



HAL
open science

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

Émilie Hespert

► To cite this version:

Émilie Hespert. Conséquences de la fermeture partielle des urgences du CH de la Dracénié : étude qualitative sur les patients du secteur de soins. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04265766

HAL Id: dumas-04265766

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04265766>

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 MEDECINS GENERALISTES
DU SECTEUR DE SOINS**

Présentée et soutenue le 27/10/2023,

A la faculté de Médecine de Nice

Par **Émilie HESPERT**

Née le 27 janvier 1995, Marseille 8eme arrondissement

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-VANDENBOS

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	Ophtalmologie (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 Traumatologie (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	VANBIERVLIT	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

À MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER JEAN-PAUL

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de présider le jury de notre thèse. Vous nous avez manifesté votre confiance, et c'est avec un profond respect que nous vous exprimons nos remerciements pour l'intérêt porté à ce travail.

AU DOCTEUR, CONTENTI-LIPRAND, JULIE

Merci de nous avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre de notre jury, veuillez recevoir toute notre gratitude et l'expression de notre profonde reconnaissance.

À MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN-LUC FOLACCI

Merci de votre accompagnement pendant ces nombreux GEASP. Merci de votre intérêt pour cette thèse et de participer à notre jury.

À MONSIEUR LE DOCTEUR FADI RAMMAL

Merci de nous avoir accueillies aux urgences de Draguignan et d'avoir pris le temps de nous exposer les difficultés liées à la situation et de votre aide dans notre travail de recherche. Merci de nous faire l'honneur de votre présence à notre jury de thèse.

LE DOCTEUR ROUQUIER FREDERIC

Nous ne vous remercierons jamais assez d'avoir été le directeur de notre travail. Merci pour tout le temps que vous nous avez accordé ainsi que votre attention bienveillante et vos précieux conseils qui auront permis à cette étude de voir le jour.

A TOUS LES MEDECINS PARTICIPANTS A L'ETUDE

Merci de votre participation de votre temps, votre accueil et de votre bienveillance.

A LOULOU : Je suis vraiment ravie d'avoir pu réaliser cette thèse en binôme avec toi. Tu as été la première personne que j'ai rencontrée en ce début d'internat d'où une belle amitié est née. Alors finir nos études par cette thèse avec toi c'est un honneur. Merci pour ta présence et ton soutien surtout au cours de ces derniers mois. Ta grande gentillesse et ton humanisme feront de toi un excellent médecin je n'en doute pas.

A MES PARENTS : Merci pour tout ce que vous avez fait durant toutes ces années. Votre soutien indéfectible. Les corrections des fautes d'orthographe vos conseils et tout votre amour. Et tous ces merveilleux moments de bonheur en famille. Je vous aime.

A mon Frate de frère : Merci à toi de me faire rire à chaque fois. Prend soin de toi.

A mes grands-parents : Merci pour votre amour et votre soutien. Je vous embrasse fort. Je vous aime.

A tonton Fabrice : alias tonton pénible. Je t'embrasse fort et prend soin de toi.

Aux Comarluches : Des gros bisous à tous j'espère que vous viendrez fêter ça.

Aux cousins Meynckens et tata : Des gros bisous à tous et j'espère qu'on fêtera ça aussi.

A la Team ZOUZ : 10 ans d'amitié, d'amour mais surtout de plaisanteries en tous genres, de danses endiablées sur le dancefloor de Christina Cordula. Je suis la dernière à clôturer les thèses de la team alors on va devoir fêter ça dignement. Merci d'être toujours présente à mes côtés depuis tout ce temps.

A Thao : on se retrouve bientôt sur les pistes de ski et de danse. Prends soin de Nico et de Taïna. Merci pour toutes ces années d'amitié sincère

A Lolotte : idem on va skier comme jamais mais hâte aussi de partir à Tahiti ou Hawaï avec toi.

A Roxi : hâte de te rejoindre très prochainement à la Réunion pour découvrir cette magnifique île mais aussi dans tout autre voyage.

A Emma : félicitations à toi et Phil pour ce beau bébé Gabriel, courage pour ses petites dents et à la belle vie de maman qui s'offre à toi.

A Diana : même si la distance et la vie fait qu'on ne se voit pas beaucoup je te félicite pour ton deuxième bébé Patrick Andrei (PA). Profitez bien de votre vie de famille tous les 4 et embrasse Octave, Evy et PA pour moi. Reste comme tu es : pétillante, pleine d'amour et de gentillesse.

A Maria : un plaisir d'avoir pu te rencontrer et d'être devenue mon amie. Je t'attends pour le kite surf. Prends soin de toi et toujours partante pour aller faire un petit tour à Saint Tropez quand tu veux. Saint Raphaël for ever... reste pétillante et pleine de vie.

A Eva : merci d'avoir été présente, j'adore ton tempérament et ta franchise. Profite bien et à bientôt pour ton déménagement sur Fréjus !

A Nina : pour ton sourire et ta bonne humeur, un jour je me mettrai au wake avec toi.

A Guigui : j'adore ton humour et ta gentillesse on se voit bientôt. On se refera si on motive les troupes un super weekend de Chloé. Hâte de repartir sur les danses Flor parisiens.

A Clem et Justin : bon courage pour votre emménagement dans votre bel appartement à Cannes ! Hâte de la crémaillère pour fêter ça.

A Florine : on se voit bientôt pour de nouveau festival et fiesta ou du ski.

A Sarah : je t'embrasse fort ! J'espère qu'un jour tu redescendras dans le sud.

A Barbe garde ton sourire, ta bienveillance et ta générosité de ce fait.

A Julie : je te souhaite plein de bonheur dans ta vie. J'espère qu'on se verra bientôt.

A Gaétan : je t'embrasse, je suis contente que tu t'épanouisses en pharmacie.

A Flo, Yoran, Laura, Hugo et Coralie : même si les événements nous séparent j'estimerai toujours notre amitié et votre bienveillance. Prenez soin de vous et Yoran, Laura prenez soin de Nathan (à quand le deuxième ?).

A Brigitte et Jean Marc : merci de m'avoir accueillie toutes ces années au sein de votre famille, je ne vous oublierai jamais ! Merci pour votre bienveillance. Prenez bien soin de vous et de toute votre famille.

A Benoit pour ces sept années passées ensemble.

A SOS médecins Fréjus : merci pour votre bienveillance et vos conseils je pense avoir beaucoup appris au sein de l'équipe.

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
SNP :	Soins non programmés
URPS :	Union régionale des professionnels de santé
SASPAS :	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
MG :	Médecin généraliste

Sommaire

Introduction	14
Matériel et méthode.....	17
I. Type d'étude.....	17
II. Choix de la méthode.....	17
III. Populations étudiées et recrutement.....	18
IV. Déroulement des entretiens et recueils des données	19
V. Transcription des données	19
VI. Analyses des données	20
VII. Aspects éthiques et réglementaires.....	20
Résultats	21
I. Caractéristiques des entretiens et de l'échantillon	21
II. Résultats qualitatifs	23
III. Conséquences de la fermeture partielle des Urgences du CH de la Dracénie sur la prise en soin des patients	24
IV. Des conséquences révélant des défaillances du système de soin de premier recours.....	28
V. Les solutions envisagées par les médecins pour améliorer le système de soin de premier recours	31
Discussion.....	37
I. Conséquences principales de la fermeture partielle des Urgences.....	37
II. Limites de l'étude	42
III. Forces de l'étude	43
IV. Perspectives	44
Conclusion	46
Références.....	48
Annexes.....	51
Serment d'Hippocrate.....	56
Résumé	57

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 telles que la 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'urgence 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 services 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 médecins libéraux d'une part et sur les patients du secteur de soin d'autre part.

