



**HAL**  
open science

# Conséquences de la fermeture partielle des urgences du CH de la Dracénie : étude qualitative sur les patients du secteur de soins

Louise Lafont

## ► To cite this version:

Louise Lafont. Conséquences de la fermeture partielle des urgences du CH de la Dracénie : étude qualitative sur les patients du secteur de soins. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04265697

**HAL Id: dumas-04265697**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04265697>**

Submitted on 31 Oct 2023

**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.

UNIVERSITE CÔTE D'AZUR

ANNEE 2023



**THESE D'EXERCICE DE MEDECINE**

Pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine

**CONSEQUENCES DE LA FERMETURE PARTIELLE DES URGENCES  
DU CH DE LA DRACENIE : ETUDE QUALITATIVE SUR LES  
PATIENTS DU SECTEUR DE SOINS**

Présentée et soutenue le 27/10/2023,

A la faculté de Médecine de Nice

Par **Louise LAFONT**

Née le 05 octobre 1995, à Saint Flour (15100)

**MEMBRES DU JURY**

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Paul FOURNIER

Assesseurs :

Madame le Docteur Julie CONTENTI-LIPRANDI

Monsieur le Docteur Jean-Luc FOLACCI

Monsieur le Docteur Fadi RAMMAL

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Frédéric ROUQUIER



**Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice**

**Doyen**

**Pr. Jean DELLAMONICA**

**Vice-doyennes**

**Pédagogie**

**Pr. Véronique ALUNNI**

**Recherche**

**Pr. Barbara SEITZ-POLSKI**

**Relations internationales**

**Pr Fanny BUREL-VANDEBOS**

Conservateur de la bibliothèque

Mme Danièle AMSELLE

Directrice administrative des services

Mme Isabelle CALLEA

**Doyens Honoraires**

M. Patrick RAMPAL

M. Daniel BENCHIMOL

M. Patrick BAQUÉ



**Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme Véronique	ALUNNI	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. Rodolphe	ANTY	Gastro-entérologie (52.01)
Mme Florence	ASKENAZY-GITTARD	Pédopsychiatrie (49.04)
M. Philippe	BAHADORAN	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Stéphanie	BAILLIF	Ophthalmologie (55.02)
Mme Sylvie	BANNWARTH	Génétique (47.04)
M. Patrick	BAQUÉ	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. Emmanuel	BARRANGER	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. Emmanuel	BENIZRI	Chirurgie Générale (53.02)
M. Michel	BENOIT	Psychiatrie (49.03)
M. Gilles	BERNARDIN	Réanimation Médicale (48.02)
M. J-Philippe	BERTHET	Chirurgie Thoracique (51-03)
Mme Florence	BLANC-PEDEUTOUR	Cancérologie – Génétique (47.02)
M. André	BONGAIN	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. Alexandre	BOZEC	ORL- Cancérologie (47.02)
M. Jean	BREAUD	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme Véronique	BREUIL	Rhumatologie (50.01)
M. Nicolas	BRONSARD	Anatomie Chir Ortho et Traumato (42.01)
Mme Fanny	BUREL-VANDENBOS	Anat. cytol. path. (42.03)
M. Michel	CARLES	Mal. infect. ; trop. (45.03)
M. Laurent	CASTILLO	O.R.L. (55.01)
M. Nicolas	CHEVALIER	Endo.diab.mal. métab (54.04)
M. Patrick	CHEVALLIER	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme Giulia	CHINETTI	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. Thomas	CLUZEAU	Hématologie (47.01)
M. Jacques	DARCOURT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. David	DARMON	Médecine Générale (53,03)
M. Jean	DELLAMONICA	Réanimation médicale (48.02)
M. Jérôme	DELOTTE	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. Milou-Daniel	DRICI	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. Matthieu	DURAND	Urologie (52.04)



**Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	Vincent	ESNAULT	Néphrologie (52-03)
Mme	Christelle	ESTRAN-POMARES	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	Guillaume	FAVRE	Physiologie (44.02)
M.	Emile	FERRARI	Cardiologie (51.02)
M.	J-Marc	FERRERO	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	Denys	FONTAINE	Neurochirurgie (49.02)
M.	J-Paul	FOURNIER	Thérapeutique (48-04)
M.	Eric	GILSON	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	Valérie	GIORDANENGO	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	Lisa	GIOVANNINI-CHAMI	Pédiatrie (54.01)
M.	Olivier	GUERIN	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	Nicolas	GUEVARA	Oto-Rhino-laryngologie ( 55.01)
M.	Jean	GUGENHEIM	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	J-Michel	HANNOUN-LEVI	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	Reda	HASSEN KHODJA	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	Xavier	HÉBUTERNE	Nutrition (44.04)
M.	Paul	HOFMAN	Anat. cytol. path. (42.03)
M.	Olivier	HUMBERT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	Antonio	IANNELLI	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	Carole	ICHAÏ	Anesth. réa. (48.01)
M.	Marius	ILIÉ	Anat. cytol. path. (42.03)
M	Elixène	JEAN-BAPTISTE	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	Georges	LEFTHERIOTIS	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
Mme	Sylvie	LEROY	Pneumologie-Addictologie (51.01)
M.	Jacques	LEVRAUT	Médecine d'urgence (48.05)
M.	Michel	LONJON	Neurochirurgie (49.02)



### Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Charles	MARQUETTE	Pneumologie (51.01)
M.	J-François	MICHIELS	Anat. cytol. path. (42.03)
Mme	Pamela	MOCERI	Cardiologie (51.02)
M.	Henri	MONTAUDIÉ	Dermatologie (50.03)
M.	Nicolas	MOUNIER	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	J-Christophe	ORBAN	Anesth. réa. (48.01)
M.	Bernard	PADOVANI	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	Philippe	PAQUIS	Neurochirurgie (49.02)
Mme	Véronique	PAQUIS	Génétique (47.04)
M.	Thierry	PASSERON	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	Thierry	PICHE	Gastro-entérologie (52.01)
M.	Christian	PRADIER	Epid., éco. santé (46.01)
Mme	Virginie	RAMPAL	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	Pierre	ROHRlich	Pédiatrie (54.01)
M.	Eric	ROSENTHAL	Médecine Interne (53.01)
M.	Christian	ROUX	Rhumatologie (50.01)
M.	Raymond	RUIMY	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	Sabrina	SACCONI	Neurologie (49.01)
M.	Stéphane	SCHNEIDER	Nutrition (44.04)
Mme	Barbara	SEITZ-POLSKI	Immunologie (47.03)
M.	Antoine	SICARD	Néphrologie (52.03)
M.	Pascal	STACCINI	Biostat. inf.méd. TC (46.04)
M.	Pierre	THOMAS	Neurologie (49.01)
M.	Albert	TRAN	Hépatogastro-entérologie (52.01)
M.	Geoffroy	VANBIERVLIET	Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. Damien	AMBROSETTI	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Caroline	BERNARDI	Médecine légale et droit de la Santé (46.03)
Mme Ghislaine	BERNARD-POMIER	Immunologie (47.03)
Mme Tiphanie	BOUCHEZ	Médecine Générale ( 53.03)
M. Olivier	CAMUZARD	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme Julie	CONTENTI-LIPRANDI	Médecine d'urgence ( 48-04)
M. Johan	COURJON	Mal. infect. ; trop. (45.03)
Mme Bérangère	DADONE-MONTAUDIÉ	Cancérologie-radiothérapie (47.02)
M. Alain	DOGLIO	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. Jérôme	DOYEN	Radiothérapie (47.02)
Mme Charlotte	HINAULT	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. Mathieu	JOZWIAK	Médecine intensive-Réanimation (48.02)
Mme Brigitte	LAMY	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme Elodie	LONG-MIRA	Cytologie et Histologie (42.02)
M. Romain	LOTTE	Bact-vir ; Hyg.hosp. (45.01)
Mme Marie-Noëlle	MAGNIÉ	Physiologie (44.02)
M. Arnaud	MARTEL	Ophtalmologie (55.02)
M. Nihal	MARTIS	Méd int. ; gériatrie (53.01)
M. Damien	MASSALOU	Chirurgie Viscérale ( 52-02)
Mme Sandra	MUSSO-LASSALLE	Anat. cytol. path. (42.03)
M. Mourad	NAÏMI	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. Charles	SAVOLDELLI	Chir. maxill. & stom (55.03)
M. Fabien	SQUARA	Cardiologie (51.02)
Mme Susanne	THUMMLER	Pédopsychiatrie ( 49-04)
M. Pierre	TOULON	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. Antoine	TRAN	Pédiatrie (54.01)



Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

**MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS**

Mme Auriane GROS Orthophonie (69)

**PROFESSEURS AGRÉGÉS**

Mme Rebecca LANDI Anglais

**PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

M. Michael LOSCHI Hématologie; transfusion (47.01)

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

Mme Brigitte MONNIER Médecine Générale (53.03)

Mme Flora TREMELLAT-FALIERE Médecine palliative (46.05)

**MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

Mme Céline CASTA Médecine Générale (53.03)

M. Fabrice GASPERINI Médecine Générale (53.03)

M. Nicolas HOGU Médecine Générale (53.03)

Mme Maud RAQUIN-POUILLON Médecine Générale (53.03)





Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M.	Marc	ALBERTINI	M.	Pierre	GIBELIN
M.	Jean	AMIEL	M.	J-Yves	GILLET
M.	Daniel	BALAS	M.	Patrick	GRELLIER
M.	Michel	BATT	M.	Dominique	GRIMAUD
M.	Etienne	BÉRARD	M.	Philippe	HOFLIGER
M.	Bruno	BLAIVE	M.	Jacques	JOURDAN
M.	Patrice	BOQUET	M.	J-Philippe	LACOUR
M.	André	BOURGEON	M.	J-Claude	LAMBERT
M.	Patrick	BOUTTÉ	M.	Michel	LAZDUNSKI
M.	J-Noël	BRUNETON	M.	Yves	LE_FICHOUX
Mme	Françoise	BUSSIERE	M.	J-Claude	LEFEBVRE
M.	J-Pierre	CAMOUS	M.	Roger	MARIANI
M.	Bertrand	CANIVET	M.	Pierre	MARTY
M.	Jill-patrice	CASSUTO	M.	René	MASSEYEFF
M.	Marcel	CHATEL	M.	Mathieu	MATTEI
M.	Alain	COUSSEMENT	M.	Jean	MOUIEL
Mme	Dominique	CRENESSE	M.	Jérôme	MOUROUX
M.	Guy	DARCOURT	Mme	Martine	MYQUEL
M.	Fernand	DE_PERETTI	M.	Dominique	PRINGUEY
M.	Pierre	DELLAMONICA	M.	Gérald	QUATREHOMME
M.	Jean	DELMONT	M.	Marc	RAUCOULES-AIMÉ
M.	François	DEMARD	Mme	Dominique	RAYNAUD
M.	Claude	DESNUELLE	M.	Philippe	ROBERT
M.	Claude	DOLISI	M.	Joseph	SANTINI
M.	Patrick	FENICHEL	M.	J- Baptiste	SAUTRON
M.	Alain	FRANCO	M.	Maurice	SCHNEIDER
M.	Pierre	FREYCHET	M.	Antoine	THYSS
M.	J-Gabriel	FUZIBET	M.	Jacques	TOUBOL
M.	Pierre	GASTAUD	M.	Dinh Khiem	TRAN
M.	J-Pierre	GÉRARD	M.	Emmanuel	VAN OBBERGHEN



Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

M.C.U. Honoraires

M.	Jacques	ARNOLD	M.	Marcel	GASTAUD
M.	Bernard	BASTERIS	M.	Jean	GIUDICELLI
M.	José	BENOLIEL	M.	Jacques	MAGNÉ
Mlle	Rose-Marie	CHICHMANIAN	Mme	Nadine	MEMRAN
Mme	Michèle	DONZEAU	M.	Raymond	MENGUAL
M.	Roméo	EMILIOZZI	M.	Patrick	PHILIP
M.	Thierry	FOSSE	M.	J-Claude	POIRÉE
M.	Philippe	FRANKEN	Mme	Marie-Claire	ROURE
M.	Rodolphe	GARRAFFO	M.	Jean	TESTA



**Liste des enseignants au 1er mars 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice**

**PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ**

M.	François	BERTRAND	Médecine Interne
M.	Patrice	BROCKER	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	Daniel	CHEVALLIER	Urologie
Mme	Manuella	FOURNIER-MEHOUAS	Médecine Physique et Réadaptation
M.	Patrick	JAMBOU	Coordination prélèvements d'organes
M.	Mathieu	LEBOEUF	gynécologie- obstétrique
Mme	Geneviève	NADEAU	uro-gynécologie
M.	Guillaume	ODIN	Chirurgie maxilo-faciale
M.	Frédéric	PEYRADE	Onco-Hématologie
M.	Bertrand	PICCARD	Psychiatrie
M.	J-François	QUARANTA	Santé Publique

# Remerciements

**A Monsieur le Professeur Jean Paul FOURNIER**, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de notre thèse. C'est avec un profond respect que je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

**A Madame le Docteur Julie CONTENTI-LIPRANDI**, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre de notre jury, veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

**A Monsieur le Docteur Jean-Luc FOLACCI**, merci de me faire l'honneur de faire partie de ce jury. Je vous remercie pour tous vos conseils au cours de mon internat, merci de m'avoir partagé votre expérience médicale, grâce à vous je me sens prête à devenir Docteur.

