

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

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

présentée et soutenue publiquement
le 5 septembre 2018 à Poitiers
par **Monsieur GELLIS Romain**

Centres de soins sans rendez-vous comme solution pour
diminuer l'engorgement des urgences et améliorer l'accès aux
soins en zones sous médicalisées : Impact du cabinet médical
d'Archiac

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Denis ORIOT

Membres :

Madame le Professeur Virginie MIGEOT

Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Madame le Docteur Marie-Thérèse HEBERT

Monsieur le Docteur Philippe MATHIS

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Gabriel HOERTH

Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (**mission 09/2017 à 03/2018**)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité de 10/2017 à 01/2018**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- SIMMONDS Kevin, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

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

Remerciements

Mes remerciements vont :

- A Monsieur le Docteur Gabriel Hoerth,

Pour m'avoir permis de travailler sur la suite de ta thèse, d'avoir dirigé ce travail. Merci de m'avoir soutenu tout au long de sa réalisation et d'avoir guidé ma réflexion par tes conseils judicieux. Je suis ravi d'avoir travaillé sur ce projet avec toi.

- A Monsieur le Professeur Denis Oriot,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour votre aide durant la réalisation de ce projet. Permettez-moi de vous exprimer toute mon estime.

- Aux membres du jury : Madame le Professeur Virginie Migeot, Monsieur le professeur Pierre Ingrand, Madame le Docteur Marie-Thérèse Hebert, Monsieur le Docteur Philippe Mathis,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de participer à ce jury. Je vous prie de trouver ici l'expression de mon sincère respect.

- Au cabinet médical d'Archiac (Gabriel, Rodolphe, Julien, Lara et son fils, Alexia, Jean Marc, Marion, Anne),

Pour votre accueil, votre aide et votre bienveillance.

A ma famille :

- A mes parents : Qui ont toujours été là pour me soutenir. Sans vous je ne serai pas là où j'en suis. Merci de tout ce que vous faites pour nous et pour Gaspard.
- A ma sœur Morgane pour son soutien et mon beau-frère Maxime pour prendre soin de ma sœur.
- A mon fils Gaspard, pour tout le bonheur qu'il nous apporte.
- Et à Chloé, ma femme adorée, pour tout son amour et soutien qu'elle nous apporte au quotidien. Merci de rendre la vie si belle dans notre petit coin de paradis.

Je vous aime.

A mes amis :

- A la Rounave team (Xavier, Guillaume, Thomas, Bastien, Mathieu et JC)
Et à mes minets (Stephen, Tim et Maxime) :

Pour toutes ces soirées mémorables, pour tous ces moments et souvenirs merveilleux passés ensemble. Même si la distance nous sépare, je pense fort à vous.

- A la Team Pedia (Nanou, Camille, Caro, Thibaut, Jojo et Alex) :
Pour être à nos côtés au quotidien.

Et à tous mes co-externes et co-internes que j'ai rencontré durant mon cursus et qui m'ont fait avancer.

Liste des abréviations

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

ISNAR-IMG : Inter Syndical National Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

PDSA : Permanences Des Soins Ambulatoires

WONCA : World Organization of Family Doctors

Sommaire

I. Préambule.....	- 8 -
A. Les urgences : Une institution en souffrance	- 8 -
B. Les soins primaires en France.....	- 9 -
C. Démographie médicale	- 10 -
1. Au niveau régional	- 11 -
D. Profils des médecins et modalités d'exercice	- 12 -
E. Les centres de soins sans rendez-vous	- 14 -
1. En Europe	- 14 -
2. En France	- 15 -
II. Introduction.....	- 17 -
III. Matériel et Méthode	- 19 -
A. Type d'étude.....	- 19 -
B. Objectifs.....	- 19 -
C. Population étudiée	- 20 -
1. Critères d'inclusion	- 20 -
2. Critères d'exclusion.....	- 20 -
D. Rédaction du questionnaire.....	- 20 -
E. Recueil des données	- 22 -
IV. Résultats	- 24 -
A. Profil des patients étudiés	- 24 -
1. Sur les 387 patients de L'ETUDE :.....	- 24 -
2. Motifs de consultation pour les 305 patients ayant déjà utilisé le sans rendez-vous.....	- 27 -
3. Difficultés d'accès aux soins pour les patients extérieurs au cabinet.....	- 29 -
B. Impact des consultations sans rendez-vous	- 30 -
C. Adaptation plage horaire proposée	- 34 -
V. Discussion	- 35 -
A. Principaux résultats	- 35 -
B. Limites de l'étude.....	- 36 -
C. Ce que dit la littérature	- 37 -
D. Ce type de consultation améliorerait-il l'accès aux soins ?.....	- 38 -
E. Impact sur l'engorgement des Urgences ?	- 40 -
1. Sur le plan économique.....	- 42 -
F. Problématique autour de l'avance des frais	- 43 -
G. Adaptation des horaires proposés	- 43 -
H. Vers une refonte des consultations même.....	- 44 -
VI. Conclusion	- 47 -
VII. Bibliographie.....	- 48 -
VIII. Annexes	- 52 -
A. Annexe 1 : Questionnaire	- 52 -
B. Annexe 2 : Liste des intervenants pour analyse du questionnaire d'étude	- 53 -
C. Annexe 3 : Affiche salle d'attente	- 54 -
IX. Résumé.....	- 55 -
X. Serment d'Hippocrate	- 56 -

I. Préambule

A. Les urgences : Une institution en souffrance

Nous assistons depuis plusieurs années à une crise des services d'urgence des différents hôpitaux de France (1).

Depuis tout temps en France, les services des urgences sont des lieux d'accueil, de solidarité avec pour mission principale une prise en charge médicale rapide des évènements aigus graves.

A cette image vient s'associer de plus en plus souvent celle de l'attente interminable, des services surencombrés et des brancards jonchant les couloirs (1).

Une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du ministère de la Santé en Juin 2013 révèle que les 750 structures d'accueil et de traitement des urgences de France métropolitaine et d'outre-mer ont accueilli 18,5 millions de passage (2). Les consultations mettant le pronostic vital en jeu étaient d'environ 3% des passages aux urgences.

Nous nous retrouvons face à un système à bout de souffle entre les besoins de plus en plus importants de la population et une offre de soins dépassée (1).

Une situation aggravée dans les hôpitaux depuis la réforme de l'assurance maladie en 2004 qui a modifié le mode de financement de l'hôpital (3), en remplaçant la dotation globale forfaitaire versée à chaque établissement par la tarification à l'activité, la T2A. Les coûts sont détaillés, afin d'identifier les différentes activités de l'hôpital, entraînant de manière insidieuse une « course à la rentabilité ».

Les urgences, au bord de l'explosion, ne sont qu'une facette ou le reflet visible du mal grandissant dont souffre la Santé dans son ensemble.

B. Les soins primaires en France

Le parcours de santé en soins primaires en France fait l'objet d'une certaine ambivalence. En effet, on retrouve d'un côté des difficultés importantes d'accès aux soins et d'un autre une utilisation abusive des ressources mise à disposition dans les soins (4). Il est retrouvé à plusieurs reprises dans la littérature que certains patients font le choix de ne pas rentrer dans le parcours de santé en raison de difficultés financières (5, 6), quand d'autres rentrent dans une surconsommation médicale, en particulier médicamenteuse (7).

Ce paradoxe conduit à une grande diversité de demande de soins. « Certains patients consultent très tôt, à un stade non différencié de la maladie qui pourrait être accessible à l'automédication. D'autres s'adressent aux services d'urgences hospitalières pour des pathologies qui pourraient être prises en charge en

ambulatoire à moindre coût. D'autres encore diffèrent le recours aux soins, au risque d'une aggravation favorisant les soins tertiaires » (4).

Il a été montré, avec le carré de White revu par Green et al. en 2001 (8), que les soins de santé primaires représentaient la majorité des demandes médicales de la population. L'objectif devenait d'organiser une prise en charge adaptée en tenant compte de la demande en assurant « la complémentarité de la première ligne de soins – soigner le plus grand nombre, pour des affections médicalement moins complexes avec un plateau technique et des coûts réduits – et les activités hospitalières – soigner une population sélectionnée et moins nombreuse en utilisant des moyens techniques sophistiqués nettement plus onéreux » (9).

La médecine générale a été définie comme « une spécialité orientée vers les soins primaires » par la WONCA Europe (World Organization of Family Doctors) (10).

C. Démographie médicale

En 2009, on comptait 214 000 médecins en activité, niveau le plus haut de son histoire. Il est estimé que ce nombre diminuera de 10% par an jusqu'en 2019 avant de revenir à son niveau actuel d'ici 2030.

Parallèlement, la population française devrait augmenter d'environ 10% jusqu'en 2030.

La densité médicale (soit le rapport entre l'effectif médical et la population) sera durablement inférieure au besoin (11).

En 2006, on comptait 60,2% de médecins généralistes installés en libéral. En 2030, les prévisions estiment ce nombre à 55,5% (12), renforçant ainsi la diminution de la densité médicale dans les années à venir et les difficultés d'accès aux soins primaires.

1. AU NIVEAU REGIONAL

Il est rapporté dans le communiqué « La démographie médicale en région Poitou-Charentes, situation en 2015 » (13) de l'ordre national des médecins :

- Il était recensé 6 756 médecins inscrits au tableau de l'Ordre dans les 4 départements de la région Poitou-Charentes.
- L'ensemble des départements enregistrait une hausse des effectifs des médecins sur la période 2007-2015. Cette hausse était expliquée par la forte augmentation du nombre des médecins retraités inscrits au tableau de l'ordre (+71,9% sur la période 2007/2017).
- Au cours de l'année 2007, les médecins en activité totale représentaient 83,9% de l'ensemble des inscrits. En 2015, ils représentaient 75,2% des effectifs des médecins de la région Poitou-Charentes.