L'étude qualitative sur les patients a été réalisée par LAFONT LOUISE.

L'objectif principal de cette étude est d'étudier les conséquences de la fermeture partielle du service d'urgences du CH de la DRACÉNIE sur les médecins généralistes en ville du secteur de soins.

Les objectifs secondaires de ce travail étaient d'explorer leur vécu, leur ressenti et les adaptations mises en place depuis cette fermeture ainsi que les solutions entrevues pour pallier cette fermeture.

Matériel et méthode

I. Type d'étude

Ce travail est une étude de recherche qualitative par approche phénoménologique. Des entretiens individuels semi dirigés ont été réalisés sur des médecin généralistes travaillant en ville.

II. 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.

L'objectif principal de ce travail est d'explorer les vécus et les adaptations suite à la fermeture partielle des urgences de Draguignan concernant la prise en soin médical des urgences réelles ou ressenties en médecine de ville par les médecins du secteur de Draguignan.

Dans l'approche phénoménologique interprétative, les entretiens individuels sont la méthode la plus adaptée afin de permettre aux médecins 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 pour autant perdre de vue l'objectif principal.

III. Populations étudiées 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.^[1]_{SÉP}

Concernant les médecins les critères d'inclusion étaient :

- Médecins généralistes, libéraux ou salariés, installés ou remplaçants, exerçant sur le territoire de l'agglomération de Draguignan (secteur délimité précédemment).
- Dans des lieux d'exercice suivants : Cabinet libéral, Maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé de soins primaires, maisons médicales de garde ou structure de soins non programmés.

Les critères de nos inclusions étaient :

- Les médecins généralistes à mode d'exercice particulier exclusif,
- Les étudiants en médecine en stage (niveau 1 ou SASPAS)
- Les médecins spécialistes non généralistes,
- Les médecins généralistes n'exerçant plus la médecine générale,
- Les médecins urgentistes de l'hôpital de Draguignan.

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

Les médecins généralistes ont été recrutés par téléphone et/ou par l'intermédiaire de leur secrétariat. Nous avons contacté la CPTS du secteur et laissé des affiches avec nos coordonnées. Nous nous étions présentées à plusieurs cabinets directement.

IV. Déroulement des entretiens et recueils 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 des 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'interrogerai un médecin, LAFONT LOUISE, qui a réalisé l'étude sur les patients, en sera l'observatrice.

Le guide d'entretien (Annexe numéro 1) m'a permis de garder en vue l'objectif principal. Il a été réalisé avec des questions ouvertes mais également des questions de relance afin de ne pas s'éloigner de l'objectif. Il a évolué au cours de l'étude selon la pertinence des questions posées, les nouvelles idées, et les questions posées aux médecins libéraux ainsi qu'aux patients.

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 audios ont été stockés sur un ordinateur et détruits après retranscription. Les retranscriptions écrites sous la forme d'un transcrit de verbatim ont été transférées dans le lieu d'archivage sécurisé dans le département de médecine générale de Nice.

V. Transcription des données

Les enregistrements audios 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 audios 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).

VI. Analyses des données

L'analyse qualitative a été réalisée à l'aide du logiciel N Vivo. L'analyse a été réalisée par la méthode interprétative phénoménologique. Après chaque retranscription, une première analyse a été réalisée afin de coder les verbatims et de ressortir les différents thèmes et sous thèmes des idées développées par les participants. Les thèmes et sous thèmes sont ressortis d'une analyse par approche inductive mais aussi déductive. Des nœuds et sous nœuds ont ensuite été constitués à partir des thèmes et sous thèmes dans lesquels ont été classés les verbatims lors du premier codage.

La dernière analyse a permis le classement des différents nœuds et sous nœuds créés lors du premier codage. Elle 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.

VII. 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 leurs données. La signature d'un consentement leur a été demandée 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 5 ans ainsi que leur ancienneté d'installation sur le secteur de soin et leur début d'exercice de la médecine générale avec des intervalles de 5 ans. Il n'a pas été fait mention de leur lieu d'exercice exact mais de leur distance par rapport à l'hôpital de Draguignan dans un intervalle kilométrique de 5 à 10 kilomètres.

C. Autorisations réglementaires

Cette étude a recueilli l'avis favorable du comité d'éthique de Nice (avis N°23-012) 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

Au total, dix entretiens ont été réalisés. Ils ont eu lieu soit au cabinet des médecins soit par visioconférence, selon la volonté des participants. La durée moyenne des entretiens était de 38 minutes, pour un minimum de 17 minutes et un maximum de 60 minutes.

La saturation des données a été atteinte au cours du 8ème entretien et a été confirmée par le 9ème et 10ème entretien. Aucun des participants n'a retiré son consentement au cours de l'étude.

Nous avons eu 4 participants de sexe masculin et 6 de sexe féminin. Le cabinet se le plus éloigné se situait entre 20 et 25 kilomètres de l'hôpital de Draguignan.

Quatre des médecins exercent en cabinet libéral seuls les autres exercent en cabinet libéral de groupe. Tous les médecins interrogés exercent une activité libérale. Nous n'avons malheureusement pas pu interroger de médecins salariés dans une MSP (maison de santé pluri-professionnelle) par exemple. La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 52,5 ans.

Tableau. Critères de la population étudiée

	Age	Sexe	Lieu d'exercice	Installation Sur le secteur de Draguignan	Nombre d'années d'exercices	Organisation du cabinet	Plages de consultation sans rendez-vous	Participe-t-il à la PDSA	Durée entretien
M1	30-35 ans	F	< 5 km de l'hôpital	< 5 ans	5 - 10 ans	Cabinet de groupe	Oui	Non	25 min
M2	35- 40 ans	H	< 5 km de l'hôpital	10 - 15 ans	5 - 10 ans	Cabinet de groupe	Oui	Non	35 min
M3	60-65 ans	F	20 - 25 km de l'hôpital	20 -25 ans	25- 30 ans	Cabinet seule	Non	Non (Avant oui)	60min
M4	30 -35 ans	F	5 - 10 km de l'hôpital sur 2 cabinets réguliers	Remplacement régulier sur 2 cabinets	Moins de 5 ans	Cabinet de groupe	Non mais créneaux d'urgences	Non	17 min
M5	55-60	F	5 - 10 km de l'hôpital	20 -25 ans	25 -30 ans	Cabinet de groupe	Oui	Non (avant oui)	48 min
M6	60-65 ans	H	< 5km de l'hôpital	30 -35 ans	30 -35ans	Cabinet de groupe	Non mais prend entre 2 si besoin	Non (avant oui)	48 min
M7	60-65 ans	F	< 5km de l'hôpital	20-25 ans	30-35 ans	Cabinet seule	Non mais prend en urgences	Non (avant oui)	60 min
M8	50-55 ans	H	1 cabinet 15 - 20 km 1 cabinet 5 - 10 km de l'hôpital	5 -10ans	20-25 ans	Cabinet de groupe	Non mais prend en urgence	Oui AMLH	17 min
M9	60-65 ans	H	10 et 15 km de l'hôpital	Plus de 35 ans	Plus de 35 ans	Cabinet seule	Oui	Non (avant oui)	42 min
M10	60-65 ans	F	15 et 20 km de l'hôpital	30 et 35 ans	30 - 35 ans	Cabinet seule	Oui	Non (avant oui)	23 min

II. Résultats qualitatifs



III. Conséquences de la fermeture partielle des Urgences du CH de la Dracénie sur la prise en soin des patients

A. Difficultés d'orientation des patients vers un service d'Urgences

a) *Redirection vers les Urgences de secteurs adjacents*

Une des premières conséquences de la fermeture partielle des Urgences du CH de la Dracénie fut la difficulté à orienter les patients en urgence sur les horaires de fermeture. Trois des médecins interrogés expliquaient avoir dû rediriger leurs patients vers un autre hôpital.