**A Monsieur le Docteur Fadi RAMMAL**, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury. Merci d'avoir partagé avec nous sur la problématique de la fermeture du service d'Urgences du CH de Draguignan. Merci de l'intérêt que vous avez porté à notre sujet de thèse.

**A Monsieur le Docteur Frédéric ROQUIER**, merci de nous avoir fait l'honneur d'accepter de diriger nos études. Merci au temps que vous nous avez accordé, et à vos précieux conseils. Merci de m'avoir aidé à passer cette étape importante pour la suite de ma carrière.

Merci à **Émilie**, ma co-thésarde de m'avoir proposé de partager ce sujet. Merci pour tous ces souvenirs au cours de l'internat, ta gentillesse et ton humour. Tu as été l'une de mes premières rencontres quand je suis arrivée dans le sud, alors soutenir ma thèse à tes côtés est finalement une évidence.

## **A mes parents,**

Merci Maman d'avoir toujours été là, au cours de ces 10 années d'étude et même avant, dans les bons comme dans les mauvais moments. 10 ans c'est long mais ton soutien a été sans faille. Je me souviens de tes petits plats en PACES, de tes smoothies vitaminés pendant l'externat et toutes tes attentions pour me rendre la vie plus facile. Je n'oublie rien, je te dois tout. Merci pour cet amour inconditionnel que tu nous donnes, tu es mon exemple. Je t'aime.

Merci Papa, de m'avoir donné les moyens d'arriver jusque-là. Je crois que tes leçons et tes citations sur l'importance de ne jamais abandonner n'y sont pas pour rien. Merci d'être un soutien et un pilier dans

chaque étape de ma vie. Je suis reconnaissante de t'avoir toujours à mes côtés. J'espère te rendre fier. Je t'aime.

**A mes frères**, Matthieu et Paul-Émile, merci pour cette enfance partagée ensemble, j'ai pleins de beaux souvenirs. On ne se le dit jamais mais je vous aime fort. Merci pour votre présence et votre soutien.

A Léna et Massaï, merci de prendre soin de mon grand frère.

**A mes grands-parents,**

A Nanie, merci pour tous ces souvenirs de vacances pendant mon enfance, on t'a fait faire les 400 coups avec Mathilde, et tu étais toujours partante. Merci de m'avoir accueilli pendant 2 mois, de m'avoir toujours soutenu et d'avoir parfois même séché mes larmes. Merci pour tout, je t'en suis très reconnaissante.

A Danièle, merci de m'avoir partagé ton expérience professionnelle et personnelle. Ta carrière est un exemple pour moi. Tu es la personne la plus forte que je connaisse. Merci pour ton soutien.

A Grand Père Pierre, merci de m'avoir montré la valeur du travail et d'être une inspiration pour moi. Merci pour ton soutien.

A Grand Père Jac, j'ai une pensée pour toi en écrivant ces mots, j'espère te rendre fier.

**A tous mes oncles et tantes**, Laurent, qui me montre que rien n'est impossible, Jean Jacques, qui prend soin de nos racines, Marie-Hélène qui prend toujours soin de notre Nanie, Jean François pour tes messages de soutien, Pierre George pour tes conseils sur l'art oratoire.

**A mes cousins**, la troupe des FosLaSal, merci de m'avoir forgé aux épreuves de Fort Boyard, et à mes cousins Lafont, merci Max pour ton aide aux cours des études.

A **Edward**, merci pour cette rencontre inattendue qui a changé ma vie. Merci d'avoir été une épaule sur laquelle j'ai pu me reposer pendant cette année de thèse, tu as été d'un soutien indéfectible. Merci d'avoir supporté mon stress et mes états d'âme. Je ne me vois plus avancer sans toi à mes côtés. Merci de partager ta vie avec moi. Je t'aime.

A **Orianne et Chloé**, pour notre trio de la Rochefoucault, merci pour votre aide depuis tant d'années. Merci d'avoir grandi à mes côtés et d'avoir toujours été là pour moi pendant toutes ces étapes. Votre amitié m'est très précieuse, je suis persuadée qu'elle perdurera jusqu'à nos vieux jours

A **Eva**, mon acolyte, mon binôme, ma sœur depuis 4 ans. Sans toi cet internat n'aurait pas été pareil. Merci pour tous ces souvenirs partagés ensemble, nos voyages, notre colocation, nos fous-rires, et nos confidences. Merci d'avoir toujours été là pour moi (même quand tu étais à l'autre bout du monde), je te dois beaucoup.

A **Barbara**, une merveilleuse amie qui inonde tout le monde de sa gentillesse et bienveillance. Merci pour ton aide précieuse à la réalisation de cette thèse, comme dans la vie. Merci pour ton écoute bienveillante. Ne change jamais.

A **Maria**, merci de m'avoir fait découvrir le sud depuis mon arrivée, merci pour ton soutien tout au long de l'internat. Merci de me partager ta joie de vivre et ta positivité permanente, je suis reconnaissante de t'avoir comme amie, reste toujours ce soleil.

A **Tiphaine**, merci de m'avoir permis d'avoir un toit !! Merci pour ta belle sensibilité, pour ton écoute, même si pour toi c'est un défaut, à mes yeux elle est une de tes plus grandes qualités.

A **Nina**, merci pour tous ces souvenirs de voyage, non sans péripéties, pour ta simplicité et merci d'être toujours aussi joyeuse.

A **Dina**, merci pour ces souvenirs d'internat, pour ces soirées sur les remix disney, j'espère que tu trouves ton bonheur à Paris, n'oublie pas de revenir nous voir.

A **Amélie, Abetare, Laurie**, l'externat a été bien plus drôle grâce à vous. Merci pour votre humour, votre aide, et pour ces voyages pleins de péripéties. Je n'oublie pas que ce choix de la médecine générale c'est un peu grâce à vous, je vous en suis très reconnaissante.

**Merci à tous les médecins et soignants, co-internes** que j'ai croisé au cours de mes études, qui m'ont permis de prendre confiance pour devenir médecin généraliste.

**Merci aux médecins de SOS de Fréjus** pour leur aide à la réalisation de cette thèse.

**Merci aux patients du secteur de Draguignan** qui ont accepté de participer à cette étude et ont partagé avec moi leur expérience.

## Liste des abréviations

CH : centre hospitalier

CHI : centre hospitalier intercommunal

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

GHT : groupement hospitalier de territoire

AMLH : Activité de médecine libérale hospitalière

PDSA : permanence des soins ambulatoires

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAS : Service d'accès aux soins

SNP : soins non programmés

URPS : union régionale des professionnels de santé

# Sommaire

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>14</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>15</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>18</b>
1. Type d'étude .....	18
2. Choix de la méthode .....	18
3. Population étudiée et recrutement .....	18
4. Déroulement des entretiens et recueil des données .....	19
5. Transcription des données .....	20
6. Analyses des données .....	20
7. Aspects éthiques et réglementaires .....	20
<b>RESULTATS</b> .....	<b>22</b>
I. Caractéristiques des entretiens et de l'échantillon .....	22
II. Résultats qualitatifs .....	23
1. Conséquences de la fermeture partielle des Urgences du CH de la Dracénie sur la prise en charge des patients .....	23
2. Les défaillances du système de soins de premier recours ressenties par les patients .....	27
3. Les solutions envisagées par les patients pour améliorer le système de soins de premier recours .....	28
<b>DISCUSSIONS</b> .....	<b>32</b>
I. Conséquences principales de la fermeture partielle des Urgences .....	32
II. Limites de l'étude .....	36
III. Forces de l'étude .....	37
IV. Perspectives : .....	37
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>39</b>
<b>REFERENCES</b> .....	<b>40</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>44</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	<b>49</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>50</b>



# Introduction

La France vit depuis plus de 30 ans une « crise des Urgences ». En 1989, le Professeur Steg rendait le premier rapport alertant sur la situation des Urgences en France. Il mettait en évidence notamment un flux excessif aux Urgences et une insuffisance de régulation. De ce rapport, il s'ensuivit une décision de restructuration de ces services passant, entre autres, par la professionnalisation médicale aux Urgences, le développement d'une régulation pré-hospitalière et la réintégration du médecin généraliste dans la chaîne de l'urgence. (1)

Malgré ces mesures, les difficultés persistent. Les services d'Urgences français connaissent une croissance continue de leur nombre de passages d'en moyenne 3.3% par an depuis 1996. En 2019, 22 millions de passages aux Urgences ont été recensés en France métropolitaine et dans les DOM TOM contre seulement 10.1 millions en 1996. (2)

Cet afflux de patients a eu pour conséquence des difficultés de prises en charge : complexité d'hospitalisation en aval des Urgences, augmentation des temps d'attente, mécontentement des patients et des personnels. Cette croissance a également eu un impact sur les conditions de travail des soignants du fait d'une augmentation de la charge de travail, des ressources physiques et matérielles insuffisantes.

En septembre 2019, selon le collectif inter-urgences, près de 200 services d'Urgences étaient en grève pour alerter sur ces problèmes. (3) La même année, un pacte de reformation des Urgences a été rédigé par la Ministre de la Santé Agnès Buzyn et son équipe. (4) Ce dernier visait à explorer les mesures pouvant être mises en place pour améliorer la prise en charge des patients en urgence. Plusieurs mesures comme « renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé », « donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences » ou « renforcer et reconnaître les compétences des professionnels des Urgences » ont été proposées.

Les médecins libéraux avaient réagi via la conférence nationale des URPS aux propositions décrites dans ce pacte de refondation car pour eux « si en France, les services d'Urgences accueillent 24 millions de patients par an, la médecine générale réalise quant à elle 300 millions d'actes annuels ». (5) Parmi leurs propositions pour répondre à l'engorgement des Urgences figuraient : « créer une filière de prise en charge par la médecine de ville des SNP/PDSA identifiée par un numéro d'appel dédié et en informer massivement la population », « mettre en place un dispositif d'admission hospitalière réservé aux médecins libéraux », « faire évoluer les

modes de rémunération des médecins libéraux pour contribuer efficacement au désengorgement des Urgences ».

La répartition des efforts, voire la coopération, entre les services d'Urgences des établissements de santé et la médecine de ville a toujours été un pilier central dans le parcours de soins du patient. Cette association fragile est actuellement mise en péril par la fermeture ou les menaces de fermeture de plusieurs services d'Urgences. D'après un décompte de l'association SAMU-Urgences de France, plus de 130 services d'Urgences étaient en difficulté fin mai 2022 et ont dû limiter leur activité. (6)

Le 29 octobre 2021, le Centre Hospitalier de la Dracénie a fermé pour toutes les nuits de 20h30 à 8h30, en dehors des urgences vitales, obstétricales, psychiatriques et de l'accueil des femmes et des enfants victimes de violences. (7) Nous avons pu, au cours de notre travail de recherche, rencontrer le Dr RAMMAL chef de service des Urgences du CH de la Dracénie et le Dr LEBAS Urgentiste qui nous ont expliqué que la cause de cette fermeture était un manque de médecins. Des procédures de redirection des patients la nuit vers les hôpitaux périphériques Fréjus, Brignoles et Manosque ont donc été mises en place à l'aide du 15 ou via un tri directement à l'entrée des Urgences. Ils nous ont expliqué avoir reçu plusieurs aides comme la réorientation des patients par le système SAS (Service d'Accès aux Soins), le soutien de plusieurs médecins urgentistes du GHT venant faire des gardes ponctuelles, ainsi que la réalisation de spots publicitaires par la CPTS de la Dracénie pour l'évitement de l'engorgement des Urgences. Depuis la fermeture, ils n'ont cessé de chercher des solutions pour que cette fermeture ait « le moins d'impact possible sur la médecine de ville » avec un seul objectif final la réouverture.

