

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

### **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 10 octobre 2019 à Poitiers  
par **Monsieur Pierre Tourret**

Pertinence d'une filière ambulatoire au sein d'un service d'Urgence.  
Étude descriptive qualitative de mise en place à Rochefort (17).

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Olivier Mimoz

**Membres** :

- Madame le Professeur Virginie Migeot
- Monsieur le Docteur Yann Brabant – Maître de Conférence Associé de Médecine Générale

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Antoine Depelchin

Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORJOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

### **Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

### **Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

### **Professeurs émérites**

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

### **Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

# **REMERCIEMENTS**

***À Monsieur le Professeur Olivier Mimos,***

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de cette thèse. Nous vous sommes reconnaissants de votre confiance et de votre disponibilité, notamment au sein du D.E.S.C. de Médecine d'Urgence. Soyez assuré de notre respectueuse considération.

***À Madame le Professeur Virginie Migeot,***

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail de thèse en siégeant à ce jury.

***À Monsieur le Docteur Yann Brabant,***

Nous vous remercions également d'avoir accepté de juger ce travail de thèse et, plus globalement, de votre implication dans le D.E.S. de Médecine Générale.

***À Monsieur le Docteur Antoine Depelchin,***

Je ne te remercierai probablement jamais assez de l'aide que tu m'as apporté dans la réalisation de ce travail. Cependant, je te suis encore plus reconnaissant de ta présence tout au long de mon internat. Tu as incarné, et tu incarnes toujours au mieux, les valeurs que chacun d'entre nous devrait s'efforcer de porter. Sois assuré que je tâcherai toujours de m'y tenir. Longue et belle vie à vous quatre !

***À mes parents,***

J'ai eu la chance de grandir dans notre famille. Vous nous avez toujours soutenu et je sais que vous nous soutiendrez toujours. Merci.

***À Marie,***

Ton soutien et ton amour m'impressionnent (mais, comme d'habitude, je ne le dis pas beaucoup). Pourvu qu'ils ne cessent jamais. Les beaux jours arrivent, maintenant.

***À Lucas et Agathe,***

J'ai également eu le bonheur d'être avec vous quand nous étions petits. Les études nous ont éloignés les uns des autres. Pourvu que cela cesse.

***À Benjamin,***

J'aimerais que tu sois plus souvent à mes côtés mais bon... Toi, la montagne, moi, la mer... Et puis tu connais mon goût pour les gars du Sud-Ouest.

***À Andréa,***

Ne nous quittons jamais (même s'il ne faut jamais dire jamais... trop de « jamais », là). Les gens disent souvent que tu es solaire... Je crois que je les comprends (même si ça fait un peu « yogi Coudoux » comme terme). Et à vous – bientôt – trois !

***À ma famille, et à mes grands-parents particulièrement,***

Je ne suis pas beaucoup présent pour vous ces dernières années, je m'en excuse. Vous avez toujours compté pour moi. À mes grands-parents surtout : sans vos luttes, nous n'en serions pas là.

**À Marion, Morgan, Benji, Charlotte, David, Kelly, Adrien ...**

Ici. Bien présents tous les jours. Beaucoup de plaisirs, de beaux moments, parfois les dents qui grincent, tout ce qu'il faut à mon bonheur (sauf peut-être les coups de vent).

**À Cyril, Rudy, Florian, Maxime, Manu, les amis de très longue date...**

À droite, à gauche, mais toujours dans mon cœur. Continuez comme vous êtes.

**Aux différentes équipes rencontrées durant mes études,**

Je n'ai qu'apparis à votre contact. Il n'y a pas de petites équipes, vous me l'avez montré. Je vous remercie pour votre investissement auprès des patients et dans nos formations. Je ne peux que faire comme vous maintenant.

**À Kinou,**

Tu n'es qu'un chat mais tu m'as toujours soutenu. Maintenant, si tu pouvais arrêter de nous réveiller la nuit pour manger...

**À Tom,**

Tu es avec nous aujourd'hui, dans nos cœurs. Et jusqu'à la fin...

# **GLOSSAIRE**

**AGPS17** : Association des Médecins Généralistes pour la promotion de la Permanence des Soins

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**ATU** : Accueil et Traitement des Urgences

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**ETP** : Équivalent temps-plein

**GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire

**IAO** : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

**ORUNA** : Observatoire Régional des Urgences en Nouvelle-Aquitaine

**PDSA** : Permanence des Soins Ambulatoires

**SAU** : Service d'Accueil des Urgences

**SAUV** : Service d'Accueil des Urgences Vitales

**SCA** : Syndrome Coronarien Aigu

**SUdF** : Samu-Urgences de France

# SOMMAIRE

## **Introduction**

## **Argumentaire**

- 1 – Évolution et problématiques de la médecine d'Urgence en France
  - a. Une activité globale en hausse et une typologie des recours aux Urgences en mutation
  - b. De faibles effectifs médicaux
  - c. Le financement des SAU
  - d. Engorgement aux Urgences
- 2 – La médecine générale : une réponse d'amont en difficulté
- 3 – La permanence des soins
- 4 – Les filières courtes : une réponse possible à l'engorgement des services d'Urgence
- 5 – Rochefort : un bassin de population aux dynamiques particulières

## **Matériels et Méthodes**

- a – Environnement
- b – Intervention
- c – Questionnaire « patient »
- d – Questionnaire « soignant »
- e – Données générales
- f – Objectif principal

## **Résultats**

## **Discussion**

## **Conclusion**

## **Annexes**

- Annexe 1 : Questionnaire « patient »
- Annexe 2 : Questionnaire « soignant »
- Annexe 3 : CCMU
- Annexe 4 : CIMU
- Annexe 5 : Organisation de la filière ambulatoire
- Annexe 6 : Fiche de poste

# INTRODUCTION

Les Services d'Urgence évoluent. Chaque année leur fréquentation croît. On dénombrait 18.5 millions d'entrées en 2011 sur l'ensemble du territoire français et 20,3 millions d'entrées en 2015 soit une augmentation de 3,76% en 4 ans. En Nouvelle-Aquitaine, on constatait 1744276 passages aux Urgences en 2018 soit 2,6% de plus qu'en 2017<sup>(1)</sup>.

Pour s'adapter, les services d'urgences se sont transformés, souvent se sont agrandis, ont mis en place des secteurs par regroupement de pathologies, des filières de soins pour des prises en charge spécifiques (SCA, AVC, etc.). Les personnels paramédicaux ont accru leurs qualifications pour l'accueil des patients, les prises en charge des urgences vitales en SAUV, la gestion des flux ou encore la douleur sans prescription médicale.

Les médecins des portes sont devenus médecins urgentistes. Ces derniers ont établi des protocoles de soins, se sont formés à l'échographie, à la ventilation non-invasive, etc. La médecine d'urgence est dorénavant une spécialité reconnue par l'Université comme en atteste la mise en place du DES de Médecine d'Urgence en 2017.

Cependant, toutes ces avancées et ces changements organisationnels ne permettent pas toujours, et cela même en dehors des périodes de tensions, de faire face à l'afflux des patients. Dans de nombreux services d'urgences, les files d'attente avant de bénéficier de la consultation médicale s'allongent. L'attente génère pour les patients comme pour le personnel, du stress, de l'anxiété et parfois de l'agressivité. Ce délai de prise en charge majore les comorbidités. La durée moyenne de passage aux urgences en 2018 dans la région était de 04h08<sup>(1)</sup> avec environ 10% d'entre eux excédant 8h.

Il faut alors repenser en permanence l'organisation des services, souvent à moyens constants, pour améliorer les prises en charge et tant que faire se peut raccourcir les délais d'attente avant le premier contact médical.

Il existe de multiples axes proposés pour optimiser les temps de passage aux urgences. Tous ne sont pas réalisables à budget fixe, à court terme. Il faut parfois modifier l'ensemble de la structure hospitalière et pas uniquement les urgences. (augmentation du nombre de médecins à l'accueil des urgences, raccourcissement du temps entre fin de prise en charge aux urgences et hospitalisation en service hospitalier, diminution du temps de rendus des résultats d'imagerie ou de biologie...). Aux urgences de Rochefort, le temps de passage moyen, toutes pathologies confondues est de 05h19 en 2018<sup>(1)</sup>. L'embouteillage est fréquent et les couloirs trop souvent pris d'assaut pour permettre de faire « tourner les box ». Ce fonctionnement dégradé n'est pas acceptable sur le plan humain tant pour les patients que pour les soignants. Cette situation de tension a d'ailleurs conduit le service à se mettre en grève en avril 2018<sup>(2)</sup>.

En juin 2018, le service a alors mis en place une nouvelle filière de soins pour tenter de diminuer le temps de prise en charge notamment pour le secteur dit circuit court. L'ancienne salle nommée afflux massif mais qui était inusitée faute de personnel disponible, a été repensée et réhabilitée en consultation ambulatoire. Une salle d'attente et une salle d'examen clinique ont été créées. Ce secteur est ouvert tous les jours, week-ends compris, de 10 à 20h. Un médecin seul y est en poste. L'intérêt de ce nouveau lieu de consultation est de voir rapidement les pathologies bénignes et ne nécessitant pas d'investigations biologiques. Ainsi une fiche de fonctionnement a été écrite permettant à l'infirmière d'accueil d'orienter les patients.

L'objet de ce travail est d'évaluer la pertinence de ce nouveau secteur. Les patients sont-ils satisfaits de leur prise en charge ? Les médecins se sentent-ils à leur place ? L'équipe du service ressent-elle une amélioration de son cadre de travail ? La filière ambulatoire permet-elle de diminuer les délais de prise en charge des différents

secteurs ? Quel est le nombre de patients vus en semaine ou durant le week-end et quelles sont leurs caractéristiques ? Si à Rochefort ce secteur est pertinent, est-il alors exportable dans d'autres services ?

# ARGUMENTAIRE

## 1 - Évolution et problématiques de la Médecine d'urgence en France

### a - Une activité globale en hausse et une typologie de recours aux Services d'Urgence en mutation

L'activité globale des SAU en France est en hausse constante depuis plusieurs décennies, passant d'environ 7 millions en 1990<sup>(3)</sup> à plus de 21 millions en 2016<sup>(4)</sup>. Chaque année, le nombre de consultations croît d'environ 3,5% de manière relativement constante. Cette hausse de l'activité est principalement en lien avec l'augmentation du nombre de consultations de pathologies bénignes, classées CCMU 1 et 2. *A contrario*, la part des passages aux Urgences pour les pathologies les plus sévères, relevant notamment de la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV), a tendance à diminuer. Ainsi, Grolleau et al.<sup>(5)</sup> en 2013 retrouvait une baisse significative de la part des urgences vitales (CCMU 4 et 5) sur une période de 8 ans en Midi-Pyrénées, passant ainsi de 2,1% à 1,7% ( $p = 0,02$ ), soit  $- 0,9\%$  par an.

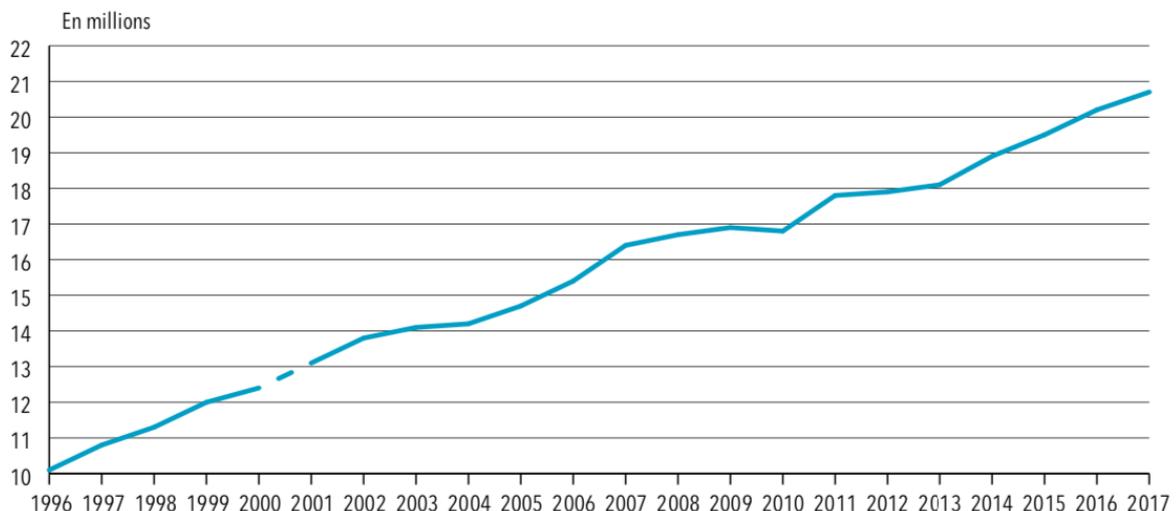


Figure 1. Évolution du nombre de passages annuels dans les services d'Urgence depuis 1996.

À l'échelle régionale, la tendance est similaire. Les chiffres de l'Observatoire Régional des Urgences de Nouvelle-Aquitaine (ORUNA) publiés en 2018 concernant l'activité 2017 en attestent<sup>(1)</sup>. L'activité de consultation des urgences présente une hausse légèrement inférieure à la moyenne nationale, soit +2,6%. Les consultations classées CCMU 1 et 2 représentent 82% du total de consultations tandis que les urgences vitales restent stables en proportion, estimées à environ 2%.

Cette hausse de la fréquentation des services d'Urgences ne paraît pas seulement liée à la hausse démographique. En effet, sur la même année 2018, la population française a crû de +0,4% selon la Banque Mondiale<sup>(47)</sup>. La hausse du nombre de consultations dans les SAU ne suit donc pas une relation linéaire avec la croissance démographique. On peut donc en déduire que les usages changent et que le recours aux SAU implique d'autres déterminants.

Parmi eux, le vieillissement de la population française (âge moyen +2,3 ans entre 2009 et 2019<sup>(6)</sup>) a probablement un impact non négligeable (polypathologie, isolement social, iatrogénie, etc.). En effet, en 2018, selon l'ORUNA, les patients de 75 ans et plus représentent 17% des passages aux Urgences. Une autre étude observationnelle de la DREES<sup>(7)</sup> avait recensé, un jour donné (11 juin 2013), que 12% des entrées en SAU étaient liées aux personnes de 75 ans et plus, et que parmi elles, entre 50 et 60% consultaient pour des motifs médicaux (cardio-respiratoire, digestif, neurologique, etc.). De plus, selon une enquête de la DREES<sup>(8)</sup> datant de 2018, la population des patients de 70 ans et plus, à l'échelle nationale, consultait 2,3 fois plus leur médecin généraliste. Si nous suivons les projections démographiques à l'horizon 2030 établies par l'INSEE, nous constatons que la problématique risque de se durcir avec une part

de la population âgée toujours plus importante. Par exemple, la part des 75 ans et plus augmentera sur la décennie 2020 - 2030 de +2,9% et les 60-74 ans de +3,1%.

