et de relation avec le médecin traitant	8
	Créer un appel d'air	8
Avantage	Prise en charge des pathologies non urgentes	7

Sur 13 médecins généralistes :

- Sept pensent qu'une consultation de médecine générale aux urgences permettrait la prise en charge des pathologies non urgentes,
- Huit pensent que cette consultation de médecine générale créera un appel d'air. C'est-à-dire que cette consultation de médecine générale phagocyterait une partie de leur patientèle.
- Huit enfin pensent que cette consultation se ferait au détriment de la relation médecin famille/malade.

C/ Organisation nécessaire pour l'élaboration d'une consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux

Figure 5 : Tableau mettant en évidence les besoins humains nécessaires à la mise en place d'une consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux.

	Nombre de médecins généralistes estimant avoir besoin de ces corps de métier
Une infirmière diplômée d'état (IDE)	10
Une Aide-soignante (AS)	4
Une Secrétaire	10
Une Assistante sociale	8

Tous les médecins généralistes interrogés sont d'accord pour dire qu'il faut une Infirmière Diplômée d'État et une secrétaire. Et pour 55 % des médecins ruraux interrogés et 80% des médecins urbains une assistante sociale serait la bienvenue. Il apparaît donc que les médecins urbains sont plus confrontés aux problèmes sociaux que ceux installés en campagne.

En conclusion il apparaît que le pourcentage de médecins ayant fait de l'hospitalier est plus important chez les médecins généralistes ruraux et semi ruraux que chez les médecins installés en ville. Et ce sont ces mêmes médecins ruraux et semi ruraux qui seront plus facilement enclins à faire de la petite traumatologie (suture, plâtre) car ils répondent aussi à une demande de la patientèle trop éloignée de l'hôpital.

D/ Utilité d'une consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux d'après les urgentistes y travaillant

Trois urgentistes de Lisieux ont répondu au questionnaire.

Il ressort de ces questionnaires que les urgentistes sollicités s'accordent à dire qu'ils aimeraient avoir une consultation de médecine générale, en dehors, mais proche du service après une ré-orientation par l'Infirmier d'Orientation et d'Accueil ; en dehors des urgences d'une part car sur le plan espace, les urgences actuelles sont déjà saturées et concrètement il n'y aurait pas de place pour installer une nouvelle consultation, d'autre part parce qu'il paraît important que les patients de médecine générale ne soient pas accueillis aux urgences afin de faire la différence entre la consultation de médecine générale et les urgences. Cette consultation devrait être ouverte de 10H à 18h pour l'un et de 9H à 19H pour l'autre. Pour l'un le généraliste devrait assurer la petite traumatologie (sutures et plâtres) et pas pour l'autre. Les deux pensent que le généraliste devrait être embauché en tant que vacataire et qu'ils devraient être deux.

Ce qui est surprenant c'est l'énorme différence de ressenti et de définition de la consultation de médecine générale puisque pour l'un elle représente 40% des patients examinés sur une journée et pour l'autre seulement 10%.

VIII/ DISCUSSION

A/ Les forces et les faiblesses de l'étude

Nous avons pu interroger aussi bien des urgentistes que des généralistes du Sud pays d'auge. Ils se sont tous prêtés au jeu sans difficulté, ce qui nous a permis de récolter beaucoup de témoignages. Mais avoir des réponses écrites et ne pas avoir pu s'entretenir directement avec les médecins généralistes est source de perte d'information et donc représente un risque de biais. Par ailleurs, il aurait été intéressant de constituer une cohorte d'internes de dernier semestre. Cette population est en effet une de celles la plus intéressée pour rester salariée de l'hôpital à la fin de l'internat, reculant l'installation en ville.

B/ Analyse des réponses

Nous ne pouvons que constater la mutation sociétale qui s'est effectuée ces 20 dernières années avec un retentissement dans tous les grands domaines notamment celui de la santé.