Ayant travaillé dans le secteur adjacent de Fréjus, nous avons pu, au cours de nos stages aux Urgences du CHI Bonnet ou de nos remplacements de médecins généralistes, constater un accroissement de la patientèle venant de Draguignan. Certains patients nous ont partagé leur désarroi de devoir être transférés à 40 minutes de route de leur hôpital de proximité. C'est de ces expériences de terrain ajoutées à la médiatisation de la fermeture partielle des Urgences que la question des conséquences de cette dernière sur les médecins libéraux et les patients du secteur de soins nous est apparue comme une étude intéressante. Nous avons donc réalisé une étude qualitative en miroir sur les conséquences de cette fermeture partielle sur les patients d'une part et sur les médecins généralistes libéraux du secteur de soins d'autre part. L'étude qualitative sur les médecins généralistes a été réalisée par HESPERT Émilie.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les conséquences de la fermeture partielle des Urgences de Draguignan sur la prise en soins médicales d'urgences réelles ou ressenties des patients du secteur.

Les objectifs secondaires de ce travail étaient d'étudier leur vécu, leur ressenti et les adaptations de leurs parcours de santé depuis cette fermeture, ainsi que les solutions qu'ils entrevoyaient pour pallier cette fermeture.

# Matériel et méthode

## 1. Type d'étude

Ce travail était une étude de recherche qualitative par approche phénoménologique. Des entretiens individuels semi dirigés ont été réalisés sur des patients.

## 2. Choix de la méthode

La méthode qualitative a été choisie car c'est la méthode de collecte de données la plus adaptée à l'objet de recherche.

Dans l'approche phénoménologique interprétative, les entretiens individuels sont la méthode la plus adaptée afin de permettre aux patients de s'exprimer librement sur l'objectif principal. En effet, cette méthode permet de collecter des données diverses sur les ressentis, les expériences des sujets.

Les entretiens semi-dirigés sont une méthode plus adaptée que celle des entretiens directifs ou libres. Le caractère semi-directif permet de conserver la liberté des réponses des sujets et leur spontanéité et permet à l'intervieweur de pouvoir conduire l'entretien sans perdre de vue l'objectif principal.

## 3. Population étudiée et recrutement

La taille de l'échantillon n'a pas été déterminée au préalable. En effet, lors d'une étude qualitative le nombre d'entretiens suffisants est connu lors de l'obtention de la saturation des données.

Le secteur a été délimité sur le territoire de la Dracénie c'est-à-dire : 23 communes de la Communauté d'agglomération (Dracénie Provence Verdon Agglomération), Ampus, Les Arcs, Bargème, Bargemon, La Bastide, Callas, Châteaudouble, Claviers, Comps-sur-Artuby, Draguignan, Figanières, Flayosc, Lorgues, Montferrat, La Motte, Le Muy, La Roque-Esclapon, Salernes, Sillans-la-Cascade, Taradeau, Trans-en-Provence, Vidauban, Saint-Antonin-du-Var.

Les critères d'inclusions étaient :

- Patients majeurs ayant vécu une urgence de soins ressentie ou réelle pendant les horaires de fermeture

- Parents ou tuteurs légaux d'enfant mineur ayant eu un besoin ressenti ou réel d'un recours aux Urgences pendant les horaires de fermeture
- Aidant d'un patient dépendant ayant eu un besoin ressenti ou réel d'un recours aux Urgences pendant les horaires de fermeture

Les critères de non-inclusion pour les patients étaient :

- les mineurs de moins de 18 ans
- les majeurs sous tutelle
- tous les patients ne pouvant pas donner leur consentement.
- les patients nécessitant une prise en charge pour lesquels les Urgences restaient ouvertes (psychiatrie, gynécologie, violences).
- Maîtrise insuffisante de la langue française ne permettant pas une communication adaptée et une compréhension des questions posées.

Les critères d'exclusions étaient : le retrait de consentement a posteriori de la personne incluse.

Les patients ont été recrutés soit par l'intermédiaire de flyers déposés dans les cabinets médicaux, les pharmacies du secteur de Draguignan mais aussi dans un Centre de Soins Non Programmés du secteur adjacent, ou soit directement par leur médecin généraliste.

#### **4. Déroulement des entretiens et recueil des données**

Les entretiens ont débuté par une présentation du sujet et des objectifs de l'étude remise en version papier à chaque participant.

Une fiche de consentement de recueil, d'exploitation des données et de l'enregistrement vocal a également été délivrée pour signature à chaque participant. L'anonymisation de ces données leur était garantie, et les participants pouvaient à tout moment retirer leur consentement, même à l'issue de l'entretien. Les données sociodémographiques ont été récupérées en début d'entretien.

Pour chaque entretien, il y avait une investigatrice principale et une observatrice. Quand j'interrogeais un patient, HESPERT Émilie qui a réalisé l'étude sur les médecins était l'observatrice.

Le guide d'entretien m'a permis de garder en vue l'objectif. (ANNEXE 1) Il a été réalisé avec des questions ouvertes mais également des questions de relance afin de ne pas s'éloigner de l'objectif.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones pour assurer l'absence de perte de données en cas de défaillance technique. Les fichiers audio ont été stockés sur un ordinateur et détruits après retranscription.

## **5. Transcription des données**

Les enregistrements audio ont été retranscrits par écrit au mot à mot, manuellement par ordinateur, sous la forme d'une transcription verbatim. Ils ont été anonymisés lors de la retranscription. Les fichiers audio ont été stockés sous chiffrement (veracrypt) et détruits après retranscription écrite.

Les transcriptions verbatim ont été transférés dans un lieu d'archivage sécurisé dans le département de médecine générale de Nice à la fin de l'écriture de la thèse sous chiffrement (veracrypt).

## **6. Analyses des données**

L'analyse qualitative a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo par la méthode interprétative phénoménologique.

Après chaque retranscription, une première analyse a été effectuée afin de coder les verbatim et de ressortir les différents thèmes et sous thèmes des idées développées par les participants (approche inductive et aussi déductive). La deuxième analyse a ensuite été de classer les différents verbatim dans les thèmes et sous thèmes créés lors du codage.

La dernière analyse a permis de créer des connexions entre les différents thèmes émergents et d'améliorer le regroupement des idées afin de donner du sens aux résultats.

## **7. Aspects éthiques et réglementaires**

### **a) Consentement éclairé**

Les participants doivent avoir participé de pleine conscience, une notice d'information leur a été transmise au préalable de l'entretien garantissant l'anonymat et la confidentialité de leur

données. La signature d'un consentement leur a été demandé avant l'entretien. La procédure de remédiation était expliquée dans la feuille de consentement.

b) Confidentialité

Toutes les données ont été anonymisées, c'est-à-dire les données identifiantes ont été supprimées de l'étude.

Il a été fait cependant mention de leur sexe, leur tranche d'âge sur 10 ans. Il n'a pas été fait mention de leur lieu d'habitation exact mais de leur distance d'habitation par rapport à l'hôpital de Draguignan dans une fourchette kilométrique de 5 à 10 kilomètres.

c) Autorisations réglementaires

Cette étude a recueilli l'avis favorable du comité d'éthique de Nice (avis n°2023-012) et la déléguée à la protection des données a confirmé la conformité de l'étude au règlement général sur la Protection des Données, élaboré par la CNIL.

# Résultats

## I. Caractéristiques des entretiens et de l'échantillon

Nous avons pu réaliser un total de dix entretiens entre mai et juin 2023. Ils ont eu lieu soit au domicile des patients, soit par visioconférence, selon la volonté des participants. La durée moyenne des entretiens était de 26 minutes, pour un minimum de 16 minutes et un maximum de 46 minutes. Nous avons rencontré une réelle difficulté à recruter ces témoignages car nous n'avons pas été autorisés à diffuser sur les réseaux sociaux de Draguignan. Néanmoins, la saturation des données a été atteinte au cours du 9ème entretien et a été confirmée par le 10ème entretien.

	Age	Sexe	Lieu de vie	GSP	Médecin traitant	Suivi pour des pathologies chroniques	Connait l'hopital de Draguignan	Durée de l'entretien
P1	60-70 ans	H	<10 km de Draguignan	2	Oui	Non	Oui	23 minutes
P2	80-90 ans	F	Draguignan	7	Oui	Oui	Oui	46 minutes
P3	70-80 ans	H	Draguignan	7	Oui	Oui	Oui	43 minutes
P4	30-40 ans	F	<10 km de Draguignan	2	Oui	Non	Oui	25 minutes
P5	30-40 ans	F	<10 km de Draguignan	3	oui	oui	oui	18 minutes
P6	70-80 ans	H	Draguignan	7	oui	oui	oui	22 minutes
P7	30-40 ans	F	Draguignan	5	Non	Non	Oui	16 minutes
P8	80-90 ans	F	<10 km de Draguignan	7	Oui	Oui	Oui	16 minutes
P9	80-90 ans	H	<10 km de Draguignan	7	Oui	Oui	Oui	26 minutes
P10	70-80 ans	H	Draguignan	7	Oui	Non	Oui	30 minutes

Tableau 1. Critères de la population étudiée

P : patient

GSP (Groupes socio-professionnels selon l'INSEE) 1- agriculteurs, exploitants; 2- artisans, commerçants, chef d'entreprise; 3- cadres et profession; 4- professions intermédiaires; 5-employés; 6- ouvriers; 7- retraité; 8- autres personnes sans activité professionnelle.

Tous les patients étudiés connaissaient l'hôpital de Draguignan. Neuf sur dix patients avaient connaissance de la fermeture des Urgences de Draguignan avant d'y être confrontés. Deux parmi ces neuf patients l'avaient appris récemment, les autres l'avaient appris dès le début de la fermeture. Sept patients disaient l'avoir appris par la presse, deux par leur entourage et le dernier patient l'a appris en y étant confronté. Presque tous les patients interrogés connaissaient les raisons de la fermeture des Urgences du CH de la Dracénie.

La question sur leur définition d'une urgence médicale a été posée aux patients. J'ai recueilli pour les dix patients deux types de réponses soit pour eux, un péril imminent (P1 : « c'est un rapport entre le temps d'intervention qui devrait être court et la gravité de la



situation »), soit un problème médical qui ne peut se régler en ville (P 7 : « C'est vraiment quelque chose que le médecin traitant ne va pas pouvoir traiter »).

## II. Résultats qualitatifs

### 1. Conséquences de la fermeture partielle des Urgences du CH de la Dracénie sur la prise en charge des patients

#### a) Un sentiment global péjoratif vis-à-vis de la fermeture

Les patients interrogés décrivaient la fermeture des Urgences comme un fait inquiétant.

*P1 : « Je trouve que c'est terrible parce qu'un système de soins sans urgences c'est terrible. »*

*P8 : « ... [on n'était pas anxieux] mais c'est préoccupant quand même. »*

Pour autant, la plupart des patients n'avait pas ressenti d'anxiété lorsqu'ils ont appris la nouvelle de la fermeture partielle. *P3 : « On n'est pas dans une situation de grands besoins, l'anxiété elle vient que quand on est en situation. A priori c'est comme un tas de trucs, tant qu'on n'y est pas confronté sur le moment on n'a pas d'angoisse. » P9 : « Personnellement non, on pensait que ça allait se régler très vite. »*

Les patients relevaient un sentiment de désorganisation lors de leur prise en charge. Certains ont relevé des difficultés de réorientation.

*P7 : « J'ai été rebasculé à Fréjus mais du coup Fréjus n'avait peut-être pas compris que c'était une décision définitive, quand ils ont vu mon adresse ils m'ont dit de me réorienter vers Draguignan donc ce que j'ai fait j'ai coupé la conversation et j'ai pris un rendez-vous à SOS-Médecins le lendemain ».*

Les patients réorientés ont ressenti un sentiment négatif de ne pas être pris en charge dans leurs Urgences de secteur, alors que ceux pris en charge aux Urgences du CH de la Dracénie étaient rassurés d'avoir pu aller près de leur domicile. *P5 : « Pour le coup ça m'a quand même rassuré d'aller sur Draguignan pas trop loin du domicile. » P2 : « Non l'histoire de Fréjus ça nous a vraiment cassé les pieds pas que pour moi tout le monde était désespéré. »*

b) Les conséquences directes lors d'un épisode de soins pendant les horaires de fermeture des Urgences

Parmi les patients interrogés sur une expérience de soins pendant les horaires de fermeture des Urgences pour eux-mêmes ou en tant qu'aidant : trois ont connu une réorientation vers l'AMLH (Activité de Médecine Libérale Hospitalière), trois ont été pris en charge aux Urgences de Draguignan, cinq ont connu une réorientation vers une structure de soins du secteur adjacent. Parmi ces cinq derniers patients, trois ont finalement renoncé à une prise en charge au moment de la réorientation.

