



**EHESP**

---

**Directeur d'hôpital**

Promotion : **2021-2022**

Date du Jury : **Octobre 2022**

---

**Une filière ultra-courte de médecine générale face  
à la saturation des services d'urgences : exemple  
du CH d'Arcachon**

---

**Charles LEPAS**



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier tous les professionnels du Centre Hospitalier d'Arcachon pour m'avoir accordé du temps et avoir partagé les enjeux de leurs métiers, et leur vision de l'hôpital.

Merci à l'ensemble de l'équipe des urgences et plus particulièrement au Docteur Rémy Lapeyre, à Madame Clélia Patino, et au Docteur Julien Patry, pour leur aide et leur disponibilité, et sans qui ce mémoire n'existerait pas.

Merci également au directeur du Centre Hospitalier d'Arcachon, Monsieur Julien Rossignol, pour ses conseils tout au long du stage.

Un grand merci à mon maître de stage, Monsieur Vincent Tortes Saint-Jammes, pour tous ses enseignements, sa bienveillance, et pour tout ce que j'ai eu la chance d'apprendre à ses côtés.

Merci également à Sophie Gérard pour sa réactivité et son aide dans la réalisation de ce mémoire.

Merci à l'ensemble de l'équipe de direction de l'hôpital pour tous ces échanges instructifs et les bons conseils égrenés sur ces huit mois.

Un grand merci à Juliette pour la relecture attentive de ces pages.

Un immense merci à mes parents, à ma sœur et à ma petite nièce pour leur aide et leur soutien au cours de ces longues années d'étude, que ce mémoire vient enfin conclure.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1L'adéquation du recours aux services d'accueil des urgences .....	5
<b>1.1 Les services d'accueil des urgences .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Missions.....	5
1.1.2 Cadre réglementaire.....	6
1.1.3 Structures .....	7
1.1.4 Organisation .....	7
1.1.5 Financement.....	9
1.1.6 Etat des lieux 2022 .....	10
<b>1.2 Une hausse continue de l'activité depuis plusieurs décennies.....</b>	<b>12</b>
1.2.1 Activité.....	12
1.2.2 La question des effectifs.....	13
1.2.3 Temps de passage .....	14
2Les déterminants de l'orientation des « passages évitables » vers les services hospitaliers d'urgences : démographie médicale et PDSA en difficulté .....	17
<b>2.1 La permanence des soins .....</b>	<b>17</b>
2.1.1 La permanence des soins en établissement de santé .....	17
2.1.2 La permanence des soins ambulatoires .....	18
<b>2.2 La démographie médicale.....</b>	<b>22</b>
2.2.1 La diminution structurelle du nombre de médecins en activité.....	22
2.2.2 La progression de l'exercice mixte et salarié.....	26
2.2.3 La question des revenus .....	27
<b>2.3 La composante comportementale de l'évolution de la demande de soins.....</b>	<b>28</b>
2.3.1 Les évolutions de comportement.....	28
2.3.2 Les passages évitables .....	31
2.3.3 Autres composantes.....	34
3La filière ultra-courte de médecine générale au Centre hospitalier d'Arcachon .....	35
<b>3.1 Un modèle complémentaire aux solutions existantes .....</b>	<b>35</b>
3.1.1 Les maisons médicales de garde .....	35
3.1.2 Évolution de l'organisation interne des urgences .....	37
<b>3.2 Contexte locale.....</b>	<b>39</b>
3.2.1 La PDSA en Nouvelle-Aquitaine.....	39
3.2.2 Les urgences du Centre hospitalier d'Arcachon .....	42
<b>3.3 Le fonctionnement et l'organisation de la filière.....</b>	<b>44</b>
3.3.1 Historique .....	44
3.3.2 Localisation.....	45
3.3.3 Horaires .....	45
3.3.4 Effecteurs .....	46
3.3.5 Parcours patient .....	46
3.3.6 Logiciel.....	46
3.3.7 Plateau technique.....	46
3.3.8 Rémunération.....	47

3.3.9	Le rôle du médecin référent .....	47
<b>3.4</b>	<b>L'activité et la performance de la filière ultra-courte de médecine générale .....</b>	<b>48</b>
3.4.1	Les passages.....	48
3.4.2	La saisonnalité de l'activité.....	49
3.4.3	Origines des patients .....	49
3.4.4	Prise en charge .....	50
<b>3.5</b>	<b>Les avantages de la filière ultra-courte .....</b>	<b>53</b>
3.5.1	Du point de vue des patients.....	53
3.5.2	Du point de vue des médecins généralistes .....	54
3.5.3	Du point de vue des médecins urgentistes.....	55
3.5.4	Du point de vue de l'institution .....	56
3.5.5	Du point de vue des infirmières d'organisation et d'accueil .....	57
<b>3.6</b>	<b>Les prérequis identifiés.....</b>	<b>57</b>
<b>3.7</b>	<b>Prochaines évolutions .....</b>	<b>58</b>
	Conclusion .....	59
	Bibliographie .....	61
	Liste des annexes .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ARS</b>	Agences Régionales de Santé
<b>ATU</b>	Accueil et Traitement des Urgences
<b>CCMU</b>	Classification Clinique des Malades aux Urgences
<b>CDOM</b>	Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins
<b>CDS</b>	Centre De Santé
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CHR</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>CNAM</b>	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
<b>CNG</b>	Centre National de Gestion
<b>CNOM</b>	Conseil National de l'Ordre des Médecins
<b>CODAMU</b>	Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence
<b>CODAMUP- TS</b>	Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence, de la Permanence des Soins et de Transports Sanitaires
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>DGOS</b>	Direction Générale de l'Offre de Soins
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
<b>DROM</b>	Départements et Régions d'Outre-Mer
<b>ETP</b>	Équivalent Temps Plein
<b>FAU</b>	Forfait d'Accueil des Urgences
<b>FHF</b>	Fédération Hospitalière de France
<b>IDE</b>	Infirmier Diplômé d'Etat
<b>IOA</b>	Infirmier d'Organisation de la prise en charge du patient et d'Accueil
<b>MAO</b>	Médecin d'Accueil et d'Orientation
<b>MCO</b>	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
<b>MIGAC</b>	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
<b>MMG</b>	Maison Médicale de Garde
<b>MSP</b>	Maison de Santé Pluridisciplinaire
<b>NGAP</b>	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
<b>OCDE</b>	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
<b>ONDAM</b>	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
<b>PDSA</b>	Permanence Des Soins Ambulatoires
<b>PDSSES</b>	Permanence Des Soins en Établissement de Santé

<b>PH</b>	Praticiens Hospitaliers
<b>SAMU</b>	Service d'Aide Médicale Urgente
<b>SAU</b>	Service d'Accueil des Urgences
<b>SFMU</b>	Société Française de Médecine d'Urgence
<b>SMUR</b>	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
<b>SSA</b>	Service de Santé des Armées
<b>UHCD</b>	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

## Introduction

Alors que l'activité dans les services d'urgences français augmente fortement au mois de juillet 2022 – 180 000 passages supplémentaires, soit une hausse de 12,3% par rapport à juillet 2021 – ces mêmes services doivent faire face à d'importantes difficultés de personnels ayant entraîné, au plus haut de la crise, près de 42 fermetures de services d'urgences la nuit (Samu Urgences de France, 2022).

Ces difficultés de recrutement ne sont pas un phénomène récent mais atteignent un niveau critique en 2022 et s'étendent désormais aux professions paramédicales.

Même si la crise épidémique du Covid-19 a, temporairement, au cours des années 2019-2020, ralenti cette progression, elle n'est pas un phénomène récent. En effet, les urgences françaises font face à une hausse continue depuis trois décennies de la demande de soins qui leurs est adressée et qui a plus que doublée depuis 1996 (Mercadier, 2019).

En effet, en 2014, la Cour des comptes faisait déjà état d'une augmentation continue du recours aux Services d'Accueil des Urgences (SAU) (Cour des comptes, 2014). En 2019, elle réitérait son constat en décrivant les services hospitaliers d'urgences comme « trop sollicités », favorisant ainsi l'apparition de tensions dans les établissements de santé (Cour des comptes, 2019).

La hausse de la demande de soins adressée aux services hospitaliers d'urgences s'est faite de manière disproportionnée par rapport à l'augmentation des capacités d'accueil et de traitement, d'autant que l'aval des urgences connaît également des problèmes de saturation.

Les services hospitaliers d'urgences qui sont à la fois un carrefour entre l'hôpital et la ville et entre l'ambulatoire et l'hospitalisation, sont aujourd'hui vus comme un goulet d'étranglement dans la chaîne de production de soins. Ils subissent les conséquences des difficultés de l'offre de soins sur le territoire, compensant et pâtissant des problèmes d'amont et d'aval, tout en faisant face à leurs difficultés propres – d'espace, de moyens ou de personnels. Les services d'urgences sont donc confrontés à une crise multifactorielle aux causes à la fois endogènes et exogènes.

Une partie importante de l'activité des services hospitaliers d'urgences est aujourd'hui composée de comportements abusifs (Grall, 2006) – bien que cette caractérisation soit discutable et qu'on puisse lui préférer la notion de « passages évitables » (Cour des

comptes, 2019), ou qui du moins pourraient être pris en charge en ville par un médecin généraliste et qui ne nécessitent donc pas une prise en charge aux urgences. Cette demande de soins ambulatoires non programmés de médecine générale serait notamment fonction de plusieurs déterminants : démographie médicale en baisse, insuffisance de la Permanences Des Soins Ambulatoires (PDSA) (Cohen, Génisson, & Savary, 2017), changement de comportements dans la demande.

La résolution de la « crise des urgences » passe donc aussi nécessairement par celle de l'engorgement des services hospitaliers d'urgences en raison de passages ne correspondant pas au « cœur de métier » de ces services. Si les causes de la réorientation de la demande de soins ambulatoires non programmés vers les services hospitaliers d'urgences ne semblent pouvoir être résolue à court terme, il apparaît dès lors important de trouver des solutions innovantes permettant de prendre en charge cette demande au sein des SAU.

Confronté aux problématiques nationales, et au défi du doublement de l'activité au cours de la saison estivale, le Centre Hospitalier d'Arcachon a dû trouver des solutions innovantes pour éviter un engorgement de son service d'urgences.

La création de la filière ultra-courte de consultation de médecine générale aux urgences du Centre hospitalier d'Arcachon a été conçue comme un outil hybride, inspiré des Maisons Médicales de Garde (MMG) et de la filière courte du secteur urgence, afin de réorienter une partie de la demande de soins ambulatoires non programmés vers un médecin généraliste au sein des urgences. Le service des urgences se divise ainsi en deux secteurs, un secteur urgence géré par les médecins urgentistes – avec une filière longue et une filière courte – et un secteur de médecine générale avec la filière ultra-courte gérée par les médecins généralistes.

Ce dispositif n'est pas la toute première initiative du genre, mais il reste un exemple d'organisation rare sur le territoire national.

Ce mémoire vise à présenter cette filière ultra-courte de consultation de médecine générale au sein d'un service d'urgences en détaillant son adéquation avec l'évolution de la demande de soins adressée aux services d'urgences et en évaluant son impact sur la qualité des prises en charge, et sur le confort des personnels.

Cette analyse permettra de préciser en quoi une filière ultra-courte de médecine générale organisée par les médecins généralistes au sein du service des urgences, système hybride

entre la MMG et la filière courte des urgences, est un outil innovant pour répondre aux difficultés des services hospitaliers d'urgences.



# 1 L'adéquation du recours aux services des urgences

Cette partie vise à décrire les missions des SAU, et à caractériser la hausse continue de l'activité à laquelle ces services sont confrontés depuis trois décennies afin d'identifier la demande de soins à laquelle une filière ultra-courte de médecine générale aurait vocation à répondre.

## 1.1 Les services d'accueil des urgences

Les SAU sont des services hospitaliers accueillant et traitant toutes les urgences sans sélection. Ils sont ouverts 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (DREES, 2022). Ils participent ainsi au service public hospitalier, dont font partie la permanence de l'accueil et de la prise en charge des patients, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisés par les Agences Régionales de Santé (ARS)<sup>1</sup>.

### 1.1.1 Missions

Étant donné le « *continuum entre la PDSA et les services d'accueil des urgences* », il a semblé nécessaire dans les années 2000 de définir clairement les missions réciproques ainsi que leur articulation<sup>2</sup>.

Ainsi, la circulaire DHOS/O 1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences définit les missions des S.A.U. de la manière suivante : « *les services des urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir. La formation reçue par les médecins urgentistes, qui sera bientôt reconnue comme une spécialité, implique qu'ils puissent se consacrer aux pathologies relevant de la médecine d'urgence.* »

La circulaire de 2003 précise clairement que « *le besoin de consultations exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide mais non immédiat, la présence d'un médecin, relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux.* ».

Par ailleurs, elle définit la PDSA comme (Descours, 2003) : « *une organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients. Elle couvre*

---

<sup>1</sup> Article L. 6112-1 du Code de santé publique

<sup>2</sup> Circulaire DHOS/O 1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

*les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, le samedi après-midi ».*

En outre, elle prévoit également la mise en place d'une régulation des appels, visant notamment à réorienter les demandes initiales adressées aux SAU vers la médecine ambulatoire : *« la régulation des appels relevant de la médecine ambulatoire est mise en place, chaque fois que possible, dans les locaux du Centre 15. La centralisation des appels de permanence des soins doit permettre de mieux orienter les usagers et de faire évoluer, lorsque c'est nécessaire, leur demande initiale envers les services des urgences vers la médecine ambulatoire. Les régulateurs libéraux qui réceptionnent les appels destinés aux généralistes travaillent aux côtés des médecins régulateurs hospitaliers, à qui ils transmettent les appels relevant de l'aide médicale urgente et réciproquement. »*

Ainsi, dès 2003, la question de l'orientation de la demande de soins ambulatoires non programmés est déjà présente et est sous-tendue par celle de sa réorientation en dehors des SAU.

### **1.1.2 Cadre réglementaire**

L'exercice de la médecine d'urgence est soumis à une autorisation<sup>34</sup>. Ainsi, un établissement de santé peut être autorisé à exercer une activité de soins de médecine d'urgence selon trois modalités<sup>5</sup> :

- 1) La régulation des appels adressés au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)<sup>6</sup> ;
- 2) La prise en charge des patients par la Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), ou la SMUR pédiatrique ;
- 3) La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques.

L'autorisation donnée par l'ARS précise la ou les modalités d'exercice de l'activité autorisée.

L'autorisation d'exercer l'activité de soins de médecine d'urgence ne peut être délivrée à un établissement de santé que s'il satisfait aux conditions suivantes<sup>7</sup> :

- 1) Disposer de lits d'hospitalisation complète en médecine ;

---

<sup>3</sup> Article R. 6122-25 du Code de la santé publique

<sup>4</sup> Article L. 6122-1 du Code de la santé publique

<sup>5</sup> Article 4. 6123-1 du Code de la santé publique

<sup>6</sup> Article L. 6311-2 du Code de la santé publique

<sup>7</sup> Article R. 6123-6 du Code de la santé publique

- 2) Disposer d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyses de biologie médicale, en son sein ou par convention.

### **1.1.3 Structures**

En 2020, en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), il existait 691 structures des urgences situées dans 623 établissements de santé. Aux côtés des SAU, 100 SAMU et 388 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades.

Plus des trois quarts des SAU relèvent du secteur public (DREES, 2022). L'offre de soins des SAU est restée quant à elle globalement stable au cours des dernières années (DREES, 2022).

Les établissements publics de santé prennent en charge la grande majorité des passages aux urgences. Ainsi, en 2016, ils ont accueilli 81,9% des passages, contre 4,4% pour le secteur privé non lucratif, et 12,7% pour le secteur privé lucratif. Ce dernier accueille toutefois proportionnellement moins d'enfants et de personnes âgées (Cour des comptes, 2019).

En outre, là où 20% des passages aux urgences aboutissent en moyenne à une hospitalisation, cette proportion est variable selon les établissements. Ainsi, elle n'est que de 10 à 15% dans le secteur privé lucratif, et monte jusqu'à 26% dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) (Cour des comptes, 2019).

### **1.1.4 Organisation**

Le décret du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence détaille plus précisément l'organisation opérationnelle d'un SAU<sup>8</sup>.

Considérant les effectifs, un SAU doit disposer d'un nombre d'infirmiers suffisant pour qu'au moins l'un d'entre eux soit présent en permanence<sup>9</sup>.

Lorsque l'activité du SAU le justifie, l'effectif doit également comprendre un infirmier d'organisation de la prise en charge du patient et d'accueil (IOA). Il a pour mission la mise en œuvre, par délégation du médecin présent dans la structure d'urgence, les protocoles

---

<sup>8</sup> Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la santé publique

<sup>9</sup> Article D. 6124-17 du Code de la santé publique

d'orientation, et la coordination de la prise en charge du patient, jusqu'à l'hospitalisation si besoin<sup>10</sup>.

Sous condition d'une activité suffisante également, l'effectif peut également inclure des puéricultrices, des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture et des agents des services hospitaliers qualifiés, ainsi que des personnels chargés du brancardage<sup>11</sup>.

L'équipe des urgences doit également disposer d'un agent chargé des admissions<sup>12</sup>. Un assistant de service social peut également être affecté, à temps plein ou non<sup>13</sup>.

En termes de locaux et d'équipements, un SAU doit également disposer<sup>14</sup> :

- D'une salle d'accueil préservant la confidentialité ;
- D'un espace d'examen et de soins ;
- D'au moins une salle d'accueil des urgences vitales comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate ;
- D'une unité d'hospitalisation de courte durée comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la structure.

Il est de la responsabilité de l'établissement de santé, autorisé à exercer une activité de médecine d'urgence, de mettre en place les aménagements de locaux et d'équipements permettant l'accès des personnes vulnérables, notamment handicapées, et d'organiser spécifiquement leur accueil au sein de la structure des urgences.

Il se doit également de prévoir des modalités d'accueil adaptées, d'une part pour les personnes gardées à vue et, d'autre part, s'il est désigné, pour dispenser des soins d'urgence aux détenus.

Il a également la responsabilité de prévoir dans le plan blanc, un lieu qui permette d'accueillir des patients ou des victimes se présentant massivement à la structure des urgences et situé, dans la mesure du possible, à proximité de la structure des urgences, ainsi que des modalités d'accueil et de prise en charge adaptées pour les patients victimes d'un accident nucléaire, radiologique, chimique ou suspects d'une pathologie biologique à risque contagieux<sup>15</sup>.

---

<sup>10</sup> Article D. 6124-18 du Code de la santé publique

<sup>11</sup> Article D. 6124-19 du Code de santé publique

<sup>12</sup> Art. D. 6124-20 du Code de santé publique

<sup>13</sup> Art. D. 6124-21 du Code de santé publique

<sup>14</sup> Art. D. 6124-22 du Code de santé publique

<sup>15</sup> Art. D. 6124-23 du Code de santé publique

L'établissement de santé autorisé à exercer l'activité mentionnée organise en son sein ou par convention avec un autre établissement, l'accès en permanence et sans délai des patients accueillis dans la structure des urgences<sup>16</sup> :

- Aux équipements d'imagerie ainsi qu'aux professionnels compétents de l'imagerie ;
- Aux analyses de biologie médicale ainsi qu'aux professionnels compétents de la biologie médicale.

Dans chaque cas, les résultats des examens d'imagerie ou des analyses, et leur interprétation par l'établissement ou la structure conventionnée, sont transmis à la structure des urgences dans les meilleurs délais qui soient compatibles avec l'état de santé du patient.

### **1.1.5 Financement**

Le financement des urgences comprend plusieurs éléments :

- Le forfait d'Accueil et Traitement des Urgences (ATU) de 25,32€ dû pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans un service de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) ou dans une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ;
- Le Forfait d'Accueil des Urgences (FAU) de 730 000€ pour les 9 000 premiers passages avec des suppléments par tranche de 2 500 passages au-delà des 9 000 ;
- La facturation des consultations et examens de biologie et d'imagerie, ainsi que des recettes de séjour en cas d'hospitalisation.

En 2016, les dépenses liées aux passages dans les SAU se sont élevées à 13,1 milliards d'euros, en comprenant les FAU, les forfaits ATU, les actes et les consultations externes, les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) et l'ensemble des hospitalisations provenant des urgences, soit 17% de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) hospitalier (Cour des comptes, 2019).