M4 : *« J'ai eu un cas à 17h une détresse respiratoire 85% de saturation suspicion d'embolie pulmonaire avec tous les critères. Je les ai appelés pour leur dire que j'envoyais la dame qui a préféré venir par ses propres moyens. Une fois que la dame était bien en route on m'a répondu « bah non il est 17h00 on ferme dans 1h envoyez là à Fréjus ».*

M2 : *« C'était une angiocholite avec suspicion de pancréatite chez une patiente de 80 ans coronarienne et donc j'ai eu le bilan à 21h00 il y avait des enzymes hépatiques plus de mille. Donc j'ai contacté le SAMU du coup pour essayer de faire prendre en charge la patiente vu le risque et vu l'âge aussi pour qu'elle soit prise en charge à Draguignan malgré l'heure et finalement ben non. Le médecin du SAMU m'a répondu qu'à Draguignan n'y avait plus rien qu'il fallait aller à Fréjus ».*

Ces difficultés de prise en charge avec une perte de temps pour le patient font émerger pour les médecins concernés un sentiment de colère contre la situation actuelle.

M3 : *« Oui ça m'a énervé. Il y a des choses graves, il y a des choses urgentes ou pas urgentes mais là pour moi c'était une urgence ».*

M2 : *« De la colère pour que j'en arrive à me battre pour faire prendre en charge des patients comme ça oui ça me met en colère d'accord. En colère contre la situation ... ce qu'on fait subir au patient en fait ».*

M4 : *« Franchement de la colère. C'est comme si moi je finissais à 17h et qu'à 16h je disais au patient de ne plus venir pour finir à l'heure... vraiment que de la colère chez moi sur le coup j'étais énervé c'est pénible en fait de gérer ça ».*

b) *Un appauvrissement de la médecine de proximité*

Les médecins déplorent la fermeture partielle des urgences comme la perte d'une médecine de proximité. Cette situation oblige les patients à faire de nombreux kilomètres pour se faire soigner.

M7 : *« Moi ça me gêne de demander au patient de faire beaucoup plus de distance pour aller se faire soigner. Ça me gêne qu'il n'y ait pas une médecine de proximité ».*

M9 : *« Les patients ils prennent l'habitude de consulter de plus en plus loin, pour certains déjà Draguignan c'était loin ».*

B. Conséquences de la fermeture partielle sur la qualité des soins

a) *Un impact relatif du fait de l'ouverture des Urgences en journée et de la présence du SAMU :*

La plupart des médecins interrogés exerçant pendant les heures d'ouverture n'ont pas eu beaucoup de difficultés à faire prendre en charge leurs patients.

M10 : « *Un insuffisant respiratoire en décompensation en hypercapnie avec désorientation mais c'était en journée un vendredi. Donc j'ai géré ça longuement avec appel des différents services appel du SAMU ... mais j'ai pu le rediriger sur l'hôpital de Draguignan* ».

M9 : « *Je ne me suis pas retrouvé devant une impossibilité pour faire prendre les patients en charge. Car de toute façon il y a un accès par le 15 pour les urgences réelles* ».

b) *Un accueil aux Urgences toujours effectif pour les urgences vitales :*

Malgré leur fermeture, les Urgences continuent d'accueillir les urgences vitales même sur les horaires de fermeture.

M8 : « *Les Urgences de l'autre côté sont toujours ok pour accepter des patients à caractère urgent. Il n'y a jamais eu de refus même sur les horaires de fermeture* ».

M5 : « *Un petit garçon vers 20h30 qui avait une bronchiolite ici au cabinet, je consulte tard jusqu'à 21h/ 21h30 ...j'ai quand même appelé l'hôpital j'ai pu avoir la pédiatre d'astreinte qu'il l'a pris quand même* ».

C. Un renoncement aux soins par les patients

Les médecins expliquaient que leurs patients déploraient la fermeture des Urgences et ressentaient un sentiment d'abandon et de désorientation.

M9 : « *Ils sont un peu perdus mais bon ils en font leur affaire ils n'ont pas le choix donc bien sûr ils râlent !* ».

M7 : « *ils se sentent abandonnés ils ont le sentiment que c'est une perte de ne pas avoir un d'avoir des urgences fermées même s'ils en ont pas eu la nécessité* ».

Un des médecins évoque le renoncement aux soins des patients et un retard dans la prise en charge de pathologies.

M5 : « *Quant à la difficulté effectivement c'est plus de l'ordre du renoncement aux soins les patients renoncent à aller aux urgences ils attendent de voir le généraliste ... Il y a un impact dans des pathologies peut-être un petit peu plus évolué au niveau infectieux qu'avant.* »

D. Un retentissement relatif sur la charge de travail des médecins généralistes libéraux

1. *Des horaires impactés pour la moitié des médecins*

La moitié des médecins généralistes interrogé a pu constater une charge de travail plus importante avec notamment des consultations supplémentaires.

M10 : « *J'ai de grosses disponibilités sur les plages de sans rendez-vous et justement les consultations libres sans rendez-vous elles sont plus pleines que d'habitude là c'est hyper chargé ça déborde largement des horaires prévus au départ* ».

M8 : « *Le mercredi je commence à 12h30 et je vais maintenant actuellement jusqu'à quasiment 20 h* ».

D'autres constatent cette charge supplémentaire mais aurait été peu influencés sur leurs horaires de travail ou sur leur organisation.

M9 : « *Je n'ai pas changé mes horaires ça reste anecdotique, j'ai quelques consultations de plus mais cela n'a pas chamboulé mon exercice* ».

2. *Une augmentation des demandes de consultation sans rendez-vous.*

Six des médecins interrogés ont constaté une augmentation des demandes de consultation sans rendez-vous.

M1 : « *En créneau de sans rendez-vous dans la journée on a quasiment 60 patients absorbés par jour juste en sans rendez-vous en étant 3 par jours sur 5 médecins* ».

M4 : « *Un petit peu plus de créneaux d'urgences je dirais car j'étais à 7 ou 8 par jour maintenant on est plus à 10 d'office sinon on ne gère pas* ».

Les médecins acceptent plus souvent des patients entre deux rendez-vous de consultations pour répondre cette demande supplémentaires.

M7 : « *Oui je me suis dit plus de patients qui viennent comme ça même que ça me gonflait mais oui plus de patients qui viennent comme ça* ».

M8 : « *Bah des créneaux on en a plus ... mais on les accepte on les prend entre 2 on accepte de faire un effort* ».

3. Des médecins généralistes qui gèrent la plupart des urgences de leur patientèle

Les médecins généralistes de la région comprennent l'importance de gérer et de prendre en charge leurs patients « en urgence ». Ils s'organisent pour pouvoir les recevoir et les traiter au mieux leur évitant un passage aux Urgences. Cependant pour la majorité, ils effectuaient déjà ce travail bien avant la fermeture des Urgences. Cette tendance a été renforcée depuis la fermeture.

M6 : « *Je prends mes patients toutes les demi-heures donc si jamais quelqu'un vient en plus une urgence, s'il y a 4 urgences qui viennent dans la journée je les vois* ».

M4 : « *Je trouve qu'on aide déjà pas mal avec les créneaux d'urgences si tout le monde joue le jeu et je trouve que dans le coin tout le monde joue le jeu je ne vois pas ce qu'on peut faire de plus.* »

E. Le recours aux confrères spécialistes

La fermeture des Urgences a obligé les médecins généralistes à recourir plus souvent aux conseils de leurs confrères spécialistes.

M4 : « *Oui du coup c'est vrai que je vais plus souvent les appeler pour éviter de passer par les urgences dans ces cas-là la polyclinique de Draguignan j'ai pas mal de contacts. L'hôpital j'appelle moins parce que je les connais moins* ».