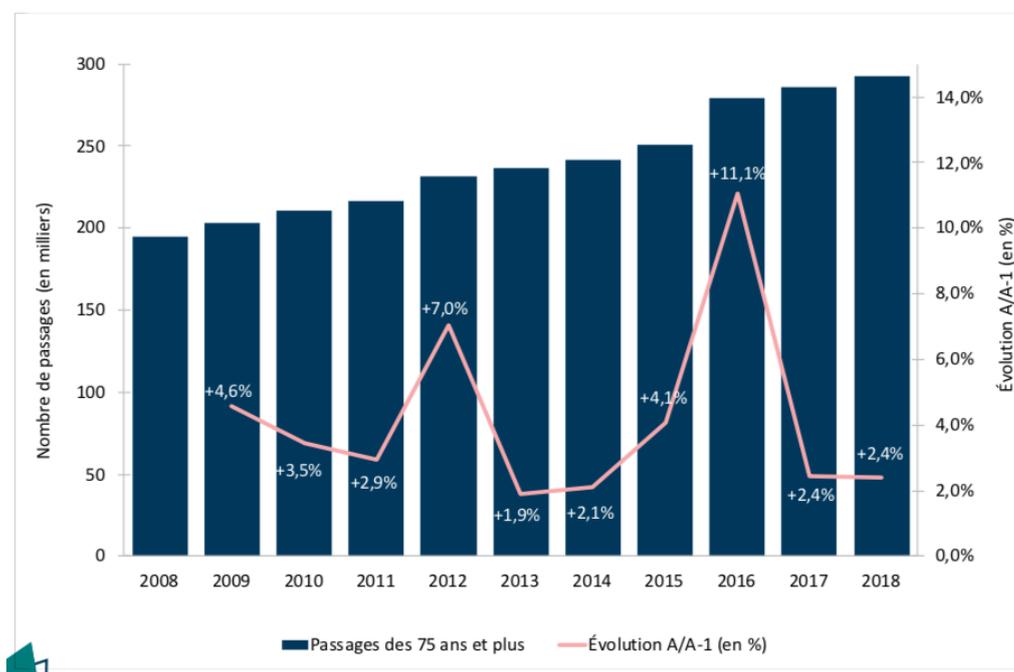


Figure 2 - Évolution des passages de patients âgés de plus de 75 ans en Nouvelle-Aquitaine (source ORUNA 2018)

#### b - De faibles effectifs médicaux

Ajoutée à la hausse du nombre de consultations, la problématique de la ressource médicale est au premier plan. En 2019, l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine a émis les résultats d'une enquête évaluant les postes de médecins urgentistes vacants (sur déclaration des instances administratives hospitalières). Au total, sur l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine, 24,8% des ETP nécessaires ne sont pas pourvus, les extrêmes allant de 0% à 68,8% avec de fortes disparités régionales que nous ne détaillons pas dans ce travail. Il est à noter que le SAU de Rochefort fait alors partie des mieux dotés puisque seulement 10,5% des postes sont vacants. Cependant, la situation ne s'est que très récemment améliorée pour le centre hospitalier

de Rochefort. En effet, la création d'un Groupement Hospitalier de Territoire en 2018, selon les conditions prévues dans la Loi de Santé de 2016, entre les Centres Hospitaliers de La Rochelle et Rochefort a permis à ce dernier d'accroître le recrutement de praticiens officiant jusqu'à présent à La Rochelle. Cela a été rendu possible grâce à des contrats de travail mutualisés et la mise en place d'une incitation financière (prime dite « multisite »). En 2017, le SAU de Rochefort accueillait environ 35940 passages<sup>(9)</sup>, soit 98 passages par jour en moyenne (exhaustivité du recueil de données à 100%). Selon les recommandations de bonne pratique sur les ressources médicales et non-médicales nécessaires au bon fonctionnement des SAU<sup>(10)</sup> émises en 2010 par l'association professionnelle Samu-Urgences de France (SUdF), 15,6 ETP (temps de travail comptabilisé en temps continu) étaient alors nécessaires. Avec environ 8 à 10 ETP, les postes vacants étaient évalués entre 35 et 50% (source interne).

	Nombre de points d'accueil	Médiane des ETP de médecins [interquartile]
40 passages ou moins	187	4,7 [3,0-6,4]
Entre 40 et 80 passages	311	6,5 [4,5-9,0]
Entre 80 et 120 passages	141	11,8 [8,1-15,0]
120 passages ou plus	95	16,3 [13,0-19,5]
Ensemble des points d'accueil	734	7,4 [4,7-11,5]

Figure 3 - Ressources médicales déclarées des Urgences en 2012. Source : SUdF.

Bien que la démographie médicale ne semble pas la seule réponse à apporter au problème d'engorgement des SAU<sup>(11)</sup>, elle reste l'une de ses composantes essentielles. En effet, un effectif médical suffisant paraît être un des leviers notable de l'organisation et du dynamisme d'un SAU, et *de facto* de son efficacité.

### c - Le financement des SAU

Depuis 2004 et la mise en application de la tarification à l'activité dans le cadre du plan national « Hôpital 2007 », les SAU ont vu leur mode de financement se modifier. Ce mode de financement a fait émerger une situation problématique pour les SAU.

Le financement des services d'urgences comprend ainsi plusieurs éléments :

- Un forfait « Accueil et traitement des urgences » (ATU) dû pour chaque passage aux Urgences n'étant pas suivi d'hospitalisation.
- Un « Forfait annuel urgences » finançant l'activité des urgences selon le volume de passages et créant, de fait, des effets de seuil. Ainsi, il existe une attribution identique à tous les SAU pour les 9000 premiers passages puis la dotation est majorée tous les 2500 passages supplémentaires.
- La facturation des actes de biologie, de radiologie et techniques, établie selon la Classification Commune des Actes Médicaux réalisés durant le passage aux Urgences.

Comme le rappelle la Cour des Comptes<sup>(12)</sup>, ce système de financement à l'acte induit une valorisation de certains passages en ce qu'ils sont plus rentables que d'autres. Ainsi, les patients aux pathologies bénignes, CCMU 1 et 2, vus rapidement et générateurs d'un certain nombre d'actes s'avèrent plus rentables que les patients graves restant plus longtemps dans les SAU du fait des problèmes récurrents d'aval (nécessitant du temps infirmier et aide-soignant tout au long de leur séjour et ne bénéficiant pas de beaucoup plus d'examen complémentaires que certains patients moins graves).

Ce système de financement semble inciter les SAU à une démarche ambivalente dans laquelle la maximisation des passages va à l'encontre de la mission première des Urgences. De plus, cela devient illogique du point de vue du remboursement des soins par l'Assurance Maladie. La Cour des Comptes donne ainsi pour exemple qu'un patient consultant aux Urgences, un jour de semaine, dans un contexte de problématique de santé classée CCMU1 permettra au SAU de facturer 115€ à l'Assurance Maladie alors qu'un passage en consultation chez un médecin généraliste sera facturé 25€. En 2015 en Île-de-France, les patients CCMU 1 représentaient environ 22% du total des passages<sup>(13)</sup>. Ces mêmes patients représentaient 13% des passages dans la région Midi-Pyrénées en 2013<sup>(14)</sup>.

#### d - Engorgement aux Urgences

L'engorgement des SAU a des conséquences négatives sur la morbi-mortalité de l'ensemble des patients, qu'ils soient hospitalisés ou ambulatoires. Cela a été à de nombreuses reprises démontré ces dernières années. En 2012, Jo et al. retrouve une augmentation de la mortalité à 28 jours chez les patients présentant une pneumopathie aiguë communautaire pour les taux d'occupation des urgences les plus importants (dernier quartile ; OR ajusté 9,48, IC95% [1,53 – 58,90])<sup>(15)</sup>. De même, la durée moyenne de séjour, et ainsi les complications inhérentes à toute hospitalisation, semblent être à la hausse pour les patients accueillis dans des SAU surchargés<sup>(16)</sup>. Ce phénomène augmente également le risque d'erreurs et diminue la qualité des soins donnés par un personnel en surcharge comme en témoigne le travail mené par Kulstad et al. en 2010. Il apparaît qu'un score EDWIN (*Emergency Department Work Index*) élevé, soit équivalent à une surcharge de travail se traduit par un plus grands nombres d'erreurs médicamenteuses (indication, posologie, voie d'administration, durée de traitement)<sup>(17)</sup>. Cette problématique d'engorgement des SAU participe à l'augmentation

des patients ne recevant pas de soins à cause d'un départ lié à l'attente. Weiss et al. avait déjà montré en 2005 qu'un SAU surchargé était corrélé au taux de patients partis sans attendre<sup>(18)</sup>. Plus préoccupant, McCusker et al. retrouvait une augmentation significative de 3% de la mortalité toutes causes confondues à 30 jours en cas de surcharge du SAU<sup>(19)</sup>.

Des travaux ont tenté de modéliser l'engorgement des SAU. Le plus utilisé reste le modèle *input-throughput-output* mis en place en 2003 par Asplin et al.<sup>(20)</sup> dans lequel le SAU est considéré comme un compartiment recevant des entrées de différentes natures, émettant des sorties avec des problématiques multiples et organisant, en son sein, la prise en charge de chacun des patients.

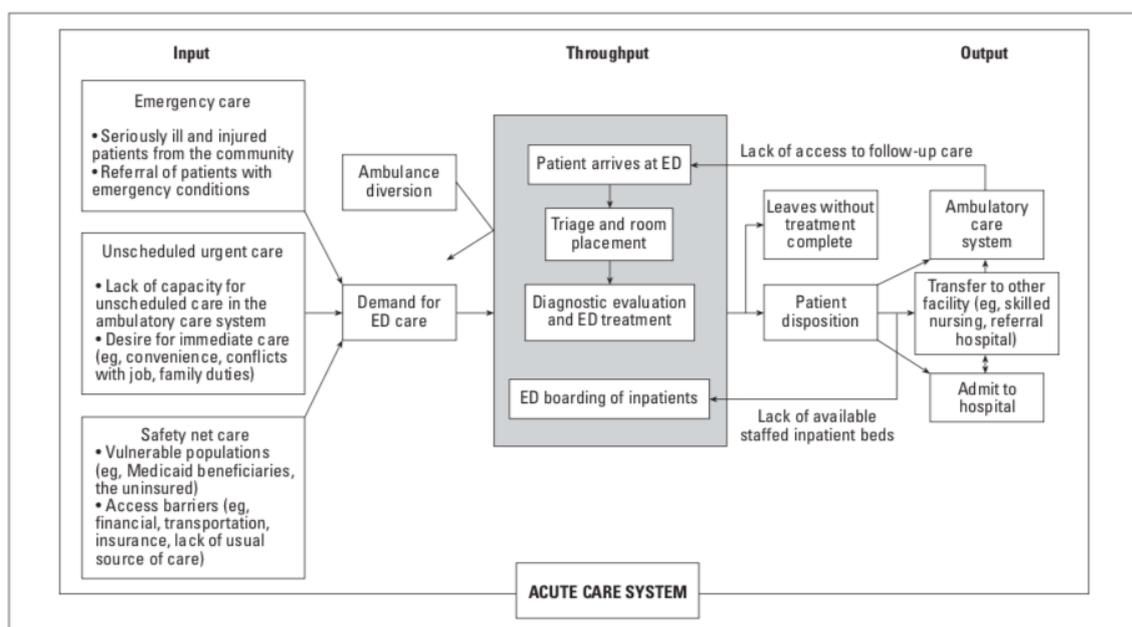


Figure 4 – Modèle *input-throughput-output* selon Asplin

Il est aujourd'hui admis que le moteur principal de l'engorgement des SAU reste la gestion des flux d'aval. En témoigne notamment la mise en place<sup>(21)</sup> à partir de 2013, sous l'impulsion du Ministère de la Santé français, de gestionnaires de lit, autrement appelés *bed managers*. Le but est de connaître en permanence l'état de disponibilité

des lits d'hospitalisation au sein d'une structure hospitalière et ainsi de placer efficacement les patients en attente d'un lit d'hospitalisation. La problématique de l'accueil du patient au sein de l'institution hospitalière devient alors une problématique hospitalière et non plus celle des seuls SAU. Dans le cadre du Pacte de Refondation des Urgences<sup>(22)</sup> émis par le Ministère de la Santé sous l'égide de Mme Agnès Buzyn, un engagement fort est d'ailleurs pris en faveur d'un tel outil de gestion puisqu'il fait partie des douze mesures proposées.

Au-delà de la gestion de l'*output*, c'est-à-dire les lits d'aval, (et également l'aval de l'aval ; à savoir les suites d'hospitalisation vers les Soins de Suite et de Réadaptation), il semble que des problématiques de flux proviennent également, et dans une moindre mesure, des compartiments d'*input* et du *throughput*.

Le *throughput* est sujet à ralentir le flux de patients. Deux phases composent le *throughput* : la phase de triage et la phase de diagnostic et de traitement. Le triage constitue actuellement un domaine de recherche important. La motivation est claire : mettre en place des outils performants et reproductibles en dépit des différences culturelles, d'âge et de géographie des patients. Les derniers travaux en date en France consistent en l'évaluation de l'échelle de tri FRENCH à destination des IAO. Les phases diagnostique et thérapeutique sont également un levier d'amélioration de la qualité des soins. La mise en place de filières spécialisées (patient polytraumatisé dans les *Trauma centers*<sup>(23)</sup>, filière AVC, mise en place de SAUV pour les urgences vitales) a également permis de réduire la morbi-mortalité des patients transitant par les SAU.

## **2 - Une réponse d'amont en difficulté elle-aussi**

Nous entendons régulièrement dans les SAU que certains motifs de consultation n'y ont pas leur place car n'étant pas assez graves et complexes ou bien nécessitant

des soins en urgence toute relative. Ces réflexions interrogent l'organisation des soins en amont des SAU, c'est-à-dire pour sa très grande majorité la réponse apportée par la médecine de premier recours.

L'organisation de la médecine générale traverse elle-aussi des difficultés liées à sa démographie depuis plusieurs années. Difficultés liées notamment à la forte réduction du *numerus clausus* durant les années 1980 et 1990<sup>(24)</sup> et à une répartition géographique inégale des ressources médicales<sup>(46)</sup>. Les projections nationales actuellement établies par la DREES ne permettent pas d'espérer une majoration de l'offre de soins avant 2025<sup>(25)</sup>. En effet, l'âge moyen des médecins généralistes est de 50 ans en 2019. Il est à prévoir un fort taux de départ à la retraite dans les deux prochaines décennies. De plus, il apparaît que les jeunes médecins débutant leur activité ne pourront compenser les effectifs en chute, et cela d'autant plus que la part des médecins généralistes entrant va décroître au profit des médecins spécialistes (+0,3% de médecins spécialistes vs -1,2% de médecins généralistes). À cette évolution peu favorable de la démographie des médecins généralistes, nous ajouterons que, globalement, le nombre de médecins généralistes en activité régulière a baissé de 9,2% entre 2007 et 2017<sup>(26)</sup> au profit d'une augmentation de la part des médecins généralistes retraités poursuivant leur activité.

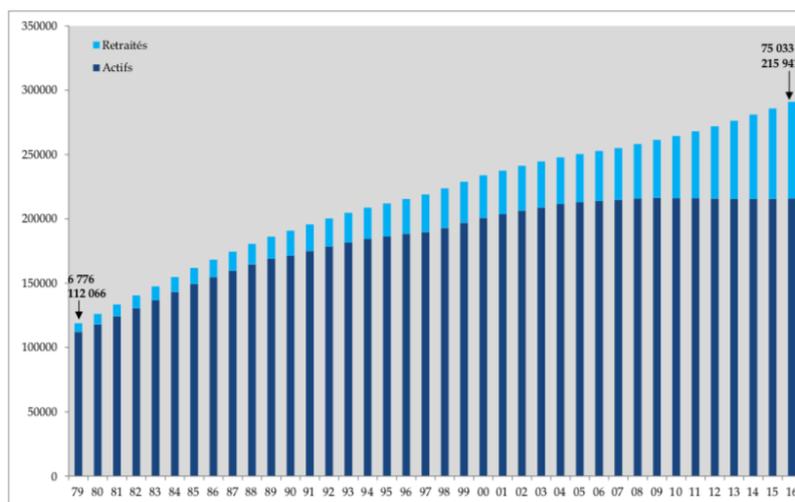


Figure 5 - Effectifs globaux de médecins inscrits au CNOM.

Avec l'accroissement et le vieillissement de la population, la densité standardisée sur le recours par âge aux médecins généralistes, indicateur estimant plus finement les besoins de soins, n'atteindra des valeurs similaires à celles des années 2000 (considérées comme fastes), qu'à l'horizon 2036. Et ce, alors que les effectifs de médecins généralistes n'auront cessé de croître.