- Le nombre de médecin en activité régulière était de 4 774 en 2015 ; soit une diminution de 0,3% des effectifs sur la période 2007/2015.
- D'après l'analyse ordinale et le calcul du Taux de Croissance Annuel Moyen, il semble que les médecins en 2020 seront 4 765 à exercer en activité régulière en région Poitou-Charentes.
- Les médecins potentiellement sortants, âgés de 60 ans et plus, représentaient 26% des effectifs tandis que la tranche d'âge des moins de 40 ans représentait 16,8% de l'ensemble des actifs réguliers.
- La région Poitou-Charentes faisait partie des régions qui avait une densité faible avec une densité moyenne de 260,5 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants.
- 42% des bassins de vie de la région Poitou-Charentes étaient caractérisées par une densité médicale faible.

D.Profils des médecins et modalités d'exercice

La médecine est depuis tout temps un sacerdoce, loin du sens péjoratif que l'on attribue souvent à ce mot, mais dans le sens d'une fonction à laquelle on se dévoue.

Cependant, on assiste depuis plusieurs années à une modification des mœurs. Le temps des médecins qui ne comptaient pas leurs heures pour s'occuper

pleinement de leur patient, parfois au détriment d'une vie personnelle, semble laisser place à une nouvelle génération, tout aussi motivée par son travail, tout aussi soucieuse de ses patients mais voulant arriver à faire coexister de manière harmonieuse vie professionnelle et privée selon l'étude ISNAR-IMG réalisée en 2011 (14). Elle révèle également que, pour chaque interne, le temps de travail hebdomadaire envisagé est de 42,8h. un temps de travail significativement moins important que celui réalisé en moyenne par les médecins généralistes installés.

L'étude qualitative du Dr Monnerie mettait en évidence les principaux facteurs rapportés par les médecins sur l'épuisement professionnel (15).

On retrouvait :

- Le manque de temps à consacrer au patient avec l'angoisse de prendre du retard sur sa journée
- Les charges administratives trop importantes
- Les difficultés de communication entre confrères
- Les problèmes informatiques
- La course aux remboursements

Ce qui provoquait un sentiment d'isolement chez les praticiens. L'association, le travail à plusieurs et un secrétariat apparaissaient comme des solutions pour lutter contre ce sentiment.

On assiste également à une féminisation importante de la médecine (16). Selon les prévisions, 52 % des médecins généralistes seront des Femmes en 2025 contre 38% en 2004.

On voit ainsi apparaître, depuis quelques années, des maisons de santé regroupant plusieurs professions qui sont mises à dispositions par les pouvoirs publics afin de favoriser le travail en groupe notamment dans les zones sous médicalisées (17).

E. Les centres de soins sans rendez-vous

1. EN EUROPE

Ce désir de travailler en groupe est retrouvé dans les autres pays européens.

Une enquête de l'IRDES (18) a montré en 2007 que, dans les pays nordiques tels que la Suède, le Royaume-Uni et la Finlande, 90% des médecins généralistes exerçaient en groupe. En France, on en recensait 39% dont 55% en groupe de 2 médecins.

En Angleterre, nous avons assisté à la création de centres médicaux sans rendez-vous à la suite de la réforme de la santé de 1999 (19). Ces centres sont construits à distance des hôpitaux, ouvert 7j/7 de 7h à 22h et disposent de matériels pour « la petite chirurgie » et d'appareils radiographiques. En 2005, il en existait 71 contre 41 en 2000 lors de la création de ces centres.

2. EN FRANCE

On a vu la naissance de maison médicale au cours de ces dernières années comme la Maison médicale de Saintes constituée des médecins généralistes du secteur. Ils assurent la permanence des soins le week-end et jours fériés (samedi : 15h-19h, 21h-23h / dimanche et jours fériés : 9h-12h, 15h-19h, 21h-23h). Les patients se présentent soit directement soit sont adressés par l'IAO (Infirmière d'Accueil et d'Orientation) des urgences après évaluation de la situation.

D'autres centres se sont créés à l'initiative de médecins généralistes en se basant sur le modèle anglais (20-21). Ces centres sont ouverts en moyenne de 9h à 22h, 7j/7.

A ainsi vu le jour, le cabinet médical d'Archiac qui propose au milieu des consultations « classiques sur rendez-vous » des consultations sans rendez-vous de 14h à 19h, 7j/7 assurées, selon roulement, par un des médecins du cabinet.

Ces centres médicaux ne sont que sporadiques et résultent d'un souhait de groupe de médecins mais ne représentent pas encore une solution d'organisation de la permanence de soins sur le territoire français.

A notre connaissance, il n'existe pas d'étude sur ces centres de soins sans rendez-vous comme solution d'organisation du système de santé sur le territoire français.

II. Introduction

L'ensemble de la conjoncture actuelle autour du système de santé nous amène à devoir nous adapter et à penser de nouveaux modes d'exercice de la médecine générale.

En effet, nous assistons à des modifications importantes touchant la santé :

- Le nombre de médecins actifs va continuer à diminuer jusqu'en 2019. Il reviendra à son niveau actuel d'ici 2030. Pendant que le nombre d'habitants en France va continuer d'augmenter d'année en année. La densité médicale va donc être durablement insuffisante (11).
- La nouvelle génération souhaite préserver une vie personnelle et se protéger de l'épuisement professionnel (14-15)

Devant les difficultés d'accès aux soins, les patients se tournent vers les urgences, leur assurant d'être vus. Ainsi en 2013, les urgences ont compté 18,5 millions de passages (2).

Une institution qui est amenée à voir toujours plus de patients alors qu'elle est déjà en grande souffrance (1).

Des centres médicaux ont vu le jour dans certains pays d'Europe afin de favoriser l'accès aux soins (19).

En France, à l'initiative de certains médecins des centres similaires se sont créés mais restent sporadiques et ne se sont pas étendus dans la France.

Dans la thèse du Dr Hoerth (22), il avait été mis en évidence que 58,2% des personnes, qui s'étaient présentées aux urgences, auraient accepté de se rendre dans un centre de consultation sans rendez-vous.

Il s'agissait d'une étude se déroulant aux urgences et non dans un cabinet médical de ville.

Nous avons donc voulu étudier si les centres de soins sans rendez-vous pouvaient effectivement représenter une solution pour diminuer l'engorgement des urgences et faciliter l'accès aux soins.

« L'accessibilité aux soins » est une notion difficile à évaluer. Nous avons considéré que le sentiment de sécurité issu de ces consultations sans rendez-vous matérialisait la facilitation de l'accès aux soins.

Le but de l'étude était d'étudier l'impact local du cabinet médical d'Archiac (après 2 ans de mise en place de ce système de consultation sans rendez-vous en réponse à cette thèse (22)).

- Question de recherche: Un patient avec ce type de consultation sans rendez-vous se sentira-t-il plus en sécurité ?
- Hypothèse: Un patient se sentant plus en sécurité avec ce type de consultation sans rendez-vous, ne se présentera pas aux urgences.

III. Matériel et Méthode

A. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale monocentrique sur le cabinet médical d'Archiac.

Elle a été réalisée du 12/03/18 au 01/04/18, soit 21 jours, tous les jours de la semaine (week-end compris) durant les horaires de consultation sans rendez-vous (14h-19h).

B. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était de déterminer la proportion de patients, qui avec la possibilité de consulter sans rendez-vous dans la journée, se sentait plus en sécurité.

Les objectifs secondaires étaient :

- Evaluer le nombre de patients qui se serait rendu aux urgences sans ce système.
- Evaluer les motifs amenant les patients à se présenter aux consultations sans rendez-vous.
- Discuter l'intérêt d'une plage horaire 20h-Minuit.

C. Population étudiée

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés à tous les patients se présentant aux consultations sans rendez-vous qu'ils fassent partie du cabinet ou non.

1. CRITERES D'INCLUSION

- Patients se présentant sur les plages de consultations sans rendez-vous (14-19h)
- Patients souhaitant répondre au questionnaire

2. CRITERES D'EXCLUSION

- Patients ne souhaitant pas répondre au questionnaire
- Patients qui ont répondu le questionnaire de manière incomplète ou anarchique

D. Rédaction du questionnaire

Rédaction en se basant sur un référentiel de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (23), afin de proposer un questionnaire pertinent, accessible à la majorité et accès sur des questions fermées.

Le questionnaire se composait de 9 questions permettant de dégager 3 axes (Annexe 1 : Questionnaire).

Le premier axe permettait d'établir le profil des patients étudiés :

- Age, Sexe
- S'il venait consulter en semaine ou durant le week-end
- S'il avait déjà consulté sur le sans rendez-vous et pour quel motif (en se basant sur une étude de l'IRDES (24) qui nous a permis de dégager 6 motifs de consultation fréquents en médecine générale)
- S'il faisait partie du cabinet ou était extérieur à celui-ci

Le second axe permettait de se concentrer sur l'impact des consultations sans rendez-vous du cabinet médical d'Archiac.

Nous recherchions à savoir :

- Si les patients seraient allés aux urgences s'ils n'avaient pas pu consulter
- Si ce système constituait une bonne alternative aux urgences pour leurs doléances
- S'ils se sentaient rassurés de pouvoir être vus dans la journée
- Et si l'avance des frais pouvait constituer un frein à venir consulter

Le troisième axe visait à savoir si la plage horaire proposée était suffisante ou s'il était nécessaire de lui apporter des modifications.

