

Année 2018/2019

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Cassien GAUTHIER

Né le 29 mars 1990 à Sèvres (92)

LES URGENCES A CHARTRES EN 2017
ET LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES (PDSA) :
ETAT DES LIEUX – OPTIMISATION DES SOINS AVEC L'APPORT DE PAÏS
(PLATEFORME ALTERNATIVE D'INNOVATION EN SANTE)

Présentée et soutenue publiquement le 23 septembre 2019 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Dominique PERROTIN, Médecine Intensive et Réanimation, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Eustase JANKY, Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine – Pointe-à-Pitre, Guadeloupe

Professeur Louis BERNARD, Maladies Infectieuses et Tropicales, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Yannick LEGEAY, Médecine Générale – Saint-Georges-sur-Cher

Directeur de thèse : Docteur Isaac GBADAMASSI, Anesthésie-Réanimation - Blois

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Dominique GOGA
Pr Alain GOUDEAU
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne

MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage – orthophonie
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILLOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Perrotin,

Merci pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Janky,

Merci pour votre présence à cette soutenance de thèse. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté depuis le début de mes études à Pointe-à-Pitre jusqu'à aujourd'hui. Que la Guadeloupe, et plus largement les DOM-TOM, puissent bénéficier de ce travail, sera ma plus grande fierté

A Monsieur le Professeur Bernard,

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Merci pour tout ce que j'ai appris à vos côtés.

A Monsieur le Docteur Gbadamassi,

Merci pour l'exemple que vous êtes pour moi. Merci pour votre soutien et votre confiance.

A Monsieur le Docteur Legeay,

Merci pour ta présence et ton soutien Yannick, merci pour ton énergie sans laquelle PA ̂ n'aurait pu voir le jour à Saint-Georges-sur-Cher.

A tous les Chefs de Service, et leurs équipes, qui m'ont accueilli au cours de mes stages d'externes et d'internes. J'espère vous avoir fait honneur tout au long de mon parcours.

Au Docteur Sékina Brun-Zerrouk, pour tes encouragements et ton énergie communicative.

A tous les médecins de Saint-Georges-sur-Cher et tous les confrères et consœurs adhérent(e)s à PA ̂. Vous déterminez la solution aux maux actuels de notre système de santé

A tous mes co-internes, avec qui j'ai partagé tant d'efforts et de rires.

A Mr et Mme R... que j'ai eu la chance de rencontrer, ainsi qu'à tous les médecins chartrains qui ont accepté de répondre à mes questions pour enrichir ce travail.

A tous les membres de l'association PA ̂, dont Mr Patrick Expert et Mr Jean Lhoste.

Aux nombreuses personnes (amis, famille, proches ...) qui m'ont aidé et soutenu pendant ces si longues années.

A mes parents, pour la vie, l'amour et l'éducation que j'ai reçus.

A mes frères et ma sœur. Luttons toujours, ça vaut le coup !

A Amélie, mon Amour, pour tes conseils et ta relecture attentive.

A L'onie, tu es notre plus grande joie !

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

« Tous ceux qui s'élèvent convergent »

(Abd Al Malik)

« Vivre d'amour est notre seule chance,
Vivre d'amour et sortir de chez nous »

(Jean-Marc Le Bihan)

RESUME

Les urgences à Chartres en 2017 et la permanence des soins ambulatoires (PDSA) : Etat des lieux – Optimisation des soins avec l'apport de PA Æ (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé)

Les contraintes sociales, médicales et démographiques déstabilisent le système de santé en France et conduisent les services d'urgences à jouer un rôle de premier recours, faute d'une offre médicale disponible et organisée en ville.

L'effectif des médecins généralistes va continuer de diminuer jusqu'en 2025 alors que la demande de soins non programmés explose, que les urgences sont sur-fréquentées et que les hôpitaux font face à des restrictions budgétaires sans précédent, associant suppression de lits et de personnels.

Ce travail propose d'étudier l'impact de la transposition du dispositif PA Æ (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé) dans l'arrondissement chartrain (Eure-et-Loir). Ce dispositif, reposant sur la base du volontariat, propose l'organisation des médecins d'un même territoire, ou bassin de vie, afin de prendre en charge en semaine de 8h à 20h, et le samedi de 8h à 12h, les consultations imprévues. PA Æ a fait ses preuves depuis dix ans dans le sud du Loir-et-Cher, en maintenant puis renforçant l'offre de soins dans des zones rurales alors menacées par la désertification médicale. In fine, PA Æ favorise une prévention collective, apporte une réponse de proximité aux besoins de la population et contribue au désengorgement des urgences des hôpitaux de proximité (avec une baisse de 20 % du recours aux urgences des plus de 75 ans).

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective portant sur l'ensemble des passages aux urgences de l'Hôpital Louis Pasteur de Chartres sur l'année 2017, qui relèveraient de la médecine ambulatoire. Ont été exclus les patients de moins de 14 ans, les patients n'habitant pas dans le bassin de vie chartrain ainsi que les patients nécessitant une prise en charge en urgence ou un avis spécialisé.

Notre étude analyse le motif d'admission, l'heure d'arrivée (heures ouvrables des cabinets telles que proposées par PA Æ) et le statut du patient à l'issue de sa prise en charge (externe ou hospitalisé).

Ainsi pour tout âge et motif confondus, 75 % des consultants regagnent leur domicile, et parmi ceux-ci, seulement un patient sur deux de plus de 75 ans est sortant.

Il ressort de cette analyse, une économie potentielle et réalisable sur les transports sanitaires qui serait estimée à plus de 250 000 euros. En se référant au rapport de février 2019 de la Cour des Comptes, une prise en charge ambulatoire bien organisée permettrait d'économiser, pour les 9951 passages, une somme de 1 223 973 euros.

Ainsi grâce à PA Æ il est possible de soigner mieux à moyens constants en préservant des soins de qualité et une sécurité pour les usagers. Cette organisation médicale est une garantie pour un exercice professionnel regroupé dans les territoires ruraux et péri urbains, attractive pour les jeunes généralistes et les paramédicaux. Elle permet aussi de dégager du temps pour des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, puis de formation du personnel des EHPAD.

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

SUMMARY

Emergency Department (ED) in Chartres in 2017 and Continuous Ambulatory Care : Situational analysis - Optimization of care with the contribution of PA İ (Alternative Platform for Health Innovation)

In France, social, medical and demographic constraints unsettle the health system and have led emergency departments to provide first-aid assistance owing to the lack of an urban available and organized medical supply.

The number of General practitioners is likely to decline until 2025 while the demande for unscheduled care is skyrocketing. Emergency Departments are over-crowded and hospitals are facing with unprecedented budget cuts due to bed closures and staff shortage.

This work will investigate the impact of PA İ transposition (Alternative Health Innovation Platform) in the district of Chartres (Eure-et-Loir county). This program proposes that a medical organization should take place, on a voluntary basis, within the same area, to take care of unscheduled consultations (on weekdays from 8:00 a.m. to 8:00 p.m. ; on Saturdays from 8:00 a.m. to 12:00 a.m.). In the south of Loir-et-Cher (France), PA İ has proven itself for ten years, maintaining medical care, while strengthening it in rural areas already threatened by medical desertification. Eventually, PA İ promotes collective prevention. It provides a local response to the needs of the population and helps relieving congestion in local hospital emergency departments (with a decrease of 20% in emergency use by over 75-years-old patients).

This is a quantitative retrospective study dealing with the overall number of emergency visits registered at Louis Pasteur Hospital of Chartres in 2017, that should be covered by ambulatory medicine. Patients under 14 years old, and those not living in the district of Chartres, together with patients requiring urgent treatment or specialist's advice, have been excluded from the present study.

We analyze the reasons for admission, the time of arrival (according to working hours as proposed by PA İ) and the patient's status after take-over (outpatient or inpatient).

Hence, all ages and reasons combined, 75% of patients return home, of whom only one in two patients aged 75 years or older is outgoing.

This analysis shows that potentially, over 250,000 euros could be saved on health transport. Referring to the February 2019 report of the Court of Audit, a well-organized outpatient care would allow a 1,199,373 euros savings accounting for the 9951 patient flow in emergency department.

Thus thanks to PA İ it's possible to provide better care with existing resources, preserving both quality care and users' security. This medical organization ensures a professional practice within rural and peri-urban territories, which should appeal to young general physicians and paramedics. Besides, it also allows time for prevention, therapeutic education and training of EHPAD* staff (*housing for dependent elderly people).

Key words : general medicine, emergency services, unscheduled care, PA İ

Table des matières

Introduction	12
1. Contexte.....	14
1.1. L'enjeu des soins non programmés	14
1.1.1. Les services d'urgences face à une demande croissante des usagers.....	14
1.1.2. Les raisons du recours excessif aux urgences	14
1.1.2.1. Evolution de la démographie médicale.....	14
1.1.2.2. Modifications des pratiques médicales	15
1.1.2.3. Des soins non programmés en hausse.....	15
1.1.3. Plan gouvernemental : Ma santé2022	16
1.2. La Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS)	17
1.2.1. Présentation	17
1.2.2. Fonctionnement.....	18
1.2.3. Financement	19
1.2.4. Etats des lieux.....	19
1.2.5. Evaluation.....	20
1.2.6. Avantages et inconvénients	21
1.2.6.1. Pour les patients	21
1.2.6.2. Pour les structures de soins	22
1.2.6.3. Pour les médecins	22
1.2.6.4. Pour les futurs médecins	23
1.3. Situation régionale et départementale.....	24
1.3.1. Région Centre-Val de Loire	24
1.3.2. Département d'Eure-et-Loir.....	24
1.3.3. Offre de soins àChartres et dans son bassin de vie	25
1.4. Objectif de l'étude	26
2. Matériel et Méthode	27
2.1. Type d'étude	27
2.2. Population étudiée.....	27
2.3. Méthode.....	28
3. Résultats	29
3.1. En fonction du motif d'admission.....	29
3.2. Tableau récapitulatif.....	39
3.3. Mode de transport.....	40
4. Discussion	41
4.1. Analyse des résultats	41
4.1.1. Tout âge confondu.....	41
4.1.2. Plus de 75 ans.....	42
4.2. Critiques de l'étude.....	42
4.3. Ouverture.....	44
5. Conclusion	45
Bibliographie.....	46
Annexes.....	49

Introduction

Les contraintes socio-médico-démographiques actuelles déstabilisent l'organisation du système de santé en France et conduisent les services hospitaliers d'urgence à jouer un rôle de premier recours, faute d'une offre médicale ambulatoire suffisante. Le malaise des personnels hospitaliers augmente et se manifeste par les nombreuses grèves que nous connaissons aujourd'hui.

Déjà en crise à cause du manque de personnels et de moyens techniques, les urgences doivent absorber chaque année des passages de plus en plus nombreux, mais ne relevant pas nécessairement d'une prise en charge hospitalière.

