

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2019

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 17 octobre 2019, à Poitiers
par **Monsieur Arthur LALLIER**

**Activité des Centres de Soins Non-Programmés de
Nouvelle-Aquitaine**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres : Monsieur le Professeur Bernard FRECHE

Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bertrand DRUGEON

Remerciements

À Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Vous qui me faites le grand honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez accepter l'expression de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Professeur Bernard FRECHE

Vous qui avez accepté de faire partie de ce jury, veuillez accepter en retour ma reconnaissance et mes remerciements.

À Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Vous qui avez accepté de juger mon travail, je vous en remercie.

À Monsieur le Docteur Bertrand DRUGEON

Sans qui tout ce travail n'aurait pas été possible. Tu as su m'épauler, me guider quand il le fallait, autant sur cette thèse que lors de mon passage au CHU. J'espère arriver un jour à ton niveau de compétence.

À l'Observatoire Régional des Urgences

Sans lequel cette étude n'aurait pas été réalisable, et tout particulièrement Laurent Maillard, coordonnateur médical et Pierre Mensan, Data manager Géomaticien.

À Madame le Docteur BRUNO-STEFANINI

Qui a su être une marraine disponible, à l'écoute durant tout mon internat.

Aux Docteurs JOUINI, VILLEMONTAIX, ROY, CHARPENTIER, GEST, SLING

Qui m'ont épaulé lors de ma première année d'internat.

Aux Docteurs ERRABIA, HAMMADI, PAIN, DRUGEON, HURY, OTTAVY et bien d'autres

Qui m'ont aidé à avancer lors d'une deuxième année pas facile pour moi.

Au Docteur TUDREJ.

Pour son écoute précieuse.

Aux Docteurs DESLANDES, VEYSSIERE et GERBAUD

Qui m'ont fait découvrir une autre médecine en somatique en psychiatrie.

Aux Docteurs SEREZ, LAIDET et LAFAYE

Qui m'ont accordé leur confiance lors de mon Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée.

À ma mère, Docteur LALLIER, première du nom

Qui m'a entraîné dans les études de médecine, bien malgré elle.

À mon père

Qui m'a toujours soutenu, sans en avoir l'air.

À Vincent, Salma, Antonin, Pierre Louis.

Pour les heures passées en BU, et ailleurs. J'ai hâte d'assister à votre thèse.

À Marion, François, Max, Guillaume, Elise, Eugénie, Mathilde, Leslie...

Merci pour ce semestre haut en couleurs.

À Mateusz, Maxence, Marion, Valentin, Zoé...

Et tous les autres internes que j'ai pu croiser lors de mon cursus.

À Romain, Nicolas, Luc, Mokhtar, Yannick, Thierry, Bruno, Valérie, Alex et Céline.

Qui m'aident à sortir de la médecine de temps en temps.

À Maé

Pour son amour inconditionnel, mais surtout sa patience et son aide précieuse, j'espère te rendre un jour ce que tu m'as donné.

À Lupus et Fluffy

Mes deux plus fidèles compagnons dont la féline introspection m'a toujours apaisé et inspiré.

Et au futur nouveau venu,

Qui va bouleverser notre vie, sans aucun doute.

Abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
CCMU	Classification Clinique des Malades aux Urgences
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSNP	Centre de Soins Non Programmés
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
GHT	Groupe Hospitalier Territorial
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoires
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
ORL	Otorhinolaryngologie
ORU	Observatoire Régional des Urgences
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Table des matières

INTRODUCTION	1
METHODOLOGIE.....	3
SCHEMA DE L'ETUDE	3
OBJECTIF PRINCIPAL ET CRITERES DE JUGEMENT	3
OBJECTIF SECONDAIRE ET CRITERES DE JUGEMENT	4
ANALYSE STATISTIQUE	4
LES CENTRES DE SOINS NON PROGRAMMES.....	6
I. A L'ETRANGER.....	6
II. EN FRANCE	7
ÉTUDE DES CENTRES DE SOINS NON PROGRAMMES DE NOUVELLE AQUITAINE.....	9
I. CSNP DE THOUARS.....	9
A. <i>Présentation du CSNP de Thouars</i>	9
B. <i>Activité du CSNP de Thouars</i>	10
1. Résultats	10
2. Interprétation	11
C. <i>Efficacité du CSNP de Thouars</i>	12
II. CSNP DE PARTHENAY.....	13
A. <i>Présentation du CSNP de Parthenay</i>	13
B. <i>Activité du CSNP de Parthenay</i>	14
1. Résultats	14
2. Interprétation	15
C. <i>Efficacité du CSNP de Parthenay</i>	15
III. CSNP DE LOUDUN	17
A. <i>Présentation du CSNP de Loudun</i>	17
B. <i>Activité du CSNP de Loudun</i>	18
1. Résultats	18
2. Interprétation	19
C. <i>L'efficacité du CSNP de Loudun</i>	19
IV. DISCUSSION	20
CONCLUSION	24
BIBLIOGRAPHIE.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
ANNEXES.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

Introduction

Les soins non programmés sont définis comme des consultations et actes de médecine générale, sans rendez-vous, associés ou non à des actes techniques (1). L'accès à ces soins est un enjeu de santé publique majeur actuellement en France et ce pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, nous notons une diminution de l'offre en médecine libérale et une baisse constante du nombre de médecins généralistes ces dernières années, en effet, les effectifs en France ont diminué de 8,4% sur la période 2007-2016, alors que le nombre de spécialistes est en hausse de 7% au cours de la même période (2). Cette diminution devrait se poursuivre jusqu'en 2025 (3). D'ailleurs, les médecins généralistes ont un rôle primordial dans la prise en charge des soins non programmés. Ces derniers représentent 12 % du total des consultations annuelles et concernent deux fois plus les enfants et les jeunes adultes que les personnes âgées, avec des pics en fin de matinée et fin d'après-midi (4). Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), les soins sans critères d'urgences vraies représentent 20% de l'activité des Services d'Accueil des Urgences (SAU) (5).

Par ailleurs, la demande de soins a explosé ces dernières années. La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) recensait 10,1 millions de passages aux urgences en 1996, elle en dénombre 20,2 millions en 2015 (6). De plus, le vieillissement de la population entraîne une augmentation du besoin en soins, et notamment en soins hospitaliers. En effet, si les 65 ans et plus étaient 9 millions en 1998, ils étaient 11 millions en 2014. Il en est de même pour les 75 ans et plus passant de 4 millions en 1998 à presque 6 millions en 2014 (7). En 2010, un tiers des personnes de plus de 75 ans, affiliées au régime général, ont été hospitalisés en médecine ou chirurgie, contre 25% des personnes de 60 à 74 ans. Cette même année et parmi ces tranches d'âge, la part d'hospitalisation non programmée représentait respectivement 14 % et 5 % (8).

