Année 2017/2018 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Adrien TRAVERS

Né le 05 septembre 1989 à CHARTRES (28)

TITRE

Etude du ressenti et du vécu des patients de la MSP du Véron depuis la création d'une unité de soins non programmés

---

Présentée et soutenue publiquement le **18 janvier 2018** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Dominique PERROTIN, Réanimation médicale, médecine d'urgence, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Laurent Bréchat, Médecine Générale - Tours

Etude du ressenti et du vécu des patients de la MSP du Véron depuis la création d'une unité de soins non programmés

Résumé

Introduction: En France, chaque année, la demande de soins non programmés (SNP) ne cesse d'augmenter. Alors que la majorité des demandes a lieu aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux, la réponse semble souvent inadaptée. Le système hospitalier est débordé et la médecine ambulatoire peine à répondre. Pionnière dans la réflexion sur la gestion des SNP depuis 2004, l'équipe de la Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) du Véron a créé une unité dédiée à leurs gestion. Nous avons donc cherché à recueillir et analyser le ressenti des patients utilisateurs.

Matériel et Méthodes: Etude qualitative par analyse thématique d'entretiens individuels semi dirigés menés auprès des patients sortant d'une consultation pour demande de SNP au sein de l'unité dédiée de la MSP du Véron.

Résultats: La majorité des patients a consulté pour un motif bénin. L'angoisse était telle qu'ils ne pouvaient différer leur recourt au lendemain. Ils ont tous apprécié la gestion de leur urgence en revendiquant un service réactif, coordonné, et de proximité avec partage de données. Ils ont également évoqué un lieu rassurant avec un médecin connu, à l'écoute, dans un environnement familier renforçant le sentiment de confiance.

Conclusion: L'unité de SNP de la MSP du Véron. Mais une telle structure nécessite une organisation collective et coordonnée. Ce modèle semble répondre aux orientations nationales et régionales en matière de réorganisation de la réponse aux demandes de SNP. Il serait intéressant d'évaluer la perception des professionnels de santé impliqués dans ce projet ainsi que l'évolution du nombre des demandes de SNP.

Mots clés : soins non programmés, recours urgents, médecine générale, unité soins non programmés

Study about feelings and experiences from Veron's Multi-disciplinary Health Care patients since the creation of an Emergency Care Unit

Introduction : In France, each year, the demand for emergency care (EC) continues to increase. Although the majority of the demand occurs in walk-in medical centers during opening time, this is often inadequate. Hospitals are overflowing and the need for medical care is not met. As pioneers in the search for the organization of emergency cares since 2004, Véron Multi-disciplinary Health Care (MHC) has created a unit dedicated to its management. We have therefore collected and analyzed the patients' feelings.

Materials and Method : Qualitative study by semi-directed interviews thematic analysis of patients leaving emergency care within the Veron MHC EC unit.

Results : The majority of patients have consulted for benign reasons. Worry caused them to consult without postponing their request. All of them appreciated the management of their emergency by claiming to have received a responsive, coordinated and attentive service with medical information shared with patient. They also talked about a safe place with an attentive doctor that they know, in a familiar environment, which reinforces the feeling of trust.

Conclusion : The EC unit of Veron's MHC seems to meet the patients' expectations perfectly. But a structure like this requires a collective and coordinated organization. This model appears to respond to national and regional guidelines for reorganizing response to EC requests. It would be interesting to evaluate the perception of the health professionals involved in this project as well as the evolution of the number of EC requests.

Key words: emergency care, urgent response, general practice, emergency care unit

FACULTÉ DE MÉDECINE
TOURS

01/09/2017

UNIVERSITE FRANÇOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE
Mme Fanny BOBLETER

****

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

PROFESSEURS EMERITES
Pr. Daniel ALISON
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Pierre COSNAY
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER
Pr. Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P.BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – C. COUET - J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYÈRE - A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

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

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

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David.....Physiologie
BARBIER Louise .....Chirurgie digestive
BERHOUET Julien .....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe .....Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAULT Paul.....Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas .....Cardiologie
DESOUBEAUX Guillaume.....Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie .....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....Biophysique et médecine nucléaire

FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie .....Immunologie
GUILLON Antoine.....Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille .....Immunologie
IVANES Fabrice.....Physiologie
LE GUELLEC Chantal .....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine .....Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric.....Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....Médecine légale
ROUMY Jérôme .....Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess.....Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences
BOREL Stéphanie.....Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse .....Médecine Générale
LEMOINE Maël.....Philosophie
MONJAUZE Cécile .....Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie .....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves.....Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues .....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe .....Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice .....Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie .....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain .....Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie
DELORE Claire .....Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie .....Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle.....Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie
LALA Emmanuelle .....Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel .....Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale
BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Remerciements

A Monsieur le Professeur Perrotin,
Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance. Soyez assuré de ma gratitude et de mon estime les plus profondes. Merci de votre présence depuis la première année à ce jour.

A Monsieur le Professeur Rusch,
Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury. Recevez ma profonde reconnaissance et mes sincères remerciements.

A Madame le Professeur Lehr-Drylewicz,
Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assurée de ma gratitude.

Au Docteur Laurent Bréchat,
Merci de ton aide et de ta disponibilité. Ce fut un réel plaisir de réaliser ce travail avec toi, dans la bonne humeur que tout le monde te connait. Tu as toute ma considération.

A Monsieur Rousselot Thibault,
Merci de me faire l'honneur de votre présence. Recevez ma profonde reconnaissance

A Amélie, Catherine et Yvette, merci de votre aide précieuse, et de ces bons moments lors de mon stage et remplacements.

A Lola Bréchat, merci de votre relecture attentive.

A Hayley, merci de ton aide pour la traduction du résumé dans la langue de Shakespeare.

Aux rhumatologues de Chartres, et en particulier au Dr Damade, à l'équipe de la PMI du Loir-et-Cher, à l'ensemble de l'équipe des Urgences et de Gériatrie de Chinon, en particulier les Dr Schweig, Pornin, Maillot et Ménard pour les soirées mémorables, au Dr Lizé, au Dr Plisson, et au Dr Pragnon ainsi qu'à l'ensemble des professionnels de la MSP du Véron, je vous remercie de m'avoir accompagné pendant mes différents stages d'internat. Par vos valeurs humaines et votre professionnalisme vous m'avez tous donné foi en la médecine.

Aux Dr Brizard, Dr Delaveau, Dr Pragnon, Maryse et Nathalie, merci de m'avoir accueilli dans le cabinet d'Azay-le-Rideau lors de ces nombreux remplacements.

Au Dr Pierre Bourdon, j'ai la chance, l'honneur et surtout la difficile tâche de te succéder. Je ferai en sorte d'être à la hauteur de ta réputation.

A toute cette grande bande de copains rencontrée sur les bancs (ou plutôt les soirées) de la fac, et lors de mon internat, et en particulier à ceux du noyau dur de super-héros qui se reconnaitront, merci pour tous ces moments en votre compagnie. Ce fut neuf années inoubliables et ce n'est pas près de s'arrêter.

Aux copains d'enfance (dont je ne peux citer les surnoms sereinement) et à ceux du lycée, vous êtes toujours à mes cotés depuis toutes ces années. Merci pour ces moments de franche camaraderie.

A la grande famille du rugby, merci aux valeurs et à l'esprit que tu m'as apporté, aux magnifiques rencontres, et merci à toutes ces soirées, pas toujours raisonnables, que je ne peux oublier.

Aux étudiantes sages-femmes devenues diplômées et leurs conjoints, vous avez dû supporter mon humour particulier pendant ces dernières années et je vous en suis reconnaissant. Un clin d'oeil particulier à la plus sexy et viril des sages-femmes qui m'a permis de rencontrer ma future femme.

A Christian, Marie-Anne, Emilien et Teng-Hsin, et à toute la famille Pionneau-Coste, merci de m'avoir si chaleureusement accueilli.

A Clément, petit frère de coeur, tu as tout mon soutien pour cette difficile première année de médecine.

A mes grands-mères et mon grand-père, ainsi qu'à toute ma famille, merci pour votre soutien et l'affection que vous me portez. Une pensée à Pato parti trop tôt, qui aurait surement été l'un des premiers à trinquer.

A mes parents, merci pour votre inconditionnel soutien depuis le début de mes études, et surtout pour l'amour que vous me portez depuis toutes ces années.

Et enfin merci à toi Justine, ma femme, tu étais ma pièce manquante à cet ensemble parfait. Merci de ton soutien, de ton amour et de ta joie de vivre (enfin quand tu y mets du tiens ;)). De magnifiques projets nous attendent…

Table des matières

I. INTRODUCTION 12
I.1. Définition des soins non programmés et présentation de leurs utilisateurs 12
I.1.1. Définition 12
I.1.2. Utilisateurs 12
I.2 La prise en charge des soins non programmés en France 13
I.2.1 Les structures hospitalières 13
I.2.2 L'organisation libérale des soins non programmés 14
I.3 L'évolution des soins non programmés 16
I.3.1 L'augmentation de la demande de soins urgents 16
I.3.2 La diminution de l'offre de soins dans le secteur libéral 17
I.3.3 La ré-orientation des patients vers les SAU 18
I.4 La Maison de Santé d'Avoine : une réponse aux demandes de soins non programmés du bassin Chinonais 20
I.4.1. La prise en charge des soins non programmés dans le bassin Chinonais 20
I.4.2 L'organisation des soins non programmés au sein de la MSP d'Avoine 21
II MATERIEL ET METHODES 24
II.1 Type d'étude 24
II.2 Sélection des participants 24
II.2.1 Population étudiée 24
II.2.2 Stratégie d'échantillonnage 24
II.2.3 Lieu et durée de l'enquête 24
II.3 Guide d'entretien 24
II.4 Déroulement de l'entretien et retranscription 25
II.5 Méthode d'analyse 25
III. RESULTATS 26
III.1. Caractéristiques de la population étudiée 26
III.2 Les idées exprimées 28
III.2.1 Motivations à consulter en urgence et délai de prise en charge 28
III.2.2 Les éléments qui ont orienté le patient à la MSP du Véron 30
III.2.3 La représentation des urgences par les patients 31
III.2.4 Vécu et ressenti de la consultation au sein des SNP 32
III.2.5 Les bénéfices tirés d'une telle structure 35
III.2.6 Améliorations à envisager et satisfaction globale 37
IV DISCUSSION 38
IV.1 Discussion de la méthode 38
IV.1.1 Choix d'une étude qualitative 38
IV.1.2 Pertinence du sujet 38
IV.1.3 Facteurs favorisants l'obtention d'une information variée 38
IV.1.4 Facteurs limitants l'obtention d'une information variée 38
IV.1.5 Suffisance de données 38
IV.2.1 Des motifs bénins mais des patients inquiets 39
IV.2.2 Une demande de consultation au cabinet dans la journée, les Urgences en solution de repli 39
IV.2.3 La proximité et la connaissance des lieux plébiscitées 40
IV.2.5 L'unité de soins non programmés de la MSP du Véron : une satisfaction au rendez-vous 41
V. CONCLUSION : 44
BIBLIOGRAPHIE 45
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN 49
ANNEXE 2 : DECLARATION CNIL 50

I. INTRODUCTION

I.1. Définition des soins non programmés et présentation de leurs utilisateurs

I.1.1. Définition

Les demandes de soins non programmés (SNP) ou recours urgents regroupent toutes les demandes de soins non prévues lors des horaires d'ouverture des cabinets mais aussi après fermeture. Elles englobent les urgences avérées du point de vue du médecin mais aussi les urgences ressenties par le patient qui estime avoir besoin de consulter un médecin dans la journée. [1; 2]

La gestion des SNP est actuellement l'une des préoccupations principales du gouvernement, la nouvelle ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, ayant annoncé qu'elle souhaitait « relancer la réflexion sur l'organisation des soins non programmés » lors de son discours le 31 mai 2017 au 11ème Congrès Urgences organisé par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) au Palais des Congrès de Paris.