Ainsi, les patients admis stagnent sur les brancards, attendant d'être pris en charge par des équipes soignantes dévouées mais débordées. Les complications liées à des décompensations latentes et le risque d'infection nosocomiale sont majeurs, surtout pour les patients âgés souvent fragiles. L'abattage supplante le soin et conduit parfois à des situations dramatiques qui font la une des médias avides de sensationnalisme.

Le manque de lits d'aval, lié aux restrictions budgétaires dans les hôpitaux, provoque des files d'attente qui s'allongent dans les couloirs. In fine, les patients rentrent à domicile, faute de place disponible. Ces derniers sont de plus en plus nombreux à renoncer aux soins, surtout dans les communes rurales.

Les médecins généralistes, aux journées surchargées et à la démographie déclinante, ne peuvent absorber dans le système actuel ces demandes imprévues qui ne relèvent pourtant pas des structures d'urgences.

Par ailleurs, cette saturation des services hospitaliers induirait un retard dans la prise en charge des urgences vraies.

Pourtant des alternatives existent et ont fait leurs preuves sur le terrain depuis bientôt dix ans. Des récents rapports montrent qu'une médecine de proximité structurée permettrait d'absorber ces soins non programmés de plus en plus nombreux.

Ainsi la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAÏ) appliquée en Loir-et-Cher (41), depuis dix ans, déjà citée en exemple par l'EHESP en 2012 (1) et la Cour des Comptes en 2014 (2), a permis de diminuer d'un tiers le recours aux urgences des patients bénéficiant du dispositif. (3)

Durant le SASPAS (stage d'internat en médecine générale) réalisé à Saint-Georges-sur-Cher, nous avons découvert le dispositif PAÏ et tous les bénéfices qu'il apportait dans ce territoire : réponse quotidienne aux demandes imprévues, qualité et sécurité des soins, baisse du recours aux urgences, qualité de travail pour les médecins, prise en charge adaptée pour les patients.

Puis, au cours des gardes aux urgences du Centre Hospitalier de Chartres nous avons vécu de l'intérieur les difficultés dans l'accès aux soins, décrites partout. Le nombre important de patients ne relevant pas des urgences ainsi que les sujets âgés transférés des EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), souvent tard le soir faute de consultation dans la journée, nous interpellait sur notre système de santé à bout de souffle. Il apparaissait impératif de réorganiser l'offre de soins extra hospitaliers, et notamment la prise en charge des demandes imprévues, qu'elles proviennent des patients ou des EHPAD.

Le gouvernement, par la voix de Madame Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé semble enfin avoir pris conscience de l'enjeu que représentent ces soins non programmés et a annoncé le 18 septembre 2018 une réforme en profondeur du système de santé

Bien que cette réforme soit nécessaire, son application demeure perfectible et n'est pas sans soulever certaines inquiétudes parmi les professionnels de santé (augmentation du temps de travail, abattage, financement flou, etc). (4)

Ce travail a donc pour but d'évaluer les bénéfices dans la prise en charge des patients et l'amélioration de l'accès aux soins grâce à PAÏ, dans un territoire clairement sous doté aujourd'hui : le bassin de vie chartrain.

1. Contexte

1.1. L'enjeu des soins non programmés

1.1.1. Les services d'urgences face à une demande croissante des usagers

La Cour des Comptes, dans son rapport de février 2019, souligne l'augmentation de l'activité des services d'urgences, avec 21,2 millions de passages en 2016 (contre 18,4 millions en 2012) soit une augmentation de près de 15 % en 4 ans. Cette croissance a porté essentiellement sur les passages non suivis d'hospitalisation, donc potentiellement évitables. (5)

Bien que l'estimation du nombre de ces passages évitables soit sujette à controverse, le rapport estime qu'environ 20 % des patients actuels des urgences hospitalières ne devraient pas fréquenter ces structures, et qu'une médecine de ville mieux organisée devrait pouvoir accueillir une proportion plus importante de ces patients.

1.1.2. Les raisons du recours excessif aux urgences

1.1.2.1. Evolution de la démographie médicale

Alors que les déserts médicaux sont au cœur des débats de santé il n'y a pourtant jamais eu autant de médecins qu'aujourd'hui.

Au 1^{er} janvier 2018 on dénombre 296 755 médecins inscrits au tableau national de l'Ordre des Médecins (soit une hausse de 12 % depuis 2010). Mais seuls 67 % de ces inscrits sont en activité régulière (les autres étant pour la plupart retraités avec ou sans activité).

Cette hausse des effectifs profite surtout aux spécialistes médicaux et chirurgicaux (respectivement +3 % et +8 %) alors que l'effectif des généralistes décroît toujours (-7 %). De plus la tendance à la baisse des médecins généralistes en activité régulière va se poursuivre jusqu'en 2025. (6)

Ainsi la désertification médicale est avant tout liée à une baisse constante du nombre de médecins généralistes sur l'ensemble du territoire national, en raison notamment d'une politique de santé délaissée par les gouvernements successifs depuis plusieurs décennies.

Le numérus clausus, instauré par l'Etat en 1971, n'a cessé de diminuer jusqu'au début des années 2000 avec moins de 4000 médecins formés par an. Ce n'est que depuis dix ans que les quotas ont été franchement revus à la hausse. Cependant cette augmentation ne compense pas le départ massif en retraite des médecins du baby-boom. (7)

1.1.2.2. Modifications des pratiques médicales

Les jeunes médecins aspirent d'avantage que leurs prédécesseurs à une pratique groupée afin de bénéficier d'horaires de travail convenables et ainsi faire cohabiter vie familiale et professionnelle. (8)

Cela est d'autant plus vrai que la féminisation de la profession progresse fortement : parmi les nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre en 2018 on compte 59 % de femmes (toutes spécialités confondues). Chez les médecins généralistes elles représentent même 67 % des moins de 34 ans. (6)

Les professionnels masculins partagent aussi ce souhait de trouver un juste équilibre entre travail et famille, loin du médecin de campagne mobilisable à toute heure dont la pratique s'éteint progressivement.

L'exercice libéral exclusif continuera de régresser, passant de 47 % en 2016 à 38 % en 2040, selon les projections de la DREES. Tout cela au profit du salariat ou d'un exercice mixte faisant bénéficier d'horaires attractifs et d'un allègement des contraintes administratives (secrétariat, comptabilité etc). (9)

Les zones rurales, souvent décrites comme délaissées par les jeunes médecins, ne sont pourtant pas un frein à l'installation. Ce sont surtout les conditions de travail et les mesures incitatives (notamment financières) qui ne sont pas en adéquation avec les attentes des futurs praticiens. (10) (11)

Les financements devraient tenir compte des nouvelles modalités d'exercice dont des actions de prévention, à encourager puis valoriser. Il est primordial d'indemniser toutes les actions du professionnel hors du cabinet (éducation thérapeutique, prévention collective, dépistage, formation des personnels d'EHPAD, etc).

1.1.2.3. Des soins non programmés en hausse

L'évolution de la démographie médicale et les modifications d'exercice des généralistes ne sont pas les seules raisons pour expliquer l'engorgement des urgences et l'augmentation des soins non programmés.

Le vieillissement de la population

Le vieillissement de la population accroît le nombre de patients polypathologiques. Plus que d'autres ces patients fragiles nécessitent un suivi de proximité rapproché afin de prévenir les décompensations des maladies chroniques, et organiser en amont une prise en charge hospitalière quand elle s'avère nécessaire.

Or les plus de 75 ans représentent 12 % des passages aux urgences, alors qu'ils constituent 10 % de ce groupe d'âge en population générale. (12)

Concernant les EHPAD, lorsque l'hospitalisation d'un résident est indiquée elle se fait dans 64 % des cas via les urgences. A titre de comparaison ce pourcentage est de 45,6 % pour l'ensemble des personnes âgées de 80 ans et plus.

Une tendance à l'immédiateté

Un rapport sénatorial de 2017 dénonce l'attitude privilégiant la réalisation des consultations et des examens en un même lieu, ainsi que la difficulté pour une partie de la population à gérer une angoisse liée à un problème de santé même bénin. (13)

Une enquête de la DREES indique que 10 % des patients consultant aux urgences pour un motif médical motivait leur consultation par « l'angoisse » de la situation. (12)

La tendance sociétale à l'immédiateté encourage les patients à éviter tout ce qui peut représenter un risque pour leur santé. Cette disposition d'esprit engendre, naturellement, une demande de soins ou parfois seulement de conseil. (14)

1.1.3. Plan gouvernemental : Ma santé 2022

Le gouvernement par la voix de Madame Agnès Buzyn, Ministre de la Santé et des Solidarités, a annoncé le 18 septembre 2018, la nécessité impérieuse d'une réforme en profondeur du système de santé sachant que de nombreuses alternatives existent déjà avec des résultats probants depuis bientôt dix ans, et mériteraient d'y être intégrés puis encouragés. (15)

Ce plan gouvernemental s'inspire entre autres du rapport de Thomas Mesnier, député de Charente, qui préconise notamment un décloisonnement ville/hôpital, une revalorisation des actes des médecins libéraux (visites à domicile, action de prévention et d'information, actions de dépistages et d'éducation thérapeutique), une meilleure organisation de la médecine ambulatoire au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) afin de proposer une offre de soins de proximité adaptée à tous et dans des délais raisonnables. (14)

Ainsi le dispositif PAÏ, créé dès 2009 par deux hospitaliers du CH de Blois, s'inscrit pleinement dans cette démarche d'innovation pour répondre aux demandes imprévues de la population.

1.2. La Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PA^{IS})

1.2.1. Présentation

La plateforme a été mise en place à l'initiative du Dr Isaac Gbadamassi alors responsable du SAMU-Centre 15 et du service des urgences, et Patrick Expert, directeur-adjoint, tous deux au Centre Hospitalier de Blois (Loir-et-Cher), dans le but d'un décloisonnement de la ville et de l'hôpital.

Ce projet s'inscrit dans le cadre de la forte incitation à développer des initiatives locales par les EGOS (Etats Généraux de l'Offre de Soins) de 2007 ainsi que la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) qui, dès 2008, prévoit le paiement de compléments de rémunération destinés aux médecins libéraux.

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

Ainsi naîtra le binôme iconoclaste, formé par un praticien hospitalier et un directeur d'établissement, pour conduire le projet d'un véritable décloisonnement ville-hôpital et ils en deviendront les fidèles pilotes. L'hôpital étant le demandeur, ce binôme va alors prendre l'initiative des rencontres et d'un débat territorial avec les confrères généralistes libéraux dans un esprit de solidarité, de courtoisie, de respect puis de confiance mutuelle.