M3 : « *Oui peut-être plus peut-être plus et surtout les cardiologues les autres spécialistes c'est moins fréquent* ».

Ces demandes d'avis sont plus complexes à obtenir pour certains médecins ce qui met en avant des difficultés à joindre les confrères en urgence.

M9 : « *Je ne peux pas les joindre, enfin j'ai du mal à les joindre* ».

Cependant pour six des dix médecins, la fermeture des urgences n'a pas changé leur pratique concernant la sollicitation de leurs confrères spécialistes car ils le faisaient déjà auparavant.

M10 : « *Non parce que je le faisais déjà auparavant je n'envoyais pas aux urgences pour un avis* ».

M8 : « *Oui régulièrement comme tout le temps ...j'ai mon réseau de spécialistes dans lequel je peux avoir confiance en termes de rapidité de rendez-vous* ».

IV. Des conséquences révélant des défaillances du système de soin de premier recours

A. Une difficulté grandissante d'accès aux soins

Les médecins constatent que la complexité d'accès aux soins n'est pas seulement liée à la difficulté d'accès aux Urgences.

M5 : « Il n'y a pas que les Urgences en faites Urgences se rajoutent au moment où l'accès aux soins devient extrêmement difficile quelque que soit l'aspect ».

Plusieurs médecins expriment leurs difficultés pour obtenir un examen complémentaire ou bien des difficultés d'accès aux spécialistes.

M5 : « Quand on demande une IRM pour un patient et que c'est un peu urgent bah on leur dit aller à Monaco ou Gassin ou Brignoles. Est-ce que c'est du raisonnable quand on dit aux gens qui ont des problèmes dermatologiques de commencer peut-être par une téléconsultation vous aurez peut-être un médecin à l'autre bout de la France pour un premier avis. »

M9 : « Moi pendant 20, 25 ans j'ai eu plus de moyens plus de possibilités ; le scanner commençait mais on avait un scanner facilement ! Après y a eu l'IRM l'informatique qui a été un progrès et là depuis 10 ans on vous dit « bah on n'a pas, ça y a pas, ça y a plus de doliprane, y a plus d'amoxicilline ! Vous n'avez plus de confrère au téléphone, y a plus moyen d'avoir une échographie doppler veineuse dans la journée et donc plus ça va et moins j'ai de moyens ».

Ces difficultés d'accès aux soins sont la conséquence d'un manque de médecins sur le territoire.

M5 : « L'accès aux soins des urgences dénote le manque de médecins et l'accès aux soins général dénote du manque de médecins également. »

B. Engorgement des Urgences par des « non-urgences »

Pour la majorité des médecins interrogés, les Urgences sont engorgées par des patients présentant des pathologies bénignes qui pourraient être prises en charge par la médecine de ville.

M6 : « Actuellement dans les urgences on regarde les motifs et 3/4 ils n'ont quand même rien à faire là bon et quand même au milieu de tout ça de temps en temps il y a des vraies urgences une appendicite, il y a une fracture de jambe. »

Quatre des médecins interrogés évoquent le fait que les Urgences soient saturées par des demandes de consultation abusives.

M8 : « *Les gens qui ne viennent pour rien les gens qui arrivent 20h 21h 22h le dimanche soir hein c'est souvent pour essayer d'avoir un arrêt de travail pour le lundi sans cause évidente* ».

Pour trois des médecins interrogés, la gratuité de l'accès aux urgences est une des raisons de l'engorgement.

M6 : « *Moi je pense que les urgences sont emboucanées par des gens qui n'ont rien à y faire et qui pensent que c'est gratuit. Parce que le principal motif de consultation c'est la gratuité des soins* ».

Le fait de ne pas avancer les frais médicaux attire les patients qui préfèrent attendre aux Urgences plutôt que de consulter en médecine de ville.

M8 : « *Le nerf de la guerre c'est l'argent donc tant qu'on ne fera pas un peu payer un minimum aux gens qui se présentent aux urgences les gens abuseront* ».

M7 : « *Il y a des gens qui vont aller aux urgences aussi parce qu'il y a le tiers payant.* »

C. Des démarches administratives pénibles et chronophages

Cinq des médecins déplorent la charge administrative qui pèse sur leur travail.

M9 : « *Donc je dois leur demander leur prénom, le 2ème prénom, nom de naissance la ville de naissance.... Enfin en résumé l'administratif ça prend du temps c'est toxique ça devient toxique* ».

M3 : « *Mon boulot c'est plutôt de l'administratif, des choses plus compliquées, des patients de plus en plus lourds, les choses qui sont de plus en plus lourdes administrativement parlant ... faire aussi des papiers à remplir* ».

Les médecins interrogés aimeraient être délestés de ce temps administratif pour leur permettre d'avoir plus de temps médical à disposition.

M5 : « *Si on me laisse disposer de plus de temps en enlevant certaines tâches administratives absolument inutiles comme les certificats médicaux strictement inutiles... Des certificats médicaux qui prennent à chaque fois un créneau horaire* ».

D. Une rémunération insuffisante pour le travail investi

Les médecins généralistes rapportent également leur mécontentement concernant une charge de travail toujours plus importante mais un système de rémunération qui n'évolue pas.

M2 : « *Jeune médecin installée mais déjà blasée. Parce qu'on nous prend pour des idiots, on veut toujours plus de nous, les gardes, aider à droite à gauche comme si on n'en faisait pas assez et toujours pour des consultations à 25,00€* ».

M5 : « *il faut aussi qu'ils arrêtent de prendre les médecins pour des « vaches à lait » !*

Ce manque de rémunération dénote pour certains médecins généralistes un manque de reconnaissance de leur travail et de l'investissement qu'ils engagent pour leurs patients.

M7 : « *Il n'y a pas assez de reconnaissance, ils te le disent mais ils ne font rien ils le disent pour faire du buzz et après ils vous disent on va vous valoriser vous allez obtenir 1,50€* ».

M6 : « *Le problème c'est la non-reconnaissance quand vous faites votre travail mais ce n'est pas que pour moi c'est pour tout le monde !* ».

IV. Les solutions envisagées par les médecins pour améliorer le système de soin de premier recours

A. Une communication ville hôpital qui doit être améliorée

1. *Une confraternité entre médecins généralistes et urgentistes*

Les médecins généralistes connaissent et comprennent les difficultés que peuvent rencontrer leurs confrères urgentistes. La confraternité est centrale pour prendre en charge les patients d'où la nécessité d'une bonne entente entre la médecine de ville et les Urgences.

M7 : « On a conscience qu'il y a une souffrance aux Urgences, on n'a pas envie de plomber les collègues enfin ce sont des confrères. En tout cas ça a toujours été mon attitude de travailler en en bonne confraternité ».

M9 : « Je me mets à la place des urgentistes aussi quand ils reçoivent des trucs qui ne sont pas de leur ressort au bout d'un moment ils en ont marre, ils perdent leurs compétences ! Ils sont fatigués quand ils ont vu 50 patients ».

B. Aider les médecins généralistes à prendre en charge les urgences

Deux des médecins interrogés souhaiteraient s'investir davantage dans la prise en charge des urgences de leurs patients mais à condition que le système soit revalorisé :

M9 : « Par exemple moi je fais des sutures il faut fournir le matériel etcetera et en plus quand vous faites des sutures l'assurance professionnelle est majorée et donc ça devient économiquement ingérable ».

M7 : « On m'a vite expliqué que bon faire des sutures on perdait du temps que ce n'était pas tellement payé et que on avait plus intérêt à passer trois patients plutôt que de faire une suture ».

D'autres médecins évoquent la téléconsultation comme une aide pour désengorger les urgences.

