



Motivations et caractéristiques de la population de cabinets de médecine générale spécialisés en soins non programmés, en dehors de leurs activités de permanence de soin, à La Réunion

Pierre-Alexandre Ferrenbach

► To cite this version:

Pierre-Alexandre Ferrenbach. Motivations et caractéristiques de la population de cabinets de médecine générale spécialisés en soins non programmés, en dehors de leurs activités de permanence de soin, à La Réunion. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02057484

HAL Id: dumas-02057484

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02057484>

Submitted on 5 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Motivations et caractéristiques de la population de cabinets de médecine générale spécialisés en soins non programmés, en dehors de leurs activités de permanence de soin, à La Réunion

Pierre-Alexandre Ferrenbach

► To cite this version:

Pierre-Alexandre Ferrenbach. Motivations et caractéristiques de la population de cabinets de médecine générale spécialisés en soins non programmés, en dehors de leurs activités de permanence de soin, à La Réunion. Médecine humaine et pathologie. 2018. <dumas-02057484>

HAL Id: dumas-02057484

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02057484>

Submitted on 5 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année : 2018

N°112

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par M. FERRENBACH Pierre-Alexandre

Né le 18 octobre 1985 à Cannes

Le mardi 11 septembre 2018

Titre de la thèse

Motivations et caractéristiques de la population de cabinets de médecine générale spécialisés en soins non programmés, en dehors de leurs activités de permanence de soin, à La Réunion

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur DUFOUR David

Membre du jury :

Monsieur le **Professeur JOSEPH Jean-Philippe**, professeur des universités, président du jury

Monsieur le **Professeur FRANCO Jean-Marc**, professeur des universités

Monsieur le **Docteur DESMARCHELIER Philippe**, Maître de conférence associé, rapporteur

Monsieur le **Docteur REIX Grégory**

Monsieur le **Docteur DUFOUR David**, directeur de thèse

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Qui m'a fait l'honneur de présider mon jury.

Vous avez ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

Je vous remercie pour votre soutien et votre disponibilité.

Merci pour votre travail en sein du collège des enseignants de médecine générale.

A Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Merci à vous de participer à mon jury.

Merci, au côté de l'équipe des enseignants de médecine générale de la Réunion, d'avoir promu cette discipline, et d'avoir transmis à mes collègues et moi-même la passion de la médecine générale.

A Monsieur le docteur Philippe DESMARCHELIER.

Un grand merci à vous pour votre pertinence et votre rigueur scientifique qui ont permis d'enrichir mon travail.

Merci également pour le temps et l'énergie mise dans la réalisation de mon rapport de thèse.

Merci pour votre dévouement au sein de l'équipe des enseignants de médecine générale.

A Monsieur le docteur David DUFOUR,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail.

Merci d'avoir partagé cette épreuve avec moi et de m'avoir aidé tout au long de cette expérience.

A Monsieur le docteur Grégory REIX,

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury.

Merci également pour ton inspirante volonté quotidienne à promouvoir les valeurs fondamentales de la médecine générale au milieu d'un système de santé parfois pervers.

Merci à tous les enseignants et maîtres de stages qui m'ont transmis leurs savoirs et leur amour de la médecine.

Remerciement particulier au Dr Dominique LEMAIRE pour sa rigueur clinique.

Merci à toute l'équipe de SOS SUD de m'avoir accueilli pour la réalisation de l'étude. Merci particulièrement aux secrétaires Brigitte, Héliette, Monique, Catherine.

Merci à l'équipe de SOS OUEST pour leur soutien et leur patience dans cette aventure. Merci notamment aux secrétaires Auriane, Farida, Evelyne pour leur professionnalisme au quotidien.

Merci à Nicolas BOURSCAREN de l'unité de soutien méthodologique du CHU SUD Réunion pour son aide méthodologique, statistique, éthique.

Merci au Dr Patrick GAILLARD pour ces séminaires Excel et Zotero.

Merci à Madame Nassima BENMAHI du secrétariat des thèses de Bordeaux pour son professionnalisme.

Merci à toute ma famille,

A ma femme, Solenn, de m'avoir soutenu, partagé par les doutes et adversités tout au long de ce travail de thèse, et de m'exprimer son amour au quotidien.

A mon père de m'avoir transmis ses valeurs et de rayonner par son humour. Je te souhaite une santé de fer.

A ma mère de m'avoir élevé malgré les épreuves de la vie et d'avoir transmis à ses enfants les bases de la vie. Merci pour sa relecture orthographique.

A ma sœur de son soutien et son courage malgré les épreuves familiales. Merci pour tes conseils de traduction.

A mon frère Valentin qui va commencer sa vie d'interne de médecine. Je te ferai découvrir la médecine générale.

A mes frères Georges, Samy, Anthony dispersés aux quatre coins du monde et que je vois trop rarement.

A Philippe pour égayer ma vie de sa touche artistique

A Jacqueline pour sa bonne humeur et son aide pour l'orthographe.

Merci à tous mes amis,

A Mathieu D pour m'avoir aidé à me familiariser avec la statistique analytique.

A Olga pour ses conseils organisationnels.

A mes anciens colocs Marco, Valentin, Anne-Lise, Clara, PO, Solène M, Louis pour ces années de bonheur.

A mes amis Benjamin, Bibi, Heloise avec qui j'ai partagé mes années étudiantes.

A Tiphane pour sa motivation.

A Mathieu P et Lucile, Laurie et Tim, Julien G, et tous ceux que je n'ai pas cités

Aux Pony Tales et leurs fans pour cette aventure Rock! atypique

A Rosemary pour sa relecture anglaise

A Lucas, le stagiaire de Solenn, pour sa macro à boucle en Excel

« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile ».

- **Hippocrate de Cos** (-460 à -377 av J.-C)

Mots clés / Key Words :

Mot clé français	Correspondance américaine	Arborescence si mot clé MeSH
Soins non programmés	Non-programmed treatments	<i>n/a</i>
Urgence ressentie	Perceived emergency	<i>n/a</i>
Médecin généraliste	General Practitioners	<i>M01.526.485.810.485</i>
Absence du médecin traitant	Absence of the General Practitioner	<i>n/a</i>
Médecine d'urgence	Emergency Medicine	<i>H02.403.250</i>
Parcours de soins coordonnés	gatekeeping	<i>N04.452.758.849.350</i>
Soin primaire	Primary health care	<i>N04.590.233.727</i>
Inégalités devant les soins	Healthcare Disparities	<i>N04.590.374.380</i>
Comportement en matière de santé	Health Behavior	<i>F01.145.488</i>
Déterminant social de la santé	Social Determinants of Health	<i>N01.224.425.762</i>
Couverture médicale universelle	Universal Coverage	<i>N03.219.521.576.265.500</i>

Titre en anglais :

Population' characteristics and motivations to go to private non-programmed medical care centres outside after hours care, in the Reunion island.

Table des matières

Préambule	12
A - Evolution du comportement du patient face aux soins.....	12
B- Définition des soins non programmés.....	14
C - L'organisation des soins non programmés en France.	16
D- Les spécificités réunionnaises (25).....	18
1 Introduction.....	20
2 Matériel et méthode.....	22
2.1 Type d'étude	22
2.2 Centres d'investigations	22
2.3 Méthode de recueil de données	22
2.4 Durée du recueil des données	22
2.5 Critères d'inclusion et exclusion	23
2.6 Élaboration du questionnaire	23
2.7 Critères de jugements	24
2.8 Conduite du recueil des données	24
2.9 Analyse des données	25
2.10 Présentation des résultats :	25
2.11 Aspect légaux :	26
3 Résultats et analyses.....	27
3.1 Période d'étude :	27
3.2 Diagramme de flux.....	27
3.3 Caractéristiques sociodémographiques.....	28
3.4 Horaires de consultations :	31
3.5 Cheminement vers le cabinet de consultation :	32
3.6 Motifs médicaux de consultation :	34
3.7 Raison non médicale de consultation :	36
3.8 Fréquence de consultation :	38
3.9 Rôle de la structure de SOS selon le patient	39
3.10 Analyse par sous-groupe.....	40
4 Discussion.....	47
4.1 Rappel des résultats principaux	47
4.2 Comparaison avec d'autres études :	51
4.3 Retentissement des résultats de l'étude.....	61
4.4 Force et faiblesse de l'étude	63

5	Conclusion	66
6	Références documentaires	67
7	Annexe.....	72
7.1	Annexe 1 : Questionnaire	72
7.2	Annexe 2 : Tableaux globaux des résultats.....	76
7.3	Annexe 3 : Analyse selon le genre :	82
7.4	Annexe 4 : Analyse selon type de mutuelle.....	84
7.5	Annexe 5 : Analyse selon l'adressage.....	85
7.6	Annexe 6 : Analyse selon le parcours de soins	87
7.7	Annexe 7 : Analyse selon les patients qui consultent plus au cabinet de SOS que chez leur médecin traitant.....	89
7.8	Annexe 8 : Analyse selon l'activité	91
7.9	Annexe 9 : Analyse selon la recherche d'un 2 ^e avis ou l'insatisfaction du médecin traitant.....	92
7.10	Annexe 10 : Définition du parcours de soins.....	94
7.11	Annexe 11 : Fiche de déclaration à la CNIL.....	95
7.12	Annexe 12 : Le serment d'Hippocrate	96
8	Quatrième de couverture : Résumé - Abstract.....	97

Table des figures

Figure 1: Diagramme de flux	27
Figure 2: Répartition des patients par âge.....	28
Figure 3 : Pyramide des âges des patients de l'étude	28
Figure 4: Activité socio-professionnelle des plus de 16 ans.....	29
Figure 5: Activité professionnelle.....	30
Figure 6: Proportion du niveau d'étude.....	30
Figure 7: Horaire de consultation	31
Figure 8: Motifs médicaux de consultation.....	34
Figure 9: Catégorie du motif de consultation	35
Figure 10: Raison non médicale de non consultation du médecin traitant.....	36
Figure 11: Déterminant de consultation spécifiquement au cabinet SOS	37
Figure 12: Patient consultant pour la première fois au cabinet SOS en fonction de l'âge.....	38
Figure 13: Rôle du cabinet SOS en journée - Pallier le manque de médecin traitant	39
Figure 14: Rôle du cabinet SOS en journée - Assurer la continuité des soins quand le médecin traitant n'est pas disponible.....	39
Figure 15: Rôle du cabinet SOS la journée - Décharger l'hôpital notamment les services d'urgences	39
Figure 16: Moyenne du nombre de consultations chez le médecin traitant sur les 12 derniers mois en fonction du sexe et de l'âge	40
Figure 17: Moyenne du nombre de consultations au cabinet SOS sur les 12 derniers mois en fonction du sexe et de l'âge.....	41
Figure 18: Âge des patients adressés par un professionnel de santé	43
Figure 19: Répartition de l'âge des patients des cabinets SOS par rapport à la population Réunionnaise	47
Figure 20: Activité professionnelle des patients des cabinets SOS par rapport à la population Réunionnaise	48
Figure 21: Niveau de formation des patients des cabinets SOS par rapport à la population Réunionnaise	48

Table des tableaux

Tableau 1 : Moyenne du temps de trajet entre le domicile et le cabinet de SOS en fonction du type de mutuelle.....	32
Tableau 2: Nombre de consultations par an au cabinet de SOS en fonction de la proximité du domicile.....	32
Tableau 3: Proportion des professionnels adressant au cabinet de SOS parmi les patients adressés	33
Tableau 4: Catégorie du motif médical selon l'âge	35
Tableau 5: Niveau d'étude selon le genre.....	40
Tableau 6: Nombre de consultation médicale par an selon le type de mutuelle	42
Tableau 7: Motifs médicaux selon le parcours de soin.....	44
Tableau 8: Raison de consultation au cabinet de SOS selon le parcours de soin.....	44
Tableau 9: Catégorie socio-professionnelle (CSP) des patients consultant plus au cabinet de SOS en journée ouvrable que chez leur médecin traitant sur les 12 dernier mois	45
Tableau 10: Raison de consultation au cabinet de SOS chez les patients consultant plus souvent au cabinet de SOS que chez leur médecin traitant	45
Tableau 11: Nombre de consultations par an selon le fait d'avoir une ALD.....	45
Tableau 12: Déterminant de non consultation chez le MT et de consultation au cabinet SOS chez les patients insatisfait ou cherchant un 2e avis.....	46
Tableau 13: Nombre de consultations sur les 12 derniers mois chez le MT et au cabinet SOS chez les patients insatisfaits ou en recherche d'un 2e avis	46
Tableau 14 : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques entre l'étude DREES de 2004 et notre étude.....	51

Liste des abréviations :

ALD : Affection longue durée
APL : Accessibilité potentielle localisée
ARS : Agence régionale de santé
BAC : Baccalauréat
CAF : Caisse d'allocation familiale
CCMU : classification clinique des malades aux urgences
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé
CRAA : Centre de réception et de régulation des appels
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DM : Données manquantes
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ET : écart type
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MMG : maison médicale de garde
MT : médecin traitant
PDSA : permanence de soins ambulatoires
SAU : service d'accueil des urgences
SAMU : service d'aide médicale urgente
SNP : soins non programmés

Préambule

A - Evolution du comportement du patient face aux soins.

La relation du patient au soin est en pleine évolution. Dès la fin des années 1980 (1), on observe la fin du modèle paternaliste avec un rééquilibrage de la relation patient médecin, entraînant l'émergence du principe du patient actif, non infantilisé, capable de discuter avec le médecin : c'est la naissance de la démocratie sanitaire. La santé se recentre autour de la notion du patient acteur de ces soins. Les patients s'impliquent, s'équipent, se renseignent, et s'entraident afin de mieux comprendre leurs prises en charge et de se soigner (2).

Dans ce contexte, l'état, avec la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, va nuancer cette liberté en désignant le MT comme le « gate keeper » d'un parcours de soin visant à améliorer la coordination des soins et à favoriser l'accès aux soins par un circuit mieux défini et encadré.

Ces changements s'accompagnent de l'émergence de la notion de consumérisme médical. Les témoignages de médecins (3) laissent penser que cette tendance se développe en France. L'obligation de moyen évolue vers une obligation de résultat, la demande de soin de guérison évolue vers le besoin d'être en bonne santé.

Le chercheur en droit de la santé, Dr Rousset nuance ce comportement (4) : pour lui, la relation entre patient-médecin repose avant tout sur la confiance et non la consommation. Il déplore néanmoins que le patient se concentre surtout sur ses droits, et néglige ses devoirs de responsabilité envers le système de soin.

Le revers de cette révolution sanitaire se traduit par une certaine défiance envers le corps médical et les potentiels effets secondaires d'un traitement, d'où une judiciarisation du système de santé (5).

Par ailleurs, le comportement du patient face à une situation urgente ou imprévue se résume souvent à « tout, tout le temps, tout de suite, pour moi » (6). Le « tout » concerne la santé, mais cache également une angoisse ou une peur qu'il faut apaiser en se rendant aux urgences. Le « tout le temps » et « tout de suite » évoque le désir du patient à être pris en charge n'importe quand, n'importe où, même pour un motif minime. Et « pour moi » reflète l'individualisme de notre société, le patient souhaite être pris en charge rapidement, même si d'autres patients ont des problématiques plus sérieuses.

Ce phénomène s'explique par (7):

- D'une part, la réduction des créneaux d'accès, l'offre libérale a concentré ses efforts sur certains profils de patientèle (personnes âgées, inactifs dans le temps), réduisant l'accès aux actifs ayant des contraintes de temps liées à leur profession.
- D'autre part, l'accroissement du nombre d'examens complémentaires prescrits qui augmentent les déplacements du patient et peuvent l'obliger à prendre des congés.

Cette situation se traduit par une inadéquation entre l'offre de soins urgents disponibles et le besoin énoncé par la population d'une prise en charge rapide et souple (8).

B- Définition des soins non programmés.

L'urgence en matière de santé est un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage (Pr Delbarre, dans (9))

Dans le milieu hospitalier, l'urgence est définie par la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU). Elle classe les patients de l'urgence pré-hospitalière (en SMUR) et de l'accueil des services d'urgences hospitaliers. Dans sa version modifiée, elle se divise en 7 items :

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

CCMU 1 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

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

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

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

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

Au-delà de la définition médicale, le patient a une toute autre vision de l'urgence. Son ressenti n'est pas corrélé au degré d'urgence du point de vue médical. (10)

Face à cette subjectivité du patient, les critères qui définissent l'urgence en médecine générale sont assez vastes, et la définition d'un soin non programmé est difficile à préciser.(11)

Chaque étude sur le sujet, donne sa propre définition :

« Les soins non programmés sont des soins pris de manière inhabituellement rapide sans être nécessairement urgents. » (12)

Elle survient lorsque le patient n'a pas pu ou su prévoir une demande de soin. Elle comprend des consultations et actes de médecine générale, sans rendez-vous et/ou associés à des actes techniques (pansements, sutures, immobilisations,...) dans un délai d'une demi-journée (13) (14)

Dans l'étude nationale de la DREES sur les soins non programmés (11), les recours urgents ou non programmés en médecine générale ont été définis par :

- Des urgences médicales repérées comme telles par le médecin
- Des recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet (exemple la nuit, ou les week-end)

- Des recours ayant lieu pendant les horaires d'ouverture du cabinet du médecin avec des patients déclarant avoir eu « besoin de voir un médecin dans la journée »
- Des recours aux médecins des associations des médecins urgentistes de ville.

En plus du motif médical en lui-même, dans ce contexte d'urgence subjective, « **l'absence d'offre adaptée constitue une urgence** ». (Dr Giroud dans le livre blanc de l'association Samu-Urgence de France (15))

C - L'organisation des soins non programmés en France.

Sur le plan national et conceptuel, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) structure l'offre de soin d'aujourd'hui et de demain, en pilotant les stratégies pour répondre aux défis du système de santé. (16)

Plus localement, la gérance de la politique de santé est établie par des structures administratives publiques : les agences régionales de santé (ARS). Chaque région, dans le cadre d'un projet régional de santé, organise l'offre de soin en territoires et veille à la bonne gestion des dépenses. (17)

Plus spécifiquement, les acteurs prenant en charge les soins urgents ou non programmés se divisent en deux grands secteurs :

En France, les soins non programmés s'articulent :

- D'une part autour du milieu libéral avec : le médecin spécialiste en médecine générale exerçant en cabinet traditionnel, en maison médicale, ou dans un cabinet dédié aux soins non programmés ; les cabinets de garde dans le cadre de la permanence de soins ambulatoires ; les autres médecins spécialistes libéraux ; et le médecin coordinateur du SAMU.
- D'autre part, autour de la sphère hospitalière avec une branche pré-hospitalière avec le SAMU et le SMUR, une branche hospitalière (publique ou privée) constituée de service d'urgences, et plus récemment de centres de soins non programmés labélisés (publics ou privés). (18)

Les coopérations dans la gestion des SNP entre les différents acteurs sont encouragées pour :

- La médecine libérale par la loi de modernisation de 2016 (19), notamment avec la création d'équipes de soins primaires (ESP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
- La médecine hospitalière par des coopérations public/privé (groupement de coopération sanitaire – GCS) et des coopérations hospitalières public/public (communauté hospitalière de territoire- CHT). (18)

En 2016 s'est ouverte une réflexion de stratifications des structures d'accueil d'urgences au sein de groupements hospitaliers de territoire (18) avec un service d'urgence régional, un service d'urgence territorial, des antennes de services d'urgences, des centres de soins non programmés labélisés.

Cette diversité dans les acteurs de santé répondant aux soins urgents ou non programmés complexifie le parcours de soins pour le patient. Afin d'optimiser ce parcours, la régulation est identifiée comme un outil central.(18)

Ainsi, « le bon fonctionnement et la bonne orientation des usagers au sein du réseau reposent sur une régulation médicale adaptée, et notamment une régulation de médecine générale au mieux 24h/24, dont il faut faire la promotion en journée, aux heures ouvrables et pas seulement en période de permanence des soins ».

Les missions du centre de réception et régulation des appels ou centre SAMU 15 sont vastes et parcourent l'ensemble de la régulation médicale libérale et hospitalière. En outre, le centre 15 détermine et déclenche, dans le délai le plus rapide, la réponse la

mieux adaptée à la nature des appels, allant de la gestion d'une urgence vitale, au simple conseil médical.

Cependant la population n'a pas le réflexe de la régulation médicale et elle associe le rôle du centre 15 à la gestion unique d'« urgences vitales ».(20)

Dans une dynamique de renforcer la régulation libérale, le législateur, sous l'impulsion de l'ancienne Ministre des affaires sociales et de la santé Marisol Touraine, crée un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires le 116 117(21). Le choix est laissé aux ARS de réunir autour du centre 15 l'ensemble de la régulation des soins, ou de déléguer la régulation ambulatoire au 116 117. Ce nouveau numéro, dans un premier temps réservé aux horaires de PDSA pourrait (22) secondairement s'ouvrir aux heures ouvrables des cabinets de médecine générale.

Ce numéro unique libéral pourrait même s'apparenter à une plateforme territoriale d'appui (prévu par l'article 74 de la loi de modernisation du système de santé)(19) pour le professionnel de santé ou l'utilisateur en difficulté face à un soin non programmé.

En fonction des retours des départements pilotes utilisant ce numéro, une campagne au grand public sera organisée, ciblant particulièrement les patients se rendant aux urgences sans avoir ni consulté, ni appelé un professionnel.

Concernant le numéro européen unique 112, qui ne représente que 21% des 60 millions d'appels d'urgence en France(23), en octobre 2017 le Président de la République Emmanuel Macron a réaffirmé sa volonté de renforcer cette plateforme à la façon du 911 des USA. Cette perspective est très critiquée par les syndicats d'urgentistes et de médecins libéraux qui craignent une perte de chance avec l'augmentation des intermédiaires (24)

D- Les spécificités réunionnaises (25)

Caractéristiques sociodémographiques

Avec 843 500 habitants en 2015, la population réunionnaise est le 26^e département français le plus peuplé. La population est plus jeune avec 39 % de moins de 25 ans et 14 % de plus de 60 ans, contre respectivement 30 % et 24 % pour la métropole en 2013 ; mais vieillit plus vite.

En 2015, le taux de chômage (parmi les actifs) s'élève à 24,6 % soit 2,5 fois plus qu'en métropole. Plus d'un Réunionnais sur trois bénéficie de la CMU-C (soit 5 fois plus qu'en métropole) et permet un taux de couverture maladie supérieur à 99%. Néanmoins, avec près d'un habitant sur deux en situation de pauvreté, un Réunionnais sur six renonce aux soins au moins une fois par an, pour une raison financière, notamment concernant les soins dentaires.

Risques sanitaires

L'île présente des risques sanitaires liés :

- À la géographie : Le climat tropical humide, entraînant le développement de l'utilisation des climatiseurs et de la croissance des moisissures, majore l'apparition de pathologie de type allergie respiratoire et asthme, et dans une moindre mesure la propagation d'arbovirose tels que la dengue et le chikungunya. Le retard dans les infrastructures publiques de traitements des eaux, altérant la qualité sanitaire de l'eau de boisson avec le développement microbien et parasitaire, notamment après un cyclone. Par ailleurs, l'incidence des gastro-entérites aiguës à la Réunion est deux fois supérieure à la Métropole.
- Aux comportements individuels :
 - o Comme en métropole, l'alcool est la substance psychoactive la plus expérimentée, et le tabac la substance la plus consommée. Les drogues illicites sont peu consommées, bien qu'en augmentation.
 - o Les proportions de surpoids et d'obésité sont comparables à celle de métropole, avec un réunionnais sur quatre en surpoids. Cela s'expliquant notamment par le fait que les Réunionnais sont de gros consommateurs de produits gras et sucrés, et de petits consommateurs de fruits et légumes, malgré une fréquence d'inactivité physique deux fois inférieure à celle de métropole.

Devant les spécificités précisées précédemment, il n'est pas surprenant d'observer une très forte incidence du diabète à la réunion, avec 109,2‰ contre 54,2‰ en métropole. Les pathologies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) sont également plus élevées avec 71,8 ‰ contre 52,1 ‰.

Densité médicale :

La densité des professionnels de santé est globalement inférieure à celle de métropole, sauf en ce qui concerne, pour les libéraux uniquement, les médecins généralistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes, les infirmiers, et les orthophonistes. Avec pour les médecins généralistes une densité à La Réunion de 141 pour 100 000 habitants (contre 143 pour la métropole), et une densité libérale des généralistes à La Réunion de 98 (contre 92 en métropole, selon l'INSEE en 2016). Néanmoins au 1^{er} janvier 2017, après trois années de hausse, l'accroissement de l'effectif de médecins généralistes (1182), a connu une baisse de -0.8% par rapport à 2016. Par ailleurs, la moyenne d'âge est de 50 ans (selon l'ARS océan indien).

Offre de soins

En 2015, la Réunion a recensé 24 établissements de santé dont 4 publics et 20 privés (26), réparties en 55 structures sur le territoire dont 6 maternités. En 2012, le département s'est doté d'un Centre Hospitalier Universitaire divisé en deux pôles (Nord et Sud). Tous secteurs confondus, cette prise en charge hospitalière, mobilise 12 700 personnels dont 1 700 personnels médicaux.

L'effectif des médecins généralistes libéraux à La Réunion hors remplaçants représentent 804 professionnels : 284,2 en zone Nord-Est ; 222,3 en zone Ouest ; 297,5 en zone Sud.

Cette activité libérale s'accompagne de cabinets médicaux de garde ouverts aux horaires de PDSA, mais avec des variations selon les centres, dont 4 structures avec des horaires élargis aux heures d'ouverture des cabinets de médecine générale.

- Au Sud : SOS SUD à Saint-Pierre (7h-00h), Maison médicale de garde Sud Réunion, Maison médicale de garde de Saint-Joseph (7h-00h), Maison médicale de garde du Tampon, SOS Saint-Louis

- A l'Ouest : SOS OUEST (24h/24) ; Maison Médicale Ouest ; SOS Saint-Paul ; Cabinet médical de garde de Saint Leu

- Au Nord : SOS NORD (24h/24), Cabinet médical de garde Saint-Vincent,

- A l'Est : Cabinet médical de garde de saint Benoit, le cabinet médical de garde Saint-André

1 Introduction

Dans un contexte de changement des mentalités des patients avec le développement d'une forme de consumérisme médical, les demandes de consultations urgentes ou non programmées ont vu leur nombre progresser durant les 20 dernières années(27) (18).

Face à cette subjectivité du patient, les critères qui définissent l'urgence en médecine générale sont assez vastes, et la définition d'un soin non programmé est difficile à préciser(11). Elle varie selon les études (10–13), mais peut se résumer à « Les soins non programmés sont des soins pris de manière inhabituellement rapide sans être nécessairement urgents » (12).

