

2017-2018

# THÈSE

pour le

## DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

# Enquête sur les délais de rendez-vous pour soins non programmés en médecine générale libérale en Sarthe

**MATHIES Tristan**

Né le 08 Mai 1987 à Les Lilas (93)

Sous la direction de Mme. ANGOULVANT Cécile

Membres du jury

Mr le Professeur CONNAN Laurent

Mme le Docteur ANGOULVANT Cécile

| Président

| Directeur

Mr le Professeur GARNIER François

Mr le Docteur JOLY Frédéric

| Membre

| Membre

Soutenue publiquement le :  
25 octobre 2018



UFR SANTÉ



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné MATHIES Tristan  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **13/10/2017**

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

**Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle**  
**Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce**  
**Directeur du département de médecine :**

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

#### AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

#### **PAST**

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie

#### **ATER**

FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
?	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

#### **AHU**

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie

#### **CONTRACTUEL**

VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie
------------------	--------	-----------

# **REMERCIEMENTS**

- *A mon Président de Jury :*

**Monsieur le Professeur Laurent CONNAN,**

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus sincère reconnaissance.

- *A mon Jury de thèse :*

**Monsieur le Professeur François GARNIER**

**Monsieur le Docteur Frédéric JOLY**

Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse, de lire mon travail et de le juger. Je vous remercie beaucoup pour le temps et l'intérêt que vous avez consacré à cela.

- *A ma Directrice de thèse :*

**Madame le Docteur Cécile AUGOULVANT,**

Je te remercie d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci pour tes conseils, tes encouragements et ton soutien. Ta gentillesse et ton professionnalisme m'ont également été précieux tout au long de ce travail. Merci de m'avoir donné de ton temps.

- **Aux patients des cabinets de Brulon, La Chapelle Saint Aubin et Les Ardriers :**

Merci aux patients ayant participé à mon projet de thèse en acceptant de consacrer du temps pour répondre à mon questionnaire. Ce travail n'aurait pas été possible sans votre aide. Merci également aux médecins généralistes de ces mêmes cabinets pour m'avoir aimablement accueilli au sein de leur cabinet.



- **Aux Docteurs Pascale LA COMBE-BAZAR, Bernard SEGUIN et Alain MILLIOT :**

Je vous remercie de m'avoir permis de découvrir la médecine générale au cours du stage PRAT. Cette 1<sup>ère</sup> expérience du cabinet a été pour moi la confirmation que c'était ce métier de la médecine que je voulais exercer et pas un autre. J'ai beaucoup appris auprès de vous au cours de ces 6 mois. Merci pour votre pédagogie et votre sympathie.

- **Aux Docteurs Cécile ANGOULVANT, Corinne ADET-JUBEAULT et Laetitia RAVE :**

Vous m'avez permis d'une part d'approfondir mes connaissances pratiques en gynécologie/pédiatrie au cours de ces 6 mois de stage SAFE et d'autre part de compléter mon expérience en matière de démarche diagnostique et thérapeutique, afin d'acquérir une autonomie complète en consultation au cours de ce dernier stage d'internat. Je vous en remercie sincèrement.

- **Au Docteur Alain NEVEUR :**

Merci d'avoir été mon tuteur universitaire au cours de ces 3 années d'internat. Travailler avec toi au cours des séances de tutorat a été très intéressant. Tu m'as beaucoup appris sur moi-même et tu m'as fait prendre conscience de ma progression stage après stage. Je te remercie pour ta disponibilité et ta gentillesse.

- **A tous les enseignants du département de médecine générale d'Angers :**

Merci pour votre suivi au cours de ces 3 ans et votre envie permanente d'améliorer la formation de médecine générale.

- **A mes co-internes et toutes les équipes hospitalières médicales et paramédicales des services du CH du Mans et du CHU d'Angers** qui m'ont accueilli au cours de mes stages d'internes. Ce fût un plaisir de passer

ces (nombreuses !) heures de travail avec vous. Merci pour tout ce que vous m'avez appris, notamment la notion de travail en équipe pour une prise en charge globale du patient.

- **A toutes les équipes hospitalières médicales et paramédicales des services du CHU de Nantes**, qui m'ont accueilli au cours de mes stages d'externes, certes déjà loin mais tellement enrichissants. Merci à vous d'avoir contribué à ma formation et de m'avoir donné l'envie de s'occuper des autres.
- **Aux cabinets médicaux de La Chapelle Saint Aubin et Rouillon en Sarthe**, où j'ai effectué mes premiers remplacements et où je travaille toujours à ce jour. Merci pour votre accueil et pour la confiance que vous m'avez accordée. C'est toujours avec plaisir que je me lève le matin pour venir travailler avec vous.
- **A mon 1<sup>er</sup> co-interne, Raphaël :**

Un remerciement spécial pour toi, qui m'a soutenu durant ces premières semaines d'internat. Tes conseils et nos discussions m'ont franchement aidé à sortir la tête de l'eau à l'époque...

- **A ma famille Véro, Bruno, Marie et Vic :**

Merci pour votre soutien permanent au cours de mes (longues !) études, dans les bons moments comme dans les moments de doute (mon 1<sup>er</sup> mois d'internat...). Vous avez toujours été là pour moi. Merci pour avoir fait de notre famille ce qu'elle est, une famille soudée qui respire l'amour et la joie de vivre.

- **A ma mamie Thérèse, mon papy Pierre, mes tantes, mes cousins et cousines :**

Merci pour vos encouragements durant toutes ces années d'étude.

- **A ma belle-famille :**

Merci pour votre accueil au sein de votre famille et vos encouragements. Mention spéciale à Coralie, la prochaine thèse de médecine générale dans la famille, elle est pour toi !

- **A mes amis :**

A Mickael, Jérémy et Antoine, mes amis d'enfance. Même si la distance nous a un peu éloignés, notre amitié restera de fer pour toujours ! Malgré nos quelques bêtises au cours de notre jeunesse, on a tous pas trop mal tournés au final !

A Jean-Daniel, Anthony, Audrey et Yanis, mes amis sportifs de Nantes. A quand un petit tournoi sur la Sarthe !

A mes amis du Mans : Aurélien, Bertrand, Stef, Sabah, Kevin, Alex, Claire, François, Anne-Lise, Pierre, Ingrid, Anthony et toute la Team Basket de St Mars d'Outillé. Que des belles rencontres depuis notre arrivée en Sarthe, merci à vous pour tous ces bons moments qu'on a déjà passés ensemble, sportifs et moins sportifs...

- **A Delphine, ma Princesse :**

Chaque jour passé auprès de toi, depuis notre rencontre au self en P1, est un pur bonheur. Merci pour ton indéfectible soutien, que ce soit au cours des études ou dans les épreuves de la vie. Ma vie n'aurait jamais été aussi belle sans toi à mes côtés. On a déjà tant construit de choses ensemble qu'on pourrait en faire un livre...mais avec toi, je me sens une âme d'écrivain hyper inspiré pour en écrire plein d'autres ! Merci d'être toi et pour tout l'amour que tu me donnes. Je t'aime.

- **A la mémoire de ma mamie Loulou,** partie bien trop tôt à cause de la maladie.

Merci pour tous les bons moments qu'on a passés ensemble : nos nombreux fous-rires, nos voyages au Maroc et en Espagne, nos « WE détente » à St André entre 2 révisions ou examens quand j'avais besoin de me vider la tête... Ta présence me manque terriblement.

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

ADOPS : Association Départementale d'Organisation de la Permanence des Soins

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

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

ECN : Épreuves Classantes Nationales

HAD : Hospitalisation à Domicile

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRSA : Institut inter-Régional pour la Santé

LCSA : La Chapelle-Saint-Aubin

MMG : Maison Médicale de Garde

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires

PMI : Protection maternelle et Infantile

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

# **SOMMAIRE**

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>15</b>
<b>II. URGENCES EN MEDECINE GENERALE LIBERALE .....</b>	<b>18</b>
A) Définition .....	18
B) Quelques chiffres .....	19
C) Liste des principaux soins non programmés .....	20
<b>III. MATÉRIEL ET MÉTHODES .....</b>	<b>21</b>
A) Choix du type d'étude .....	21
B) Population étudiée .....	22
C) Description du questionnaire .....	23
D) Analyse des données et éthique.....	24
<b>IV. RÉSULTATS .....</b>	<b>25</b>
A) Caractéristiques de la population étudiée .....	25
1) Nombre de questionnaires .....	25
2) Âge des patients.....	25
3) Sexe des patients .....	25
4) Lieu de consultation.....	26
5) Sexe du médecin traitant.....	26
6) Traitement du patient.....	27
7) Statut du patient.....	27
8) Fréquence des consultations .....	27
B) Motifs de consultation urgents .....	28
1) Motifs pour une consultation le jour même.....	28
2) Motifs pour une consultations à 2-3 jours.....	29
C) A propos du secrétariat .....	29
D) Etude des délais avec le médecin traitant .....	30
1) Pour une consultation d'urgence au cabinet.....	30
2) Pour une visite à domicile.....	31
E) Etude des délais avec un médecin remplaçant ou un interne .....	32
1) Données générales.....	32
2) Pour une consultation d'urgence au cabinet.....	33
3) Pour une visite à domicile.....	34
F) Souhaits des patients .....	35

G) Conduite adoptée lorsque le patient ne pouvait pas être vu dans la journée	36
H) Connaissance des patients sur la permanence des soins ambulatoires .....	36
1) Le Week-end .....	36
2) Conduite adoptée lorsque le cabinet médical était fermé .....	36
3) Le système des gardes et la maison médicale .....	37
<b>V. DISCUSSION .....</b>	<b>38</b>
A) Biais et limites de l'étude .....	38
B) Discussion à propos des principaux résultats .....	40
<b>VI. CONCLUSION .....</b>	<b>43</b>
<b>VII. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>44</b>
<b>VIII. LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>48</b>
<b>IX. LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>49</b>
<b>X. LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>50</b>
A) Place du médecin généraliste dans le système de soins .....	50
1) Définition de la médecine générale .....	50
2) Missions du médecin généraliste .....	51
3) Définition et organisation des soins premiers .....	52
4) Définition d'un système de soins .....	53
5) Modèles d'organisation des systèmes de soins .....	54
B) Le Carré de White .....	58
C) La permanence des soins ambulatoires .....	59
1) Définition .....	59
2) Fonctionnement .....	59
3) Organisation et financement .....	60
C) Les territoires de la PDSA en Sarthe .....	61
D) Le numéro 116-117 .....	63
E) La Classification Internationale en Soins Premiers 2 (CISP-2) .....	64
F) La lettre d'information au patient .....	66
G) Le questionnaire .....	67
<b>XI. SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>71</b>

## **I. INTRODUCTION**

*« Docteur, ça devient de plus en plus compliqué d'avoir un rendez-vous quand on est malade »*

La question de la démographie médicale en France est plus que jamais d'actualité et reste une préoccupation importante pour la population générale française. Selon le Conseil National de l'Ordre des médecins, la France comptait 290 974 médecins inscrits au tableau de l'Ordre au 1er janvier 2017 (1). Si ce chiffre peut apparaître à première vue rassurant car jamais égalé, il n'en ait pas moins trompeur car environ 25% d'entre eux sont des médecins retraités et la moyenne d'âge des médecins en France en 2017 est de 51,2 ans (1). Le chiffre de médecins retraités est en augmentation permanente, avec des départs massifs à la retraite qui ne seront pas tous remplacés dans les années à venir. Plusieurs modèles élaborés par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques en matière de démographie médicale (DRESS), estiment que le nombre total de médecins sera de 188 000 en 2019 (2).

Cette situation médicale est en grande partie le fruit de variations importantes du numerus clausus depuis son instauration en 1971 (3). La durée relativement longue des études, la féminisation de la profession avec souhait légitime de la jeune génération de concilier vie professionnelle et vie privée, le vieillissement de la population ayant pour conséquence une augmentation de la demande de soins sont autant d'autres facteurs fréquemment retrouvés dans les questions de démographie médicale (4). De plus, les jeunes médecins décident de se consacrer de plus en plus à une activité de médecin remplaçant plutôt que de s'installer (augmentation de 17.1 % depuis 2007). Le CNOM en 2017 recense 12 011 médecins remplaçants dont 7970 médecins généralistes soit 7% du nombre total de médecins généralistes (1). Ceux-ci expriment comme principales motivations à leur exercice un sentiment de liberté mais surtout une absence de contraintes administratives amenant un gain de temps et un confort de travail certain (5).

D'autre part, il existe des différences importantes de densité médicale entre les différentes régions du pays mais également entre les départements d'une même région, aboutissant à des territoires sous dotés. En 2016, les régions les plus fortement touchées par la pénurie de médecins sont l'île de France qui a enregistré depuis 2007 une baisse importante du nombre de médecins, la Picardie et la région Centre où la densité médicale est la plus faible du pays avec 232.7 médecins pour 100000 habitants, la densité moyenne nationale étant de 284.4 médecins pour 100000 habitants (1).

La région des Pays de la Loire, avec ses 5 départements, recense au 1er janvier 2015 un total de 13092 médecins (6). Cette région illustre bien le problème de disparité médicale intra régionale car ici encore, on retrouve des inégalités démographiques marquées notamment entre la Loire Atlantique et la Mayenne (5673 vs 770 médecins). Certaines spécialités médicales sont plus touchées que d'autres.

C'est le cas de la médecine générale, qui en 2015 recensait 3274 praticiens libéraux en Pays de la Loire, avec des chiffres qui ne cessent de diminuer au cours des années depuis 2006. Au sein des Pays de la Loire, le département de la Sarthe n'est pas épargné. Elle compte en 2015 seulement 387 généralistes libéraux, soit une densité de 121 médecins généralistes pour 100 000 habitants (la moyenne nationale étant à 154.1) dont la moyenne d'âge est de 54,4 ans et 30,4% ont plus de 60 ans (6).

Le médecin généraliste ambulatoire est pourtant un acteur important du système de soins car c'est principalement vers lui que le patient se tourne en premier lorsqu'il ressent un symptôme ou un trouble de santé (Annexes A et B). Il s'agit d'un professionnel de premier recours, tout comme le pharmacien d'officine par exemple. Il constitue le 1er pallier du système de soins, la porte d'entrée dans celui-ci. Il dispense des soins premiers (anciennement « soins primaires »).



Les soins premiers de médecine générale peuvent globalement se différencier en soins programmés, lesquels correspondent aux consultations ayant un caractère non-urgent (renouvellement de traitement, suivi, certificats de non contre-indications...) (7) et en soins non programmés relevant d'un caractère plus urgent (douleur, fièvre, traumatologie...) (8).

