

Année 2022/2023

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Aurore PARCÉ

Né(e) le 06/12/1991 à CHAMBRAY-LES-TOURS (37)

TITRE

Analyse de variables liées à l'allongement du délai de consultation pour soins programmés en médecine générale au sein des départements du Cher et du Loiret

Présentée et soutenue publiquement le 09/11/2023 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Boris SAMKO, Médecine Générale, MCA, Faculté de médecine – Tours

Docteur Faris YOUSIF, Médecine générale – Bourges

Directeur de thèse : Docteur Christophe TOMASINO, Neurologie - Saran

RESUME

Introduction : Les soins programmés représentent une grande partie de l'activité du médecin généraliste. Ces dernières années, on constate un allongement du délai de rendez-vous en consultation pour soins programmés. La difficulté à combler les besoins de santé en France, très marquée en région Centre-Val-De-Loire, menace l'accessibilité à ces soins. L'objectif de ce travail était de comparer certaines caractéristiques influençant ce délai afin de dégager des pistes permettant d'optimiser ce délai de consultation.

Matériel et méthode : réalisation d'une étude observationnelle rétrospective comparant deux groupes, constitués en fonction du délai d'obtention de rendez-vous en soins programmés. Un recueil de données a été réalisé sur certaines caractéristiques patients et médecins. Le recueil a été réalisé au sein des départements du Loiret et du Cher. Il a ensuite été réalisé une analyse univariée, complétée d'une analyse multivariée.

Résultats : 757 patients ont été inclus dans ce travail, 733 ont été analysés. Le délai moyen de rendez-vous en consultation de soins programmés était de 16.7 jours. Il a été retrouvé un allongement du délai en analyse multivariée lors d'un score de Charlson élevé, avec OR 1.162 ($p = 0.014$), ou d'une prise de rendez-vous directement par le médecin, avec OR 1.298 ($p=0.004$). La prise de rendez-vous par le secrétariat était associée à un OR 0.844 ($p<0.001$).

Conclusion : Les caractéristiques patients n'ont pas semblé avoir une forte influence sur le délai de RV en consultation de soins programmés. Une autre étude pourrait venir compléter celle-ci, en prenant en compte d'autres facteurs (sociodémographiques, géographiques, ...) ou en ciblant plus précisément les caractéristiques médecins.

Mots Clés : médecine générale, délai de rendez-vous, soins programmés, caractéristiques patient, caractéristiques médecin

ABSTRACT

Introduction: Scheduled care accounts for a large proportion of family doctor activity. In recent years, there has been an increased time to get an appointment for scheduled care. The difficulty of meeting healthcare needs in France, which is particularly significant in the Centre-Val-De-Loire region, reduces access to scheduled care. The aim of this study was to compare some characteristics impacting this additional time for getting appointment, in order to identify ways to reduce it.

Material and method: Retrospective observational study comparing two groups, based on the time needed to obtain a scheduled care appointment. Data was collected on certain patient and physician characteristics. Data was collected in the Loiret and Cher departments. A univariate analysis was then performed, supplemented by a multivariate analysis.

Results: 757 patients were included in this study, and 733 were analyzed. The average time to get an appointment for a scheduled care consultation was 16.7 days. The multivariate analysis shows a longer time when the Charlson score is high with OR 1.162 ($p=0.014$) or when the appointment is made directly by the doctor with OR 1.298 ($p=0.004$). Getting an appointment through the medical secretary is associated with an OR of 0.844 ($p<0.001$).

Conclusion: Patient characteristics did not appear to have a strong influence on the time to get an appointment for a scheduled care consultation. A further study could complement this one by taking into account other factors (socio-demographic, geographical, ...) or by narrowing down physician characteristics more precisely.

Keywords : general medicine, appointment time, scheduled care, patient characteristics, doctor characteristics

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens - relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'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 Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER - J.C. 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 DE CALAN - P. DUMONT - 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. MORAIN - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - D. PERROTIN - L. POURCELOT - R. QUENTIN - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER - J.C. ROLLAND - P. ROSSET - 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
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
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
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
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
DESOUBEAUX 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
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive - réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie - gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
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
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive - réanimation
GUILLON-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
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
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
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
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	Ophtalmologie
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-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BISSON Arnaud.....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
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 Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	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
BOUTIN Hervé	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice 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
GILLOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS - EA 7501 - ERL CNRS 7001
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	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER 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	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
SECHER Thomas	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice..... Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc..... Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie..... Orthophoniste

CLOUTOUR Nathalie..... Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde..... Orthophoniste

EL AKIKI Carole Orthophoniste |

HARIVEL OUALLI Ingrid

 Orthophoniste |

IMBERT Mélanie.....

 Orthophoniste |

SIZARET Eva

 Orthophoniste |

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine

 Orthoptiste |

8

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) 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(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Pr DIBAO-DINA Clarisse, merci d'avoir accepté de présider mon jury, je vous remercie sincèrement du temps et de l'intérêt que vous m'avez accordée.

Au Dr TOMASINO Christophe, merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et d'avoir pris tant de temps pour m'expliquer comment marchait la recherche (et ce n'était pas gagné !), d'avoir répondu à mes questions, et de m'avoir conseillée tout au long de ce travail.

Au Dr SAMKO Boris et au Dr YOUSIF Faris, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, d'avoir lu ce travail et d'avoir accepté de prendre de votre temps pour le juger. Je vous en suis très reconnaissante.

Au Dr LAURENT Emeline, merci pour vos conseils statistiques, cela m'a permis de mieux comprendre et diriger ce travail.

A Mr TUZIN Nicolas, merci d'avoir accepté d'être le statisticien de ce travail, d'avoir pris le temps de discuter de l'objectif, et d'analyser ce recueil.

Aux médecins ayant accepté de participer à mon recueil de thèse, merci infiniment. Sans votre accord, cette thèse n'aurait pu être réalisée. Merci aux **médecins de la MSP de Mehun-Sur-Yèvre**, qui m'ont ouvert si chaleureusement leurs portes alors que je sortais pratiquement de nulle part, un lundi matin comme les autres ! merci aux **médecins de Saint-Jean-De-Braye**, et grandement à leurs **secrétaires**, qui ont investi du temps dans la distribution des nombreux formulaires de consentement. Merci à **Quentin**, malgré ton rythme effréné, tu n'as pas hésité à accepter de m'aider. Enfin, merci **Marie-Anne**. De maître de stage lors de mon internat, tu as aussi fait partie de ces médecins qui mettront un point final à mes années d'études. Ton rôle dans ma formation aura finalement été multiple, et toujours bienveillant.

Aux patients ayant accepté de participer à ma thèse, merci beaucoup. Vous avez été très nombreux, à ma grande surprise, à accepter qu'une personne inconnue ou presque, ait accès à vos données médicales afin d'en réaliser des statistiques, j'en ai été touchée et vous en remercie mille fois.

A mes parents,

Merci à **mon père**, de m'avoir si souvent rendue visite en première année de médecine. Ce n'était pas très drôle, il fallait toujours que tu boives ton café vite car je devais retourner réviser, mais tu n'imagines pas combien ces visites étaient un rituel qui me faisait plaisir. Merci pour ta bienveillance envers moi.

Merci à **ma mère**, d'avoir été là dans mon apprentissage du côté pratique de la médecine générale. Je te dois de m'avoir initiée au fonctionnement des gardes en MMG notamment, qui ont été mes premiers pas dans la médecine libérale, expérience différente du fonctionnement hospitalier appris pendant des années. Une partie de mon quotidien de médecin généraliste a trouvé ses bases dans tes conseils.

A **mes grands-parents PARCE**. Aux soupes de vermicelles partagées ensemble à l'heure du dîner, les soirs d'hiver à Souvigné, en face du JT de 20H, dans les années 90, bien au chaud chez vous.

A toi **Papy René**, quand tu revenais les yeux illuminés et les mains remplies de Kinder Pingui.

A **Mamie Lizou**, merci d'avoir été aussi présente. Chaque jour que je construis est une pierre de ce que tu m'as appris à être. Je pense souvent à toi dans ma vie d'adulte, celle où j'essaie d'être un bon médecin, une bonne mère, une bonne compagne. Ma force vient de la tienne, merci d'avoir été là.

Merci à vous quatre d'avoir rempli ces souvenirs d'enfance. Si vous n'êtes plus là aujourd'hui, dans les souvenirs d'un temps passé, et surtout dans mon cœur, vous y serez toujours.

A **Odile**, de loin la meilleure belle-mère que la vie pouvait m'offrir. Merci d'être là pour moi, pour tes conseils, pour ta présence.

A Sarah, tout d'abord, à nos soirées tourangelles. Si ces quelques bières et cigarettes échangées au détour de conversations philosophiques en ta présence n'étaient pas toujours une très bonne idée pour notre santé, elles m'ont donné le souvenir de périodes heureuses, et surtout la fierté d'avoir été le témoin des années qui se sont écoulées et qui nous ont vues évoluer.

A Adrien, rencontrer le sosie de Matthieu Chedid lors d'une soirée P2, qui plus est, en train de faire de la pub pour la consommation du Gaviscon, était quelque chose d'assez irréal au premier abord, mais elle a fait partie de ces meilleures rencontres étudiantes. De la même manière qu'avec Sarah, je suis fière, des années plus tard, d'avoir pu te voir évoluer d'année en année, et de pouvoir toujours être là pour le voir.

A Marine, la meilleure surprise de ce stage de neuropédiatrie. Comme quoi, on rencontre des gens bien en « triant les papire ! ». Toi qui n'as ni eu peur de ranger ces tas de biologies, ni peur d'entendre tous les faits divers dont j'ai connaissance et donc j'alimente ton subconscient au gré du temps, chapeau bas ! Merci pour ta présence, et ton amitié.

A Berengère et Faris, de très belles rencontres de ces années d'études aussi. Avoir gardé cette proximité avec vous est une grande chance, merci pour ces bons moments en votre présence, et merci d'être des personnes si fiables et bienveillantes.

A Pierre. Merci pour ces années d'externat. S'il y a des choses que je tente encore d'oublier comme tes savants mélanges de camembert assaisonné de poivre dont tu me faisais le témoin au restaurant universitaire, je n'oublie pas ces stages ensemble, ni ces années de révisions pour cause de préparation d'ECN, ni ces soirées a plum', celles qui nous faisaient décompresser de ces années studieuses et stressantes. Les années ont défilé depuis, mais ces souvenirs sont indélébiles, et je n'oublierai pas que ces années-là, c'était à tes cotés qu'elles étaient drôles.

Aux autres amis, à **Xavier**, mais aussi à ceux d'Orleans, **Sandra et Alexis, Adrien, Johan et Chloé, Alexandre et Mélanie**. C'est la médecine qui nous a mis sur le chemin les uns des autres, c'est l'amitié qui nous le fera poursuivre pour j'espère, de nombreuses années.

Mention particulière à **Alexandre**, qui a pris de son temps, de manière spontanée, pour relire ce travail et me donner des pistes pour l'améliorer. Tu es excellent en recherche, et précieux en amitié.

A toi **Chris**, cela fait plus de dix ans que tu partages ma vie, dix ans de belles années. Nous avons construit beaucoup de choses ensemble, et nous avons de longues années devant nous encore. J'ai hâte de réaliser tellement d'autres choses avec toi, et de partager d'autres années de bonheur à tes côtés. Merci d'être mon amour, et même mon mari maintenant, mais aussi un peu ma « meilleure copine », pour cause d'âme sœur. Tu es l'adulte avec qui je préfère être. Merci d'être là.

Et enfin, à **ma fille Héloïse**, tu es cet être humain que je préfère, que j'admire et que j'aime tant. Être ta mère est un bonheur immense, merci de m'avoir donné cette chance. J'espère être à ta hauteur, et te rendre fière. Je t'aime pour toujours.