De ces différents débats qui auront duré plusieurs années, naîtra le premier dispositif PA^{IS} à Saint-Georges-sur-Cher en 2009. Alors associé aux Docteurs Paul Guillon et Samuel Bordeaux, rapidement rejoint par Antoine Nicolas, le Docteur Yannick Legeay fut à l'initiative de cette première expérience. Il raconte : *« Nous avons tout de suite accroché au dispositif car on commençait déjà à parler des déserts médicaux. La demande de la population augmentait, surtout dans les périodes d'épidémies hivernales où les consultations se terminaient tard le soir. Il fallait trouver une solution afin de répondre à ces soins imprévus et permettre aux médecins d'alléger ces cadences infernales. A terme l'objectif était aussi d'attirer de nouveaux confrères, surtout les plus jeunes qui ne demandent qu'à travailler en groupe. Quatre autres médecins nous ont rejoints depuis. Par la mutualisation des moyens humains et techniques, PA^{IS} permet de redynamiser des territoires en manque de médecins, c'est un vrai bouclier contre la désertification médicale ! »*

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

1.2.2. Fonctionnement

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

- Les praticiens d'un même territoire s'engagent, chacun à tour de rôle, à apporter une réponse quotidienne aux demandes imprévues de 8h à 20h en semaine et de 8h à 12h le samedi. Pour les patients, le fait de pouvoir consulter un médecin généraliste dans la journée permet de diminuer le recours aux urgences.
- Le secrétariat médical constitue le poste essentiel à privilégier au sein d'un cabinet. Pour ce faire, il est proposé aux secrétaires une double formation dont une, assurée par le SAMU et consistant à filtrer les appels, hiérarchiser les demandes en adaptant les rendez-vous puis réorienter certaines demandes vers des services extérieurs. C'est le cas pour des demandes sociales qui sont réorientées vers des assistants sociaux en amont. La deuxième formation est assurée par les caisses d'assurance maladie sur les démarches administratives, ce qui permet de libérer du temps médical de certaines tâches fastidieuses.
- Le temps ainsi dégagé permet aux médecins de mener des actions de formations et de prévention collective, par exemple : formation du personnel des EHPAD, mise en place de consultation spécifique d'éducation thérapeutique (pour les patients diabétiques, cardiopathes ou BPCO) et d'actions de prévention (concernant l'obésité et l'hypertension artérielle entre autres).
- L'équipement informatique facilite le partage des dossiers médicaux entre médecins adhérents à PA Æ, notamment lors d'une astreinte, lorsque le praticien consulté n'est pas le médecin traitant déclaré du patient.

PA Æ ne nécessite pas la construction de locaux car elle prend en l'état l'existant. Chaque praticien exerce dans son cabinet, y compris lorsqu'il est de permanence. Le regroupement en un même lieu géographique n'est pas indispensable pour adhérer au dispositif.

Les secrétaires orientent les patients pour les consultations vers le cabinet, ou planifient les visites à domicile ou en EHPAD d'un commun accord avec le médecin chargé des soins non programmés. Pour répondre à ces demandes du territoire, ce dernier allège son agenda et définit à sa guise, son propre planning sur la journée.

Le dispositif peut donc se déployer en presque six mois, dès lors que les financeurs ont donné leur accord.

1.2.3. Financement

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

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

Après 3 ans de fonctionnement aux résultats déjà probants et certifiés par la caisse d'assurance maladie, l'Agence Régionale de Santé (ARS) mise en place en 2010 (remplaçant les ARH) sera alors confrontée à un afflux de demandes des futurs médecins pour PA Æ.

Le défaut de fonds pérennes va conduire la tutelle à revoir les modalités de sa participation financière, exclusivement dédié au poste de secrétariat et en s'engageant sur un mode dégressif sur 3 ans (100 %, 60 % puis 30 %) avant un retrait total.

Cette situation impose aux deux pilotes de démarcher les élus communautaires et le conseil départemental du Loir-et-Cher qui prendront le relais pour permettre à PA Æ de perdurer depuis maintenant dix ans avec des résultats qui dépassent largement les attentes. En effet, outre l'évaluation probante réalisée par un chercheur doublement mandaté (ARS et Mutualité Française), on observe un engouement des futurs généralistes avec trois thèses de médecine qui viendront corroborer l'étude du chercheur. (16) (17) (18)

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

1.2.4. Etats des lieux

Au 1^{er} janvier 2019, PA Æ compte 25 médecins adhérents aux dispositifs.

Dans le secteur pionnier de la vallée du Cher à la Loire, on compte onze adhérents à PA Æ (les « *pa Æous* ») dont Saint-Georges-sur-Cher (8 médecins), Pontlevoy (2) et Bourré (1).

Cinq praticiens exercent en pays dit de Grande Sologne : à Dhuizon (2 médecins), à Chaumont-sur-Tharonne (1), à Nouan-le-Fuzelier (1) et à Pierrefitte-sur-Sauldre (1). Du fait de la superficie couverte, ils se répartissent la prise en charge des imprévus : les deux médecins de Dhuizon, qui couvrent aussi les communes environnantes, s'organisent entre eux et les trois autres prennent en charge les demandes du reste du secteur. L'extension puis le développement de PA Æ dans ce territoire en 2015 a permis de juguler les difficultés récurrentes des EHPAD et aussi du Center Parc de Chaumont, dont le seul recours pour ces usagers n'était jusqu'alors que les structures hospitalières d'Orléans ou de Romorantin-Lanthenay.

Enfin neuf médecins exercent dans les communes de Soings-en-Sologne (2 médecins), Selles-sur-Cher (4), Meusnes (1) et Saint-Aignan (2) et ont signé la convention PA 3 mais ne peuvent l'appliquer totalement faute de financement. De ce fait, ils en respectent l'esprit à défaut de la lettre. Cela montre que les compléments financiers sont indispensables.

De plus, le projet PA 3 a essaimé puisque douze médecins, sur le modèle du Loir-et-Cher, ont débuté depuis trois ans une organisation similaire, après de nombreux échanges avec les pilotes, dans le Béarn (territoire de Nay) et ont reçu le prix 2018 du réseau des Territoires Innovants. (19)

1.2.5. Evaluation

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

Devant ces résultats prometteurs, l'ARS et la Mutualité Française Centre-Val de Loire ont confié en 2016 au Pr Jean-Marc Macé (du Conservatoire National des Arts et Métiers) le soin d'évaluer en profondeur le dispositif. Ce dernier va centrer son évaluation sur le territoire pionnier de la vallée du Cher à la Loire dans un bassin de vie d'environ 20 000 habitants où PA 3 sera déployé dans toute son ampleur et ses conclusions seront spectaculaires :

- Le recours aux urgences a été diminué d'un tiers (avec une économie de 160 800 euros).
- La consommation des transports (ambulance, VSL) a régressé de 21 % (pour une économie de 63 656 euros)
- Les soins à destination des diabétiques bénéficiant d'un suivi médical de proximité, ont permis de baisser le nombre des hospitalisations de cette population de 14 % (économie annuelle chiffrée à 9 628 euros)
- Enfin, l'accessibilité au médecin d'astreinte de PA 3 n'a pas été synonyme d'inflation puisqu'on note une réduction significative des consultations (-5 %) chez les médecins généralistes organisés (impact financier annuel évalué à 82 915 euros). Cette observation fait écho à l'étude sur les Primary Care du Dr Barbara Starfield. Une organisation de la médecine de proximité induit inéluctablement une réduction de la consommation des soins. (20)
- L'économie annuelle valorisée est de l'ordre de 370 000 euros selon le Pr Macé (pour dix médecins). (21)

Au total, 1 euro dépensé dans PA 3 en rapporte au moins 5. (3)

Par ailleurs, trois thèses sur le sujet viennent étayer les observations de cette évaluation. La dernière d'entre elle montre une baisse significative de la fréquentation des urgences pour les patients bénéficiant de PA 3 dans leur bassin de vie, notamment pour les personnes âgées de plus de 75 ans (- 20 %). (18)

1.2.6. Avantages et inconvénients

1.2.6.1. Pour les patients

Certains patients âgés, attachés à leur « médecin de famille » depuis de longues années, regrettent de ne pas voir leur médecin traitant lors des astreintes, mais ils reconnaissent l'avantage d'être pris en charge dans la journée par un confrère qui a accès à leur dossier.

De plus PAŠ ne se limite pas à une frontière communale ou départementale. Ainsi le dispositif a joué un rôle de tremplin en permettant une éclosion dynamique du cabinet de Saint-Georges-sur-Cher, pionnier dans la vallée du Cher.

Le cabinet a connu une extension pour accueillir de nouveaux confrères et devenir par la suite une véritable MSP, très prisée par les internes qui y effectuent leurs stages, et qui prend en charge des patients des communes voisines d'Indre-et-Loire (37).

Cette organisation a favorisé au fil des années, le rapprochement naturel dans le territoire de nouveaux praticiens et paramédicaux (dentistes, infirmières, kinés, diététiciens, pharmaciens, psychologues, etc).

Enfin la région Centre, aux atouts touristiques reconnus, attire en été de nombreux vacanciers. PAŠ permet ainsi de répondre à la demande d'une patientèle de passage trouvant ici une offre de soins rapide et adaptée pour des pathologies bénignes (asthme, allergie, infection ORL, petite traumatologie ...). Les guides touristiques, gîtes et campings de la région, qui connaissent parfaitement ce dispositif, adressent désormais plus facilement ces vacanciers.

Interview de patients

Mr et Mme R, jeunes retraités habitant Francueil (37), expliquent : *« La plupart de nos voisins gardent une orientation vers l'Indre-et-Loire mais géographiquement St Georges est presque plus près. Nous sommes toujours suivis à Saint-Georges-sur-Cher et nous ne changerons pas ! »*

Ils reconnaissent volontiers le bénéfice d'une prise en charge rapide en cas de besoin, surtout Mme R lors de l'hiver 2017 : *« J'étais très malade, avec une toux importante. Nous sommes allés aux urgences de Trousseau à Tours. En pleine épidémie de grippe le service était saturé et les soignants ne savaient plus où donner de la tête. Il y avait tellement à faire ! Après plusieurs heures d'attente, j'ai été auscultée puis on m'a renvoyée à mon domicile à 3h du matin. Le lendemain heureusement que j'ai vu le médecin de permanence à St Georges car j'avais apparemment une grosse infection. Il m'a traité et deux jours après la fièvre est tombée. »*

Depuis cet épisode, ils privilégient le médecin de permanence de PAŠ : *« Nous passons par le médecin traitant ou son confrère s'il n'est pas de permanence ce jour-là. Au moins nous voyons un médecin ! Et lui juge ou pas de la nécessité de nous orienter vers les urgences. »*

Cela n'entraîne pas pour autant une surconsommation de soins : *« On ne se déplace pas pour un petit rhume. On appelle uniquement quand c'est nécessaire. Mais on se sent en sécurité car on sait qu'on peut être vu jusqu'à 20h, dans des bonnes conditions. »*

1.2.6.2. Pour les structures de soins

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

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

1.2.6.3. Pour les médecins

Les médecins élaborent 4 à 6 mois à l'avance leur planning pour les imprévus, ce qui leur permet d'organiser à leur guise leurs journées et même leurs absences. En partant du cabinet, ils ont la certitude d'une sécurité et d'une continuité de soins jusqu'à 20h pour leur patiente au sein de leur territoire.