Tous ces facteurs sont responsables d'une inadéquation entre l'offre de santé et la demande de soins non programmés. De nombreuses pistes sont étudiées actuellement pour répondre à cette problématique.

Par exemple, le déploiement de SOS Médecin dans les grandes villes a permis d'absorber une partie de la demande de soins. Leurs centres reçoivent chaque année 6 millions d'appels et ouvrent 4 millions de dossiers médicaux qui donnent lieu à 2,5 millions de visites à domicile, 900 000 consultations dans les points fixes d'accueil de ces associations et 700 000 conseils médicaux (9).

On peut noter également la création de maisons médicales de garde depuis le début des années 2000. Elles permettent ainsi la permanence de soins, et assurent des consultations de médecines générales les nuits et weekends (10). En 2018, 451 maisons médicales de gardes sont répertoriées en France (11).

En zone rurale, l'accès aux soins primaires est un objectif majeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Nouvelle Aquitaine. L'aide à l'installation des médecins généralistes en zones sous dotées, le développement des maisons de santé pluri-professionnelles, et la création de Centres de Soins Non Programmés (CSNP) vont dans ce sens (12).

Selon l'ARS, les CSNP proposent des consultations et des actes de médecine générale, sans rendez-vous, associés ou non à des actes techniques, à destination de patients régulés par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) ou se présentant de manière spontanée. Ils peuvent être fermés la nuit, mais bénéficient d'horaires élargis en journée. Ils doivent comprendre au moins un médecin généraliste, une ressource paramédicale et une ressource administrative (1).

L'ARS organise également la prise en charge d'urgences vitales en moins de 30 minutes avec la création d'antennes de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) (13). C'est ainsi qu'ont été créés des centres mixtes SMUR/CSNP, afin de répondre à ce double objectif.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'activité des CSNP en Nouvelle Aquitaine depuis leur création.

Méthodologie

Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective et multicentrique comparant les différentes structures de la région Nouvelle Aquitaine avant et après qu'elles soient redéfinies en CSNP. Les centres concernés sont Parthenay, Thouars, et Loudun. L'ouverture trop récente du CSNP de La Réole ne nous a pas permis de l'inclure dans cette étude.

Nous avons comparé deux périodes pour chaque centre : soit un an avant leur redéfinition en CSNP et un an après. Le CSNP de Loudun est ouvert depuis le 1^{er} août 2017. Les CSNP de Parthenay et Thouars sont quant à eux ouverts depuis le 11 juin 2018.

Objectif principal et critères de jugement

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'activité de ces centres de soins non programmés.

Les critères d'évaluation retenus sont les suivants (14) :

- Le nombre de passages par an et le nombre moyen de passages par jour
- Le taux de patients de moins de 18 ans
- Le taux de patients de plus de 75 ans
- Le taux de passages selon les catégories de la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)
- La répartition des passages selon le diagnostic principal :
 - Taux de passage concernant la traumatologie
 - Taux de passage concernant les pathologies psychiatriques
 - Taux de passage concernant la toxicologie
 - Taux de passage concernant les pathologies digestives
 - Taux de passage concernant les pathologies ORL
 - Taux de passage concernant les pathologies infectieuses
 - Taux de passage concernant les pathologies cardiovasculaires
 - Taux de passage concernant les pathologies neurologiques

- La répartition du nombre de passages selon les créneaux horaires suivants :
 - Taux de passage la nuit entre 20h et 00h
 - Taux de passage en nuit profonde entre 00h et 08h pour les centres ouverts la nuit
- Pour les centres mixtes (CNSP et antenne SMUR), le nombre moyen de sorties journalières du SMUR
- Le nombre de radiographies réalisées par jour
- Le nombre de biologies réalisées par jour.
- Des critères d'orientation
 - Le taux d'hospitalisation
 - Le taux de retour au domicile
 - Le taux de mortalité.

Objectif secondaire et critères de jugement

L'objectif secondaire de cette étude est d'évaluer l'efficacité de ces CSNP.

Les critères d'évaluation retenus sont les suivants (14):

- Les durées moyennes de passage par admission
- Le temps moyen de prise en charge
- Le nombre de patients partis sans attendre
- Le taux de temps de passage < 2 heures
- Le taux de temps de passage < 4 heures
- Le taux de temps de passage > 6 heures

Analyse statistique

Le recueil de données sera effectué à l'aide de la base de données de l'Observatoire Régional des Urgences de la Nouvelle Aquitaine.

Les variables quantitatives seront décrites par leur moyenne et écart-type ou médiane et écart interquartile selon la normalité de la distribution. Les variables qualitatives seront décrites en effectif et pourcentage.

La comparaison de proportions a été réalisée avec un test Z. Une valeur de p inférieure à 0,05 est considérée comme statistiquement significative.

Les Centres de Soins Non Programmés

I. A L'étranger

L'organisation des soins primaires est propre à chaque pays industrialisé. On distingue plusieurs types de modèles. Le modèle normatif hiérarchisé, qu'on retrouve en Espagne, en Finlande et en Suède, où tout est cadré par la législation : le nombre de médecin par habitant, la définition d'aires de population, avec pour chaque aire, un centre de soins primaires dédié. Le modèle professionnel hiérarchisé de la Grande-Bretagne et de Pays-Bas, où le cadre légal est moins strict mais où un projet global de soins primaires est explicité. Le médecin généraliste a un rôle important d'organisation, et de filtre d'orientation pour les spécialistes, qui exercent majoritairement à l'hôpital. La France dispose elle, d'un système professionnel non hiérarchisé caractérisé par l'absence de projet global explicite des soins primaires, mais également par l'absence d'organisation populationnelle et territoriale des soins ambulatoires (15). Ce système est actuellement en cours de restructuration, le rapport de Mr Le Député Mesnier propose des axes d'amélioration.

L'organisation de la réponse aux besoins en soins non programmés est également très variable en fonction des pays. Si les CSNP paraissent novateurs, ils existent depuis bien plus longtemps au niveau international. Ils sont couramment nommés « urgent care center » ou « walk-in center » dans la littérature.