TABLE DES MATIERES

I – LISTES DES ABREVIATIONS	15
II – INTRODUCTION.....	16
1. Définitions et rôle du médecin généraliste	16
2. Offre de soins actuelle, délais et conséquences.....	18
3. Démographie médicale et prévisions	19
4. Objectifs et intérêts de l'étude	22
III- MATERIEL ET METHODE	23
1. Population étudiée et période de recueil.....	23
2. Type de données recueillies	24
a) Données des patients	24
b) Données des médecins.....	25
3. Critères d'inclusion et d'exclusion	27
4. Extraction des données	27
5. Constitution des groupes.....	27
6. Tests statistiques réalisés.....	28
a) Analyse univariée	28
b) Analyse multivariée.....	28
III - RESULTATS	29
1. Population	29
3. Caractéristiques des médecins et de leurs activités.....	30
3. Caractéristiques des patients en analyse univariée	32
4. Résultats de l'analyse multivariée	35
IV- DISCUSSION	36
1. Population étudiée : les patients.....	36
a) Constitution de l'échantillon	36
b) Représentativité de l'échantillon.....	37
2. Population étudiée : les médecins	39
a) Constitution de l'échantillon	39
b) Représentativité de l'échantillon.....	39
3. Forces et faiblesses de l'étude.....	43
a) Forces de l'étude	43
b) Faiblesses de l'étude.....	43
4. Interprétation des résultats.....	44
V – CONCLUSION.....	49
VII- BIBLIOGRAPHIE.....	51
VIII- ANNEXES	54

I – LISTES DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

Asalée : Action de Santé Libérale en Equipe

CCI : Charlson Comorbidity Index

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAM-TS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie – Travailleurs Salariés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DM : données manquantes

DREES : Direction de la Recherche, de l'Etude et de l'Evaluation en Santé

ET : Ecart-Type

HSCP : Haut Conseil de la Santé Publique

IC : Intervalle de Confiance

IFOP : Institut français d'Opinion Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de Santé

MG : Médecin Généraliste

MLM : Mon Logiciel Médical

MSP : Maison de Santé pluridisciplinaire

N : Nombre

OR : Odds Ratio

SP : Soins programmés

SNP : Soins non programmés

TCG : Téléconsultation généraliste

(K) : Test du Khi-deux

(F) : Test de Fischer exact

(T) : Test de Student

(W) : Test de Wilcoxon-Mann-Whitney

II – INTRODUCTION

1. Définitions et rôle du médecin généraliste

En France, le médecin généraliste assure un rôle central dans la réalisation des soins de premier recours. A l'intersection entre toutes les disciplines médicales et au contact de l'ensemble de la population, son activité est la plus polyvalente du secteur médical. Cette polyvalence se traduit par des actes variés à la fois de dépistage, de diagnostic, de traitement, de prévention, de soutien psychologique, et de prise en charge sociale. Devenu médecin traitant d'un patient spécifique, il devient le pilier central de la coordination des soins avec l'ensemble des autres professionnels de la santé, comprenant entre autres les services de soins hospitaliers, les médecins spécialistes et les paramédicaux. Il est à la fois le référent principal d'un patient donné, mais également celui des autres professionnels de santé, et permettra le bon fonctionnement et la fluidité du parcours de soins. La force de ce système peut être mise en défaut lorsque l'accessibilité à ces soins de premier recours est rendue difficile, occasionnant des retards diagnostiques et un potentiel préjudice.

De nombreux travaux ont cherché à classifier les types de consultations en médecine générale. La dernière classification a été réalisée lors de la réforme de la nomenclature des actes par la CNAM-TS en 2004 (1)(2), et distingue 11 classes d'actes cliniques, énumérées ci-dessous :

- Classe 1 : consultation du nourrisson (ex : consultation systématique du nourrisson)
- Classe 2 : consultation de l'adolescent et du jeune adulte (exemple : contraception)
- Classe 3 : éducation dans le cadre d'une pathologie (ex : diabète)
- Classe 4 : consultation des 45-65 ans (ex : névralgie cervico-brachiale)
- Classe 5 : pathologies diverses des adultes (ex : cystite)
- Classe 6 : consultation de l'enfant (ex : entorse du doigt)
- Classe 7 : gestes techniques (ex : vaccination)
- Classe 8 : prise en charge psychologique (ex : dépression)
- Classe 9 : recours à des compétences externes (ex : bilan cardiologique d'une insuffisance cardiaque)
- Classe 10 : polypathologie
- Classe 11 : grande polypathologie

Une autre classification, plus simple, est habituellement utilisée en pratique courante : les soins dits programmés (SP) et les soins dits non programmés (SNP).

Les SP en médecine générale peuvent être définis comme tels : « des soins planifiables à l'avance, ne répondant pas à une problématique aiguë ou ressentie comme urgente par le patient ou le médecin » (3). Ils comprennent :

- Le suivi des pathologies chroniques
- Les actes de prévention (vaccination, dépistage)
- Le suivi pédiatrique
- Le suivi gynécologique
- Le suivi psychiatrique
- La réévaluation clinique d'une problématique aiguë ou subaiguë
- L'analyse des résultats d'explorations complémentaires
- Les consultations liées à un mode d'exercice particulier (ostéopathie, acupuncture)
- La rédaction de certificats médicaux (non contre-indication au sport, aptitude à la vie en collectivité)

Les SNP regroupent les problématiques urgentes, ou ressenties comme urgentes par le patient, en rapport avec des événements aigus ou nouveaux. Contrairement aux SP pour lesquels il semble acceptable pour le patient comme pour le médecin d'attendre quelques jours avant l'obtention d'un rendez-vous, les SNP sont prioritaires et amènent le médecin généraliste à une certaine souplesse et une adaptation de son emploi du temps.

Si les SNP sont très étudiés en raison de leurs enjeux considérables, les SP ne le sont pas voire peu. Pourtant, une étude réalisée par la DREES en 2004 permet de mettre en lumière l'importance des SP dans l'activité des médecins généralistes. D'après cette étude, 42% des motifs de consultation regroupaient le contrôle et le suivi des affections chroniques, intégrant la catégorie des SP. 9% des motifs regroupaient divers SP comprenant des demandes administratives, conseils, gestes de prévention, et délivrance de certificats. 36% des motifs concernaient les affections aiguës, intégrant la catégorie des SNP. Regroupant plus de 50% des motifs de consultation, les SP occupent donc une place considérable dans l'activité des médecins généralistes. (4)

2. Offre de soins actuelle, délais et conséquences

Selon une enquête réalisée par l'IFOP en 2014, il faut en moyenne six jours pour obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste, tous motifs de consultations confondus. Ce délai s'allonge progressivement et était de quatre jours deux ans auparavant (5). Une autre étude réalisée par la DREES en 2018 estime qu'un rendez-vous sur deux avec un médecin généraliste est obtenu en moins de deux jours, avec des délais moindres pour des SNP. Pour un rendez-vous de contrôle périodique, ce délai est en revanche de six jours. Les temps d'attente sont plus longs dans les communes où l'accessibilité géographique aux praticiens est faible. (6)

Lorsqu'il est question d'allongement de délais de consultation, d'autres paramètres que l'isolement géographique peuvent entrer en jeu. Certaines populations plus fragiles, âgées, socialement isolées ou présentant un handicap physique peuvent présenter plus de difficultés à l'organisation et au déplacement pour une consultation médicale.

Sur six millions de patients sans médecin traitant recensés par le colloque organisé par le syndicat MG France le 03/12/2021 au Ministère de la Santé, 620 000 (environ 10%) souffrent d'une ALD, et un million ont plus de 60 ans. (7). Lorsqu'un patient cherche à consulter un médecin généraliste qui n'est pas son médecin traitant déclaré, les délais annoncés peuvent être bien plus longs. Une étude réalisée en 2021 rapporte dans cette situation un délai d'attente moyen national de 21 jours concernant des SP (8). Avec trois quarts de l'activité du médecin dédiée à la patientèle habituelle (4), l'accessibilité à ces consultations peut devenir un véritable challenge pour ceux qui n'ont plus de médecin traitant (4). En moyenne, les patients sans médecin traitant bénéficient de 2,3 actes par an, contre 4,4 pour les patients ayant un médecin traitant. Le rôle primordial du médecin traitant dans le parcours de soins explique pourquoi ce constat est comparable pour les consultations de spécialité avec en moyenne 0,9 actes par an pour les patients n'ayant pas de médecin traitant contre 1,6 actes pour les patients ayant un médecin traitant (7)(9).

La difficulté à l'accès aux soins et l'allongement progressif des délais de consultation amènent de plus en plus de patients à renoncer à la prise de rendez-vous. D'après l'enquête IFOP réalisée en 2014, 40% des personnes interrogées estiment que les délais pour obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste sont trop longs, et 55% indiquent avoir déjà renoncé à des soins à cause de ce délai. Ainsi, les délais d'attente sont la première cause de renonciation aux soins, avant le motif financier ou géographique. (5)(6)

3. Démographie médicale et prévisions

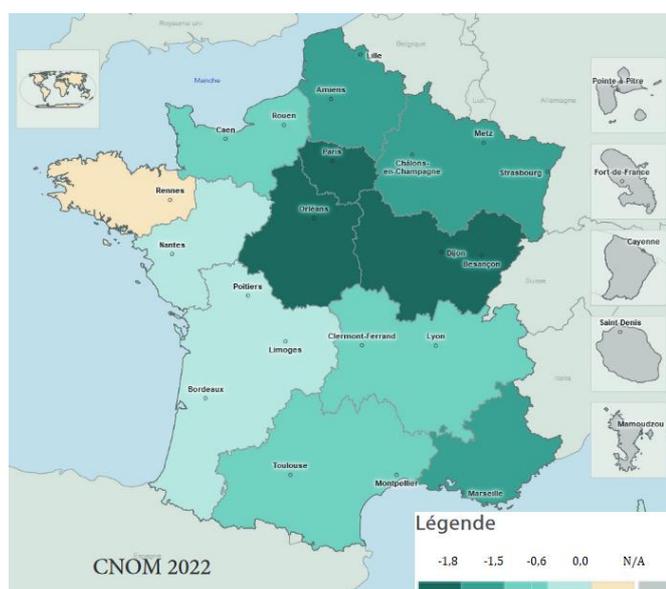
Les données actualisées chaque année par le CNOM de la démographie médicale permettent d'évaluer les variations à différentes échelles des effectifs médicaux (10). Ces données comportent entre autres la densité médicale qui représente le ratio entre les effectifs de médecins à la population d'un territoire donné, exprimé pour 100 000 habitants.

A l'échelle nationale au 1er janvier 2022, 197 511 médecins inscrits au Tableau de l'Ordre présentent une activité régulière dont 84 133 médecins généralistes (42,5%), 88 261 spécialistes (44,6%), et 25 417 spécialistes chirurgicaux (12,9%). Deux tendances s'opposent sur 12 ans depuis 2010 avec d'une part l'augmentation de 6,6% du nombre de spécialistes (médicaux et chirurgicaux), et à l'inverse une diminution de 11% du nombre de médecins généralistes. Entre 2010 et 2022, la densité médicale en médecins généralistes actifs est passée de 141,1 à 121 pour 100 000 habitants. Enfin, on constate une lente érosion de l'exercice libéral avec 51,8% des médecins en activité libérale ou mixte et une diminution entre 2021 et 2022 de la densité moyenne de médecins en activité régulière libérale ou mixte de 146,6 à 145,4 pour 100 000 habitants (-1,2 point). (10)

	2010	2021	Variation entre 2010 et 2021
Médecins généralistes	141,1 (22,2-233,4)	121,0 (51,8-220,3)	-20,1
Spécialistes médicaux*	30,1 (7,4-99,5)	31,3 (7,7-112,7)	+1,2
Spécialistes chirurgicaux	104,4 (0-405,2)	104,4 (17,3-406,6)	0,0

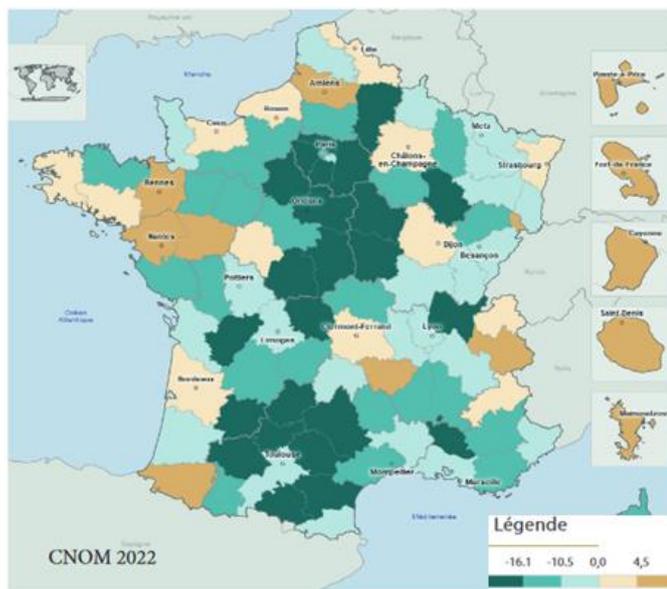
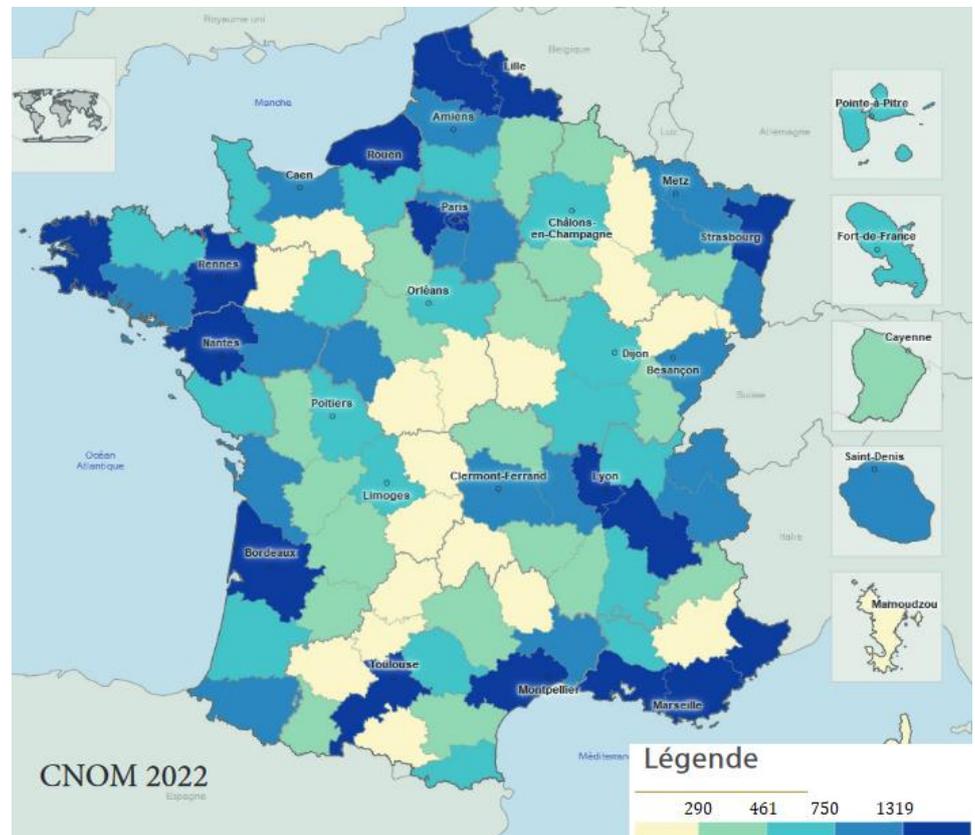
Densités médicales selon les groupes de spécialités, d'après l'atlas de démographie médicale du CNOM de 2022 (10). Moyenne (minimum-maximum). * hors médecine générale