En excluant les dépenses d'hospitalisations, les dépenses des services d'urgences – hospitalisations en UHCD incluses – atteignaient 3,1 milliards d'euros pour 21,2 millions de passage en 2016. Cela représente une hausse moyenne annuelle de 4% entre 2013 et 2016, pour une progression de l'activité des passages non suivis d'hospitalisation de l'ordre de 5% en moyenne par an (Cour des comptes, 2019).

---

<sup>16</sup> Art. D. 6124-24 du Code de santé publique

En outre, quel que soit le degré de gravité de la pathologie du patient, le coût moyen pour l'Assurance Maladie, d'un passage aux urgences sans hospitalisation en UHCD, était de 148€ en 2016. Pour les passages Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) de niveau 1, le coût était de 115€ en journée, 150€ la nuit et de 134€ le week-end dans les établissements publics et privés à but non lucratif. Ce coût est moins élevé dans les établissements du secteur privé. En parallèle, les structures d'urgence ont perçu au titre de l'ATU 339 millions d'euros et 1,17 milliards d'euros au titre du FAU en 2016, à quoi s'ajoutent 614 millions d'euros pour les hospitalisations d'UHCD (Cour des comptes, 2019).

Une consultation en ville revient à l'Assurance Maladie à seulement 25€ en journée, 71€ la nuit et 54€ le week-end. La visite à domicile s'élève à 84€ en journée et à 104€ la nuit. Il y a donc un intérêt financier collectif à ce que des passages inadéquats soient réorientés vers la médecine de ville. Néanmoins, le système de financement des urgences est désincitatif à cet égard car il rend plus intéressant la croissance du nombre de passages, du fait notamment d'une péréquation induite entre les cas légers, « surfinancés », et les cas lourds, « sous-financés » (Cour des comptes, 2019). A titre d'exemple, l'hôpital Robert Debré à Paris a estimé que la réorientation de 20 000 passages par an vers la Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) représentait un manque à gagner de 2,3 millions d'euros par an (Cour des comptes, 2019).

### **1.1.6 Etat des lieux 2022**

L'année 2022 marque une année particulièrement difficile pour les SAMU et les SAU de France. La mission flash sur les urgences et les soins non programmés pilotée par le docteur François Braun estime ainsi qu'en juin 2022 au moins 133 SAU étaient en grande difficulté, dont 11 dans les CHU et les deux Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) (Braun, 2022).

Aucune région n'est épargnée. La quasi-totalité des SAMU et SAU de France souffre alors d'une pénurie de médecins urgentistes. Le rapport identifiait également le cercle vicieux de cette pénurie incitant à supprimer des lignes de présence médicale et de fait augmentant la charge de travail des médecins restant (Braun, 2022).

La crise a incité certains SAU à mettre en place une régulation médicale préalable à l'admission, notamment pour trier les patients afin de ne plus gérer le flux de patients qui ne nécessiteraient pas une prise en charge aux urgences, montrant ainsi également les conséquences de l'inadéquation entre l'offre et la demande de soins qui se rencontrent aux urgences (Braun, 2022).

La moitié des établissements relevaient des manques de personnels non médicaux et des difficultés pour obtenir des lits d'aval (Braun, 2022), avec près de 60% des établissements concernés par des fermetures de lits (Braun, 2022).

En outre, le rapport constate un recours important à l'intérim médical, favorisant l'accroissement du déséquilibre entre demande et offre de travail, propice à entraîner une dérive financière des établissements de santé (Braun, 2022).

En mai 2022, la Fédération Hospitalière de France (FHF) a rendu une enquête réalisée auprès de ses membres sur la situation des ressources humaines. Malgré une hausse des effectifs non médicaux - +3% entre 2019 et 2021 – l'enquête conclut à des besoins de moins en moins couverts sous l'effet de la hausse de l'absentéisme et des postes vacants. La profession infirmière concentre l'essentiel des difficultés de recrutement, surtout pour les postes de nuit (Braun, 2022).

Ainsi, au cours des premiers mois de l'année 2022, 19 établissements ont fermé leur SAU en journée, 24 la nuit et 13 leur UHCD. Ces fermetures étaient liées à part égale à la pénurie d'Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) et de médecins urgentistes. Pour l'été 2022, 40 établissements envisageaient des fermetures liées à la pénurie d'urgentistes (Braun, 2022).

Les premiers résultats de l'enquête « nuit blanche » de l'intersyndicale Action Praticien Hôpital, réalisée en juin 2022, pointait la pénibilité de la permanence des soins comme principale cause de départ de l'hôpital public dans les 5 ans (Braun, 2022).

L'enquête menée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), avant l'été 2022, révèle que sur les 446 SAU pris en compte, 49 étaient en situation de fermeture partielle, 34 en accès régulé et 6 totalement fermés. Dans 75% des départements, au moins une tension en matière de ressources humaines est rapportée, notamment en matière d'attractivité du personnel médical (74%) et paramédical (39%) (Braun, 2022).

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) confirme les difficultés intrinsèques de l'été 2022 avec l'enjeu du maintien de l'activité des SAMU et SAU au mois d'août, dans un contexte de décrue de l'activité des médecins libéraux. En effet, la densité médicale est passée de 79,8 à 77,8 médecins pour 100 000 habitants en 5 ans, avec un accroissement notoire des inégalités territoriales. Cependant, les SAU dans les situations les plus difficiles ne sont pas systématiquement localisés dans les départements les moins bien dotés (Braun, 2022).

En conclusion, la crise des personnels des SAU a favorisé la mise en place d'une régulation stricte des patients. Cela illustre l'inadéquation de l'offre de soins aux urgences avec la demande de soins qui s'y présente, et son impact sur les équipes médicales et non médicales des services d'urgences. Si la régulation totale par le 15 a pu être mise en place dans certains services, elle est cependant très difficilement généralisable à l'ensemble du territoire, car les services d'urgences ne prendraient alors plus du tout en charge la demande de soins ambulatoires non programmés, sans pour autant que l'offre de soins en ville se soit adaptée pour accueillir cette demande.

## **1.2 Une hausse continue de l'activité depuis plusieurs décennies**

### **1.2.1 Activité**

La hausse constante et rapide de l'activité depuis trois décennies (Mercadier, 2019) – et plus particulièrement de la demande de soins ambulatoires non programmés – doit être analysée au regard des difficultés de l'amont des urgences à savoir une démographie médicale défavorable et d'une fragilisation de la PDSA, tout autant qu'au regard de l'évolution de la population et de ses habitudes de recours aux soins.

En 1996, le nombre annuel de passage aux urgences s'établissait à 10,1 millions pour la France métropolitaine hors Service de Santé des Armées (SSA) (DREES, 2022). Entre 1990 et 1998, il était constaté une augmentation de 43% des recours aux SAU (Chanteloup & Gadel, 2000). Au cours de la même décennie, le nombre d'appels reçus par les centres 15 a été multiplié par trois. Depuis 1991, la croissance est d'environ 10% par an (Chanteloup & Gadel, 2000). Cette évolution s'est faite de manière disproportionnée par rapport à l'évolution de la population française sur la même période.

Le même constat est réitéré 15 ans plus tard. Ainsi, en 2015, les SAU enregistraient 20,3 millions de passages, soit 42% de plus qu'en 2002 (DREES, 2017). Le nombre annuel de passage aux urgences progresse ainsi à un rythme relativement constant depuis près de 30 ans (DREES, 2017) : de 3,5% par an en moyenne entre 1996 à 2016 et de 1,6% par an en moyenne entre 2016 et 2019 (DREES, 2022).

Ce constat d'une hausse continue du recours aux urgences a été à nouveau dressé par la Cour des comptes en 2014 et en 2019 : le nombre de passages aux urgences est ainsi passé de 18,4 millions en 2012 (Cour des comptes, 2014) à 21,2 millions en 2016 (Cour des comptes, 2019), soit une hausse de 15% en 4 ans ou de 3,6% en moyenne par an.

La traumatologie reste la principale cause de venue aux urgences, pour environ 36% des passages (Cour des comptes, 2019), comprenant notamment de la petite traumatologie, à savoir des immobilisations et des sutures.

De plus, si 20% des passages aux urgences aboutissent à une hospitalisation, cette proportion est cependant très variable selon l'âge des patients. Ainsi, 56% des passages aboutissent à une hospitalisation pour les patients de plus de 75 ans (Cour des comptes, 2019).

***Encadré 1 - Les années covid et la baisse de l'activité des services hospitaliers d'urgences (2019-2020)***

La baisse inédite de fréquentation des SAU, entre 2019 et 2020, contraste de manière forte avec la tendance haussière observée au cours des décennies précédentes (DREES, 2022). Ainsi, les SAU n'ont traité que 18,1 millions de passages en 2020, soit 17,3% de moins qu'en 2019, qui avait déjà connu une baisse de 15,9% par rapport à 2018 (DREES, 2022).

Cette baisse inédite du nombre de passages est largement imputable à la crise épidémiologique du virus Covid-19 et ce pour plusieurs raisons. D'une part, la crainte de la contagion a contribué à réduire le recours des patients aux urgences. D'autres part, les mesures mises en place pour limiter sa circulation, telles que les confinements, ont mécaniquement entraîné une diminution notable des accidents de la route et des activités sportives et de loisir par exemple (Meurice, et al., 2021).

La baisse de fréquentation est cependant hétérogène. Elle est ainsi deux fois plus forte pour les urgences pédiatriques – 29,7% – que pour les urgences générales (DREES, 2022).

L'année 2019 et l'année 2020 peuvent donc être regardées comme des exceptions dans la dynamique de long cours de la fréquentation des SAU.

### **1.2.2 La question des effectifs**

Au 31 décembre 2016, 9 500 médecins travaillaient dans un SAU. De 2013 à 2016, le nombre de ces médecins a augmenté de 13%, tandis que l'activité a crû de 15% sur la même période. A ce décalage s'ajoute l'évolution du mode d'exercice : de 46% des médecins exerçant en temps partiel en 2013, la proportion est passée à 77% en 2016.

Par ailleurs, la réforme du temps de travail à l'hôpital devait engendrer à terme, à organisation constante, un besoin supplémentaire en Équivalent Temps Plein (ETP) urgentiste d'environ 20%. En effet, depuis 2015, afin de se mettre en conformité avec la réglementation européenne, la France a dû diminuer les obligations de service liées au travail clinique posté à 39 heures par semaine en moyenne sur quatre mois (Cour des comptes, 2019).

Les personnels des urgences sont donc à la fois plus souvent en temps partiel, et avec un temps de travail par semaine plus faible qu'avant. Cette augmentation des besoins en effectif se conjugue négativement avec des difficultés de recrutement médical et paramédical croissantes dans les services d'urgences (Cour des comptes, 2019).

En 2016, le Centre National de Gestion (CNG) et les ARS faisaient ainsi état de nombreux postes vacants ou occupés par des personnels à statut précaire. Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, le taux de vacance statutaire des Praticiens Hospitaliers (PH) exerçant en médecine d'urgence était de 25% pour les PH à temps plein et de 45% pour les PH à temps partiel (Cour des comptes, 2019).

Ce renforcement des tensions sur les effectifs des services d'urgences engendre mécaniquement une hausse des coûts supplémentaires, via le temps de travail additionnel, les heures supplémentaires, et le recours à l'intérim médical et paramédical.

L'inadéquation de l'offre et de la demande de soins dans les SAU est donc à la fois un facteur de désorganisation des services, de surcoût pour la collectivité et de diminution de l'attractivité de ces mêmes services pour les professionnels de santé. Elle tend à favoriser l'émergence d'un cercle vicieux en augmentant de plus en plus le besoin en effectif tout en diminuant l'attractivité de ces mêmes services, faisant peser la charge de travail sur des équipes en sous-effectif.

### **1.2.3 Temps de passage**

Les temps de passage médians aux urgences – couvrant l'attente et la prise en charge – atteignent les deux heures pour la moitié des patients (Boisguérin & Valdelièvre, 2014).

Cependant, la prise en charge est au moins deux fois plus longue pour les personnes âgées. Cela s'explique en partie par le fait qu'elles nécessitent davantage d'examen complémentaires. En outre, les délais pour obtenir, si besoin, un lit d'aval, sont également plus importants pour elles (Cour des comptes, 2019).

Il est également constaté des disparités régionales. Ainsi, en Île-de-France, le temps de passage médian est de 2h40, et se situe entre 4 et 8 heures pour près de 25% des patients, voire plus de 8 heures pour près de 10% d'entre eux. Il en va de même pour la région Auvergne-Rhône-Alpes (Cour des comptes, 2019). Les autres régions ayant des temps de passages plus rapides.

De même, les temps de passage varient selon la taille des établissements. Ainsi, les temps de passage sont souvent plus longs en CHU, autour de 4 à 5 heures (Cour des comptes, 2019).

Enfin, ils sont également plus élevés dans établissements publics que dans les établissements privés, ce qui peut s'expliquer notamment par des niveaux de sévérité plus importants et un nombre de passages plus élevé proportionnellement aux capacités respectives d'accueil, (Ricroch & Vuagnat, 2017).



## **2 Les déterminants de l'orientation des « passages évitables » vers les services hospitaliers d'urgences : démographie médicale et PDSA en difficulté**

L'orientation des patients correspondant à des « passages évitables », et à une demande de soins ambulatoires non programmés plus globalement, vers les services hospitaliers d'urgences sont un problème croissant pour l'équilibre de ces services. Afin de comprendre cette orientation, il est important d'analyser ses trois déterminants principaux :

- La fragilisation de PDSA ;
- La baisse de la démographie médicale ;
- Les évolutions de comportements de la population.

### **2.1 La permanence des soins**

La permanence des soins se subdivise en deux modalités principales :

- La Permanence Des Soins en Établissement de Santé (PDSES) ;
- La PDSA.

#### **2.1.1 La permanence des soins en établissement de santé**

##### 2.1.1.1 Principes

La permanence des soins en établissement de santé est une mission de service public qui concerne les établissements publics et privés. Elle est organisée par les ARS en fonction des besoins des territoires. Ensemble, ces établissements permettent de garantir, en dehors des heures de fonctionnement normal, une offre nécessaire et suffisante par spécialité. Ces engagements sont inscrits dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements concernés.

Elle se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, et dans le champ de la MCO :

- La nuit (à partir de 20h du soir et jusqu'à 8 heures du matin) ;
- Le week-end (à partir du samedi midi) ;
- Et les jours fériés.

##### 2.1.1.2 Modalités d'organisation

Dans les établissements publics de santé, la réglementation précise que la permanence des soins peut prendre plusieurs formes :

- Présence continue dans l'enceinte de l'hôpital ;

- Astreinte opérationnelle à domicile impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'établissement à son domicile ou en lieu voisin pendant toute la durée de la garde et de répondre à tout appel ;
- Astreinte de sécurité de nuit, de dimanche et/ou jour férié dans les disciplines qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents ;
- Appels exceptionnels.

## 2.1.2 La permanence des soins ambulatoires

### 2.1.2.1 Principes

Le rapport rendu le 22 janvier 2003 par le groupe de travail sur la permanence des soins présidé par M. Charles Descours – repris par la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences – définissait la PDSA comme une (Descours, 2003) : « organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, le samedi après-midi ».

Elle est assurée par des médecins libéraux – sur la base du volontariat<sup>17</sup> – exerçant dans des cabinets médicaux, des maisons de santé ou encore des centres de santé. Elle peut également, dans certains cas, être assurée par des établissements de santé ou dans un point fixe – telle qu'une MMG. Elle fait l'objet d'une régulation, notamment via un numéro de téléphone unique.

La PDSA n'a pas vocation à traiter les patients relevant de la médecine d'urgence ni de soins programmés. Elle a été mise en place afin de répondre à la demande de soin non programmée dans un double contexte de démographie médicale défavorable et de désinvestissement de la médecine libérale.

### 2.1.2.2 Modalités d'organisation

Le dispositif de la PDSA est organisé sous l'autorité du directeur général de l'ARS en partenariat avec le CODAMUP-TS et le Conseil de l'Ordre des Médecins. Les principes d'organisation de la PDSA au niveau régional font l'objet d'un cahier des charges qui décrit notamment les modalités de fonctionnement de la régulation et de l'effectif :

- Horaires ;

---

<sup>17</sup> Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale

- Modes d'accès ;
- Sectorisation ;
- Financement.

Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat. Cette participation est formalisée par une convention entre le médecin et le directeur général de l'ARS, transmise au CDOM.

Les horaires de la PDSA couvrent généralement le créneau de 20h à minuit en semaine, les dimanches et jours fériés, ainsi que le samedi de 9h à minuit. La PDSA est accessible par une régulation dépendante directement ou interconnectée avec le centre 15<sup>18</sup>. L'organisation de la PDSA et ses principes de rémunération sont définis dans un cahier des charges régional décliné par département.

Chaque département est également sectorisé. Ces secteurs sont définis dans le cahier des charges rédigé par l'ARS. A chaque secteur correspond une organisation libérale de garde – *via* parfois une association de permanence des soins – conformément au tableau départemental de permanence validé par le CDOM. Pour chaque secteur, et pour chaque jour, un médecin assure la permanence des soins ambulatoires.

### 2.1.2.3 Financement

Un financement déterminé sur ces secteurs est attribué sous forme de forfait d'astreinte de montant variable :

- Entre 20h et minuit : 50€ ;
- Entre minuit et 8h : 100€ ;
- Le dimanche et jours fériés : 150€.

La régulation libérale est encouragée en rémunérant les médecins libéraux à 60€<sup>1920</sup>.

Par ailleurs, le Fonds d'Intervention Régional peut apporter son aide pour la mise en œuvre de projets concourant à la permanence des soins, en particulier les frais de fonctionnement des MMG et des dispositifs de régulation libérale implantés au sein du SAMU-Centre 15.

---

<sup>18</sup> Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation de médecins à cette permanence et modifiant le Code de la santé publique (deuxième partie : décrets en conseil d'état)

<sup>19</sup> Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

<sup>20</sup> Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n°1,3 et 4 à la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes

Les principes de rémunération sont définis dans un cahier des charges régional décliné par département. Chaque département est également sectorisé.

Le financement de la PDSA est ainsi double :

- Indemnité forfaitaire ;
- Paiement à l'acte et majoration.

#### 2.1.2.4 Etat des lieux

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, la France comptait 219 834 médecins en activité. Au niveau national, la densité médicale moyenne était de 334,3 pour 100 000 habitants, avec une répartition hétérogène sur le territoire.

Outre le nombre et la répartition des médecins généralistes, d'autres changements concernant les aspirations individuelles et le temps de travail sont également intervenus au cours des dernières années. Parmi ces changements, on note l'aspiration à un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle différent.

Un deuxième changement relève de l'urbanisation de l'exercice des médecins généralistes. Les villes sont les endroits où les contraintes nocturnes de PDSA se transfèrent le plus vers les urgences hospitalières ou vers des associations telles que SOS Médecin. A l'inverse, l'exercice rural implique à la fois une plus grande charge de travail et des responsabilités plus importantes aux médecins généralistes.

Depuis plusieurs années, la baisse globale de la démographie médicale et la désertification des milieux ruraux progressent. Malgré une augmentation du nombre de médecins inscrits à l'Ordre des médecins, il existe une nette diminution du nombre de médecin en activité (Conseil de l'Ordre des médecins, 2022). L'Ordre des médecins note également une diminution du nombre des médecins généralistes en activité passant de 88 886 en 2016 à 87 137 en 2017, soit une baisse de 2%.

Le rapport sénatorial de juillet 2017 partageait également ce constat et déplorait que l'évolution du *numerus clausus* n'ait pas anticipé cette limite de plus en plus contraignante de la médecine de ville (Cohen, Genisson, & Savary, 2022).

##### 2.1.2.4.1 Organisation

En 2021, l'organisation de la régulation de la PDSA dépend exclusivement d'une organisation départementale, et ce pour environ 88% des CDOM. En 2021, les modalités d'accès à la régulation sont diverses mais ont peu évolué par rapport aux années

précédentes<sup>21</sup> : « *La régulation téléphonique de l'activité de PDSA est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente. En application de l'article L.1435-5, le directeur général de l'ARS détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la PDSA. Lorsqu'il choisit le numéro d'aide médicale urgente, l'accès à la régulation téléphonique de PDSA reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins.* »

Les modalités d'accès à la régulation recensées en 2021 peuvent varier d'un département à l'autre :

- Le n°15 reste le numéro d'accès privilégié (78 départements l'utilisent dont 50 exclusivement) ;
- Le n°116 117 aboutit à un dispositif de régulation propre et est utilisé par 14 départements ;
- Le numéro départemental ou régional spécifique permet d'accéder à la régulation médicale en horaire de PDSA pour 27 départements et constitue un numéro d'accès unique pour 15 d'entre eux ;
- Les numéros d'association de type SOS Médecins constitue le point d'entrée unique au dispositif de la PDSA pour les patients de Martinique.

