

Année 2021/2022

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE

Diplôme d'État

par

**Samia BENBIH**

Née le 09/04/1992 à Chartres (28)

---

#### TITRE :

PROPOSER DES PLAGES DE CONSULTATIONS LIBRES SANS  
RENDEZ-VOUS AU CABINET DE MEDECINE GENERALE  
MODIFIERAIT IL LE COMPORTEMENT DES PATIENTS  
CONSULTANT AUX URGENCES DU CH DU BLANC ET DU CHIC  
D'AMBOISE ?

---

Présentée et soutenue publiquement le **mercredi 26 octobre 2022** à Tours devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Dominique PERROTIN, Réanimation médicale, Professeur Emérite, Faculté de Médecine de Tours.

Membres du Jury :

Pr Alain CHANTEPIE, Cardiologie et maladies vasculaire en pédiatrie, Professeur Honoraire, faculté de Médecine de Tours.

Pr Marc LAFFON, Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence, faculté de Médecine de Tours.

Dr Véronique DARDAINE-GIRAUD, Médecine interne, PH, CHRU Tours.

**Directeur de thèse : Docteur FERRAGU Alain, Médecine Générale – Azay le Ferron.**

## **RESUME :**

**Introduction :** 20% des soins non programmés (SNP) pris en charge par les services d'urgence hospitaliers aux heures d'ouverture des cabinets relèverait de la médecine générale. Nous émettons l'hypothèse que les patients consultant au SAU du CHIC d'Amboise et celui du CH du Blanc modifieraient leurs comportements si les généralistes proposaient des consultations libres sans rendez-vous. Nous évaluerons secondairement les caractéristiques de ces patients, ainsi que l'offre proposée par le SAS 36 et 37.

**Méthode :** Etude quantitative, rétrospective basée sur le recueil par IAO ou secrétaire des questionnaires complétés par les patients consultants aux 2 SAU, de 8h30 à 20h, du lundi au vendredi, sauf jours fériés du 25/01/2021 au 27/12/2021.

**Résultats :** 82 questionnaires auprès du SAU du CHIC d'Amboise et 81 questionnaires pour celui de CH du Blanc. 95% des patients des 2 sites ont un médecin traitant. Pour le critère de jugement principal, 69,7% sont favorables aux consultations libres sans rendez-vous au CHIC d'Amboise. 72,5% sont favorables pour le CH du Blanc.

**Discussion :** Bien que le nombre de questionnaires soit insuffisant, la tendance révèle un souhait des patients de voir leur médecin traitant, et l'option consultation libre pourrait être une solution efficace au SNP. L'idée du SAS est en théorie une solution de régulation mais énergivore et nécessitant plusieurs intervenants médicaux. Nous proposons que tous les généralistes réalisent des plages de consultations sans rendez-vous de façon pluri hebdomadaire.

**Discipline :** Médecine générale

**Mots clés :** soins non programmés, consultation sans rendez-vous (libre), permanence de soins

**TITLE :**

**WOULD OFFERING AVAILABLE CONSULTATIONS WITH NO MEDICAL APPOINTMENT IN A  
GENERAL PRACTICE COULD INFLUENCE A CHANGE IN THE BEHAVIOR OF PATIENTS  
CONSULTING THE HOSPITAL EMERGENCY ROOM OF LE BLANC AND INTERCOMMUNAL CENTER  
OF CHATEAU RENAULT AMBOISE ?**

**ABSTRACT :**

**Introduction :** 20% of unscheduled care (UCC) provided by hospital emergency reception service (ERS) during office hours is related to general medicine (GPs). We hypothesize that patients consulting the ERS of the CHIC d'Amboise and that of the CH du Blanc would modify their behaviour if GPs offered free consultations without appointments.

We will secondly evaluate the characteristics of these patients, as well as the offer proposed by the SAS 36 and 37.

**Method :** It's a quantitative and retrospective study based on collection by CAI or head of secretary of questionnaires completed by patients consulting the 2 ERS, from 8 : 30 am to 8 pm, Monday to Friday, except on public holidays, from 25/01/2021 to 27/12/2021.

**Results :** 82 questionnaires from the Amboise CHIC ERS and 81 questionnaires from the Le Blanc CH ERS. 95% of patients on the two sites have a GP. 69.7% are in favour of free walk-in consultations at the CHIC d'Amboise. 72.5% are in favour for the CH du Blanc.

**Discussion :** Although the number of questionnaires is insufficient, patients prefer to see their GP. The option of an open consultation could be an effective solution to the UCC.

The idea of SAS is in theory a regulatory solution, it is however energy consuming and requires several medical staff. We propose that all GPs carry out walk-in slots on a multi-week basis.

**Discipline :** General Medicine.

**Keywords :** Unscheduled care, Walk-in (free) consultations, After-Hours services

UNIVERSITE DE TOURS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

**DOYEN**

Pr Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *P dagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l’Universit *

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC’H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

*Directeur de l’Ecole de Médecine - 1947-1962*

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Philippe ROSSET

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY  
– J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P.  
BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B.  
CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DECALAN – J.P.  
FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU  
– J.L.GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y.  
LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ  
– E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C.  
MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD  
– D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E.  
SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
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
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
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
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

MALLET Donatien Soins palliatifs  
ROBERT Jean Médecine Générale

#### **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE**

MC CARTHY Catherine Anglais

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludvine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

## **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE**

---

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

## **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

### *Pour l'Ecole d'Orthophonie*

DELORE Claire Orthophoniste	
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

### *Pour l'Ecole d'Orthoptie*

BOULNOIS Sandrine	Orthoptiste
-------------------	-------------

### *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.

## Table des matières

Préambule : .....	14
Introduction : .....	17
Médecin généraliste et système de santé : .....	17
Les soins de santé primaires : .....	17
Soin de premier recours ou « de proximité » .....	18
Missions du médecin généraliste traitant en France : .....	20
Soins non programmés (SNP) : .....	21
Définition du SNP : .....	21
Histoire de l'émergence des SNP : .....	25
Le service d'urgence et la permanence de soins ambulatoires : .....	26
Déontologie de la PDSA : .....	26
Historique de la PDSA : .....	28
Le rôle de l'urgentiste, ses missions dans le soin de premier recours : .....	29
Le constat actuel : engorgement des urgences, déficit de médecin libéraux, modification des mentalités du patient et du mode d'activité des généralistes .....	31
Matériel et méthode : .....	32
Résultats : .....	36
Caractéristiques de la population étudiée : .....	36
Parcours de soins des patients : .....	37
Parcours des patients du SAU au CHIC d'Amboise : .....	37
Parcours des patients du SAU au CH Le Blanc : .....	39
Critère de jugement principal : .....	40
Le critère de jugement principal « Si votre médecin traitant avait eu des plages de consultations libres sans rendez-vous, auriez-vous d'abord été à ses consultations libres ? » au CHIC d'Amboise : .....	40
Le critère de jugement principal « Si votre médecin traitant avait eu des plages de consultations libres sans rendez-vous, auriez-vous d'abord été à ses consultations libres ? » au CH du Blanc : .....	43
L'après SAU : .....	47
Démographie médicale et offre de soins : .....	47
Historique : .....	47
Contexte local/état actuel : .....	49
PDSA dans le 37 et dans le 36 : l'exemple des SAS : .....	51
Discussion : .....	56
A propos de notre étude, les points forts : .....	56
Limites de l'étude : .....	58
Apports de la littérature : .....	59
Examens complémentaires : .....	60
Para médicaux : .....	61
Réseau pluri professionnel : .....	61

Education patient : .....	61
Plages de consultations sans rendez-vous : .....	62
Bibliographie : .....	68

## Remerciements :

### **À Monsieur Le Professeur Dominique Perrotin,**

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect, ainsi que mon admiration. Je garde en mémoire la qualité et la prestance dont vous avez fait preuve au cours de ma formation hospitalière et facultaire.

### **À Monsieur Le Professeur Alain Chantepie,**

Je vous remercie pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse et ainsi juger la qualité de mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et mon admiration.

### **À Monsieur Le Professeur Marc Laffon,**

Je vous remercie pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse, autant pour votre disponibilité que pour votre expérience de la médecine d'urgence.

### **À Madame Le Docteur Véronique Giraud-Dardaine,**

Je vous remercie pour votre considération à mon égard durant ma formation au sein de votre service. Je garderai toujours le souvenir de votre rigueur et votre attention dans l'exercice de votre art. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

### **À Monsieur Le Docteur Alain Ferragu,**

Pour votre disponibilité, votre écoute et la confiance que vous m'avez accordée durant toutes ces années...je vous en remercie. En m'accueillant, en tant qu'externe, puis interne au sein de votre cabinet à Azay le ferron, vous m'avez fait découvrir la médecine générale. C'est un cadeau inestimable que vous me faites en plus de celui de diriger mon travail de thèse.

Je te remercie pour tout, et retiens ton modèle pour ma carrière. Comme tu m'auras appris, j'appliquerai et transmettrai... je l'espère.

À tous **Mes Maîtres de stage** et particulièrement le **Docteur Alexandre Scoccimarro à Buzançais** : Vous m'avez reçue durant mes deux stages d'internat. Je vous remercie pour votre confiance, soutien, et l'assurance de votre disponibilité durant ma formation. Vous avez contribué au médecin que je suis.

À mes parents,

**Chère maman**, qui m'a toujours donnée le bon sens et l'humour dans les situations les plus inimaginables, pour le don que tu as de dédramatiser toute situation.

**Cher père**, pour ton sens du travail, de la rigueur, qui m'a poussée à toujours faire mieux que bien, je vous remercie tous les deux pour votre soutien sans faille.

Je remercie **mes sœurs, ma famille**, pour leur soutien, leur accompagnement et leur aide.

Je remercie, **mes co-internes**, autant qu'ils ont été, avec tous les bons et mauvais moments de stages. Ceux avec qui je ne m'entendais pas et ceux pour lesquels je garde une sympathie profonde. Je vous souhaite bonne continuation et que ces années communes nous gardent en confraternité à l'avenir.

À **Clémentine Baudet**, ma future radiologue en herbe, à Docteur **Francesco Dinatolo**, vous m'avez fait vivre mon dernier meilleur semestre d'étude de médecine.

A **Julie Raby, mon IDE préférée**, à la **MAS de Lureuil** (Natasha, Marie Cécile, Jean Michel, Virginie...). Et aux 2 équipes des urgences d'Amboise et du Blanc.

Et bien sûr, tous les patients qui m'ont appris tant sur l'humanité que sur le soin.

## Liste des abréviations :

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

CAMU : Capacité De Médecine D'urgence

CCMU : Classification Clinique Des Malades Aux Urgences

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CL : Consultation Libre (sans rendez-vous)

CH : Centre Hospitalier

CHIC : Centre Hospitalier Inter-Communale

CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé

DESC : Diplôme d'Etude Spécialisées Complémentaires

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EC : Examen Complémentaire

ECN : Examen Classant National

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

MG : Médecin Généraliste

MMG : Maison Médicale de Garde

MSU : Maître de Stage Universitaire

MT : Médecin Traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OSNP : Opérateur des Soins Non Programmés

PDSA : permanence de soins ambulatoires

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

SAS : Service d'Accès aux Soins

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SAU : Service d'Accueil et d'Urgence

SNP : Soins Non Programmés

SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

SMU : Service de Médecine d'Urgence

SP : Soins primaires/Premier Recours/Première Ligne

SS : Système de Santé

WONKA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners and Family Physicians

## Préambule :

Nous avons tous été sensibilisés aux difficultés de l'Etat à répondre de façon suffisante et optimale à la demande de soins croissante de la population française. Cette situation connue depuis les années 90, est équivalente pour d'autres pays européens et non européens. Il semblerait que la médecine ayant évolué en technicité et en sur-spécialisation ; le rapport du patient à sa santé a aussi changé, ainsi que son environnement<sup>1</sup>.

D'une part, le patient : il s'agit d'un usager de plus en plus actif et informé. Avançant avec les moyens techniques de la société dans laquelle il vit, il est parfois plus demandeur d'exams complémentaires.

La rapidité du rythme de vie moderne entraîne également une impatience et probablement une tendance au « tout, tout de suite ».

L'accès à l'information étant ouvert à tous, le patient devient plus soucieux ou inquiet de son état de santé. Il a besoin de savoir s'il correspond à la normalité fixée par les moyens techniques, par les campagnes de prévention qui se veulent informatives mais au détriment d'un souci permanent d'un état de santé optimal.

Nous ne pouvons décrire un patient unique, seulement une multitude de profils que je décris là brièvement, au regard de mes lectures et passages intra et extra hospitaliers.

D'autre part, le médecin généraliste, inscrit dans une **démographie médicale déficitaire** et inégalement répartie. Il est soucieux de maintenir un équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

C'est un acteur de santé central qui n'a pas tous les outils techniques d'un hôpital pour répondre à des demandes très variées. Il est le « chef d'orchestre » du parcours de soins, face à une patientèle allant de l'individu jeune au plus âgé, de la prévention aux soins palliatifs, du diagnostic au suivi...

C'est en théorie, le premier contact de l'usager avec le système de santé. Sa formation médicale repose sur l'acquisition de connaissances qui relèvent de la surspécialité parfois.

---

<sup>1</sup> A ce sujet, un ouvrage intitulé « La santé à tout prix : médecine et biopouvoir » 2008, d'Angélique Del Rey et Miguel Benasayag, très inspiré du philosophe Michel Foucault, alerte sur l'impact de la biopolitique sur la population.

L'apprentissage de l'art médical s'acquiert durant les stages majoritairement hospitaliers, et ambulatoires. Son expertise s'affine à mesure qu'il acquiert une expérience de terrain souvent bien éloignée de ces fondements théoriques.

Entre ces deux protagonistes, il existe un fossé :

- Difficulté d'accès aux soins pour le patient (se faire comprendre dans sa demande, exprimer ses symptômes, et en pratique : obtenir un rendez-vous, un examen, un médecin traitant...).
- Difficultés pour le médecin généraliste à répondre à toutes les demandes d'un patient, des patients...à communiquer avec les autres professionnels de santé intra et extra hospitalier...

Le patient s'oriente alors vers les SAU, de son propre chef.

Par habitude du SAU, par défaut de disponibilité, urgence ressentie... ce court-circuit du parcours de soins comme défini depuis la loi 2004 contribue malheureusement à l'engorgement des services d'urgences dont les moyens techniques et humains sont saturés, limités.

Ces SAU, porte d'entrée vers l'hospitalisation doivent répondre à des motifs médicaux non urgents dans la majorité des cas, missions qui ne correspondent pas aux fonctions initiales du médecin urgentiste.

Nous n'aborderons pas ici, les autres causes **d'engorgements du SAU** comme les patients nécessitant une hospitalisation et qui se retrouvent à attendre de longues heures aux urgences, ou encore ce patient en demande d'une consultation psychiatrique, en décompensation à proximité de la personne âgée en maintien à domicile difficile...

Seulement, qu'est-ce que l'**urgence** ?

Du côté patient, une urgence sera considérée comme une demande pressante, une inquiétude, une interrogation à laquelle il faut répondre rapidement.

Pour le médecin généraliste, il s'agira plutôt d'une demande de consultation en dehors des créneaux de rendez-vous. Une modification du planning, qu'on appelle « soin non programmé ».

Pour l'urgentiste enfin, il s'agira d'une urgence lorsqu'un paramètre vital est en jeu, lorsqu'un soin technique (prise de sang, imagerie, geste chirurgical) ne peut attendre sous peine de voir une dégradation de l'état du patient.