Ces centres ont vu le jour aux États-Unis dans les années 1970. Ils doivent être ouverts 7 jours sur 7, sous la direction d'un médecin, ont l'obligation d'avoir du matériel de diagnostic, et prennent en charge un large panel de pathologies (16). Ces centres ont un rôle important dans la prise en charge des soins non programmés, à moindre coût pour le patient, par rapport à un service d'urgence classique (17).

Le Royaume-Uni a quant à lui créé des unités de soins de premiers recours à partir de 1999. Ils sont ouverts de 7h à 22h, 7 jours sur 7 et sont situés à proximité des lieux de travail et des grands centres de flux de population. Certains de ces centres de soins primaires sans rendez-vous sont équipés pour réaliser des radiographies et

sont même spécialisés dans la petite traumatologie (18). La principale particularité de ces centres réside dans le fait que les patients sont initialement pris en charge par des infirmières expérimentées, qui prennent en charge les affections et traumatismes mineurs. Elles sont aidées par un logiciel d'évaluation clinique (19, 16).

Un CSNP a été également créé à Parme, en Italie, en 2003, à proximité d'un service d'urgences. Ce centre est ouvert de 8h à 20h et la prise en charge est assurée par des médecins généralistes. Les patients peuvent venir spontanément, ou sont orientés par le service d'urgence voisin (21).

En Espagne, chaque bassin de population de 5 000 à 25 000 habitants a, depuis 1986, son propre centre de santé de soins primaires, ouvert 24 heures sur 24 (15). Ces centres ont un rôle plus large, et assurent également la prise en charge des soins programmés.

En Israël, des centres analogues ont ouvert à partir de 1988 (22), la plupart de ceux-ci étaient initialement actifs seulement en soirée et le weekend, certains ouvrent désormais 24 heures sur 24. Il en existe des publics et des privés.

II. En France

Pour rappel, les soins non programmés sont des consultations et actes de médecine générale, sans rendez-vous, associés ou non à des actes techniques. Le but initial des CSNP était de répondre à la demande de soins non programmés en journée, pour éviter l'engorgement des services d'urgences (1). La transformation de SAU en CSNP est envisagée lorsque l'activité du SAU est en diminution, associée à un faible taux d'hospitalisation. L'équipe doit se composer d'au moins un médecin généraliste, d'une ressource paramédicale, et d'une ressource administrative. L'ARS préconise une ouverture de 8h à 22H, 7 jours sur 7. Ces centres peuvent disposer d'un petit plateau technique, pour réaliser des radiographies et de la biologie d'urgence, sans aucune obligation légale cependant (1). Les centres étudiés ayant un double rôle, CSNP et antenne SMUR, le médecin présent est de fait un médecin urgentiste.

Ces centres ne prennent pas en charge les urgences de type CCMU 3 et plus (9), d'où l'intérêt d'une régulation efficace en amont. Il existe des CSNP privés, adossés à des cliniques, d'autres créés par des médecins libéraux, dont la création n'est pas toujours accompagnée par l'ARS.

Par exemple, à Valognes, dans le département de La Manche, un centre est ouvert 10 heures par jour, 5 jours sur 7 et ferme pendant les vacances scolaires, les patients y sont systématiquement régulés par le SAMU centre 15 (23). Le CSNP de Thann, dans le Haut-Rhin, est adossé à une clinique et ouvre 7 jours sur 7, de 8h30 à 20h30, les patients y sont orientés soit par leur médecin traitant, soit par le SAMU centre 15. Ils peuvent s'y rendre également de manière spontanée (24).

Les CSNP sont donc multiples, et n'ont pas encore de réel cadre légal.

Étude des Centres de soins non programmés de Nouvelle Aquitaine

I. CSNP de Thouars

A. Présentation du CSNP de Thouars

Thouars est une ville de 9 519 habitants et la Communauté de Communes du Thouarsais comprend 36 107 habitants. Le site cartosante.atlasante.fr répertorie 27 médecins généralistes sur la communauté de commune. Les Centres Hospitaliers (CH) les plus proches sont Faye-l'Abbesse, situé à 30 minutes en voiture, et Saumur, à 40 minutes. Le CSNP de Loudun est à 30 minutes, celui de Parthenay à 40 minutes.

L'isolement de cet important bassin de population justifie le maintien d'une antenne médicale.

Le CSNP de Thouars a ouvert le 11 juin 2018, après le transfert du SAU sur le Centre Hospitalier de Faye L'Abbesse. Il est ouvert 24 heures sur 24. Une équipe SMUR comprenant un médecin urgentiste, un infirmier et un ambulancier, est présente 24 heures sur 24, un infirmier supplémentaire et un manipulateur radio sont présents quant à eux, de 8h à 20h. Si l'absentéisme du manipulateur radio est marginal, soit 2 journées d'absence de janvier à mai 2019, il est beaucoup plus important sur le poste d'infirmier de journée avec 60 journées d'absence sur la même période.

À partir de 20h, un téléphone est mis à disposition des patients devant le CSNP, pour appeler le centre 15, qui les réorientera en cas d'absence de l'équipe médicale.

Le centre dispose du nécessaire pour réaliser des radiographies, ainsi que d'automates, pour le dosage de la troponine, du ionogramme sanguin, des gaz du sang, de la CRP, des D-dimères et du BNP. Il n'y a pas de biologiste sur place, ni de lits d'hospitalisation.

B. Activité du CSNP de Thouars

1. Résultats

Tableau n°1. Comparaison des critères d'activité de la période du 11/06/2017 au 10/06/2018, soit la dernière année du SAU de Thouars, et du 11/06/2018 au 11/06/2019, soit la première année après l'ouverture du CSNP.