Les patients avec une urgence plus grave ont été pris en charge aux Urgences de Draguignan.

*P6 : « La prise en charge a été faite immédiatement on croyait à un problème cardiaque ça n'en était pas un, elle est ressortie environ deux heures après des Urgences » P1 : « Ils ont confirmé c'est une luxation de l'épaule mais on ne peut pas vous la redresser parce qu'on ne sait pas s'il y a une fracture ou pas donc on ne peut pas vous la réduire. Donc ils m'ont emmené [au CH de Draguignan]. Donc un quart d'heure après j'étais l'hôpital. »*

Les patients pris en charge à l'AMLH, ont été redirigés soit à l'entrée des Urgences, soit rebasculés après avoir attendu aux Urgences. *P4 : « [après une attente de 5 heures] pour finalement ne même pas me retrouver dans un service des Urgences mais à la maison médicale avec un médecin de SOS-médecins de Toulon donc qui a pris en charge mon enfant. »*

Un des patients regrettait de ne pas avoir été orienté plus tôt vers la maison médicale. *P9 : « Si on nous avait dit qu'il y avait un médecin là-bas [AMLH] j'aurais dit et même mieux que ça, notre fils il nous prenait et nous montait directement sans passer aux Urgences. »*

Les patients ou aidants de patients ayant connu une réorientation vers une structure de soins du secteur adjacent, décrivaient avoir ressenti un dérangement à cette réorientation, vis-à-vis de l'accroissement de la distance entre l'hôpital et leur domicile, avec parfois des difficultés de transport et vis à vis d'un retard de prise en charge de la douleur.

*P10 : « Une gêne dans l'immédiat mais si la personne est prise en compte sans problème [...] Le souci c'est qu'il faut faire 30 kilomètres pour aller voir une personne à l'hôpital voilà. Si c'est ça le plus gros problème et que la personne est bien prise en main pourquoi pas ? »*

*P7 : « C'était assez embêtant surtout que là je devais prendre la route et faire beaucoup d'aller-retour seule avec une douleur qui était assez forte c'est vrai que sur le moment j'étais un peu énervée. ».*

Certains patients ont décrit avoir renoncé à être pris en charge la nuit ou le week-end à cause de la fermeture. Ce renoncement a entraîné pour eux une non prise en charge de leur douleur.

*P2 : « Pendant les horaires de fermeture je n'ai pas suivi les conseils du 15 ni de rien du tout, je suis restée chez moi. Tant que là où on m'envoyait, je serais restée sur un brancard à Fréjus dans le hall [...] - Donc vous n'y êtes pas allé ? - Non parce que d'abord c'est compliqué ce n'est pas ce n'est pas la porte à côté, comme on dit. - Et si les Urgences de Draguignan avait été ouverte vous y seriez allée ? - Oui je leur fais confiance quand même. »*

*P2 : « Comment du coup vous avez pu gérer votre urgence ? En hurlant à la mort. (!)... »*

Cependant ces mêmes patients répondaient que leur urgence aurait pu être gérée en ville s'il y avait eu un médecin généraliste de garde ou s'ils avaient reçu un conseil médical.

*P2 : « - Est-ce que vous pensez que votre Urgences aurait pu être géré en ville s'il y avait un médecin qui faisait des gardes ? Oui oui, pour me soigner l'estomac moi je savais d'où ça venait. »*

*P7 : « C'est vrai que si j'avais appelé un conseiller médical j'aurais peut-être attendu et pris des antidouleurs pour être prise en charge le lendemain. ».*

Malgré les ressentis d'inconfort lors de leur prise en charge en lien avec la fermeture des Urgences, la majorité des patients disait avoir le sentiment d'avoir été bien pris en charge.

*P 10 : « Oui je peux vous donner le nom du médecin qu'on peut féliciter, le docteur et toute son équipe ont été parfait aussi bien avec mon papa que vis-à-vis de nous. » P4 : « Oui honnêtement après cinq heures j'ai été bien pris en charge par chance ça n'a jamais été des choses très graves non plus mais oui après j'ai été pris en charge. » P5 : « Ils ont mis moins d'un quart d'heure à arriver à la maison donc ça va ».*

c) Conséquences de la fermeture partielle des Urgences sur le recours aux soins des patients :

Presque tous les patients n'ont pas noté une augmentation de leur recours à leur médecin généraliste lié à la fermeture des Urgences.

*P10 : « Honnêtement non parce que je n'abusais pas avant. » P2 : « Non pas du tout. Il m'a dit d'autres fois, on va convenir de se voir deux fois par an parce que dans la rue je ne vous aurais même pas reconnu. Moi je n'y allais jamais [chez le médecin généraliste]. »*

Mais beaucoup de patients regrettaient que leur médecin généraliste ne soit pas disponible pour prendre des urgences.

*P3 : « Je l'ai appelé en disant voilà ce qui se passe, vous ne pouvez pas faire un saut ? Et non il ne pouvait pas parce qu'il avait son timing » P5 : « Des fois chez le médecin de ville on n'a pas de rendez-vous avant 15 jours et ben forcément quand on est malade on ne peut pas attendre 15 jours non plus. »*

Les Urgences restent pour les patients le dernier recours. La majorité décrivait essayer avant tout de gérer leur urgence en ville ou de demander un conseil médical au 15 avant de s'y rendre.

*P4 : « Personnellement avant de me déplacer j'essaie moi de gérer savoir c'est une urgence ou pas, j'appelle toujours en général le médecin du SAMU pour avoir un avis, pour savoir si je dois me déplacer ou pas et en général quand je me déplace c'est quand le médecin du SAMU m'a dit de me déplacer. » P9 : « C'est notre médecin en premier et après c'est lui qui décide. On va au cabinet et si c'est grave il monte. » P10 : « Le 15. D'abord j'appelle le 15. »*

Certains patients décrivent qu'en cas de besoin futur d'une prise en charge urgente ils pensent s'orienter directement vers d'autres structures de soins que l'hôpital, soit une structure privée soit une structure de soins du secteur adjacent.

*P10 : « Après si je suis en état je prends mon véhicule j'irai peut-être à Fréjus. » P4 : « Mais quand je peux éviter, je ne mens pas, maintenant quand ça arrive quand c'est en semaine je vais en clinique. Et si c'est en week-end en général je me rends plus sur Fréjus que sur Draguignan »*

Presque tous les patients n'avaient pas connaissance du système SAS (Service d'accès aux soins) du 15. Et peu de patients avaient connaissance de l'existence l'AMLH lors de leur entretien.

## 2. Les défaillances du système de soins de premier recours ressenties par les patients

### a) Un manque de moyen humain et matériel

Les patients au cours de leur entretien se plaignaient du manque de personnel à l'Hôpital mais également de matériel.

*P6 : « la seule chose qui m'interpelle c'est que d'une part on manquerait de moyens d'autre part on manquerait de praticiens pour assumer les Urgences ». P2 : « C'est le manque de matériel il y a une précarité vraiment à toute épreuve [...] je ne demandais rien si ce n'est une couverture parce que je crevais de froid. Et on m'a dit, il était dix heures du matin, il n'y a plus de couverture du tout. »*

Les patients notaient le sentiment d'une surcharge de travail du personnel soignant malgré le maintien de leur bienveillance.

*P1 : « On sent qu'il y a des gens à la fois gentils mais qui n'en peuvent plus mais qui sont crevés et à un moment donné qui s'en fichent. » P2 : « Le personnel par contre est bienveillant, ils sont sympas mais ils font avec ce qu'ils ont. »*

### b) Manque de régulation des personnes à l'entrée des Urgences

Les participants interrogés regrettaient qu'il y ait un manque de triage des patients à l'entrée des Urgences. *P4 : « Elle mettait un peu tout le monde dans le même panier donc je vous avoue que quand je voyais des gens qui toussaient un peu qui avaient un peu le nez qui coule et qui se retrouvaient dans la salle d'attente en même temps que moi j'avais un peu les boules. »*

*P2 : « Celle qui sélectionne soi-disant les maux elle sert à quoi à rien du tout [...] Parce que quand même ce n'est pas compliqué de déterminer si on doit passer avant ou pas [...] Quelqu'un qui est tombé et qui s'est cassé un truc pour moi je ne suis pas médecin mais ça se voit. Séparer les enfants des adultes... Séparer les Covid des autres... »*

Et presque tous les patients avaient le sentiment d'un engorgement des Urgences par des personnes avec des situations non urgentes. *P3 : « Je crois que le vrai problème c'est*

*l'encombrement par des choses qui ne sont pas des vraies urgences. » P9 « Il y a des gens qui y vont pour rien. »*

c) Recours aux urgences du fait d'un manque de médecins généralistes disponibles

Certains patients nous ont dit s'être rendu aux Urgences du fait de l'absence de médecins généralistes disponibles la nuit ou le week-end lors de leur urgence. P4 : *« je voulais qu'il voit un médecin je suis allé aux Urgences parce que j'avais pas le choix, sinon il y aurait eu un médecin généraliste d'ouvert je serais allé chez le médecin généraliste »* P2 : *« Moi je considère qu'un médecin est un médecin. »*

La majorité des patients regrettait le fait qu'il n'y ait pas de médecin généraliste de garde la nuit ou le week-end.

P3 : *« C'est-à-dire qu'on est resté imprégné des anciens médecins de famille, ces toubibs qui se déplaçaient à n'importe quelle heure du jour et de la nuit, ça n'existe plus. »*

Pour certains, le fait qu'il n'y ait pas de médecin de garde, participe à l'engorgement des Urgences. P10 : *« C'est un autre phénomène aussi le manque de médecins de garde a fait tout rebasculer vers les Urgences. Avant on avait des médecins de garde. »* P6 : *« Alors je ne dis pas que les généralistes soient responsables de la situation mais quand même quelque part, un petit peu. Il me semble que traiter ce premier diagnostic ça permettrait par définition d'éviter d'encombrer les Urgences. Ça paraît évident. »*

### **3. Les solutions envisagées par les patients pour améliorer le système de soins de premier recours**

Pour tous les patients, une réorganisation du système de soins est nécessaire.

P2 : *« Donc il y a tout à réinventer. Ce serait un beau projet. Ce serait un projet magnifique. »*

P6 : *« Je suis par principe défenseur de l'hôpital public je pense qu'il faut donner les moyens à l'hôpital public tout simplement de fonctionner. »*

a) Recrutement de soignants et amélioration des conditions d'exercice

Pour beaucoup des patients, une solution pour pallier la fermeture partielle des Urgences est de recruter massivement des médecins. P7 : « *Un recrutement pas massif mais un bon recrutement pour les aider un peu à remonter [la pente].* »

Pour quelques patients, le recrutement de soignants passe par l'amélioration des conditions de travail. P1 : « *il y a quelque chose à faire, les conditions de rémunération, d'attractivité* » P2 « *Pour être très bien soigné il faut prendre des gens qui sont heureux bien dans leur peau et les moyens de vivre.* »

b) Désengorger les Urgences par un triage en amont des Urgences et l'éducation des patients

Devant l'engorgement et le temps d'attente aux Urgences, pour beaucoup des interrogés la création d'un triage et d'une réorientation des patients en amont des Urgences améliorerait le flux de passage aux Urgences. P7 : « *On pourrait trier les urgences plus graves et celles qui peuvent attendre. On pourrait savoir vers quel service on s'oriente plus facilement, c'est vrai que ça aurait été génial.* » P5 : « *Oui comme ça au moins on prévient qu'on arrive on prévient de la raison de la venue à l'hôpital et puis justement si eux ils ont une solution à nous proposer s'il nous réoriente vers la maison médicale ou autre y'a pas de soucis.* » P9 : « *Je reviens à ce tri : avant de faire rentrer les gens systématiquement il faut faire un tri. Y'a pas à tortiller y'a qu'un médecin qui peut faire ça ce n'est pas une infirmière.* »

En effet, de par leur expérience, quelques patients racontent que pour eux, la première difficulté est de connaître le degré d'urgence de leur pathologie sur les horaires de fermeture.