Du fait de sa proximité et sa connaissance du patient, le médecin traitant (MT) est l'acteur principal de la réponse aux demandes de soins non programmés. Il enregistre plus de 35 millions de consultations de soins non programmés (SNP) par an en 2004, soit 11% de son activité(11). Les études plus récentes estiment que la gestion de ces SNP représente 6.6 consultations auprès du généraliste par jour (13), ou encore que 43 % des omnipraticiens ont entre 6 et 10 consultations de SNP par jour (12).

En parallèle, la fréquentation des services d'accueil des urgences (SAU) a explosé ces 20 dernières années avec 18 millions de passages dans les services d'urgences en 2013, notamment en journée. Cependant 60 à 80% des patients consultant dans ces SAU auraient pu bénéficier d'une prise en charge uniquement de ville. (18)

En marge de ces activités, des structures médicales libérales de médecine générale dédiées aux soins non programmés se développent partout en France (27–29), et notamment à La Réunion où elles sont implantées depuis une vingtaine d'années.

Notre étude s'intéresse particulièrement à deux cabinets de médecine générale dédiés à l'urgence et aux soins non programmés, qui n'exercent pas une activité de MT : SOS SUD et SOS OUEST. Ces cinq dernières années, ces structures ont connu une croissance régulière du nombre de consultations, notamment aux horaires d'ouverture des médecins traitants (selon les chiffres internes de comptabilité).

Ces observations amènent à se questionner sur les raisons de l'affluence grandissante de telles structures, aux heures ouvrables des cabinets de MT, et pourquoi le patient ne consulte pas en premier lieu son MT conformément au parcours de soins.

Afin de mieux comprendre ce phénomène, plusieurs questionnements, auxquels nous essayerons de répondre, sont soulevés :

- Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques des patients consultant dans ces structures aux heures d'ouvertures des cabinets de médecin traitant ?
- Quels sont les déterminants des patients à ne pas consulter chez leur médecin traitant, et à choisir le cabinet SOS ?

Secondairement, on peut se demander si certains groupes de patients ont un comportement de consommation de soins différents des autres patients au sein d'un cabinet de type SOS.

2 Matériel et méthode

2.1 Type d'étude

Etude quantitative descriptive bi-centrique.

2.2 Centres d'investigations

L'étude s'est déroulée sur deux sites :

- Le cabinet médical SOS OUEST, 2 rue Alsace Lorraine, 97420 LE PORT.
- Le cabinet médical SOS SUD, 5 chemin Casabona, 97416 SAINT-PIERRE.

Description de l'environnement des deux structures :

- SOS SUD : Cette structure est installée dans la ville de Saint-Pierre au Sud de l'île. Avec 81 583 habitants en 2014, la ville de Saint-Pierre affiche un taux de pauvreté de 33.1%, contre 12.1% en France métropolitaine. (30) SOS SUD se situe à 9 minutes du CHU SUD. Avec une densité médicale en médecins généralistes libéraux dans la zone SUD de l'île à 100/ 100 000 habitants (contre 92 en métropole et 98 en moyenne à La Réunion) (25), la ville est bien couverte médicalement.
- SOS OUEST : Elle est installée dans la ville du Port à l'Ouest de l'île, depuis le début des années 90. Avec 35 653 habitants, la ville du Port affiche un taux de pauvreté de 52.6%. (31) Le cabinet se situe à 18 minutes de l'hôpital public Gabriel Martin. Le secteur enregistre la plus forte densité médicale libérale de la Réunion avec pour tout le territoire ouest, une densité de médecins généralistes libéraux de 107 / 100 000 habitants (25).

Ces deux structures initialement sous le label « SOS Médecin » dans les années 90, se sont émancipées pour réaliser des consultations médicales uniquement en cabinet, de 7h à minuit pour le SOS SUD, et 24h/24 pour SOS OUEST.

2.3 Méthode de recueil de données

Les données sont recueillies via un questionnaire élaboré spécifiquement pour cette étude.

2.4 Durée du recueil des données

Le recueil s'est déroulé sur 1 semaine au cabinet SOS SUD et 2 semaines au cabinet SOS OUEST.

Par soucis d'homogénéité des patients inclus entre les deux sites, le recueil a été deux fois plus long sur le cabinet SOS OUEST, car le cabinet SOS SUD présente en moyenne deux fois plus de passages que ce dernier.

2.5 Critères d'inclusion et exclusion

Critères d'inclusion :

- Tous les patients consultant dans les cabinets médicaux de SNP, entre 8h et 17h30, sans restriction d'âge, non déjà inclus dans l'étude.
Nb : Pour les enfants, le questionnaire est rempli par un parent. Pour les personnes en incapacité de répondre, le questionnaire est rempli par l'accompagnant. Le chercheur a pu assister les patients en difficulté pour répondre.

Critères d'exclusion :

- Les patients présentant une incapacité physique ou mentale, aiguë ou chronique, à répondre au questionnaire, à leur arrivée au cabinet.
- Refus du patient
- Consultation sur réquisition d'une autorité judiciaire
- Les patients ayant déjà rempli le questionnaire précédemment durant la période d'étude
- L'enfant non accompagné par un de ses parents.

2.6 Élaboration du questionnaire

Le questionnaire de recueil des données a été réalisé par le chercheur sur la base de travaux antérieurement publiés.

Les items sur les motifs médicaux de recours, les motifs de non recours du MT, et les motifs de recours spécifique au cabinet de SOS ont été influencés par les études suivantes :

- Les motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. (32)
- Les urgences en médecine générale. (11)
- « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation ». (33)
- Les patients auto référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportement de consommation de soins. (7)
- Motivations, motifs de consultation et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai. (34)
- Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de l'hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours. (10)

Les items explorant les avis des patients sur les structures de type SOS ont découlé d'un questionnaire sur l'opinion des patients sur les maisons médicales de garde dans l'étude sur la « Place de la maison médicale de garde de Calais dans le parcours de soins : le point de vue des patients ». (35)

Les données sociodémographiques ont été traitées selon la classification de l'INSEE.

Le questionnaire a été optimisé sur les conseils de l'unité de soutien méthodologique du CHU SUD Réunion lors d'une entrevue le 7/08/17. Un pré-test du questionnaire a été réalisé sur un échantillon de 50 patients du 16/08/17 au 30/08/17, permettant d'affiner le questionnaire face aux contraintes de compréhension et de logistique.

Il reprenait les mêmes questions que le questionnaire définitif, mais les réponses pouvaient être du texte libre en plus d'items à cocher.

Le pré-test a permis :

- D'une part, de relever des ambiguïtés ou des difficultés logistiques.
- D'autre part, d'incorporer de nouvelles notions telles que la consultation pour un deuxième avis ou l'insatisfaction du MT.

Les données recueillies lors du pré-test n'ont pas été incluses dans l'étude.

Notre questionnaire est consultable en annexe 1. Il était constitué de 3 parties :

- Une première informant le patient sur la nature de l'étude et demandant son consentement.
- Une deuxième évaluant les caractéristiques sociodémographiques du patient.
- Une troisième évaluant les motifs médicaux de consultation, les déterminants de non consultation du MT, les déterminants de consultation au cabinet de SOS et l'avis du patient sur le rôle de ces structures.

2.7 Critères de jugements

Le critère de jugement principal de la première question de recherche repose sur l'analyse des données sociodémographiques.

Celui de la seconde question est le motif non-médical de consultation au cabinet de SOS (et son corollaire : le motif non médical de non consultation au cabinet du MT).

Les critères secondaires sont :

- Les motifs médicaux de consultation
- Le nombre de consultations sur un an chez le MT et dans un cabinet de type SOS en heures ouvrables.
- L'avis des patients sur le rôle d'une structure de type SOS en heures ouvrables des médecins traitants.

2.8 Conduite du recueil des données

Le patient a rempli un questionnaire en ligne via le logiciel Google Forms, sur une des trois tablettes numériques distribuées par le thésard, en salle d'attente, avant sa consultation. Ces données ont ensuite été importées sur un tableur pour l'analyse statistique.

L'unité de soutien méthodologique du CHU SUD Réunion a fourni une analyse globale des résultats (annexe 2); les autres analyses ont été réalisées par le chercheur sur les conseils de l'unité de soutien méthodologique et d'un statisticien du laboratoire d'électronique énergétique et procédés de l'université de La Réunion.

2.9 Analyse des données

2.9.1 Méthodologie statistique

Les données des questionnaires ont été transférées informatiquement du logiciel Google Forms® vers un tableur Excel®.

Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel STATA® V13.1 software (StataCorp LP, Lakeway Drive, College Station, Texas 77845 USA), ou avec le logiciel Microsoft® Excel® 2016.

2.9.1.1 Statistiques descriptives

Les variables qualitatives sont exprimées en effectifs absolus (nombre de cas), effectifs relatifs (pourcentage). Le dénominateur pour le calcul des pourcentages correspond aux patients ayant répondu. Les variables quantitatives sont exprimées par la moyenne $\pm$ écart type, [le minimum et le maximum].

2.9.1.2 Analyse comparative bivariée

Dans tous les cas, le seuil de significativité pour le risque de première espèce alpha est fixé à 0.05 %, valeur communément admise pour ce type de recherche, ce qui introduira une significativité pour un $p < 0.05$.

Pour chacune des analyses bivariées, la comparaison de deux variables qualitatives est faite :

- par un test du χ^2 si les effectifs théoriques sont ≥ 5 ,
- par un test exact de Fisher si les effectifs théoriques sont < 5 .

La comparaison de deux moyennes observées est faite :

- par un test T de Student pour données appariées si la variable quantitative étudiée présente une distribution Gaussienne dans chacun des deux groupes étudiés et si la variance de la variable quantitative est considérée identique dans les deux populations dont les groupes sont extraits (condition d'homoscédasticité),
- par un test des rangs signés de Wilcoxon dans les cas contraires.

2.10 Présentation des résultats :

Les motifs de consultations étaient regroupés en sous-groupes :

- Somatique (Fièvre, problème digestif, syndrome grippal, toux, problème respiratoire, malaise, affaiblissement, démangeaison, problème dermatologique, conjonctivite, autres problèmes somatiques)
- Traumatologique (Saignement, problème traumatologique)
- Psychologique (angoisse)
- Administratif (certificat, ordonnance)

- Un motif de consultation pour une douleur, sans préciser son siège somatique, traumatique ou psychiatrique permettant son traitement analytique, est considéré comme donnée manquante.
- Les patients n'ayant pas répondu ont été intégrés dans les données manquantes.

Concernant le niveau étude, les patients ont été regroupés en 2 sous-groupes, ceux n'ayant pas le BAC, ceux ayant au moins le BAC.

Pour évaluer l'effet de la proximité sur le nombre de consultations annuel au cabinet de SOS, nous avons choisi de séparer notre échantillon en deux sous-groupes : supérieur ou inférieur à la moyenne du temps de trajet entre le domicile et le cabinet de SOS.

Le parcours de soins du patient répond à la définition de l'assurance maladie (annexe 10).

Cependant, la définition légale du parcours de soin, indique l'item la « consultation d'un médecin généraliste installé depuis moins de 5 ans ». Cet item permet aux médecins généralistes nouvellement installés d'accueillir des nouveaux patients en vue de devenir leur MT, sans que ces derniers ne soient pénalisés. Les médecins des cabinets SOS de notre étude n'étant pas MT, cet item n'a pas été intégré dans la définition du sous-groupe.

2.11 Aspect légaux :

En plus de son consentement oral, le patient a été informé par écrit de l'utilisation de ces données, de la nature de l'étude, de sa participation facultative, et de son droit d'opposition.

Une déclaration simplifiée type MR 003 (annexe 11) a été déposée à la CNIL (n° 2115773 v 0). L'étude est par ailleurs conforme au protocole MR 003.

Après concertation avec le centre d'investigation clinique du CHU de la Réunion, une demande de projet auprès d'un comité de protection des personnes n'a pas été jugée nécessaire.

3 Résultats et analyses

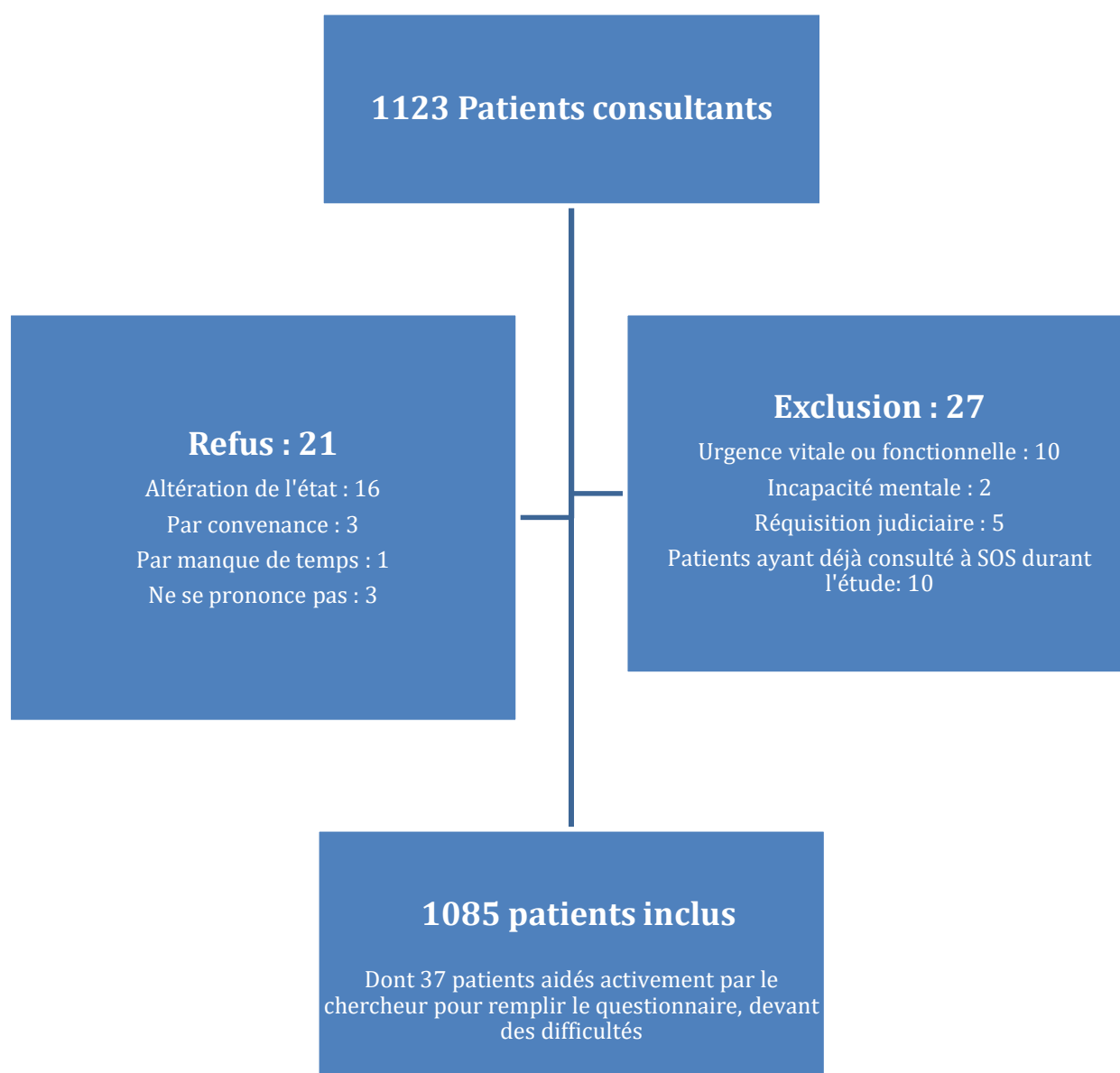
3.1 Période d'étude :

Le recueil s'est déroulé sur 142h et 30 min, réparties :

- Du 11/09/17 au 15/09/17 et du 25/09/17 au 29/09/17 au cabinet SOS OUEST.
- Du 18/09/17 au 22/09/17 au cabinet SOS SUD

3.2 Diagramme de flux

Figure 1: Diagramme de flux

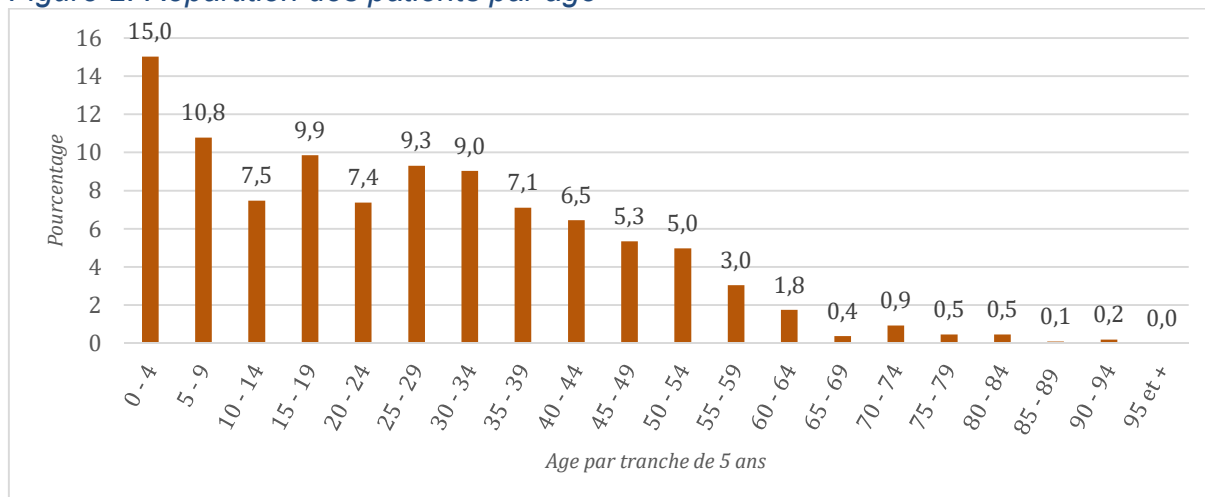


3.3 Caractéristiques sociodémographiques

3.3.1 Age

La moyenne d'âge était de $25,8 \pm 18,7$ [0.5-92] ans. Au sein de notre population, 57.9 % (n = 626) des patients avaient entre 16 et 54 ans, 34.9 % (n = 379) moins de 16 ans, et 7,3 % (n = 79) 55 ans et plus.

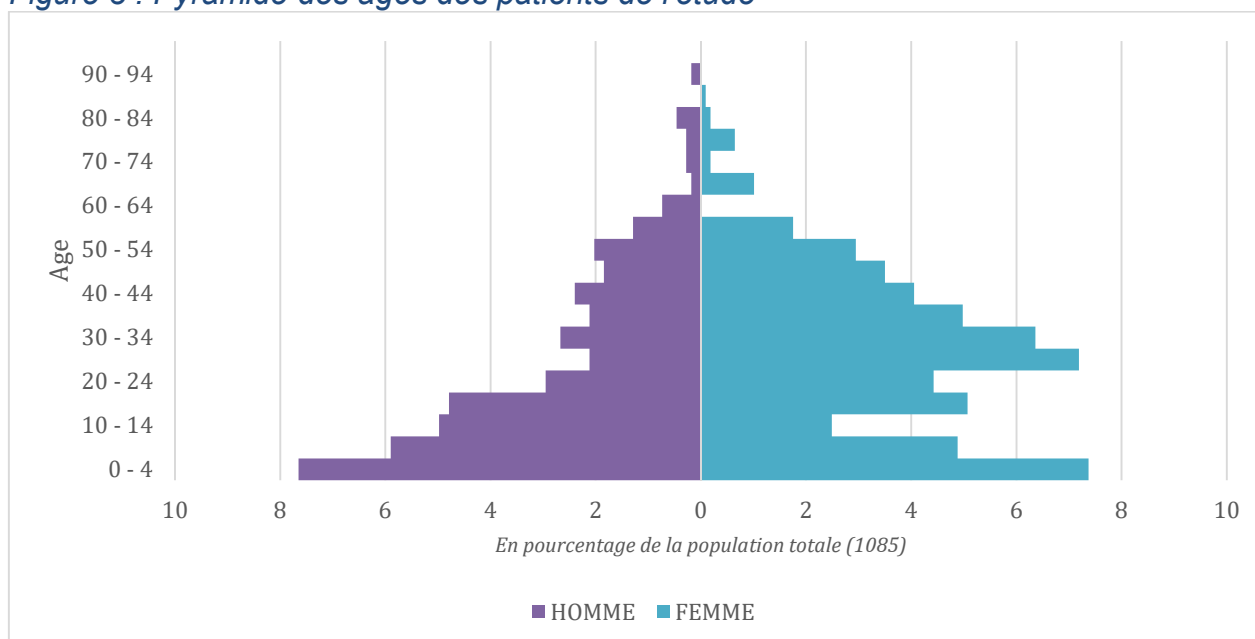
Figure 2: Répartition des patients par âge



3.3.2 Pyramide des âges

57 % des patients étaient des femmes. Elles représentaient 65,7 % des 16 - 54 ans. La parité Femme/Homme était de 1,32 dans notre étude, contre 1,07 à l'échelle départementale, $p < 0,01$.

Figure 3 : Pyramide des âges des patients de l'étude



3.3.3 Couvertures mutuelles

Les patients avaient une couverture mutuelle pour la majorité avec 38,4 % (n = 416) de CMU-C, 60,2 % (n = 653) de mutuelle non CMU-C. Seul 1,4 % (n = 15) des patients n'avaient pas de couverture mutuelle (aucun n'avait d'aide médicale d'état).

3.3.4 Activité socio professionnelle

Un quart de la population d'au moins 16 ans était sans activité professionnelle : 25,1 % (n = 172). Parmi les patients de l'étude, 28,3 % (n = 194) représentaient des employés, 19,8 % (n = 135) des professions intermédiaires ou supérieures. Les actifs représentaient 58,7 % (n = 403), les inactifs 41,3 % (n = 303) dont 25,1 % (n = 172) d'inactifs hors étudiants ou retraités.

Figure 4: Activité socio-professionnelle des plus de 16 ans (n = 686 et données manquantes = 20)

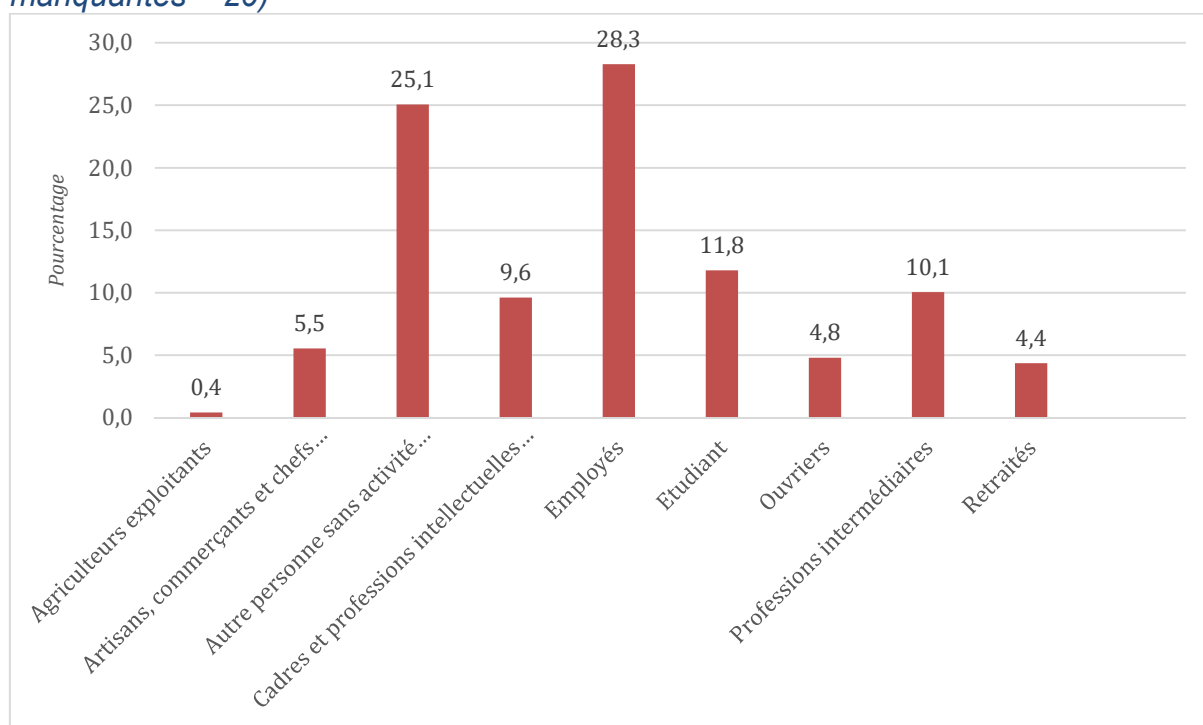
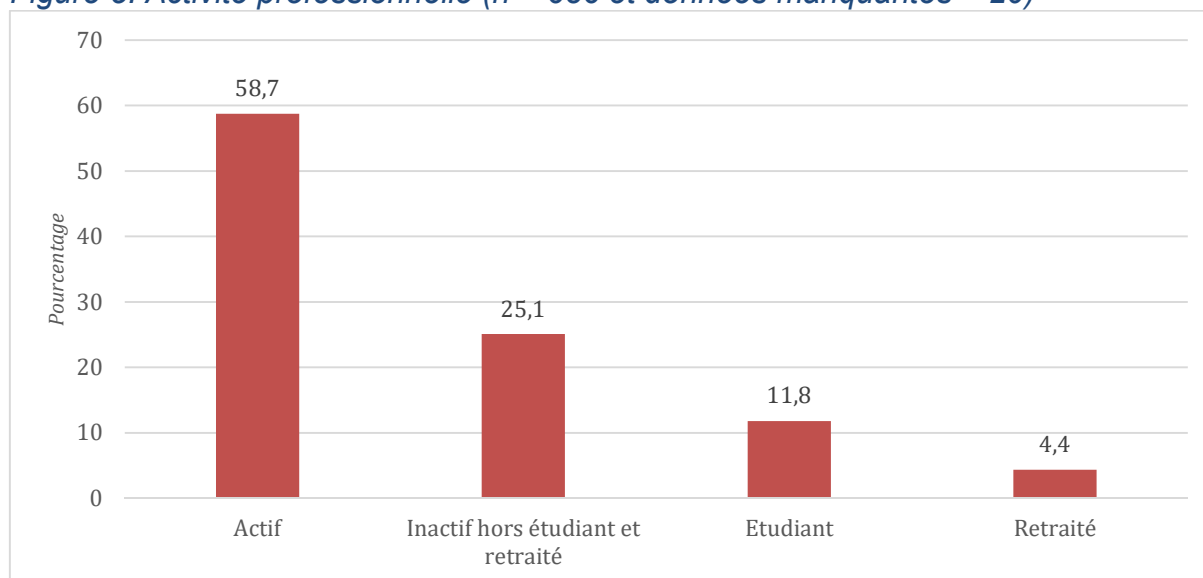
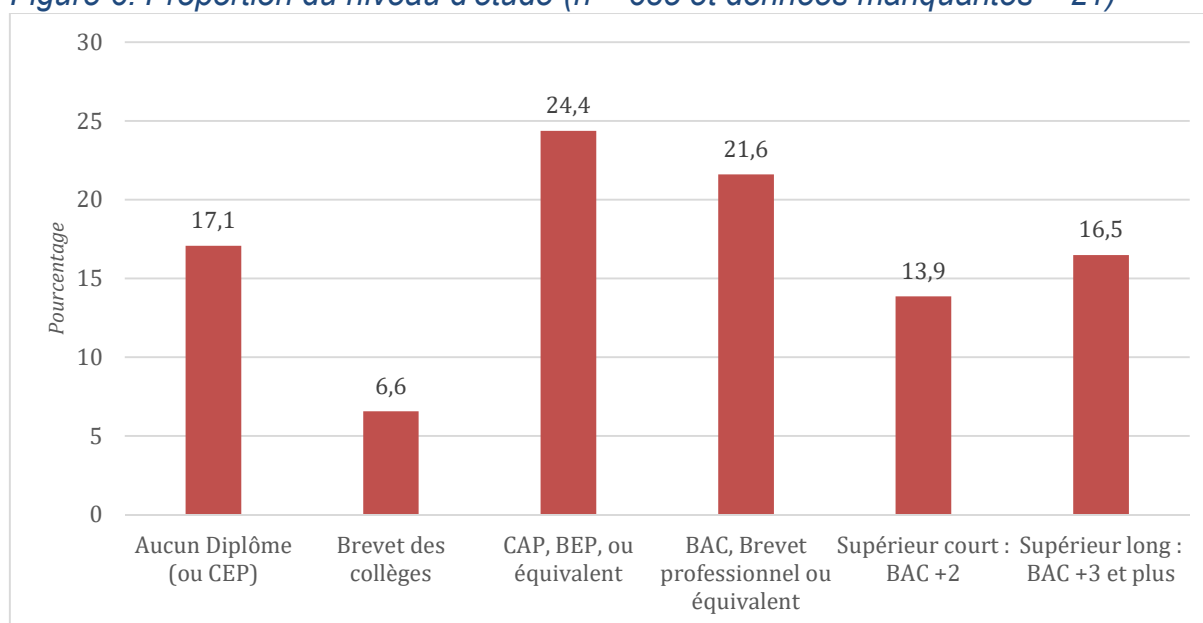


Figure 5: Activité professionnelle (n = 686 et données manquantes = 20)



3.3.5 Niveau de formation

Figure 6: Proportion du niveau d'étude (n = 685 et données manquantes = 21)



Les trois-quarts de la population étaient instruits, avec 52 % (n = 356) des patients qui disposent d'un diplôme niveau bac ou supérieur. Les patients n'ayant aucun diplôme ou uniquement le brevet des collèges étaient 23,7% (n = 162).