Critères d'activité		SAU n (%)	CSNP n (%)	Delta	IC (95%)	p value
	RPU	14847	3162			
Age						
	< 18 ans	3027 (20%)	808 (26%)	-0,052	] -0,068; -0,035[	<0,05
	> 75 ans	2932 (20%)	225 (7%)	0,126	] 0,115; 0,138[	<0,05
CCMU						
	CCMU 1	2031 (14%)	475 (15%)	-0,013	] -0,027; 0,0004[	0,06
	CCMU 2	10583 (71%)	2551 (81%)	-0,09	] -0,110 ; -0,078 [	<0,05
	CCMU 3	2053 (14%)	126 (4%)	0,10	] 0,09 ; 0,107 [	<0,05
	CCMU 4	155 (1%)	5 (0,2%)	0,009		<0,05
Type de pathologie						
	Traumatologie	5196 (35%)	1486 (47%)	-0,12	] -0,14 ; -0,10[	<0,05
	Psychiatrie	0	0			
	Toxicologie	227 (2%)	32 (1%)	0,005	] 0,001; 0,009[	<0,05
	Appareil digestif	1382 (9%)	152 (5%)	0,045	] 0,036; 0,054 [	<0,05
	ORL	846 (6%)	223 (7%)	-0,014	] -0,023 ; -0,004 [	<0,05
	Infectiologie	170 (1%)	45 (1%)	-0,003	] -0,007 ; 0,002 [	0,26
	Cardiologie	867 (6%)	76 (2%)	0,034	] 0,028 ; 0,041 [	<0,05
	Neurologie	442 (3%)	60 (2%)	0,011	] 0,005; 0,016[	<0,05
Horaires de passage						
	20h-0h	2040 (14%)	266 (8%)	0,053	] 0,042; 0,065[	<0,05
	0h-8h	1395 (9%)	153 (5%)	0,046	] 0,037; 0,055[	<0,05
Orientation						
	Hospitalisations	3476 (23%)	141 (5%)	0,19	] 0,18 ; 0,20[	<0,05
	Retour à domicile	11366 (77%)	3015 (95%)	-0,19	] -0,20 ; -0,18[	<0,05

831 actes radiologiques ont été réalisés du 11/06/2018 au 31/05/19 sur le CSNP de

Thouars, ainsi que 154 actes biologiques

On dénombre 530 sorties primaires, et 43 secondaires en 2018-2019.

Les données concernant ces critères d'activité ne sont pas connues lorsque le centre de Thouars était encore un SAU.

2. Interprétation

L'activité du CSNP de Thouars correspond particulièrement à la définition des objectifs initiaux établis par l'ARS. Effectivement, 95,8% des passages sont catégorisés en CCMU 2 ou moins, et les pathologies prédominantes sont la traumatologie et l'ORL. Ce centre prend en charge davantage de patients jeunes que de patients âgés. Enfin le taux d'hospitalisation est très faible. Pour rappel, le taux d'hospitalisation moyen d'un SAU en France est de 20% (25).

La comparaison des chiffres avant et après l'ouverture du CSNP a mis en évidence plusieurs faits pertinents :

- Une diminution importante de l'activité du CSNP par rapport au SAU.
- Une diminution des passages catégorisés CCMU 3 et 4, ce qui signifie que les patients de ce centre ont un état de santé moins graves qu'auparavant et relèvent plus d'une patientèle de médecine générale.
- Une modification de la population prise en charge, avec une diminution de la proportion des patients de plus de 75 ans, et une augmentation des patients de moins de 18 ans pour le CSNP.
- La proportion de pathologies ORL et traumatologiques est également en augmentation pour le CSNP.
- Nous notons également une diminution du nombre de passages en soirée et en nuit profonde pour le CSNP par rapport au SAU, reflétant une bonne régulation médicale en amont.
- Enfin, nous remarquons une diminution importante du taux d'hospitalisation, qui témoigne d'une bonne régulation en amont, les patients les plus à risque d'être hospitalisés étant envoyés vers les SAU voisins.

C. Efficacité du CSNP de Thouars

1 - Résultats

La durée moyenne de passage au CSNP de Thouars est de 3h43.

Tableau n°2. Comparaison des critères d'efficacité de la période du 11/06/2017 au 10/06/2018, soit la dernière année du SAU de Thouars, et du 11/06/2018 au 11/06/2019, soit la première année après l'ouverture du CSNP.

Critères d'efficacité	SAU n (%)	CSNP n (%)	Delta	IC (95%)	p value
Durée moyenne de passage (min)	187	223			
PSA	108 (1%)	6 (0,2%)	0,005	] 0,003; 0,008[	<0,05
Prise en charge <2h	5761 (39%)	1640 (52%)	-0,13	] -0,150; -0,112[	<0,05
Prise en charge <4h	11189 (75%)	2374 (75%)	0,003	] -0,014; 0,020[	0,76
Prise en charge >6h	1366 (9,2%)	464 (15%)	- 0,055	] -0,068; -0,042[	<0,05

Le nombre de patients partis sans attendre (PSA) est significativement plus élevé pour le SAU tout comme le taux de prise en charge supérieur à 6 heures. Le taux de prise en charge en moins de 2 heures est lui à l'avantage du CSNP. Il n'y a pas de différence significative sur le taux de prise en charge inférieure à 4 heures. Le temps de prise en charge moyen n'est pas connu.

2- Interprétation

La fréquentation du centre étant en diminution depuis la création du CSNP, l'offre de soins semble être plus en adéquation avec la demande de soins non programmés. On note en effet une diminution du nombre de patients partis sans attendre, et une augmentation de la proportion de prise en charge inférieure à 2h. Les délais moyens de prise en charge ne sont pas connus.

II. CSNP de Parthenay

A. Présentation du CSNP de Parthenay

Parthenay est une ville de 10 928 habitants et l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) recensait une population totale de 37 956 habitants pour l'Intercommunalité-Métropole de la Communauté de Communes de Parthenay-Gâtine.

Les Centres Hospitaliers les plus proches sont Faye-l'Abbesse, à 30 minutes de route, et Niort, à 45 minutes. Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers est à 1 heure en voiture et le CSNP de Thouars est lui à 40 minutes. Le site cartosante.atlasante.fr répertorie 30 médecins généralistes pour la communauté de communes.

Le CSNP de Parthenay a ouvert le 11 juin 2018, après le transfert du SAU sur le CH de Faye L'Abbesse. Il est ouvert 24 heures sur 24. Une équipe SMUR est présente 24 heures sur 24, un infirmier supplémentaire et un manipulateur radio sont présents quant à eux, de 8h à 20h. L'absentéisme du manipulateur radio est marginal, soit 149 journées de présence sur 151 jours de janvier à mai 2019, ainsi que celui du poste d'infirmier de journée, soit 141 journées de présence sur la même période.

À partir de 20h, un téléphone est mis à disposition des patients devant le CSNP, pour appeler le SAMU centre 15, qui les réorientera en cas d'absence de l'équipe médicale.

