



HAL
open science

**Gestion des soins non programmés dans le sud
Basse-Terre (Guadeloupe) : état des lieux et comment
optimiser ces soins grâce à l'apport de PAÏS (Plateforme
Alternative d'Innovation en Santé). à partir de notre
expérience de la Permanence Des Soins Ambulatoires
(PDSA) et du service des urgences du CHBT (Centre
Hospitalier de la Basse-Terre) en 2019**

Kolbe Gauthier

► **To cite this version:**

Kolbe Gauthier. Gestion des soins non programmés dans le sud Basse-Terre (Guadeloupe) : état des lieux et comment optimiser ces soins grâce à l'apport de PAÏS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé). à partir de notre expérience de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) et du service des urgences du CHBT (Centre Hospitalier de la Basse-Terre) en 2019. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04537703

HAL Id: dumas-04537703

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04537703v1>

Submitted on 8 Apr 2024

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 DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE
2021-2022

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2022ANTI0744

**GESTION DES SOINS NON PROGRAMMÉS
DANS LE SUD BASSE-TERRE (GUADELOUPE) :
ÉTAT DES LIEUX ET COMMENT OPTIMISER CES SOINS
GRÂCE À L'APPORT DE PAÏS (PLATEFORME
ALTERNATIVE D'INNOVATION EN SANTÉ)**

À PARTIR DE NOTRE EXPÉRIENCE DE LA PERMANENCE DES SOINS
AMBULATOIRES (PDSA) ET DU SERVICE DES URGENCES DU CHBT
(CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE-TERRE) EN 2019

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine
Hyacinthe BASTARAUD des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants
de ladite Faculté

Le 28 avril 2022

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

GAUTHIER Kolbe

Examineurs de la thèse :

- Monsieur Eustase JANKY, Professeur (Président)
- Monsieur Olivier PARANT, Professeur
- Madame Jeannie HÉLÈNE-PELAGE, Professeur
- Monsieur Philippe CARRÈRE, Docteur
- Monsieur Isaac GBADAMASSI, Docteur (Directeur de thèse)

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Michel GEOFFROY

Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Christophe DELIGNY

NEVIERE Rémi

Physiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Bertand De TOFFOL

Neurologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

DE BANDT Michel

Rhumatologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 21 01
 Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

André CABIÉ

Maladies Infectieuses et Tropicales
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE

Neurologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE

Bactériologie – Virologie – Hygiène option virologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 24 11

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie Hygiène hospitalière
 CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 12 80

Antoine ADENIS

Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
 CH de CAYENNE
 Tel : 05 94 39 50 50

Annie LANNUZEL

Neurologie
 CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
 Tel : 05 90 89 14 13

Mathieu NACHER

Epidémiologie
 CH de CAYENNE
 Tel : 05 94 93 50 24

Magalie DEMAR-PIERRE

Parasitologie et Infectiologie
 CH de CAYENNE
 Tel : 05 94 39 53 09

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale
 Cabinet libéral au Gosier
 Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

DJOSSOU Félix

Maladies Infectieuses et Tropicales
 CH de Cayenne
 Tél : 0694

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 22 55

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE
Tel : 0694

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 61

Moustapha DRAME

Epidémiologie Economie de la Santé et Prévention
CHU de MARTINIQUE
Tél : 05 96 55 20 00

TABUE TEGUO Maturin

**Médecine interne:
Gériatrie et biologie du vieillissement**
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0690

CORDEL-WATTIER Nadège

Dermato -Vénérologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90 89 10 10

ROGER Pierre-Marie

Maladies Infectieuses, Maladies Tropicales
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90 89 10 10

MERLE Harold

Ophthalmologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 00

Kallel HATEM

Médecine Intensive-Réanimation
CHU de CAYENNE
Tel : 05 94 39 50 50

Stéphanie PUGET

Neurochirurgie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 00

DELOUMEAUX-TYNDAL Jacqueline

Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90 89 10 10

BACCINI Véronique

Hématologie, Transfusion
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 77

EPELBOIN Loïc

Maladies Infectieuses
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 50 50

Jocelyn INAMO

Cardiologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

PARANT Olivier

Gynécologie Obstétrique
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 05 90 89 13 72

RESIERE Dabor

Thérapeutique-Médecine de la Douleur
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 20 00

ZAPPA Magaly

Radiologie et Imagerie Médicale
 CH de CAYENNE
 Tel : 05 94 39 50 50

Professeurs des Universités Associés – Médecine Générale

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
 Cabinet libéral les Abymes
 Tel : 05 90 20 39 37

Professeurs des Universités Associés

Papa Ngalgou GUEYE

Médecine D'urgence
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 20 00

Hossein MEHDAOUI

Médecine Intensive-Réanimation
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 20 00

PLAWECKI Stéphane

Chirurgie Orthopédique
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 20 00

PUJO Jean-Marc

Médecine d'Urgence
 CH de CAYENNE
 Tel : 05 94 39 50 50

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 05 90 89 13 00

GELU-SIMEON Moana

Gastro-Entérologie
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 06 90 83 78 40 - Fax : 05 90 75 84 38

JOACHIM-CONTARET Clarisse

Epidémiologie, Economie de la Santé et prévention
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 20 00

BRUREAU Laurent

Chirurgie Urologique
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 05 90 89 13 95

BERAL Cindy

Ophthalmologie
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 05 90 89 14 50

SEVERYNS Mathieu

Chirurgie Orthopédique-Traumatologie
 CHU de MARTINIQUE
 Tel : 05 96 55 20 00

Maîtres de Conférence Associés

ROLLE Amélie

Anesthésiologie-Réanimation
 CHU de GUADELOUPE
 Tel : 05 90 89 10 10

Maîtres de Conférence des Universités – Médecine Générale

CARRERE Philippe

Médecin généraliste
 60 Route du camp Jacob
 97 120 SAINT-CLAUDE
 Tel : 0690

Maîtres de Conférences Associés – Médecine Générale

KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT Walé

Médecin généraliste
 MSP du Lamentin
 Tel : 05 90 25 11 00

MASSE Franck

Médecine Générale
 Tél : 0596 56 13 23

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

| | |
|------------------------------|---|
| PELAGES Malaïka | Endocrinologie CHU DE GUADELOUPE Tel : 06 38 |
| CORSERI Olivier | Pédiatrie CH de CAYENNE Tel : 06 61 |
| GOUBAND Agathe | Hématologie CHU de GUADELOUPE Tel : 06 66 |
| OBERT-MARBY Camille | Médecine Générale CH de l'OUEST GUYANAIS Tel : 06 67 |
| FREMERY Alexis | Accueil et Traitement des Urgences CH de CAYENNE Tel : 06 58 |
| KARAM Jean-Pierre | Neurologie CHU de GUADELOUPE Tel : 06 58 |
| GUCKERT Marion | Gynécologie Obstétrique CHU de GUADELOUPE Tel : 06 66 |
| ABOUT Frédégonde | Maladies Infectieuses CHU de MARTINIQUE Tel : 07 67 |
| LOUIS-SIDNEY Fabienne | Cardiologie CHU de MARTINIQUE Tel : 06 46 |
| CEVA Antoine | ORL CHU de GUADELOUPE Tel : 06 01 |
| NEGRELLO Florian | Médecine d'Urgence CHU de MARTINIQUE Tel : 0690 |
| HERTAULT Hugo | Chirurgie Générale CHU de MARTINIQUE Tel : 0696 |

LAMOUREUX Carl

Dermatologie
CHU de CAYENNE
Tel : 0694

REJAUDRY-LACAVALERIE Mickaël

Cardio/Labo Ea 7526
CHU de MARTINIQUE
Tel : 06 82

JEANTET Pierre

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 06 21

BLEAS Cécile

Gynécologie Obstétrique
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0690

SADREUX Yvonne

Urologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0690

BODESCU Veronica Adela

Psychiatrie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 07 66

BAALA Mélina

Médecine Générale
Cabinet du Dr BUCHER
Tel : 0690

SUZON Benoît

Médecine Interne
CHU de MARTINIQUE
Tel : 06 07

LARA Keve-Yann

Médecine Générale
Maison Médicale de la Rotonde
Tel : 0690

VAINQUEUR Larissa

Médecine Interne Gériatrie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 06 95

STEMPFER Gautier

Urologie
CHU GUADELOUPE
Tel : 0690

THEVENET Eugénie

Cardiologie
CHU MARTINIQUE
Tel : 06 27

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur JANKY,

Merci pour l'immense honneur que vous me faites de présider cette soutenance de thèse. Merci pour tout ce que vous avez fait et continuez de faire pour notre Guadeloupe et à l'Université des Antilles. A l'image du Pr Hyacinthe BASTARAUD vous êtes un guide pour notre génération.

A Monsieur le Professeur PARANT,

Merci de l'honneur que vous me faites de juger ce travail.

A Madame le Professeur HÉLÈNE-PELAGE,

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Merci pour votre implication constante et toujours encourageante pour les internes de notre Université.

A Monsieur le Docteur CARRÈRE,

Merci pour votre accompagnement méthodologique et vos conseils dans ce travail de thèse.

A Monsieur le Docteur GBADAMASSI,

Merci de vous être déplacé jusqu'à nous en ce jour si particulier. Merci pour votre soutien et votre confiance pour nous aider à aller de l'avant.

A Monsieur le Docteur ATALLAH, et à Monsieur le Docteur MOUSSINGA,

Merci pour tant de persévérance dans la formation des internes et dans les efforts poursuivis pour améliorer la santé des Guadeloupéens.

A Madame le Docteur QUESADA et à Monsieur le Docteur BOULARD,

Merci d'avoir rendu possible cette étude en facilitant mon travail de recueil au CHBT.

A toutes les consœurs et tous les confrères médecins installés qui m'ont fait confiance lors de mes remplacements : chacune et chacun au travers de sa pratique et de son mode d'exercice m'a appris quelque chose et m'a fait aimer ce métier. Même éloignés nous sommes tous liés !

A tous les soignants côtoyés dans les hôpitaux et ailleurs au long de mes études : médecins, infirmières, professionnels paramédicaux, co-internes et co-externes. Pour toutes les belles choses vécues et ces moments partagés qui font la vie comme elle est.

A toute ma famille, et en particulier mon frère le Dr Cassien GAUTHIER qui m'a refilé le virus de PAÏS : contrairement au Covid 19 il pourrait faire beaucoup de bien à notre Guadeloupe !

A ma Darline chérie, l'Amour de ma vie. Il a fallu remuer ciel et terre pour arriver où nous en sommes ! Mais sans ton courage et ton amour inconditionnel cela n'aurait pas été possible.

A notre merveilleuse Bakhita, notre petite fille « espérance » qui fait la joie de tous ! Pour elle et celui qui vient, pour les enfants d'aujourd'hui, nous nous battons pour un monde vivable.

A mes parents, foyer d'amour depuis toujours qui ne cesse de me porter, avec mes frères et ma sœur, pour continuer à croire, à avancer et à espérer ! A ma marraine et à mon parrain, pour leur soutien de toujours. A toutes celles et tous ceux qui m'ont porté et encouragé sur mon parcours. Et aux amis, d'ici et de plus loin. Pa lagé !

Et comment ne pas avoir une pensée en ce jour pour Mgr Willy Roméus et le Frère Francklin Armand en Haïti, et à travers eux pour tout le peuple haïtien souffrant mais luttant sans cesse. Une pensée aussi pour notre maman Marie-Yolène, partie brutalement et trop tôt. Et pour papa Nelson qu'elle a rejoint.

Aux patients que j'ai l'honneur de prendre en charge. J'apprends la vie et l'humilité à vos côtés, chaque jour. Ce travail est surtout pour vous.

«Seul l'amour est créateur. »

(Père Maximilien-Marie Kolbe,
religieux franciscain polonais,
1894 – 1941)

« A l'envers de vos lois et de vos habitudes,
Sans haine, sans rancœur, tout risquer chaque jour,
N'avoir plus rien à perdre unique certitude,
Contre vents et marées rage de vie et d'amour
Jusqu'au bout ! »

(Jean-Marc Le Bihan, poète français
1953 – 2019)

« Dieu a fait les différences, non pas pour qu'on s'affronte,
Les cultures sont des richesses pour que l'on se rencontre. »

(Abd Al Malik, écrivain français
1975)

RESUME

Gestion des soins non programmés dans le sud Basse-Terre (Guadeloupe) :

Etat des lieux et comment optimiser ces soins

Grâce à l'apport de PAÏS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé)

A partir de notre expérience de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) et

Du service des Urgences du CHBT (Centre Hospitalier de la Basse-Terre) en 2019

Introduction

Les contraintes sociales, médicales et démographiques déstabilisent le système de santé en France et conduisent les services d'urgences à jouer un rôle de premier recours, faute d'une offre médicale disponible et organisée en ville. La baisse des effectifs de médecins généralistes se poursuit tandis que les urgences et les hôpitaux sont confrontés à des difficultés croissantes.

Ce travail avait pour but d'étudier l'impact possible d'une transposition de PAÏS dans le bassin de vie sud basse-terrien (Guadeloupe). Ce dispositif, reposant sur la base du volontariat, propose une organisation aux médecins d'un même territoire, ou bassin de vie, afin de prendre en charge en horaires d'ouverture des cabinets les consultations imprévues (ou soins non programmés). Il a fait ses preuves depuis près de quinze ans dans le Loir-et-Cher, en apportant une réponse de proximité aux besoins de la population, en contribuant au désengorgement des urgences (avec une baisse de 20 % du recours chez les 75 ans et plus) et en favorisant la prévention collective.

L'objectif de notre étude était d'identifier dans un service d'urgences les passages potentiellement évitables grâce à un dispositif PAÏS et d'estimer les économies réalisables.

Matériel et Méthode

Il s'agissait d'une étude quantitative rétrospective portant sur les passages aux urgences du CHBT en 2019. Soit 25 658 passages, dont a été tiré au sort un échantillon de 1 182 dossiers.

Pour tous ces dossiers ont été relevées des caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, couverture sociale, entre autres) mais également la présence ou non de critères considérés comme pouvant justifier le passage aux urgences quand ils étaient retrouvés. Ces critères se regroupaient en plusieurs catégories : mode d'adressage aux urgences, circonstances de survenue, gestes techniques et certains avis spécialisés (chirurgical, gynéco-obstétrical et psychiatrique). Auxquelles on ajoutait : l'hospitalisation à l'issue du passage aux urgences.

Résultats

Sur la base des critères retenus 353 passages étaient considérés comme évitables, soit 7 662 au total sur l'année 2019, pour une économie annuelle minimale de 191 550 € réalisable sur le seul forfait ATU (Accueil et Traitement des Urgences). Les facteurs significativement associés aux recours non justifiés étaient : le sexe féminin (p -value = 0,009), l'âge pédiatrique (jusqu'à 15 ans inclus) (p -value < 10^{-3}) et l'absence de médecin traitant dans le dossier (p -value < 10^{-3}). La catégorie sociale (appréhendée via la présence ou non d'une mutuelle prise en charge par la Sécurité Sociale) n'était nullement associée à ces recours injustifiés (p -value = 0,98). Tandis que les plus de 75 ans représentaient chaque jour en moyenne au moins un passage évitable.

Conclusion

Ainsi grâce à PAÏS il est possible de soigner mieux à moyens constants. Cette organisation médicale est une garantie pour un exercice professionnel regroupé en contexte rural. Attractive pour les jeunes généralistes et les paramédicaux, elle libère du temps médical pour des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, ou encore de formation du personnel des EHPAD.

Mots clés : médecine générale, recours aux urgences, soins non programmés, PAÏS

ABSTRACT

**Management of unscheduled care in southern Basse-Terre (Guadeloupe) :
State of affairs and how to optimize this care
Thanks to the contribution of PAÏS (Alternative Health Innovation Platform)
From our experience of Outpatient Care Permanence (PDSA) and
From the Emergency Service of the CHBT (Basse-Terre Hospital Center) in 2019**

Introduction

Social, medical and demographic constraints destabilize the health system in France and lead the emergency services to play a role of first resort, for lack of an available and organized medical offer in the city. The decline in the number of general practitioners continues while emergencies and hospitals face increasing difficulties.

The aim of this work was to study the possible impact of a transposition of PAÏS in the southern Basse-Terrien living area (Guadeloupe). This system, based on volunteering, offers an organization to doctors in the same territory, or living area, in order to take care of unscheduled consultations (or unscheduled care) during office opening hours. It has proven its worth for nearly fifteen years in the Loir-et-Cher, by providing a local response to the needs of the population, by contributing to the relief of emergencies (with a 20% drop in use among 75-year-olds and more) and by promoting collective prevention.

The objective of our study was to identify in an emergency service the potentially avoidable passages thanks to a PAÏS system and to estimate the savings that can be made.

Material and method

This was a retrospective quantitative study of CHBT emergency visits in 2019. That is 25,658 visits, from which a sample of 1,182 files was drawn.

For all these files, socio-demographic characteristics were noted (age, sex, social security, among others) but also the presence or absence of criteria considered to justify going to the emergency room when they were found. These criteria were grouped into several categories: mode of referral to the emergency room, circumstances of occurrence, technical procedures and some specialist advice (surgical, gynecological-obstetrical and psychiatric). To which we added: hospitalization after going to the emergency service.

Results

On the basis of the criteria selected, 353 passages were considered avoidable, i.e. 7,662 in total over the year 2019, for a minimum annual saving of €191,550 achievable on the ATU (Reception and Emergency Treatment) package alone. The factors significantly associated with unjustified referrals were: female sex (p -value = 0.009), pediatric age (up to 15 years inclusive) (p -value < 10^{-3}) and the absence of a treating physician in the file (p -value < 10^{-3}). The social category (apprehended via the presence or not of mutual insurance covered by Social Security) was in no way associated with these unjustified passages (p -value = 0.98). While the over 75s represented on average at least one avoidable passage every day.

Conclusion

Thus thanks to PAÏS it is possible to treat better with constant means. This medical organization is a guarantee for professional practice grouped together in a rural context. Attractive for young general practitioners and paramedics, it frees up medical time for prevention actions, therapeutic education, or training of EHPAD (housing for dependant elderly people) staff.