Aucune de ces définitions ne peut confirmer la nature urgente de la requête tant que le patient n'a pas été évalué cliniquement par le médecin. On comprend donc qu'il est difficile de savoir à priori, si le patient relève d'un service d'urgence ou d'une consultation ambulatoire auprès du médecin traitant, tant que le patient n'a pas été vu, entendu, ausculté, palpé... Cela rend donc difficile leur orientation.

Ce constat nous montre qu'il n'y a pas toujours d'urgence au sens médical du terme, mais une nouvelle demande que notre système de santé peine à assimiler : la demande de **soins non programmés**. Nous reviendrons plus tard à ce concept.

## Introduction :

Il m'a semblé pertinent de débiter par une vision très globale de la santé. Nous définirons ce qu'est le soin primaire, comment celui-ci s'organise en France, et le parcours de soins coordonné par le médecin traitant. C'est de cette façon que nous comprendrons dans quel cadre le soin non programmé s'insère.

En parallèle de cette vision centrée sur le médecin traitant, nous aborderons brièvement l'historique de la création des services d'urgences.

## Médecin généraliste et système de santé :

Les soins de santé primaires :

Le concept de soin de santé primaires SSP est popularisé par l'OMS, lors de la conférence d'Alma Alta en 1978 : (1),(2)

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé **essentiels** fondés sur des **méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus** (...) avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit **d'auto-responsabilité et d'autodétermination**.

Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont **le premier niveau de contacts des individus**, (...) avec le système national de santé, (...) et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire »

« Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé **tenant compte de la société** dans son ensemble qui vise à **garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible** et sa **répartition équitable** en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la **promotion de la santé** et de la **prévention des maladies au traitement**, à la **réadaptation et aux soins palliatifs**, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. »

En 2008, cette définition est complétée par d'autres principes comme l'approche centrée patient, l'exhaustivité, l'intégration, la continuité des soins. La loi de 2008 réaffirme le SSP comme premier point d'entrée régulé dans le système de santé permettant ainsi d'établir une relation de confiance durable entre les patients et les prestataires de soins.

**Les systèmes de santé qui valorisent le soin de santé primaire ont fait leurs preuves sur de multiples études.** Fondée sur des principes de justice sociale, d'équité, de solidarité en vue d'une protection sanitaire universelle, cette orientation vers le soin primaire a largement fait ses preuves en matière d'efficience, d'économie mais surtout de santé de la population (3), (4).

On distingue 3 acteurs dans ce système de soins primaires, dont chacun a un rôle valorisé :

**L'individu usager** : il est le bénéficiaire :

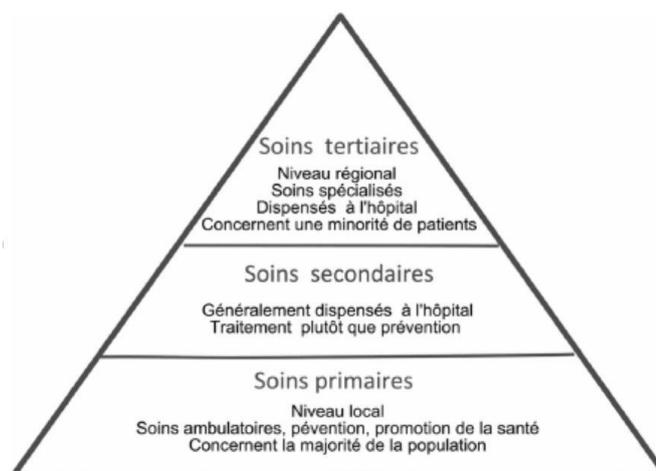
- D'une **éducation** sur les problèmes de santé courants et sur les moyens de les prévenir et de les contrôler. La promotion d'une alimentation suffisante et adéquate, un apport adéquat d'eau saine et une hygiène de base.
- De la promotion des soins maternels et infantiles, y compris le planning familial et promotion de la santé mentale
- De l'immunisation contre les principales maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des maladies endémiques, le traitement approprié des maladies et des blessures communes et la fourniture des médicaments essentiels.

Ces missions sont organisées par la **politique de santé**, et à l'échelle locale par l'ARS.

Le **groupe commun des acteurs de santé** participe aux soins primaires, avec le médecin généraliste comme pivot central, certains spécialistes à accès direct, mais aussi l'hôpital.

Soin de premier recours ou « de proximité »

Dans ce système de soins, nous allons nous intéresser aux soins primaires ou « soin de premier recours », « de première ligne » :



Pyramide du système de soins. Adapté de Curtis (2004)

« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des **exigences de proximité**, qui s'apprécient en termes de **distance et de temps de parcours**, de **qualité et de sécurité**. »

« Les soins primaires englobent les notions de **premier recours, d'accessibilité**, de **coordination**, de **continuité et de permanence des soins**. Les soins primaires constituent **la porte d'entrée** dans le système qui fournit des **soins de proximité, intégrés, continus, accessibles à toute la population**, et qui **coordonne** et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. S'ils sont le premier contact des patients avec le système de soins, les soins primaires structurent la suite du parcours du patient au sein du système de santé.

Les professionnels de santé<sup>2</sup>, dont les médecins traitants cités à l'[article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale](#), ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. »

En 2016, l'article 64 de la loi de modernisation de notre système de santé ajoute au code de la santé publique l'article L1411-11-1 relatif à la création des équipes de soins primaires définies ainsi:

« Une **équipe de soins primaires** est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 (23) sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent.

Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure **coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.**»

Retenons principalement du soin primaire qu'en dehors de son organisation et de ses acteurs, il répond à la demande de soins d'une grande majorité de la population.

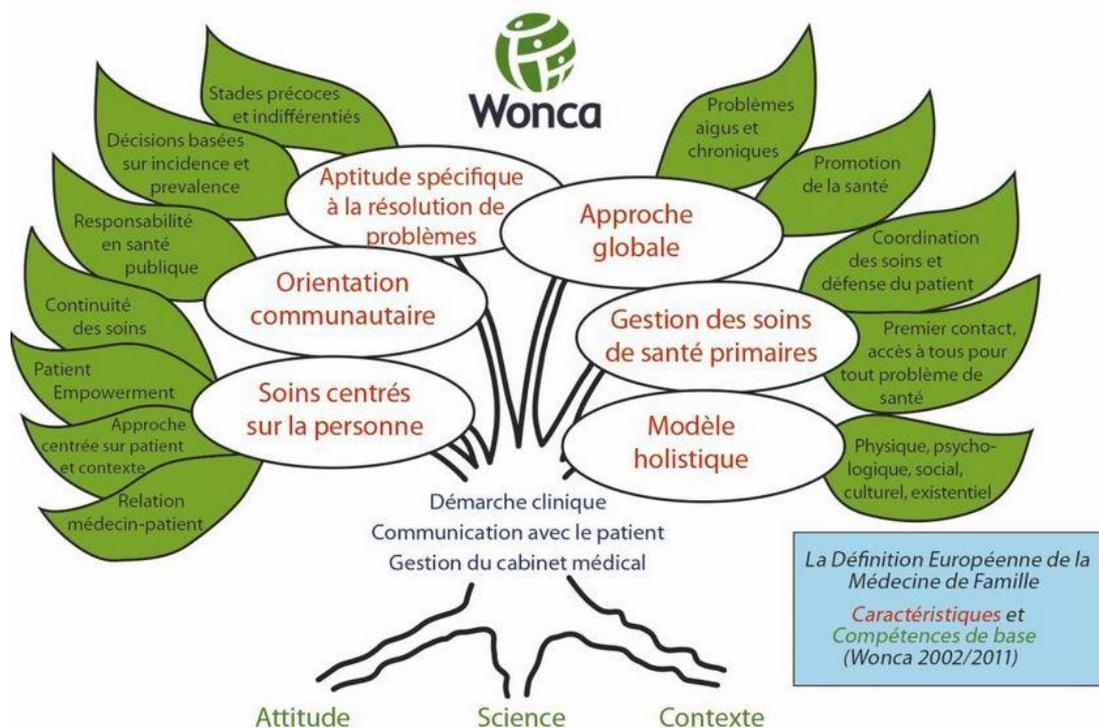
---

<sup>2</sup> Ophtalmologie, gynécologie, pédiatrie et la psychiatrie sont considérées comme des spécialités à accès direct. Dentiste, sage-femme, kinésithérapeute, IDE et pharmacien participent aux missions de soins primaires. Podologue et psychologue ne sont pas encore inclus.

Missions du médecin généraliste traitant en France :

Depuis 1972, la WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* : organisation mondiale de la médecine générale/médecin de famille) est créée. Elle tente de définir de façon exhaustive ce qu'est la médecine générale, du moins le médecin généraliste ou médecin de famille, schématiquement :

Le médecin généraliste en France prend donc une place primordiale dans les soins de premier recours.



Les missions du médecin généraliste de premier recours définies par la loi HPST de 2009, Art. L. 4130-(5)

- **Contribuer à l'offre de soins ambulatoires**, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social
- S'assurer de la **coordination** des soins nécessaires à ses patients
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels participant à la prise en charge du patient

- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé
- **Contribuer aux actions de prévention et de dépistage**
- Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycle d'études médicales.

A noter, sur le plan universitaire, en 2010, pour former un médecin généraliste, il est nécessaire de poursuivre le parcours commun avec les spécialités : 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> cycle puis après l'ECN, la maquette nationale de l'internat du futur généraliste comporte (jusqu'à 2023 pour l'instant : 3 ans) :

- 1 semestre de niveau 1 en médecine générale : activité libérale avec 2 à 3 MSU
- 1 semestre de stage hospitalier au SAU
- 1 semestre de 3 mois en gynécologie/3 mois en pédiatrie : stage majoritairement hospitalier
- 1 semestre de médecine adulte : gériatrie, diabétologie, soin de suite et rééducation ou médecine interne...
- 1 second semestre de stage dit « libre » : majoritairement hospitalier en médecine adulte
- 1 second semestre en médecine générale en SASPAS : activité libérale avec 2 à 3 MSU.

En ce qui concerne son type d'exercice : il tend à être de plus en plus salarial, voir mixte.

Soins non programmés (SNP) :

Définition du SNP :

Parmi les multiples définitions, la plus simple, et qui reste la plus large et compréhensible du SNP est :

« Un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage » Claude Evin.(6)

En pratique : nous retiendrons quelques critères, en l'absence de définition consensuelle :

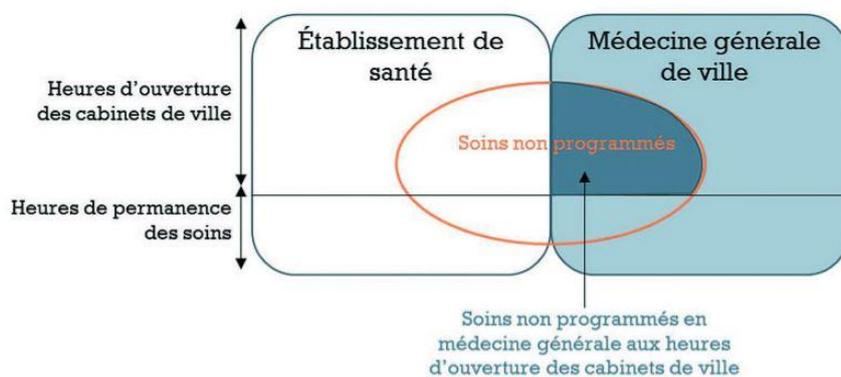
- C'est une demande du patient qui apparaît pour un **motif récent** (délai de quelques heures ou jours, parfois plus) mais qui nécessite une réponse rapide, le jour même où le lendemain. (7)

Force est d'admettre que le caractère urgent, ressenti ou réel n'est pas toujours présent. En effet, ma courte expérience de médecin remplaçant en maison de garde médicale montre que certains patients s'y présentent pour renouveler un traitement, anticiper un changement/une difficulté à venir... parfois uniquement parce qu'il n'a pas de médecin traitant, ou des horaires de travail non compatibles avec les heures d'ouvertures du cabinet...

- Le motif peut être défini comme une **urgence ressentie** : un besoin/une inquiétude du patient sur son état de santé, sur un changement récent (accident du travail, proche ...)
- Mais le motif peut aussi révéler une **urgence réelle** : je prendrais pour exemple banal, un patient qui s'est présenté au cabinet de médecine générale avec une simple gêne localisée aux 2 membres supérieurs, apparue le matin, sans contexte précis qui fut diagnostiqué comme infarctus du myocarde.
- Cette demande apparait aux **horaires ouvrables des cabinets de médecine générale**, sinon nous parlerions d'urgence (faute d'un accueil ambulatoire possible) :

« Qu'est-ce que l'urgence ? Un enfant qui a une bille coincée dans le nez à 10h du matin, c'est de l'ORL. Mais le même enfant qui a une bille coincée dans le nez à 22h, cela s'appelle « une urgence » ! » dit Dr Giroud, ancien président de l'association urgence France SAMU. (6)

Quelques chiffres, les SNP : (8)



- On compte selon le rapport de la DRESS de 2004 que la **consultation non programmée correspond à 12% de l'activité globale annuelle des médecins de ville en France** <sup>3</sup>. (9)
- D'après le constat de la cour des comptes en 2019 : **20% des SNP pris en charge par les services d'urgence hospitaliers aux heures d'ouverture des cabinets relèverait de la médecine générale.** (10)

<sup>3</sup> Enquête menée auprès de 1304 MG en cabinet et 94 MG en association (UM Paris, SOS médecin) durant une semaine d'octobre 2002, permettant le recueil d'environ 17 000 fiches patients complétés par les MG, et un 2<sup>ème</sup> volet recueillant en novembre 2002 par entretien téléphonique, l'avis d'un échantillon de 4000 patients.