P3 : « *La première urgence c'est de savoir ce qu'il faut faire. [...] À mon échelle je pense que c'est le sens de la mesure de chaque citoyen. Un petit autodiagnostic que l'on doit faire soi-même pour se dire si c'est urgent ou pas* » P8 : « *Pour nous c'était grave mais en réalité ce n'était pas grave.* »

Aussi pour de nombreux patients, l'amélioration du flux des urgences passera par l'éducation de la population à la santé. P9 : « *[...] une éducation des gens d'abord. [...] c'est ce tri pour*

*apprendre aux gens : ne vous rendez pas aux urgences si vous avez un petit bobo de rien du tout. » P6 : « Non, sachant qu'il faut y mettre un peu de conscience et certainement un peu d'éducation pour les enfants et pour les autres. L'éducation citoyenne mais ça aussi c'est une autre histoire. » P4 : « Après oui, voilà moi je suis assez jeune, je suis aussi des médecins sur Instagram où ils expliquent sur des petites vidéos parfois de pas s'affoler sur pleins de choses, parce que c'est pareil moi mon enfant il a 40-41°C, je ne me rends pas aux Urgences par exemple je ne m'inquiète pas tant que je vois qu'il est en bon état, il a beau avoir 40°C s'il le supporte bien je ne m'affole pas. [...] Il y a des gens qui ne savent même pas qu'il y a une personne qui existe pour avoir le médecin du 15 ».*

### c) Une coordination ville – hôpital

Pour la plupart des personnes interrogées, une amélioration de la coordination ville hôpital serait nécessaire pour aider le service des Urgences du CH de la Dracénie. P2 : *« Qu'il y est un peu plus de coordination entre la ville et l'hôpital. »*

Cette coordination passerait par la création d'un intermédiaire entre la médecine de ville et l'hôpital. P3 : *« Ce qu'il faudrait pour améliorer les choses c'est que les concernés se mettent autour de la table, ceux qui sont en première ligne c'est-à-dire les toubibs pour parler d'organisation [...] pour trouver un maillon intermédiaire entre la médecine de ville et l'hôpital. »* P2 : *« Un intermédiaire entre la médecine de ville et l'hôpital. Il faudrait un point d'ensemble. »*

Pour certains des patients, cet intermédiaire pourrait être la réalisation de garde de nuit et de week-end par des médecins généralistes. P2 : *« Qu'ils mettent des médecins de garde quand même comme pour les pharmacies qu'on puisse frapper à une porte sans aller aux urgences. »* P6 : *« On pourrait avoir un système comme qu'on a pu connaître comme quand j'étais plus jeune avec des médecins de garde tout simplement. »*

Pour d'autres, cela passerait par la création d'une structure de soins intermédiaires entre la ville et l'hôpital. P4 : *« Personnellement je prie et je milite pour l'ouverture d'un SOS-Médecins dans mon secteur »* P10 : *« Je crois que la médecine générale, si on avait ... on a dans des*



*villages des maisons médicales qui sont paradoxalement plus efficaces qu'en ville comme nous, les urgences par définition y sont traitées. »*

Tous les patients, ont répondu qu'ils pourraient se rendre à une consultation de médecine générale de garde intra-hospitalière ou extrahospitalière s'ils avaient une urgence.

*P4 « Oui oui, franchement un médecin c'est un médecin donc oui oui je ne ferai pas de différence. Qu'il soit à l'hôpital ou pas, d'ailleurs ! »*

# Discussion

L'étude sur les patients ayant été réalisée en miroir avec celle sur les médecins, nous avons décidé de discuter ensemble les résultats ressortis des 2 populations.

## I. Conséquences principales de la fermeture partielle des Urgences

### a) Difficultés d'accès aux soins

Le service des Urgences de Draguignan a fermé pour toutes les nuits depuis le 29 octobre 2021. Ce service n'est pas le seul à souffrir. Depuis plusieurs années, de nombreux services sont en tension, principalement pour cause de pénurie de médecins. Selon le rapport de la mission flash du Dr Braun de juin 2022, une enquête de la DGOS rapporte que "sur les 446 services d'urgences pris en compte, 49 sont en situation de fermeture partielle, 34 voient leur accès régulé, et 6 sont totalement fermés. (8).

Pour les deux populations étudiées, la fermeture des services d'Urgences est le reflet d'une difficulté croissante à l'accès aux soins. Tous regrettent la perte de leurs Urgences de proximité et cela fait émerger un sentiment négatif lié à la réorientation vers un secteur de soin adjacent. Pour les patients, ce transfert est pour eux une perte de temps sur leurs soins et notamment sur la prise en charge de leur douleur. Pour les médecins, cette réorientation est synonyme de pénibilité d'organisation des moyens de transport et d'une perte de temps sur les prises en soins. Pour tous, ces difficultés engendrent un sentiment général d'énervement voire de colère. A l'extrême, elles ont entraîné pour certains patients un renoncement à leurs soins médicaux. Cela se rajoute au problème, déjà présent, du renoncement aux soins, les Français renoncent de plus en plus à se faire soigner. Selon une enquête nationale réalisée par France Assos, "deux Français sur trois (63%) ont déjà dû reporter ou renoncer à des soins, pour raisons financières ou faute de médecins disponibles". (9)

Nous avons noté, au cours de nos études, que ces conséquences sont plus importantes sur les urgences relatives et ressenties que sur les urgences vitales qui restent prises en charge aux Urgences de Draguignan. Aussi, pour la majorité des patients et pour les médecins, cette fermeture malgré un certain inconfort n'a pas eu de conséquences sur la qualité des prises en charge médicales.

## b) Adaptation des soins

Pour la majorité des patients, les Urgences restent leur solution de dernier recours, faute de médecins généralistes disponibles. Beaucoup regrettent que leur médecin traitant ne puisse les recevoir rapidement. Cela contraste pourtant avec le ressenti des médecins dont la majorité essaie de satisfaire les demandes de consultations en urgence de leur patientèle. Selon une étude de la DRESS, « plus de huit généralistes sur dix s'organisent déjà pour prendre en charge les soins non programmés » (10 ;11). Les médecins généralistes Dracénois ont ressenti une légère augmentation de leur activité sans pour autant perturber leur fonctionnement initial. Pour beaucoup, ils sont déjà à saturation de leurs créneaux de consultation, et ont le sentiment de ne plus pouvoir en faire davantage. La majorité des médecins interrogés ont l'impression d'être en sous-effectifs sur le secteur de soins. « Il y aurait 60 médecins généralistes pour environ 100 000 habitants dans l'agglomération, alors qu'il en faudrait 100 pour ce bassin de population » (12, Annexe 4). La tendance démographique médicale est à la baisse sur l'ensemble du Var (13 ;14), aussi, il faut rendre le territoire plus attractif pour les jeunes médecins.

Pour beaucoup de patients, leurs urgences auraient pu être gérées par un médecin généraliste de garde la nuit ou le week-end. Une étude Ifop avait noté que 8 personnes sur 10 étaient favorables à la reprise des gardes de nuit (15 ;16). Ce sujet reste très sensible pour les médecins interrogés comme au niveau national, dénonçant une charge de travail déjà importante en journée, l'absence de repos compensateur et des appels la nuit pouvant souvent être différés le lendemain. Les médecins généralistes plus âgés ne se sentent plus capables d'assurer une permanence de soins. Il est d'ailleurs à relever que la moyenne d'âge sur le secteur de Draguignan des médecins généralistes est d'environ 57 ans (17 ;18). Les jeunes médecins eux aspirent à une qualité de vie souvent peu compatible avec les horaires de nuit et de week-end (19). Selon une étude de l'Ordre des Médecins, ces derniers s'installent peu, « 35% des nouveaux inscrits en 2015 sont installés à 5 ans ». (20)

Du fait de la fermeture partielle des Urgences de Draguignan, certains des patients ont décrit se réorienter d'eux-mêmes vers d'autres structures de soins (Cliniques, Urgences ou Centre de Soins Non Programmés du secteur adjacent). La plupart des patients racontent qu'ils auraient consulté dans un Centre de Soins Non Programmés s'il y en avait un de disponible dans leur secteur et sont tous favorable à leur création. Pour eux, « un médecin est un médecin » (P4). Pour

les praticiens, la création de Centres de Soins Non Programmés intra ou extra hospitalier serait une des solutions pour répondre à ces urgences ressenties.

Depuis plusieurs années, ces centres se développent mais divisent quelques médecins qui regrettent une « dérégularisation du système de soins » (21). Cependant pour d'autres, ils peuvent devenir la clé du désengorgement des urgences. (22)

c) L'information et l'éducation à la santé

Pour les patients interrogés au cours de l'étude, la première difficulté est de connaître le degré d'urgence de leur pathologie, la deuxième est de savoir comment y faire face. Dans notre étude, les patients définissent l'Urgence soit comme un péril imminent soit comme un problème qui ne peut se gérer en ville. Cependant, la définition de l'Urgence est différente en fonction des acteurs et reste une notion subjective. « 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 » (23). Les patients décrivent se rendre aux Urgences lorsqu'ils estiment que leur état nécessite un avis médical dans de brefs délais et un plateau technique adapté (24, 25).

Les deux populations interrogées dans nos études regrettent le manque d'éducation à la santé de la population. Pour eux, ce manque d'information a pour conséquence le sur-recours aux Urgences. Favoriser l'éducation de la population permettrait pour les médecins, une autonomisation des patients et le recours aux soins plus réfléchi. (26)

Selon une enquête d'Ipsos pour la FHF de 2019, près de 4 Français sur 10 disent avoir eu déjà recours aux Urgences alors que leur situation médicale ne l'exigeait pas vraiment (27). Cependant la notion de passage « inutile » ou « non pertinent » reste à traiter avec précaution car elle apparaît difficile à définir, sinon a posteriori (28).

Pour autant, médecins et patients ont conscience des difficultés rencontrées par le personnel soignant des Urgences de Draguignan et comprennent la nécessité de ne pas engorger les Urgences. Dès la fermeture des Urgences, l'hôpital de Draguignan a eu recours à l'aide de la CPTS du secteur qui a diffusé des affiches recommandant aux patients de ne pas encombrer les Urgences. Cet engorgement pourrait aussi être en lien avec la méconnaissance des citoyens des possibilités alternatives aux Urgences la nuit (29).

d) Des solutions existantes à valoriser

La majorité des patients interrogés n'ont pas connaissance de l'existence de l'AMLH et du système du SAS via le 15. Les médecins eux décrivent quasi unanimement l'AMLH comme une bonne solution au désengorgement des Urgences et cette dernière semble bénéficier d'une bonne organisation. L'accès au plateau technique de l'hôpital est un atout majeur et attrayant pour les jeunes médecins généralistes venant y effectuer des gardes. Il serait donc intéressant de diffuser plus largement l'existence de ces MMG à l'ensemble de la population. La création des MMG (Maison Médicale de Garde) était une des solutions émises dans le Pacte de refondation des Urgences de 2019 (4 ;30). Un budget important avait été alloué pour favoriser leur création. Cependant, aucune évaluation sur l'activité de ces MMG n'a été conduite à ce jour permettant de mesurer leur impact réel sur l'engorgement des Urgences.

Le SAS (Service d'Accès aux Soins) est un service d'orientation de la population dans son parcours de soins via le 15, dont la première phase pilote a été lancée en 2021, sa généralisation est bien plus récente. Pour autant, selon les premiers retours des généralistes de notre étude, ils ont reçu peu de patients orientés de cette façon. Aussi, une partie des adressés ne se présentent pas à la consultation dédiée. Tous les patients interrogés eux ne connaissent pas ce service. Cependant, un numéro dédié semble plus judicieux pour l'URPS, car ce dispositif pourrait surcharger les appels du SAMU et "risquerait de noyer les urgences vitales dans un afflux massif des appels de patients" (31).

Une autre des solutions envisageables par les médecins et les patients unanimement est d'instaurer un tri en amont des Urgences. Les patients semblent favorables à l'idée de ne pas se rendre aux urgences directement si une solution alternative leur est proposée. (28). "Les Français se montrent [...] massivement favorables à l'obligation de consulter pour des problèmes bénins avant d'aller aux urgences". Certains aimeraient que ce tri soit réalisé par un médecin.

L'amélioration de la coordination ville-hôpital est un enjeu majeur à l'organisation des soins de premier recours. Les médecins généralistes souhaitent une communication plus fluide avec l'hôpital (32). Beaucoup regrettent de ne pas pouvoir faire plus d'hospitalisation directe et

d'avoir un accès aux spécialistes parfois complexe. Des relations confraternelles entre médecins généralistes, urgentistes, spécialistes et les différents acteurs de soins, semblent centrales dans la prise en charge des patients et la qualité des soins. "Les établissements de santé ont pris conscience de l'importance de communiquer vers l'extérieur, mais pour l'heure cette communication reste timide" (33).

En tant qu'observatrice et investigatrice, nos impressions sur cette étude sont que patients et médecins ont conscience que la fermeture des Urgences est une conséquence d'une défaillance plus générale de notre système de santé. Pourtant, ils sont quasiment tous prêts à accueillir des solutions simples pour éviter son « effondrement ».