M9 : « Il y a pas mal de téléconsultations qui se sont faites dans ce cadre-là donc il y a une partie des consultations qui n'étaient pas justifiées notamment pour la population jeune qui n'a pas pu me joindre ou ne pouvait pas aller aux urgences. Alors ils ont fait une téléconsultation ».

Cela serait un bénéfice notable pour les patients dans l'impossibilité de se déplacer.

M3 : « Oui bien sur pourquoi pas une téléconsultation mais quand c'est vraiment légitime quoi... Quand les gens sont vraiment embêtés s'ils ne peuvent pas vraiment pas venir ou parce que moi je ne peux pas aller les voir à la maison dans ces cas-là bien sûr mais pas de la télé consultations comme ça hors des heures ouvrables non ».

C. L'AMLH (Activité de médecine générale hospitalière)

L'AMLH serait une solution envisageable et intéressante pour désengorger les urgences selon la majorité des médecins interrogés. L'accès au plateau technique de l'hôpital en fait un atout majeur.

M8 : « J'ai fait de nombreuses de vacations en fait c'est relativement bien organisé ...on a quand même les moyens nécessaires et suffisants pour traiter le patient ».

Une activité attractive pour de jeunes médecins notamment grâce à la défiscalisation des gardes.

M8 : « Les jeunes qui font les l'AMLH actuellement ils sont passés ils ne sont pas installés mais ils viennent faire des gardes car elles sont défiscalisées ».

Si ce système attire certains médecins, notamment les jeunes, ce n'est pas le cas pour les médecins déjà installés ou plus âgés.

M10 : « Non maintenant c'est plus possible non c'est physiquement et psychiquement je suis plus capable je pourrais plus tenir ».

M3 : « Pour moi ça suffit comme ça. Donc des consultations ou des gardes ou l'AMLH non ».

D. Centre de soins non programmés en dehors de l'hôpital

Pour six des médecins interrogés établir un centre de soins non programmés à proximité des Urgences et de l'Hôpital serait une solution à la saturation des urgences :

M2 : « Ce qu'il faut développer c'est une consultation de soins non programmés en journée qui fasse le lien de la nuit avec la PDSA ! Donc un centre de soins non programmés à côté des Urgences à condition donc ça c'était un peu la discussion mais il faut qu'ils acceptent il faut qu'il y ait accès aux plateaux techniques et les relations privilégiées avec l'Hôpital pour que ça fonctionne bien ».

M6 : « Donc ils peuvent très bien créer un centre dans lequel il y a une consultation de médecine générale avancée sur laquelle les gens iront s'ils veulent et là dans ce cas-là ils vont les déboucher les Urgences ».

Pour d'autres, il vaudrait mieux que ces centres soient plus éloignés des Urgences pour changer les mentalités et les habitudes de consommation de soins des patients.

M7 : « Un système de permanence des soins et je pense qu'il faudrait qu'il soit dissocié de l'hôpital parce que si on fait un système de permanence à côté des urgences ils ont le sentiment d'aller aux urgences ça ne change rien dans les mentalités. »

Ces centres seraient un atout pour provoquer l'installation de jeunes médecins généralistes sur le territoire.

M2 : « Proposer un centre de soins non programmés sur l'Hôpital avec un modèle de fonctionnement qui conviendrait plus à des jeunes générations c'est à dire un plateau technique un confort d'exercice du dynamisme et des relations avec l'Hôpital ».

Une autre possibilité serait un centre de consultations de médecine générale à l'Hôpital. Une partie des médecins approuverait ce système et pense que ce serait une bonne solution à la saturation des urgences.

M7 : « Après tout plutôt que de dépenser ça et là...Alors que vous, pour ramener un médecin généraliste vous lui dites de faire une consultation de médecine générale hôpital et puis voilà ».

Mais d'autres pensent qu'il s'agirait d'une concurrence déloyale à la médecine libérale

M8 : « Moi je suis tout à fait contre parce que c'est pareil c'est encore une concurrence déloyale ça. »

E. Un tri préalable

Deux des médecins interrogés envisagent la possibilité de réaliser un tri d'amont et de n'envoyer que les patients nécessitant des soins rapides aux urgences.

M7 : « Il faudrait peut-être un pré- tri par des professionnels de santé ce serait ça ma solution : un dispensaire animé par des jeunes médecins [...] ce qui est grave on l'envoie réellement aux Urgences ce serait un tri par des initiés ».

Un des médecins souhaiterait que les patients qu'il dirige aux urgences soient pris en charge en priorité.

M6 : « Donc quand le médecin généraliste envoie un patient il me semble que le tri est déjà fait. [...] Donc priorité aux patients qu'on a déjà vu et trié. Et le tri est déjà fait. »

F. Le SAS (service d'accès aux soins) un système prometteur

Le Sas semble prometteur et intéressant pour certains médecins afin de recevoir les patients en urgence redirigés par le 15 ou par la CPTS.

M1 : « Mais après oui nous on fonctionne avec le SAS. Pour les demandes de SAS on reçoit. C'est la CTS qui nous transmettent une demande ».

M2 : « On a mis à disposition le planning en accessible en ligne et après son accès on accepte des patients en supplément. On a fixé pour limite à un par jour par praticien donc ça fait 4 à 5 par jour et si on a la place on pourrait éventuellement en prendre plus ! ».

D'autres médecins seraient d'ailleurs prêts à rejoindre le système.

*M10 : « Si on vous adressait des patients via le SAS vous accepteriez de les prendre ?
« Oui je les prends comme je prends tout le monde ! ».*

Mais c'est un système qui nécessite encore quelques ajustements pour pouvoir être pleinement efficace notamment avec une éducation des patients.

M1 : « Parce que bon là avec le SAS en a quand même des « joyeuseries » c'est-à-dire des demandes de SAS qui ne sont pas très adaptées c'est rigolo. Déjà on est pas mal à les accepter et ils ne viennent pas même si on le fixe un créneau dans les 2h après leur appel ».

M2 : « En fait sans éducation du patient déjà on n'arrivera pas à faire tenir le système de façon générale et encore moins le système de SAS ».

Trois des médecins ne semblent pas emballés par le projet ou sont trop débordés pour recevoir ces patients supplémentaires.

M3 : « Non mais enfin je n'ai pas envie parce que je n'ai pas envie. Moi j'ai beaucoup de consultations je n'ai pas envie d'en rajouter ».

M6 : « J'ai déjà assez de patients comme ça et je suis déjà débordée avec les miens je ne vais pas commencer à m'occuper de ceux des autres ».

La majorité des médecins inscrits rapportent avoir très peu de consultations par ce système ou des patients qui ne se présentent pas.

M8 : « Très peu très peu là actuellement ça commence se faire depuis l'obligation avec la CPTS [...] sur les 6 mois j'en ai peut-être eu 2 ou 3 c'est très rare ».

M9 : « Oui oui je suis inscrit j'ai une petite plage horaire je crois que j'ai été appelé dans ce cadre-là une fois et le patient n'est jamais venu ».

G. Les hospitalisations directes une solution à l'engorgement ?

La plupart des médecins essayent de faire hospitaliser directement leurs patients dans les différents services quand c'est possible.

M1 : « Je veux le faire hospitaliser après donc au maximum j'essaie quand même de faire plutôt des hospitalisations directes en joignant directement les médecins des services ».

Parfois la prise en charge est simple et rapide facilitée par la connaissance entre confrères.

M5 : « On a tous les numéros des spécialistes à l'hôpital tous les numéros directs et ça m'arrive pour faire hospitaliser un patient de passer directement par le service ».

M6 : « Il y a des braves types vous leur téléphonez et ils vous prennent le patient s'ils ont de la place où on s'arrange pour trouver une solution pour pouvoir le faire ».