I.1.2. Utilisateurs

En Région Centre, selon l'Observatoire Régional de Santé [2], le patient type consultant dans le cadre des soins non programmés est un adulte jeune inséré socialement et bien inscrit dans le système de soins. La tranche la plus représentée est celle des 25-54 ans. 61% des patients ont une activité professionnelle. La grande majorité des patients ont un médecin traitant déclaré et 67% d'entre eux consultent en recours urgent leur médecin habituel.
Ces résultats sont similaires aux autres régions, notamment PACA [3], et sont extrapolables à la population nationale [4]. 93% (82% au niveau national) des soins non programmés ont lieu pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux. [2; 4]

Un seul motif, d'origine somatique, est à l'origine de la majorité des demandes. Les médecins généralistes sont à même de prendre en charge ces patients puisque seulement 4% sont hospitalisés.

Il s'agit pour la plupart de demandes d'urgences non vitales mais les médecins reconnaissent à posteriori que 89% des patients ont eu raison de consulter. [4]

I.2 La prise en charge des soins non programmés en France

I.2.1 Les structures hospitalières

I.2.1.1 Prise en charge pré-hospitalière

I.2.1.1.1 Le SAMU

Le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) a pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgences. [5]
Il assure une écoute médicale permanente, vingt-quatre heures sur vingt quatre et sept jours sur sept, il détermine et déclenche la réponse la plus adaptée à l'appel dans le délai le plus rapide, il s'assure de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient, et il organise, le cas échéant le transport du patient et son accueil hospitalier.
La SAMU dispose d'un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) doté d'un numéro national unique depuis 1978, le « 15 ».

Il a un rôle primordial dans la prise en charge des soins non programmés puisque son CRRA est en relation directe avec les services d'urgences, le SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation), les acteurs libéraux de la permanence de soins et SOS médecins. La prise en charge téléphonique d'un appel pour demande de soins non programmés a d'ailleurs fait l'objet de recommandations en 2011. [6]

I.2.1.1.2 Le SMUR

Les missions du SMUR déclenché par le SAMU, sont la prise en charge sur place, en dehors de l'hôpital, des détresses médicales, et la réalisation de soins d'urgence avant et pendant le transport du patient vers l'établissement adapté, désigné par le SAMU. [7]

I.2.1.2 Les structures hospitalières : les structures des urgences

C'est un service hospitalier qui assure la prise en charge des soins non programmés dans un établissement de santé privé ou public, vingt-quatre heures sur vingt quatre, tous les jours de l'année.

Il existe, en France, 655 structures des urgences, dont la grande majorité (80%) appartient au service public hospitalier. [7]

I.2.2 L'organisation libérale des soins non programmés

I.2.2.1 Le médecin généraliste : un acteur primordial

I2.2.1.1 L'organisation en dehors des horaires d'ouverture des cabinets : la permanence des soins ambulatoires

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) désigne le dispositif sanitaire permettant aux citoyens de recourir à un praticien en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux ou centres de santé. Elle revêt le caractère d'un service public assuré sur la base du volontariat par des médecins libéraux de premiers recours. Elle est la réponse à tout moment à une demande en situation d'urgence réelle ou ressentie présentée par un patient sur un territoire donné.

Elle a subit des modifications considérables ces quinze dernières années.
Avant 2003 la PDSA ne bénéficie pas d'un cadre juridique précis et est très hétérogène sur le territoire. C'est l'époque des médecins joignables vingt-quatre heures sur vingt quatre et sept jours sur sept.
Cette organisation atteint ses limites devant l'augmentation de la demande de soins, le déclin démographique médical et le changement du mode d'exercice.
L'événement marquant de la restructuration de la PDSA est la grève des médecins généralistes en novembre 2001 avec initialement grève des gardes de nuit puis également des week-ends et jours fériés.
Suite à cette grève de nombreux rapports et débats ont permis d'élaborer des lois qui ont profondément bouleversé l'organisation de la PDSA. Le décret 2003-880 du 15 septembre 2003 [8] faisant suite au rapport Descours [9] est le premier texte officiel instaurant les modalités de la nouvelle PDSA. Il fixe les horaires, de 20h à 8h les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés de 8h à 8h le lendemain par des médecins de garde. L'organisation est alors départementale et l'accès au médecin de permanence se fait pour la première fois par l'intermédiaire du SAMU. Cette organisation repose en grande partie sur la participation des médecins libéraux à la régulation spécifique des demandes de soins aux horaires de la PDSA.
La loi HPST voit le jour le 21 juillet 2009, s'appuyant sur plusieurs rapports et concertations notamment le rapport Grall [10] et Boennec [11]. La loi HPST « hôpital, patients, santé, territoire » [12] a pour objectif de garantir aux citoyens une égalité d'accès aux soins, en améliorant la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Elle confie aux Associations Régionales de Santé (ARS) la restructuration régionale de la PDSA.
Actuellement la PDSA tend à s'homogénéiser sur le territoire. Les appels de soins non programmés sont gérés par le Samu-centre 15 qui travaille en étroite collaboration avec les services d'urgences et les médecins libéraux de garde.
En 2018 un numéro national, le 116 117, sera déployé sur tout le territoire afin de réguler les demandes lors de la PDSA et d'obtenir le médecin de garde. [13];[14]

I.2.2.1.2 L'organisation lors des horaires d'ouverture des cabinets

Contrairement à la PDSA, les soins non programmés en journée n'ont pas bénéficié jusqu'à ce jour d'un nouveau cadre législatif. Ce sont les médecins généralistes eux-mêmes qui organisent leur activité pour répondre aux demandes. C'est d'ailleurs l'un des fondements déontologiques que d'assurer la continuité des soins des patients. Ces recours urgents se font en plus des consultations et visites déjà programmées. Il en va donc à chaque médecin généraliste d'organiser sa journée comme bon lui semble et il en résulte une très grande disparité de la réponse aux demandes en journée en fonction des médecins eux-mêmes.
Comme mentionné précédemment, 82% des demandes de soins non programmés ont lieu pendant les horaires d'ouverture des cabinets [4]. Selon une enquête auprès de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne, la demande de soins non programmés représenterait 56% de l'activité des médecins généralistes [15].

Malgré une organisation assez individuelle des cabinets, les pouvoirs publics et les instances professionnelles (syndicats, URPS-ML : Unions Régionales de Professionnels de Santé Médecin Libéraux) tentent d'organiser la prise en charge des soins non programmés en favorisant, notamment, le développement des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et les futures Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) . Le dernier contrat d'ACI (Accords Conventionnels Interprofessionnels) [16] a permis de modifier le règlement arbitral des MSP en mettant en avant la prise en charge des recours urgents. C'est d'ailleurs une volonté nationale clairement affichée par Monsieur le président de la République, Emmanuel Macron, et Madame Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, qui ont pour ambition de « promouvoir l'exercice professionnel coordonné ». Agnès Buzyn a estimé qu'une telle mesure, potentiellement synonyme de « complémentarité entre la ville et les établissements de santé », « pourrait ouvrir la porte à de nouvelles organisations de l'accès aux soins non programmés ». Au niveau régional, afin de répondre aux exigences gouvernementales, la directrice générale de l'ARS Centre Val de Loire, Madame Bouygard, fait de la gestion des soins non programmés une priorité pour le PRS 2 (Plan Régional de Santé deuxième génération) qui entrera en vigueur le 1er janvier 2018.

I.2.2.2 Les autres acteurs

I.2.2.2.1 SOS médecins [17]

En 2016, SOS Médecins comporte 65 associations réparties sur le territoire national et groupées autour d'une structure fédérative, SOS Médecins France créée en 1982 par Jean-Baptiste Delmas.
SOS Médecins est un service médical libéral d'urgence à domicile et en consultations. Cette structure travaille sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre et participe, en liaison étroite avec les services publics d'urgence (SAMU, pompiers, hôpitaux), à la permanence des soins dans de nombreux centres urbains et leur périphérie.

I2.2.2.2 Les médecins correspondant SAMU (MCS)

Les MCS interviennent dans le cadre d'une urgence nécessitant une intervention médicale immédiate et si le délai d'intervention du SMUR est estimé à plus de trente minutes.
Leur mission implique le volontariat, une formation continue annuelle, un déclenchement par le centre 15, une garantie de bilan, et l'assurance d'une intervention dans un délai maximal de quinze minutes.
Cette organisation est définie par l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux MCS et la circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences. [18]

I.3 L'évolution des soins non programmés

I.3.1 L'augmentation de la demande de soins urgents

Selon la DREES, en 2014, les 723 structures des urgences de la France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), ont pris en charge 19,7 millions de passages, soit une progression de 4 % par rapport aux flux observés en 2013 [19]. Toujours selon cette même étude, le nombre annuel de passages continue de progresser après une pause en 2010. En 1996, le nombre annuel de passages s'établissait à 10,1 millions pour la France métropolitaine, et a connu une augmentation de 3 % en moyenne chaque année.

Le SAMU a lui aussi connu une nette augmentation des appels avec une hausse de 10% entre 2007 et 2014 [19].

Il en va de même pour la médecine générale même si il est difficile de se procurer des chiffres exacts. La majorité des soins non programmés est d'ailleurs gérée par les médecins généralistes puisqu'en 2004, on estimait à 35 millions le nombre de recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville pendant que les services d'urgences des hôpitaux enregistraient 14 millions de passages [20].

L'augmentation annuelle de passages aux urgences contraste avec la faible croissance de la population nationale (+0,5% annuelle) [21]. Cette augmentation peut s'expliquer par le changement de mentalité des français et de leur perception de la santé. L'accessibilité des soins a placé la santé comme l'un des plus importants centres d'intérêt des français mais également comme une source d'inquiétude majeure. En effet plusieurs études [22;23;24] ont montré que la recherche d'une réponse rapide à une urgence non vitale était le premier motif de consultation dans le cadre de soins non programmés.

Le vieillissement de la population et l'allongement de la durée de vie participe également à la difficulté de réponse aux soins urgents. Même si comme démontré précédemment ce n'est pas la classe d'âge qui représente le plus de demandes de soins urgents, les personnes âgées représentent une partie considérable du total des consultations des médecins généralistes du fait de pathologies nécessitant un suivi régulier, ce qui diminue la disponibilité des médecins pour les recours urgents.

I.3.2 La diminution de l'offre de soins dans le secteur libéral

I.3.2.1 Baisse de la démographie médicale

Selon le Conseil de l'Ordre des Médecins [25], au 1er janvier 2016, le tableau de l'Ordre recense 88 886 spécialistes en médecine générale exerçant en activité régulière tous modes d'exercices confondus. Sur la période 2007/2016 les effectifs ont diminué de 8,4%.
La région Centre occupe le 2ème rang des régions qui recensent une baisse significative du nombre de médecins généralistes (-13,1%).
Selon les estimations, la tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 81 455 médecins généralistes en activité régulière alors que la population nationale s'accroit de 0,5% par an.

De plus, on assiste à un vieillissement de la population médicale qui contraste avec le peu de nouveaux arrivants. Ces dix dernières années, les médecins retraités enregistrent un accroissement de 87,7% de leurs effectifs tandis que le nombre d'actifs n'a augmenté, sur la même période, que de 1,2% [25].