Les situations de soins non programmés comprennent toutes les demandes de soins non prévues (9). En effet, toute personne peut légitimement ressentir le besoin d'être rapidement vue en consultation par son médecin traitant. Cependant, le caractère « urgent » d'une consultation est une notion subjective. Elle sera perçue différemment selon le point de vue du médecin généraliste ou du patient. Dans tous les cas, le médecin généraliste joue un rôle important dans les soins de premier recours puisque quel que soit le mode ou le lieu d'exercice, il sera confronté à des situations de soins non programmés que ce soit à son cabinet ou en garde. Le patient a en effet la possibilité de consulter un médecin de garde lorsque le cabinet médical est fermé, c'est-à-dire le soir après 20h et le week-end. Il s'agit de la permanence de soins ambulatoires (PDSA) (10). Les soins non programmés n'ayant pas pu être vus le jour au cabinet médical peuvent bénéficier de la PDSA le soir (Annexes C et D).

Notre travail s'intéresse aux soins non programmés en ambulatoire, au cabinet médical, dans le cadre de la continuité de soins. Nous avons souhaité nous intéresser de plus près au point de vue du patient en réalisant cette étude pratique de terrain.

## **II. URGENCES EN MEDECINE GENERALE** **LIBERALE**

### **A) Définition**

L'urgence en matière de santé est définie comme « un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage » (11).

En pratique, les urgences médicales et par extension les soins non programmés comprennent toutes les demandes de soins non prévues, quelle que soit la gravité du problème.

En effet, toute personne peut légitimement ressentir le besoin d'être rapidement vue en consultation par son médecin traitant. Cependant, le caractère « urgent » d'une consultation est une notion subjective et sera perçue différemment selon le patient ou le médecin.

Une étude réalisée par la DRESS en 2004 sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale définit l'urgence en médecine de ville de la façon suivante (12) :

- urgences médicales repérées comme telles par le médecin
- recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet
- recours ayant lieu pendant les horaires d'ouverture du cabinet du médecin avec des patients déclarant avoir eu « besoin de voir un médecin dans la journée »
- recours aux médecins des associations urgentistes de villes

Dans le cas des services hospitaliers, est considéré comme « urgent » tout passage dans un service d'urgence, quelles que soient la nature et la gravité du problème de santé pris en charge.

## **B) Quelques chiffres**

L'enquête réalisée par la DRESS en octobre 2004 auprès de 1 400 médecins de ville a montré que les recours urgents ou non programmés constituaient 12% de l'activité totale des médecins libéraux (13). Ils concernaient particulièrement les enfants de moins de 13 ans (22% des patients) et des adultes de 25 à 45 ans (26% des patients).

L'activité urgente des médecins généralistes était essentiellement diurne, dont 18% en dehors des heures d'ouverture de cabinet. Près de 80% de ces recours concernaient une affection aiguë et, tout comme les urgences hospitalières, ils étaient principalement motivés par des problèmes somatiques.

Le diagnostic principal différait selon l'âge des patients : maladies infectieuses pour les enfants et les jeunes adultes, affections rhumatologiques et cardiologiques pour les personnes âgées.

Une douleur à soulager était signalée dans près de 40% des cas.

Le médecin a jugé que l'état du patient était susceptible de s'aggraver à l'issue d'environ 30% de ces consultations d'urgences.

5% des recours urgents ou non programmés en médecine de ville ont débouchés sur une hospitalisation, généralement immédiate, et un arrêt de travail a été prescrit dans 12% des cas.

### **C) Liste des principaux soins non programmés**

Bien qu'il ne semble pas exister de classification officielle des soins non programmés, on peut proposer de les lister de la façon suivante, selon la DRESS (14) :

- Episodes infectieux aigus, concernant plutôt les enfants et adolescents
- Episodes aigus rhumatologiques, concernant plutôt les personnes âgées
- Urgences sans gravité, maladies chroniques
- Maladies allergiques et lésions dermatologiques
- Problèmes traumatiques
- Problèmes psychologiques
- Urgences somatiques critiques, principalement cardiologique

### **III. MATÉRIEL ET MÉTHODES**

#### **A) Choix du type d'étude**

L'objectif principal de cette étude était de déterminer les délais moyens estimés par les patients en Sarthe pour obtenir un rendez-vous avec leur médecin traitant pour un soin non programmé.

Pour ce faire, une étude quantitative prospective multicentrique a été réalisée, en Sarthe, dans 3 cabinets de médecine générale, avec un questionnaire remis au patient. Les études quantitatives nécessitent le recrutement d'un plus grand nombre de sujets que dans les études qualitatives, afin que l'échantillon constitué soit le plus représentatif possible de la population étudiée, ici la population sarthoise. L'intérêt de ce type d'étude est de limiter les biais (15).

Les objectifs secondaires étaient d'une part de déterminer les délais moyens rapportés par les patients pour obtenir un rendez-vous avec un médecin remplaçant du cabinet ou un interne de médecine générale pour un soin non programmé en Sarthe, de les comparer aux délais recueillis pour le médecin traitant et d'autre part d'évaluer la connaissance qu'avaient les patients de la PDSA, notamment concernant les maisons médicales de garde (MMG), ces dernières permettant une prise en charge des soins non programmés en dehors des heures d'ouverture des cabinets.

Du fait de la démographie sarthoise, on suppose que le délai de rendez-vous avec un médecin remplaçant ou un interne de médecine générale sera plus court qu'avec le médecin traitant.

## **B) Population étudiée**

Cette étude a été réalisée sur une durée d'une semaine du 04 au 08 juin 2018. Elle s'est déroulée dans le département de la Sarthe, au sein de 3 cabinets médicaux libéraux ayant des modes et milieux d'exercice différents (rural, semi-rural, urbain, cabinet de groupe, MSP...) afin d'être le plus représentatif possible de la médecine générale sarthoise.

Nous avons choisi un cabinet rural (Brûlon, 1595 habitants), un cabinet semi-rural (La Chapelle-Saint-Aubin, 2362 habitants) et un cabinet urbain (Le Mans, 143 813 habitants). Les notions de « rural » et « urbain » ont été choisies pour plus de clarté et pour faciliter l'interprétation des résultats. Elles ont été inspirées par les définitions de l'INSEE (16).

Les critères de choix des 3 cabinets étaient l'exercice de médecins remplaçants, l'accueil d'internes de médecine générale et un secrétariat physique.

Les critères d'inclusion étaient les patients âgés de 18 ans ou plus, en capacité de lire et écrire, étant suivis et consultants dans les 3 cabinets de médecine générale sarthois retenus.

Les critères d'exclusion étaient les patients n'ayant pas donné leur accord pour répondre au questionnaire, les patients sous protection juridique, les patients mineurs et les patients hors cabinet (consultation de dépannage).

## C) Description du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir de la bibliographie, rédigé à partir du logiciel Microsoft Word 2016 et imprimé pour les patients en format papier.

Les questionnaires ont été remis aux enquêtés par le secrétariat du cabinet, avec une lettre d'information afin de leur expliquer l'objet de la thèse et les modalités du questionnaire (Annexe G). Ils ont été ensuite complétés en salle d'attente et remis en sortant au secrétariat, sauf à Brûlon où, pour des raisons pratiques, ils ont été déposés directement en salle d'attente.

Le questionnaire avait été testé au préalable par 3 personnes qui n'avaient pas de compétences médicales. La réalisation du questionnaire prenait 4 à 8 minutes et aucune des 3 personnes n'avait rencontré de difficultés particulières pour le remplir.

Il se composait de 26 items, définis à partir des données recueillis dans la littérature et des pré supposés du chercheur. La plupart des questions étaient à choix simple et le questionnaire comportait 3 parties (Annexe H).

La 1<sup>ère</sup> était intitulée « Informations générales » et explorait les caractéristiques socio-démographiques des patients interrogés telles que l'âge, le sexe, le cabinet médical consulté, le sexe du médecin traitant, la prise d'un traitement au long cours, la fréquence moyenne de consultation annuelle avec le médecin traitant, et éventuellement l'existence d'un statut particulier pour le patient (ALD, CMU, AME, ACS).

La 2<sup>nd</sup> partie, la principale, permettait l'étude des délais d'obtention de consultations pour un soin non programmé en médecine générale, y compris pour une visite à domicile. On réalisait une évaluation des motifs principaux amenant à consulter, du délai souhaité et obtenu avec le médecin traitant puis avec un médecin remplaçant ou un interne de médecine générale, et de la satisfaction du patient.

Enfin la 3<sup>ème</sup> partie était consacrée à la continuité des soins ambulatoires et aux connaissances des patients des modalités de consultation en dehors du cabinet du médecin traitant.

## **D) Analyse des données et éthique**

Sur le plan des considérations éthiques, les données saisies étaient anonymes. La lettre d'accompagnement du questionnaire précisait de façon explicite que la remise du questionnaire au secrétariat impliquait l'accord des patients.

La saisie des données a été effectuée avec l'aide du logiciel Microsoft Excel 2016. Les tableaux comparatifs et les graphiques ont également été réalisés sous Excel. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Shiny Stat GMRC, avec l'aide Groupe de Méthodes en Recherche Clinique de Strasbourg. Un seuil de  $p < 0.05$  a été retenu comme significatif. Les données analysées étaient principalement des pourcentages. Les variables qualitatives ont été comparées principalement à l'aide du test du Khi2 et pour certaines le test exact de Fisher. Les quelques variables quantitatives ont été analysées avec le test de Kruskal Wallis.

Chacun des médecins traitants des 3 cabinets a été préalablement informé de l'étude et de ses modalités, par un mail qui comprenait en pièce jointe la lettre d'information et le questionnaire. Aucun n'a exprimé de refus concernant la réalisation de l'étude.

L'étude a reçu l'accord du Comité d'Ethique du Centre Hospitalier du Mans.



## **IV. RÉSULTATS**

### **A) Caractéristiques de la population étudiée**

#### **1) Nombre de questionnaires**

Nous avons recueilli 532 questionnaires sur l'ensemble des 3 cabinets médicaux. Parmi eux, 46 n'ont pas pu être exploités : 42 étaient incomplets, 4 ne remplissaient pas les critères d'inclusion. 486 questionnaires ont donc pu être analysés.

#### **2) Âge des patients**

Le patient le plus jeune avait 18 ans, et le plus âgé avait 92 ans.

L'âge moyen des patients était de 47.7 ans avec un écart-type de 16.6, l'âge médian était de 45 ans.

Il n'y avait pas de différence significative entre les 3 cabinets en matière d'âge ( $p=0.09587$ ).

#### **3) Sexe des patients**

La population interrogée était principalement féminine.

Sur les 486 patients, 316 étaient des femmes (65%), 170 étaient des hommes (35%).

Il n'y avait pas de différence significative entre les 3 cabinets en matière de sexe ( $p=0.23$ )

#### **4) Lieu de consultation**

Les patients étaient répartis de la façon suivante :

- 166 patients consultaient au cabinet semi-rural de la Chapelle-Saint-Aubin, soit 34.1% des interrogés
- 101 patients consultaient au cabinet rural de Brûlon, soit 20.8%
- 219 patients consultaient au cabinet urbain du Mans (rue de Bourges), soit 45.1%

#### **5) Sexe du médecin traitant**

Sur les 3 cabinets médicaux interrogés, la répartition des médecins traitants était la suivante :

- 3 médecins à la Chapelle-Saint-Aubin (2 femmes et 1 homme)
- 5 médecins à Brûlon (3 femmes et 2 hommes)
- 3 médecins au Mans, rue de Bourges (2 femmes et 1 homme)

Il y avait donc 11 médecins installés, soit 7 femmes et 4 hommes.

Sur les 486 patients interrogés, 321 ont déclarés une femme comme médecin traitant (66%) et 165 ont déclarés un homme (34%).

Il n'y avait pas de différence significative entre les 3 cabinets en matière de sexe du médecin traitant ( $p=0.61$ ).

## **6) Traitement du patient**

Parmi les 486 patients, 226 déclaraient prendre un traitement au long cours (46.5%), 260 patients n'en prenaient pas (53.5%).

Il n'y avait pas de différence significative entre les 3 cabinets en matière de traitement du patient ( $p=0.12$ ).

## **7) Statut du patient**

La répartition était la suivante :

- 393 patients ont déclaré n'avoir aucun statut médical particulier (80.9%)
- 56 patients ont déclaré être en ALD (11.5%)
- 16 patients déclaraient bénéficier de la CMU ou ACS ou AME (3.3%)
- 21 patients déclaraient un autre statut (4.3%)

Il n'y avait pas de différence significative entre les 3 cabinets en matière de statut médical du patient ( $p=0.14$ ).

## **8) Fréquence des consultations**

186 patients consultaient moins de 4 fois par an (38.3%), 261 déclaraient avoir recours à leur médecin traitant entre 4 et 10 fois par an (53.7%), et 39 nécessitaient plus de 10 consultations par an (8%).

Il y avait une différence significative entre les 3 cabinets en matière de fréquence de consultation annuelle ( $p=0.01$ ). Les patients du cabinet rural semblaient davantage consulter que les 2 autres cabinets.

## B) Motifs de consultation urgents

### 1) Motifs pour une consultation le jour même

Pour une consultation le jour même, les principaux motifs retrouvés étaient les symptômes généraux (fièvre, céphalées, malaise...), les symptômes cardiovasculaires et les signes urinaires (figure 1).