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

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

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

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

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

1.2.6.4 Pour les futurs médecins

Cette organisation territoriale qui répond aux demandes de la population du bassin de vie aux heures ouvrables, est régie par une convention de véritable décloisonnement ville-hôpital. Ainsi, les rares demandes pour des pathologies aiguës survenant de nuit sont exclusivement gérées par les structures hospitalières et plus précisément le SAMU-Centre 15.

Les médecins, ainsi dégagés de certaines tâches administratives, peuvent passer une convention avec la Faculté de Médecine de Tours pour prendre en stage des internes. Ils leur assurent un encadrement si enrichissant que ces cabinets de « *pa ðous* » sont désormais prisés à la faculté de médecine. Le choix de ces cabinets en stage nécessiterait, semble-t-il, des négociations relativement serrées et ardues entre les stagiaires.

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

Ainsi le Docteur Blin va-t-elle prendre la suite du Docteur Legeay, qui prendra sa retraite fin 2019. Elle témoigne : « *Je ne suis pas personnellement passé en stage ici, mais une fois mon internat terminé je cherchais des remplacements. Une amie, ancienne interne de Saint-Georges-sur-Cher, m'a parlé de PA ð et de l'excellente ambiance de travail qui régnait au sein du cabinet. D'abord j'ai remplacé deux semaines puis ils m'ont proposé d'autres journées de remplacements. Au final quand le Docteur Legeay m'a demandé de prendre sa suite, j'ai accepté avec plaisir ! Je ne me voyais pas travailler ailleurs car cette organisation répond à mes aspirations.* »

1.3. Situation régionale et départementale

1.3.1. Région Centre-Val de Loire

La région Centre-Val de Loire est la moins peuplée de France hexagonale avec 2 566 759 habitants au 1^{er} janvier 2019 (INSEE). La densité est de 65,9 habitants/km². Les plus de 75 ans représentent 10,7 % de la population (moyenne nationale 9,3 %). (22)

C'est la région disposant du plus petit effectif médical avec 8935 médecins inscrits au Conseil de l'Ordre (toutes spécialités confondues) au 1^{er} janvier 2018 (hors DOM-TOM et Corse).

Les inégalités par département sont importantes et les effectifs se répartissent comme suit :

<i>Départements</i>	<i>Préfectures</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Cher (18)	Bourges	897	10 %
Eure-et-Loir (28)	Chartres	1193	13 %
Indre (36)	Châteauroux	616	7 %
Indre-et-Loire (37)	Tours	3008	34 %
Loir-et-Cher (41)	Blois	1086	12 %
Loiret (45)	Orléans	2135	24 %

La densité est de 345,9 médecins pour 100 000 habitants dans la région (bien en dessous de la moyenne nationale à 437,2). (23)

Le dernier zonage médecin de l'ARS Centre-Val de Loire montre bien les difficultés d'accès aux soins pour les patients, sur l'ensemble du territoire (Annexe 1). (24)

1.3.2. Département d'Eure-et-Loir

L'Eure-et-Loir compte 431 437 habitants au 1^{er} janvier 2019. La population se répartie comme suit dans les quatre arrondissements :

- Chartres : 48 % (soit un bassin de vie de plus de 200 000 habitants)
- Dreux : 30 %
- Châteaudun : 14 %
- Nogent le Rotrou : 8 %

La densité est de 73,9 habitants/km². Les plus de 75 ans représentent 9,8 % de la population. (22)

En 2018 on compte 407 médecins généralistes en activité régulière, tous modes d'exercice confondus, soit 15 % de moins qu'en 2010.

Il y a actuellement 94,3 médecins généralistes pour 100 000 habitants ce qui en fait le septième département à la plus faible densité médicale (Outre-Mer compris). Ils sont répartis pour 42,0 % dans le bassin de vie chartrain et 20,4 % dans le bassin de vie.

La moyenne d'âge de l'ensemble des médecins inscrits au Conseil de l'Ordre en Eure-et-Loir est de 58,9 ans (contre 57,1 ans en moyenne nationale). (23)

L'Eure-et-Loir comprend actuellement 15 MSP en activité regroupant 48 médecins généralistes. Deux sont privées et ne bénéficient pas de subvention de l'ARS. Quatre autres projets sont en cours de construction. (25)

Une seule CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) a vu le jour dans le département : la CPTS Sud 28 (couvrant le bassin de vie de Châteaudun) à l'initiative du député Philippe Vigier, venu animer une réunion en avril 2018 dans le Loir-et-Cher, conquis par PA Š et son avancé sur toutes les réformes en cours.

Une autre CPTS est en cours de création à Châteauneuf en Thymerais. (26)

1.3.3. Offre de soins à Chartres et dans son bassin de vie

Le bassin de vie Chartrain regroupe deux structures hospitalières d'urgences : le Centre Hospitalier Louis Pasteur (42 364 passages en 2017) et la Clinique Privée d'Eure-et-Loir (environ 28 000 passages par an).

Les urgences du CH Louis Pasteur s'organisent en un circuit dit « court » (de consultation et petite traumatologie) et un circuit « long ». En 2017 le circuit court accueillait 39,1% des passages contre 60,9 % pour le circuit long.

Le secteur d'hospitalisation est réparti entre l'UHCD (« Unité d'Hospitalisation de Courte Durée ») avec 16 lits, et l'EAC (« Espace d'Attente Couché ») avec 9 lits.

En termes de personnel il y a 17,78 ETP médicaux et 75,45 ETP non médicaux.

La Maison Médicale de Garde, située au sein de l'hôpital, assure une présence médicale en semaine de 20h à minuit, le samedi de 14h à minuit et le dimanche de 8h à minuit. Les médecins généralistes du secteur y assurent un tour de garde.

Il est difficile d'évaluer l'impact de cette offre de soins sur la fréquentation des urgences de l'hôpital de Chartres, mais plusieurs rapports mettent en avant l'efficacité incertaine de ces maisons médicales sur le plan national. Il est très probable que Chartres ne déroge pas à ce constat. (13)

En médecine générale l'offre de soins se compose principalement de praticiens exerçant à titre libéral de façon isolée ou en cabinet de groupe (labellisé MSP ou non). La prise en charge des imprévus se fait individuellement ou entre collèges au sein d'une même structure, mais il y a peu de lien entre les différents cabinets médicaux sur un même secteur.

Pour toute hospitalisation d'un patient, les généralistes à leur grand désarroi, n'auraient que le choix d'une orientation aux urgences, faute d'une meilleure organisation interne hospitalière pour une admission directe dans les services *ad hoc*.

Les confrères et consœurs chartrains que nous avons pu contacter sont demandeurs de solutions d'avenir dont un véritable décloisonnement ville-hôpital et une facilitation d'un échange préalable avec les services spécialisés pour planifier des admissions hospitalières.

Des efforts conjugués de l'hôpital et de la médecine de ville contribueraient ainsi à garantir des soins de qualité et la sécurité des patients, comme le propose PA Š.

1.4. Objectif de l'étude

Ce travail permettra de réaliser un état des lieux des urgences de Chartres sur l'année 2017 et de montrer l'intérêt d'une transposition du dispositif PA³ dans le bassin de vie chartrain qui comprend plus de 200 000 habitants.

Ce dispositif a fait ses preuves dans le sud du Loir-et-Cher depuis une décennie, tant dans le désengorgement des urgences via la prise en charge des consultations imprévues, que dans la baisse du nombre des transports sanitaires.

L'objectif est d'évaluer le nombre de passages aux urgences de Chartres potentiellement évitables grâce à PA³, et de chiffrer les économies ainsi réalisables en réduisant les transports sanitaires.

2. Matériel et Méthode

2.1. Type d'étude

C'est une étude quantitative rétrospective du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017, portant sur les passages aux urgences adultes du Centre Hospitalier Louis Pasteur, situé sur la commune du Coudray (28 630), dans l'agglomération de Chartres.

2.2. Population étudiée

Sur les 42 364 passages aux urgences en 2017, nous avons choisi d'exclure les moins de 14 ans qui, comme l'a montré le Dr Julia Schick dans sa thèse, consultent beaucoup pour des motifs de traumatologie qui nécessitent un plateau technique non accessible en médecine de ville. (18)

Afin de cibler la population chartraine et la rendre comparable aux territoires appliquant PAŠ dans le Loir-et-Cher, nous avons choisi d'exclure tous les patients dont le code postal de domicile est hors du bassin de vie chartrain.

Enfin nous excluons tous les motifs de consultations nécessitant une prise en charge hospitalière et/ou un avis spécialisé

Nous avons donc inclus 21 902 patients, dont 4828 (soit 22 %) ont plus de 75 ans.

Il y a 11 124 femmes pour 10 778 hommes.

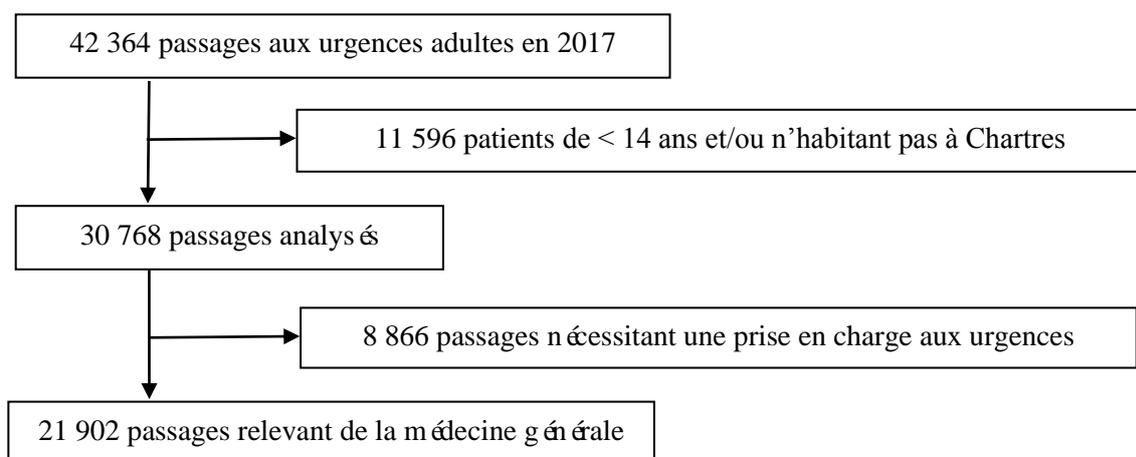


Figure 1 : schéma de l'étude

Déclaration d'un médecin traitant

	Tout âge confondu	Plus de 75 ans
Médecin traitant déclaré	8 795	1 593
Médecin traitant non déclaré	13 107	3 235
Total	21 902	4 828

Sur les 21 902 dossiers analysés, 59,8 % des patients tout âge confondu n'ont pas déclaré de médecin traitant. Preuve s'il en est du manque criant de médecins de proximité avec en corollaire, la difficulté de nos concitoyens à se soigner.