3.3.6 Patient ALD

Les patients en ALD étaient 9,5 % (n = 103), parmi eux 24,5 % (n = 25) consultaient en rapport avec leur ALD.

Parmi ces 25 patients, ils consultaient 6,92 ($\pm 4,78$) fois par an chez leur MT, et 2,76 ($\pm 2,39$) fois par an au cabinet de SOS. Huit d'entre eux consultaient pour la première fois.

3.4 Horaires de consultations :

Deux pics de consultations s'observaient :

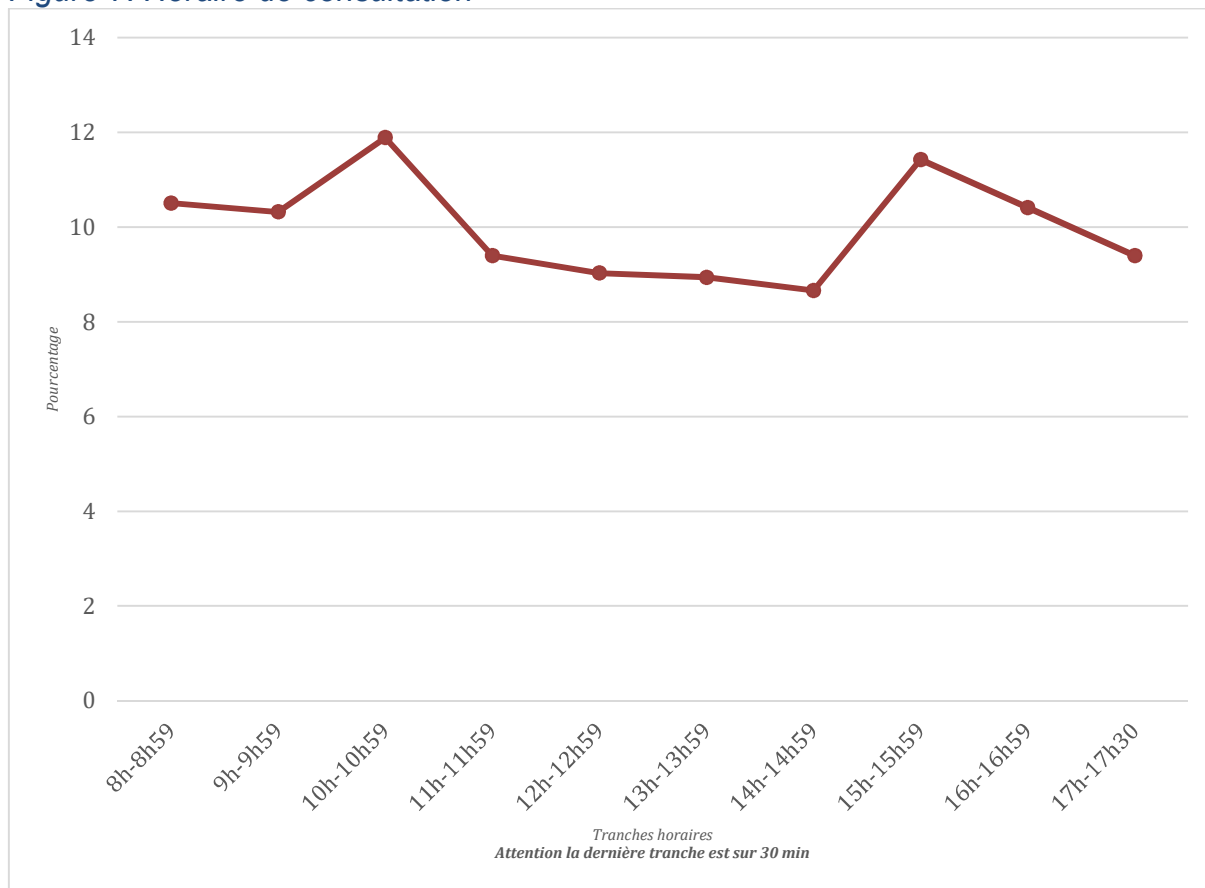
- à 10h-11h (129 consultations soit 11,9 % sur une heure), et

- à 15h-16h (124 consultations, soit 11,4 %) ;

Puis une augmentation à partir de 17h.

En dehors des pics, l'activité se stabilisait entre 94 (8,7 %) et 114 (10,5 %) consultations par heure.

Figure 7: Horaire de consultation



3.5 Cheminement vers le cabinet de consultation :

3.5.1 Temps de trajet :

Le temps de trajet moyen était de 12,8 ($\pm$ 10,1) minutes entre le domicile du patient et le cabinet de consultation.

Les patients bénéficiaires d'une CMU-C consultaient plus proche de chez eux que ceux possédant une autre mutuelle.

Tableau 1 : Moyenne du temps de trajet entre le domicile et le cabinet de SOS en fonction du type de mutuelle

	Moyenne temps domicile-cabinet	p value
CMU-C	11,1 (9,12)	<0,001
Autre Mutuelle	13,88 (10,6)	

Les patients habitant plus près (moins de 12.8 minutes) du cabinet SOS ne consultaient pas plus au cabinet SOS que ceux qui étaient plus éloignés (plus de 12.8 minutes).

Tableau 2: Nombre de consultations par an au cabinet de SOS en fonction de la proximité du domicile

	nombre de consultation à SOS	p value
Moins de 12,8 min	2,29 (3,09)	0,18
Plus de 12,8 min	2,04 (2,66)	

3.5.2 Zone géographique :

Parmi les patients de l'étude, 95 % (n = 1030) consultaient dans le même territoire géographique que leur domicile

3.5.3 Lieu de consultation :

Les patients étaient 45,3 % (n=492) à consulter au cabinet SOS OUEST et 54,7 % (n = 593) au cabinet SOS SUD.

3.5.4 Orientation :

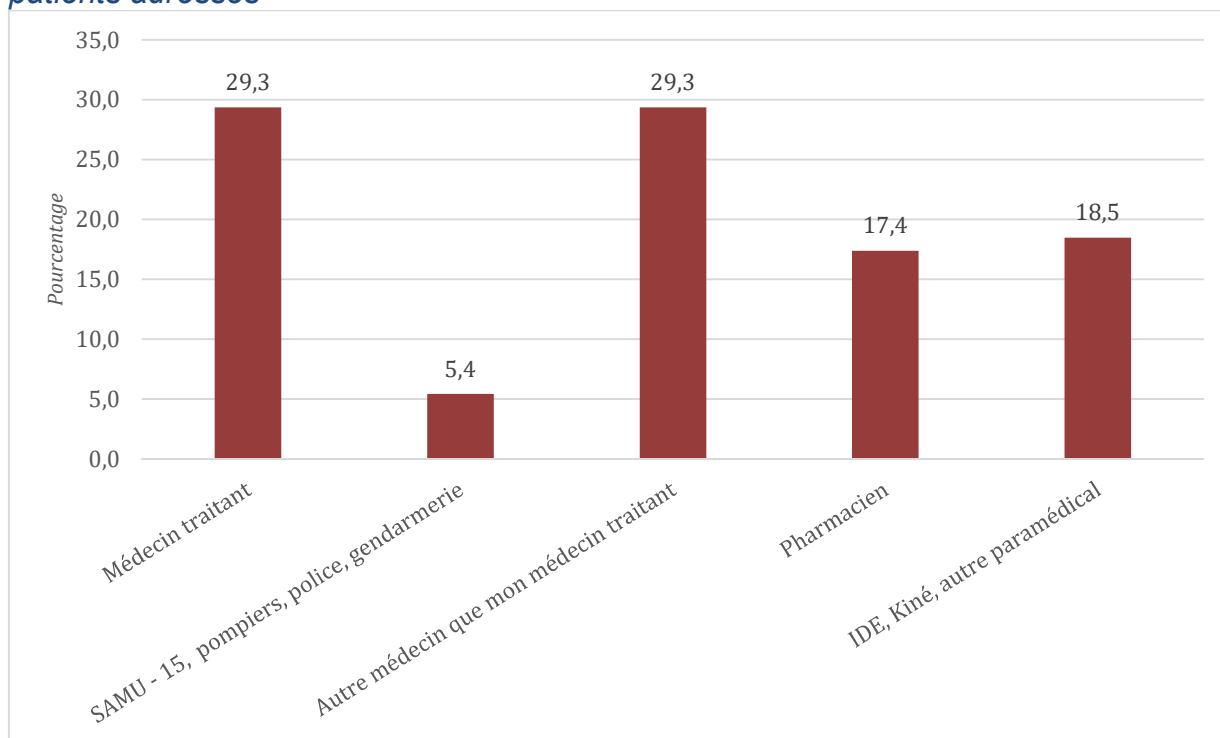
Les patients ont contacté ou essayé de contacter leur MT avant de consulter le cabinet de SOS dans 26,5 % (n = 288) des cas.

Parmi les patients en situation d'urgence (ressentie), ils étaient 32,6 % (n = 185) à avoir contacté ou tenté de contacter leur médecin.

Les patients adressés par un professionnel de santé étaient 8,5 % (n = 92); 79,2 % (n = 860) consultaient d'eux-mêmes (79,2 % ; n = 860); 10,6 % (n = 115) sur les conseils de leur entourage; 1% (n = 11) sur les conseils de leur employeur.

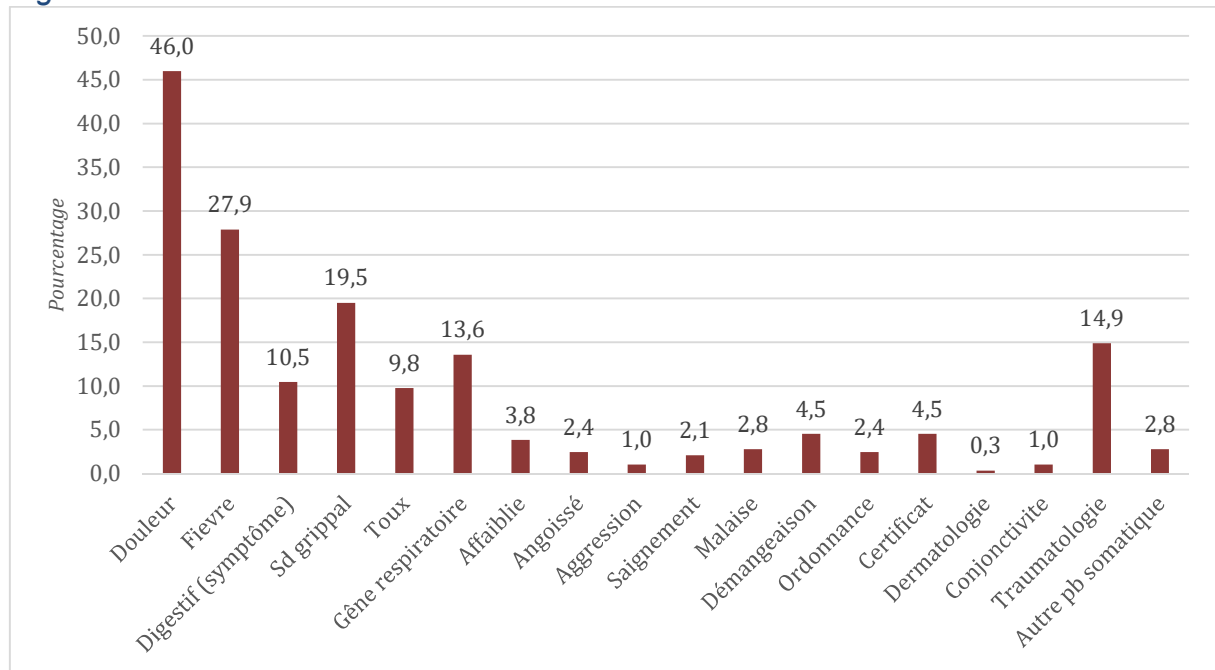
Parmi l'ensemble des patients de l'étude 2,5 % (n = 27) étaient adressés par leur MT, et autant étaient adressés par un autre médecin que le MT. Les pharmaciens ont adressé 1,5 % (n = 16) des patients, les autres paramédicaux (IDE, Kinésithérapeute, autre) 1,6 % (n = 17).

Tableau 3: Proportion des professionnels adressant au cabinet de SOS parmi les patients adressés



3.6 Motifs médicaux de consultation :

Figure 8: Motifs médicaux de consultation



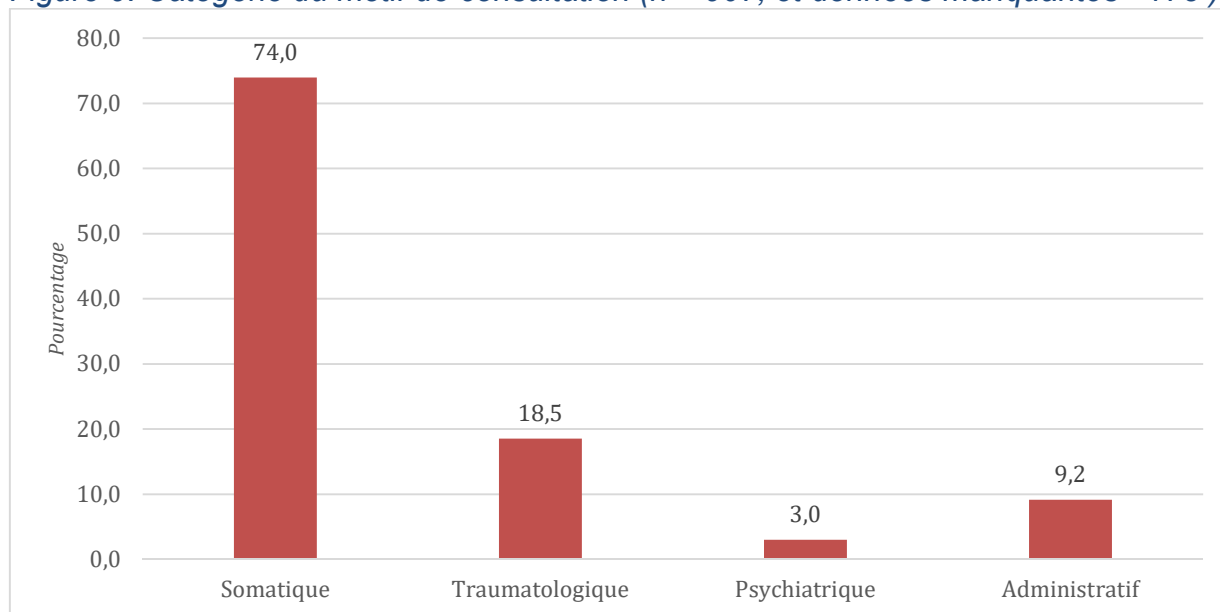
La douleur était le premier symptôme de consultation avec 46 % (n = 445) des patients. La fièvre était le second symptôme avec 27,9 % (n = 242) des recours médicaux.

Les enfants de moins de 5 ans (n = 163), présentaient une fièvre dans 49 % des cas, et une douleur dans 18 % des cas.

A contrario, les 15-54 ans (n = 638), déclaraient une douleur dans 46,7 % des cas et de la fièvre dans 14,7 %.

Les plus de 54 ans (n = 79) consultaient également pour de la douleur (51,9 %), de la fièvre (13,9 %), pour des traumatismes (17,7 %), une altération de l'état ou affaiblissement (15,2 %), ou encore des malaises (8,9 %).

Figure 9: Catégorie du motif de consultation (n = 907; et données manquantes =178)



Nb : les patients peuvent consulter pour plusieurs motifs.

Les 178 données manquantes (DM) se répartissaient comme suit :

- 11 (1 %) des patients n'avaient pas répondu,
- 157 (16,4 %) des patients avaient signifié uniquement la douleur comme unique symptôme. La douleur pouvant se retrouver dans une pathologie somatique, traumatique, ou psychologique, ces patients ont été intégrés dans les données manquantes. (Cf. méthodologie)

Pour rappel les sous-groupes des motifs médicaux étaient :

- Somatique (Fièvre, problème digestif, syndrome grippal, toux, problème respiratoire, malaise, affaiblissement, démangeaison, problème dermatologique, conjonctivite, autres problèmes somatiques)
- Traumatologique (Saignement, problème traumatologique)
- Psychiatrique - Psychologique (angoisse)
- Administratif (certificat, ordonnance)

Tableau 4: Catégorie du motif médical selon l'âge

Age	Effectif total	Somatique	Traumatologie	Administratif	Psychiatrique
<15 ans (DM=26)	335	280(83,6%)	44(13,1%)	13(3,9%)	4(1,2%)
15-54 ans (DM=138)	638	347(69,1%)	109(21,7%)	65(12,9%)	20(4%)
> 54 ans (DM=14)	79	44(67,7%)	15(23,1%)	5(7,7%)	3(4,6%)

Les pathologies somatiques étaient les principales causes de consultation, avec chez l'enfant 83,6 % des consultations, chez les 15-54 ans 69,1 %, chez les plus de 54 ans 67,7 %.

La traumatologie augmentait avec l'âge, 13,1 % chez les moins de 15 ans, 21,7 % chez les 15-54 ans, 23,1 % chez les plus de 54 ans.

Par ailleurs, 69,6 % (n = 117) des patients consultant pour un traumatisme déclaraient leurs consultations urgentes.

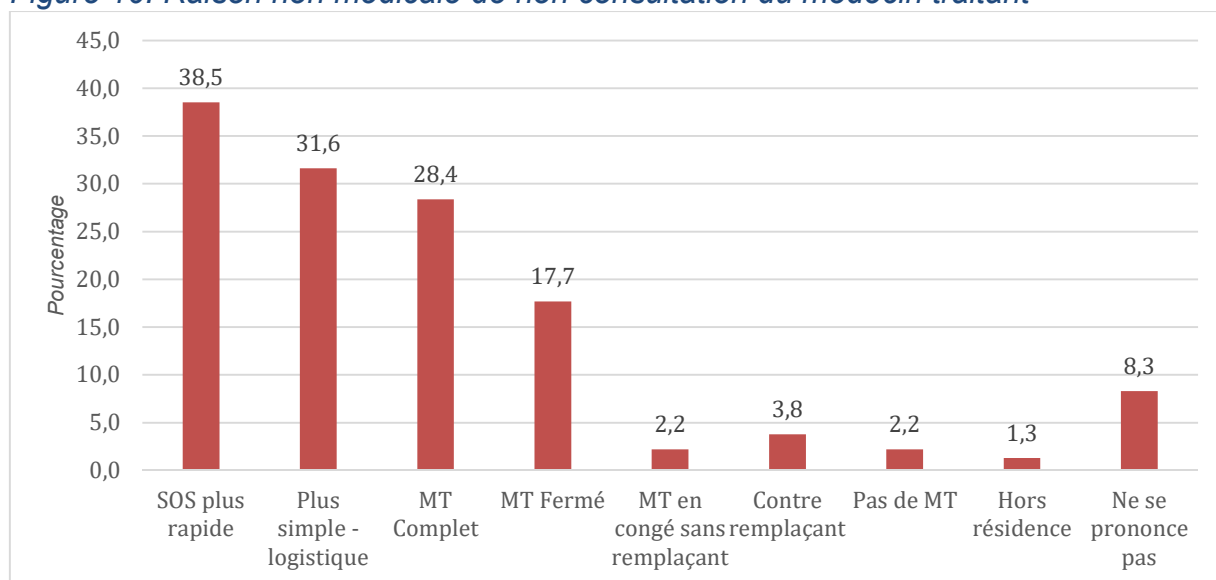
3.7 Raison non médicale de consultation :

3.7.1 Non consultation du médecin traitant :

Le patient n'a pas consulté son MT pour 56,6 % (n = 581) par « commodité » (simplicité logistique ou rapidité), avec 38,5 % (n = 418) par souci de rapidité, pour 31,6 % (n = 343) des raisons de simplicité logistique.

La non-disponibilité du MT représentait 50 % (n = 553) des déterminants de non consultation de ce dernier, avec 28,4 % (n = 308) un délai de rendez-vous trop long ou une salle d'attente complète, avec 17,7 % (n = 192) un cabinet fermé, avec 2,2 % (n = 24) un médecin en congé non remplacé et 3,8 % (n = 41) qui ne souhaitait pas voir le remplaçant (12 patients avaient répondu deux causes de non disponibilité).

Figure 10: Raison non médicale de non consultation du médecin traitant

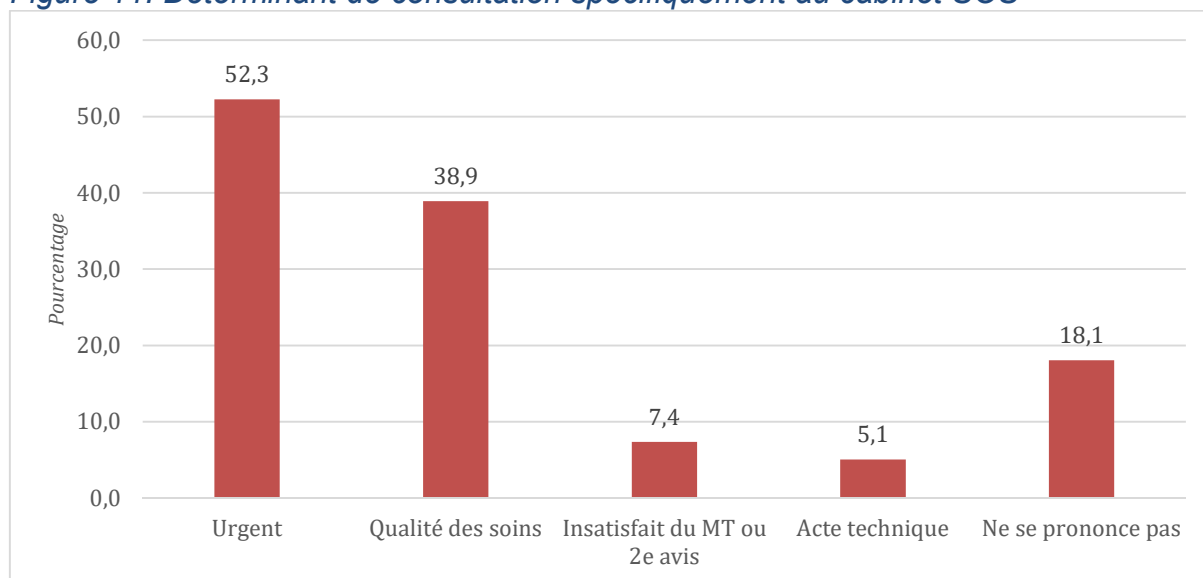


3.7.2 Consultation spécifiquement au cabinet SOS :

La problématique de l'urgence était la principale cause de choix du cabinet SOS, avec 52,3 % (n = 567) des patients qui consultaient le cabinet SOS pour une urgence. Les patients déclarant consulter pour la qualité des soins pratiqués au cabinet de SOS étaient 38,9 % (n = 422).

Parmi eux, 70,9 % (n = 299) ne relevaient pas d'un caractère urgent.