- **5% des recours urgents ou non programmés en médecine de ville débouche sur une hospitalisation, généralement immédiate, et un arrêt de travail est prescrit dans 12% des cas. (9)**
- Dans 90 % des cas, tant le médecin que le patient validaient a posteriori le caractère d'urgence (absolu, relatif) des consultations.(11)

Pour le médecin généraliste :

Il s'agit d'un changement de programme inopiné, qui nécessite une adaptation, mais avant tout d'évaluer rapidement le caractère urgent et légitime de la demande afin de proposer une réponse appropriée, dans les temps. L'article de la DRESS publié en juin 2020, présente la gestion du SNP par les médecins généralistes ainsi : *schéma 1 ci-dessous (7)*

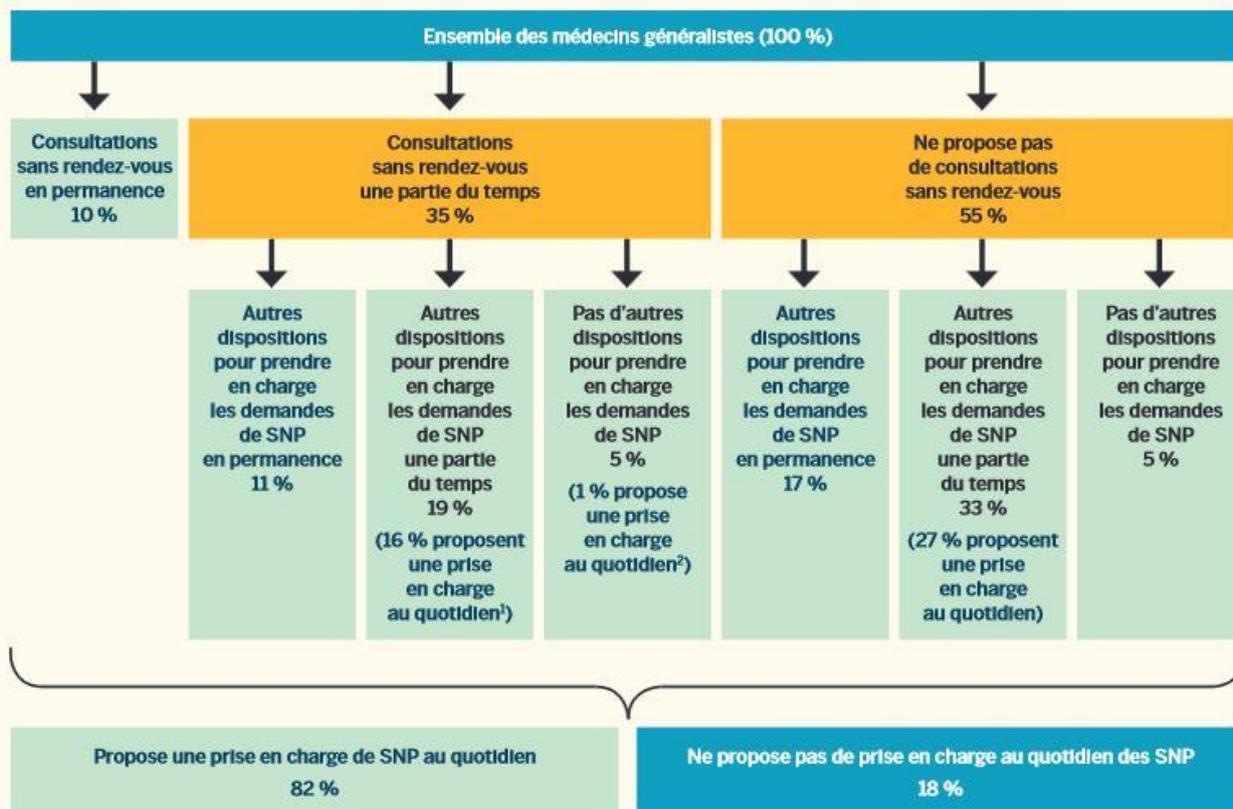
Ce SNP n'obtient donc pas les mêmes réponses d'un médecin à l'autre, d'une zone géographique à l'autre, comme le note le travail de thèse de Chevillot D. (6) : je note principalement 2 points :

1° En zone rurale (souvent associée à désert médical, mais pas toujours) : la gestion des SNP est réalisée par le médecin généraliste le plus souvent. Tandis qu'en zone urbaine (moins sujette au désert médical), les SNP sont surtout délégués aux structures comme les maisons médicales de garde ou le SOS médecin.

2° La gestion par les médecins généralistes reste difficile à quantifier N'oublions pas qu'un SNP pour compléter sa définition, peut se limiter à un conseil médical qui peut être téléphonique, et plus récemment par téléconsultation.

## SCHÉMA 1

### Organisation individuelle pour la prise en charge des soins non programmés (SNP)



1. Qu'elle soit réalisée par le biais de consultations sans rendez-vous ou d'autres dispositions.

2. Par le biais de consultations sans rendez-vous.

**Lecture** • 10 % des médecins généralistes proposent des consultations sans rendez-vous en permanence et 82 % des médecins généralistes proposent une prise en charge au quotidien des SNP.

**Champ** • Médecins généralistes libéraux installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

**Sources** • DREES, observatoires régionaux de la santé (ORS) et unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, octobre 2018-avril 2019.

Histoire de l'émergence des SNP :

Nous sommes actuellement capables d'expliquer l'apparition et l'augmentation continue de la demande de soins non programmés : celle-ci est d'origine multifactorielle (ici non exhaustive) et nous pouvons la résumer ainsi : (8)

Patient/Population	Médecin	Médecine
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Démographie croissante</li> <li>❖ Population vieillissante : donc polypathologique, nécessitant plus de soins</li> <li>❖ Population informée, aise de l'informatique : plus demandeuse de soins</li> <li>❖ Evolution sociétale : notion de « consumérisme », souhait d'un « tout, tout de suite »</li> <li>❖ Précarité, phénomène migratoire et inégalité sociale d'accès aux soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Démographie médicale en défaut :</li> <li>❖ Quantitatif : moins de MG, mais aussi baisse du nombre de structure d'urgence (fermeture d'hôpitaux périphérique...)</li> <li>❖ Qualitatif : pratique médicale différente (respect de la vie personnelle, absence de visite à domicile, horaires restreints, absence de relai entre MG) et répartition inégale sur le territoire, féminisation</li> <li>❖ Formation à l'urgence : disparate</li> <li>❖ Gestion de l'urgence et de l'imprévu déléguée au SAU/15 depuis 2003</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Sur-spécialisation</li> <li>❖ L'approche technique par l'examen complémentaire au détriment de l'approche clinique empirique</li> <li>❖ Une obligation de moyen et non de résultat.</li> <li>❖ Les progrès de la médecine : exemple de la baisse de mortalité liée à l'IDM mais pourvoyeur de plus d'OAP, d'IC... même constat pour les AVC, pourvoyeur de soins post AVC croissant</li> </ul>
<p><b>Relation médecin malade modifiée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Entre « méfiance » ou « exigence » du patient et défaut de disponibilité du médecin traitant</li> <li>❖ Education thérapeutique et conseils insuffisamment prodigués par les MG, faute de temps ou disponibilité.</li> <li>❖ Les examens complémentaires redéfinissent le caractère « en bonne santé » du patient...</li> </ul>		<p><b>Fonctionnement ville-hôpital altéré :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Difficulté d'accès au spécialiste par le MG, Difficulté d'accès au plateau technique en ville</li> </ul>
<p>Conséquence :  <b>Augmentation de la demande de soins de façon générale, mais surtout des SNP.</b></p>		

Le service d'urgence et la permanence de soins ambulatoires :

Déontologie de la PDSA :

Il est important de définir ce concept de **permanence des soins** : et plus précisément ambulatoires.

En théorie, il s'agit de toute structure en charge des demandes de soins intervenant en dehors des heures ouvrées des cabinets de médecine générale.

Cela permet de garantir un accès à un médecin à tout moment, au service de la population pour une égalité d'accès aux soins et une qualité des soins.

L'article R. 6315-1 dispose que : « La mission de permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés :

1° Tous les jours de 20 heures à 8 heures.

2° Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures

3° En fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié. »

Et l'article L. 6314-1 précise que : « La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins [...], dans le cadre de leur activité libérale[...] » (12)

Article R.4127-77 du code de la santé publique modifié par décret 2003-881 du 15 septembre 2003:

*Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. (13)*

En commentaire de cet article, le conseil de l'ordre des médecins précise :

- Elle implique **tous les médecins** quel que soit leur mode d'exercice : libéral, hospitalier ou salarié et quelle que soit leur spécialité médicale, dès lors qu'ils ont une pratique dans le domaine du soin.
- Les médecins hospitaliers, salariés mais aussi libéraux, exerçant en établissement **ne sont pas libres des modalités de leur participation.**
- Dans l'exercice libéral, hors établissement, les médecins satisfont à ce devoir sur la **base du volontariat et de la confraternité** dans le cadre d'une organisation qui a pour finalité

l'intérêt de la population. La régulation médicale est une des modalités de la participation des médecins à la permanence des soins.

La permanence des soins assurée par les médecins a été reconnue **mission de service public** par le Parlement à la demande du Conseil national de l'Ordre des médecins (l'Art. L. 1411-11. Loi HPST de 2009).

En pratique, elle s'organise par les centres de régulation 15, par les calendriers de gardes des médecins libéraux gérés par le CDOM de chaque département, tout en respectant un cahier des charges régional établie par l'ARS (14), (15), (16).

Initialement, on pourrait la confondre avec le principe de **continuité des soins** :

Article R.4127-47 : (17)

*« Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »*

Il faut noter l'engagement du médecin vis-à-vis de la personne malade, il répond à une double mission : de service individuel mais aussi de service de santé publique si l'on considère la médecine comme un service public. Le patient a une liberté de choix de son médecin, et celui-ci peut y déroger. Cependant s'il s'est engagé auprès du patient à être son médecin alors, le dégageant du médecin nécessite :

- Il ne doit pas ou plus y avoir d'urgence
- Il doit informer sans délai le patient de son refus ou de son impossibilité à continuer à le prendre en charge.
- Il doit prendre toutes dispositions pour que soit assurée la continuité des soins, avec notamment transmission de toutes les informations nécessaires à un autre médecin désigné par le patient.

La permanence des soins n'est pas la continuité des soins, car les 2 principes ne répondent pas aux mêmes objectifs :

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Permanence des soins</b> → Répondre à une demande urgente (ressentie ou non)</li><li>- <b>Continuité des soins</b> → Répondre à un souci de qualité de soins, en termes de sécurité pour le patient, d'obligation de moyen.</li></ul> |
|--|

Nous pouvons constater que le créneau de 18h (voir plus tôt) à 20h est rarement tenu par les médecins généralistes. Nous ne comptons plus le nombre de fois, où nous appelons dans ces heures et trouvons sur la messagerie téléphonique du cabinet « Veuillez joindre le 15 en cas d'urgence ».

A propos des SAU, les études montrent que leur pic d'activité se situent **aux heures ouvrables** : début de matinée autour de 10h et en début de soirée 18h.

Si, d'après l'Ordre des médecins (18), ce système fonctionne globalement bien, les difficultés rencontrées résultent principalement du manque de médecins, en lien avec la démographie médicale ou avec le « *désengagement des médecins libéraux* ». En effet, **seulement 38,1 % des médecins ont participé à la PDSA en 2019**, en légère diminution par rapport à 2018 (39,8 %). À 89 %, la PDSA est assurée par des médecins libéraux installés. En outre, 35 % des territoires de permanence de soins sont aujourd'hui couverts par moins de dix médecins volontaires, et 17 % sont par moins de cinq médecins. Ainsi, la Fédération hospitalière de France propose qu'une obligation de participation à la permanence de soins soit introduite dès le 1<sup>er</sup> janvier 2023.

Historique de la PDSA :

La permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant.

En pratique, la PDSA repose sur 3 paramètres :

- Une **sectorisation** à l'échelle départementale, gérée par l'ARS.
- Une **régulation** par le centre 15 qui peut réaliser une prescription médicamenteuse à distance, délivrer des conseils médicaux, orienter vers les urgences...
- La **participation des médecins libéraux de garde** : de 20h à 8h, tous les jours. Pour les dimanches et jours fériés entre 8h et 20h. Le calendrier de garde est organisé par le CDOM, en fonction de la démographie médicale, de la densité de population, des caractéristiques géographiques.

Dans la réalité, la régulation par les médecins libéraux est de 20h à 23h dans l'Indre et l'Indre et Loire.

Avant 2003, la PDSA était fondée sur l'implication individuelle du médecin généraliste qui se rendait disponible 24/24h, 7j/7 en accord avec le principe déontologique de l'article 77. Parfois, cette permanence était organisée par le CDOM qui mettait en place des tableaux de garde mensuel.

La réforme dite « Mattei » de 2002 a mis fin au système de gardes reposant sur la responsabilité déontologique individuelle des médecins, pour lui substituer un système hybride, consistant en une obligation collective reposant sur le volontariat individuel des praticiens. En pratique, **cette réforme a mis fin à l'obligation de garde (« tour de garde ») incombant aux médecins libéraux.**

[Le rôle de l'urgentiste, ses missions dans le soin de premier recours :](#)

Historiquement, ce qui fut les prémices des services d'urgences, correspond aux « **Hôtel Dieu** » : lieu où se retrouvent personnes errantes, malades, prostituées, clandestines... en bref la misère sociale. Le soin relevait des ordres religieux. Puis, sous Louis XIV, furent créés les « **hôpitaux généraux** » gérés par les policiers afin de réguler les problématiques sociales, une volonté de répression de cette misère sociale paradoxalement associée à un objectif compassionnel se met en place. Arrive ensuite, la Révolution française, au cours de laquelle émergent les **hôpitaux** gérés par les municipalités cette fois comme nous l'entendons actuellement : on y soigne les malades.

Des **spécialités** commencent à émerger à la fin du XIXe siècle : cardiologie, rhumatologie, orthopédie, etc. Les services d'urgences au sein des hôpitaux n'existent toujours pas mais l'urgence sur place se développe, notamment pendant les guerres, ainsi que les médecins de garde. En 1928, "Secours Police" est créé par le préfet de police de Paris, avant de devenir "Police Secours" après la Seconde guerre mondiale, avec la création des numéros d'urgence 17 et 18.

En parallèle, en 1941, les hôpitaux passent sous la coupe de l'État. Ce n'est que dans les années 60, après la réforme hospitalière de Robert Debré avec la création des CHU (Centre Hospitalier et Universitaire), permettant la reconnaissance de la médecine hospitalière et ses missions ; qu'émergent alors de véritables services dédiés à l'urgence<sup>4</sup> : principalement le malaise et les accidents de voie publique (polytraumatisé).

---

<sup>4</sup> La greffe de la médecine d'urgence sur l'hôpital, François Danet (psychiatre et médecin légiste, chercheur en psychologie, édité en 2008.

Finalement, nous retiendrons surtout que les services d'urgences puisent leurs compétences au départ de la médecine militaire, des épidémies infectieuses successives, de la gestion continue de cette « misère sociale », ainsi que la gestion urgente en lien avec les équipes de premiers secours (pompiers, ambulancier, SAMU, puis SMUR...).

Depuis 2004, la médecine d'urgence est enfin considérée comme une spécialité, via l'acquisition pour les internes de médecine générale du DESC de médecine d'urgence. Parallèlement l'acquisition par les médecins généralistes et hospitaliers de la CAMU (fondée en 1990) permet également d'exercer la médecine d'urgence. Mais ce n'est qu'en 2019 qu'apparaît aux ECN, le choix de la médecine d'urgence faisant suite à la suppression de la CAMU depuis les promotions ECN de 2016.

Le constat actuel : engorgement des urgences, déficit de médecin libéraux, modification des mentalités du patient et du mode d'activité des généralistes.

Le constat actuel côté urgence et côté généraliste :

Le livret blanc de 2015 et d'autres nombreux articles (politique, ARS, syndicat urgentiste, généralistes...) indique : (19)

**« Quantitativement, les urgences vitales augmentent peu alors que la demande de soins d'urgence globalement s'emballe, les SMU devenant un partenaire essentiel d'entrée dans un parcours de soins, soit par le choix des patients qui leurs font confiance (91%)<sup>5</sup>, soit par absence d'autre réponse à leur demande. »**

L'article de la DRESS (7) précise que près **d'un médecin généraliste sur cinq estime que l'offre de médecine générale dans sa zone d'exercice est très insuffisante**. Cette proportion double en cas d'exercice dans un territoire de vie sous-dense.

**Ils sont près de 8 sur 10 à indiquer avoir des difficultés à répondre aux sollicitations des patients.**

Interrogés sur la façon dont ils adaptent leur pratique, trois médecins sur quatre indiquent faire des journées plus longues que souhaité, un sur deux dit devoir augmenter les délais de prise de rendez-vous et un sur deux refuse de nouveaux patients en tant que médecin traitant.

Il existe un enjeu de taille à répondre à la demande de SNP :

- A la fois en vertu des exigences de qualité de santé optimale que nous nous sommes fixés à l'échelle mondiale. Comme nous l'avons vu, en respectant le parcours de soins, on favorise l'éducation du patient, la prévention... via son médecin traitant
- Mais aussi pour l'optimisation de l'offre de soins qu'il faut adapter à l'évolution de notre société. Effectivement, un système de soins est optimisé en régulant la dépense de santé, en orientant les moyens économiques et plateaux techniques à bon escient.