Nous avons également fait le choix d'utiliser l'échelle de Likert (25) lors des choix de réponses mise à disposition des patients. Leur laissant plus de liberté lors de leur choix ainsi qu'une possibilité de neutralité dans la réponse.

Afin de vérifier la bonne formulation, la pertinence et la compréhension des questions, le questionnaire a été soumis à un comité d'expertise pluri-professionnel local. (Annexe 2 : Liste des intervenants)

E. Recueil des données

Il a d'abord fallu calculer le nombre de sujets nécessaire pour la question du critère de jugement principal.

(Question 6 du questionnaire : Avoir la possibilité de consulter « sans rendez-vous » dans la journée, crée-t-il un climat plus sécurisant pour vous ?)

Calcul avec l'aide du service d'épidémiologie du CHU de Poitiers.

Nombre du sujets nécessaires = $((\epsilon a)^2 \times p \times q) / i^2$

$\epsilon a = 1.96$

$i =$ précision de l'estimation = 5%

$p =$ fréquence estimée

$q = (1-p)$

- Pour une fréquence estimée de 50% : $n = 384$

- Pour une fréquence estimée de 75% : n = 288

Pour chaque patient se présentant aux consultations sans rendez-vous, il lui a été donné par les secrétaires un questionnaire vierge, en lui expliquant le but du questionnaire ainsi que le caractère anonyme de celui-ci.

Chaque patient devait y répondre seul sans aide extérieure puis le remettre dans un bac prévu à cet effet.

Il a également été mis dans la salle d'attente des affiches, à l'attention des patients (Annexe 3 : Affiche salle d'attente), qui avaient pour but :

- D'expliquer le but de ce travail
- D'insister sur le caractère anonyme du questionnaire et que celui-ci ne n'influerait pas sur la prise en charge à venir.

Les questionnaires ont été ramassés tous les lundis matin afin de les regrouper par semaine.

Les données ont ensuite été regroupées par un logiciel créé à partir du questionnaire afin de faciliter les recueils des données. Puis incorporer dans des tableaux EXCEL.

IV. Résultats

Du 12 mars 2018 au 1^{er} avril 2018, soit 21 jours, il s'est présenté aux consultations sans rendez-vous 554 patients, soit une moyenne de 26 patients par jour.

Il a été récolté 411 questionnaires, soit un taux de participation de 74%.

24 questionnaires ont été exclus car remplis de manière incorrecte.

Au total, l'étude a porté sur 387 patients.

A. Profil des patients étudiés

1. SUR LES 387 PATIENTS DE L'ETUDE :

- Le sex-ratio était de 1.91 avec une majorité de femme.

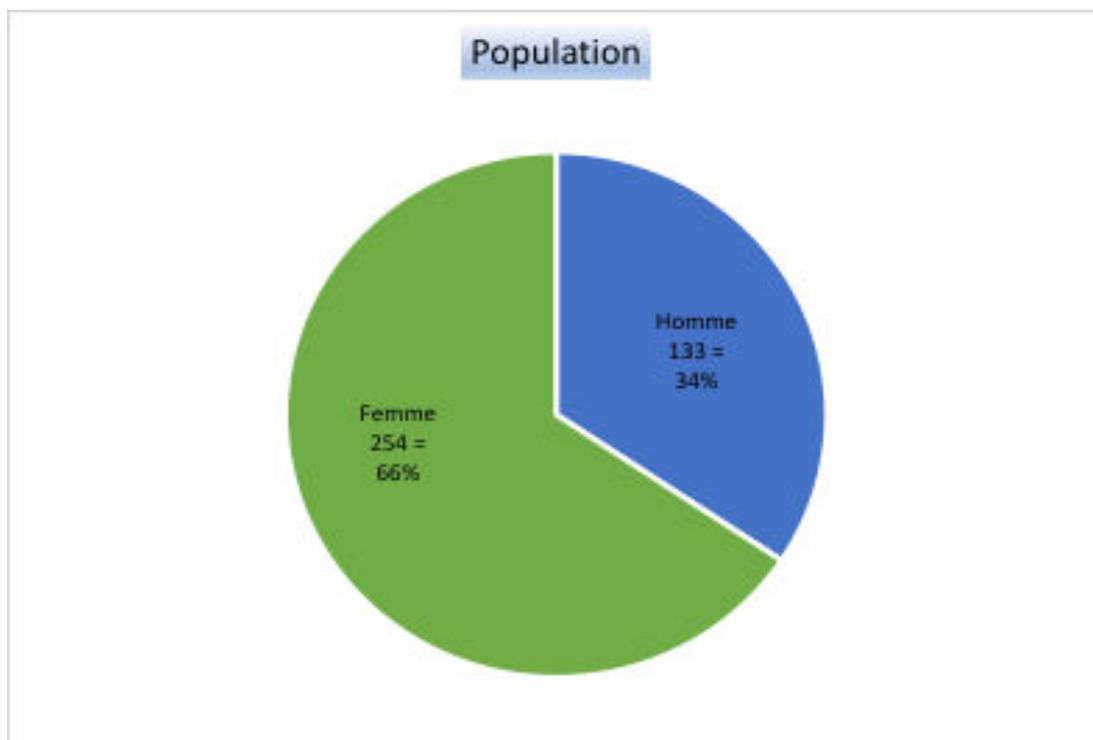


Tableau 1 : Répartition Homme/Femme

- Sur ces 21 jours, 78% des patients étaient venus consulter en semaine contre 22% en week-end. Soit une moyenne de 20 patients par jour en semaine et 14 en week-end.

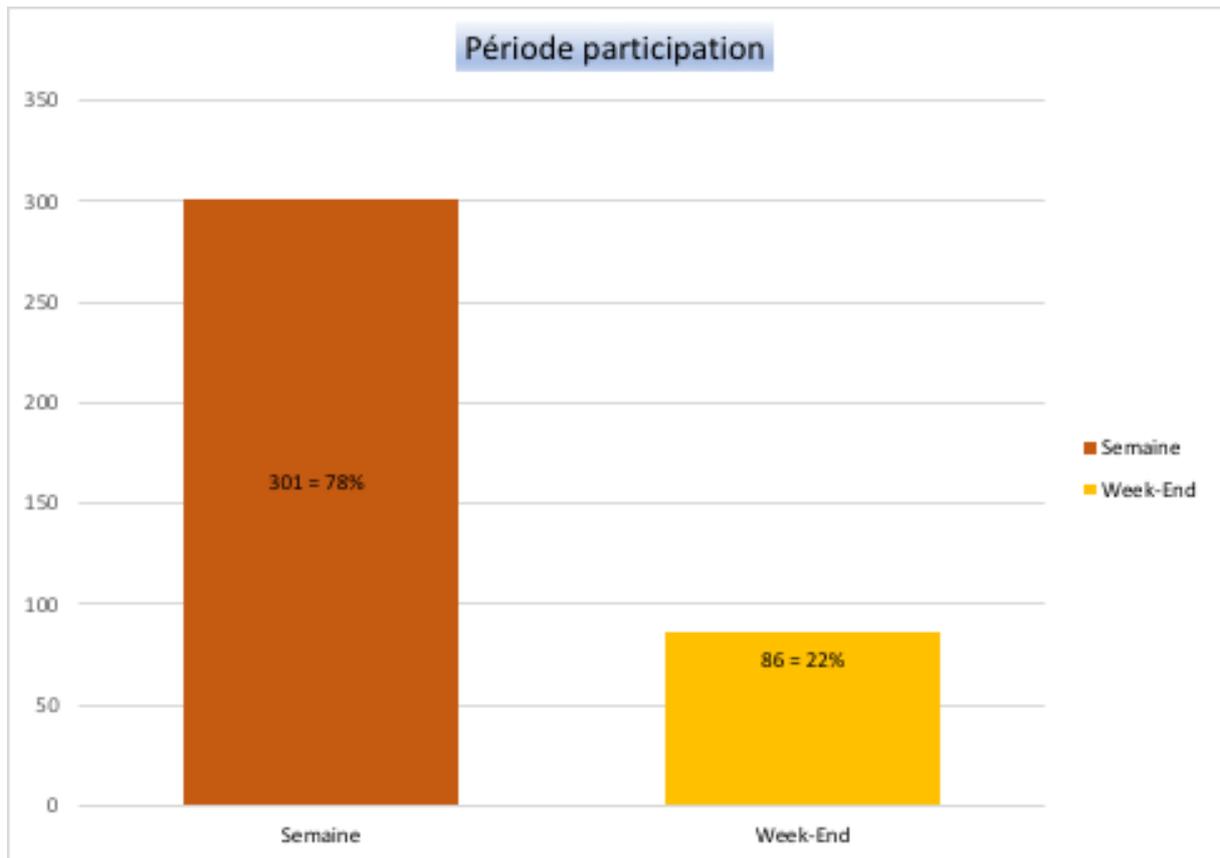


Tableau 2 : Répartition des consultations sans rendez-vous en semaine/Week-end

- 79% des patients de cette période avaient déjà utilisé les consultations sans rendez-vous, soit 305 patients.