Figure 11: Déterminant de consultation spécifiquement au cabinet SOS



Dans les champs de rédaction libre, 12 patients ont indiqué la notion de disponibilité du cabinet de SOS, 19 patients la notion de proximité. Quatre raisons singulières ont été citées une unique fois :

- « Mon fils est autiste, il ne peut pas rester longtemps dans une salle d'attente »
- « Le cabinet SOS est plus accueillant que celui de mon médecin traitant »
- « J'attrape des maladies dans la salle d'attente de mon médecin traitant »
- « Ma mutuelle n'est pas prise en charge chez mon médecin traitant et je dois payer »

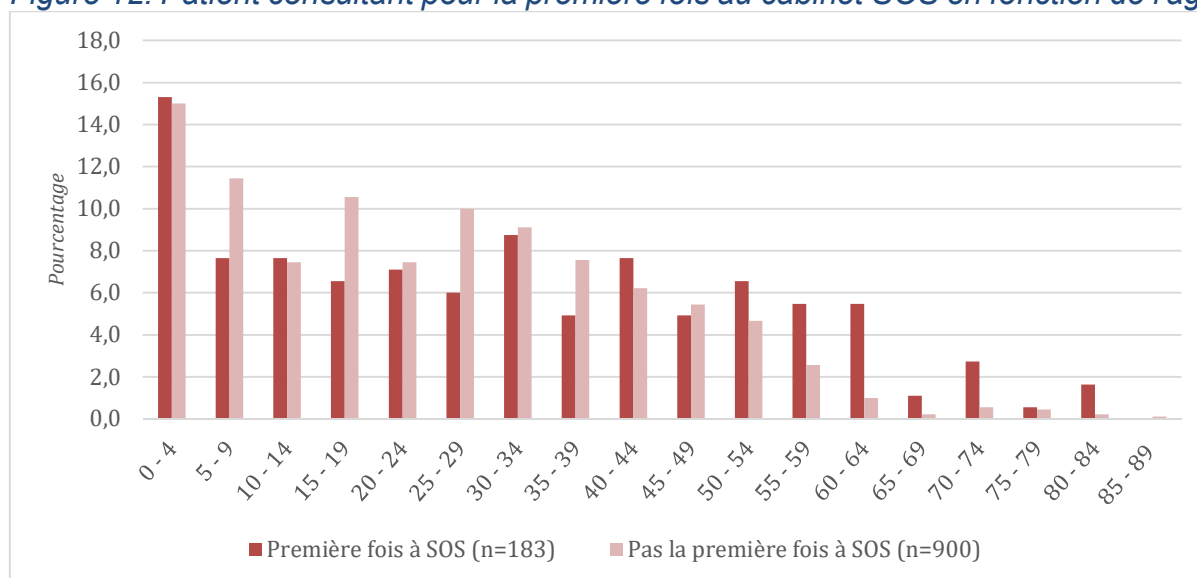
3.8 Fréquence de consultation :

3.8.1 Primo-Consultation :

16,9 % (n = 183) des patients consultaient pour la première fois au cabinet de SOS.
39,2 % (n = 31) des patients de 55 ans et plus consultaient pour la première fois et ils représentaient 16,9 % de l'ensemble des primo consultants.

Les patients consultant pour la première fois étaient âgés en moyenne de 30,4 ($\pm$ 21,9) ans, et ceux ne consultant pas pour la première fois de 24,8 ($\pm$ 17,9) ans ; $p < 0,01$.

Figure 12: Patient consultant pour la première fois au cabinet SOS en fonction de l'âge



3.8.2 Fréquence de consultation médicale :

Les patients ont consulté en journée de semaine, en moyenne 4,85 ($\pm$ 4,3) fois leur MT sur les 12 derniers mois et 2,18 ($\pm$ 2,9) fois dans un cabinet de SOS durant les 12 derniers mois.

Dans notre population, 17,4 % (n = 189) patients avaient d'avantage consulté un cabinet de type SOS plutôt que leur MT durant les 12 derniers mois (DM = 25).

3.9 Rôle de la structure de SOS selon le patient

Parmi les patients de l'étude, 30,6 % (n = 325) considéraient que le rôle des structures de type SOS n'était pas de pallier au manque de MT.

Ils étaient 94 % (n = 1006) à considérer que SOS a pour mission d'assurer les soins quand le MT n'est pas disponible, et 87,5 % (n = 933) à penser que les cabinets SOS ont pour rôle de décharger les services d'urgences hospitaliers.

Figure 13: Rôle du cabinet SOS en journée - Pallier le manque de médecin traitant

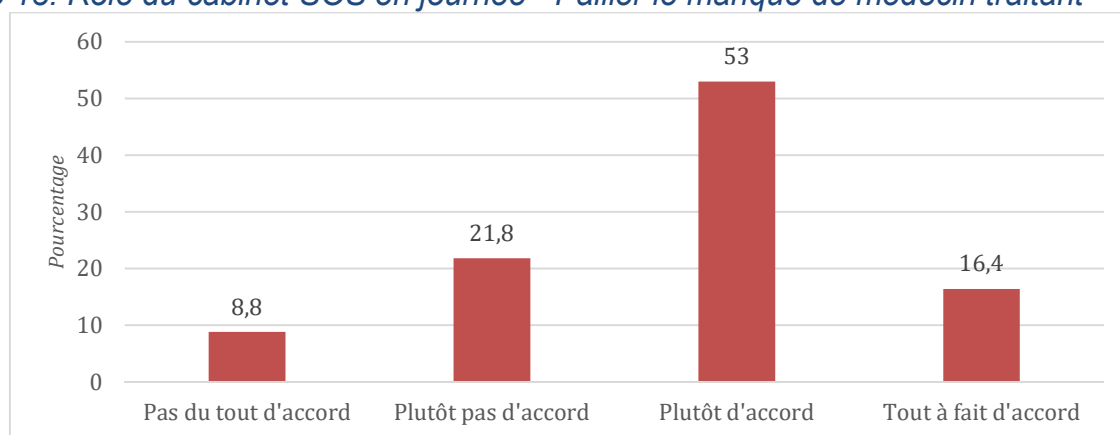


Figure 14: Rôle du cabinet SOS en journée - Assurer la continuité des soins quand le médecin traitant n'est pas disponible

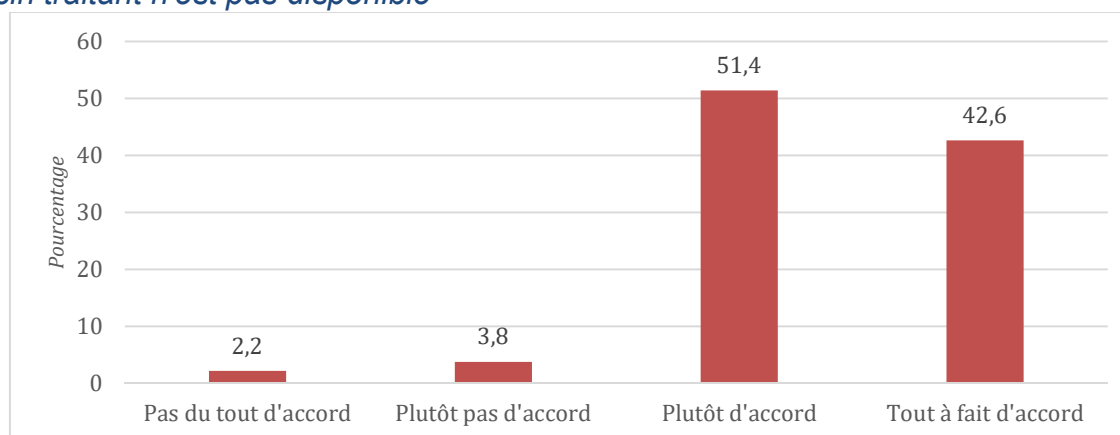
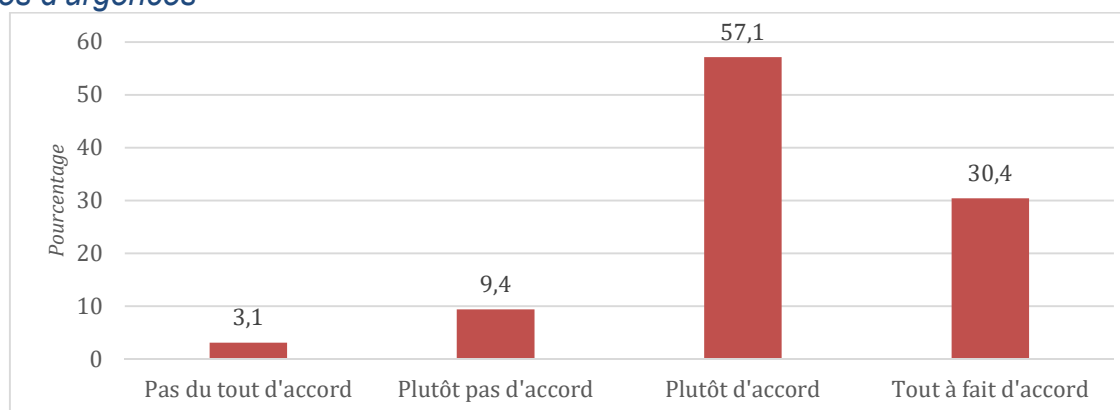


Figure 15: Rôle du cabinet SOS la journée - Décharger l'hôpital notamment les services d'urgences



3.10 Analyse par sous-groupe

3.10.1 Le genre :

Dans notre population, 87,2 % (n = 150) des femmes contre 12,8 % (n = 22) des hommes étaient sans activité professionnelle ; $p < 0.01$.

Les inactifs étaient à 73,1 % (n = 207) des femmes contre 26,9 % (n = 76) chez les hommes.

Mais le niveau de formation ne différait pas selon le genre.

Tableau 5: Niveau d'étude selon le genre

Niveau d'étude	Femme (n=620)	Homme (n=465)	p value
Moins que le BAC	224 (63,8)	127 (36,2)	0,91
BAC et plus	229 (64,5)	126 (35,5)	

Les femmes consultaient plus que les hommes leur médecin traitant et le cabinet de SOS :

Le nombre de consultations, chez le MT par an chez les femmes, était de 5 ($\pm 4,31$) fois et chez les hommes 4,2 ($\pm 4,1$) ; $p = 0,016$.

De même, les femmes consultaient un cabinet de type SOS 2,54 ($\pm 3,19$) fois par an, et les hommes 1,79 ($\pm 2,63$) ; $p < 0,01$

Les hommes de 16 à 65 ans consultaient moins que les femmes leur MT. Les hommes de 16 à 44 ans avait environ 2,5 consultations par an de moins que les femmes avec leur MT. Cet écart se réduisait progressivement avec l'âge. Cette tendance se retrouvait aussi dans la fréquence de consultation dans un cabinet de type SOS.

Figure 16: Moyenne du nombre de consultations chez le médecin traitant sur les 12 derniers mois en fonction du sexe et de l'âge

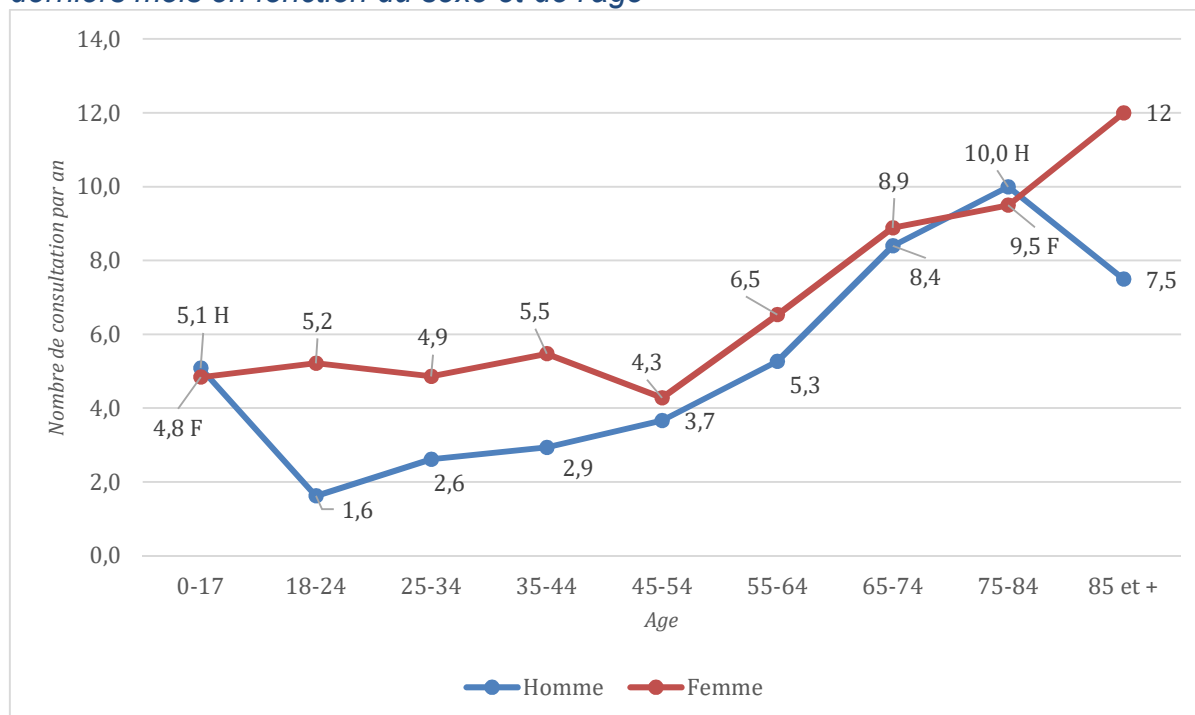
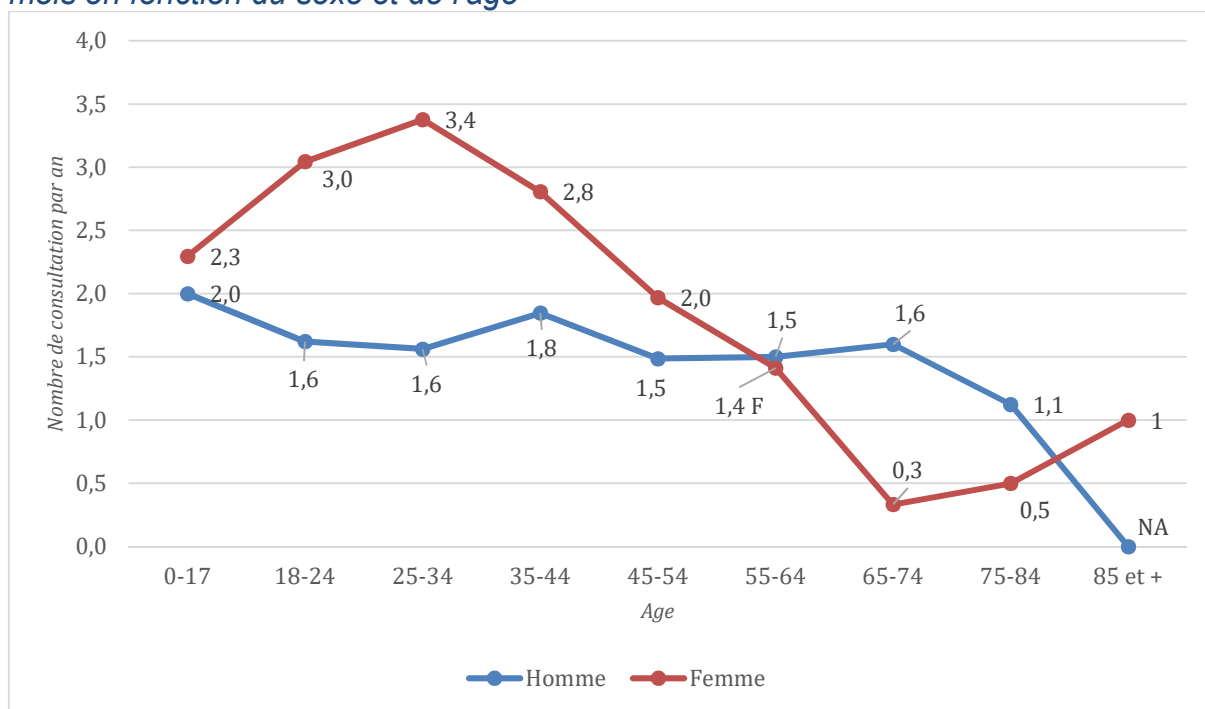


Figure 17: Moyenne du nombre de consultations au cabinet SOS sur les 12 derniers mois en fonction du sexe et de l'âge



3.10.2 Le type de mutuelle :

Les patients possédant une mutuelle de type CMU-C (n = 416) étaient plus jeunes que les détenteurs d'autres mutuelles (n = 653), notamment dans la tranche des 16-29 ans où ils étaient plus nombreux : 49,4 % (n = 130) pour les CMU-C contre 56,6 % (n = 133), $p < 0,01$.

Il n'y avait pas de différence significative entre les bénéficiaires de CMU-C et ceux ayant une autre mutuelle concernant :

- Les motifs médicaux de consultation,
- Les déterminants de non consultation du MT,
- Les motifs de consultation spécifique au cabinet de SOS.

Toutefois, les patients ayant une CMU-C, consultaient plus souvent leur MT que les patients avec une autre mutuelle et plus au cabinet de SOS.

Tableau 6: Nombre de consultation médicale par an selon le type de mutuelle

Consultation / an	CMU-C	Autre Mutuelle	p-value
Chez le MT	5,32 (4,3)	4,56 (4,28)	<0,01
Au cabinet SOS	2,51 (3,25)	1,98 (2,71)	0,01

3.10.3 L'activité :

Nous n'avons pas montré de différence significative chez nos 403 patients actifs concernant les motifs médicaux de consultation, ou les recours de non consultation du MT, ou les recours au cabinet de SOS, par rapport aux patients inactifs.

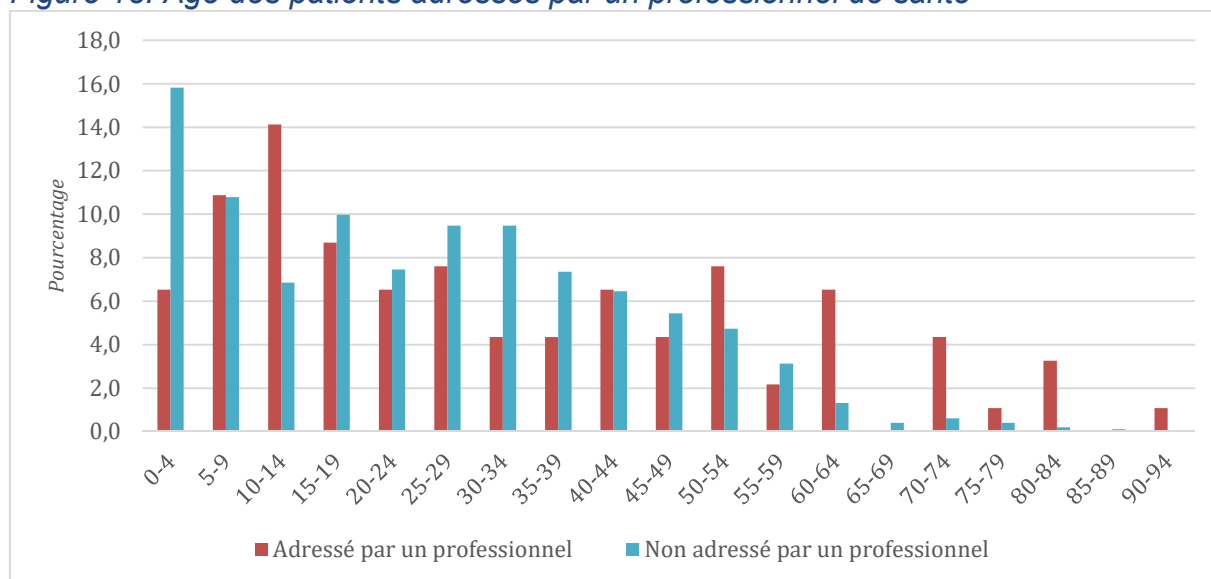
3.10.4 Patients adressés par un professionnel :

Les moins de 5 ans ($n = 6$) et les 15-39 ans ($n = 29$) étaient peu adressés par un professionnel et consultaient spontanément au cabinet.

En parallèle les 10-14 ans ($n = 13$) et les patients de plus de 50 ans ($n = 23$) étaient plus souvent adressés.

Les patients adressés par un professionnel avaient $32,3 (\pm 23,4)$ ans et les non adressés $25,2 (\pm 18,2)$ ans ; $p < 0,01$.

Figure 18: Âge des patients adressés par un professionnel de santé



Un quart (26,1 %) des patients adressés avaient plus de 50 ans, et 38,1 % avaient moins de 18 ans.

La traumatologie était plus représentée chez 43,5 % ($n = 40$) des patients adressés par un professionnel, par rapport aux patients 12,9% ($n = 128$) consultant spontanément ; $p < 0,01$.

Par ailleurs les motifs somatiques étaient plus présents chez les non adressés ($n = 632$) par rapport aux patients adressés ($n = 39$) ; $p < 0,01$.

De plus, les patients adressés consultaient spécifiquement au cabinet de SOS car ils relevaient plus souvent de l'urgence ($n = 65$), et nécessitaient plus souvent un geste technique ($n = 20$) ; $p < 0,01$.

3.10.5 Patients hors du parcours de soins

Pour rappel, le parcours de soins défini par l'assurance maladie regroupe les patients : (cf. annexe 10)

- *Qui consultent leur MT*
 - *Dans une situation d'urgence à priori (ressentie ou non),*
 - *Hors résidence*
 - *Patient de moins de 16 ans (cette notion a évolué fin 2017)*
- Nb : La consultation d'un médecin généraliste installé depuis moins de 5 ans, n'a pas été intégrée dans la définition du sous-groupe*

Dans notre population, 31,3 % (n = 340) des patients ne respectaient pas le parcours de soin.

Ils représentaient 40,5 % (n = 228) des femmes et 31,1 (n = 112) des hommes ; p<0,01.

Nous n'avons pas montré de différence significative entre les patients suivant le parcours de soins et ceux en dehors de celui-ci, concernant le niveau socioprofessionnel ou le niveau d'étude par rapport au BAC.

Tableau 7: Motifs médicaux selon le parcours de soin

Motifs :	Hors parcours	Dans le parcours	p value
Somatique	180 (26,8)	491 (73,2)	0,047
Traumatologie	39 (23,2)	129 (76,8)	0,102
Administratif	44 (53)	39 (47)	<0,01
Psychiatrique	15 (55,6)	12 (44,4)	0,003

Les patients hors du parcours de soin (35,1 % ; n = 204) d'avantage leur MT par commodité (rapidité ou simplicité) que les patients qui suivent le parcours de soin (64,9 % ; n = 377) ; p=0,005).

Tableau 8: Raison de consultation au cabinet de SOS selon le parcours de soin

Raisons	Hors parcours	Dans le parcours	p value
Qualité des soins	204 (48,3)	218 (51,7)	<0,01
2^e Avis – Insatisfait	40 (50)	40 (50)	<0,01
Geste technique	5 (9,1)	50 (90,9)	<0,01

Le nombre de consultations par an chez le MT n'était pas influencé par le fait de suivre le parcours de soins. Les patients hors parcours consultaient 4,49 (± 4,18) fois par an leur MT, contre 4,95 (± 4,3) fois pour ceux qui respectaient le parcours de soins ; p=0,1.

Par ailleurs, les patients hors parcours consultaient 2,79 (± 3,3) fois par an le cabinet SOS, contre 1,9 (± 2,7) fois pour ceux qui suivaient le parcours ; p<0,01.

3.10.6 Patients qui consultent plus le cabinet de SOS que leur MT

Les patients qui consultaient plus le cabinet de SOS que leur MT, représentaient 17,8 % (n = 189) de l'ensemble des patients. Ils étaient significativement plus représentés chez les 16-29 ans (24,6 % ; n = 65) ; p<0,01. Leur niveau d'étude par rapport au

BAC, et leur activité ou inactivité socio professionnelle n'étaient pas significatives par rapport à ceux qui consultent davantage leur MT.

Tableau 9: Catégorie socio-professionnelle (CSP) des patients consultant plus au cabinet de SOS en journée ouvrable que chez leur médecin traitant sur les 12 dernier mois

CSP	Plus chez le MT (Age ≥ 16 ans ; n = 547 (81,5) ; DM* = 16)	Plus à SOS (Age ≥ 16 ans ; n = 124 (18,5); DM* = 3)	p value
Agriculteurs exploitants	2 (66,7)	1 (33,3)	0.459
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	30 (81,1)	7 (18,9)	1
Autres personnes sans activité professionnelle	142 (85,5)	24 (14,5)	0.155
Cadres et professions intellectuelles supérieures	44 (67,7)	21 (32,3)	<0.01
Employés	143 (75,3)	47 (24,7)	0.012
Etudiants	63 (79,7)	16 (20,3)	0.781
Ouvriers	31 (96,9)	1 (3,1)	0.018
Professions intermédiaires	64 (92,8)	5 (7,2)	0.018
Retraités	28 (93,3)	2 (6,7)	0.096

* Patients exclus de cette analyse car n'ayant pas renseigné sa CSP

Ils n'avaient pas de motifs médicaux significativement différents des patients qui consultaient plus souvent leur MT.

Tableau 10: Raison de consultation au cabinet de SOS chez les patients consultant plus souvent au cabinet de SOS que chez leur médecin traitant

Raison	Consulte plus chez le MT (n = 871)	Consulte plus à SOS (n = 189)	p value
Urgence	492 (88)	67 (12)	<0,01
Qualité des soins	316 (76,3)	98 (23,7)	<0,01
2° avis – Insatisfait	67 (83,8)	13 (16,2)	0,816
Geste technique	51 (92,7)	4 (7,3)	0,044

Ils consultaient chez leur MT 1,45 (± 1,96) fois par an, et 5,4 (± 4,35) fois par an le cabinet de SOS.

3.10.7 Fréquence de consultation au cabinet de SOS des patients en ALD :

Il n'y avait pas de différence significative concernant la fréquence de consultation à SOS selon le fait d'avoir une ALD.

Tableau 11: Nombre de consultations par an selon le fait d'avoir une ALD

	Nombre de consultations à SOS / an	p value
Pas d'ALD	2,2 (2,94)	0,37
Présence d'une ALD	1,94 (2,74)	

3.10.8 Patient en recherche d'une 2^e avis ou insatisfait du médecin traitant

Les patients insatisfaits ou en recherche d'un 2^e avis représentaient 7.8 % (n = 80) de la population.

Ils n'avaient pas de différence significative par rapport aux patients satisfaits ou ne cherchant pas un 2^e avis concernant l'âge, le genre, les caractéristiques socio-professionnelle, le niveau de formation, la couverture mutuelle, le fait d'avoir une ALD, les motifs médicaux de consultation.