Variations (%) régionales du nombre de médecins généralistes en activité régulière entre 2021 et 2022 – Carte 14, Atlas CNOM 2022 (10)

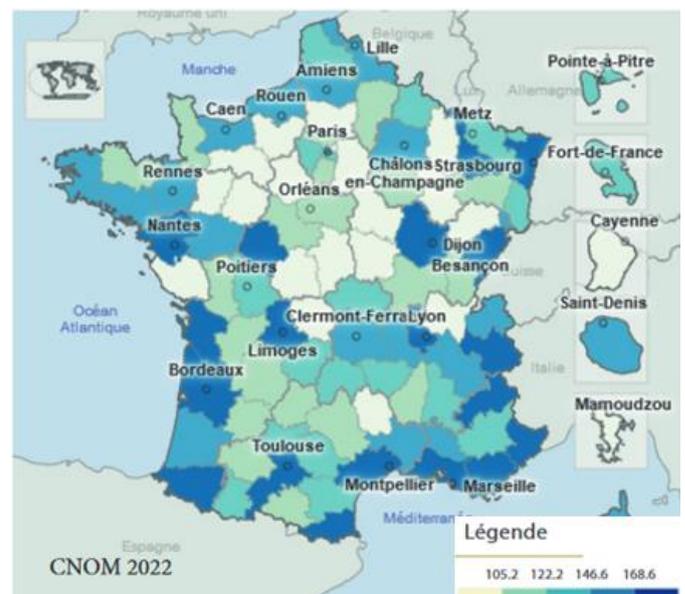


A l'échelle régionale, les effectifs de médecins généralistes en activité régulière n'évoluent pas de la même manière. Si l'ensemble du territoire français est en grande majorité touché par la désertification médicale, la région Centre-Val-de-Loire fait partie des régions les plus affectées, avec une variation de -12,4% entre 2010 et 2022, et -3,1% entre 2021 et 2022.

Nombre de médecins généralistes en activité régulière par département en 2022 – Carte 16, Atlas CNOM 2022 (10)



Variation (%) des densités départementales en activité régulière entre 2010 et 2022 – Carte 36, Atlas CNOM 2022 (10)



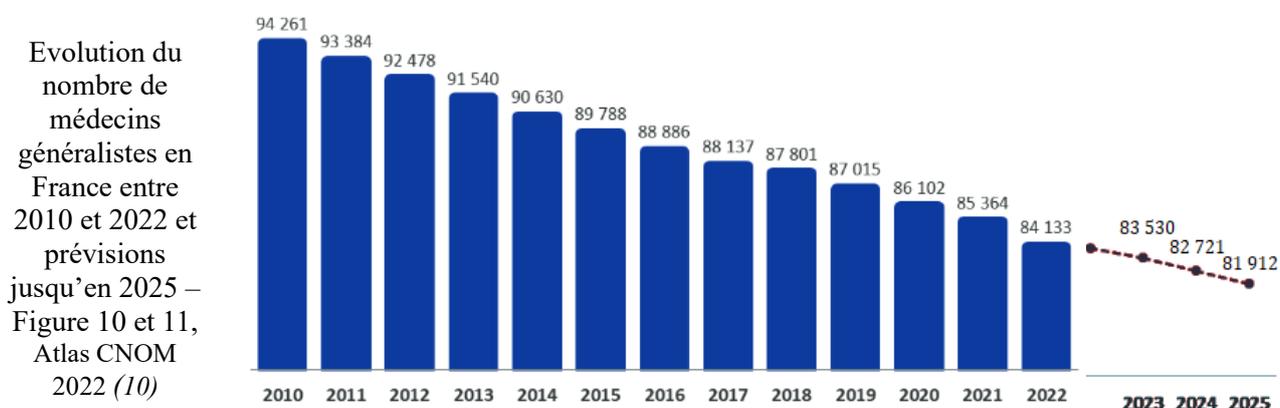
Répartition départementale des densités médicales de médecins en activité régulière libérale et mixte pour 100 000 habitants en 2022 – Carte 37, Atlas CNOM 2022 (10)

En 2021, une étude de la DREES rapportait que la région Centre-Val-de-Loire est la région avec la densité en médecin généraliste la plus faible de France, avec 107 médecins généralistes pour 100 000 habitants (13). Cette densité chute à 82,4 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans le département du Cher, et à 85,6 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans le département du Loiret (10)(11).

A l'échelle départementale, l'évolution depuis 2010 démontre que 84 départements sur un total de 106 départements, sont déficitaires en médecins généralistes en activité régulière. Dans la région Centre-Val-de-Loire, tous les départements présentent une variation des effectifs d'actifs réguliers négatives, sauf l'Indre-et-Loire. Entre 2010 et 2022, cette variation négative est estimée à -28,6% pour le département du Cher, et -23,5% pour le département du Loiret (10). Les variations de démographie médicale montrent également une féminisation de la profession avec une augmentation de 7% entre 2010 et 2022 (respectivement 38,2% contre 45,2%). Par ailleurs l'âge moyen des médecins en activité régulière est de 50 ans, le minimum est en Loire Atlantique et dans le Puy de Dôme (46,3 ans) et le maximum dans le Lot (54,3 ans).

L'ensemble de ces données sur 12 ans démontrent un appauvrissement inquiétant de la démographie médicale, et tout particulièrement dans la région Centre-Val-de-Loire. L'absence de reprise des cabinets médicaux des médecins généralistes les plus âgés conduit ces derniers à prolonger leur activité. En 2015, 28,7% des effectifs médicaux actifs de la région Centre-Val-de-Loire étaient des médecins généralistes de plus de 60 ans, et seulement 14% étaient des médecins généralistes de moins de 40 ans (12).

Les prévisions sont pessimistes. Selon les données du CNOM de 2022, la tendance à la baisse des effectifs des médecins généralistes en activité régulière sur le territoire national se poursuivrait jusqu'en 2025, pour atteindre un effectif de 81 912 médecins (10).



D'après les évolutions actuelles, une étude de 2021 de la DREES (13) estime que les effectifs stagneront jusqu'en 2030, avant une hausse assez importante jusqu'en 2050 (+1,5 % de croissance annuelle moyenne des effectifs entre 2030 et 2050). En ce qui concerne la densité médicale standardisée, qui tient compte de l'augmentation de la population et de la hausse des besoins de soins induits par le vieillissement de la population, elle retrouvera son niveau actuel au milieu des années 2030 pour finalement repartir à la hausse, et être supérieure à la densité actuelle de 23% en 2050.

La France, et particulièrement la région Centre-Val-De-Loire, fait donc face à une réelle difficulté à combler les besoins en santé, et cela se répercutera inexorablement sur l'accès aux consultations en SP et SNP.

4. Objectifs et intérêts de l'étude

Face à cette pénurie médicale et aux prévisions pessimistes, la question d'une optimisation de l'offre de soins s'impose. Cette optimisation intéresse davantage les consultations pour SP, dont la planification est plus facilement envisageable, que pour les soins aigus en rapport avec les SNP. SP et SNP sont par ailleurs indissociables puisque l'amélioration du temps consacré au suivi des pathologies chroniques pourrait permettre de limiter les décompensations de ces pathologies, et le recours en urgence à des SNP qui en découle. Cette optimisation pourrait aussi permettre d'augmenter le temps consacré à la prévention, à une meilleure éducation thérapeutique des patients, mais aussi d'accueillir des patients sans médecin traitant nécessitant des actes réalisés habituellement en consultations de SP.

Les modes de pratique de la médecine générale sont multiples et hétérogènes, que ce soit par les outils informatiques utilisés pour le recueil des informations du patient (exemple des logiciels médicaux), par l'organisation de l'emploi du temps du médecin (secrétariat physique, ou informatique), ou encore par la collaboration avec d'autres professionnels de santé (internes en médecine, infirmières Asalée). De multiples variables entrent donc en jeu dans la pratique de la médecine générale.

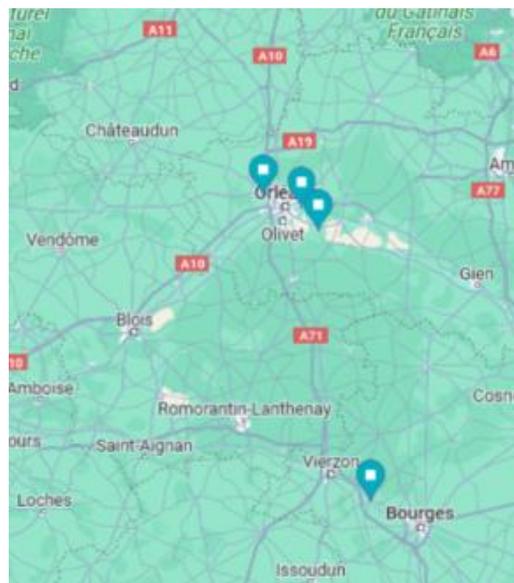
Cette thèse a ainsi pour objectif de comparer les variables allongeant le délai de consultation des SP du médecin généraliste, afin de dégager des pistes qui pourraient permettre

d'optimiser la disponibilité du médecin généraliste pour sa patientèle, mais aussi pour d'autres patients n'ayant pas de médecin traitant.

III- MATERIEL ET METHODE

1. Population étudiée et période de recueil

Cette étude épidémiologique descriptive transversale a été réalisée par le recueil de données des dossiers médicaux de patients ayant consulté pour SP l'un des huit médecins généralistes ayant accepté de participer à cette étude. Ces médecins généralistes étaient issus de quatre lieux : La MSP de Saint-Jean-De-Braye (Loiret), la MSP de Sandillon (Loiret), la MSP de Mehun-Sur-Yevre (Cher), ainsi qu'un cabinet médical situé à Ormes (Loiret).



Emplacement des cabinets médicaux participants

Les données ont été recueillies à partir des bases de données des praticiens sur une période de deux semaines consécutives chez chaque praticien, définie entre le 23/01/2023 et le 17/02/2023.

Le consentement des patients a été demandé de trois manières :

- Une fiche d'information a été distribuée soit par le médecin, soit par le remplaçant, soit par les secrétaires. Une feuille de consentement ou refus était à rendre signée.
- A défaut de distribution ou de réponse concernant cette fiche, un ou plusieurs appels téléphoniques ont été réalisés afin de recueillir le consentement du patient.
- A défaut de distribution ou de réponse concernant cette fiche, un courrier d'information a été envoyé concernant ce recueil de données, avec un contact donné (mail ou secrétariat de leur médecin), en cas de refus du patient à participer au recueil de données.

2. Type de données recueillies

a) Données des patients

Les données recueillies ont été les suivantes :

- En rapport avec les caractéristiques générales :
 - o Âge, sexe
- En rapport avec la consommation des soins :
 - o Au cours de la période de recueil :
 - Nombre de motifs évoqués et traités lors de la consultation
 - o Au cours de l'année précédant le recueil :
 - Nombre de consultations tous motifs confondus par patient
 - Nombre de consultations pour SP par patient
 - Nombre de consultations pour SNP par patient
 - Nombre de téléconsultations par patient
- En rapport avec le mode de prise des rendez-vous
 - o Nombre de rendez-vous pris par internet par an pour chaque patient
 - o Nombre de rendez-vous pris par le secrétariat par an pour chaque patient
 - o Nombre de rendez-vous pris par le médecin par an pour chaque patient

- En rapport avec les données médicales :
 - o Nombre de pathologies chroniques
 - o Nombre d'ALD
 - o Score de Charlson

Nous avons défini comme pathologie chronique, toute pathologie nécessitant un traitement médicamenteux chronique, et/ou une surveillance médicale régulière par le médecin traitant, amenant le patient à consulter au moins annuellement pour ce motif.