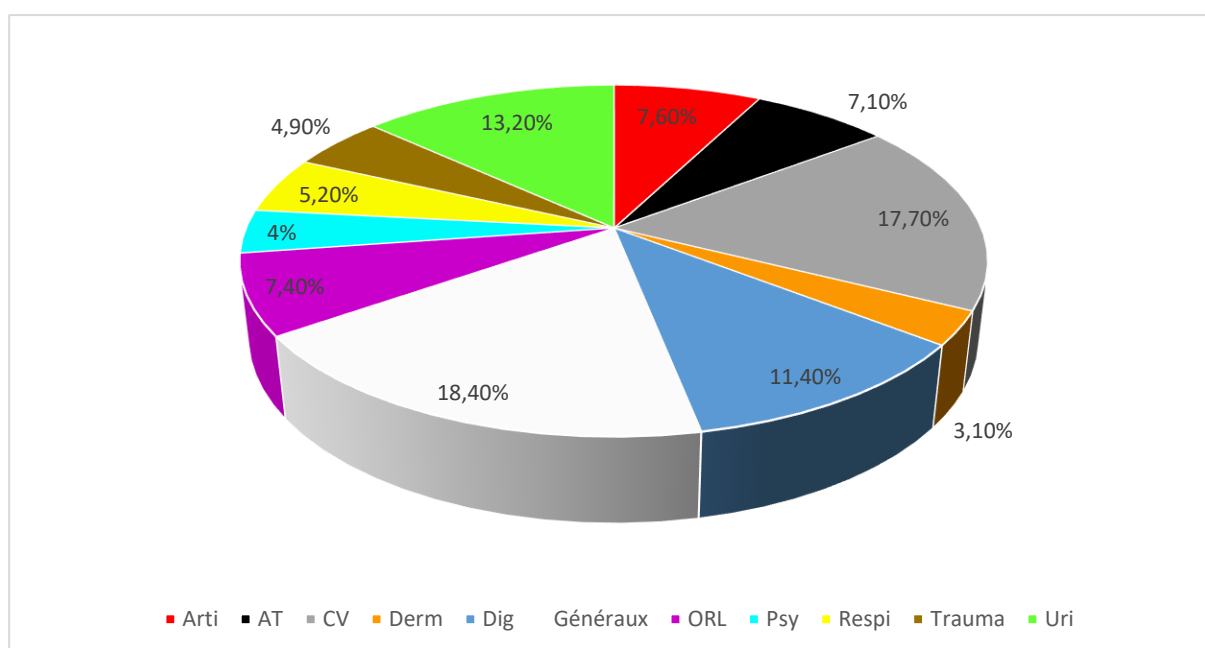


Figure 1 : Principaux motifs pour une consultation le jour même

## 2) Motifs pour une consultations à 2-3 jours

Pour une consultation à 2-3 jours, les principaux motifs retrouvés étaient encore une fois les symptômes généraux, les symptômes digestifs et les signes articulaires (figure 2).

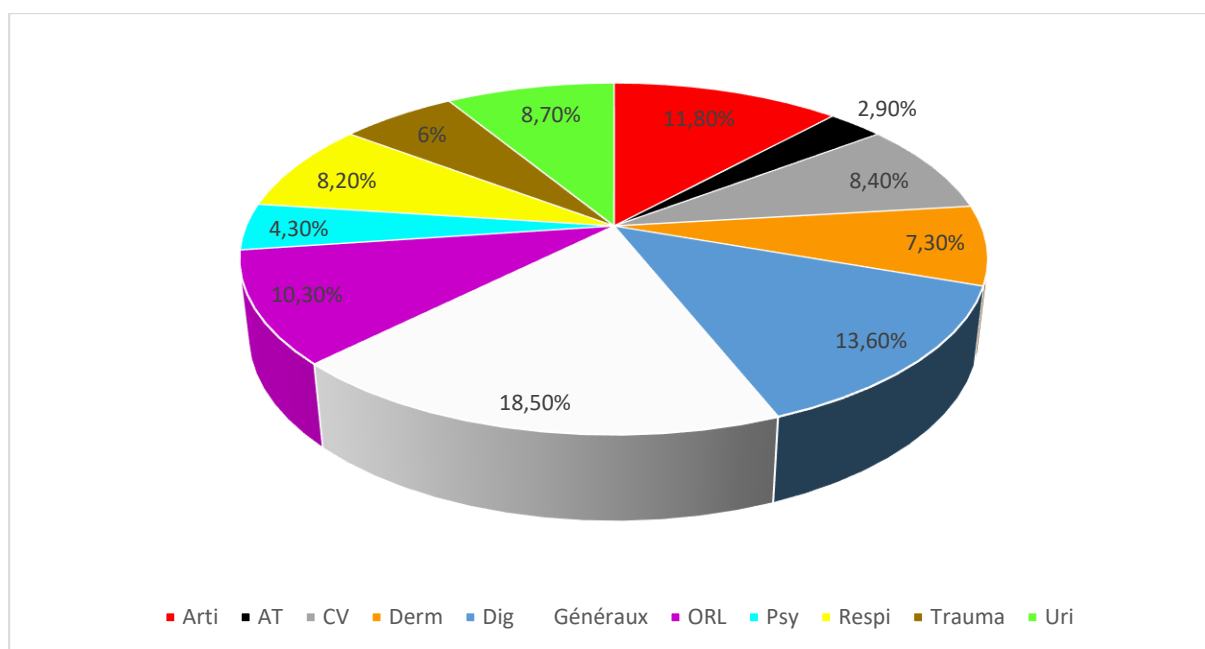


Figure 2 : Principaux motifs pour une consultation à 2-3 jours

### C) A propos du secrétariat

- Pour 346 patients, le questionnement de la secrétaire à propos du motif de consultation était systématique (71.2%)
- 100 patients ont répondu (20.6%) que le questionnement était régulier
- 32 répondaient qu'il était occasionnel (6.6%)
- 8 déclaraient ne jamais être questionné (1.6%)

182 patients déclaraient être très satisfait du délai proposé par le secrétariat, lorsqu'ils demandaient un rendez-vous pour une consultation urgente (37.4%), 252 ont déclarés en être satisfait (51.9%), 49 disaient être moyennement satisfait (10.1%) et 3 patients n'étaient pas satisfaits (0.6%).

## D) Etude des délais avec le médecin traitant

### 1) Pour une consultation d'urgence au cabinet

Sur les 486 patients :

- 229 patients étaient vu le jour même (47.1%)
- 187 obtenaient un rendez-vous à 2-3 jours (38.5%)
- 49 obtenaient un rendez-vous entre 3 et 7 jours (10.1%)
- 21 mettaient plus de 7 jours pour avoir un rendez-vous (4.3%)

Afin de simplifier l'analyse, nous avons également comparés les délais de consultation en urgence avec le médecin traitant selon le cabinet (tableau 1 et figure 3).

Délai médecin traitant	Jour même	2-3j	3-7j	>7j	Total général
Brûlon (rural)	52 (51.5%)	40 (39.6%)	5 (4.9%)	4 (4%)	<b>101</b>
LCSA (semi-rural)	42 (25.3%)	76 (45.8%)	32 (19.3%)	16 (9.6%)	<b>166</b>
Le Mans (urbain)	135 (61.6%)	71 (32.4%)	12 (5.5%)	1 (0.5%)	<b>219</b>
<b>Total général</b>	<b>229</b>	<b>187</b>	<b>49</b>	<b>21</b>	<b>486</b>

*Tableau 1 : Comparaison des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence avec le médecin traitant selon le cabinet*

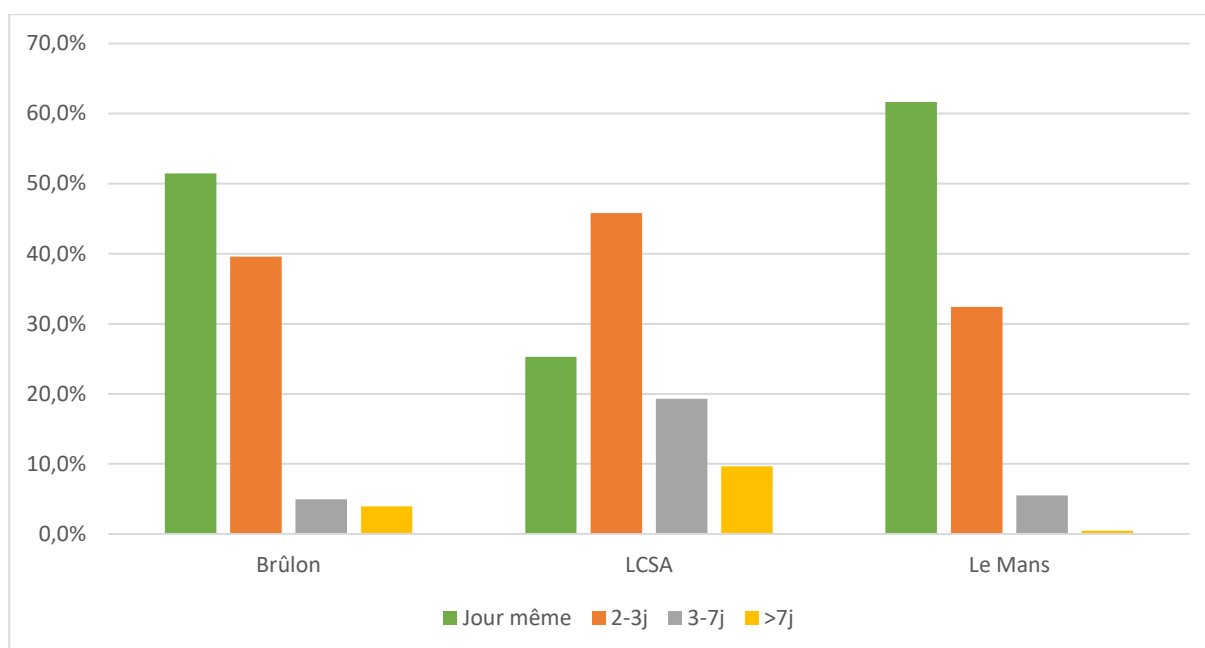


Figure 3 : Comparaison des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence avec le médecin traitant selon le cabinet (pourcentage)

## 2) Pour une visite à domicile

424 patients déclaraient ne jamais demander de visite à domicile à leur médecin traitant lorsqu'ils étaient en souffrance (87.2%)

Sur les 62 personnes qui demandaient une visite à domicile en cas de souffrance :

- 20 obtenaient toujours cette visite (32.3%)
- 2 régulièrement (3.2%)
- 21 occasionnellement (33.9%)
- 19 déclaraient que leur médecin traitant ne se déplaçaient jamais à leur domicile (30.6%)

Sur les 43 personnes qui déclaraient obtenir une visite à domicile, le médecin traitant se déplaçait le jour même pour 30 personnes (69.8%), 13 patients attendaient le lendemain pour avoir la visite (30.2%).

Nous avons également comparé les délais pour les visites à domicile en urgence avec le médecin traitant selon le cabinet (figure 4).

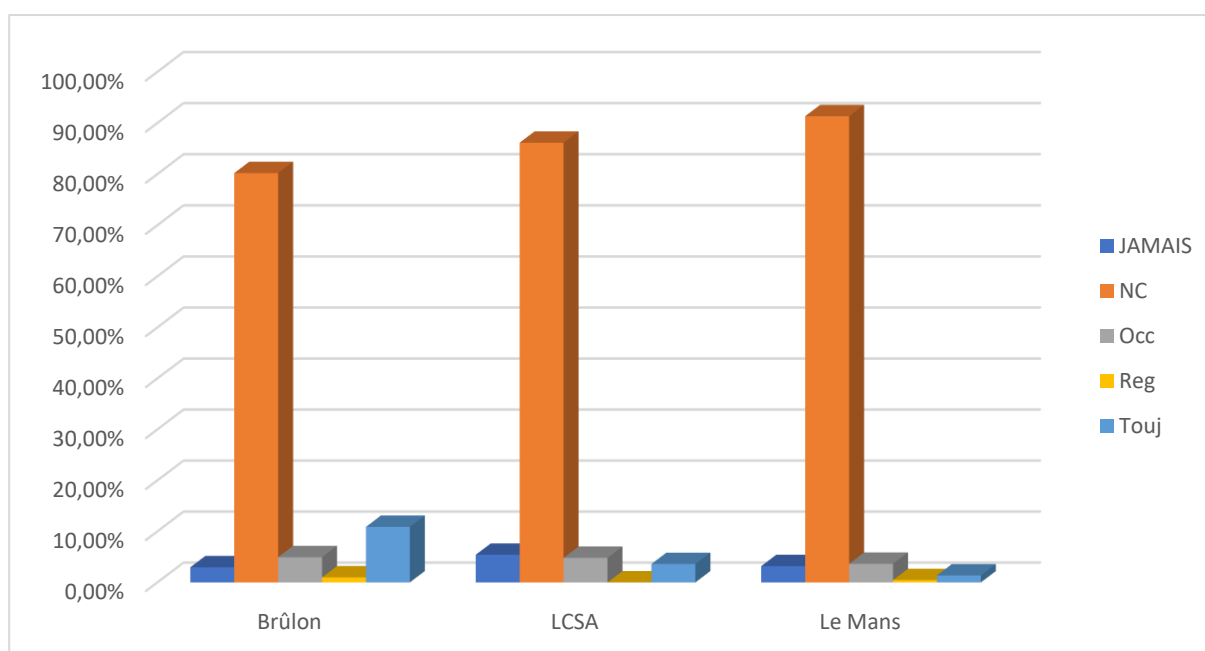


Figure 4 : : Comparaison des délais de rendez-vous pour les visites à domicile en urgence avec le médecin traitant selon le cabinet (pourcentage)

## E) Etude des délais avec un médecin remplaçant ou un interne

### 1) Données générales

Sur les 486 patients, 470 patients savaient que leur médecin traitant avait recours à des médecins remplaçants (96.7%). Parmi ceux-ci :

- 62 pensaient que les médecins remplaçants étaient toujours présents au cabinet (13.2%)
- 240 estimaient qu'ils étaient régulièrement présents (51.1%)
- 168 disaient que les remplaçants étaient occasionnellement présents (35.7%)



Le remplacement était occasionnel pour 54.5% des patients de Brûlon, alors qu'il était régulier pour 57.8% et 53.4% des patients, respectivement à La Chapelle-Saint-Aubin et au Mans.

357 patients savaient que leur cabinet médical accueillait des internes de médecine générale (73.5%), 91 patients pensaient qu'il n'y en avait pas (18.7%), 38 patients déclaraient ne pas savoir si leur cabinet accueillait ou pas des internes (7.8%).

## **2) Pour une consultation d'urgence au cabinet**

Sur les 486 patients, 85 déclaraient ne jamais avoir eu de consultation d'urgence avec un médecin remplaçant ou un interne (20.6%). Parmi les 401 patients ayant déjà bénéficié d'une consultation avec eux :

- 224 patients étaient vu le jour même (55.9%)
- 146 obtenaient un rendez-vous entre 1 et 3 jours (36.4%)
- 29 obtenaient un rendez-vous entre 3 et 7 jours (7.2%)
- 2 mettaient plus de 7 jours pour avoir un rendez-vous (0.5%)

Afin de simplifier l'analyse, nous avons également comparés les délais de consultation en urgence avec le médecin remplaçant ou l'interne de médecine générale selon le cabinet (tableau 2 et figure 5).