Les évolutions de la PDSA ont été moins marquées en 2021 bien que certaines mesures mises en place dans le cadre de la crise sanitaire aient été maintenues, notamment le renforcement de la régulation libérale (Conseil National de l'Ordre des médecins, 2022). Cependant, des tendances de fond se poursuivent. Ainsi, il est constaté une diminution du nombre des territoires de la PDSA induites par des re-sectorisations. De même, le développement de sites dédiés identifiés comme assurant la PDSA se poursuit.

D'autres évolutions régulièrement demandées n'ont cependant pas eu lieu. L'extension des horaires de la PDSA au samedi matin n'a toujours pas évolué aussi favorablement qu'il est souhaité par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (Conseil National de l'Ordre des médecins, 2022). En outre, la création d'un numéro unique dédié à la PDSA est toujours en cours d'expérimentation à la suite de l'adoption de la proposition de loi Matras en novembre 2021.

De manière générale, après une évolution favorable de la participation des médecins à la PDSA, soutenue notamment par la crise sanitaire en 2020, le taux de participation globale des médecins généralistes à la PDSA est à nouveau en baisse, malgré une hausse du nombre de participants à la régulation médicale. De plus, les « zones blanches » ont

---

<sup>21</sup> Article L.6314-1 Code de la santé publique

globalement évolué de manière défavorable, notamment sur certains créneaux horaires. Enfin, le nombre de territoires couverts par au moins 10 ou 5 médecins volontaires – indicateur du bon fonctionnement de la PDSA – est en recul en 2021.

Les CDOM déclarant rencontrer des difficultés de fonctionnement de la PDSA évoquent toujours en 2021 comme principale cause de dysfonctionnement, le manque de médecins participant au dispositif. Ils désignent de manière plus secondaire les problèmes organisationnels telles celles liées aux re-sectorisations ou aux facteurs géographiques. Ils identifient par ailleurs comme principales pistes d'amélioration :

- Les mesures financières incitatives ;
- La mise à disposition de transports dédiés ;
- La mise en place d'actions de communication ;
- La remise en cause de la notion de volontariat.

Enfin, concernant l'effectif de la PDSA, le nombre de médecins volontaires était en baisse dans 41% des CDOM. Il a augmenté dans seulement 6% des CDOM.

## **2.2 La démographie médicale**

Les difficultés rencontrées pour l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, aussi bien que dans le fonctionnement des SAU, sont en partie accrues par l'évolution de la démographie médicale.

Cette évolution défavorable devrait se poursuivre au moins jusqu'en 2030. Il semble donc nécessaire d'une part de comprendre ces évolutions et d'autre part d'identifier des moyens permettant de la compenser jusqu'à ce qu'intervienne une stabilisation voire une amélioration de la situation.

### **2.2.1 La diminution structurelle du nombre de médecins en activité**

La démographie médicale est tendanciellement à la baisse. Cette tendance est soutenue par le décalage entre les entrées et les sorties de médecins en activité de moins de 70 ans. En effet, les générations partant à la retraite sont les plus nombreuses, tandis que les nouvelles entrées de ces dernières années ont été limitées par le *numerus clausus*.

#### **Encadré 2 - Le numerus clausus**

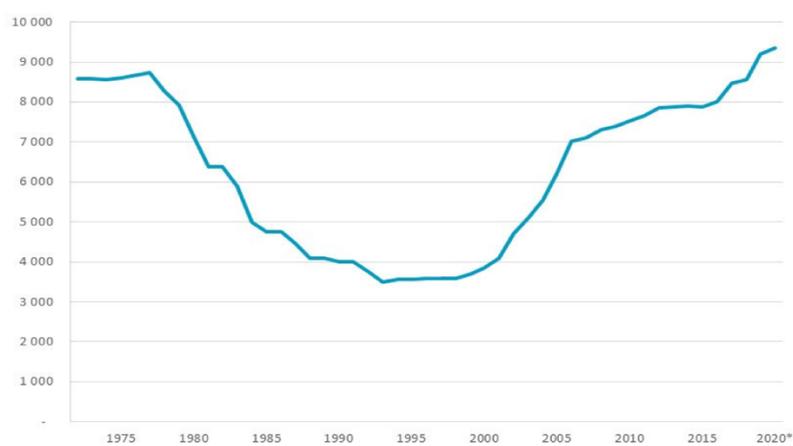
Le *numerus clausus*, fixé annuellement par décret ministériel, détermine le nombre d'étudiants admis à entrer en formation pour les professions médicales. Il a été introduit à la rentrée 1972 pour la médecine et l'odontologie, puis en 1977 pour la maïeutique, et en 1980 pour la pharmacie.

La loi d'organisation et de transformation du système de santé de 2019 a mis fin à ce dispositif pour la rentrée 2021, en consacrant comme nouvel outil de pilotage de long terme le *numerus apertus* qui détermine le flux d'entrée aux études de santé de façon plus flexible et concertée – avec la Conférence nationale des acteurs de santé – et en cohérence avec les besoins de santé des territoires.

Pendant les premières années de la mise en place du *numerus clausus*, jusqu'à 1977, 8 500 places par an étaient offertes pour l'entrée dans les études de médecin (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021). Ce nombre a par la suite fortement diminué jusqu'en 1993, où il atteint son minimum – et ce pour cinq ans – avec 3 500 places (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

Le niveau du *numerus clausus* a ensuite été fortement rehaussé dans le but de remplacer les futurs départs en retraite des médecins issus du *baby-boom* et formés avant les restrictions du *numerus clausus*. La hausse très forte qui a eu lieu entre 2000 et 2005 s'est ralentie jusqu'au milieu des années 2010, pour atteindre finalement 9 300 places en 2020 (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

**Figure 1 - Numerus clausus national pourvu en médecin depuis 1972<sup>22</sup>**



#### 2.2.1.1 Évolution de 2012 à 2021

En effet, la Direction de la Recherche des Études et de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) constate depuis plusieurs années une démographie médicale tendanciellement à la baisse. A titre d'exemple, elle prévoyait d'ores et déjà une diminution de la densité médicale entre 2002 et 2005, passant de 335 à 283 médecins pour 100 000 habitants (Bessière, Breuil-Genier, & Darriné, 2004). La DREES anticipait alors que le nombre de généralistes n'atteindrait le niveau de 1995 qu'en 2025 (Bessière, Breuil-Genier, & Darriné, 2004).

<sup>22</sup> Source : ONDPS

Plus récemment, depuis 2012, les effectifs de médecins en activité de moins de 70 ans sont globalement stables aux environs de 215 000 (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

Cependant, la stagnation globale de l'effectif sur la période recouvre des évolutions contrastées selon les spécialités. En effet, la baisse structurelle des effectifs de médecins généralistes est globalement compensée par la hausse du nombre de médecins spécialistes, et ce notamment grâce à l'arrivée importante de médecins à diplôme étranger. Ainsi, le nombre de médecins généralistes a chuté de 5,6%, tandis que le nombre de spécialistes a augmenté de 6,4% de 2012 à 2021 (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, un peu de plus de 10% des médecins de moins de 70 ans en activité exerçaient avec un diplôme obtenu à l'étranger, contre 6,6% en 2012, soit 8 000 médecins de plus en 9 ans. Cependant, les médecins diplômés à l'étranger sont davantage représentés parmi les spécialistes (14%) que parmi les médecins généralistes (5%). En outre, ils exercent généralement moins souvent en libéral : 42% d'entre eux sont libéraux ou mixtes contre 48% pour l'ensemble des médecins spécialistes. Jusqu'en 2016, la croissance de leur effectif était de l'ordre de 8% par an, mais cette croissance ralentit à 2%-3% ces dernières années (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

En 2021, 94 500 médecins généralistes, soit 44% de l'ensemble des médecins de moins de 70 ans en activité, et 120 000 spécialistes hors médecine générale étaient en activité.

En outre, cette baisse structurelle devrait tendre à s'accroître avec la création, depuis 2017, des spécialités de médecin d'urgence et de gériatrie (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

#### 2.2.1.2 Projections à 2050

En supposant la législation et les comportements constants, la DREES projette une stagnation des effectifs de médecins en activité de moins de 70 ans jusqu'en 2030, avant une hausse importante jusqu'en 2050 : +1,5% par an en moyenne de 2030 à 2050.

Cependant, si l'on tient compte de l'augmentation de la population, la DREES montre une diminution de la densité médicale en France dans les prochaines années (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

La DREES décrit une baisse encore plus importante si l'on prend en compte la densité médicale standardisée, qui tient compte de la hausse des besoins de soins induite par le vieillissement de la population. Ainsi, la densité médicale standardisée ne retrouverait son niveau de 2021 qu'au milieu des années 2030, et y serait supérieur de 23% en 2050 (Anguis, Bergeat, Pizarik, Vergier, & Chaput, 2021).

La DREES propose également plusieurs scénarios alternatifs au scénario tendanciel afin d'identifier les impacts d'une variation du nombre d'admis en formation ou d'une variation du flux de médecins étrangers.

Ainsi, elle évalue que l'impact d'une diminution du nombre annuel d'admis en formation d'environ 20% engendrait une diminution de l'effectif global de 1 900 médecins en 2030 et de 16 600 en 2040. En 2050, cette diminution aurait un impact de l'ordre de -11% sur l'effectif de médecins actifs par rapport au scénario tendanciel (Anguis, Bergeat, Pizarik, Vergier, & Chaput, 2021). En outre, une variation de 20% du nombre annuel d'entrants en formation conduit à combler le creux démographie avec un retard ou une avance d'environ trois ans par rapport au scénario tendanciel. Enfin, à horizon 2050, la densité standardisée augmenterait ainsi de 10% dans la variante basse, contre 23% dans le scénario tendanciel. La variante haute aboutirait quant à elle à une densité standardisée supérieure de 37% à son niveau de 2021 (Anguis, Bergeat, Pizarik, Vergier, & Chaput, 2021).

Concernant les flux de médecins étrangers, l'annulation de 1 200 entrées par an aboutirait à un impact immédiat et croissant de 2030 à 2050. L'effectif de médecins actifs serait ainsi inférieur de 12 400 au scénario tendanciel en 2030, de 21 700 en 2040 et de 27 600 en 2050. Le creux démographie serait accentué et prolongé par rapport au scénario tendanciel : le point bas serait à 201 000 médecins en 2028, soit -5% qu'en 2021 (Anguis, Bergeat, Pizarik, Vergier, & Chaput, 2021). En termes de densité standardisée, le creux serait comblé en 2041 au lieu de 2035 en scénario tendanciel, après un point bas en 2030. En 2050, la densité standardisée ne serait que de 12% supérieure à celle de 2021 contre 23% en tendanciel (Anguis, Bergeat, Pizarik, Vergier, & Chaput, 2021).

#### *2.2.1.2.1 Répartition territoriale*

Les médecins sont davantage concentrés que la population totale dans la moitié sud de la France et en Île-de-France, que ce soit en 2012 ou en 2021. La densité de médecins la plus élevée se trouve en région Provence-Alpes-Côte d'Azur avec 377 médecins pour 100 000 habitants, la moyenne nationale étant de 318 médecins (Anguis, Bergeat, Pizarik, Vergier, & Chaput, 2021).

La densité médicale a diminué de 2,2% entre 2012 et 2021 sur l'ensemble du territoire national, passant de 325 à 318 pour 100 000 habitants, bien qu'elle ait augmenté dans quelques régions (Bretagne, Pays-de-la-Loire, Nord, Alsace, Rhône-Alpes et Basse-Normandie) (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

La densité de médecins généralistes a fortement diminué entre 2012 et 2021, du fait d'une part de la baisse des effectifs d'omnipraticiens, et d'autre part de l'augmentation de la population : passage de 153 médecins pour 100 000 habitants en 2012 à 140 en 2021 (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

Cette dynamique touche l'ensemble des régions mais elle s'accompagne également d'un creusement des inégalités territoriales. Entre 2012 et 2021, le rapport entre la densité des 25% des Français les mieux dotés et celle des 25% les moins bien lotis est passé de 1,07 et 1,21. De même, la part de la population résidant dans une région dont la densité est inférieure de plus de 10% à la moyenne nationale a progressé pour atteindre 28% en 2021 contre 11% en 2012 (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

Si l'on rapporte le nombre total de médecins à la population pondérée par sa consommation de soins, il est possible d'identifier une baisse de la densité standardisée de médecins généralistes. Cela s'explique par le fait que les nombreuses générations du *baby-boom* arrivent à un âge de forte croissance de la consommation de soins de médecine générale, tandis que les générations nombreuses de généralistes partent en retraite sans être totalement remplacées. Cependant, les régions du sud de la France restent relativement les mieux pourvues, telles que la Nouvelle-Aquitaine (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

### **2.2.2 La progression de l'exercice mixte et salarié**

Les médecins exercent majoritairement en libéral. En 2021, 56% des médecins exerçaient en libéral, bien que pour 20% d'entre eux cet exercice se cumule avec une activité salariée (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

L'exercice libéral est le mode d'exercice le plus fréquent des médecins généralistes : 57% d'entre eux exercent uniquement en libéral, contre 33% des spécialistes (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

Cependant, ce mode d'exercice a tendance à reculer. En 2012, 109 000 médecins exerçaient exclusivement en libéral, contre 93 000 en 2021, soit une baisse de 15%. Bien que majoritaires en 2012, avec 51% des effectifs, les médecins exclusivement libéraux ne

représentent plus que 43% des médecins en 2021 (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

Cela tient notamment au développement de l'exercice mixte. En effet, le nombre de médecins le pratiquant a augmenté de 50% entre 2012 et 2021, passant de 17 400 à 26 200 (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

Cette tendance est d'ailleurs aussi bien présente pour les médecins généralistes que pour les médecins spécialistes (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

Ainsi, le salariat exclusif semble plus attractif en 2021 qu'en 2012. Bien que la part de médecins généralistes exclusivement salariés soit restée stable, elle a augmenté de 15% chez les spécialistes, quasiment du seul fait de la progression très importante du nombre de salariés hospitaliers exclusifs (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

Un tiers des médecins exercent comme salariés à l'hôpital. Cet exercice est plus fréquent parmi les médecins spécialistes (43%) que parmi les médecins généralistes (20%). Cependant, il se développe chez les généralistes comme chez les spécialistes. En effet, les effectifs de salariés hospitaliers ont crû de 10% pour les généralistes et de 18% pour les spécialistes, entre 2012 et 2021 (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

Le mode d'exercice est fortement lié au genre. Les médecins libéraux sont principalement des hommes – pour 57% d'entre eux en 2021 – tandis que les médecins exclusivement salariés sont majoritairement des femmes, à environ 58% (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

D'après les projections de la DREES, la hausse du nombre de médecins en activité de moins de 70 ans à partir de 2030 et jusqu'en 2050 se traduirait particulièrement par la hausse de l'effectif salarié (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

En termes de projection, les effectifs libéraux recommencent à croître à partir de 2030, mais l'écart entre libéraux et salariés continuent de se creuser jusqu'en 2050. A horizon 2050, la profession serait ainsi salariée à 55% (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

### **2.2.3 La question des revenus**

En 2017, les médecins exerçant une activité libérale gagnaient en moyenne 120 000€ par an au titre de leur activité. Les généralistes gagnent sensiblement moins que leurs

confrères exerçant d'autres spécialités : 91 670€ contre 151 910€ (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

Entre 2014 et 2017, le revenu d'activité des spécialistes a en outre été plus dynamique que celui des généralistes : +2,2% *versus* +1,7% (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

Ainsi, l'exercice libéral de la médecine générale tend à devenir financièrement de moins en moins intéressant, relativement aux autres spécialités.

Dans le secteur hospitalier public, le salaire net moyen mensuel en ETP des personnels médicaux s'élève à 5 665€ en 2018. Il a progressé de 1,8% depuis 2017, contre +0,6% pour l'ensemble des salariés des hôpitaux publics (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

Le salaire net moyen en ETP des personnels médicaux était légèrement plus faible dans le secteur hospitalier privé lucratif : 5 478€ en 2018 ; mais plus élevé dans le secteur privé non lucratif : 6 406€ en 2018. Le secteur privé a été plus dynamique, avec une augmentation de 3,5% entre 2017 et 2018 (Anguis, Bergeat, Pisarik, Vergier, & Chaput, 2021).

## **2.3 La composante comportementale de l'évolution de la demande de soins**

### **2.3.1 Les évolutions de comportement**

La hausse globale du nombre de passages a pu être analysée comme étant sous-tendue par le développement de « *comportements consuméristes* » perçus comme « *abusifs* » (Grall, 2006). Deux arguments principaux sont avancés en faveur de cette explication.

Le premier tient au fait qu'environ 80% des usagers des urgences viendraient directement aux urgences, sans régulation préalable (Baubeau, et al., 2000), alors que seuls 20% d'entre eux sont orientés à la suite d'un avis médical (direct ou téléphonique, *via* le SAMU par exemple).

Le deuxième tient au fait 80% des passages ne donnent pas lieu à une hospitalisation mais à un retour à domicile (Baubeau & Carrasco, 2003). De plus, le nombre de passages non suivis d'hospitalisation a augmenté de 15% entre 2014 et 2015 (Cour des comptes, 2019).

La question du caractère abusif de ces comportements est cependant à approfondir. Si l'on considère ce pourquoi les SAU ont été conçus, financés, structurés et comment leur personnel, notamment médicaux, sont formés, alors des passages ne présentant aucun signe d'urgence avéré peuvent être considérés comme ne relevant manifestement pas d'un service d'urgences.

Mais, du point de vue des patients la question de l'accès aux soins, à certains actes et à un plateau technique ou à des spécialistes, en résumé à une prise en charge complète dans un même temps et un même lieu, l'aspect abusif s'efface pour révéler un comportement rationnel de ces patients, accentué par un contexte d'offre de soins hors hôpital de plus en plus difficile d'accès.

En 2015, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) a ainsi identifié deux types de facteurs à l'origine de l'augmentation du recours aux urgences (Berchet, 2015). Le premier type est lié à la demande et est porté par 3 éléments :

- La préférence pour la présence sur un même lieu de l'ensemble des services ;
- Les besoins de santé ;
- Les caractéristiques socio-économiques.

Le second type regroupe les facteurs liés à l'offre, et notamment à l'évolution des pratiques médicales :

- Examens complémentaires plus systématiques ;
- Absence croissante de médecins intervenant en dehors des horaires d'ouverture des cabinets.

Des études plus spécifiques sur le système de santé français, identifient plusieurs raisons de recours aux services d'urgences par la population (Durand, et al., 2012) (Bonnet, 2018) :

- Lieu approprié de prise en charge et urgence ressentie
- Accessibilité géographique et amplitude horaire ;
- Impossibilité de consulter un médecin généraliste ou un pédiatre ;
- Méconnaissance du parcours de soins ;
- Manque de coordination entre ville et hôpital.

Premièrement, la gravité présumée ou l'angoisse associée expliquent le recours aux SAU, alors vus comme le lieu le plus approprié pour la prise en charge des symptômes (Boisguérin & Valdelièvre, 2014; Durand, et al., 2012) (Bonnet, 2018). La définition de l'urgence véritable vient complexifier la question de la pertinence du recours. En effet, il existe des divergences quant à la définition de l'urgence entre les patients et les structures

d'urgences. En effet, tous les patients ne se présentent pas pour des motifs revêtant un caractère d'urgence vitale ou fonctionnelle avérée. Néanmoins, il est difficile de définir formellement la notion d'urgence. On parle alors souvent d'urgence ressentie (Sorcinelli, 2018). Toutefois, le ressenti de l'urgence par les patients est une notion plus subjective et large que celle d'urgence médicale (Munos, 2020).

Deuxièmement, l'accessibilité géographique et l'amplitude horaire, ainsi que l'accès aux plateaux techniques sont également identifiés parmi les principales raisons de recours aux urgences par la population (Boisguérin & Valdelièvre, 2014) (Durand, et al., 2012) (Bonnet, 2018).