Parmi les plus de 75 ans, on atteint même 67,0 % de non déclaration de médecin traitant. Alors que nos aînés nécessitent plus que quiconque un suivi régulier (en raison de multiples pathologies ou simplement du grand âge) ils sont de plus en plus nombreux à devoir renoncer aux soins.

Sur le plan national, cette difficulté d'accès à un médecin traitant a été soulevée dans le Rapport des délégués nationaux de l'accès aux soins, et constitue une des principales préoccupations du plan gouvernemental Ma Santé 2022. (27)

2.3. Méthode

Nous avons procédé aux relevés du nombre de passages en horaires PAŠ et hors PAŠ, puis du nombre de patients hospitalisés et non hospitalisés (« externes »).

Par « horaires PAŠ » nous entendons horaires de la permanence des soins ambulatoires, soit tout passage en semaine de 8h à 20h et le samedi de 8h à 12h, en dehors des jours fériés.

Les résultats sont regroupés et analysés par motif d'admission.

Pour chaque motif un sous-groupe des sujets de plus de 75 ans est composé

Le mode de transport est également analysé

3. Résultats

Nous précisons ici que le motif d'admission, une fois le patient pris en charge, est défini par le médecin urgentiste et devient donc le diagnostic de sortie. (Cf. annexe 2)

3.1. En fonction du motif d'admission

Pas de motif d'admission

Parmi les 21 902 passages analysés presque la moitié d'entre eux (10 877) n'avait pas de motif de consultation enregistré dans leur dossier.

Nous savons la difficulté pour les Infirmières d'Accueil et d'Orientation (IAO), souvent exposés à un afflux continu de patient, de pouvoir recueillir pour chacun l'ensemble des informations. Cela reflète le rythme effréné auquel est soumis le personnel des urgences.

Les résultats demeurent parlant : 65,9 % des patients tout âge confondu ont consulté en horaires PAÏS, et parmi eux 86,2 % sont sortis des urgences.

En totalité les externes représentent même 84,8 % des patients.

Tableau 1 : statuts des patients, tout âge confondu, consultant sans motif d'admission enregistré

Tout âge	PAÏS	Hors PAÏS	TOTAL
Externes	6180	3041	9221
Hospitalisés	992	664	1656
TOTAL	7172	3705	10877

Les plus de 75 ans consultent d'avantage aux heures de PAÏS (67,5 %), cependant ils sont plus souvent hospitalisés. On observe tout de même deux tiers de sortants (65,3 %).

Tableau 2 : statuts des patients de plus de 75 ans consultant sans motif d'admission enregistré

> 75 ans	PAÏS	Hors PAÏS	TOTAL
Externes	807	358	1165
Hospitalisés	428	237	665
TOTAL	1235	595	1830

Altération de l'état général

Tout âge confondu, 70,1 % des patients ont consulté pour « altération de l'état général » aux horaires PAÏS. Parmi eux il y a 76,2 % d'hospitalisés.

Tableau 3 : statuts des patients, tout âge confondu, consultant pour altération de l'état général

Tout âge	PAÏS	Hors PAÏS	TOTAL
Externes	174	75	249
Hospitalisés	556	236	792
TOTAL	730	311	1041

Les plus de 75 ans représentent 60,1 % des patients consultant pour « altération de l'état général » (AEG). Parmi ceux consultant aux horaires PAÏS 82,7 % ont été hospitalisés.

Les seniors représentent presque deux tiers de la population consultant pour AEG mais ils sont d'avantage hospitalisés que la population générale.

Tableau 4 : statuts des patients de plus de 75 ans consultant pour altération de l'état général

> 75 ans	PAÏS	Hors PAÏS	TOTAL
Externes	79	27	106
Hospitalisés	378	142	520
TOTAL	457	169	626

Anxiété/dépression

Tout âge confondu 65,5 % des patients consultent pour anxiété/dépression en horaires PAÏS. 88,5 % d'entre eux ne sont pas hospitalisés.

Tableau 5 : statuts des patients, tout âge confondu, consultant pour anxiété/dépression

Tout âge	PAÏS	Hors PAÏS	TOTAL
Externes	146	61	207
Hospitalisés	19	26	45
TOTAL	165	87	252

Les plus de 75 ans ne représentent que 6,3 % de cette population.
68,6 % d'entre eux consultent en horaires PAÏS. 90,9 % ne sont pas hospitalisés.

Tableau 6 : statut des patients de plus de 75 ans consultant pour anxiété/dépression

> 75 ans	PAÏS	hors PAÏS	TOTAL
Externes	10	2	12
Hospitalisés	1	3	4
TOTAL	11	5	16

Céphalées/vertiges

Tout âge confondus 56,8 % des patients consultent pour céphalées ou vertiges pendant les horaires PAÏS. 67,8 % d'entre eux sont sortis des urgences.

Tableau 7 : statuts des patients, tout âge confondu, consultant pour céphalées ou vertiges

Tout âge	PAÏS	Hors PAÏS	TOTAL
Externes	303	237	540
Hospitalisés	144	103	247
TOTAL	447	340	787

Les plus de 75 ans représentent 15,5 % des patients consultant pour céphalées ou vertiges.
54,9 % d'entre eux le font en horaires PAÏS. Il y a autant d'hospitalisés que d'externes.

Tableau 8 : statuts des patients de plus de 75 ans consultant pour céphalées ou vertiges

> 75 ans	PAÏS	Hors PAÏS	TOTAL
Externes	34	29	63
Hospitalisés	33	26	59
TOTAL	67	55	122

Chute

Tout âge confondu 55,3 % des patients consultant pour « chute » le font aux horaires PAÏS. Parmi eux 53,0 % sont sortis des urgences.

Tableau 9 : statuts des patients, tout âge confondu, consultant pour chute

Tout âge	PAÏS	Hors PAÏS	TOTAL
Externes	367	347	714
Hospitalisés	326	213	539
TOTAL	693	560	1253

Les plus de 75 ans représentent 57,1 % des patients consultant pour le motif de chute. Mais ils sont 55,9 % à être hospitalisés contre 43,0 % tout âge confondu.

Tableau 10 : statuts des patients de plus 75 ans consultant pour chute

> 75 ans	PAÏS	Hors PAÏS	TOTAL
Externes	181	134	315
Hospitalisés	247	153	400
TOTAL	428	287	715

Diabète

Tout âge confondu, 56,8 % des patients consultent pour un problème lié au diabète aux horaires de PAÏS. 76,1 % d'entre eux sont hospitalisés.

Tableau 11 : statuts des patients, tout âge confondu, consultant pour diabète

Tout âge	PAÏS	hors PAÏS	TOTAL
Externes	17	20	37
Hospitalisés	54	34	88
TOTAL	71	54	125

Les plus de 75 ans représentent 28,0 % des patients consultant pour diabète. 51,4 % sont venus aux horaires PAİS. Deux tiers sont hospitalisés.

Tableau 12 : statuts des patients de plus de 75 ans consultant pour diabète

> 75 ans	PAİS	hors PAİS	TOTAL
Externes	6	3	9
Hospitalisés	12	14	26
TOTAL	18	17	35

Grippe

Tout âge confondu, 62,5 % des patients consultent pour grippe pendant les horaires PAİS. 73,3 % sont rentrés à domicile.

Tableau 13 : statuts des patients, tout âge confondu, consultant pour grippe

Tout âge	PAİS	hors PAİS	TOTAL
Externes	11	9	20
Hospitalisés	4	0	4
TOTAL	15	9	24

Les plus de 75 ans ne présentent que 16,7 % des consultants pour grippe. Ils sont tous venus aux urgences aux horaires de PAİS. La moitié est rentrée à domicile.

Tableau 14 : statuts des patients de plus de 75 ans consultant pour grippe

> 75 ans	PAİS	hors PAİS	TOTAL
Externes	2	0	2
Hospitalisés	2	0	2
TOTAL	4	0	4

Malaise

Tout âge confondu 57,2 % des patients consultent pour malaise en horaire PA ß. Parmi eux 62,3 % sont sortis des urgences.

Tableau 15 : statut des patients, tout âge confondu, consultant pour malaise

Tout âge	PAÏS	Hors PAÏS	TOTAL
Externes	331	246	577
Hospitalisés	200	151	351
TOTAL	531	397	928

Les plus de 75 ans ne représentent que 30,2 % des patients consultant pour malaise mais 61,1% d'entre eux sont hospitalisés.

Tableau 16 : statut des patients de plus de 75 ans consultant pour malaise

> 75 ans	PAÏS	Hors PAÏS	TOTAL
Externes	66	43	109
Hospitalisés	99	72	171
TOTAL	165	115	280

Polyalgies

Tout âge confondu 53,0 % des patients consultent aux horaires PA ß pour une douleur. 68,4% d'entre eux rentrent à domicile.

Tableau 17 : statut des patients, tout âge confondu, consultant pour douleur

Tout motif	PAÏS	Hors PAÏS	TOTAL
Externes	1818	1591	3409
Hospitalisés	841	768	1609
TOTAL	2659	2359	5018

Chez les plus de 75 ans on observe 55,9 % des patients consultant pour douleur aux horaires PA Ī. 52,8 % d'entre eux sont hospitalisés.

Tableau 18 : statut des patients de plus de 75 ans consultant pour douleur

> 75 ans	PA ĪS	Hors PA ĪS	TOTAL
Externes	216	153	369
Hospitalisés	242	208	450
TOTAL	458	361	819

Dans ce motif «polyalgie » nous avons inclus les douleurs thoraciques. En effet ce motif de consultation peut aussi bien concerner les généralistes que les urgentistes, de part la diversité des diagnostics sous-jacents. Nous avons donc exploré ces résultats :

Tout âge confondu il y a autant de consultants en horaires PA Ī qu'hors PA Ī (49,6 % contre 50,4 %). En horaires PA Ī 62,4 % des patients ne sont pas hospitalisés.

Tableau 19 : statut des patients tout âge confondu consultant pour douleur thoracique

Douleur thoracique tout âge confondu	PA ĪS	Hors PA ĪS	TOTAL
Externes	370	372	742
Hospitalisés	223	231	454
TOTAL	593	603	1196

Parmi les plus de 75 ans consultant pour douleur thoracique la proportion est pratiquement égale en horaires PA Ī et hors PA Ī (51,4 % contre 48,6 %).

Mais les externes ne représentent que 42,1 % des consultants en horaires PA Ī et 37,6 % hors PA Ī.

Tableau 20 : statut des patients de plus de 75 ans consultant pour douleur thoracique

Douleur thoracique des plus de 75 ans	PA ĪS	Hors PA ĪS	TOTAL
Externes	45	38	83
Hospitalisés	62	63	125
TOTAL	107	101	208

Affections cardiovasculaires et respiratoires

Tout âge confondu 51,1 % des patients consultent pour une affection cardiovasculaire ou respiratoire en horaires PAŠ. 69,6 % d'entre eux sont rentrés à domicile.