Plutôt que de voir le recours au SAU comme une problématique, nous tentons ici de l'aborder comme un symptôme, le reflet d'une demande non résolue du patient.

Dans ce travail de thèse, nous allons explorer ces passages aux urgences pour motif non urgent à l'échelle locale, entre la ville du Blanc située dans l'Indre et la ville d'Amboise située dans l'Indre et Loire.

---

<sup>5</sup> Baromètre TNS/SOFRES (2008) « les français et l'accès aux soins urgents non programmé »

La démographie médicale étant opposée entre ces deux départements, et, ne pouvant intervenir rapidement sur ce paramètre quantitatif.

Nous voulons évaluer si une réponse d'ordre qualitative comme l'organisation de plage de consultations libres (CL) sans rendez-vous en cabinet de médecine générale peut modifier le comportement du patient.

Indirectement, ce serait résoudre une partie de la problématique d'engorgement des SAU, ou encore améliorer/atteindre les objectifs de santé de notre société moderne.

La question se formule ainsi : **proposer des plages de consultations sans rendez-vous, ou « consultations libres » au cabinet du médecin généraliste traitant, modifierait-il le comportement des patients consultants aux urgences de ces 2 communes ?**

Au total : nous faisons l'hypothèse qu'en proposant des CL auprès des cabinets du MG, les patients s'orienteraient d'abord vers leur MT.

## Matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude **quantitative, descriptive, rétrospective** réalisée au cours de l'année 2020. Nous avons débuté le recueil de données le 25 janvier 2021 et l'avons clôturé le 27 décembre 2021. Pour se faire, nous avons déposé des questionnaires à l'attention des patients qui consultent aux urgences du CH du Blanc, et du CHIC d'Amboise.

La distribution du questionnaire était réalisée par l'IAO et/ou la secrétaire des urgences selon la convenance et capacité du service. Ainsi, le questionnaire était rempli par le patient à son arrivée aux urgences, et les intervenants récupéraient les questionnaires directement à l'accueil avant la consultation du médecin urgentiste.

IAO et secrétaire avaient pour consigne de proposer un questionnaire aux patients qui répondent aux critères d'inclusions suivant :

- Tous patients se présentant aux urgences entre 8h30 et 20h en semaine, jours ouvrables uniquement.
- Tous patients consultant au SAU du CHIC Amboise-Chateau-Renault dans un rayon de 20 km et du CH du Blanc dans un rayon de 30 km

Les critères d'exclusion sont :

- Les patients admis par prise en charge médicalisée (SMUR, pompier...) et ayant nécessité des soins de premiers secours.
- Patients incapables de remplir le questionnaire
- Patients ne répondant pas aux critères d'inclusion.
- Patients refusant de participer à l'étude.

Pour informer les patients, une fiche « FICHE PATIENT » *annexe 1*, indicative a été présentée à l'accueil, mise à disposition de l'équipe et des patients. Nous avons ainsi proposé un moyen de communication, en cas de demande d'information supplémentaire ou de rétractation.

Une seconde fiche « FICHE IAO » *annexe 2*, est disposée pour rappeler les critères d'inclusions.

Le questionnaire proposé permet d'obtenir des informations sur le critère principal, via la question B.

### Caractéristiques du patient :

**\*Plages de consultations libres** = période de la journée proposant uniquement des consultations sans rendez-vous. Exemple : Pas de rendez-vous à prendre le mardi après-midi chez mon médecin traitant, je viens quand je veux, il me reçoit selon l'ordre d'arrivée en salle d'attente.

- 1) Age : ..... Sexe : F :  M :
- 2) Ville de résidence : .....
- 3) Profession (ou celle des parents) : .....
- 4) Avez-vous un médecin traitant : Oui :  Non : 
  - a. Si oui, proposez-t-il des **plages de consultations libres**\* ? Oui :  Non :  je ne sais pas :
- 5) Motif de passage aux urgences : .....

### Questions :

- A) Etes-vous adressé(e) par votre médecin traitant à la suite d'une consultation chez lui ? Oui :  Non :

Si non, avez-vous essayé de joindre le cabinet de votre médecin traitant avant de venir ? Oui :  Non :

- a. Si vous n'avez pas essayé, pourquoi ? .....
- b. Si vous avez essayé, avez-vous pu joindre votre médecin traitant au téléphone ? Oui :  Non : 
  - i. Si oui : Vous a-t-il conseillé d'aller aux urgences ? Oui :  Non : 
    1. Car il pensait qu'une prise en charge en urgence/rapide est nécessaire :  
Oui :  Non :
    2. Car il n'a pas de disponibilité pour vous recevoir : Oui :  Non :
    3. Autres : .....
  - c. Si vous n'avez pas pu joindre le cabinet de votre médecin traitant, avez-vous essayé de prendre rendez-vous ou de consulter un autre médecin généraliste ? Oui :  Non : 
    - i. Si non, pourquoi ? .....

- B) Si votre médecin traitant avait eu des plages de consultations libres sans rendez-vous, auriez-vous d'abord été à ses consultations libres ?**

Oui :  Non :

- a. Si oui, pourquoi ? .....
- b. Si non, pourquoi ? .....

- C) Combien de fois (environ) avez-vous consulté aux urgences cette année ?  
.....

- D) Après votre passage aux urgences : avez-vous prévu de consulter votre médecin traitant pour le motif qui vous a amené aux urgences ? Oui :  Non :

Le comité éthique du CHRU de Tours, après transmission du résumé de mon étude, a donné son accord, sous réserve d'anonymat concernant les noms des patients ainsi que des médecins traitants ; à la réalisation du recueil.

A noter, pour compléter notre étude, il nous a semblé pertinent d'évaluer l'offre de soins ambulatoires en terme de consultations sans rendez-vous par les généralistes situés sur la zone couverte par les 2 services d'urgences. De façon arbitraire, en tenant compte de la situation géographique des autres services d'urgences à proximité, nous avons pu établir une liste du nombre de médecins généralistes exerçant sur :

- Un périmètre de 20 km autour d'Amboise
- Un périmètre de 30 km autour du Blanc

De cette manière, en utilisant notamment les annuaires téléphoniques, nous avons pris contact avec chacun des médecins afin d'évaluer s'il y a une proposition de plage de consultations sans rendez-vous.

En prenant les chiffres obtenus auprès du CDOM de l'Indre et de l'Indre et Loire, nous avons pu indiquer le nombre de médecins exerçant sur les 2 départements, à titre informatif.

Enfin, nous avons recueilli le nombre de passages pour l'année 2020 et la répartition selon le CCMU (cf Annexe 3) pour chacun des établissements, à titre informatif.

## Résultats :

La spécificité de notre étude est que nous allons comparer deux services d'urgences médicales adultes l'un en milieu rural profond, l'autre en milieu plutôt urbain. Mais ayant tous deux pour vocation d'être polyvalents : prise en charge pédiatrique, gynécologique, psychiatrique...

### Caractéristiques de la population étudiée :

Nous avons recueilli 82 questionnaires auprès du service d'urgence d'Amboise, et 81 questionnaires auprès de celui de la ville du Blanc.

**Table 1 : Caractéristiques de la population sondée et comparaison des 2 sites :**

<b>Données</b>	<b>LE BLANC</b>	<b>AMBOISE</b>
<b>Sexe</b>		
F	43	44
M	38	38
<b>Age</b> <i>(1 sans réponse au Blanc)</i>		
0 et 9 ans inclus	12	2
10 et 19 ans inclus	<b>14</b>	8
20 et 29 ans inclus	<b>14</b>	<b>19</b>
30 et 39 ans inclus	5	8
40 et 49 ans inclus	10	<b>17</b>
50 et 59 ans inclus	4	8
60 et 69 ans inclus	11	4
70 et 79 ans inclus	7	7
80 et 100 ans inclus	3	8
Moyenne d'âge	35,9 ans	43,4 ans
<b>Catégories socio professionnelles</b>		
Agriculteur	2	0
Cadre	2	4
Chômeur	6	1
Employé	<b>32</b>	<b>24</b>
Etudiant	7	2
Non indiqué	7	<b>20</b>
Ouvrier	3	12
Retraité	<b>19</b>	16
Sans activité	3	3
<b>Avez-vous un médecin traitant ?</b>		
Non	4	4
Oui	77	78
<b>Motif de visite aux urgences ?</b>		
Accident vie courante	9	6
Autres	5	6
Douleurs au pied / Cheville	6	3

Douleurs dentaires	5	1
Douleurs dorsales	6	7
Douleurs genoux	5	4
Douleurs jambes	1	4
MT absent ou non disponible	4	0
Non indiqué	6	10
Problème neurologique	3	7
Problème ophtalmologique	1	0
Problèmes cutanés	9	6
Problèmes ORL	6	1
Psychiatrie	1	1
Symptômes respiratoires et infectieux	5	10
Symptômes digestifs	9	9
Gynécologie	0	1
Symptômes cardiovasculaires	0	3
Douleurs bras	0	3
<b>Adresser par le MT</b>		
Non	78	62
Oui	3	19
Non indiqué	0	1
<b>Avez-vous essayé de joindre le MT ?</b>		
Non	30	34
Oui	51	41
Non indiqué	0	7

#### Parcours de soins des patients :

Nous avons analysé les parcours des patients n'ayant pas été orientés par leur médecin traitant, et résumons les résultats :

Parcours des patients du SAU au CHIC d'Amboise :

Sur les **82 questionnaires**, nous notons 19 personnes adressées après consultation de leur médecin traitant, contre 62 venues directement au SAU. 1 seul n'a pas répondu à la question :

- 19 ont été adressées au SAU dans les suites d'une consultation avec leur médecin traitant :

Sur les 19 patients, 16 ont été orientés après consultation avec leur MT qui a jugé que cela était urgent.

Les motifs d'orientation par le MT de ces 19 patients au SAU d'Amboise sont : [fréquence du motif]

- Neurologique [4] : vertiges, perte de connaissance ...
- Symptômes digestifs [4] : douleur en fosse iliaque droite, vésiculaire
- Symptôme respiratoire/infectieux [3] : toux, dyspnée

- Piqure d'insecte, demande psychiatrique, bilan hépatique perturbé, lombalgie, problème de sonde urinaire et une suspicion d'embolie pulmonaire.
- 2 n'ont pas précisé leur motif. (Il s'agit également des 2 patients n'ayant pas essayé de joindre le MT)

3 y ont été adressés faute de disponibilité du médecin traitant pour un nouveau contrôle.

Pour les 62 patients s'étant présentés directement aux urgences d'Amboise : 29 avaient essayé de joindre leur médecin traitant, contre 32 qui ne l'ont pas fait, 1 seul n'a pas répondu.

- Les 29 patients ayant décidé de venir après avoir essayé de joindre leur MT, ont choisi cette option car :
  - o **15 dont le MT n'était pas disponible pour les recevoir**
  - o **9 n'ont pas eu de réponse en appelant leur MT**
  - o 2 dont les rendez-vous furent annulés à leur demande (RDV trop tard)
  - o 3 orientés par leur MT au SAU car jugé urgent

Je note que 7 personnes parmi les personnes ayant essayé de joindre leur MT, ont essayé de consulter un confrère généraliste, et 1 personne s'est présentée au SAU car son MT qui réalise des CL n'était pas disponible (jour ne correspondant pas au jour dédié à la consultation libre sans rendez-vous).

A propos des 32 patients n'ayant pas été adressés par leur MT, et qui n'ont pas non plus essayé de le joindre, les motifs évoqués sont :

- 13 d'entre eux ne se sont pas justifiés (parmi eux, 2 qui n'ont pas de MT)
- 6 indiquent un caractère urgent « trop mal » par exemple
- **4 signalent ne pas avoir de médecin traitant disponible**
- 3 ont été directement adressés au SAU : soit par le spécialiste qui avait donné cette consigne, soit dans les suites d'un accident à l'école ou au travail
- 2 trouvent le délai de rendez-vous trop long
- 1 n'a pas de médecin traitant
- 1 trouve que son médecin traitant est trop éloigné géographiquement
- 1 personne évoque un défaut d'argent pour aller consulter son médecin traitant
- 1 personne trouve plus facile d'aller aux urgences

## Parcours des patients du SAU au CH Le Blanc :

Sur les **81 questionnaires recueillis**, à la première question sur l'orientation par le médecin traitant, 3 déclarent avoir vu leur médecin traitant au préalable, contre 78 qui n'ont pas consulté leur MT.

- Sur les 3 patients adressés par leur MT après consultation, ils ont tous les 3 rappelé leur MT et les motifs furent 2 douleurs abdominales et une diarrhée persistante.
- Pour les 78 patients non vus par leur MT, 49 ont essayé de le joindre, contre 29.

Parmi les 49 patients, non adressés par leur MT, et ayant essayé de le joindre :

- **Pour 33 d'entre eux, le médecin traitant n'était pas disponible**
- **9 n'ont pas réussi à avoir de réponse téléphonique**
- 3 ont pu obtenir un rendez-vous mais l'ont annulé car trop tardif, ou non disponible
- 1 seul recherchait un rendez-vous chez le dentiste
- 3 sont orientés par leur MT car le motif est jugé urgent

On note que parmi ce groupe de 49 patients, 13 ont essayé de joindre un confrère généraliste devant l'absence de disponibilité ou de réponse de la part de leur médecin traitant. 9 patients qui n'ont pas trouvé leur médecin traitant disponible furent orientés par celui-ci au SAU.

En ce qui concerne les 29 patients n'ayant pas été adressés par leur MT, et qui n'ont pas essayé de le joindre :

- **7 patients estiment ne pas trouver de rendez-vous** (savent que le MT n'est pas disponible, ou en vacances, ou absent ce jour-là)
- 6 ne se sont pas justifiés
- 5 patients pensent qu'aller voir leur MT est inutile (faute de compétence, ou parce que le traitement n'a pas été efficace...)
- 4 souhaitent avoir un examen complémentaire type radiographie
- 4 n'ont pas pensé à appeler leur MT
- 2 pensent que la prise en charge sera plus rapide au SAU
- 1 personne a été victime d'un accident sur le lieu de travail

Critère de jugement principal :

Le critère de jugement principal « Si votre médecin traitant avait eu des plages de consultations libres sans rendez-vous, auriez-vous d'abord été à ses consultations libres ? » au CHIC d'Amboise :

On peut analyser la réponse à cette question en fonction de plusieurs critères : nous allons voir les arguments **en faveur de la consultation libre sans rendez-vous**, en sa défaveur, et nous essayerons de voir quelle tranche d'âge, de profession, et le parcours des sujets.

On dénombre 53 sujets répondant « oui » à la question des consultations libres sans rendez-vous : ils le justifient par :

- Pour 27 d'entre eux : aucune justification n'a été précisé
- Pour 12 d'entre eux : ils **préfèrent leur médecin traitant** ou médecin généraliste : on note 9 réponses liées au « suivi », « confiance », « parce que c'est mon médecin traitant », « il me suit », « proximité », et 3 réponses de type « je n'aime pas les urgences ».
- 5 estiment que la prise en charge chez le médecin traitant est **plus rapide**
- 5 veulent **éviter d'encombrer les urgences**
- 3 personnes notent que leur motif n'est pas urgent
- 1 seul indique qu'il n'y a pas de service d'urgence à proximité de chez lui.