Troisièmement, certaines études évoquent la difficulté ou l'impossibilité de consulter un médecin généraliste ou un pédiatre en cabinet de ville. Les patients choisissent alors les urgences par défaut (Vuagnat, 2013) (Boisguérin & Valdelièvre, 2014) (Bouquin, 2018).

Quatrièmement, le recours au SAU découle également d'une méconnaissance du parcours de soins. Bien que la majorité des patients pense que leur médecin généraliste est capable de gérer leur motif de recours aux urgences, ces derniers ne cherchent finalement pas à savoir si celui-ci est disponible (Munos, 2020) (Bonnet, 2018).

Cinquièmement, de nombreux patients consultant aux urgences plusieurs fois par an ont tendance à davantage consulter leur médecin de ville également. Ils sont très peu nombreux à ne recourir qu'aux services des urgences. Ainsi, 9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville (Ricroch & Seimandi, 2020). La fréquentation des urgences peut ainsi révéler un défaut d'articulation entre ville et hôpital.

Ces différents travaux tendent à démontrer les aspects rationnels voire contraints du choix du recours aux SAU. Il est par conséquent intéressant de poursuivre la réflexion sur la pertinence des passages aux urgences du point de vue de l'adéquation de l'offre et de la demande de soins aux urgences.

Ainsi, il existerait une dichotomie entre la conception et la structuration de l'offre de soins et les besoins de soins de la population qui s'orientent vers les urgences. En outre, la demande de soins évolue vers le souhait d'avoir une prise en charge complète en une fois, les usagers tolérant de moins en moins un parcours en plusieurs consultations et lieux.

Puisqu'il n'est aujourd'hui pas possible de prendre en charge cette nouvelle demande de soins ailleurs qu'aux urgences, la question à court terme est donc de savoir comment la prendre en charge, au sein des urgences, sans pour autant risquer d'engorger cette filière.

### **2.3.2 Les passages évitables**

L'évolution des comportements mentionnés plus haut alimente le débat autour de la pertinence d'une partie des passages dans les services hospitaliers d'urgences : les patients devraient-ils consulter aux urgences ou ailleurs, notamment en ville ?

La Cour des comptes parle de « *passages évitables* » (Cour des comptes, 2014) afin d'éviter de rentrer dans le débat de l'urgence du cas. Cela lui permet d'étudier la question sous l'angle de l'optimisation des prises en charge pour les patients. La question est ainsi de savoir si les SAU sont-ils le meilleur endroit pour prendre en charge des patients sans complication – sans hospitalisation par la suite – ni besoin d'examen complémentaires relevant de la petite traumatologie ou de la médecine générale de ville ?

Le livre blanc des urgences stipule que l'urgence en termes de santé se définit par le patient lui-même ou par son entourage, inquiet devant des signes d'apparition brutale (Samu - Urgences de France). Différentes classifications ont été réalisées pour hiérarchiser, en pratique, le degré d'urgence d'un patient consultant. La classification la plus souvent retenue est celle de la CCMU éditée par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) (SFMU).

L'estimation du nombre de passages évitables reste ainsi sujette à controverse, tout d'abord car la pertinence même de la notion est discutée. Si la question des passages évitables se pose elle doit l'être en prenant en compte le contexte, c'est-à-dire en prenant en considération l'ensemble de l'offre de soins non programmés disponibles sur le territoire donné et en tenant compte de l'état clinique des patients se présentant aux urgences (Cour des comptes, 2019).

En considérant la pertinence des passages dans une analyse rétrospective à partir de la classification en CCMU, il est possible d'estimer de manière globale qu'environ 20% des patients actuels des urgences hospitalières ne devraient pas fréquenter ces structures. Une médecine de ville mieux organisée et dotée des outils idoines devrait pouvoir accueillir une proportion plus importante de ces patients (Cour des comptes, 2019). Cependant, considérant la démographie médicale et les difficultés de la PDSA, autant que l'évolution de la demande de soins, cette réorientation ne semble pas possible à court terme.

En effet, 10 à 20% des patients sont classés CCMU 1, à savoir qu'ils n'ont besoin d'aucun acte complémentaire d'imagerie ou de biologie médicale. De plus, 60 à 70% des passages sont constitués par des patients CCMU 2, c'est-à-dire des patients stables ayant besoin d'examens complémentaires mais qui pourraient être pris en charge en dehors de l'hôpital à condition d'avoir accès à des plages de consultation et d'examens complémentaires non programmées ou à de la petite traumatologie. Au total donc, il est possible de considérer qu'environ 15% des patients en CCMU 1 et 5% des patients de CCMU 2 pourraient être pris en charge de manière pertinente hors des urgences de l'hôpital (Cour des comptes, 2019).

A noter que la plupart des médecins généralistes ne pratiquent plus d'actes de petites chirurgies ou ne le font que très peu. En effet, seuls un tiers des médecins installés en ville ont réalisé en 2017 au moins un acte de suture ou de petite traumatologie et parmi eux, près de 60% a réalisé moins de 5 actes (Cour des comptes, 2019). Ainsi, la demande de soins non programmés relevant de la petite traumatologie, bien que ne relevant pas nécessairement des urgences, semble néanmoins incompressible du fait de l'absence d'autres offres de soins y répondant dans la médecine de ville.

Au-delà du prisme rétrospectif de la catégorisation finale selon les niveaux de CCMU, il est également possible de discuter de la question des « passages évitables » sous l'angle des raisons de recours. Comme l'a montré l'enquête de la DREES, une part non négligeable des patients consulte de façon préférentielle un SAU pour des raisons qui ne sont pas d'ordre médical. Ils mettent plus en avant des raisons pratiques (Valdelièvre & Boisguérin, 2014) :

- Proximité de l'hôpital – 22% ;
- Possibilité d'examens complémentaires – 23% ;
- Possibilité de recours à un spécialiste – 12%.

La notion d'urgence ressentie émerge également, avec 22% des patients estimant la symptomatologie comme étant grave et 10% de patients se sentant angoissés. Une faible proportion des patients explique que leur médecin traitant n'était pas disponible – 6% (Valdelièvre & Boisguérin, 2014).

En 2014, la réorientation des « passages évitables » vers une prise en charge de ville (en tenant compte des frais nécessaires au renforcement de la PDSA), qui aurait concerné 3,6 millions de patients sur une année, aurait permis d'économiser 500 millions d'euros (Cour des comptes, 2014). Encore une fois, cela montre l'enjeu financier de réorientation, à terme, des passages.

Or, actuellement, la hausse de l'activité des urgences, pour la part qui pourraient potentiellement être pris en charge en ville par un médecin généraliste, est déterminée par un choix rationnel des usagers, qui tend à se généraliser avec le contexte difficile de la PDSA et de la démographie médicale.

Pour autant, l'orientation de cette demande de soins vers un SAU, service offreur de soins, qui n'a pas été conçu et armé pour répondre à cette demande peut générer d'importantes perturbations dans les prises en charge et nuire à la qualité de travail des personnels y travaillant. D'où la nécessité d'adapter la prise en charge de ces patients aux urgences, en changeant l'organisation, et en structurant une filière de médecine générale.

### **2.3.3 La perturbation induite par les passages évitables**

La présence de cette demande de soins ambulatoires non programmés, de médecine générale ou de petite traumatologie, dans la patientèle des urgences, bien qu'elle soit rationnelle et qu'il soit difficile de la réorienter efficacement en amont, reste un facteur de perturbation des prises en charge dans les services d'urgences.

L'une des principales difficultés rapportées par les personnels soignants des SAU réside dans la séparation entre les « véritables urgences », pour lesquels les médecins urgentistes – notamment les plus jeunes générations – ont été formés, et les autres cas moins graves (Grall, 2006).

Les « *passages évitables* », qui représentent une part importante des passages dans les services hospitaliers d'urgences, viennent donc se mêler à des cas urgents et graves. Ce mélange des niveaux de gravité est problématique pour 3 raisons :

- Prise en charge non adéquates des patients ;
- Perte de sens pour les personnels ;
- Charge mentale accrue et qualité de la prise en charge en danger.

Premièrement, les SAU ont tendance à avoir une prise en charge plus lourde qu'une consultation en médecine générale de ville, notamment via les examens complémentaires. Or, considérant les « *passages évitables* », cette prise en charge apparaît comme disproportionné par rapport à la gravité.

Deuxièmement, les personnels travaillant en SAU sont de plus en plus spécialisés sur la médecine d'urgence.

En effet, le troisième cycle des études médicales a été réformé récemment afin de faire disparaître le diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecin d'urgence pour le remplacer par un diplôme d'études spécialisées (République Française, 2014). La modification de la maquette de stage qui a accompagné cette évolution a eu pour conséquence que les médecins urgentistes issus de la réforme ne feront plus comme leur prédécesseurs la majeure partie de leur stage en médecine générale. Ils doivent désormais réaliser deux stages en SAU, deux stages de formation SMUR, un stage en service d'urgences pédiatrique, un stage en service de réanimation, un stage en service d'aval des urgences, et un choix libre qui peut potentiellement se faire en cabinet d'omnipraticien (Riou, 2017).

Il paraît dès lors assez logique que des tensions apparaissent dans ces services qui ne prennent pas majoritairement en charge des patients correspondant à cette spécialisation, et génèrent de la frustration et une perte de sens dans le travail.

Enfin, le mélange de différentes pathologies, spécialités et niveaux de gravité en plus d'une saturation des services est aussi un facteur de risque car les personnels sont fortement mobilisés mentalement sur des situations très diverses et d'importance très variable. Cela peut générer une charge mentale trop importante, rendre difficile une juste prise en charge en cohérence avec la gravité réelle du patient, aussi bien insuffisante que disproportionnée à l'excès.

#### **2.3.4 Autres composantes**

Parmi les causes invoquées pour expliquer cette évolution, il a également été mentionné le recours involontairement encouragé par la pseudo-gratuité des soins, à laquelle s'ajouterait également les différentes campagnes de prévention – telles que celles sur le dépistage des maladies néoplasiques ou sur les maladies cardio-vasculaires. De la même manière, le vieillissement de la population joue également un rôle dans l'augmentation des passages, et leur sévérité, aux urgences, mais constitue une hausse normale de la demande aux urgences.

En conclusion, une partie de la demande de soins de la population semble mal orientée, mais fait face à une insuffisance de l'offre de soins hors des services d'urgences aussi bien en termes quantitatifs que qualitatifs. Cependant, son orientation vers les services d'urgences crée également une inadéquation de l'offre et de la demande de soins au sein des services d'urgences. Il paraît dès lors à la fois nécessaire de renforcer l'offre de soins et son accessibilité hors des urgences mais également d'organiser les urgences pour gérer cette partie de la demande de soins.

### **3 La filière ultra-courte de médecine générale au Centre hospitalier d’Arcachon**

#### **3.1 Un modèle complémentaire aux solutions existantes**

Au cours des dernières années, plusieurs solutions ont été envisagées à la fois au niveau de l’offre de soins ambulatoires, notamment en médecine générale, et au sein des urgences pour améliorer dans le même temps l’adéquation entre l’offre de soins et la demande en soins en ville et les prises en charge aux urgences de la demande de soins ambulatoires non programmées.

Certaines de ces solutions constituent des modèles qui ont à la fois inspiré la structure de la filière ultra-courte de médecine générale mais la complètent également :

- Les MMG ;
- L’IOA ;
- La filière courte des urgences.

##### **3.1.1 Les maisons médicales de garde**

Une MMG est un lieu fixe proposant des consultations de médecine générale non programmées, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins. En 2015, le CNOM recensait 443 points fixes identifiés par le cahier des charges régional de la PDSA, incluant principalement des MMG, mais également des centres de consultations gérés par des associations telles que SOS médecins. A titre d’exemple, en 2018, à Paris, les 7 MMG assuraient 20 000 consultations pour 950 000 passages dans les SAU (Cour des comptes, 2019).

Mais, d’après la Cour des comptes, l’impact des MMG demeurait incertain et contrasté, notamment du fait de retours d’expérience contradictoires (Cohen, Genisson, & Savary). Les expériences les plus abouties sont celles qui associent sur un même lieu un établissement de santé et une MMG, voire une MSP ou un Centre De Santé (CDS), mettant en exergue l’importance de la proximité du plateau technique comme incitation pour les usagers à se rendre dans ces lieux de consultation.

Le rapport sénatorial réalisé en 2017 faisait état de la possibilité du recours aux MMG. Cependant, il constatait également un manque de collaboration entre MMG et SAU du fait notamment du système de facturation qui engendre une perte financière pour l’établissement de santé. Le rapport pointait également le problème de la responsabilité

médicale à savoir la crainte des médecins urgentistes de réorienter un patient et de passer à côté d'une pathologie grave. Dès lors, le rapport préconisait une grande proximité de la MMG, voire son adossement, au SAU (Cohen, Genisson, & Savary).

Le rapport du Dr. Jean-Yves Grall de juillet 2006 décrivait ainsi un dispositif d'avenir pour maintenir la PDSA, avec des modes de fonctionnement très diverses selon les MMG, et ce notamment concernant les 5 points suivants (Grall, 2006) :

- Localisation ;
- Niveau d'activité ;
- Taux de participation ;
- Population desservie ;
- Coûts de fonctionnement.

L'effet des MMG sur la réduction de la fréquentation des urgences hospitalières à proximité est indéniable (Ménard, 2004). En effet, 80% des patients de la MMG expliquent qu'ils se seraient rendus aux urgences si la MMG n'avait pas existé (Picatto, 2005) (Valiton, 2004).

Globalement, on constate peu de refus de réorientation de la part des patients, bien que l'avance des soins reste un problème régulièrement soulevé (Grall, 2006). Cependant, il est à noter que le ré-adressage des structures d'urgences pédiatriques vers les MMG est souvent plus délicat (Lallemand, 2005).

Près de la moitié des MMG sont installées dans un Centre hospitalier disposant d'un SAU, avec généralement pour but de « désengorger les services d'urgences » (Havez, 2005) (Martin, 2003) (Mulliez, 2004). En effet, les passages aux urgences diminuent et sur les catégories visées, c'est-à-dire les CCMU 1 et 2, mais uniquement dans le cas où une organisation précise et intégrée dans le fonctionnement des urgences a été mise au point. La formation adéquate des IOA, un protocole d'adressage et un dispositif de relais entre l'IOA et la MMG, ainsi que la volonté des responsables médicaux de services d'urgences de faire fonctionner ce système sont des prérequis au bon fonctionnement de la MMG. A titre d'exemple, le Centre Hospitalier de Guingamp a observé une chute de 43% du nombre de passages aux urgences des patients classés CCMU 1 (Bessière, Breuil-Genier, & Darriné, 2004).

Le rapport du Dr. Jean-Yves Grall de juillet 2006 estimait en outre que l'hébergement de la MMG dans une structure hospitalière entraînait des coûts minorés, jusqu'à 75% inférieure aux autres MMG.

La MMG peut concourir à une meilleure prise en charge des patients. En effet, elles déchargent efficacement les urgences hospitalières à condition cependant qu'une organisation concertée, entre les médecins des urgences et les médecins de la MMG, soit mise en place. Ceci évite des attentes longues et pénibles pour les patients et soulage le travail de tous les soignants en contribuant à orienter les patients vers la structure répondant le mieux à leur état clinique (Havez, 2005) (Ménard, 2004). Elles permettent d'améliorer la filière de prise en charge des patients par l'individualisation d'une prestation de médecine générale différenciée comme recommandé par la circulaire d'avril 2003<sup>23</sup>.

Si les MMG sont un lieu fixe qui rend l'offre de soins ambulatoires non programmés accessibles à la population, ce qui répond en partie à la problématique, elles pâtissent d'une part du manque d'accès à des plateaux techniques, d'avis spécialisés et de compétences en petite traumatologie, et d'autre part elles ne couvrent pas l'ensemble du territoire et des horaires.

### **3.1.2 Évolution de l'organisation interne des urgences**

#### **3.1.2.1 Focus sur l'organisation du parcours patient et l'accueil par l'IOA**

Environ 80% des SAU disposaient en 2016 d'une fonction d'accueil et de triage des patients à l'entrée, généralement assumée par une IOA. L'IOA établit des priorités dans la prise en charge des patients en fonction de la gravité de leur état et du degré d'urgence des soins à donner (Cour des comptes, 2019).

La mise en place de Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) est également une recommandation régulièrement identifiée, permettant une optimisation des prises en charge et une orientation encore plus adaptée dans les filières de soins du SAU, en collaboration avec l'IOA. Il serait particulièrement pertinent sur la question de la réorientation des patients, vers une MMG ou autre moyen de prise en charge ambulatoire, mais il n'est pas systématiquement présent dans tous les SAU. Le test notamment réalisé par le Centre hospitalier de la côte Basque a présenté cependant deux limites : d'une part le faible nombre de patients pouvant être réorientés et d'autre part la redondance avec le rôle de l'IOA (Goalard, 2008).

De fait, la SFMU ne préconise pas en 2013 la mise en place d'un MAO d'emblée, sauf en cas d'effectif médical suffisant (SFMU, 2013), mais préférerait notamment la solution d'un IOA pouvant faire appel à un médecin référent expérimenté et avec de l'ancienneté dans le service.

---

<sup>23</sup> Circulaire DHOS/01/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

L'enjeu du triage est d'autant plus importante qu'un SAU accueille des patients avec des motifs bénins et des patients graves. Ainsi, l'enquête de la DREES de 2013 montrait que 35% des patients finalement classés CCMU 5 avaient initialement été orientés vers un circuit court (El Khoury, Viudes, & Vincent-Cassy, 2013).

### 3.1.2.2 Focus sur la filière courte

Les circuits courts sont destinés à traiter rapidement des cas légers. Ainsi, ce sont les patients relevant d'une consultation simple ou de la petite traumatologie qui sont adressés dans ce type de circuit court une fois le tri effectué par l'IOA. Puis, un médecin senior dédié prend en charge la file active de ces patients, indépendamment des cas plus sévères qui mobilisent davantage de ressources médicales et paramédicales (Cour des comptes, 2019).

Cependant, la mise en place d'une filière courte pourrait également tendre à favoriser l'augmentation de la fréquentation du SAU, comme à Thionville. En effet, l'analyse des passages montrait une moyenne de 25,7 passages par jour ouvré et 38,6 le week-end avant l'ouverture fin mars 2017 contre 30,4 passages par jour ouvrés et 40 le week-end après l'ouverture (Sorcinelli, 2018). Si la littérature scientifique ne documente pas le sujet directement concernant l'augmentation du nombre de consultations, elle valide néanmoins que la mise en place de telles organisations permet de diminuer les délais de prise en charge (CHU Montpellier, 1970). Ainsi, l'individualisation des filières aux urgences après le triage effectué par l'IOA et le MAO, permet d'améliorer les prises en charge des patients.

### 3.1.2.3 Focus sur l'orientation vers des consultations par un médecin de ville

Certains établissements ont également expérimenté l'orientation en journée vers une consultation assurée par des médecins de ville à proximité des urgences. Ainsi, l'hôpital Robert-Debré, à Paris, a développé un partenariat avec le centre médical d'Europe, qui assure une présence dans deux box à proximité du service des urgences : le soir en semaine de 19h à minuit et le week-end de 9h à minuit. Ces consultations visent à prendre en charge des patients CCMU 1 réorientés par l'IOA des urgences pédiatriques. Au total, 12 000 des 91 000 passages annuels sont ainsi réorientés (Cour des comptes, 2019).

Cependant, cette réorientation génère un goulet d'étranglement au niveau de l'IOA. De surcroît, elle crée un problème de financement, la structure se privant des revenus liés à ces patients. Le mode de financement entre en contradiction avec cette forme réorientation les coûts marginaux d'un passage aux urgences étant très faibles, relativement aux coûts fixes, d'où l'intérêt de maximiser le nombre passages.

## 3.2 Contexte locale

### 3.2.1 La PDSA en Nouvelle-Aquitaine

Le cahier des charges régional de la PDSA en Nouvelle-Aquitaine a pour objet de :

- Promouvoir une régulation de qualité et maintenir un rôle pivot dans le dispositif de la PDSA ;
- Garantir, dans l'ensemble de la région, une réponse adaptée aux besoins de soins non programmés, les soirées de semaine, les week-ends et jours fériés ;
- Adapter l'organisation de la PDSA, et notamment les secteurs de garde, aux spécificités des territoires, à la démographie et à l'activité ;
- Favoriser le déploiement de dispositifs permettant de renforcer le lien ville/hôpital (ex : maisons médicales de garde adossées à un service d'urgences, expérimentations sur les soins non programmés...);
- Permettre l'émergence d'organisations innovantes avec, par exemple, le déploiement d'effecteurs mobiles dans certains territoires.