Ainsi, les progrès techniques aussi bien dans la construction automobile (avec les airbags), que dans le domaine purement médical (avec la ventilation non invasive) ont considérablement changé le visage de l'urgence vitale hospitalière. Il est maintenant plus rare d'intuber des œdèmes aigus du poumon (grâce à la ventilation non invasive) ou d'avoir des grands polytraumatisés de la route (du fait des airbags, du port de la ceinture de sécurité). Pourtant le nombre de passages aux urgences augmente d'année en année,

Pour quelles raisons ?

On remarque un glissement des consultations de médecine générale vers les urgences allant exponentielle du fait de la pénurie de médecins généralistes entraînant une interruption dans la permanence des soins non programmés. Ainsi à Lisieux, il existe de nombreux patients qui n'ont plus / ou pas de médecin traitant (cette pénurie touche également les spécialistes puisque sur Lisieux le délai d'attente pour une consultation cardiologique est de 18 mois et de 9 mois à 10 mois pour une consultation ophtalmologique). Dès lors, l'impossibilité d'obtenir en ville une prise en charge des soins non programmés conduit naturellement les patients à se présenter à l'hôpital pour ce qu'ils ont perçu comme une urgence. L'offre de soins est inférieure à la demande obligeant les patients qui n'ont pas de médecin traitant à aller directement aux urgences.

Comment gérer ce nouvel afflux de consultation qui vient engorger les urgences dont le but premier est de gérer l'urgence vitale et non ce qui relève de la médecine générale ? La création d'une consultation de médecine générale a été un des axes d'étude. La réaction des différents intervenants à cette proposition a également été prise en considération.

On se rend compte que chacun des intervenants a une réaction ambivalente face à cette proposition.

Les urgentistes accueillent cette solution de façon très positive si ce généraliste a un statut bien établi ; ce praticien doit faire partie intégrante du pool de médecins des urgences afin que ses consultations soient comptabilisées dans les accueils et traitements des urgences pour que le forfait annuel urgences ne soit pas diminué.

Puis, il apparaît au vu des résultats des questionnaires que tous les praticiens interrogés sont conscients qu'il y a une carence en médecins généralistes. Quant aux généralistes de ville ils s'accordent tous à dire qu'il y a une pénurie de médecins généralistes dans le Sud Pays d'Auge mais ils s'accordent aussi tous à dire que cette consultation créerait un appel d'air sur leurs propres consultations. Mais cet appel d'air serait ponctuel car le médecin généraliste ne ferait pas de suivi donc le patient serait contraint de retourner voir son médecin traitant pour son renouvellement d'ordonnance. Le problème se pose pour le patient qui arrive dans la région et n'a pas de médecin traitant.

Toujours est-il que cette étude a eu le gros avantage de bénéficier d'un taux de réponses conséquent aussi bien des urgentistes que des généralistes du Sud Pays d'Auge aux questionnaires envoyés. Ils se sont prêtés au jeu sans difficulté ce qui a permis de tirer les grands traits du profil du généraliste intéressé pour ouvrir cette consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux : Un homme soit jeune thésé soit prêtre retraité (ou en fin d'exercice) plutôt praticien hospitalier qui ouvrirait une consultation en dehors du service des urgences après triage par un infirmier d'orientation et d'accueil. En l'état actuel des choses il est impossible d'ajouter une salle d'examen et un bureau dans les urgences ; le service de consultation de médecine générale serait donc indépendant des urgences. Concernant les besoins humains nécessaires au fonctionnement de cette consultation viennent en priorité pour tous un(e) infirmière diplômé(e) d'état et une secrétaire. Puis dans les deux-tiers des cas (55% pour les ruraux et 80% pour les médecins de ville) un ou une assistant(e) social(e).

En revanche il est important pour l'hôpital que ses actes soient comptabilisés dans les consultations de l'hôpital et non comme des actes libéraux afin de ne pas amputer l'enveloppe budgétaire annuelle globale de l'établissement.

Mais si cette étude a des points forts, elle a également des points faibles. Il faut être conscient que d'avoir recueilli des réponses écrites et de ne pas avoir pu s'entretenir directement avec les généralistes est source de perte d'information et donc représente un risque de biais.