Le score de Charlson (Charlson Comorbidity Index [CCI]) est un outil de mesure de comorbidité, en considérant le niveau de sévérité de dix-neuf troubles de comorbidité prédéfinis, ainsi que le nombre de troubles présents parmi ceux-ci. C'est un outil de mesure donnant un score pondéré des comorbidités d'un patient, pouvant être utilisé pour prédire les conséquences à court terme (1 an) et à long terme (10 ans) telles que le fonctionnement, la durée du séjour à l'hôpital et le taux de mortalité (*Annexe 1*).

b) Données des médecins

Un délai moyen de consultation pour motif de SP a été estimé d'après les agendas de chaque médecin. Pour ce faire, lors du premier jour correspondant au début du recueil chez un praticien, il a été calculé de manière prospective le délai moyen de consultation de SP, en réalisant la moyenne des délais des cinq prochaines consultations de SP disponibles sur l'agenda du praticien concerné.

Différentes données ont été également recueillies :

- Concernant les caractéristiques personnelles des médecins ayant participé à l'étude :
 - o Âge, sexe
- Concernant la répartition de l'activité professionnelle :
 - o Effectif total de la patientèle
 - o Différentes moyennes sur une période de 3 mois précédant le début du recueil de données :
 - Nombre de patients vus par jour, pour tous types de consultation

y compris les téléconsultations et à l'exception des visites à domicile

- Nombre de patients vus par jour en consultation pour SP
- Nombre de patients vus par jour en consultation pour SNP
- Nombre de téléconsultations réalisées par semaine
- Temps de consultation quotidien

Il inclut celui pour les téléconsultations, mais n'inclut pas les visites à domicile, ni le travail administratif réalisé par le médecin hors de ses périodes de consultation, ni le retard pris par le médecin durant la journée.

- Nombre de jours d'absence du praticien (sans remplacement ni par un interne ni par un remplaçant) sur une période d'un an précédant le début du recueil

- Concernant l'emplacement géographique et la structure d'activité médicale :
 - Zone d'exercice (urbaine ou rurale)
 - Cabinet médical intégré dans une structure d'exercice MSP
 - Nombre de médecins présents au sein de la structure d'exercice

- Concernant la présence d'autres intervenants participant à l'activité médicale :
 - Présence d'un remplaçant régulier
Définie sur une présence d'au moins cinq jours de ce professionnel, au cours d'une période rétrospective de trois mois précédant le début de recueil chez le praticien.
 - Présence d'un interne régulier
Définie sur une présence d'au moins cinq jours de ce professionnel, au cours d'une période rétrospective de trois mois précédant le début de recueil chez le praticien.
 - Travail en collaboration régulière avec une Infirmière en Pratique Avancée ou Infirmière Asalée
Les données concernant la collaboration avec une IPA ou une infirmière Asalée ont été prises de manière déclarative. Le médecin jugeait ou non travailler régulièrement en collaboration avec ces professionnels.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- La consultation d'un patient pour des SP chez son médecin généraliste au cours de la période de recueil définie chez ce praticien.

Les critères d'exclusion étaient :

- Le refus du patient de participer au recueil de données
- L'absence de dossier concernant le patient dans le logiciel médical
- L'absence d'observation concernant la consultation du patient ayant entraîné son inclusion dans l'étude, mettant en doute le fait qu'il ait été consulté par le médecin ce jour-là.

4. Extraction des données

Les données ont été extraites :

- Sur les logiciels d'agenda médicaux : Prodoctolib, Shaman
- Sur les logiciels métiers médicaux : MLM, AxiSanté, Shaman, Weda
- Sur le site professionnel AmeliPro
- Sur les déclarations du médecin (concernant la collaboration avec une infirmière en pratique avancée et une infirmière Asalée)

5. Constitution des groupes

Les patientèles des huit médecins ont été séparées en deux groupes selon le délai moyen de prise de rendez-vous pour SP. Tous les médecins proposaient des créneaux dédiés aux SP et des créneaux dédiés aux SNP, à l'exception d'un médecin ouvrant son planning pour tous motifs confondus sans créneaux spécifiques. Comme précisé précédemment, nous avons estimé au cours d'une journée, le délai moyen de chaque praticien concernant les cinq prochains créneaux de consultation disponibles pour SP que ce praticien pouvait proposer sur son ouverture de planning. La moyenne globale des huit médecins a été calculée. La patientèle des médecins avec un délai moyen inférieur à la moyenne globale a constitué le groupe « patientèles avec délais courts ». La patientèle des médecins avec un délai moyen supérieur à la moyenne globale

a constitué le groupe « patientèles avec délais longs ». Pour chaque groupe, le délai moyen global a été recalculé.

6. Tests statistiques réalisés

a) Analyse univariée

Les variables quantitatives ont été décrites selon la moyenne, l'écart-type, la médiane, les quartiles Q1 et Q3, alors que les variables qualitatives ont été décrites selon la fréquence et le pourcentage de chaque modalité. Une analyse univariée a été réalisée afin de comparer les deux groupes. Les variables quantitatives ont été comparées à l'aide du test de Student si les conditions d'application étaient vérifiées. Dans le cas contraire, un test de Wilcoxon-Mann-Whitney était réalisé. La normalité des variables a été vérifiée à l'aide du test de Shapiro-Wilk.

Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test du Khi-deux si les conditions d'application étaient vérifiées. Dans le cas contraire, un test de Fisher exact était réalisé.

Une p-value < 0.05 a été considérée comme significative.

b) Analyse multivariée

L'analyse multivariée a été effectuée via une régression logistique. Les variables ayant une p-value < 0.20 dans l'analyse univariée ont été incluses dans le modèle. La méthode « backward stepwise selection » a été appliquée afin de ne garder dans le modèle que les variables intéressantes.

Une p-value < 0.05 a été considérée comme significative.

III - RESULTATS

1. Population

757 patients issus des patientèles des huit médecins ont été inclus dans l'étude (figure 1). 24 patients ont été exclus de l'étude pour les raisons suivantes :

- 19 patients ont été exclus pour motif de refus de participation au recueil de données.
- 4 patients initialement inclus, ont été exclus devant l'absence complète de données sur la consultation issue de la période de recueil.
- 1 patient a été exclu car il ne présentait pas de dossier médical dans le logiciel médical

Le délai global d'une consultation pour SP de l'ensemble des huit médecins de l'étude était de 16,7 jours +/- 9,9, avec un intervalle de confiance à 95% de cette moyenne de [8,4 ; 25,0].

Les patientèles des quatre médecins dont le délai moyen de consultation pour SP était plus court que la moyenne globale, ont constitué le groupe « délai court », soit 331 patients, avec une moyenne de ce groupe recalculée à 8,4 jours +/- 4,2.

Les patientèles des quatre médecins dont le délai moyen de consultation pour SP était plus long que la moyenne globale, ont constitué le groupe « délai long » soit 402 patients, avec une moyenne de ce groupe recalculée à 25 jours +/- 5,4.

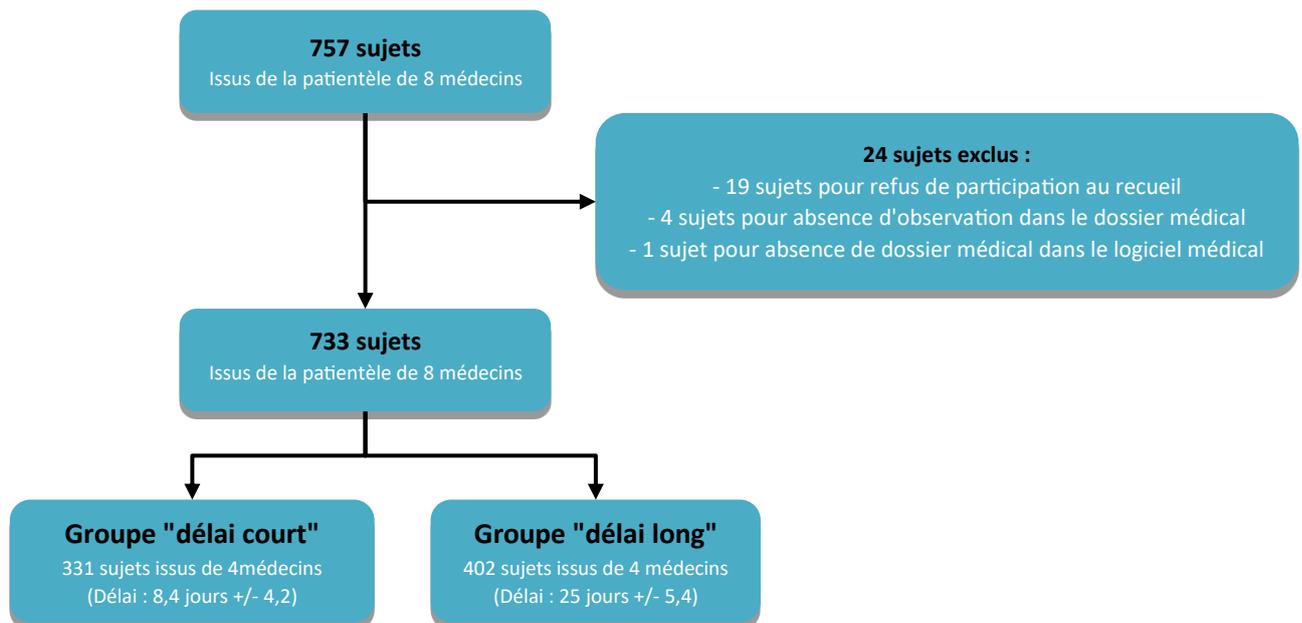


Figure 1 - Diagramme des flux

3. Caractéristiques des médecins et de leurs activités

	Total des 2 groupes	Groupe des patientèles avec délai long	Groupe des patientèles avec délai court	P-value
Nombre de patients inclus		402	331	
Délai moyen de consultation <i>Nombre de jours ± ET</i>	16,7 ± 9,9	25 ± 5,4	8,4 ± 4,2	0,003 (T)
Caractéristiques personnelles des praticiens				
Age du praticien <i>Moyenne en années ± ET</i>	40,8 ± 9,4	35,5 ± 4,2	46,2 ± 10,7	0,13 (T)
Sexe du praticien <i>Nombre de femmes (% féminin)</i>	5 (62.5%)	2 (50%)	3 (75%)	
Répartition de l'activité professionnelle				
Effectif moyen de la patientèle <i>Moyenne ± ET</i>	1212 ± 482	1380 ± 318	988 ± 645	0,41 (T)
Nombre de patients vus par jour pour tous types de soins <i>Moyenne ± ET</i>	22,8 ± 4,8	24,5 ± 3,6	21,1 ± 5,8	0,37 (T)
Nombre de patients vus par jour pour SP <i>Moyenne ± ET</i>	12,1 ± 2,0	13,0 ± 2,3	11 ± 0,8	0,18 (T)
Nombre de patients par jour pour SNP <i>Moyenne ± ET</i>	9,0 ± 3,1	10,9 ± 2,8	6,5 ± 0,8	0,04 (T)
Nombre de TCG par semaine <i>Moyenne ± ET</i>	2,1 ± 2,2	2,2 ± 2,7	2,0 ± 1,95	0,93 (T)
Temps de consultation quotidien (heures) <i>Moyenne ± ET</i>	6,8 ± 1,1	7,4 ± 1,3	6,1 ± 0,3	0,16 (T)
Absence par an par médecin (jours) <i>Moyenne ± ET</i>	64,2 ± 15,7	75,5 ± 14,8	53 ± 4,7	0,0505 (T)
Emplacement du cabinet médical				
Zone d'exercice urbaine <i>Nombre (%)</i>	7 (87,5 %)	3 (37.5%)	4 (50 %)	1 (K)
Structure d'exercice MSP <i>Nombre total (%)</i>	7 (87,5 %)	4 (50 %)	3 (37.5%)	1 (K)
Nombre de médecins dans la même structure <i>Moyenne ± ET</i>	5,1 ± 2,0	4,75 ± 0,5	5,5 ± 3	0,65 (T)
Présence d'intervenants				
Présence d'un remplaçant <i>Nombre (%)</i>	7 (87,5 %)	3 (37.5%)	4 (50 %)	1 (K)
Présence d'un interne <i>Nombre DM</i>	4 2	2 0	2 2	
Présence IDE ASALEE <i>Nombre (%)</i>	7 (87,5 %)	4 (50%)	3 (37.5%)	1 (K)
Présence IPA <i>Nombre (%)</i>	2 (25 %)	2 (25 %)	0 (0 %)	1 (K)

Tableau 1 – Caractéristiques des médecins et de leurs activités, opposant ceux proposant un délai court et ceux proposant un délai long de consultation pour SP.

En ce qui concerne les caractéristiques de la population des médecins, le nombre de patients vus par jour pour motif de SNP a été significatif ($p=0.04$), avec un plus grand nombre de patients vus par jour pour ce motif dans les groupes des patientèles avec délai long.

On observe que l'absence de médecin sans remplacement n'a pas été significatif mais on peut noter une tendance, avec une p-value qui reste proche du seuil de significativité ($p=0.0505$).

Les autres caractéristiques n'ont pas été significatives entre les deux groupes.