Keywords: general practice, emergency services, unscheduled care, PAÏS

Table des matières

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 1. | Introduction | 15 |
| 2. | Contexte | 20 |
| 2.1. | Etat des lieux | 20 |
| 2.1.1. | La gestion des soins non programmés | 20 |
| 2.1.2. | Une démographie médicale déclinante et en mutation | 21 |
| 2.1.3. | Les aspirations des nouveaux médecins | 22 |
| 2.1.4. | Des soins non programmés en hausse..... | 23 |
| 2.1.5. | Une préoccupation institutionnelle grandissante | 24 |
| 2.2. | La Plateforme Alternative d’Innovation en Santé (PAÏS) ... | 26 |
| 2.2.1. | Présentation..... | 26 |
| 2.2.2. | Fonctionnement..... | 27 |
| 2.2.3. | Financement | 29 |
| 2.2.4. | Etat des lieux | 30 |
| 2.2.5. | Evaluation | 31 |
| 2.2.6. | Avantages et inconvénients..... | 32 |
| 2.3. | Situation régionale et locale | 35 |
| 2.3.1. | En Guadeloupe..... | 35 |
| 2.3.2. | Dans le territoire du Sud Basse-Terre..... | 37 |
| 2.4. | Objectifs de l’étude | 38 |
| 3. | Matériel et méthode | 39 |
| 3.1. | Type d’étude..... | 39 |
| 3.2. | Population de l’étude..... | 39 |
| 3.3. | Plan de recrutement..... | 40 |
| 3.4. | Plan de recueil des données..... | 40 |
| 3.4.1. | Recueil des données médico-administratives | 41 |
| 3.4.2. | Recueil des données socio-économiques | 43 |
| 3.4.3. | Recueil des données communales (en territoire sud basse-terrien) | 43 |
| 3.5. | Plan d’analyses des données..... | 44 |
| 3.5.1. | Définition et traitement des variables | 44 |
| 3.5.2. | Analyse des données | 46 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4. | Résultats..... | 48 |
| 4.1. | Diagramme des flux..... | 48 |
| 4.2. | Caractéristiques de l'échantillon..... | 49 |
| 4.3. | Estimation du nombre de passages..... | 50 |
| 4.4. | Facteurs associés aux recours non justifiés..... | 51 |
| 4.5. | Facteurs associés aux recours non justifiés en horaires d'ouverture des cabinets..... | 52 |
| 4.6. | Durées des passages aux Urgences..... | 53 |
| 4.7. | Extrapolation à la population source..... | 55 |
| 4.7.1. | Nombre de passages annuels évitables..... | 55 |
| 4.7.2. | Economies réalisables..... | 55 |
| 5. | Discussion..... | 56 |
| 5.1. | Analyse des résultats..... | 56 |
| 5.2. | Analyse de la méthodologie adoptée..... | 62 |
| 5.3. | Critique de l'étude..... | 63 |
| 5.4. | Ouverture..... | 64 |
| 6. | Conclusion..... | 65 |
| 7. | Bibliographie..... | 66 |
| 8. | Annexes..... | 69 |
| 9. | Serment d'Hippocrate..... | 74 |

1. Introduction

« La moisson est abondante mais les ouvriers sont peu nombreux. » Qui aurait pu croire que cette célèbre citation, à l'origine biblique, décrirait si bien un des écueils majeurs rencontrés par notre système de santé républicain en ce début de XXIème siècle ?

En effet, les contraintes économiques et les mutations socio-démographiques qui caractérisent notre époque ont bouleversé en profondeur notre système de santé, particulièrement au cours des deux dernières décennies durant lesquelles l'écart entre les possibilités de se soigner offertes à la population et les besoins de celle-ci n'a cessé de s'accroître, en particulier dans ce que l'on appelle aujourd'hui les « déserts médicaux ». Dans ces territoires mais pas seulement, on a vu apparaître des difficultés nouvelles et croissantes dans le domaine de la santé, et notamment celle concernant l'élémentaire besoin de pouvoir accéder aisément à des soins de premiers recours, dans un délai raisonnable, pour un problème de santé urgent ou ressenti comme tel – ce que l'on appelle communément les Soins Non Programmés (SNP).

Cela s'est traduit tout d'abord dans les horaires de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) prise au sens strict du terme tel que défini par la loi [1], c'est-à-dire l'offre de soins primaires en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Suite aux grandes grèves de 2002 de la médecine générale, a été adopté le principe du volontariat pour la participation aux astreintes et aux gardes de la PDSA et depuis on a assisté globalement à une diminution du nombre des effecteurs dans la majorité du territoire national, et à des difficultés croissantes dans lesdites zones pour maintenir le niveau de service médical préalablement existant.

Mais aujourd'hui, et de manière plus récente, les difficultés à être consulté par un médecin généraliste sont devenues quotidiennes même en horaires ouvrés. En effet, de plus en plus de médecins travaillent majoritairement voire exclusivement sur rendez-vous, au point que les créneaux gardés pour les SNP (ou « créneaux d'urgence ») se réduisent bien souvent à la portion congrue et ne permettent pas de répondre aux besoins de la patientèle de proximité.

Parallèlement, la démographie médicale contemporaine se trouve dans le creux de la vague, l'installation des nouvelles générations ne compensant pas encore le départ à la retraite des « baby-boomers ». En attendant, les fameux médecins de famille en poste depuis des décennies et proches de la retraite ont de plus en plus de mal à « tenir la baraque » et à absorber les patientèles de leurs confrères voisins partis avant eux sans avoir trouvé de successeur.

Aussi les soins non programmés, qui nécessitent bien souvent à juste titre d'être pris en charge le jour même sans pour autant recourir aux Urgences, vont néanmoins, de fait, fréquemment se retrouver à être « gérés » (c'est le mot juste) par ces structures hospitalières déjà sous tension.

De jour comme de nuit les Services d'Accueil des Urgences (SAU) sont ainsi devenus dans bien des territoires la solution ultime (voire unique) à toutes sortes de maux plus ou moins aigus et de problèmes divers, c'est-à-dire pas seulement médicaux mais aussi parfois sociaux : isolement, perte d'autonomie (le fameux « maintien à domicile difficile ») ou encore précarité, entre autres ; ces difficultés pouvant d'ailleurs souvent être combinées.

Ce surplus de personnes venant consulter pour des soins relevant de la médecine de ville fait croître la durée d'attente et les risques sanitaires associés. Ainsi, il est désormais courant de voir des salles d'attente, exiguës et souvent inconfortables, bondées de « patients » (qui n'ont jamais aussi bien porté leur nom) accompagnés de leurs proches qui attendent dans des conditions particulièrement anxiogènes et exténuantes. Et dans une proximité à même d'augmenter les risques d'infection nosocomiale et de complication/décompensation de pathologies chroniques, particulièrement dangereuses chez les patients les plus fragiles, les plus âgés ou ceux porteurs de multiples comorbidités. Certains peuvent ainsi se retrouver pris en charge, quand vient leur tour, dans un état déjà plus altéré que celui de leur arrivée aux Urgences. D'où les drames qui surviennent hélas de plus en plus fréquemment, comme l'actualité récente n'a pas manqué de nous le rappeler [2].

Et cela, alors que la diminution récurrente des lits d'aval dans les hôpitaux se poursuit, au fil des itératives restrictions budgétaires, qui entraînent une stagnation des patients sur des brancards en attente d'une hypothétique hospitalisation. Des patients qui parfois finissent par être invités à

rentrer tout bonnement à leur domicile, dans un état de santé quelquefois plus que limite et lui-même potentiellement à la source, là encore, d'issues dramatiques. Des issues qui cette fois-ci peuvent passer sous les radars des médias mais heurtent de plein fouet les professionnels de santé de terrain, souvent durement éprouvés par ces situations hélas de moins en moins rares.

Quant aux équipes soignantes, remarquables et dévouées, elles sont la plupart du temps totalement débordées et les soins prodigués s'enchaînent parfois dans une mécanique proche de l'abattage : on « gère » plus que l'on ne « soigne » ; d'où le malaise grandissant chez bon nombre d'entre elles et leurs grèves de plus en plus fréquentes. Certains professionnels finissent en bout de course par quitter le monde hospitalier et même parfois abandonner carrément leur profession en vue d'une reconversion, se détournant ainsi de métiers dans lesquels ils se sont tant épanouis mais dans les pratiques desquels ils ne se reconnaissent désormais plus [2].

Ces conditions déplorables aggravent elles-mêmes le vécu d'un grand nombre de personnes ayant recours aux Urgences, qui finissent par renoncer à venir y consulter – quand elles souhaiteraient le faire mais sont rebutées par les conditions d'accueil et pensent pouvoir patienter et/ou s'automédiquer en attendant de trouver une autre solution – ou bien qui y viennent à reculons, tout imprégnées d'une anxiété anticipatoire bien compréhensible. Cette même anxiété qui gagne peu à peu l'ensemble de la population, de telle sorte que ce n'est plus l'idée sereine face à un problème de santé aigu : « J'irai consulter mon médecin traitant ou ses associés si le problème persiste » qui vient d'emblée à l'esprit des gens mais c'est plutôt une angoissante question : « Est-ce que je vais pouvoir trouver un médecin pour me recevoir aujourd'hui? »

A noter que la comparaison entre les deux phrases est révélatrice : l'anxiété se double d'une temporalité différente et d'un sentiment d'urgence accru car, pour qui se trouve dans l'incertitude de pouvoir trouver un médecin, le motif de consultation est davantage ressenti comme urgent que pour celui qui sait qu'une organisation des soins primaires efficiente existe dans son territoire et qu'il pourra être visité sans délai si la situation persiste.

C'est face à ces nouveaux défis de notre époque que des alternatives innovantes et performantes naissent et répondent un peu partout sur le territoire national. L'une d'elle, la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (ou PAÏS, dont le sigle lui-même traduit le territoire d'incarnation privilégié de ce dispositif : le « bassin de vie », ou *pais* en vieux français) a particulièrement retenu notre attention. Cette initiative est le fruit d'une collaboration collective de longue haleine entre des partenaires aussi différents qu'un directeur d'hôpital, un chef de service du SAU d'un Centre Hospitalier (CH) départemental, un édile de commune rurale et un groupe de médecins généralistes investis dans leur « bassin de vie » et préoccupés de la pérennité de l'offre de soins.

Ainsi PAÏS a vu le jour à la fin des années 2000 dans le Loir-et-Cher et a gagné du terrain progressivement durant la décennie suivante, attirant de nombreux jeunes médecins et suscitant l'adhésion des populations locales conquises par l'efficacité et la qualité du service rendu. Cette organisation a depuis fait l'objet d'études économiques et de travaux de thèses. Citée par l'EHESP en 2012 [3] et le rapport de la Cour des Comptes en 2014 [4], elle a même reçu en 2017 un Prix d'innovation aux pilotes à Paris, par la FHF (Fédération Hospitalière de France) (cf. Annexe 1). Elle a notamment permis de diminuer d'un tiers le recours aux Urgences chez les patients bénéficiant de ce dispositif [5].

Durant ces dernières années, nous avons pu expérimenter directement les réalités décrites plus haut sur notre terre d'adoption, la Guadeloupe. Gardes aux Urgences en tant qu'interne, puis remplacements en cabinets libéraux dans des secteurs quasiment tous classés en ZIP (Zone d'Intervention Prioritaire), ou « déserts médicaux ». Et également participation à la PDSA dans une Maison Médicale de Garde (MMG) en Grande-Terre.

Parallèlement, nous avons découvert le dispositif PAÏS indirectement par l'intermédiaire de notre frère, le Dr Cassien Gauthier, bénéficiaire privilégié de cette organisation durant son internat en région Centre – Val de Loire et depuis peu installé en médecine libérale dans l'un des PAÏS du Loir-et-Cher.

Nous avons ensuite expérimenté ce nouveau mode de fonctionnement concrètement en effectuant un remplacement dans un des premiers PAÏS au printemps 2021 : remplacement intéressant et riche d'enseignement, dont nous avons tiré l'intime conviction que ce dispositif permet de garantir, de manière équilibrée et pérenne, la qualité du service rendu à la population du bassin de vie concerné, en termes de soins primaires, et la préservation d'une vie extra-professionnelle non aliénante pour le foyer du médecin participant.

C'est ce dernier critère, pas encore retrouvé dans une autre forme d'organisation de praticiens ou un autre mode d'exercice expérimentés jusqu'à présent, qui nous conduit à considérer PAÏS comme la solution à ce jour (à notre connaissance) la mieux à même de proposer un cadre d'exercice à la fois souple et soutenant aux nouveaux médecins généralistes en voie de s'installer (ou déjà installés d'ailleurs), tout en proposant un service rendu novateur et optimisé à la population du bassin de vie concerné. PAÏS est avant tout une stratégie pragmatique et porteuse de perspectives positives et durables nombreuses, et tout autant pour les populations locales que pour les médecins généralistes impliqués et les différentes structures territoriales participant à l'offre de soins de proximité (Centres Hospitaliers locaux, EHPAD, notamment).

Notons enfin que PAÏS s'inscrit parfaitement dans les perspectives gouvernementales établies par la Ministre de la Santé en 2018, Mme Agnès BUZIN, à travers le programme Ma Santé 2022 [6] dont la mise en œuvre est surtout destinée à répondre concrètement aux difficultés rencontrées dans la gestion des soins non programmés, et globalement à l'ensemble des défis proposés par l'époque (auxquels s'est rajouté celui de la pandémie de Covid 19) en vue du maintien d'une médecine de proximité accessible et opérante, pour répondre à sa mission ontologique : préserver et augmenter la qualité de vie et le niveau de santé de la population [7].

Ce travail a pour but de mettre en évidence les bénéfices potentiels que pourrait permettre, dans la prise en charge des patients et l'amélioration de l'accès aux soins, la mise en place de PAÏS dans un territoire aujourd'hui sous-doté : le bassin de vie du Sud Basse-Terre, en Guadeloupe.

2. Contexte

2.1. Etat des lieux

2.1.1. La gestion des soins non programmés

Les soins non programmés (SNP) peuvent être définis comme ceux répondant à un problème de santé aigu et donc imprévu, justifiant totalement une consultation dans les 24 heures auprès d'un praticien mais ne revêtant pas toujours un caractère d'urgence. Ils sont à mettre en parallèle des soins « sur rendez-vous » devenus majoritaires au fil des dernières années chez les médecins généralistes libéraux mais relèvent tout comme eux de la médecine dite « de ville ».

La HAS ne voit pas les choses autrement quand elle fait la distinction entre les SNP et les urgences, dans son document-cadre de 2014 intitulé justement « Prise en charge des urgences et des soins non programmés » [8]. De fait, l'engorgement des services d'urgences hospitaliers par des demandes de consultation ne relevant pas de leurs missions premières ne cesse de croître depuis plusieurs années et ce sur l'ensemble du territoire français, Outre-Mer compris, malgré les préoccupations des institutions étatiques et des acteurs du monde de la santé et les tentatives de prendre en charge ces demandes en constante augmentation par la mise en place de dispositifs et d'organisations innovants aux différents échelons territoriaux.

Ainsi, cette augmentation a retenu l'attention de la Cour des Comptes qui, dans son rapport de février 2019, relève qu'avec près de 21,2 millions de passages en 2016 (contre 18,4 millions en 2012), le taux de croissance de cette activité est de l'ordre de 15%. Et ce taux est porté essentiellement par les passages non suivis par une hospitalisation, donc peut-être évitables [9].

La notion de « passages évitables » est néanmoins fortement sujette à controverse, d'où les difficultés à estimer leur importance. Le rapport de la Cour des Comptes avance cependant le chiffre de 20% de patients dont les motifs de consultation ne relèvent pas des Urgences.

Plusieurs raisons permettent d'expliquer cette sur-fréquentation injustifiée.

2.1.2. Une démographie médicale déclinante et en mutation

Parallèlement à l'avancée galopante des « déserts médicaux » français, les statistiques nationales mettent en avant une augmentation constante du nombre de médecins.

Au 1^{er} janvier 2021, le nombre de médecins inscrits au Conseil de l'Ordre était de 312 172, contre 296 755 en 2018 (soit une augmentation de 5% en 3 ans). Cependant, sur la dernière année, cette augmentation concerne d'abord les médecins retraités actifs et non actifs (+ 9,5%).

Et cette augmentation globale ne se fait pas au profit de la médecine générale, pour laquelle on recense au 1^{er} janvier 2021 un total de 85 364 praticiens en activité régulière, tous modes d'exercices confondus. Soit une baisse de 0,9% depuis 2020 et de 9% depuis 2010. Une baisse significative qui devrait se poursuivre à un rythme régulier au moins jusqu'en 2025 [10].

Cette baisse constante sur l'ensemble du territoire français est avant tout la conséquence d'une politique de santé délaissée par les gouvernements successifs, notamment à travers les fourches caudines du numerus clausus d'entrée dans les études médicales. Un numerus clausus qui, bien qu'en augmentation régulière depuis plusieurs années, jusqu'à sa suppression définitive en 2020, ne permet pas encore de compenser les départs après des décennies de baisse [11].

A cette baisse continue des effectifs s'ajoutent plusieurs éléments à prendre en compte :

- La féminisation, avec une proportion de 51,5% des médecins généralistes en activité régulière en 2021 (et 58% des primo-inscriptions toutes spécialités confondues)
- Un rajeunissement des médecins en activité régulière avec un âge moyen de 49,9 ans
- Une baisse globale de l'activité libérale toutes spécialités confondues (41,8 % des médecins actifs réguliers au 1^{er} janvier 2021, soit 11,3 % de moins qu'en 2010).

Quant à la densité de médecins généralistes en activité régulière, elle est en moyenne en 2021 de 122,7 médecins pour 100 000 habitants, pour une médiane à 123/100 000 habitants, avec des écarts importants d'un département à un autre (48/100 000 habitants au minimum à Mayotte et au maximum 221/100 000 habitants dans les Hautes-Alpes), et au sein d'un même territoire.

[10]

A ces tendances démographiques baissières s'ajoute une modification globale des pratiques.

2.1.3. Les aspirations des nouveaux médecins

Les nouveaux ou futurs médecins, en effet, aspirent davantage que leurs prédécesseurs à organiser leur activité professionnelle de manière à pouvoir préserver leur vie privée et recherchent donc les conditions permettant de concilier vie professionnelle et vie familiale [12].

Ceci ne s'explique pas seulement par la féminisation de la profession, certes particulièrement nette en médecine générale (67% chez les moins de 34 ans, notamment [13]). Car ce souci est également partagé par nombre de professionnels masculins, loin de la figure du médecin de campagne mobilisable à toute heure dont la pratique est en constant recul.

Ces nouvelles aspirations majoritaires bénéficient, à la fois à l'activité salariée qui offre des horaires de travail attractifs et d'autres avantages [14] ; mais également aux nouveaux modes d'exercice, avec une tendance marquée en faveur d'une pratique groupée et un développement continu des cabinets de groupe, notamment de type MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire).

Les possibilités de pouvoir échanger avec les confrères, faciliter les arrangements entre collègues en fonction des aléas du quotidien et trouver un soutien amical et confraternel dans les moments difficiles, sont également favorisées par ces nouvelles organisations, et cela compte.

Notons enfin que dans cette perspective de la recherche d'une qualité de vie, recherche grandissante dans l'ensemble de la population active (surtout depuis les confinements liés à la pandémie de Covid 19), les fameux « déserts médicaux » des zones rurales ne sont absolument pas un frein à l'installation. Ce sont davantage les conditions de travail et les mesures incitatives (notamment financières) qui ne sont pas toujours en adéquation avec les attentes des nouveaux venus [15],[16]. Sans parler du manque d'infrastructures attractives (sportives, culturelles) nécessaires à l'épanouissement des enfants dans certains secteurs, isolés et en fait délaissés d'un point de vue global concernant l'aménagement du territoire.