Un autre biais est de ne pas avoir constitué une cohorte d'internes de dernier semestre à interroger. Ils représentent en effet, une des principales populations intéressées pour rester salariés de l'hôpital à la fin de l'internat reculant ainsi l'installation en ville. Mais il n'y a pas de solution idéale car cette solution idéale serait tout simplement qu'il y aie assez de médecins généralistes pour assurer la permanence des soins primaires non programmés en ville.

Mais pour cela il aurait fallu que nos politiciens anticipent il y a 20 ans en ouvrant le numerus clausus mis en place en 1972. En effet, avant 1972, il n'y avait pas de limitation du nombre de médecins formés. Avoir la moyenne à l'examen de première année suffisait pour rentrer dans les études de médecine. Considérés comme trop nombreux à cette époque, le gouvernement a instauré un numerus clausus pour limiter le nombre de praticiens et donc de futurs médecins généralistes reçus en seconde année. Or, les médecins ayant passé le concours de première année en 1972 sont maintenant âgés d'environ 60 ans (entre 60 et 62 ans). 8588 médecins ont été admis en seconde année de médecine en 1972. Durant neuf ans, 1992 à 2000, moins de 4000 médecins ont été formés chaque année. (25)

Nous risquons de par cette pénurie médicale de nous tourner alors plus vers des ersatz de solution (comme la télémédecine, le numéro d'appel 116 117) que vers une solution pérenne.

Le risque est d'aller vers une médecine en perte d'humanité alors que ce que les patients demandent c'est justement de l'humanité, de l'empathie, du soutien et qu'on leur explique les choses simplement et humainement. Ces solutions imparfaites visent à apporter à la population française un moyen aussi fragile soit-il pour se soigner en attendant l'effet salvateur de l'ouverture du numerus clausus. Dans une dizaine d'années, une nouvelle génération de médecins pourra peut-être rétablir le « care » emblématique, symbolique, et altruiste prôné par le corps médical.

IX.

CONCLUSION

Notre système de santé traverse une grave crise et subit les conséquences d'un manque de moyens aussi bien humains (démographie médicale en berne) que techniques et matériels.

Si nous ne nous adaptons pas à la mutation sociétale, notre système de soins va tout droit à l'implosion, avec des médecins généralistes débordés, ne pouvant répondre à la demande croissante de soins primaires non programmés (en corrélation avec une population sans médecin traitant de plus en plus importante) avec des urgentistes qui subissent de plein fouet les conséquences de la baisse de la démographie médicale en ville.

Les urgences initialement destinées aux soins demandant une action rapide et très spécialisée sont devenues des services de soins primaires pour une partie importante de leur activité. Ceci ayant pour conséquence un engorgement de ce service par des urgences ressenties non vitales.

Depuis quelques années les élus et les communes tentent de lutter contre la désertification médicale dans notre région bas-normande en finançant des pôles médicaux, pensant rendre leurs villes plus attractives pour les jeunes médecins généralistes. Mais ce fut assez souvent un leurre. En effet, ces pôles médicaux n'ont généré qu'un flux migratoire des médecins généralistes déjà installés dans ces villes (en cabinets de groupe ou seuls) vers ces structures aux charges moins coûteuses puisqu'en partie absorbées par la commune ou l'agglomération.

Une autre solution à la désertification médicale voit alors le jour, l'ouverture d'une consultation de médecine générale à proximité, voire au sein même du service d'urgences des centres hospitaliers. Le plateau technique, la possibilité de bénéficier d'un avis spécialisé, rend la consultation de médecine générale plus attractive pour les malades mais aussi pour un jeune médecin généraliste qui ne se sent pas encore prêt pour s'installer. Le rapport du conseil national de l'ordre des médecins de 2015 montre que lors d'une première inscription à l'ordre 64 % des jeunes médecins ont fait le choix d'exercer en secteur salarié et 16 % ont privilégié un exercice libéral mixte.

Une des solutions à l'engorgement des urgences serait donc l'ouverture d'une consultation de médecine générale au sein des urgences de Lisieux afin de ne pas interrompre la permanence des soins. Ce circuit court est plébiscité par le projet santé 2022 de même que la création, en ville, de pôles pluridisciplinaires à plateau technique léger.

En effet, ce qui rend attractif le service des urgences sont: l'assurance d'une permanence de soins, la présence d'un plateau technique et la possibilité de bénéficier d'un avis spécialisé.