L'indemnité forfaitaire d'astreinte est allouée par l'ARS et provient du fonds d'intervention régional. Elle se décompose en tranche horaires de 4 heures. Le montant du forfait d'astreinte est modulable selon les régions, mais ne peut pas être inférieur à 150€ pour 12h. Elle est également pondérée en fonction du territoire de garde et de l'existence d'une garde en nuit profonde – de 00h à 08h.

A noter que les médecins au sein de la filière ultra-courte des urgences du Centre Hospitalier d'Arcachon ne bénéficient pas de cette indemnité forfaitaire, car ils ne sont pas considérés comme effecteurs de la PDSA. C'est cependant un point qui pourrait être amené à évoluer rapidement, dans le cadre d'un soutien accru de l'ARS au dispositif en place.

**Tableau 1 - Indemnité forfaitaire pour la permanence des soins ambulatoires**

Horaires	Forfaits
20h-00h	50€
12h-00h	150€
08h-00h	200€

Le médecin de garde assurant la permanence des soins ambulatoires est également rémunéré pour les actes réalisés avec des majorations spécifiques (soir, nuit, week-end, jours fériés, visite à domicile).

Le paiement à l'acte relève du champ conventionnel. Le tarif de base de la consultation reste identique – 25€ depuis le 1<sup>er</sup> mai 2017. Cependant, les majorations tiennent compte de la régulation en amont de la consultation, ou de la visite. Ainsi, les indemnités kilométriques, ainsi que la majoration spécifique enfant – entre 0 et 6 ans – peuvent s'ajouter. La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) des majorations est la suivante.

**Tableau 2 - Majorations médecins généralistes PDSA Métropole**

<b>Code</b>	<b>Description</b>	<b>Tarif S1</b>	<b>Tarif S2</b>
<b>CRD</b>	Dimanche et jours fériés. Consultation au cabinet. Appel régulation.	26,50€	26,50€
<b>CRM</b>	Milieu de nuit 0h-6h. Consultation au cabinet. Appel régulation.	51,50€	51,50€
<b>CRN</b>	Nuit 20h-00h/6h-8h. Consultation au cabinet. Appel régulation.	42,50€	42,50€
<b>MDD</b>	Déplacement visite à domicile justifiée. Dimanche et jour férié.	22,60€	22,60€
<b>MDI</b>	Déplacement visite à domicile justifiée. Nuit 00h-6h.	43,50€	43,50€
<b>MDN</b>	Déplacement visite à domicile justifiée. Nuit 20h-00h/6h-8h.	38,50€	38,50€
<b>MM</b>	Acte de nuit de 00h-6h.	40,00€	40,00€
<b>MN</b>	Acte de nuit 20h-00h/6h-8h.	35,00€	35,00€
<b>VRD</b>	Dimanche et jours fériés. Visite. Appel Régulation.	30,00€	30,00€
<b>VRM</b>	Nuit 0h-6h. Visite. Appel Régulation.	59,50€	59,50€
<b>VRN</b>	Nuit 20h-0h/6h-8h. Visite. Appel Régulation.	46,00€	46,00€
<b>Certificat de décès</b>	Établissement du certificat de décès à domicile.	100,00€	100,00€

Les médecins participant à la filière ultra-courte ne bénéficieraient pas non plus de la majoration PDSA sur les actes. Cependant, dans le cadre du contrat signé avec le Centre Hospitalier, c'est l'hôpital qui prend à sa charge la différence, afin de maintenir un dispositif attractif pour les médecins généralistes.

Le CNOM publie un rapport annuel sur la permanence des soins. Les rapports (années 2013, 2014 et 2015 par exemple) font généralement les mêmes constats :

- Satisfaction globale des besoins de la population ;
- Diminution du nombre de médecins volontaires (effecteurs et régulateurs) ;
- Diminution du nombre de secteurs ;
- Désengagement des gardes de nuit profonde ;
- Disparités territoriales ;
- Stabilité du nombre de site d'accueil.

En effet, en 2016, le CNOM recense 88 886 médecins généralistes en activité régulière, soit une baisse de l'effectif de 8,4% depuis 2007. Force est de constater qu'en 10 ans, le nombre de médecins retraités a augmenté de 87,7% contre une augmentation de seulement 12% du nombre de médecins actifs.

Par ailleurs, la densité médicale ne cesse de diminuer dans quasiment tous les départements avec une densité de 132,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 167 pour 100 000 habitants en 2005.

### 3.2.1.1 Focus sur le bassin d'Arcachon

Le Centre Hospitalier d'Arcachon est situé à une heure de Bordeaux. Il est limitrophe à deux départements (la Gironde, et les Landes) qui sont les deux plus grands départements français.

Il prend en charge la population locale répartie dans 20 villes :

- Dans la zone sud bassin : Biganos, Le Teich, Gujan-Mestras, La Teste-de-Buch, Arcachon ;
- Dans les terres : Marcheprime, Salles, Lugos et Mios ;
- Dans les Landes : Sanguinet, Biscarrosse, Parentis-en-Born, Gastes, Sainte-Eulalie-en-Born, Pontenx les Forges, Ychoux, Pissos, Saugnac et Muret, Liposthey.

Ce territoire rassemble environ 140 000 patients potentiels, auxquelles il faut ajouter les flux touristiques.

Dans ce territoire, la croissance moyenne de la population est de 1,6%. Cette valeur est nettement au-dessus de la moyenne française, située à 0,4% sur la même période. La ville ayant connu la plus forte croissance démographique est Gujan-Mestras avec 5,7% entre 2013 et 2018. A l'opposé, Biscarrosse et Sainte-Eulalie voient leur population régresser, mais de façon négligeable, avec respectivement - 0,1 et - 0,5%.

Par ailleurs, la fréquentation touristique de ces deux départements est un point non négligeable, de l'économie et des flux de population. En effet, le tourisme y est présent toute l'année, avec cependant un pic de fréquentation sur les mois de juillet et août.

Concernant la démographie médicale, en 2018, 151 médecins généralistes était recensés dans les villes couvertes par la Centre Hospitalier d'Arcachon, en légère croissance au cours des dernières années mais moins rapidement que la population.

Ainsi, cet accroissement en nombre de médecins sur quelques villes du territoire ne permet qu'une stagnation de la densité médicale sur le canton de Gujan-Mestras par exemple, voire une décroissance sur les cantons de La Teste-de-Buch et celui des grands lacs, avec une chute d'un point pour 10 000 habitants.

Concernant la PDSA, le département de la Gironde est composé de 37 secteurs de garde, celui des Landes en compte 25 (dont 14 sont doublés en été). Le Centre Hospitalier couvre 10 secteurs de soins de PDSA. Les secteurs du bassin d'Arcachon sont généralement doublé l'été du fait de l'affluence touristique.

Actuellement, il n'existe pas de MMG active ou en projet sur le territoire du CHA. Parmi les autres structures concourantes à la prise en charge ambulatoire de patients aux horaires de la PDSA, il existe une structure SOS Médecins à Biganos.

En dehors du cahier des charges de la PDSA, la ville d'Arcachon s'est organisée afin de répondre aux demandes croissantes de soins. Elle finance, depuis 2015, l'ouverture d'un cabinet de consultation sur les horaires de la PDSA nommé *Arcachon Santé*. Il est accessible sur les nuits profondes et au cours de certaines journées de grandes affluences, en dehors de la régulation du 15. Cette structure est réservée à la population résidant à Arcachon.

### **3.2.2 Les urgences du Centre hospitalier d'Arcachon**

Concernant les urgences du Centre Hospitalier d'Arcachon, trois points importants sont à noter pour comprendre leur activité :

- Une activité importante pour un Centre Hospitalier de taille intermédiaire ;
- Une activité saisonnière importante ;
- Une croissance continue et forte du nombre de passages.

Ainsi, les urgences du Centre Hospitalier d'Arcachon ont enregistré une moyenne quotidienne de 105 passages en 2021, avec 47% des entrées se faisant sur des horaires de PDSA (Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine, 2021).

En outre, elles ont accueilli 30% de patients dits touristes, c'est-à-dire ne résidant pas en Nouvelle-Aquitaine, et dont la venue se concentre notamment sur les mois d'été.

Enfin, les urgences du Centre Hospitalier d'Arcachon ont enregistré une hausse continue du nombre de passages aux urgences à l'instar des services d'urgences de l'ensemble du territoire. Ils sont ainsi passés de 33 028 passages en 2017 (Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine., 2017) à 38 472 en 2021 (Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine, 2021). Entre 2019 et 2021, la hausse de fréquentation a représenté une augmentation de 4,7% (Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine, 2021).

Malgré ce contexte, le SAU du Centre Hospitalier d'Arcachon connaît un taux de retour à domicile de 73%, stable au cours du temps (Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine, 2021). Néanmoins, alors que la moyenne nationale du taux d'hospitalisation est autour de 20%, le Centre Hospitalier d'Arcachon se positionne nettement au-dessus à 27% (Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine, 2021).

Considérant la durée moyenne de passage, cette dernière s'élève à 04h06 en 2021 (Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine, 2021), contre 4h37 en 2017 (Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine., 2017). Elle a donc diminué malgré une hausse importante du nombre de passages sur la même période. En outre, 59% des passages durent moins de 4h et 12% sont de plus de 8h – principalement pour les patients de 75 ans et plus (Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine, 2021).

Le service diagnostique principalement des pathologies médico-chirurgicales, à 58%, mais a également une activité importante de traumatologie, environ 36% (Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine, 2021). En outre, 77% des patients étaient classés CCMU 1 ou 2, et seulement 2% en CCMU 4 ou 5, ce qui correspond à la répartition moyenne sur le territoire national (Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine, 2021).

En 2021, le service des urgences employait 13,73 ETP moyens annuels de médecins (hors internes) et 49,21 ETP moyens annuels de personnel non médicaux, dont 26,14 ETP moyens annuels d'IDE (DREES-SAE, 2021). C'est un renforcement notable des effectifs, qui n'étaient que de 11,79 pour les médecins et de 24,4 pour les IDE en 2017 (DREES-SAE, 2017).

### **3.3 Le fonctionnement et l'organisation de la filière**

La filière ultra-courte de médecine générale aux urgences du Centre Hospitalier d'Arcachon a été mise en place le 28 juin 2018. Elle a pour objectif principal de répondre à la demande de soins de médecine générale sur les heures de la PDSA. Ce projet a émergé dans un contexte particulier : l'été sur le bassin d'Arcachon, les médecins généralistes ne sont pas en capacité de gérer l'afflux de touristes.

#### **3.3.1 Historique**

La filière ultra-courte de médecine générale est issue d'une longue réflexion réalisée en amont sur la modalité permettant de répondre au mieux à la demande de soins non programmés de médecine générale adressée aux urgences.

Il a été envisagé de mettre en place une MMG sur le modèle de celle de Langon, notamment en 2017. Cette piste a été abandonnée du fait du refus d'une partie des médecins libéraux des 3 secteurs de garde, et de l'absence de positionnement du reste d'entre eux (Arcachon, Gujan-Mestras/Le Teich, La Teste-de-Buch) pour deux raisons principales :

- La taille des secteurs ;
- La contrainte des visites à domicile.

En outre, une expérience précédente avait été menée en 2015 avec la constitution d'une MMG à Langon, qui avait dysfonctionné du fait notamment de trois difficultés :

- Mésentente entre certains médecins généralistes effecteurs ;
- Difficultés de paiement (délais, etc.) ;
- Manque de communication et de liens entre les praticiens hospitaliers et les médecins de la MMG.

Face aux difficultés qui s'amplifiaient d'année en année, notamment lors de l'été, le chef de service d'urgences, appuyé par le directeur général de l'établissement, et en consultation avec le CDOM, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), l'ARS, les représentants des 3 secteurs de PDSA et la présidente de la Commission Médicale d'Établissement, a cherché à construire une solution équivalente à une MMG mais en évitant les points

bloquants. Sa rencontre avec le Docteur Julien Patry, remplaçant aux urgences à l'époque – médecin référent de la filière ultra-courte désormais – qui avait connu ce modèle de consultation de médecine générale durant son internat, a constitué le point de départ vers la mise en place du projet.

L'été 2018 a constitué la phase d'expérimentation de ces consultations de médecine générale aux urgences. L'expérience a été concluante avec 800 consultations réalisées et une diminution du délai d'attente du SAU d'une heure sur cette période.

Conçue à l'origine pour fonctionner l'été afin de faire face à l'afflux important de personnes aux urgences. Cette filière a été pérennisée l'ensemble de l'année dès septembre 2018 au vu de son succès (Dubourg, 2018).

Bien qu'elle s'y apparente, cette filière ultra-courte de médecine générale n'est pas une MMG, et s'en distingue sur plusieurs points, notamment concernant la rémunération, les horaires, et l'accès au plateau technique.

### **3.3.2 Localisation**

Positionnée à l'origine dans un box de consultation à proximité du SAU, elle se positionne désormais le plus souvent dans un box – de traumatologie – au sein des urgences. La raison principale est la plus grande fongibilité des patients entre la filière ultra-court et les urgences. Cette organisation permet aux médecins urgentistes de reprendre certains patients de la filière ultra-courte si le nombre de patients en attente y est plus important qu'aux urgences, tout en permettant au médecin généraliste, en cas de faible activité, de prendre des patients stables qui ne lui avaient pas été orientés initialement mais qui sont cependant pertinents.

Géographiquement, la salle d'attente est commune aux urgences et à la consultation de médecine générale. Ainsi, le médecin généraliste dispose de l'ensemble du matériel nécessaire à la réalisation de la petite traumatologie notamment.

### **3.3.3 Horaires**

En termes d'horaires, la filière ultra-courte de médecine générale propose actuellement une prise en charge principalement aux horaires de la PDSA – légèrement étendus – bien qu'elle n'en fasse pas partie sur le plan juridique :

- Semaine : 20h à minuit ;
- Samedi : 12h à minuit ;
- Dimanche et jours fériés : 9h à minuit.

Cette organisation temporelle s'adapte durant l'été. La filière est alors ouverte tous les jours de 9h à minuit du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août afin d'absorber l'augmentation du flux, notamment concernant la petite traumatologie et les CCMU 1 et 2.

### **3.3.4 Effecteurs**

En termes d'effectifs, une dizaine de médecins généralistes participent aux consultations toute l'année, sur la base du volontariat, en plus d'une activité ambulatoire de médecin généraliste exerçant en libéral ou remplaçant. En outre, un médecin généraliste est identifié comme étant le référent de l'organisation, et s'occupe notamment des plannings et assure les gardes lorsqu'aucun volontaire ne s'est désigné.

L'engagement des médecins généralistes se fait sur la base d'un contrat annuel avec l'hôpital sans contrainte d'horaires ni d'activité, ce qui rend le dispositif très flexible, pour les médecins « thésés » notamment ou *via* un contrat de remplacement pour les médecins « non-thésés ».

### **3.3.5 Parcours patient**

La première étape du parcours patient est l'enregistrement administratif systématique, similaire à celui tout patient se présentant au SAU du Centre Hospitalier d'Arcachon. Cela permet notamment de faciliter le transfert de patient, entre la filière ultra-courte et les filières « classiques », longue et courte, des urgences *stricto sensu*.

Après son enregistrement, le patient est reçu par l'IOA qui, à l'aide d'une grille d'orientation spécifique, catégorise le patient en fonction de différents facteurs :

- Motif de consultation ;
- Paramètres vitaux ;
- Échelle de douleur, etc.

Le patient est ensuite orienté vers le secteur urgences, en filière courte ou longue par exemple, ou vers le secteur de médecine générale, c'est-à-dire la filière ultra-courte.

### **3.3.6 Logiciel**

Le secteur urgences et le secteur de médecine générale utilisent le même logiciel – le logiciel métier du SAU – afin de garantir un maximum de fluidité et de lisibilité pour tout le monde. Il s'agit de Terminal Urgence. Le patient orienté vers la filière ultra-courte de médecine générale y apparaît ainsi comme orienté « MG », pour médecine générale.

### **3.3.7 Plateau technique**

Hormis les matériels présents dans le box de traumatologie où se positionne généralement le médecin généraliste (matériel diagnostique et thérapeutique pour pansement,

immobilisation, suture, etc.), ce dernier a également un accès libre, illimité et gratuit à l'ensemble du plateau technique de l'hôpital : laboratoire et radiologie notamment. Celui-ci dispose également de la possibilité de demander des avis auprès des spécialistes du Centre Hospitalier d'Arcachon, au même titre qu'un médecin des urgences.

### **3.3.8 Rémunération**

La rémunération des médecins généralistes se fait à l'acte selon le thésaurus de cotation des actes et des soins (MG France, 2020).

Le patient n'a aucune avance de frais à réaliser, ce qui rend cette orientation totalement transparente pour lui par rapport à un passage aux urgences classiques. Le Centre Hospitalier et le médecin généraliste s'occupent de la partie administrative.

Le Centre Hospitalier reverse aux médecins généralistes tout ou partie des recettes liés aux actes qu'ils réalisent. La rétrocession initiale était de 100%. Elle a été maintenue pour le médecin généraliste référent, afin de compenser sa charge de travail organisationnelle. Elle est de 90% pour les autres médecins généralistes participant à la filière.

Le Centre Hospitalier conserve le forfait ATU. Cela permet que l'orientation des patients vers cette filière ne représente pas de manque à gagner pour l'hôpital. Les 10% de commissions sur les actes sont considérées comme étant une participation à l'entretien des locaux et à l'utilisation du matériel. A titre de comparaison, il est considéré que les frais à la charge d'un médecin généraliste en cabinet reviennent à environ 30% de ses recettes. L'exercice en filière ultra-courte présente donc un intérêt financier pour les médecins.

En moyenne, les médecins généralistes voient entre 35 et 60 patients sur une journée, là où en cabinet ils n'en verraient qu'une vingtaine en moyenne, ce qui permet de rendre le dispositif financièrement intéressant également. Les volumes compensent l'absence du forfait d'astreinte de PDSA normalement versé en MMG.

Enfin, la mise en place d'une nouvelle tarification des majorations en début d'année 2022 aurait impliqué une diminution de la rémunération des médecins généralistes. Le Centre Hospitalier d'Arcachon a choisi de maintenir l'ancienne tarification pour la rétrocession des actes afin de maintenir le niveau de revenu des médecins participants.

### **3.3.9 Le rôle du médecin référent**

Le médecin généraliste référent de la filière ultra-courte de médecine générale a la responsabilité du planning et du recrutement des médecins généralistes participants sur la

base des règles de rémunérations fixées, à savoir une rémunération à l'acte avec une rétrocession de 90% des recettes par le Centre Hospitalier.

Le recrutement de médecins généralistes pour ce dispositif serait complexe sans l'appui d'un médecin généraliste disposant lui-même d'un réseau de professionnels sur le territoire.

Il est recommandé que ce médecin référent ait pour activité principale la filière ultra-courte de médecine générale, ce qui peut être un modèle d'exercice intéressant pour de nombreux médecins généralistes, car cela n'impose pas de s'installer. De surcroît, une activité de remplacement peut parfaitement compléter cet exercice.

### **3.4 L'activité et la performance de la filière ultra-courte de médecine générale**

#### **3.4.1 Les passages**

Entre 2019 et 2021, le nombre de passages aux urgences du Centre Hospitalier d'Arcachon a augmenté de près de 10%. Sur la même période le nombre de passages dans la filière ultra-courte est passée de 5 409 à 6 436<sup>24</sup>, soit une hausse de près de 20%.

Avant COVID, sur une période de 18 mois – du 1<sup>er</sup> juillet 2018 au 31 décembre 2019 – 7 513 patients ont été pris en charge par la filière ultra-courte (Navarro, 2021), dont 1 544 entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 31 août 2019, soit 21% du total (Navarro, 2021).

Globalement, la filière ultra-courte absorbe entre 15 et 17% des passages aux urgences. Mais si l'on se concentre uniquement sur les horaires d'ouverture, la filière ultra-courte absorbe en moyenne sur une année 37% des passages, avec des pics entre 50 et 70%, notamment en semaine<sup>25</sup>.

Enfin, la filière ultra-courte absorbe une partie de la petite traumatologie des urgences – environ 50% des pathologies diagnostiquées de la filière ultra-courte durant l'été – notamment concernant les sutures et les immobilisations. L'autre moitié des diagnostics relèvent principalement de la médecine : otite, fièvre pédiatrique, douleur abdominale, etc.