Un dernier point concerne la prévention, à laquelle sont particulièrement sensibles les nouvelles générations. Encore faudrait-il que les financements publics encouragent et valorisent toutes les actions et initiatives envisagées pour promouvoir la Santé Publique, ce pour quoi de plus en plus de praticiens sont très motivés : éducation thérapeutique, campagnes de dépistage, interventions en milieu scolaire, formation des personnels d'EHPAD...

Ces nouvelles pratiques vont également dans le sens d'une amélioration globale du niveau de santé des populations qui se traduira, à terme, par une réduction des coûts financiers (le fameux « mieux vaut prévenir que guérir », de retour en force). Le tout dans une logique de cercle vertueux dont la mise en place est au cœur de la mission des médecins généralistes de terrain.

2.1.4. Des soins non programmés en hausse

D'autres éléments participent à expliquer l'engorgement des Urgences et la hausse des SNP.

Le vieillissement constant de la population accroît le nombre de personnes fragiles et de patients atteints de polyopathie ou porteurs de comorbidités. Ces derniers, plus encore que les autres, nécessitent un suivi de proximité particulièrement bien balisé et encadré pour stabiliser les pathologies chroniques, prévenir la survenue des complications et mettre en place des filières de prise en charge adaptées, comme pour l'hospitalisation, toujours mieux vécue quand elle est préparée en amont et a lieu sur le mode de l'admission directe dans le service adéquat.

Les services d'urgences hospitaliers sont devenus peu à peu la porte d'entrée d'une part toujours plus grande des hospitalisations et cela est particulièrement problématique pour les personnes âgées, qui vivent souvent très mal ces heures passées dans un environnement bruyant et encombré et une ambiance stressante quasi permanente. Pourtant les 75 ans et plus, qui sont moins de 10% en population générale, représentent 12% des passages aux Urgences [17].

Et c'est encore plus vrai pour les patients résidant en EHPAD, pour lesquels une hospitalisation, quand elle est indiquée, se fait via les Urgences dans 64% des cas. Une proportion qui tombe à 45,6% si l'on prend l'ensemble des personnes âgées de 80 ans ou plus.

Une tendance à l'immédiateté générale imprègne également notre époque, et s'exprime dans le quotidien de nos vies, bien au-delà des nouvelles technologies et de leur débit d'information toujours plus rapide. Aussi les problèmes de santé, si bénins soient-ils, sont de plus en plus souvent la source d'une angoisse notable (chez 10% des patients consultant aux urgences pour un motif médical, selon une enquête de la DREES [17]) et difficilement gérable par une proportion grandissante de la population (et c'est même pire, parfois, en consultant internet!). C'est ce que relève un rapport sénatorial de 2017, qui dénonce au passage l'attitude qui privilégie la consultation et la réalisation des examens en un même lieu [18].

On peut enfin relever que les progrès considérables accomplis par la médecine au cours des soixante-dix dernières années en particulier, pour l'imagerie et les examens biologiques par exemple, aujourd'hui devenus très accessibles, modifient également les comportements et les réflexes de la société : combien de patients, aujourd'hui, ont spontanément l'idée de réaliser un scanner cérébral pour de légers maux de tête d'apparition récente ?

De fait l'accessibilité grandissante aux examens complémentaires n'est certainement pas neutre dans les nouvelles habitudes des patients, notamment pour ce qui concerne le recours à l'offre de soins via les Urgences, et l'apparition d'une certaine forme de « consumérisme médical ».

2.1.5. Une préoccupation institutionnelle grandissante

Les derniers gouvernements semblent avoir pris la mesure du problème et cherchent à y remédier de multiples manières. Le *numerus clausus* a été effectivement supprimé en 2020 et la capacité de formation est désormais adaptée annuellement par les universités sur avis conforme des ARS (Agences Régionales de Santé) [19], tandis que de nouvelles aides financières incitatives à l'installation dans les déserts médicaux sont régulièrement mises en place et peuvent être cumulées au besoin.

Tout cela rentre dans la dynamique du plan « Ma santé 2022 » annoncé le 18 septembre 2018 par Mme Agnès BUZYN, Ministre de la Santé et des Solidarités à l'époque, au vu de la nécessité impérieuse d'une réforme fondamentale et globale de notre système de santé [6].

Ce plan gouvernemental est largement inspiré du rapport de Mr Thomas MESNIER, député de Charente, lequel préconise, entre autres : la généralisation du décroisement ville/hôpital, une revalorisation des actes des médecins libéraux (visite à domicile, action de prévention et d'information, actions de dépistages et d'éducation thérapeutique) ; et surtout une meilleure organisation de la médecine ambulatoire avec comme modèle mis en avant : les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), le but recherché étant de proposer une offre de soins de proximité adaptée à tous et dans des délais raisonnables [20].

A l'usage, les tâtonnements durant les dernières années restent importants et une solution miracle unique semble relever de la gageure.

Cependant, des initiatives locales ont émergé dans plusieurs territoires ruraux de l'hexagone depuis le début du XXIème siècle. Et parmi elles, le dispositif PAÏS : créé en 2009 par deux hospitaliers du CH de Blois, il s'inscrit parfaitement dans cette démarche d'amélioration de l'offre de soins, et notamment pour répondre aux demandes de soins non programmés de la population.

2.2.La Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAÏS)

2.2.1. Présentation

Le projet PAÏS a été mis en place à l'origine par le Dr Isaac Gbadamassi, alors responsable du SAMU-Centre 15 et du service des urgences du Centre Hospitalier de Blois (Loir-et-Cher), et par Patrick Expert, directeur-adjoint dans ce même hôpital. Dans le but de pouvoir favoriser un décroisement de la ville et de l'hôpital devenu indispensable. Ce projet s'inscrivait dans le cadre de l'incitation à développer des initiatives locales par les EGOS (Etats Généraux de l'Offre de Soins) de 2007 ainsi que la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) qui, dès 2008, prévoyait le paiement de compléments de rémunération destinés aux médecins libéraux.

A l'origine de leur constat : la grande crise de la médecine libérale avec la grève de l'urgence qui aura duré près de dix mois entre fin 2001 et 2002. A l'afflux des pathologies lourdes, s'ajoutaient au quotidien celles, plus simples, relevant de la médecine de ville, ce qui générait une embolisation constante du service hospitalier et surtout un retard de traitement des vraies urgences. Cette situation va inciter le responsable du service à rechercher une solution pour réorganiser la prise en charge des patients en amont de l'hôpital.

C'est ainsi qu'un tandem inédit, formé par un praticien hospitalier et un directeur d'établissement, ne cessera plus de porter sans relâche et pendant des années ce projet d'un véritable décroisement entre la ville et l'hôpital, dont ils deviendront les fidèles pilotes. L'hôpital étant le demandeur, tous les deux ne cesseront de jeter des ponts avec la médecine de ville en prenant l'initiative de rencontres et d'un débat territorial avec les confrères généralistes libéraux dans un esprit de solidarité, de courtoisie, de respect puis de confiance mutuelle.

De ces différents débats qui auront duré plusieurs années, naîtra le premier dispositif PAÏS à Saint-Georges-sur-Cher en 2009. Alors associé aux Docteurs Paul Guillon et Samuel Bordeaux, rapidement rejoints par Antoine Nicolas, le Docteur Yannick Legeay fut à l'initiative de cette première expérience. Il raconte : *«Nous avons tout de suite accroché au*

dispositif car on commençait déjà à parler des déserts médicaux. La demande de la population augmentait, surtout dans les périodes d'épidémies hivernales où les consultations se terminaient tard le soir. Il fallait trouver une solution afin de répondre à ces soins imprévus et permettre aux médecins d'alléger ces cadences infernales. A terme, l'objectif était aussi d'attirer de nouveaux confrères, surtout les plus jeunes qui ne demandent qu'à travailler en groupe. Quatre autres médecins nous ont rejoints depuis. Par la mutualisation des moyens humains et techniques, PAÏS permet de redynamiser des territoires en manque de médecins, c'est un vrai bouclier contre la désertification médicale ! ».

Loin de s'opposer aux Maisons de Santé Pluridisciplinaire, PAÏS a permis à la maison médicale de Saint-Georges-sur-Cher d'acquiescer ce statut de MSP : *« C'est le starter vers les MSP, précise Docteur Legeay, facile à mettre en place et peu coûteux. C'est un dispositif où tout le monde trouve son compte: patients, médecins et élus, puisqu'il permet à ces derniers d'attirer des praticiens dans leurs communes ».*

2.2.2. Fonctionnement

PAÏS a pour but de répondre aux demandes de soins non programmés au sein d'un bassin de vie, en semaine et le samedi matin, par les médecins généralistes adhérents au dispositif :

- Les praticiens d'un même territoire s'engagent, chacun à tour de rôle, à apporter une réponse quotidienne aux demandes imprévues de 8h à 20h en semaine et de 8h à 12h le samedi. Pour les patients, le fait de pouvoir consulter un médecin généraliste dans la journée permet de diminuer le recours aux urgences.
- Le secrétariat médical constitue le poste essentiel à privilégier au sein d'un cabinet. Pour ce faire, il est proposé aux secrétaires une double formation dont une, assurée par le SAMU, consiste à filtrer les appels, hiérarchiser les demandes en adaptant les rendez-vous puis réorienter certaines demandes vers des services extérieurs. (C'est le cas pour

des demandes sociales qui sont réorientées vers des assistants sociaux en amont.) La deuxième formation est assurée par les caisses d'assurance maladie sur les démarches administratives, ce qui permet de libérer le temps médical de certaines tâches fastidieuses.

- Le temps ainsi dégagé permet aux médecins de mener des actions de formations et de prévention collective, par exemple : formation du personnel en EHPAD, mise en place de consultations spécifiques d'éducation thérapeutique (pour les patients diabétiques, cardiopathes ou BPCO) et d'actions de prévention (concernant l'obésité et l'hypertension artérielle, entre autres).
- L'équipe informatique facilite le partage des dossiers médicaux entre médecins adhérents à PAÏS, notamment lors d'une astreinte, lorsque le praticien consulté n'est pas le médecin traitant du patient.

PAÏS ne nécessite pas la construction de locaux car elle prend en l'état l'existant. De fait, chaque praticien exerce dans son cabinet, y compris lorsqu'il est de permanence. Ainsi, le regroupement en un même lieu géographique n'est pas indispensable pour adhérer au dispositif.

Les secrétaires orientent les patients pour les consultations vers le cabinet, ou planifient les visites à domicile ou en EHPAD d'un commun accord avec le médecin chargé des soins non programmés. Pour répondre à ces demandes du territoire, ce dernier allège son agenda et définit à sa guise son propre planning de journée. Avec l'objectif de répondre à un maximum de demandes de soins imprévus dans les limites horaires de son astreinte PAÏS.

Il s'agit donc d'un dispositif particulièrement souple, ce qui lui donne l'avantage de pouvoir se déployer en presque six mois, dès lors que les financeurs ont donné leur accord.

2.2.3. Financement

Cette organisation a été instaurée en 2009 avec l'accord initial de l'ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation) et de l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie), à titre expérimental avec obligation d'une évaluation tous les semestres. Le financement sera alors garanti pour toutes les missions : aussi bien le pilotage que le secrétariat puis la gestion des soins non programmés au quotidien.

Dès le lancement de PAÏS, la Mutualité Française et Harmonie Mutuelle vont contribuer au financement et participeront, à ce titre, aux comités de pilotage semestriels avec la présentation d'une évaluation du dispositif en présence de la caisse d'assurance maladie.

Après 3 ans de fonctionnement aux résultats déjà probants et certifiés par la caisse d'assurance maladie, l'Agence Régionale de Santé (ARS) mise en place en 2010 (remplaçant l'ARH) sera alors confrontée à un afflux de demandes des futurs médecins pour PAÏS. Le défaut de fonds pérennes va conduire la tutelle à revoir sa participation financière, exclusivement dédiée au poste de secrétariat et en s'engageant sur un mode dégressif sur 3 ans (100 %, 60 % puis 30 %) avant un retrait total.

Cette situation impose aux deux pilotes de démarcher les élus communautaires et le Conseil Départemental du Loir-et-Cher, qui prendront le relais pour permettre à PAÏS de perdurer depuis maintenant dix ans avec des résultats qui dépassent largement les attentes. On observe d'ailleurs un engouement des futurs généralistes avec au moins cinq thèses qui étudient l'impact de PAÏS ou anticipent ses bénéfices dans d'autres territoires [21],[22],[23],[24], [Annexe 2].

Désormais le financement dans les différents territoires du Loir-et-Cher est assuré par le Conseil Départemental, les Communautés de Communes puis les Mutualités pour les actions médico-sociales. Enfin les actions de prévention et d'éducation sont rémunérées via le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information en Santé (FNPEIS).

2.2.4. Etat des lieux

2.2.4.1. Dans le Loir-et-Cher

Au 1^{er} janvier 2022, 35 médecins dans le département sont devenus des « païous » sur un territoire couvrant les trois quarts du département et desservant une population de 350 000 habitants – certains territoires pouvant être à cheval sur d'autres départements à travers la notion de « bassin de vie » (*païs* en vieux français), c'est d'ailleurs le cas du territoire pionnier, qui dessert également les populations limitrophes de l'Indre-et-Loire (37).

Les effets bénéfiques apportés par ce nouveau dispositif sont tels qu'une extension à l'ensemble du département d'ici la fin de 2022 est sérieusement envisagée, avec l'appui du Conseil Départemental qui s'est engagé récemment à financer à 100% les prestations de PAÏS.

Cette extension territoriale à l'échelle d'un département est totalement inédite et suscite un engouement majeur auprès des futurs médecins. C'est ce qu'a pu constater le staff du stand du Loir-et-Cher lors du congrès national des internes de médecine à Tours fin février 2022. En effet, de nombreux départements y tenaient un stand en vue de recruter de futurs médecins, et celui du 41 a enregistré ce jour-là 55 inscriptions d'internes intéressés par PAÏS. Du jamais vu.

Un chiffre marquant également: dans le territoire pionnier de PAÏS, les médecins étaient 13 en 1979, et sont désormais 14 en 2022 ! [25] Ils ont réussi à constituer leur vivier de remplaçants potentiels disponibles, au pied levé, pour prendre le relais pendant les congés et pour les départs en retraite.

2.2.4.2. Sur le reste du territoire

PAÏS est également implanté depuis environ 7 ans dans le Béarn (territoire de Nay). Son équipe, composée de 11 praticiens initialement, a reçu le prix 2018 du réseau des Territoires Innovants et compte à ce jour 13 médecins impliqués [26].

L'extension de PAÏS avait par ailleurs été initiée dans d'autres régions de France mais cette dynamique a été temporairement freinée par la pandémie. Une pandémie durant laquelle, peut-on signaler, les territoires de PAÏS se sont montrés particulièrement résilients et efficaces à

maintenir la continuité des soins d'une manière optimisée, au contraire de certains autres territoires différemment organisés [7]. Cela n'a pas échappé aux instances départementales du Loir-et-Cher et cela explique en partie leur engouement actuel pour ce dispositif.

2.2.5. Evaluation

Les bilans itératifs présentés aux comités de pilotage mettent en exergue des signes encourageants d'une réduction des dépenses inhérentes à cette nouvelle organisation, ce que confirment également les études de la caisse d'assurance maladie.

Devant ces résultats prometteurs, l'ARS et la Mutualité Française Centre – Val de Loire ont confié en janvier 2015 au Pr Jean-Marc Macé (du Conservatoire National des Arts et Métiers) le soin d'évaluer en profondeur le dispositif. Ce dernier va centrer son évaluation sur le territoire pionnier de la vallée du Cher à la Loire dans un bassin de vie d'environ 20 000 habitants où PAÏS sera déployé dans toute son ampleur et ses conclusions seront spectaculaires :

- Le recours aux urgences a été diminué d'un tiers (pour 160 800 euros d'économie).
- La consommation des transports (ambulance, VSL) a régressé de 21 % (pour une économie de 63 656 euros)
- Les soins à destination des diabétiques bénéficiant d'un suivi médical de proximité, ont permis de baisser le nombre des hospitalisations de cette population de 14 % (économie annuelle chiffrée à 9 628 euros)
- Enfin, l'accessibilité au médecin d'astreinte de PAÏS n'a pas été synonyme d'inflation puisqu'on note une réduction significative du nombre des consultations (-5 %) chez les médecins généralistes organisés (impact financier annuel évalué à 82 915 euros). Cette observation fait écho à l'étude sur les *Primary Care* du Dr Barbara Starfield. Une organisation de la médecine de proximité induit inéluctablement une réduction de la consommation des soins [27].
- L'économie annuelle valorisée est de l'ordre de 370 000 euros selon le Pr Macé (pour dix médecins).

Au total, 1 euro dépensé dans PAÏS en rapporte au moins 5 [5].

Par ailleurs, parmi les thèses portant sur PAÏS, la dernière d'entre elle, soutenue à l'automne 2021 et portant sur l'impact de PAÏS sur l'accès aux soins non programmés pour les résidents des EHPAD, retrouve, durant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux, 4 fois plus de sollicitations du service de garde ou du centre 15 et 4 fois plus d'interventions par avis oral ou téléphonique sans consultation au chevet du patient en secteur hors-PAÏS (cf. annexe 2).

2.2.6. Avantages et inconvénients

2.2.6.1. Pour les patients

Certains patients âgés, attachés à leur « médecin de famille » depuis de longues années, regrettent de ne pas voir leur médecin traitant lors des astreintes, mais ils reconnaissent l'avantage d'être pris en charge dans la journée par un confrère qui a accès à leur dossier. Ils modifient aussi leurs habitudes vis-à-vis des médecins et ce n'est nullement en faveur d'une surconsommation des soins médicaux ; l'une des patientes témoigne : « *On ne se déplace pas pour un petit rhume. On appelle uniquement quand c'est nécessaire. Mais on se sent en sécurité car on sait qu'on peut être vu jusqu'à 20h, dans de bonnes conditions.* »

De plus PAÏS ne se limite pas à une frontière communale ou départementale. Ainsi le dispositif a joué un rôle de tremplin en permettant une éclosion dynamique du cabinet de Saint-Georges-sur-Cher, pionnier dans la vallée du Cher. Le cabinet a connu une extension pour accueillir de nouveaux confrères et devenir par la suite une véritable MSP, très prisée par les internes en stages, et qui prend en charge des patients des communes voisines d'Indre-et-Loire (37).

Cette organisation a favorisé, au fil du temps, le rapprochement naturel de nouveaux praticiens et paramédicaux (dentistes, infirmières, kinés, pharmaciens, diététicien, psychologues, etc) sur le territoire.

Enfin la région Centre – Val de Loire, aux atouts touristiques reconnus, attire en été de nombreux vacanciers. PAÏS permet ainsi de répondre à la demande d'une patientèle de passage trouvant ici une offre de soins rapide et adaptée pour des pathologies bénignes. Les guides

touristiques, gîtes et campings de la région, au courant du dispositif, adressent désormais facilement ces vacanciers.

2.2.6.2. Pour les structures de soins

Cette organisation permet de réguler les admissions dans les services d'urgences hospitaliers. Il y a un contact préalable auprès du SAMU-Centre 15 par le médecin pour s'assurer de la situation des flux aux urgences avant tout adressage, quitte à planifier une hospitalisation différée d'un commun accord.