Mais quel serait le profil du médecin généraliste assurant la consultation de médecine générale aux urgences d'un hôpital pivot comme Lisieux ?

En première intention on pourrait répondre un jeune thésé ayant une expérience récente du secteur hospitalier et n'étant pas prêt à se lancer dans une activité libérale semi rurale ou rurale. Or, l'étude nous montre qu'une deuxième population de médecins généralistes montre un vif intérêt pour cette consultation; ce sont les généralistes prê- retraités ou proches de la retraite. Cette deuxième population forte de son expérience médicale se sent prête à gérer une consultation aux urgences.

Par ailleurs, notre postulant sera plutôt un homme surtout si l'hôpital propose un contrat de praticien hospitalier à 100 % temps plein, tout d'abord, parce que pour l'hôpital il est plus sûr d'embaucher un homme qui ne sera soumis ni aux congés maternité ni aux congés enfants malades. (Mais il est à noter que selon le rapport du conseil national de l'ordre de 2015 les femmes représentent actuellement 50 % des effectifs des jeunes générations de moins de 40 ans de médecins installés en ville.)

Notre chasseur de tête devra donc se mettre en quête soit d'un jeune interne de médecine générale de dernière année, soit s'intéresser à la population de médecins prê- retraités.

Mais surtout notre conclusion principale est que même si tous les médecins généralistes interrogés sont parfaitement conscients que le Sud Pays d'Auge traverse une crise grave de la démographie médicale et que les urgentistes attendent l'ouverture de cette consultation, les premiers craignent « l'appel d'air » que ça va créer sur leur patientèle, et les seconds espèrent que l'incidence sur le forfait annuel sera positif. En effet le choix du généraliste prendra également en compte des items contractuel et financier. Ainsi l'ouverture d'une consultation de médecine générale non seulement pourrait entraîner une augmentation du forfait annuel urgences mais également une chute des dépenses d'intérim dont l'économie pourrait couvrir les charges liées au praticien hospitalier embauché. En fait, il n'y a pas de solution idéale il n'y a que des pansements en attendant les répercussions de l'ouverture du numerus clausus.

Toutefois un item très flou unit les urgentistes, les médecins généralistes, et le patient : la notion d'urgence ressentie. Item aussi flou qu'il est subjectif ; ainsi d'un urgentiste à l'autre le pourcentage quotidien de médecine générale passe de 40 % à 10 % ; ils ont pourtant vécu tous les deux la même journée de soin.

Ainsi, si l'urgence ressentie est le motif de consultation aux urgences elle est de moins en moins ressentie comme urgence vitale par l'urgentiste qui se sent frustré face à l'engorgement de son service par la médecine de ville et qui aimerait déléguer cette patientèle à un médecin généraliste.

Mais si cette consultation de médecine générale voit le jour elle devra être cadrée dans ses objectifs comme dans ses limites sous peine d'être rapidement saturée et de ne plus répondre à sa mission initiale. Entre autres elle ne pourra assurer le suivi des patients.

Cette consultation de médecine générale hospitalière n'est qu'un soin alternatif pour traiter la carence de prise en charge des soins primaires non programmés, dans l'attente d'une thérapeutique plus efficace : l'ouverture du numerus clausus.

X.