I.3.2.2 Evolution des pratiques

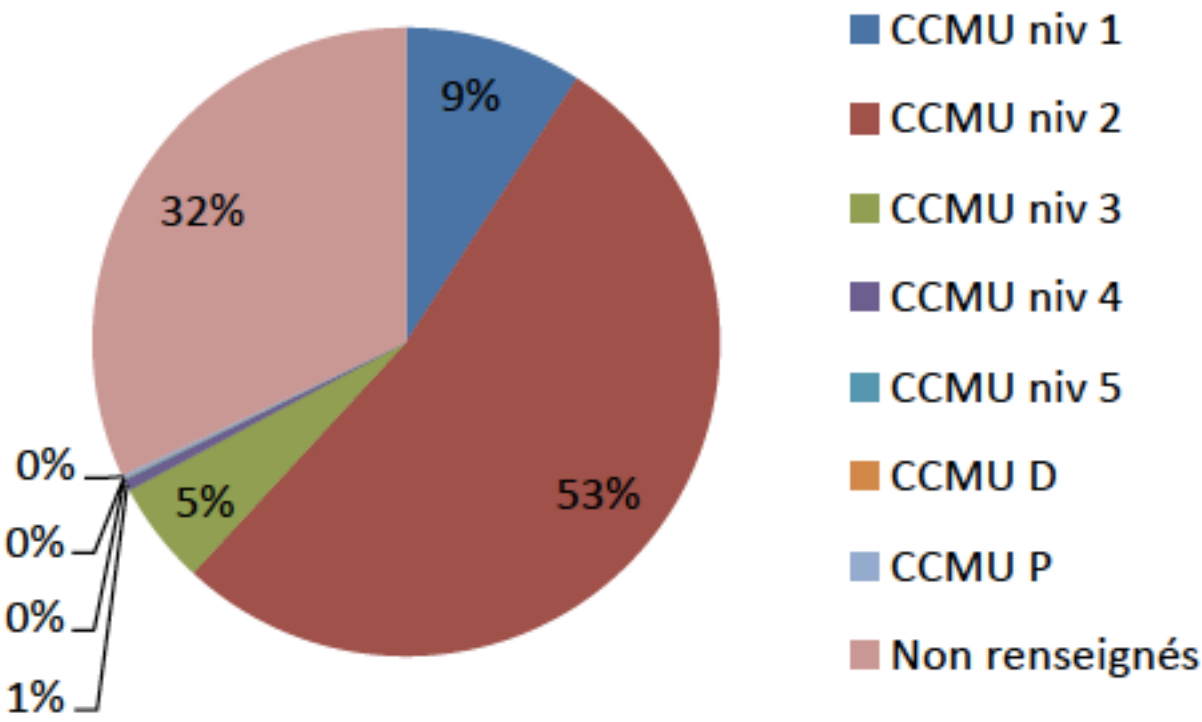
La grève de 2001 a nettement modifié l'exercice de la médecine générale. Elle a fait suite à une période très compliquée durant laquelle la charge de travail a été nettement augmentée avec en parallèle une déconsidération de la profession.

Les nouveaux médecins généralistes revendiquent un meilleur niveau de vie en allégeant leur temps de travail journalier pour se consacrer à leur vie extra-professionnelle. La féminisation de la profession va également dans ce sens et on constate une diminution sur tout le territoire du temps de travail quotidien des médecins. De plus, le temps hebdomadaire alloué aux consultations médicales a diminué, les jeunes médecins généralistes éprouvant un besoin de formation et de travail de coordination. Depuis plusieurs années, on note également une augmentation du nombre de médecins généralistes salariés (notamment dans des services de médecine hospitaliers) ce qui diminue le nombre d'installation en ambulatoire. [25]

I.3.3 La ré-orientation des patients vers les SAU

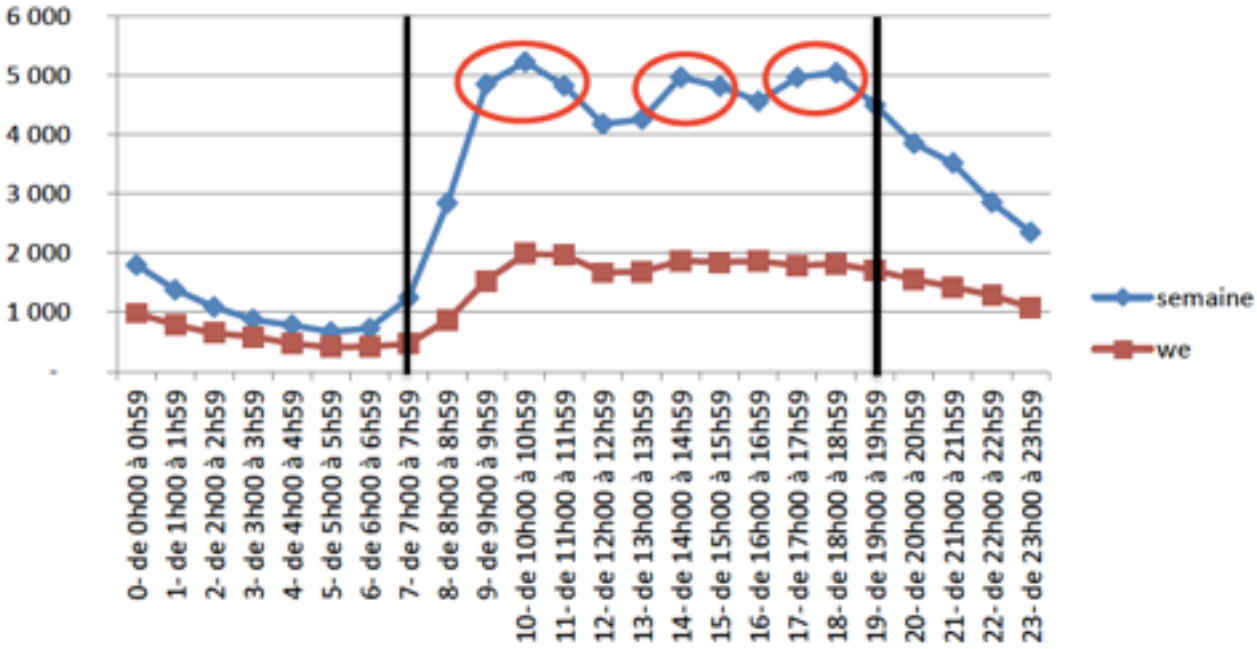
Devant une augmentation constante de la demande de soins non programmés et une diminution de la réponse libérale, les patients se sont tournés vers les services d'accueil des urgences.
Selon une étude récente de l'ARS sur l'activité des services d'urgences de la région Centre-Val de Loire [26] , 54,45% des recours urgents étaient classés de gravité CCMU 1 & 2 (Classification Clinique des Malades aux Urgences). Ces deux classes représentent les urgences non vitales. Les CCMU 1 englobent les consultations médicales sans procédure complémentaire (angine, plaie simple, malaise vagal etc.). Il en va donc de soi que l'ensemble des CCMU 1 peut être prise en charge par les médecins généralistes. Pour les CCMU 2 il est plus difficile d'être aussi catégorique car ils englobent des pathologies médicales qui pourraient être gérées en ville (lombosciatique, décompensation BPCO non compliquée etc.) mais aussi des pathologies chirurgicales ou traumatologiques bénignes nécessitant bien souvent une imagerie rapide.
Pour ne pas surestimer leur nombre on peut donc assimiler tous les passages CCMU 1 comme relevant de l'ambulatoire. En région Centre ils représentent 12,71 % des consultations aux SAU soit 106 793 passages.

Le graphique numéro 1 représente les passages aux urgences répartis en fonction de leur gravité CCMU. Il est à noter que 32% des passages n'ont pas été renseignés de l'item CCMU ce qui modifie la représentation.



Graphique numéro 1 : Ventilation de la gravité des passages aux Urgences d'Indre-et-Loire [25]

Le graphique numéro 2 représente le nombre de passages, en fonction de la tranche horaire, aux urgences de la Région Centre-Val de Loire avec une CCMU1 en semaine et le week-end. On remarque donc que la majorité des passages a lieu de 8h à 20h en semaine, horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Il existe trois pics principaux : 9h00-12h00; 14h00-16h00; 17h00- 19h00, tous « accessibles » aux médecins libéraux.
En Indre-et-Loire, sur les 16 654 CCMU1 (181 621 passages toutes CCMU confondues), 11 535 (69,26%) ont eu lieu lors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. En d'autres termes, ce sont tous les jours 46 passages « évitables » aux urgences lors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Ce chiffre est d'ailleurs clairement sous estimé du fait de la non inclusion des CCMU 2 potentiellement gérables en ambulatoire et des passages dont la CCMU n'a pas été renseignée.



Graphique numéro 2 : Répartition par tranches horaires des passages aux urgences avec une CCMU de niveau 1 en semaine et week-end. Région Centre Val de Loire [25]

I.4 La Maison de Santé d'Avoine : une réponse aux demandes de soins non programmés du bassin Chinonais

I.4.1. La prise en charge des soins non programmés dans le bassin Chinonais

I.4.1.1. Caractéristiques Socio-Démographiques du bassin Chinonais [27;28]

Le bassin de vie de Chinon compte 60 800 habitants en 2010, ce qui représente 2,4 % de la population de la région Centre.
Entre 1999 et 2010, le bassin de vie de Chinon affiche un taux d'évolution modérée de +0,2% par an en moyenne, contre +0,4% en région.
Situé à l'Ouest de la région Centre, le bassin chinonais est un territoire rural (48 hab./ km², contre 65 hab./km² en région).

La population est particulièrement âgée et un vieillissement important dans les prochaines années est à prévoir.
Actuellement, la part des moins de 20 ans est un peu inférieure à la moyenne régionale (23% contre 24%) tandis que celle des 60 ans et plus, est nettement supérieure (27% contre 23,5% en région). A l'horizon 2030, selon les projections de l'INSEE1, le territoire connaitrait un vieillissement important de sa population : les moins de 20 ans représenteraient 22% de la population du bassin de vie (contre 23% en région), et les 60 ans et plus, représenteraient 37% de la population (contre 32% en région). Ainsi, à l'horizon 2030, la part des personnes âgées dans la population gagnerait près de 10 points (contre 8,5 en région).

I.4.1.2. La prise en charge des soins non programmés

I.4.1.2.1 L'organisation hospitalière

Le bassin Chinonais dispose d'une structure d'urgences : le Centre Hospitalier de Chinon au centre-est. En 2015, le service d'accueil des urgences de Chinon a reçu 16 376 patients, une affluence en hausse de 2 % [29].

Le bassin est régulé par le SAMU 37 basé à Tours, il existe une antenne SMUR au Centre Hospitalier de Chinon mais pas à Sainte-Maure.

I.4.1.2.2 L'organisation libérale

Au niveau de la démographie, la répartition des médecins généralistes est très hétérogène avec des secteurs à densité forte comme Chinon (10,1 médecins pour 10000 habitants) et des densités faibles comme à Sainte Maure (4,5 médecins pour 10000 habitants).
On recense 57 médecins, une moyenne de 7,7 médecins pour 10 000 habitants, ce qui est inférieur à la moyenne départementale et nationale (8,3). Il y a eu une nette diminution entre 2007 et 2016 du nombre de médecins (-23%) [30].
Comme au niveau national, il existe donc une augmentation de la demande de soins, un accroissement de la population mais une diminution de l'offre de soins libérale.