Mais d'autres médecins rapportent leurs difficultés à réaliser des hospitalisations directes dans les services.

M3 : « *Je ne fais pas vraiment d'hospitalisation directe, quasiment que des passages aux urgences parce que ça marche jamais ça !* ».

M2 : « *On a beaucoup de mal à faire les admissions direct c'est difficile* ».

M9 : « *A peu près un tiers passe directement en service et le reste ça passe par les Urgences* ».

H. Le rejet de la reprise des gardes de canton :

Quasiment à l'unanimité les médecins ne souhaitent pas voir le retour des gardes de médecine générale (anciennement appelées les gardes de cantons). La raison principale est le nombre très important d'appels abusifs. Les médecins plus âgés, qui ont connu le système, ne souhaitent pas le voir se rétablir et les plus jeunes n'ont pas envie d'effectuer des gardes la nuit ou le weekend.

M1 : « *En fait moi je ne vois pas vraiment de motif qui nécessite un déplacement à 1h du matin. Ou alors soit c'est réellement une urgence il y a besoin du SAMU* ».

M4 : « *Ah je serais capable de partir, je travaille 5 jours par semaines j'ai une vie de famille.... Ça la reprise des gardes, il y a de quoi dégoûter les médecins de villes* ».

M2 : « *Aller faire des renouvellements d'ordonnances à 03h00 du matin non j'ai plus envie* ».

Les médecins plus âgés rapportent le nombre important d'appels injustifiés concernant ces gardes nocturnes :

M7 : « *Quand j'ai commencé les gens ils exigeaient que le médecin soit à leur disposition c'était un classique, la nuit on m'appelle parce que on avait des angoisses* ».

L'autre problématique évoquée à ces gardes est l'absence de médecin le lendemain pour s'occuper du cabinet médical.

M2 : « *Si on est en garde la nuit qui assure la consultation au cabinet le lendemain ?* ».

Un autre problème est le vieillissement de plus en plus important de la population de médecins généralistes sur le secteur qui se sentent incapables de faire de la PDSA.

M3 : « *J'ai laissé tomber ça et en vieillissant en arrivant à plus de 60 ans je n'ai absolument pas envie de me recoltiner des gardes* ».

M7 : « *Je fatigue après 55 ans, je me suis dit ça suffit j'ai envie de rester chez moi le soir.* »

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. Difficulté 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 charge des soins. Pour tous ces difficultés engendrent un sentiment général d'énerverment 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 renonçant 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 la 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-effectif » 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 de très nombreux 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 programmé s’il y en avait un de disponible dans leur secteur et sont tous favorables 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 “dérégulation du système de soins” (21). Cependant pour d’autres, ils peuvent être 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 de la population à la santé. Pour eux, ce manque d’information a pour conséquence une augmentation du recours aux Services d’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 la saturation 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'observateur et investigateur, 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, bien que les entretiens patients et médecins n'étaient pas identiques car ils étaient adaptés pour chaque population.

Dans mon étude sur les médecins il existe un biais de sélection car des médecins qui étaient facilement joignables par appel téléphonique ou Email avec une réponse positive et une date d'entretien rapide ont été favorisés. La majorité des médecins interrogés était à moins de 15 km de l'hôpital de Draguignan seul 3 étaient à plus de 15 km, nous n'avons pas pu recueillir les entretiens des médecins plus éloignés dans le haut Var.

Mon étude comporte un biais de désirabilité, en effet les médecins se sentant plus investis dans la prise en charge des urgences et intéressés par le sujet ont eu tendance à répondre plus rapidement pour participer à l'étude.

Enfin cette étude présente un biais de mémorisation, en effet il s'est écoulé plus de 2 ans depuis le début de la fermeture et le début de notre étude, il est possible que certains des médecins ne se souviennent pas d'événement particulier.

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'études 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, ont permis 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.

Dans mon étude, la démographie médicale actuelle du secteur est représentée avec une majorité de médecins-femmes et de médecins de plus de 55 ans, cabinet de groupe, exercice en remplacement, participant à l'AMLH. Nous avons interrogé 10 médecins sur un secteur qui en comporte 60 cela fait un nombre assez conséquent pour une étude qualitative (16%).

IV. Perspectives

Nos études n'ont pas, heureusement, montré de conséquences de la fermeture des Urgences de Draguignan sur les Urgences Vitales. Une étude sur la morbi-mortalité plus étendue permettrait de connaître l'impact réel de cette fermeture sur les prises en charge des urgences vitales. Nos recherches ont montré que la fermeture a eu plus d'impact sur les urgences relatives qui ont été réorientées 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 et 3)

Nos études ont également suggéré que favoriser l'éducation des citoyens à la santé permettrait de désaturer 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 comme la fièvre chez l'enfant, la rhino-pharyngite 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 pourraient 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 s'impliquer davantage dans la prise en charge des urgences en ville. Pour cela, il faudrait faciliter 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. Celle-ci pourrait permettre une diminution de 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 d'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 soin a permis de mieux appréhender les difficultés rencontrées et leurs ressentis depuis la fermeture.

Dans mon étude les médecins libéraux décrivent avoir eu un léger accroissement de leur activité. Un sentiment de colère émerge face à la situation et au manque de reconnaissance des efforts qu'ils fournissent au quotidien pour prendre les urgences de leurs patients. Ils ont le sentiment de ne pas pouvoir en faire d'avantage et réclament une revalorisation de leur activité. Tous déplorent le manque de médecins sur le territoire que ce soit de médecin généraliste, de spécialiste ou d'urgentiste qui rappelons-le est la cause principale de la fermeture des urgences.

A travers ce manque de médecins, ils déplorent un accès aux soins qui devient de plus en plus complexe pour les patients. Ils sont majoritairement favorables aux structures de soins non programmés, en revanche refusent la reprise des gardes de médecine générale en raison d'un trop grand nombre d'appels injustifiés et de l'absence de repos compensateur.

Le vieillissement des médecins et l'envie d'une meilleure qualité de vie des jeunes médecins est aussi un frein à la reprise des gardes de médecine générale de nuit et de weekend.

Diversifier l'offre d'emploi, améliorer les conditions d'exercices, diminuer la charge administrative et valoriser l'attractivité du territoire semble donc indispensables à la réouverture des Urgences.

L'amélioration de la coordination ville-hôpital est inévitable pour répondre à cette problématique. Pour tous une meilleure éducation à la santé et à la consommation des soins est indispensable au désengorgement des urgences.

L'étude sur les patients a montré que ce sont les urgences non vitales qui ont été le plus impactées par la fermeture, les urgences graves ayant pu être prises en charge à Draguignan. Les patients qui ont été redirigés 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. 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.

Pourtant des solutions existent mais ne semblent pas assez valorisées comme l'AMLH, création de centre de soins non programmés, le SAS et une meilleure gestion du « tri » en amont des urgences. Enfin l'amélioration de la coordination ville-hôpital semble être indispensable à une meilleure organisation des soins de premier recours.