BIBLIOGRAPHIE

1. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janv 16, 2004.
2. Bac+8 en médecine, ils sont désormais agent immobilier, charcutière ou chômeur [Internet]. L'Obs. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.nouvelobs.com/sante/20161104.OBS0727/bac-8-en-medecine-ils-se-retrouvent-chomeur-ou-agent-immobilier.html>
3. Bouet P. Atlas de la démographie médicale 2016. [Internet]. 2016 janv [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr>
4. Cour des comptes. Les urgences hospitalières, des services toujours trop sollicités. [Internet]. 2019 oct [cité 7 nov 2019] p. 212- 39. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
5. L'enquête sur les recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/article/l-enquete-sur-les-recours-urgents-ou-non-programmes-a-la-medecine-generale-de>
6. Centre Hospitalier Robert Bisson. Rapport d'Activité 2016. [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.ch-lisieux.fr/wp-content/uploads/2017/12/RA-2016.pdf>
7. Kochen MM, éditeur. Challenges to our professional attitudes: past and present; Proceedings of the Symposium an WONCA 2000 Vienna. Wien; 2001. 98 p.
8. ANAP -Réduire les temps de passage aux Urgences - Tome 1 [Internet]. [cité 24 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/reduire-les-temps-de-passage-aux-urgences-tome-1/>
9. calvados carte - Recherche Google [Internet]. [cité 24 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.google.com>
10. Une croissance démographique modérée dans le Calvados, inégalement répartie sur le territoire - Insee Flash Normandie - 77 [Internet]. [cité 24 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3682129>
11. Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) du département du Calvados – Les établissements publics de coopération intercommunale normands au premier janvier 2017 | Insee [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr>
12. CAB_Solidarites, CAB_Solidarites. Discours de Madame Agnès BUZYN lors de la remise du rapport LIBAULT le 28 mars 2019 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites->

sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-de-madame-agnes-buzyn-lors-de-la-remise-du-rapport-libault-le-28-mars

13. La rémunération des médecins à l'hôpital [Internet]. Paris; 2011 [cité 2 déc 2019] p. 6. Disponible sur: <http://www.ch-cotentin.fr/pdf/remunerationmedecin.pdf>
14. Réforme du Financement des FAU «lissée» sur 4 années [Internet]. FHP-MCO. 2018 [cité 24 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.fhpmco.fr/2018/03/12/reforme-financement-fau-lissee-4-annees-2/>
15. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France, situation au premier janvier 2018. [Internet]. 2018 janv [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
16. Les soins de santé primaires [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
17. DICOM_Gabriel.DS, DICOM_Gabriel.DS. Discours d'Agnès Buzyn - Pacte de refondation des urgences [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-pacte-de-refondation-des-urgences>
18. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie, Summary. Sante Publique (Bucur). 2004;Vol. 16(1):63- 74.
19. Goujard A. France: improving the efficiency of the health-care system. 2018;
20. Programme d'étude et d'enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieprog_ptdrees2013.pdf
21. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 2 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/conseil-national-lordre-medecins>
22. Service d'urgences - Evaluer l'opportunité et les modalités de la mise en place d'un circuit court au sein du service des urgences [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <http://urgences.anap.fr/publication/1760>
23. Mesnier T. Rapport parlementaire. Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires. [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
24. Appel à candidatures : L'AP-HP renforce ses liens avec la médecine de ville et propose à des médecins généralistes de participer à l'organisation de consultations non programmées en lien avec les équipes des services d'accueil d'urgence [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: [/contenu/appel-candidatures-lap-hp-renforce-ses-liens-avec-la-medecine-de-ville-et-propose-des](#)

25. Pénurie de médecins : Les chiffres qui parlent d'eux-mêmes [Internet]. MédecinDirect. 2017 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.medecindirect.fr/medecins-penurie-chiffres/>

Annexe n°1

QUESTIONNAIRE adressé aux médecins généralistes :

Bonjour, étant en année de thèse, j'envisage le sujet suivant : « Profil du praticien intéressé par un poste de médecine générale au sein du service d'urgences du CHG de Lisieux »

Peut-être serez-vous intéressés prochainement, plus tard ou même à la fin de votre exercice par un tel poste.

Je vous invite à un jeu de rôles où je me pose en recruteur médical et vous en éventuel candidat.

Vous répondez à l'offre d'emploi suivante :

Recherche de deux médecins généralistes pour soins médecine générale dans le service des urgences du CHG de Lisieux.

Vous devez avoir un entretien de recrutement et je vous propose de vous présenter à cet entretien fictif.

Dans un premier temps le recruteur pose les bases du poste proposé et vous interroge :

- Spécialité recherchée : médecine générale
- Compétences : maîtrise de la médecine générale

1) Avez-vous une expérience en secteur hospitalier ? Oui / Non

2) Si oui était-ce en tant que :

- Faisant fonction d'interne : Oui / Non
- Praticien hospitalier : Oui / Non. (Si oui, dans quel service ?)