La répartition de ces patients sur leur critères personnels montre :

- 30 femmes et 23 hommes favorables aux consultations libres sans rendez vous
- Moyenne d'âge : 43,7 ans
- Tranches d'âge représentées par ordre décroissant : 20-29 ans (14 sujets) ; 40-49 ans (12 sujets) ; 50-59 ans (7 sujets) ; 30-39 et > 80 ans (5 sujets chacune), 60 à 69ans et 70 à 79 ans (3 sujets chacune), 10-19 ans (4 sujets)
- 32 d'entre eux avaient essayé de joindre leur médecin traitant, contre 16, 5 n'avaient pas répondu à la question.
- Le motif de consultation de ces patients était :
  - o 11 n'ont pas indiqué le motif de leur passage aux urgences
  - o 7 pour une douleur abdominale ou plainte digestive
  - o 7 pour morsure/piqûre d'insecte, animal ou réaction cutanée
  - o 4 pour douleur de jambe(s), 4 pour douleur du dos,
  - o 3 pour des douleurs de bras, 3 pour douleurs de genou, 3 pour vertiges, 3 pour symptôme respiratoire ou infectieux.

- 2 pour douleurs de cheville, 2 pour malaise
- De façon isolée, une cervicalgie, une douleur sur sonde urinaire, une suspicion d'embolie pulmonaire et une « sciatique paralysante »
- En ce qui concerne l'existence de CL chez leur médecin traitant :
  - 21 personnes indiquent que leur MT ne fait pas de consultations libres sans rendez-vous
  - 13 personnes indiquent que leur MT pratique les consultations libres sans rendez-vous
  - 10 ne savent pas si leur MT en propose.
  - 9 n'ont pas précisé si leur MT faisait ou pas des consultations libres sans rendez-vous.

**Au total, pour le CHIC D'AMBOISE :**

**69,7% des patients auraient d'abord consulté leur MT avant de venir aux urgences, si celui-ci réalisait des CL. Ce résultat est concordant avec le nombre de patients ayant essayé de joindre leur médecin traitant, ce qui montre une réelle volonté des patients à voir leur MT. On note également que les passages au SAU pour « médecin indisponible, non joignable » correspond à 37,8% des patients.**

**Le choix de la consultation sans rendez-vous est dominé par : la qualité de médecin traitant/relation de confiance et suivi, la rapidité de prise en charge et enfin le souhait de ne pas encombrer les urgences.**

En ce qui concerne les patients répondant « non » à la question des consultations libres sans rendez-vous : 23 avaient répondu ne pas vouloir aller en CL avant de venir au SAU : ils le justifient par :

- 8 estiment que c'est urgent
- 4 ont été adressés au SAU par le spécialiste/MT ou le 15
- 3 ne le justifient pas, 3 trouvent que la prise en charge est plus rapide au SAU, et 3 recherchent un examen complémentaire (radiographie, test covid...)
- 1 trouve que le SAU est plus proche et n'a pas de moyen de transport, 1 n'a pas de moyen de paiement.

La répartition de ces patients sur leur critères personnels montre :

- 13 hommes et 10 femmes
- Tranches d'âge par ordre décroissance : 20-29 ans (5 sujets) ; 10-19 ans et 40-49 ans (4 sujets chacune) ; 30-39 ans (3 sujets) ; 50-59 ans et 70-79 ans (2 sujets chacune) 1 patient de 63 ans, 4 mois et 83 ans.
- Moyenne d'âge : 37, 2 ans
- Motifs de consultation de ces patients :
  - Grosse toux
  - Hémorragie
  - Retrait de stérilet
  - Demande psychiatrique
  - Douleurs genou
  - Hémoptysie
  - Piqure d'insecte
  - Suppuration de plaie
  - Pas de moyen de paiement
  - Brulure digestive
  - Bilan hépatique perturbé
  - 2 dyspnées
  - Douleur dentaire
  - Fièvre
  - Douleurs de cheville
  - Tension élevée/étourdissement
  - Suspicion de covid
  - Vertige post traumatisme crânien
  - Douleur dos
  - Douleur thoracique
  - Plaie scalp
- Pour ces patients : 7 avaient essayé de joindre leur MT, 16 n'ont pas essayé
- Sur les 7 patients qui ont essayé de joindre leur MT, 5 avaient déjà consulté leur MT qui les a ensuite adressés au SAU
- Pour les 16 patients qui n'ont pas essayé : 8 n'ont pas expliqué pourquoi ils n'avaient pas essayé de joindre leur MT, 3 estiment que c'est urgent, 2 n'ont pas trouvé leur MT disponible, 1 a été orienté par le spécialiste, 1 n'avait pas de moyen de paiement et 1 n'avait pas de MT.
- En ce qui concerne l'existence de CL chez leur médecin traitant :
  - 5 personnes précisent que leur MT propose des consultations libres
  - 10 ne savent pas si leur MT propose des consultations libres
  - 8 n'ont pas précisé cette information

En fait, sur tous les questionnaires du CHIC d'Amboise :

19 personnes qui ont précisé que leur MT propose des CL : 12 sont favorables à la CL, contre 5 non, et 2 n'ont pas répondu.

**21 personnes qui ont précisé que leur MT ne propose pas de CL et pour toutes ces personnes, elles répondent « oui » à la CL.**

20 personnes ne savent pas si le MT fait des CL, et parmi elles 10 répondent « oui », 10 répondent « non » à la CL.

22 personnes n'ont pas précisé si le MT fait ou pas des CL : 9 répondent « oui » à la CL, 9 répondent « non » à la CL et 4 n'ont pas du tout répondu à la question.

**Au total, au CHIC d'AMBOISE :**

**Le choix de s'orienter d'abord au SAU et le refus de la CL semble être liés au fait que le patient ressent un degré d'urgence, puis parce que le sujet a été préalablement orienté vers ce service puis de façon secondaire parce que le sujet semble trouver la prise en charge plus rapide et obtenir un examen complémentaire.**

**On retrouve une concordance avec le nombre de patients qui n'a pas essayé de joindre son MT qui est majoritaire pour ce groupe de patients. Il semble y avoir plus d'hommes que de femmes dans ce groupe comparativement à l'ensemble de la population sondée au CHIC d'Amboise.**

Le critère de jugement principal « Si votre médecin traitant avait eu des plages de consultations libres sans rendez-vous, auriez-vous d'abord été à ses consultations libres ? » au CH du Blanc :

Pour les 81 questionnaires recueillis au CH du Blanc, on trouve 58 réponses favorables à la CL, et 21 défavorables à celle-ci, 2 n'ont pas répondu.

Parmi les 58 patients favorables à la consultation libre sans rendez-vous avant d'aller au SAU :

- 22 ne se sont pas justifiés sur leur choix
- **15 veulent éviter d'encombrer le SAU**
- **14 préfèrent leur médecin traitant** : le terme « conseil », « suivi », « confiance »
- 3 sont favorables car leur motif **n'est pas urgent**
- 3 trouvent que cela serait plus rapide/plus proche pour eux
- 1 seul pense que son MT lui donnera le diagnostic

La répartition de ces patients sur leur critères personnels montre :

- 32 femmes, 26 hommes
- Moyenne d'âge : 32,4 ans
- Tranches d'âge par ordre décroissant : 10-19ans et 20-29 ans (11 sujets chacune) ; 0-9 ans (10 sujets) ; 60-69 ans (9 sujets) ; 40-49 ans (5 sujets) ; 70-79 ans et 30-39 ans (4 sujets chacune) ; 50-59 ans (2 sujets) ; 1 sujet de 81 ans, 1 sujet âge non précisé.
- Parmi ces 58 patients favorables à la CL, 43 avaient essayé de joindre leur MT, contre 15.
- Leurs motifs de consultation sont :
  - 6 ont une plainte ORL de type otalgie, 6 pour symptôme cutané (éruption, plaie) 6 pour symptôme digestif (douleur abdominale, vomissement ou diarrhée)
  - 5 n'ont pas précisé le motif
  - 4 pour douleur du dos, 4 morsures de chien/insecte, 4 par faute de médecin disponible (sans motif médical précisé)
  - 3 pour douleur dentaire, 3 douleurs de pied, 3 douleurs de genou
  - 2 vertiges
  - De façon isolée : 1 chute, 1 fatigue, 1 piercing, 1 angoisse, 1 mal au bras, 1 angine, 1 « mal au zizi », 1 mal à la jambe, 1 mal à la hanche, 1 douleur de cheville, 1 hémoptysie et une dyspnée
- En ce qui concerne l'existence de CL chez leur médecin traitant :
  - 22 personnes n'ont pas précisé si leur MT propose des CL
  - 15 ont répondu que leur MT ne propose pas de CL
  - 12 ont répondu que leur MT propose des CL
  - 9 ne savent pas si leur MT propose des CL

**Au total, pour le CH du Blanc, 72,5% des patients sont favorables à la CL sans avant d'aller au SAU, si leur médecin le proposait. Ce résultat est concordant avec le nombre de patients ayant essayé de joindre leur médecin traitant, ce qui montre une réelle volonté des patients à voir leur MT. Le recours au SAU faute de disponibilité ou de réponse du MT correspond à 60% des patients.**

**Ce choix est justifié en priorité pour éviter d'encombrer les services d'urgences, parce qu'ils préfèrent être vu par leur médecin traitant qui les suit, les conseille. La rapidité/proximité et le caractère non urgent arrivent en troisième position.**

Pour les 21 patients ayant répondu de façon négative à la question du critère de jugement principal, leur choix est justifié par :

- 5 préfèrent aller au SAU : les termes « vouloir une radiographie », « plus rapide », « plus efficace » ont été évoqués
- 4 ne sont pas satisfaits de leur MT : « ne peut pas savoir ce que j'ai », « traitement non efficace »
- 3 ne se sont pas justifiés, 3 sont trop éloignés de leur MT
- 2 indiquent qu'il y a trop d'attente en consultation libre sans rendez-vous
- 1 précise que c'est urgent, 1 a été orienté par son MT, 1 a eu un accident sur le lieu de travail, 1 juge que c'est inutile.

La répartition de ces patients sur leur critères personnels montre :

- Il y a 11 hommes et 10 femmes
- La moyenne d'âge est de 43,2 ans
- Les tranches d'âge par ordre décroissant : 40-49 ans (4 sujets) ; 10-19 et 20-29 ans (3 sujets) ; 2 sujets pour les tranches 0-9 ans, 50-59 ans, 60-69 ans, 70-79 ans et > 80 ans, et 1 sujet de 34 ans.
- 14 n'avaient pas essayé de joindre leur MT, 7 ont essayé.
  - o Pour ceux qui ont essayé de le joindre : 4 dont le MT n'était pas disponible, 2 pour lequel le MT leur a conseillé d'aller au SAU, 1 qui a été orienté après consultation de son MT
- Les motifs de consultations sont :
  - o 3 plaies de main, 3 symptômes digestifs (douleur abdominale, constipation)

- 2 douleurs d'épaule, 2 douleurs de genou
  - De façon isolée : douleur dentaire, d'orteil, de dos, 1 piqure d'insecte, un corps étranger dans l'oreille, 1 dyspnée, 1 trouble visuel, 1 douleur de pied, 1 fièvre, 1 plainte pédiatrique douloureuse, 1 « sensation de tétanie des 4 membres ».
- En ce qui concerne l'existence de CL chez leur médecin traitant :
- 6 personnes ont dit que leur MT ne faisait pas de CL
  - 6 personnes n'ont pas précisé si leur MT faisait des CL
  - 5 ne savent pas si le MT fait des CL
  - 4 précisent que le MT fait des CL

En fait, sur tous les questionnaires du CH Le Blanc :

17 personnes qui ont précisé que leur MT propose des CL : 12 sont favorables à la CL, contre 4 non, et 1 n'ont pas répondu.

**21 personnes qui ont précisé que leur MT ne propose pas de CL, 15 d'entre elles répondent « oui » à la CL, 6 ne sont pas favorables.**

14 personnes ne savent pas si le MT fait des CL, et parmi elles 9 répondent « oui », 5 répondent « non » à la CL.

29 personnes n'ont pas précisé si le MT fait ou pas des CL : 22 répondent « oui » à la CL, 6 répondent « non » à la CL et 1 n'a pas du tout répondu à la question.

**Au total, pour le CH du Blanc :**

**Concernant les patients défavorables à la CL auprès de leur MT, les arguments donnés sont d'abord la préférence pour le SAU (en termes d'examen complémentaire, de diagnostic, de rapidité), puis par défaut de résolution de leur problématique par leur MT, enfin pour des soucis géographiques et pratiques.**

**Leur choix est concordant avec le fait qu'une majorité n'a pas essayé de joindre leur MT. Pour ceux qui ont essayé, leur MT n'était souvent pas disponible voir leur avait conseillé d'aller au SAU.**

Nous avons recueilli les résultats pour le critère de jugement principal de notre étude. On note ici, que pour le CH d'Amboise ou du Blanc, la majorité des patients est favorable à la consultation sans rendez-vous chez son médecin traitant avant d'aller consulter au SAU.

L'après SAU :

Pour le CH du Blanc : on note 28 personnes qui ne retourneront pas chez leur médecin traitant après leur passage au SAU, **37 iront consulter leur MT**, et 16 ne savaient pas ou n'ont pas répondu à la question.

Pour le CHIC d'Amboise : **34 ont précisé qu'ils retourneraient consulter leur MT** après leur passage au SAU, 29 n'iront pas voir leur MT et 19 n'ont pas répondu à la question.

Nous n'avons pas analysé les résultats à la question du nombre de passages dans l'année au SAU, par défaut de réponses suffisantes.

## Démographie médicale et offre de soins :

Historique :

A partir du rapport réalisé à l'Assemblée Nationale en novembre 2021, par le député Sébastien Jumel, je note plusieurs points clés sur la démographie médicale : (20)

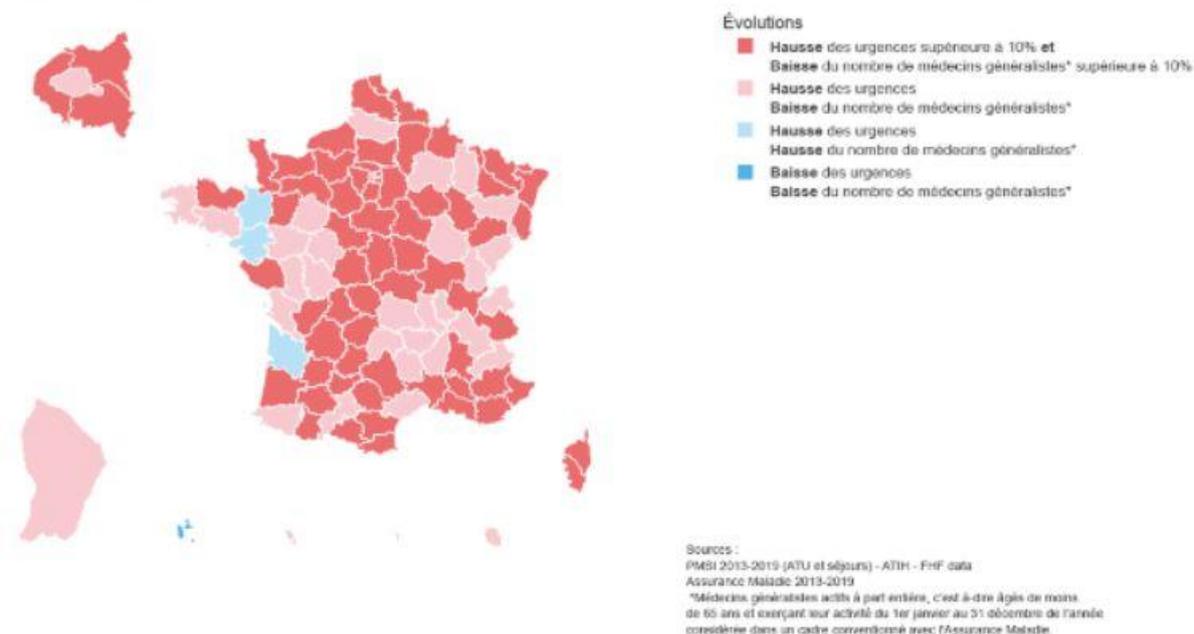
- Au 1<sup>er</sup> janvier 2021 : on dénombre 214 200 médecins âgés de moins de 70 ans en activité :
  - Environ 94 500 sont des médecins généralistes, et 119 700 sont d'autres spécialistes.
  - Entre 2012 et 2021 : il existe une **baisse nationale du nombre de médecins généralistes estimée à 5,6%, alors qu'il existe une augmentation du nombre d'autres spécialistes de 6,4%**. La création de 2 spécialités en 2017 (médecine gériatrique et urgentiste) et la conséquence du numérus clausus participent à cette baisse du nombre de généralistes, malgré la suppression de ce même numérus clausus en 2020.
  - La densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants est passée de 153 à 140.