La PDSA est active sur la région. Suite aux négociations CODAMU-PS 37, la PDSA en Indre-et-Loire répond au cahier des charges départemental. Du fait de la faible demande en nuit profonde, la PDSA est assurée par SOS médecins et la maison médicale de garde (MMG) sur l'agglomération tourangelle et par deux effecteurs mobiles sur le reste du département de 20h à 00h.
Les weekends et jours fériés de 8h à 20h la PDSA est assurée par SOS médecins et la MMG sur l'agglomération tourangelle. Le reste du département est divisé en 6 secteurs ruraux avec un effecteur fixe par secteur et deux effecteurs mobiles pour le département.
Il existe également une régulation libérale de la PDSA puisque les médecins généralistes participent à la régulation téléphonique au centre 15 en venant renforcer les médecins régulateurs du SAMU pour les appels d'urgences relevant de l'ambulatoire.

Lors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, comme sur l'ensemble du territoire national, la régulation des SNP se fait par les médecins libéraux eux-mêmes de manière individuelle et non structurée au niveau départemental et/ou régional.

I.4.2 L'organisation des soins non programmés au sein de la MSP d'Avoine

I.4.2.1 Présentation de la MSP [31;32]

La maison de santé a ouvert ses portes en 2010 mais le projet a été élaboré à partir de 2004. Elle est installée dans la communauté de communes du Véron (37420) qui comprend quatre communes : Avoine (1828 habitants) , Beaumont en Véron (2808 habitants), Savigny en Véron (1285 habitants) et Huismes (1411 habitants).
A cette population s'ajoutent les habitants de communes limitrophes sans offre de soins : Rigny Ussé, et les communes de la rive gauche de la Vienne jusqu'à Beuxes. Au total, le bassin de soins compte entre 8000 et 9000 personnes.
Il se situe à l'extrême ouest du département d'Indre et Loire, et s'étend sur 7650 hectares au sein du canton de Chinon.

La MSP comprend une coordinatrice, quatre secrétaires, sept médecins titulaires et trois internes par semestre, trois externes en permanence (stage de six semaines), un médecin échographiste, trois dentistes, six infirmières diplômées d'état, trois kinésithérapeutes, deux diététiciennes, deux orthophonistes, une psychomotricienne, deux psychologues et une orthoptiste.

Comme l'impose la charte des maisons de santé publique, et en collaboration étroite avec l'ARS, elle a pour but de :

- Améliorer qualitativement l'offre de soins pour la population du secteur concerné.
- Inscrire durablement un pôle de santé central pour la population de la Communauté de Communes du Véron.
- Permettre un développement majeur des actions de Santé Publique.
- Proposer un système permettant d'éviter une désertification médicale en définissant des conditions d'exercices plus attrayantes pour les professionnels de santé.
- Participer activement à la formation médicale initiale et continue des médecins et professionnels de santé.
- Participer à la recherche clinique et thérapeutique.

I.4.2.2 La gestion des demandes de soins non programmés (SNP)

La gestion des SNP est une priorité dans les missions de la MSP d'Avoine depuis son ouverture en 2010. Cette ré-organisation de la demande des SNP était déjà au coeur du cahier des charges du projet rédigé en 2004, précurseur dans ce domaine.

Depuis 2010, cette gestion a évolué, bénéficiant entre autre des prises de rendez vous par internet développées dès 2015.

Les SNP sont organisés par rendez-vous au cabinet médical. Les patients peuvent prendre rendez-vous sur internet en indiquant le motif de consultation sur des créneaux classiques avec leur médecin traitant ou un autre médecin de la MSP. Ces créneaux étant très prisés ils sont vite remplis, mais chaque médecin a la possibilité de libérer de nouveaux créneaux en soirée, ce qui permet aux patients de pouvoir prendre un rendez-vous la nuit pour le lendemain.
Les demandes du jour de SNP sont régulées par les secrétaires soit par contact téléphonique, soit par présentation au cabinet.
Il est donc important de signaler que chaque rendez-vous est au préalable régulé par la secrétaire ou le médecin lui-même et qu'il ne s'agit pas de simples rendez-vous à la chaine.

Initialement les médecins avaient mis en place un roulement quotidien avec des créneaux en début ou fin de consultation pour répondre aux demandes urgentes dans la journée. Ces consultations étaient alors organisées dans les cabinets des différents médecins.
Cette organisation présentait des limites : difficulté pour les patients d'identifier le cabinet du médecin gérant cette réponse, difficulté pour les médecins d'expliquer aux patients que ces temps de consultations n'étaient pas faits pour répondre aux actes de suivi de pathologie chronique…

En 2016, afin de mieux répondre à ces demandes de SNP, leur prise en charge a été individualisée au sein même de la MSP en créant une unité de consultation dédiée. Elle vient compléter et renforcer le box d'urgence créé précédemment et destiné aux urgences nécessitant des actes techniques (sutures…) ou une médicalisation avant prise en charge pour un transfert hospitalier.

Après évaluation des besoins il apparait que la majorité des demandes de SNP ont lieu le matin. Il est donc décidé qu'un des médecin « sénior » de la MSP participe à un roulement sur la tranche horaire 09h /14h du lundi au vendredi (le samedi matin étant déjà organisé pour cette réponse de 08h à 12h). Pour l'après midi, un autre médecin est responsable de la gestion des SNP.

L'unité de soins non programmés est implantée au sein même des locaux de la MSP mais elle est bien distincte et individualisée des autres cabinets avec une salle d'attente dédiée. Elle est composée de deux cabinets exclusivement dédiés aux SNP et organisés comme un box d'urgence traditionnel (table d'examen, paillasse, informatique…). Les patients sont accueillis par la secrétaire qui les dirige vers la salle d'attente, ils sont ensuite appelés par ordre de rendez-vous (excepté urgence vitale) par le médecin de permanence.

Ce nouveau système permet d'augmenter considérablement la capacité d'absorption des SNP estimés à 25/30 consultations par matinée (8h-14h) hors période d'épidémie, à plus de 80 en période d'épidémie en démultipliant les plages et médecins dédiés aux SNP.

Cette structure semble donc être une réponse au problème de santé publique que représentent les soins non programmés, donnant satisfaction aux médecins et secrétaires de la MSP.

Nous avons décidé d'étudier le ressenti et vécu des patients utilisateurs de cette nouvelle organisation de gestion des SNP au sein de la MSP du Véron.

II MATERIEL ET METHODES

II.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative transversale par analyse d'entretiens semi-dirigés qui a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL sous le n° 2017_118 le 04/09/17.

II.2 Sélection des participants

II.2.1 Population étudiée

Il s'agit de patients de la MSP du Véron au sortir d'une consultation dans le cadre des soins non programmés.

Le seul critère d'exclusion était la volonté du patient de se retirer de l'étude à tout moment.

II.2.2 Stratégie d'échantillonnage

Les patients étaient abordés par l'enquêteur à la sortie d'une consultation de SNP.
Un échantillonnage raisonné a été utilisé pour la sélection des patients. L'enquêteur a sélectionné les patients jugés intéressants pour l'enquête selon quatre principales caractéristiques : le sexe, l'âge, la catégorie socio-professionnelle et le suivi ou non dans la MSP du Véron. Le but de cet échantillonnage était donc de mettre en avant la diversité et non la représentativité.

Le nombre de patients sélectionnés fut déterminé à saturation des données. L'inclusion de nouveaux participants a cessé lorsqu'il n'apparaissait plus aucune nouvelle donnée pertinente dans les entretiens. La saturation des données a été confirmée par deux entretiens complémentaires avant d'arrêter le recueil.

II.2.3 Lieu et durée de l'enquête

Les patients souhaitant participer à l'étude étaient interviewés dans la salle de réunion de la MSP du Véron afin de bénéficier d'un endroit calme et confidentiel.
Les entretiens ont été réalisés entre le 30 mai 2017 et le 24 aout 2017 en dehors de période épidémique.

II.3 Guide d'entretien

Tous les entretiens ont été menés à l'aide d'un canevas d'entretien à questions ouvertes réalisé par l'enquêteur lui même.

Le guide d'entretien fut élaboré à partir des principaux objectifs de l'étude et des données de littérature. Les questions reprenaient les grands thèmes devant être abordés.

Le guide d'entretien a été modifié au fil de la réalisation des entretiens et de l'analyse, afin d'être plus pertinent par rapport aux objectifs de recherche.

Ainsi le guide d'entretien final était composé de six thèmes principaux (ANNEXE 1)

- Les motivations à consulter en urgence et le délai souhaité de prise en charge
- Les éléments qui ont orienté le patient à la MSP du Véron et leur ressenti
- Les éléments qui ont amené le patient à consulter à la MSP plutôt qu'aux urgences
- Le vécu et le ressenti de la consultation au sein de la structure de SNP
- Les bénéfices tirés d'une telle structure
- Les améliorations à envisager

Les grands thèmes comprenaient des sous-questions. Elles n'étaient pas obligatoirement posées dans le même ordre ni de façon systématique. Elles servaient uniquement de trame à l'entretien et de relance si les participants n'apportaient pas spontanément leur point de vue sur les principaux thèmes.

II.4 Déroulement de l'entretien et retranscription

Un exemplaire d'information et de consentement a été signé au début de l'entretien. L'entretien commençait par une présentation orale de l'étude puis par des questions « brise glaces » visant à récupérer les données socio-démographiques. Le nom des patients n'était pas demandé afin de garantir la confidentialité des entretiens.

Après leur réalisation, les entretiens ont immédiatement été retranscrits par *verbatim*, c'est-à-dire rédigés intégralement, mot par mot, sous le logiciel *Pages* par l'enquêteur. L'absence d'éléments permettant d'identifier les participants a été vérifiée. Les retranscriptions ont été relues attentivement pour s'imprégner du texte.

L'anonymisation des données a été garantie par l'attribution, à chaque participant, d'un code associant la lettre P suivi d'un chiffre par ordre croissant en fonction de la date de réalisation de l'entretien. Lors de la retranscription, cette codification a permis de distinguer les interventions des participants de celle de l'enquêteur identifié par A.

II.5 Méthode d'analyse

Un premier entretien « test » a permis de cibler les questions pouvant être mal interprétées par le participant ainsi que d'entrevoir une première analyse.
Une analyse thématique progressive a été effectuée au fur et à mesure du recueil des données, afin de pouvoir réajuster le guide d'entretien en cours d'étude et repérer la saturation des données.
Les thèmes ont été répertoriés au sein d'un relevé puis regroupés en ensembles thématiques saillants selon une méthode ascendante.
Pour rendre l'analyse thématique plus efficace et reproductible, un logiciel d'analyse de données qualitatives intitulé « N VIVO version 10 for Mac® » a été utilisé. Il a permis de faciliter la collecte, l'organisation ainsi que l'analyse des données en mettant en évidence des connexions subtiles.

III. RESULTATS

III.1. Caractéristiques de la population étudiée

Quatorze entretiens semi-directifs se sont déroulés du 7 juin au 24 aout 2017.

Les entretiens ont duré de 8 à 32 minutes avec une moyenne de 18 minutes. La saturation des données a été atteinte au douzième entretien et confirmée par la réalisation des treizième et quatorzième entretiens.

Les patients interrogés étaient âgés de 19 à 92 ans. Toutes les tranches d'âge (proposées par l'INSEE [33]) ont été représentées sauf les 40-49ans ainsi que toutes les classes socio-économiques [34]. La parité était respectée puisque sept hommes et sept femmes ont été interrogés. La majorité des patients étaient suivis au cabinet (12 sur 14).