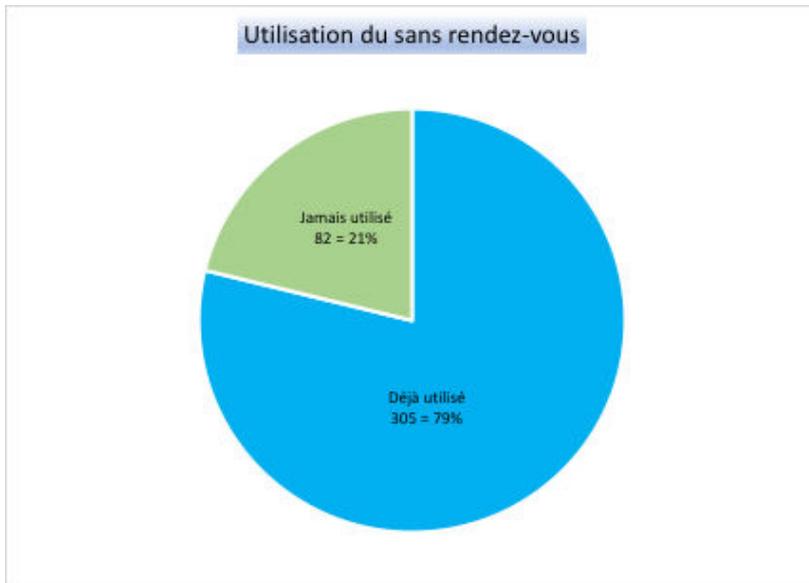


Tableau 3 : Consultations antérieures sur les créneaux sans rendez-vous

- 56% des patients venus consulter sur ces consultations sans rendez-vous ne faisaient pas du cabinet.

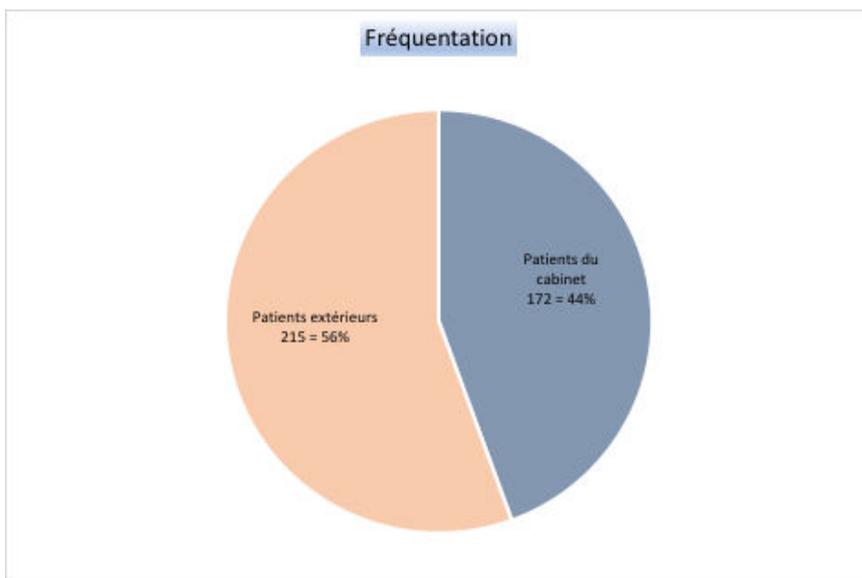


Tableau 4 : Répartition des patients du cabinet et des patients extérieurs au cabinet

2. MOTIFS DE CONSULTATION POUR LES 305 PATIENTS AYANT DEJA UTILISE LE SANS RENDEZ-VOUS

Sur ces 305 patients :

- 54% étaient venus pour un problème aigu
- 21% pour un problème chronique
- 10% pour un renouvellement
- 7% pour un certificat médical
- 6% pour un conseil
- 1% pour de l'administratif

Plus de la moitié des personnes, venant consulter sur les créneaux sans rendez-vous, s'était présentée pour un problème aigu.

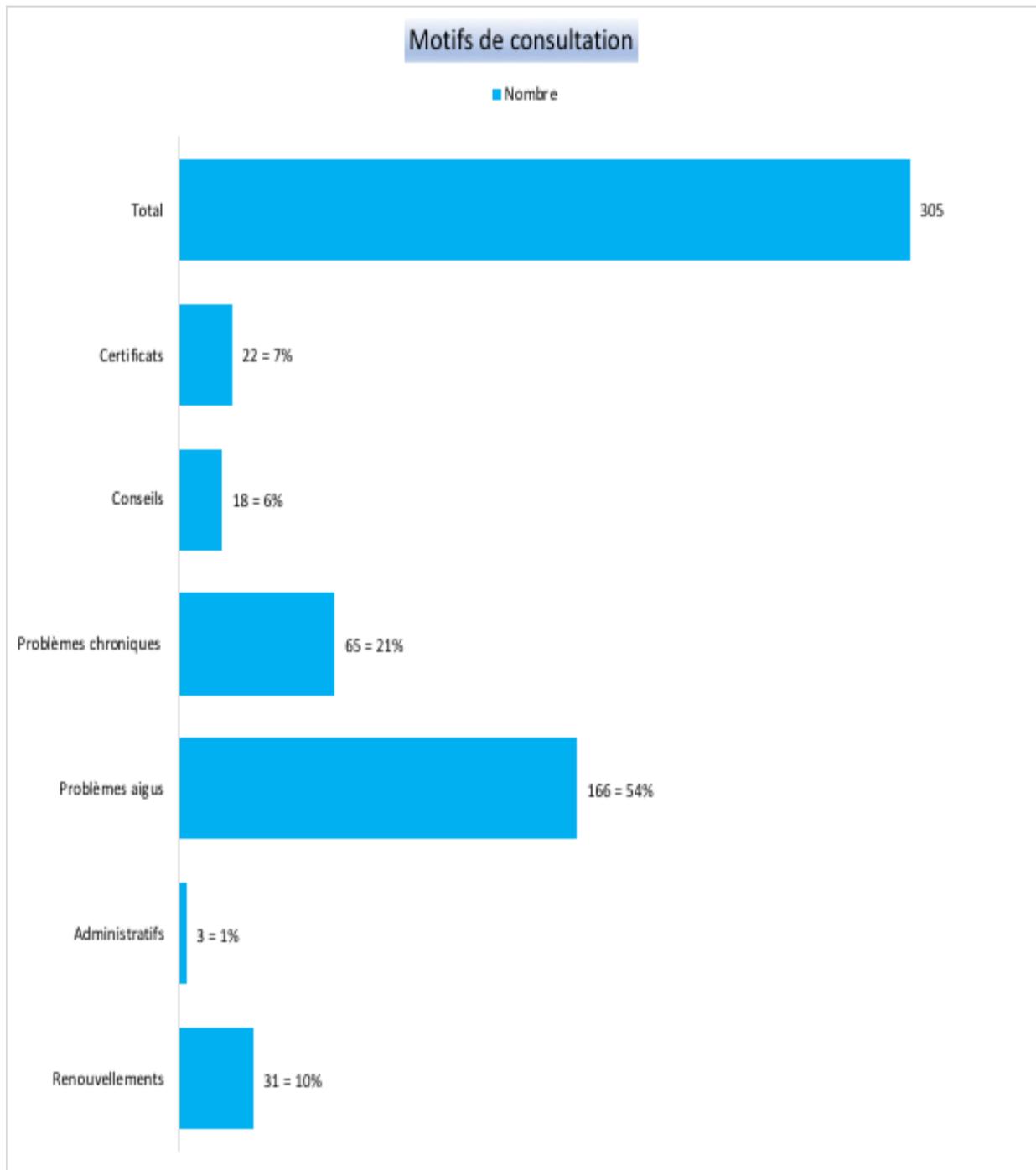


Tableau 5 : Répartition des motifs sur les consultations sans rendez-vous pour les patients ayant déjà consultés sur ce mode de consultations

3. DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS POUR LES PATIENTS

EXTERIEURS AU CABINET

- 72% des personnes extérieures au cabinet avaient éprouvé des difficultés à avoir un rendez-vous rapide avec leur médecin traitant.
- Les 28% restants avaient affirmé ne pas avoir eu de difficultés à avoir un rendez-vous rapide avec leur médecin traitant.

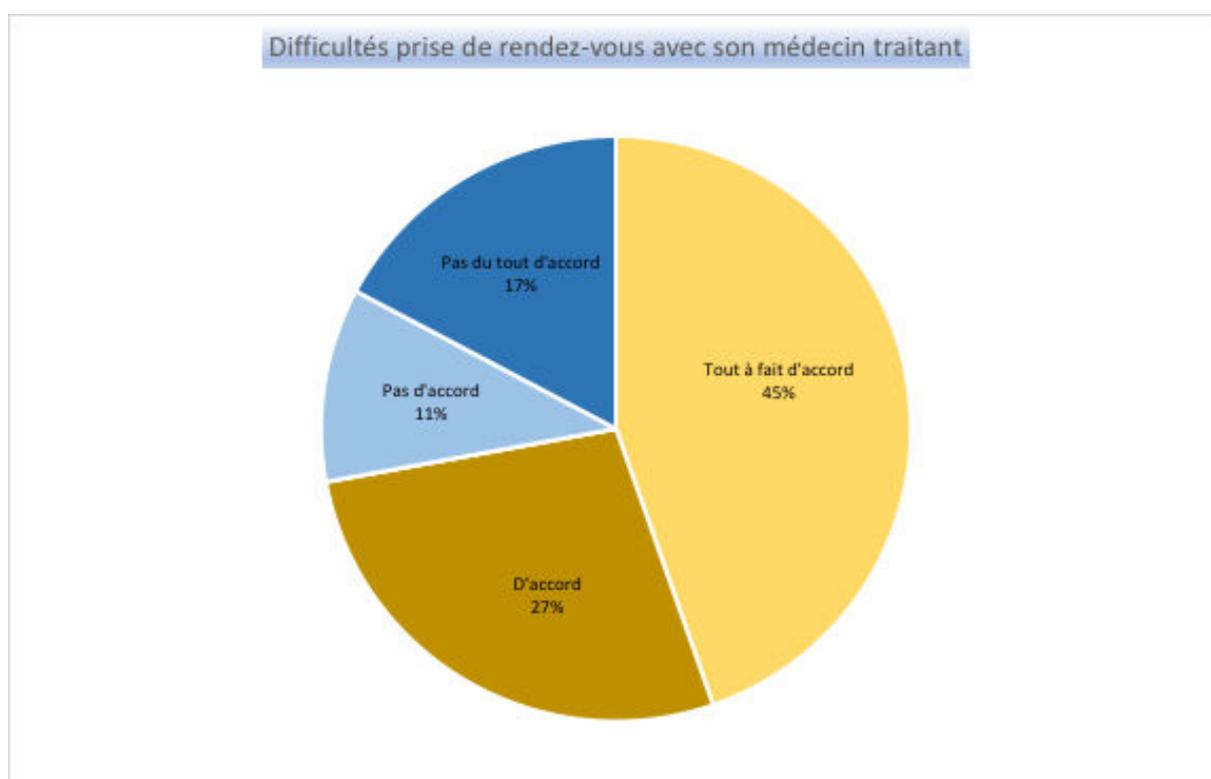


Tableau 6 : Répartition des difficultés éprouvées pour obtenir un rendez-vous de consultation rapide avec son médecin traitant