Par ailleurs, le SAMU-Centre 15 étant informé des plannings des médecins chargés quotidiennement des soins non programmés, possède donc sur les territoires où PAÏS est implanté l'information exacte à donner aux patients, s'il est question de les orienter vers une consultation de médecine générale à proximité de leur localisation.

La sortie de l'hôpital est également facilitée ou anticipée, vers le domicile ou un EHPAD, dès lors que la continuité des soins est assurée au sein du territoire correspondant. C'est souvent le cas les week-ends ou les jours fériés pour libérer des lits en fluidifiant les hospitalisations.

2.2.6.3. Pour les médecins

Les médecins élaborent 4 à 6 mois à l'avance leur planning pour les imprévus, ce qui leur permet d'organiser à leur guise leurs journées et même leurs absences. En partant du cabinet, ils ont la certitude d'une sécurité et d'une continuité des soins jusqu'à 20h pour leur patientèle au sein de leur territoire. Dans cette logique, trouver un remplaçant peut s'avérer facultatif si les congés sont planifiés de manière suffisamment coordonnée pour que l'effectif des médecins restants soit en mesure d'assurer la continuité des soins.

Le Dr Blin, dernière installée à Saint-Georges-sur-Cher fin 2018, va dans ce sens : « *Quand je ne suis pas d'astreinte, ma journée de rendez-vous se finit quand je le veux ! C'est un avantage pour la vie de famille car on ne fait pas des journées à rallonge. Dans les autres cabinets, les créneaux réservés aux soins non programmés sont rapidement comblés et en période d'épidémie on peut parfois terminer tard.* »

PAÏS permet aussi de porter plus d'attention aux patients, comme le souligne le Dr Guillon: *«Je ne suis plus dérangé par le téléphone car les secrétaires sont formées pour hiérarchiser les demandes et c'est le confrère d'astreinte qui est sollicité si besoin. »*

Le Dr Nicolas a constaté un *«gain de temps d'une heure à une heure et demie par jour grâce à PAÏS »* tandis que le Dr Trabut, auteur de la première thèse sur PAÏS en 2012, ajoute: *«Nous avons pu réduire significativement le recours de nos patients âgés aux structures hospitalières car nous avons plus de temps à leur consacrer. »*

Enfin, les journées d'astreinte ne sont pas une contrainte car *« c'est avant tout un travail d'équipe entre nous et une chance pour les patients, note le Dr Blin. Je sais que quand un confrère voit un de mes patients il pourra m'en parler si besoin et me donner son avis »*. Le Dr Nicolas remarque : *« on n'a pas tant de journées d'astreinte que ça car on est nombreux »*. Avec maintenant huit médecins à Saint-Georges-sur-Cher le dispositif a trouvé une réelle vitesse de croisière.

Cependant le médecin d'astreinte n'est pas urgentiste et il n'est pas question de faire office de service d'urgences. Le Dr Trabut explique : *«Nous faisons quelques sutures quand c'est nécessaire mais la grosse traumatologie nous l'orientons vers les Urgences. Nous n'avons pas d'appareil d'imagerie et ce n'est pas notre vocation. »*

Par ailleurs, dégagés de certaines tâches administratives, les médecins impliqués peuvent passer une convention avec la Faculté de Médecine de Tours pour prendre en stage des internes. Ils leur assurent un encadrement si enrichissant que ces cabinets de *« païsous »* sont désormais prisés à la faculté de médecine. Au point de faire l'objet, paraît-il, de négociations relativement serrées et ardues entre les stagiaires.

Le désintérêt pour la médecine rurale n'est pas observé dans les territoires d'implantation de PAÏS, qui disposeraient d'un pool de futurs médecins assurant à leur tour les remplacements, transitoires ou définitifs, de ceux qui partent à la retraite.

2.3.Situation régionale et locale

2.3.1. En Guadeloupe

La Guadeloupe est un territoire archipélagique composé de deux îles principales, la Basse-Terre et la Grande-Terre, qui constituent la Guadeloupe dite « continentale » en opposition aux quatre autres îles habitées, appelées « dépendances » ou « îles du sud » : la Désirade, Marie-Galante, ainsi que Terre-de-Haut et Terre-de-Bas (les deux îles principales de l'archipel des Saintes).

Ces considérations géographiques ne sont pas à négliger pour prendre en compte le vécu des patients, en particulier ceux des dépendances, limités dans leur accessibilité aux services essentiels par cette contrainte que constitue leur « double insularité ». Ils sont près de 14 500 selon les chiffres de 2019, dont plus de 10 000 à Marie-Galante.

Quant aux îles de St-Martin et de St-Barthélemy (appelées « îles du nord »), situées bien plus au nord dans les Petites Antilles, elles sont détachées administrativement de la Guadeloupe depuis le référendum de 2004 mais toujours rattachées à l'ARS de la Guadeloupe. De plus, bien qu'étant plus grandes et plus peuplées que les îles du sud, elles restent dépendantes du CHU de Guadeloupe pour les prises en charge les plus graves et les plus lourdes.

La population de la Guadeloupe est estimée à 375 700 habitants environ au 1^{er} janvier 2021 [28]. Pour une densité de 236 habitants/km². Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 9,5% de la population, une proportion similaire à celle de la moyenne nationale (9,5% en 2020). Mais cette statistique n'est qu'un trompe-l'œil car les projections estiment que la Guadeloupe et la Martinique seront les deux plus vieux départements de France en 2040.

Cette dynamique démographique s'articule principalement autour de deux flux contraires :

- les jeunes partent pour la France hexagonale ou ailleurs pour trouver du travail
- tandis que les plus de 65 ans originaires des Antilles, enfants du baby-boom et partis massivement en France hexagonale dans les années 60 et 70 (via le BUMIDOM) tentent, pour ceux qui le peuvent, de revenir au pays pour la retraite.

Quant à la natalité, elle est en hausse constante mais faible. Ainsi la région Guadeloupe perd 0,7 % de sa population en moyenne par an, soit près de 30 000 habitants en une décennie ; Guadeloupe et Martinique sont les deux régions françaises dont la population diminue [28].

Concernant la démographie médicale en médecine générale : la Cartographie Interactive de la Démographie Médicale nous indique un total de 647 médecins généralistes inscrits à l'Ordre, tous modes d'activité et types d'exercice confondus (îles du nord comprises) en 2021 [29]. Un chiffre qui place la Guadeloupe parmi les départements au-dessus de la médiane, concernant la densité de médecins généralistes (médiane nationale en 2021 : 123 / 100 000 habitants).

Un chiffre toutefois à nuancer avec le site Annuaire santé, qui référence 383 médecins généralistes en activité au 1^{er} janvier 2022, mais seulement 347 une fois déduits les effectifs des îles du nord [30]. Ce qui est encore trop élevé par rapport à la réalité, compte tenu de multiples éléments retrouvés dans l'analyse des résultats (doublons, activité partagée entre deux communes, prise en compte de structures communales tels que les CLASS, les dispensaires...)

Concernant les généralistes, l'activité libérale consacre encore beaucoup de plages horaires aux consultations sans rendez-vous, donc pour les soins imprévus ; à la différence d'autres territoires, notamment dans l'hexagone, où les consultations se font majoritairement sur rendez-vous. Cependant cette réalité tend à s'atténuer, pour au moins deux raisons : d'une part, la crise sanitaire liée au Covid 19 a été pour certains le facteur déclenchant d'une réorganisation de leurs plages horaires, marquée par le souci de limiter le nombre de patients en salle d'attente grâce à l'instauration de rendez vous ; d'autre part, le fait de travailler quasi exclusivement sur rendez-vous semble être désormais une pratique dominante chez les nouveaux installés.

En attendant, devoir se lever à 5h du matin, voire plus tôt encore, pour aller faire la queue ou prendre un ticket devant un cabinet est encore une réalité dans notre département, bien qu'en perte de vitesse. Et quand on sait le déficit en moyens de transport en commun sur notre territoire, aggravé depuis une quinzaine d'années, on peut imaginer le casse-tête que peut représenter, pour certaines personnes, le fait de se rendre à une consultation pour des soins

imprévus. Patients et praticiens sont donc largement demandeurs de nouvelles organisations qui permettraient de remédier à cet écueil, pour le confort de tous et le bien-être de chacun.

En dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) couvre la Guadeloupe et les îles du nord, répartis en 11 secteurs de garde, dont 6 en Guadeloupe « continentale » (3 en Basse-Terre et 3 en Grande-Terre), 3 dans les îles du sud (Désirade, Marie-Galante, Les Saintes) et 2 dans les îles du nord.

Elle est portée par l'ADGUPS (Association Départementale de Gardes, Urgences et Promotion de la Santé) et par les effecteurs médicaux qui représentent environ un tiers des médecins généralistes en activité régulière. Les consultations ont lieu de 20h à minuit en semaine, de 14h à minuit les samedis et de 8h à minuit les dimanches et jours fériés. Elles s'effectuent dans les Maisons Médicales de Garde (MMG) ou dans les cabinets des médecins eux-mêmes, un choix laissé à la discrétion des différents secteurs et de leurs effecteurs. Elles ne se prolongent pas en nuit profonde, sauf pour les 3 secteurs des îles du sud et les 2 des îles du nord. Environ 12 000 consultations sont réalisées annuellement dans les 4 Maisons Médicales de Gardes en activité.

2.3.2. Dans le territoire du Sud Basse-Terre

Le Sud Basse-Terre est un territoire rural relativement excentré vis-à-vis de l'agglomération pointoise, centrale et économiquement la plus dynamique. Centré sur la ville de Basse-Terre, il est le siège de la Préfecture, des assemblées territoriales et de l'ARS Guadeloupe (à Gourbeyre).

En termes de santé, le CHBT (Centre Hospitalier de la Basse-Terre) est la principale structure hospitalière de ce territoire, elle possède notamment un service d'urgences. Plus au nord dans les communes de la Côte-Sous-Le-Vent, on trouve des centres hospitaliers de moindre envergure (CH Maurice Selbonne à Bouillante, porteur d'un programme de lutte contre l'obésité et d'un service de SSR ; CH Louis-Daniel Beauperthuy à Pointe-Noire, avec une orientation marquée pour l'addictologie, entre autres) ; de l'autre côté, dans la direction de Pointe-à-Pitre, la commune de Capesterre-Belle-Eau (la plus peuplée de la zone) possède aussi un centre hospitalier. Plusieurs cliniques privées complètent l'offre de soins.

Le service des Urgences du CHBT est un service généraliste prenant en charge également les urgences gynécologiques et pédiatriques. Il est situé à une heure du CHU par la route et à environ 10 minutes en hélicoptère. Il comprend un box d'accueil, sept box de consultation, deux box de pédiatrie, une salle de plâtre, une salle de suture ainsi que trois places en salle de déchocage. En aval immédiat des Urgences, les lits-portes sont au nombre de neuf. En termes de personnel, il y a 14 ETP (Equivalent Temps Plein) médicaux et 23 ETP infirmiers.

Concernant la démographie médicale en Sud Basse-Terre: le total cumulé sur les 12 communes étudiées recense 76 médecins généralistes, selon Annuaire Santé. Mais une fois écartées les différentes références ne correspondant pas à un médecin généraliste en activité libérale, le chiffre tombe à 55 médecins libéraux en activité. Soit une densité de moins de 70 généralistes libéraux actifs pour 100 000 habitants, pour une population d'un peu plus de 80 000 personnes.

2.4.Objectifs de l'étude

Ce travail s'est fixé pour but d'étudier l'activité du Service d'Urgences du CHBT en 2019, en cherchant à déterminer la proportion de passages ne justifiant pas nécessairement une prise en charge aux Urgences. Et ce dans l'optique de pouvoir montrer l'intérêt de la mise en place d'un dispositif PAÏS dans le territoire sud basse-terrien.

PAÏS a fait ses preuves dans le Loir-et-Cher depuis plus de dix ans, que ce soit pour le désengorgement des Urgences comme pour la prise en charge des consultations imprévues.

L'objectif principal était d'estimer le nombre de passages aux Urgences du CHBT potentiellement évitables grâce à PAÏS, et de chiffrer parallèlement les économies réalisables. Les objectifs secondaires recherchaient les facteurs associés statistiquement aux recours considérés comme non justifiés, notamment durant les heures d'ouverture des cabinets médicaux.

3. Matériel et méthode

3.1.Type d'étude

Nous avons mené une étude quantitative rétrospective du 1^{er} janvier au 31 décembre 2019 portant sur les consultations réalisées au SAU (Service d'Accueil des Urgences) du CHBT (Centre-Hospitalier de la Basse-Terre), situé à Basse-Terre en Guadeloupe.

3.2.Population de l'étude

Notre étude a porté sur l'ensemble des passages aux Urgences durant l'année 2019, dans ce service qui reçoit tous les patients quels que soient leur âge et leur pathologie : il n'y a pas d'urgences pédiatriques ni d'urgences gynécologiques spécifiques. Pour l'année 2019 il a été relevé un total de 25 658 passages, toutes pathologies et classes d'âge confondues.

Le CHBT est relativement excentré géographiquement, il dessert un bassin de population de plus de 80 000 habitants, allant de la commune de Pointe-Noire (au Nord de la Côte-sous-le-Vent) à la commune de Capesterre-Belle-Eau (au Sud de la Côte-au-Vent) et comprenant aussi les 2 communes des Saintes. Soit un total de 12 communes : Pointe-Noire, Bouillante, Vieux-Habitants, Baillif, Basse-Terre, St-Claude, Gourbeyre, Vieux-Fort, Trois-Rivières, Capesterre-Belle-Eau, Terre-de-Haut et Terre-de-Bas.

En effet, pour ces douze communes (à l'exception de certaines sections dans les communes les plus éloignées) le service des Urgences du CHBT constitue le service public d'urgences le plus proche en termes de distance et de trajet, et aussi souvent en termes de temps d'attente, de sorte que parfois même des patients issus d'autres communes plus éloignées préfèrent s'y rendre.

Par la suite, ce territoire sera désigné sous l'appellation « bassin de vie sud basse-terrien » (notons qu'administrativement, il correspond à la totalité de la CAGSC, ou Communauté d'Agglomération Grand Sud Caraïbes, augmentée de la commune de Pointe-Noire).

Sur cette base initiale de 25 658 dossiers, les patients consultants originaires de communes situées hors du territoire desservi le CHBT, représentaient 9,4 % de l'ensemble des passages.

3.3. Plan de recrutement

Pour identifier les passages évitables relevant de la médecine ambulatoire durant l'ensemble de l'année 2019, nous avons fait appel à une technique d'échantillonnage.

Travaillant sur la base anonymisée des 25 658 passages de l'année 2019, qui constituait notre population d'étude et contenait déjà un certain nombre de données non identifiantes, nous avons calculé le nombre de sujets nécessaires à notre objectif d'étude avec les paramètres suivants : risque alpha 5% ; précision 3%. Compte tenu de la taille de notre population, ce nombre de sujets nécessaires était de 1067.

Afin de nous donner la possibilité de réaliser ultérieurement des analyses en sous-groupes selon la commune d'origine, nous avons choisi d'augmenter notre échantillon à 1 200 patients dans l'idée de pouvoir y retrouver au moins 1 067 patients issus de ce bassin de vie.

Les dossiers étant anonymement numérotés de 1 à 25 658, nous avons utilisé la fonction ALEA sous Excel (tirage au sort avec remise) afin de générer notre échantillon. Sur les 1 200 numéros tirés au sort, il y avait 18 doublons : une fois ceux-ci écartés, il nous restait 1 182 numéros.

Enfin, avant de débiter l'analyse des 1 182 dossiers correspondants, nous avons vérifié la répartition des patients : issus du bassin de vie sud basse-terrien ou non, selon le code postal. Bilan : 1080 patients issus du bassin (supérieur à 1067) pour 102 patients classés « hors bassin » (proportion de 8,6% de l'échantillon).

3.4. Plan de recueil des données

Dans la base des 25 658 dossiers, étaient présentes les données suivantes :

- Sexe
- Age
- Code postal
- Date et heure d'arrivée
- Jour de la semaine
- Date et heure de départ
- Mode de sortie
- Devenir

Pour recueillir le reste des données qui nous intéressaient, nous avons ouvert un à un l'ensemble des 1182 dossiers de l'échantillon dans deux logiciels différents : Cristal-Link pour la partie médico-administrative ; et Hexagone pour la partie socio-économique.

Nous précisons que ce recueil a été intégralement réalisé dans les locaux du CHBT.

3.4.1. Recueil des données médico-administratives

Afin de tenter de distinguer dans cet échantillon les passages pouvant relever de la médecine générale ambulatoire, nous avons établi une liste de critères objectifs (cf. figure 1) dont la présence dans les dossiers nous semblait pouvoir au contraire justifier d'une consultation aux Urgences, et ce en nous appuyant sur nos connaissances médicales ainsi que sur notre modeste expérience de clinicien, mais aussi conscient de la difficulté à délimiter les contours de ce qui constitue en propre la médecine d'urgence [31].

| | | |
|---|-----|--|
| Institution, dispositif ou professionnel adressant le patient | 1. | Centre 15 |
| | 2. | Médecin généraliste |
| | 3. | Médecin spécialiste |
| | 4. | Autre établissement hospitalier |
| | 5. | SMUR (amené par) |
| | 6. | Force Publique (amené par la Police, la Gendarmerie ...) |
| Circonstances de survenue | 7. | AVP (Accident de la Voie Publique) |
| | 8. | Retrouvé sur la Voie Publique |
| | 9. | Violences sur personne vulnérable |
| | 10. | Intoxication volontaire |
| | 11. | Intoxication accidentelle (y compris ivresse aiguë) |
| | 12. | AES (Accident d'Exposition au Sang) |
| Soins ou gestes techniques ne pouvant être réalisés au cabinet ou dans des conditions non optimales | 13. | Sutures |
| | 14. | Colle biologique |
| | 15. | Plâtres |
| | 16. | Corps étrangers (ablation) |
| | 17. | Brûlures |
| | 18. | Autres (non classés ailleurs) |
| Avis spécialisés | 19. | Chirurgical |
| | 20. | Psychiatrique |
| | 21. | Gynéco-Obstétrical |
| Sortie | 22. | HOSPITALISATION |

Figure 1 : liste des critères quantitatifs recherchés, par catégorie

Dans les 1182 dossiers du logiciel Cristal-Link nous avons consulté les 2 onglets suivants :

CIRCONSTANCES et AU TOTAL

Avec un objectif triple :

- Compléter les données manquantes des dossiers :
 - Dans l'onglet CIRCONSTANCES nous recueillions les données suivantes : « adressé par », « lieu de survenue », « transport »
 - Et dans l'onglet AU TOTAL les données suivantes : « mention d'un médecin traitant », « heure de la prise en charge médicale »
- Rechercher la présence de l'un ou l'autre des 21 critères listés dans la figure 1; le 22^{ème} (hospitalisation) étant déduit du mode de sortie
- Et enfin tenter une appréciation clinique globale concernant le caractère justifié ou non de la prise en charge aux Urgences, en nous basant sur nos connaissances et sur l'expérience acquise dans notre pratique personnelle en cabinet libéral.