Tableau 12: Déterminant de non consultation chez le MT et de consultation au cabinet SOS chez les patients insatisfait ou cherchant un 2^e avis

	Satisfait	Insatisfait	p value
MT Indisponible	530 (95,8)	23 (4,2)	< 0,01
Commodité	553 (95,2)	28 (4,8)	< 0,01
Motif urgence	546 (96,3)	21 (3,7)	< 0,01
Qualité des soins à SOS	364 (86,3)	58 (13,7)	< 0,01
Geste technique	53 (96,4)	2 (3,6)	0,425

Tableau 13: Nombre de consultations sur les 12 derniers mois chez le MT et au cabinet SOS chez les patients insatisfaits ou en recherche d'un 2^e avis

	Satisfait	Insatisfait	p value
Nombre de consultations chez le MT	4,73 (4,19)	5,7 (5,02)	0,1
Nombre de consultations au cabinet SOS	2,18 (2,95)	2,15 (2,7)	0,94

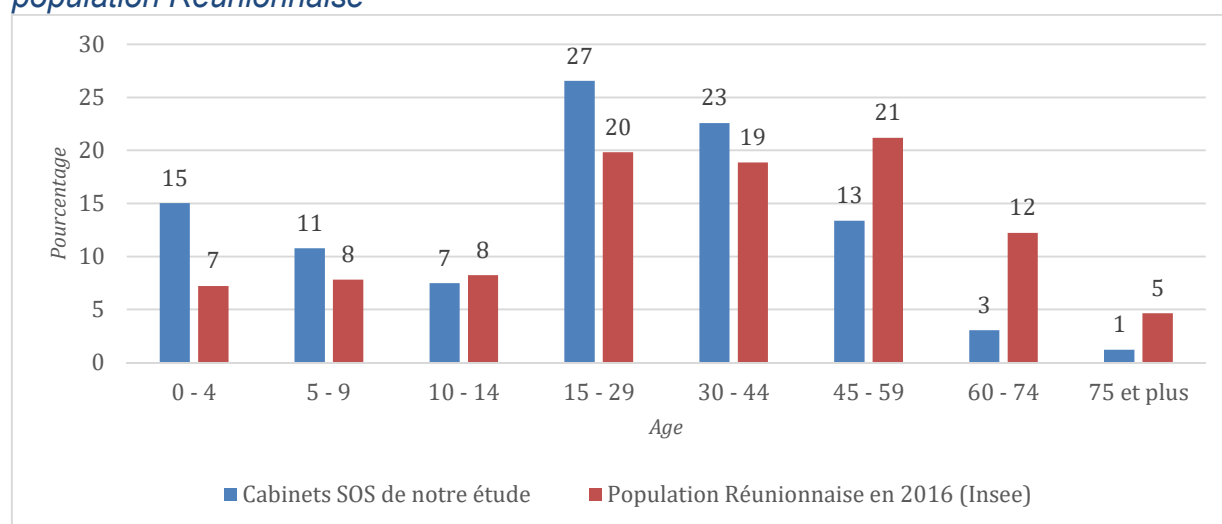
4 Discussion

4.1 Rappel des résultats principaux

Nos résultats ont permis de mieux cerner les profils sociodémographiques des patients consultant dans les cabinets de type SOS aux horaires d'ouverture des médecins traitants.

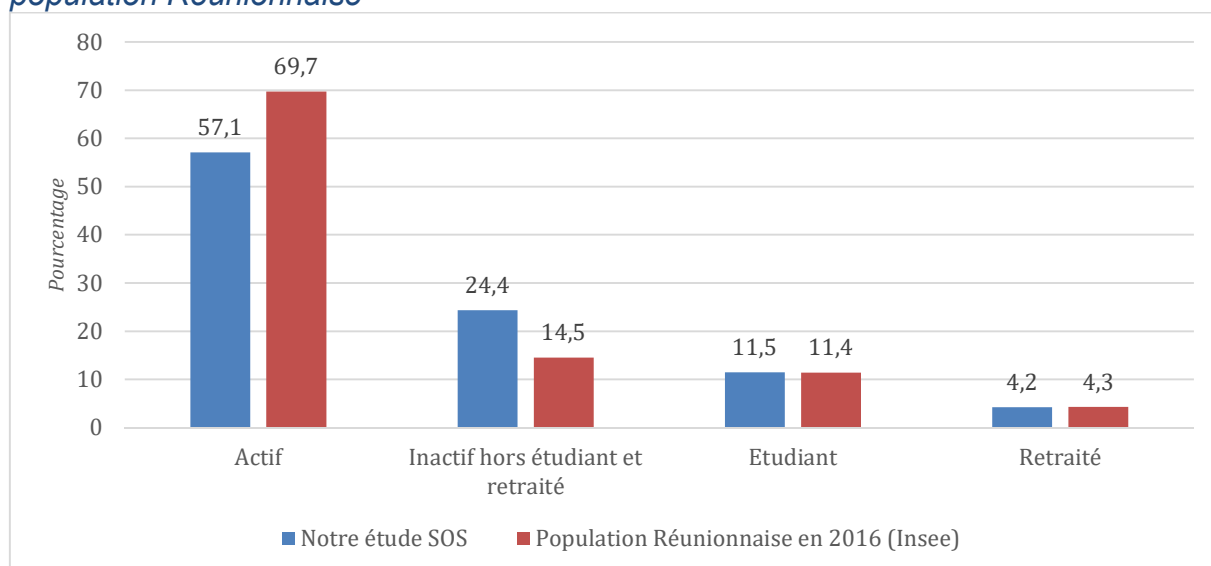
Cette population était essentiellement jeune en âge de travailler (67 % de 16 - 54 ans), et pédiatrique (34,9 %). Bien que les personnes plus âgées représentent la population la plus fragile du fait de ces comorbidités, elles représentaient une minorité dans les cabinets de type SOS (7.5 % de 55 ans et plus).

Figure 19: Répartition de l'âge des patients des cabinets SOS par rapport à la population Réunionnaise



Les patients actifs étaient majoritairement représentés, toutefois ce résultat est à nuancer. Les inactifs hors retraités et étudiants étaient proportionnellement plus nombreux.

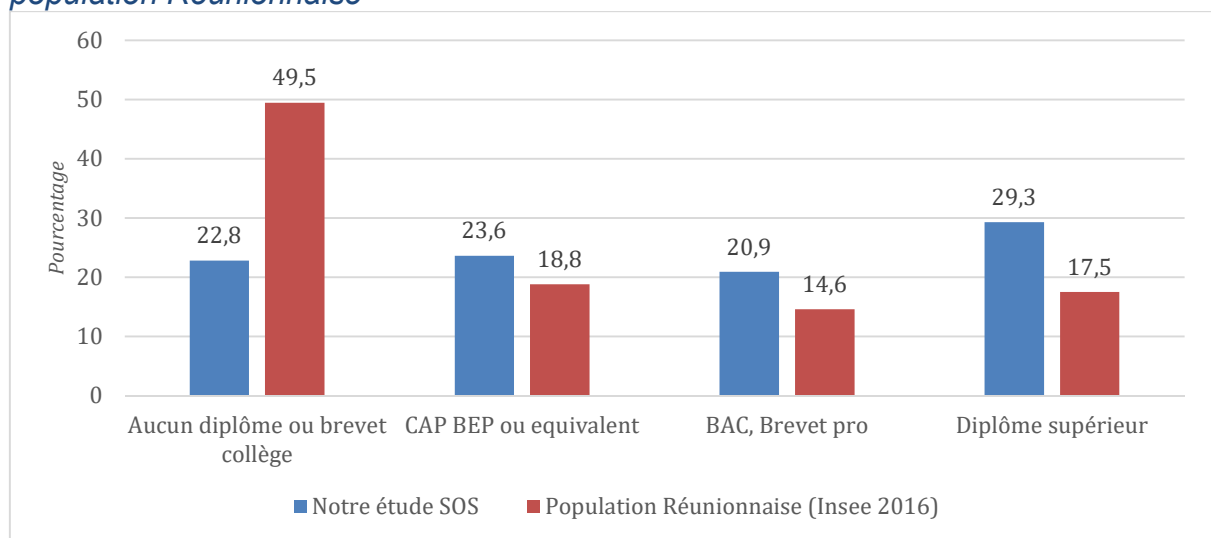
Figure 20: Activité professionnelle des patients des cabinets SOS par rapport à la population Réunionnaise



Cette observation suggère que le cabinet SOS a accueilli une **part plus importante de patients inactifs, et possiblement défavorisés**.

Paradoxalement, si les inactifs étaient bien représentés, le niveau de formation était plus élevé que dans la population générale. **Les patients des cabinets SOS étaient ainsi plus instruits que la moyenne locale.**

Figure 21: Niveau de formation des patients des cabinets SOS par rapport à la population Réunionnaise



La couverture mutuelle des patients des cabinets SOS étaient très bonne, avec seulement 1,4 % sans mutuelle, 38,4 % avec une CMU-C, et 60,2 % avec une autre mutuelle.

Par ailleurs, **les femmes ont été nettement majoritaires** dans notre étude avec 1,37 femme pour un homme contre 1,07 femme pour un homme dans la population locale ($p < 0,01$).

Concernant le motif non-médical de consultation au cabinet de SOS et le motif non médical de non consultation au cabinet du MT, l'étude a dégagé plusieurs tendances :

Les déterminants de non consultation du MT étaient :

- D'une part, **par commodité** (simplicité logistique ou rapidité ; 56.6%)
- D'autre part, car ce dernier n'était **pas disponible** (50 % ; avec dans 28,4 % le planning du MT complet, 17,7 % le cabinet du MT fermé, 2,2 % le MT en congé sans remplaçant, et 3,8 % où le patient ne souhaitait pas consulter le remplaçant).

Les cabinets SOS peuvent être considérés comme un relais pour le patient quand son MT est indisponible.

Toutefois, l'aspect pratique et rapide mis en avant peut également s'inscrire dans **un mouvement consumériste de soin**.

Le but premier des cabinets SOS est l'accueil des urgences de villes. Les patients ont bien choisi **majoritairement** le cabinet de SOS devant **une problématique urgente**. Néanmoins, l'accès au plateau technique a peu été mis en avant (seulement 5,1%), cela laisse envisager que ces consultations auraient potentiellement pu être gérées par le MT.

Les patients semblent avoir intégrer la structure SOS dans leur environnement. Ils **consultent spontanément le cabinet, sans chercher à rentrer en contact avec leur médecin traitant**. En effet, ils étaient seulement 16,9 % à être primo consultants, et sur les 12 derniers mois, ils ont consulté en moyenne 2,18 fois le cabinet. Ces recours ont été dans 90,8 % des cas sans l'avis d'un professionnel de santé, et seuls 2,5 % des patients ont été adressés par leur médecin au cabinet SOS. Ils n'étaient que 26,5 % à avoir tenté un contact préalable avec leur MT avant de consulter.

Les cadres, les employés, et les étudiants privilégient notamment les consultations au cabinet SOS au détriment du MT.

L'insatisfaction du patient contre son MT ou le désir de consultation pour un deuxième avis a peu été déclarée (7,4 %). Cela suggère que **les patients gardent confiance envers leur médecin traitant**. En effet, les patients ont continué à consulter leur MT avec en moyenne 4,85 fois par an. Même les « insatisfaits » n'avaient pas moins consulté leur MT que les autres.

Malgré cette confiance, 31,3 % des patients étaient hors du parcours de soins. Les femmes ainsi que les patients de moins de 60 ans étaient plus enclins à ne pas respecter ce dernier. Mais au-delà du genre et de l'âge, **cette propension à être en dehors du parcours de soins touche l'ensemble des catégories socio-professionnelles, sans discrimination de niveau d'étude**.

Pour l'immense majorité des patients du cabinet, le rôle des structures type SOS aux heures d'ouvertures des MT, est d'assurer la continuité des soins quand ce dernier n'est pas disponible, ou de décharger les services d'urgences hospitaliers.

Environ les 2/3 des patients ont estimé que le cabinet permet de pallier au manque de MT.

Concernant les motifs médicaux de consultations, les pathologies somatiques étaient largement (74%) représentées. Plus les patients étaient jeunes plus la consultation relevait d'une pathologie somatique. A l'inverse, plus les patients étaient âgés plus le recours pour de la traumatologie augmentait.

4.2 Comparaison avec d'autres études :

4.2.1 Évolution socio démographique des recours aux soins non programmés en médecine générale :

Étude des urgences en médecine générale de la DREES en 2004 et son échantillon réunionnais (36) :

La première étude d'envergure explorant les soins non programmés en médecine générale de ville est celle de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en 2004 (publiée en 2006), interrogeant 1304 médecins généralistes en France (dont 51 à la Réunion) et 80 médecins d'association d'urgentistes de ville (dont 4 à la Réunion), explorant 17 254 consultations (553 à la Réunion dont 80 visites via une association d'urgentistes).

L'échantillon réunionnais, ainsi que l'ensemble de l'étude nationale, ont prouvé que les patients ayant recours à un soin non programmé ou urgent consultent davantage le médecin généraliste s'ils sont plus âgés, et davantage les associations d'urgentistes s'ils sont plus jeunes ($p < 0,001$).

Cette observation est cohérente avec les résultats de notre étude, où les jeunes étaient majoritaires.

Selon cette étude, en 2004, les patients ayant recours aux cabinets d'urgentistes de ville à la Réunion sont plus souvent des personnes âgées que dans notre étude. De plus, selon les mêmes critères, les 15 - 29 ans étaient moins nombreux qu'aujourd'hui.

Tableau 14 : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques entre l'étude DREES de 2004 et notre étude

	Généralistes en cabinet Réunion 2004	Généralistes urgentistes Réunion 2004	Notre étude SOS 2017
Age moyen	41	31	25,8 ± 18,7
Femmes	52%	64%	57,1 %
Patients ALD	28,20%	26,60%	9,5 %
CMU-C	37,30%	58,80%	38,4 %
Patients Actifs	40%	33%	58,7%

Les patients en ALD étaient plus nombreux à l'époque, probablement car d'une part les urgentistes de ville réalisaient également des visites à domicile permettant de recruter les plus fragiles, d'autre part la proportion de personnes âgées était plus élevée.

Les patients actifs étaient plus nombreux dans notre étude que dans l'échantillon de 2004, cela explique probablement la part des bénéficiaires de CMU-C plus basse aujourd'hui dans les cabinets d'association d'urgentistes.

La part de recours trouble somatique était équivalente dans notre étude (74 %) et dans l'étude DREES Réunionnaise (3/4 des cas), néanmoins le recours à la traumatologie était plus représenté dans notre étude (18,5 %) que dans l'étude précédemment citée (6,3 %).

Si cette comparaison permet d'apprécier l'évolution des recours aux soins non programmés dans le temps, elle a ses limites. D'une part, la population de l'échantillon

de l'étude DREES 2004 était faible à la Réunion, particulièrement pour le recrutement des médecins d'associations d'urgentistes, posant d'importants biais de recrutement. De plus depuis 2004, la population réunionnaise a évolué autant sur sa démographie, que sur les comportements sociaux.

Par ailleurs, l'étude nationale observe un pic de consultations entre 10h et 12h, mais un second, uniquement pour les patients consultant les médecins généralistes non urgentistes de 16h à 20h.

Dans notre étude, on retrouvait également ce pic horaire à 10h, le second était plus tôt, dès 15h, mais globalement l'activité était soutenue tout au long de la journée.

4.2.2 Le recours aux soins en médecine générale

4.2.2.1 Enquête de l'ARS Océan Indien sur les recours aux soins à La Réunion

L'enquête (37) sur « les recours aux soins », réalisée en 2014, par l'ARS Océan Indien, a exploré les recours aux soins à la Réunion en interrogeant 1 606 majeurs. Parmi eux, 5 % des réunionnais consultaient 1 fois par an une maison médicale de garde, dont 20 % d'entre elles aux horaires d'ouverture des cabinets de MT. Les deux principaux motifs étaient l'absence du MT (35,8 %), et des accidents ou traumatismes. Dans notre étude la non disponibilité du MT représentait 50 % des recours, et les motifs médicaux relevant de la traumatologie représentaient seulement 18,5 % contre 74 % pour le somatique. Cette différence peut s'expliquer par le fait que certains patients consultant pour de la traumatologie consultent moins souvent un médecin en fréquence.

L'étude de l'ARS a souligné également la bonne couverture complémentaire santé de 94 % (similaire à la métropole).

Dans notre étude, seuls 1,4 % des patients étaient sans couverture de complémentaire santé contre 6,1% pour la population réunionnaise. L'absence de couverture est un frein au recours aux soins (38), notre étude a certainement exclu les catégories les plus modestes.

Cette observation se précise lorsque l'on remarque que les patients des cabinets SOS avaient un niveau d'éducation plus élevé que le reste de la population réunionnaise.

Il a été démontré que le non recours aux soins est lié aux variables socioéconomiques d'un individu (39). Ce facteur touche l'ensemble du spectre médical (médecine générale, odontologie, ophtalmologie, ...). Avec la sous-représentation des patients les moins instruits, nous avons un indice supplémentaire que ces dernières consultent moins les cabinets de soins non programmés.

4.2.2.2 Recours des femmes

L'enquête handicap-Santé de 2008 (40) évaluant 28 500 individus en France métropolitaine et dans les DOM a exploré le nombre de recours chez le médecin généraliste des femmes par rapport aux hommes.

Les hommes qui avaient au moins consulté une fois un médecin dans l'année, consultaient en moyenne par an 1 fois de moins un médecin généraliste que les femmes, jusqu'à l'âge de 65 ans. Cette différence est expliquée par la plus grande attention des femmes pour leur santé, notamment avec les dépistages organisés (frottis, mammographie), le suivi de la contraception, ou de la grossesse.

Les patients des cabinets SOS étaient majoritairement des femmes avec 1 homme pour 1,33 femmes. Dans notre étude, l'écart du nombre de consultations chez le MT par an entre les sexes était plus exacerbé que dans l'étude suscitée, notamment chez les jeunes adultes et diminuait nettement à partir de 45 ans (cf figure 16).

Cette variation peut partiellement s'expliquer par le fait que les mères accompagnent souvent leurs enfants en consultation chez leur MT ou au cabinet de SOS (où la population est à 40% constituée de pédiatrie). Cela leur donne des opportunités supplémentaires de consulter.

Elle peut également suggérer que les femmes consultant dans les cabinets SOS sont plus soucieuses de leur santé que les hommes, rendant ces derniers potentiellement plus à risque médicalement, par défaut de suivi.

Concernant les variations chez les personnes âgées de notre étude de plus de 65 ans (n = 27), elles sont à nuancer car l'effectif dans notre étude dans ces tranches d'âges était faible.

4.2.2.3 L'influence du statut CMU-C sur le recours aux soins

Les bénéficiaires de la CMU-C représentent une population fragile, notamment chez les moins de 60 ans qui affiche une morbidimortalité plus importante par rapport aux bénéficiaires d'une autre complémentaire (41).

Par ailleurs, une étude de la DREES (42) indiquait que les bénéficiaires de CMU-C avaient une probabilité plus importante de recourir à un médecin généraliste que les détenteurs d'une autre complémentaire santé.

L'étude de Guthmuller et Wittwer (43) , publiée en 2012, a analysé 2 465 personnes inscrites à la CPAM ou la CAF de la zone urbaine de Lille. Cette étude révélait que par rapport à une population non éligible à la CMU-C (qui est majoritairement couverte par une mutuelle), le fait de bénéficier d'une CMU-C multiplie le nombre de consultations par an chez le médecin généraliste par 2,5 (il est à noter que certains patients non éligibles majoraient cette différence en n'ayant aucune couverture mutuelle). Ces différences pouvant être expliquées par la plus grande fragilité des détenteurs de CMU-C.

Cette observation a été reprise par l'étude de la DREES de 2015 (42), qui a indiqué d'une part que l'accès aux soins était favorisé dans les mêmes proportions lorsque l'on dispose d'une CMU-C ou d'une autre complémentaire, et d'autre part que la dépense de santé des bénéficiaires de la CMU-C, issue des médecins généralistes était significativement plus importante par rapport aux autres complémentaires. Elle déduit ainsi que le nombre de consultations chez le médecin généraliste était plus élevé chez les bénéficiaires de CMU-C.

Dans notre étude, les bénéficiaires de CMU-C consultaient plus souvent respectivement leur MT et le cabinet SOS avec 5,3 et 2,5 consultations par an, contre 4,3 et 2 consultations par an pour les autres mutuelles.

Nos observations s'inscrivant dans le cadre des soins non programmés rejoignent les résultats de l'étude de Guthmuller et Wittner et ceux de la DREES qui se sont intéressés aux consultations tout venant de médecine générale.

4.2.2.4 Accessibilité et temps de trajet

Afin de mieux apprécier l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique, la DREES et l'IRDES ont élaboré en 2012 un outil de mesure : l'accessibilité potentielle aux soins (APL) (44)

À la Réunion, l'APL pour les médecins généralistes est supérieure à la moyenne française (4,1 consultations potentielles par an). Les villes du Port et de Saint-Pierre présentent respectivement une accessibilité potentielle localisée pour les médecins généralistes par habitant standardisée de 5,4 et 7,2 consultations ou visites potentielles par an (Villes périphériques : La Possession 7,9 ; Saint-Paul 6,8 ; Saint-Louis 7,2 ; Petit-île 6,3) (45).

Dans la population du cabinet de SOS, les patients ont consulté en moyenne 4,85 fois leur MT par an et 2,18 fois le cabinet SOS par an. Ces résultats sont cohérents avec l'estimation du nombre de consultations potentielles par an en médecine générale sur le Port et Saint-Pierre.

Dans une étude de l'IRDES (46) explorant le recours aux soins en fonction de la distance parcourue au niveau national à partir du marqueur théorique de l'APL, un patient met en moyenne 8 minutes pour se rendre chez un médecin généraliste (et 7 minutes pour les zones où l'APL est élevée comme au Port ou à St Pierre). L'étude souligne que le patient peut parcourir une distance supplémentaire au médecin généraliste le plus proche, en fonction des contraintes d'accès aux soins (manque de disponibilité, dépassement d'honoraires), mais aussi pour accéder à un professionnel répondant à ses préférences en terme de qualité de soin.

Dans notre étude, les patients mettaient en moyenne 12,8 minutes de leur domicile au cabinet. Malgré l'accessibilité théorique d'un autre médecin généraliste (mais pas forcément disponible) plus proche de son domicile, le patient a préféré consulter au cabinet de SOS, malgré le relatif éloignement.

Cette volonté peut être expliquée par la non disponibilité du MT référent (absent, en congé, proposant un délai de consultation trop long), la spécificité des soins au cabinet de SOS.

Par ailleurs, dans l'étude de l'IRDES suscitée (46), le bénéficiaire de CMU-C parcourt en moyenne 1,9 minutes de moins que les détenteurs d'autres mutuelles, pour se rendre chez un généraliste. Pour expliquer ce phénomène, les auteurs ont évoqué que bénéficiant d'un tarif opposable lorsqu'ils consultent un médecin, quel que soit le secteur auquel celui-ci est affilié, le bénéficiaire de CMU-C a moins besoin de se déplacer.

Dans notre étude, les bénéficiaires de CMU-C du cabinet de SOS ont consulté à 1,8 minutes plus proche de leur domicile que les bénéficiaires d'autres mutuelles. Ce résultat est similaire à la population de médecine générale évoqué par l'étude de l'IRDES.

L'argument du tarif opposable est envisagé pour expliquer ces résultats dans l'étude nationale. Toutefois, compte tenu de la quasi inexistence de médecin généraliste de secteur 2 à La Réunion, l'explication peut venir du fait que les actifs (généralement disposant d'une mutuelle non CMU-C) consultent à proximité de leur travail et donc potentiellement plus loin de leur domicile.

4.2.2.5 Motifs médicaux

Dans notre étude 74% des patients ont consulté pour un motif somatique, 18,5% pour de la traumatologie, 3% pour de la psychiatrie, et 9,2% pour un problème administratif.

Ces résultats sont à nuancer devant les 16,4% de données manquantes. 14,8%(n = 178) des patients ont déclaré uniquement une douleur, cette donnée ne suffit pas à catégoriser le motif médical. En parallèle, l'épidémie grippale durant l'étude a majoré les recours somatiques (20% de syndrome grippaux déclarés).

A titre de comparaison, l'étude nationale de 2004 de la DREES suscitée sur les urgences en médecine générale (11), explorait également les motifs médicaux de recours, avec 78% de troubles somatiques, 12% pour un trouble traumatique, 7% pour un trouble psychiatrique, 10% pour un problème administratif (renouvellement d'ordonnance 7%, certificat médical 3%).

La partie de cette étude centrée sur les urgentistes de ville (essentiellement SOS médecins, et Urgences médicales de Paris) a relaté près de 90% de consultations pour un motif somatique, 6% pour de la traumatologie, 4,1% pour un motif psychiatrique, les renouvellements d'ordonnance étant anecdotiques (0,2%).

Concernant les urgences hospitalières, une étude (47) de 133 256 passages au SAU de Saint-Pierre de 2011 à 2014 a indiqué via le diagnostic de l'infirmière d'accueil et d'orientation, les différentes catégories de recours :

- Les recours somatiques représentent 57,1% ; la psychiatrie 2,6% ; la traumatologie 38,8% (Adulte 27,7%, Pédiatrique 11,1%).

Ces observations suggèrent que le profil des motifs médicaux des cabinets SOS à la Réunion se rapproche plus des cabinets de médecine générale « classique », que des SAU.

L'augmentation des recours pour la traumatologie dans les cabinets SOS par rapport aux cabinets de médecine générale, peut s'expliquer d'une part, par le plateau

technique du cabinet. En effet, au-delà du poste des sutures, SOS OUEST réalise des plâtres ou des résines d'immobilisation et SOS SUD confectionne des attelles thermoformées. D'autre part, la traumatologie peut avoir un caractère plus urgent pour le patient.

4.2.3 Non consultation du médecin traitant

4.2.3.1 Disponibilité médicale – Evolution du métier

Comme indiqué précédemment, le recours aux soins en médecine générale est aussi lié à la disponibilité du médecin généraliste, définie par l'accessibilité potentielle localisée. Mais alors que la zone géographique autour des cabinets SOS, possède une APL élevée, notre étude a révélé que 50% (n = 553) des patients des cabinets de type SOS, n'ont pas consulté leur MT parce qu'il n'était pas disponible.

L'accessibilité des médecins en médecine générale libérale reste fragile, et le risque d'indisponibilité des médecins risque de s'aggraver dans les années à venir.

D'une part, la démographie médicale est en crise en métropole, et La Réunion jusqu'à épargnée risque de se retrouver dans la même situation. En effet, après 3 années de hausse, l'effectif des médecins généralistes (moyenne d'âge 50 ans) à La Réunion décroît (taux d'accroissement en 2017 – 0,8%).

D'autre part, le comportement des médecins est en pleine mutation, amorcé initialement par la féminisation de la profession.

Les femmes médecins tendent à aménager, à adopter des pratiques spécifiques, notamment en matière de gestion temporelle de l'exercice médical, en intégrant d'avantage l'aspect travail-famille et en délaissant les modes d'exercices les plus chronophages ou imprévisibles à l'avance (48).

Cette évolution du modèle d'exercice de la médecine est aussi bien relayée aujourd'hui par les médecins hommes que femmes, favorisant ainsi le choix d'un exercice professionnel non libéral.