Les détails des caractéristiques des patients et des entretiens sont représentés dans le tableau 1 qui suit.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

Patient	Sexe	Catégorie d'age	Catégorie socio-professionnelle	Suivi au cabinet ?	Durée entretien (minutes)
1	femme	> 70	retraités	oui	23
2	femme	20-29	sans emploi	non	18
3	homme	20-29	cadres et professions intellectuelles supérieures	oui	20
4	homme	30-39	ouvriers	oui	10
5	homme	15-19	professions intermédiaires	oui	8
6	homme	60-69	employés	oui	15
7	homme	20-29	agriculteurs exploitants	oui	21
8	femme	30-39	professions intermédiaires	non	20
9	homme	50-59	cadres et professions intellectuelles supérieures	oui	10
10	femme	30-39	employés	oui	10
11	femme	50-59	retraités	oui	20
12	femme	> 70	retraités	oui	21
13	femme	> 70	retraités	oui	17
14	homme	50-59	artisans, commerçants et chefs d'entreprise	oui	32

III.2 Les idées exprimées

III.2.1 Motivations à consulter en urgence et délai de prise en charge

- Motifs de consultation

La plupart des motifs de consultation étaient bénins, et la majorité des patients consultaient pour un problème infectieux (P2,P3,P4,P5,P8,P9,P12,P14).

P8 : j'ai eu deux fois mal à l'oreille.

P5 : Au début j'ai pensé à une infection urinaire.

Un seul motif de consultation (insuffisance cardiaque aiguë) mettait en jeu le pronostic vital à moyen terme (P13).

P13 : C'est parce que je toussais et je ne dormais pas la nuit tellement j'étais oppressée et je n'arrivais plus à respirer.

Les autres motifs relevaient de problèmes allergiques bénins (P11), ORL (P10) ou d'inquiétude en lien avec des résultats biologiques (P1).

- Etat d'esprit avant consultation

La motivation principale à consulter était une inquiétude en lien avec les symptômes, les patients recherchaient une explication rapide sur leur état de santé (P1,P3,P4,P6,P7,P9,P10).

P1 : J'étais inquiète et j'ai demandé à venir […] pour être rassurée de ma prise de sang.

P3 : Moi je suis un petit peu, voir complètement hypochondriaque, donc je me fais vite peur pour pas grand chose.

P4 : A 35 ans j'ai pas envie de passer à la casserole (rires).

La seconde motivation était une demande de soulagement d'une détresse liée à la douleur (P2,P4,P8,P12).

P2 : Je voulais que l'on me soigne rapidement car j'avais très mal.

P12 : Je ne pouvais plus tenir la douleur

Les autres patients venaient consulter en urgence pour obtenir des réponses à leurs questions sans notion d'inquiétude (P5,P6), pour un traitement bien particulier (P11) ou tout simplement car leurs symptômes les empêchaient de travailler (P14).

Un seul patient (P13) venait pour une sensation de péril imminent.

P13 : J'avais une peur épouvantable la nuit, j'avais peur de ne pas me réveiller.

- Délai de prise en charge :

Pour six patients la réponse devait être immédiate avec une demande de prise en charge le plus rapidement possible. Pour eux l'urgence ne pouvait être différée (P1,P2,P3,P10,P12,P13).

P1 : J'avais besoin d'être vue tout de suite.

P12 : Presque dans l'immédiat.

Pour tous les autres patients, ils devaient être reçus au minimum dans la journée (P4,P5,P6,P7,P8,P9,P11,P14).

P14 : […] voir quelqu'un dans la journée.

P7 : J'espérais être vu dans l'après midi.

Aucun patient ne pensait que son motif de consultation pouvait être différé au jour suivant.

- Solution de « secours » :

Comme vu précédemment, tous les patients souhaitaient être vus au minimum dans la journée voire même immédiatement pour certains.
La question « qu'auriez vous fait si aucun rendez-vous dans la journée ne vous avait été proposé ? » a donc été posée à l'ensemble des patients.

La plupart des patients se seraient ré-orientés d'eux-mêmes au service d'accueil des urgences (P1,P2,P3,P4,P10,P11).

P11 : J'aurais peut être été aux urgences finalement.

P4 : Ah ben j'aurais été aux urgences.

Les deux autres solutions de repli étaient :

• l'attente (P6,P7,P9,P12)

P12 : J'aurais surement attendu

P7 : J'aurais attendu, je ne voulais pas retourner aux urgences.

• la recherche d'une consultation rapide dans un autre cabinet de médecine générale (P1,P3,P5,P8)

P1 : J'aurais été consulter ailleurs.

P5 : J'aurais appelé les cabinets alentours afin d'être ausculté.

Pour les deux patients restants, l'un se serait rendu en pharmacie (P14) et l'autre aurait fait du « forcing » auprès du secrétariat (P13).

III.2.2 Les éléments qui ont orienté le patient à la MSP du Véron

De manière assez logique on retrouve en élément principal la connaissance du lieu. En effet la majorité des patients se sont naturellement orientés vers la MSP du Véron car leur médecin traitant y travaille. La connaissance des autres médecins et acteurs de santé était elle aussi important. (P1,P3,P4,P5,P6,P8,P9,P10,P11,P12,P13)

P3 : Je viens depuis que je suis petit […] c'est mon cabinet où je suis toujours venu.

P12 : Et bien parce que je connais les docteurs !

P13 : C'est un docteur qui nous connait et que l'on connait.

L'autre facteur très important aux yeux des patients est la confiance en l'équipe médicale et leur compétence (P1,P3,P4,P5,P6,P7,P9,P12,P13).

P1 : Pour moi c'est sécurisant […] on s'habitue on fait confiance à son médecin.

P3 : C'est des médecins que je connais depuis mon enfance donc évidement ça correspond à mes attentes.

P12 : Oh ben il me connait, j'ai confiance.

Un autre élément important venant compléter la connaissance des lieux et des médecins est la connaissance du dossier médical du patient par tous les médecins notamment grâce au dossier informatique partagé (P1,P3,P4,P6,P9,P10,P12,P14).

P3 : Tous les médecins me connaissent et mon dossier est ici, ils ont tous accès au dossier complet.

P6 : Ils me connaissent […] qu'on voit n'importe lequel ils peuvent tous avoir accès à votre dossier, tout est en ligne.

P10 : Ils sont tous reliés avec les ordinateurs, ils ont les dossiers.

Enfin, pour un patient, le nombre important de médecins au sein de la MSP était un facteur important pour répondre aux urgences.

P7 : Il y a beaucoup de médecins ici et je me suis dit qu'il y en aurait bien un de dispo.

III.2.3 La représentation des urgences par les patients

Après avoir récolté les éléments orientant les patients à la MSP du Véron, l'enquêteur a systématiquement posé la question « Et pourquoi ne pas avoir été aux urgences ? » pour recueillir le vécu ou les représentations des patients sur les services d'accueil des Urgences.

La très grande majorité des patients considéraient que seules les urgences vitales devaient être vues aux urgences et que le motif les amenant à consulter n'en relevait pas (P1,P2,P3,P5,P6,P7,P8,P9,P11,P12,P14).

P1 : Cela ne justifiait pas que j'aille engorger les urgences.

P12 : Ca ne m'est pas venu à l'idée d'aller aux urgences pour ça, non vraiment.

P7 : Ca me donne un petit malaise d'aller aux urgences pour ce genre de truc quand il y a des gens sur les brancards.

Le temps d'attente arrivait en deuxième position sur les facteurs motivant les patients à ne pas consulter au service d'accueil des Urgences. En effet le délai de prise en charge était jugé beaucoup trop long et l'attente vécue comme un calvaire (P2,P3,P4,P5,P6,P7,P10,P11,P13).

P4 : Et puis les urgences faut voir l'attente, t'es jamais pris avant deux heures.

P7 : Je voulais surtout pas aller aux urgences parce que la dernière fois j'ai attendu trois heures.

P13 : J'ai du rester des heures et des heures sur un brancard.

Deux patients étaient effrayés à l'idée de se rendre aux urgences, notamment du fait de la possible entrée en hospitalisation. Ces deux patients étaient les deux plus âgés interrogés (P1,P13).

P13 : Aller la bas à mon âge, oh mon dieu, ils vous branchent de partout ça fait peur.

L'éloignement géographique et les problèmes logistiques pour s'y rendre poussaient certains patients à trouver une autre solution (P1,P2).

P1 : Etant toute seule, les urgences sont beaucoup plus loin en voiture.

Enfin un patient critiquait le fait qu'il y ait beaucoup trop d'intervenants (P7) et un autre déplorait le manque de connaissance sur le dossier médical (P3).

III.2.4 Vécu et ressenti de la consultation au sein des SNP

- <u>Avis sur l'organisation</u> :

La rapidité ainsi que le délai de prise en charge très court ont été largement plébiscités. Les patients appréciaient la réponse rapide à leur problème (P1,P3,P4,P5,P7,P8,P9,P10,P12,P13).

P3 : En 2 ou 3 heures j'ai eu mon rendez vous, j'ai eu mon ordonnance et mes médicaments, je demande pas plus.

P4 : C'est bien qu'il y ait de la place dans les heures qui suivent notre appel.

P13 : Ah c'est bien on a rendez vous dans la journée quand on est pas bien.

La moitié des patients rapportaient une bonne régulation de la secrétaire, ils se disaient satisfaits d'avoir été entendus et appréciaient la gestion de leur urgence par la secrétaire (P1,P3,P7,P10,P11,P12,P13).

P1 : Le fait qu'elle ait bien pris en compte ce que je lui ai dit c'est qu'elle m'a appelé après avoir contacté le médecin de service. Pour moi elle a fait son travail. Et son travail c'est aussi de filtrer.

P11 : Elle a compris la situation, elle m'a fait passer en urgence.

La grande partie des patients appréciaient également le fait d'avoir un rendez-vous et non une consultation libre. Le temps d'attente réduit en était en grande partie responsable (P3,P7,P8,P10,P11,P12,P13).

P3 : C'est agréable quand on est malade de pouvoir se reposer un peu, plutôt que de lutter sur une chaise. Je trouve ça vraiment très bien.

P8 : On sait qu'on est pris en temps et en heure, que ce soit pour le médecin ou pour le patient il n'y a pas de temps d'attente, c'est beaucoup plus agréable.

- <u>Vécus et ressentis sur la consultation en elle-même</u>

Les patients ont été nombreux à rapporter le caractère « rapide et efficace » de la consultation. Bien souvent mal portants, ils préféraient une consultation courte avec un diagnostic rapide et un traitement en conséquence (P2,P3,P4,P6,P7,P9,P11,P14).

P2 : J'aime bien que ce soit rapide, je viens pour un problème, on le règle on m'explique pourquoi et voilà.

P4 : Bien, c'était rapide, et on part guéri, enfin soigné dans les plus brefs délais.

P9 : […] il a rapidement trouvé ce que j'avais et il m'a donné ce qu'il fallait.

Ce caractère rapide était bien accueilli et aucun patient n'a trouvé la consultation « bâclée » ou trop courte à son goût (P9,P11,P12,P14).

P11 : On vient pour une chose et c'est tout. Ca me convient, c'est pas le moment de ressortir la prise de sang etc.

P14 : Faut faire son choix, si on a un point ponctuel, ça nous rend service donc c'est pas grave.

La majorité des patients sont ressortis satisfaits de cette consultation jugeants le médecin consulté compétent et surtout apte à gérer les urgences (P1,P2,P3,P5,P6,P9,P11,P13).

P2 : Le médecin était très compétent, c'était très bien.

P11 : Mais dès l'instant qu'un médecin est médecin pour moi il est capable de gérer les urgences de la même manière.

P13 : Oh ben j'ai eu l'impression d'être avec mon sauveur.

Ils se disaient avoir été bien écoutés (P1,P2,P3,P5,P8).