En réalisant cette « expertise » personnelle et donc subjective, nous avons essayé de répondre principalement à deux questions :

- Cette situation possédait-elle un caractère d'urgence et/ou de gravité immédiate ?
- Cette situation aurait-elle pu être gérée par nous-mêmes dans les conditions de notre cabinet ou à domicile de façon satisfaisante ?

Ainsi qu'à une troisième, qui concernait davantage les hospitalisations pour les personnes âgées ou porteuses de maladies chroniques (cancers, cardiopathie) :

- Ce patient nécessitait-il de passer par les urgences pour être hospitalisé ?

L'utilisation des critères quantitatifs étant déjà relativement fiable, le but était de corriger le classement des certaines situations cliniques, dans un sens ou dans l'autre.

- Rattraper des situations non classées comme justifiées mais qui l'étaient (exemples : éliminer une embolie pulmonaire par imagerie, sortie au décours ; suspicion d'AVC finalement infirmée ; asthme aigu grave, notamment en population pédiatrique)

- Mais aussi retoquer des dossiers classés « urgents » quand le contenu du dossier médical nous semblait l'infirmier ; quelques exemples parmi bien d'autres : les « avis chirurgicaux », parfois demandés mais finalement pas obtenus, ou bien indiquant une prise en charge différée ; les enfants et adolescents adressés par le 15 pour des problèmes de santé mineurs en milieu scolaire ; les dossiers classés « AVP » et qui n'en sont pas vraiment, ou très légers...

Notons que les dossiers adressés par les médecins traitants, tout comme ceux adressés par le 15 ont été analysés avec la même rigueur dans un souci de cohérence, tout en ayant conscience des limites de l'exercice vis-à-vis de ces mode d'adressage aux Urgences.

3.4.2. Recueil des données socio-économiques

Avec l'autorisation des responsables du CHBT, nous avons pu accéder au dossier financier de chaque patient, à la recherche des informations suivantes :

- Couverture maladie : partie AMO (Assurance Médicale Obligatoire)
- Couverture maladie : partie AMC (Assurance Médicale Complémentaire)
- Coût du passage aux Urgences : relevé détaillé des différents forfaits par dossier

3.4.3. Recueil des données communales (en territoire sud basse-terrien)

A partir de recoupement entre plusieurs sources de données, nous avons récupéré ou établi les données suivantes :

- Densité communale de MG (médecins généralistes) en activité (en 2019)
- Distance approximative entre le centre de la commune et le CHBT (en km)
- Durée approximative du trajet entre le centre de la commune et le CHBT

3.5. Plan d'analyses des données

3.5.1. Définition et traitement des variables

- Sexe : Femme / Homme
- Age : défini en nombre entier d'années (à noter que dans le logiciel Cristal-Link l'âge est exprimé en nombre de mois jusqu'à 3 ans), puis regroupé en classes d'âge
- Classe d'âge :
 - Pédiatrie : l'âge limite en Pédiatrie est communément fixé à 15 ans et 3 mois en milieu hospitalier [32], un seuil qui permet d'orienter le patient vers les Urgences Pédiatriques ou les Urgences Adultes dans les hôpitaux ayant des services distincts. Ce qui n'est pas le cas au CHBT.

A noter que nous avons choisi d'inclure dans cette classe d'âge l'ensemble des patients de 15 ans et moins, donc incluant tous les patients âgés de 15 ans.

- Personnes âgées : nous avons choisi le seuil à 75 ans et plus pour cette catégorie
 - Adulte : tous les patients de plus de 15 ans et de moins de 75 ans [33]
- Code postal : il était recodé en une variable binaire intitulée « CP »
 - 1 pour les codes postaux des 12 communes du bassin de vie sud basse-terrien
 - 0 pour tous les autres codes postaux
 - Date et heure d'arrivée et date et heure de départ : en combinaison avec l'heure de prise en charge (estimée sur la base de l'heure du premier mot médical dans le dossier, onglet « Au total »), elles ont servi à calculer les 3 durées suivantes :
 - Durée d'attente : entre l'heure d'arrivée et l'heure de prise en charge
 - Durée de prise en charge : entre l'heure de prise en charge et l'heure de départ
 - Durée totale du passage au SAU : entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ

- PAÏS / hors PAÏS : Cette variable aurait pu aussi s'intituler « cabinets médicaux ouverts / fermés ». Dans la perspective d'une transposition de PAÏS en Guadeloupe, nous avons envisagé pour notre contexte les horaires suivants :
 - 7h – 19h du lundi au vendredi (vs 8h – 20h en France hexagonale)
 - 7h – 12 h le samedi (vs 8h – 12h en France hexagonale)

Ce choix s'appuie sur le constat d'un rythme de vie légèrement décalé en Guadeloupe avec des journées qui commencent plus tôt. C'est aussi le cas de certains cabinets qui ouvrent dès 7h du matin. A noter que la nuit tombe vite, d'où le choix de 19h pour clôturer une astreinte PAÏS.

- Mode de sortie : il y en avait 4 :
 - Ext. (retour à domicile) ;
 - Hosp. (Hospitalisation conventionnelle au CHBT) ;
 - Mut. (Mutation = hospitalisation en Lits-Porte au sein du SAU) ;
 - Tran. (Transfert vers un autre établissement de santé quel qu'il soit)

Cette variable a fait l'objet d'un recodage pour nous donner le 22^{ème} critère du tableau (*figure 1*) sous l'intitulé Hospitalisation : cotée « 0 » pour Ext. et « 1 » pour les autres modes de sortie.

- Les 21 critères listés plus haut étaient recherchés en mode « mots-clés » (à quelques exceptions près) dans chaque dossier, et coté ainsi :
 - 1 : en cas de critère retrouvé
 - 0 : dans le cas contraire
- Les exceptions :
 - Certaines circonstances étaient cotées 1 en fonction de l'interprétation du dossier même si l'intitulé du critère n'était pas exactement retrouvé (c'est notamment le cas de la plupart des critères de la catégorie « circonstances »)
 - A noter que la notion d'ivresse aigüe (également IA) ou alcoolisation aigüe était effectivement classée dans la catégorie des intoxications accidentelles (sous condition d'une alcoolémie positive dans le dossier quel que soit son taux)

- Autres (gestes techniques): ce critère permettait de prendre en compte certains gestes techniques non définis dans la liste initiale, il a été coté à 12 reprises, dans la moitié des cas en lien avec un problème ou une pose de sonde urinaire à demeure chez un homme ; on retrouvait pour les autres : utilisation de MEOPA à 2 reprises (dans le cadre d'une CVO (Crise Vaso-Occlusive) et lors d'une tentative de réduction d'une pronation douloureuse) ; perfusion de Venofer ; perfusion de Nubain en IVL (Intra-Veineuse Lente); utilisation d'agrafes pour refermer une plaie ; exploration d'un syndrome de pénétration
- Mention d'un médecin traitant (MT) : recherchée dans plusieurs endroits : dans la case dédiée de l'onglet « Au total » ; dans le corps du texte médical ; dans la partie « Circonstances » si la case « adressée par » indiquait : Médecin traitant ; cotée 1.
- Transport : pas de cotation particulière
- AMO : elle a été recodée de façon binaire : 1 si présente, 0 si absente.
- AMC : elle a été classée d'abord en 3 catégories :
 - AME (Aide Médicale d'Etat) ou C2S (Complémentaire Santé Solidaire)
 - Autre mutuelle
 - donnée manquante ;
 puis regroupée en 2 catégories selon la présence (« 1 ») ou l'absence (« 0 ») d'une AME ou d'une C2S.

3.5.2. Analyse des données

Pour tenter de distinguer les recours au Service des Urgences pouvant être considérés comme « justifiés » et ceux pouvant être considérés comme « non justifiés », nous avons testé différents scénarii prenant en compte un nombre plus ou moins important de variables parmi les 22 critères considérés comme « objectifs ».

C'est un scénario prenant en compte une grande partie des 22 critères qui a été retenu.

Ont été laissés de côté :

- Les critères de la catégorie « Circonstances », considérés comme pris en compte par d'autres critères en cas d'urgence ou de gravité, sinon pouvant relever d'une prise en charge ambulatoire
- et l'utilisation de la colle biologique, considérée comme réalisable en cabinet médical pour des plaies mineures et dont les caractéristiques rendent son indication valable.

Ensuite ce scénario, dit sur « critères quantitatifs » a été utilisé :

- En analyse bivariée pour établir le nombre de passages non justifiés et le nombre de passages considérés comme évitables selon le critère « PAÏS / hors PAÏS »
- En analyse multivariée pour rechercher les facteurs significativement associés
 - Soit à un recours non justifié quel que soit le moment
 - Soit plus précisément à un recours non justifié en horaires ouvrables de cabinets de médecine générale, donc considérés comme potentiellement évitables.

Il a été question également d'évaluer les horaires de la prise en charge, et en particulier le temps d'attente, surtout pour ceux dont les passages étaient considérés comme évitables.

Et enfin, d'estimer le nombre de passages à l'année par l'extrapolation des résultats de l'échantillon à ceux de la population source.

4. Résultats

4.1. Diagramme des flux

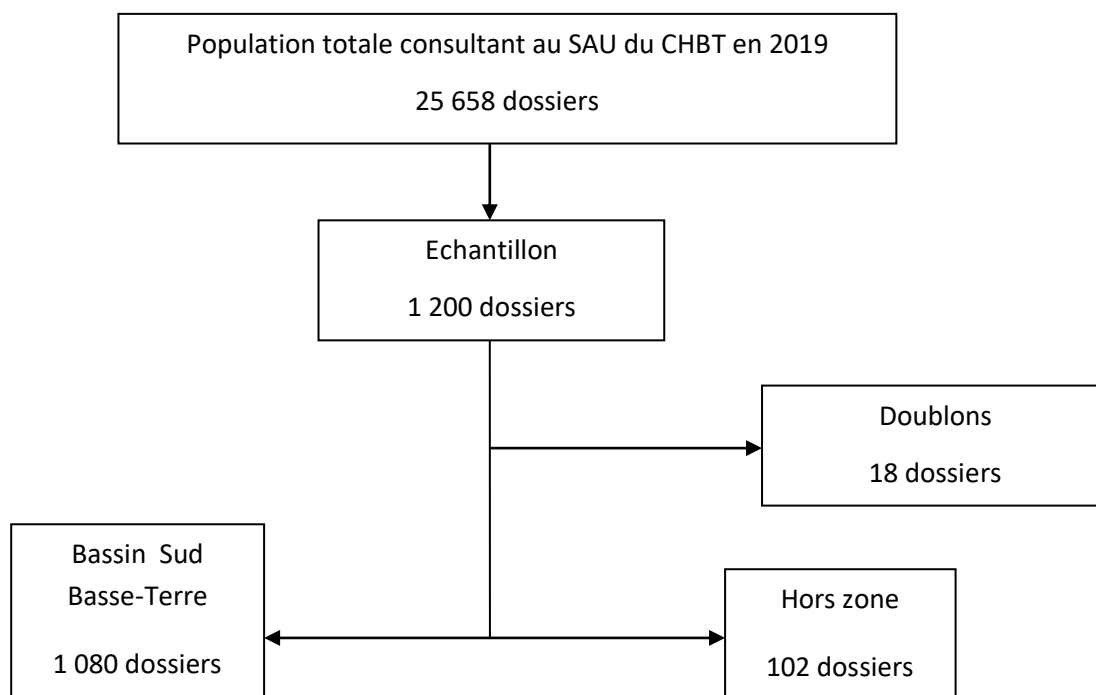


Figure 2 : schéma de l'étude

Sur les 25 658 passages de l'année 2019, nous avons réalisé un tirage au sort pour constituer un échantillon de 1 200 dossiers. Parmi ceux-ci, il y avait 18 doublons (nombres sortis plusieurs fois) qui ont été exclus, il en résultait un échantillon de 1 182 dossiers.

Cet échantillon a été intégralement étudié sur un ensemble de variables, à l'exception de quelques variables territoriales considérées spécifiquement pour la fraction de l'échantillon issue du bassin de vie du sud Basse-Terre, constituée de 1 080 dossiers.

4.2. Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon - SAU971 (N=1182)

| | | n | % | IC 95% |
|-------------------------|----------------|------|------|--------------------------|
| Sexe | homme | 541 | 45,8 | (42,9-48,6) |
| | femme | 641 | 54,2 | (51,4-57,1) |
| Classe d'âge | ≤ 15 ans | 275 | 23,3 | (21,1-25,6) |
| | 16-74 ans | 740 | 62,6 | (60,2-65,1) |
| | ≥ 75 ans | 167 | 14,1 | (12,3-16,2) |
| Médecin traitant | non | 919 | 77,8 | (75,3-80,0) |
| | oui | 263 | 22,3 | (20,0-24,7) |
| AMO | Non documentée | 48 | 4,1 | (3,1-5,4) |
| | oui | 1134 | 95,9 | (94,7-96,9) |
| AMC | Non documentée | 250 | 21,2 | (18,9-23,6) |
| | AME ou C2S | 320 | 27,1 | (24,6-29,7) |
| | Mutuelle | 612 | 51,8 | (48,9-54,6) |
| PAÏS / hors PAÏS | non | 538 | 45,5 | (42,7-48,4) |
| | oui | 644 | 54,5 | (51,6-57,3) |
| Durée du trajet | 1 | 433 | 40,1 | (37,2-43,1) |
| | 2 | 360 | 33,3 | (30,6-36,2) |
| | 3 | 287 | 26,6 | (24-29,3) ^a |
| Densité de MG | 1 | 433 | 40,1 | (37,2-43,1) |
| | 2 | 323 | 29,9 | (27,2-32,7) |
| | 3 | 324 | 30 | (27,3-32,8) ^a |

a Uniquement pour les patients du bassin sud basse-terrien (n=1080)

Parmi les 1 182 consultants aux urgences de notre échantillon, on comptabilisait 641 femmes (soit 54,2% des consultants) et de 541 hommes (soit 45,8%). Dans cet échantillon, 14,1% des patients étaient âgés d'au moins 75 ans et 23,3% avaient 15 ans ou moins.

La mention d'un médecin traitant du patient était retrouvée dans 22,3% des dossiers.

Tous sexes et âges confondus, 54,5% des patients avaient consulté en horaires PAÏS, soit durant les 65 heures hebdomadaires correspondant à ces horaires tels que définis plus haut.

Selon notre recueil, 95,9% des patients possédaient une AMO et 78,85% avaient également une AMC. Et pour 27,1% de l'effectif, l'AMC était une C2S ou une AME.

La durée du trajet depuis le centre de la commune était regroupée par terciles, ainsi que la densité de médecin généraliste par communes en 2019.

4.3. Estimation du nombre de passages

Tableau 2 : Estimation des passages non justifiés ou évitables - SAU971 (N=1182)

| | | n | % | IC 95% |
|---|-----|-----|------|-------------|
| Passages non justifiés selon critères quantitatifs | oui | 680 | 57,5 | (54,7-60,3) |
| | non | 502 | 42,5 | (39,7-45,3) |
| Passages non justifiés selon critères qualitatifs | oui | 744 | 62,9 | (60,1-65,7) |
| | non | 438 | 37,1 | (34,3-39,9) |
| Passages évitables selon critères quantitatifs | oui | 353 | 29,9 | (27,3-32,5) |
| | non | 829 | 70,1 | (67,5-72,7) |
| Passages évitables selon critères qualitatifs | oui | 403 | 34,1 | (31,4-36,9) |
| | non | 779 | 65,9 | (63,2-68,6) |

Toutes périodes confondues (horaires d'ouvertures des cabinets et horaires de la PDSA), 57,5% des passages pouvaient être considérés comme non justifiés selon les critères quantitatifs. Et ce pourcentage montait à 62,9% si l'on se référait au jugement clinique.

Si l'on s'intéresse maintenant à ces passages non justifiés sur les seuls horaires d'ouverture des cabinets libéraux (ou « horaires PAÏS »), leur proportion était de 29,9% sur les critères du protocole choisi, et montait à 34,1% en se basant sur le jugement clinique, soit plus d'un tiers du total des consultations.

4.4.Facteurs associés aux recours non justifiés

Tableau 3 : Recours non justifiés sur critères quantitatifs - SAU971 (N=1182)

| | N | % | [IC 95%] | OR | P> z | [IC 95%] |
|----------------------------------|-----|------|-------------|------|-------|--------------|
| Sexe | | | | | | |
| Hommes (n=541) | 293 | 54,2 | (49,9-58,3) | 1 | | |
| Femmes (n=641) | 387 | 60,4 | (56,5-64,1) | 1,43 | 0,009 | (1,09-1,86) |
| Age | | | | | | |
| Seniors ≥ 75 ans (n=167) | 41 | 24,6 | (18,6-31,6) | 1 | | |
| Adultes (n=740) | 431 | 58,2 | (54,6-61,8) | 3,89 | 0,000 | (2,57-5,88) |
| Pédiatrie (n=275) | 208 | 75,6 | (70,2-80,4) | 8,07 | 0,000 | (4,93-13,22) |
| Mutuelle | | | | | | |
| C2S ou AME (n=320) | 204 | 63,8 | (58,3-68,8) | 1 | | |
| Autre (n= 862) | 476 | 55,2 | (51,9-58,5) | 1 | 0,980 | (0,74-1,36) |
| Mention d'un MT | | | | | | |
| oui (n=263) | 93 | 35,4 | (29,8-41,3) | 1 | | |
| non (n=919) | 587 | 63,9 | (60,7-66,9) | 2,69 | 0,000 | (1,96-3,70) |
| PAÏS | | | | | | |
| Cabinets ouverts (n=644) | 353 | 54,8 | (50,9-58,6) | 1 | | |
| Cabinets fermés (n=538) | 327 | 60,8 | (56,6-64,8) | 1,13 | 0,357 | (0,87-1,48) |
| Densité MG | | | | | | |
| 3 ^{ème} tercile (n=324) | 193 | 59,6 | (54,1-64,8) | 1 | | |
| 2 ^{ème} tercile (n=323) | 163 | 50,5 | (45-55,9) | 1 | 0,997 | (0,59-1,68) |
| 1 ^{er} tercile (n=433) | 263 | 60,7 | (56,1-65,2) | 1,34 | 0,170 | (0,88-2,03) |
| Durée trajet Urgences | | | | | | |
| 3 ^{ème} tercile (n=287) | 133 | 46,3 | (40,6-52,1) | 1 | | |
| 2 ^{ème} tercile (n=360) | 208 | 57,8 | (52,6-62,8) | 1.55 | 0,015 | (1,09-2,20) |
| 1 ^{er} tercile (n= 433) | 278 | 64,2 | (59,6-68,6) | 2.19 | 0,000 | (1,42-3,36) |

Toutes les autres variables étant ajustées par ailleurs, les caractéristiques suivantes étaient significativement associées aux recours considérés comme injustifiés :

- le fait d'être une femme (p-value = 0,009) ;
- le fait d'être un adulte de moins de 75 ans (p-value < 10⁻³) et surtout un jeune de 15 ans ou moins (p-value < 10⁻³) ;
- l'absence de mention d'un médecin traitant (p-value < 10⁻³) ;
- et la durée de trajet (2^{ème} tercile : p-value = 0,015 et 1^{er} tercile : p-value < 10⁻³)

NB : Par contre, entre les patients possédant une mutuelle classique et ceux bénéficiaires d'une C2S ou d'une AME il n'y avait aucune différence (p-value = 0,98). La densité communale de médecin généraliste elle non plus n'avait aucun caractère significatif. Pas plus que le fait de consulter en horaires d'ouverture des cabinets plutôt qu'en horaires de PDSA.