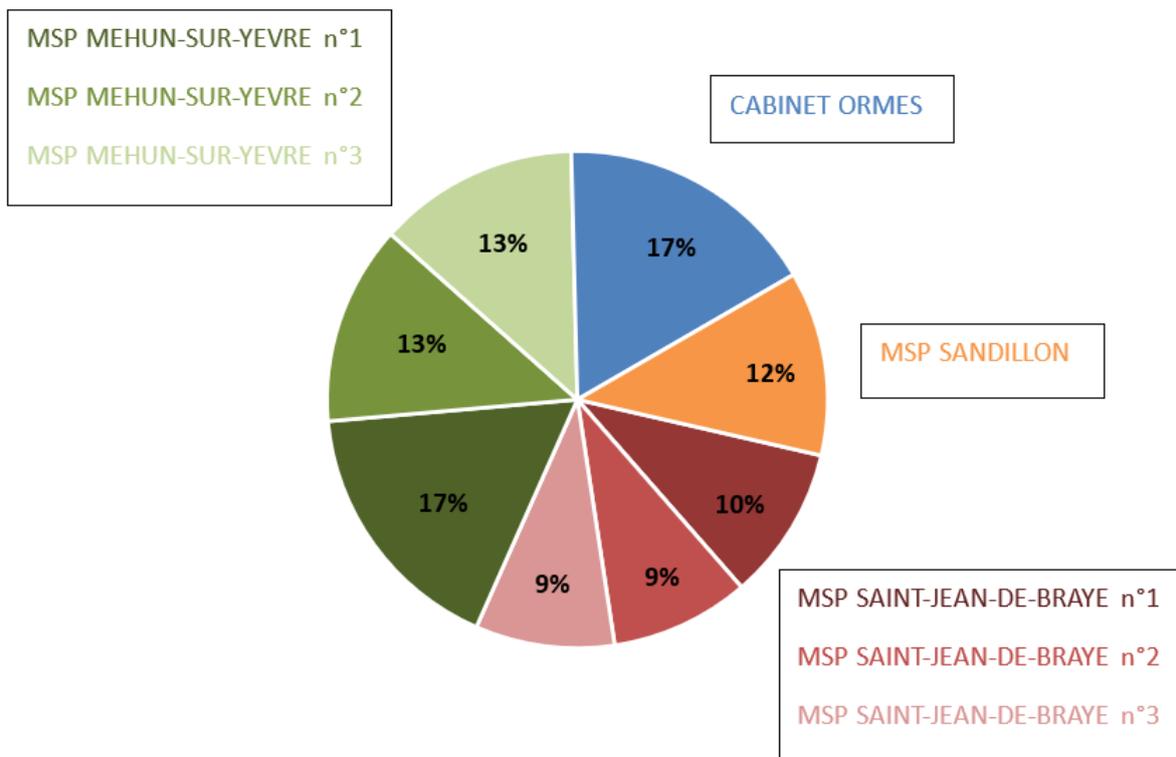


Figure 2 – Répartition des différentes patientèles issues des médecins généralistes de notre échantillon

Géographiquement, 43% des patients de notre recueil étaient issus du département du Cher, et 57% des patients étaient issus du département du Loiret. 83% de ces patients étaient issus de patientèles de médecins généralistes travaillant en MSP, et 17% des patients étaient issus d'une patientèle d'un médecin généraliste exerçant seul en cabinet. (Figure 2)

3. Caractéristiques des patients en analyse univariée

	Total des 2 groupes	Groupe des patientèles avec délai court	Groupe des patientèles avec délai long	P-value	
Caractéristiques générales des patients					
Nombre (N)	733	331	402		
Age (années)	<i>Moyenne ± ET</i> <i>Médiane</i>	48.3±24.1 54	43.9 ± 25 48	51.8 ± 22.8 56	<0.001 (W)
Sexe	<i>N/total, (% féminin)</i>	438 (59.8%)	203 (61,3 %)	235 (58,5%)	0,476 (K)
Consommation des soins					
Nombre de motifs par consultation (/patient)	<i>Moyenne ± ET</i> <i>Médiane</i>	1.3±0.6 1	1.4 ± 0.6 1	1.3 ± 0.7 1	0,329 (W)
Nombre de consultations pour SP et/ou SNP (/an /patient)	<i>Moyenne ± ET</i> <i>Médiane</i>	5.1±3.7 4	5.4 ± 4.2 5	4.9 ± 3.2 4	
Nombre de consultations pour SP (/an /patient)	<i>Moyenne ± ET</i> <i>Médiane</i>	3.8±2.9 3	4 ± 3.3 3	3.7 ± 2.4 3	0,459 (W)
Nombre de consultations pour SNP (/an /patient)	<i>Moyenne ± ET</i> <i>Médiane</i>	1.2±1.7 1	1.3 ± 1.8 1	1.1 ± 1.6 1	0,32 (W)
Nombre de téléconsultations (/an /patient)	<i>Moyenne ± ET</i> <i>Médiane</i>	0.1±0.7 0	0.1 ± 0.5 0	0.1 ± 0.8 0	0,466 (W)
Mode de prise de rendez-vous					
Nombre de RDV pris par internet (/an /patient)	<i>Moyenne ± ET</i> <i>Médiane</i>	1.7±2.2 1	1.8 ± 2.4 1	1.7 ± 2.1 1	0,226 (W)
Nombre de RDV pris par secrétariat (/an /patient)	<i>Moyenne ± ET</i> <i>Médiane</i>	1.7±2.2 1	1.9 ± 2.4 1	1.5 ± 1.9 1	0,139 (W)
Nombre RDV pris par le médecin (/an /patient)	<i>Moyenne ± ET</i> <i>Médiane</i>	0.4±1 0	0.3 ± 0.9 0	0.5 ± 1.1 0	0,003 (W)
Données médicales					
Nombre de pathologies chroniques (/patient)	<i>Moyenne ± ET</i> <i>Médiane</i>	1.4±1.6 1	1.2 ± 1.5 1	1.6 ± 1.6 1	<0.001 (W)
Nombre d'ALD (/patient)	<i>Moyenne ± ET</i> <i>Médiane</i>	0.4±0.7 0	0.3 ± 0.6 0	0.5 ± 0.7 0	0.004 (W)
Score de Charlson	<i>Moyenne ± ET</i> <i>Médiane</i>	1.9±2.1 1	1.5 ± 1.9 1	2.2 ± 2.2 2	<0.001 (W)

Tableau 2 - Caractéristiques des patients opposant ceux issus du groupe des patientèles avec délai de consultation court et ceux avec délai de consultation long

L'analyse univariée met en évidence une différence significative en ce qui concerne l'âge des patients ($p < 0.001$), avec une patientèle en moyenne plus âgée dans le groupe des patientèles avec délai long. Même constat en ce qui concerne le nombre d'ALD ($p = 0.004$) et le nombre de pathologies chroniques ($p < 0.001$), avec un nombre d'ALD et de pathologies chroniques par patient plus élevé dans le groupe des patientèles avec délai long.

Le mode de prise de RV par le médecin a également montré une différence significative ($p = 0.003$), avec un nombre de RV pris par le médecin plus important dans le groupe des patientèles avec délai long.

Les autres caractéristiques n'ont pas été significatives entre les deux groupes.

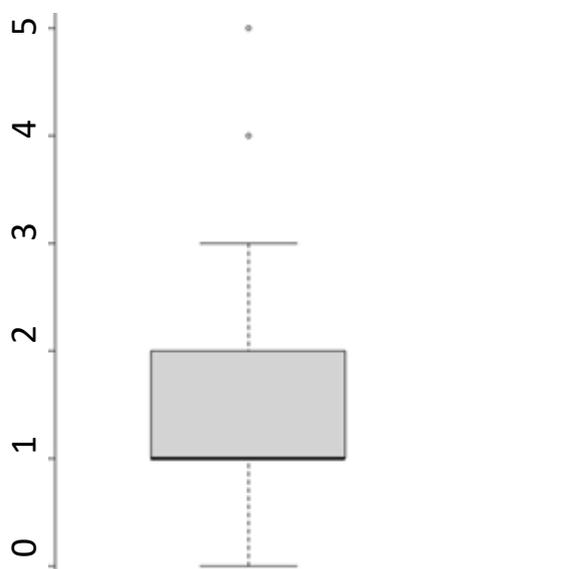


Figure 3 – Nombre de motifs par consultation

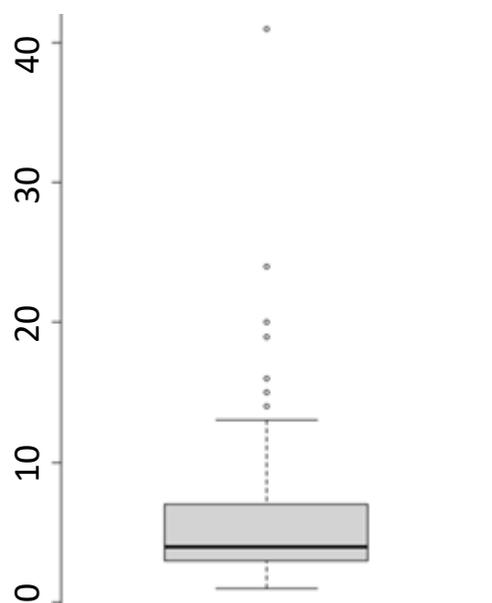


Figure 4 – Nombre de consultations pour SP et SNP annuel par patient

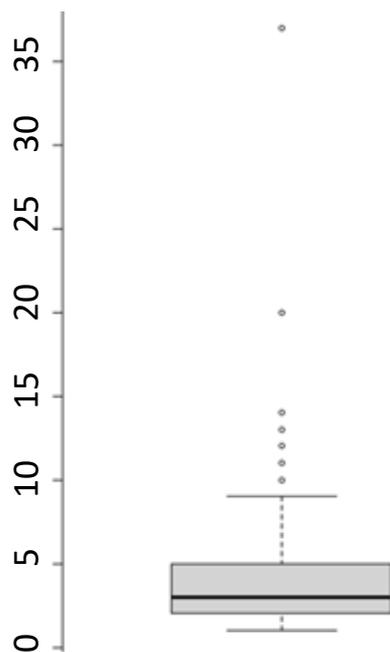


Figure 5 - Nombre de consultations annuelles pour SP

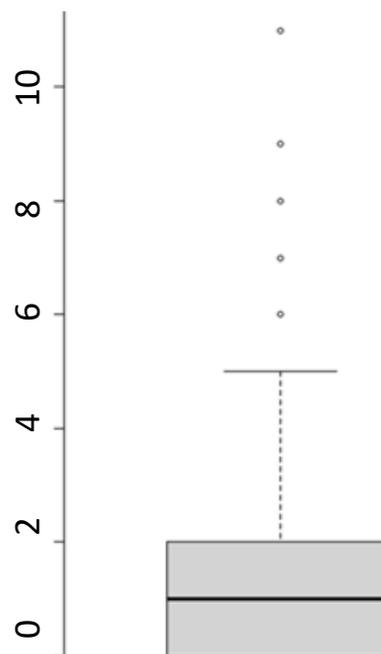


Figure 6 - Nombre de consultations annuelles pour SNP

En ce qui concerne le nombre de motifs évoqués par consultation, 50% des patients ont rapporté un ou deux motifs par consultation. La médiane est à un motif par consultation (*figure 3*).

Tous motifs confondus, la moitié des patients ont consulté entre trois et sept fois par an, avec une médiane à quatre consultations par an (*figure 4*).

La population étudiée a plus souvent consulté pour des SP : 50% des patients ont consulté deux à cinq fois pour ce motif. La médiane se situe à trois consultations par an (*figure 5*).

Les rendez-vous en consultations de SNP ont pour leur part représenté entre 0 et 2 consultations par an en majorité, avec une médiane située à une consultation par an (*figure 6*).

4. Résultats de l'analyse multivariée

En faveur d'un allongement du délai de consultation pour SP, l'analyse multivariée a retrouvé une différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant le score de Charlson (OR 1,162 ; IC95 [1,031 – 1,311] ; $p = 0,014$), et le mode de prise de rendez-vous directement par le médecin (OR 1,298 ; IC95 [1,096 – 1,566] ; $p = 0,004$) (figure 7).

En faveur d'un raccourcissement du délai de consultation pour SP, l'analyse multivariée a retrouvé une différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant le mode de prise de rendez-vous par le secrétariat (OR 0,844 ; IC95 [0,779 – 0,913] ; $p < 0,001$).

En revanche, il n'y avait pas de différence significative, ni pour l'âge des patients, ni pour le nombre d'ALD et de pathologies chroniques par patient entre les deux groupes.