B. Impact des consultations sans rendez-vous

- 96% des patients de cette étude estimaient que ce système de consultation sans rendez-vous quotidien est une bonne alternative aux urgences.

Alternative?	Nombre	%	
Tout à fait d'accord	298	77%	OUI
D'accord	72	19%	96%
Indifférent	8	2%	
Pas d'accord	5	1%	NON
Pas du tout d'accord	4	1%	2%
Total	387	100%	

Tableau 7 : Les consultations sans rendez-vous sont-elles une bonne alternative aux urgences ?

- 50% des personnes venues consulter avaient affirmé qu'elles auraient consulté aux urgences si ce système de consultation n'avait pas existé.
- Contre 41% qui ne seraient pas allés aux urgences.

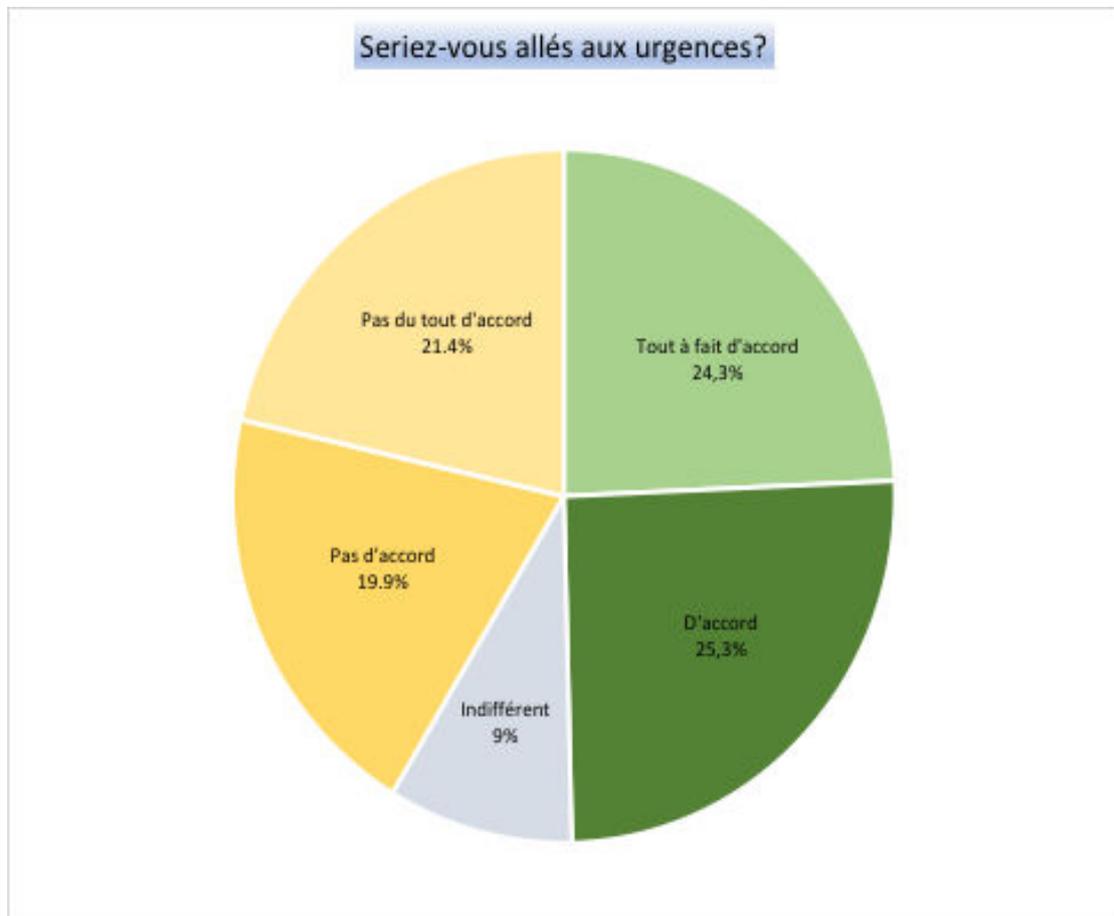


Tableau 8 : Répartition des patients qui auraient consulté aux urgences

- 48% des personnes venues consulter en semaine auraient consulté aux urgences contre 56% en week-end.

Seriez-vous allés aux urgences? (Semaine)	Nombre	%	
Tout à fait d'accord	69	23%	OUI
D'accord	75	25%	48%
Indifférent	29	10%	
Pas d'accord	58	19%	NON
Pas du tout d'accord	70	23%	43%
Total	301	100%	

Seriez-vous allés aux urgences? (Week-end)	Nombre	%	
Tout à fait d'accord	25	29%	OUI
D'accord	23	27%	56%
Indifférent	6	7%	
Pas d'accord	19	22%	NON
Pas du tout d'accord	13	15%	37%
Total	86	100%	

Tableau 9 : Répartition des patients qui auraient consulté aux urgences (semaine vs week-end)

- Pour 19% des patients, l'avance des frais était un frein à venir consulter.

Avance des frais = Frein?	Nombre	%	
Tout à fait d'accord	35	9%	OUI
D'accord	37	10%	19%
Indifférent	102	26%	
Pas d'accord	96	25%	NON
Pas du tout d'accord	117	30%	55%
Total	387	100%	

Tableau 11 : Problématique autour de l'avance des frais

Sur ces 387 patients :

- 93% des patients estimaient se sentir plus en sécurité de pouvoir être vus dans la journée,
- 4% étaient indifférents,
- 3% ne sentaient pas plus en sécurité.

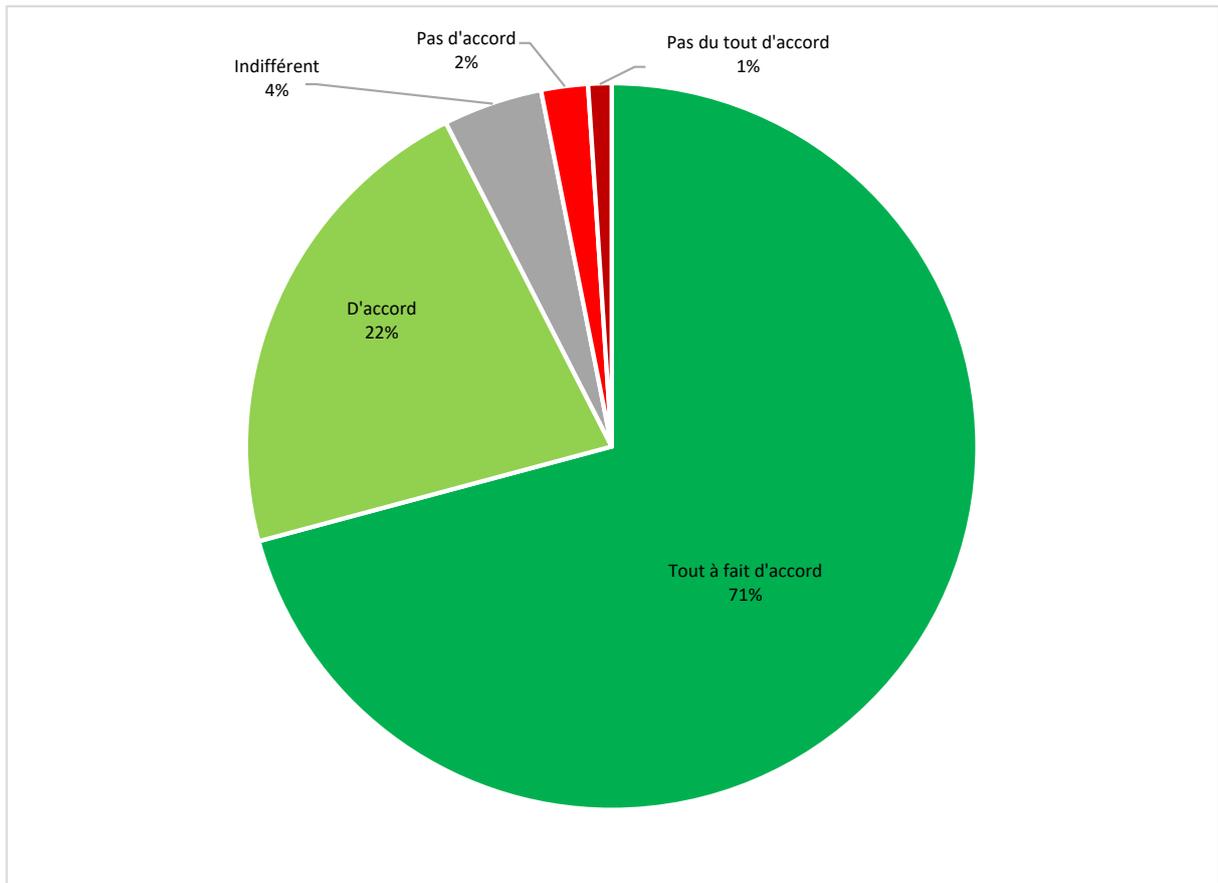


Tableau 10 : Répartition des patients en fonction de leur sentiment de sécurité

C. Adaptation plage horaire proposée

- 65% des patients étaient favorables à la création d'une plage horaire 20h-minuit,
- 19% étaient indifférents,
- 16% ne trouvaient pas d'intérêt à cette plage horaire.