P8 : Même si c'était rapide je trouve qu'il a pris le temps et qu'il a écouté, discuté un minimum pour savoir si j'avais des pathologies etc …

Ils rapportaient avoir été informés et éduqués malgré la rapidité de la consultation (P2,P3,P4,P7,P13).

P2 : Il m'a donné ce qu'il fallait et déconseillé certains médocs.

P3 : Il a pris le temps de m'expliquer, de faire une consultation en temps que telle.

Ces différents éléments permettaient d'encrer le patient dans une relation de confiance (P8,P9,P13).

P13 : On est mis en confiance et bien conseillé.

Au final les patients interrogés ne trouvaient pas beaucoup de différence avec une consultation habituelle malgré le fait qu'elle se soit déroulée dans des conditions d'urgence (P3,P5,P6,P7,P8,P12,P13).

P3 : Ben j'ai pas trouvé de grande différence avec les consultations habituelles […] j'ai eu le même service qu'en consultation normale.

P6 : J'aurais été le voir dans son cabinet autre que celui des urgences ça aurait été exactement la même chose.

- **Etat d'esprit au décours de la consultation :**

La très grande majorité des patients se disaient rassurés à la sortie de la consultation, ils se sentaient soulagés d'avoir un diagnostic et un traitement adapté à leurs symptômes initiaux. Ils pouvaient rentrer chez eux sereinement (P1,P3,P5,P8,P10,P13,P14).

P3 : L'inconnu ça fait peur donc je suis sorti serein […] j'ai été apaisé derrière.

P1 : J'avais une angoisse en moins.

Enfin, l'autre partie des patients se disaient soulagés d'avoir un traitement. Il s'agissait des patients consultants pour une douleur. La prescription d'un traitement antalgique était pour eux une priorité (P4,P6,P11,P12).

P11 : J'étais contente j'avais mon traitement […] j'allais être soulagée.

III.2.5 Les bénéfices tirés d'une telle structure

La proximité géographique était au premier plan, les patients considéraient la structure de SNP comme un réel **service de proximité**, leur évitant de se déplacer trop loin notamment pour les enfants et les personnes âgées (P1,P2,P8,P11,P12,P13,P14).

P11 : A proximité, ça évite aux anciens de se déplacer trop loin.

P12 : Tout est à portée de main, plein de gens aimeraient avoir ça près de chez eux !

P14 : Avoir un service de proximité c'est très bien.

Les SNP furent considérés comme un **réel service rendu** à la population du Véron (P7,P8,P9,P11,P12,P14).

P8 : Dans la région les patients sont âgés c'est un bénéfice à ne pas négliger. C'est une bonne chose.

P7 : Je le vois vraiment comme un service, ça fait un peu société de consommation, mais je trouve ça bien.

La présence de cette structure était vécue comme **rassurante**, les patients se disaient soulagés de savoir qu'une réponse à un problème de santé était disponible dans de **brefs délais**. C'est un avantage dans leur quotidien (P1,P2,P11,P12,P13).

P1 : C'est toujours utile qu'il y ait comme ça quelqu'un de disponible pour les urgences […] être moins stressé quand son médecin part.

P13 : On a toujours quelqu'un à notre écoute, on a pas besoin d'aller aux urgences ou quoique ce soit.

Ils rapportaient également que l'urgence primait et qu'ils préféraient être vus par un médecin autre, plutôt que d'attendre leur médecin traitant. Pour eux, l'absence de leur médecin traitant n'était pas un frein à venir consulter (P7,P9,P10,P11,P12,P13,P14). Cependant, la plupart des patients modéraient leurs propos en précisant qu'il fallait que ce soit un médecin de la maison médicale.

P12 : Maintenant on réussit à s'y faire, on est habitué maintenant à changer de docteur mais c'est bien qu'il reste dans la même maison de santé.

P14 : Dans ce genre de cas c'est plus intéressant pour moi d'être vu rapidement, que par son médecin traitant dans 2 ou 3 jours.

Pour certains patients les SNP pourraient avoir une conséquence directe sur les services d'accueil des Urgences, notamment en **diminuant les passages inutiles et permettre de les « désengorger »** (P11,P12,P14).

P12 : Ca désengorge les urgences, et ça évite d'attendre longtemps aux urgences, surtout pour des petits « bobos ».

A l'inverse les SNP pourraient également être un **moyen d'entrée vers l'hôpital**. Plusieurs patients ont dit préférer passer d'abord en consultation à la MSP afin d'être ré-orientés par la suite aux Urgences si le médecin le jugeait nécessaire (P2,P5,P11). Ils considéraient d'ailleurs que le médecin des SNP était un « atout » important pour entrer plus rapidement à l'hôpital.

P11 : Si le diagnostic est grave je pense qu'un médecin d'ici est mieux placé pour parler au 15 ou nous adresser aux urgences.

La traçabilité de leur passage en urgence était également appréciée. Il était important pour les patients qu'un compte rendu soit visible dans leur dossier notamment si le médecin consulté n'était pas leur médecin traitant (P10,P14).

P10 : Ce sera marqué dans mon dossier, mon médecin verra ce que j'ai eu.

Pour un patient (P14) les SNP permettaient de **décharger les autres médecins** en consultation programmée et également **d'éduquer les patients** sur les urgences relatives.

P14 : Ca va peut être apporté de la régularité et un cadre dans les consultations. Le temps d'écoute sera plus important (ndlr les médecins en consultation programmée).

P14 : Des gens viennent engorger les urgences tous les jours c'est qu'on a pas donné à ces gens là les clés pour gérer ça […] après faut le dire et l'apprendre aux gens, il y a de la communication derrière.

III.2.6 Améliorations à envisager et satisfaction globale

- <u>Les améliorations à envisager</u>

La principale crainte des utilisateurs résidait dans la peur de l'engorgement de la structure (P2,P7,P8).

P8 : J'ai peur que ça s'encombre si les gens prennent l'habitude d'appeler pour tout et n'importe quoi.

Pour y remédier les patients souhaiteraient que le nombre de médecins soient augmenté à deux (P1,P8) ou bien qu'un infirmier vienne suppléer le médecin (P14).

Un patient craignait que l'implication des médecins dans la gestion des urgences les rendent moins disponibles en consultation programmée en diminuant les créneaux (P11).

Deux patients demandaient une formation spécialisée des secrétaires afin de réguler les appels d'urgences (P11,P14).

Certains patients mettaient en évidence le manque de plateau technique en comparaison aux urgences, notamment l'absence de radiologie (P7,P14).

- <u>Satisfaction globale</u>

La satisfaction globale était excellente puisque tous les patients interrogés disaient vouloir faire appel aux SNP pour une nouvelle urgence similaire.

P1 : Ben je reprendrai contact parce que j'ai été satisfaite de mon contact.

P7 : Ah ben j'appelle ici, maintenant que je sais j'appelle ici et je retourne pas aux urgences.

IV DISCUSSION

IV.1 Discussion de la méthode

IV.1.1 Choix d'une étude qualitative

Le choix de la méthode qualitative était le plus approprié pour recueillir des données subjectives et permettre ainsi de récupérer le vrai ressenti du patient plutôt que quantifier des réponses à des propositions préalablement rédigées par l'auteur.

IV.1.2 Pertinence du sujet

Les résultats de l'étude sont originaux puisque nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude similaire visant à récupérer le ressenti des patients sur la création d'une unité dédiée spécifiquement aux SNP dans les murs d'une MSP.

IV.1.3 Facteurs favorisants l'obtention d'une information variée

Les variables retenues pour la constitution de l'échantillon étaient le sexe, l'âge, la catégorie socio-professionnelle et le suivi ou non à la MSP du Véron. Mise à part la catégorie des 40-49ans, toutes les variables ont été étudiées et la parité respectée.

Le déroulement séquentiel de l'analyse, c'est-à-dire l'alternance des périodes de collecte de données et d'analyse thématique, a permis de modifier la grille d'entretien afin de réorienter les entretiens sur le terrain et d'explorer de nouvelles pistes.

IV.1.4 Facteurs limitants l'obtention d'une information variée

Tous les entretiens ont été menés par le même enquêteur qui en plus était novice en ce qui concerne la réalisation d'entretiens semi-directifs, ce qui est un élément négatif pour la collecte d'une information variée.

La majorité des patients interrogés étant suivis à la MSP du Véron, on peut imaginer qu'ils ont minimisé les critiques notamment par simple compassion pour leur médecin traitant. Afin de diminuer au maximum ce biais, les patients étaient interrogés dans une salle à part, bien séparée des cabinets médicaux et de la salle d'attente commune. De plus il leur était assuré avant chaque début d'entretien de l'anonymat et de la confidentialité de l'entretien.

IV.1.5 Suffisance de données

La saturation de données, atteinte au douzième entretien et confirmée par les treizième et quatorzième entretiens, a permis de renforcer la validité externe de l'étude.

IV.2 Discussion des résultats

IV.2.1 Des motifs bénins mais des patients inquiets

Les patients de notre étude consultaient presque exclusivement pour des urgences non vitales. On remarque cependant une discordance avec l'état d'esprit de ces mêmes patients, où l'inquiétude est au premier plan avec recherche d'une consultation médicale rapide.
Les usagers des soins non programmés sont donc des patients relevant des soins ambulatoires recherchant avant tout une réassurance et une réponse rapide à leurs interrogations.

Selon une étude menée au Centre Hospitalier de Cambrai visant à recueillir les motivations des patients à consulter aux urgences lors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux [35], les deux principales motivations chez les patients non adressés par leur médecin traitant étaient la recherche d'un avis médical rapide (42,8%) et être rapidement soulagés (23,9%).
Il existe donc un parallèle entre ces patients et les patients de notre étude puisque les motivations à consulter en urgence sont les mêmes.

Les patients de notre étude semblent donc s'apparenter aux patients consultants aux SAU pour des motifs qui relèvent de l'ambulatoire.

IV.2.2 Une demande de consultation au cabinet dans la journée, les Urgences en solution de repli

Le facteur temps semble être un élément crucial pour l'ensemble des usagers des soins non programmés. Ils estiment tous devoir être vus dans la journée.

Pour la majorité d'entre eux leur problème aigu ne relève pas des Urgences. Ils ont une conception assez grave des Urgences et parfois négative. Cependant, de manière paradoxale, l'absence de réponse rapide aurait conduit la plupart des patients de l'étude au service d'accueil des Urgences.

Selon une étude menée au CHU de Poitiers sur les caractéristiques des patients relevant de la médecine générale consultant aux urgences, la première raison donnée par les patients pour expliquer leur choix des urgences était l'indisponibilité du médecin généraliste pour un patient sur quatre [36]. Cette donnée est également confirmée par une étude menée par l'Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées (ORUMIP) sur l'ensemble des services d'accueil des Urgences privées et publiques de l'ancienne région Midi-Pyrénées. Elle visait à évaluer les déterminants conduisant les patients ne relevant pas d'urgence médico-chirurgicale à consulter. L'indisponibilité du médecin traitant était la première raison de consultation aux Urgences, les auteurs complétaient en précisant que la venue aux urgences ne coïncidait pas toujours avec les heures de fermeture des cabinets médicaux [37].

Selon l'étude menée au Centre Hospitalier de Cambrai (mentionnée précédemment) [36], le délai entre le début des symptômes et la consultation aux Urgences était pour 55% d'entre eux inférieur à douze heures dont 36,6 % inférieur à quatre heures.

Il existe donc un enjeu majeur pour la médecine ambulatoire : la réponse aux recours urgents dans la journée. Pour éviter des consultations non appropriées aux urgences les médecins généralistes doivent pouvoir absorber chaque jour les demandes de soins non programmés en plus des consultations habituelles programmées.