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 sont que partiellement efficaces du fait d'un manque de connaissances des citoyens à la santé et notamment des alternatives existantes aux urgences la nuit et le Week-End. La réalisation d'un tri en amont de l'entrée aux Urgences et l'éducation massive de la population à la santé semblent être des pistes à une meilleure régulation 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
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
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-RKEYGB4BSFDSVPVVGUQBK4V6IN4.php>
8. rapport du docteur braun - mission flash sur les urgences et soins non programmés.pdf. Disponible sur: 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 [cité 7 août 2023];77. 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

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 [cité 6 août 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. [cited 2023 Aug 10]. Available from: 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. [cited 2023 Aug 7]. Available from: <https://www.lagazettedescommunes.com/651923/deserts-medicaux-le-defi-du-veillissement-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. [cited 2023 Aug 10]. Available from: 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. [cited 2023 Aug 10]. 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 [cited 2023 Aug 7]. Available 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
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
32. LEMAIRE Nicolas. Évaluation 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 [cited 2023 Aug 14]. 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 NUMERO°1

GUIDE D'ENTRETIEN MEDECIN

Données à recueillir avant ou au début de l'entretien :

- Âge
- Sexe
- Lieu d'exercice
- Depuis combien de temps le médecin exerce-t-il ?
- Depuis combien de temps sur Draguignan.
- Comment est-il organisé ? (Travail seul / maison de santé / CPTS ?)
- Aménage-t-il des plages de consultation sans rendez-vous (soins non programmés)
- Exerce-t-il une activité différente de la médecine libérale ? (Exercice particulier, médecin agréé, travail en EHPAD, autre...)
- Participe-t-il à la PDSA : tableau de garde cantonal, MMG ?

Impact direct de la fermeture des Urgences de Draguignan

1. Pouvez-vous me raconter un épisode récent (depuis la fermeture des Urgences) où vous avez dû gérer un patient dans une situation d'urgence (réelle ou ressentie) :
 - *Comment avez-vous pu recevoir le patient ? (Créneaux d'urgences, rdv entre deux, consultation sans rdv ? Visite à domicile après les consultations ?)*
 - *Avez-vous dû l'adresser aux urgences ?*
2. Est-ce que le fait que les Urgences soient fermées le soir a eu un impact sur la prise en charge de votre patient ?
3. Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ? (Émotion ? *Stress ? inquiétude pour le patient ? culpabilité*) ?

Impact indirect de la fermeture des Urgences de Draguignan :

4. Avez-vous ressenti un impact de la fermeture nocturne des Urgences de Draguignan sur votre activité libérale ? (*ex : augmentation / changement de patientèle ?*)
5. Si oui, qu'est-ce qui vous a permis de vous en rendre compte ? (*Plages de consultations sans rdv pleines, appels plus fréquents, augmentation des horaires, retour de vos patients en difficulté ?*)

Les adaptations mise en place

7. Comment vous-êtes-vous adapté ?
 - *Avez-vous changé l'organisation de votre cabinet ?*
 - *Avez-vous aménagé des heures pour des patients sans rendez-vous, hors patientèle ?*
 - *Faites- vous plus de visites à domicile ?*
 - *Sollicitez-vous plus souvent des confrères spécialistes pour avis ?*
 - *Faites- vous davantage de téléconsultations (programmé ou non) ?*
8. Comment orientez/gérez-vous vos patients s'ils nécessitent d'être hospitalisés ?
 - *Hospitalisation directe sans passage aux urgences ?*
 - *Hospitalisation directe dans le privé ?*
 - *Passage aux urgences obligatoire ?*

9. L'hôpital / le SAU a-t-il réorienté des patients (*ne nécessitant pas de passages aux urgences/ de soins urgents*) vers votre cabinet ?

- *Connaissez-vous le système des créneaux SAS ? et sa revalorisation, (40e)?*
- *Si oui avez-vous des créneaux et combien pour ces patients ?*
- *Si on vous réorientez des patients de cette façon-là les acceptez-vous ?*

La question de la permanence de soin par la médecine de ville

11. Quelles solutions voyez-vous en tant que médecin libéral pour « aider » les urgences ?

- *Participation à un tour de garde ?*
- *Vacation dans une MMG "des urgences" ?*
- *Augmentation des structures de soins non programmés ?*
- *Consultation de médecine générale à l'Hôpital ?*
- *Reprise des gardes de nuit du canton ?*

12. L'ARS/ la mairie (ou autre acteur public) vous a-t-elle sollicité pour mettre en place certaines solutions ? si oui lesquelles ?

14. Pensez-vous qu'il y ait d'autres solutions pour pallier la problématique de la fermeture des urgences ?

15. Est-ce que les patients vous ont déjà fait des retours à propos des urgences ?

16. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Question posée systématiquement

Questions de relance.

ANNEXE NUMERO 2

FREQUENTATION DES PATIENTS AUX URGENCES DU CHIFSR (y compris MMG)-DAF- 2023

Source TU

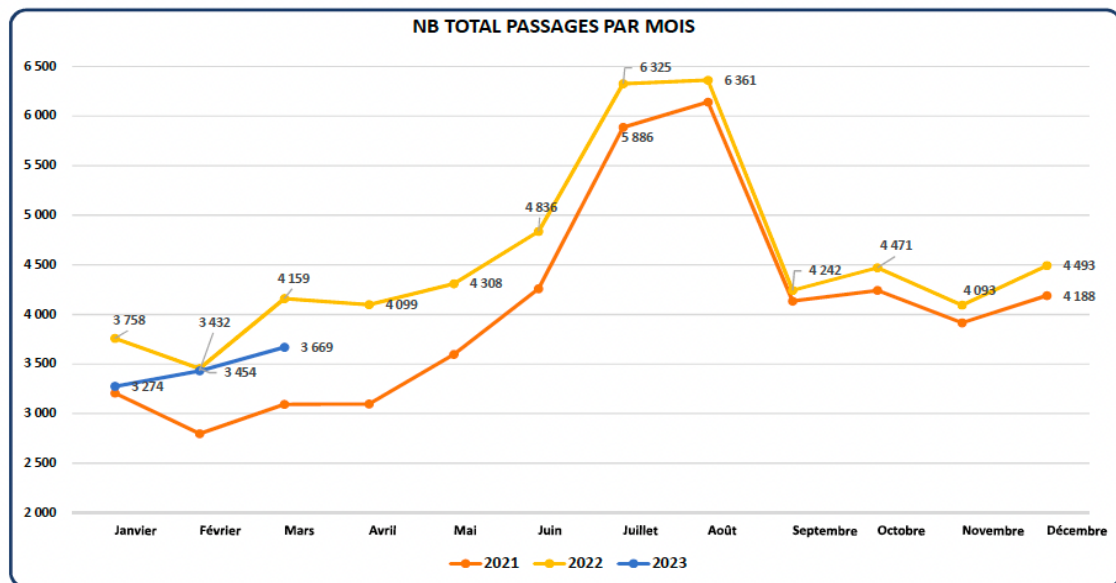
Au 03-04-2023

2021

Agglo Dragui/CAVEM et Autres	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total général
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
Total général	3 207	2 797	3 093	3 097	3 596	4 259	5 886	6 141	4 133	4 243	3 915	4 188	48 555
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

Agglo Dragui/Cavem et Autres	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total général
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
Total général	3 758	3 454	4 159	4 099	4 308	4 836	6 325	6 361	4 242	4 471	4 093	4 493	54 599
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 NUMERO 03

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%)

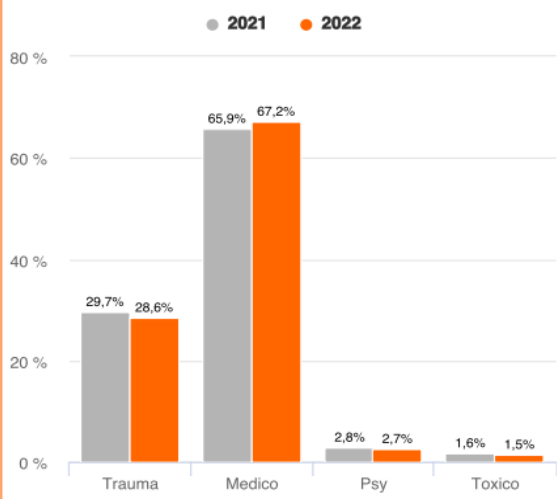
L'arrivée

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%)