Tableau 21: statuts des patients, tout âge confondu, consultant pour une affection cardiovasculaire ou respiratoire

Tout âge	PAŠ	hors PAŠ	TOTAL
Externes	165	155	320
Hospitalisés	72	72	144
TOTAL	237	227	464

Les plus de 75 ans représentent 25,6 % des patients consultant pour une affection cardiovasculaire ou respiratoire. Ils sont aussi nombreux à être hospitalisés (49,6 %) qu'à rentrer à domicile (50,4 %).

Parmi ceux consultant en horaires PAŠ la proportion d'externes est légèrement plus élevée (56,5 %).

Tableau 22: statuts des patients de plus de 75 ans consultant pour une affection cardiovasculaire ou respiratoire

> 75 ans	PAŠ	hors PAŠ	TOTAL
Externes	39	21	60
Hospitalisés	30	29	59
TOTAL	69	50	119

Affections digestives

Tout âge confondu, 62,1 % des patients consultent pour une affection digestive pendant les horaires PAŠ. 53,6 % d'entre eux rentrent à domicile.

Tableau 23: statuts des patients, tout âge confondu, consultant pour une affection digestive

Tout âge	PAŠ	hors PAŠ	TOTAL
Externes	81	67	148
Hospitalisés	70	25	95
TOTAL	151	92	243

Les plus de 75 ans représentent 34,6 % des consultants pour un motif digestif. Ils sont 71,4 % à venir en horaires PAÏS et sont plus hospitalisés (58,3 %).

Tableau 24 : statuts des patients de plus de 75 ans consultant pour une affection digestive

> 75 ans	PAÏS	hors PAÏS	TOTAL
Externes	25	13	38
Hospitalisés	35	11	46
TOTAL	60	24	84

Affections rénales et urogénitales

Tout âge confondu, 55,4 % des patients consultent pour une affection rénale ou urogénitale en horaires PAÏS. 83,6 % ne sont pas hospitalisés.

Tableau 25 : statuts des patients, tout âge confondu, consultant pour une affection rénale ou urogénitale.

Tout âge	PAÏS	hors PAÏS	TOTAL
Externes	56	43	99
Hospitalisés	11	11	22
TOTAL	67	54	121

Les plus de 75 ans représentent seulement 18,2 % des patients. 54,5 % consultent aux horaires PAÏS. 66,7 % d'entre eux ne sont pas hospitalisés.

Tableau 26 : statuts des patients de plus de 75 ans consultant pour affection rénale ou urogénitale

> 75 ans	PAÏS	hors PAÏS	TOTAL
Externes	8	6	14
Hospitalisés	4	4	8
TOTAL	12	10	22

Affections ORL et oculaire

Tout âge confondu 45,2 % des patients consultent aux horaires PA ß pour une affection ORL ou oculaire. 92,6 % d'entre eux rentrent à domicile.

Tableau 27 : statuts des patients, tout âge confondu, consultant pour une affection ORL ou oculaire

Tout âge	PAÏS	hors PAÏS	TOTAL
Externes	88	105	193
Hospitalisés	7	10	17
TOTAL	95	115	210

Les plus de 75 ans représentent 26,2 % de la totalité des patients consultant pour une affection ORL ou oculaire.

Ils consultent autant aux horaires PA ß (49,1 %) qu'hors PA ß (50,9 %) et sont très rarement hospitalisés (16,4 % en tout).

Tableau 28 : statuts des patients de plus de 75 ans consultant pour un motif ORL ou oculaire

> 75 ans	PAÏS	hors PAÏS	TOTAL
Externes	24	22	46
Hospitalisés	3	6	9
TOTAL	27	28	55

Affections cutanées

Tout âge confondu, 52,1 % des patients consultent aux horaires PA ß pour une affection cutanée. 73,6 % d'entre eux ne nécessitent pas une hospitalisation.

Tableau 29 : statuts des patients, tout âge confondu, consultant pour une affection cutanée

Tout âge	PAÏS	hors PAÏS	TOTAL
Externes	214	221	435
Hospitalisés	77	47	124
TOTAL	291	268	559

Les plus de 75 ans ne représentent que 18,1 % des patients consultant pour une pathologie cutanée.

62,4 % d'entre eux consultent en horaire PAÏS. 47,6 % n'ont pas été hospitalisés.

Tableau 30 : statuts des patients de plus de 75 ans consultant pour une affection cutanée

> 75 ans	PAÏS	hors PAÏS	TOTAL
Externes	30	22	52
Hospitalisés	33	16	49
TOTAL	63	38	101

3.2. Tableau récapitulatif

Les patients rentrant à domicile et consultant en horaires PAÏS pour des motifs relevant de la médecine générale, représentent presque 75 % des passages aux urgences, tout âge confondu.

Chez les plus de 75 ans, un patient sur deux est hospitalisé à l'issue de sa prise en charge.

Tableau 31 : pourcentage d'externes parmi les patients consultant aux horaires PAÏS

	Nbre de passage	Horaires PAÏS	Externes (%)
Tout âge confondu	21902	13324	9951 (74,68)
Plus de 75 ans	4828	3074	1527 (49,67)

3.3. Mode de transport

Selon le rapport d'avril 2016 *Revue des dépenses relatives aux transports sanitaires*, le coût moyen d'un trajet en VSL (véhicule sanitaire léger) revient à 33 euros, un trajet en taxi à 49 euros et un trajet en ambulance à 91 euros.

Ces montants ne tiennent pas compte du nombre de kilomètres parcourus, cette donnée n'étant pas disponible. Ils ne prennent pas en compte également le forfait de 21,67 euros applicable dans le cadre d'un transport d'urgence, c'est-à-dire sur demande expresse du médecin régulateur ou du SAMU. Ils sont donc clairement sous évalués.

Bien que le SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours = sapeurs-pompiers) ne soit tenu de procéder qu'aux seules missions relevant de sa compétence, il peut effectuer, à la demande de la régulation médicale du centre 15, des interventions en cas d'indisponibilité des transporteurs sanitaires privés. En effet, si l'intervention nécessite le recours à une ambulance privée et que l'opérateur de la régulation médicale n'en trouve pas, le SDIS est alors dans l'obligation de suppléer cette carence ambulancière.

Le tarif d'indemnisation, versé par les établissements de santé sièges des SAMU au SDIS, est fixé à 118 euros (par l'arrêté du 9 décembre 2014 modifiant l'arrêté du 30 novembre 2006). Ce montant ne comprend pas les frais liés au type de matériel engagé (véhicule, équipement), ni les frais kilométriques. Il est également sous-évalué.

Afin d'apprécier l'économie en transport potentiellement réalisable grâce à PA³, nous avons sélectionné le mode de transport parmi les patients consultant aux horaires PA³ avec un statut « externe » à leur sortie.

Sur notre population de 21 902 patients, 9 951 (soit 45,43 %) ont consulté aux horaires PA³ et n'ont pas été hospitalisés. Leur mode de transport se répartit de la façon suivante :

Mode de transport	VSL	Taxi	Ambulance	Pompier	Autres	Total
Effectif	68	20	1312	1110	7 441	9 951

Ainsi on obtiendrait une économie supérieure à 253 596 euros comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 32 : économie potentiellement réalisable sur les transports grâce à PA³

Mode de transport	VSL	Taxi	Ambulance	Pompier	
Effectif	68	20	1312	1110	
Coût moyen d'un trajet	33 €	49 €	91 €	118 €	Total
Total	2 244	980	119 392	130 980	253 596 €

4. Discussion

4.1. Analyse des résultats

4.1.1. Tout âge confondu

75 % des patients consultant aux urgences en horaires PAÏS, tout motif confondu relevant de la médecine générale, sont rentrés à domicile. En valeur absolue il y aurait potentiellement 9951 passages aux urgences évitables grâce à PAÏS (soit 39,64 patients par jours ouvrables des cabinets médicaux).

Seuls deux motifs regroupent moins de 50 % d'externes :

- Altération de l'état général (23,84 %) : ce chiffre s'explique bien sûr par la nécessité d'une hospitalisation. Mais PAÏS devrait permettre d'anticiper ces hospitalisations en lien avec les services concernés afin d'éviter le passage systématique des patients par les urgences.

- Diabète : seuls 23,94 % des patients sont sortis. L'évaluation réalisée par le Professeur Jean-Marc Macé retrouvait seulement 14 % des diabétiques hospitalisés dans le secteur PAÏS. (21) Ici, tout âge et horaire confondus, ils sont 76,1 %.

Deux conclusions se dégageraient de ce constat :

- o la nécessité impérieuse d'une implantation du dispositif PAÏS pour une prise en charge initiale de proximité
- o la nécessité impérieuse d'une formation spécifique des médecins adhérents à PAÏS par l'équipe départementale du réseau de diabétologie. Ce qui réduirait ces hospitalisations à outrance et surtout les conséquences pour ces patients d'une longue attente dans le couloir des urgences, dont un retard de traitement, péjoratif pour cette pathologie.

L'intérêt de PAÏS n'est plus à démontrer dans ce cas, car les patients nécessitant une hospitalisation sont d'emblée orientés, d'un commun accord avec le spécialiste, vers le service ad hoc, sans transiter par les urgences.

Le motif « chute » ne regroupe que 52,96 % d'externes. Les chutes mécaniques font partie de la traumatologie qui nécessite un plateau technique adapté. Il est difficile de tirer des conclusions dans ce domaine, car même les patients externes peuvent ressortir avec un plâtre ou une suture si besoin était.

Le motif « affection digestive » a 53,64 % d'externes. On peut supposer que les patients attendent à domicile dans le cas d'affections digestives bénignes et consultent aux derniers moments aux urgences. Cela expliquerait le faible taux d'externes.

Tous les autres motifs regroupent plus de 62 % d'externes. La moyenne se situe à 74,68 %.

4.1.2. Plus de 75 ans

Un patient sur deux de plus de 75 ans est hospitalisé quand il se rend aux urgences aux heures ouvrables des cabinets médicaux, pour des motifs relevant de la médecine générale.

PAÏ devrait permettre d'assurer un meilleur suivi de proximité, afin d'anticiper les décompensations de pathologies chroniques, fréquentes dans cette population âgée.

Lorsque l'hospitalisation s'avère nécessaire, la coordination entre le médecin généraliste et les confrères hospitaliers doit inciter à une hospitalisation directe, ceci afin d'éviter d'engorger les urgences et éviter à une personne âgée fragile d'attendre plusieurs heures sur un brancard.

La sortie du patient se fait également avec une concertation ville/hôpital dans le but de permettre une prise en charge optimale du patient lors de son retour à domicile (organisation de la consultation/visite de post hospitalisation, compte rendu d'hospitalisation accessible, etc).