Une meilleure gestion des soins urgents en ambulatoire pourrait être une réponse au « désengorgement » des SAU. Une étude portant sur le Projet Alternative d'Innovation en Santé (PAIS) va dans ce sens [38]. Une des missions du PAIS est la gestion des soins non programmés en organisant et rassemblant les médecins du Loir-et-Cher et plus particulièrement du 41400. Une étude concernant l'impact de cette structure sur la fréquentation des services d'urgences des hôpitaux alentours a démontré qu'il y avait une baisse significative du nombre de passage pour l'hôpital le plus proche (diminution de 11,1% du nombre de passages des patients du 41400).

IV.2.3 La proximité et la connaissance des lieux plébiscitées

L'unité de soins non programmés est considérée par les patients comme un réel service de proximité. La proximité géographique et surtout la disponibilité de rendez-vous sont vécues comme des facteurs de réassurance pour les patients et leur entourage. Mais le plus important pour les patients interrogés, réside dans le fait que cette unité de soins non programmés soit implantée au sein même de la MSP du Véron. En effet la connaissance du lieu et surtout des professionnels de santé est un élément très important aux yeux des patients.

Il y a donc une diminution de plusieurs facteurs d'angoisse liés à l'urgence ressentie. Effectivement les problèmes logistiques et d'acheminement des patients sont diminués par la proximité de la MSP, la connaissance des lieux et la relation de confiance pré-établie avec les professionnels de santé diminuent la sensation de mystère et d'inconnu véhiculée par les structures hospitalières ou ambulatoires tel SOS médecin.

De plus le partage des données et la coordination des médecins de la MSP du Véron est un point important pour les patients. En effet ces derniers se sentaient rassurés à l'idée que leur dossier médical soit connu par le médecin qui les recevait, mais aussi insistaient sur le fait que leur consultation d'urgence viendrait compléter leur dossier médical. On a donc une réelle demande des patients d'intégrer la consultation de soins urgents dans leur historique et dans leur suivi.

Selon une étude visant à recueillir les attentes des patients Vizillois en vue d'un projet de construction de MSP [39], les trois principales attentes pour tous les groupes interrogés (patients ALD, mères de familles, patients en situations de précarité, et patients mixtes) étaient la proximité, la disponibilité et la coordination entre professionnels de santé. Elles correspondent donc exactement aux trois principaux points forts rapportés par les patients de notre étude sur l'unité de soins non programmés de la MSP d'Avoine.

IV.2.4 Privilégier des consultations courtes sur rendez-vous : importance du rôle de la secrétaire

Comme nous l'avons déjà vu, l'objectif principal des patients de l'étude était d'avoir une réponse médicale rapide à leur problème. Pour ce faire ils sont prêts à « sacrifier » du temps de consultation, préférant que la consultation se focalise uniquement sur leur problème aigu. Pour le patient, la consultation de soins non programmés doit être rapide et efficace mais doit ressembler à une consultation ordinaire. Il en va donc au médecin d'aller à l'essentiel, et de reporter la prise en charge globale du patient aux consultations programmées.

Ces consultations rapides doivent cependant être organisées. Les patients sont demandeurs d'un rendez-vous précis plutôt que d'une prise en charge « tour à tour ». Cette demande est assez contradictoire avec l'angoisse et le sentiment d'urgence ressentie décrits par les patients. Il semblerait donc que le seul fait d'avoir un rendez-vous dans la journée participe à la réassurance du patient. Cette notion est d'ailleurs confirmée par la prise de rendez-vous internet. En effet les médecins de la MPS du Véron reçoivent bien souvent des prises de rendez-vous nocturnes sur des créneaux du lendemain matin, ce qui permet aux patients d'être rassurés à l'idée d'une consultation médicale rapide et programmée.

Le premier interlocuteur de tous ces patients est la secrétaire médicale, par téléphone ou par présentation physique. Elle a donc un rôle clé dans la régulation puisque c'est elle qui va devoir juger si les symptômes du patient correspondent à une urgence médicale et dans quel délai il doit être vu. Ceci implique donc une formation et une réévaluation fréquente des secrétaires avec proposition d'une guide de décision lors d'une demande de SNP.

IV.2.5 L'unité de soins non programmés de la MSP du Véron : une satisfaction au rendez-vous

C'est un point commun à l'ensemble des patients interrogés dans l'étude : ils reviendront à la MSP d'Avoine pour un recours urgent similaire.

La compétence du médecin a été largement plébiscitée par les patients, mettant en avant son efficacité et sa rapidité à cerner le problème tout en faisant passer certaines informations. Ils se sont dits écoutés et pris en compte.

Il semblerait donc que l'organisation et le déroulement des consultations de soins non programmées répondent pleinement aux attentes des patients. La MSP du Véron peut dont servir de référence pour les autres cabinets médicaux souhaitant développer la prise en charge des soins non programmés.

Par extrapolation cette étude montre donc, qu'aux yeux des patients, les médecins généralistes ambulatoires sont à même de prendre en charge les soins urgents.

La satisfaction est telle que la principale crainte des patients est un engorgement du système. Une ré-évaluation du nombre de médecins participants aux soins non programmés pourrait être nécessaire en fonction de l'activité, notamment en période épidémique.

Dans un but d'améliorer le service rendu aux usagers et la prise en charge des urgences, il serait intéressant de développer une collaboration avec les centres d'imagerie alentours et les laboratoires d'analyses médicales afin, par exemple, de réserver des créneaux quotidiens aux SNP pour la réalisation rapide d'examens complémentaires. Il est à noter que la MSP du Véron possède un médecin échographiste sur place, disponible pour les échographies et Doppler en urgence.

IV.2.6 La gestion des soins non programmés : vers une évolution des pratiques ?

L'augmentation continue de la demande de SNP et la diminution de la réponse médicale imposent une restructuration de la prise en charge des SNP. De la même façon que la PDSA a été réorganisée depuis plusieurs années pour passer d'une prise en charge et responsabilité individuelle du médecin à une organisation collective et territoriale, les demandes de soins non programmés ne peuvent plus dépendre du seul médecin traitant envers sa patientèle mais relève d'une organisation territoriale basée sur une approche collective.

Comme nous l'avons vu précédemment la MSP du Véron semble être une référence pour la prise en charge des soins non programmés, notamment puisqu'elle a l'avantage de regrouper tous les médecins généralistes d'un même territoire de soins (le Véron). Mais une telle structure nécessite de la place et des ressources humaines importantes. La gestion des SNP ne doit pas empiéter sur les consultations programmées, il doit donc y avoir un roulement important de médecins, et pour ce faire ils doivent être en nombre suffisant. Il serait intéressant d'évaluer le nombre de médecins nécessaires à la réponse de soins non programmés pour un bassin de population donné (exemple : un médecin pour « X » patients). Le secrétariat doit lui aussi être conséquent puisqu'il doit couvrir une grande plage horaire, il doit donc y avoir au minimum deux secrétaires. Quant aux lieux, un espace dédié au soins non programmés nécessite donc une surface plus importante.

A la vue de ces éléments on comprend bien que pour répondre le plus efficacement possible à la demande croissante de soins non programmés il paraît nécessaire que les médecins généralistes se regroupent physiquement en favorisant les cabinets de groupe ou les MSP.

En plus de répondre de manière plus aisée à la gestion des SNP, le regroupement des professionnels de santé répond aux attentes des jeunes généralistes [40] à savoir : l'existence d'un projet professionnel collectif, la présence de confrères et de personnels paramédicaux et la proximité d'équipement et de services d'examens médicaux. Ces éléments participent à l'attractivité des territoires ruraux.

La gestion des SNP par un médecin dédié va considérablement décharger les médecins en consultation programmée « standard ». On imagine assez facilement que ces derniers vont voir leur charge de travail quotidienne allégée, ce qui leur permettra de se concentrer d'avantage sur des sujets comme la prévention, l'éducation thérapeutique des patients porteurs de maladie chronique etc. Il devrait également y avoir un impact sur le stress des praticiens notamment en diminuant les problèmes d'emploi du temps qu'occasionnent l'ajout quotidien de SNP dans un planning déjà bien rempli. Il serait donc intéressant d'évaluer l'impact de la gestion des SNP par un autre médecin sur la pratique des généralistes en consultations programmées.

La proximité et la disponibilité de la structure de SNP fait cependant craindre une dérive : la sur-consommation médicale. Il est donc de la responsabilité des médecins travaillants dans ces structures d'éduquer et d'informer les patients. Il semble assez évident que la consultation de soins non programmés est un moment clé pour permettre au médecin de délivrer des messages importants aux patients notamment sur les signes devant les conduire à consulter rapidement et sur les motifs qui peuvent être différés. C'est d'ailleurs un volet sur lequel travaille les professionnels de la MSP du Véron. En effet ils sont en train de formaliser la structuration du « conseil minimal santé » à la fin d'une consultation basée sur une inquiétude du patient et pour laquelle le médecin pense qu'elle aurait pu être évitée ou différée (exemple virose simple).

Comme nous l'avons vu précédemment la gestion des SNP en ambulatoire a également pour vocation de désengorger les services d'accueil des Urgences. La cotation des ces consultations est différente en ambulatoire que dans les structures hospitalières. En effet le forfait Accueil et Traitement des Urgences (ATU) s'ajoute à la consultation standard dans les établissements hospitaliers (25,32€) [41] soit 50,32€ pour un adulte et 55,32€ pour un enfant de moins de six ans. On peut donc imaginer que les patients relevant de l'ambulatoire « récupérés » par les structures de SNP diminuent le coût de santé annuel.

La question se pose pour les territoires avec des praticiens isolés géographiquement : est-il possible de trouver une organisation lisible pour les patients et réaliste pour ces médecins pour organiser collectivement une réponse satisfaisante aux demandes de SNP ? Ce sera un des enjeux majeur des CPTS (communautés professionnelles de santé) créées lors de la loi de modernisation du système de santé en 2016 [42]. Elles sont composées de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs de soins de premier ou second recours, et d'acteurs médicosociaux et sociaux. Les CPTS concourent au projet régional de santé et à la structuration des parcours de santé. Leurs membres formalisent un projet de santé, transmis à l'ARS, identifiant le territoire de leur action. Sur la base notamment de ce projet, l'ARS peut conclure des contrats territoriaux de santé, financés sur les crédits du fonds d'intervention régional, pour répondre aux besoins identifiés dans les diagnostics territoriaux.

V. CONCLUSION :

L'unité de prise en charge des SNP de la MSP du Véron semble donc parfaitement répondre aux attentes des patients. Ils ont principalement plébiscité la rapidité de prise en charge, la proximité, la coordination des soins et la connaissance du lieu et des professionnels de santé.

Les motifs de recours urgents sont bien souvent bénins mais l'urgence ressentie par les patients et l'inquiétude qui en découle sont à prendre en compte de manière importante. Il en va donc aux médecins généralistes de proposer une prise en charge rapide aux patients et ainsi d'éviter des consultations inutiles aux Urgences.

La réponse aux SNP nécessite donc une ré-organisation des professionnels de santé sur le territoire. Les unités de SNP, créées au sein de cabinets de groupes ou MSP bien identifiés par les patients semblent être une piste d'avenir. Cette modélisation fait écho aux orientations du ministère de la santé, déclinée par l'ARS du Centre Val de Loire pour répondre aux enjeux de santé publique. Il serait d'ailleurs intéressant d'évaluer l'impact de la création des CPTS en région Centre Val de Loire sur la gestion des demandes de soins non programmés.