Considérant le sexe des patients, aucun genre ne se distingue particulièrement avec une population relativement homogène de 3 763 passages masculins pour 3 750 passages féminins (Navarro, 2021).

---

<sup>24</sup> Source : Données Centre Hospitalier d'Arcachon, 2022

<sup>25</sup> Source : Données Centre Hospitalier d'Arcachon, 2022

Considérant l'âge des patients, les âges extrêmes, c'est-à-dire moins de 1 an ou 75 et plus, représentent légèrement plus de 6% de la patientèle totale. La population mineure constitue 39% des consultations avec 2 917 passages. Le groupe majoritaire est constitué par les adultes entre 18 et 74 ans avec 58% des passages (Navarro, 2021).

En 2021, 33,9% des passages dans la filière ultra-courte avaient moins de 16 ans, 40% entre 16 et 45 ans, et 22,8% entre 45 et 75 ans. Seulement 3% des passages concernaient des patients de plus de 75 ans<sup>26</sup>.

#### **3.4.2 La saisonnalité de l'activité**

En termes de lieu de vie, 66% patients de la filière ultra-courte vivent dans le secteur couvert par le Centre Hospitalier d'Arcachon, soit 5 104 passages des 7 513 passages au total. Du reste, 32% des passages concernent des patients de nationalité française venant d'en dehors du secteur du Centre Hospitalier d'Arcachon. Ainsi, seuls 2% des passages sont réalisés par des étrangers – principalement allemands et anglais (Navarro, 2021).

Durant la basse saison, le nombre moyen de prises en charge lors d'une garde de semaine est de 7. Elle est de 22 le samedi et de 26 le dimanche. Le week-end accueille la moitié du nombre total de passages. Le nombre de patients vus par heure ouverte est cependant stable quel que soit le jour de la semaine aux environs de 1,75, et monte jusqu'à 2 le samedi (Navarro, 2021).

Durant la haute saison, le nombre moyen de prises en charge par garde de semaine est de 20, soit près de trois fois l'activité de basse saison. Ce nombre monte à 36 le samedi et 39 le dimanche. Le nombre de patients vus par heure ouverte est de 2 en semaine et de 3 le week-end (Navarro, 2021).

Le mois d'août 2019 a ainsi constitué un record de 794 entrées en registrées, contre 270 en novembre 2018 – mois le plus bas de la période étudiée.

#### **3.4.3 Origines des patients**

Considérant l'orientation préhospitalière, il est clair que la filière ultra-courte prend en charge principalement des patients non régulés. Seulement 54 patients ont été adressés par un professionnel de santé aux urgences avant d'être vus par le médecin généraliste (Navarro, 2021). En outre, 95% des patients vus par le médecin généraliste arrivent aux urgences par leur propre moyen (Navarro, 2021).

---

<sup>26</sup> Source : Données Centre Hospitalier d'Arcachon, 2022

Par ailleurs, environ 1 patient sur 3 était déjà venue aux urgences au moins une fois auparavant. Parmi ces patients, la grande majorité vivent sur le territoire du Centre Hospitalier d'Arcachon : 88% d'entre eux. Pour 62% de ces patients, leur dernière visite datait de plus de 6 mois. Enfin, la moyenne du nombre de passages total aux urgences est de 2 par patient (Navarro, 2021).

### 3.4.4 Prise en charge

#### 3.4.4.1 Temps de prise en charge

##### 3.4.4.1.1 Infirmière d'organisation et d'accueil

La durée moyenne d'attente, avant d'être évalué par l'IOA et après avoir été enregistré administrativement, est de 24 minutes et 56 secondes pour une médiane de 15 minutes et 13 secondes. Seules deux personnes sont parties avant d'être évaluées par l'IOA. Environ 73% des patients sont évalués par l'IOA en moins de 30 minutes, et 92% en moins d'une heure (Navarro, 2021).

##### 3.4.4.1.2 Médecin généraliste

La durée moyenne d'attente avant d'être évalué par le médecin généraliste de la filière ultra-courte est de 1 heure et 14 minutes avec une médiane à 1 heure et 4 minutes (Navarro, 2021).

Près de la moitié des patients sont vus dans l'heure qui suit leur arrivée par le médecin généraliste. La majorité, soit 92%, est vue dans les 2 heures et demie suivant leur enregistrement administratif. Néanmoins, 155 patients sont partis après avoir été évalués par l'IAO mais avant de voir le médecin généraliste (Navarro, 2021).

#### 3.4.4.2 Examens et actes complémentaires

##### 3.4.4.2.1 Examens complémentaires

L'accès au plateau technique de l'hôpital permet aux médecins généralistes de la filière ultra-courte de prescrire directement et gratuitement des examens aux patients. Ainsi, sur la période étudiée, 3 901 actes diagnostiques ont été réalisés.

**Tableau 3 - Actes diagnostiques réalisés par les médecins généralistes de la filière ultra-courte (juillet 2018-décembre 2019)<sup>27</sup>**

Typologie d'actes	Nombre d'actes
Actes d'imagerie	2 753

<sup>27</sup> Source : (Navarro, 2021)

- <i>Dont radiographies</i>	2 640
- <i>Dont scanners</i>	96
- <i>Dont échographies</i>	16
<b>Examens urinaires (BU et ECBU)</b>	617
<b>Bilans sanguins</b>	222
<b>Tétanos Quick Test (TQT)</b>	136
<b>Électrocardiogrammes (ECG)</b>	91
<b>Streptatests</b>	47

#### 3.4.4.2.2 Actes thérapeutiques

Sur la période, 1 777 actes thérapeutiques ont été réalisés. De manière générale, ils concernent principalement les immobilisations et les sutures.

**Tableau 4 - Actes thérapeutiques réalisés par les médecins généralistes de la filière ultra-courte (juillet 2018-décembre 2019)<sup>28</sup>**

Typologie d'actes	Nombre de gestes
<b>Immobilisations</b>	755
<b>Réalisation de sutures</b>	622
<b>Pansements</b>	216
<b>Ablation de corps étrangers</b>	106
<b>Incision d'abcès</b>	44

#### 3.4.4.2.3 Médicaments

Moins d'un tiers des patients ayant consulté le médecin généraliste de la filière ultra-courte ont bénéficié de prescriptions médicamenteuses. Les antalgiques/AINS constituent la majorité des prescriptions : 79% des médicaments distribués. Parmi cette classe de médicaments, le palier 1 constitue 84% des antidouleurs distribués (Navarro, 2021). Le reste des médicaments distribués se composent principalement de traitements symptomatiques digestifs et d'antibiotiques.

#### 3.4.4.2.4 Avis spécialisés

Sur la période étudiée, 352 avis ont été demandés à un spécialiste pour un total de 346 patients, soit 5% des consultations. Ces avis concernent principalement l'orthopédie, pour plus de la moitié, viennent ensuite la pédiatrie (16%) et la gynécologie (7%) (Navarro, 2021).

<sup>28</sup> Source : (Navarro, 2021)

### 3.4.4.3 Diagnostics

Les diagnostics traumatologiques sont les plus fréquents : 3 944 diagnostics traumatologiques contre 3 414 diagnostics médicaux (Navarro, 2021). La proportion est encore plus importante durant l'été : 58% contre 42% (Navarro, 2021).

**Tableau 5 - Top 20 des diagnostics les plus fréquents dans la filière ultra-courte de médecine générale (juillet 2018-décembre 2019)<sup>29</sup>**

Rang	Diagnostic final	Nombre
1	Entorse de cheville	423
2	TC – TCPI – TCPC	231
3	Contusion du poignet ou de la main, SP	192
4	Plaie de(s) doigt(s) sans lésion de l'ongle	158
5	Contusion du genou	157
6	Plaie tête, SP	156
7	Contusion autre partie du Pied, SP	152
8	Cystite aiguë (documentée)	151
9	Otite moyenne aiguë	147
10	Lésion traumatique superficielle, partielle NP	142
11	Douleurs abdominales, autre, SP	125
12	Entorse des ligaments latéraux du genou	120
13	Contusion du coude	115
14	Rhinopharyngite	103
15	Contusion de(s) doigt(s) sans lésion de l'ongle	99
16	Entorse et foulure de doigt(s)	93
17	Constipation	92
18	Contusion de l'épaule ou du bras	91
19	Otite externe aiguë	90
20	Angine ou Pharyngite, SP + Lombalgie basse, région lombaire + Fracture du radius (extrémité inférieure) ou fermé	89

La grande majorité des consultations réalisées dans la filière ultra-courte sont codées CCMU 1 ou 2 : 98% des passages. Seuls 3 patients ont été classés en CCMU 3 et hospitalisés pour atteinte cardiologique non déterminée, convulsions et diverticulite. Le reste des passages est constitué de patients partis sans attendre (Navarro, 2021).

<sup>29</sup> Source : (Navarro, 2021)

#### 3.4.4.4 Sortie des patients

##### 3.4.4.4.1 *Durée totale de prise en charge*

La durée moyenne de prise en charge totale est de 1 heure et 55 minutes, avec une médiane à 1 heure et 43 minutes. Ainsi, 60% des patients sont sortis en moins de 2 heures (Navarro, 2021). En outre, la moitié des patients sans examen complémentaire ont attendu moins d'une heure et demie, contre 2 heures pour les patients en ayant bénéficié (Navarro, 2021). La durée de prise en charge globale est légèrement plus élevée en été, mais toujours en-dessous des 2 heures (Navarro, 2021).

##### 3.4.4.4.2 *Orientation finale*

La très grande majorité des patients ayant consulté un médecin généraliste dans la filière ultra-courte du SAU du Centre Hospitalier d'Arcachon sont rentrés à domicile : 97% d'entre eux, auquel il faut ajouter 2% des patients partis sans attendre (Navarro, 2021). Seuls 78 patients ont nécessité une hospitalisation, majoritairement en pédiatrie (39) et en chirurgie orthopédique (17) (Navarro, 2021). Il est également constaté 18 transferts vers les hôpitaux de la région (Navarro, 2021). Au total, 2 patients ont été réorientés avant de voir le médecin généraliste (Navarro, 2021).

##### 3.4.4.4.3 *Consultations itératives*

Les patients consultant pour une seconde fois pour le même motif dans la filière ultra-courte ou aux urgences constitue une minorité : 129 patients, soit moins de 2% (Navarro, 2021). Parmi eux, la majorité revient dans les 2 ou 3 jours suivants.

### **3.5 Les avantages de la filière ultra-courte**

La filière ultra-courte de médecine générale est un modèle présentant de nombreux avantages, notamment par rapport à une MMG, et complète parfaitement des urgences structurées en filière longue et courte. Les avantages de cette filière sont aussi bien du point de vue des patients et de leur prise en charge, que du point de vue des médecins effecteurs, que plus globalement pour l'institution.

#### **3.5.1 Du point de vue des patients**

Considérant les avantages pour les patients, le premier est la possibilité de « réétiqueter » facilement les patients en secteur urgences ou en secteur médecine générale selon le flux et l'attente entre les secteurs. Cela permet d'optimiser au mieux les délais d'attente, et de fluidifier le parcours patient pour des patients qui nécessiteraient un autre niveau de prise en charge que ce qui a été évalué au moment de l'orientation.

Le deuxième avantage, comparativement notamment à une MMG, est l'accès complet au plateau technique de l'hôpital, notamment laboratoire et radiologie. Cela permet une prise en charge complète des patients au cours de leur passage, contrairement à une MMG qui les réorienterait pour des examens complémentaires. En outre, l'accès à des spécialistes permet d'améliorer la prise en charge.

Le troisième avantage est la possibilité d'avoir accès à des soins de petite traumatologie, ce qui n'est que très rarement accessible en MMG ou chez un médecin généraliste.

Le quatrième avantage relève de la sécurisation de la prise en charge d'un point de vue administratif. En effet, en cabinet, un médecin généraliste gère toute la partie administrative et le recueil des examens selon ses horaires de travail ou selon ceux de son secrétariat. L'intégration dans une structure hospitalière permet une réception et un suivi 24h/24 des résultats des examens par exemple, ce qui sécurise le suivi des dossiers.

### **3.5.2 Du point de vue des médecins généralistes**

Pour les médecins généralistes, cette organisation présente plusieurs points forts.

Tout d'abord, le mode d'exercice permet aux médecins généralistes d'avoir une activité complémentaire, différente de leur exercice classique, notamment avec des actes qu'ils ne pratiqueraient pas en cabinet.

Deuxièmement, les horaires d'exercice de la filière ultra-courte permettent aux médecins généralistes de concentrer leur activité professionnelle sur des plages horaires courtes et ainsi de leur garantir un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle de meilleure qualité que l'exercice exclusif en cabinet.

Troisièmement, la possibilité d'avoir accès au plateau technique, de prescrire directement des examens de radiologie, d'échographie ou de biologie, autant que la possibilité de consulter des spécialistes, ou plus simplement de s'intégrer à une équipe de médecins, sont autant de facteurs rendant l'exercice du médecin généraliste plus confortable, moins insécurisant et plus agréable.

Ainsi, en 2019, l'ensemble des médecins généralistes participant au dispositif ont été interrogés, soit 10 personnes. L'enquête a confirmé que ce dispositif permettait aux médecins généralistes de rencontrer de nouvelles pathologies, 80% d'entre eux le déclarant (Navarro, 2021).

Les omnipraticiens confirment également que les patients sont plus demandeurs d'examens complémentaires aux urgences qu'en cabinet (Navarro, 2021). Ils reconnaissent également avoir une prescription d'examens complémentaires plus fréquente qu'en ville, justifiée par l'accès plus facile au plateau technique, notamment de radiologie (Navarro, 2021). La pertinence de ces prescriptions n'est d'ailleurs pas remise en cause.

En outre, 60% des omnipraticiens déclarent avoir vu leur relation avec l'hôpital changer : meilleure connaissance de l'établissement, de l'équipe et du fonctionnement de la structure, meilleure communication (Navarro, 2021).

Enfin, 100% des médecins généralistes se sont déclarés satisfaits de l'organisation de la filière ultra-courte de médecine générale aux urgences. Ils mettent notamment en avant la sécurité d'exercice et le matériel, et en deuxième lieu la durée des gardes et la qualité des locaux (Navarro, 2021).

De plus, 100% des médecins généralistes considèrent que cette filière répond de manière adaptée à la demande de soins croissante. Parmi les pistes d'amélioration, 60% ne suggèrent aucun changement, 20% d'entre eux suggèrent l'amélioration du dispositif par une intégration de la PDSA et les autres 20% suggèrent une rémunération à la vacation plutôt qu'à l'acte (Navarro, 2021).

### **3.5.3 Du point de vue des médecins urgentistes**

Pour les urgentistes, cette organisation est également un moyen d'améliorer leur confort d'exercice et la qualité de la prise en charge patients.

Premièrement, si la masse de patients « légers » peut donner un sentiment d'efficacité car ils sont rapides à traiter, ils constituent une charge mentale pour les urgentistes. En outre, ils accroissent les délais d'attente et l'occupation des espaces. De plus, leur présence peut avoir un effet disruptif dans le processus de diagnostic en normalisant ou banalisant des symptômes potentiellement à « bas bruit » pour des pathologies plus graves. Enfin, le sentiment de frustration de nombreux médecins urgentistes quant à cet afflux de « passages évitables » peut entraîner une prise en charge plus dégradée notamment dans l'attitude des médecins face à ces patients. De fait, l'orientation de ces patients dans la filière ultra-courte permet aux urgentistes de se concentrer sur des patients appartenant à leur cœur de métier, réduisant de fait leur sentiment de frustration quant à la patientèle des urgences, et améliorant leur disponibilité physique et psychique et par conséquent la prise en charge des patients.

Deuxièmement, les médecins urgentistes tendent à regarder les patients avec une expertise liée à leur spécialité ce qui peut favoriser une « sur-prise » en charge visant à éliminer tout risque de pathologie grave. La pertinence des soins est ainsi probablement meilleure avec ce triage plus précis des patients.

L'enquête menée en 2019 permet d'évaluer le dispositif du point de vue des médecins urgentistes (Navarro, 2021).

Ainsi, tout d'abord l'enquête montre que 8 des 15 urgentistes réorientent plusieurs fois par garde des patients vers la filière ultra-courte, 2 le font une fois par garde et 5 moins d'une fois. Cette réorientation se fait principalement pour une question de motifs, et de manière plus accessoire pour une question de temps d'attente (Navarro, 2021). Parallèlement, 6 des 15 urgentistes confirment réorienter des patients de la filière ultra-courte vers le secteur urgences une fois par garde. Cette réorientation se fait soit du fait de la demande du médecin généraliste, soit du fait de la durée d'attente ou encore du fait de la nécessité d'une hospitalisation ou d'examen complémentaires (Navarro, 2021).

Concernant la charge de travail, la majorité des urgentistes – 14 sur 15 – déclarent avoir constaté une diminution de leur charge de travail. De plus, 50% rapportent une modification des pathologies vues depuis l'ouverture de la filière ultra-courte, notamment une diminution de la petite traumatologie et de la médecine (Navarro, 2021). Ils déclarent réaliser autant d'immobilisations, mais moins de pédiatrie, et également autant de certificats qu'auparavant (Navarro, 2021).

L'ensemble des médecins urgentistes considèrent la filière ultra-courte comme une réponse adaptée à la demande de soins croissante adressée aux urgences. Parmi les pistes d'amélioration, un tiers d'entre eux proposent d'étendre les horaires (Navarro, 2021).

### **3.5.4 Du point de vue de l'institution**

Du point de l'institution, cette organisation constitue un facteur d'attractivité. Les médecins venant faire des remplacements sont régulièrement attirés par le confort procuré par la présence de cette filière ultra-courte, ce qui favorise l'attractivité du service des urgences.

De plus, cela renforce fortement les liens ville-hôpital en acculturant les médecins urgentistes à l'exercice de la médecine générale en ville et inversement pour les médecins généralistes de ville. En outre, se crée un « pool » de médecins généralistes disponibles et mobilisables ayant d'ores et déjà une bonne connaissance des urgences, notamment dans la perspective de futurs projets favorisant le renforcement de la continuité des soins entre

la ville et l'hôpital, ou même pour venir faire des remplacements aux urgences en période de tensions.

### **3.5.5 Du point de vue des infirmières d'organisation et d'accueil**

Du point de vue des IOA, en 2019, sur les 23 infirmiers interrogés – soit 100% de l'effectif total – plus de la moitié d'entre elles veillent à bien informer le patient sur le fait qu'il sera vu par un médecin généraliste. La grande majorité des patients acceptent cette orientation. Seuls 3 infirmiers ont mentionné recevoir un refus par garde (Navarro, 2021). La majorité des IOA rapporte moins d'un refus par garde de la part du médecin généraliste, avec pour motif notamment : les enfants en bas âge, les plaies complexes et l'heure d'arrivée tardive (Navarro, 2021).

La majorité des IOA rapporte une augmentation de la charge de travail. Les autres constatent une absence d'évolution ou une diminution de cette charge (Navarro, 2021).

En outre, les IOA ont en majorité un avis favorable quant à ce dispositif et à sa capacité à répondre à la demande croissante de soins non programmés. Parmi les pistes d'amélioration proposées, il est notamment mentionné l'élargissement des horaires, le détachement d'une IDE à ce secteur spécifique, la création d'une salle d'attente indépendante et l'ouverture d'un box de médecine générale dédié avec le matériel adapté.

## **3.6 Les prérequis identifiés**

Les échanges avec les différentes parties prenantes au dispositif ont permis d'identifier différents prérequis à la bonne mise en place et au bon fonctionnement de la filière ultra-courte de médecine générale. Ces prérequis peuvent être classés en 3 catégories :

- Rémunération ;
- Accès aux urgences ;
- Organisation fonctionnelle.

Premièrement, l'un des points importants pour assurer la perduration du dispositif relève de la question de la rémunération. Cette dernière doit à la fois constituer une incitation financière pour les médecins généralistes à participer, d'où l'importance d'une rémunération à l'acte majorée comme la permanence des soins. En outre, elle doit permettre un versement rapide des rémunérations, ce qui implique que l'hôpital paye les actes à leur réalisation, sous deux semaines par exemple, et non pas une fois qu'il a lui-même touché les financements, ce qui imposerait un délai de plusieurs mois sur le paiement des actes des médecins généralistes.

Deuxièmement, l'accès à aux urgences ne doit pas prévoir une régulation complète par le 15, car cela priverait la filière de la plus grande partie de ses patients qui sont des patients non régulés.