4.5. Facteurs associés aux recours non justifiés en horaires d'ouverture des cabinets

Tableau 4 : Passages évitables sur critères quantitatifs - SAU971 (N=1182)

| | N | % | [IC 95%] | OR | P> z | [IC 95%] |
|----------------------------------|-----|------|-------------|------|-------|-------------|
| Sexe | | | | | | |
| Hommes (n=541) | 148 | 27,4 | (23,8-31,3) | 1 | | |
| Femmes (n=641) | 205 | 32,0 | (28,5-35,7) | 1,29 | 0,062 | (0,99-1,70) |
| Age | | | | | | |
| Seniors ≥ 75 ans (n=167) | 20 | 12,0 | (7,9-17,8) | 1 | | |
| Adultes (n=740) | 230 | 31,1 | (27,8-34,5) | 2,95 | 0,000 | (1,77-4,91) |
| Pédiatrie (n=275) | 103 | 37,5 | (31,9-43,3) | 3,64 | 0,000 | (2,08-6,37) |
| Mutuelle | | | | | | |
| C2S ou AME (n=320) | 101 | 31,6 | (26,7-36,9) | 1 | | |
| Autre (n= 862) | 252 | 29,2 | (26,3-32,4) | 1,08 | 0,607 | (0,80-1,47) |
| Mention d'un MT | | | | | | |
| oui (n=263) | 46 | 17,5 | (13,4-22,6) | 1 | | |
| non (n=919) | 307 | 33,4 | (30,4-36,5) | 2,07 | 0,000 | (1,43-2,99) |
| Densité MG | | | | | | |
| 3 ^{ème} tercile (n=324) | 104 | 32,1 | (27,2-37,4) | 1 | | |
| 2 ^{ème} tercile (n=323) | 84 | 26 | (21,5-31,1) | 1,24 | 0,425 | (0,73-2,09) |
| 1 ^{er} tercile (n=433) | 137 | 31,6 | (27,4-36,2) | 1,29 | 0,213 | (0,87-1,91) |
| Durée trajet Urgences | | | | | | |
| 3 ^{ème} tercile (n=287) | 75 | 26,1 | (21,4-31,5) | 1 | | |
| 2 ^{ème} tercile (n=360) | 96 | 26,7 | (22,3-31,5) | 0,94 | 0,763 | (0,65-1,37) |
| 1 ^{er} tercile (n= 433) | 154 | 35,6 | (31,2-40,2) | 1,69 | 0,017 | (1,10-2,59) |

Toutes les autres variables étant ajustées par ailleurs, les caractéristiques suivantes étaient significativement associées aux passages considérés comme évitables:

- le fait d'être un adulte de moins de 75 ans (p-value < 10⁻³) ou un jeune (p-value < 10⁻³) ;
- l'absence de mention d'un médecin traitant (p-value < 10⁻³) ;
- et la durée de trajet jusqu'au CHBT mais seulement pour le 1^{er} tercile : (p-value = 0,017)

Par contre, une fois encore nous ne retrouvons aucune différence entre mutuelle classique et C2S ou AME vis-à-vis des recours non justifiés en journée (p-value = 0,607), tandis que sur ces horaires d'ouverture en particulier, le fait d'être une femme n'était plus significativement associé (p-value = 0,062). Aucune association non plus avec la densité communale en médecin généraliste (p-value = 0,21 pour la valeur la plus basse).

4.6. Durées des passages aux Urgences

| percentiles | minutes |
|-------------|-----------|
| 1% | 3 |
| 5% | 10 |
| 10% | 15 |
| 25% | 30 |
| 50% | 65 |
| 75% | 121 |
| 90% | 192 |
| 95% | 245 |
| 99% | 382 |

Le tableau 5 met en exergue la médiane du temps d'attente : 65 min. Ce qui signifie que la moitié des personnes venant consulter au SAU attendaient plus de 65 min, pour l'ensemble de l'échantillon. Et un quart d'entre eux attendaient au moins 2 heures.

Tableau 6 : durée d'attente selon SAU justifié sur critères quantitatifs - SAU971 (N=1134)

| <i>n</i> | Durée d'attente (en terciles) | | | Total |
|---------------------|-------------------------------|--------------|--------------|-----------------|
| | 1er tercile | 2ème tercile | 3ème tercile | |
| SAU justifié non | 214 33.59 | 223 35.01 | 200 31.40 | 637 100.00 |
| SAU justifié oui | 169 34.00 | 150 30.18 | 178 35.81 | 497 100.00 |
| Total | 383 33.77 | 373 32.89 | 378 33.33 | 1,134 100.00 |

Pearson chi2(2) = 3.6258

Pr = 0.163

Tableau 7 : durée de prise en charge selon SAU justifié sur critères quantitatifs - SAU971 (N=1129)

| <i>n</i> | Durée de prise en charge (en terciles) | | | Total |
|---------------------|--|--------------|--------------|-----------------|
| % | 1er tercile | 2ème tercile | 3ème tercile | |
| SAU justifié non | 298 46.71 | 218 34.17 | 122 19.12 | 638 100.00 |
| SAU justifié oui | 82 16.70 | 157 31.98 | 252 51.32 | 491 100.00 |
| Total | 380 33.66 | 375 33.22 | 374 33.13 | 1,129 100.00 |

Pearson $\chi^2(2) = 161.4865$

Pr = 0.000

Tableau 8 : durée totale selon SAU justifié sur critères qualitatifs - SAU971 (N=1174)

| <i>n</i> | Durée totale du passage (en terciles) | | | Total |
|---------------------|---------------------------------------|--------------|--------------|-----------------|
| % | 1er tercile | 2ème tercile | 3ème tercile | |
| SAU justifié non | 306 45.07 | 235 34.61 | 138 20.32 | 679 100.00 |
| SAU justifié oui | 88 17.78 | 155 31.31 | 252 50.91 | 495 100.00 |
| Total | 394 33.56 | 390 33.22 | 390 33.22 | 1,174 100.00 |

Pearson $\chi^2(2) = 145.0782$

Pr = 0.000

Les tableaux 6, 7 et 8 nous fournissent la répartition des durées aux Urgences en relation avec le caractère justifié ou non de la venue aux Urgence ; les effectifs ont été amputés des données aberrantes ou manquantes, d'où des effectifs inférieurs à 1182.

Le tableau 6 signale qu'en termes de durée d'attente, il n'y avait pas de différence significative, selon que le recours aux urgences était considéré comme justifié ou injustifié.

Les tableaux 7 et 8 mettent en exergue au contraire une relation entre SAU justifié et durée augmentée, que ce soit concernant la durée de prise en charge (tableau 7) ou concernant la durée totale du passage (tableau 8).

**Tableau 9 : durée d'attente selon passage évitable sur critères quantitatifs – SAU971
(N=1134)**

| <i>n</i> | Durée d'attente (en terciles) | | | Total |
|-------------------------|-------------------------------|--------------|--------------|-----------------|
| | 1er tercile | 2ème tercile | 3ème tercile | |
| Passage évitable non | 306 37.82 | 252 31.15 | 251 31.03 | 809 100.00 |
| Passage évitable oui | 77 23.69 | 121 37.23 | 127 39.08 | 325 100.00 |
| Total | 383 33.77 | 373 32.89 | 378 33.33 | 1,134 100.00 |

Pearson $\chi^2(2) = 20.8257$

Pr = 0.000

Le tableau 9 nous montre la répartition des durées d'attente aux Urgences, cette fois-ci en relation avec la notion de passage évitable; cette relation était significative, allant dans le sens d'une augmentation de la durée d'attente lorsque les gens, venus consulter pour un motif considéré comme injustifié, le faisaient sur les horaires d'ouverture des cabinets.

4.7. Extrapolation à la population source

4.7.1. Nombre de passages annuels évitables

En extrapolant les 353 passages évitables (sur les critères quantitatifs) à l'ensemble des passages de l'année 2019, on peut estimer qu'un dispositif de prise en charge des soins imprévus en horaires d'ouverture des cabinets aurait pu permettre d'éviter **7662 passages**.

4.7.2. Economies réalisables

L'analyse économique des dossiers nous a révélé un forfait minimal économisable à chaque passage évitable : le forfait ATU (Accueil et Traitement des Urgences).

Contrairement aux frais des consultations et des divers examens complémentaires, ce forfait ne sera jamais demandé en médecine non hospitalière : c'est donc le seul dont l'économie soit incontestable. Ce forfait en 2019 était d'environ 25 €, ce qui nous permet d'estimer que pour les 7662 passages, l'économie annuelle en 2019 aurait été au minimum de **191 550 €**.

5. Discussion

5.1. Analyse des résultats

➤ Caractéristiques de l'échantillon :

Concernant la répartition selon le sexe, le ratio F/H est de 1,18, proche de celui retrouvé en population guadeloupéenne en 2019 (1,17).

Pour ce qui est de l'âge, on relève que les 75 ans et plus représentent 14,1% de l'échantillon, contre 9,5% de la population guadeloupéenne. Soit une surreprésentation de près de 50%. Une statistique que l'on peut a priori aisément expliquer par le fait que les personnes âgées sont globalement plus fragiles, davantage touchées par les maladies chroniques et la poly-pathologie, ils ont donc davantage recours à notre système de soin selon toutes les modalités possibles.

Concernant la mention d'un médecin traitant, on voit qu'elle est peu présente : 22%, alors même que plus de 90% de la population a officiellement un médecin traitant. Le rythme de travail, les cadences, l'affluence courante dans ce type de service hospitalier ne permet guère, il est vrai, de pouvoir facilement s'appesantir sur le parcours de soin préalable suivi par le patient jusqu'à son arrivée aux Urgences et la place de son médecin traitant dans ledit parcours. Il y a donc là un biais de renseignement facilement explicable et compréhensible. D'autre part, une variabilité inter-individuelle est également à prendre en compte, celle qui caractérise les médecins concernant la quantité d'information collectée et retranscrite dans les observations médicales.

Par ailleurs, dans les dossiers de Cristal-link il y a bien une case réservée aux informations sur le médecin traitant et ses coordonnées, mais elle est très peu renseignée et son taux de remplissage est bien inférieur aux 22,3% de dossiers mentionnant un médecin traitant.

Les nombreuses données manquantes concernant les mutuelles peuvent partiellement s'expliquer par l'absence d'enregistrement de celles-ci au bureau des admissions, bureau fermé sur des horaires à peu près superposables à ceux de la PDSA ; il y a certes une affiche qui invite le patient à venir présenter sa mutuelle en horaires ouvrables dans les 7 jours suivant sa venue

aux Urgences, mais en pratique, on s'en doute, cela est rarement fait ; d'où la perte de données. Peut-être pourrait-on mettre en place un autre dispositif aux Urgences afin de pouvoir enregistrer toutes les couvertures sociales quelle que soit l'heure d'arrivée.

➤ L'estimation des effectifs selon les critères quantitatifs et selon le jugement clinique

Le constat est sans appel : les critères quantitatifs sont beaucoup plus restrictifs dans l'identification des passages évitables, car ils « pêchent un peu trop largement » en quelque sorte, pour diminuer le risque de laisser échapper des consultations justifiées qui seraient par erreur considérées comme des recours non légitimes. Que l'on songe par exemple au Centre 15 qui oriente les traumatismes légers des milieux scolaires vers les urgences ; une coordination avec un dispositif PAÏS permettrait certainement de moins systématiser ce genre de pratique, assez courante dans notre échantillon. En tout cas on conçoit bien que l'on peut récupérer, avec le critère de l'orientation vers les Urgences par le Centre 15, un grand nombre de dossiers qui se trouvent justifiés par cet élément (mais ne le seraient pas forcément par la suite du dossier).

Cependant, le but étant d'estimer le nombre des passages évitables et l'économie potentielle, il est préférable de sous-estimer les résultats afin d'augmenter leur fiabilité, un gage recherché par les décideurs quand il s'agit de mener des actions nouvelles. Car cela permet d'affirmer que les résultats sont à un niveau minimal en-dessous duquel on ne peut pas descendre : ainsi, si malgré ces restrictions ils sont déjà significatifs, notamment du point de vue économique, ils peuvent de surcroît laisser espérer des économies de plus grande ampleur. Quoiqu'il en soit, c'est la raison pour laquelle nous avons retenu ces critères « quantitatifs » ou « objectifs » dans nos analyses.

Un dernier point : il est possible que parmi les passages évitables issus des communes excentrées, les patients n'aient pas forcément le réflexe PAÏS et aillent toujours aux urgences (faire 40 km pour voir un médecin généraliste...) tandis que des patients venus pour des recours non justifiés de début de soirée ou de début de journée (hors horaires PAÏS donc non comptabilisés) pourraient changer leurs comportements et adopter PAÏS. Ce qui pourrait globalement équilibrer les effectifs.

➤ Facteurs associés aux recours injustifiés à toute heure d'arrivée ou hors PDSA

Parmi ces facteurs associés, on ne s'attendait pas à retrouver le sexe féminin ; le meilleur moyen d'appréhender cette association sans tomber dans des considérations inappropriées, est d'en déduire que cela révèle l'insuffisance de la prise en compte de la gent féminine dans l'offre de soins primaires. Il est vrai que dans la société guadeloupéenne la place des femmes, et en particulier des femmes en âge de procréer, est prédominante, avec l'image commune de la femme « *potomitan* » (i.e. « pilier central » au milieu de la maison, autour de qui tourne le foyer et sur qui tout repose) ; une image qui, à notre époque marquée notamment par la progression du nombre de familles monoparentales, traduit une réalité qui perdure.

Nous pensons notamment aux mères de famille isolées qui travaillent : elles peuvent avoir toutes les peines du monde à trouver un rendez-vous en horaires ouvrables, ce qui est bien étayé par les résultats en horaires ouvrables stricts, durant lesquels cette association entre le sexe féminin et les recours injustifiés disparaît : les femmes ne consultent pas plus que les hommes en journée pour un motif injustifié, mais plutôt davantage que les hommes globalement ; un dispositif PAÏS mis en place en Sud Basse-Terre aurait tout intérêt à en tenir compte.

L'âge aussi est un facteur associé aux recours injustifiés pour les catégories « adulte » et « pédiatrie » : cela se comprend aisément puisque le grand âge, valeur de référence dans cette analyse, est lui souvent associé au fait de consulter aux Urgences pour un motif justifié.

Pour autant, un chiffre nous a interpellés concernant les seniors de 75 ans et plus : ils représentent 20 passages évitables par an dans notre échantillon, soit près de 434 au total dans la population source. Soit entre 8 et 9 passages par semaine, ou plus simplement : bien plus d'un passage par jour évitable ! Ne peut-on pas penser qu'éviter chaque jour à au moins une personne âgée de 75 ans ou plus de se rendre aux Urgences alors qu'une alternative existe, pourrait être une perspective particulièrement enthousiasmante pour le praticien d'astreinte dans un système tel que PAÏS ? « Aujourd'hui, je permettrai à au moins un senior d'éviter un passage inutile par le service des Urgences ! » On a envie de répondre : est-ce que cela n'en vaut pas le coût ?

Un focus également sur la pédiatrie, dont la fréquence des consultations pour des problèmes de santé mineurs semble au-dessus des valeurs attendues : elle nous paraît être liée à un état d'esprit encore largement répandu dans la population du Sud Basse-Terre, qui considère que la prise en charge de la santé des enfants relève presque exclusivement du pédiatre. Cette opinion, conjuguée à la quasi disparition des pédiatres libéraux dans ce bassin de vie (1 ou 2 en 2019 à Basse-Terre) et à une autre idée, couramment répandue à l'échelle nationale cette fois-ci, selon laquelle « dans les services d'urgence on est pris en charge par des spécialistes » [18], peut permettre d'expliquer les chiffres constatés. La pédagogie qu'il faudrait développer auprès de la population, en expliquant que les médecins généralistes sont parfaitement à même de prendre en charge les adolescents comme les enfants et même les nourrissons, devrait être un point également important à considérer pour remédier à cette situation.

Bien qu'étant sujette aux biais que nous avons relevés plus haut, l'absence de mention d'un médecin traitant est statistiquement associée aux recours non justifiés. Cela conforte néanmoins la place du médecin traitant dans le parcours de soins de tout patient et son rôle incontournable pour diminuer les recours aux urgences non justifiés.

Une autre donnée concernant la médecine de ville nous a interpellés : la densité en médecin généraliste par commune dans le sud Basse-Terre n'est absolument pas corrélée avec les recours non justifiés. Ce qui nous donne à penser deux choses : d'abord, augmenter la densité médicale à travers l'installation de nouveaux médecins ne garantit nullement d'abaisser les recours non justifiés aux Urgences, ce n'est donc pas le seul levier à actionner pour améliorer l'offre de soins; et ensuite (en renversant le constat): si l'augmentation du nombre de médecins ne va pas automatiquement suffire à changer la donne, c'est peut-être davantage à leur organisation et leur maillage sur le territoire qu'il faut s'intéresser pour espérer y parvenir ! Ce qui donne du grain à moudre à la démarche pragmatique de PAÏS, dont les promoteurs ne cessent de marteler ce constat positif : on peut soigner mieux à moyens constants. Quoi de plus motivant ?

Terminons enfin par un résultat social de premier ordre : le fait ou pas d'avoir une C2S ou une AME n'est en aucun cas associé aux consultations injustifiées aux urgences, et ce résultat est sans équivoque : $p\text{-value} = 0,980$ quel que soit l'horaire ; $p\text{-value} = 0,607$ en horaires ouvrables, très loin du seuil de la significativité fixé à 0,05. Ce qui tord le coup à une idée couramment répandue selon laquelle les personnes bénéficiaires des aides sociales seraient plus promptes à « consommer » des soins médicaux : sur la base des résultats de notre étude, on peut objectivement qualifier cette idée de total préjugé, et ce sans contestation possible.

➤ Les durées aux Urgences

La moitié des patients attendront au moins 1h05 aux urgences avant d'être examiné, que le recours soit ou non justifié (et 1h10 au moins quand le recours n'est pas justifié). Cette donnée est à considérer et à mettre en parallèle avec l'organisation de PAÏS lors de la journée d'astreinte : les consultations se font ... sur rendez-vous ! Nul besoin de venir attendre devant le cabinet du médecin d'astreinte : on appelle le secrétariat dès l'horaire d'ouverture et un rendez-vous est fixé le jour même. Le service rendu est donc tout autre.

Les tableaux 6, 7 et 8 confortent la validité interne de notre étude.