BIBLIOGRAPHIE

[1] COHONNER C. ORS Centre - Enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecin générale. Bilan en région Centre. 2004

[2] BARBEAU D, DEVILLE A, JOUBERT M . DREES. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés N°72 - juillet 2000

[3] GENTILE S Les consultations des services d'urgences relevants de la médecine générale : analyse des nouveaux comportements de santé. 20 janvier 2004

[4] GOUYON M, LABARTHE G. DREES Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. n° 471 mars 2006

[5] MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES - Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. Journal officiel du 7 janvier 1986.

[6] HAS : Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Recommandations de bonnes pratiques. mars 2011

[7] Livre blanc SAMU-Urgences : Organisation de la médecine d'urgence en France, un défi pour l'avenir. Octobre 2015. Conseil d'administration de SAMU-Urgences de France. BRAUN F

[8] MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation de médecins à cette permanence. Journal officiel 214, p 15863.

[9] DESCOURS C. Rapport du groupe travail opérationnel sur la permanence des soins, 22/01/2003

[10] GRALL Jean-Yves - Rapport mission de médiation et propositions d'adaptation de la Permanence des Soins, remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la
Jeunesse et des Sports, Août 2007 [en ligne] Consultable sur .
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000534/0000.pdf

[11] BOENNEC P. Rapport d'information fait au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins. octobre 2008

[12] Loi HPST - LEGIFRANCE. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009

[13] VALLS M, TOURAINE M Décret no 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place
d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires

[14] CAZENEUVE B, TOURAINE M Décret no 2017-522 du 11 avril 2017 modifiant le décret no 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires

[15] UNION REGIONAL DES MEDECINS LIBERAUX DE BRETAGNE. Etude pratique et circuits de soins en médecine générale. Résumé des résultats concernant la consultation ou visite initiale. [en ligne] Consultable sur : http://www.urml-bretagne.com/99_up99load/2_docupload1/4142_01.pdf

[16] MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES; Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles (ACI) signé le 20 avril 2017. Journal Officiel n°0182 du 5 août 2017

[17] Organisation de SOS Medecin France [en ligne].2 décembre 2009. Consultable sur http://www.sosmedecins-france.fr/index.php/accueil/organisation/20-organisation

[18] DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE LA DIRECTION DES SOINS. Circulaire DHOS /01/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences. [internet]. Disponible en ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-03/a0030070.htm

[19] ALLEAUME S, BOISGUERIN B et al. DREES Le panorama des établissements de santé - édition 2014,

[20] COLLET M, GOUYON M. et al. DREES.Etude et Résultats n°607. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecin générale. novembre 2007

[21] La situation démographique en 2014 », Insee Résultats, n° 182. juin 2016. [en ligne] https://www.insee.fr/fr/statistiques/2045470

[22] CARRASCO V, DAUBEAU D et al. DREES. Etude et Résultats n°212. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale, janvier 2003

[23] MATONNIER A. Analyse du comportement des patients aux Urgences de La Ciotat pour un motif relevant de la médecine générale. Thèse Médecine. Université Aix-Marseille. 2008

[24] PUYOL C. Patients consultants pour des motifs de médecine générale au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Perpignan aux heures de la permanence de soins, leurs caractéristiques et leurs parcours de soins. Thèse Médecine. Perpignan. 2007

[25] LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au premier janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [en ligne] Consultable sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

[26] BEAUDIER N Etude régionale : Activités des services des Urgences de la Région Centre Val de Loire. Délégation département Loir et Cher. Pole Offre Sanitaire et Médico-Sociale. avril 2017

[27] LES DOSSIERS DE L'INSEE CENTRE.La population de la région Centre et de ses territoires à l'horizon 2030.

[28] CONSEIL GENERAL DE REGION CENTRE. Regard sur le bassin de vie de Chinon. Région Centre. juillet 2014

[29] Nombre de passages aux urgences du CH Chinon [internet] Disponible sur http://www.ch-chinon.fr/services-medicaux-et-para-medicaux/urgences-smur-uhcd/quelques-chiffres.html

[30] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Cartographie interactive de la démographie médicale.[internet]. Disponible sur : https://demographie.medecin.fr/#sly=a_dep_DR;sid=37;l=fr;v=map2

[31] Chartre de la MSP du Véron réactualisée en 2016 [internet] Disponible sur : http://files.mspuveron.fr/200000812-917f2927a9/Charte%20de%20la%20MSP%20du%20VERON%20(2016).pdf

[32] Projet de santé de la MSP du Véron - 2014 [internet] Disponible sur http://files.mspuveron.fr/200000032-76722776aa/Projet2014-1.pdf

[33] INSEE. Estimations de la population. Population par sexe et groupe d'âge 2017 [internet] Consultable en ligne https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474

[34] INSEE.Nomenclature des professions et catégorie socio-professionnelles (PCS) - 2003 [internet] consultable en ligne : https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregee/1

[35] LERAT-GOLASOWSKI M. Motivations, motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux Urgences du Centre Hospitalier de Cambrai. Thèse : Médecine : Lille. février 2015.

[36] CHAUDET A. Patients relevant de la médecine générale consultant aux urgences : caractéristiques de la population et évaluation d'une filière spécifique de prise en charge. Thèse : Médecine : Poitiers. mars 2013

[37] OBSERVATOIRE REGIONAL DES URGENCES MIDI-PYRENEES (ORUMIP) - Patients relevant de la médecine générale consultant aux urgences : caractéristiques de la population et évaluation d'une filière spécifique de prise en charge - 2003-2004

[38] TRABUT F - Impact de la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS) sur la fréquentation des services d'urgences des hôpitaux de Blois, Amboise et Tours. Thèse : Médecine : Tours. février 2012

[39] HADROUF B - Projet de construction d'une maison de santé pluridisciplinaire à Vizille : étude qualitative par la technique des focus groups des attentes des patients vizillois. Thèse : Médecine : Grenoble. septembre 2007

[40] DELEGATION INTERMINISTERIELLE A L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE ET A L'ATTRACTIVITÉ REGIONALE (DATAR), Installation des jeunes médecins, comment renforcer l'attractivité des territoires ?. 2013.

[41] MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Arrêté du 13 mars 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. Journal Officiel n°0065 du 17 mars 2017

[42] MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel n°0022 du 27 janvier 2016

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Questions « brise glace » portants sur :

L' age
La profession
Le statut marital
La distance à laquelle le patient habite de la MSP
La présence du médecin traitant du patient au sein de la MSP

Les grandes questions et sous-questions :

Qu'est-ce qui vous a amené à consulter en urgence ?
- Quel était votre sentiment par rapport à ce probleme ?
- Dans quel délai estimiez vous devoir être vu ?
- Qu'auriez vous fait si vous n'aviez pas eu ce rdv ?

Pourquoi à la MSP d'Avoine ?
- Quels éléments ont fait que vous êtes venu ici ?

Et pourquoi pas aux urgences ?

Quel est votre ressenti par rapport à la consultation ?
- Comment était le médecin ?
- Comment était le climat de la consultation ?
- Comment avez vous trouver la prise en charge du médecin ?
- Quel résumé pourriez vous faire ?

Comment avez vous trouver l'organisation des SNP au sein de la MSP ?
- Que pensez vous de l'attribution d'un rendez vous ?
- Que pensez vous de la régulation des secrétaire ?
- Que pensez vous de l'unité en elle meme ?

Qu'est ce qu'une tel structure peut vous apporter à vous en temps que patient ?

Selon vous quelles améliorations seraient souhaitables ?

Dans une situation de demande urgente similaire, où vous rendriez vous ?

ANNEXE 2 : DECLARATION CNIL

C.H.R.U. TOURS
Pôle Finances, Facturation, Système d'Information
Correspondant Informatique et Libertés

25/10/2017

Traitements mis en œuvre au sein du C.H.R.U. de Tours

Date de déclaration :	04/09/2017
Nom du traitement :	Thèse medecine générale
Type de recherche	
Avis du CPP ou CEREES	
Document de référence CNIL :	
Date de mise en œuvre:	30/05/2017
Finalité principale:	Etude qualitative visant à évaluer la satisfaction des patients de la maison de santé d'Avoine depuis la création d'une structure de soins non programmés
Type de déclaration :	Engagement de conformité
Pôle : **Service chargé de la mise en œuvre :**	DUMG
Personne chargée de la mise en œuvre :	
Personne référente de ce dossier au service Infomatique :	TRAVERS Adrien
Contact CNIL :	Eric TRIPAULT Pôle Finances, Facturation, Système d'Information 2 Boulevard Tonnellé 37044 TOURS CEDEX 9 Tel : 02 47 47 84 46 Email : cil@chu-tours.fr ou e.tripault@chu-tours.fr
Catégories de personnes concernées par le traitement :	Patients de la maison de santé d'Avoine
Catégories de données traitées :	entretiens semi dirigés de satisfaction
Catégories de destinataires:	**Destinataires : Données concernées** Investigateurs et collaborateurs (TEC, IDR, scientifiques, ...) : Ensemble des données Pharmacovigilance : Données démographiques et cliniques Promoteur (data manager, biostatisticien, ...) : Ensemble des données
Durée de conservation:	**Données** : **Durée de conservation** entretiens semi dirigés de satisfaction : Toutes les données recueillies dans le CRF + dossiers sources 15 ans
Mise à jour (date et objet):	04/09/2017
Nom / Prénom du déclarant :	TRAVERS Adrien
Signature du déclarant (en cas de déclaration papier) :	

N° d'enregistrement C.H.R.U. (à remplir par le contact CNIL) :	2017_118 v 0
N° d'enregistrement CNIL :	registre cil

Vu, le Directeur de Thèse

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

TRAVERS Adrien

53 pages - 1 tableau - 2 graphiques

Résumé

Introduction: En France, chaque année, la demande de soins non programmés (SNP) ne cesse d'augmenter. Alors que la majorité des demandes a lieu aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux, la réponse semble souvent inadaptée. Le système hospitalier est débordé et la médecine ambulatoire peine à répondre. Pionnière dans la réflexion sur la gestion des SNP depuis 2004, l'équipe de la Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) du Véron a créé une unité dédiée à leurs gestion. Nous avons donc cherché à recueillir et analyser le ressenti des patients utilisateurs.
Matériel et Méthodes: Etude qualitative par analyse thématique d'entretiens individuels semi dirigés menés auprès des patients sortants d'une consultation pour demande de SNP au sein de l'unité dédiée de la MSP du Véron.
Résultats: La majorité des patients a consulté pour un motif bénin. L'angoisse était telle qu'ils ne pouvaient différer leur recourt au lendemain. Ils ont tous apprécié la gestion de leur urgence en revendiquant un service réactif, coordonné, et de proximité avec partage de données. Ils ont également évoqué un lieu rassurant avec un médecin connu, à l'écoute, dans un environnement familier renforçant le sentiment de confiance.
Conclusion: L'unité de SNP de la MSP du Véron semble parfaitement répondre aux attentes des patients. Mais une telle structure nécessite une organisation collective et coordonnée. Ce modèle semble répondre aux orientations nationales et régionales en matière de réorganisation de la réponse aux demandes de SNP. Il serait intéressant d'évaluer la perception des professionnels de santé impliqués dans ce projet ainsi que l'évolution du nombre des demandes de SNP.

Mots clés : soins non programmés, recours urgents, médecine générale, unité soins non programmés

Jury :

Président du Jury : Professeur Dominique PERROTIN
Membres du Jury : Docteur Laurent BRECHAT
Professeur Emmanuel RUSCH
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Date de la soutenance : 11 janvier 2018