3) Statut du recrutement :

- Praticien hospitalier à temps plein (100 %) : Oui / Non
- Praticien hospitalier contractuel : Oui / Non
 - Si oui à quelle hauteur ?
 - 20 %
 - 40%
 - Autre : préciser :
- Vacataires ? Oui / Non

CARACTÉRISTIQUES DES FONCTIONS

- 4) Voudriez-vous assurer les consultations de spécialités suivantes :
- Petite traumatologie : Oui / Non
 - Si oui, assureriez-vous : sutures ? : Oui / Non
 - Si oui, assureriez-vous les plâtres ? : Oui / Non
 - Assureriez-vous les urgences pédiatriques ? Oui / Non
 - Assureriez-vous au contraire uniquement la pathologie adulte ? Oui / Non

MOYENS MIS EN ŒUVRE :

- 5) Humains : vous pensez avoir besoin de :
- D'une infirmière : Oui / Non
 - D'une aide-soignante : Oui / Non
 - D'une secrétaire: Oui / Non
 - D'une assistante sociale : Oui / Non
- 6) Seriez-vous prêt à participer au fonctionnement d'une consultation de médecine générale au sein des urgences de l'hôpital de Lisieux ? Oui / Non

Je vous propose maintenant de poursuivre ce questionnaire de façon plus ciblée et plus personnelle, en gardant à l'esprit que le but est de cerner le profil du médecin généraliste intéressé par un poste aux urgences de Lisieux.

- 7) Vous êtes : Un homme / Une femme
- 8) Votre âge :
- 9) Votre année de thèse :
- 10) Votre mode d'exercice :
- Remplaçant ? Oui / Non
 - Collaborateur ? Oui / Non
 - Installé? Oui / Non
- 11) Votre lieu d'exercice :
- Rural ? Oui / Non
 - Semi rural ? Oui / Non
 - Urbain ? Oui / Non

12) Votre année d'installation :

13) Vous êtes installé :

- Pôle santé ? Oui / Non
- seul ? Oui / Non
- En groupe ? Oui / Non

14) Votre État civil (entourer la réponse) :

- Marié
- Pacsé
- Concubin
- Célibataire
- Autre :

15) Avez-vous des enfants ? Oui / Non.

- Si oui, quelle tranche d'âge :

16) Vers quel service d'urgence dirigez-vous en priorité vos patients ? (CHG de Lisieux, Criquebeuf, Bernay, Caen.) :

.....

17) Combien de kilomètres séparent votre lieu d'exercice de votre hôpital référent ?

.....

18) Ressentez-vous la carence de médecins généralistes dans la région sud pays d'auge ?

.....

19) Comment imaginez-vous la fonction du praticien généraliste aux urgences ? (entourer les réponses) :

- Aide à l'orientation du patient
- Lien avec le médecin traitant pour dans un deuxième temps lui renvoyer le patient
- Prise en charge de la pathologie motivant ce passage aux urgences
- Revoit le généraliste à la demande de l'urgentiste
- Prise en charge sociale
- Autre, préciser :

20) Ou verriez-vous cette consultation de médecine générale ? (entourer les réponses)

- Au sein même des urgences ? Oui / Non
- Séparée des urgences afin d'éviter l'effervescence de ce service mais à proximité immédiate ? Oui / Non

21) Comment percevez-vous les avantages et les inconvénients de ce poste ? (entourer les réponses)

- Meilleure prise en charge pour les pathologies non urgentes ? Oui / Non
- Risque de créer un appel d'air de médecine générale aux urgences de Lisieux et demain j'aurai le problème du passage aux urgences non motivé ? Oui / Non
- Absence de suivi et difficultés de maintien de relation avec le médecin traitant ?
Oui / Non

22) Avez-vous d'autres idées à nous soumettre pour répondre à la carence de soins ?

.....

23) Que pensez-vous de l'ouverture d'une consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux, afin de répondre à la demande de soins croissante en zone sous dotée ? (En sachant que peut-être un jour vous pourriez être intéressé par ce poste) :

.....

24) Ce sujet vous paraît :

- Intéressant
- Pas intéressant (si possible argumenter vos réponses) :

NB: Si vous souhaitez avoir le résultat de cette thèse prière de me le noter afin que je vous le fasse parvenir.