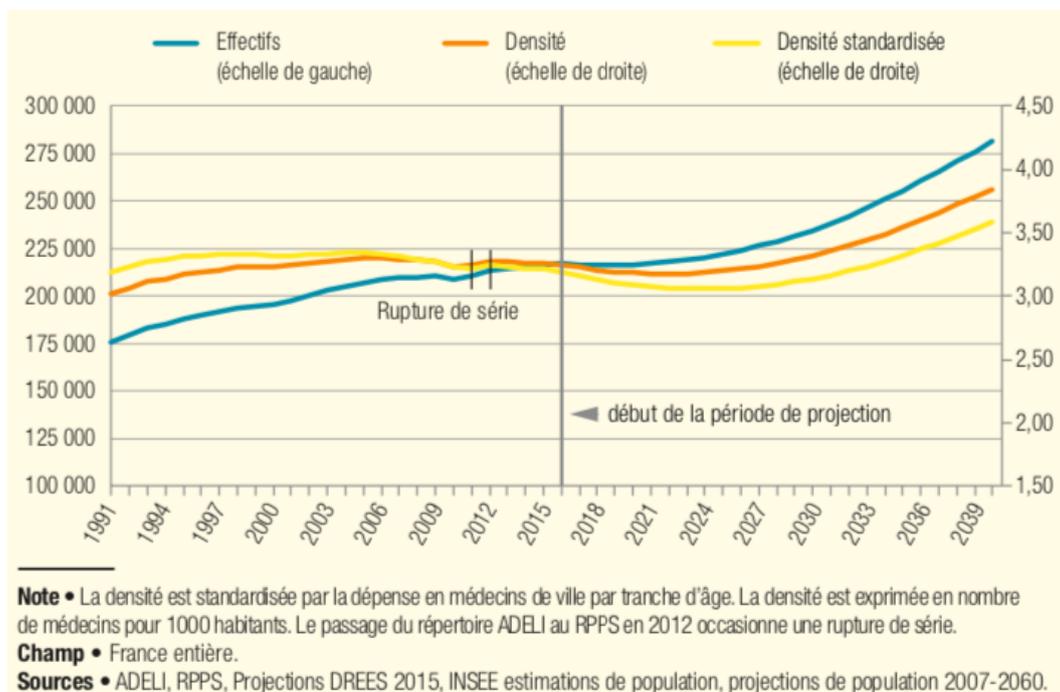


Figure 6 - Effectifs et densité de médecins généralistes en France.

À l’opposé des problématiques du vieillissement de la population, la raréfaction des pédiatres représente également un enjeu de taille pour les médecins généralistes dans les années à venir. Avec une natalité brute estimée en 2016 à 11,8 naissances vivantes pour 1000 habitants, la France se place en tête des pays européens (moyenne en 2016 à 9,7 naissances vivantes pour 1000 habitants)<sup>(27)</sup>. De même, la proportion des jeunes (0 à 15 ans) au sein de la population française est estimée en 2017 à 18,3% (moyenne européenne estimée à 15,6%)<sup>(28)</sup>. Malgré cela, la population de pédiatres ne cesse de décroître selon les mêmes mécanismes que la baisse de la population de médecins généralistes décrits précédemment<sup>(29)</sup>. Cet appauvrissement de la pédiatrie ambulatoire pourrait alors avoir un retentissement direct sur l’activité de consultation des médecins généralistes, contraints d’assurer de façon plus importante le suivi et les soins de l’enfant.

Ainsi, à l’aune de ces quelques éléments démographiques, nous pouvons entreprendre de percevoir que l’activité de médecine générale risque d’évoluer afin de prendre en charge de façon encore plus importante les pathologies et le suivi des populations

aux âges extrêmes de la vie. Tout du moins, nous pensons que la médecine générale pourrait rencontrer des difficultés à prendre en charge l'ensemble des patients présentant des pathologies aiguës simples.

### **3 - La Permanence des Soins**

Un autre élément de notre problématique est à évaluer du côté de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA). Historiquement, la PDSA était confiée à la seule profession médicale qui s'organisait, par obligation déontologique, à l'échelon local ou départemental pour offrir à la population une continuité des soins. Bien souvent, un « tour de garde » était mis en place au sein de bassins de vie. Pendant sa garde, le médecin de garde réalisait ses journées de consultation et répondait aux demandes urgentes en nuit et nuit profonde sans repos compensateur<sup>(31)</sup>. À partir de 2001, un mouvement de grève des médecins généralistes est initié s'élevant contre l'obligation de gardes non rémunérées. Ils obtiennent gain de cause avec la mise en place à partir de 2002 d'un système de PDSA reposant sur deux principes forts ; à savoir une régulation médicale par le SAMU-Centre 15 préalable à toute consultation et une participation des médecins généralistes basée sur le volontariat. L'organisation de la PDSA est alors officiellement confiée de manière conjointe aux Agences Régionales de Santé (ARS) et aux Comités départementaux de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS) par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire ». Le modèle actuel est le suivant :

- En semaine : de 20h à 00h
- Les samedi : de 12h à 00h
- En week-ends et jours fériés : de 8h à 00h

En Charente-Maritime, historiquement les médecins généralistes libéraux assurent une partie restreinte de la PDSA puisque :

- dans la quasi-totalité des secteurs de soins définis par l'ARS, il n'y a pas de garde en soirée la semaine
- les horaires assurés durant les week-ends sont variables

Dans les agglomérations, une partie de la PDSA est prise en charge par des associations professionnelles (AlloGarde à Royan, S.O.S. Médecins à La Rochelle). Concernant Rochefort, depuis 2018, les gardes sont assurées de 20h à 23h en semaine par S.O.S. Médecins et par une Maison Médicale de Garde (présente dans les locaux des Urgences de Rochefort) durant le week-end avec des plages de consultations élargies entre 15h et 19h le samedi et de 9h à 12h puis de 15h à 19h le dimanche et jours fériés (source AGPS17). Avant la mise en place de ces nouveaux horaires, la Maison Médicale de Garde ne fonctionnait qu'en week-end (le samedi de 17h à 19h et le dimanche et jours fériés de 10h à 12h puis de 17h à 19h).

L'argument principal plaidant pour l'absence de mise en place de médecin effecteur sur le secteur de garde de Rochefort est la faible activité de consultation durant la nuit et nuit profonde. Dans le travail de thèse réalisé par le Dr Pillet<sup>(31)</sup> et portant sur l'analyse de la PDSA en Charente-Maritime, il est rapporté que l'activité de PDSA recevait chaque soir en semaine 0,20 consultation en 2015. Ce chiffre nous semble faible. En effet, un biais de recrutement semble être présent dans cette analyse : il semble difficile de ne considérer comme relevant de la PDSA les seuls patients y consultant. Combien de patients sont vus chaque année dans les services d'Urgence sur horaires de PDSA alors qu'ils relèveraient potentiellement de cette dernière ? À notre connaissance, il n'existe pas de travaux ayant évalué cela. Néanmoins, on peut tout de même

confirmer que, selon les chiffres de l'ORUNA 2018<sup>(1)</sup>, la majorité des patients consultant dans un SAU s'y rendent hors période de PDSA avec un pic d'activité en fin de matinée et un second pic vers 18h. Il est intéressant de remarquer que cette forte affluence, tous motifs confondus, se superpose avec des horaires d'affluence similaires pour les patients qui seront hospitalisés, donc nécessitant plus de soins, et ce notamment sur les horaires de PDSA les week-ends. La surcharge des SAU de Nouvelle-Aquitaine étant alors importante.

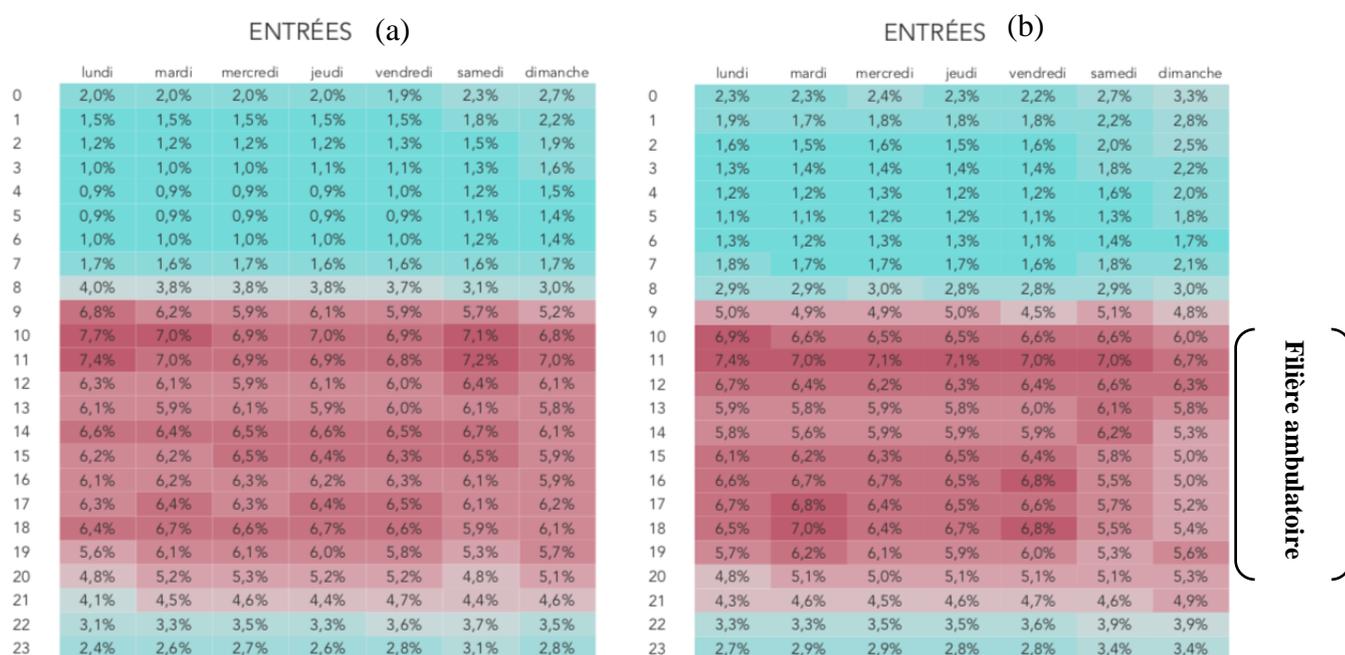


Figure 7 - Taux d'entrées des patients « toute plainte confondue » (a) et hospitalisés (b) selon l'heure et le jour dans les SAU de Nouvelle-Aquitaine (source ORUNA 2018)

#### 4 - Les filières courtes : une réponse possible à l'engorgement des services d'Urgences

Devant l'engorgement des SAU et la complexité de mise en œuvre des solutions systémiques (*access block*, hospitalisation directe, gestion de l'aval de l'aval, etc.), la mise en place de filières courtes a été depuis un peu moins de 20 ans une solution envisagée dans différents pays aux systèmes de santé différents.

La question de l'efficacité de ces filières a fait l'objet de plusieurs travaux<sup>(32)(33)(34)</sup> s'attachant à évaluer, principalement sur des études observationnelles avant-après, les réductions de temps de passage aux urgences ainsi que la réduction de la part de patients partis sans attendre. Chacune de ces études a montré des résultats concluant en une réduction significative du temps de passage et une réduction du nombre de patients partis sans être vus. Chaque étude s'attachait à évaluer la mise en place de filières courtes dans des contextes différents. Ainsi, dans l'étude de Copeland et al.<sup>(33)</sup>, une réduction de 15 minutes du temps de passage (158 min contre 143 min,  $p < 0,001$ ) a été observée au sein d'un service d'urgences canadien de taille moyenne (25000 passages par an) ne comptant qu'un praticien. En 2015, Saidi et al.<sup>(32)</sup>, dans un service d'urgences français, a également constaté que la mise en place d'une filière courte réduisait fortement les temps de passage des patients les moins graves (échelle de tri non précisée) (-70 min IC 95% [-37 ; -104]) mais soulignaient également un allongement du temps de passage au sein du circuit standard (figure 8). L'explication semble être mathématique avec des effets de moyenne liés à l'exclusion des patients les moins chronophages.

Plus récemment encore, en 2019, Chrusciel et al.<sup>(34)</sup> a évalué dans le SAU général, recevant adulte et enfant, du centre hospitalier de Troyes, la mise en place d'une filière courte disposant de six salles de consultation gérées intégralement par deux médecins urgentistes. L'étude incluait 53768 patients sur la période « avant » et 57965 patients sur la période « après ». Sur l'ensemble des entrées du service, la part des patients restant plus de 4 heures, critère de jugement principal, a diminué de 21% (IC95% 0,77 – 0,81) après implantation de la filière courte. De la même manière, le temps de passage moyen diminuait significativement (215min vs 186min,  $p < 0,001$ ). La part des patients partis sans attendre diminuait également de 10% à 5,4% sans que la significativité d'une telle différence soit établie. Néanmoins, ces améliorations sont à pondérer par l'absence d'effets démontrés sur les patients les plus graves. En effet, l'access

*block*, concept australien définissant la part des patients attendant plus de 8 heures dans un SAU avant d'être placés dans un lit<sup>(35)</sup>, a augmenté de 19% (IC95% 12,6 – 25%,  $p < 0,001$ ). Ainsi, les auteurs concluent à une amélioration significative des conditions de prise en charge pour les patients les moins graves sans pour autant que cela n'impacte de manière positive ou négative la prise en charge des patients graves. Ajoutons à cela que l'étude de Chrusciel et al. a été réalisée dans un contexte de refonte architecturale du SAU avec création de box supplémentaires n'étant pas dévolus à la filière courte et un recrutement d'infirmiers et de médecins, biais possible à l'interprétation des résultats précédents.

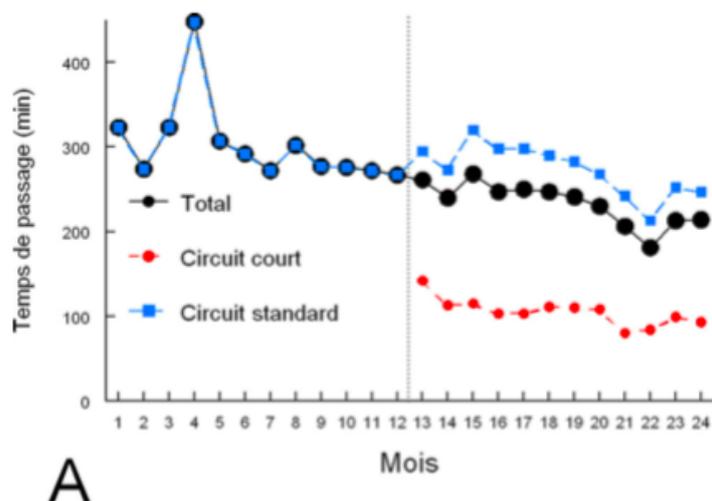


Figure 8 - Évolution des temps de passage<sup>(32)</sup>.

En 2007, Schull et al.<sup>(36)</sup> avait néanmoins démontré dans une étude multicentrique rétrospective canadienne que les patients les moins graves n'étaient pas les plus générateurs de temps d'attente dans les services d'urgence puisque chaque groupe de 10 patients non graves se présentant sur un intervalle de 8 heures générerait un temps d'attente total de 5,4 minutes (IC95% 4,2 – 6), et ce quel que soit le statut du centre

hospitalier. Cependant, bien que relativement minime, ce temps d'attente supplémentaire généré peut, dans des centres recevant souvent plus de cent patients sur des périodes de forte affluence, entretenir des délais d'attente de plusieurs dizaines de minutes supplémentaires par patient. De plus, l'impact sur la qualité de travail des personnels soignants n'avait pas été évalué.

Concernant l'amélioration du ressenti de la qualité des soins par les patients, les travaux de Dinh et al.<sup>(37)(38)</sup> révèlent sans surprise que le temps d'attente est un élément majeur de satisfaction des patients et ce quel que soit le soignant (médecin urgentiste ou *nurse practitioner* - l'équivalent des prochains Infirmiers de Pratiques Avancées aux urgences attendus dès 2022 en France). De même, une majorité de patients auraient préféré une consultation du médecin généraliste plutôt qu'un recours aux urgences si cela avait pu être le cas. Nous n'avons pas trouvé de données similaires propres au contexte français.

## **5 - Rochefort : un bassin de population aux dynamiques particulières**

L'analyse de la mise en place d'un système de soins ne peut se passer de quelques données de cadrage inhérentes à l'environnement dans lequel il intervient. Ainsi Rochefort présente des particularités sur lesquelles nous souhaitons attirer l'attention.