Délai médecin remplaçant/interne	Jour même	1-3j	3-7j	>7j	NC	Total général
Brûlon (rural)	37 (36.6%)	26(25.7%)	5 (5%)	1 (1%)	32 (31.7%)	<b>101</b>
LCSA (semi-rural)	58 (34.9%)	73 (44%)	15 (9%)	1 (0.6%)	19 (11.5%)	<b>166</b>
Le Mans (urbain)	129(58.9%)	47(21.5%)	9(4.1%)	0 (0%)	34 (15.5%)	<b>219</b>
<b>Total général</b>	<b>224</b>	<b>146</b>	<b>29</b>	<b>2</b>	<b>85</b>	<b>486</b>

Tableau 2 : Comparaison des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence avec le médecin remplaçant ou l'interne selon le cabinet

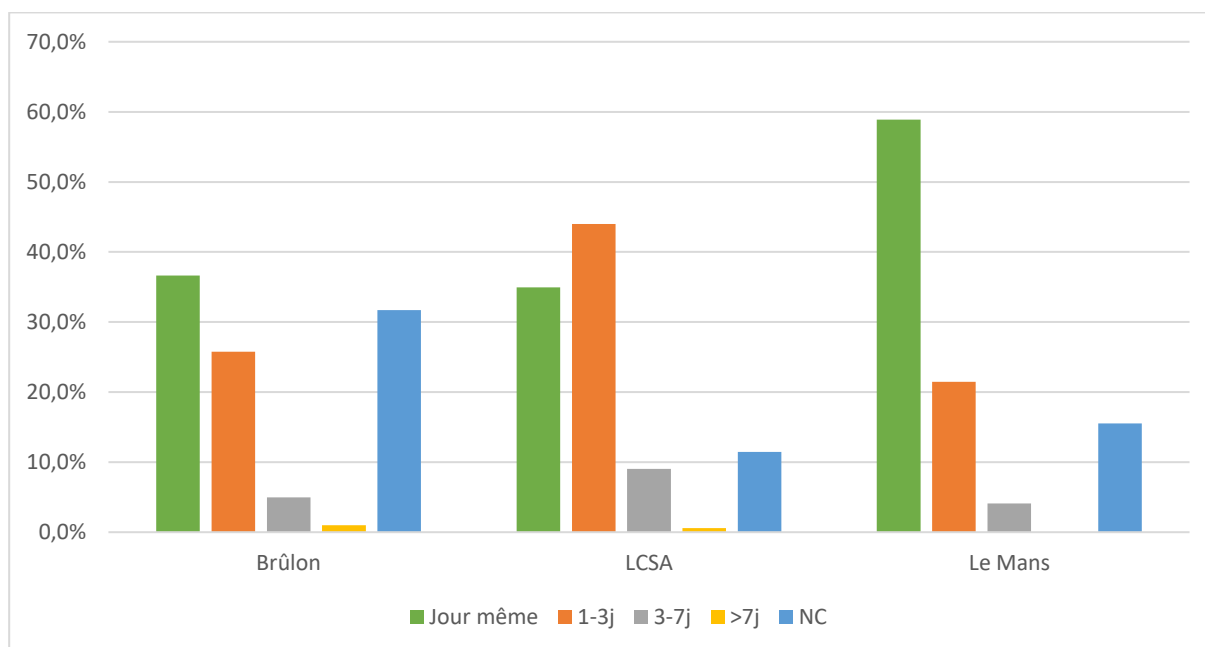


Figure 5 : Comparaison des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence avec le médecin remplaçant ou l'interne selon le cabinet (pourcentage)

### 3) Pour une visite à domicile

451 patients déclaraient ne jamais demander de visite à domicile au médecin remplaçant lorsqu'ils étaient en souffrance (92.8%)

Sur les 35 personnes qui demandaient une visite à domicile en cas de souffrance :

- 5 obtenaient toujours cette visite (14.3%)
- 3 régulièrement (8.6%)
- 10 occasionnellement (28.6%)
- 17 déclaraient que le médecin remplaçant ne se déplaçait jamais à leur domicile (48.5%)

Sur les 18 personnes qui déclaraient obtenir une visite à domicile, le médecin remplaçant se déplaçait le jour même pour 12 personnes (66.7%), 6 patients attendaient le lendemain pour avoir la visite (3.3%).

## F) Souhaits des patients

Sur les 486 patients, 199 souhaitaient un rendez-vous plus rapide que celui qu'on leur proposait pour une consultation d'urgence (40.9%), 287 ne le souhaitaient pas (59.1%) (figure 6).

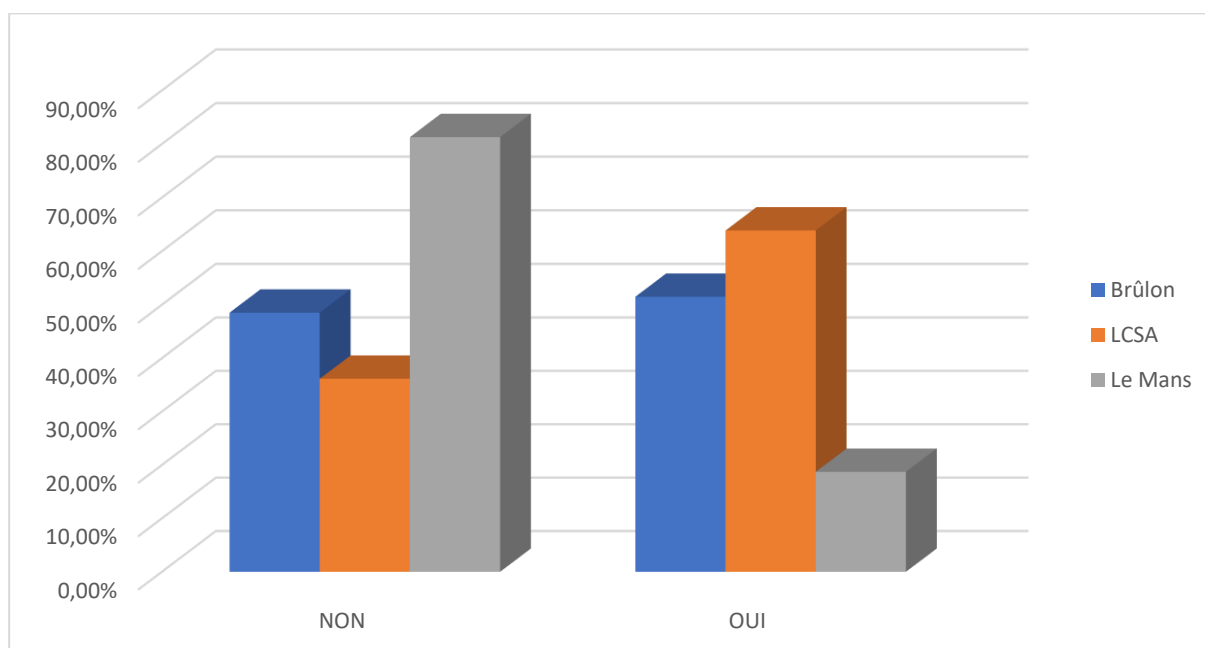


Figure 6 : Souhait d'un rendez-vous plus rapide en cas d'urgence selon le cabinet

## **G) Conduite adoptée lorsque le patient ne pouvait pas être vu dans la journée**

- 86 patients allaient aux urgences le soir même (17.7%)
- 262 rappelaient leur cabinet médical plus tard (53.9%)
- 50 personnes attendaient le soir pour aller à la maison médicale de garde (10.3%)
- 36 personnes composaient le 15 (7.4%)
- 52 personnes déclaraient trouver une autre solution (10.7%)

## **H) Connaissance des patients sur la permanence des soins ambulatoires**

### **1) Le Week-end**

Sur les 486 patients, 356 savaient comment être vu par un médecin le week-end (73.3%), 130 ne le savaient pas (26.7%).

### **2) Conduite adoptée lorsque le cabinet médical était fermé**

Lorsque le cabinet médical était fermé (soirs et week-ends), les choix des patients étaient les suivants :

- 100 allaient aux urgences (20.6%)
- 213 rappelaient leur cabinet médical plus tard (43.8%)
- 141 composaient le 15 (29%)
- 32 trouvaient une autre solution (6.6%)

### **3) Le système des gardes et la maison médicale**

226 patients avaient connaissance que les médecins généralistes pouvaient effectuer des gardes (46.5%), 260 ne le savaient pas (53.5%).

290 patients connaissaient l'existence des maisons médicales de garde (59.7%), 196 n'en avaient pas connaissance (40.3%).

Sur les 290 patients connaissant les maisons médicales de garde :

- 37 pensaient qu'il fallait s'y rendre directement (12.7%)
- 189 composaient le 15 ou le 116-117, à juste titre, pour y accéder (65.2%)
- 11 patients allaient aux urgences (3.8%)
- 31 patients pensaient que la maison médicale était accessible en composant le numéro de leur médecin traitant (10.7%)
- 22 patients ne savaient pas comment y accéder (7.6%)

## **V. DISCUSSION**

### **A) Biais et limites de l'étude**

Il s'agit à notre connaissance de la seule étude permettant l'étude des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence et la connaissance de la permanence des soins ambulatoires par les patients dans le département de la Sarthe.

Nous avons obtenu un nombre intéressant de réponses, avec 486 questionnaires exploitables recueillis en une semaine sur les 3 cabinets, ce qui permet à l'étude d'avoir une puissance satisfaisante. Ce résultat confirme que les patients se sont sentis concernés par cette question.

Les populations étudiées sur les 3 cabinets étaient comparables en termes d'âge, de sexe, de statut médical mais on pouvait noter des variations dans le nombre de questionnaires recueillis, notamment entre le cabinet rural de Brûlon et celui du Mans. Cette différence peut être expliquée en partie du fait de la configuration spatiale du cabinet de Brûlon. En effet, lorsque le patient entre dans le cabinet, il rejoint directement la salle d'attente sans passer par le secrétariat. Les questionnaires avaient donc été déposés dans les différentes salles d'attente et remis au secrétariat en sortant, alors que dans les 2 autres cabinets, ils avaient été remis directement au patient par le secrétariat.

Concernant la question de la représentativité de l'échantillon sélectionné pour cette étude par rapport à la population sarthoise, il semble exister quelques divergences.

En effet, la population étudiée était en majorité féminine, 65% dans notre étude alors que selon l'INSEE, la population sarthoise est constituée de 51.4% de femmes (17).

On peut s'apercevoir dans notre étude que la majorité des médecins traitants était de sexe féminin ce qui est représentatif de la féminisation de la profession puisque selon le CNOM, 47% des médecins en activité régulière sont des femmes en 2017, contre 38% en 2007 (1).

En revanche, peu de données ont été retrouvés quant à l'âge moyen du Sarthois mais selon la préfecture du département (18), on observe un vieillissement de la population, avec un âge moyen estimé entre 39.9 et 44.1 ans. Ces données sont assez proches de celles recueillies dans notre étude (47.7 ans).

Selon l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire (ORS), les patients consultaient en moyenne 3 fois par an en Sarthe en 2016 (19). Dans notre étude, la majorité des patients consultaient soit moins de 4 fois par an, soit entre 4 et 10 fois par an.

Enfin une étude de l'ARS/ORS des Pays de la Loire montre que le pourcentage de personne en ALD en 2017 en Sarthe était de 14.2 (20), contre 11.5% dans notre étude.

Quelques biais ont pu être identifiés, le principal étant un biais de recrutement, rapport au choix des cabinets médicaux sélectionnés. En effet, le seul moyen d'éviter ce type de biais aurait été une sélection aléatoire par tirage au sort, ce qui n'a pas été le cas. Nous voulions des modes et lieux d'exercice variés, afin d'avoir un échantillon le plus représentatif possible de la population sarthoise. Aussi, le choix des cabinets a été réalisé selon la connaissance de leur fonctionnement et pour plus de facilité. Nous avons fait également le choix de ne sélectionner que des cabinets médicaux avec secrétariat physique afin de simplifier le recueil des questionnaires et d'avoir des modalités comparables de prise de rendez-vous. On peut également discuter un biais de subjectivité lié d'une part à la conception du questionnaire où certaines questions sur la satisfaction (notamment la 12) sont subjectives, d'autre part au fait que pour ces mêmes questions, la réponse de certains patients du cabinet de La Chapelle-Saint-Aubin a pu être influencé, du fait de remplacements réguliers.

## B) Discussion à propos des principaux résultats

Concernant l'étude des délais moyens estimés par les patients en Sarthe pour obtenir un rendez-vous avec leur médecin traitant pour un soin non programmé, on peut constater qu'un peu moins de la moitié des personnes interrogées (47.1%) sont vu en consultation le jour même, et environ 85% des patients sont vu dans les 3 jours. A l'inverse, une proportion heureusement assez faible de patients déclare avoir eu un rendez-vous plus de 7 jours après leur demande (4.3%). Comme nous l'avons précédemment vu, les 3 cabinets choisis pour cette étude étaient comparables en termes de caractéristiques socio-démographiques, ce qui permet de pouvoir comparer les délais entre les cabinets et donc entre des milieux d'exercice différents. On peut d'emblée remarquer qu'il existe une différence significative assez nette entre le cabinet urbain et le cabinet semi-rural pour ce qui est de l'obtention d'un rendez-vous le jour même pour un soin non programmé (61.6% vs 25.3%) ( $p=0.003$ ). Pour une consultation à 2-3 jours, les différences entre les cabinets semblent moins prononcées, alors qu'encore une fois on observe une différence significative entre le cabinet urbain et le cabinet semi-rural en ce qui concerne la consultation d'urgence à plus de 7 jours : 1 seul cas sur les 219 patients du Mans, contre presque 10% des patients à la Chapelle-Saint-Aubin.

Si on étudie maintenant les délais moyens estimés par les patients en Sarthe pour obtenir un rendez-vous avec un médecin remplaçant ou un interne de médecine générale pour un soin non programmé, on voit que plus de la moitié des personnes interrogées (55.9%) sont vu en consultation le jour même et environ 92% des personnes ont un rendez-vous dans les 3 jours. D'autre part, seulement 2 patients sur 401 déclarent obtenir un rendez-vous à plus de 7 jours, ce qui est négligeable. Si, comme pour le médecin traitant, on compare ici les délais entre les 3 cabinets, on peut voir qu'entre le cabinet urbain et les 2 autres cabinets, il existe également une différence significative importante pour avoir un rendez-vous le jour même pour un soin non programmé avec un médecin remplaçant ou un interne de médecine générale (environ 60% vs 35%) ( $p=0.0075$ ). Cependant, il est à noter que les patients du cabinet rural de Brûlon semblent avoir moins recours aux médecins remplaçants, notamment réguliers, que les 2 autres cabinets. Concernant les délais



supérieurs à 3 jours, les chiffres semblent assez proches et faibles. La majorité des patients savaient que leur cabinet médical avait recours à des remplaçants ou des internes.