Sur le plan matériel, le centre dispose du nécessaire pour réaliser des radiographies, et d'automates, pour le dosage de la troponine, du ionogramme sanguin, des gaz du sang, de la CRP, des D-dimères et du BNP. Il n'y a pas de biologiste au sein du centre.

On retrouve sur place un service de Soins de Suite et de Réadaptation et une Unité de Soins de Longue Durée, les entrées directes du CSNP sont très rares.

B. Activité du CSNP de Parthenay

1. Résultats

Tableau n°3. Comparaison des critères d'activité de la période du 11/06/2017 au 10/06/2018, soit la dernière année du SAU de Parthenay, et du 11/06/2018 au 11/06/2019, soit la première année après l'ouverture du CSNP.

Critères d'activité	SAU n (%)	CSNP n (%)	Delta	IC (95%)	p value
RPU	12926	5009			
Age					
< 18 ans	3071 (24%)	1323 (26%)	-0,027	] -0,041; -0,012[	<0,05
> 75 ans	2357 (18%)	500 (10%)	0,083	] 0,072; 0,093[	<0,05
CCMU					
CCMU 1	2015 (16%)	1656 (33%)	-0,17	] -0,19 ; -0,16 [	<0,05
CCMU 2	8884 (69%)	3222 (64%)	0,044	] 0,028 ; 0,060 [	<0,05
CCMU 3	1757 (13%)	117 (2%)	0,113	] 0,105 ; 0,120 [	<0,05
CCMU 4	258 (2%)	13 (0,2%)	0,017	] 0,014 ; 0,020 [	<0,05
Type de pathologie					
Traumatologie	5292 (41%)	2287 (46%)	-0,047	] -0,064 ; -0,031[	<0,05
Psychiatrie	0	0			
Toxicologie	185 (1%)	14 (0,03%)	0,012	] 0,009; 0,014[	<0,05
Appareil digestif	965 (7%)	294 (6%)	0,016	] 0,008; 0,024 [	<0,05
ORL	933 (7%)	535 (11%)	-0,035	] -0,044 ; -0,025 [	<0,05
Infectiologie	194 (1,5%)	90 (2%)	-0,003	] -0,007 ; 0,001[	0,19
Cardiologie	625 (5%)	117 (2%)	0,025	] 0,019 ; 0,031 [	<0,05
Neurologie	261 (2%)	59 (1%)	0,008	] 0,004; 0,012[	<0,05
Horaires de passage					
20h-0h	1852 (14%)	319 (6%)	0,080	] 0,070; 0,089[	<0,05
0h-8h	1201 (9%)	152 (3%)	0,063	] 0,056; 0,070[	<0,05
Orientation					
Hospitalisations	2681 (21%)	165 (3%)	0,17	] 0,17 ; 0,18[	<0,05
Retour à domicile	10243 (79%)	4844 (97%)	-0,17	] -0,18 ; -0,17[	<0,05

1156 actes radiologiques ont été réalisés du 11/06/2018 au 31/05/19 sur le CSNP de Parthenay, ainsi que 364 actes biologiques.

On dénombre 692 sorties primaires, et 64 sorties secondaires en 2018-2019.

Les données concernant ces critères d'activité ne sont pas connues lorsque le centre de Parthenay était encore un SAU.

2. Interprétation

L'activité du centre de Parthenay rencontre les objectifs de la définition des CSNP. En effet, 97,4% des passages sont de type CCMU 2 ou moins et les pathologies prédominantes sont la traumatologie et l'ORL. Ce centre prend davantage en charge d'enfant que de personnes âgées. Enfin le taux d'hospitalisation est très faible (3,3%).

La comparaison des chiffres avant et après l'ouverture du CSNP a mis en lumière plusieurs éléments :

- Une diminution importante de l'activité.
- Une diminution des CCMU 2, 3 et 4 ce qui signifie que les patients de ce centre ont un état de santé moins graves qu'auparavant, ce qui valide le travail d'orientation en amont.
- Une modification de la population prise en charge, avec une diminution de la proportion de patients de plus de 75 ans, et une augmentation des patients de moins de 18 ans pour le CSNP.
- Les proportions de pathologies ORL et traumatologiques sont également en augmentation pour le CSNP.
- Nous notons également une diminution du nombre de passages en soirée et en nuit profonde pour le CSNP par rapport au SAU.
- Enfin, nous remarquons une diminution importante du taux d'hospitalisation, qui témoigne d'une bonne régulation en amont, les patients les plus à risque d'être hospitalisés étant envoyés vers les SAU voisins.

C. Efficacité du CSNP de Parthenay

1. Résultats

La durée moyenne de passage au CSNP de Parthenay est de 2h50.

Tableau n°4. Comparaison des critères d'efficacité du 11/06/2017 au 10/06/2018, soit la dernière année du SAU de Parthenay, et du 11/06/2018 au 11/06/2019, soit la première année après l'ouverture du CSNP.

Critères d'efficacité	SAU n (%)	CSNP n (%)	Delta	IC (95%)	p value
Durée moyenne de passage (min)	235	170			
PSA	130 (1%)	33 (0,6%)	0,003	] 0,001; 0,006[	<0,05
Prise en charge <2h	5076 (39%)	3140 (63%)	-0,23	] -0,25 ; -0,218[	<0,05
Prise en charge <4h	8574 (66%)	4123 (82%)	-0,16	] -0,17 ; -0,15[	<0,05
Prise en charge >6h	2430 (19%)	575 (11,5%)	0,073	] 0,062; 0,084[	<0,05

Le nombre de patients partis sans attendre (PSA) est significativement plus élevé pour le SAU, tout comme le taux de prise en charge supérieure à 6 heures. Le taux de prise en charge en moins de 2 heures est lui à l'avantage du CSNP. Le taux de prise en charge en moins de 4 heures est significativement plus bas pour le SAU par rapport au CSNP.

2. Interprétation

La fréquentation du centre étant en diminution depuis la création du CSNP, l'offre de soins semble être plus en adéquation avec la demande de soins non programmés. On note en effet une diminution de la durée moyenne de passage, une augmentation de la proportion de prise en charge inférieure à 2h et à 4h. Le nombre de partis sans attendre est plus important pour le SAU. Les délais moyens de prise en charge ne sont pas connus.

III. CSNP de Loudun

A. Présentation du CSNP de Loudun

Loudun est une ville de 7 051 habitants, la Communauté de Communes compte 24 441 habitants. On peut ajouter à cette population un afflux important de touristes à Center Parc, ayant une capacité d'accueil de 4500 personnes.