Le tableau 6 ne retrouve pas de différence significative dans les temps d'attente, sauf si l'on regarde cette donnée en horaires ouvrables (tableau 9) : les cas justifiés attendent moins longtemps, et plus l'attente s'allonge, moins ils sont nombreux, à l'exact opposé des cas non justifiés. Cela conforte la cohérence entre notre classification des recours et le tri qui semble être organisé par nos confrères urgentistes dans la gestion de leur flux de patients.

Les tableaux 7 et 8 nous montrent que la durée de prise en charge et la durée totale du passage sont inversement proportionnelles au caractère injustifié dudit passage : plus le passage est injustifié, moins il est long.

➤ Les chiffres en population source

Ce chiffre de 7662 passages évitables est à mettre en parallèle avec la précédente étude du Dr Cassien Gauthier, qui retrouvait en 2017 aux Urgences de Chartres un total de 9951 passages évitables dans un service d'Urgences adulte (donc sans la pédiatrie) pour un bassin de vie de 200 000 habitants (c'est-à-dire 2,5 fois plus peuplé que celui de notre étude) [24].

Pour estimer les économies réalisables, l'étude de 2017 s'était basée sur le coût moyen d'un passage aux Urgences (sans hospitalisation en UHCD) tel qu'établi par le rapport de la Cour des Comptes de 2019 et fixé à 148 euros [9]. En prenant cette méthode, et tenant compte du fait que la consultation en médecine générale coûte 29,60 € en Guadeloupe, l'économie réalisée en se basant sur ce coût moyen aurait été de 907 180 euros, soit presque cinq fois plus élevée.

Néanmoins, le coût minimal économisable à l'échelle d'une année, mis en avant par notre travail, nous semble tout à fait significatif, si l'on considère qu'avec 191 550 € on peut largement financer un dispositif PAÏS pour une année à l'échelle du territoire sud basse-terrien. Ce qui, compte tenu de la marge possiblement importante des autres économies réalisables, peut suffire à justifier d'investir dans cette direction.

A noter qu'après avoir songé à estimer, nous aussi, l'économie réalisable sur le coût des transports évitables, nous y avons renoncé en nous appuyant sur deux considérations : d'abord, il est difficile d'être certain que lesdits transports seraient forcément évitables, car peut-être seraient-ils quand même utilisés pour amener les gens consulter chez un médecin de PAÏS ? Et ensuite, compte tenu de la précarité sociale importante de notre territoire et surtout de l'insuffisance chronique des moyens de transports (rendant le moyen de locomotion individuel quasi incontournable pour se déplacer), le caractère évitable est plus qu'incertain.

Par contre, des initiatives locales ont déjà été tentées sur notre territoire, pour proposer des transports à moindre coût vers les acteurs de la santé, mais elles ne sont bien connues, ni du grand public, ni des professionnels de santé eux-mêmes. Voilà donc un autre domaine dans lequel des améliorations sont possibles.

5.2. Analyse de la méthodologie adoptée

Comment arriver à déterminer avec le plus de justesse possible les recours non justifiés aux urgences ? Il est évident qu'il y a, dans l'absolu, autant de critères particuliers que de situations pathologiques. Et tenter d'établir cette classification par notre méthode basée sur la recherche de critères dits « quantitatifs » relève en réalité d'une gageure [31].

Néanmoins cette méthodologie a tenté d'adopter une rigueur scientifique dans la démarche : les critères choisis ont été déterminés par étape et corrigés à plusieurs reprises au fur et à mesure de l'avancée du recueil des données, ce qui a parfois nécessité d'aller rouvrir les dossiers déjà examinés afin d'assurer une cohérence à l'évaluation de l'ensemble. Et de plus, notre méthodologie ne prétend pas être parfaite et convient volontiers que d'autres auraient certainement pu trouver peut-être d'autres critères ou affiner les choses différemment.

Pour autant, la rigueur du protocole avec lequel les dossiers ont été analysés nous permettent de considérer qu'un tel protocole est reproductible.

Par ailleurs, lors de l'étape où nous avons tenté d'apprécier cliniquement le caractère justifié ou non du passage aux Urgences, nous l'avons fait avec le même regard lorsque les patients étaient adressés, que ce soit par le centre 15 ou les médecins traitants. Or, si des protocoles pourraient être envisagés entre le Centre 15 et le dispositif PAÏS (nous pensons notamment à la petite traumatologie scolaire), en revanche nous sommes pleinement conscients des limites de nos verdicts concernant les patients adressés par leur médecin traitant.

Car les raisons ne manquent pas : tout d'abord, il est clair qu'un patient qui arrive adressé par un médecin généraliste a suivi un parcours de soin normal ; ensuite, si à l'arrivée aux Urgences le caractère urgent du dossier ne semble pas évident aux yeux d'un clinicien qui relit ce dossier à distance, cela ne veut pas dire que cette notion d'urgence était absente lors de la consultation du médecin de ville : elle a pu entre-temps s'atténuer, ou ne pas être retranscrite clairement dans le dossier par le médecin des Urgences. Il est toujours plus facile a posteriori d'avoir une lecture

critique d'un dossier médical, mais on ne doit pas oublier le décalage qu'il y a entre cette posture et la situation du praticien de terrain qui a quelques minutes en temps réel pour prendre une décision la plus adaptée possible face à une situation parfois complexe... Là se situe la limite de nos évaluations cliniques des dossiers, c'est la raison pour laquelle nous n'avons pas mis en avant les analyses faites en se basant sur leurs résultats.

Cependant, si nous considérons que notre analyse clinique est à regarder avec davantage de réserve que celle basée sur les critères objectifs, nous ne mésestimons pas pour autant sa valeur intrinsèque. En effet, la situation clinique qui conduit à adresser un patient aux Urgences aurait peut-être été prise en charge autrement par un autre confrère ; ou bien par le même praticien dans une situation ou un contexte différents – une erreur d'appréciation étant par ailleurs toujours possible. Aussi la rigueur avec laquelle nous avons évalué la pertinence du passage aux urgences, quel que soit le mode d'adressage, n'est-elle pas sans fondement.

5.3.Critique de l'étude

Nous n'avons finalement pas exploré les différences entre les consultants du bassin de vie sud basse-terrien et ceux venus de l'extérieur. Notre hypothèse à priori est qu'il n'y aurait pas eu de différence significative en termes de recours aux urgences injustifiés. Et de toute façon, même si PAÏS est destiné prioritairement aux patientèles des praticiens impliqués dans cette organisation, il est évident que tout patient y est le bienvenu, qu'il soit du coin ou de très loin.

Cependant, dans la perspective où un PAÏS se mettrait en place, il serait intéressant de réaliser cette comparaison, où l'on pourrait s'attendre à voir les consultants de l'extérieur, moins avertis que la population du lieu, consulter davantage aux Urgences.

Pourtant le fait est que dans les territoires où il a été établi, PAÏS s'adresse bien entendu également aux touristes et personnes de passages. Les sites touristiques des zones couvertes par PAÏS sont bien informés du dispositif et y orientent facilement leurs vacanciers pour des soins

de premiers recours. La coordination avec le Centre 15 peut aussi permettre aux gens de passage de pouvoir se renseigner sur le médecin d'astreinte PAÏS le jour où ils rencontrent un problème de santé. Tout cela met bien entendu en avant tous les liens de coordination et d'interaction qu'il faudrait mettre en place pour faire en sorte qu'un tel dispositif soit le plus efficace possible.

Les analyses économiques, elles aussi, n'ont finalement pas été poussées davantage, malgré la masse des données collectées. Une moyenne du coût excédentaire (par rapport à une simple consultation en médecine générale) par dossier évitable nous aurait certainement donné un coût total économisable intermédiaire entre les deux coûts précédemment évoqués, mais n'aurait pas tenu compte des différentes enveloppes de financement supplémentaires accordées aux Services d'urgence au prorata de leur nombre annuel de passages. Des enveloppes qu'on peut supposer avoir été prises en compte par le coût moyen de 148 euros par passage sans hospitalisation (rapport 2019 de la Cour des Comptes).

Enfin, notre évaluation clinique du caractère justifié n'a été faite que par une seule personne. Tandis qu'une analyse parallèle en double aveugle par deux cliniciens différents aurait permis de donner davantage de crédit à cette analyse.

5.4.Ouverture

L'un des principaux intérêts de cette étude nous semble résider dans son caractère reproductible : une étude réalisée quelques années après le lancement d'un PAÏS en Sud Basse-Terre (comme selon le schéma d'une étude interventionnelle avec évaluation avant et après l'intervention) et qui voudrait en mesurer les impacts, pourrait très bien s'appuyer sur la méthodologie que nous avons mise en place à l'occasion de notre travail.

D'autres analyses économiques plus pointues pourraient également estimer plus précisément les économies réalisables, si l'on voulait creuser davantage dans cette direction.

6. Conclusion

Cette étude montre combien il est primordial de mettre en place un maillage territorial avec une organisation telle que PAÏS la propose.

Ce dispositif satisfait aussi bien les patients qui trouvent une offre de proximité adaptée, que les médecins qui bénéficient de conditions de travail optimales. Et surtout les élus locaux dans le cadre d'un aménagement sanitaire du territoire. Les hôpitaux peuvent ainsi s'appuyer sur les généralistes pour désengorger les urgences, et les médecins hospitaliers faire le lien avec eux pour organiser les sorties des patients dans de bonnes conditions.

La médecine de proximité, citadine comme rurale, est appelée à conserver une place centrale dans le parcours de soins des patients, et à développer des actions de prévention en santé publique (vaccination, dépistage, éducation thérapeutique) comme le permet PAÏS. Ces actions doivent être encouragées et valorisées car c'est autant d'hospitalisations et de dépenses évitées.

Le dispositif PAÏS est simple, souple, facilement transposable et adaptable dans les nouvelles organisations dessinées par les pouvoirs publics – qu'il s'agisse des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) ou bien du SAS (Service d'Accès aux Soins). Bien au contraire, en favorisant le regroupement naturel des professionnels de santé de toutes catégories au sein des territoires, PAÏS ne peut que constituer un socle solide sur lesquelles les collectivités locales et les instances régionales pourront s'appuyer pour garantir durablement une offre de soins de qualité au bassin de population environnant. Par ailleurs, en toute transparence les « païsous » et les pilotes présentent deux fois par an aux différents financeurs leur bilan d'activité.

Oui il est possible de faire mieux à moyens constants, en préservant une qualité de vie des professionnels de santé et des patients, sans dépenser forcément plus.

Tout est question de volonté politique, afin de promouvoir ces dispositifs innovants, gages de qualité et de sécurité des soins pour la population.

7. Bibliographie

1. Chapitre V : Permanence des soins (Articles R6315-1 à R6315-9) - Légifrance [Internet]. [cité 2022 mars 25]; Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178721/2022-04-12/
2. Les urgences d'Orléans en crise, une première | Espace Infirmier [Internet]. [cité 2022 mars 25]; Available from: <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/les-urgences-d-orleans-en-crise-une-premiere.html>
3. La permanence des soins : quelle implication des médecins libéraux dans la prise en charge des soins non programmés [Internet]. 2012 [cité 2022 mars 26]. Available from: https://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/mip/groupe_9.pdf
4. Les urgences hospitalières: une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser (rapport public annuel de la cour des comptes) [Internet]. 2014 [cité 2022 mars 26]. Available from: <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/27901>
5. Neilz C. Un chercheur s'est penché sur l'évaluation de Pais [Internet]. lanouvellerepublique.fr [cité 2022 mars 27]; Available from: <https://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/un-chercheur-s-est-penche-sur-l-evaluation-de-pais>
6. Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 2022 mars 25]; Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
7. Gbadamassi I. PAÏS : un système simple qui fait obstacle à la pénurie de professionnels de santé [Internet]. [cité 2022 mars 27]; Available from: <https://www.magcentre.fr/219746-pais-un-systeme-simple-qui-fait-obstacle-a-la-penurie-de-professionnels-de-sante/>
8. HAS. Prise en charge des Urgences et des soins non programmés [Internet]. 2014 [cité 2022 févr 19]; Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/urgences_soins_non_programmes_-_guide_ev_v2014.pdf
9. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités (rapport de la cour des comptes) [Internet]. 2019 [cité 2022 févr 10]. Available from: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
10. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2021 [Internet]. [cité 2022 févr 10]; Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
11. Médecine : après 50 ans d'existence, le numerus clausus sera supprimé en 2020 [Internet]. Gouvernement.fr [cité 2022 mars 27]; Available from: <https://www.gouvernement.fr/medecine-apres-50-ans-d-existence-le-numerus-clausus-sera-supprime-en-2020>

12. Dory V, et al. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. [cité 2022 mars 15];20. Available from: https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/PP.4-7_EXERCER_85.pdf
13. DIALOGUE SANTÉ n° 30 (Janvier 2019). [cité 2022 mars 24];Available from: <https://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2019/03/DIALOGUE-SANT%C3%89-N%C2%B0-30-janvier-2019.pdf>
14. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 2022 mars 27];Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-medecins-dici-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et>
15. Carol C. Motivations des jeunes médecins à l'installation en milieu rural en région Pays de la Loire [Internet]. 2014 [cité 2022 mars 19];Available from: <https://nantilus.univ-nantes.fr/vufind/Record/PPN181870983>
16. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural: freins à l'installation: étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés [Internet]. [cité 2022 mars 19];Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00904065/document>
17. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2014 [cité 2022 mars 12]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/urgences-la-moitie-des-patients-restent-moins-de-deux-heures>
18. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. [cité 2022 févr 12];Available from: http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html
19. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019.
20. Mesnier T. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 2022 mars 25]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>
21. Trabut F. Impact de la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAÏS) sur la fréquentation des services d'urgences des hôpitaux de Blois, Amboise et Tours [Internet]. [cité 2022 mars 24];Available from: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2012_Medecine_TrabutFrancois.pdf
22. Figwer T. Retentissement de la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAÏS) sur la fréquentation aux services d'urgences de Blois et de Romorantin-Lanthenay entre 2009 et 2012 [Internet]. [cité 2022 mars 24];Available from: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2013_Medecine_FigwerTatiana.pdf
23. Schick J. Étude comparative de l'incidence de PAÏS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé) sur le recours aux Urgences entre trois communautés de communes en Loir-et-Cher

- [Internet]. [cité 2022 mars 25]; Available from: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2016_Medecine_SchickJulia.pdf
24. Gauthier C. Les urgences à Chartres en 2017 et la permanence des soins ambulatoires (PDSA) : Etat des lieux – Optimisation des soins avec l’apport de PAÏS (Plateforme Alternative d’Innovation en Santé) [Internet]. [cité 2021 mars 1]; Available from: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2019_Medecine_GauthierCassien.pdf
 25. Gbadamassi I. Comment lutter contre la désertification médicale ? | L’Invité d’RCF LOIR-ET-CHER | RCF [Internet]. [cité 2022 mars 26]; Available from: <https://rcf.fr/culture-et-societe/linvite-drcf-loiretcher?episode=182221>
 26. Label Territoire Innovant - les interconnectés [Internet]. [cité 2022 mars 25]; Available from: <https://www.interconnectes.com/wp-content/uploads/2019/01/annuaire-label-2018.pdf>
 27. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502.
 28. Jeanne-Rose M. En 2020, un ralentissement des naissances et une hausse des décès - Insee Flash Guadeloupe - 157 [Internet]. INSEE; [cité 2022 mars 27]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6006183>
 29. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 2022 mars 27]; Available from: https://demographie.medecin.fr/#c=indicator&i=demo_gen_tot.gen&s=2021&view=map10
 30. Annuaire santé d’ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital... [Internet]. [cité 2022 mars 27]; Available from: <http://annuaire.sante.ameli.fr/>
 31. Wargon M, Hellmann R. Les urgences : un symptôme des changements de la société ? [Internet]. [cité 2022 mars 27]; Available from: https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/Actes_Seminaire_Urgences2014.pdf
 32. Les adolescents à l’hôpital - hopital.fr - Fédération Hospitalière de France [Internet]. [cité 2022 mars 26]; Available from: <https://www.hopital.fr/Droits-demarches/La-vie-a-l-hopital/Les-adolescents-a-l-hopital>
 33. Grimbert V, Godot. Rapport : Vivre ensemble plus longtemps [Internet]. [cité 2022 mars 27]. Available from: <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/rapport-vivre-ensemble-plus-longtemps-0.html>

8. Annexes

Annexe 1 : PAIS flyer

..... **L'évaluation**

En 2015, l'agence régionale de santé et la mutualité française du Centre-Val de Loire ont confié à Jean Marc Macé, professeur des universités au CNAM, le soin de réaliser l'évaluation de PAIS. Ses conclusions ont été validées cette année.

Moindre consommation de soins chez les médecins généralistes adhérent à PAIS : -5%.
3605 consultations ont été évitées. Impact financier annuel : 82 915€ (23€ par consultation). Mieux répondre aux attentes de proximité de la population n'a pas été synonyme d'inflation.

Les soins à destination des diabétiques : 14% d'hospitalisations en moins.
L'économie annuelle est chiffrée à 9 628€.
Le nombre d'hospitalisations est plus faible que celui qui était attendu.

Impact sur les transports : -21%
La zone évaluée montre une sous consommation significative des transports. Cela correspond à 873 déplacements évités (cours attendues = 4 096, observées = 3 223). A raison de 73€ en moyenne par transport, l'économie est de 63 656€.

Moindre recours aux services hospitaliers des urgences : 1/3 de passages en moins.
2072 passages ont été observés pour 3077 passages attendus. 1005 passages ont ainsi pu être évités.

Économies annuelles valorisées : 371 749
Ce montant prend en compte les éléments mentionnés ci-dessus auxquels s'ajoute l'arrêt de la permanence des soins rendue possible par PAIS et qui coûtait 54 750€ par an auparavant.

Retour sur investissement : 1 euro consacré à PAIS en apporte au moins 5.
Les charges annuelles représentent 76 340€. Elles sont consacrées aux compléments financiers perçus par les 10 médecins du secteur évalué pour cette étude. Compte tenu de l'impact sur les dépenses de santé observées, 1 euro en génère au moins 5.

Perspectives

À moyen terme, le dispositif PAIS est appelé à s'étendre au-delà des frontières du Loir-et-Cher et de la seule région Centre-Val de Loire. PAIS aura demain vocation à s'appliquer aux autres professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes...).