L'augmentation du nombre de remplaçants et l'allongement de la date de 1^{ère} installation (37 ans) en sont un symptôme. L'augmentation de l'attrait pour les exercices non libéraux est également une composante de cette évolution. En effet en 2016, 56,9% des médecins généralistes exerçaient une activité libérale stricte, 6,5% mixte, et 36,5% salariée. (49)

Ainsi l'activité salariale augmente au détriment de l'exercice libéral. Cette tendance se retrouve également dans d'autres secteurs d'activités traditionnellement libérales tels que les avocats, les comptables, ...

4.2.3.2 Recours devant l'urgence

« Face à l'urgence le médecin traitant n'est pas toujours sollicité en premier. »

C'est ce que résume une étude de 2004 qui a questionné sur leur comportement face à l'urgence, les personnes se présentant dans les centres administratifs de la CPAM de la région de Marseille. (50)

En heures ouvrables, lorsque le patient était face à une situation ressentie non urgente et que son MT était indisponible, il faisait appel dans 87,6% (n = 198) des cas à la médecine de ville (dont 62,6% à un remplaçant, 11,1% à SOS médecin, 26,3% patientent jusqu'au retour du MT).

Dans une situation ressentie comme urgente, en heures ouvrables, ils étaient 70,5% à avoir recours à un service d'urgence (dont 50 % en SAU hospitalier), et 27,7% à la médecine libérale (dont 78,3% à un médecin de garde type SOS médecin ; 21,7% à leur MT). Parmi les patients qui se rendaient dans les SAU, 73% le faisaient sans contact médical préalable.

Ces résultats suggèrent que face à une urgence ressentie en heures ouvrables, le patient a peu recours à son MT. Il sollicitera surtout les SAU, ou un médecin de garde type SOS médecins.

Cette non consultation du MT est retrouvée dans les études sur les patients des urgences hospitalières. C'est le cas de l'étude « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation » de 2014, issue de l'enquête nationale de la DREES qui explore sur une journée l'ensemble des consultations dans les SAU de France, soit 52 018 passages. (33)

Les résultats ont révélé que :

- Environ 66% des patients consultaient aux urgences sans investigation préalable,
- 62% des patients consultaient les urgences de leur propre initiative ou sur conseil d'un proche ; 24% sur conseil d'un médecin
- La venue aux urgences était motivée par : Le règlement rapide du problème de santé 27% ; la possibilité d'avoir des examens complémentaires 23% ; la proximité géographique 22% ; voir un spécialiste 12% ; l'absence du MT 6% ; l'impossibilité de rendez-vous pour examen complémentaire en ville 5%.

Ces observations de non consultation du MT rejoignent les résultats de notre étude. Les patients en situation d'urgence de notre étude ont consulté spontanément au cabinet SOS dans 90.6% des cas, et ils n'étaient que 32.6% à avoir tenté de contacter leur MT.

Cette observation est à nuancer, car les médecins généralistes de ville gèrent la majorité des demandes de soins non programmés ou urgent. En effet, selon l'étude de la DREES de 2004, 11% de l'activité des cabinets de médecins généralistes relevaient des soins non programmés ou de l'urgence, ce qui représente en valeur absolue une quantité de consultations bien supérieure aux SAU ou aux cabinets d'urgentistes de ville.

Cette discordance peut s'expliquer par la représentation subjective de l'urgence par le patient, ou la méconnaissance des capacités du MT dans la gestion des urgences.

4.2.3.3 *Consumérisme*

Consulter par souci de rapidité ou de simplicité logistique est un comportement déjà observé dans les services d'accueil d'urgences hospitaliers.

Une étude de 2008 (7) a notamment questionné 350 patients non graves qui consultaient les SAU par eux-mêmes. Le questionnaire explorait notamment les déterminants de recours aux urgences :

- 35,4% patients estiment qu'il était plus rapide et commode de consulter aux urgences plutôt que de se rendre chez le MT.
- Pour 23,1% des patients, le MT n'était pas disponible (Absent, remplaçant, délai de rdv trop long).
- 19,2% consultaient devant la persistance d'un problème de santé, malgré une consultation préalable chez leur médecin.
- 22,3% ont consulté aux urgences sans que leur avis n'ait été demandé (emmené par les pompiers, la famille, l'entourage).

Une étude qualitative a exploré le sujet de ces consultations non appropriées aux urgences. (51)

Le canevas des patients a dégagé plusieurs thèmes : l'efficacité des médecins et la technicité du plateau technique sont notamment mises en avant, la gestion de la douleur et de l'angoisse, la difficulté du recours aux soins en ambulatoire, et l'échec de solution antérieure.

Interrogés, les professionnels de santé ont expliqué l'augmentation des consultations « non appropriées » aux urgences par :

- Le développement d'une forme de consumérisme des soins,
- Le paiement différé,
- L'organisation ambulatoire insuffisante (délai de rdv ; absence de plateau technique).

Ces mêmes professionnels sont d'accord sur la difficulté à définir précisément le « recours non approprié aux urgences ». La solution, selon ces derniers, serait l'éducation des patients, la majoration des sanctions financières, le développement des maisons médicales de garde et des consultations de médecine générale au sein des établissements de santé.

Bien que s'agissant d'une population très différente de celle des soins non programmés en cabinet spécifique, en heures ouvrables à La Réunion, cette étude retrouve les mêmes déterminants de recours aux soins d'urgences.

Dans notre étude 56,6% (n = 581) des patients consultaient, entre autre, par souci de rapidité ou de simplicité logistique ; 50% (n = 553) pour non disponibilité du MT. La part du deuxième avis ou de l'insatisfaction du MT était bien moindre (7,4%), et aucun patient n'a déclaré consulter contre son gré.

Toutefois les proportions des patients consultant par « commodité » ou devant l'indisponibilité du MT sont bien plus importantes dans notre population de ville.

Au-delà de la tendance consumériste accrue en médecin de ville, cette discordance peut s'expliquer par l'accessibilité facilitée des cabinets SOS.

Par ailleurs, 31,3% (n = 340) des patients inclus dans notre étude étaient hors du parcours de soins (un chiffre légèrement majoré car les exclus relevaient très probablement du parcours de soins via leur caractère urgent). Si l'aspect pratique et la qualité des soins ont été mis en avant par ces patients, ils étaient 45% à déclarer ne pas avoir consulté leur MT devant l'indisponibilité de celui-ci.

Afin de limiter les dérives et par déontologie avec les autres cabinets de médecine générale, les cabinets de SOS s'organisent et mènent un travail d'éducation des patients pour réorienter le patient vers le MT.

La structure SOS OUEST a notamment rédigé une charte de « bonne conduite » où elle se refuse, sauf cas particulier, à réaliser des certificats médicaux d'aptitude au sport, un renouvellement d'ordonnance, ou le suivi des maladies chroniques. Un document similaire est en cours de validation à SOS SUD.

Au-delà du comportement de recours au soin, en 2017 La Réunion est le département où la consommation d'acte de médecine générale est la plus forte, avec 6.7 actes par an (moyenne nationale 4,6) (52).

Les patients de notre étude consultaient en moyenne 4,8 fois leur MT et 2,18 fois un cabinet de type SOS, ce qui reste cohérent avec les données régionales observées. Si cette fréquence s'explique en partie par une relative fragilité de la population (cf. préambule), la représentation de la consommation de soins du patient doit jouer un rôle.

4.2.3.4 *Défiance envers le médecin traitant ?*

L'étude de la DREES (53) concernant le rapport aux Français à leurs médecins a exploré 3 023 adultes de France métropolitaine. Parmi eux, 58 % des patients de cet échantillon ont déclaré consulter en premier lieu leur médecin en cas de problème médical. Toutefois un tiers d'entre eux (surtout les jeunes) ont privilégié l'automédication et la recherche d'un conseil en dehors du système de soins. Plus de 8 français sur 10 étaient satisfaits de la qualité des soins de leurs médecins, ce chiffre augmentait à 9 sur 10 en cas de crise sanitaire.

Concernant les caractéristiques sociodémographiques des personnes insatisfaites de leur médecin (généraliste ou autre spécialité) :

- Par rapport aux professions intermédiaires, les employés et les chômeurs étaient respectivement 1,3 fois (seuil 10%) et 1,6 fois (seuil 5%) plus insatisfaits.
- Par rapport aux personnes ayant un niveau de vie élevé (2000 euros et plus par mois), les plus pauvres (moins de 900 euros par mois) étaient 1,4 fois (seuil 5%) plus insatisfaits.

Dans notre étude, la majorité des patients venait sans tentative de contact préalable avec leur MT. Mais ce résultat n'est pas forcément le signe d'un manque de confiance envers ce dernier. En effet sur l'ensemble de l'étude, les patients étaient seulement 7,4% à déclarer consulter pour un deuxième avis ou par insatisfaction du MT.

Les « insatisfaits » dans notre étude n'avaient pas de profil sociodémographique spécifique. Ils ne consultaient pas moins le MT, et pas plus au cabinet SOS.

Si l'on considère de l'insatisfaction ou la recherche d'un 2^e avis reflète la confiance du patient envers son MT, ces résultats semblent s'opposer à ceux de l'étude DREES.

Ces observations suggèrent que les patients des cabinets SOS ont confiance en leur MT.

4.3 Retentissement des résultats de l'étude

4.3.1.1 *Influence sur l'accessibilité aux soins et sur les inégalités ?*

Les structures de type SOS augmentent l'accessibilité aux soins, notamment lors de l'indisponibilité du MT, en garantissant une offre de soins permanente.

Ces cabinets peuvent plus facilement s'adapter à l'affluence des pics épidémiques que les cabinets traditionnels de médecine générale. Si besoin, l'effectif de médecins en consultation et de son secrétariat d'accueil peut être augmenté de manière ponctuelle.

Une partie de la population, notamment ceux en précarité extrême, semblait rester à l'écart de ces structures à en juger la part minime des patients sans couverture mutuelle, ou la sous-représentation des patients sans diplôme par rapport à la population générale.

Point rassurant, la proportion de patients détenteurs de la CMU-C est équivalente à celle des bénéficiaires dans la population générale, et les inactifs sont proportionnellement plus nombreux que les actifs.

4.3.1.2 *Risque sanitaire pour l'avenir ?*

La mission première des cabinets de soins non programmés est de répondre à l'urgence et aux demandes inopinées de soin du patient. Dans ce cadre, la prévention et le dépistage sont secondaires alors qu'ils représentent un pilier majeur de la médecine générale.

Le Dr JUAN Pierre-Henry, président de SOS Médecin France, s'est exprimé (54) avec crainte sur le sujet. Selon lui, les 30-50 ans ne se considèrent pas malades et n'ont plus de suivi. Ils expriment des difficultés à trouver un MT et vont en maison médicale de garde au coup par coup. De fait, ils sont moins dépistés.

Notre étude semble rassurante sur ce point. Dans la mesure où les patients des cabinets SOS à La Réunion continuent à consulter leur MT, cela laisse supposer qu'ils bénéficient encore d'une prévention et d'un dépistage efficient.

Néanmoins la sensibilisation de ces patients à risque de rupture de suivi médical, doit être renforcée, notamment par les médecins des cabinets SOS qui peuvent récupérer les « perdus de vue ».

Concernant le suivi des malades chroniques, cette population était marginale avec 9,5% (n=103) de patients en ALD, dont 24,3% d'entre eux qui consultaient en rapport avec cette ALD. Au vu de ces effectifs, le suivi des maladies chroniques est peu influencé par les consultations dans les cabinets SOS.

4.3.1.3 *Positionnement du patient dans le parcours de soin*

La multiplication des acteurs de santé, rend le parcours de soin plus complexe pour le patient. Devant le volume de patients consultant hors du parcours de soins (31%), on suppose que la population a du mal à situer la place du cabinet SOS au milieu de ce parcours.

Comme indiquée en préambule, la définition du soin non programmé est complexe, notamment quand elle introduit le terme de l'urgence ressentie par le patient, nécessairement subjective. De fait le parcours du patient est complexe dans ces situations.

Parmi ces 31%, le rôle des cabinets SOS en journée était pour 64,6% d'entre eux, de pallier au manque de médecins traitants, 92,3% de remplacer ce dernier quand il n'est pas disponible, ou encore 84,9% de décharger les services d'urgences hospitaliers.

Le travail d'information et d'éducation des patients dans ce domaine est à poursuivre, ciblant particulièrement les patients de moins de 55 ans, sans discrimination de catégories socio-professionnelles, ni discrimination de niveau d'étude.

4.3.1.4 Réduction des recours aux urgences :

La présence des cabinets dédiés aux soins non programmés en journée, avec la gestion des urgences non vitales, permet de réduire le recours aux services d'accueil des urgences déjà submergés, pour un coût moindre.

Dans notre étude 87.5% des patients ont déclaré que la mission des cabinets de type SOS la journée en semaine est de décharger les services des urgences hospitalières. Toutefois, pour avoir une idée précise du nombre de consultations évitées, une étude spécifique sur le sujet est nécessaire.

4.4 Force et faiblesse de l'étude

4.4.1 Les forces de l'étude

4.4.1.1 *L'originalité*

Il s'agit de la première étude explorant les permanences médicales, autrement appelées localement cabinet de type SOS, pendant les horaires d'ouverture des cabinets de MT, à La Réunion.

La littérature nationale s'intéresse surtout aux soins non programmés dans les cabinets de médecine générale traditionnelle, dans les services d'urgences hospitalières, dans les cabinets aux horaires de permanences des soins ambulatoires, ou dans les associations d'urgentistes faisant des visites type « SOS Médecins » ; mais peu sur les structures de soins non programmés non MT, sans visite, aux horaires d'ouvertures des cabinets de médecine générale.

4.4.1.2 *Sujet d'actualité*

La problématique de la gestion des soins non programmés est une des priorités de notre gouvernement actuel. Missionné par Madame la Ministre des solidarités et de la santé Agnès Buzyn, le député et urgentiste Dr Thomas Mesnier a rendu le 22/05/2018 un rapport (55) suggérant des pistes concrètes sur la gestion de ces soins, entre autre avec des structures de soins non programmés. La Ministre donnera un retour durant l'été 2018 ou à la rentrée, en vue d'une éventuelle modification de la loi.

Dans ce contexte de restructuration des SNP, la compréhension des recours aux cabinets dédiés aux soins non programmés est un atout.

4.4.1.3 *Puissance de l'étude*

L'effectif important des patients inclus, le très faible taux de patient exclus, et la bicentralisation du recueil ont permis d'obtenir des données statistiquement solides, permettant l'extrapolation des résultats aux autres cabinets de soins non programmés de l'île, et potentiellement à d'autres territoires.

4.4.1.4 *La diversité des problématiques*

L'étude traite plusieurs problématiques : les caractéristiques socio démographiques dans les cabinets de SNP, ainsi que les déterminants de non consultation du MT.

4.4.2 Les biais

4.4.2.1 Biais intrinsèques

4.4.2.1.1 Classement :

- **Déclaration – Désirabilité** : Les personnes qui répondaient au questionnaire, étaient aussi des patients du cabinet. Elles auront tendance à donner inconsciemment des réponses pour faire plaisir à l'enquêteur alors que leur comportement réel est différent (Biais de désirabilité). De plus le fait d'interroger les patients dans la structure où ils seront examinés quelques minutes plus tard peut renforcer le biais de déclaration.
Par ailleurs, les patients qui consultent le cabinet SOS sont généralement satisfaits des soins, sinon ils auraient probablement consulté ailleurs. De fait, la mise en avant de l'argument de la qualité des soins est biaisé (cet élément n'était pas présent dans le questionnaire initial, et a été rajouté suite aux réponses libres pré test du questionnaire).
- **Mémorisation** : On peut penser que les consultations aux cabinets SOS relèvent de motifs plus graves, dont le patient se souvient plus facilement. Cela tend à diminuer le nombre de consultations chez le MT et d'augmenter le nombre de patients consultant davantage au cabinet SOS que chez le MT.
- **Réalisation des sous-groupes** : Dans les sous catégories de motifs médicaux de consultation, 15,8% ne sont classables dans aucun groupe, mais relèvent certainement de la pathologie somatique, augmentant artificiellement les autres groupes.

4.4.2.1.2 Attrition :

Le nombre de refus était faible (21 sur 1123) entraînant un biais d'attrition relativement négligeable. Nous pouvons noter que les patients non participants étaient potentiellement moins soucieux de leur santé et donc plus à risque du point de vue médical.

4.4.2.1.3 Information liée au recueil des données :

Certains patients (n = 37) ont nécessité une aide pour répondre au questionnaire pouvant créer une différence dans le recueil des données. Cette aide a été réalisée par un unique enquêteur (le thésard) qui a essayé d'être le plus neutre possible. Mais le biais de désirabilité a pu être majoré pour ce faible effectif.

4.4.2.2 Biais extrinsèques

Le recueil des données a chevauché une épidémie de grippe. Cet évènement majore l'indisponibilité des médecins traitants et augmente les recours pour une pathologie aiguë somatique.

4.4.2.3 Niveau de preuve

S'agissant d'une étude épidémiologique descriptive, le niveau de preuve est faible : grade C.

4.4.2.4 Lien d'intérêt

Le thésard a effectué de nombreux remplacements dans les deux structures, et un projet d'association dans l'une d'entre elle est à l'étude. Bien qu'essayant d'être le plus neutre possible, avec cette proximité, le chercheur a pu avoir tendance à promouvoir inconsciemment les cabinets de type SOS.

5 Conclusion

Conclusion de l'étude :

Les patients consultant dans les cabinets de SNP aux heures d'ouverture des médecins traitants étaient des patients jeunes, majoritairement actifs, et d'un niveau d'éducation légèrement plus élevé que le reste de la population. Néanmoins les inactifs consultant dans les cabinets de SNP sont surreprésentés par rapport à la population générale. Malgré leur relative fragilité, les patients les plus âgés ont moins recours aux cabinets SOS.

Environ la moitié des patients ont décidé de ne pas consulter leur MT, devant l'indisponibilité de ce dernier malgré la relative (mais fragile) bonne couverture de la médecine générale libérale à la Réunion. L'autre moitié n'a pas consulté son MT par souci de rapidité ou de simplicité logistique.

Un peu moins d'un tiers des patients ont consulté en dehors du parcours de soins, ce qui semble s'inscrire dans le mouvement de démocratie sanitaire et de consumérisme médical. Cet aspect touche toutes les classes socio-professionnelles, ainsi que les moins de 55 ans.

Les patients gardent confiance envers leur MT. Malgré le fait de consulter dans les cabinets de type SOS, les patients ont continué à consulter leur MT, même la petite minorité ayant une relative défiance envers son médecin.

Les cabinets SOS sont identifiés par les patients comme des structures permettant partiellement de pallier au manque de médecin, d'assurer la continuité des soins lorsque le médecin est indisponible, et de décharger les services d'urgences hospitaliers.

Ouverture :

La population jeune valorisait une forme de démocratie sanitaire en se détournant partiellement, par commodité, du MT. Une approche qualitative pourrait étayer les raisons de ce constat dans un contexte de soin non programmé.

Le manque de disponibilité du MT risque de se majorer dans l'avenir sous l'impulsion du vieillissement de la population, de l'augmentation des patients poly-pathologiques, de la démographie médicale déclinante, du virage ambulatoire, et l'aspiration des médecins à une indisponibilité, le patient s'adapte et identifie les structures de SNP comme des soutiens aux MT. Mais le cheminement vers ces dernières gagnerait à être davantage protocolisé pour gagner en efficience, en s'intégrant notamment au sein de CPTS.

Par ailleurs, un travail d'éducation est à entreprendre, en ciblant particulièrement les moins de 55 ans sans restriction de classes socio-professionnelles, afin de limiter le consumérisme médical et de libérer du temps médical pour les praticiens.

6 Références documentaires

1. Batifoulrier P, Domin J-P, Gadreau M. Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. Rev Fr Socio-Économie 2008;(1):27-46.
2. Richards T, Montori VM, Godlee F, Lapsley P, Paul D. Let the patient revolution begin. BMJ 2013;346:2614
3. Etienne L. Le consumérisme médical, un ver dans le fruit ? [Internet]. Zeblog santé; 2012 [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.zeblogsante.com/le-consumerisme-medical/>
4. Rousset G. Le patient et le système de santé au prisme du consumérisme : résistance ou participation ? Colloque international " Consommation et résistance (s) des consommateurs" organisé par l'Univ Paris 12 et l'Agence nationale de la recherche. 2008
5. Martin T, Quiviger P-Y. Des formes de confiance dans la pratique médicale. Action médicale et confiance, Presses Univ. Franche-Comté; 2007:7-23.
6. Mangola B. Urgences et demandes de soins en urgence : quelle prise en charge ? L'urgence, les urgentistes et les autres acteurs. Actualité et dossier de santé publique 2005;(52):66-7.
7. Ladner J, Bailly L, Pitrou I, Tavoracci MP. Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportements de consommation de soin. Prat Organ Soins 2008;39(1):33-42.
8. Brun N. Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ? Les urgences : point de vue des usagers. Actualité des dossiers en santé publique 2005;(52):58-9.
9. Recours urgents ou non programmés en médecine générale dans le Pays de la Loire. Observatoire régional de la santé des pays de la Loire; 2007
10. Boudard O. Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de l'hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours". Th : Med : Bordeaux 2; 2015
11. Gouyon M. Les urgences en médecine générale". Document de travail. DREES; 2006
12. Rendez-vous médicaux non honorés, demandes de soins non programmés– Etat des lieux et solution. URPS ile de France; 2015
13. Cemka Eval, "Enquête auprès des médecins libéraux de Franche - Comté sur les consultations de soins non programmés", URPS-ML-Franche-Comté, 2014.

14. Bayle-Iniguez A. "Soins non programmés cinq fois par jour : comment les médecins libéraux relèvent le défi" [Internet]. Le Quotidien du Médecin, 2014 [cité 20 févr 2018]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2014/11/19/soins-non-programmes-cinq-fois-par-jour-comment-les-medecins-liberaux-relevant-le-defi_710161
15. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. [Internet]. Livre Blanc. SAMU Urgence de France; 2015 [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
16. DGOS. [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [cité 20 févr 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgos-direction-generale-de-l-offre-de-soins>
17. Agence régional de santé. Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé [Internet]. 2017 [cité 20 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
18. Grall DJ-Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. 2015.
19. Safon M-O. Synthèse de la loi de modernisation de notre système de santé. Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2017
20. Les français et l'urgence médicale : un enjeu de santé publique. Etude Maaf-lfop; 2014
21. France. Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires. 2016.
22. Kieffer-Desgrippes G. Table ronde 2 - PDS: une affaire de médecin libéral ? [Internet]. Les rencontres de La Baule - URPS 2016 [cité 28 févr 2018]. Disponible sur: https://youtu.be/BDIStuLJ_eo
23. Implementation of the European emergency number 112 – Results of the ninth data-gathering round. European Commission Directorate-General for Communications Networks, Content and Technology; 2016
24. Foul M. Le SAMU et les médecins libéraux mettent en garde contre la tentation d'un numéro d'urgence unique. Le Quotidien du Médecin [Internet]. 27 févr 2018 [cité 28 févr 2018]; Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/02/27/le-samu-et-les-medecins-liberaux-mettent-en-garde-contre-la-tentation-dun-numero-durgence-unique_855548
25. Situation sanitaire Réunion et Mayotte -Projet Régional de Santé 2. ARS Océan Indien 2017

26. Offre de soins et accès aux soins. ARS OI [Internet]. 2017 [cité 28 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.ocean-indien.ars.sante.fr/offre-de-soins-et-acces-aux-soins-0>
27. Casanova R. "Développement d'une nouvelle offre d'accès aux soins non programmés en Médecine Générale : étude portant sur le 11 permanences médicales des Bouches-du-Rhône". Th:Med:Aix-Marseille;2012.
28. SOS Médecins inaugure un lieu d'accueil fixe à Paris [Internet]. La Parisienne. 2014 [cité 20 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/sos-medecins-inaugure-un-lieu-d-accueil-fixe-a-paris-22-05-2014-3864965.php>
29. Le CLEM : un Centre de Soins non Programmés à Montpellier [Internet]. France Bleu. 2016 [cité 28 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/un-centre-de-soins-non-programme-montpellier-1473958471>
30. Dossier complet – Commune de Saint-Pierre (97416) | Insee [Internet]. 2014 [cité 28 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-97416>
31. Dossier complet – Commune du Port (97407) | Insee [Internet]. [cité 28 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-97407>
32. Beaubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Etudes et résultats DREES 2003; 215
33. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Etudes et résultats DREES 2014;889.
34. Lerat-Golasowski M. Motivations, motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai. Th: Med: Lille; 2015
35. Feutrie G. Place de la maison médicale de garde de Calais dans le parcours de soins : le point de vue des patients. Th:Med:Lille;2014
36. Collet M, Gouyon M. "Etude Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale". Etudes et résultats DREES 2007;607.
37. Maury F, Madika C. Recours aux soins à La Réunion. In Extenso Plateforme d'information des études en santé - ARS OI 2016;(5).
38. Perronnin M, Louvel A. « La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres ». Etudes et résultats DREES 2018;(1048)

39. Warin P, Chatain C, Chauveaud C, Gutton S, Moulin J-J, Rode A, et al. Le non-recours aux soins des actifs précaires - bilan de la recherche. Agence Nationale de la Recherche; 2009:11.
40. Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes - Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. Etudes et résultats DREES 2008; (717).
41. Filipovic-Pierucci A, Cuerq A. Consommation de soins et mortalité des bénéficiaires de la CMU-C dans les départements français d'Outre-Mer en 2012, et comparaison avec la France métropolitaine. BEH 2015;(733):38-9.
42. Jess N. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. Etudes et résultats DREES 2015;(944).
43. Guthmuller S, Wittwer J. L'effet de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sur le nombre de visites chez le médecin : une analyse par régression sur discontinuités. Economie publique 2012;1-2(28-29):95-120.
44. Barlet M. L'accessibilité potentielle localisée (APL): une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2012
45. Data Dress [Internet]. DREES 2018 [cité 20 fév 2018]. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?sCS_referer=&sCS_ChosenLang=fr
46. Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V, Pierre A. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. Question d'économie de la santé IRDES 2016;(219).
47. Labarbe V. La maison médicale de garde, organe de permanence des soins et filière courte des urgences de Saint-Pierre, CHU de l'île de la Réunion : quels bénéfices en matière de réduction des temps de prise en charge ? Th:Med: Bordeaux 2; 2014
48. Lapeye N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Revue française des affaires sociales 2005;(328):59-81
49. Bouet P. Atlas de la démographie médicale 2016. Conseil national de l'ordre des médecins 2017:326.
50. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé publique 2004;16(1):63-74.