Notre étude montre donc qu'il semble un peu plus facile pour les patients d'obtenir un rendez-vous avec un médecin remplaçant ou un interne de médecine générale qu'avec leur médecin traitant pour une consultation en urgence.

A propos des visites à domicile, il apparaît que très peu de patients en soient demandeurs lorsqu'ils sont souffrants. Ceci semble valable pour le médecin traitant et pour le médecin remplaçant car on y retrouve des chiffres globalement similaires, avec un taux de demande de visite de l'ordre de 10% pour l'ensemble des personnes interrogées. On peut noter que pour la demande auprès du médecin traitant, environ 70% des visites sont acceptées et donc 30% des visites sont refusées et que sur les visites acceptées, environ les  $\frac{3}{4}$  le sont pour le jour même. Concernant la demande auprès du médecin remplaçant, l'étude montre que le taux d'acceptation de la visite est plutôt de l'ordre de 50%, et donc 50% de refus, et que la visite s'effectue le jour même dans  $\frac{2}{3}$  des cas.

59% des personnes interrogées, soit environ 6 personnes sur 10, s'estiment satisfaites du délai qu'on leur propose quand ils demandent une consultation d'urgence, et ne souhaitent pas un rendez-vous plus rapidement. Un aspect intéressant de cette question est de constater qu'il existe des variations importantes de souhait entre le cabinet urbain et le cabinet semi-rural puisque plus de 80% des patients interrogés au Mans ne souhaitaient pas un rendez-vous plus rapide, contre seulement 36% à La Chapelle-Saint-Aubin. Le cabinet rural, quant à lui, se situe entre les 2 autres.

En ce qui concerne la connaissance des patients à propos de la permanence des soins ambulatoires, notre étude montre que 73.3% soit, environ  $\frac{3}{4}$  des patients interrogés savent comment être vu par un médecin le week-end en cas de problème de santé. Ce chiffre est globalement comparable pour les 3 cabinets. D'autre part, 46.5% soit environ la moitié des personnes avaient notion du système de garde par le médecin généraliste et 59.7% des personnes interrogées avaient connaissance des MMG. Malgré les brochures informatives qui sont mis à la disposition des patients dans les salles d'attente de la plupart des cabinets médicaux, on peut constater que les

maisons médicales de garde sont inconnues pour 40% de la population de notre étude. Parmi les patients connaissant l'existence des MMG, 65%, soit 2 sur 3 savent comment y accéder, à savoir principalement par la composition du numéro 15 ou 116 117.

Les questions touchant au problème de la démographie médicale sont vastes. Afin de lutter contre les inégalités territoriales et les déserts médicaux, le ministère de la Santé a créé en 2012 le pacte territoire santé, projet contenant une douzaine de propositions, dont les objectifs étaient de mieux valoriser l'exercice médical dans les zones sous-dotées et d'inciter les jeunes médecins à s'y installer (21). Hormis les mesures d'aides financières à l'installation dans territoires sous-dotés (Contrat d'Engagement de Service Public et Praticiens Territoriaux de Médecine Générale), l'accent est surtout mis sur la formation (22). Augmenter le nombre de maitres de stage, développer les stages libéraux pour tous les étudiants en médecine générale y compris dans les zones rurales afin de leur faire découvrir la profession semblent être des mesures pertinentes pour lutter contre les déserts médicaux. Sur les 11 praticiens installés sur les 3 cabinets choisis pour l'étude, 7 ont fait le choix d'être maitre de stage, ce qui est un chiffre encourageant. En effet, comme nous l'avons vu dans notre étude, les internes de médecine générale peuvent accueillir plus précocement les soins non programmés et donc contribuer à une meilleure prise en charge de ces soins.

## **VI. CONCLUSION**

L'étude a été réalisée dans un contexte où la démographie médicale est un sujet d'actualité, avec un déséquilibre important entre l'offre et la demande de soins. Cette enquête a permis d'étudier les délais moyens estimés par les patients pour obtenir un rendez-vous pour un soin non programmé en médecine générale libérale en Sarthe, département concerné par le problème du « manque de médecins ». Cette lancinante question est palpable lors des consultations de médecine générale en exercice libéral et ressentie par les patients comme étant une inquiétude majeure.

Elle montre que 41% des personnes interrogées souhaiteraient avoir un rendez-vous plus rapidement avec un médecin lorsqu'ils sont souffrants, ce qui représente un pourcentage non négligeable de personnes, confirmant ainsi les données de la littérature.

Un peu moins de la moitié des patients obtiennent un rendez-vous le jour même avec leur médecin traitant lorsqu'ils demandent une consultation pour un soin non programmé, un peu plus de la moitié avec un médecin remplaçant ou un interne de médecine générale. Peu de visites à domicile sont demandées par les patients en cas d'urgence.

Notre étude montre également que la plupart des personnes interrogées savent comment être vu par un médecin le week-end. La notion de maison médicale de garde est méconnue pour environ 40% des personnes interrogées, et 1/3 des personnes qui la connaissent ne savent pas comment y accéder. Ces chiffres, plutôt encourageants, montrent que nous devons poursuivre nos missions d'information et de prévention dans notre pratique clinique afin que le système de garde soit encore mieux connu de nos patients.

## **VII. BIBLIOGRAPHIE**

1. **Conseil National de l'Ordre des Médecins.** *Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2017.* 2017
2. **ATTAL-TOUBERT Ketty, VANDERSCHULDEN Mélanie.** *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales.* DRESS, Etudes et Résultats. Février 2009. N°679. 1-8
3. **CHABOT Jean-Michel.** *La lancinante question de la démographie médicale.* La Revue du praticien. Juin 2016. Vol 66. 599-604
4. **ANNEREAU Anthony.** *Démographie médicale. Vers un système de soins plus malléable.* La Revue du praticien de médecine générale. Février 2003. Tome 17. N°600
5. **GALAND Elodie.** *Quelles sont les motivations à rester médecin généraliste remplaçant ? Méthode focus group et entretiens semi-directifs.* Thèse d'exercice Médecine. Université de Nantes. 2012
6. **Conseil National de l'Ordre des Médecins.** *La démographie médicale en région Pays-de- la-Loire. Situation en 2015.* 2015
7. **LABARTHE Géraldine.** *Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie.* DRESS, Etudes et Résultats. Juin 2015. N°304
8. **COLLET Marc, GOUYON Marie.** *Les recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville. Satisfaction des patients et suites éventuelles.* DRESS, Etudes et Résultats. Février 2008. N°625
9. **GOUYON Marie, LABARTHE Géraldine.** *Les recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville. Premiers résultats.* DRESS, Etudes et Résultats. Mars 2006. N°471

10. **Conseil National de l'Ordre des Médecins.** *La permanence des soins. Etat des lieux au 1<sup>er</sup> janvier 2015.* 2015
11. **La santé observée dans les régions de France.** *Les urgences.* 2000
12. **GOUYON Marie.** *Les urgences en médecine générale.* DRESS. Avril 2006. N°94
13. **Observatoire régional de la Santé Pays de la Loire.** *Recours urgents ou non programmés en médecine générale dans les Pays de la Loire.* Juin 2007
14. **BOISGUERIN Bénédicte, VALDELIEVRE Hélène.** *Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation.* DRESS, Etudes et Résultats. Juillet 2014. N°889
15. **TEMPORAL F, LARMARANGE J.** *Déroulement des enquêtes quantitatives et/ou qualitatives.* Laboratoire PopInter, Département de Sciences sociales, de Sciences Humaines et Sociales, Université Paris 5 Descartes. Novembre 2006
16. **INSEE.** Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>
17. **INSEE.** Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692>
18. **Les services de l'Etat dans le département de la Sarthe.** *Connaissance de la population et de l'exclusion en Sarthe.* Janvier 2012. Disponible sur : <http://www.sarthe.gouv.fr/connaissance-de-la-population-et-de-l-exclusion-en-a1970.html>
19. **Observatoire régional de la Santé Pays de la Loire.** *Démographie des médecins en Pays de la Loire : Généralistes, situation 2017 et évolution.* Mai 2018

20. **ARS/ORS Pays de la Loire.** *Diagnostic santé, Sarthe.* 2017
21. **TOURAINÉ Marisol.** *Pacte territoire santé, lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014.* Dossier de presse. Février 2014
22. **MARTIN Laure.** *Lutte contre les déserts médicaux : le Cnom vise au-delà.* Le Concours médical. Juin 2016. Tome 138, n°6. 435
23. **WONCA Europe.** *La définition Européenne de la médecine générale-médecine de famille.* 2002
24. **Journal Officiel de la République Française.** *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.* 22 juillet 2009. Article 36
25. **IRDES.** *Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France.* Décembre 2016
26. **ALOUY-LATTY Marion.** *Organisation du système de santé en France.* Janvier 2011
27. **BOURGUEIL Yann, MAREK Anna et MOUSQUES Julien.** *Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande.* IRDES. Avril 2009. N° 141
28. **GENTILE Stéphanie et al.** *Les maisons médicales de garde en France.* Santé publique. 2005. Volume 17, n°2. 233-240.
29. **ARS Pays de la Loire.** *Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires.* Juillet 2005

30. **ADOPS 72.** Disponible sur : <http://adops-72.fr/je-ladops/assemblee-generale>

31. **ARS Pays de la Loire.** 116 117 : *votre numéro unique pour joindre un médecin de garde.* Disponible sur : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/116-117-votre-numero-unique-pour-joindre-un-medecin-de-garde>

## **VIII. LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Principaux motifs pour une consultation le jour même .....	28
Figure 2 : Principaux motifs pour une consultation à 2-3 jours .....	29
Figure 3 : Comparaison des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence avec le médecin traitant selon le cabinet (pourcentage) .....	31
Figure 4 : : Comparaison des délais de rendez-vous pour les visites à domicile en urgence avec le médecin traitant selon le cabinet (pourcentage) .....	32
Figure 5 : Comparaison des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence avec le médecin traitant selon le cabinet (pourcentage) .....	34
Figure 6 : Souhait d'un rendez-vous plus rapide en cas d'urgence selon le cabinet.	35



## **IX. LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Comparaison des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence avec le médecin traitant selon le cabinet.....30

Tableau 2 : Comparaison des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence avec un médecin remplaçant ou un interne selon le cabinet.....34

## **X. LISTE DES ANNEXES**

### **A) Place du médecin généraliste dans le système de soins**

#### **1) Définition de la médecine générale**

La médecine générale, reconnue comme une spécialité à part entière depuis la création des ECN en 2004, est une discipline scientifique et clinique orientée vers les soins primaires.

Au cours des cinquante dernières années, plusieurs définitions ont été proposées, chacune d'entre elle apportait une synthèse des grands principes de la médecine générale au moment où elle a été écrite.

Selon la définition de WONCA Europe de 2002 (23) :

- Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

## **2) Missions du médecin généraliste**

Les missions du médecin généraliste au sein du système de soins ont été définies par la loi HPST du 21/07/2009 (24) comme étant les suivantes :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.
- Orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médico-social.

- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques.
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage.
- Participer à la mission de service public de permanence des soins.
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycle d'études médicales.

### **3) Définition et organisation des soins premiers**

Le concept de « soins primaires » ou « soins premiers » a été adapté de la littérature anglo-saxonne à la fin des années 1960 (« primary care »). En France, ils ont été définis par l'OMS en 1978 (25).

Ils correspondent à des soins de base, accessibles pour tous.

Ils sont le premier contact avec le système de soins, la porte d'entrée dans celui-ci lorsque le patient présente un souci de santé. Les anglo-saxons ont d'ailleurs définis la notion de « Gate keeper », que l'on peut traduire par « gardien de la porte d'entrée », comme mission du médecin généraliste. Ils constituent donc le premier

pallier du système, la base de la pyramide de soins, modélisés par le carré de White. (Annexe C).

Rôle de coordination avec les autres niveaux de soins (secondaires et tertiaires).

Ils comprennent principalement la médecine générale, mais aussi les services de PMI, médecine scolaire, médecine préventive (médecine du travail, IRSA), médecine pénitentiaire.

Les soins premiers, dont le concept de soins de premiers recours est extrêmement proche, doivent pouvoir répondre à 90% des besoins des patients, doivent couvrir 90% des situations de santé.

L'ensemble des motifs de soins premiers a été répertorié dans la Classification Internationale en Soins Primaires 2 (CISP-2 WONCA) (Annexe F).

Leurs missions :

- ✓ La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
- ✓ La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
- ✓ L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- ✓ L'éducation pour la santé.

## **4) Définition d'un système de soins**

Un système de soins correspond à l'ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurels et financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé (26).

Plusieurs « acteurs » entrent dans la composition d'un système de soins :

- ✓ L'offre de soins : professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers...), établissements de soins publics (hôpitaux) et privés (cliniques), les centres de prévention (IRSA...).
- ✓ La demande de soins, correspondant aux besoins des usagers
- ✓ Les organismes de financement : Etat, l'assurance maladie, complémentaires santé et mutuelles, patient...

Le système de soins est constitué de plusieurs niveaux :

- ✓ Soins primaires
- ✓ Soins secondaires = médecine spécialisée, ambulatoire ou hospitalière
- ✓ Soins tertiaires = soins hospitaliers hyper spécialisés

## **5) Modèles d'organisation des systèmes de soins**

Selon l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), il existe 3 modèles de système de soins (27) :

- Le Modèle normatif hiérarchisé
- Le Modèle professionnel hiérarchisé
- Le Modèle professionnel non hiérarchisé

### **a) Le Modèle normatif hiérarchisé**

Ce modèle est centré par les soins primaires, alors qualifiés de « pierre angulaire » du système. Le système est organisé et régulé par l'Etat et les textes de loi.

Deux grands principes d'organisation autour de ce système :

- 1) Répartition du territoire en « aires de santé ». Chaque aire a la responsabilité d'un nombre d'habitants compris entre 5000 et 25000 et

est pourvue d'un centre de soins primaires, fonctionnant sans aucune interruption tous les jours de l'année et 24h sur 24.

- 2) Une équipe pluridisciplinaire, constituée de médecins, infirmiers et autres professionnels paramédicaux, prend en charge la population couverte au sein de ces centres de soins primaires.

Les autorités locales gèrent les dépenses de santé et versent une allocation santé aux centres, en fonction des besoins de la population.

Les médecins en ambulatoire sont salariés au sein des centres de santé.