Par conséquent, les services d'urgence sont saturés à cause de l'augmentation de la demande de soins, mais aussi de la baisse du nombre de généralistes. C'est ce qui est constaté au rapport du Sénat de 2017 :

**43 % des passages aux urgences relèvent d'une simple consultation médicale et 35 % auraient pu obtenir une réponse auprès d'un médecin généraliste.**

*A noter, la problématique de l'inégalité de répartition des professionnels de santé touche également les pharmaciens, dentistes, sages-femmes...*

Évolutions croisées du nombre de passages aux urgences et du nombre de médecins généralistes\*  
entre 2013 et 2019



Source : Fédération hospitalière de France, 2021.

A partir de l'atlas de la démographie médicale édité par le CNOM en janvier 2021, nous pouvons constater : (21)

- Variations du **nombre de médecins généralistes en activité régulière** entre 2010-2021 et 2020-2021 pour l'Indre et Loire, respectivement : +0,8% et -1,5%.
- Tandis que pour l'Indre, on note une baisse de 26,8% entre 2010 et 2020, et une baisse de 1,5% entre 2020 et 2021.

D'après la DREES, la diminution du nombre de médecins devrait continuer jusqu'en 2024 du fait des *numerus clausus* faibles des années 1990 et des cessations d'activité de générations nombreuses, entrées avant ce resserrement. Ensuite, les effectifs projetés de médecins devraient augmenter légèrement entre 2024 et 2030, puis de façon plus importante, à la suite notamment de la fixation d'un nombre d'entrants en deuxième année de formation sur la période étudiée plus élevé, correspondant aux *numerus clausus* observés sur la période récente puis à sa suppression à partir de 2020.

De plus, selon les hypothèses de la DREES, le **nombre de médecins généralistes** va diminuer sur une plus longue période que le nombre de médecins avec une autre spécialité. Ainsi, les effectifs de médecins généralistes devraient diminuer entre 2021 et 2026 (passant de 95 400 à 92 300), pour n'augmenter qu'ensuite.

Contexte local/état actuel :

A l'échelle départementale :

	CHIC d'Amboise	CH du Blanc
Localisation	Indre et Loire	Indre
Nombre d'habitants <sup>6</sup>	20 000 Amboise et environs	12 000 Le blanc et environs
Population départementale 2019 <sup>7</sup>	608 500 habitants	217 312 habitants
Nombre de médecins généralistes installé/1000 habitants	1/1041	1/1595
Nombre de passages par an (2020)	<b>11 686 passages</b> <b>Dont 685 CCMU1 et 10 036 CCMU 2</b>	<b>7502 passages</b> <b>Dont 2404 CCMU 1 et 2858 CCMU 2</b>
Type de population	Urbain	Rural profond
Nombre de médecins généralistes <sup>8</sup>	584 médecins installés, 96 remplaçants	136 médecins installés, 11 remplaçants
Nombre de médecins réalisant des consultations libres sans rendez-vous	90 médecins généralistes interrogés : 9 non joignables <b>3 réalisant des CL</b> 5 ont arrêté à la suite du covid 2 ont indiqué faire des CL en cas d'urgence uniquement.	39 médecins généralistes interrogés : 3 non joignables <b>6 réalisant des CL</b> (4 dans l'Indre et 2 dans la Vienne) 6 ont arrêté à la suite du covid (4 dans la Vienne et 2 dans l'Indre) 3 ont indiqué faire des CL en cas d'urgence uniquement (dans la Vienne).
Distance du CH de référence	26km (Tours) 66 km (Blois)	60 km (Châteauroux) 56 km (Poitiers) 32 km (Montmorillon)
Services associés sur l'hôpital	EHPAD : 446 lits Chirurgie : 25 lits Gériatrie : 28 lits Pneumologie- cardiologie : 27 lits SSR : 29 lits + 5 lits Diabétologie : 25 lits MPR : 28 lits	Médecine polyvalente : 30 lits Médecine ambulatoire : 16 lits Chirurgie : 6 lits EHPAD : 145 lits USLD : 30 lits SSR : 50 lits
Capacité du service des urgences	1 salle de déchocage 4 salles de traumatologie 4 salles d'examen 4 lits d'HTCD 1 antenne SMUR/hélistation	1 salle de déchocage 1 salle de pédiatrie 3 salles d'examen 1 salle plâtre 1 antenne SMUR/hélistation 3 lits d'HTCD

<sup>6</sup> Source : INSEE

<sup>7</sup> Source : INSEE

<sup>8</sup> CDOM Indre et Indre et Loire

Pour l'Indre et l'Indre et Loire, plusieurs organismes concourent à répondre aux SNP :

	Indre	Indre et Loire
PDSA	UM 36 <sup>9</sup> SAS* MMG Service de médecine <sup>10</sup> CH La Chatre (dédié au SNP)	SOS médecin <sup>11</sup> SAS* MMG
Service d'urgence hospitalier	CH Châteauroux CH Le Blanc CH d'Issoudun	CHRU Trousseau CHIC d'Amboise/Chateaurenault CH Chinon CH Loches CHRU Clocheville/Bretonneau Pôle Vinci/Site Alliance, NCT
Offre de soins libérale	Centre de santé Issoudun <sup>12</sup>	

\*Concernant, l'Indre et l'Indre et Loire fin 2021-début 2022 :

- **L'Indre** est l'un des 22 départements sur 13 régions en France, pilote du projet SAS « Service d'Accès aux Soins » (23) : concrètement, l'utilisateur en demande de soins, qui n'a pas pu être reçu par son médecin traitant, appelle le 116 117. Cette plateforme de régulation peut lui proposer :
  - Un conseil médical
  - Transmission d'une ordonnance en pharmacie
  - Une consultation avec un médecin dans le département susceptible de le recevoir dans un délai de 48h.

Ce dispositif actif entre 8h et 20h, tous les jours de la semaine viserait à pallier à la « perte de chance » lié à l'absence temporaire ou permanente du médecin traitant pour 15% des Indriens. Il a aussi pour promesse d'offrir une réponse adaptée à ces 80% d'appels émis vers le 15 qui ne sont pas des urgences médicales.

<sup>9</sup> Ouvert 24h/24h, 7j sur 7, 365j/an, dédié au patient n'ayant pas pu accéder à son MT, ou sans MT

<sup>10</sup> Ouvert 24h/24h, 7j sur 7, 365j/an. Accueil par IDE et médecin d'astreinte.

<sup>11</sup> Ouvert de 7h à minuit, permanence téléphonique de 7h à 22h, pas de visite, plus de permanence de minuit à 8h depuis le 22/04/2022. (22)

<sup>12</sup> Maison médicale maison médicale de Neuvy-Pailloux : rattachée au CH, 6 MG avec possibilité de MT, sur rdv uniquement, horaires limités.



- **L'Indre et Loire**, également département pilote, propose une approche différente du SAS : l'utilisateur appelle le 15, le SAMU Centre 15 oriente l'appel : (24)
  - Soit vers le volet ambulatoire, avec la possibilité de prescription directement vers la pharmacie, ou l'établissement d'un conseil médical par le médecin régulateur.
  - Soit vers le volet aide médicale d'urgence AMU, qui pourra l'orienter vers un médecin volontaire réalisant du SNP, selon un arbre décisionnel pré établi.

L'organisation de la permanence des soins et celle de la prise en charge des urgences sont complémentaires.

On retiendra pour notre étude que les 2 villes sont finalement pourvues de la même offre de soin : il n'y a pas d'UM/SOS médecin à Amboise ni au Blanc. Seul le nombre de généralistes fait la différence.

PDSA dans le 37 et dans le 36 : l'exemple des SAS :

Parmi les 12 mesures retenues par Agnès Buzin dans le pacte de refondation des urgences (25), faisant parti du projet « Ma Santé 2022 », la première d'entre elles est :

« METTRE EN PLACE DANS TOUS LES TERRITOIRES UN SERVICE DISTANT UNIVERSEL POUR REpondre A TOUTE HEURE A LA DEMANDE DE SOINS DES FRANÇAIS : **LE SERVICE D'ACCES AUX SOINS (SAS)** »

*Projet porté pour une somme de 340M€ (à titre indicatif).*

Tout part d'un premier constat, national et européen : celui de l'augmentation continue de l'activité des services d'urgence doublant d'ailleurs son nombre de passages par 2, en 20 ans, soit 21 millions de passages par an en 2017. Ce point a bien été détaillé dans le bilan réalisé par le député bordelais Thomas Meusnier (8) sur les causes et conséquences de la situation actuelle des soins non programmés.

La création du SAS se justifie par le constat suivant :

**« 43 % des patients accueillis aux urgences pourraient être pris en charge dans un cabinet, une maison ou un centre de santé, sous réserve d'avoir pu trouver un rendez-vous le jour même où le lendemain. L'afflux encore trop systématique aux urgences provient en partie du fait que l'accès aux soins sans rendez-vous mais urgents repose aujourd'hui sur des canaux multiples, sans qu'aucun ne soit ni exhaustif ni complet dans son offre. Que ce soit pour la prise de rendez-vous, pour des conseils médicaux ou encore une téléconsultation, il existe une trentaine de services et de canaux différents sur le territoire et l'utilisateur n'est pas toujours en mesure d'en tirer tout le bénéfice »**

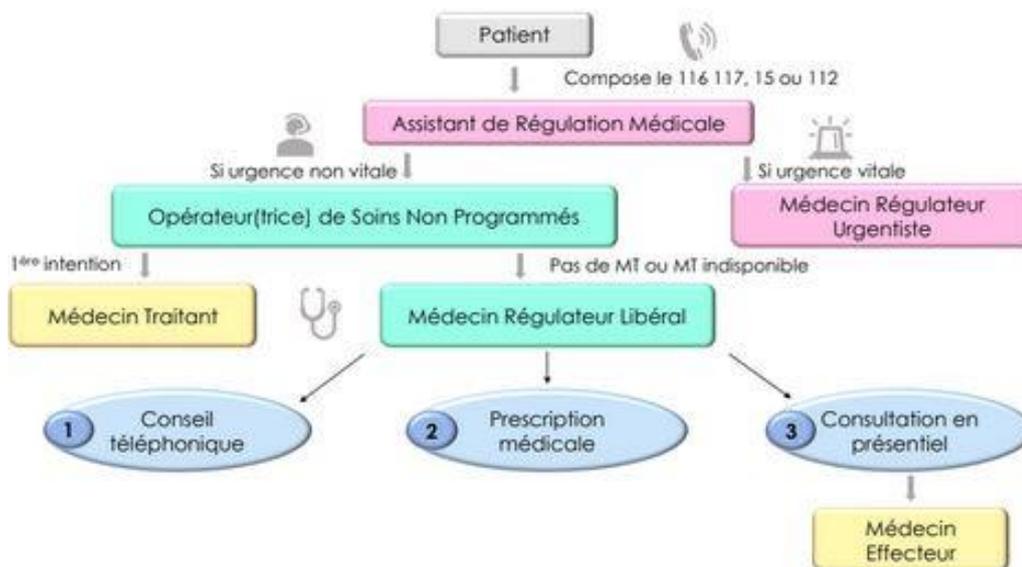
Pour se faire, le SAS s'organise entre le SAMU et les CPTS récemment créés, afin d'améliorer la coordination ville hôpital dans la prise en charge de ces patients

**« Le service d'accès aux soins (SAS) permettra, en fonction des besoins de chaque patient et de l'urgence de chaque situation, d'obtenir un conseil médical et paramédical, de prendre rendez-vous pour une consultation avec un médecin généraliste dans les 24 heures, de procéder à une téléconsultation, d'être orienté vers un service d'urgence ou de recevoir une ambulance. Le SAS intégrera également un outil en ligne cartographiant les structures disponibles à proximité de chez soi pour répondre à sa demande de soins : cabinet médical ou paramédical, pharmacie de garde, service d'urgence avec estimation du temps d'attente pour les soins courants etc. »**

Voyons quel type de « SAS » proposent les départements des sites que nous avons questionnés.

#### **A) SAS du 36 :**

Après discussion avec la chargée de coordination du SAS 36, j'ai pu comprendre le fonctionnement actuel. Il s'agit d'un numéro unique 116-117, ou via le 15/112 qui permet à tout usager d'avoir accès à un médecin régulateur.



Il s'adresse à l'utilisateur : de passage dans la région ou n'ayant pas de médecin traitant, ou dont le médecin traitant n'est pas disponible.

Elle s'organise entre les CPTS/ESP (Equipe de Soins Primaires) et le CH de Châteauroux.

Ce projet a débuté fin 2021, et il a pu être noté :

- Pour les premiers chiffres, débuté en avril 2022 : l'analyse de l'issue des appels SAS 36 montre une répartition :

45% : un conseil médical

40% : une consultation médicale

11% : une ordonnance médicale

4% : autre

- La provenance des appels pour avril 2022 : la source majoritaire des appels (47%) provient de Châteauroux et Co (La CPTS Châteauroux and CO couvre un territoire de 15 communes dont Valencay et La Châtre. Elle représente 75 000 habitants et 365 professionnels de santé). Les appels en provenance de la zone qui concerne notre population d'étude (CPTS des mille étangs) correspondent à 4% de appels en avril 2022.

**La problématique rencontrée par le SAS du 36 repose sur la difficulté à avoir suffisamment de médecins régulateurs libéraux.**

Ce système semble être prometteur, et l'avancée souhaitée serait de proposer des visites à domicile pour les patients n'ayant pas de MT ou dont le MT n'est pas disponible. Ces visites seraient réalisées par des IDE, qui auraient accès à une « trousse médicale » comportant le

matériel médical de base. Ainsi, un médecin à distance pourrait via l'IDE, réaliser les soins médicaux. Le SAS a été présenté de façon systématique à tous les médecins généralistes appartenant à une CPTS dans l'Indre. L'information est diffusée dans les services d'accueil des urgences de l'Indre, mais pas suffisamment. Cela du fait qu'il reste encore assez difficile de répondre à plus d'appels si celui-ci venait à être d'avantage généralisé auprès des patients.

### **B) Le SAS du 37 :**

Le fonctionnement est un peu différent, il s'agira d'appeler le 15 qui va ensuite orienter vers le SAS, il n'y a pas encore de numéro unique pour le moment. Un **assistant de régulation médicale ARM** oriente l'appel soit vers le régulateur urgentiste, soit vers l'opérateur de soins non programmés OSNP.