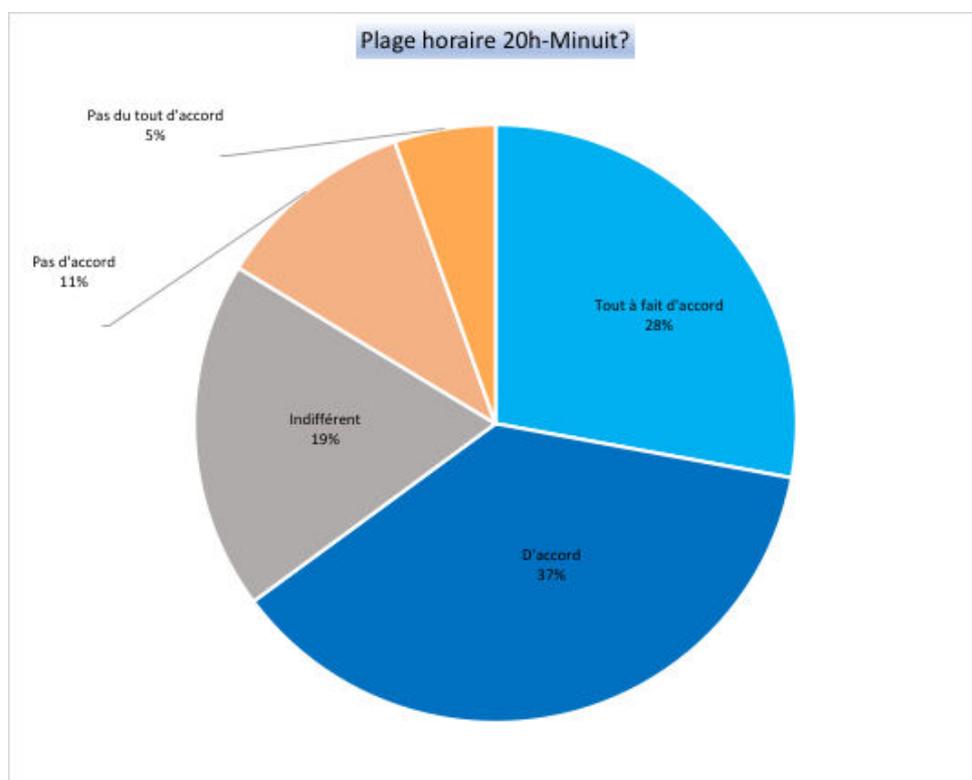


Tableau 12 : Discussion autour de la création d'une plage horaire 20h-minuit

V. Discussion

A. Principaux résultats

De notre étude, il ressort que :

- **93% des patients se présentant sur les plages de consultations sans rendez-vous se sentaient plus en sécurité en ayant accès à un avis médical dans la journée vis-à-vis de leurs doléances.**
- 54% des patients qui avaient déjà utilisé ce système de consultation sans rendez-vous s'étaient présentés pour un problème aigu.
- 56% des patients ne faisaient pas partie du cabinet et 72% d'entre eux avaient exprimé des difficultés à obtenir un rendez-vous avec leur médecin traitant rapidement.
- 96% estimaient que ce mode de consultation était une bonne alternative aux services des Urgences pour leurs problèmes.
- 50% des patients auraient consulté aux urgences s'ils n'avaient pas pu être vus avec ce système de consultation.
- L'avance des frais était un frein à la consultation pour 19% de la population de notre étude.
- 65% souhaitaient voir un créneau de consultation 20h-Minuit de ce type.

B. Limites de l'étude

Il s'agissait d'une étude locale sur le cabinet médical d'Archiac, ainsi il faut rester prudent quant à toute extrapolation sur les autres zones sous médicalisées.

En effet chaque territoire est unique avec ses propres spécificités.

Le taux de participation était de 74%, il faut cependant prendre en compte que certains patients revenus consulter plusieurs fois sur la période d'étude n'ont rempli qu'une seule fois le questionnaire.

Les 26% de personnes restantes ne sont donc pas que le reflet du refus de participation à cette étude.

Afin de minimiser certains biais, l'étude a porté sur la même période (3 semaines en Mars 2014) que celle de la thèse du Dr Hoerth à laquelle nous souhaitons apporter des réponses (22).

Enfin, on peut se poser la question de savoir si les patients se présentant à ce type de consultation sont-ils représentatifs de la population générale ou juste représentatifs de la population considérant ce moyen comme bonne alternative.

C. Ce que dit la littérature

Compte tenu du faible nombre de structures de ce type qui restent encore sporadique, résultant de l'initiative isolée de groupe de médecin, il n'est pas retrouvé d'étude similaire dans la littérature à notre connaissance.

On retrouve une publication en Janvier 2014 « Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauche de solutions » (26) qui propose de renforcer la médecine ambulatoire afin de diminuer le nombre de passages aux urgences : « Il convient donc de développer la médecine de premiers recours et de favoriser les cabinets de groupe permettant aux patients de consulter de manière imprévue, pendant et en dehors des heures ouvrables ».

Il est donc difficile de comparer les données et de savoir si elles s'intègrent dans une dynamique nationale ou résultent de spécificités locales.

Néanmoins, de par l'originalité de ses structures et l'absence de données dans la littérature, celles-ci peuvent permettre de donner lieu à d'autres études plus larges sur le territoire et ainsi apporter des solutions à une future réorganisation du système de santé qui semblent devenir une priorité majeure de ces prochaines années.

D. Ce type de consultation améliorerait-il l'accès aux soins ?

Le moyen de consulter sans rendez-vous, tel que c'est le cas aux Urgences, ne dispose pas de beaucoup d'alternative.

On assiste cependant à une utilisation importante d'internet de la part des patients afin d'obtenir des informations sur leurs problèmes de santé. Informations souvent inappropriées à leur situation et fortement anxiogènes.

Il existe des structures telles que les maisons médicales. Elles sont ouvertes durant les horaires de la Permanences Des Soins Ambulatoires (PDSA) mais ces horaires ne correspondent pas au pic de fréquentation des urgences (10h-18h) retrouvé dans la littérature (27). Elles sont également peu nombreuses. Dans le secteur d'étude, nous en retrouvons sur Saintes et Royan (ouverte le week-end et les jours fériés).

Dans la majeure partie du temps, elles ne peuvent donc pas se présenter comme un moyen de désengorgement des urgences et de facilitation d'accès aux soins.

Dans notre étude, 54% des patients qui avaient déjà utilisé ce système de consultation sans rendez-vous s'étaient présentés pour un problème aigu nécessitant selon eux d'être vus dans la journée.

Devant les difficultés actuelles d'accès aux soins, les urgences se posent actuellement comme la seule garantie d'être vu dans la journée. Ceci entraîne évidemment son lot de consultations jugé inapproprié si fréquemment rapporté.

Mais il est important de faire la différence entre l'urgence vraie (médicalement définie) et l'urgence ressentie. Il est facile après avoir fait un examen médical complet de conclure à une consultation abusive une fois l'ensemble de l'examen rassurant. Mais poser un diagnostic est notre métier pas celui du patient.

Pour un même syndrome, on peut aboutir à des diagnostics différents. Des douleurs abdominales fébriles peuvent être le signe d'une appendicite, d'une péritonite... (urgences) ou d'une simple virose. Parfois l'urgence ressentie rejoint l'urgence vraie et les patients veulent légitimement avoir des réponses.

Les difficultés d'accès aux soins sont un problème de santé publique majeur liées à un ensemble de phénomènes.

Parmi eux, le nombre de médecins par habitant en constante diminution. Ainsi malgré des journées toujours pleines, il est actuellement difficile de répondre positivement à toutes les demandes.

Parmi les patients de l'étude, 56% ne faisaient pas partie du cabinet. Parmi ces 56%, 72% avaient évoqué des difficultés pour avoir un rendez-vous rapide avec leur médecin traitant, et ont ainsi trouvé un accès aux soins par le biais de ce mode de consultation.

Nous pouvons nous interroger sur les 28% n'ayant pas éprouvé de difficultés à obtenir un rendez-vous rapide avec leur médecin traitant. Souhaitaient-ils avoir un rendez-vous encore plus rapide que celui proposé par leur médecin ? Souhaitaient-ils avoir un autre avis médical ?

Cette structure, étant isolée, draine beaucoup de patients extérieurs au cabinet sur ces plages horaires (56%). Ceci rajoutant une charge de travail supplémentaire pour les médecins qui s'occupent déjà de leur patientèle.