Le financement des soins est principalement assuré par l'impôt, l'Etat apportant également sa contribution.

L'aspect « pluridisciplinaire » est très développé au sein de ce système.

Ce modèle de santé est utilisé notamment en Suède, Finlande et Catalogne.

## **b) Le Modèle professionnel hiérarchisé**

Ce modèle est organisé autour d'un mécanisme de solidarité universel devant le risque maladie.

Les médecins généralistes, regroupés en cabinet de groupe pour la plupart, ont plusieurs missions :

- 1) Rôle de filtre et de régulation de l'accès aux soins spécialisés qui sont situés à l'hôpital. C'est leur mission principale.
- 2) Prévention.
- 3) Coordination des soins.
- 4) Rôle économique et gestion des ressources.

Le système est caractérisé par une mixité des modes de rémunération.

Ce modèle de santé est utilisé au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Australie et en Nouvelle-Zélande.

### **c) Le Modèle professionnel non hiérarchisé**

Ce modèle est caractérisé par une activité libérale majoritaire, aussi bien pour la médecine générale que pour les soins spécialisés.

Les principales caractéristiques de ce système sont les suivantes :

- 1) Pratique solo dominante de la médecine générale
- 2) Offre de soins spécialisée en ambulatoire, avec accès possible directement par le patient
- 3) Médecine libérale principalement rémunérée à l'acte
- 4) Centres de santé minoritaires et prenant en charge plutôt les populations défavorisées.

Ce modèle de santé est utilisé en Allemagne et au Canada.

A l'inverse du modèle normatif hiérarchisé, ces pays présentent des difficultés à mettre le concept de soins primaires au centre du système.

### **d) Et en France !**

Les soins primaires en France sont dominés par la médecine ambulatoire, dont la majeure partie des acteurs constituent la médecine libérale.

Les médecins généralistes et spécialistes du secteur libéral représentent la plus grande partie des professionnels de santé de notre système.



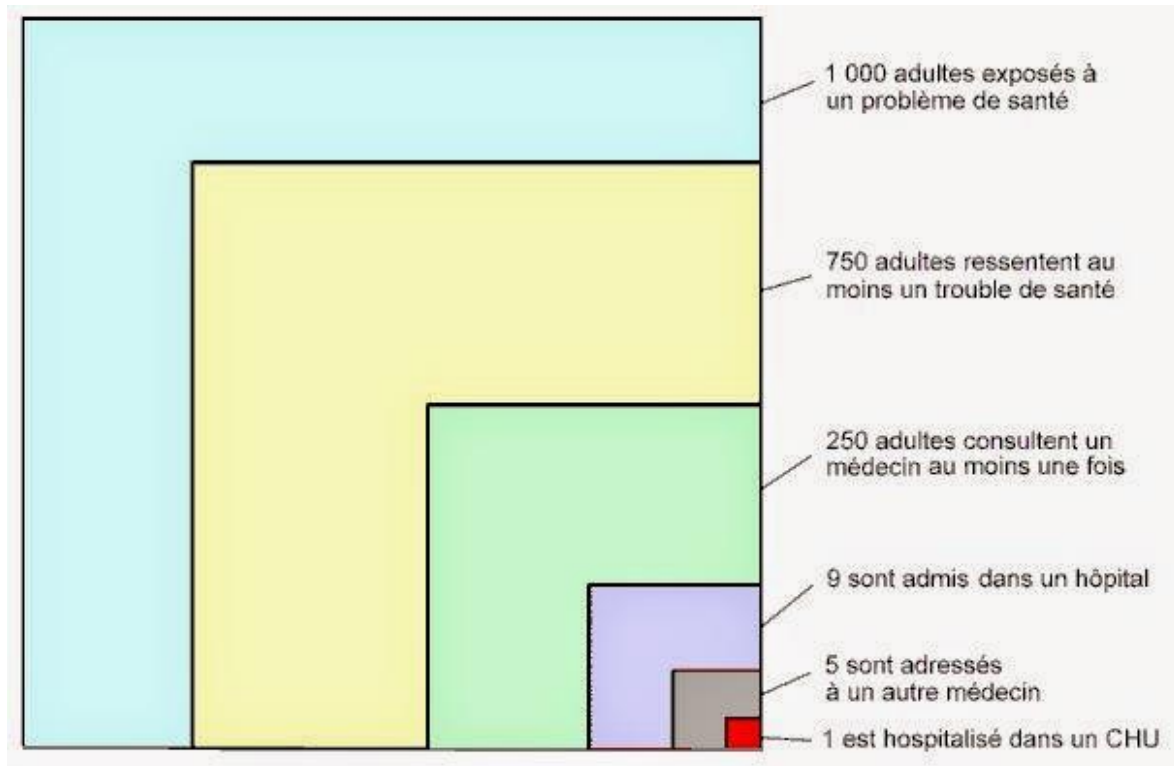
Leur exercice obéit à des grands principes : libre choix du médecin par le patient, liberté de prescription, liberté d'installation, respect du secret professionnel, paiement direct des honoraires du patient à son médecin

A côté de ce secteur libéral majoritaire, il existe de nombreuses autres structures de soins primaires ambulatoires qui sont organisés à différents niveaux (municipal, départemental, hospitalier...) : SSIAD, SAU, HAD, médecine scolaire, médecine du travail...

Ces caractéristiques sont celles d'un modèle professionnel non hiérarchisé, mais...

L'ensemble des réformes portant sur la santé en France menées depuis presque trente ans, le vieillissement de la population y compris médicale, les inégalités démographiques médicales tendent à faire évoluer notre système de soins en empruntant des caractéristiques propres aux deux autres modèles.

## B) Le Carré de White



## **C) La permanence des soins ambulatoires**

### **1) Définition**

La permanence des soins en médecine générale est une mission de service public dont l'objectif est de répondre aux besoins des soins non programmés lorsque les cabinets libéraux sont fermés, c'est-à-dire la nuit, les week-ends et les jours fériés.

Sur le plan historique, les maisons médicales se sont développées à partir des années 2001-2002, à la suite d'une grève des médecins généralistes qui remettaient en cause l'obligation établie par le code de Santé publique, d'assurer les gardes de nuit et les week-ends. Par la suite, le principe d'obligation d'assurer les gardes a été remplacé par un système fondé sur le volontariat (28).

### **2) Fonctionnement**

La PDSA est assurée par les médecins généralistes libéraux, les médecins salariés des centres de santé et les médecins exerçant dans des associations de permanence de soins (SOS médecins) (10).

Elle fonctionne en dehors des heures d'ouverture habituelles des cabinets libéraux ou des centres de santé :

- Tous les soirs de la semaine de 20 heures à 8 heures
- Les dimanches et jours fériés, à partir de 8 heures
- Les samedis à partir de 12 heures

L'accès à la PDSA se fait suite à un entretien téléphonique avec un médecin régulateur, soit à partir du numéro national d'aide médicale urgente (le 15), soit tout récemment à partir d'un nouveau numéro national de permanence des soins (le 116 117) dans certaines régions : il s'agit de la régulation médicale.

En fonction des données téléphoniques, le médecin régulateur peut :

- Dispenser un conseil médical
- Envoyer des moyens sur place (ambulance, SAMU)
- Orienter le patient vers les urgences
- Orienter le patient vers un centre effecteur de permanence de soins, principalement les MMG ou les CAPS.

Les médecins généralistes s'inscrivent sur la base du volontariat, soit en tant que médecin régulateur, soit en tant que médecin effecteur. Un tableau de garde est donc établi puis adressé au CDOM. En cas de manque de médecins effecteurs, celui-ci peut en référer à l'ARS afin de trouver une solution, qui peut être la réquisition de médecins.

### **3) Organisation et financement**

L'organisation de la PDSA a été confiée aux Agences régionales de santé (ARS) suite à leur création au moment de la loi HPST en mars 2009.

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012, les principes organisationnels de la PDSA sont conciliés dans un cahier des charges régional (29).

L'organisation des territoires, la liste des centres effecteurs de PDSA du département, les modalités d'accès à la MMG notamment via le centre 15, les conditions de rémunérations forfaitaires des médecins, l'organisation de la

régulation médicale sont autant de données qui sont réunis dans le cahier des charges.

Chaque département est divisé en territoires de PDSA, plus ou moins nombreux selon l'extension géographique du département et l'offre de soins existante. Cette sectorisation est définie par l'ARS, après avis du CDOM et du préfet du département.

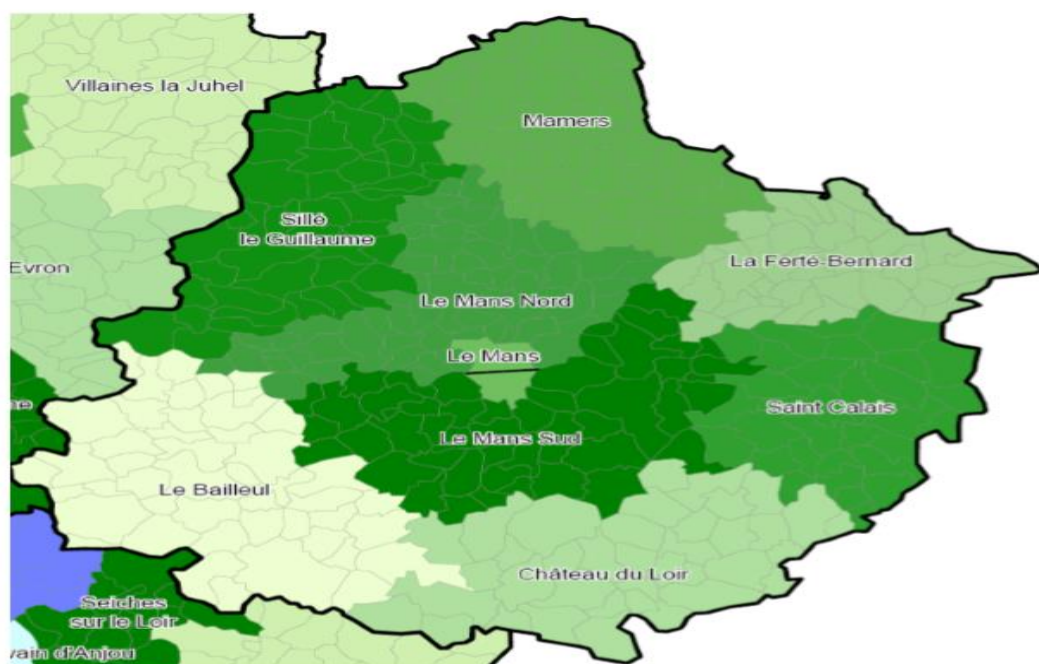
Une enveloppe avec un budget est remise de façon annuelle aux ARS afin de gérer le financement de la PDSA.

## **C) Les territoires de la PDSA en Sarthe**

La PDSA est organisée par l'ADOPS 72, association départementale créée en 2010 (30).

Le département est divisé en dix territoires de PDSA :

- Territoire 72-1 - Le Bailleul : au centre hospitalier Sarthe et Loir au Bailleul
- Territoire 72-2 - Château du loir : au centre hospitalier de Château du Loir
- Territoire 72-3 - La Ferté-Bernard : à l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Paul CHAPRON, à la Ferté-Bernard
- Territoires 72-4 et 72-6 - Le Mans-Nord et Nord du Mans : au centre hospitalier du Mans
- Territoires 72-5 et 72-7 - Le Mans Sud et Sud du Mans : au pôle Santé Sud/clinique du Tertre rouge
- Territoire 72-8 - Mamers : au centre hospitalier de Mamers
- Territoire 72-9 - Sillé-le-Guillaume : à la maison de santé pluri professionnelle de Sillé-le- Guillaume
- Territoire 72-10 - Saint-Calais : au centre Hospitalier de Saint-Calais.




## D) Le numéro 116-117

Il est à souligner que la région Pays de la Loire est en cours d'expérimentation du numéro 116 117 (31). En effet, face à des appels de plus en plus fréquents sur les numéros médicaux d'urgence (le 15 et le 112), le gouvernement a décidé d'expérimenter un nouveau numéro, le 116 117. Il s'agit d'un numéro gratuit, composable uniquement aux heures de fermeture des cabinets médicaux, c'est-à-dire à partir de 20h, le week-end à partir du samedi midi et les jours fériés. Le principe est celui de la régulation médicale, le médecin oriente la personne ou délivre un conseil. Cette expérimentation a débuté en avril 2017 et concerne les 3 régions suivantes : Pays de la Loire, Normandie et Corse. Une généralisation nationale est envisagée par le Ministère de la Santé prochainement.

**SANTÉ**


UN NUMÉRO UNIQUE  
POUR LES MÉDECINS DE GARDE



Numéro  
de téléphone  
national et gratuit  
pour ...

- ▶ joindre un médecin généraliste de garde ou une maison médicale de garde
- ▶ une visite à domicile si incapacité à se déplacer
- ▶ une prise en charge par le SAMU si nécessaire
- ▶ un conseil médical

À partir du 5 avril 2017




Normandie

Pays  
de la Loire


Ailleurs d'ici  
la fin 2017

Corse




- Après 20h en semaine
- Le week-end à partir du samedi midi
- Les jours fériés

Si doute sur la gravité de la situation :  
continuer d'appeler le 15.



Source : Ministère de la Santé.