4.2. Critiques de l'étude

Cette étude rétrospective sur l'année 2017 nous a permis d'analyser un grand nombre de passages aux urgences.

La difficulté résidait dans le choix d'inclusion ou d'exclusion des motifs d'admission. Car comment définir en amont le caractère urgent ou non, d'un recours aux urgences ? Il n'existe aucun consensus établi dans la littérature.

En effet, une douleur thoracique peut aussi bien être une gêne pariétale qu'un authentique infarctus. Une céphalée est souvent bénigne, mais peut cacher un syndrome méningé ou une hémorragie intracérébrale. Une chute mécanique peut être synonyme de traumatisme grave autant que de lésions anodines.

Ainsi, tous les motifs nécessitant une prise en charge urgente d'emblée ou un avis spécialisé ont été exclus.

Pour ensuite exploiter les données conformément à PAÏ, nous avons analysés les passages des consultants aux heures ouvrables des cabinets médicaux (8h à 20h en semaine, 8h à 12h le samedi, hors jours fériés) et rentrés à domicile à l'issue de leur prise en charge.

La critique pouvant être formulée ici est une surestimation des patients pouvant bénéficier de PAÏ en ambulatoire. En effet une chute bénigne peut tout de même nécessiter une imagerie ou un geste curatif (plâtre ou suture) non accessible en ville. Un malaise étiqueté vagal initialement peut, au final, aboutir à un trouble plus profond. Enfin les patients bénéficient bien souvent, surtout en circuit long, d'examen complémentaires pouvant corriger le diagnostic.

A cela nous répondons que cette potentielle surestimation est compensée par la sélection drastique des dossiers.

En choisissant d'exclure les patients non originaires de Chartres nous nous privons d'une population de passage, parfois de vacanciers, consultant souvent pour des pathologies bénignes. PA ̃ s'adressent aussi à eux.

De plus, les moins de 14 ans ont également été exclus car se rendant aux urgences adultes majoritairement pour de la traumatologie (comme l'a montré le Dr Julia Schick dans sa thèse) (18). Par souci de simplicité nous n'avons pas pris en compte les données du service des urgences pédiatriques, qui eux s'occupent des urgences médicales des moins de 14 ans. Or il s'avère que PA ̃ permet justement d'éviter le recours aux urgences d'une population pédiatrique première concernée par les épidémies saisonnières (gastro-entérite, grippe et rhume entre autres).

Dans le sud Loir-et-Cher nombreux sont les parents amenant leurs enfants en consultations non programmées pour une fièvre, un rhume ou un trouble digestif mineur ... C'était une des raisons mentionnées par le Docteur Legeay pour l'implantation de PA ̃ dans la vallée du Cher : *«Auparavant nous avions tôt le matin des appels de mamans pour leurs nourrissons qui avaient 39 °C de fièvre et aucun créneau n'était disponible avant 18h parfois ! Il était impensable de faire attendre ces mères ou de les orienter vers les urgences. Avec PA ̃ ce problème est réglé: elles obtiennent un rendez-vous pratiquement dans l'heure qui suit ! »*

Enfin, nous n'avons pas pris en compte dans les résultats le pourcentage d'externes dans la population consultant hors horaires PA ̃. Bien qu'il soit erroné d'affirmer que tous ces patients sortants puissent attendre le lendemain pour voir un médecin, ou qu'ils consultent par pure anxiété une part certaine de cette population ne nécessiterait pas un passage aux urgences, souvent de nuit.

Une étude qualitative, pour explorer les raisons conduisant les patients à consulter hors heures ouvrables des cabinets médicaux, pourrait nous éclairer sur la proportion évitable de ces consultations, possiblement abusives.

Cependant l'évaluation réalisée dans le territoire pionnier de PA ̃ au bout de 2 ans, démontre qu'une organisation médicale bien connue de la population, est non seulement rassurante mais elle dénote clairement d'une réduction des demandes de soins. (20)

Concernant l'économie réalisable sur les transports sanitaires, elle est clairement sous-évaluée compte tenu du fait que les indemnités kilométriques et le forfait urgence ne sont pas pris en compte dans les calculs (les données ne sont pas disponibles).

Au total on obtiendrait facilement plus de 250 000 euros d'économie. En ces temps de restriction budgétaire draconienne, conduisant à des fermetures de lits et des suppressions de postes dans les hôpitaux, PA ̃ est plus que jamais une solution d'avenir dont il faut s'inspirer.

Par ailleurs, il ressort du dernier rapport de la Cour des Comptes, que le coût moyen en 2016 pour l'assurance maladie, quel que soit le degré de gravité de la pathologie du patient, d'un passage aux urgences sans hospitalisation en UHCD, ait été estimé à 148 euros. (5)

Notre travail ayant montré que 9951 passages aux urgences seraient évitables, et compte tenu du fait que la consultation de médecine générale coûte 25 euros, **il s'avère qu'une économie de 1 223 973 euros pourrait être réalisée sur un an, pour une prise en charge ambulatoire bien organisée sur un bassin de vie de 200 000 habitants.**

4.3. Ouverture

Comme nous l'avons dit ci-dessus il serait intéressant d'évaluer l'impact de PAÏ sur les urgences pédiatriques. Passés en cours d'internat aux urgences pédiatriques de Chartres, nous mesurons l'ampleur du travail de proximité à réaliser pour éviter que des parents inquiets, souvent mal informés et mal orientés, amènent leurs enfants systématiquement à l'hôpital pour des troubles mineurs.

Une étude prospective et qualitative de terrain pourrait être effectuée à Chartres pour étayer ce travail, car d'après l'étude de la DREES de 2014, «la plupart des patients se rendent aux urgences dans la journée et en début de soirée, jusqu'à 20 heures » et que «la situation qui a conduit les patients à s'y présenter a débuté le jour même pour plus de 50 % d'entre eux ». Enfin «76 % des patients repartent à leur domicile ». (12)

Ces chiffres ont été confirmés par plusieurs études (28) et thèses (29), dont l'une réalisée en Picardie (30), qui montre que plus de 80 % des patients qui arrivent aux urgences se seraient bien contentés de consulter en amont un médecin généraliste si cela avait été possible.

PAÏ est bien l'alternative à généraliser sur l'ensemble du territoire face à ces constatations accablantes.

Nos concitoyens âgés et à mobilité réduite devraient également pouvoir bénéficier de ce dispositif. Nous avons montré qu'un patient sur deux de plus de 75 ans est hospitalisé pour un motif de médecine générale. Un travail spécifique sur cette population pourrait être réalisé car là se trouve une des causes de l'encombrement des urgences et de la saturation des services, de gériatrie notamment, avec tous les risques inhérents.

PAÏ permet d'accorder plus de temps à ces patients fragiles, souvent polypathologiques, afin d'éviter l'hospitalisation ou d'organiser celle-ci en amont avec les services concernés, pour fluidifier le parcours de soins.

5. Conclusion

Cette étude montre combien il est primordial de mettre en place un maillage territorial avec une organisation telle que PA 3 la propose.

Ce dispositif satisfait aussi bien les patients qui trouvent une offre de proximité adaptée, que les médecins qui bénéficient de conditions de travail optimales, particulièrement recherchées par la jeune génération.

Les hôpitaux peuvent ainsi s'appuyer sur les généralistes pour désengorger les urgences, et les médecins hospitaliers sont en lien avec eux pour organiser les sorties des patients dans de bonnes conditions.

La médecine de proximité citadine comme rurale, doit conserver une place centrale dans le parcours de soins, et développer des actions de préventions en santé publique (vaccination, dépistage, formation des personnels d'EHPAD, éducation thérapeutique des patients ...) comme le permet déjà PA 3. Ces actions doivent être encouragées et valorisées car c'est autant d'hospitalisations et de dépenses évitées.

Le dispositif PA 3 est une innovation probante qui satisfait aussi bien les usagers, les professionnels de santé et surtout les élus locaux notamment dans le cadre d'un aménagement sanitaire du territoire.

Il est simple, souple, facilement transposable et favorise le regroupement naturel des professionnels de toutes catégories au sein des territoires.

En toute transparence, les « pa 3 » et les pilotes rendent compte tous les semestres aux différents financeurs en présentant un bilan d'activité.

PA 3 constitue un modèle avant-gardiste dont devrait s'inspirer le plan Santé 2022 et la création, si besoin, de ses CPTS.