## **II. Limites de l'étude**

En recherche qualitative, les données collectées sont principalement verbales et non quantifiables, puis sont analysées de manière interprétative et subjective. Le biais d'interprétation est donc inévitable et inhérent à ce type d'étude. Cependant, le fait d'avoir réalisé nos études en miroir et d'avoir été chacune l'observatrice de l'autre nous a permis de garder une certaine objectivité sur les entretiens. Ce protocole nous a également permis d'améliorer nos méthodes d'entretien au fil des participants, bien que les entretiens patients et médecins n'étaient pas identiques, car adaptés pour chaque population.

Dans mon étude sur les patients, un biais de sélection, inhérent à ce type d'étude est aggravé par les difficultés de recrutement des patients. En effet, malgré la distribution de nombreux flyers, ainsi que la communication dans les cabinets médicaux, les pharmacies et la CPTS du secteur, peu de patients m'ont contactée pour participer à l'étude. Ainsi mon échantillon de patients ne compte pas de personnes habitant à plus de dix kilomètres des Urgences de Draguignan et les catégories socioprofessionnelles 1, 6 et 8 ne sont pas représentées. Il y a également un biais de désirabilité, les personnes ayant participé, étant probablement celles touchées ou intéressées par le sujet.

Notre étude étant liée à une expérience de soins depuis la fermeture des Urgences, cela crée un biais de mémorisation. Les Urgences de Draguignan ayant fermé depuis le 29 octobre 2021 soit plus de 2 ans avant la réalisation de l'étude, certains patients ne se souviennent pas exactement de leur expérience de soins.

### **III. Forces de l'étude**

La principale force du sujet vient du fait qu'il soit innovant et d'actualité. En effet, bien que de nombreux services d'Urgences soient en situation de fermeture partielle en France, nous n'avons pas trouvé d'étude s'intéressant aux ressentis des patients et des médecins en lien avec la fermeture de leurs Urgences de proximité.

Le choix de la méthode qualitative est également un atout car celle-ci nous a permis de recueillir des ressentis et des expériences de soins ayant eu lieu sur les horaires de fermeture. La réalisation de l'étude en miroir est aussi une force. Les entretiens sur les médecins et les patients ayant eu lieu sur la même période, cela nous a permis d'éviter de suggérer aux patients les réponses des médecins et inversement. Cela nous permet également de comparer nos résultats. Les entretiens ayant été réalisés avec une intervieweuse et une observatrice, permet également de favoriser la validité interne de notre étude.

Aussi, les participants n'ont pas pris connaissance du guide à priori, aboutissant ainsi à des échanges spontanés.

Pour les patients, les entretiens ont été réalisés soit à leur domicile soit en visioconférence, ce qui permettait qu'ils soient dans un lieu familier et donc mis en confiance pour parler de leur expérience de soins.

### **IV. Perspectives :**

Nos études n'ont pas, heureusement, montré de conséquences de la fermeture des Urgences de Draguignan sur les Urgences Vitales. Une étude plus étendue sur la morbi-mortalité permettrait de connaître l'impact réel de cette fermeture sur les prises en charge d'Urgences Vitales. Nos recherches ont montré que la fermeture a eu plus d'impact sur les urgences relatives qui ont été réorienté vers d'autres structures de soins. Une analyse pourrait être faite sur les conséquences des réorientations des patients sur les Urgences adjacentes et notamment celles de Fréjus. Nous avons noté que les Urgences de Fréjus ont vu une augmentation des patients se présentant dans leurs Urgences provenant du secteur de Draguignan avec environ 12,5% en 2022 contre 6,6% en 2021 soit une augmentation de 5,9% des patients provenant du secteur de Draguignan. Quel est l'impact de cette augmentation sur leur fonctionnement ? (Annexe 2)

Nos études ont également suggéré que favoriser l'éducation des citoyens à la santé permettrait de désengorger les Urgences et de donner des pistes pratiques aux patients

pour la prise en charge de leurs urgences. La création de prospectus ou affiches à visée des patients sur des pathologies infectieuses simples permettrait peut-être d'éviter certains passages aux Urgences. Ces notes informatives pourraient également proposer une ligne de conduite à adopter en cas de signes de gravité ou de nécessité d'avis médical : la possibilité d'appeler le 15 pour avoir un médecin régulateur et/ou un rendez-vous médical rapide par le SAS ou encore les structures de soins existantes avec leurs horaires d'ouverture. Cette éducation pourrait être réalisée par les maisons de santé, les CPTS, les ARS ou directement par les médecins généralistes sur leur patientèle. Aussi, des études sur le développement de santé assistance via des applications pourrait également être une piste surtout pour les populations jeunes, afin de les aider à connaître le degré d'urgence de leur pathologie sur les horaires de fermeture des Urgences et des cabinets médicaux.

Dans notre société, la place du médecin traitant évolue. Le modèle « du médecin de famille » ne comptant pas ses heures, disponible de jour comme de nuit et de week-end est révolu. Les médecins aspirent à une qualité de vie, surtout depuis que la profession s'est féminisée. (34) Le travail de nuit et de week-end doit donc être rémunérateur mais les soignants doivent aussi pouvoir bénéficier d'un repos compensateur. Pour revenir à une permanence de soins fonctionnelle la nuit et le weekend, il faut rendre les gardes attractives et non nuisibles à la qualité de vie des médecins.

D'un point de vue organisationnel, une autre perspective serait de travailler sur la réduction de la charge administrative des médecins généralistes. Récupérer ce temps de travail pourrait permettre aux médecins de plus s'impliquer dans la prise en charge des urgences en ville. Pour cela, il faudrait favoriser aux médecins traitants l'accès aux examens complémentaires dans des délais rapides. La création d'un accès simplifié aux examens de radiologie pourrait être une piste à étudier qui pourrait permettre de diminuer l'engorgement aux Urgences, certains patients y allant uniquement pour cela.

Dans nos études, médecins et patients étaient favorables à la réalisation d'un tri avant de se rendre aux urgences. Certains pays européens ont déjà adopté ce mode de fonctionnement en effectuant une orientation totale de leurs patients par le médecin généraliste vers l'hôpital (Danemark, Grande-Bretagne, Italie, Norvège, Pays-Bas). (35) Il serait peut-être intéressant d'expérimenter un nouveau fonctionnement à l'accès aux urgences régulé par les médecins généralistes, les centres de santé, ou le 15.



# Conclusion

La fermeture d'un service d'Urgences partiellement ou entièrement est une réalité de plus en plus fréquente en France. La fermeture partielle des Urgences du CH de la Dracénie a été un événement marquant et illustre bien cette difficulté pour l'accès aux soins dans le secteur de Draguignan. La réalisation d'une étude sur les conséquences de cette fermeture sur les patients en parallèle de celle sur les médecins libéraux du secteur de soins a permis de mieux appréhender les difficultés ressenties depuis la fermeture.

Dans l'étude sur les patients, ce sont les urgences ressenties, non vitales qui ont été le plus impactées par la fermeture, les urgences graves ayant pu être prises en charge à Draguignan. Les patients impactés c'est-à-dire les patients qui ont été redirigé ou qui ont renoncé à leurs soins la nuit, ont décrit un inconfort avec un sentiment de désorganisation et de retard de prise en charge de leur douleur. Les Urgences est leur solution de dernier recours bien que leur principale problématique soit de connaître le degré d'urgence de leur pathologie la nuit. Ces conséquences sur leur prise en charge sont majorées par un problème plus global d'accès aux soins qui s'aggrave depuis plusieurs années. Ils dénoncent un manque de médecins sur le territoire et un accès aux soins de plus en plus complexe. Ils seraient favorables d'utiliser d'autres structures de soins que les Urgences si elles existaient sur les horaires de fermeture. L'étude a également mis en lumière un manque de connaissance des patients des structures existantes comme la MMG et le SAS, mais tous étaient favorables à une éducation à la santé.

Comparativement, dans l'étude en miroir, les médecins libéraux ont tous le sentiment de prendre les urgences de leur patientèle et de ne pouvoir faire plus. Ils décrivent avoir eu un léger accroissement de leur activité. Ils sont favorables aux structures de soins non programmés. La pénurie de Médecins Urgentistes a été la principale cause de la fermeture du service des Urgences. Améliorer les conditions et les possibilités d'exercices (Emploi de Médecins Généralistes, salariés ou vacataires) et valoriser l'attractivité du territoire semblent donc indispensables pour pallier la fermeture des Urgences. L'amélioration de coordination ville-hôpital est inévitable pour répondre à cette problématique.

Cette « crise des urgences » étant nationale, de nombreuses mesures politiques ont déjà été mises en place depuis ces dernières années pour répondre aux difficultés d'accès aux soins et semblent prometteuses. Cependant, il ressort qu'elles ne soient que partiellement efficaces du fait d'un manque de connaissances des citoyens à la santé, notamment des possibilités alternatives existantes aux urgences la nuit. La réalisation d'un tri en amont de l'entrée aux Urgences et l'éducation à la santé de la population semblent être des pistes aux désengorgements des Urgences.

# Références

1. Grall DJY. RAPPORT SUR LA TERRITORIALISATION DES ACTIVITES D'URGENCES.
2. Fiche 25 - La médecine d'urgence. pdf.. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2025%20-%20La%20m%C3%A9decine%20d%E2%80%99urgence.pdf>
3. Urgences CI. Communiqué de Presse 16 août 2019 [Internet]. Collectif Inter Urgences. 2019 Available from: <https://www.interurgences.fr/2019/08/communique-de-presse-16-aout-2019/>
4. Pacte de refondation des urgences Agnès Buzin  
\_urgences\_dp\_septembre\_2019.pdf. Available from: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/\\_urgences\\_dp\\_septembre\\_2019.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf)
5. 1575383282\_CN URPS-ML-Engorgement des Urgences -Réponses des Libéraux.pdf.. Available from: [https://www.urpsmlna.org/uploads/images/1575383282\\_CN%20URPS-ML-Engorgement%20des%20Urgences%20Re%CC%81ponses%20des%20Libe%CC%81raux.pdf](https://www.urpsmlna.org/uploads/images/1575383282_CN%20URPS-ML-Engorgement%20des%20Urgences%20Re%CC%81ponses%20des%20Libe%CC%81raux.pdf)
6. Crise des urgences médicales. vie-publique.fr. 2022. Available from: <http://www.vie-publique.fr/eclairage/272843-crise-des-urgences-medicales-un-malaise-persistant>
7. à 21h55 PLP avec AL 5 novembre 2021. Des services d'urgences fermés la nuit faute de soignants, mobilisation à Draguignan [Internet]. leparisien.fr.. Available from: <https://www.leparisien.fr/societe/des-services-durgences-fermes-la-nuit-faute-de-soignants-mobilisation-a-draguignan-05-11-2021-RKEYGB4BSFDSVPVQUQBK4V6IN4.php>
8. rapport\_du\_docteur\_braun\_-\_mission\_flash\_sur\_les\_urgences\_et\_soins\_non\_programmes.pdf.. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_du\\_docteur\\_braun\\_-\\_mission\\_flash\\_sur\\_les\\_urgences\\_et\\_soins\\_non\\_programmes.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf)
9. Enquête. Disponible sur: <https://www.techniques-hospitalieres.fr/blog/enquete-un-acces-aux-soins-de-plus-en-plus-degrade-selon-france-assos-sante--n2483>
10. Soins non programmés. What's Up Doc. Disponible sur: <http://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/soins-non-programmes-quelle-prise-en-charge-chez-les-medecins-generalistes>

11. Lacroix C. Influence de la structure d'exercice dans la capacité de gestion des urgences en ville. 15 déc 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03482855>
  
12. « Pour les médecins, la fermeture la nuit est une catastrophe » : le chef des urgences du CH de Draguignan inquiet pour l'été | Le Quotidien du Médecin. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/pour-les-medecins-la-fermeture-la-nuit-est-une-catastrophe-le-chef-des-urgences-du-ch-de-draguignan>
  
13. URPS-ML\_PACA\_SDM-MG\_maj-8-juin-2018.pdf [Internet]. Disponible sur: [http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2019/02/URPS-ML\\_PACA\\_SDM-MG\\_maj-8-juin-2018.pdf](http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2019/02/URPS-ML_PACA_SDM-MG_maj-8-juin-2018.pdf)
  