L'OSNP ou **médecin régulateur libéral** peut donner un conseil médical ou orienter vers un rendez-vous avec un médecin effecteur volontaire (inclus le SOS médecin).

Le médecin régulateur peut effectuer la régulation dans les locaux du SAMU au CHRU de Trousseau, ou faire de la télérégulation depuis son domicile ou son cabinet (à condition d'avoir une bonne connexion internet). Pour être médecin régulateur dans le cadre du SAS, il faut avoir fait une formation à la régulation. Cette formation permet également de faire de la régulation sur les horaires de la Permanence de Soins Ambulatoires (soirs et WE) dans les locaux du SAMU.

Dans le cadre du SAS 37, il y a 12 créneaux de régulation par jour couvrant la période de 8h à 20h. Le médecin régulateur peut décider d'effectuer un ou plusieurs créneaux de régulation par jour ou par semaine. Le médecin régulateur peut aussi décider de faire plusieurs créneaux de régulation d'affilée. Il n'y a pas de créneaux de régulation minimum ou maximum à respecter, c'est selon votre emploi du temps. Le médecin régulateur est payé le mois suivant sa garde, par la CPAM, à hauteur de

90€ de l'heure avec prise en charge des cotisations pour les médecins de secteur 1.

En ce qui concerne le **médecin effecteur**, il s'engage à prévoir 2 heures de créneaux pour les SNP par semaine pour sa patientèle et pour ceux qui contactent le SAS. Le médecin effecteur reçoit un forfait annuel de 1400 euros de la CPAM pour sa participation au SAS (via le forfait structure).

Après discussion avec la chargée de coordination du SAS 37, les premiers chiffres concernant leur activité :

MOIS	MAI 2022	JUIN 2022	JUILLET 2022
Nombre total d'appels	1185	1241	1165
Nombre total de demandes de RDV	111	105	133
Nombre de rdv donnés	<b>108</b>	<b>102</b>	<b>131</b>
• SOS Médecin			
• Médecin	44	41	55
Effecteurs	64	63	76

Nombres d'appels depuis décembre 2021 : 9654  
- Moyenne d'appels / mois : 1207  
- Nombre de rendez-vous donnés depuis décembre 2021 : 918  
- Moyenne rendez-vous / mois : 115

**Les consultations réalisées représentent 10% du nombre d'appels reçus.**

**Il est noté un décalage entre les rendez-vous demandé par le médecin régulateur et le nombre de consultation réalisé du fait de refus de la part des patients : soit le lieu du rdv est trop loin, horaire ne correspond pas ou préfère aller aux urgences.**

La seconde mesure du pacte de refondation des urgences, moins mise en valeur actuellement concerne :

« RENFORCER L'OFFRE DE CONSULTATIONS MEDICALES SANS RENDEZ-VOUS EN CABINET, MAISON ET CENTRE DE SANTE »

*Projet porté pour une somme de 10M€*

Un soutien appuyé est apporté aux CPTS, dont l'une des nouvelles missions socles obligatoires est de structurer et de rendre plus lisible la prise en charge des soins sans rendez-vous en libéral. À compter de leur adhésion à l'accord conventionnel signé le 20 juin dernier avec les syndicats des différents professionnels de santé, **les CPTS seront soutenues financièrement et disposeront de 6 mois pour initier une organisation des soins sans rendez-vous dans leur territoire, puis de 18 mois pour la rendre totalement effective.**

En appui, le déploiement progressif de plusieurs milliers de postes **d'assistants médicaux**, permis par la signature de l'avenant 7 à la convention nationale des médecins en juin 2019, va libérer du temps médical pour assurer une plus grande prise en charge des patients, notamment

ceux nécessitant des consultations sans rendez-vous... C'est aussi en créant **plus de MMG** (maison médicale de garde) que cette mesure pourrait se concrétiser

Pour apporter autant de moyen que dans les services d'urgences, les mesures suivantes proposent même :

« La pratique d'examens de biologie médicale simples et automatisés (glycémie, gaz du sang, hématologie, marqueurs cardiaques, ionogrammes...) sera rendue possible dans les cabinets libéraux, les maisons et les centres de santé. À l'issue d'une consultation sans rendez-vous, **les patients pourront donc réaliser sans attendre les examens nécessaires dans le même lieu et obtenir leurs résultats dans des délais courts, sous la supervision d'un biologiste médical** ».

## Discussion :

A propos de notre étude, les points forts :

En ce qui concerne le critère principal, on note pour les 2 populations un avis favorable à CL avant d'aller au SAU : 69,7% de « oui » pour le CHIC d'Amboise et 73,4% pour le CH du Blanc.

Grâce à notre étude nous avons observé plusieurs particularités localement.

- **Les motivations de chacune des populations étudiées ne sont pas établies dans le même ordre de priorité :**

En effet, pour le CHIC d'Amboise le fait d'éviter d'encombrer les urgences vient en troisième position contrairement à la population du CH du Blanc qui privilégie cet argument pour s'orienter vers son MT. La préférence pour son médecin traitant est quelque chose de bien ancré pour les deux populations notamment à Amboise où la population favorable justifie son choix pour cette raison principalement.

Il est intéressant de voir que l'argument « urgence ressentie » est présenté en premier argument défavorable au passage en CL à Amboise. Il semblerait que la population associe probablement l'urgence à une prise en charge par le service des urgences.

Tandis que pour le CH du Blanc, l'argument principal fut la demande d'examen complémentaire, ce qui peut peut-être se comprendre du fait de la difficulté d'accès à ceux-ci dans ce département comparativement à l'Indre et Loire ?

Un point à souligner est celui de la qualité de la prise en charge. On peut aussi admettre que la qualité des soins prodigués par le médecin traitant semble influencer les patients dans leur choix d'orientation (notamment pour le CH le Blanc)

Une meilleure qualité médicale aurait probablement pu diminuer le nombre de passages au SAU du CH du Blanc. Notre étude n'est évidemment pas suffisamment puissante et n'aborde pas de façon causale ce point.

- **Le parcours de soins est différent entre les deux populations :**

Il est aussi intéressant de noter que 19 patients du CHIC d'Amboise ont consulté leur médecin traitant avant de venir au SAU contre seulement 3 pour le CH du Blanc.

On peut dire tout au plus, que la possibilité d'accéder au MT semble plus abordable pour la population sondée au CHIC d'Amboise que celle du Blanc (compte tenu du nombre de médecins/pour 100 000 habitants cela semble concordant).

La seconde hypothèse peut aussi être que les MT ont peut-être une facilité à orienter leur patient au CHIC d'Amboise lorsqu'ils jugent la situation urgente, contrairement aux MT du secteur du Blanc. Cela aboutit tout de même à des motifs de passages aux urgences plus proche de « l'urgence » au sens médical du terme pour le CHIC d'Amboise que pour le CH du Blanc. Mais encore une fois, nous ne pouvons pas à priori juger de l'urgence vraie à partir des motifs donnés par les patients.

Enfin de façon anecdotique, notons que certains patients au CH du Blanc n'ont « pas pensé à leur MT », ce qui renforce l'idée que « l'urgent va aux urgences », ou un défaut de connaissance de l'offre de soin chez l'utilisateur.

- **Les âges extrêmes sont aussi représentés :**

Je note en guise d'exemple pertinent, une patiente de 83 ans venue pour « sciatique paralysante », favorable à la CL, qui signale que son MT ne réalise pas de visite à domicile. Il est bien sûr évident que la CL n'a pas résolu la problématique pour les sujets en difficulté d'accès au cabinet de médecine générale, bien que le bon de transport aurait pu être une solution.

Je reste sensible à cette problématique, bien qu'elle ne fasse pas partie du sujet de ce travail de thèse. Elle nous rappelle l'une des qualités indispensables du médecin traitant : la proximité et la disponibilité (Cf Soins primaires).

En ce qui concerne les situations pédiatriques : il y a 19 sujets de moins de 16 ans au CH du Blanc et 8 sujets pour le CHIC d'Amboise. Pour cette population, en faisant l'approximation qu'il s'agit d'une décision parentale, le choix d'une CL est majoritaire au CH du Blanc avec 16 « oui » contre 3 réponses négatives. Pour le CHIC d'Amboise, les avis sont partagés de façon égale.

### Limites de l'étude :

Notre étude a été réalisée dans des conditions sanitaires particulières : la crise du covid 19 a été un chamboulement autant dans la façon pour l'utilisateur d'accéder aux soins (périodes de confinement, arrêt des consultations sans rendez-vous chez les médecins généralistes) mais aussi pour le système hospitalier et libéral.

On a observé plusieurs périodes de grèves par exemple à Amboise, surtout en lien avec le manque de personnel médical, mais probablement aussi par manque de revalorisation de l'activité des urgences.

Sur les deux sites, j'ai eu les mêmes échos : une difficulté à distribuer les questionnaires en période de grandes affluences, et parfois quand la période était trop calme, pas de patient qui répondent aux critères d'inclusion de l'étude.

Enfin, les questionnaires n'ont pas forcément été complétés entièrement, certains n'ont pas pu être récupérés à l'accueil des services, et parfois aussi il y a sans doute eu des confusions sur les questions posées qui mettaient certains patients mal à l'aise. En effet, le retour d'IAO notait que certains patients s'étaient sentis « jugés » ou du moins que nous nous entendions qu'il ne venait pas au SAU pour un motif pertinent.

Il aurait pu être intéressant d'avoir le retour de patient en cabinet de médecine générale, qui bénéficie déjà des consultations sans rendez-vous pour apporter plus de précision sur le ressenti patient de ce type d'activité.

Ce qui a mis un terme à mon étude, reste l'apparition des SAS pour les 2 sites, ce qui risquait de ralentir encore plus le recueil de questionnaires.

Il aurait également été intéressant de connaître le nom des médecins traitant des patients ayant répondu aux questionnaires, afin de vérifier s'ils réalisent des consultations sans rendez-vous et à quelle fréquence.

A noter enfin, que notre étude faisait une approche de la consultation chez un médecin généraliste, il existe un flou entre d'une part la prise en charge ambulatoire par un médecin généraliste lambda comme proposé par SOS médecin, SAS ... et la prise en charge coordonnée, centrée sur le médecin traitant. Cela, nous a paru être plus pratique de parler de médecin

généraliste et non de médecin traitant, pour rester sur un comparatif « ambulatoire versus hospitalier ».

Cela n'empêche pas que notre intime conviction serait que le patient soit pris en charge par son médecin traitant, de part la valeur apportée de la connaissance globale du patient liée au suivi.

Ce point se discute tout de même et est probablement fluctuant : il est évidemment similaire de comparer le médecin traitant à tout autre généraliste lorsqu'il s'agit d'un patient non poly pathologique, ne nécessitant pas de suivi, c'est le patient « jeune » en pratique. Tandis que, lorsqu'il s'agit d'un patient plus âgé associé à plus de pathologies, ou encore à l'enfant/sujet âgé qui sont des cas particuliers/fragiles/évolutifs, on retient tout de même que le médecin traitant par son suivi apporte un « plus » à la prise en charge de soins non programmés.

#### Apports de la littérature :

La demande croissante de soins auprès des services d'urgence reflète un constat alarmant depuis plusieurs années : **celui d'une démographie médicale insuffisante et inégalement répartie en médecin généraliste.**

Nous avons pourtant vu, sur le plan de la santé globale, que le rôle du médecin traitant/de famille est corrélée à une meilleure santé/niveau de santé des individus :

Le rôle et les missions du MG ont pourtant été réaffirmées par l'OMS, la WONCA. Il est primordial pour assurer une santé optimale tant individuelle que collective de maintenir ce parcours de soins coordonnés.

Notre étude montre que sur 2 sites inégalement pourvu en MG/habitant, le comportement des patients pourrait être modifié par la présence de consultations libres sans rendez-vous. En effet, pour ces 2 populations, l'offre alternative aux urgences pour le SNP est similaire. Les patients souhaitent voir leur MT et la prise de rendez-vous est probablement un frein à ce type de demande imprévue.

La principale difficulté des SNP est qu'ils ne peuvent pas être défini à priori. C'est pour cette raison que nous avons privilégié ce mode de réflexion dans cette étude : celui plus concret de questionner les patients, et celui d'évaluer la demande auprès des SAS.

Ce qui nous surprend dans cette étude, est qu'il est finalement souvent question principalement d'urgence ressentie pour le CH d'Amboise, et plutôt de demandes d'examens complémentaires pour le CH du Blanc, chez ceux qui réaffirment leur choix de consulter aux urgences plutôt qu'auprès du MT.

Nous savons que pour répondre à l'urgence ressentie, il est très souvent nécessaire de faire preuve d'écoute, d'empathie, et avoir une connaissance du patient, ses antécédents, son vécu, sa personnalité ... pour le rassurer. Ce n'est pas le propre d'un service d'urgence, ni d'un examen complémentaire.

Et nous confirmons d'ailleurs cette nécessité d'écoute de « l'urgence ressentie » comme l'indique le constat d'avril 2022 avec une majorité des appels SAS 36 aboutissant à un conseil médical.

Examens complémentaires :

Quant à la problématique de l'examen complémentaire, plusieurs raisons expliquent son recours :

- Demande exagérée ou non de la part du patient qui n'est plus ignorant des moyens techniques.
- Difficulté d'accès aux examens complémentaires : par saturation, **défaut de fluidité de la communication entre centre radiologique et cabinet généraliste ...**
- Ce souci permanent du « médico-légal » qui oblige parfois à réaliser, bilancer des symptômes sans fondement scientifique suffisant, par gestion de l'urgence de façon balisée (éliminer le grave).

**Mais avant toute chose, l'examen est-il la réponse à tous les SNP. Nous savons dans notre étude qu'il est surtout l'apanage du CH du Blanc.** Je maintiens qu'il y a peut-être un raisonnement à avoir avant d'orienter au SAU pour bilan complémentaire, mais aussi une explication à donner aux patients sur l'intérêt ou non d'un examen complémentaire. Encore faut-il un interlocuteur, un médecin traitant.

La nécessité de l'examen complémentaire a fait l'objet de réflexion, qui ont abouti à la création de **centre type « MSP » équipé de plateau technique**. L'idée a été mise en pratique depuis 1999 en Angleterre et le nombre de ces centres ne cesse de croître (26).

Para médicaux :

A noter, que le temps de consultation en France est l'un des plus longs d'Europe, environ 16 minutes, contre 9 minutes en Angleterre. Les Primary care anglais disposent tous **d'assistant de consultation**. Cette piste est aussi en cours d'expérimentation en France avec les assistants médicaux qui permettrait d'augmenter le nombre de consultations en déchargeant le MT de certaines tâches.

Les résultats de notre étude sont concordants avec ceux de la thèse du Dr Hoerth (27) : il avait été mis en évidence que 58,2% des personnes, qui s'étaient présentées aux urgences, auraient accepté de se rendre dans un centre de consultation sans rendez-vous.

Réseau pluri professionnel :

De manière générale, pour répondre au SNP, plusieurs alternatives ont été explorées jusqu'à présent, et cela de façon à pallier au déficit en généralistes, désengorger les urgences.

Parmi elles, nous nous sommes penchés sur la **création du SAS**. Bien qu'il semble prometteur en théorie, il reste une solution dégradée puisqu'il ne pallie pas au manque de médecin, et repose sur les MG déjà surchargé. De plus, à mon sens, il amène un risque de dérive en shuntant le médecin traitant même involontairement, il envoie un message négatif que tout médecin peut soigner tout patient.