**VISACTU** 



## E) La Classification Internationale en Soins Premiers 2 (CISP-2)

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 <sup>nd</sup> Edition World International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil F	Ostéo-articulaire L
<b>Procédures</b>			
-30 Ex médical/bien-être délégué	S02 Gargouille lymph. augmentée/décolorée	F01 Oeil desséché	L01 S/P du cou
-31 Ex médical/bien-être partiel	S04 S/P du sang	F02 Oeil rouge	L02 S/P du dos
-32 Test de sensibilité	S05 Peur du SIDA/du VIH	F03 Soudement de l'œil	L03 S/P des lombes
-33 Ex microbiologique/immunologique	S06 Peur du cancer du sang/lymph.	F04 Taches rosées/forémes	L04 S/P du thorax
-34 Autre analyse de sang	S07 Peur autre maladie sang/lymph/vein.	F05 Autre perturbation de la vision	L05 S/P du bras et du creux axillaire
-35 Autre analyse d'urine	S08 Limitation de la fonction/tracp. (R)	F06 Sensation visuelle anormale	L06 S/P de la mâchoire
-36 Autre analyse de selles	S09 Autre S/P du syst. lymph./immunit.	F07 Anomalie anormale de l'œil	L07 S/P du bras
-37 Cytologie/histologie	S10 Adénite aigue	F08 S/P de la gauchère	L08 S/P du coude
-38 Autre analyse de laboratoire	S11 Adénite chronique/non-spécifique	F09 S/P larmes de contact	L09 S/P de la main et du doigt
-39 Signe fonctionnel	S12 Maladie de Hodgkin/lymphome	F10 Peur d'une maladie de l'œil	L10 S/P de la hanche
-40 Endoscopie	S13 Leucémie	F11 Limitation de la fonction/tracp. (F)	L11 S/P de la jambe et de la cheville
-41 Radiologie diagnostique/réponse	S14 Autre cancer du sang	F12 Autre S/P de l'œil	L12 S/P du genou
-42 Traitement électrique	S15 Tumeur bénigne/mal. sang/lymph.	F13 Corps étranger intraoculaire	L13 S/P de la cheville
-43 Autre procédure diagnostique	S16 Rupture traumat. de la veine	F14 Corps étranger intraoculaire	L14 S/P du pied et de l'orteil
-44 Vaccination/médication préventive	S17 Autre traumat. sang/lymph/vein.	F15 Diabète, ophtal. chronique	L15 Douleur musculaire
-45 Bases/éducation santé/vie/système	S18 Anémie hémolytique/hémorragie	F16 Autre infection/inflammation de l'œil	L16 Douleur musculaire
-46 Discussion entre dispensaire SSP	S19 Aném. compliquée sang/lymph/vein.	F17 Tumeur de l'œil et des annexes	L17 S/P musculaire HCA
-47 Discussion dispensaire spécialisée	S20 Anémie par déficience en fer	F18 Contusion/hémorragie de l'œil	L18 S/P d'une articulation HCA
-48 Certification de la demande du patient	S21 Anémie carencée vit. B12/vit. folique	F19 CE dans l'œil	L19 Peur cancer syst. ostéo-articulaire
-49 Autre procédure préventive	S22 Purpura/pétéchie de coagulation	F20 Autre lésion traumat. de l'œil	L20 Peur autre maladie syst. ostéo-artic.
-50 Indication/précaution/traction	S23 Globules blancs anormaux	F21 Saignement central/nerveux de l'œil	L21 Limitation de la fonction/tracp. (L)
-51 Induction/décharge/expiration	S24 Scléromyélite	F22 Décollement de la rétine	L22 Infection du syst. ostéo-articulaire
-52 Examen/biopsie/autre/diagnostic	S25 Infection par le virus HTV, SIDA	F23 Déglutition	L23 Fracture du radius/du cubitus
-53 Perforation/insufflation/appareillage	S26 Autre maladie sang/lymph/vein.	F24 Déglutition	L24 Fracture du tibia du péroné
-54 Réparation/autre/autre/pierre/prothèse		F25 Ulcère de la cornée	L25 Fracture de la main du pied
-55 Traitement local/traction		F26 Tachéme	L26 Fracture du fémur
-56 Panserment/compression/bandage		F27 Cécité	L27 Autre fracture
-57 Thérapie manuelle/médication physique		F28 Douleur de réfraction	L28 Entorse de la cheville
-58 Conseil/diagn. santé/vie/système		F29 Glaucome	L29 Entorse du genou
-59 Autre procédure diagnostique		F30 Caïote	L30 Entorse articulaire HCA
-60 Réaction analyse/symptôme		F31 Strabisme	L31 Luxation et subluxation
-61 Réaction au/procéd. autre dispensaire		F32 Autre maladie de l'œil/annexes	L32 Lésion traumat. HCA ostéo-articulaire
-62 Contact administratif			L33 Anom. compliquée ostéo-articulaire
-63 Rencontre de suivi			L34 Syndrome carpal
-64 Rpt. nouveau/en cours int. par disp.			L35 Syndr. dorso-cervic. sans irradiation
-65 Rpt. nouveau/en cours int. par tiers			L36 Informations acquises de la colonne
-66 Référence à dispens. SSP non médecin			L37 Syndr. dorso-cervic. avec irradiation
-67 Référence à médecin			L38 Douleur, tendinite, myosite HCA
-68 Autre référence			L39 Polyarthrite rhumatoïde séropositive
-69 Autre procédure			L40 Gonarthrose
			L41 Gonarthrose
			L42 Autre arthrose
			L43 Syndrome de répercussion
			L44 Coudé du genou de l'enfant
			L45 Ostéochondrose
			L46 Ostéoporose
			L47 Lésion ligamentaire du genou
			L48 Autre tumeur bén. indét. ostéo-art.
			L49 Informations acquises membres inf.
			L50 Autre maladie ostéo-articulaire
<b>Général et non spécifié A</b>	<b>Syst. Digestif D</b>	<b>Oreille H</b>	<b>Neurologique N</b>
A01 Douleur générale/de sites multiples	D01 Douleur/décharge abdominales gén.	H01 Douleur d'oreille/malaise	N01 Mal de tête
A02 Diarrhée	D02 Douleur abdominale/épigastrique	H02 P. d'audition	N02 Douleur de la face
A03 Nausea	D03 Brûlure/irritation/irritation anormale	H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille	N03 Douleur de la nuque
A04 Fatigue/fatigue générale	D04 Douleur rectale/anale	H04 Soudement de l'oreille	N04 Jambes sans repos
A05 Sensation d'être malade	D05 Démangeaisons péritonéales	H05 Saignement de l'oreille	N05 Fourmillement doigts, pieds, oreilles
A06 Dysfonctionnement/syndrome	D06 Autre douleur abdominale loc.	H06 Peur d'une maladie de l'oreille	N06 Autre perturbation de la sensibilité
A07 Coma	D07 Dysenterie/dysentrie	H07 Perforation du tympan	N07 Corrélation cause contrôlée
A08 Confinement	D08 Parodontite/gumite	H08 Autre lésion traumat. de l'oreille	N08 Mouvements involontaires anormaux
A09 P. de transmission	D09 Nausea	H09 Anom. compliquée de l'oreille	N09 Perturbation du goût/de l'odorat
A10 Saignement/hémorragie HCA	D10 Vomissement	H10 Saignement	N10 Vertige/étourdissement
A11 Douleur thoracique HCA	D11 Diarrhée	H11 Peur d'une maladie de l'oreille	N11 Paralyse/fatigue
A12 Péric. mal/meur traitement médical	D12 Constipation	H12 Autre S/P de l'oreille	N12 Tremble de la parole
A13 Infection urinaire	D13 Nausea	H13 CE dans l'oreille	N13 Peur d'un cancer neurologique
A14 Péric. par son aspect extérieur	D14 Hépatomégalie	H14 Infection du tympan	N14 Peur d'une autre maladie neurologique
A15 Cerveau/démence/autre l'effort	D15 Hépatite	H15 Autre lésion traumat. de l'oreille	N15 Limitation de la fonction/tracp. (N)
A16 Facteur de risque de cancer	D16 Saignement rectal	H16 Tumeur de l'oreille	N16 Autre S/P neurologique
A17 Facteur de risque HCA	D17 Incontinence rectale	H17 Saignement d'oreille brachée	N17 Maladie/encéphalite HCA
A18 Peur de la mort, de mourir	D18 Modification selles/mouvements intestins	H18 Peur, par l'aspect des oreilles	N18 Tétanos
A19 Peur du cancer HCA	D19 S/P dans/gendres	H19 Autre S/P de l'oreille	N19 Autre infection neurologique
A20 Peur d'une autre maladie HCA	D20 S/P bouche/langue/tarces	H20 Otite moyenne séreuse	N20 Cancer du syst. neurologique
A21 Limitation de la fonction/tracp. HCA	D21 P. de digestion	H21 Saignement d'oreille	N21 Autre tumeur indét. neurologique
A22 Autre S/P général	D22 Hépatomégalie	H22 Otite moyenne séreuse	N22 Anom. compliquée neurologique
A23 Tuberculose	D23 Masse abdominale HCA	H23 Saignement d'oreille	N23 Scissure en plaques
A24 Angor	D24 Hépatite	H24 Otite moyenne chronique	N24 Syndrome parkinsonien
A25 Varicelle	D25 Hépatite	H25 Tumeur de l'oreille	N25 Syndrome de la face
A26 Paludisme	D26 Douleur du cancer du syst. digestif	H26 Infection du tympan	N26 Agitation
A27 Rubéole	D27 Peur d'une autre maladie digestive	H27 Autre lésion traumat. de l'oreille	N27 Agitation
A28 Hépatite	D28 Limitation de la fonction/tracp. (D)	H28 Anom. compliquée de l'oreille	N28 Agitation
A29 Hépatite	D29 Autre S/P du syst. digestif	H29 Saignement d'oreille	N29 Agitation
A30 Hépatite	D30 Infection gastro-intestinale	H30 Saignement d'oreille	N30 Agitation
A31 Hépatite	D31 Création	H31 Saignement d'oreille	N31 Agitation
A32 Hépatite	D32 Hépatite virale	H32 Saignement d'oreille	N32 Agitation
A33 Hépatite	D33 Gastro-entérite/pseudo-infectieuse	H33 Saignement d'oreille	N33 Agitation
A34 Hépatite	D34 Cancer de l'estomac	H34 Saignement d'oreille	N34 Agitation
A35 Hépatite	D35 Cancer du colon/du rectum	H35 Saignement d'oreille	N35 Agitation
A36 Hépatite	D36 Cancer du pancréas	H36 Saignement d'oreille	N36 Agitation
A37 Hépatite	D37 Autre cancer digestif/HCA	H37 Saignement d'oreille	N37 Agitation
A38 Hépatite	D38 Tumeur bénigne/mal. du syst. dig.	H38 Saignement d'oreille	N38 Agitation
A39 Hépatite	D39 CE du syst. digestif	H39 Saignement d'oreille	N39 Agitation
A40 Hépatite	D40 Autre traumat. du syst. digestif	H40 Saignement d'oreille	N40 Agitation
A41 Hépatite	D41 Anom. compliquée du syst. digestif	H41 Saignement d'oreille	N41 Agitation
A42 Hépatite	D42 Maladie des dents/des gencives	H42 Saignement d'oreille	N42 Agitation
A43 Hépatite	D43 Maladie bouche/langue/tarces	H43 Saignement d'oreille	N43 Agitation
A44 Hépatite	D44 Maladie de l'œsophage	H44 Saignement d'oreille	N44 Agitation
A45 Hépatite	D45 Ulcère duodénal	H45 Saignement d'oreille	N45 Agitation
A46 Hépatite	D46 Autre ulcère péritique	H46 Saignement d'oreille	N46 Agitation
A47 Hépatite	D47 Trouble de la fonction gastro	H47 Saignement d'oreille	N47 Agitation
A48 Hépatite	D48 Appendicite	H48 Saignement d'oreille	N48 Agitation
A49 Hépatite	D49 Hépatite	H49 Saignement d'oreille	N49 Agitation
A50 Hépatite	D50 Hépatite	H50 Saignement d'oreille	N50 Agitation
A51 Hépatite	D51 Hépatite	H51 Saignement d'oreille	N51 Agitation
A52 Hépatite	D52 Hépatite	H52 Saignement d'oreille	N52 Agitation
A53 Hépatite	D53 Hépatite	H53 Saignement d'oreille	N53 Agitation
A54 Hépatite	D54 Hépatite	H54 Saignement d'oreille	N54 Agitation
A55 Hépatite	D55 Hépatite	H55 Saignement d'oreille	N55 Agitation
A56 Hépatite	D56 Hépatite	H56 Saignement d'oreille	N56 Agitation
A57 Hépatite	D57 Hépatite	H57 Saignement d'oreille	N57 Agitation
A58 Hépatite	D58 Hépatite	H58 Saignement d'oreille	N58 Agitation
A59 Hépatite	D59 Hépatite	H59 Saignement d'oreille	N59 Agitation
A60 Hépatite	D60 Hépatite	H60 Saignement d'oreille	N60 Agitation
A61 Hépatite	D61 Hépatite	H61 Saignement d'oreille	N61 Agitation
A62 Hépatite	D62 Hépatite	H62 Saignement d'oreille	N62 Agitation
A63 Hépatite	D63 Hépatite	H63 Saignement d'oreille	N63 Agitation
A64 Hépatite	D64 Hépatite	H64 Saignement d'oreille	N64 Agitation
A65 Hépatite	D65 Hépatite	H65 Saignement d'oreille	N65 Agitation
A66 Hépatite	D66 Hépatite	H66 Saignement d'oreille	N66 Agitation
A67 Hépatite	D67 Hépatite	H67 Saignement d'oreille	N67 Agitation
A68 Hépatite	D68 Hépatite	H68 Saignement d'oreille	N68 Agitation
A69 Hépatite	D69 Hépatite	H69 Saignement d'oreille	N69 Agitation
A70 Hépatite	D70 Hépatite	H70 Saignement d'oreille	N70 Agitation
A71 Hépatite	D71 Hépatite	H71 Saignement d'oreille	N71 Agitation
A72 Hépatite	D72 Hépatite	H72 Saignement d'oreille	N72 Agitation
A73 Hépatite	D73 Hépatite	H73 Saignement d'oreille	N73 Agitation
A74 Hépatite	D74 Hépatite	H74 Saignement d'oreille	N74 Agitation
A75 Hépatite	D75 Hépatite	H75 Saignement d'oreille	N75 Agitation
A76 Hépatite	D76 Hépatite	H76 Saignement d'oreille	N76 Agitation
A77 Hépatite	D77 Hépatite	H77 Saignement d'oreille	N77 Agitation
A78 Hépatite	D78 Hépatite	H78 Saignement d'oreille	N78 Agitation
A79 Hépatite	D79 Hépatite	H79 Saignement d'oreille	N79 Agitation
A80 Hépatite	D80 Hépatite	H80 Saignement d'oreille	N80 Agitation
A81 Hépatite	D81 Hépatite	H81 Saignement d'oreille	N81 Agitation
A82 Hépatite	D82 Hépatite	H82 Saignement d'oreille	N82 Agitation
A83 Hépatite	D83 Hépatite	H83 Saignement d'oreille	N83 Agitation
A84 Hépatite	D84 Hépatite	H84 Saignement d'oreille	N84 Agitation
A85 Hépatite	D85 Hépatite	H85 Saignement d'oreille	N85 Agitation
A86 Hépatite	D86 Hépatite	H86 Saignement d'oreille	N86 Agitation
A87 Hépatite	D87 Hépatite	H87 Saignement d'oreille	N87 Agitation
A88 Hépatite	D88 Hépatite	H88 Saignement d'oreille	N88 Agitation
A89 Hépatite	D89 Hépatite	H89 Saignement d'oreille	N89 Agitation
A90 Hépatite	D90 Hépatite	H90 Saignement d'oreille	N90 Agitation
A91 Hépatite	D91 Hépatite	H91 Saignement d'oreille	N91 Agitation
A92 Hépatite	D92 Hépatite	H92 Saignement d'oreille	N92 Agitation
A93 Hépatite	D93 Hépatite	H93 Saignement d'oreille	N93 Agitation
A94 Hépatite	D94 Hépatite	H94 Saignement d'oreille	N94 Agitation
A95 Hépatite	D95 Hépatite	H95 Saignement d'oreille	N95 Agitation
A96 Hépatite	D96 Hépatite	H96 Saignement d'oreille	N96 Agitation
A97 Hépatite	D97 Hépatite	H97 Saignement d'oreille	N97 Agitation
A98 Hépatite	D98 Hépatite	H98 Saignement d'oreille	N98 Agitation
A99 Hépatite	D99 Hépatite	H99 Saignement d'oreille	N99 Agitation





## F) La lettre d'information au patient

Le Mans, le 01/01/2018

Madame, monsieur,

Je suis médecin généraliste remplaçant. Dans le cadre de mon travail de thèse, je mène une enquête qui s'intéresse aux consultations urgentes dans les cabinets de médecine générale de la Sarthe.