Les CH les plus proches sont Châtelleraut, à 45 minutes en voiture, et Saumur, à 30 minutes. Le CHU de Poitiers est à 1 heure de route et le CSNP de Thouars est à moins de 30 minutes. Le site cartosante.atlasante.fr répertorie 16 médecins généralistes sur la communauté de commune.

Le CSNP de Loudun a ouvert le 1^{er} août 2017. Une équipe SMUR est présente 24 heures sur 24. Une infirmière supplémentaire et un manipulateur radio sont présents quant à eux, de 8h à 20h. Un interne est également présent en journée.

À partir de 20h, un téléphone est mis à disposition des patients devant le CSNP, pour appeler le centre 15, qui les réorientera en cas d'absence de l'équipe médicale.

Sur le plan matériel, le centre dispose d'un scanner, d'une IRM et du nécessaire pour réaliser des radiographies. Des bilans biologiques peuvent être réalisés en collaboration avec un laboratoire de ville.

Des hospitalisations sont possibles sur place, dans le service de médecine et de rééducation, disposant de 30 places chacun.

B. Activité du CSNP de Loudun

1. Résultats

Tableau n°5. Comparaison des critères d'activité de la période du 1/08/2016 au 31/07/2017, soit la dernière année du SAU de Loudun, et du 1/08/2017 au 1/08/2018, soit la première année après l'ouverture du CSNP.

Critères d'activité		SAU n (%)	CSNP n (%)	Delta	IC (95%)	p value
RPU		8823	8736			
Age						
	< 18 ans	2371 (27%)	2477 (28%)	-0,015	] -0,028; -0,001[	<0,05
	> 75 ans	1440 (16%)	1361 (16%)	0,007	] -0,004; 0,018[	0,19
CCMU						
CCMU	CCMU 1	1278 (15%)	1686 (19%)	-0,048	] -0,059 ; -0,037[	<0,05
	CCMU 2	6358 (72%)	5967 (68%)	0,038	] 0,024 ; 0,051 [	<0,05
	CCMU 3	1017 (12%)	849 (10%)	0,018	] 0,009 ; 0,027 [	<0,05
	CCMU 4	68 (1%)	86 (1%)	-0,002	] -0,01 ; 0,001 [	0,15
Type de pathologie						
Type de pathologie	Traumatologie	2041 (23%)	2308 (26%)	-0,03	] -0,05 ; -0,02[	<0,05
	Psychiatrie	124 (1%)	84 (1%)	0,004	] 0,001; 0,008 [	<0,05
	Toxicologie	35 (0,4%)	20 (0,2%)	0,0017	] -0,0001 ; 0,003[	0,06
	Appareil digestif	354 (4%)	399 (5%)	-0,006	] -0,012; 0,001 [	0,08
	ORL	481 (5%)	600 (7%)	-0,014	] -0,021 ; -0,007 [	<0,05
	Infectiologie	69 (0,8%)	128 (1,5%)	-0,007	] -0,010 ; -0,004[	<0,05
	Cardiologie	166 (1,8%)	151 (1,7%)	0,002	] -0,003 ; 0,006 [	0,48
	Neurologie	77 (0,8%)	105 (1,2%)	-0,003	] -0,006 ; -0,0002[	<0,05
Horaires de passage						
Horaires de passage	20h-0h	1203 (14%)	1133 (13%)	0,007	] -0,004; 0,017[	0,20
	0h-8h	679 (8%)	687 (8%)	-0,002	] -0,010; 0,006[	0,70
Orientation						
Orientation	Hospitalisations	1258 (14%)	1303 (15%)	-0,007	] - 0,017 ; 0,004[	0,23
	Retour à domicile	7565 (86%)	7433 (85%)	0,007	] -0,004; 0,017[	0,23

2. Interprétation

Le CSNP de Loudun se démarque des autres CSNP étudiés par plusieurs aspects.

Tout d'abord, elle n'a pas connu de baisse d'activité franche. D'autre part, on note une augmentation de la proportion de CCMU1 pour le CSNP, et pas de modification significative de la proportion de CCMU4.

Il n'y a également pas de modification du taux de patients de plus de 75 ans et sur la proportion de passage en soirée et en nuit profonde. La proportion de moins de 18 ans est significativement plus élevée pour le CSNP.

La proportion de patients de plus de 75 ans n'a pas significativement diminué, tout comme le taux d'hospitalisation.

Les différences de type de pathologies sont très marginales, nous notons une augmentation de la proportion des motifs traumatologiques, mais également ORL, infectieux, neurologiques, sans modification des taux de motifs cardiologiques, toxicologiques et digestifs.

Le CSNP de Loudun s'inscrit dans une politique de Groupement Hospitalier Territorial (GHT) avec une mutualisation des moyens humains, facilitant les avis spécialisés, la coordination des soins et l'orientation des patients.

C. L'efficacité du CSNP de Loudun

1. Résultats

La durée moyenne de passage au CSNP de Loudun est de 2h27.

Tableau n°6. Comparaison des critères d'efficacité de la période du 1/08/2016 au 31/07/2017, soit la dernière année du SAU de Loudun, et du 1/08/2017 au 1/08/2018, soit la première année après l'ouverture du CSNP.

Critères d'efficacité	SAU n (%)	CSNP n (%)	Delta	IC (95%)	p value
Durée moyenne de passage (min)	174	147			
PSA	102 (1%)	139 (1,5%)	-0,004	] -0,008; -0,001[	<0,05
Prise en charge <2h		3734 (56%)			
Prise en charge <4h	7088 (80%)	7166 (82%)	-0,02	] -0,03 ; -0,01[	<0,05
Prise en charge >6h		526 (7,9%)			

2. Interprétation

Si la diminution du nombre de passage n'est pas franche, on peut noter, sur le plan de l'efficacité, une diminution de la durée moyenne de passage, et une amélioration du taux de prise en charge inférieure à 4h. L'absence de chiffre concernant la prise en charge inférieure à 2h et 6h pour le SAU limite la portée de ces données.