Tout d'abord, le Centre Hospitalier de Rochefort fournit des soins à une population résidant sur une zone géographique étendue (l'île d'Oléron, le bassin de Marennes, l'agglomération rochefortaise et la zone rurale attenante). Du fait de la géographie côtière et insulaire, cette population (en dehors de celle de Rochefort et son agglomération) est relativement isolée des autres centres hospitaliers. En guise d'exemple, le temps de trajet estimé en voiture entre Rochefort et Marennes est de 21 minutes alors qu'il est de 40 minutes entre Marennes et Saintes et de 35 minutes entre Marennes et Royan.

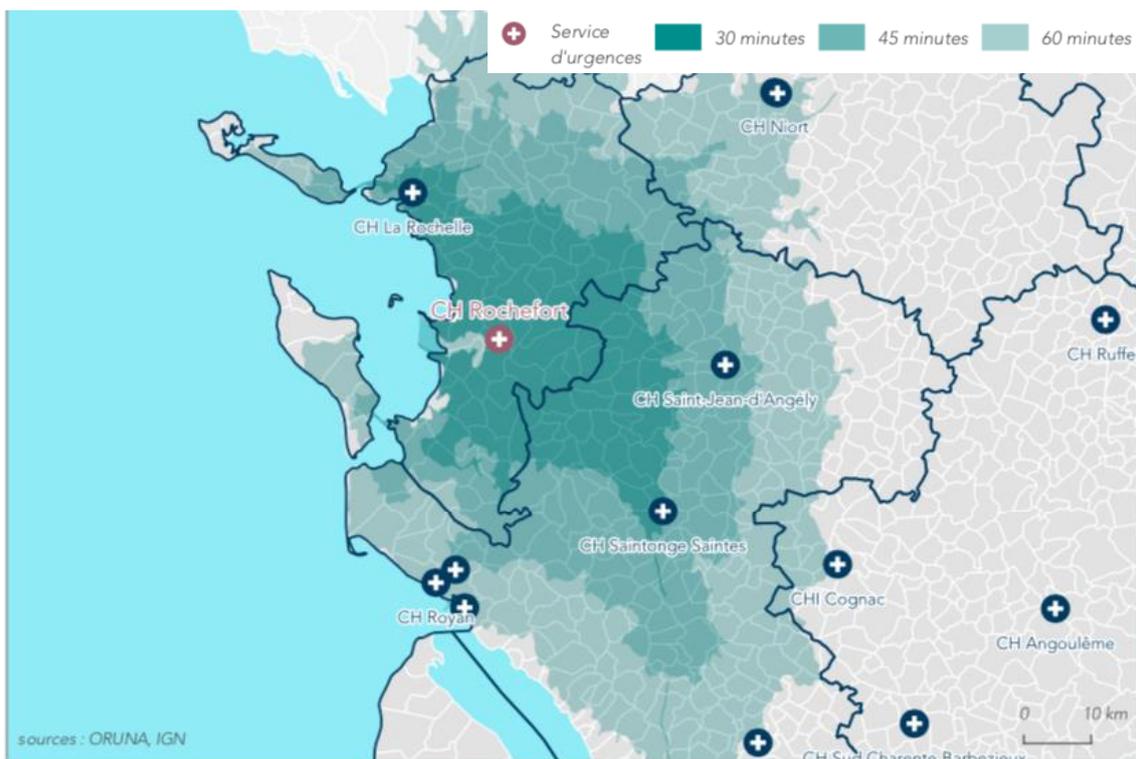
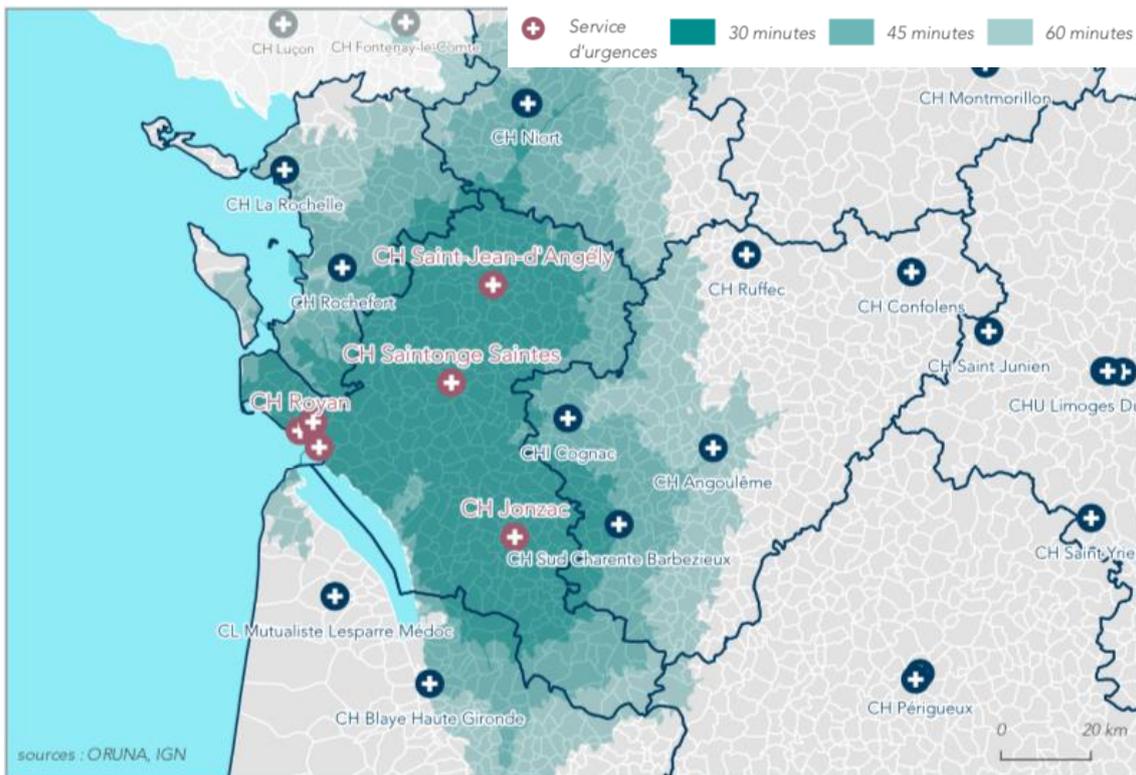


Figure 9 - Accessibilité des différents SAU (source ORUNA 2018)

De plus, le centre hospitalier de Rochefort dispose constamment d'une offre de soins comportant une filière AVC avec télé-consultation par le neurologue de garde à l'hôpital de La Rochelle permettant une fibrinolyse sur site si nécessaire, d'un plateau

de chirurgie courante (orthopédique, viscérale, ORL, urologique) avec personnel médical sur place en journée et d'astreinte la nuit, d'une Unité de Soins Continus attenante au SAU et de divers services de médecine (médecine interne, hématologie, médecine gériatrique, médecine polyvalente, hépato-gastro-entérologie, pneumologie et cardiologie sans salle de coronarographie, gynécologie-obstétrique avec maternité de niveau 2A et pédiatrie). Depuis la création en 2018 du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) entre les hôpitaux de La Rochelle et Rochefort, le site dispose également de consultations déportées diverses (endocrinologie, néphrologie, renforts en urologie et en ORL, chirurgie vasculaire et thoracique). Concernant les secteurs d'hospitalisation, il dispose de 279 lits (dont 11 lits de chirurgie ambulatoire).

L'offre médicale libérale compte, sur les communautés d'agglomérations de Rochefort Océan, Marennes et Oléron, 63 médecins généralistes et 3 cabinets de radiologie fournissant des examens de radiographies et échographies.

L'accessibilité potentielle localisée à un médecin généraliste libéral de moins de 65 ans, marqueur de l'offre de soins à une échelle communale, est légèrement en dessous de la moyenne nationale sur ces différentes communautés d'agglomération (figure 10)<sup>(39)</sup>. À noter que nous avons souhaité évaluer l'offre de soin comme étant celle proposée par les médecins généralistes de moins de 65 ans car les valeurs obtenues permettent d'évaluer cette offre à la lumière des départs en retraite prévus dans les prochaines années, et ainsi, en obtenir une vision à court terme, plus représentative de la situation.

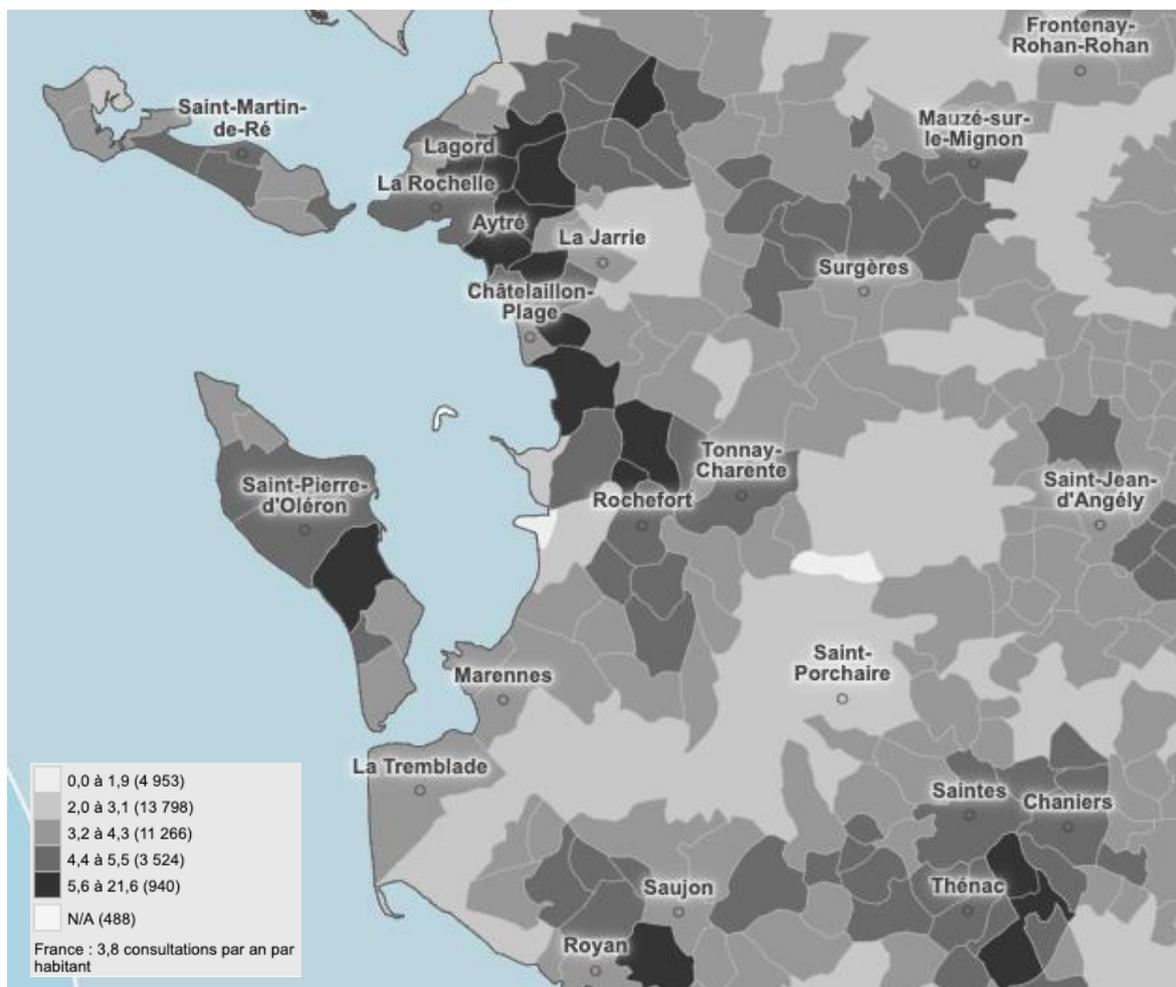


Figure 10 - Accessibilité potentielle localisée à un médecin généraliste libéral de moins de 65 ans en 2015 (moyenne en France à 3,8 consultations par habitants). Source : Observatoire des territoires

Enfin, la région connaît une affluence touristique conséquente durant les périodes d'été du fait de la présence de cités balnéaires et des îles d'Aix et Oléron directement dépendantes du centre hospitalier de Rochefort.

# MATÉRIELS ET MÉTHODES

Notre étude a été mise en place lors de la création de la filière ambulatoire, en mars 2018, au sein du service des Urgences de Rochefort.

## a – Environnement

Un cabinet de consultation est aménagé au sein de la salle d’Afflux Massif (alors inusitée au quotidien, faute de personnel disponible) du SAU du Centre Hospitalier de Rochefort (annexe 5). Un seul médecin urgentiste est affecté à ce poste, tous les jours de la semaine, de 10h à 20h. Il ne reçoit pas de support paramédical en dehors de situations exceptionnelles qui nécessitent un prélèvement biologique ou une aide technique. Le cabinet de consultation est équipé de matériel de traumatologie courante (set à suture, matériel de contention, mallette ophtalmologique), de matériel médical courant (tensiomètre, otoscopie, table d’examen) et d’une pharmacie de premier recours (antalgiques, etc.). Une salle d’attente spécifique y est adossée. Il est également attenant au circuit classique du SAU et au service de radiologie. Après avoir été évalués et orientés par l’IAO selon une fiche récapitulative, les patients sont dirigés vers le secteur ambulatoire.

## b – Intervention

Les patients étaient orientés *via* un tri par l’IAO. Une fiche de poste a été expressément mise en place pour l’ouverture de la filière ambulatoire permettant de définir les critères d’orientation au sein de celle-ci. Les patients mineurs n’étaient pas adressés dans cette filière du fait de la présence d’un pédiatre dans le SAU en journée.

### c – Questionnaire « patient »

Concernant l'élaboration du questionnaire (annexe 1), nous avons souhaité explorer plusieurs éléments motivant les choix des patients. Nous avons volontairement utilisé un format court et simple afin de susciter au maximum l'attention des patients. Le médecin remettait, en fin de consultation, un questionnaire au patient. Celui-ci devait y répondre et ensuite le mettre dans une bannette sur le bureau médical sans transiter à nouveau par le médecin. Nous avons réalisé le recueil de données sur deux périodes distinctes, à savoir juillet-août 2018 et avril-mai 2019, afin d'inclure deux moments bien distincts dans cette région littorale à fort développement touristique. Ainsi, il nous a été donné d'évaluer la différence de recours entre une période touristique et une période de basse saison ; l'objectif étant d'évaluer la part des patients hors résidence habituelle.

Nous avons souhaité inclure un nombre égal de dossiers entre les deux périodes. L'objectif était d'obtenir, au total, 600 dossiers. De plus, sur le même questionnaire, une question à l'attention du médecin était située au verso. Nous lui demandions alors s'il estimait que cette consultation aurait pu être prise en charge en ville. Pour parer à toute mauvaise compréhension de la part du médecin y répondant, nous avons volontairement réduit le champ de cette réponse aux seuls jours ouvrés en dehors des horaires de permanence des soins. Par la suite, nous recueillions chaque questionnaire et les données de consultation (CCMU, CIMU, différents temps de passage, CIM10) qui y étaient attachés. Notons que chaque document était anonyme.

Le critère d'inclusion était le fait de se présenter à la consultation ambulatoire et de répondre au questionnaire. Les critères d'exclusions étaient les éléments pouvant induire une mauvaise compréhension du questionnaire (déficit sensoriel, barrière linguistique, trouble psychiatrique).

Les différentes moyennes étaient comparées à l'aide d'un test Z.

#### d – Questionnaire « soignant »

Nous avons souhaité obtenir le ressenti des personnels de santé travaillant au sein du SAU. Considérant le service comme un système global où chaque membre du personnel y apporte une contribution, nous avons proposé ce questionnaire à chaque personnel soignant et non-soignant. Ces questionnaires étaient également anonymisées.

#### e – Données générales

Nous avons également comparé les durées moyennes de séjour avant et après mise en place de la filière ambulatoire. Nous avons arbitrairement choisi le mois de février des années 2018 et 2019, la filière ambulatoire ayant été instaurée en juin 2018.

Les données ont été extraites à partir de la base de données locale du Centre Hospitalier (Urqual<sup>o</sup>). Conformément à la Loi Jardé, les patients étaient prévenus du caractère anonyme et donnaient leur accord oral lors de la remise des questionnaires. Les données ont été compilées et à l'aide du logiciel Excel de Microsoft.