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

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

Bibliographie

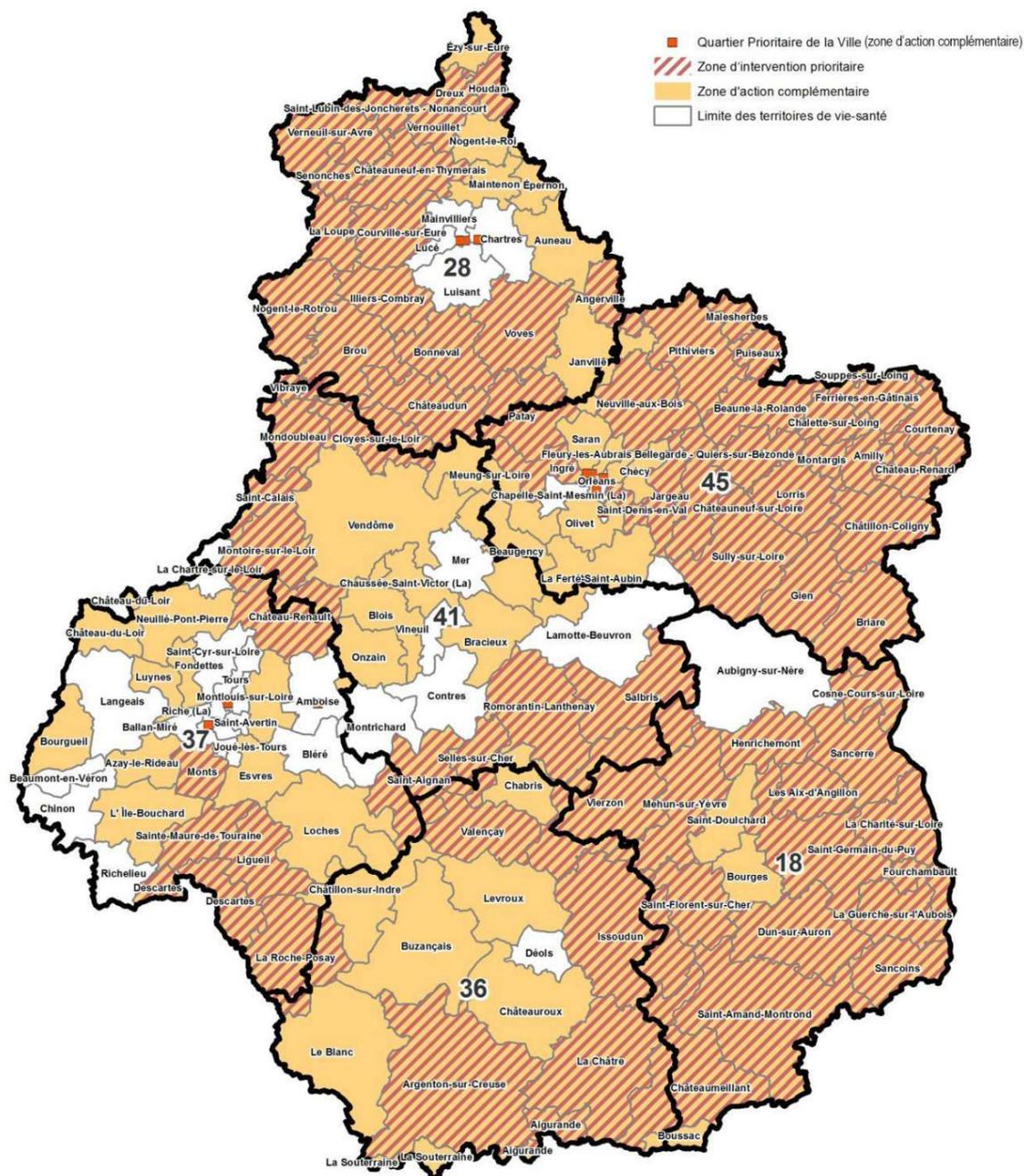
1. La permanence des soins : quelle implication des médecins libéraux dans la prise en charge des soins non programmés - groupe_9.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2017]. Disponible sur: http://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/mip/groupe_9.pdf
2. Le rapport public annuel 2014 [Internet]. Cour des comptes. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2014>
3. Novactive P by. Un chercheur s'est penché sur l'évaluation de Païs [Internet]. lanouvellerepublique.fr. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <https://www.lanouvellerepublique.fr/loir-et-cher/un-chercheur-s-est-penche-sur-l-evaluation-de-pais>
4. [EXCLU] Face aux inquiétudes des médecins, les réponses du directeur de la Cnam - Les Généralistes-CSMF [Internet]. [cité 7 août 2019]. Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2019/01/17/exclu-face-aux-inquietudes-des-medecins-les-reponses-du-directeur-de-la-cnam/>
5. Le rapport public annuel 2019 [Internet]. Cour des comptes. [cité 25 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019>
6. Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
7. Portrait des professionnels de santé - édition 2016 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 25 juin 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016#Ouvrage>
8. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes [Internet]. [cité 25 juin 2019]. Disponible sur: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:f3ACBUyJO5YJ:https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/PP.4-7_EXERCER_85.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-d
9. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 25 juin 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-medecins-d-ici-a-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et-plus>
10. Carol G. Motivations des jeunes médecins à l'installation en milieu rural en région Pays de la Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2014.
11. DUMAS - Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance - Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés [Internet]. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00904065>
12. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 1 déc 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/urgences-la-moitie-des-patients-restent-moins-de-deux-heures-hormis-ceux>

13. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé - Sénat [Internet]. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-685-notice.html>
14. DICOM_Jocelyne.M. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé 2018 [cité 30 nov 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>
15. ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
16. Trabut F. Impact de la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS) sur la fréquentation des services d'urgences des hôpitaux de Blois, Amboise et Tours [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2012.
17. Figwer T, Chartier G, Iéneau A. Retentissement de la plateforme alternative en innovation santé (PAIS) sur la fréquentation aux services d'urgences de Blois et de Romorantin-Lanthenay entre 2009 et 2012. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2013.
18. Schick J. Etude comparative de l'incidence de PAIS (plateforme alternative d'innovation en santé) sur le recours aux urgences entre trois communautés de communes en Loir-et-Cher [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2016.
19. Massiani M. Label Territoire Innovant [Internet]. les interconnectés. [cité 20 août 2019]. Disponible sur: <http://www.interconnectes.com/label-territoire-innovant/>
20. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457- 502.
21. CNPS - Centre National des Professions Libérales de Santé - Table ronde 1 - Quels territoires de santé ? PRS, zonages, bassins de vie [Internet]. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <http://www.cnps.fr/content/view/901/137/>
22. Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicator&i=tcrd021.estim_pop_ensemble&s=2018&view=map3
23. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#s=2018;l=fr;i=demo_med.dens_tte_act;v=map4
24. Arrêté régional du nouveau zonage médecin [Internet]. [cité 26 août 2019]. Disponible sur: <http://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/arrete-regional-du-nouveau-zonage-medecin>
25. Les diagnostics territoriaux partagés en Centre-Val de Loire, par département [Internet]. [cité 23 août 2019]. Disponible sur: <http://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/les-diagnostics-territoriaux-partages-en-centre-val-de-loire-par-departement>
26. Les Communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS [Internet]. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <http://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/les-communaut-es-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts>

27. DICOM_Gabriel.DS, DICOM_Gabriel.DS. Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé 2019 [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-des-delegues-nationaux-a-l-acces-aux-soins>
28. Gentile S, Durand A-C, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients «non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 1 févr 2009;57(1):3- 9.
29. Identification des motivations des consultants aux urgences de l'hôpital d'instruction des Armées Legouest. J Eur Urgences Réanimation. 1 déc 2017;29(4):279- 87.
30. Morcant F, Sahbi S. Etat des lieux des consultants aux urgences du Centre hospitalier d'Abbeville relevant de la médecine générale. Amiens, France: Université de Picardie; 2015.

Annexe 1

Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de médecin, en région Centre-Val de Loire
Identification des zones d'intervention prioritaire et des zones d'action complémentaire



0 20 km

Réalisation : ARS Centre-Val de Loire - Novembre 2017



Annexe 2 : classification des motifs d'admission

Pas de motif d'admission

- 0
- Autre motif non identifié

Altération de l'état général

- AEG asthénie fatigue
- Dénutrition
- Anorexie

Anxiété/dépression

- Anxiété
- Inquiétude sur sa santé
- Syndrome dépressif

Céphalées/vertiges

- Algie vasculaire de la face
- Céphalées
- Migraines SP
- Vertiges

Chute

- Chute

Diabète

- Diabète sans complication
- Hypo et hyperglycémie

Grippe

- Grippe

Malaise

- Malaise vagal

Polyalgies

- Arthrose SP
- Douleur abdominale
- Douleur pariétale
- Douleur pelvienne, périnéale
- Douleur dentaire SP
- Douleur dorsale
- Douleur d'un membre
- Douleur lombaire
- Douleur sein
- Douleur SP
- Douleur thoracique
- Douleurs cervicales
- Douleurs musculaires
- Sciatalgies
- Torticolis

Affections cardiovasculaires et respiratoires

- Asthme
- Bronchite aiguë
- Hypertension
- Hypotension orthostatique
- Palpitations
- Phlébites profondes et superficielles
- Thromboses des membres inférieurs
- Toux

Affections digestives

- Brûlure digestive
- Constipation
- Diarrhées
- Gastrite
- Gastroentérite
- Hémorroïdes
- Trouble du transit

Affections rénales et urogénitales

- Brûlure génito-urinaire
- Cystite
- Dysurie
- Écoulement urétral
- Phimosis, paraphimosis
- Prostatite
- Pyélonéphrite

Affections ORL et oculaire

- Algie ophtalmique
- Angine
- CE oculaire
- Conjonctivite
- Epistaxis
- Otalgie
- Otite externe et moyenne
- Otorragie
- Sinusite
- Surdité trouble de l'audition

Affections cutanées

- Abscès furoncle
- Allergie
- Dermatose de contact
- Eruption cutanée SP
- Erysipèle
- Escarre
- Hématome ongle doigt
- Herpes
- Infection cutanée
- Infection plaie secondaire

- Kyste folliculaire
- Œdème localisé
- Ongle incarné
- Panaris
- Piqûre
- Prurit SP
- Urticaire SP
- Zona

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'S. S. P.' or similar, written in a cursive style.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

GAUTHIER Cassien

55 pages – 32 tableaux – 1 figure

Résumé :

Les contraintes sociales, médicales et démographiques déstabilisent le système de santé en France et conduisent les services d'urgences à jouer un rôle de premier recours, faute d'une offre médicale disponible et organisée en ville.

L'effectif des médecins généralistes va continuer de diminuer jusqu'en 2025 alors que la demande de soins non programmés explose, que les urgences sont sur-fréquentées et que les hôpitaux font face à des restrictions budgétaires sans précédent, associant suppression de lits et de personnels.

Ce travail propose d'étudier l'impact de la transposition du dispositif PAÏS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé) dans l'arrondissement chartrain (Eure-et-Loir). Ce dispositif, reposant sur la base du volontariat, propose l'organisation des médecins d'un même territoire, ou bassin de vie, afin de prendre en charge en semaine de 8h à 20h, et le samedi de 8h à 12h, les consultations imprévues. PAÏS a fait ses preuves depuis dix ans dans le sud du Loir-et-Cher, en maintenant puis renforçant l'offre de soins dans des zones rurales alors menacées par la désertification médicale. In fine, PAÏS favorise une prévention collective, apporte une réponse de proximité aux besoins de la population et contribue au désengorgement des urgences des hôpitaux de proximité (avec une baisse de 20 % du recours aux urgences des plus de 75 ans).

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective portant sur l'ensemble des passages aux urgences de l'Hôpital Louis Pasteur de Chartres sur l'année 2017, qui relèveraient de la médecine ambulatoire. Ont été exclus les patients de moins de 14 ans, les patients n'habitant pas dans le bassin de vie chartrain ainsi que les patients nécessitant une prise en charge en urgence ou un avis spécialisé.

Notre étude analyse le motif d'admission, l'heure d'arrivée (heures ouvrables des cabinets telles que proposées par PAÏS) et le statut du patient à l'issue de sa prise en charge (externe ou hospitalisé).

Ainsi pour tout âge et motifs confondus, 75 % des consultants regagnent leur domicile, et parmi ceux-ci, seulement un patient sur deux de plus de 75 ans est sortant.

Il ressort de cette analyse, une économie potentielle et réalisable sur les transports sanitaires qui serait estimée à plus de 250 000 euros. En se référant au rapport de février 2019 de la Cour des Comptes, une prise en charge ambulatoire bien organisée permettrait d'économiser, pour les 9951 passages, une somme de 1 223 973 euros.

Ainsi grâce à PAÏS il est possible de soigner mieux à moyens constants en préservant des soins de qualité et une sécurité pour les usagers. Cette organisation médicale est une garantie pour un exercice professionnel regroupé dans les territoires ruraux et péri urbains, attractive pour les jeunes généralistes et les paramédicaux. Elle permet aussi de dégager du temps pour des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, puis de formation du personnel des EHPAD.

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

Jury :

Président du Jury : Professeur Dominique PERROTIN

Directeur de thèse : Docteur Isaac GBADAMASSI

Membres du Jury : Professeur Eustase JANKY

Professeur Louis BERNARD

Docteur Yannick LEGEAY

Date de soutenance : 23 septembre 2019