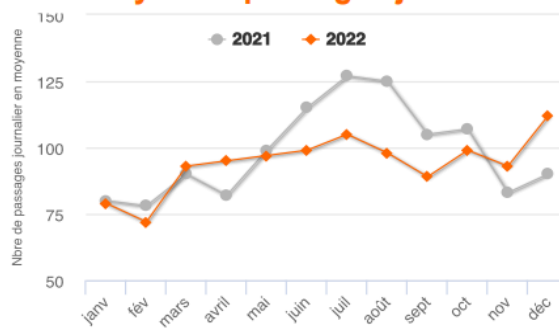
Diagnostic principal



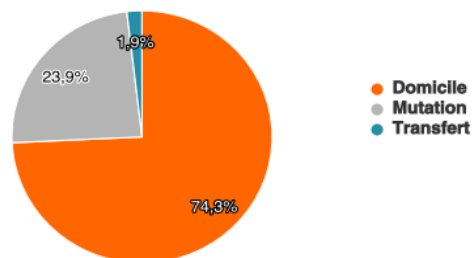
Durée de passage hors UHCD

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

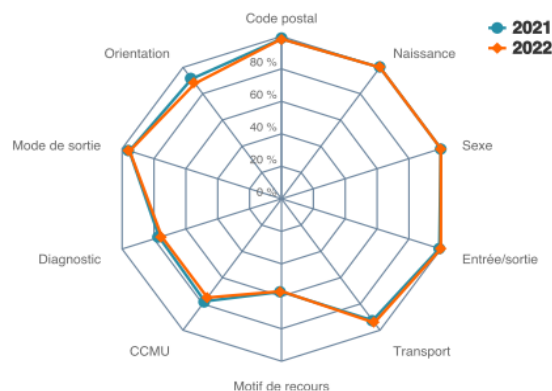


Parmi les hospitalisés, part des orientés en UHCD : 35.1% (41.8%)

La gravité

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

Exploitabilité des données

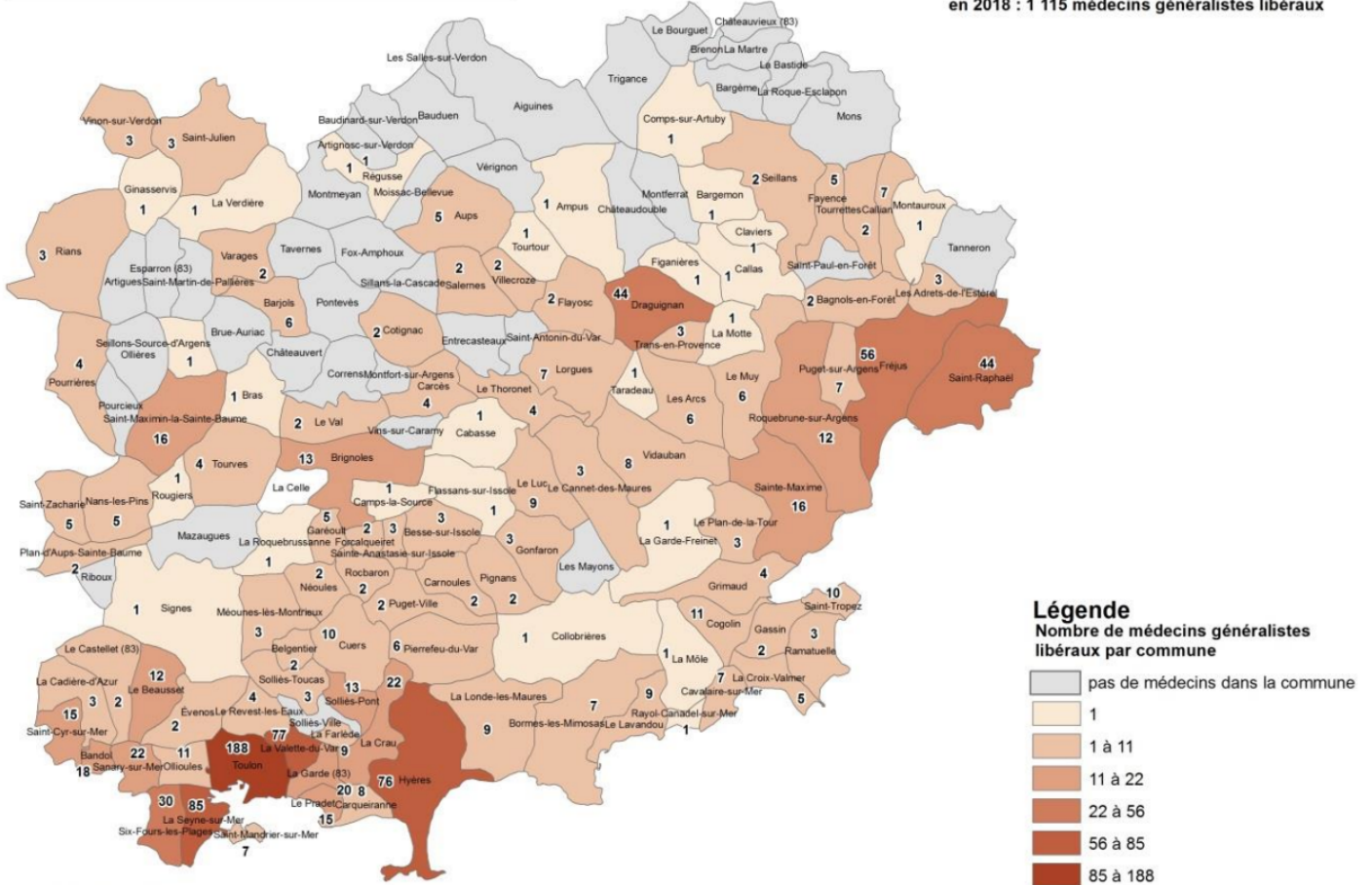


ANNEXE NUMÉRO° 4

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.

L'objectif principal

Etudier les conséquences de la fermeture partielle du service d'urgences du CH de la DRACÉNIE sur les médecins généralistes de ville du secteur de soins.

Les objectifs secondaires

Explorer leurs vécus, leurs ressentis 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'un entretien individuel semi-dirigé auprès de médecins généralistes installés dans le secteur de Draguignan. Le recrutement a été arrêté à saturation des données. Pour chaque entretien, il y avait une investigatrice principale et une observatrice. En parallèle, Louise Lafont a réalisé les entretiens sur les patients pour comparer en « miroir » nos résultats.

Résultats

Dix entretiens de médecins généralistes du secteur ont été réalisés. L'analyse a été effectuée par approche phénoménologique. Les médecins ont évoqué plusieurs conséquences notamment des difficultés d'adressage et de réorientation des patients lors des horaires de fermeture. Ils ressentent un accroissement sur leur charge de travail malgré leurs efforts pour prendre en charge les urgences de leur patientèle. Ils ont le sentiment de ne pas pouvoir en faire davantage. Pour tous la fermeture des urgences est un reflet de la difficulté d'accès aux soins de façon plus générale et du manque de médecin sur le territoire. Tous évoquent également l'engorgement des Urgences par des « non-urgences » qui pourraient être gérées en ville ou dans des centres de soins non programmés. Beaucoup parlent également d'une rémunération insuffisante de la médecine de ville pour prendre en charge correctement les urgences de leurs patients.

Discussion

Nous avons pu constater dans nos deux études, en comparant les données auprès des médecins et des patients, que les idées étaient souvent similaires.

Les solutions proposées sont notamment une meilleure coordination ville- hôpital, la création de centre de soins non programmés, un tri préalable avant l'accès aux urgences, l'amélioration du SAS, 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. Une information massive de leur existence à la population serait aussi une piste intéressante.

Mots clé

Urgences, Draguignan, Médecins généraliste, Fermeture des urgences, Engorgement, accès aux soins,