#### f – Objectif principal

L'objectif principal de ce travail était de déterminer la pertinence de la mise en place d'une filière ambulatoire. Nous avons défini la pertinence comme un ensemble de critères objectifs et subjectifs obtenu à l'aide des questionnaires « patient » et « soignant » ainsi qu'avec un certain nombre de données objectives.



# RESULTATS

## Données générales

Nous avons recueilli 601 dossiers dont 323 dossiers durant la première période (été 2018) et 278 dossiers durant la seconde période (printemps 2019). Parmi eux, 11 dossiers étaient inexploitables ; 7 n'étant pas intégralement remplis ; 4 étant remplis par le médecin du fait de problématiques sensorielles (1 dossier concernant un sujet malvoyant) ou linguistiques (3 dossiers concernant des patients non francophones).

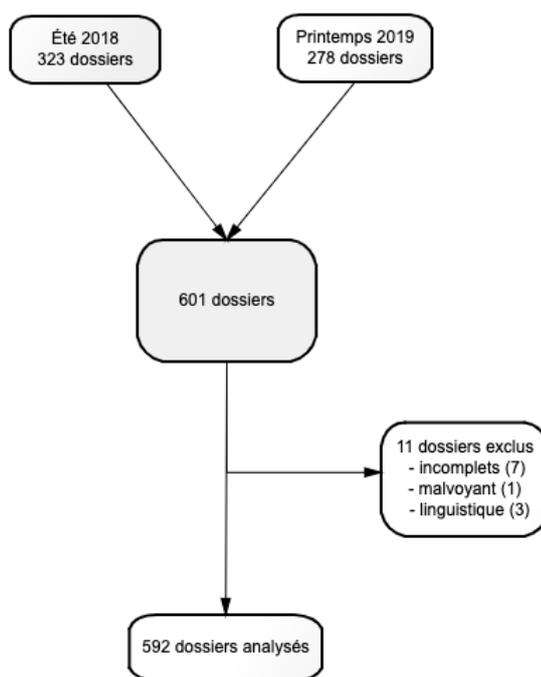


Figure 11 - Diagramme de flux

L'âge moyen des participants était de 44 ans [écart-type = 18,6 ans]. Le sex-ratio était de 1,05.

Les patients évalués CIMU 4 représentaient la majeure partie des patients consultant en filière ambulatoire, soit 75,7%.

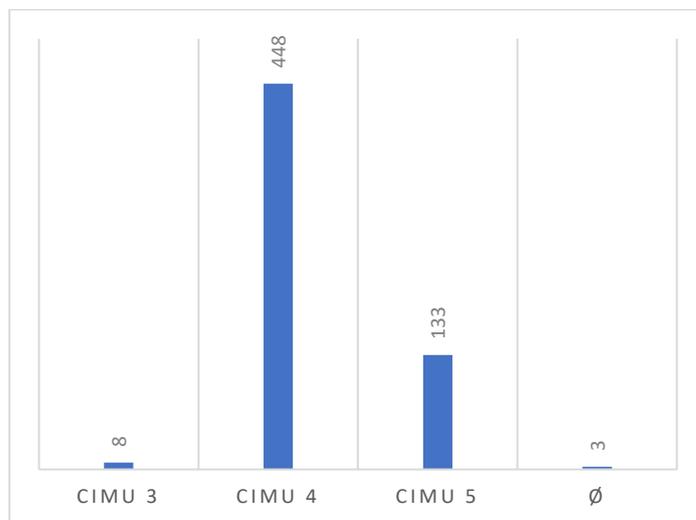


Figure 12 – Nombre de patients selon la classification CIMU

Les patients évalués CCMU 2 représentaient la majeure partie des patients consultants en filière ambulatoire, soit 74,7%.

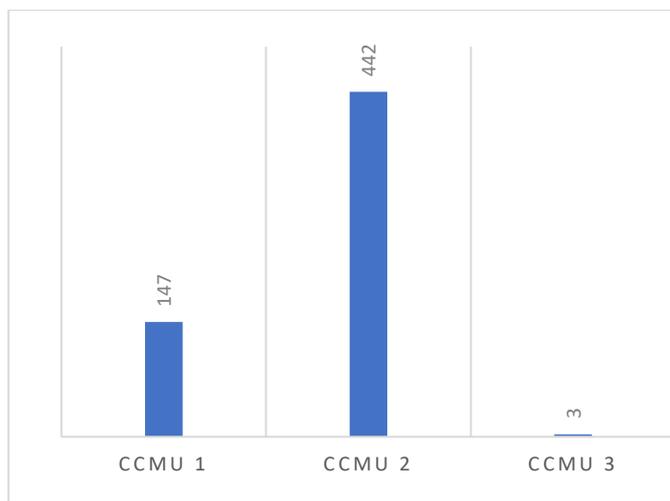


Figure 13 – Nombre de patients selon la classification CCMU

L'adéquation entre le tri infirmier (CIMU) et le tri médical (CCMU) était de 68,5%. Ces résultats sont meilleurs que ceux de l'étude de Taboulet et al.<sup>(45)</sup> qui retrouvait

alors une concordance avec un indice  $\kappa$  d'accord de 0,50 [IC 95% : 0,46-0,54], c'est-à-dire médiocre, entre ces deux classifications. De plus, 0,3% des patients étaient triés CIMU 5 mais présentaient des pathologies plus graves (en l'occurrence une médiastinite et une kératite).

	n	%
CIMU5/CCMU1	50	8,4
CIMU4/CCMU2	356	60,1
CIMU3/CCMU3	0	0
CIMU5/CCMU2	81	13,7
CIMU5/CCMU3	2	0,3
CIMU4/CCMU1	91	15,4

Figure 14 - Association entre tri infirmier (CIMU) et tri médical (CCMU)

Les motifs de consultation les plus fréquents relevaient principalement de la traumatologie (75,8%) (traumatismes de membres inférieurs, supérieurs et de thorax). Les problématiques médicales étaient prédominées par la pathologie ORL (pharyngite, otites externes et moyennes).

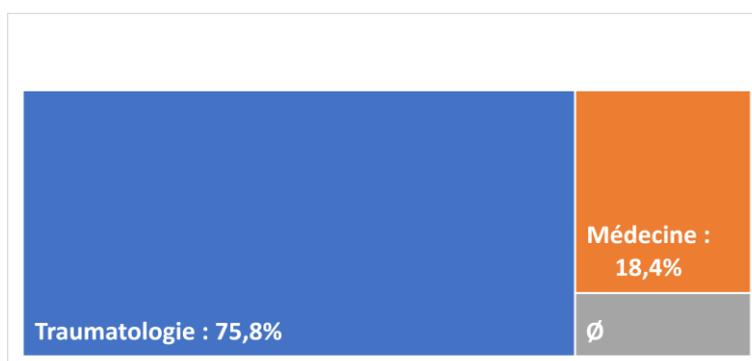


Figure 15 - Typologie des consultations

La durée totale de passage était définie comme étant la durée s'écoulant entre l'enregistrement administratif du patient et sa sortie du service. La durée totale moyenne est de 103 minutes [IC95% 98 – 108]. Le temps d'attente moyen entre le bilan réalisé par l'IAO et la consultation médicale était de 40 minutes [IC95% : 37 – 44]. La consultation médicale durait en moyenne 42 minutes [IC95% : 39 – 46].

Dans le détail, la durée totale de passage des patients CCMU 1 était de 80 minutes [IC95% : 72 - 88] alors qu'elle était de 108 minutes [IC95% : 102 - 114] pour les patients CCMU 2, la différence étant significative ( $p < 0,05$ ). De même, la consultation médicale durait en moyenne 21 minutes [IC95% : 17 - 25] pour les patients CCMU 1 contre 49 minutes [IC95% : 45 - 53] pour les patients CCMU 2, la différence étant significative ( $p < 0,05$ ).

Lorsqu'il n'était réalisé qu'une radiographie (48% des consultations), la durée moyenne de passage était de 115 minutes [IC95% : 95 – 135] alors qu'elle était de 161 minutes [IC95% : 102 – 263] lorsqu'était réalisée une radiographie et d'autres examens (biologie, électrocardiogramme, tomodensitométrie), la différence étant significative ( $p < 0,05$ ). Différents examens complémentaires étaient utilisés au sein de la filière ambulatoire : électrocardiogramme (0,7%), biologie (1,7%), échographie (0,5%), tomodensitométrie (0,8%).

Dans 21,5% des cas, la consultation nécessitait immédiatement ou bien en différé une consultation avec un spécialiste. Les chirurgiens orthopédistes étaient alors sollicités dans 71,7% des cas, suivi principalement par l'avis oto-rhino-laryngologique (7,9%) et l'avis dermatologique (5,5%).

La part des patients consultant hors résidence habituelle, représentaient 30% des effectifs inclus durant l'été et 12,3% durant le printemps 2019.

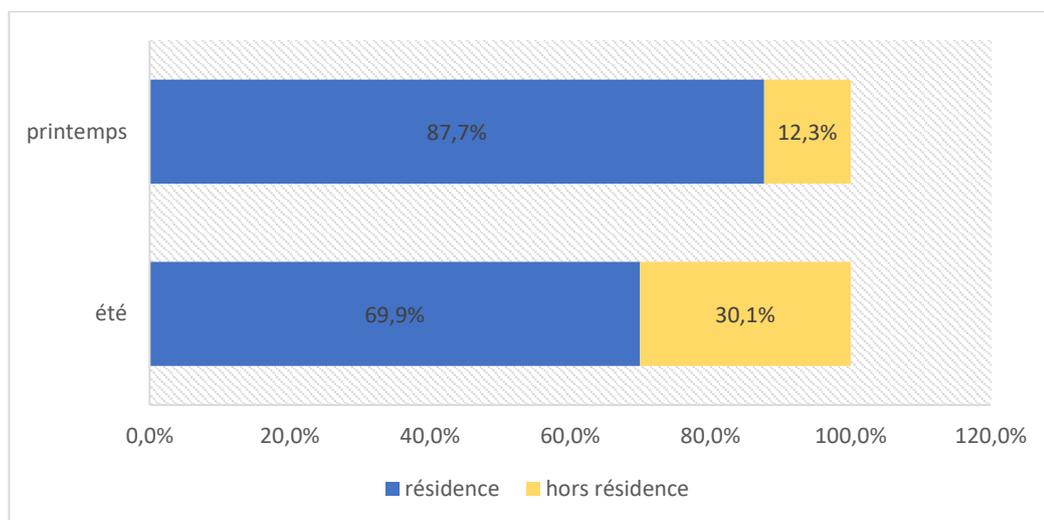


Figure 7 - Parts des patients hors-résidence selon la période

### Questionnaires « patients »

• Question 1 : « Quel est votre motif de consultation ? »

Pour cette question, nous avons soumis des réponses pré-établies aux patients, en laissant tout de même laissé une possibilité de réponse libre. Certains patients ont répondu à plusieurs questions à la fois.

	n	%
« Pas de RDV avec mon médecin traitant avant 48h. »	134	22,6
« A l'hôpital, je peux avoir accès plus rapidement à des examens complémentaires. »	189	31,9
« Mon problème de santé sera mieux géré à l'hôpital. »	120	20,3
« Les soins sont gratuits à l'hôpital. »	4	0,7

« Les horaires de consultation me conviennent plus. »	9	1,5
Réponse libre	40	6,2
- Conseil du médecin traitant	13	
- Urgence ressentie	7	
- Conseil par un professionnel de santé (hors médecin traitant)	7	
- Médecin traitant en congé, non remplacé	13	
Réponse non-fournie	145	24,0

Figure 16 - Différentes réponses concernant les motifs de choix de consultation aux Urgences.

• Question 2 : « Estimez-vous avoir été vu rapidement par un médecin ? »

92,6% des patients estimaient avoir été vu rapidement. 0,84% des patients ne se prononçaient pas. Le taux de réponse était de 98,5%.

• Question 3 : « Dans quelle ville exerce votre médecin traitant ? »

Les patients déclaraient à 68,6% avoir un médecin traitant dans le département. La part des patients n'ayant pas de médecin traitant s'élevait à 8,8%. Le taux de réponse était de 100%.

Nous nous sommes également intéressés à la part des patients déclarant leur médecin traitant dans la zone urbaine et péri-urbaine de Rochefort, soit le secteur où la densité médicale reste la plus importante. Tous les patients déclarant leur médecin traitant dans les villes de Rochefort et Tonnay-Charente étaient inclus. Ainsi, la part de patients consultant en filière ambulatoire bien que leur médecin traitant exerce dans la zone urbaine était de 37,3%.

• Question 4 : « Aviez-vous tenté de contacter un médecin généraliste avant de venir ? »

66,2% des patients n'avaient pas contacté de médecin traitant avant de se présenter aux Urgences. Le taux de réponse était de 98,65%.

• Question 5 : « Pensez-vous que votre problématique médicale était urgente ? »

Les patients estimaient pour 75,7% d'entre eux que leur problématique médicale relevait de l'urgence. Les patients n'arrivant pas à évaluer l'urgence de leur situation représentaient 3,7%. Le taux de réponse était de 98,3%.

• Question 6 : « Êtes-vous satisfait de la consultation ? »

Les patients se disaient satisfaits dans 98% des cas. Le taux de réponse était de 98,8%.

• Question 7 : « Pensez-vous qu'un médecin généraliste aurait pu prendre en charge votre problématique ?

Les patients estimaient dans 53% qu'un médecin généraliste aurait pu gérer leur situation et 4,2% étaient indécis. Le taux de réponse était de 98,7%.

• Question à l'attention du médecin (verso) : « Pensez-vous que la problématique de ce patient aurait pu être prise en charge aisément en cabinet de ville ? »

Dans 21,5% des cas, les médecins urgentistes pensaient que la situation ne pouvait pas être gérée en cabinet de ville. Dans 3,5% des cas, ils ne se prononçaient pas. La plupart du temps, soit 55,2%, ils évaluaient que la situation pouvait être prise en charge en cabinet de ville. Le taux de réponse était de 80,2%.

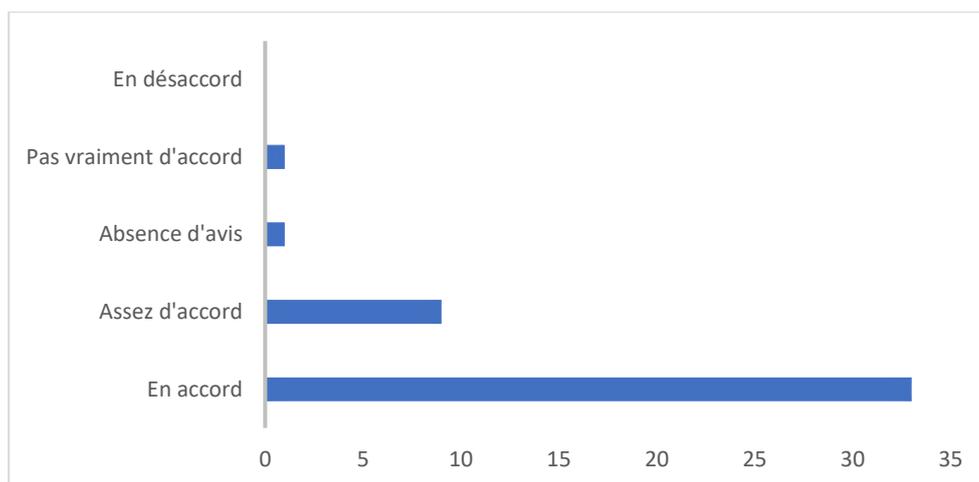
Ce faible taux de réponse s'explique par le fait que nous avons demandé aux médecins urgentistes de ne considérer cette question seulement durant les journées de semaines aux heures classiques d'ouverture d'un cabinet de médecine générale, en dehors des horaires des PDSA.

### Questionnaire « soignant »

Sur l'ensemble du personnel, 44 questionnaires ont été récupérés, soit un taux de réponse de 42%. Parmi eux, ont répondu des infirmiers (43,2%), des médecins (25%), des aides-soignants et/ou ambulanciers (25%), des secrétaires (4,5%) et la cadre infirmière du service.