51. Gentile S, Durand AC, Bongiovanni I. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale: analyse de nouveaux comportements de santé. Journée européenne d'urgences 2007;20(1):138.
52. Bouet P. Atlas de la démographie médicale 2017. Conseil national de l'ordre des médecins 2018.
53. Castell L, Dennevault C. Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ? Etudes et résultats DREES 2017;(1035)
54. Juan P-H Président Fédération SOS médecins France. Table ronde 3 - Soins non programmés : les ressources de la médecine libérale [Internet]. Les Rencontres de La Baule URPS 2016. Disponible sur: <https://youtu.be/OLpWTVcf5oQ>
55. Mesnier T. Rapport pour assurer le premier accès aux soins : Organiser les soins non programmés dans les territoires. Ministère des solidarités et de la santé 2018.

7 Annexe

7.1 Annexe 1 : Questionnaire

Partie 1 : Information - Consentement

Il s'agit d'un travail de thèse de médecine générale en collaboration avec l'université de Bordeaux, ayant pour objectif d'évaluer les motivations et les caractéristiques des patients consultant à SOS OUEST ou SOS SUD.

Ce questionnaire est anonyme.

Vous êtes libre de répondre ou de refuser de remplir le questionnaire, cela n'impactera pas votre prise en charge médicale.

Pour toute demande d'information, d'opposition, ou pour obtenir les résultats de cette étude vous pouvez écrire au thésard responsable de l'étude M. FERRENBACH Pierre-Alexandre, sur "etudesos2017@gmail.com"

Si vous êtes d'accord, cliquez sur suivant

Merci de votre participation

Partie 2 :

Vous concernant

Vous consultez aujourd'hui à

- SOS OUEST
- SOS SUD

Quel est votre âge (ou du patient que vous accompagnez) ?

Genre ? Homme – Femme

Couverture mutuelle ? CMU-C ; Mutuelle ; Aucune ; Autre

Quelle est votre commune de domicile ? (Liste des communes)

Combien de temps en minutes mettez-vous en véhicule de votre domicile pour venir au cabinet de SOS ?

(Ne pas remplir si moins de 16 ans) Quel est votre secteur d'activité socio-professionnelle ?

- Agriculteurs exploitants
- Ouvriers
- Employés
- Professions intermédiaires
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Retraités
- Etudiants
- Autre personne sans activité professionnelle

(Ne pas remplir si moins de 16 ans) Quel est votre niveau d'étude ?

- Aucun Diplôme (ou CEP)
- Brevet des collèges
- CAP, BEP, ou équivalent
- BAC, Brevet professionnel ou équivalent
- Supérieur court : BAC +2
- Supérieur long : BAC +3 et plus

Partie 3 : Concernant votre consultation

Est-ce la 1^{ère} fois que vous consultez dans ce cabinet SOS ? Oui – Non

Je consulte ici à SOS : (facultatif)

- de ma propre initiative
- sur les conseils de mon entourage
- sur les conseils de mon médecin traitant
- sur les conseils d'un autre médecin que mon médecin traitant
- sur les conseils du SAMU - 15 des pompiers, de la police ou gendarmerie
- sur les conseils d'une infirmière, un kinésithérapeute, ou un autre paramédical
- sur les conseils d'un pharmacien
- sur les conseils de mon employeur

Pour quel motif médical consultez vous ? (facultatif)

- Vous avez mal
- Syndrome Grippal – Grippe
- Vous avez de la fièvre
- Vous avez des vomissements, des diarrhées
- Vous avez de la toux
- Vous êtes gêné pour respirer
- Vous êtes très affaibli(e) ou fortement indisposé(é)
- Vous êtes angoissé(e)
- Vous avez eu un accident, un traumatisme (plaie, entorse, fracture, chute, ...)
- Vous avez subi des violences ou une agression
- Vous avez un saignement
- Vous avez eu un malaise, une perte de connaissance
- Vous ressentez des démangeaisons
- Vous avez besoin d'un document administratif, un certificat
- Vous avez besoin d'un renouvellement d'ordonnance
- Autre :

Avez-vous une ALD – Affection longue durée ? (ex : diabète, hypertension, maladie cardiaque, cancer, trouble neurologique ou psychiatrique,...)

Nb : l'asthme – sauf cas extrême n'est pas une ALD

Oui – Non

Si oui, votre consultation d'aujourd'hui a-t-elle un rapport avec cette maladie ?

Oui - Non

Concernant les raisons qui justifient votre consultation d'aujourd'hui à SOS plutôt que chez votre médecin traitant :

Aujourd'hui, avez-vous contacté ou vous êtes-vous rendu chez votre médecin traitant (sans forcément le consulter) avant de consulter à SOS ?

Oui – Non

Vous n'avez pas consulté votre médecin traitant car (cochez 0 ou plusieurs affirmations)

- A SOS c'est plus rapide
- A SOS c'est plus simple, plus pratique notamment avec mon emploi du temps, ou pour des raisons logistiques
- Le cabinet du médecin traitant est complet et ne me permet pas de consulter dans un délai convenable
- Vous n'avez pas de médecin traitant
- Médecin traitant est fermé
- Médecin traitant est en congé et non remplacé
- Médecin traitant est remplacé mais vous ne souhaitez pas voir le remplaçant
- Je suis en vacances / déplacement à la Réunion, mon médecin n'est pas sur l'île

Vous consultez au cabinet de SOS car (cochez 0 à 4 affirmations)

- C'est une urgence nécessitant une prise en charge rapide
- Vous consultez pour la qualité des soins à SOS
- Vous consultez pour un 2e avis ou vous êtes insatisfait de votre médecin traitant concernant le motif de consultation
- Mon problème nécessite un acte technique non disponible chez mon médecin (ECG, Suture, Aérosol, injection, oxygène, ...)

Je consulte à SOS plutôt que chez mon médecin traitant pour un autre motif ? (facultatif)

Libre

Combien de fois avez-vous consulté votre médecin traitant ces 12 derniers mois ?

Sans compter la consultation de ce jour, combien de fois avez-vous consulté à SOS en journée de semaine ces 12 derniers mois ?

Selon vous quel est le rôle de SOS en journée de semaine ?

Présenté sous forme d'échelle de likert

(1: Pas du tout d'accord - 2: plutôt pas d'accord - 3: plutôt d'accord - 4: tout à fait d'accord)

Pour pallier le manque de médecin généraliste : 1 -2 -3 -4

Assurer la continuité des soins quand son médecin n'est pas disponible : 1 -2 -3 -4

Décharger l'hôpital, notamment les services d'urgences : 1 – 2 -3 -4

Autres motifs qui justifient l'ouverture des cabinets de type SOS la journée de semaine (facultatif) - Libre

Merci de votre participation - Vous pouvez rendre la tablette au médecin chercheur ou à la secrétaire

7.2 Annexe 2 : Tableaux globaux des résultats

Caractéristique sociodémographique :				
Variables	Total (n=1085)	SOS OUEST (n=492)	SOS SUD (n=593)	p
Lieu				NA
SOS OUEST	492 (45.3 %)	-	-	
SOS SUD	593 (54.7 %)	-	-	
Age	25.8 ± 18.7	24.4 ± 19.4	27.0 ± 18.1	0,024
Tranche d'âge en année				0,003
0 - 4	163 (15%)	93 (18,9%)	70 (11,8)	
5 - 9	117 (10%)	58 (11,8%)	59 (9,9)	
10-14	81 (7,5%)	41 (8,3%)	40 (6,7)	
15 - 19	107 (9,9%)	42 (8,5%)	65 (11,0)	
20 - 24	80 (7,4%)	36 (7,3%)	44 (7,4)	
25 - 29	101 (9,3%)	37 (7,5%)	64 (10,8)	
30 - 34	98 (9%)	42 (8,5%)	56 (9,4)	
35 - 39	77 (7,1%)	30 (6,1%)	47 (7,9)	
40 - 44	70 (6,5%)	31 (6,3%)	39 (6,6)	
45 - 49	58 (5,3%)	20 (4,1%)	38 (6,4)	
50 - 54	54 (5%)	18 (3,7%)	36 (6,1)	
55 - 59	33 (3%)	20 (4,1%)	13 (2,2)	
60 - 64	19 (1,6%)	10 (2,0%)	9 (1,5)	
65 - 69	4 (0,4%)	3 (0,6%)	1 (0,2)	
70 - 74	10 (0,9%)	6 (1,2%)	4 (0,7)	
75 - 79	5 (0,5%)	2 (0,4%)	3 (0,5)	
80 - 84	5 (0,5%)	2 (0,4%)	3 (0,5)	
85 - 89	1 (0,1%)	1 (0,2%)	0 (0,0)	
90 - 94	2 (0,2%)	0 (0,0%)	2 (0,3)	
Genre				0,398
Femme	620 (57.1 %)	288 (58.5 %)	332 (56 %)	
Homme	465 (42.9 %)	204 (41.5 %)	261 (44 %)	
Couverture mutuelle				0,07
AUCUNE	15 (1.4 %)	4 (0.8 %)	11 (1.9 %)	
CMU	416 (38.4 %)	204 (41.5 %)	212 (35.8 %)	
MUTUELLE	653 (60.2 %)	284 (57.7 %)	369 (62.3 %)	
Commune d'habitat				NA
AUTRE	1 (0.1 %)	0 (0 %)	1 (0.2 %)	
EST : SAINT-BENOIT	1 (0.1 %)	1 (0.2 %)	1 (0.2 %)	
EST: SAINT ANDRE	1 (0.1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
EST: SAINT-SUZANNE	1 (0.1 %)	1 (0.2 %)	0 (0 %)	
EST: SALAZIE	1 (0.1 %)	1 (0.2 %)	0 (0 %)	
ETRANGER	2 (0.2 %)	2 (0.4 %)	0 (0 %)	
METROPOLE - FRANCE	8 (0.7 %)	2 (0.4 %)	6 (1 %)	
NORD: SAINT-CLOTILDE	2 (0.2 %)	1 (0.2 %)	1 (0.2 %)	
NORD: SAINT-DENIS	9 (0.8 %)	8 (1.6 %)	1 (0.2 %)	
NORD: SAINT-MARIE	1 (0.1 %)	1 (0.2 %)	0 (0 %)	

OUEST : TROIS BASSIN	1 (0.1 %)	1 (0.2 %)	4 (0.7 %)	
OUEST: LA POSSESSION	176 (16.3 %)	172 (35 %)	4 (0.7 %)	
OUEST: LE PORT	243 (22.5 %)	239 (48.7 %)	3 (0.5 %)	
OUEST: SAINT- LEU	7 (0.6 %)	4 (0.8 %)	4 (0.7 %)	
OUEST: SAINT-PAUL	50 (4.6 %)	46 (9.4 %)	0 (0 %)	
SUD: ENTRE-DEUX	7 (0.6 %)	0 (0 %)	7 (1.2 %)	
SUD: ETANG SALEE	8 (0.7 %)	0 (0 %)	8 (1.4 %)	
SUD: LE TAMPON	49 (4.5 %)	2 (0.4 %)	47 (8 %)	
SUD: LES AVIRONS	2 (0.2 %)	2 (0.4 %)	0 (0 %)	
SUD: PETITE ÎLE	20 (1.8 %)	1 (0.2 %)	19 (3.2 %)	
SUD: SAINT-JOSEPH	14 (1.3 %)	2 (0.4 %)	12 (2 %)	
SUD: SAINT-LOUIS	37 (3.4 %)	1 (0.2 %)	36 (6.1 %)	
SUD: SAINT-PIERRE	441 (40.8 %)	4 (0.8 %)	437 (73.9 %)	
Zone géographique				NA
AUTRE	1 (0.1 %)		1 (0.2 %)	
ETRANGER	2 (0.2 %)	2 (0.4 %)		
METROPOLE - FRANCE	8 (0.7 %)	2 (0.4 %)	6 (1 %)	
est	4 (0.4 %)	3 (0.6 %)	1 (0.2 %)	
nord	12 (1.1 %)	10 (2 %)	2 (0.3 %)	
ouest	477 (44.1 %)	462 (94.1 %)	15 (2.5 %)	
sud	578 (53.4 %)	12 (2.4 %)	566 (95.8 %)	
Temps domicile cabinet	12.8 ± 10.1	13.2 ± 11.2	12.4± 9.1	0,214
Activité socio-professionnelle				NA
Agriculteurs exploitants	3 (0.4 %)	2 (0.7 %)	1 (0.2 %)	
Artisans. commerçants et chefs d'entreprise	38 (5.3 %)	11 (3.7 %)	27 (6.5 %)	
Autre personne sans activité professionnelle	184 (25.9 %)	95 (32.1 %)	89 (21.4 %)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	68 (9.6 %)	20 (6.8 %)	48 (11.6 %)	
Employés	200 (28.1 %)	70 (23.6 %)	130 (31.3 %)	
Etudiant	86 (12.1 %)	32 (10.8 %)	54 (13 %)	
Ouvriers	33 (4.6 %)	18 (6.1 %)	15 (3.6 %)	
Professions intermédiaires	69 (9.7 %)	33 (11.1 %)	36 (8.7 %)	
Retraités	30 (4.2 %)	15 (5.1 %)	15 (3.6 %)	
Diplôme				0,006
Aucun Diplôme (ou CEP)	120 (17.1 %)	60 (20.8 %)	60 (14.6 %)	
BAC. Brevet professionnel ou équivalent	151 (21.5 %)	52 (18 %)	99 (24 %)	
Brevet des collèges	46 (6.6 %)	19 (6.6 %)	27 (6.6 %)	
CAP. BEP. ou équivalent	171 (24.4 %)	82 (28.4 %)	89 (21.6 %)	
Supérieur court : BAC +2	98 (14 %)	42 (14.5 %)	56 (13.6 %)	
Supérieur long : BAC +3 et plus	115 (16.4 %)	34 (11.8 %)	81 (19.7 %)	

Circonstance de recours et motifs médicaux :				
Variables	Total (n=1085)	SOS OUEST (n=492)	SOS SUD (n=593)	p
1er fois				<0.001
NON	902 (83.1 %)	385 (78.3 %)	517 (87.2 %)	
OUI	183 (16.9 %)	107 (21.7 %)	76 (12.8 %)	
Adressage				0,001
Sur les conseils de mon employeur	11 (1 %)	6 (1.2 %)	5 (0.9 %)	
de ma propre initiative	860 (79.8 %)	365 (74.5 %)	495 (84.2 %)	
sur les conseils d'un autre médecin que mon médecin traitant	27 (2.5 %)	16 (3.3 %)	11 (1.9 %)	
sur les conseils d'un pharmacien	16 (1.5 %)	11 (2.2 %)	5 (0.9 %)	
sur les conseils d'une infirmière. un kinésithérapeute. ou un autre paramédical	17 (1.6 %)	12 (2.4 %)	5 (0.9 %)	
sur les conseils de mon entourage	115 (10.7 %)	58 (11.8 %)	57 (9.7 %)	
sur les conseils de mon médecin traitant	27 (2.5 %)	17 (3.5 %)	10 (1.7 %)	
sur les conseils du SAMU - 15 des pompiers. de la police ou gendarmerie	5 (0.5 %)	5 (1 %)	0 (0 %)	
Adressage global				<0.001
Par un professionnel de santé	92 (8.5 %)	61 (12.4 %)	31 (5.3 %)	
Personnellement	986 (91.5 %)	429 (87.6 %)	557 (94.7 %)	
Motif médical :				<0.001
Douleur				
non	620 (57.1 %)	248 (50.4 %)	372 (62.7 %)	
oui	465 (42.9 %)	244 (49.6 %)	221 (37.3 %)	
Fièvre				0,011
non	835 (77 %)	361 (73.4 %)	474 (79.9 %)	
oui	250 (23 %)	131 (26.6 %)	119 (20.1 %)	
Symptôme digestif				0,392
non	971 (89.5 %)	436 (88.6 %)	535 (90.2 %)	
oui	114 (10.5 %)	56 (11.4 %)	58 (9.8 %)	
Syndrome grippal				<0.001
non	873 (80.5 %)	426 (86.6 %)	447 (75.4 %)	
oui	212 (19.5 %)	66 (13.4 %)	146 (24.6 %)	
Toux				0,418
non	996 (91.8 %)	448 (91.1 %)	548 (92.4 %)	
oui	89 (8.2 %)	44 (8.9 %)	45 (7.6 %)	
Gêne respiratoire				0,002
non	965 (88.9 %)	422 (85.8 %)	543 (91.6 %)	
oui	120 (11.1 %)	70 (14.2 %)	50 (8.4 %)	
Affaiblies				0,537
non	1.043 (96.1 %)	471 (95.7 %)	572 (96.5 %)	
oui	42 (3.9 %)	21 (4.3 %)	21 (3.5 %)	
Malaise				0,992
non	1.063 (98 %)	482 (98 %)	581 (98 %)	
oui	22 (2 %)	10 (2 %)	12 (2 %)	
Conjonctivite				0,001
non	1.069 (98.5 %)	478 (97.2 %)	591 (99.7 %)	
oui	16 (1.5 %)	14 (2.8 %)	2 (0.3 %)	
Démangeaison				0,701
non	1.029 (94.8 %)	468 (95.1 %)	561 (94.6 %)	

oui	56 (5.2 %)	24 (4.9 %)	32 (5.4 %)	
Autre problème somatique				0,858
non	1.066 (98.2 %)	483 (98.2 %)	583 (98.3 %)	
oui	19 (1.8 %)	9 (1.8 %)	10 (1.7 %)	
Saignement				0,124
non	1.064 (98.1 %)	479 (97.4 %)	585 (98.7 %)	
oui	21 (1.9 %)	13 (2.6 %)	8 (1.3 %)	
Angoissé				0,097
non	1.058 (97.5 %)	484 (98.4 %)	574 (96.8 %)	
oui	27 (2.5 %)	8 (1.6 %)	19 (3.2 %)	
Agression				1
non	1.075 (99.1 %)	488 (99.2 %)	587 (99 %)	
oui	10 (0.9 %)	4 (0.8 %)	6 (1 %)	
Traumatisme				<0.001
non	925 (85.3 %)	399 (81.1 %)	526 (88.7 %)	
oui	160 (14.7 %)	93 (18.9 %)	67 (11.3 %)	
Ordonnance				0,021
non	1.059 (97.6 %)	486 (98.8 %)	573 (96.6 %)	
oui	26 (2.4 %)	6 (1.2 %)	20 (3.4 %)	
Certificat				0,185
non	1.028 (94.7 %)	471 (95.7 %)	557 (93.9 %)	
oui	57 (5.3 %)	21 (4.3 %)	36 (6.1 %)	
Motif médicaux global :				0,398
Somatique				
non	414 (38.2 %)	181 (36.8 %)	233 (39.3 %)	
oui	671 (61.8 %)	311 (63.2 %)	360 (60.7 %)	
Traumatologique				0,001
non	917 (84.5 %)	396 (80.5 %)	521 (87.9 %)	
oui	168 (15.5 %)	96 (19.5 %)	72 (12.1 %)	
Psychiatrique				0,097
non	1.058 (97.5 %)	484 (98.4 %)	574 (96.8 %)	
oui	27 (2.5 %)	8 (1.6 %)	19 (3.2 %)	
Administratif				0,015
non	1.002 (92.4 %)	465 (94.5 %)	537 (90.6 %)	
oui	83 (7.6 %)	27 (5.5 %)	56 (9.4 %)	
ALD				0,883
NON	982 (90.5 %)	446 (90.7 %)	536 (90.4 %)	
OUI	103 (9.5 %)	46 (9.3 %)	57 (9.6 %)	
Lien avec l'ALD				0,317
NON	78 (75.7 %)	37 (80.4 %)	41 (71.9 %)	
OUI	25 (24.3 %)	9 (19.6 %)	16 (28.1 %)	

Déterminant non médicaux de consultation :				
Variables	Total (n=1085)	SOS OUEST (n=492)	SOS SUD (n=593)	p
Contact MT				<0.001
non	797 (73.5 %)	333 (67.7 %)	464 (78.2 %)	
oui	288 (26.5 %)	159 (32.3 %)	129 (21.8 %)	
Rapide				0,412
non	667 (61.5 %)	309 (62.8 %)	358 (60.4 %)	
oui	418 (38.5 %)	183 (37.2 %)	235 (39.6 %)	
Simple				0,848
non	742 (68.4 %)	335 (68.1 %)	407 (68.6 %)	
oui	343 (31.6 %)	157 (31.9 %)	186 (31.4 %)	
MT complet				0,162
non	777 (71.6 %)	342 (69.5 %)	435 (73.4 %)	
oui	308 (28.4 %)	150 (30.5 %)	158 (26.6 %)	
MT fermé				0,333
non	893 (82.3 %)	411 (83.5 %)	482 (81.3 %)	
Oui	192 (17.7 %)	81 (16.5 %)	111 (18.7 %)	
MT en congé				<0.001
non	1.061 (97.8 %)	490 (99.6 %)	571 (96.3 %)	
oui	24 (2.2 %)	2 (0.4 %)	22 (3.7 %)	
Contre remplaçant				0,003
non	1.044 (96.2 %)	464 (94.3 %)	580 (97.8 %)	
oui	41 (3.8 %)	28 (5.7 %)	13 (2.2 %)	
Pas de MT				0,043
non	1.061 (97.8 %)	486 (98.8 %)	575 (97 %)	
oui	24 (2.2 %)	6 (1.2 %)	18 (3 %)	
Vacances				0,204
non	1.071 (98.7 %)	488 (99.2 %)	583 (98.3 %)	
oui	14 (1.3 %)	4 (0.8 %)	10 (1.7 %)	
Urgence				0,015
non	518 (47.7 %)	215 (43.7 %)	303 (51.1 %)	
oui	567 (52.3 %)	277 (56.3 %)	290 (48.9 %)	
Qualité des soins de SOS				0,48
non	663 (61.1 %)	295 (60 %)	368 (62.1 %)	
oui	422 (38.9 %)	197 (40 %)	225 (37.9 %)	
Insatisfait- 2^e avis				0,949
non	1.005 (92.6 %)	456 (92.7 %)	549 (92.6 %)	
oui	80 (7.4 %)	36 (7.3 %)	44 (7.4 %)	
Geste technique				<0.001
non	1.03 (94.9 %)	449 (91.3 %)	581 (98 %)	
oui	55 (5.1 %)	43 (8.7 %)	12 (2 %)	
Nombre de consultations chez le MT	4.8 ± 4.3	5.2 ± 4.3	4.5 ± 4.2	0,003
Nombre de consultations à SOS	2.2 ± 2.9	1.7 ± 2.5	2.5 ± 3.2	<0.01

Avis sur rôle des structures SOS :				
Variables	Total (n=1085)	SOS OUEST (n=492)	SOS SUD (n=593)	p
Manque de MT				<0.001
1	93 (8.8 %)	20 (4.1 %)	73 (12.6 %)	
2	232 (21.8 %)	100 (20.7 %)	132 (22.8 %)	
3	563 (53 %)	303 (62.7 %)	260 (44.9 %)	
4	174 (16.4 %)	60 (12.4 %)	114 (19.7 %)	
Manque de MT (quanti)	2.8 ± 0.8	2.8 ± 0.7	2.7 ± 0.9	0,094
Continuité des soins				0,017
1	24 (2.2 %)	8 (1.6 %)	16 (2.7 %)	
2	41 (3.8 %)	12 (2.5 %)	29 (4.9 %)	
3	550 (51.4 %)	238 (49.1 %)	312 (53.2 %)	
4	456 (42.6 %)	227 (46.8 %)	229 (39.1 %)	
Continuité des soins (quanti)	3.3 ± 0.7	3.4 ± 0.6	3.3 ± 0.7	0,003
Décharger l'hôpital				0,001
1	33 (3.1 %)	8 (1.7 %)	25 (4.3 %)	
2	100 (9.4 %)	36 (7.5 %)	64 (11 %)	
3	609 (57.1 %)	304 (62.9 %)	305 (52.3 %)	
4	324 (30.4 %)	135 (28 %)	189 (32.4 %)	
Décharger l'hôpital (quanti)	3.1 ± 0.7	3.2 ± 0.6	3.1 ± 0.8	0,871

7.3 Annexe 3 : Analyse selon le genre :

Genre	Femme	Homme	p-value
Effectif total	620 (57.1 %)	465 (42.9 %)	
AGE			
0-15	110 (50.7)	107 (49.3)	0.001
16-29	174 (64.4)	96 (35.6)	
30-44	167 (68.2)	78 (31.8)	
45-59	89 (61.4)	56 (38.6)	
60 et +	23 (50)	23 (50)	
Niveau d'éducation:			
Diplôme			
Aucun Diplôme (ou CEP)	87 (74.4)	30 (25.6)	0.015
BAC, Brevet professionnel ou équivalent	98 (66.2)	50 (33.8)	
Brevet des collèges	32 (71.1)	13 (28.9)	
CAP, BEP, ou équivalent	92 (55.1)	75 (44.9)	
Supérieur court : BAC +2	64 (67.4)	31 (32.6)	
Supérieur long : BAC +3 et plus	67 (59.3)	46 (40.7)	
BAC et supérieur			
Moins que le Bac	224 (63.8)	127 (36.2)	0.91
Bac et plus	229 (64.5)	126 (35.5)	
Activité socio professionnelle:			
Agriculteurs exploitants	1 (33.3)	2 (66.7)	<0,01
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	13 (34.2)	25 (65.8)	
Autre personne sans activité professionnelle	150 (87.2)	22 (12.8)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	38 (57.6)	28 (42.4)	
Employés	138 (71.1)	56 (28.9)	
Etudiant	44 (54.3)	37 (45.7)	
Ouvriers	2 (6.1)	31 (93.9)	
Professions intermédiaires	43 (62.3)	26 (37.7)	
Retraités	13 (43.3)	17 (56.7)	
ACTIF			
Inactif	207 (73.1)	76 (26.9)	<0,01
Actif	246 (58.2)	177 (41.8)	
Couverture mutuelle:			
AUCUNE	7 (46.7)	8 (53.3)	<0,01
CMU	239 (69.7)	104 (30.3)	
MUTUELLE	317 (56.1)	248 (43.9)	
ALD			
Non	502 (60.8)	323 (39.2)	0.874
Oui	61 (62.2)	37 (37.8)	