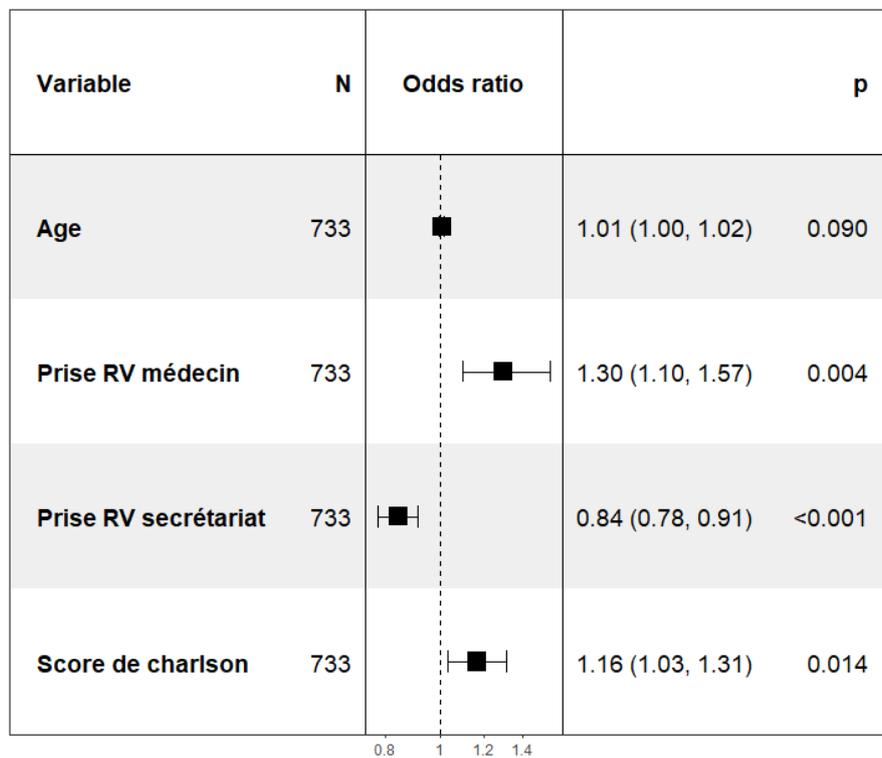


Figure 7 – Odds Ratio et intervalles de confiance des variables significatives en analyse multivariée

IV- DISCUSSION

1. Population étudiée : les patients

a) Constitution de l'échantillon

Comme toute étude épidémiologique descriptive transversale, cette étude comporte plusieurs biais de sélection.

Pour des raisons pratiques, nous avons pris le parti de comparer des ensembles de patientèles dont l'hétérogénéité potentielle pouvait induire un biais de sélection. L'hypothèse supposée était qu'il existe des différences de délai de consultation pour des SP entre différents médecins généralistes et que des différences significatives de variables concernant les caractéristiques de l'activité des praticiens d'un côté et celles propres à leurs patientèles pourraient être mises en évidence par cette approche globale.

La période d'inclusion a été réalisée uniquement au cours de la saison hivernale et sur une période relativement courte de deux semaines consécutives par praticien sur un intervalle de temps total de quatre semaines. Un recueil simultané pour chaque praticien sur deux semaines définies n'a pas été possible pour des raisons pratiques (congrès, semaines de formation, imprévus familiaux). Les périodes de vacances scolaires ont néanmoins été évitées. Le choix de cette période hivernale peut constituer un biais de recrutement puisqu'il s'agit d'une période propice aux affections aiguës et par conséquent à une augmentation des consultations pour SNP. L'activité des SNP étant indissociable des SP, une plus grande proportion attendue de consultations pour SNP implique une diminution de la proportion des consultations pour SP et un allongement potentiel du délai proposé pour ces consultations pour SP. A l'inverse, d'autres périodes sont plus propices aux consultations de SP comme la période printemps-été (exemple du renouvellement d'ordonnance d'antihistaminiques, ou encore de la mise à jour vaccinale pour motif de départ en voyage dans un pays étranger).

De plus, l'estimation du délai moyen de consultation pour SP a été réalisée pour chaque praticien à une seule occasion et au cours de la période hivernale. Ce délai, potentiellement plus important qu'estimé sur une période annuelle, est donc moins comparable au délai national.

Malgré une variabilité potentielle de cette estimation, la constitution des groupes a permis néanmoins de mettre en évidence plusieurs différences statistiquement significatives.

Le biais d'information que pourrait représenter la population exclue par refus de participation ou pour l'absence de données médicales est négligeable étant donné le faible nombre d'exclusions (24 sujets ; 3%).

b) Représentativité de l'échantillon

Il n'existe pas de données de la littérature à notre connaissance portant sur les caractéristiques des populations constituant les patientèles de médecin généraliste, qui auraient pu permettre une comparaison.

Étant donné les variabilités attendues de population d'une région à une autre, comparer notre population à la population générale présente également des limites, la population cible étant plus précisément, dans le cas de notre étude, la population consultant son médecin généraliste pour des SP dans la région Centre-Val-de-Loire. Néanmoins nous identifions les points suivants :

- Concernant le sex-ratio : notre échantillon comptait 59,8% de femmes et 40,2% d'hommes. Selon les données de l'INSEE au 1^{er} janvier 2023, la population générale compterait 51,6% de femmes pour 48,3% d'hommes. Les femmes sont donc sur-représentées, et les hommes au contraire sous-représentés au sein de notre échantillon. (14)
- Concernant l'âge : la moyenne d'âge de l'échantillon est de 48,3 ans. Cette moyenne est plus élevée que la moyenne d'âge de la population française rapportée au 1^{er} janvier 2023, qui selon le rapport de l'INSEE, est de 42,4 ans. Notre échantillon est donc plus âgé en moyenne que la population générale (15). Cependant, ces deux populations ne sont pas comparables. On peut émettre l'hypothèse d'une population consultant le médecin généraliste probablement plus âgée que la population générale, les patients plus âgés consultant plus que les patients plus jeunes. Il aurait fallu, afin de pouvoir effectuer une comparaison, connaître l'âge moyen de la population consultant le médecin généraliste.
- Concernant les ALD : 217 patients sur 733 étaient atteints d'au moins une ALD déclarée, soit 29,6% des patients de l'échantillon. En 2021, le nombre de patients

porteurs d'une ALD rapporté à la population générale est de 17,9% (16)(17). Les patients porteurs d'une ALD sont donc plus représentés au sein de notre échantillon que dans la population générale. Cependant, et pour les mêmes raisons que pour l'âge, ces deux populations sont difficilement comparables car l'on peut s'attendre à ce que les patients atteints d'une ALD soient plus souvent amenés à consulter leur médecin généraliste.

- Concernant le nombre de motifs par consultation : Nous avons retenu une moyenne de 1,3 motifs évoqués lors d'une consultation programmée, par patient. Selon une thèse réalisée en 2018 et portant sur le nombre de motifs en consultation de médecine générale, les données de la littérature rapportent un nombre de motifs par consultation se situant entre 1,23 et 2,66 (18). Les résultats de notre échantillon concordent donc avec la littérature.
- Concernant le nombre moyen annuel de consultation tous motifs confondus : il est estimé à 5,1 consultations par patient dans notre échantillon. Si la DREES rapporte en 2018 un nombre de consultation par an et par habitant de 3,93 (19), une étude réalisée par Eurostat en 2020, et relayée par MG France, indique une moyenne d'une peu plus de 6 consultations par an et par habitant (20). Notre échantillon se situe dans cet intervalle.
- Concernant le mode de prise de rendez-vous : notre étude a relevé en moyenne 1,7 rendez-vous pris par internet, 1,7 rendez-vous via le secrétariat (téléphonique ou présentiel). 0,4 rendez-vous directement par le médecin. Nous n'avons pas trouvé de données dans la littérature concernant l'effectif de prise de rendez-vous par habitant en population générale.
- Concernant le nombre de pathologies chroniques : notre échantillon a retrouvé une moyenne de 1,4 pathologies chroniques par patient. Il n'a pas été possible de comparer ce chiffre aux données de la littérature, les études étant peu nombreuses et la définition restant floue. Les résultats obtenus des rares études réalisées à ce sujet ont été extrêmement dépendants de la méthodologie utilisée, du nombre de maladies prises en compte, de la manière de les définir, et du choix d'inclure ou non certaines pathologies corrélées (exemple du diabète et de la rétinopathie diabétique).

2. Population étudiée : les médecins

a) Constitution de l'échantillon

Les médecins dont la patientèle a été choisie afin de réaliser ce travail sont des médecins exerçant dans la région Centre-Val-De-Loire, plus précisément au sein des départements du Loiret et du Cher.

Différents biais de recrutement sont identifiables.

Afin de réaliser cette étude, il nous fallait des médecins possédant des logiciels permettant un recueil de manière rétrospective. Nous n'avons donc pas contacté tous les médecins de ces deux départements, mais uniquement ceux dont nous savions qu'ils possédaient des logiciels permettant le recueil et l'archivage des données entrant dans notre recueil. Cela a donc introduit un biais de recrutement, excluant les patientèles de médecins non informatisés, ou ceux ayant uniquement une secrétaire sur place, ne permettant pas toujours de recueillir des informations fiables sur les prises de rendez-vous antérieures sous forme d'historique.

De plus, suite aux sollicitations dans ces deux départements afin de réaliser ce recueil, une majorité de praticiens contactés n'a pas souhaité participer, ou n'a pas répondu. Nous avons supposé que ces absences de réponse ou refus de participation pouvaient l'être pour différentes raisons : une impossibilité d'accès à un bureau pour le recueil de données, pour cause de partage de bureau avec un autre praticien, ou de jours non libres en permettant l'accès afin de réaliser le recueil de données ; des médecins n'ayant pas de difficultés avec leurs délais de consultation de SP, et ainsi portant peu d'intérêt à ce travail ; au contraire des médecins ayant un délai long, par peur d'être jugés ; ou tout simplement par méfiance de laisser un étudiant inconnu préalablement, recueillir leurs données-patients.

b) Représentativité de l'échantillon

La grande majorité de refus des médecins sollicités dans le département du Loiret et du Cher, ont malheureusement réduit le nombre de médecins participants à seulement huit praticiens. Par conséquent, les variables identifiées ci-dessous permettent uniquement d'estimer

des tendances concernant les données démographiques médicales et des pratiques exercées par les cabinets médicaux de la région Centre-Val-De-Loire.

Premièrement, concernant les caractéristiques personnelles des médecins ayant participé à l'étude, on notera que :

- Les femmes représentaient 62,5% des médecins de notre étude. Selon le CNOM, en 2021, les femmes médecin en activité régulière représentaient 40,1% des effectifs dans le Cher, et 45,7% des effectifs dans le Loiret. Les femmes médecins sont donc surreprésentées au sein de notre échantillon (21).
- La moyenne d'âge des médecins de notre étude était de 40,9 ans. Selon le CNOM, la moyenne d'âge des médecins du Cher était de 52,8 ans, celle du Loiret de 52 ans. Les médecins de notre étude sont donc plus jeunes que la moyenne rapportée (21).

Les médecins de notre étude ne sont donc pas tout à fait représentatifs des médecins en activité, mais notre échantillon suit cependant la tendance actuelle, avec une féminisation de la profession qui s'accroît chaque année. Une autre hypothèse est que les médecins jeunes et les femmes médecins acceptent plus souvent de participer aux travaux de thèse.

Deuxièmement, concernant l'emplacement géographique et la structure dans laquelle se trouve les différents médecins participants, on notera que :

- Sept des huit médecins (87,5%) exercent en milieu urbain. L'étude est donc peu représentative de l'exercice du médecin généraliste en milieu rural dans la région Centre-Val-De-Loire. Nous n'avons pas retrouvé de données récentes concernant la proportion de médecins exerçant en zone urbaine ou rurale.
- Sept des huit médecins (87,5%) exercent au sein d'une MSP. Selon le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale réalisé entre janvier et avril 2022, 70% des médecins généralistes exercent en groupe et 17% des médecins généralistes travaillent au sein d'une MSP (22). Notre échantillon regroupait donc une grande proportion de médecins exerçant en groupe, et plus particulièrement au sein d'une MSP.
- Le nombre de médecins travaillant au sein de la structure des médecins issus de notre échantillon était de 5,1 en moyenne. Il ne nous a pas semblé judicieux de comparer cette

donnée aux données de la littérature. D'abord parce qu'une autre de nos données faisait état du nombre de médecins travaillant en groupe, et sa comparaison semblait plus judicieuse. En effet, une MSP peut regrouper un nombre de médecins généralistes très variable. Notre échantillon étant petit, et comportant plusieurs centres identiques, il a été sujet à un « effet-grappe », introduisant un biais important sur l'étude de cette donnée seule.