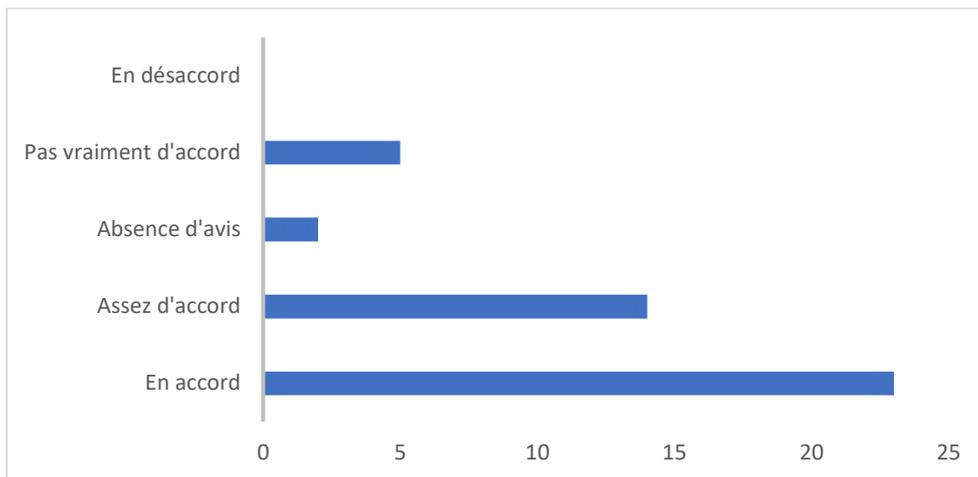
• Question 1 : « Estimez-vous que la mise en place de cette filière de soin améliore l'organisation de la prise en charge des malades ? »

La majorité des soignants (75%) sont en accord avec le fait que la filière ambulatoire améliore l'organisation de la prise en charge des patients.



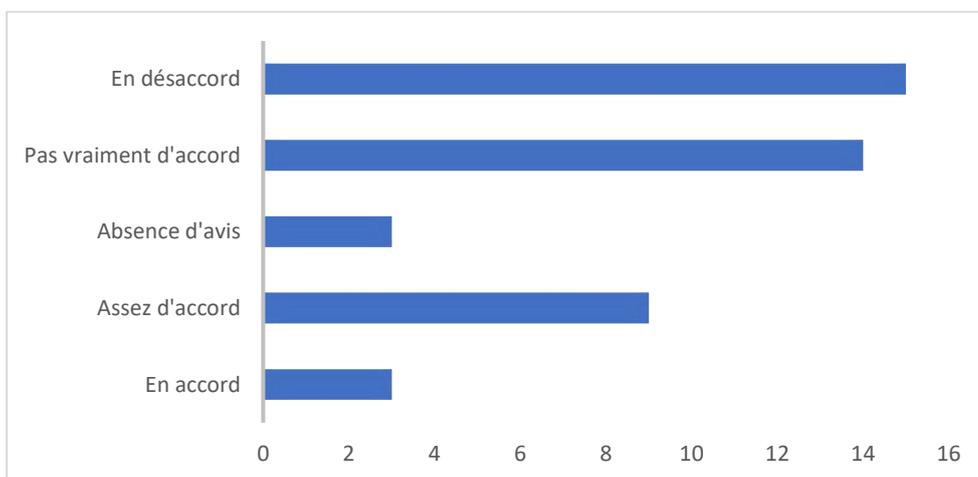
• Question 2 : « Estimez-vous que la charge de travail des équipes est plus supportable depuis la mise en place de cette filière ? »

La majorité des soignants (84,1%) constate une amélioration de la charge de travail des équipes soignantes. Les soignants n'étant pas en accord avec la proposition ne représentent pas une catégorie professionnelle homogène (2 médecins, 2 IDE, 1 AS).



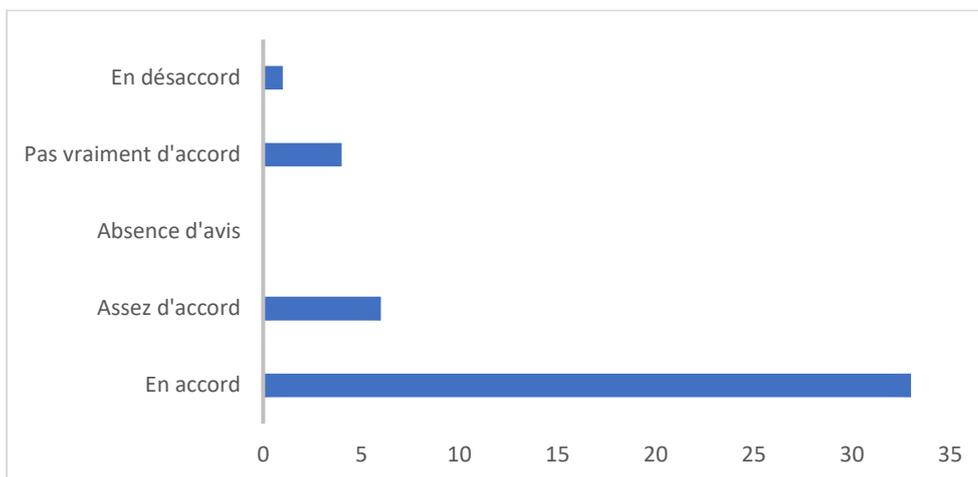
• Question 3 : « Ce secteur représente-t-il une charge de travail supplémentaire pour vous ? »

Pour une bonne majorité des répondants (65,9%), cette filière ne semble pas augmenter leur charge de travail. Cependant, des améliorations peuvent être envisagées puisqu'une certaine partie des répondants (27,3%) estime le contraire.



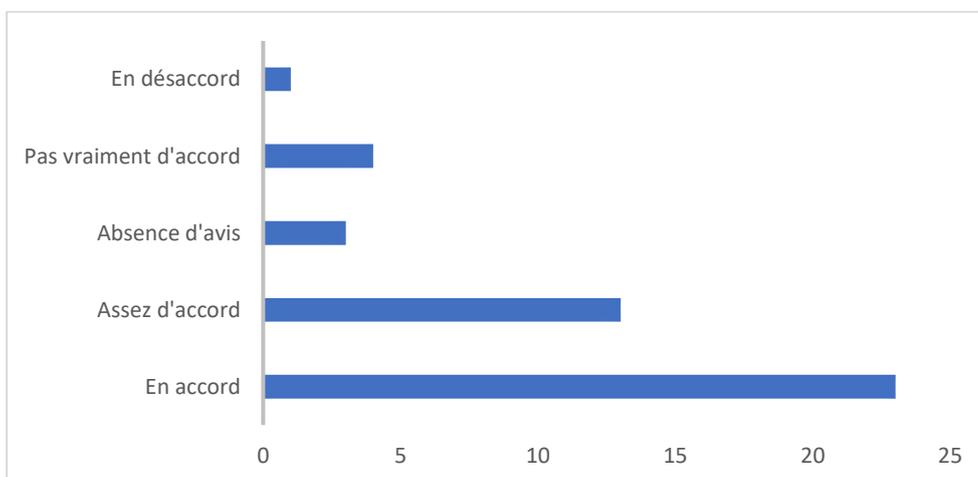
• Question 4 : « Estimez-vous que cette consultation ambulatoire soit justifiée au sein d'un service d'Urgences ? »

Une grande majorité des soignants (88,6%) pense que cette filière a sa place au sein d'un service d'Urgences.



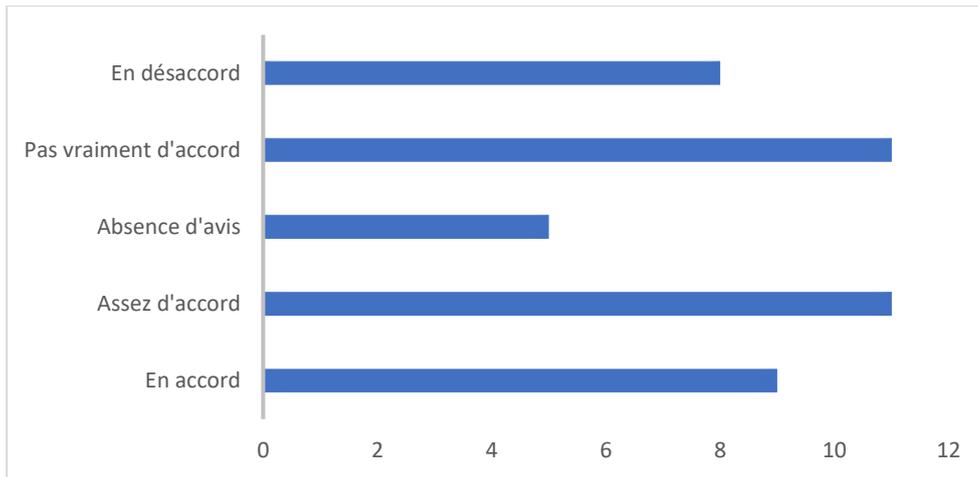
• Question 5 : « Estimez-vous que les patients « stagnent » moins dans le service depuis l'ouverture de cette consultation ? »

Une majorité de soignants (82,2%) a répondu être « en accord » ou « assez d'accord » avec cette proposition. La disparité entre ces deux réponses laisse à penser qu'elle est le reflet d'une possible amélioration de ce dispositif.

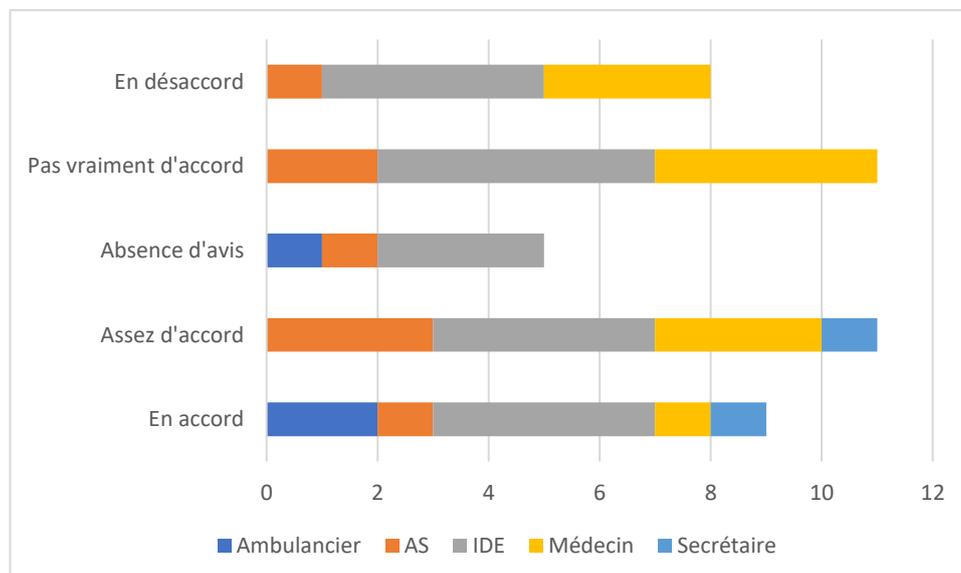


• Question 6 : « Estimez-vous que ce n'est pas la vocation d'un service d'Urgences de s'occuper des patients vus dans cette consultation ? »

Ici, les avis semblent diverger comme en atteste le graphique ci-dessous. Cela illustre probablement la problématique que pose ces patients peu ou pas graves au sein de notre système de santé.

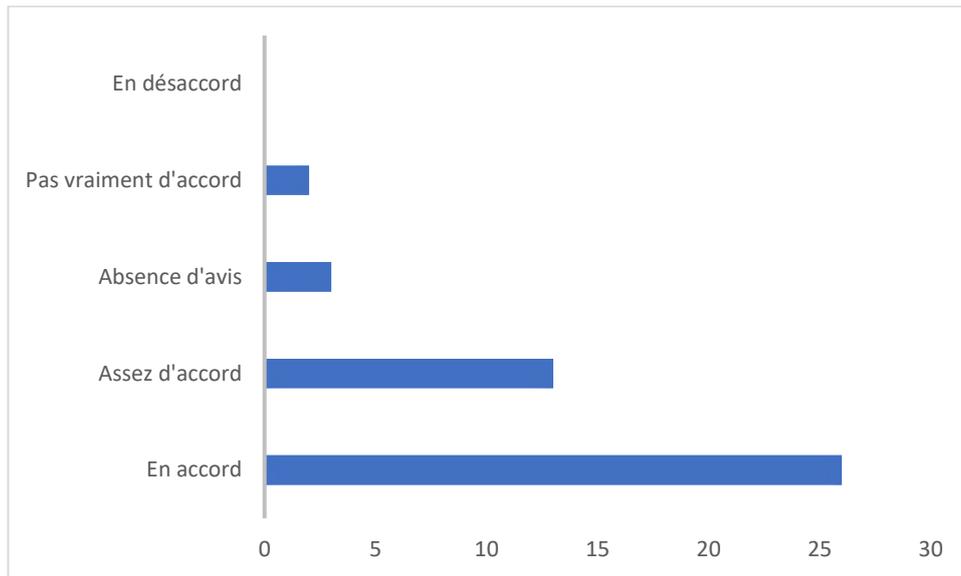


Les réponses ne semblent pas dépendre de la profession des soignants interrogés. Nous notons tout de même qu'une part notable d'infirmiers n'estiment pas qu'elle fasse partie des rôles premiers d'un service d'Urgences.



• Question 7 : « Onze mois après sa création, êtes-vous satisfait de cette filière ? »

D'une manière générale, cette filière semble satisfaire une majeure partie (88,6%) des soignants interrogés.



Nous avons volontairement laissé une zone de commentaire libre. À travers les différents commentaires transcrits, un certain nombre d'axes d'amélioration semblent être réclamés :

- La nécessité d'une définition claire des pathologies ou **motifs de consultation** permettant un passage en filière ambulatoire (n = 6/44).
- Le besoin d'un médecin tout à fait **autonome** pour assurer la partie technique du soin (gypsothérapie, bilan biologique, orientation vers radiographie, suture, etc.) (n = 5/44).
- La gestion **logistique** de cette filière (quoi ? par qui ? quand ?) (n = 3/44) et l'**organisation** de cette espace au sein des urgences (n = 3/44).
- L'ouverture de cette filière à des médecins **généralistes** (n = 4/44).

# DISCUSSION

Les exercices de la Médecine Générale et de la Médecine d'Urgence évolueront dans les prochaines années.

D'une part, l'évolution démographique attendue (vieillesse de la population) va induire une majoration de la part des patients âgés et polypathologiques ayant recours plus fréquemment aux soins, et notamment à leur médecin traitant. Cette augmentation relative du volume de consultations mobilisées pour ces patients induit nécessairement une diminution des créneaux disponibles pour d'autres motifs, relevant notamment de la médecine aiguë et de la traumatologie. De plus, les effectifs médicaux et la densité médicale continuent de baisser. Les projections actuelles suivant le meilleur scénario tendanciel établi par la DREES ne prévoit un nombre de médecins actifs, toutes spécialités confondues, identique à 2006 qu'en 2030, soit environ 205000 médecins dont une légère diminution de l'effectif des médecins généralistes. Pour autant, la densité médicale restera plus faible qu'en 2006 (environ 290 médecins /100000 habitants contre 330/100000 habitants en 2006). La tendance semble être similaire d'un point de vue local puisque l'âge moyen des médecins en Charente-Maritime est en hausse constante (55,4 ans en 2010 versus 57,9 ans en 2019)<sup>(40)</sup>.

D'autre part, la Médecine d'Urgence s'organise, devient une spécialité officiellement reconnue, avec la création d'un Diplôme d'Études Spécialisées formellement établi en 2017<sup>(41)</sup>. La première promotion de médecins urgentistes bénéficiant de cette formation, et non plus de celle du Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires, devrait prendre ses pleines fonctions début novembre 2021. Avec une maquette de formation davantage tournée vers la médecine intensive et hospitalière que vers la médecine

générale, les aspirations de soins primaires, au sens large, risquent de s'amoinrir. En effet, considérera-t-on l'otalgie ou tout autre motif de consultation jugé banal, relevant de la médecine générale, comme appartenant également au champ de compétence du médecin urgentiste ? Ces problématiques n'agitent pas que la sphère médicale française et sont débattues dans d'autres pays comme en témoigne l'éditorial de Joseph Ting<sup>(42)</sup> dans lequel l'urgentiste australien s'inquiète d'une moins bonne formation possible à la médecine intensive si les médecins urgentistes devaient également s'occuper de soins primaires.