14. DPVA-LIVRE-LA-SANTE-VAROSE-min.pdf LA SANTE VAROSE EN 2021 Dracénie Provence verdon agglomération
  
15. Faut-il remettre en place les soirées de garde obligatoire des généralistes pour désengorger les urgences ? Disponible sur: <https://www.lejdd.fr/Societe/faut-il-remettre-en-place-les-soirees-de-garde-obligatoire-des-generalistes-pour-desengorger-les-urgences-4099128>
  
16. Pourquoi les médecins libéraux s'inquiètent d'un retour de l'obligation de garde. L'Express. 2023. Disponible sur: <https://www.lexpress.fr/sciences-sante/pourquoi-les-medecins-liberaux-sinquietent-dun-retour-de-lobligation-de-garde-WB6R7XILGBCV7FYE7CM3DPEH74/>
  
17. URPS-ML\_PACA\_SDM-MG\_maj-8-juin-2018.pdf. Available from: [http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2019/02/URPS-ML\\_PACA\\_SDM-MG\\_maj-8-juin-2018.pdf](http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2019/02/URPS-ML_PACA_SDM-MG_maj-8-juin-2018.pdf)
  
18. Déserts médicaux. La Gazette des Communes.. Available from: <https://www.lagazettedescommunes.com/651923/deserts-medicaux-le-defi-du-vieillessement-des-medecins/>
  
19. Rédaction. Les étudiants en médecine placent la qualité de vie au cœur des préoccupations pour leur avenir [Internet]. Hospitalia, le magazine de l'hôpital pour toute l'actualité et l'information hospitalière.. Available from: [https://www.hospitalia.fr/Les-etudiants-en-medecine-placent-la-qualite-de-vie-au-coeur-des-preoccupations-pour-leur-avenir\\_a1098.html](https://www.hospitalia.fr/Les-etudiants-en-medecine-placent-la-qualite-de-vie-au-coeur-des-preoccupations-pour-leur-avenir_a1098.html)
  
20. ETUDE SUR L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS. Conseil national de l'ordre des médecins

21. À mi-chemin entre la ville et les urgences, les centres de soins non programmés divisent. Le Quotidien du Médecin. Available from: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/anesthesie-reanimation/mi-chemin-entre-la-ville-et-les-urgences-les-centres-de-soins-non-programmes-divisent>
22. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 from: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>
23. Enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgences. [Thèse de doctorat en médecine]. Rennes : Université de Rennes 1, 2001 : 114 p.
24. Stéphanie Gentile, E. Amadeï, J. Bouvenot, A.C. Durand, Isabelle Bongiovanni, J. Haro, C. Giraud, Roland Sambuc. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. 2004 Jan; Available from: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-1-page-63.htm#no3>
25. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/motifs-et-trajectoires-de-recours-aux-urgences-hospitalieres-0>
26. L'éducation pour la santé : quelle approche ? IREPS Auvergne-Rhône-Alpes <https://ireps-ara.org> › PDF › methodo\_approche
27. Contribution-de-la-FHF-au-Grand-Débat-national.pdf. Available from: <https://www.fhf-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/03/Contribution-de-la-FHF-au-Grand-D%C3%A9bat-national.pdf>
28. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Sénat. 2023. Available from: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>
29. C. Bouchet. Zoom sur la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé. (Oct. 2000)

30. [seminaire\\_maisonsmedicales.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/seminaire_maisonsmedicales.pdf)  
[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/seminaire\\_maisonsmedicales.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/seminaire_maisonsmedicales.pdf)
31. 1575383282\_CN URPS-ML-Engorgement des Urgences -Réponses des Libéraux.pdf  
 [Internet]. Disponible sur: [https://www.urpsml-na.org/uploads/images/1575383282\\_CN%20URPS-ML-Engorgement%20des%20Urgences%20-Re%CC%81ponses%20des%20Libe%CC%81raux.pdf](https://www.urpsml-na.org/uploads/images/1575383282_CN%20URPS-ML-Engorgement%20des%20Urgences%20-Re%CC%81ponses%20des%20Libe%CC%81raux.pdf)
32. LEMAIRE Nicolas. Evaluation qualitative de la relation ville- hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES; 2016.
33. Santé M. Les relations ville – hôpital : un frein dans la coordination des soins \* Meredith Santé [Internet]. Meredith Santé. 2021. Available from: <https://www.meredithsante.com/2021/02/12/les-relations-ville-hopital-un-frein-dans-la-coordination-des-soins/>
34. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. L'accès aux soins de premier recours en Europe. Éléments de présentation. Revue française des affaires sociales [Internet]. 2006;(2–3):121–39. Available from: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-2-3-page-121.htm>
35. LE\_RECOURS\_A\_L\_HOPITAL\_EN\_EUROPE. 2009; HAS MARS 2009

# Annexes

## ANNEXE 1 : Guide d'entretien patient

### Questions préliminaires (introduction de l'entretien)

1. Age
2. Sexe
3. Lieu de vie
4. Profession
5. Avez-vous un médecin traitant
6. Vit seul ou entouré
7. Pathologies chroniques, ALD ?
8. Connaissez-vous l'hôpital de Draguignan ?

### Prise en charge immédiate lors de la fermeture des urgences de Draguignan

9. Étiez-vous au courant de la fermeture des urgences ?
10. Quand est-ce que vous l'avez appris ?
  - Étiez-vous anxieux de cette nouvelle ?
  - Connaissez les raisons de cette fermeture ?
11. Quelle est pour vous la définition d'une urgence médicale ?
12. Racontez-moi un épisode où vous avez eu besoin des urgences pendant les horaires de fermeture ?
13. Pensez-vous devoir nécessiter de vous rendre aux urgences de Draguignan ?  
Si non, comment avez-vous pu gérer votre urgence ?  
Appel du 15 ?  
Appel de votre médecin ?  
Avez-vous eu un conseil médical téléphonique ?
14. Si vous avez pu contacter votre médecin généraliste ?  
Cela vous a-t-il rassuré ?
15. Avez-vous pu être pris en charge dans vos urgences habituelles ?  
Si non qu'avez-vous ressenti ? Cela a-t-il posé des problèmes de transport ? pour la famille ?  
Avez-vous été pris en charge dans le privé ? En ville ?

16. Avez-vous différé votre prise en charge ? ou renoncé ?
17. Pensez-vous avoir été bien pris en charge ?
18. Avez-vous eu des difficultés de transport ?
19. Pensez-vous que votre urgence aurait pu être gérée en ville ?

**Adaptation de vos soins depuis la fermeture :**

20. Depuis la fermeture, avez-vous plus consulté votre médecin généraliste ?
  - soit via téléconsultation ?
  - soit appel direct ?
  - consultations ?
21. Avez-vous déjà consulté à la maison médicale de l'hôpital ? la connaissez-vous et ses horaires ?
22. Vous êtes-vous déjà rendu à d'autres urgences ou autres structures de soins directement ?
  - Connaissez les centres de soins non programmés et vous y êtes-vous déjà rendu ?
  - Vers quelles structures de soin vous tournez vous quand vous avez une urgence à gérer ?
23. Connaissez-vous le système SAS via le 15 ?
24. Pensez-vous que votre urgence nécessitait le déplacement d'un médecin à votre domicile ?

**Solutions**

25. Pensez-vous que si vous aviez eu un conseil médical téléphonique, une réassurance, votre urgence aurait pu être pris en charge le lendemain sur les horaires d'ouvertures ?
26. Est-ce que s'il y avait une consultation de médecine générale à l'hôpital, vous vous y rendriez ?
27. Quelles solutions entrevoyiez-vous pour pallier la fermeture des urgences ? (Soit à votre échelle ? ou plus généralement ?)
28. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

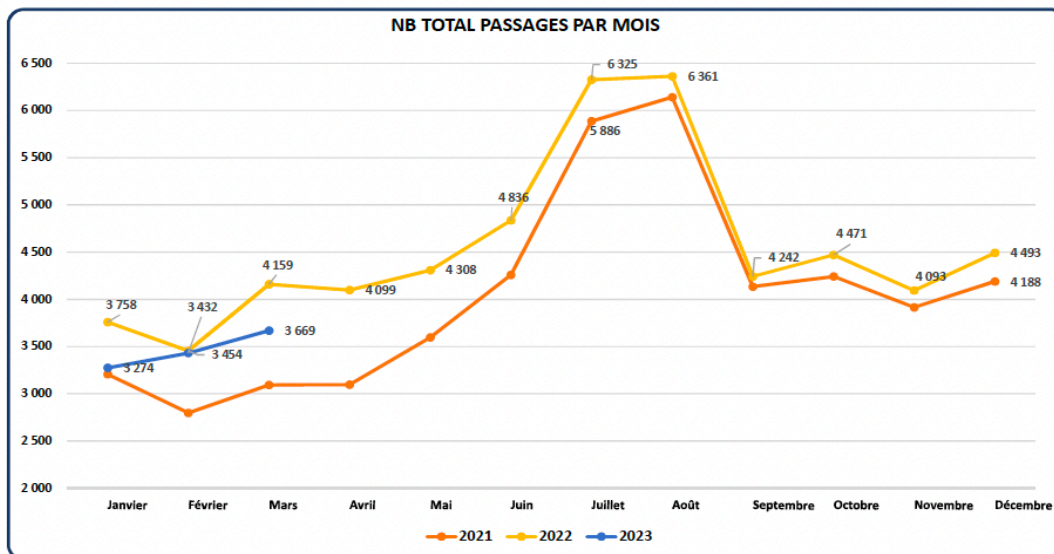
## ANNEXE 2

## FREQUENTATION DES PATIENTS AUX URGENCES DU CHIFSR (y compris MMG)-DAF-

Source TU

Au 03-04-2023

2021													Total général
Agglo Dragui/CAVEM et Autres	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Agglo Dragui	267	224	227	215	220	288	283	240	267	345	530	583	3 689
CAVEM	2 395	2 141	2 342	2 337	2 302	2 765	2 853	2 718	2 754	2 958	2 740	2 910	31 215
Autres	545	432	524	545	1 074	1 206	2 750	3 183	1 112	940	645	695	13 651
<b>Total général</b>	<b>3 207</b>	<b>2 797</b>	<b>3 093</b>	<b>3 097</b>	<b>3 596</b>	<b>4 259</b>	<b>5 886</b>	<b>6 141</b>	<b>4 133</b>	<b>4 243</b>	<b>3 915</b>	<b>4 188</b>	<b>48 555</b>
NB Moyen jour Agglo Dragui	9	8	7	7	7	10	9	8	9	11	18	19	10
NB Moyen jour CAVEM	77	76	76	78	74	92	92	88	92	95	91	94	86
% Patient Agglo Dragui	8%	8%	7%	7%	6%	7%	5%	4%	6%	8%	14%	14%	8%
% Patient CAVEM	75%	77%	76%	75%	64%	65%	48%	44%	67%	70%	70%	69%	64%
Ecart Vs 2020 Agglo Dragui	1	0	1	3	1	3	2	0	2	4	11	12	3
NB Moyen jour Hors Agglo Dragui	95	92	92	96	109	132	181	190	129	126	113	116	123
Total NB Moyen jour total urgences	103	100	100	103	116	142	190	198	138	137	131	135	133
Dont total NB Moyen jour MMG	8	8	8	11	17	17	31	30	18	17	19	15	17
Rappel NB de passages MMG	251	232	243	340	519	508	963	927	534	541	576	464	6 098
Ecart sur total Vs 2020	12	18	16	40	32	33	37	15	16	38	45	46	24
% MMG/Total passages	8%	8%	8%	11%	14%	12%	16%	15%	13%	13%	15%	11%	13%
2022													Total général
Agglo Dragui/Cavem et Autres	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Agglo Dragui	496	459	550	500	448	512	556	574	461	555	545	581	6 237
CAVEM	2 647	2 348	2 901	2 604	2 736	2 846	2 916	2 604	2 632	2 933	2 888	3 219	33 274
Autres	615	647	708	995	1 124	1 478	2 853	3 183	1 149	983	660	693	15 088
<b>Total général</b>	<b>3 758</b>	<b>3 454</b>	<b>4 159</b>	<b>4 099</b>	<b>4 308</b>	<b>4 836</b>	<b>6 325</b>	<b>6 361</b>	<b>4 242</b>	<b>4 471</b>	<b>4 093</b>	<b>4 493</b>	<b>54 599</b>
NB Moyen jour Agglo Dragui	16	16	18	17	14	17	18	19	15	18	18	19	17
NB Moyen jour CAVEM	85	84	94	87	88	95	94	84	88	95	96	104	91
% Patient Agglo Dragui	13%	13%	13%	12%	10%	11%	9%	9%	11%	12%	13%	13%	11%
% Patient CAVEM	70%	68%	70%	64%	64%	59%	46%	41%	62%	66%	71%	72%	61%
Ecart Vs 2021 Agglo Dragui	7	8	10	10	7	7	9	11	6	7	9	9	7
NB Moyen jour Hors Agglo Dragui	105	107	116	120	125	144	186	187	126	126	118	126	132
Total NB Moyen jour total urgences	121	123	134	137	139	161	204	205	141	144	136	145	150
Dont total NB Moyen jour MMG	15	13	17	19	21	23	44	44	20	22	20	30	24
Rappel NB de passages MMG	453	373	534	564	656	680	1 350	1 377	605	683	599	918	8 792
% MMG/Total passages	12%	11%	13%	14%	15%	14%	21%	22%	14%	15%	15%	20%	16%
Ecart NB moyen/jour urgences 2022 Vs 2021	18	23	34	33	23	19	14	7	4	7	6	10	17
Ecart NB moyen/jour MMG 2021 Vs 2021	7	5	9	7	4	6	12	15	2	5	1	15	8