L'objectif de ce travail est d'évaluer en premier lieu le délai pour obtenir un rendez-vous avec votre médecin traitant, un médecin remplaçant du cabinet ou un interne lorsque vous avez besoin d'une consultation urgente. En second lieu, ce travail évaluera la connaissance du système de santé en matière de prise en charge lorsque les cabinets de vos médecins sont fermés.

Pour cela, il nous semble intéressant de recueillir votre expérience, à partir du questionnaire ci-joint, sur les délais moyens de rendez-vous que l'on vous propose lorsque vous demandez à être vu rapidement par un médecin en consultation ou en visite à domicile.

Ce questionnaire sera à compléter dans la salle d'attente puis à remettre au secrétariat en sortant du cabinet. Rien de ce qui aura été écrit ne sera modifié. Toutes les informations seront anonymes. Vous êtes libres de refuser de participer à cette enquête.

**La participation à ce travail ne change en rien votre prise en charge médicale.**

Les résultats globaux de cette étude seront accessibles dans chacun des trois cabinets participant à cette enquête.

En vous remerciant par avance pour votre aide,

*Tristan MATHIES*



UFR SANTÉ

Travaux de recherche Département de Médecine Générale d'Angers.  
Lettre d'information



Département de Médecine Générale  
UFR Santé d'Angers  
Rue Haute de Reculée  
49045 Angers CEDEX 01

## G) Le questionnaire

### Enquête sur les délais de rendez-vous pour soins non programmés en médecine générale ambulatoire en Sarthe

#### A) Informations générales

- 1) Quel est votre âge ? \_\_\_\_\_ ans
- 2) Etes-vous ? ☐ Une femme ☐ Un homme
- 3) Où se situe votre cabinet médical ? ☐ La Chapelle Saint Aubin  
☐ Brûlon  
☐ Le Mans, rue de Bourges
- 4) Votre médecin traitant est-il ? ☐ Une femme ☐ Un homme
- 5) Prenez-vous un médicament au long cours ? ☐ Oui ☐ Non
- 6) Etes-vous bénéficiaire d'un statut particulier ?  
☐ ALD ☐ CMU/AME ou ACS ☐ Autre ☐ Aucun statut particulier
- 7) A quelle fréquence moyenne consultez-vous un médecin ?  
☐ Moins de 4 fois/an ☐ Entre 4 et 10 fois/an ☐ Plus de 10 fois/an

#### B) Rendez-vous pour soins non programmés au cabinet médical

- 8) Parmi les motifs de consultation urgents suivants, choisissez les trois qui vous incitent à consulter **le jour même** ?
  - ☐ Symptômes généraux (fièvre, maux de tête, malaise, essoufflement)
  - ☐ Problème d'œil, de gorge ou d'oreille (douleur, rhume, pus dans l'œil)
  - ☐ Problème digestif (diarrhée, vomissements, douleurs abdominales)
  - ☐ Problème articulaire (douleur du dos ou d'une articulation)
  - ☐ Traumatisme de la cheville/pied ou du poignet/main
  - ☐ Problème psychologique (anxiété, brutale, sensation de dépression)
  - ☐ Problème respiratoire (toux, extinction de voix)

- ☐ Problème cardio-vasculaire (douleur de poitrine, poussée d'hypertension artérielle, palpitations)
- ☐ Signes urinaires (brûlures urinaires, sang dans les urines)
- ☐ Problème de peau (apparition de boutons ou de plaques)
- ☐ Arrêt de travail

9) Parmi les motifs de consultation urgents suivants, choisissez les trois qui vous incitent à consulter **dans les 2 à 3 jours** ?

- ☐ Symptômes généraux (fièvre, maux de tête, malaise, essoufflement)
- ☐ Problème d'œil, de gorge ou d'oreille (douleur, rhume, pus dans l'œil)
- ☐ Problème digestif (diarrhée, vomissements, douleurs abdominales)
- ☐ Problème articulaire (douleur du dos ou d'une articulation)
- ☐ Traumatisme de la cheville/pied ou du poignet/main
- ☐ Problème psychologique (anxiété, brutale, sensation de dépression)
- ☐ Problème respiratoire (toux, extinction de voix)
- ☐ Problème cardio-vasculaire (douleur de poitrine, poussée d'hypertension artérielle, palpitations)
- ☐ Signes urinaires (brûlures urinaires, sang dans les urines)
- ☐ Problème de peau (apparition de boutons ou de plaques)
- ☐ Arrêt de travail

10) Pour les motifs de la question 8, quel délai moyen vous propose-on pour une consultation avec **votre médecin traitant** ?

- ☐ Le jour même    ☐ 2 à 3 jours    ☐ 3 à 7 jours    ☐ Plus de 7 jours

11) Lors de votre prise de RDV, la secrétaire vous pose -t-elle des questions sur votre motif (raisons de l'appel, caractère urgent ou non...) ?

- ☐ Toujours    ☐ Régulièrement    ☐ Occasionnellement    ☐ Jamais

12) D'une manière générale, concernant le délai pour obtenir un rendez-vous pour ces motifs au cabinet, diriez-vous être ?

- ☐ Très satisfait    ☐ Satisfait    ☐ Moyennement satisfait    ☐ Pas satisfait

13) Votre médecin traitant a-t-il recours à des médecins remplaçants ?

- ☐ Toujours    ☐ Régulièrement    ☐ Occasionnellement    ☐ Jamais

14) Le cabinet médical accueille-t-il des internes de médecine générale (selon vous) ?

- ☐ Oui    ☐ Non

15) Pour les motifs de la question 8, quel délai moyen vous propose-on pour une consultation avec **un médecin remplaçant ou un interne du cabinet** ? (Si non, ne pas répondre)

- ☐ Le jour même    ☐ 1 à 3 jours    ☐ 3 à 7 jours    ☐ Plus de 7 jours

- 16) Vous êtes souffrant et vous demandez à **votre médecin traitant** de se déplacer à domicile pour vous examiner (visite à domicile). Accepte-t-il votre demande si elle est justifiée ?
- ☐ Toujours   ☐ Régulièrement   ☐ Occasionnellement   ☐ Jamais
- ☐ Je ne demande jamais de visite
- 17) Si oui, sous quel délai ? (Si non, ne pas répondre)
- ☐ Le jour même   ☐ Le lendemain
- 18) Vous êtes souffrant et vous demandez **au médecin remplaçant ou à l'interne**, qui est présent ce jour au cabinet, de se déplacer à domicile pour vous examiner (visite à domicile). Accepte-t-il votre demande si elle est justifiée ?
- ☐ Toujours   ☐ Régulièrement   ☐ Occasionnellement   ☐ Jamais
- ☐ Je ne demande jamais de visite
- 19) Si oui, sous quel délai ? (Si non, ne pas répondre)
- ☐ Le jour même   ☐ Le lendemain
- 20) D'une manière générale, souhaiteriez-vous un rendez-vous plus rapidement que celui que l'on vous propose actuellement lorsque vous êtes souffrant ?
- ☐ Oui   ☐ Non
- 21) Vous êtes souffrant et vous ne pouvez pas être vu dans la journée. Que faites-vous ?
- ☐ Je vais aux urgences à l'hôpital   ☐ Je rappelle au cabinet le lendemain
- ☐ J'attends le soir et je vais à la maison médicale de garde
- ☐ Je compose le 15   ☐ Autre

**C) Rendez-vous pour soins non programmés lorsque le cabinet de votre médecin est fermé**

- 22) En cas de problème de santé survenant le week-end, savez-vous comment être vu par un médecin ?
- ☐ Oui   ☐ Non
- 23) Vous êtes souffrant et vous n'arrivez pas à joindre le cabinet. Que faites-vous ?
- ☐ Je vais aux urgences   ☐ Je rappelle au cabinet plus tard
- ☐ Je compose le 15   ☐ Autre
- 24) Avez-vous connaissance du système de garde par les médecins généralistes ?
- ☐ Oui   ☐ Non

25) Connaissez-vous l'existence des maisons médicales de garde ?

☐ Oui   ☐ Non

26) Pour accéder à la maison médicale de garde :

☐ J'y vais directement

☐ Je compose le 116 117 ou le 15

☐ Je me présente aux urgences

☐ Je compose le numéro du cabinet du médecin traitant

☐ Je ne sais pas comment y accéder

## **XI. SERMENT D'HIPPOCRATE**

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.



Enquête sur les délais de rendez-vous pour soins non programmés en médecine générale libérale en Sarthe

RÉSUMÉ

**Introduction :** Depuis plusieurs années, la France enregistre une baisse du nombre de médecins généralistes notamment libéraux dans la quasi-totalité des départements dont la Sarthe fait partie. Une des conséquences dans la pratique quotidienne des médecins généralistes est la difficulté pour les patients d'obtention d'un rendez-vous pour des soins non programmés (SNP). L'étude réalisée s'intéresse au point de vue des patients concernant les délais pour leur médecin traitant d'une part et les remplaçants ou internes d'autre part, ainsi qu'aux motifs les amenant à consulter et à leurs connaissances du système de prise en charge des SNP en dehors des heures d'ouverture des cabinets.

**Matériels et Méthodes :** Il s'agit d'une étude quantitative prospective multicentrique par questionnaires, réalisée du 04 au 08 juin 2018, dans 3 cabinets médicaux de groupe en Sarthe avec un secrétariat physique. Les questionnaires anonymes étaient délivrés aux patients à l'arrivée et récupérés au départ. Les critères d'exclusion étaient les patients refusant, les mineurs, ceux sous protection juridique, et les patients « hors cabinet ». Le questionnaire a été élaboré à partir de la bibliographie et des présupposés du chercheur. Testé auparavant, sa réalisation nécessitait 4 à 8 minutes. L'analyse a été réalisée avec le logiciel Shiny Stat GMRC principalement avec l'aide du test du Khi 2. L'étude a reçu l'accord du comité d'éthique du centre hospitalier du Mans.

**Résultats :** 532 questionnaires ont été recueillis, dont 486 exploitables. La population était féminine à 65%, âgée en moyenne de 48 ans. Les motifs de consultation principaux étaient les signes généraux, les symptômes cardio-vasculaire et urinaires pour le jour même, digestifs et articulaires dans les 3 jours. 47% des patients obtiennent un rendez-vous avec leur médecin traitant le jour même pour un SNP, 85% des patients dans les 3 jours, 4% après 7 jours d'attente. 56% des patients obtiennent un rendez-vous avec un médecin remplaçant ou un interne le jour même, 92% des patients dans les 3 jours, 0.5% après 7 jours d'attente. Les demandes de visite sont faibles, de 13 à 7%. 59% des personnes sont satisfaites du délai obtenu pour un SNP. 73% savent comment voir un médecin le WE, 60% connaissent les MMG, 65% de ceux-ci savent y accéder via le 15 ou le 116-117.

**Conclusion :** L'accueil de remplaçants et d'internes au sein des cabinets médicaux contribue à une meilleure prise en charge des patients pour les SNP. Poursuivre notre mission d'information sur le système de garde auprès des patients est nécessaire pour répondre aux besoins lorsque le cabinet est fermé.

**Mots-clés :** soin non programmé, médecin traitant, médecin remplaçant, permanence des soins ambulatoires

Investigation of appointment times for non-scheduled care in liberal general practice in Sarthe

ABSTRACT

**Introduction** For several years now, France has seen a drop in the number of general practitioners (GP), especially liberal doctors, in almost all the departments, including Sarthe. One of the consequences in the daily practice of GP is the difficulty for patients to obtain an appointment for urgent non-scheduled care (NSC). The study is interested in the patient's point of view about the delays for their treating doctor on the one hand and the GP locums or interns on the other hand, as well as the reasons leading them to consult and their knowledge of the care system for NSC outside office hours.

**Materials and Methods:** This quantitative, prospective, multicentric, questionnaire-based survey, has been realized from June 4 to 8 2018, in 3 different doctor's offices in Sarthe with a physical secretariat. Anonymous questionnaires were issued to all patients on arrival and retrieved on departure. The exclusion criteria were refusing patients, minors, those under legal protection, and out-of-office patients. The questionnaire was developed from the researcher's bibliography and presuppositions. Tested before, it took 4 to 8 minutes to complete. The analysis was carried out with the software Shiny Stat GMRC mainly with the help of the test of Chi 2. The study was approved by the ethics committee of the hospital of Le Mans.

**Results:** 532 questionnaires were collected, of which 486 were exploitable. The population was 65% female, with an average age of 48 years. The main reasons for consultation were the general signs, the cardiovascular and urinary symptoms for the same day, digestive and articular within 3 days. 47% get an appointment with their doctor the same day for urgent NSC, 85% of patients are seen within 3 days, 4% after 7 days of waiting. 56% get an appointment with a locum or an intern the same day. 92% of patients are seen within 3 days, 0.5% after 7 days of waiting. It seems easier for patients to get an appointment with a GP locum or an intern than with their doctor. Requests for visits are low, from 13 to 7%. 59% of people are satisfied with the delay for NSC. 73% know how to see a doctor on the WE, 60% know the MMG, 65% of them know how to access it via 15 or 116-117.

**Conclusion :** The reception of GP locums and interns in medical practices contributes to better patient management for NSC. Continuing our mission to inform the patient care system is necessary to meet needs when the office is closed.

**Keywords :** non-scheduled care, General Practitioner, GP locums, permanent ambulatory care