Genre	Femme	Homme	p value
<u>Motif non médical de non consultation du médecin traitant:</u>			
Somatique			
Non Somatique	115 (56.1)	90 (43.9)	0.319
Somatique	336 (60.4)	220 (39.6)	
Traumatologique			
Non traumatologique	379 (61.3)	239 (38.7)	0.021
Traumatologique	72 (50.3)	71 (49.7)	
Administratif			
Non administratif	407 (59.4)	278 (40.6)	0.894
Administratif	44 (57.9)	32 (42.1)	
Psychiatrique			
Non psychiatrique	431 (58.6)	305 (41.4)	0.053
Psychiatrique	20 (80)	5 (20)	
<u>Motif non médical de consultation du médecin traitant:</u>			
Commodité (rapidité ou simplicité)			
Non	261 (60.6)	170 (39.4)	0.85
Oui	302 (61.4)	190 (38.6)	
Indisponibilité du médecin traitant			
Indisponible	286 (50.8)	176 (48.9)	0.618
Disponible	277 (49.2)	184 (51.1)	
<u>Motif non médical de consultation au cabinet SOS:</u>			
Urgence			
Non urgent	292 (64.5)	161 (35.5)	0.04
Motif urgent	271 (57.7)	199 (42.3)	
Qualité des soins de SOS			
Non	323 (57.9)	235 (42.1)	0.02
Oui	240 (65.8)	125 (34.2)	
Insatisfait- 2° avis			
Non	521 (61.2)	330 (38.8)	0.721
Oui	42 (58.3)	30 (41.7)	
Geste technique			
Non	548 (62.6)	328 (37.4)	<0,01
Oui	15 (31.9)	32 (68.1)	
Fréquence de consultation			
nombre de consultation chez le médecin traitant	5.05 (4.31)	4.24 (4.1)	
nombre de consultation à SOS	2.54 (3.19)	1.79 (2.63)	
<u>Avis sur le rôle de SOS:</u>			
Pallier le manque de MT			
Pas d'accord	31,8	31,4	
D'accord	68,3	68,6	
Continuité des soins quand MT indisponible			
Pas d'accord	6,2	6,6	
D'accord	93,8	93,3	
Décharger les services d'urgence			
Pas d'accord	10,9	14,7	
D'accord	89,1	85,3	

7.4 Annexe 4 : Analyse selon type de mutuelle

	CMU	MUTUELLE	p-value
Effectif	416 (38.4 %)	653 (60.2 %)	
<u>Caractéristique sociodémographique</u>			
AGE			
0-15	173 (46)	203 (54)	<0,01
16-29	130 (49.4)	133 (50.6)	
30-44	70 (29.2)	170 (70.8)	
45-59	33 (22.9)	111 (77.1)	
60 et +	10 (21.7)	36 (78.3)	
Genre			
Femme	239 (43)	317 (57)	<0,01
Homme	104 (29.5)	248 (70.5)	
ALD			
Pas d'ALD	387 (40)	580 (60)	0.03
Possède une ALD	29 (28.4)	73 (71.6)	
<u>Motifs non médicaux:</u>			
Commodité			
Non	194 (39)	304 (61)	1
Oui	222 (38.9)	349 (61.1)	
Urgence			
Non	208 (40.9)	301 (59.1)	0.237
Oui	208 (37.1)	352 (62.9)	
Qualité des soins de SOS			
Non	237 (36.1)	419 (63.9)	0.022
Oui	179 (43.3)	234 (56.7)	
Insatisfait- 2 ^e avis			
Non	388 (39.2)	602 (60.8)	0.591
Oui	28 (35.4)	51 (64.6)	
Geste technique			
Non	400 (39.4)	614 (60.6)	0.164
Oui	16 (29.1)	39 (70.9)	
<u>Motifs médicaux:</u>			
Somatique			
Non Somatique	81 (34.6)	153 (65.4)	0.237
Somatique	260 (39.3)	402 (60.7)	
Traumatologique			
Non traumatologique	279 (38.3)	450 (61.7)	0.852
Traumatologique	62 (37.1)	105 (62.9)	
Administratif			
Non administratif	318 (39)	497 (61)	0.079
Administratif	23 (28.4)	58 (71.6)	
Psychiatrique			
Non psychiatrique	331 (38.1)	538 (61.9)	1
Psychiatrique	10 (37)	17 (63)	
<u>Nombre de consultation médicale / an</u>			
Chez le MT	5.32 (4.3)	4.56 (4.28)	
Au cabinet SOS	2.51 (3.25)	1.98 (2.71)	

7.5 Annexe 5 : Analyse selon l'adressage

Consulte spontanément ou adressé par un professionnel de santé ?		Spontanément	Professionnel	p-value
Effectif		993 (91,5)	92 (8,5)	
AGE				
	0-15	348 (91.8)	31 (8.2)	<0,01
	16-29	251 (93)	19 (7)	
	30-44	231 (94.3)	14 (5.7)	
	45-59	132 (91)	13 (9)	
	60 et +	31 (67.4)	15 (32.6)	
Genre				
	Femme	520 (92.4)	43 (7.6)	0.483
	Homme	327 (90.8)	33 (9.2)	
Diplôme				
	Aucun Diplôme (ou CEP)	101 (86.3)	16 (13.7)	0.22
	BAC, Brevet professionnel ou équivalent	138 (93.2)	10 (6.8)	
	Brevet des collèges	41 (91.1)	4 (8.9)	
	CAP, BEP, ou équivalent	157 (94)	10 (6)	
	Supérieur court : BAC +2	88 (92.6)	7 (7.4)	
	Supérieur long : BAC +3 et plus	100 (88.5)	13 (11.5)	
BAC et plus				
	Moins que le Bac	319 (90.9)	32 (9.1)	0.753
	Bac et plus	326 (91.8)	29 (8.2)	
Activité socio professionnelle				
	Agriculteurs exploitants	3 (100)	0 (0)	0.003
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	31 (81.6)	7 (18.4)	
	Autre personne sans activité professionnelle	158 (91.9)	14 (8.1)	
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	63 (95.5)	3 (4.5)	
	Employés	187 (96.4)	7 (3.6)	
	Etudiants	71 (87.7)	10 (12.3)	
	Ouvriers	30 (90.9)	3 (9.1)	
	Professions intermédiaires	61 (88.4)	8 (11.6)	
	Retraités	23 (76.7)	7 (23.3)	
ACTIF				
	non actifs	252 (89)	31 (11)	0.098
	actifs	393 (92.9)	30 (7.1)	
Couverture mutuelle				
	CMU	386 (92.8)	30 (7.2)	0.236
	MUTUELLE	591 (90.5)	62 (9.5)	
ALD				
	Non	906 (92.3)	76 (7.7)	0.012
	Oui	87 (84.5)	16 (15.5)	
<u>Motifs non médicaux de consultation:</u>				
Commodité				
	Non	438 (86.9)	66 (13.1)	<0,01

Urgence	Oui	555 (95.5)	26 (4.5)	
	Non	491 (94.8)	27 (5.2)	<0,01
Qualité des soins de SOS	Oui	502 (88.5)	65 (11.5)	
	Non	605 (91.3)	58 (8.7)	0.774
Insatisfait- 2 ^e avis	Oui	388 (91.9)	34 (8.1)	
	Non	918 (91.3)	87 (8.7)	0.593
Geste technique	Oui	75 (93.8)	5 (6.2)	
	Non	958 (93)	72 (7)	<0,01
	Oui	35 (63.6)	20 (36.4)	
<u>Motifs médicaux de consultation:</u>				
Somatique				
	Non Somatique	192 (81.4)	44 (18.6)	<0,01
	Somatique	632 (94.2)	39 (5.8)	
Traumatologique	Non traumatologique	696 (94.2)	43 (5.8)	<0,01
	Traumatologique	128 (76.2)	40 (23.8)	
Administratif	Non administratif	746 (90.5)	78 (9.5)	0.403
	Administratif	78 (94)	5 (6)	
Psychiatrique	Non psychiatrique	800 (90.9)	80 (9.1)	0.73
	Psychiatrique	24 (88.9)	3 (11.1)	

7.6 Annexe 6 : Analyse selon le parcours de soins

	Hors parcours	Parcours	p-value
Effectif total	340 (31.3)	745 (68.7)	
Effectif > 16 ans	340 (48.1)	366 (51.8)	
AGE			
16-29	142 (52.6)	128 (47.4)	<0,01
30-44	134 (54.7)	111 (45.3)	
45-59	55 (37.9)	90 (62.1)	
60 et +	9 (19.6)	37 (80.4)	
Genre			
Femme	228 (40.5)	335 (59.5)	0.005
Homme	112 (31.1)	248 (68.9)	
Diplôme chez les plus de 16 ans			
Aucun Diplôme (ou CEP)	38 (32.5)	79 (67.5)	0.003
BAC, Brevet professionnel ou équivalent	82 (55.4)	66 (44.6)	
Brevet des collèges	27 (60)	18 (40)	
CAP, BEP, ou équivalent	81 (48.5)	86 (51.5)	
Supérieur court : BAC +2	42 (44.2)	53 (55.8)	
Supérieur long : BAC +3 et plus	58 (51.3)	55 (48.7)	
BAC et plus chez les plus de 16 ans			
Moins que le Bac	158 (45)	193 (55)	0.112
Bac et plus	182 (51.3)	173 (48.7)	
Activité socio professionnelle chez les plus de 16 ans			
Agriculteurs exploitants	1 (33.3)	2 (66.7)	0.156
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	15 (39.5)	23 (60.5)	
Autres personnes sans activité professionnelle	85 (49.4)	87 (50.6)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	38 (57.6)	28 (42.4)	
Employés	91 (46.9)	103 (53.1)	
Etudiants	45 (55.6)	36 (44.4)	
Ouvriers	16 (48.5)	17 (51.5)	
Professions intermédiaires	31 (44.9)	38 (55.1)	
Retraités	8 (26.7)	22 (73.3)	
ACTIF chez les plus de 16 ans			
Non actif	138 (48.8)	145 (51.2)	0.852
Actif	202 (47.8)	221 (52.2)	
Couverture mutuelle			
AUCUNE	6 (37.5)	10 (62.5)	0.75
CMU	126 (30.3)	290 (69.7)	
MUTUELLE	208 (31.9)	445 (68.1)	
ALD			
Non	298 (30.3)	684 (69.7)	0.039
Oui	42 (40.8)	61 (59.2)	
<u>Motifs non médicaux de non consultation du médecin traitant:</u>			
Commodité			
Non	136 (27)	368 (73)	0.005
Oui	204 (35.1)	377 (64.9)	
<u>Motif non médical de consultation au cabinet SOS:</u>			

Urgence				
	Non	340 (65.6)	178 (34.4)	<0,01
	Oui	0 (0)	567 (100)	
Qualité des soins de SOS				
	Non	136 (20.5)	527 (79.5)	<0,01
	Oui	204 (48.3)	218 (51.7)	
Insatisfait- 2^e avis				
	Non	300 (29.9)	705 (70.1)	<0,01
	Oui	40 (50)	40 (50)	
Geste technique				
	Non	335 (32.5)	695 (67.5)	<0,01
	Oui	5 (9.1)	50 (90.9)	
<u>Motifs médicaux de consultation :</u>				
Somatique				
	Non Somatique	80 (33.9)	156 (66.1)	0.047
	Somatique	180 (26.8)	491 (73.2)	
Traumatologique				
	Non traumatologique	221 (29.9)	518 (70.1)	0.102
	Traumatologique	39 (23.2)	129 (76.8)	
Administratif				
	Non administratif	216 (26.2)	608 (73.8)	<0,01
	Administratif	44 (53)	39 (47)	
Psychiatrique				
	Non psychiatrique	245 (27.8)	635 (72.2)	0.003
	Psychiatrique	15 (55.6)	12 (44.4)	

7.7 Annexe 7 : Analyse selon les patients qui consultent plus au cabinet de SOS que chez leur médecin traitant

Patient qui consultent plus à SOS que chez le MT		FAUX	VRAI	p-value
Effectif total		871 (82,2%)	189 (17,8%)	
Effectif > 16 ans		563 (81,6%)	127 (18,4%)	
AGE				
	0-15	308 (83.2)	62 (16.8)	0.008
	16-29	199 (75.4)	65 (24.6)	
	30-44	199 (84)	38 (16)	
	45-59	122 (85.3)	21 (14.7)	
	60 et +	43 (93.5)	3 (6.5)	
Genre				
	Femme	447 (81.1)	104 (18.9)	0.619
	Homme	291 (82.7)	61 (17.3)	
<u>Niveau d'éducation:</u>				
Diplôme				
	Aucun Diplôme (ou CEP)	104 (88.9)	13 (11.1)	0.021
	BAC, Brevet professionnel ou équivalent	111 (76)	35 (24)	
	Brevet des collèges	32 (72.7)	12 (27.3)	
	CAP, BEP, ou équivalent	132 (82.5)	28 (17.5)	
	Supérieur court : BAC +2	83 (88.3)	11 (11.7)	
	Supérieur long : BAC +3 et plus	86 (78.2)	24 (21.8)	
BAC et supérieur				
	Moins que le Bac	283 (83.2)	57 (16.8)	0.318
	Bac et plus	280 (80)	70 (20)	
<u>Activité socio professionnelle:</u>				
Agriculteurs exploitants	Oui	2 (66.7)	1 (33.3)	0.459
	Non	545 (81.6)	123 (18.4)	
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Oui	30 (81.1)	7 (18.9)	1
	Non	517 (81.5)	117 (18.5)	
Autres personnes sans activité professionnelle	Oui	142 (85.5)	24 (14.5)	0.155
	Non	405 (80.2)	100 (19.8)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	Oui	44 (67.7)	21 (32.3)	0.004
	Non	503 (83)	103 (17)	
Employés	Oui	143 (75.3)	47 (24.7)	0.012
	Non	404 (84)	77 (16)	
Etudiants	Oui	63 (79.7)	16 (20.3)	0.781
	Non	484 (81.8)	108 (18.2)	
Ouvriers	Oui	31 (96.9)	1 (3.1)	0.018
	Non	516 (80.8)	123 (19.2)	
Professions intermédiaires	Oui	64 (92.8)	5 (7.2)	0.018
	Non	483 (80.2)	119 (19.8)	
Retraités	Oui	28 (93.3)	2 (6.7)	0.096
	Non	519 (81)	122 (19)	
ACTIF				
	Inactif	233 (84.7)	42 (15.3)	0.103
	actif	330 (79.5)	85 (20.5)	

<u>Couverture mutuelle:</u>				
ALD	AUCUNE	10 (71.4)	4 (28.6)	0.514
	CMU	331 (82.5)	70 (17.5)	
	MUTUELLE	530 (82.2)	115 (17.8)	
	Non	782 (81.5)	177 (18.5)	0.132
	Oui	89 (88.1)	12 (11.9)	
Patient qui consultent plus à SOS que chez le MT		FAUX	VRAI	p-value
<u>Motif non médical de consultation du médecin traitant:</u>				
Commodité (rapidité ou simplicité)				
	Non	435 (87.9)	60 (12.1)	<0,01
	Oui	436 (77.2)	129 (22.8)	
Urgence				
	Non	379 (75.6)	122 (24.4)	<0,01
	Oui	492 (88)	67 (12)	
Qualité des soins de SOS				
	Non	555 (85.9)	91 (14.1)	<0,01
	Oui	316 (76.3)	98 (23.7)	
Insatisfait- 2^e avis				
	Non	804 (82)	176 (18)	0.816
	Oui	67 (83.8)	13 (16.2)	
Geste technique				
	Non	820 (81.6)	185 (18.4)	0.044
	Oui	51 (92.7)	4 (7.3)	
<u>Motif non médical de non consultation du médecin traitant:</u>				
Somatique				
	Non Somatique	195 (82.6)	41 (17.4)	1
	Somatique	539 (82.5)	114 (17.5)	
Traumatologique				
	Non traumatologique	588 (81.6)	133 (18.4)	0.125
	Traumatologique	146 (86.9)	22 (13.1)	
Administratif				
	Non administratif	672 (83.4)	134 (16.6)	0.067
	Administratif	62 (74.7)	21 (25.3)	
Psychiatrique				
	Non psychiatrique	709 (82.3)	153 (17.7)	0.204
	Psychiatrique	25 (92.6)	2 (7.4)	
<u>Nombre de consultation / an:</u>				
	Chez le MT	1.45 (1.96)	5.44 (4.09)	<0,01
	Au cabinet SOS	5,4 (4,35)	2,07 (2,3)	

7.8 Annexe 8 : Analyse selon l'activité

	Inactif	Actif	p-value
Effectif	283	403	
AGE			
16-29	140 (51.9)	130 (48.1)	<0,01
30-44	64 (25,6)	177 (74,4)	
45-59	41 (28.7)	102 (71.3)	
60 et +	38 (82.6)	8 (17.4)	
Genre			
Femme	207 (46,8)	235 (53,2)	<0,01
Homme	76 (30)	168 (70)	
<u>Motifs non médicaux de consultation:</u>			
Commodité			
Non	142 (44)	181 (56)	0.064
Oui	141 (36.8)	242 (63.2)	
Urgence			
Non	141 (40.8)	205 (59.2)	0.781
Oui	142 (39.4)	218 (60.6)	
Qualité des soins de SOS			
Non	167 (39.2)	259 (60.8)	0.609
Oui	116 (41.4)	164 (58.6)	
Insatisfait- 2 ^e avis			
Non	262 (39.8)	396 (60.2)	0.701
Oui	21 (43.8)	27 (56.2)	
Geste technique			
Non	266 (39.5)	407 (60.5)	0.234
Oui	17 (51.5)	16 (48.5)	
<u>Motifs médicaux de consultation:</u>			
Somatique			
Non Somatique	66 (33,9)	129 (62.7)	0.69
Somatique	150 (37,3)	252 (60.5)	
Traumatologique			
Non traumatologique	175 (37,5)	292 (62,5)	0.222
Traumatologique	41 (31,5)	89 (68,5)	
Administratif			
Non administratif	192 (37,7)	317 (62,3)	0.619
Administratif	24 (35.3)	44 (64.7)	
Psychiatrique			
Non psychiatrique	207 (37,5)	345 (62,5)	1
Psychiatrique	9 (36)	16 (64)	

7.9 Annexe 9 : Analyse selon la recherche d'un 2^e avis ou l'insatisfaction du médecin traitant

		Satisfait	Insatisfait	p-value
<u>Caractéristiques socio-démographique</u>				
AGE				
	0-15	347 (91.6)	32 (8.4)	0.453
	16-29	247 (91.5)	23 (8.5)	
	30-44	232 (94.7)	13 (5.3)	
	45-59	137 (94.5)	8 (5.5)	
	60 et +	42 (91.3)	4 (8.7)	
Genre				
	Femme	521 (92.5)	42 (7.5)	0.721
	Homme	330 (91.7)	30 (8.3)	
Activité				
	Inactif	262 (92.6)	21 (7.4)	0.701
	actif	396 (93.6)	27 (6.4)	
Diplôme				
	Aucun Diplôme (ou CEP)	110 (94)	7 (6)	0.07
	BAC, Brevet professionnel ou équivalent	137 (92.6)	11 (7.4)	
	Brevet des collèges	41 (91.1)	4 (8.9)	
	CAP, BEP, ou équivalent	153 (91.6)	14 (8.4)	
	Supérieur court : BAC +2	88 (92.6)	7 (7.4)	
	Supérieur long : BAC +3 et plus	112 (99.1)	1 (0.9)	
Niveau étude par rapport au BAC				
	Moins que le Bac	322 (91.7)	29 (8.3)	0.166
	Bac et plus	336 (94.6)	19 (5.4)	
Couverture mutuelle				
	AUCUNE	15 (93.8)	1 (6.2)	0.831
	CMU	388 (93.3)	28 (6.7)	
	MUTUELLE	602 (92.2)	51 (7.8)	
ALD				
	non	910 (92.7)	72 (7.3)	1
	oui	95 (92.2)	8 (7.8)	
<u>Motifs non médicaux de non consultation du MT</u>				
MT Indisponible				
	mt disponible	475 (89.3)	57 (10.7)	< 0.01
	mt indisponible	530 (95.8)	23 (4.2)	
Commodité				
	Non	452 (89.7)	52 (10.3)	0.001
	Oui	553 (95.2)	28 (4.8)	
<u>Motifs non médicaux de consultation au cabinet SOS</u>				
Urgence				
	Non	459 (88.6)	59 (11.4)	< 0.01
	Oui	546 (96.3)	21 (3.7)	
Qualité des soins de SOS				
	Non	641 (96.7)	22 (3.3)	< 0.01
	Oui	364 (86.3)	58 (13.7)	
Geste technique				
	Non	952 (92.4)	78 (7.6)	0.425
	Oui	53 (96.4)	2 (3.6)	

<u>Motifs médicaux de consultation</u>		Satisfait	Insatisfait	p-value
Somatique				
	Non Somatique	223 (94.5)	13 (5.5)	0.181
	Somatique	614 (91.5)	57 (8.5)	
Traumatologique				
	Non traumatologique	679 (91.9)	60 (8.1)	0.43
	Traumatologique	158 (94)	10 (6)	
Administratif				
	Non administratif	757 (91.9)	67 (8.1)	0.193
	Administratif	80 (96.4)	3 (3.6)	
Psychiatrique				
	Non psychiatrique	814 (92.5)	66 (7.5)	0.148
	Psychiatrique	23 (85.2)	4 (14.8)	
<u>Fréquence de consultation</u>				
	Nombre Cs MT	4.73 (4.19)	5.7 (5.02)	0,1
	Nombre Cs SOS	2.18 (2.95)	2.15 (2.57)	0.94

7.10 Annexe 10 : Définition du parcours de soins

Le parcours de soins coordonnés consiste à consulter en priorité un médecin, dit *médecin traitant*, pour votre suivi médical. À défaut, vous êtes moins bien remboursé sauf si vous avez moins de 16 ans.

Vous êtes dans le parcours de soins coordonnés dans les situations suivantes :

- Vous consultez votre médecin traitant
- Vous consultez le remplaçant de votre médecin traitant
- Vous consultez un autre médecin, dit *médecin correspondant*, à la demande de votre médecin traitant
- Vous consultez un médecin en cas d'urgence
- Vous consultez un médecin alors que vous êtes loin de chez vous
- Vous consultez un gynécologue*, un ophtalmologue*, un psychiatre*, ou un stomatologue*
- Vous consultez à l'hôpital pour un problème de toxicomanie (alcool, tabac, drogues)
- Vous consultez dans une structure de médecine humanitaire
- Vous consultez dans un centre de planification ou d'éducation familiale
- Vous consultez un généraliste installé depuis moins de 5 ans
- Vous consultez un généraliste exerçant dans un centre de santé situé dans une zone déficitaire
- Vous consultez un médecin suite au diagnostic d'une anomalie génétique chez un membre de votre famille

À noter :

La consultation directe de spécialiste est encadrée. En dehors des situations suivantes, le patient est hors du parcours :

- **Un gynécologue**, pour l'examen clinique périodique comprenant les actes de dépistage, la prescription et le suivi de la contraception, le suivi de grossesse ou l'interruption de grossesse médicamenteuse ;
- **Un ophtalmologue**, pour la prescription et le renouvellement de verres correcteurs ou de lentilles de contacts, des actes de dépistage et suivi du glaucome ;
- **Un psychiatre ou un neuropsychiatre** si vous avez entre 16 et 25 ans ;
- **Un stomatologue**, pour les actes bucco-dentaires (soins de prévention bucco-dentaire, soins conservateurs, soins chirurgicaux, soins de prothèses dentaires, traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale).

Fin 2017, la désignation d'un médecin traitant a été étendue aux enfants de moins de 16 ans. Cette désignation n'a pas d'impact financier sur leurs parcours de soins.

Référence :

Parcours de soins coordonnés et médecin traitant. Fiche pratique du service-public.fr. Janvier 2018. Disponible sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>

7.11 Annexe 11 : Fiche de déclaration à la CNIL

CNIL

3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

Monsieur FERRENBACH Pierre-Alexandre

1 RUE CERES

97434 SAINT-GILLES LES BAINS

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2115773 v 0

du 02 novembre 2017

À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : Monsieur FERRENBACH Pierre-Alexandre

N° SIREN ou SIRET :

Service :

Code NAF ou APE :

Adresse : 1 RUE CERES

Code postal : 97434

Tél. : 0692005800

Ville : SAINT-GILLES LES BAINS

Fax. : 0

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 02 novembre 2017

Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

7.12 Annexe 12 : Le serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

8 Quatrième de couverture : Résumé - Abstract

Introduction :

Face à la demande grandissante de soins urgents et non programmés (SNP) en médecine générale libérale, des structures dédiées à ces soins se sont développées en France. À la Réunion, en plus de participer à la PDSA, certaines assurent les SNP aux horaires d'ouverture des cabinets de médecin traitant.

Objectif :

Définir les caractéristiques sociodémographiques des patients durant ce créneau d'horaire, explorer les déterminants de non consultation du médecin traitant.

Matériel et Méthode :

Un questionnaire a été rempli par les patients de deux cabinets de SNP, durant 3 semaines.

Résultats :

Sur les 1085 patients inclus, 35% des patients relevaient de la pédiatrie, 58% avaient entre 16 et 54 ans, 7,3% avaient plus de 55 ans. Ils étaient actifs dans 57,1% des cas. Seuls 8,5% des patients étaient adressés par un professionnel de santé, les autres consultent par eux-mêmes. Les motifs médicaux somatiques représentaient 60% et les traumatiques 15%. Dans 50% des cas le médecin traitant n'était pas disponible. 52,3% des patients relevaient de l'urgence. 7% consultaient par insatisfaction du médecin traitant ou pour un 2^e avis. Le parcours de soin était respecté dans 69% des cas. Les patients consultaient 4,85 fois par an leur médecin traitant.

Conclusion :

Les patients de structure de SNP étaient jeunes et actifs. Malgré une bonne accessibilité des médecins généralistes, les patients trouvaient souvent leur médecin indisponible. Les patients hors du parcours de soins peuvent être le reflet d'un courant consumériste.

Le rôle de ces structures, devra être mieux défini dans le paysage de la médecine générale, afin de renforcer sa collaboration avec les médecins traitants et répondre aux défis de demain.

Introduction :

Rising demand for emergency and non-programmed treatments in private medical care has led to the development and the expansion of these medical centres in France.

In Reunion Island, some medical centres guarantee permanent ambulatory care as well as emergency care during General Practitioners'(GP) consulting hours.

Objectives :

Define the patients' socio-demographic characteristics during this specific time slot, examine the reasons for accessing or choosing emergency or non-programmed medical centres rather than General Practitioners' appointments.

Material and Methods :

For three weeks, using digital tablets, a survey was carried out on patients in the waiting rooms of two emergency and non-programmed medical centres.

Results :

Results from 1085 patients showed that, 35% of patients came for paediatrics, 58% were between 16 and 54 years old, only 7.3% were over 55 years old. 57.1% were working people. Only 8.5% of them were sent by health professionals, the others came voluntarily.

60% of patients came for somatic reasons and 15% of them came with traumas. In 50% of cases, their General Practitioner was not available. 52.3% of patients came for an emergency. 7% of patients came because they were not satisfied with their General Practitioner or wanted another point of view. The approved health care pathway was respected in 69% of cases. The average of doctors' appointments was 4.85 per year per patient.

Conclusion :

The patients choosing to access emergency and non-programmed care centres were often young and in working-age. The patients' perceptions around accessibility and availability of GP's appointments led them to emergency and non-programmed centres.