**ANNEXE 3****CH DE LA DRACÉNIÉ - DRAGUIGNAN****Activité des Urgences**

du 01/01/2022 au 01/01/2023

**L'activité**

34 073 passages (35625 l'an passé) Soit 93/j  
 -4.4% par rapport à l'an passé Soit -4 passages par jour

**Les patients**

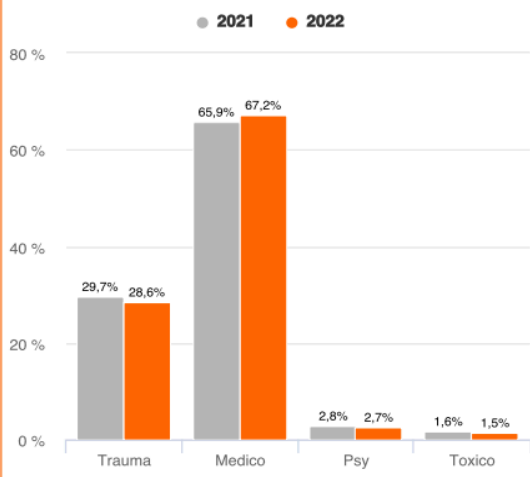
50.4% Femmes - 49.6% Hommes (50.0% et 50.0% l'an passé)  
 Age moyen : 39 ans (39)  
 Pédiatrie (- de 18 ans) : 26.5% de l'activité (24.5%)  
 Gériatrie (75 ans et +) : 14.6% de l'activité (13.9%)

**L'arrivée**

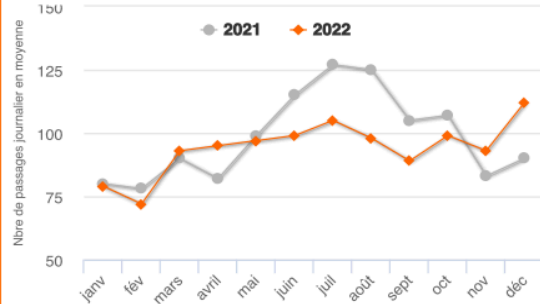
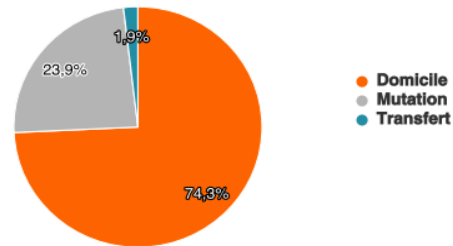
Soirée (20h - 0h lundi-dimanche) : 10.2% (15.0% l'an passé)  
 Nuit profonde (0h - 8h lundi-dimanche) : 4.1% (9.9%)  
 Weekend (samedi-dimanche, nuit comprises) : 31.9% (31.3%)  
 PDS : 39.3% (47.2%)

**Mode d'admission**

SMUR : 1.3% (1.1%) VSAV : 16.8% (21.7%)  
 Ambulance : 8.3% (8.7%) Personnel : 72.1% (66.8%)

**Diagnostic principal****Durée de passage hors UHCD**

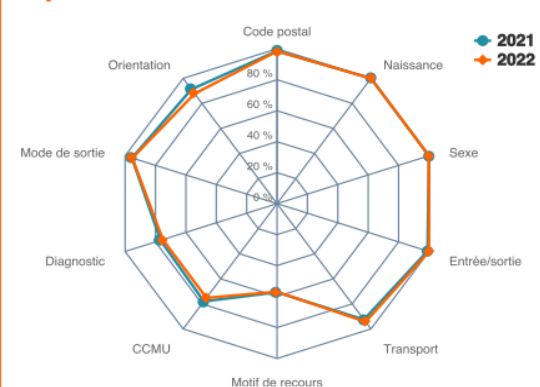
Durée moyenne : 3h47 (4h15)  
 Durée médiane : 2h35 (3h06)  
 Part des pris en charge en - de 4h : 68.9% (60.6%)

**Nbre moyen de passages journalier****Le devenir**

Parmi les hospitalisés, part des orientés en UHCD : 35.1% (41.8%)

**La gravité**

CCMU 1 : 15.0% (10.9%)  
 CCMU 4 et 5 : 1.0% (1.1%)

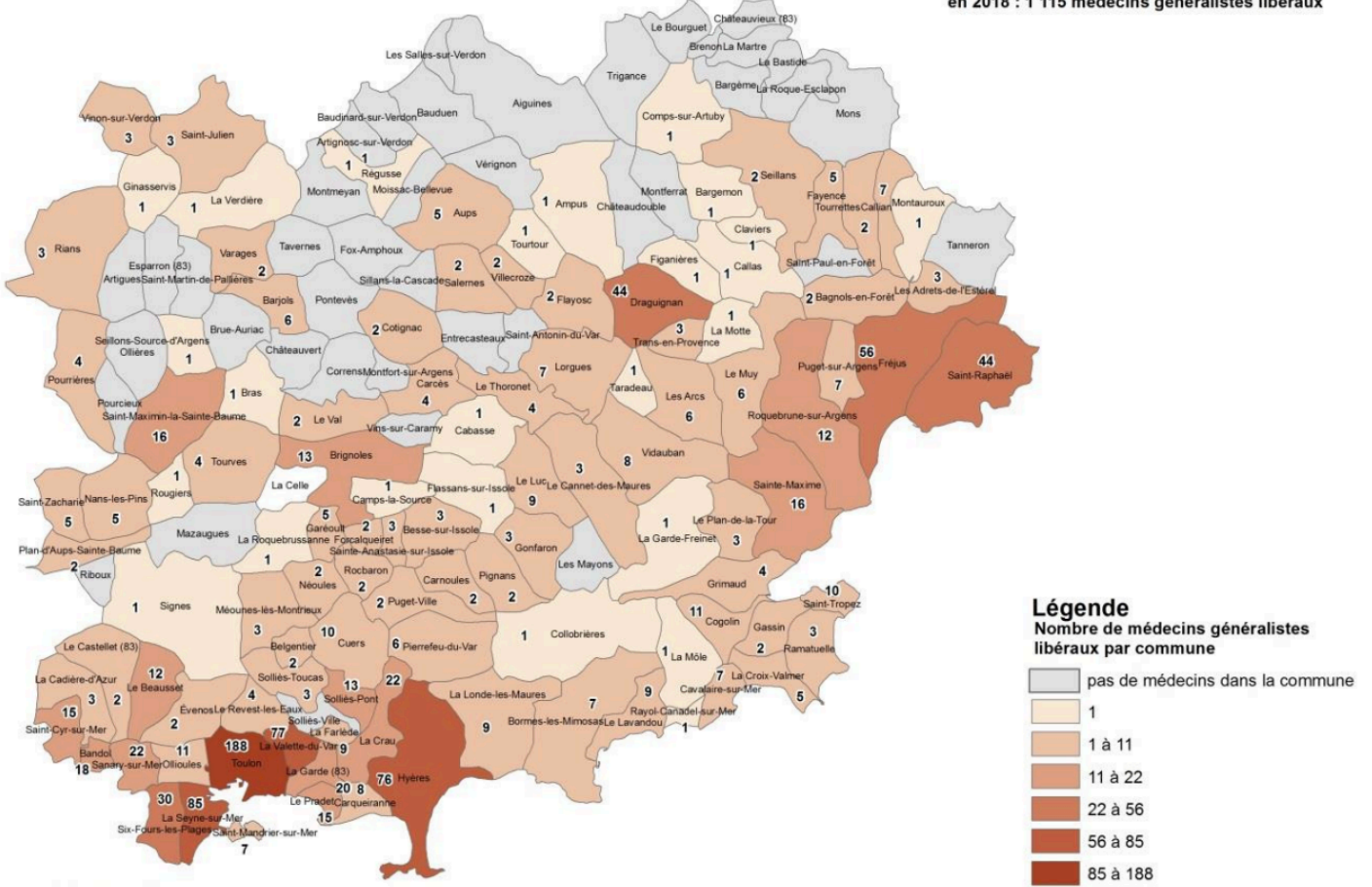
**Exploitabilité des données**

**ANNEXE 4**

CONFÉRENCE DE PRESSE L'accès aux soins de proximité dans le Var 04 AVRIL 2019

**LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX DANS LE VAR**

en 2017 : 1 074 médecins généralistes libéraux  
 en 2018 : 1 115 médecins généralistes libéraux



© IGN-ARS PACA - DD83 - DPRS - Service des Etudes, Enquêtes et Evaluations  
 Source : CTA - Mise à jour mars 2019

# Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

# Résumé

**Introduction :** La France vit depuis plus de 30 ans une « crise des Urgences ». Les services d'Urgences français connaissent une croissance continue de leur nombre de passages d'en moyenne 3.3% par an depuis 1996. D'après un décompte de l'association SAMU-Urgences de France, plus de 130 services d'Urgences étaient en difficulté fin mai 2022 et ont dû limiter leur activité. Le 29 octobre 2021, le Centre Hospitalier de la Dracénie a fermé pour toutes les nuits de 20h30 à 8h30, en dehors des urgences vitales, obstétricales, psychiatriques et de l'accueil des femmes et des enfants victimes de violences. La cause de cette fermeture était un manque de médecins. Depuis la fermeture, les différents acteurs n'ont cessé de chercher des solutions pour que cette fermeture ait « le moins d'impact possible sur la médecine de ville » avec un seul objectif final la réouverture.

**Objectif principal :** explorer les conséquences de la fermeture partielle du service d'Urgences du CH de la DRACÉNIÉ sur la prise en soins médicale d'urgences réelles ou ressenties des patients du secteur de soins.

**Objectifs secondaires :** étudier leur vécu, leur ressenti et les adaptations mises en place depuis cette fermeture, ainsi que les solutions qu'ils envisagent pour pallier cette fermeture.

**Matériel et méthode :**

Étude qualitative basée sur l'analyse d'entretiens individuels semi dirigés auprès de patients ou aidants de patient ayant connu une urgence de soins lors des horaires de fermeture. Le recrutement a été arrêté à saturation des données. En parallèle, une étude a été réalisée par HESPERT Émilie auprès des médecins généralistes du secteur de soins pour comparer en « miroir » nos résultats.

**Résultats :** Dix entretiens ont été réalisés sur les patients du secteur de soins. L'analyse a été réalisée par approche phénoménologique. La fermeture a eu des conséquences sur les urgences relatives ou ressenties qui ont connu un dérangement lié à la réorientation, vis-à-vis de l'accroissement de la distance entre l'hôpital et leur domicile et vis à vis d'un retard de prise en charge de la douleur. Les urgences graves ont pu être prises en charge à Draguignan. Les patients n'avaient pas connaissance de l'existence de la maison médicale de garde ou du service d'accès aux soins du 15. Les patients regrettaient d'avoir recours aux urgences du fait d'un manque de médecins généralistes disponibles. Presque tous étaient en faveur de la réalisation d'un tri en amont des urgences, de favoriser l'éducation des citoyens à la santé et à la création d'un centre de soins non programmés dans leur secteur.

**Discussion :**

Nous avons pu constater dans nos deux études en comparant les données des médecins et des patients que les idées étaient comparables. Les solutions proposées étaient notamment une meilleure coordination ville- hôpital, la création de centres de soins non programmés, un tri préalable avant l'accès aux urgences, l'éducation à la santé.

**Conclusion :**

Une réorganisation du système de soins de premier recours semble indispensable pour un désengorgement efficace des Urgences. Des solutions semblent cependant déjà exister mais nécessiteraient d'être valorisées et diffusées auprès de la population plus efficacement.

**Mots clé :** Urgences, Draguignan, Patients, Fermeture des Urgences, Engorgement, Éducation