Il était évoqué que la nouvelle génération s'inscrivait dans une démarche de consultation sur rendez-vous afin de garder un certain contrôle sur leurs journées. Mais si chaque cabinet regroupant plusieurs médecins s'inscrivait dans cette dynamique en créant au milieu de leur consultation sur rendez-vous une plage horaire de consultations sans rendez-vous quotidienne gérée en alternance par les médecins, cela permettrait de faciliter grandement l'accès aux soins sans pour autant, à priori, affecter la charge de travail individuel hebdomadaire.

Ceci implique cependant que les médecins travaillent en groupe car ce système en étant isolé serait beaucoup trop chronophage et exposerait à un épuisement professionnel certain. En effet, la densité médicale va continuer à diminuer significativement pendant que la population va continuer de croître au cours des prochaines années, il est donc impératif de privilégier le travail en groupe.

E. Impact sur l'engorgement des Urgences ?

Comme nous l'avons déjà évoqué, le pic de fréquentation des urgences par la population générale dans la littérature (27) se situe entre 10h et 18h et ne correspond pas du tout aux horaires des quelques structures déjà mis en place lors de la PDSA.

50% des patients de notre étude, avaient affirmé qu'ils se seraient rendus aux urgences s'ils n'avaient pas eu ce moyen de consultation. Cela représentait 194 consultations de moins pour les urgences durant cette période de 21 jours.

La majorité des patients ne se présente pas aux urgences par plaisir et sait que celles-ci sont réservées pour les « vraies urgences ».

Devant leurs problèmes aigus souvent source d'inquiétude et pouvant parfois cacher quelque chose de plus grave, ils se sentent souvent démunis de ne pas pouvoir recevoir un avis médical rapide, les conduisant aux urgences.

Ces structures de consultations sans rendez-vous peuvent tout à fait représenter une solution pour participer aux désengorgements des services d'urgences en permettant un accès facilité à un avis médical et une prise en charge ambulatoire tout au long de la semaine.

Dans notre étude 96% des patients estimaient que ce système de consultation représentait une bonne alternative aux urgences.

Ces structures d'accueil sans rendez-vous trouvent d'autant plus leur place lorsque l'on sait que les urgences vitales représentent 3% des passages aux urgences et que 20% des passages sont suivis d'une hospitalisation (28).

1. SUR LE PLAN ECONOMIQUE

La conjoncture actuelle fait que les urgences sont amenées à voir de plus en plus de monde et notamment des passages pour des motifs « non urgents » faute d'un accès aux soins parallèles suffisants. Ces passages entraînent ainsi un coût supplémentaire non négligeable pour la société, mobilisent une grande partie des ressources médicales (qui devient moins disponible pour les urgences).

Pour tout passage aux urgences, non suivi d'hospitalisation, s'ajoute au tarif standard de la consultation secteur 1 le forfait d'accueil et de traitement des urgences dit « ATU » soit 25,32 euros (29).

Les 80% des consultations aux urgences qui ne sont pas suivis d'hospitalisation (28) sont donc soumis à ce forfait ATU.

Les centres de consultation sans rendez-vous existants sont au tarif de consultation secteur sans surcoût. Ils permettraient donc de réduire le coût de la sécurité sociale concernant ces consultations dites « non urgentes ».

192 personnes sur les 3 semaines notre étude seraient allées aux urgences.

Donc sur ces trois semaines : $192 \times 25,32 = 4\,861,44$ euros de surcoût en ATU.

On peut grossièrement extrapoler par un simple produit en croix sur l'année : ce qui nous ferait sur 52 semaines, un surcoût en ATU de 84 264,96 euros.

Il est important cependant de noter que le mode de financement actuel des services des urgences est basé sur le volume d'activité. Ainsi un « hôpital qui s'emploierait à réduire le flux de patients entrant aux urgences travaillerait contre son intérêt » (29).

On assiste donc à un réel paradoxe entre la politique de maîtrise de l'engorgement et le mode de financement des services.

F. Problématique autour de l'avance des frais

19% des répondants de notre étude estimaient que l'avance des frais représentait un frein à la consultation.

Dans la thèse du Dr Hoerth, seulement 3,5% des patients avaient déclaré venir aux urgences pour des difficultés d'avance de frais (22).

Nous retrouvons dans la littérature des taux plus élevés mais ces résultats portaient sur des études dans des grands centres urbains ne reflétant probablement pas la population d'Archiac et ses environs (30).

G. Adaptation des horaires proposés

65% des patients de notre étude étaient favorables à la création d'une plage horaire 20h-Minuit.

Cette forte proportion favorable peut aisément se comprendre par le sentiment de sécurité lié à ces permanences de soins.

Cependant, compte tenu des données de la littérature qui fixent les pics de fréquentation des urgences entre 10h et 18h (27), on peut se poser la question de la réelle utilité d'une telle plage horaire.

En effet, il ne faut pas confondre amélioration de l'accès aux soins et rentrer dans le cercle vicieux du « tout, tout de suite ».

H. Vers une refonte des consultations même

Nous avons vu que le système de santé actuel est en fin de cycle, à bout de souffle quant aux avantages qu'il a pu apporter par le passé.

Sans une réévaluation globale de l'ensemble du système de soins, les difficultés déjà majeures ne feront que s'accroître, aboutissant à une catastrophe sanitaire.

Nous avons abordé des pistes quant à une réforme du système de santé dans son organisation afin de permettre un accès aux soins plus performant.

Mais il existe également des modifications sur les consultations même.

- Le temps de consultation en France est l'un des plus longs d'Europe : environ 16 minutes contre 9 en Angleterre (19). Ceci ne signifie pas que les médecins anglais « expédient » plus leur patient mais qu'ils ont une structuration même de la consultation différente. En effet, ils disposent tous d'un assistant qui s'occupe des constantes, des paiements... qui sont des étapes chronophages. Ces 5 minutes de temps de consultation, misent

bout à bout, représentent en fin de journée une possibilité de gain de temps considérable afin de voir d'autres patients.

- Les motifs de consultations vont s'élargir et les actes avec. Il va falloir apprendre à jongler avec la diversité des différentes cotations (31). Il existe des application smartphones regroupant ces cotations. Et expliquer aux patients que la consultation ne sera pas toujours cotée : G = 25 euros.
- Le système actuel de déclaration de médecin traitant et de remboursement accentue les difficultés de prise de rendez-vous. Les médecins dans certaines zones se voient dans l'obligation de refuser de nouveaux patients afin de ne pas impacter la prise en charge des patients qu'ils suivent déjà. Ces difficultés entraînent une complexité supplémentaire pour les patients dans le parcours de soins et impactent leur remboursement.
- Ces structures restent pour le moment sporadiques. Elles sont amenées à drainer un nombre de patients important ne faisant pas partie du cabinet. Ceci repose la question du dossier médical partagé dont la mise en place concrète semble très complexe en pratique.

Par ailleurs, le patient ne résume pas à un problème aigu. La base de la médecine générale est de prendre en charge, de suivre et d'accompagner le patient dans toute sa complexité, dans son ensemble dans la durée. Il est donc important d'intégrer ces consultations sans rendez-vous (utile pour gérer un

problème à un instant T) dans un schéma plus classique afin de pouvoir faire un suivi sur le long terme (éducation, prévention, suivi chronique...).

VI. Conclusion

Cette étude a montré que la construction d'un établissement alliant des consultations sur rendez-vous et des périodes de sans rendez-vous permet de créer un trait d'union entre la médecine ambulatoire dite « classique » et les services d'Urgences.

Il en ressort un accès aux soins facilité pour les patients avec l'apparition d'un environnement plus sécurisant permettant de répondre rapidement à leurs inquiétudes quant à un évènement inopiné anxiogène.

Par ailleurs, cela peut également se proposer comme une des solutions afin de désengorger les services d'Urgences qui vivent actuellement une période de crise majeure.

Toutefois, cette étude reste une étude locale et il serait intéressant de voir s'il est possible d'appliquer ses résultats sur l'ensemble du territoire français.

VII. Bibliographie

1. Association des Médecins Urgentiste de France. Les urgences sous tension. Revue de presse du 16 mars 2018 ; <http://amuf.fr/2018/03/16/revue-de-presse-16-mars-les-urgences-toujours-sous-tension/>; consulté le 14/03/2018
2. Vuagnat A, « Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? », Le panorama des établissements de santé - édition 2013, DREES, Juin 2013 ; http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf; consulté le 03/03/2018
3. Hopital.fr. La réforme de l'assurance maladie et la T2A ; <https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Le-fonctionnement-de-l-hopital/Le-financement-de-l-hopital/La-reforme-de-l-assurance-maladie-et-la-T2A>; consulté le 25/03/2018
4. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. Revue d'Epidémiologie et de santé publique 61 (2013) 193-198
5. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. IRDES question d'économie de la santé 2001 :170
6. DREES. Renoncement aux soins. Collection Etudes et Statistiques. Paris : DREES, 2011 ; <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/renoncement-aux-soins-pour-raisons-financieres>; consulté le 26/02/2018
7. Lemorton C. Rapport d'information sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Assemblée nationale 2008.
8. Green LA, Freyer Jr GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med 2001; 344 (26): 2021-5
9. Giet D. Les grands défis à relever en médecine générale. Rev Med Gen 2008 ; 252 ; 154-6

10. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. WONCA Europe 2011
11. Barlet M, Fauvet L, Guillaumat-Taillet F, Olier L. Quelles perspectives pour la démographie médicales ? Rapport INSEE 2009 ;
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372503?sommaire=1372505>;
consulté le 15/03/2018
12. DREES. La démographie médicale à l'horizon 2030 : De nouvelles projections nationales et régionales. Enquête DRESS N°679, février 2009 ;
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>;
consulté le 15/03/18
13. Ordre National des Médecins, Atlas régional de l'ordre des médecins en 2015 en Poitou-Charentes ;
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_poitou_charentes_2015.pdf;
consulté le 15/03/2018
14. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Lyon 2012 ;
<http://www.isnar-img.com>;
consulté le 05/05/2018
15. Monnerie E. Burn out : les conclusions et les conseils d'une généraliste sur le stress de ses confrères. Le généraliste du 03/09/2014 ;
https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2014/03/09/burn-out-les-conclusions-et-les-conseils-dune-generaliste-sur-le-stress-de-ses-confreres_23713;
consulté le 23/03/2108
16. Ordre National des Médecins. Rapport de l'ordre national des médecins sur les modalités d'exercice et la féminisation de la médecine : La féminisation : une chance à saisir. CNOM décembre 2005 ;
<http://www.conseil-national.medecin.fr>;
consulté le 01/03/2018
17. Ministère de la Santé. Fiche n°2 – « comment inciter les médecins à s'installer en zones sous médicalisées ? » ;
<http://www.sante.gouv.fr>;
consulté le 02/03/2018
18. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Médecine de groupe en soins primaires en Europe et au Canada : Quels enseignements pour la France ? IRDES questions d'économie de la santé n°127, Novembre 2007 ;
<http://www.irdes.fr>;
consulté le 23/04/2018

19. Department of Health. National evaluation of NHS walk-in centers begins, Londres 2000 ; https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/283778/WalkInCentreFinalReportFeb14.pdf; consulté le 01/05/2018
20. Aillouche, Bouveret, Nidal, Pourcelle, Bournaillie. Permanence médicale d'Aix ; <http://www.permanence-medicale-aix.fr>; consulté le 15/05/2018
21. Centre médical du Pays d'Aubagne. Offre de soins ; <http://www.permanence-medicale-du-charel.fr/offre-de-soins/>; consulté le 15/05/2018
22. Hoerth G. Des centres de soins sans rendez-vous sont-ils une solution appropriée pour diminuer l'engorgement des urgences et améliorer l'accès aux soins en zones sous médicalisées ? Etude transversale multicentrique. Thèse de la faculté de Poitiers, Septembre 2015.
23. Schweyer FX. L'enquête par questionnaire. Des contextes d'usage variable. Ecole Nationale de la Santé publique, Rennes ; https://www.u-picardie.fr/curapp-revues/root/44/francois_xavier_schw.pdf_4a0bdf50454f4/francois_xavier_schw.pdf; consulté le 04/01/2018
24. DREES. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale, premiers résultats. Etude et de résultats de la DREES n°471. Mars 2006 ; <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er471.pdf>; consulté le 16/01/2018
25. Demeuse M. Echelles de Likert ou méthode des classements additionnés ; http://ired.u-bourgogne.fr/images/stories/Documents/Cours_disponibles/Demeuse/Cours/p5.3.pdf; consulté le 06/01/2018
26. Claret PG, Bobbia X, Richard P, Poher F, De Le Couassaye JE. Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions, Ann Fr Med Urgence 2014 ; 4 : 96-105
27. Agence régionale de l'hospitalisation PACA. SROS 2006-2011 : Prise en charge des urgences et articulation avec la PDSA. Avril 2006, pp 191-227

28. Haute Autorité de Santé (HAS). Le recours à l'hôpital en Europe ; Argumentaire HAS 2009 ; <http://has.sante.fr>; consulté le 28/04/2108
29. Cohen L, Génisson C, Savary RP, au nom de la commission des affaires sociales (rapport d'information). Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre de santé ; Juillet 2017 ; <http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6857.html>; consulté le 10/05/2018
30. Rouzier S, Varadon D, Joly M, De Mas Latrie T, Boyeau-Demarres C, Six P, et al. Analyse des déterminations du recours et des caractéristiques sociodémographiques des patients se présentant spontanément aux urgences sans avis médical préalable. Ann Fr Med Urgence 2014 ; 4 :143-152
31. MG France. Les actes du généraliste (ou spécialiste en médecine générale). Tarifs métropole au 01/11/2017 ; <https://www.mgfrance.org/images/nomenclature/nomenclature-metropole-112017.pdf>; consulté le 13/05/2018

VIII. Annexes

A. Annexe 1 : Questionnaire

Étude sur les centres de soins sans rendez-vous : Cabinet médical d'Archiac (Mars 2018).

Age :

Sexe : Femme Homme

Code postal :

1. Vous venez consulter en :
 Semaine Week-end

2. Avez-vous déjà consulté sur les créneaux sans rendez-vous ?
 Oui Non

- Si oui, quel a été votre motif de consultation ?
 Renouvellements Papiers administratifs Problèmes aigus
 Problèmes chroniques Conseils Certificats

3. Si vous ne faites pas partis du cabinet, avez-vous eu des difficultés à obtenir un rendez-vous rapide avec votre médecin traitant ?
 Tout à fait d'accord D'accord Indifférent Pas d'accord
 Pas du tout d'accord

4. Si ce système de consultations sans-rendez-vous n'existait pas, seriez-vous allés aux urgences ?
 Tout à fait d'accord D'accord Indifférent Pas d'accord
 Pas du tout d'accord

5. Les consultations sans rendez-vous sont-elles une bonne alternative aux Urgences ?
 Tout à fait d'accord D'accord Indifférent Pas d'accord
 Pas du tout d'accord

6. Avoir la possibilité de consulter « sans rendez-vous » dans la journée, crée-t-il un climat plus sécurisant pour vous ?
 Tout à fait d'accord D'accord Indifférent Pas d'accord
 Pas du tout d'accord

7. L'avance des frais est-il un frein à la consultation ?
 Tout à fait d'accord D'accord Indifférent Pas d'accord
 Pas du tout d'accord

8. Intérêt d'une plage horaire 20h-minuit ?
 Tout à fait d'accord D'accord Indifférent Pas d'accord
 Pas du tout d'accord

B. Annexe 2 : Liste des intervenants pour analyse du questionnaire d'étude

- Docteur HOERTH Gabriel : Médecin généraliste au cabinet médical d'Archiac, Directeur de thèse
- Docteur LAFON Rodolphe : Médecin généraliste au cabinet médical d'Archiac, ancien médecin urgentiste à l'hôpital de Saintes
- Docteur PALLUAU Julien : Médecin généraliste remplaçant au cabinet médical d'Archiac
- Mr FRANCHI Jean-Marc : Kinésithérapeute au cabinet médical d'Archiac
- Mme FAURE Anne : Psychologue au cabinet médical d'Archiac
- Mme MALECKI Marion : Sage-femme au cabinet médical d'Archiac
- Mme MARANGE Alexia : Secrétaire médicale au cabinet médical d'Archiac
- Mme DEBRIS Lara : Secrétaire médicale au cabinet médical d'Archiac

C. Annexe 3 : Affiche salle d'attente

Centres de soins sans rendez-vous comme solution pour diminuer l'engorgement des urgences et améliorer l'accès aux soins en zone sous-médicalisée : Impact du cabinet médical d'Archiac.

Vous allez participer à une étude anonyme qui a pour but d'améliorer l'accès aux soins.

Le questionnaire ne sera connu ni des secrétaires, ni des médecins et ne modifiera pas votre prise en charge.

Merci pour votre participation.

IX. Résumé

Introduction :

L'ensemble de la conjoncture actuelle autour du système de santé, nous amène à devoir nous adapter et à penser de nouveaux modes d'exercice de la médecine générale. En effet, la démographie médicale ne cesse de diminuer lorsque la population connaît une croissance continue.

Devant les difficultés croissantes d'accès aux soins, les patients se tournent, parfois de manière inappropriée, vers les urgences leur assurant ainsi d'être vu. Les services d'urgences sont ainsi amenés à voir de plus en plus de patients alors qu'ils sont déjà saturés. Des solutions alternatives ont ainsi vu le jour comme le cabinet médical d'Archiac qui propose des consultations sans rendez-vous 7j/7.

L'objectif de cette étude était de déterminer la proportion de patients, qui avec la possibilité de consulter sans rendez-vous dans la journée, se sentait plus en sécurité.

Matériel et Méthode :

Il s'agissait d'une étude transversale, par questionnaire, monocentrique (cabinet médical d'Archiac), pendant trois semaines, 7j/7, durant les horaires d'ouvertures des consultations sans rendez-vous (14h-19h). La population cible concernait toute personne se présentant à ces consultations.

Résultats :

Avec un taux de participation de 74%, l'étude a porté sur 387 patients.

93% des patients se présentant sur les consultations sans rendez-vous se sentaient plus en sécurité en ayant accès à un avis médical dans la journée vis-à-vis de leurs doléances.

56% des patients ne faisaient pas partie du cabinet médical et 72% d'entre eux avait exprimé des difficultés à obtenir un rendez-vous avec leur médecin traitant rapidement.

96% estimaient que ce mode de consultation était une bonne alternative aux services des urgences.

50% des patients auraient consulté aux urgences s'ils n'avaient pas pu bénéficier des consultations sans rendez-vous.

L'avance des frais était un frein pour 19% des patients.

Conclusion :

Cette étude a montré, localement, que la construction d'un centre de soins alliant consultation sur rendez-vous et des plages de consultation sans rendez-vous permettait de créer un trait d'union entre la médecine de ville et les services d'urgences. Il en ressort un accès aux soins facilité créant un environnement plus sécurisant pour le patient.

X. Serment d'Hippocrate



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



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 !