IV. Discussion

La demande de soins toujours croissante oblige le système de santé à s'adapter et la France s'organise pour répondre à cette demande. Un des axes d'amélioration consiste à augmenter l'offre de médecine générale libérale. C'est ainsi qu'il a été créé des maisons de santé dans les zones sous dotées médicalement (12). Elles facilitent l'installation des médecins généralistes sur le plan matériel, avec des locaux adaptés, sur le plan financier, avec parfois des exonérations d'impôts, des aides à l'installation, et sur le plan professionnel, avec la possibilité de collaborer avec d'autres acteurs en santé, comme des dentistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers... Les médecins généralistes organisent la permanence de soins, et ils occupent ainsi les maisons médicales de garde ou leur cabinet, les soirs et weekends. Les patients sont alors orientés soit par une régulation médicale,

soit par les infirmiers d'accueil, lorsque ces gardes sont tenues au sein même d'un service d'urgence.

Un autre axe d'amélioration consiste à organiser les structures publiques pour répondre à cette demande. Aux urgences, les filières dédiées aux soins relevant de la médecine générale ou de petites traumatologies sont en pleine essor. Le circuit court, ou « fast track unit », absorbe ce flux de patients en journée ou 24h sur 24h, avec ou sans personnel dédié, selon l'organisation du service, afin de ne pas retarder la prise en charge des urgences vitales. Les CSNP font aussi partie de cette politique et restructurent complètement l'organisation des soins primaires, notamment en Nouvelle Aquitaine, où ces centres sont implantés en zones sous dotées.

Cette thèse avait pour but de préciser l'activité d'un CSNP après et avant son ouverture, alors qu'il était défini comme un SAU.

A notre connaissance, en France, aucune étude ne s'est intéressée à l'activité des CSNP, rendant la comparaison avec d'autres centres difficiles.

L'étude réalisée retrouve un virage franc dans l'activité des centres de Thouars et de Parthenay. En effet, l'ouverture du CH de Faye L'Abbesse a bouleversé le maillage territorial du nord Deux Sèvres. Dans l'optique de mutualisation des moyens, cet hôpital regroupe ainsi le plateau technique des centres hospitaliers de Bressuire, Thouars et Parthenay. A son ouverture, les centres de Thouars et Parthenay ont été redéfinis en CSNP. Le service de Faye l'Abbesse draine 71 passages par jour, de janvier à mai 2019, ce qui a complètement modifié la répartition des patients en demande de soins non programmés. Il prend ainsi les patients les plus âgés, nécessitant une hospitalisation ou des ressources hospitalières plus importantes.

Pour les centres de Thouars et Parthenay, on constate de fait une baisse importante d'activité, une diminution du nombre de personnes âgées et du taux d'hospitalisation. Les patients ayant le plus de risque d'être hospitalisés sont orientés vers le SAU par la régulation, du fait des ressources humaines et matérielle plus importantes, et de services d'hospitalisation sur place. Cette modification de l'activité est tout à fait cohérente avec la définition.

Concernant le type de pathologie, la traumatologie et l'ORL sont en augmentation. On note également une diminution des CCMU3 et plus. Enfin, les chiffres étudiés suggèrent un gain d'efficacité. Cette amélioration des temps de passages reflète une adéquation entre la demande de soins et les ressources sur place.

Une étude associée avec l'activité du nouveau SAU de Faye L'abbesse pourrait être intéressante.

Ces changements d'activités sont beaucoup plus discrets pour le CNSP de Loudun, et cela pour plusieurs raisons. En effet, contrairement au département des Deux Sèvres, la Vienne a commencé à s'organiser dès 2015 en Groupement Hospitaliers Territorial (GHT). Afin de mutualiser les moyens, d'uniformiser les prises en charges et d'améliorer l'accès aux soins, les urgences des quatre services du département, à savoir Poitiers, Loudun, Châtellerauld et Montmorillon, s'intègrent dans un plan structuré pour répondre aux soins non programmés. Ces quatre services partagent le même personnel médical et par extension, le même plateau technique, à savoir celui du centre en question mais aussi celui du CHU de Poitiers. Ce qui permet au CNSP de Loudun de prendre en charge des patients plus lourds et de les transférer secondairement au CHU, ou bien alors d'effectuer une première évaluation et d'adapter l'orientation secondairement. Contrairement aux autres centres étudiés, le centre de Loudun bénéficie d'un service d'hospitalisation, lui permettant de prendre en charge une population plus âgée et nécessitant des ressources hospitalières plus importantes. C'est pourquoi l'activité de ce dernier a finalement été peu affectée.

L'étude sur deux ans pour trois centres avec une base de données exhaustive est une des principales forces de cette étude. On peut également mettre en avant son originalité, car à notre connaissance, aucune étude n'évalue ces centres au niveau national ou international.

Néanmoins, on constate également plusieurs limites et notamment l'interprétation des données dépendante de l'exhaustivité des dossiers médicaux. De plus, cette étude est rétrospective. Il nous manque également un certain nombre de données

comme le nombre de sorties SMUR, d'actes biologiques et radiologiques, dont l'analyse était initialement prévue dans la méthodologie et qui auraient pu être intéressant pour avoir une vision plus globale de l'activité de ces centres. Le CSNP de la Réole n'a pu être analysé du fait de son ouverture trop récente, ce qui aurait pu apporter plus de puissance à cette étude.

Nous regrettons également l'absence de chiffres pertinents concernant la régulation. Il n'y a pas actuellement de recensement des appels émanant des CSNP lors des périodes où le médecin est parti en intervention SMUR. Il serait également intéressant de savoir quelle proportion de patient se présente spontanément au CSNP, sans passer par le centre 15.

Conclusion

L'accès aux soins primaires est devenu une problématique de santé publique, notamment en zone rurale, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a décidé de créer des centres d'un type relativement nouveau en France : les Centres de soins non programmés.

Dans cette étude, ces centres ont été ouverts en lieu et place d'ancien Service d'Accueil des Urgences, qui ont fermés ou ont été déplacés. Leur activité est compatible avec la définition donnée par l'ARS à ces CSNP. Le centre de Loudun a finalement peu modifié son activité grâce aux services de médecines encore présents sur le site et au Groupement Hospitalier Territorial.

La prise de conscience des pouvoirs publics devant l'inadéquation entre la demande et l'offre de soins réorganise le système de santé en France. La santé tend vers une hiérarchisation de l'offre de soins, en remplaçant la médecine libérale et la régulation médicale à la base du parcours de soin.