..... **Ils en parlent**

« Sans PAIS, j'aurais déjà dévissé ma plaque pour aller m'installer dans une ville plus grande »
Dr Clothilde LOISON

« Ce dispositif améliore grandement les relations villes-hôpital. J'en ai fait un axe fort de notre stratégie »
Richard BOUSIGES, ancien directeur du CH de Blois

« Dans le cadre de Loir-et-Cher 2020, le Conseil départemental a fait de PAIS une des actions emblématique illustrant le caractère innovant de notre département »
Maurice LEROY, Député de Loir-et-Cher, Président du Conseil général puis départemental de Loir-et-Cher de 2004 à 2017

« PAIS est l'une des initiatives les plus intelligentes qui ait eu pour cadre la région Centre-Val de Loire. L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) a soutenu ce dispositif dès 2008 »
Monique DAMOISEAU, ex-directrice de l'URCAM

« Grâce à PAIS notre réseau nutrition diabète rencontre un écho très favorable auprès du public et des médecins. Nous avons pu mettre en place une organisation efficace »
Louise MONIER, co-fondatrice du réseau diabète nutrition Loir-et-Cher

« PAIS a été cité comme action exemplaire dans le rapport de la Cour des Comptes, relatif aux dépenses de santé et publié en septembre 2014 »
Citation de la Cour des Comptes



PAIS
Plateforme alternative
d'innovation en santé



Notre partenaire :



Les deux initiateurs du dispositif PAÏS



Docteur Isaac Gbadamassi

Le Docteur Isaac Gbadamassi est Médecin anesthésiste-réanimateur depuis plus de 30 ans. Il assumera la fonction de Médecin Chef du SAMU et du service des urgences d'Angoulême de 1990 à 1998 puis de ce celui de Blois de 1998 à 2017. Parallèlement, il occupera la fonction de médecin coordonnateur des dons d'organes en Loir et Cher depuis 1999 jusqu'en septembre 2017.

Directeur du CESU 16 (Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences) de 1990 à 1998, il fonde le CESU 41 en 1998 et en deviendra le directeur pédagogique. Le docteur Gbadamassi est aussi diplômé de Réseau de Santé et de Coopération Sanitaire ainsi qu'initiateur/pilote de PAÏS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé) en collaboration étroite avec Patrick EXPERT (directeur d'hôpital) depuis sa création en 2002 et sa mise en place en 2009.

Contact : igba@wanadoo.fr

Patrick Expert

Patrick Expert est directeur d'hôpital.

Il exerce au centre hospitalier Simone Veil de Blois en tant que directeur des finances. Il est aussi responsable, depuis 2009, du groupement de coopération sanitaire régional télésanté centre Val de Loire qui associe la quasi-totalité de l'offre de soins et de moyens séjours publique et privée ainsi que l'ensemble des unions régionales des professionnels de santé libéraux.

Une des actions phares qu'il mène est la mise en place de la mutualisation des images médicales en région Centre (MIRC). En 2008, il est missionné, avec le Dr Gbadamassi, par les directeurs de l'ARH et de l'URCAM, pour mettre en œuvre le dispositif PAÏS qu'il a conçu et préparé préalablement avec ce praticien. Ils le pilotent ensemble depuis que le projet a été initié en 2009.

Contact : patrickexpert@aol.com

Association PAÏS Loir-et-Cher
15 rue de Verdun 41400 Saint-George-sur-Cher

PAÏS, Une solution innovante pour revaloriser les médecins généralistes de proximité

Initiée dans le Loir et Cher en 2008 par deux hospitaliers avec l'appui de l'ARH et de l'URCAM, la démarche PAÏS a pour objectif d'attirer de nouveaux médecins par des conditions de travail améliorées et ainsi prévenir les risques de désertification médicale, de maintenir une offre médicale de proximité, de relancer la prévention et l'éducation, d'améliorer la qualité des soins primaires, d'inciter à accueillir des stagiaires et futurs médecins et enfin de réduire le recours inapproprié aux structures hospitalières, en premier lieu, aux urgences.

Un dispositif innovant

Le terme de PAÏS (variante de « pays ») marque la volonté d'organiser l'offre de soins à l'échelle d'un bassin de vie dépassant le cadre traditionnel de la commune. PAÏS signifie aussi Plateforme Alternative d'Innovation en Santé. Ceci traduit notamment la volonté de décloisonner la ville et l'hôpital.

PAÏS concerne à ce jour 22 médecins généralistes volontaires exerçant en Loir et Cher, dans la vallée du Cher et en Sologne. Leur engagement dans ce projet leur apporte une série de compléments financiers pour :

- renforcer leur secrétariat (afin de filtrer les appels et alléger leurs tâches administratives),
- organiser à tour de rôle, au sein de leur territoire ou pays, la prise en charge des soins sans rendez-vous,
- développer des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

PAÏS a reçu un Prix d'Innovation décerné aux pilotes à Paris, le 17 mai 2017 par la FHF (Fédération Hospitalière de France).

PAÏS a déjà fait l'objet de 5 sujets de thèse de médecine, 2 sujets de Master puis d'une convention avec le conseil départemental de Loir-et-Cher pour son extension à tout le département.

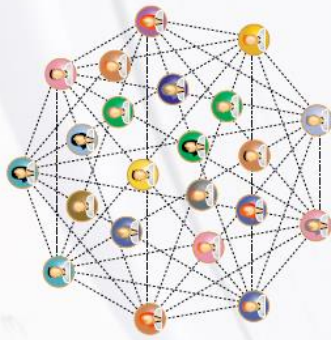
Le regroupement des médecins ou la création d'un immeuble commun ne constituent pas un préalable à sa mise en place.

Un décloisonnement s'opère du fait :

- de la mutualisation du secrétariat,
- de la proximité de médecins exerçant au sein d'un même « pays »,
- de conseils gratuits en informatique
- des actions qu'ils conduisent en commun*.

Les compléments financiers dont ils bénéficient leur sont payés chaque mois, à service fait et validé par le SAMU. Ils disposent aussi d'un soutien en ingénierie pour la mise en place et pour le suivi du dispositif.

PAÏS est un dispositif qui fonctionne, constituant une véritable alternative à des structures ou organisations plus lourdes comme les maisons de santé, ou à l'inverse une première marche pour leur mise en œuvre. C'est, en quelque sorte, « le chaînon manquant »



* partage des données, tour de rôle des soins sans rendez-vous, revues de dossiers médicaux, programmes locaux de prévention et d'éducation, accueil et encadrement des internes, relations avec le SAMU, ...

Annexe 2



MAUGARD Pauline

65 pages – 17 tableaux

Résumé :

L'amélioration de la gestion des soins non programmés des personnes âgées, à leur domicile ou pensionnaires des EHPAD est un sujet qui est depuis plusieurs années au cœur des politiques de santé. Cet enjeu de santé publique s'inscrit dans un contexte de vieillissement global de la population en France. Selon les projections de l'INSEE, le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060. Le nombre de résidents d'EHPAD s'élevait à 600 000 en 2015 et passerait à plus de 900 000 d'ici 2050. Nous nous proposons de contribuer à cette amélioration suivant notre expérience, acquise lors de notre cursus professionnel avec la présentation du dispositif PAÏS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé). Ce dispositif implanté depuis octobre 2009 en Loir-et-Cher, vise à réorganiser la médecine de proximité et principalement les soins non programmés en ville. C'est une organisation qui repose sur la base d'un volontariat des médecins d'un même territoire ou d'un bassin de vie pour répondre aux soins non programmés, de 8h à 20h en semaine et de 8h à 12h le samedi. Des différents travaux d'analyse déjà effectués en Loir et Cher, il en ressort, une nette réduction du recours aux services d'urgences hospitalières (- 20 %) pour les personnes âgées de plus de 75 ans. L'objectif de notre étude est de montrer l'impact que peut avoir PAÏS sur la gestion des soins non programmés des sujets âgés, à partir de 75ans et résidents d'EHPAD en Loir et Cher. Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective sur la période de juin à décembre 2019 au sein des EHPAD de trois territoires différents dans le département : le territoire du Cher à la Loire qui est le site pionnier de PAÏS et deux autres hors-PAÏS que sont, Mondoubleau et Veuzain-sur-Loire. La méthode statistique utilisée est le test du Chi² avec comme valeur seuil de significativité retenue $p < 0,05$.

Il ressort des résultats un délai d'intervention plus rapide en secteur PAÏS comparativement à Mondoubleau et Veuzain-sur-Loire ($p < 0,03$). On constate, durant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux, 4 fois plus de sollicitations du service de garde ou centre 15 et 4 fois plus d'interventions par avis oral ou téléphonique sans consultation au chevet du patient en secteur hors-PAÏS et principalement en secteur de Mondoubleau ($p < 0,01$). De plus durant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux, 83% des résidents adressés au SAU le sont à la suite d'un avis médical téléphonique ou oral sans consultation au chevet du patient en secteur de Mondoubleau, parmi lesquels une certaine proportion serait ainsi évitables, contre seulement 39 % en secteur PAÏS ($p < 0,005$). Finalement PAÏS permet une plus grande disponibilité des médecins pour leur patients résidents d'EHPAD. Ce dispositif assure une meilleure organisation des professionnels de santé et garantit une présence soignante continue et sécuritaire tant pour le personnel soignant que pour les patients. Ce dispositif simple et souple mériterait d'être généralisé afin d'éviter les recours aux urgences hospitalières des personnes âgées avec le risque d'une décompensation et / ou d'une infection nosocomiale.

Mots clés : personnes âgées, EHPAD, PAÏS, soins non programmés.

Jury :

| | |
|----------------------|--------------------------------|
| Président du Jury : | Professeur François MAILLOT |
| Directeur de thèse : | Docteur Isaac GBADAMASSI |
| Membres du Jury : | Professeur Emmanuel RUSCH |
| | Professeur Clarisse DIBAO-DINA |

Date de soutenance : 30 septembre 2021

Annexe 3 : Tribune du Conseil Départemental 41 :

Réformer notre système de santé : Les territoires, porteurs d'une réponse adaptée

Notre pays a traversé ces derniers mois une crise sanitaire sans précédent alors que l'hôpital public est devenu le parent pauvre de notre nation, au fil des décennies. La médecine, cette discipline si prestigieuse exercée par des femmes et des hommes qui se mettent à notre service, doit faire face à un déni de reconnaissance, des politiques austères et un manque de courage certain pour innover et lui donner les moyens d'exister. Notre système de santé actuel a pu relever le premier défi de cette pandémie uniquement grâce à l'implication sans faille du personnel soignant. Loin de vouloir faire le procès des hommes qui ont mené à la ruine notre médecine, nous, élus, gestionnaires et médecins, souhaitons ici présenter un dispositif innovant qui, en une décennie, a fait ses preuves et permis à des territoires de trouver une réponse adaptée à la crise du milieu médical.

La perspective d'un plan massif de soutien pour l'hôpital et ses professionnels ne pourra produire ses effets avant plusieurs mois, voire années, en raison des délais pour mobiliser les fonds, les répartir, adapter la réglementation, réaliser les travaux, les investissements, les recrutements, les formations... L'urgence de la situation ne permet pas d'attendre.

Notre système souffre depuis longtemps d'hospitalo-centrisme, ou recours au «tout hôpital». Près de 60% des passages aux urgences devraient relever de la médecine de ville. Une prévention et une éducation insuffisantes du public se traduisent par des épisodes curatifs plus lourds. La France connaît un nombre d'hospitalisation élevé par rapport à des pays comparables. Le décloisonnement ville-hôpital est insuffisant.

Les solutions alternatives à l'hôpital privilégiées au plan national (maisons de santé ; accord conventionnel ; CPTS...) ne sont pas prêtes, elles ne sont plus dans le tempo de l'urgence absolue que nous connaissons aujourd'hui. Fruit d'un financement dominant à l'acte et à l'activité, prévention et éducation ont été également dévalorisées au profit du traitement curatif.

Dans ce très court terme, c'est l'organisation sanitaire qui doit être privilégiée et les territoires sont porteurs de solutions adaptées. Nées du ballon d'oxygène des années 2004 à 2009 accordant plus de marges d'innovation, les plus robustes d'entre elles ont su résister au retour de la tendance centralisatrice à partir des années 2012-2013. Les solutions qui sont encore en place le doivent à la motivation d'élus - de collectivités locales les finançant, en lieu et place des ARS et de l'assurance maladie - et au soutien des professionnels et des usagers qui en bénéficient.

Ces alternatives doivent amener rapidement la médecine de ville à prendre en charge les soins sans rendez-vous relevant de sa compétence, pour éviter le recours abusif aux urgences, réduire les hospitalisations, relancer l'éducation et la prévention collectives, ceci au plus près du lieu de vie de chacun.

Cette solution, le département de Loir et Cher l'a mise en place il y a dix ans en Sologne et dans la vallée du Cher. Il s'agit du dispositif couramment nommé PAÏS pour Plateforme Alternative d'Innovation en Santé.

A l'origine : la volonté de faire face au risque de désertification médicale. Il dispose aujourd'hui d'une solide évaluation : thèses médicales, mémoires de mastère, mention dans le rapport annuel de la cour des comptes, Prix décerné par la fédération hospitalière de France, audit national et évaluation externe réalisée à la demande de l'ARS du Centre Val de Loire.

Ce dispositif repose sur des actions ciblées et rapides à mettre en œuvre. L'organisation s'attache à un « pays » ou bassin de vie comprenant 20 000 à 40 000 habitants. La priorité va aux seuls médecins généralistes, clés de voute de la première ligne. Trois soutiens financiers leur sont apportés. Le premier leur permet de renforcer et former leur secrétariat médical (pour traiter les appels, les soutenir au plan administratif et leur faire gagner près d'une heure et demie par jour). Le deuxième, d'organiser, à l'échelle de chaque bassin de vie, un tour de rôle pour prendre en charge, chaque jour, les soins sans rendez-vous (évitant le recours inutile aux urgences). Le troisième, d'animer des actions d'éducation et de prévention collectives auprès du public et des EHPAD.

Les résultats sont probants : rapidité de mise en œuvre de ce dispositif (en utilisant l'existant, construction en unité de lieu non indispensable). Accès aux soins de proximité facilité. Mortalité et morbidité (pathologies de la population) meilleures qu'attendues, réduction sensible du recours aux urgences, moins d'hospitalisations (-14%), baisse des transports sanitaires (-21%), amélioration des conditions de travail des médecins, production contenue d'actes pour les généralistes adhérant au dispositif (-5%), remplacement et succession des médecins assurés. Enfin, au plan financier, il a été démontré qu'un euro consacré à cette solution en rapportait cinq. Les économies dégagées sont cinq fois plus importantes que le coût total annuel.

Par sa simplicité de mise en œuvre et par ses résultats, la solution PAÏS apporte un appui décisif et rapide au monde hospitalier, et une réponse de proximité pour lutter contre les déserts médicaux.

Avec moins de passage aux urgences, moins d'hospitalisations, moins de transports sanitaires et une meilleure éducation.

Le conseil départemental de Loir-et-Cher, chef de file de l'action sociale, souhaite pérenniser cette dynamique locale ; il innove sur une problématique qui relève de l'État. Tous ensemble, nous, les acteurs des territoires, pouvons apporter une réponse concrète, adaptée et attendue par tous les citoyens. Le déploiement de PAÏS à l'ensemble de notre département de Loir-et-Cher est notre priorité locale. Ce type de dispositif, simple et éprouvé, est ainsi une chance unique de sortir de l'impasse sanitaire dans laquelle se trouve notre pays.

Nicolas Perruchot, Président du conseil départemental de Loir-et-Cher,

Monique Gibotteau, Vice-présidente du conseil départemental de Loir-et-Cher en charge des Solidarités

Patrick Expert, directeur d'hôpital honoraire

Dr Isaac Gbadamassi, praticien hospitalier, ancien directeur de SAMU

Dr Yannick Legeay, Médecin spécialiste de médecine générale

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

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

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

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

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

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

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers. Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

GAUTHIER Kolbe

Sujet de la thèse :

**Gestion des soins non programmés dans le sud Basse-Terre (Guadeloupe) :
Etat des lieux et comment optimiser ces soins
Grâce à l'apport de PAÏS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé)
A partir de notre expérience de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) et
Du service des Urgences du CHBT (Centre Hospitalier de la Basse-Terre) en 2019**

Thèse : Médecine

Qualification : Médecine Générale

Année Universitaire : 2021-2022

Numéro d'identification : **2022ANTI0744**

Résumé : **Introduction :** Les contraintes sociales, médicales et démographiques déstabilisent le système de santé en France et conduisent les services d'urgences à jouer un rôle de premier recours, faute d'une offre médicale disponible et organisée en ville. La baisse des effectifs de médecins généralistes se poursuit tandis que les urgences et les hôpitaux sont confrontés à des difficultés croissantes. Ce travail avait pour but d'étudier l'impact possible d'une transposition de PAÏS dans le bassin de vie sud basse-terrien (Guadeloupe). Ce dispositif, reposant sur la base du volontariat, propose une organisation aux médecins d'un même territoire, ou bassin de vie, afin de prendre en charge en horaires d'ouverture des cabinets les consultations imprévues (ou soins non programmés). Il a fait ses preuves depuis près de quinze ans dans le Loir-et-Cher, en apportant une réponse de proximité aux besoins de la population, en contribuant au désengorgement des urgences (avec une baisse de 20 % du recours chez les 75 ans et plus) et en favorisant la prévention collective. L'objectif de notre étude était d'identifier dans un service d'urgences les passages potentiellement évitables grâce à un dispositif PAÏS et d'estimer les économies réalisables. **Matériel et Méthode :** Il s'agissait d'une étude quantitative rétrospective portant sur les passages aux urgences du CHBT en 2019. Soit 25 658 passages, dont a été tiré au sort un échantillon de 1 182 dossiers. Pour tous ces dossiers ont été relevées des caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, couverture sociale, entre autres) mais également la présence ou non de critères considérés comme pouvant justifier le passage aux urgences quand ils étaient retrouvés. Ces critères se regroupaient en plusieurs catégories : mode d'adressage aux urgences, circonstances de survenue, gestes techniques et certains avis spécialisés (chirurgical, gynéco-obstétrical et psychiatrique). Auxquelles on ajoutait : l'hospitalisation à l'issue du passage aux urgences. **Résultats :** Sur la base des critères retenus 353 passages étaient considérés comme évitables, soit 7 662 au total sur l'année 2019, pour une économie annuelle minimale de 191 550 € réalisable sur le seul forfait ATU (Accueil et Traitement des Urgences). Les facteurs significativement associés aux recours non justifiés étaient : le sexe féminin (p-value = 0,009), l'âge pédiatrique (jusqu'à 15 ans inclus) (p-value < 10⁻³) et l'absence de médecin traitant dans le dossier (p-value < 10⁻³). La catégorie sociale (appréhendée via la présence ou non d'une mutuelle prise en charge par la Sécurité Sociale) n'était nullement associée à ces recours injustifiés (p-value = 0,98). Tandis que les plus de 75 ans représentaient chaque jour en moyenne au moins un passage évitable. **Conclusion :** Ainsi grâce à PAÏS il est possible de soigner mieux à moyens constants. Cette organisation médicale est une garantie pour un exercice professionnel regroupé en contexte rural. Attractive pour les jeunes généralistes et les paramédicaux, elle libère du temps médical pour des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, ou encore de formation du personnel des EHPAD.

Mots-clés : médecine générale, recours aux urgences, soins non programmés, PAÏS

JURY :

- Président : Monsieur Eustase JANKY, Professeur
- Juges : Monsieur Olivier PARANT, Professeur
Madame Jeannie HELENE-PELAGE, Professeur
Monsieur Philippe CARRERE, Docteur
- Directeur de Thèse : Monsieur Isaac GBADAMASSI, Docteur