Enfin, considérant l'organisation fonctionnelle de la filière ultra-courte, il est crucial d'identifier clairement un médecin référent, en charge de la définition des plannings et garant de la présence d'un médecin généraliste aux horaires définis pour chaque jour. Ce dernier doit d'ailleurs avoir un intérêt financier à jouer ce rôle. En outre, le dispositif doit permettre l'accès au plateau technique et aux spécialistes de l'établissement de la même façon que pour les médecins urgentistes, et également être vigilant à utiliser les mêmes logiciels que les urgences afin de fluidifier les parcours. De surcroît, l'activité reposant sur la petite traumatologie, il est indispensable qu'une grande majorité des médecins généralistes participant acceptent de pratiquer de tels actes.

### **3.7 Prochaines évolutions**

A terme, la filière ultra-courte de consultation de médecine générale aux urgences du Centre hospitalier d'Arcachon devrait devenir un véritable outil de la PDSA sur le territoire. En effet, le désengagement croissant des médecins généralistes libéraux sur les trois secteurs du bassin pour la PDSA, notamment en semaine, devrait favoriser la localisation de l'ensemble de la PDSA sur le Centre Hospitalier *via* la filière ultra-courte et *via* une MMG adjointe et complémentaire. Cela simplifierait l'identification du dispositif de PDSA pour l'ensemble des citoyens du territoire. La majorité des praticiens du secteur estime ainsi que le fonctionnement de la PDSA est correct mais en dégradation notamment avec un désengagement plus ou moins croissant avec les années, du fait notamment d'emplois du temps déjà lourds, de la fatigue des gardes de nuit et du difficile équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle (Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2019).

Cette évolution est d'ailleurs soutenue par l'ARS. Des discussions sont en cours afin que le Centre Hospitalier puisse, en vertu de son rôle d'organisateur de la PDSA, récupérer une partie de l'enveloppe dédiée au financement de la PDSA sur son territoire.

Le modèle ne prévoirait pas de visites à domicile en semaine, mais le déploiement d'ambulances. Les visites seraient néanmoins maintenues le week-end, soutenues par le recrutement progressif de médecins disposés à les prendre en charge de manière exclusive afin d'éviter aux médecins généralistes de cumuler les consultations sur place et les visites.

Le projet originel était de répondre à l'afflux important de patients durant l'été et notamment de désengorger au maximum les urgences des consultations « non urgentes ».

## Conclusion

Les services d'urgences font face à hausse continue de la demande de soins qui s'adressent à eux depuis près de trois décennies. Cette hausse de l'activité est en partie liée à l'orientation d'une partie de la demande de soins ambulatoires non programmés vers ces services d'urgences. Cela s'explique pour trois raisons qui tiennent à la démographie médicale, à la permanence des soins ambulatoires et à une évolution plus structurelle du rapport au parcours de soins de la population.

Cette situation implique une inadéquation croissante entre l'offre de soins proposée aux urgences et la demande qui s'y adresse. Face à la criticité de la situation des services d'urgences, il paraît important de trouver des solutions innovantes qui permettent à la fois de prendre charge ce flux de patients « inadéquats » à court terme, en sachant que cela ne doit pas empêcher une réflexion plus profonde sur comment mieux orienter globalement la demande de soins en amont des urgences.

Face à ce constat, et en s'inspirant de solutions existantes telles que le modèle des maisons médicales de garde et de la filière courte des urgences, le service des urgences du Centre Hospitalier d'Arcachon a mis en place une filière ultra-courte de médecine générale. Cette dernière montre des performances intéressantes dans la prise en charge de la demande de soins ambulatoires non programmés présente aux urgences. Elle constitue également une opportunité intéressante de consolider le lien entre la médecine de ville et l'hôpital par l'implication de médecins généralistes dans le service des urgences. Bien qu'elle implique certains prérequis, elle est une solution qui peut être rapidement mise en place et qui permettrait de désengorger les services d'urgences tout en assurant une amélioration de la prise en charge de la demande de soins ambulatoires non programmés, qui bénéficie notamment ainsi d'un accès complet à un plateau technique d'imagerie et de laboratoire.



---

## Bibliographie

---

- Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., & Chaput, H. (2021, Mars). Synthèse, quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? *Les dossiers de la DREEES n°76*.
- Baubeau, D., & Carrasco, V. (2003, Janvier). Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Études et Résultats(n°215)*.
- Baubeau, D., Deville, A., Joubert, M., Fivaz, C., Girard, I., & Le Laidier, S. (2000). *Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés*. DREES. Paris: République française.
- Berchet, C. (2015). Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demande. *Documents de travail de l'OCDE sur la santé(n°83)*.
- Bessière, S., Breuil-Genier, P., & Darriné, S. (2004, Novembre). La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. *Études et Résultats n°352(n°352)*.
- Boisguérin, B., & Valdelièvre, H. (2014, Juillet). Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. *Études et résultats(n°889)*.
- Bonnet, M. (2018, Février 28). *Étude des raisons invoquées par les patients consultant pour un motif de médecine générale au service d'accueil des urgences de Marmande plutôt que chez un médecin généraliste*. Consulté le Juillet 2022, sur DUMAS: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01722006/document>
- Bouquin, F. (2018, Novembre 23). *Identification des motivations des consultants aux urgences de l'hôpital d'instruction des Armées Legouest [En ligne]*. Consulté le Mars 2022, sur HAL: <https://hal.univ.lorraine.fr/hal-01932229/document>
- Braun, F. (2022, Juillet). *Mission Flash sur les urgences et soins non programmés*. Consulté le Juillet 12, 2022, sur Solidarités-Santé: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_du\\_docteur\\_braun\\_-\\_mission\\_flash\\_sur\\_les\\_urgences\\_et\\_soins\\_non\\_programmes.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf)
- Chanteloup, M., & Gadel, G. (2000, Mars). Les appels d'urgence au centre 15 en 1997. *Études et Résultats(n°55)*.
- CHU Montpellier. (1970, Janvier 1). *Des urgences plus fluides même avec la bobologie*. Consulté le Juin 17, 2022, sur Réseau CHU: <https://www.reseau-chu.org/article/des-urgences-plsu-fluides-meme-avec-la-bobologie/>
- Cohen, L., Genisson, C., & Savary, R. (2022, Juillet 12). *Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières [Internet]*. Récupéré sur [senat.fr](https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf): <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
- Cohen, L., Génisson, C., & Savary, R.-P. (2017). *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnement de notre système de santé*. Sénat, Commission des affaires sociales. Paris: République Française.
- Cohen, L., Genisson, C., & Savary, R.-P. (s.d.). *La situation des urgences hospitalières, en liaison avec l'organisation de la permanence des soins*. Sénat, Commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières. Paris: République française.

- Conseil de l'Ordre des médecins. (2022, Juillet 12). *Communiqué de Presse [Internet]*. Récupéré sur conseil-national.medecin.fr: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_demographie2017.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_demographie2017.pdf)
- Conseil National de l'Ordre des Médecins. (2019). *Bilan de la permanence des soins 2018*. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- Conseil National de l'Ordre des médecins. (2022). *Enquête du Conseil National de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2021*. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- Cour des comptes. (2014). *Rapport annuel public*. Paris: Cour des comptes.
- Cour des comptes. (2014). *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale 2014*. Récupéré sur ccomptes: [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport\\_securite\\_sociale\\_2014\\_urgences\\_hospitalieres.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf)
- Cour des comptes. (2019). *Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités*. Cour des comptes. Paris: République française.
- Cour des comptes. (2019). *Rapport annuel public*. Paris: Cour des comptes.
- Cours des comptes. (2014). *Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecin de ville à repenser*. Cour des comptes. Paris: République française.
- Descours, C. (2003). *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins*. République française. Paris: République française.
- DREES. (2017). *Les établissements de santé - Edition 2017*. DREES. Paris: République française.
- DREES. (2022). *Les établissements de santé - édition 2022*. DREES. Paris: République française.
- DREES-SAE. (2017). *SAE Diffusion*. Consulté le Août 23, 2022, sur SAE Diffusion: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>
- DREES-SAE. (2021). *SAE Diffusion*. Consulté le Août 23, 2022, sur SAE diffusion: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>
- Dubourg, B. (2018, Octobre 23). *Arcachon : des consultations de médecins aux urgences de l'hôpital [En ligne]*. Consulté le Août 23, 2022, sur Sudouest.fr: <https://www.sudouest.fr/gironde/la-teste-de-buch/arcachon-des-consultations-de-medecins-aux-urgence-de-l-hopital-2926508.php>
- Durand, A.-C., Palazzolo, S., Tanti-Hardouin, N., Gerbeaux, P., Sambuc, R., & Gentile, S. (2012). Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perception of professionals and patients. *BMC Research Notes*, 5(525).
- El Khoury, C., Viudes, G., & Vincent-Cassy, C. (2013, Juin 11). *Enquête DREES du 11 juin 2013 - Comprendre la réalité du triage dans nos structures d'urgences*. Consulté le Juin 4, 2022, sur DREES: [https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/session3\\_comprendrelarealitedutriage.pdf](https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/session3_comprendrelarealitedutriage.pdf)
- Goalard, J. (2008, Avril 24). *Interne aux Urgences de Bayonne*. Consulté le Août 21, 2022, sur YUMPU: <https://www.yumpu.com/fr/document/view/7775727/interne-aux-urgences-de-bayonne-urginfo-64a>
- Grall, J.-Y. (2006). *Les maisons médicaux de garde*. Ministère de la Santé et des Solidarités. Paris: République française.

- Havez, E. (2005). *Maisons médicales de garded et hôpital : l'articulation entre services d'urgence et permanence de soins de ville à Saint Etienne*. ENSP. Rennes: ENSP.
- Lallemant, C. (2005). *De la nécessité à la réalité de la coopération ville-hôpital : l'exemple du CH de Gonesse*. Rennes: ENSP.
- Martin, I. (2003). *La création des maisons médicales de garde dans la permanence des soins : une réponse à la surutilisation des services d'urgence adulte au CHU de Toulouse*. ENSP. Rennes: ENSP.
- Ménard, B. (2004). *L'émergence des maisons médicales de garde dans la permanence dessoins et leur incidence sur l'activité hospitalière*. ENSP. Rennes: ENSP.
- Mercadier, T. (2019, Juin 14). Pourquoi le nombre de patients aux urgences augmente d'année en année. *Le Monde*.
- Meurice, L., Vilain, P., Maillard, L., Revel, P., Caserio-Schonemann, C., & Filleul, L. (2021). Impact des deux confinements sur le recours aux soins d'urgence lors de l'épidémie de COVID-19 en Nouvelle-Aquitaine. *Santé Publique*, 33, pp. 393-397.
- MG France. (2020, Janvier 1er). *Nomenclature Générale des Actes Professionnels*. Consulté le Août 23, 2022, sur MGFrance: <https://www.mgfrance.org/images/telechargements/plaquette-generale.pdf>
- Mulliez, S. (2004). *Maisons médicales de garde et urgences hospitalières : le réseau de soins non programmés Béziers méditerranée*. Rennes: ENSP.
- Munos, J. (2020, Juillet 2). *Influence de l'urgence ressentie dans l'orientation vers une consultation aux urgences sur le bassin d'Arcachon*. Consulté le Mars 2022, sur DUMAS - Dépôt universitaire de mémoires après soutenance: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02962797>
- Navarro, L. (2021). *Evaluation de l'activité de consultation de médecine générale rattachée aux urgences du centre hospitalier d'Arcachon*. Université de Bordeaux, U.F.R. des sciences médicales. Bordeaux: Université de Bordeaux.
- Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine. (2021). *Activité des structures d'urgences 2021*. Consulté le Août 23, 2022, sur oruna.fr: [https://www.oruna.fr/sites/default/files/2022\\_07\\_04\\_PANORAMA\\_WEB.pdf](https://www.oruna.fr/sites/default/files/2022_07_04_PANORAMA_WEB.pdf)
- Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine. (2017). *Activités des services d'urgences en 2017*. Consulté le Août 2, 2022, sur oruna.fr: <https://www.oruna.fr/system/files/public/CHIFFRES%20CLE%20ETABLISSEMENT%202017%20V5.pdf>
- Picatto, G. (2005). *Evaluation de l'activité de la maison médicale de gade de Fréjus Saint-Raphaël*. Université de Nice, Médecine. Nice: Université de Nice.
- République Française. (2014, Novembre 13). *Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecin*. Consulté le Juin 17, 2022, sur Legifrance: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031560595/>
- Ricroch, L., & Seimandi, T. (2020, Août 8). 9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville. *Études et Résultats*(1157).
- Ricroch, L., & Vuagnat, A. (2017, Février). Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé. *Études et Résultats*(n°997).
- Riou, B. (2017). 2017 : l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecin d'urgence. *Ann. Fr. Med. Urgence*(7), 1-4.
- Samu - Urgences de France. (s.d.). *Le Livre Blanc des Urgences [Internet]*. Récupéré sur Samu Urgences de France: [http://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/infos-du-ca-de-sudf/-le-livre-blanc-des-urgences/art\\_id/821](http://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/infos-du-ca-de-sudf/-le-livre-blanc-des-urgences/art_id/821)

- Samu Urgences de France. (2022, Juillet). *Enquête SUDF Juillet 2022 - Rapport*. Consulté le Août 28, 2022, sur samu-urgences-de-france.fr: [https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/sudf\\_enquete\\_202207\\_resultats\\_VF.pdf](https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/sudf_enquete_202207_resultats_VF.pdf)
- SFMU. (2013). *Le triage en structure des urgences [Internet]*. Consulté le Janvier 17, 2022, sur SFMU: [https://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/rfe\\_triage2013.pdf](https://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf)
- SFMU. (s.d.). *La Classification Clinique des Malades des Urgences [Internet]*. Récupéré sur ORUMIP: <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/ccmu.pdf>
- Sorcinelli, J. (2018). *Etat des lieux des consultations spontanées au Service d'Accueil des Urgences en 2017 - Devenir des patients et évaluation des recours*. Nancy: Université de Lorraine.
- Valdelièvre, H., & Boisguérin, B. (2014, Juin 5). *Résultats du questionnaire patients - parcours avant l'arrivée aux urgences*. Consulté le Juillet 22, 2022, sur DREES: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/resultats\\_avant\\_arrivee\\_enquete\\_urgences\\_5\\_6\\_2014.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/resultats_avant_arrivee_enquete_urgences_5_6_2014.pdf)
- Valiton, S. (2004). *La maison médicale de garde de Mâcon : bilan d'un an d'activité*. Université de Dijon, Médecine. Dijon: Université de Dijon.
- Vuagnat, A. (2013). *Les urgents hospitalières, qu'en sait-on ? [En ligne]*. Consulté le Août 2022, sur DREES: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/panorama2013\\_dossier01.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/panorama2013_dossier01.pdf)

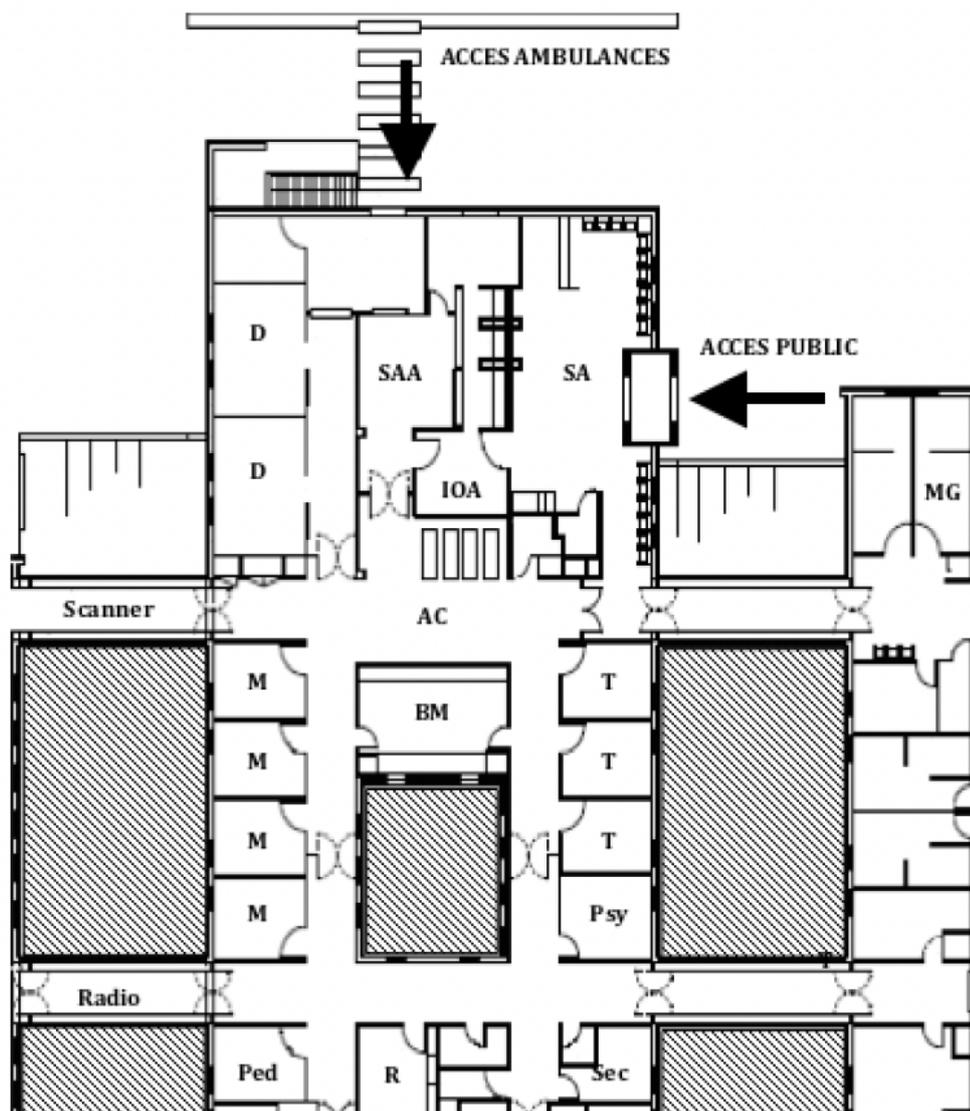
---

## Liste des annexes

---

<b>Annexe 1</b>	Plan du service d'urgences du Centre Hospitalier d'Arcachon
<b>Annexe 2</b>	Entretien avec le Docteur Lapeyre, chef de service des urgences
<b>Annexe 3</b>	Entretien avec le Docteur Julien Patry, médecin généraliste en charge de la filière ultra-courte de médecine générale
<b>Annexe 4</b>	Grille spécifique d'évaluation à l'IOA pour orientation vers la filière ultra-courte de médecine générale
<b>Annexe 5</b>	Compte rendu de réunion sur la création d'une MMG

## Annexe 1 : Plan des urgences



Légende :

**AC** : Attente couchée

**BM** : Bureau médical

**D** : Box de déchoquage

**IOA** : Box d'accueil pour évaluation IOA

**M** : Box de PEC de la médecine

**MG** : Salle de consultation de la CMGRU

**Ped** : Box pour la PEC de la pédiatrie

**Psy** : Bureau psychiatre

**R** : Réserve

**Radio** : Accès vers la radio

**Scanner** : Accès vers le scanner

**Sec** : Chambre sécurisée

**SA** : Salle d'attente commune

**SAA** : Salle d'attente allongée

**T** : Box pour PEC de la traumatologie

## **Annexe 2 : Entretien avec le Docteur Lapeyre, chef de service des urgences**

### **Quelle est l'origine du projet ?**

*Je voulais monter une MMG en 2017, surtout pour éviter la surcharge le soir et les weekends, donc un peu comme Langon. J'ai rencontré beaucoup de médecins sur le secteur, mais je n'ai pas réussi à mobiliser suffisamment pour que nous puissions le faire. Malheureusement, nous devons bien trouver une solution pour l'été, alors j'ai proposé l'idée de la filière ultra-courte au directeur de l'époque, et aux différents acteurs (CDOM, CPAM, ARS, PCME, représentants des 3 secteurs de PDSA) avec dans l'idée un médecin généraliste présent et rémunéré sur les actes, l'hôpital conservant l'ATU.*

*Cela a plu à tout le monde et on a lancé ça à 2 durant l'été 2018.*

### **Quels sont les prérequis/risques pour créer un tel dispositif ?**

*Impossible de le mettre en place s'il y a une régulation par le 15, comme à Pellegrin par exemple.*