Troisièmement, concernant la répartition de l'activité professionnelle des différents médecins généralistes, on notera que :

- L'effectif moyen de la patientèle des médecins généralistes participants est de 1212,3 patients. En 2016 en France, selon les données de la CNAM, la moyenne nationale de patientèle d'un médecin généraliste était de 864 (23). Selon MG France, ce nombre est passé à 941 en juin 2021 (7). La moyenne de notre échantillon se situe donc au-dessus de la moyenne nationale, ce qui est attendu selon les données démographiques de santé connues de la région Centre.
- Le nombre total de patients vus par médecin en moyenne est de 22,8 patients par jour. Cette moyenne est comparable à celle, nationale, de 22 consultations par jour effectuée par les médecins généralistes, moyenne estimée selon une étude réalisée par Doctolib, publiée en 2017 et relayée par Le Quotidien du Médecin (24).
- La moyenne du nombre d'heures d'ouverture du planning (correspondant uniquement à la durée initialement prévue des créneaux de consultation) est de 6,8 heures par jour, soit 47,6 heures hebdomadaires, auxquelles s'ajoutent le retard pris dans la journée et le temps administratif. A titre indicatif mais sans comparaison possible du fait de ces temps additionnels non recueillis dans notre étude, le temps de travail hebdomadaire total a été estimé à 54 heures en moyenne, dont 44 heures et 30 minutes auprès des patients, d'après un panel des médecins généralistes réalisé en 2018 et relayé dans un article de la DREES datant de 2019 (25). Les médecins issus de notre échantillon travaillent donc plus que la moyenne nationale.
- Le nombre de jours d'absence dans notre échantillon est en moyenne de 64,2 jours par an, par médecin, ce qui représente un peu plus de 9 semaines par an. Selon une étude réalisée par la DREES, la moyenne nationale se situe en 2017 à 5,7 semaines par an par médecin (25). Notre moyenne est donc plus haute mais difficilement comparable, puisque nous n'avons pas compté en semaines de vacances mais en jours d'absence. L'étude réalisée par la DREES ne mentionne pas les absences hebdomadaires, un

médecin ne travaillant pas tous les jours, alors que notre étude en tenait compte. Les données de la littérature sont donc peu informatives sur le résultat que nous avons obtenu.

Enfin, concernant la présence d'autres intervenants dans la réalisation de l'activité médicale des différents cabinets médicaux participants, on notera que :

- Sept des huit médecins (87,5%) de notre échantillon avaient un remplaçant régulier, permettant de poursuivre l'activité médicale et réduire les délais de consultation. Nous n'avons pas trouvé de données dans la littérature concernant le nombre de médecins remplacés régulièrement en France.
- Quatre des huit médecins avaient régulièrement un interne en médecine générale. Deux n'en avaient pas, et deux ne nous ont pas transmis l'information. Nous n'avons pas trouvé de données dans la littérature concernant le nombre de médecins travaillant régulièrement avec des internes en médecine, en France.
- Sept des huit médecins (87,5%) travaillaient régulièrement avec une infirmière Asalée, au sein de notre échantillon. D'après une étude nationale de 2019 du HSCP, 700 infirmières Asalée travaillaient en collaboration avec 3000 médecins généralistes (26). Selon une thèse réalisée en 2020, l'Association Asalée fait état en 2022 de 1628 infirmières Asalée travaillant en collaboration avec 7063 médecins généralistes au niveau national (27). La tendance est donc à la hausse. Si l'on rapporte cet effectif au nombre de médecins généralistes recensés par le CNOM en 2022 (10), 8,4% des médecins généralistes travailleraient en France en collaboration régulière avec une infirmière Asalée. Les médecins de notre échantillon sont donc plus nombreux à avoir choisi de travailler en collaboration avec une infirmière Asalée, en comparaison à la moyenne nationale.
- Deux des huit médecins de notre échantillon travaillaient en collaboration avec une IPA. Nous n'avons pas trouvé de données dans la littérature concernant le nombre de médecins généralistes travaillant en collaboration avec un infirmier en pratique avancée.
- Sept des huit médecins travaillaient avec une secrétaire. Selon le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale réalisé en 2022 et publié par la DREES, cinq médecins généralistes sur six déclarent avoir un secrétariat (28). Notre échantillon se situe donc dans la norme.

Pour autant, malgré la participation active de ces intervenants globalement bien sollicités par les médecins participants à notre étude, ces variables ne sont pas suffisantes pour inverser les difficultés d'accès aux soins et l'allongement des délais de consultation en région Centre-Val-De-Loire comparativement aux données nationales.

3. Forces et faiblesses de l'étude

a) Forces de l'étude

En ce qui concerne l'analyse statistique, nous avons choisi de réaliser une analyse univariée complétée par une analyse multivariée afin de diminuer les facteurs de confusion. Cela a permis de solidifier ce travail, qui comportait par ailleurs d'autres biais. A noter que pour cette analyse, nous avons fait appel à un statisticien professionnel, qui a pu nous guider sur la méthodologie statistique à utiliser après présentation des objectifs de notre étude.

b) Faiblesses de l'étude

i. Une bibliographie pauvre

Nous n'avons pas retrouvé de travail traitant de notre problématique. Les données concernant le délai de consultations pour SP sont peu nombreuses. Beaucoup d'études portent plutôt sur les consultations pour SNP. Ce manque de données a constitué un frein à l'établissement d'une bibliographie détaillée, mais renforce l'intérêt de notre étude.

ii. Des biais de sélection

Plusieurs biais de sélection ont affaibli notre étude et sont détaillés au début de la discussion de cette étude.

iii. Des biais d'information

Le calcul du nombre d'ALD était dépendant de leur déclaration par le médecin traitant. Celui du nombre de pathologies chroniques était lui, dépendant de la bonne tenue des dossiers

informatiques par le médecin traitant. Ces deux conditions sont en lien avec un risque de sous-estimation de ces caractéristiques.

De plus, la définition floue d'une maladie chronique affecte également le calcul du nombre de ce type de pathologies. Nous avons fait le choix de la définir comme une pathologie pour laquelle le patient était dans l'obligation de prendre un traitement ou d'avoir un suivi régulier, l'obligeant à consulter au moins une fois par an pour ce motif. Nous avons aussi fait le choix de compter les pathologies corrélées (diabète et insuffisance rénale, diabète et rétinopathie). Nos résultats sont donc difficilement transposables à d'autres résultats d'études en ce qui concerne cette catégorie.

De plus, on peut supposer d'un effet de saillance lors du recueil des informations. En effet, plus une pathologie est sévère, plus elle a de chance d'être notée dans le dossier. Cela entraîne une différence du nombre de pathologies chroniques en fonction de leur sévérité.

D'autres variables sont soumises à la bonne tenue du dossier médical et constituent des biais d'information potentiels, comme les informations relatives au score de Charlson ou la présence de tous les motifs énoncés lors de chaque consultation.

4. Interprétation des résultats

Analyse multivariée

En ce qui concerne l'âge des patients, la différence est significative en analyse univariée ($p < 0,001$) en faveur d'un âge plus élevé dans le groupe de patientèles avec des délais proposés de consultation pour SP plus longs. C'est un résultat qui pouvait être attendu puisque les personnes âgées, plus fragiles, sont amenées à consulter plus fréquemment leur médecin généraliste pour des soins programmés (par exemple pour le renouvellement d'ordonnances).

Toutefois, cette différence d'âge des patients ne devient plus significative en analyse multivariée ($p = 0,09$). Un constat similaire se présente pour le nombre de pathologies chroniques et le nombre d'ALD. Il pourrait s'agir de facteurs de confusion. Ces variables pourraient s'intégrer dans un cadre plus grand intéressant les comorbidités d'un patient, ce qu'étudie le score de Charlson.

En ce qui concerne le score de Charlson, il est quant à lui significatif en analyse univariée comme en analyse multivariée ($p = 0,014$). Plus il est élevé, plus le délai est long (OR 1,162). On peut donc émettre l'hypothèse que plus un patient est fragile, plus il nécessite de soins, et plus il allonge les délais de consultations programmées. Ceci dit, son OR n'étant pas très élevé, il n'a pas une forte influence sur le délai, sous réserve que les patients ayant un score de Charlson élevé ne soient pas majoritaires au sein d'une patientèle.

Parmi les autres différences significatives constatées en analyse multivariée, la prise de rendez-vous réalisée par le médecin ($p = 0,004$) était associée à un délai plus long (OR 1,298). On peut faire l'hypothèse que plus les patients ont des antécédents lourds et une santé fragile, plus le médecin doit prévoir un suivi rapproché, et que ce dernier entre donc dans la planification directe des rendez-vous de suivi de ces patients, ou alors qu'il est une conséquence des délais longs qui impose au médecin de se mêler directement de la prise des rendez-vous.

La prise de rendez-vous par le secrétariat, initialement non significative en analyse univariée ($p = 0,139$), est devenue significative en analyse multivariée ($p < 0,001$), après élimination des facteurs de confusion. Elle a montré que plus les patients prenaient rendez-vous par le secrétariat, plus le délai du médecin concerné était court (OR 0,844). On peut faire l'hypothèse inverse que les patients prenant rendez-vous par le secrétariat sont plus autonomes, donc moins polypathologiques et donc moins pourvoyeurs de soins.

Concernant les variables associées aux patients

Cette étude a finalement montré peu de variables liées aux patients pouvant expliquer un allongement ou un raccourcissement des délais de consultation de SP. Si les caractéristiques des patients n'influent pas franchement sur les délais, le corolaire pourrait être de reporter ce problème d'allongement des délais de consultation plus en rapport avec des facteurs médecins dépendants (exemple de l'organisation des cabinets), ou encore des facteurs socioculturels et géographiques.

Pour expliquer l'absence de résultat, nous préférons plutôt souligner les faiblesses de notre étude par manque de puissance statistique d'une part, et d'autre part par l'omission potentielle d'autres variables à étudier comme les caractéristiques socioculturelles et géographiques, au sein de notre étude.

La faible participation des médecins traitants dans le Cher et le Loiret contribue en grande partie à la perte de puissance statistique.

Concernant l'aspect géographique, on peut noter dans notre étude que tous les médecins exerçant dans le Cher appartenaient au groupe de délais longs, alors que leurs pratiques ne différaient pas grandement de leurs confrères issus du Loiret. Ceci pourrait être expliqué par la pauvreté encore plus marquée de démographie médicale dans la région du Cher en comparaison au Loiret, avec une variation respective du nombre de médecins généralistes actifs de -5,7% contre -3,3% entre 2021 et 2022.

Notre étude n'a pas tenu compte des variables socioprofessionnelles qui peuvent également influencer sur le nombre de consultations chez le médecin généraliste pour une même patientèle. Selon un rapport DREES de 2005 étudiant l'impact de la catégorie socioprofessionnelle de la population française en 2002 (30), un lien fortement significatif était rapporté avec les indicateurs de risque vital et d'invalidité de l'IRDES. Les cadres présentaient le meilleur état de santé, suivis par les professions intermédiaires. Les employés et ouvriers qualifiés ont des indicateurs moins bons que la moyenne, tandis que les ouvriers non qualifiés apparaissent clairement comme la catégorie socioprofessionnelle dont l'état de santé est le plus dégradé. Un rapport 2009-2010 publié par le Ministère de la santé et de la prévention confirme une meilleure espérance de vie à 35 ans et moins d'incapacités chez les cadres que chez les ouvriers. Comparativement aux ouvriers, les cadres avaient une espérance de vie à 35 ans de 7 ans supérieure pour les hommes et de 3 ans pour les femmes. Non seulement l'espérance de vie est meilleure, mais les cadres présentent moins d'incapacités à long terme. Les cadres vivaient 10 ans de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles, et 7 ans de plus sans dépendance (31). Selon ce même rapport, les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité perdurent après 60 ans, témoignant d'un effet à long terme de la catégorie socioprofessionnelle et des conditions de vie qui lui sont associées. Les dépenses totales de santé sont ainsi plus élevées pour les personnes issues de la catégorie ouvrière non qualifiée (30). Même constat en ce qui concerne les bénéficiaires de la CMU, qui selon un rapport DREES datant de 2003, apparaissent en plus mauvaise santé que les patients n'en étant pas bénéficiaires, et dont les dépenses totales de soins sont supérieures de 30% à celles des personnes non bénéficiaires (32). On peut donc supposer que certaines catégories socioprofessionnelles étant plus exposées à une dégradation de leur état de santé et au final, à la survenue de pathologies chroniques, sont amenées à avoir un suivi médical plus régulier, avec une possible influence sur les délais de consultation.

Concernant les variables associées aux médecins

Toujours en prenant en compte les limites de notre étude, deux autres tendances se dessinent d'après les résultats des variables associées aux médecins.

Premièrement, plus le nombre de consultations par jour d'un médecin pour SNP était élevé, plus son délai était long ($p = 0,04$). En raison de la pénurie médicale et de la pression ressentie par les médecins afin d'assurer une réponse satisfaisante aux besoins de santé, on peut supposer que les médecins traitants des zones les plus en difficulté de la région Centre-Val-De-Loire sont incités à augmenter le nombre de créneaux de consultation de SNP proposés par jour afin de répondre à cette demande. Le groupe avec délai long est en effet composé principalement de la patientèle issue des médecins du Cher, dont les données démographiques sont encore plus préoccupantes que celles du Loiret. Cependant, il n'avait pas été retrouvé, dans notre étude, de différence statistiquement significative de l'effectif total de la patientèle entre nos deux groupes.

Des résultats significatifs étaient intuitivement attendus et n'ont pas été mis en évidence. Il était légitime de s'attendre à une diminution du délai pour les patientèles pour lesquelles le médecin avait recours à d'autres intervenants (remplaçant, interne, infirmière Asalée, IPA). Il était également légitime de s'attendre à un allongement du délai pour les patientèles pour lesquelles le médecin avait plus d'absences non remplacées dans l'année. Ces résultats n'ont pas été significatifs, probablement en lien avec la faiblesse statistique de notre étude.