Alors, que faire de ces patients qui, devant une offre médicale s'amoinrissant et se sentant de plus en plus informés, s'affranchissent des parcours de soins classiques et consultent aux Urgences en première intention pour des pathologies bénignes (62,5% des patients de notre étude n'avaient pas contacté de médecin généraliste avant de se présenter aux Urgences) ? Comment prendre en charge une population dont une grande partie (75,7% des patients estiment leur problématique de santé urgente) voit en ses problématiques bénignes un caractère d'urgence (et quelles sont les tenants de ces urgences ressenties) ? La solution de la réorientation par un médecin d'accueil et d'orientation au mieux, et à défaut par un des médecins d'un autre secteur du SAU, au moyen d'un forfait de coordination<sup>(43)</sup> est-il vraiment la solution attendue ? Dans son amendement, Monsieur le Député Olivier Véran estime qu'un peu plus d'un quart des passages vers les Urgences pourrait être orienté vers la médecine générale libérale. Cependant, n'est-ce pas là une débauche d'énergie qui n'aura pour effet que de surcharger les médecins d'amont déjà en difficulté ? Nous n'avons pas retrouvé d'éléments permettant d'évaluer les disponibilités des créneaux de consultation en Médecine Générale dans notre région. Dans un contexte différent, en Île-de-France, c'est environ quarante minutes de consultation qui sont perdues quotidiennement suite à

des rendez-vous non-honorés<sup>(44)</sup>. Alors, ne serait-il pas plus simple, moins contraignant en termes d'énergie et de moyens, d'accueillir tous les patients, quels que soient les motifs de consultation toujours dans une logique de mission de service public favorisant un accès égal à tous, au sein d'une structure commune ? Est-ce réellement là une des missions du médecin que de réorienter le patient sans réellement le prendre en charge ? Cette attitude sera-t-elle adoptée par des médecins de plus en plus aux prises avec des considérations médico-légales ?

Les filières courtes semblent être une solution concrète envisageable et rapidement disponible dans le format simple mis en place à Rochefort (un médecin, un local, une salle d'attente, une solution logistique d'accueil et d'orientation commune au SAU). Bien que n'améliorant pas les temps de passage des patients les plus graves, notre étude laisse à penser que ces filières paraissent avoir un impact positif sur le ressenti des patients les moins graves (98% étant satisfaits d'avoir été vus en moyenne en 105 minutes) ainsi que sur les personnels soignants des urgences (82% des soignants ressentant une amélioration du flux toute filière confondue). Nous n'avons pas pu quantifier l'impact de cette filière sur la part des patients partis sans attendre car l'informatisation du SAU a été concomitante de notre étude. Ainsi la période « avant » ne pouvait être analysée. Pour rappel, toutes les études évaluant la mise en place de filière courte avaient déjà objectivé une baisse de la part de cette population de patients.

La mise en place de filières ambulatoires ne nous semble pas s'opposer à la prise en charge classique des soins non programmés assurés pour une bonne part par les médecins généralistes (12 % de l'activité totale des médecins généralistes<sup>(48)</sup> en 2006, recueil basé sur un mode déclaratif d'un panel de médecins généralistes) mais vient plutôt la compléter en permettant un second recours identifié et aisément accessible à

la population. En effet, une part importante des patients jugeaient qu'ils seraient mieux soignés à l'hôpital (20,3%) ou qu'ils auraient aisément accès à des examens complémentaires (31,9%). La solution du « presque un acte par jour »<sup>(49)</sup> (et la consultation de suivi dans la cas d'une prescription d'examen complémentaire ; 48% de radiographies prescrites dans notre étude) prônait par le Dr Boissault, président de la Société Française de Médecine Générale, est-elle réellement envisageable pour nos confrères généralistes ? De plus, ils ne nous semble pas judicieux d'envisager une solution à la problématique des soins non programmés en éliminant un peu rapidement la problématique de la « peur médico-légale » qui serait inhérente aux services hospitaliers. Celle-ci reste, à notre sens, malheureusement bien présente dans l'exercice de la médecine actuelle.

Bien qu'efficace, les filières courtes peuvent être améliorées, et ces pistes nous paraissent devoir prendre place dans un cadre plus large de réflexion de la prise en charge de ces patients. Ces pathologies traumatiques ou médicales bénignes ont, elles-aussi, leurs morbidités propres et leurs conséquences socio-économiques néfastes. Une prise en charge insuffisante de celles-ci dans le contexte d'intensification des soins aux patients les plus complexes et de décroissance de la population médicale n'est pas souhaitable. De plus, la stratégie consistant à envisager de forcer le flux de ces patients en direction de la réponse d'amont nous apparaît peu opportun et contre-productif. À notre sens, une solution (basée sur le volontariat) pourrait être de proposer à des médecins généralistes de venir exercer dans cette filière à raison de quelques heures par mois, au sein des structures hospitalières. Cela pourrait présenter de multiples intérêts.

Pour les médecins urgentistes, une partie plus conséquente de leur temps de travail pourrait être consacrée à ce que certains considèrent être leur cœur de métier, à savoir

l'urgence pré-hospitalière et intra-hospitalière. Nous avons en effet remarqué qu'une partie non négligeable des personnels soignants des urgences considérait cette filière comme ne répondant pas à leurs attentes. À l'inverse, ces filières pourraient être de bonnes voies de recours à une modification de leur activité (en lien avec l'épuisement professionnel lié aux gardes, à la prise en charge rapide et répétée de pathologies complexes) et permettraient d'ouvrir une autre voie sans bouleverser leur quotidien avec des projets d'installation, des modifications salariales, etc. Enfin, la coopération avec des médecins généralistes, *via* des sessions de formations continues (traumatologie, problématiques sociales, etc.) permettraient à chacun d'échanger sur sa pratique et ainsi de l'améliorer.

Pour les médecins généralistes, elles pourraient également être une réponse envisageable pour lutter contre les rendez-vous non honorés. En effet, bien qu'atteignant d'une façon moindre les médecins généralistes<sup>(44)</sup>, cette problématique est extrêmement consommatrice d'un temps médical de plus en plus précieux. Néanmoins, cette hypothèse part du postulat que les rendez-vous non honorés relèveraient plus de problématiques aiguës que chroniques. À notre connaissance, il n'existe aucune étude évaluant les motifs de consultation menant à des rendez-vous non honorés. De plus, l'accès à une filière traitant principalement de la traumatologie courante permettrait également aux médecins généralistes de diversifier leur champ d'action s'ils le souhaitent. Ainsi, il nous semble qu'une analyse des attentes et des réserves des médecins généralistes concernant leur implication dans de telles filières selon les modalités décrites précédemment serait à mener.

# **CONCLUSION**

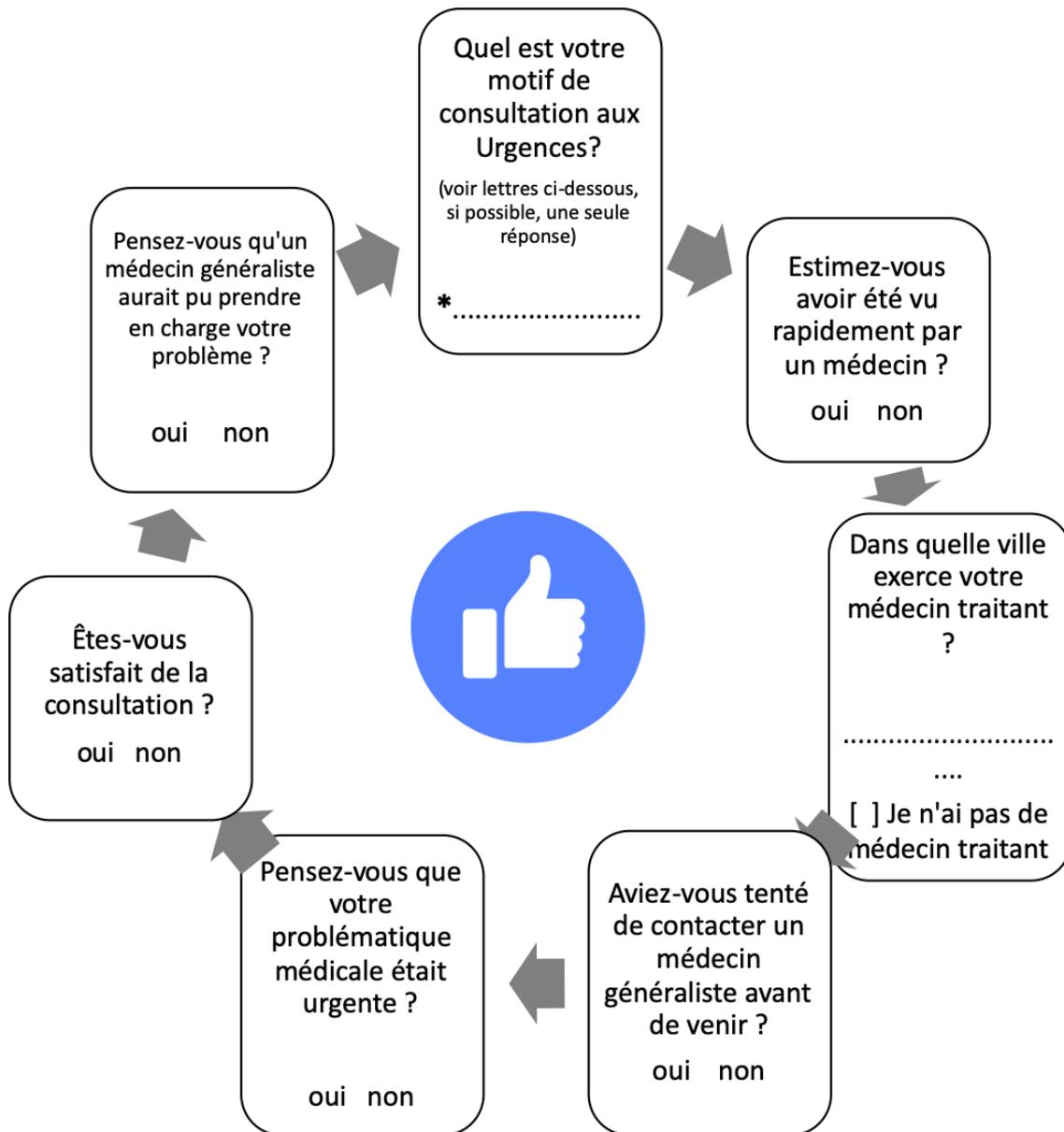
À l'issue de ce travail, la mise en place de filières courtes au sein des services d'urgence nous paraît pertinente par plusieurs aspects. Il nous semble que cet outils simple permette à tous les acteurs des soins primaires, médecins généralistes et urgentistes, patients et instances administratives hospitalières, d'obtenir une efficience dans les soins non programmés. Pour les patients, ces filières répondent à leurs attentes en moins de deux heures en moyenne en ce qui concerne une grande part de la pathologie traumatique bénigne et médicale simple, avec ou sans examens radiologiques. Pour les soignants des urgences, la filiarisation de ces patients accroît le sentiment d'allègement de la charge de travail et semble diminuer l'impression d'attente aux urgences bien que cela ne soit pas forcément le cas pour les patients les plus graves. De plus, ces filières sont acceptées par une grande partie du personnel des urgences. Pour les médecins généralistes, ce second recours identifié par tous permettrait de les délester d'une part conséquente de leur (sur)activité quotidienne.

Les axes d'améliorations que nous pourrions envisager pour la filière ambulatoire résident certainement dans l'ouverture de la consultation aux médecins généralistes sous formes de plages horaires récurrentes chaque mois ; la mise en place d'une réflexion sur des moyens de financement attractifs mais raisonnables pour les médecins généralistes ; une réflexion, également, sur l'ouverture de cette consultation à la population pédiatrique.

Nous pensons que les motivations et les freins des médecins généralistes à leur entrée dans cette filière ambulatoire pourraient faire l'objet d'un futur travail de recherche.



**ANNEXE 1 – Questionnaire adressé aux patients**



\*

A – Pas de RDV avec mon médecin traitant avant 48h.  
 B – A l'hôpital, je peux avoir accès plus rapidement à des examens complémentaires.  
 C – Mon problème de santé sera mieux géré à l'hôpital.  
 D – Les soins sont gratuits à l'hôpital.  
 E – Les horaires de consultation me conviennent plus.  
 F – Autre : .....

A l'attention du médecin

**Ne pas répondre si week-ends ou jours fériés.**

Pensez-vous que la problématique de ce patient aurait pu être prise en charge aisément en cabinet de ville (en semaine, aux heures ouvrables) ?

**Oui      Non**

Pourquoi ?

## **Annexe 2 – Questionnaire adressé aux soignants**

### **Quelle est votre profession ?**

IDE

Ambulancier(e)

Médecin

Cadre

Aide-Soignant(e)

Assistant(e) social(e)

Secrétaire

### **Estimez-vous que la mise en place de cette filière de soin améliore l'organisation de la prise en charge des malades ?**

en accord

assez d'accord

absence d'avis

pas vraiment d'accord

en désaccord

### **Estimez-vous que la charge de travail des équipes est plus supportable depuis sa mise en place ?**

en accord

assez d'accord

absence d'avis

pas vraiment d'accord

en désaccord

**Ce secteur représente-t-il une charge de travail supplémentaire pour vous ?**

en accord

assez d'accord

absence d'avis

pas vraiment d'accord

en désaccord

**Estimez-vous que cette consultation ambulatoire soit justifiée au sein des**

**Urgences ?**

en accord

assez d'accord

absence d'avis

pas vraiment d'accord

en désaccord

**Estimez-vous que les patients « stagnent » moins dans le service depuis**

**l'ouverture de cette consultation ?**

en accord

assez d'accord

absence d'avis

pas vraiment d'accord

en désaccord

**Estimez-vous que ce n'est pas la vocation d'un service d'Urgence de s'occu-  
per des patients vus dans cette consultation ?**

en accord

assez d'accord

absence d'avis

pas vraiment d'accord

en désaccord

**Six mois après sa création, êtes-vous satisfait de cette filière ?**

en accord

assez d'accord

absence d'avis

pas vraiment d'accord

en désaccord

**En vue de son amélioration, quelle(s) modification(s) souhaiteriez-vous apporter à cette consultation ambulatoire ?** réponse libre (écrire lisiblement svp)

### Annexe 3 – Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)

---

#### CCMU

1

État clinique jugé stable, pas de décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique en SAU

2

État clinique jugé stable, décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique en SAU

3

État clinique jugé susceptible de s'aggraver au SAU, sans mise en jeu du pronostic vital

4

Pronostic vital jugé engagé et prise en charge ne comportant pas de gestes de réanimation immédiats

5

Pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation immédiats

---

## Annexe 4 – Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU)

CIMU	Situation	Risque	Ressource	Action	Délais	Secteur
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	IDE < 1' et Médecin < 1'	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou de la lésion traumatique	IDE < 1' et Médecin < 20'	SAUV
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24h	≥ 3	Évaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90'	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	1 à 2	Acte diagnostic et/ou thérapeutique limité	Médecin < 120'	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte lésionnelle ou fonctionnelle évidente	Non	0	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240'	Box ou salle d'attente







## **Annexe 6 – « Fiche de poste »**

Mise en place d'une filière ambulatoire dans un service d'Urgence.

### **Résumé :**

L'objet de cette filière est d'améliorer la fluidité des patients au sein d'un service d'Urgence. Cette filière ambulatoire semble pertinente à tout point de vue puisqu'elle améliore le temps de passage et la satisfaction des usagers y transitant, elle améliore également le ressenti des personnels soignants et aurait tendance à diminuer le taux de patients partis sans attendre.

### **Horaires :**

- 10h – 20h, tous les jours de la semaine.