*L'autre gros enjeu est le reversement des recettes liés aux actes : dès que c'est fait et non pas dès que l'hôpital est payé, sinon les praticiens partent du dispositif.*

*Il faut aussi garantir la majoration pour que cela soit intéressant financièrement.*

*Enfin, l'autre enjeu c'est l'entente entre les praticiens urgentistes et les médecins généralistes. Il faut qu'il y ait une collaboration, un esprit d'équipe, donc il faut sélectionner des personnes qui soient dans cette dynamique.*

### **Quels avantages pour les urgentistes d'un tel dispositif ?**

*Nous sommes moins parasités. Les cas mêmes simples mobilisent l'esprit. Et puis on regarde tous les cas avec notre prisme d'urgentiste, donc on prend peut-être trop en charge ces patients, et c'est pareil du côté paramédical je pense.*

*On perd le sentiment d'efficacité, que les choses vont vite, que l'on a quand on s'occupe de cas simples et rapides mais cela nous soulage vraiment.*

*Je pense que l'on traite mieux les patients aussi, car d'habitude ces patients « médecine générale » ce sont les internes qui les prennent en charge, là ils voient un médecin généraliste.*

*En plus l'accueil de ces patients est meilleur. Le médecin généraliste les accueille mieux car c'est dans sa spécialité, il n'y a plus de procès en illégitimité à ce que le patient soit là. Les urgentistes ont tendance à ne pas apprécier ces patients de médecine générale car dans notre esprit ils ne devraient pas être là.*

*Pour le service, c'est très bien également car cela crée un pool de médecins supplémentaires, mobilisables, motivés et qui connaissent le service. De plus, pour nos recrutements, quand des nouveaux viennent en remplacement, cela plaît généralement car*

*il trouve l'exercice plus agréables grâce à la filière. En termes de lien ville-hôpital, c'est vraiment efficace.*

**Annexe 3** : Entretien avec le Docteur Julien Patry, médecin généraliste en charge de la filière ultra-courte de médecine générale

**Pouvez-vous m'expliquer le fonctionnement du dispositif ?**

*Ce n'est une MMG. Il n'y a pas de régulation par le 15, on ne prend que les patients des urgences qui nous sont orientés par l'IOA.*

**De quand date le dispositif ?**

*On l'a ouverte avec Rémy [Docteur Rémy Lapeyre] avant l'été 2018 et juste pour l'été et finalement il a perduré. J'avais moi-même expérimenté un dispositif similaire en tant qu'interne quand j'étais à Niort avec une filière courte de soins externes, avec un peu de traumatologie.*

**Qu'est ce qui a motivé la construction de ce dispositif ?**

*L'été nous savons que les médecins généralistes des secteurs alentours refusent ou ne peuvent pas prendre plus de patients, donc les touristes n'ont pas accès à des consultations en ville. Vu qu'ils venaient engorger les urgences et que nous commençons à avoir du mal à absorber, il fallait trouver une solution pour éviter la surcharge. Et en plus, cela nous a permis de faire baisser le temps d'attente.*

**Où faites-vous les consultations ?**

*La plupart du temps dans le box des urgences, parfois dans le cabinet accolé à la salle d'attente. L'avantage d'être dans les urgences c'est que cela simplifie le transfert d'un patient de la filière ultra-courte au secteur urgences et inversement.*

**Quels avantages par rapport à une MMG ?**

*La MMG est bien car les patients sont adressés, il y a moins d'attente, les gens viennent sur des créneaux plus ou moins définis. Mais la MMG ne dispose généralement pas de plateau technique, aucune radio ou bilan possible. Avec la filière ultra-courte, il y a une meilleure continuité de la prise en charge. Et également il y a l'accès aux spécialistes, notamment en pédiatrie ou en orthopédie, cela évite de devoir réadresser les patients. Autre avantage c'est le côté administratif. On a des collègues, des secrétaires, toute la partie administrative est gérée et il y a une continuité jour et nuit, comme sur la lecture des examens par exemple. Cela sécurise beaucoup les dossiers.*

**Comment sont rémunérés les médecins ?**

*Ils sont payés à l'acte par l'hôpital. Moi je gère les plannings et le recrutement, et eux signent un contrat avec l'hôpital, sans contrainte de présence, mais qui définit les éléments de rémunérations.*

*La rémunération est satisfaisante, personnellement c'est mon activité principale. Je récupère 100% de rétrocessions comme je m'occupe de l'organisation. Les autres récupèrent 90% des actes, c'est beaucoup car en cabinet on a souvent 30% de frais. En revanche le recrutement peut être difficile, cela prend du temps, il faut connaître les médecins du territoire mais maintenant que nous sommes bien ancrés, nous avons une bonne équipe.*

*Nous ne touchons pas les majorations de la PDSA ni le forfait, mais l'activité est supérieure 10 à 30 passages de plus par rapport à une activité en ville, donc le volume compense. Et l'hôpital paye de sa poche la majoration PDSA sur les actes que nous ne toucherions pas sinon.*

*Et point important, tout est payé rapidement, il n'y a pas plusieurs mois d'attente.*

*Et puis c'est possible de la faire en plus d'un exercice classique, cela fait un complément de revenu.*

### **Qui sont principalement vos patients ?**

*L'été, c'est 50% de petite traumatologie (poignets, cheville, plaie), ce qui est rare en MMG car il n'y a généralement pas le matériel. Le reste c'est de la médecine avec des otites, des fièvres pédiatriques, des douleurs abdominales, etc.*

### **Quel future pour le dispositif ?**

*L'idée serait de récupérer une partie de la PDSA, notamment en semaine pour commencer, mais sans visite. On voudrait ainsi concentrer toute la permanence des soins sur l'hôpital, un lieu unique en somme. Ce serait plus simple pour les patients. L'ARS soutient l'idée.*

**Annexe 4** : Grille spécifique d'évaluation à l'IOA pour orientation vers la filière ultra-courte de médecine générale

Grille d'orientation des patients vers la MMG

	Urgences	MG
<b>Cardiologie</b>	Détresse circulatoire douleurs thoraciques	
<b>Respiratoire</b>	Détresse respiratoire Dyspnée	Toux
<b>ORL</b>	epistaxis corps étranger	douleurs pharyngées / angine otalgie / otite rhinite / sinusite diminution audition
<b>Dentaire</b>		douleurs / abcès
<b>Neurologie</b>	Troubles conscience Deficit moteur et/ou sensitif Céphalées inhabituelles et / ou ictales Convulsions	Céphalées habituelles / migraines connues malaise sans PC
<b>Rachis</b>	Traumatismes	douleurs sans traumatisme
<b>Membre sup et inf</b>		douleurs sans trauma y compris douleurs articulaires traumatisme sans impotence traumatisme avec impotence et/ou déformation
<b>Urologie</b>		douleurs brulures urinaires / dysurie
<b>Dermatologie</b>	purpura	eruption non fébrile réaction allergique légère

	Urgences	MG
		urticaire
<b>Gastroentérologie</b>		diarrhée / constipation / nausées vomissements
		douleurs
<b>Gynécologie</b>		brûlures / pertes anormales
<b>Traumatologie</b>	plaie profonde / délabrante	plaie superficielle (appeler le MG)
		pronation douloureuse (appeler MG)
		TC sans PCI (sans anticoagulants ni anti agrégants)
<b>Psychiatrie</b>	idées suicidaires	
	IMV	
	agitation / agressivité	
		crise d'angoisse / spasmophilie
		dépression sans idées suicidaires
<b>Ophthalmologie</b>	Corps étranger	
		oeil rouge
<b>Infectieux</b>		Fièvre <72h sans critères de gravité
<b>Certificats</b>		CCB
<b>Pédiatrie</b>		Fièvre<48h bien tolérée
		GEA sans gravité
		eruption fébrile sans purpura
		douleurs abdominales bien tolérées
		brûlures mictionnelles
		TC sans PCI

## Annexe 5 : Compte rendu de réunion sur la création d'une MMG



SERVICE URGENCES - SMUR - Z.S.T.C.D.

### Compte rendu de réunion MMG du 28/05/2018

Dr R. LAPEYRE  
Chef de Service

Dr B. AH-KOON  
Dr L. FAYOLLE  
Dr V. HEYDEL  
Dr P. LABADENS  
Dr M. LACAZE  
Dr E. LASSERRE  
Dr C. LAVILLE  
Dr S. LEMONE  
Dr F. MANGWA  
Dr B. MESLI  
Dr S. MOHAMMAD  
Dr R. RAHMANI  
Dr V. RAVALISON  
Dr T. RIBOLET  
Dr S. TARRIDE-MARCHAL  
Dr A. YVON  
Praticiens Urgentistes

Cadre Supérieur de Pôle  
M. V. VARDELLE

Cadre des Urgences  
L.RECH

Secrétariat Urgences  
Mme K. PIGEULT  
Tél. : 05.57.52.91.50  
Fax : 05.57.52.93.22

Secrétariat Z.S.T.C.D.  
Mme L. LEVILAIN  
Tél. : 05.57.52.92.70  
Fax : 05.57.52.93.20

Service des Urgences  
Médecins : 05.57.52.92.80

**Objet :** définir les modalités d'organisation d'une présence de médecine générale au sein du Pôle de Santé d'Arcachon sur les horaires de la permanence des soins.

#### Personnes présentes :

- Dr CARAGUEL, médecin généraliste, représentant secteur LTDB.
- Dr HUBERT, médecin généraliste, représentant secteur Arcachon.
- Dr DUMONT, médecin généraliste, représentant secteur Gujan - le Teich.
- Dr ROY, médecin ARS en charge de la permanence des soins.
- DR BROUCAS, président du conseil de l'ordre des médecins de la Gironde.
- Mr PASCAUD, directeur délégué de la CPAM Gironde.
- Mme LATEYRON, CPAM Gironde
- Mr CATALDO, directeur de l'hôpital d'Arcachon.
- Dr de MONTODOUÏN, présidente de la CME de l'hôpital d'Arcachon.
- Dr PATRY, médecin urgentiste et médecin remplaçant sur les secteurs La teste, Gujan.
- Dr LAPEYRE, médecin urgentiste.

#### Problématique :

- refus de la part des médecins libéraux des 3 secteurs d'ouvrir une Maison Médicale de Garde compte tenu de la taille des secteurs et des contraintes engendrées par les visites, particulièrement en, périodes estivales.
- Nécessité de trouver une solution pour garantir aux usagers une offre de soin de médecine générale sur les horaires de la PDSA.
- Arcachon santé : participe à la PDSA en tant que remplaçant si besoin et non en tant que membre actif de principe. Volonté de l'ordre de leur demander de participer pleinement à la garde mais en tant que structure, ne représentent qu'une personne même si plusieurs employés.
- La teste : un nombre toujours décroissant des médecins participent à la PDSA pour une activité croissante.
- Gujan : petit secteur calme dont le nombre de médecin augmente.
- Globalement, aucune envie de la part des médecins libéraux de changer le mode de fonctionnement actuel... Mais le sentiment que la MMG est inéluctable et qu'il faudra forcément y venir.
- Volonté de la CPAM de modérer la tendance actuelle à la professionnalisation de la PDSA qui va à l'encontre du principe de médecine générale avec la notion d'orientation et de prévention.
- Volonté de la CPAM, de l'ARS et de l'Ordre de voir naître une offre de PDSA pérenne.
- Le Dr DUMONT précise que le point actuellement bloquant à la MMG est le problème des visites sur l'immense secteur constitué d'Arcachon-la Teste-Gujan. Si l'on garantit l'absence de visite, l'adhésion des médecins est acquise. Le DR CARAGUEL rajoute que le nombre de candidat augmente également fortement dans son secteur, particulièrement par le nombre de médecin féminin qui refusent de faire des visites dans des endroits reculés du secteur.
- Mr PASCAUD confirme la possibilité de proposer une ambulance pour faire venir les quelques personnes ne pouvant pas se déplacer, les véritables urgences relevant de SMUR, d'une prise en charge pompier ou encore d'un passage aux urgences via une ambulance. Il explique que l'expérience langonnaise a vu disparaître les visites de la PDSA.
- Le Dr DUMONT, en tant que médecin régulateur, assure que les patients, hors urgences vraie (ne relevant donc pas de la PDSA) ne pouvant ni se rendre au

Centre Hospitalier d'Arcachon - Avenue Jean Hameau - CS 11001 - 33164 La Teste de Buch  
Tél. 05 57 52 90 00

[www.ch-arcachon.fr](http://www.ch-arcachon.fr) - adresse e-mail : prenom.nom@ch-arcachon.fr

Dr R. LAPEYRE  
Chef de Service

Dr B. AH-KOON  
Dr L. FAYOLLE  
Dr V. HEYDEL  
Dr P. LABADENS  
Dr M. LACAZE  
Dr E. LASSERRE  
Dr C. LAVILLE  
Dr S. LEMONE  
Dr F. MANGWA  
Dr B. MESLI  
Dr S. MOHAMMAD  
Dr R. RAHMANI  
Dr V. RAVALISON  
Dr T. RIBOLET  
Dr S. TARRIDE-MARCHAL  
Dr A. YVON  
Praticiens Urgentistes

Cadre Supérieur de Pole  
M. V. VARDELLE

Cadre des Urgences  
L. RECH

Secrétariat Urgences  
Mme K. PIGEULT  
Tél. : 05.57.52.91.50  
Fax : 05.57.52.93.22

Secrétariat Z.S.T.C.D.  
Mme L. LEVILAIN  
Tél. : 05.57.52.92.70  
Fax : 05.57.52.93.20

Service des Urgences  
Médecins : 05.57.52.92.80

cabinet ni attendre le lendemain sont extrêmement rares, confirmant les résultats de l'expérience languonnaise.

#### Solutions proposées :

- Devant le consensus sur la Maison Médicale de Garde, nous proposons de travailler sur un double projet :
  - Moyen terme : ouverture d'une maison médicale de garde au sens juridique du terme, dépositaire de la PDSA par rassemblement des 3 secteurs.
  - Court terme : ouverture pour l'été et en attendant la mise en place de ma MMG d'un cabinet de médecine générale au sein du PSA avec contrat libéral au sein de l'hôpital des libéraux participant, rémunération à l'acte mais patients enregistrés et comptabilisés aux urgences (projet en cours de rédaction par le Dr Patry).

#### Maison Médicale de Garde :

- Locaux: cabinet de consultation adjacent à la salle d'attente des urgences. Deux salles actuellement, l'une occupée par la psychiatrie, l'autre par la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé). Une porte anti feu est à poser afin d'isoler le couloir (rue médicale) desservant l'hôpital sur toute sa longueur du sas d'accès séparant la salle de consultation de la salle d'attente des urgences. Un engagement de Madame Des Esgaulx quant à la prise en charge des travaux avait été pris il y a deux ans...
- Rémunération : les médecins libéraux facturent à l'acte comme ils le feraient à leur cabinet ou en visite. Il n'existe aucun reversement entre l'hôpital et le médecin de la MMG, dans un sens ou dans l'autre.
- Orientation des patients : les patients consultent à la MMG par trois voies :
  - Orientation vers la MMG après régulation par le centre 15.
  - Consultation directe
  - Réorientation via les urgences après passage au box IOA selon la grille de régulation définissant les pathologies relevant d'une consultation de médecine générale et non des urgences (réalisé en 2016 avec succès lors de l'expérience estivale)
- Mise à disposition des rares cas ne pouvant se déplacer de l'ambulance de garde du secteur, cette dernière étant de toute façon partiellement indemnisée par la CPAM pour la garde. Il s'agit là d'une volonté forte de la CPAM de mettre à disposition un moyen « hors clous » afin d'assurer le fonctionnement d'une structure indispensable et débloquent le verrou des visites.
- Horaires : il s'agit de ceux de la PDSA :
  - 20h-minuit en semaine
  - 12h- minuit le samedi
  - 08h-minuit les dimanches et jours fériés.

Cependant ces horaires peuvent être modifiés afin de coller au mieux aux besoins de la population sous réserve de la validité légale qui semble acquise selon la CPAM (article 51 de la LFSS 2018). On peut donc imaginer une prise de garde vers 18h30 ou 19h00, ce qui correspond à l'heure d'afflux aux urgences des personnes consultant par impossibilité d'avoir un RdV chez leur médecin (sortie de travail, récupération des enfants à l'école ou garderie...). Le Dr Hubert valide ce principe en précisant que les jours où ils seront de garde, ils finiront leurs consultation plus tôt pour venir plus tôt à la MMG.

Conclusion : le projet de MMG semble donc de nouveau d'actualité avec un regroupement des 3 secteurs et en garantissant l'absence de visite (au travers d'une régulation rigoureuse et d'une mise à disposition d'un transport des patients pour les cas limites).

L'ensemble des acteurs de santé concernés présents ont validé ce projet. Les médecins généralistes représentant leurs secteurs s'engagent à communiquer auprès de leurs confrères respectifs.

L'ARS, la CPAM et le CO restent impliqués et partenaires jusqu'à l'aboutissement du projet.

Ce document est un document de travail et n'est en rien figé. Il appartient à chacun des destinataires de travailler dessus et d'y apporter des modifications qui seraient nécessaires et impliqueraient une nouvelle validation de l'ensemble des acteurs.

Dr R. LAPEYRE  
Chef de Service

Dr B. AH-KOON  
Dr L. FAYOLLE  
Dr V. HEYDEL  
Dr P. LABADENS  
Dr M. LACAZE  
Dr E. LASSERRE  
Dr C. LAVILLE  
Dr S. LEMONE  
Dr F. MANGWA  
Dr B. MESLI  
Dr S. MOHAMMAD  
Dr R. RAHMANI  
Dr V. RAVALISON  
Dr T. RIBOLET  
Dr S. TARRIDE-MARCHAL  
Dr A. YVON  
Praticiens Urgentistes

Cadre Supérieur de Pole  
M. V. VARDELLE

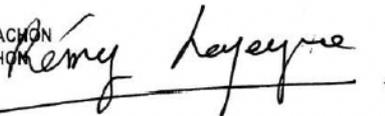
Cadre des Urgences  
L. RECH

Secrétariat Urgences  
Mme K. PIGEÀULT  
Tél. : 05.57.52.91.50  
Fax : 05.57.52.93.22

Secrétariat Z.S.T.C.D.  
Mme L. LEVILAIN  
Tél. : 05.57.52.92.70  
Fax : 05.57.52.93.20

Service des Urgences  
Médecins : 05.57.52.92.80

CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON  
POLE DE SANTE D'ARCACHON  
D<sup>r</sup> Rémy LAPEYRE  
Médecin Urgentiste  
N° RPPS 1000282798  
N° Finess : 330000655





Lepas	Charles	<Date du jury>
<b>Filière élève directeur d'hôpital</b> Promotion 2022		
<b>Une filière ultra-courte de médecine générale face à la saturation des services d'urgences : exemple du CH d'Arcachon</b>		
<b>Partenariat universitaire : EHESP</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Les services d'urgences en France connaissent des difficultés croissantes liées notamment à l'augmentation continue de la demande de soins qui s'oriente vers ces services. Il semble nécessaire d'assurer une meilleure orientation de la demande de soins notamment en amont des urgences, afin de garantir la bonne adéquation des besoins avec l'offre de soins. Cependant, la rigidité de l'offre de soins de ville, dans un contexte de fragilisation de la permanence des soins et de la démographie médicale, ne permet pas de répondre à court terme au problème d'engorgement des urgences par une demande de soins ambulatoires non programmés. Par conséquent, la question est de savoir comment prendre en charge à court terme et de manière adéquate une demande de soins ambulatoires non programmés dans un service qui n'est pas conçu à cet effet ?</p> <p>S'inspirant à la fois du modèle des maisons médicales de garde et de la filière courte des urgences, la filière ultra-courte de médecine générale, mise en place au Centre Hospitalier d'Arcachon, se révèle être une solution efficace et adéquate de prise en charge des patients ne relevant pas d'une prise en charge urgente. Ce modèle pourrait se généraliser, complétant l'organisation de la permanence des soins ambulatoires sur le territoire, à condition qu'ils respectent certains prérequis.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>urgences ; filière ultra-courte ; filière courte ; maison médicale de garde ; permanence des soins ambulatoires ; démographie médicale ; passages ; crise ; offre de soins ; demande de soins ; adéquation ; médecine générale ; médecine d'urgence ; orientation des patients ; relation ville-hôpital ; demande de soins ambulatoires non programmés.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		