Perspectives

Pour répondre à ces besoins de consultations de premier recours, les médecins généralistes de la région Centre-Val-De Loire sont confrontés à un véritablement défi déjà actuel et dont l'amplification est attendue. Dans ce but, plusieurs solutions peuvent être envisagées :

Tout d'abord, afin de pallier au manque médical, on pourrait envisager que les médecins traitants augmentent leur taille de patientèle, afin de s'adapter aux besoins de santé de la population. Mais cette solution ne semble pas être une solution pérenne. Une plus grande patientèle pourrait amener le médecin à diminuer le temps dédié à chaque malade (consultations expéditives), ce qui à terme, pourrait dégrader les soins. De plus, cela exposerait les médecins

au risque de burn-out, ce qui nuirait également à la prise en charge de ces patients, mais aussi au bien-être du médecin.

Une autre solution serait de limiter le nombre de patients ayant un score de Charlson élevé au sein d'une même patientèle, mais cette solution est dénuée d'éthique, et ne serait pas en concordance avec le devoir du médecin qui est de porter assistance aux personnes vulnérables.

Le développement de la télémédecine peut aussi faire partie des solutions envisageables, même si cette pratique récente est parfois critiquée, en raison notamment de ses limites en ce qui concerne certains motifs de consultation, et/ou parce qu'elle pourrait faire l'objet de dérives.

Une optimisation des logiciels médicaux, plus efficaces, pourrait aussi permettre d'envisager un gain de temps, pouvant se dégager au profit d'autres missions de santé.

Enfin, le travail en collaboration avec d'autres professionnels de santé pourrait peut-être permettre de répondre à cette demande importante de besoins de santé. Nous pourrions envisager que la généralisation des IPA et des infirmières Asalée permettrait de dégager des créneaux de consultation de SP dans le planning des médecins généralistes, à mettre au profit d'autres missions de santé.

La généralisation des assistants médicaux pourrait peut-être quant à elle augmenter la patientèle et la file active de ces médecins généralistes.

Si une proportion de médecins, non majoritaire, émet actuellement quelques craintes au regard de ces nouvelles professions, elles peuvent néanmoins faire espérer un futur acceptable pour la qualité des soins dans les années difficiles à venir.

V – CONCLUSION

Les SP, définis comme des « soins planifiables à l'avance, ne répondant pas à une problématique aiguë ou ressentie comme urgente par le patient ou le médecin », représentent une grande partie de l'activité du médecin généraliste. Si les délais restent globalement acceptables avec actuellement une moyenne nationale estimée à six jours, ils sont bien plus allongés pour les patients n'ayant pas de médecin traitant, atteignant 21 jours.

L'offre de soins en France est préoccupante depuis de nombreuses années, et les prévisions envisagent une hausse de l'offre de soins au mieux dans les années 2030. La région Centre-Val-De-Loire est particulièrement touchée par cette chute de la démographie médicale et cette difficulté à faire face à la demande de soins.

Ainsi, le risque d'allongement du délai des consultations pour SP afin de prioriser une demande plus urgente est prévisible et non négligeable dans les années à venir, ce qui pourrait contribuer à l'aggravation de l'état de santé global. SP et SNP sont indissociables puisque le temps dédié au cours des SP à la prévention, l'anticipation des décompensations des pathologies chroniques, et à l'éducation thérapeutique a un impact attendu sur le recours aux SNP.

Notre étude avait pour objectif de mettre en lumière des pistes concernant certains facteurs d'allongement des délais de consultations pour SP. Elle a montré une influence de certains modes de prise de rendez-vous et du score de Charlson, mais l'effet de ces facteurs a semblé faible au sein de notre population étudiée. Au final, cette étude n'a pas montré une forte influence des variables liées aux patients.

Face à cette situation de désertification médicale affectant particulièrement l'activité libérale des médecins généralistes, la solution à cette pénurie ne réside pas dans la simple augmentation de l'effectif d'une patientèle, puisqu'elle n'est pas sans conséquence sur la limitation du temps médical dédié à chaque patient, et sur l'épuisement physique et psychique des médecins généralistes, confrontés en région Centre-Val-De-Loire à une augmentation toujours plus importante de la pression de demande de consultation. Il est préférable de réfléchir à des solutions d'optimisation à la fois matérielles et humaines : amélioration de l'efficacité des logiciels de soin, développement de la télémédecine pour certains motifs de consultation, collaboration avec d'autres professionnels de santé.

A l'ère du développement des IPA et des assistants médicaux, nous n'avons pas pu étudier l'impact de ces professionnels sur les délais de consultation par manque de données

liées à la faible participation des médecins à notre étude. Leur place dans la réalisation de consultations pour SP représente pourtant un espoir dans la gestion des soins de premier recours dans un contexte de pénurie médicale.

Du fait de ses limites méthodologiques, nous considérons plus cette étude comme la base d'un travail de réflexion d'un sujet trop peu étudié à ce jour et pourtant central compte tenu des prévisions démographiques. Ce travail pourrait amener la construction d'autres études plus puissantes, par la réalisation d'un travail prospectif, ayant bien plus de médecins participants selon des sites géographiques plus variés, et tenant compte de plus de variables notamment socioprofessionnelles.

D'autres pistes restent donc ouvertes, afin de pouvoir offrir aux patients la meilleure offre de soins possible à l'avenir.

VII- BIBLIOGRAPHIE

- (1) Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson J-F et al. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? Rev Prat. 2004 juin
- (2) Jammet I. Etudes sur une typologie des consultations en médecine générale. Thèse d'exercice, Poitiers : Université de Poitiers; 2004
- (3) Gastineau J. L'organisation des SP en médecine générale. Thèse d'exercice, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2022
- (4) Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie. DREES. N°315. 06/2004.
- (5) Coumau C. Rendez-vous chez médecin : de plus en plus d'attente. Enquête IFOP réalisée pour le cabinet Jalma et rendue publique par les echos.fr. ; Novembre 2014.
- (6) La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. DREES. 2018
- (7) Les actes du colloque Un médecin traitant pour tous ? MG France ; Ministère des Solidarités et de la Santé ; 03/12/2021. <https://www.mgfrance.org/actualites/3051-les-actes-du-colloque-un-medecin-traitant-pour-tous-a-quel-prix#:~:text=Ce%20nombre%20de%20patients%20varie,la%20moyenne%20la%20plus%20importante> [Source internet]
- (8) Combien de jours pour décrocher un rendez-vous chez un généraliste, dermatologue, pédiatre... ? Enquête Marianne réalisée par Clientela, et rendue publique par egora.fr. 2021. <https://www.egora.fr/actus-pro/demographie-medicale/69068-combien-de-jours-pour-decrocher-un-rendez-vous-chez-un?page=0%2C1> [Source internet]
- (9) Parcours de soins coordonnés, Ministère de la santé et des sports. Version 15/09/09
- (10) Atlas de la démographie médicale en France. CNOM. 2022
- (11) Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. CNOM. 2022.
- (12) La démographie médicale en région Centre, situation en 2015. CNOM. 2015.
- (13) Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? DREES. 2021
- (14) INSEE. Bilan démographique 2023 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381466> [Source internet]
- (15) INSEE. Age moyen et âge médian de la population. Données annuelles de 1991 à 2023. 2023.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476#:~:text=Lecture%20%3A%20au%201er%20janvier,%3A%20Insee%2C%20estimations%20de%20population.> [Source internet]

(16) INSEE. Bilan démographique 2021 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136> [Source internet]

(17) Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD – 2008 à 2021. CNAM. 2023. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald> [Source internet]

(18) Belkaious L. Etude de la variété et de la distribution des motifs et des résultats de consultation en médecine générale rurale. Thèse d'exercice, Lyon : Université de Lyon ; 2018

(19) En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population. DREES. N°1144. 02/2020.

(20) Chute du nombre de consultations en France : l'accès aux soins prend une claque. MG France. Etude Eurostat. 25/01/2020.

<https://www.mgfrance.org/publication/lettreauxgeneralistes/2426-chute-du-nombre-de-consultations-en-france-l-acces-aux-soins-prend-une-claque#:~:text=Une%20%C3%A9tude%20r%C3%A9cente%20d'eurostat,le%20nombre%20de%20consultations%20baisse.> [Source internet]

(21) Atlas de la Démographie médicale en France. CNOM. 2021.

(22) Quatre médecins généralistes exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022. DREES. Etudes et Résultats. N°1244. 10/2022.

(23) Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Séance Médecin Traitant forfait patientèle. 1 juin 2016

(24) Martos S. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes. Etude Doctolib rendue publique par lequotidiendumedecin.fr.

2017. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes#:~:text=Les%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes%20effectuent%20en,de%20rendez%2Dvous%20en%20ligne.> [Source internet]

(25) Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. DREES. Etudes et résultats. N°1113. 05/2019.

(26) Fournier C., Mousques J. Construction et impact d'une coopération entre médecins généralistes et infirmières : le dispositif Asalée. ADSP n°107. HCSP. Juin 2019.

(27) Site officiel Asalee.org. <http://www.asalee.org/> [Source internet]

- (28) Un médecin généraliste sur six assure lui-même son secrétariat en 2022. DREES. Etudes et résultats. N°1245. 10/2022.
- (29) Atlas de la démographie médicale en France. CNOM. 2020.
- (30) Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. DREES. Etudes et résultats. N°378. Février 2005.
- (31) Inégalités sociales de santé. Ministère de la Santé et de la Prévention. Rapport 2009-2010.
- (32) L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins. DREES. Etudes et résultats. N°229. Mars 2003.
- (33) M E Charlson, P Pompei, K L Ales, C R MacKenzie. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis . 1987;40(5):373-83. doi: 10.1016/0021-9681(87)90171-8.
- (34) Score de Charlson. https://www.maeker.fr/egs/fragilite/charlson_cci [Source internet].

VIII- ANNEXES

Annexe 1 – Score de Charlson (34)

États pathologiques ou âge	Score
Pour chaque décennie après 40 ans, ajouter un score de 1. Formule : (âge - 40)/10.	—
Infarctus du myocarde (antécédent, pas seulement les modifications de l'ECG)	1
Insuffisance cardiaque congestive	1
Maladie vasculaire périphérique (incluant l'anévrisme de l'aorte > 6cm)	1
Maladie cérébrovasculaire : AVC avec séquelles modérées ou sans séquelles ou AIT	1
Troubles neurocognitifs	1
Maladie chronique pulmonaire	1
Connectivite	1
Maladie ulcéreuse	1
Maladie hépatique légère (sans hypertension portale, incluant les hépatites chroniques)	1
Diabète sans lésion organique associé (sauf si traité par régime seul)	1
Hémiplégie	2
Maladie rénale modérée ou sévère	2
Diabète avec lésions organiques (rétinopathie, neuropathie, néphropathie)	2
Tumeur sans métastases (sauf si diagnostiquée depuis plus de 6 mois)	2
Leucémie (aiguë ou chronique)	2
Lymphome	2
Maladie hépatique modérée ou sévère	3
Tumeur solide métastatique	6
VIH avec SIDA	6

Score total: __

Interprétation

Score	Mortalité à 1 an	Score	Mortalité à 10 ans
0	12%	0	8%
1-2	26%	1	25%
3-4	52%	2	48%
≥ 5	85%	≥ 3	59%

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and strokes, positioned below the text 'Vu, le Directeur de Thèse'.

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

PARCE Aurore

57 pages – 3 tableaux – 6 figures – 2 graphiques – 5 illustrations – 1 annexe

Résumé :

Introduction : Les soins programmés représentent une grande partie de l'activité du médecin généraliste. Ces dernières années, on constate un allongement du délai de rendez-vous en consultation pour soins programmés. La difficulté à combler les besoins de santé en France, très marquée en région Centre-Val-De-Loire, menace l'accessibilité à ces soins. L'objectif de ce travail était de comparer certaines caractéristiques influençant ce délai afin de dégager des pistes permettant d'optimiser ce délai de consultation.

Matériel et méthode : réalisation d'une étude observationnelle rétrospective comparant deux groupes, constitués en fonction du délai d'obtention de rendez-vous en soins programmés. Un recueil de données a été réalisé sur certaines caractéristiques patients et médecins. Le recueil a été réalisé au sein des départements du Loiret et du Cher. Il a ensuite été réalisé une analyse univariée, complétée d'une analyse multivariée.

Résultats : 757 patients ont été inclus dans ce travail, 733 ont été analysés. Le délai moyen de rendez-vous en consultation de soins programmés était de 16.7 jours. Il a été retrouvé un allongement du délai en analyse multivariée lors d'un score de Charlson élevé, avec OR 1.162 ($p = 0.014$), ou d'une prise de rendez-vous directement par le médecin, avec OR 1.298 ($p=0.004$). La prise de rendez-vous par le secrétariat était associée à un OR 0.844 ($p<0.001$).

Conclusion : Les caractéristiques patients n'ont pas semblé avoir une forte influence sur le délai de RV en consultation de soins programmés. Une autre étude pourrait venir compléter celle-ci, en prenant en compte d'autres facteurs (sociodémographiques, géographiques, ...) ou en ciblant plus précisément les caractéristiques médecins.

Mots Clés : médecine générale, délai de rendez-vous, soins programmés, caractéristiques patient, caractéristiques médecin

Jury :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Directeur de thèse : Docteur Christophe TOMASINO

Membres du Jury : Dr Boris SAMKO

Dr Faris YOUSIF

Date de soutenance : 09/11/2023