Cordialement,

Virginie Boivin Lacombe

Annexe n° 2 :

QUESTIONNAIRE adressé aux urgentistes

Afin d'enrichir mon sujet de thèse qui est : « profil du généraliste qui serait intéressé par une consultation de médecine générale au sein des urgences de Lisieux » J'aimerais recueillir vos ressentis et ce que vous attendriez d'une éventuelle ouverture de consultation de médecine générale pour désengorger les urgences de Lisieux.

1/ Depuis combien de temps travaillez- vous Aux urgences de Lisieux ?

2/ Que représente pour vous sur une journée le % de consultations qui pourraient être vues par un médecin généraliste?

3/ Verriez-vous un intérêt à ouvrir une consultation de médecine générale pour désengorger les urgences ?

4/si oui, comment verriez-vous cette consultation de médecine générale ?

Au sein des urgences : oui Non

Si, non , où verriez- vous cette consultation?

5/ Sur quels horaires verriez-vous cette consultation ?

6/ Sous quel contrat pour vous devra être ce médecin généraliste : PH à 100 %

PH contractuel. Vacataire. Autre

7/ Que devrait-il assumer lors de ses consultations :

La petite traumatologie (suture, plâtre) : oui non

Des urgences pédiatriques : oui non

8/ Combien devrait-il y avoir de médecins généralistes selon vous pour faire tourner cette consultation ?

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

**Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.0**

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNEE DE SOUTENANCE : ANNEE 2020

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : BOIVIN VIRGINIE

TITRE DE LA THESE : Profil du médecin généraliste intéressé pour ouvrir une consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux

RESUME DE LA THESE :

Face à l'engorgement des urgences et à la pénurie médicale en région Sud Pays D'Auge, comment maintenir une permanence des soins non programmés? Et pour quelles raisons les patients viennent directement aux urgences sans être allés voir un généraliste ? Les raisons sont pluri factorielles ; l'avantage d'avoir un plateau technique à disposition ainsi qu'un éventuel avis spécialisé mais aussi l'absence de médecin traitant. Comment faire face à la désertification médicale ? Le projet " Ma santé 2022" propose deux solutions: en ville ; des pôles pluri disciplinaires à plateau technique léger; et à l'hôpital le développement du circuit court. Ainsi, pour les urgences mettre en place une consultation de médecine générale permettrait de désengorger les urgences de toute consultation non vitale. Mais quel serait le profil du généraliste intéressé pour assurer cette consultation ? Pour le définir on a fait une étude qualitative reposant sur un questionnaire envoyé aux médecins généralistes du Sud Pays D'auge, zone de désert médical. Ce qui nous a permis de mettre en évidence deux types de profil.

MOTS-CLES : Profil, médecin généraliste, consultation de médecine générale, urgences de Lisieux, service des urgences médicales.

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS : Profile of a general practitioner interested in opening a general medical practice at the accident and emergency unit of general hospital in Lisieux

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS :

Faced with the increased pressure in the Accident and Emergencies services (A&E) and the growing problem of medical deserts in the south region of "the Pays d'Auge", how can we maintain the service for non-scheduled patients? And why do patients go directly to Accident and emergencies services rather than consulting a General Practitioner (GP). The reasons are multi-factorial ; the benefice of an available Technical Pole at their disposal as well as an eventual specialized practitioner's advice but also the acute lack of dedicated and available General practitioners doctors. How can we challenge the medical desert trend? The project "My Health 2022" offers two solutions: in town; pluri-specialized branches with a light technical structure and at the hospital the development of a short access medical circuit. For the accident and emergencies services install a General practitioner so as to allow the freeing up at the Accident and from non-vital cases amongst patients. But what would be the profile of such a General practitioner interested in taking on this position? To get to know his/her profile we have realized a quality based study with a questionnaire sent to all General practitioner's in the South Pays d'Auge Region classified as a medical desert area. This has enabled us to highlight two types of profiles.

KEYS WORDS : Profile, General Practitioner, General medical practice, Emergency unit of general hospital in Lisieux, Accident and Emergencies services