Bibliographie

1. Agence Régionale de Santé Rhône Alpes. (page consultée le 13/01/2019). Etude de modélisation de centres de soins de premier recours avec petit plateau technique, permettant la prise en charge des soins non programmés, [en ligne].
https://www.fhf.fr/en/content/download/104533/757501/version/1/file/20150624_SROS+Urgences_CSPRPPT.ppt.
2. Commissariat Général à l'Egalité des Territoires. (page consultée le 28 août 2019) Le nombre de médecins en baisse jusqu'en 2025, [en ligne].
<https://www.cget.gouv.fr/nombre-de-medecins-baisse-jusqu'en-2025>
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 8 janvier 2019). Atlas de la démographie médicale en France, [en ligne].
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
4. GOUYON M. Les urgences en médecine générale. Série Statistiques [en ligne]. Avril 2006, n°94, [consulté le 01/09/2019]. Disponibilité sur Internet: <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat94.pdf>>
5. Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (page consultée le 08/01/2019). Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé, [en ligne]. <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Lutter-contre-le-gaspillage-dans-les-systemes-de-sante-Synthese.pdf>
6. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. (page consultée le 14/01/2019). Les établissements de santé, édition 2017, [en ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/28-2.pdf>
7. PAPON S, BEAUMEL C. Bilan démographique 2017. INSEE Première [en ligne]. 16 Janv 2018, n°1683, [consulté le 03/02/2019]. Disponibilité sur Internet: <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173>>
8. CALVET L. (page consultée le 08/01/2019). Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus, [en ligne]. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2012_doss2.pdf
9. MESNIER T. (page consultée le 08/01/2019). Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires, [en ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf

10. SAMBUC R. Les maisons médicales de garde en France. Santé Publique. 2005 Fév ;17:233-40.
11. Ordre National des Médecins. (page consultée le 13/09/2019). Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires de médecine générale au 31 décembre 2018, [en ligne]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf
12. Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine. (page consultée le 06/02/2019). Plan régional d'accès aux soins en Nouvelle Aquitaine, [en ligne]. https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-04/DP_Plan_Acces_aux_Soins_ARSNA.pdf
13. Ministère des affaires sociales et de la santé. (page consultée le 14/02/2019). INSTRUCTION N°DGOS/R2/2016/351, [en ligne]. https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-01/Instruction_acces_soins_30min_24_11_2016.pdf
14. Commission d'Evaluation de la Société Française de Médecine d'Urgence. (page consultée le 13/01/2019). Critères d'évaluation des services d'urgences : référentiel SFMU 2006, [en ligne]. <https://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/audit.pdf>
15. BOURGUEIL Y. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Questions d'Economie Santé [en ligne]. Avril 2009, 141, [consulté le 07/08/2019]. Disponibilité sur Internet: <<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>>
16. American College of Emergency Physicians. Urgent Care Centers. Annals of Emergency Medicine. 2017 Juil;70:115-6.
17. HO V, METCALFE L, DARK C, VU L, WEBER E, SHELTON G, UNDERWOOD HR. Comparing Utilization and Costs of Care in Freestanding Emergency Departments, Hospital Emergency Departments, and Urgent Care Centers. Ann Emerg Med. 2017 Déc;70(6):846-57.
18. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 07/08/2019). Le recours à l'hôpital en Europe, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/rapport_le_recours_a_l_hopital_en_europe_2009-04-03_09-48-38_85.pdf
19. SALISBURY C. (page consultée le 08/07/2019). The National Evaluation of NHS Walk-in Centres, [en ligne]. <https://pdfs.semanticscholar.org/e560/4b424707640138360b4c325b479f0d471721.pdf>

20. FIORENTINI G. Dealing with minor illnesses: The link between primary care characteristics and Walk-in Centres' attendances. *Health Policy*. 2016 Jan;120(1):72-80.
21. ZIMMERMAN D. Community-based urgent care in Israel and worldwide. *Israel Journal of Health Policy Research* [en ligne]; 2013, n°38, [consulté le 14/07/2019]. Disponibilité sur Internet: <<https://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/2045-4015-2-38>>
22. Agence Régionale de Santé Normandie. (page consultée le 07/05/2019). Première évaluation positive des Centres de Soins Non Programmés du centre hospitalier public du Cotentin (site de Valognes) et du centre hospitalier d'Aunay-sur-Odon, [en ligne]. <https://www.normandie.ars.sante.fr/premiere-evaluation-positive-des-centres-de-soins-non-programmes-du-centre-hospitalier-public-du>
23. Agence Régionale de Santé Grand Est. (page consultée le 07/05/2019). Ouverture de la polyclinique Thur Doller sur le site hospitalier de Thann le 9 mai 2017, [en ligne]. https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/Thann-CP_20170503.pdf
24. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. (page consultée le 28/08/2019). Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé, [en ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er997.pdf>

Introduction :

Les besoins en soins non programmés sont une problématique de santé publique en France. La diminution de l'offre de soin est associée à une explosion de la demande, cette inadéquation oblige les services de santé à s'adapter. C'est ainsi qu'à vu le jour les Centres de Soins Non Programmés (CSNP). Les CSNP, selon l'ARS, proposent des actes de médecine générales, sans rendez-vous, associés ou non à des actes techniques. Les centres étudiés dans cette thèse ont un double rôle CSNP et antenne SMUR, leur installation a fait suite à une fermeture, ou un transfert d'un SAU.

Méthode :

Nous avons étudié l'activité et l'efficacité des nouveaux CSNP de Loudun, Thouars, et Parthenay, un an avant et un an après la requalification en CSNP. La comparaison avant après a été réalisée par un test Z. Les données étudiées sont nombreuses : le type de pathologie, l'orientation, la CCMU, la durée moyenne de passage, le nombre de partis sans attendre...

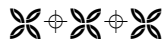
Résultats :

Si les résultats concernant les CSNP de Thouars et Parthenay montrent un réel virage d'activité (diminution de proportion des CCMU 3 et 4, diminution du taux d'hospitalisation) , compatible avec la définition donnée par l'ARS, le CSNP de Loudun n'a, lui, que peu modifié son activité. Cette différence s'explique probablement par l'absence de modification de maillage territorial pour ce dernier, et la persistance d'un service d'hospitalisation et d'un plateau technique complet, contrairement aux deux autres centres. L'absence de chiffres concernant la régulation ne nous a pas permis d'évaluer son impact sur ces différences d'activité.

Conclusion :

Une évaluation plus à distance semble nécessaire, du fait de la nouveauté de ce type de centre en France. Une étude associée avec les SAU environnants, et l'activités des médecins généralistes du secteur semblerait également pertinent pour évaluer l'impact de ces centres.

SERMENT



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

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