Nous estimons comme le souligne la WONCA que la notion de suivi est indispensable, précieuse pour la qualité des patients. Au-delà de cet aspect idéologique, nous insistons sur le caractère limité des acteurs de santé pour soutenir ce modèle, qui d'ailleurs à un coût, une lourdeur de régulation via les multiples intervenants.

Une autre solution serait plutôt **la régulation à l'échelle de chaque cabinet par le secrétariat**, ce qui en soit est déjà d'actualité, mais peut être insuffisamment perfectionné. Ce sont les exemples anglais, suédois, ou les infirmières peuvent réaliser un premier triage des patients. Probablement, en France, avec la création des IDE de pratiques avancées, des assistants médicaux, nous verrons un meilleur triage/orientation pour proposer des consultations en médecine générale aux patients appropriés et donc optimiser l'activité médicale.

Education patient :

Cette réflexion fait aussi écho à celle de **l'éducation des patients**.

Encore une fois, parmi les missions du médecin traitant, acteur privilégié de la prévention, mais aussi de tout acteur de santé de façon générale, cette éducation ne peut avoir lieu si le patient

ne peut pas rencontrer son médecin traitant. Cela renforce l'idée que répondre au SNP par une consultation avec un autre médecin, revient à oublier le caractère global du patient : « chaque consultation est l'occasion de transmettre un message de prévention, d'information ou d'éducation du patient ».

Comme nous l'avons vu à propos de la démographie médicale, ce n'est qu'en 2030 que nous verrons une ascension lente et majestueuse du nombre de médecins, et un peu plus tardivement de médecins généralistes. Qu'advient-il de toutes ces mesures (télémédecine, régulation SAS, assistant médicaux, IDE de pratique avancée) une fois le nombre de généralistes suffisant ?

Plages de consultations sans rendez-vous :

Nous avons aussi réfléchi du côté médecin généraliste, une thèse « Consultations avec ou sans rendez-vous : comprendre le choix des médecins généralistes » réalisée par Karine BAHUT et Sébastien ABADIE en 2019 (28) énumérait via une étude qualitative les avantages et inconvénients du rendez-vous, de la consultation sans rendez-vous :

	Avantages	Inconvénients
Consultation sans rendez-vous	<p>Sentiment de rendre service à la population par sa disponibilité</p> <p>Attente acceptée par le patient</p> <p>Parfois plus rentable car certains motifs étaient rapides</p> <p>Liberté de durée de consultation</p>	<p>Affluence variable</p> <p>Obligation de présence durant les horaires de C.</p> <p>Stressant car imprévu : salle d'attente pleine ou vide...</p> <p>Parfois difficile de gérer C longues si attente importante</p>
Consultation sur rendez-vous	<p>Plus confortable/moins stressant</p> <p>Mieux organiser la journée selon les motifs</p> <p>Vision globale de la journée</p>	<p>Perte de temps lié au RDV non honorés</p> <p>Délai de RDV si pathologie aigue (risque de retard de PEC, d'orientation SAU), nécessité d'anticiper pour les renouvellements.</p>

	<p>Meilleure gestion des fins de journée</p> <p>Adaptation selon motif personnel et professionnel des créneaux de RDV</p> <p>Assure le suivi en organisant les RDV suivant</p> <p>Moins d'attente pour le patient</p>	<p>« Sélection » des patients</p> <p>Nécessite secrétariat/répondre au téléphone pour fixer le RDV.</p> <p>Evaluer l'urgence d'une consultation par téléphone</p> <p>Difficulté pour certains patients à prendre RDV (langue, heure ...)</p> <p>Difficulté à gérer le SNP durant la journée.</p> <p>Parfois plusieurs problèmes à gérer difficile sur une C sur RDV</p>
--	---	---

L'étude proposée a aussi eu l'avantage de montrer que la gestion de l'urgence par les médecins généralistes était difficile pour eux : Certains MG préfèrent réguler eux même les appels, d'autres orientent directement au SAU.

Il est noté toute la différence entre le secrétariat téléphonique qui avait plus tendance à orienter vers le 15/SAU et le secrétariat présentiel plus proche du patient, avec une possibilité d'interpeler le MG pour évaluer l'urgence.

Certains généralistes précisent que le système des rendez-vous a sûrement contribué à l'engorgement des urgences puisque le MG n'est plus disponible pour le SNP. L'idéal pour certains généralistes serait d'alterner plages de consultations sans rendez-vous et sur rendez-vous. Ainsi la patientèle pourrait choisir.

Mais dans les conditions démographiques actuelles, cela leur semble difficile et ils préconisent plutôt des centres de SNP ou alors une organisation entre MG au sein de la MSP pour proposer des plages de C libres. Un avis favorable a ce mode de fonctionnement a été montré sur le travail de thèse du Dr Gellis Romain (29) indiquant ainsi que les centres proposant sur et sans rendez-vous étaient une solution au désengorgement des SAU.

## Conclusion :

Notre étude fondée sur l'idéal de recentrer le médecin traitant dans la prise en charge des SNP s'est confirmé auprès des patients. Environ 70% sont favorables aux consultations libres sans rendez-vous au CHIC d'Amboise et 73% pour le CH du Blanc.

C'est une difficulté pour le médecin généraliste de gérer l'imprévu au quotidien et il nous est apparu comme cela se fait déjà dans d'autres pays européens que : proposer une activité mixte sur et sans rendez-vous permettrait de satisfaire la demande de SNP. Cela permettrait aussi de respecter les demandes de soins programmés, et comme nous l'avons vu de désengorger les urgences.

Nous retenons tout de même que le caractère déficitaire de la démographie médicale serait toujours un frein à la prise en charge des patients même si nous améliorons la qualité en optimisant les consultations (gestion sans rendez-vous, secrétariat, activité de groupe), il est de plus en plus question de développer les compétences IDE, assistants médicaux, voir de réguler les soins via des systèmes comme le SAS.

Cependant toutes ces alternatives ont leurs inconvénients et repose sur une organisation orchestrée par le généraliste. Cela nous amène à suggérer plusieurs solutions :

- Rendre obligatoire l'existence de consultations libre sans rendez-vous pour tous les généralistes, de façon pluri hebdomadaire.
- Proposer que durant la 4<sup>ème</sup> année d'internat en cours de discussion, soit dévolue à la réalisation de consultations sans rendez-vous ?
- Imposer en parallèle que tout généraliste reçoive un interne pour sa formation.
- Il peut même se discuter la possibilité de professionnaliser les études des externes se destinant à la médecine générale, en les accueillant en cabinet de médecine générale plus tôt.

Notre étude se montre prometteuse, en effet, si tous les généralistes proposaient des plages de consultations libre sans rendez-vous, nous pourrions absorber la demande de SNP et désengorger les urgences, tout en préservant les missions du généraliste. Il reste le plus performant de part sa connaissance du patient pour le prendre en charge.

## **FICHE IAO/SECRETARIAT :**

**Questionnaire de thèse concernant les patients répondant à tous ces critères :**

- **Tous patients consultant au SAU du CHIC Amboise-Château-Renault dans un rayon de 20 km et du CH du Blanc dans un rayon de 30 km**
- **Consultant du lundi au vendredi de 8h30 à 20h, sauf jours fériés.**
- **Non admis par transport médicalisé (= transport avec surveillance et/ou soins)**
  - 1) **Questionnaire à distribuer par l'IAO ou le secrétariat (objectif : questionnaire entièrement complété).**
  - 2) **A réaliser à l'accueil du patient aux urgences.**
  - 3) **Si besoin « fiche patient » pour informer le patient.**
  - 4) **Durée du recueil : 12 mois (fin du recueil 25/01/2021 au 27/12/2021).**

**Merci à vous pour votre collaboration à mon travail de thèse en vue de l'obtention du D.E.S (Diplôme d'étude spécialisé) de médecine générale de Tours.**

**Ce questionnaire sert de base de données pour ma thèse intitulée :**

**« PROPOSER DES PLAGES DE CONSULTATIONS LIBRES EN MEDECINE GENERALE MODIFIERAIT-IL LE COMPORTEMENT DES PATIENTS CONSULTANT AUX URGENCES MEDICALES ADULTES DU CHIC D'AMBOISE/ CH du BLANC ? ».**

**Les informations que vous y inscrivez restent anonymes et permettent d'étayer mon sujet d'étude. Merci encore pour votre participation.**

**Si vous souhaitez en savoir plus, je vous invite à me poser vos questions par mail ... ou à indiquer vos questions sur cette feuille avec votre mail/numéro de téléphone.**

### Annexe 3 :

#### **La classification clinique des malades des urgences**

La CCMU classe les patients relevant de l'urgence pré-hospitalière (Smur) et ou se présentant à l'accueil des urgences hospitalières selon 7 degrés de gravité, déterminés par le médecin à l'issue de l'examen clinique initial.

**CCMU 1** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables.  
Pas d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

**CCMU 2** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Réalisation d'un acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

**CCMU 3** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention du Smur, sans mise en jeu du pronostic vital.

**CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manoeuvres de réanimation immédiate.

**CCMU 5** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manoeuvres de réanimation.

**CCMU P** : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.

**CCMU D** : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin du Smur ou du service des urgences.

**Source** : *Observatoires régionaux des urgences*

## Bibliographie :

1. OMS. Soins de santé primaires [Internet]. 2021 [cité 16 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
2. Crismer A, Belche JL, Vennet JLV der. Primary healthcare is more than just first-line healthcare. *Sante Publique*. 12 août 2016;28(3):375-9.
3. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *The Lancet*. oct 2008;372(9647):1365-7.
4. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Services Research*. 2003 ;38(3):831-65.
5. LEGIFRANCE. Article 36 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 16 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000020879483](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483)
6. Chevillot D, Zamord T, Durieux W, Gay B. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde. *Sante Publique*. 2021 ;33(4):517-26.
7. DRESS, Hélène Chaput, Martin Monziols, plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés, 1138, 01/2020 [Internet]. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>
8. Thomas Meusnier, assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires, 2018.
9. Gouyon L. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. *DRESS Recherche et Etude*. 2006;(471):8.
10. Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014, chapitre XII Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser, p. 349-378, La Documentation française, février 2019 [Internet]. [cité 31 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
11. Collet G. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine. 607. nov 2007;8.
12. La permanence des soins : quelle implication des médecins libéraux dans la prise en charge des soins non programmés. 2012;67.
13. Article 77 - Permanence de soins - obligations [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 16 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-7>
14. ENQUÊTE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS SUR L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 31 DÉCEMBRE

- 2021 [Internet]. [cité 31 mai 2022]. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1uhurvh/cnom\\_rapport\\_pdsa\\_2021.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1uhurvh/cnom_rapport_pdsa_2021.pdf)
15. La permanence de soins en France [Internet]. SOS MÉDECINS. [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://sosmedecins-france.fr/sos-medecins/la-permanence-de-soins-en-france/>
  16. La permanence et continuité des soins - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 31 mai 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/permanence-et-continuite-des-soins/article/la-permanence-et-continuite-des-soins>
  17. Article 47 - Continuité des soins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 31 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-47-continuite-soins>
  18. Bilan de la permanence des soins en 2019 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2020 [cité 22 août 2022]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/bilan-permanence-soins-2019>
  19. livre-blanc-sudf-151015.pdf [Internet]. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur : <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
  20. Jumel S. AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION de loi pour une santé accessible à tous et contre la désertification médicale, Assemblée nationale [Internet]. 2021 [cité 20 août 2022]. Disponible sur : [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/opendata/RAPPANR5L15B4711.html#\\_Toc256000003](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/opendata/RAPPANR5L15B4711.html#_Toc256000003)
  21. Dr Patrick BOUET, CNOM, atlas\_demographie\_medicale, janvier\_2021.pdf.
  22. Faute de médecins et malgré des gardes à plus de 700 euros, SOS Médecins Tours arrête la nuit profonde [Internet]. egora.fr. 2022 [cité 12 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/permanence-des-soins/73848-faute-de-medecins-et-malgre-des-gardes-a-plus-de-700-euros-sos>
  23. 116 117 : dans l'Indre, un numéro pour les habitants qui n'ont pas de médecin traitant [Internet]. France Bleu. 2021 [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/116-117-dans-l-indre-un-numero-pour-les-habitants-qui-n-ont-pas-de-medecin-traitant-1638210176>
  24. Printemps 2021 : lancement des SAS 36 et 37 [Internet]. [cité 31 mai 2022]. Disponible sur : <http://urpsml-centre.org/index.php/nos-actualites/492-printemps-2021-lancement-des-sas-36-et-37>
  25. Pacte de refondation des urgences, Agnès Buzin 9/09/2019.
  26. Salisbury DC, Chalder M, Manku-Scott MT, Nicholas R, Deave DT, Noble DS, et al. The National Evaluation of NHS Walk-in Centres. :159.

27. Hoerth G. Des centres de soins sans rendez-vous sont-ils une solution appropriée pour diminuer l'engorgement des urgences et améliorer l'accès aux soins en zone sous-médicalisée : une étude transversale multicentrique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2015.
28. « Consultations avec ou sans rendez-vous : comprendre le choix des médecins généralistes » réalisée par Karine BAHUT et Sébastien ABADIE en 2019.
29. Centres de soins sans rendez-vous comme solution pour diminuer l'engorgement des urgences et améliorer l'accès aux soins en zones sous médicalisées : impact du cabinet médical d'Archiac [Internet]. [cité 10 déc 2021]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/e2013c33-b569-455c-b199-722a27e15ec2>

**Vu, le Directeur de Thèse :**

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping loop followed by a smaller loop and a long horizontal stroke extending to the right.

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

**BENBIH Samia**

*72 pages, 6 tableaux, 3 annexes, 8 illustrations.*

**Résumé :**

**Introduction :** 20% des soins non programmés (SNP) pris en charge par les services d'urgence hospitaliers aux heures d'ouverture des cabinets relèverait de la médecine générale. Nous émettons l'hypothèse que les patients consultant au SAU du CHIC d'Amboise et celui du CH du Blanc modifieraient leurs comportements si les généralistes proposaient des consultations libres sans rendez-vous. Nous évaluerons secondairement les caractéristiques de ces patients, ainsi que l'offre proposée par le SAS 36 et 37.

**Méthode :** Etude quantitative, rétrospective basée sur le recueil par IAO ou secrétaire des questionnaires complétés par les patients consultants aux 2 SAU, de 8h30 à 20h, du lundi au vendredi, sauf jours fériés du 25/01/2021 au 27/12/2021.

**Résultats :** 82 questionnaires auprès du SAU du CHIC d'Amboise et 81 questionnaires pour celui de CH du Blanc. 95% des patients des 2 sites ont un médecin traitant. Pour le critère de jugement principal, 69,7% sont favorables aux consultations libres sans rendez-vous au CHIC d'Amboise. 72,5% sont favorables pour le CH du Blanc.

**Discussion :** Bien que le nombre de questionnaires soit insuffisant, la tendance révèle un souhait des patients de voir leur médecin traitant, et l'option consultation libre pourrait être une solution efficace au SNP. L'idée du SAS est en théorie une solution de régulation mais énergivore et nécessitant plusieurs intervenants médicaux. Nous proposons que tous les généralistes réalisent des plages de consultations sans rendez-vous de façon pluri hebdomadaire.

**Mots clés :** soins non programmés, consultation sans rendez-vous (libre), permanence de soins

**Jury :**

Président du Jury : Professeur Dominique PERROTIN

Directeur de thèse : Docteur Alain FERRAGU

Membres du Jury : Professeur Alain CHANTEPIE

Professeur Marc LAFFON

Docteur Véronique GIRAUD-DARDAINE

Date de soutenance : mercredi 26 octobre 2022 à 14h00.