### **Local de consultation :**

- Attenant au SAU pour bénéficier du guichet administratif et des compétences de l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation. Concernant l'orientation, besoin de mise en place d'une liste pertinente des motifs de consultation dans la filière ambulatoire (éviter douleur thoracique, douleur abdominale, vertiges, etc.) pouvant être sujet à une mauvaise orientation de la part de l'IOA. Cette difficulté nous a été soumise à plusieurs reprises durant notre étude.
- Attenant à un service de radiologie avec accès rapide et facilité aux radiographies.
- Bénéficiant d'une salle d'attente qui lui est propre.
- Installation de panneaux signalétiques menant à la sortie et à la radiologie.

### **Ressources humaines :**

- Un médecin urgentiste ou médecin généraliste (autonomie nécessaire).
- Un infirmier éventuellement disponible pour réalisation de rares bilans biologiques (1,85% dans notre étude) et aide ponctuelle.
- Établir un rôle de contrôle et réapprovisionnement des stocks.

### **Matériel nécessaire :**

- Suture
- Lampe à fente, mallette d'ophtalmologie
- Matériel pour réalisation de contention (plâtre, résine, point d'eau, etc.)
- Pharmacie (antalgiques palliers 1 et 2, anesthésiques locaux, antibiotiques usuels, antiseptiques, seringues, aiguilles, compresses).
- Matériel de prélèvement sanguin veineux.

# **Bibliographie**

**1** – Roulet S, rapporteur. Observatoire Régional des Urgences en Nouvelle-Aquitaine : Panorama des Urgences en 2018. Bordeaux : ORUNA ; 2019.

**2** – Barthelemy S. Des médecins contre la « maltraitance » aux Urgences de Rochefort. La Croix ; 4 avril 2018.

**3** – Baubeau D, Joubert F, Girard LL. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. Paris : DREES, Études et résultats; juillet 2000. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er072.pdf>

**4** – Aubert JM. La médecine d'urgence *in* Panorama de santé 2018. DREES. Paris ; 26 juin 2018. p. 131-135

**5** – Grolleau S, Havas J, Pourcel L, Olivier M, Pélissier F, Azéma O, et al. Évolution et profil des patients présentant une urgence vitale en Midi-Pyrénées depuis 8 ans. 2013 : Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées.

**6** – INSEE. (page consultée le 20 mai 2019). Âge moyen et âge médian de la population en 2019, [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>

**7** – Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil bien particulier. Paris : DREES, Études et résultats; mars 2017.

**8** – Anguis M, Chaput H, Marbot C, Millien C, Vergier N. 10000 médecins de plus depuis 2012. Paris : DREES, Études et résultats; mai 2018.

**9** – Roulet S, rapporteur. Observatoire Régional des Urgences en Nouvelle-Aquitaine : Panorama des Urgences en 2017. Bordeaux : ORUNA ; 2018.

**10** – Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence. Samu – Urgences de France. Novembre 2011.

**11** – Claret P-G, Bobbia X, Richard P, Poher F, de La Coussaye J-E. Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. *Ann Fr Médecine Urgence*. 2014 Mar ; 4(2):96-105.

**12** – Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités *in* Rapport public annuel. Cour des Comptes. Paris ; février 2019.

**13** – Wargon M, Aegerter P, Aushana Y. Activité des services d'urgence en Île de France. Commission Régionale d'Experts Urgence. Paris ; novembre 2016.

**14** – Profil clinique des patients CCMU 1 en Midi-Pyrénées de 2002 à 2011 et étude des facteurs associées à leur venue *in* Rapport d'activité annuel 2013. Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées ; 2013. p.235 – 245.

**15** – Jo S, Kim K, Lee JH, Rhee JE, Kim YJ, Suh GJ, et al. Emergency department crowding is associated with 28-day mortality in community-acquired pneumonia patients. *Journal of Infection*. mars 2012;64(3):268-75.

**16** – Liew D, Liew D, Kennedy MP. Emergency department length of stay independently predicts excess inpatient length of stay. 2003;179:3.

**17** – Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *The American Journal of Emergency Medicine*. mars 2010;28(3):304-9.

**18** – Weiss SJ, Ernst AA, Derlet R, King R, Bair A, Nick TG. Relationship between the National ED Overcrowding Scale and the number of patients who leave without being seen in an academic ED. *The American Journal of Emergency Medicine*. mai 2005;23(3):288-94.

- 19** – McCusker J, Vadeboncoeur A, Lévesque J-F, Ciampi A, Belzile E. Increases in Emergency Department Occupancy Are Associated With Adverse 30-day Outcomes. Schneider S, éditeur. Academic Emergency Medicine. oct 2014;21(10):1092-100.
- 20** – Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of emergency department crowding. Annals of Emergency Medicine. août 2003;42(2):173-80.
- 21** – Louis J, Fournier I. Le bed manager. Réanimation. sept 2014;23(5):463-4.
- 22** – Buzyn A. Pacte de refondation des urgences. Ministère des Solidarité et de la Santé. Paris ; septembre 2019.
- 23** – MacKenzie EJ, Jurkovich GJ, Frey KP, Scharfstein DO. A National Evaluation of the Effect of Trauma-Center Care on Mortality. NEJM. 2006;13.
- 24** – Les évolutions du *numerus clausus* et des quotas pour les professionnels de santé in Portrait des professionnels de santé. Paris : DREES, Études et résultats; 2016. p. 84 – 88.
- 25** – Anguis M, Bachelet M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Paris : DREES, Études et résultats; mai 2017.
- 26** – Mourgues JM. Atlas de la démographie médicale en France. Paris ; 2017.
- 27** – Eurostat (page consultée le 27 août 2019). Naissances vivantes et taux brut de natalité, [en ligne]. <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-datasets/-/TPS00204>
- 28** – Goin A, Champion JB, Glénat P, Lesclos-Cauhapé C, Quénechdu V. Bilan démographique 2018 : la fécondité baisse depuis quatre ans. INSEE Première. janvier 2019.
- 29** – Valleteau de Moulliac J. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives. Bull. Acad. Natle Méd., 2013, 197, n° 6, 1143-1152, séance du 4 juin 2013.

- 30** – Article 77 *in* Code de déontologie médicale. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; avril 2017.
- 31** – Pillet V. État des lieux et conséquences de la permanence des soins ambulatoires dans le département de la Charente-Maritime [thèse de Doctorat d'Université, biologie et santé, Médecine générale]. Poitiers : Université de Poitiers Faculté de médecine ; 2017.
- 32** – Saidi K, Paquet AL, Goulet H, Ameur F, Bouhaddou A, Nion N, et al. Effets de la création d'un circuit court au sein d'un service d'urgence adulte. *Annales françaises de médecine d'urgence*. déc 2015;5(6):283-9.
- 33** – Copeland J, Gray A. A Daytime Fast Track Improves Throughput in a Single Physician Coverage Emergency Department. *CJEM*. nov 2015;17(6):648-55.
- 34** – Chrusciel J, Fontaine X, Devillard A, Cordonnier A, Kanagaratnam L, Laplanche D, et al. Impact of the implementation of a fast-track on emergency department length of stay and quality of care indicators in the Champagne-Ardenne region: a before–after study. *BMJ Open*. juin 2019;9(6):e026200.
- 35** – Forero R, McCarthy S, Hillman K. Access block and emergency department overcrowding. *Critical care*. 2011;6.
- 36** – Schull MJ, Kiss A, Szalai J-P. The Effect of Low-Complexity Patients on Emergency Department Waiting Times. *Annals of Emergency Medicine*. mars 2007;49(3):257-264.e1.
- 37** – Dinh MM, Enright N, Walker A, Parameswaran A, Chu M. Determinants of patient satisfaction in an Australian emergency department fast-track setting. *Emergency Medicine Journal*. oct 2013;30(10):824-7.
- 38** – Lutze M, Ross M, Chu M, Green T, Dinh M. Patient perceptions of emergency department fast track: A prospective pilot study comparing two models of care. *Australasian Emergency Nursing Journal*. août 2014;17(3):112-8.

- 39** – Observatoire des territoires – cartographie interactive (page consultée le 12 août 2019). Observatoire des territoires, [en ligne]. [https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicateur&i=apl.apl\\_mg\\_hmep&view=map26](https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicateur&i=apl.apl_mg_hmep&view=map26)
- 40** – Cartographie interactive de la démographie médicale (page consultée le 12 août 2019). Conseil National de l'Ordre des Médecins, [en ligne]. <https://demographie.medecin.fr/#l=fr;v=map2>
- 41** – Riou B. 2017 : l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence. Annales françaises de médecine d'urgence. févr 2017;7(1):1-4.
- 42** - Ting J. Does ambulatory and fast track allocation reduce immersion in acute and resuscitation training, and impair career satisfaction and job longevity for emergency medicine registrars? Emergency Medicine Australasia [Internet]. juill 2019
- 43** – Véran O. Amendement n°AS659 in Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale. Paris ; 15 octobre 2018.
- 44** – 40 minutes de temps de consultation sont quotidiennement perdues par les médecins libéraux en Île-de-France. Union Régionale des Professionnels de Santé ; 23 juin 2015.
- 45** – Taboulet P, Gozlan N, Braganca A, Atlan A, Mathé M, Zafrani S, et al. La classification infirmière des malades aux urgences (Cimu) et la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) sont-elles comparables ? J Eur Urgences. mars 2008;21:A218.
- 46** – Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmier en 2040 ? Un outils de projection d'effectifs de médecins. DREES. Paris ; Janvier 2018.
- 47** – World Bank Group (page consultée le 09 août 2019). Population, total, France, [en ligne]. <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.TOTL?locations=FR&view=chart>

**48** – Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Paris : DREES, Études et résultats; mars 2006.

**49** – Boissault P. Soins non programmés : il y a urgence !. Issy les Moulineaux : Éditorial *in* SFMG [en ligne]; 18 septembre 2019. [http://www.sfmq.org/actualites/editorial/soins\\_non\\_programmes\\_il\\_y\\_a\\_urgence.html](http://www.sfmq.org/actualites/editorial/soins_non_programmes_il_y_a_urgence.html)

# RÉSUMÉ

**Introduction.** – En 2019, les soins non programmés en France peinent à trouver leur place. Les services d'urgence sont débordés par une activité complexe toujours plus importante (+2,6% en 2018 à Rochefort). Les médecins généralistes doivent composer avec une population toujours plus vieillissante, polypathologique et isolée, et des effectifs toujours décroissants. De plus, la population, de plus que jamais informée, fait de plus en plus état d'une urgence ressentie face à de nombreuses problématiques de santé, y compris les plus bénignes. Face à ce constat, des moyens simples sont mis en place par les différents acteurs du soin primaire. À Rochefort (17300), une filière de consultation ambulatoire a été mise en place. Cette étude a pour but d'évaluer la pertinence de la mise en place d'une telle filière.

**Matériels et méthodes.** – Une étude descriptive qualitative a été menée durant deux périodes distinctes (saison touristique et hors-saison) au Centre Hospitalier de Rochefort en 2018 et 2019. Les patients se voyaient adressés un questionnaire en fin de consultation. Celui-ci explorait les raisons de leur consultation au SAU. De plus, nous avons recueilli l'ensemble des données de consultation associées au questionnaires. Enfin, nous avons également soumis un questionnaire au personnel soignant afin d'évaluer l'intérêt qu'il porte à cette filière au sein du SAU. Nous avons défini la pertinence comme un ensemble de critères obtenus (satisfaction des patients, des soignants, diminution du temps de passage).

**Résultats.** – Nous avons recueilli 601 questionnaires sur les deux périodes ; 316 dossiers ont été obtenus en saison touristique et 276 dossiers obtenus en basse saison. Après exclusion, 592 dossiers étaient exploitables. Les motifs de consultations étaient principalement de la traumatologie des membres et du thorax (75,8%). Parmi les patients, 74,6% d'entre eux étaient classés CCMU2. La durée moyenne de séjour des

patients CCMU1 était de 80 minutes [IC95% : 72 - 88] alors que les patients CCMU2 restaient 108 minutes [IC95% : 102 - 114] ( $p < 0,05$ ). De plus, cette filière semble être acceptée par les patients et les soignants. Les raisons principales exprimées de consultation aux urgences sont l'accès privilégié aux examens complémentaires si besoin (31,9%), l'absence d'accès à une consultation de médecine générale dans les 48h (22,6%) et le sentiment que les soins seront plus adaptés aux urgences (20,3%). La plupart des patients n'avaient pas essayé de joindre leur médecin traitant avant de consulter (66,2%). La part des urgences ressenties est importante (75,7%). Pour une bonne partie d'entre eux (53%), le médecin traitant était tout à fait en capacité de gérer leur problème de santé en premier recours. De leur côté, les soignants semblent en accord avec la présence d'une filière ambulatoire au sein d'un service d'urgence.

**Conclusion.** – Les filières ambulatoires nous paraissent être un outil pertinent pour une prise en charge efficiente des soins non programmés dans le contexte actuel de pénurie médicale. Une évolution intéressante pourrait être d'ouvrir ce secteur à des médecins généralistes tout en conservant une position intra-hospitalière.

Mots-clés : filière courte, ambulatoire, médecine d'urgence, soins primaires, soins non programmés, organisation des soins.



## SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



# RÉSUMÉ

**Introduction.** – En 2019, les soins non programmés en France peinent à trouver leur place. Les services d'urgence sont débordés par une activité complexe toujours plus importante (+2,6% en 2018 à Rochefort). Les médecins généralistes doivent composer avec une population toujours plus vieillissante, poly pathologique et isolée, et des effectifs toujours décroissants. De plus, la population, de plus que jamais informée, fait de plus en plus état d'une urgence ressentie face à de nombreuses problématiques de santé, y compris les plus bénignes. Face à ce constat, des moyens simples sont mis en place par les différents acteurs du soin primaire. À Rochefort (17300), une filière de consultation ambulatoire a été mise en place. Cette étude a pour but d'évaluer la pertinence de la mise en place d'une telle filière.

**Matériels et méthodes.** – Une étude descriptive qualitative a été menée durant deux périodes distinctes (saison touristique et hors-saison) au Centre Hospitalier de Rochefort en 2018 et 2019. Les patients se voyaient adressés un questionnaire en fin de consultation. Celui-ci explorait les raisons de leur consultation au SAU. De plus, nous avons recueilli l'ensemble des données de consultation associées au questionnaires. Enfin, nous avons également soumis un questionnaire au personnel soignant afin d'évaluer l'intérêt qu'il porte à cette filière au sein du SAU. Nous avons défini la pertinence comme un ensemble de critères obtenus (satisfaction des patients, des soignants, diminution du temps de passage).

**Résultats.** – Nous avons recueilli 601 questionnaires sur les deux périodes ; 316 dossiers ont été obtenus en saison touristique et 276 dossiers obtenus en basse saison. Après exclusion, 592 dossiers étaient exploitables. Les motifs de consultations étaient principalement de la traumatologie des membres et du thorax (75,8%). Parmi les patients, 74,6% d'entre eux étaient classés CCMU2. La durée moyenne de séjour des patients CCMU1 était de 80 minutes [IC95% : 72 - 88] alors que les patients CCMU2 restaient 108 minutes [IC95% : 102 - 114] ( $p < 0,05$ ). De plus, cette filière semble être acceptée par les patients et les soignants. Les raisons principales exprimées de consultation aux urgences sont l'accès privilégié aux examens complémentaires si besoin (31,9%), l'absence d'accès à une consultation de médecine générale dans les 48h (22,6%) et le sentiment que les soins seront plus adaptés aux urgences (20,3%). La plupart des patients n'avaient pas essayé de joindre leur médecin traitant avant de consulter (66,2%). La part des urgences ressenties est importante (75,7%). Pour une bonne partie d'entre eux (53%), le médecin traitant était tout à fait en capacité de gérer leur problème de santé en premier recours. De leur côté, les soignants semblent en accord avec la présence d'une filière ambulatoire au sein d'un service d'urgence.

**Conclusion.** – Les filières ambulatoires nous paraissent être un outil pertinent pour une prise en charge efficiente des soins non programmés dans le contexte actuel de pénurie médicale. Une évolution intéressante pourrait être d'ouvrir ce secteur à des médecins généralistes tout en conservant une position intra-hospitalière.

**Mots-clés :** médecine d'urgence, filière courte, ambulatoire, médecine d'urgence, soins primaires, soins non programmés, organisation des soins.

