



HAL
open science

Influence de la patientèle médecin traitant sur la gestion des soins non programmés

Laurent Biboulet

► **To cite this version:**

Laurent Biboulet. Influence de la patientèle médecin traitant sur la gestion des soins non programmés. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03565059

HAL Id: dumas-03565059

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03565059>

Submitted on 10 Feb 2022

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2022

**INFLUENCE DE LA PATIENTÈLE MÉDECIN TRAITANT SUR LA
GESTION DES SOINS NON PROGRAMMÉS**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par M. Laurent BIBOULET

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le 04/02/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Professeur Patrick IMBERT

Membres :

M. le Docteur Farouk BENDAMENE

Mme le Docteur Marion CHAUVET (Directrice de Thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Année : 2022

**INFLUENCE DE LA PATIENTÈLE MÉDECIN TRAITANT SUR LA
GESTION DES SOINS NON PROGRAMMÉS**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par M. Laurent BIBOULET

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le 04/02/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Professeur Patrick IMBERT

Membres :

M. le Docteur Farouk BENDAMENE

Mme le Docteur Marion CHAUVET (Directrice de Thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BETRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOU Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
PR Ass. Méd	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine

PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale

MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Remerciements

A Monsieur le **Professeur Patrick Imbert**,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

Recevez, Monsieur, l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le **Docteur Farouk Bendamène**,

Merci d'avoir accepté de faire parti de mon jury de thèse.

Merci pour votre pédagogie en groupe d'échange de pratiques.

Veillez recevoir mes sincères remerciements.

A Madame le **Docteur Marion Chauvet**, directrice de thèse

Merci d'avoir répondu à mon appel pour être directrice de thèse.

Merci de m'avoir accompagné pendant ces deux années et demie de travail.

Merci pour ton soutien malgré les moments de doutes.

Merci pour ta disponibilité et ton temps consacré pour cette thèse.

A l'**URPS Médecins Auvergne-Rhône-Alpes**,

Merci d'avoir accepté de diffuser le questionnaire de ma thèse.

A Céline, merci pour toutes ces années ensemble. Merci de ton amour, de ta générosité et de ta simplicité au quotidien. Tu es la personne la plus importante dans ma vie. Merci pour ta bonne humeur malgré les péripéties de ces derniers mois. Tu es mon âme sœur, ma confidente. J'ai hâte de notre vie future. Je t'aime

A mes parents.

Maman, merci pour tout l'amour que tu m'as donné et que tu me donnes encore. Merci pour ta bienveillance à toute épreuve malgré les défis d'élever quatre enfants. Tu es un exemple pour moi, d'humilité, de simplicité, de résilience et d'amour.

Merci aussi de m'avoir initié aux vertiges !

Papa, merci pour tout. C'est une grande fierté de t'avoir comme papa. Toute la passion et le travail que tu portes pour ton métier sont des valeurs inestimables que tu m'as transmises.

A mes sœurs et mon frère.

Claire, un jour tu m'as dédié ta thèse en disant « en attendant de te voir à ton tour réciter le serment d'Hippocrate ». Il paraît même que je t'ai donné envie d'être docteur à ma naissance. Me voici docteur à mon tour, certainement pas un hasard. Tu as été un modèle pour moi. Merci pour tout ce que tu m'as apporté.

Pauline, merci pour tous ces beaux moments passés ensemble. Merci pour ces fous rires à table à en faire pâlir les parents. Merci pour ces week-ends et semaines skis que nous avons partagés. Merci pour ces moments de complicité.

Mathieu, merci d'être le grand frère dans toutes ses dimensions. Parfois bagarreur, blagueur, moqueur, conspirateur, protecteur, partenaire de tennis, adversaire à Fifa, ou ennemi à Age of Empire. Merci de m'en avoir fait voir de toutes les couleurs. C'était des années dorées.

A mes neveux et nièce, Louise, Paul et Vincent, vous êtes mes rayons de soleil.

A Bonne Maman, tu me manques. Je me rappellerai toujours la fierté qu'était la tienne quand je te disais que je voulais devenir médecin, tu étais heureuse que je « continue la famille ». C'est un honneur pour moi d'être le 8^{ème} médecin de la famille Biboulet.

A mes oncles et tantes, cousins et cousines. Merci pour ces moments à vos côtés.

A ma belle-famille, Sylvie, Pascal et Nicolas. Merci pour votre accueil.

A mes amis,

Pierre-Alexandre, à la frontière entre un (beau-)frère et un ami, merci d'être là pour moi. J'ai pu réaliser mon rêve grâce à toi et avec toi, un moment qui a changé ma vie à jamais. J'espère qu'on a encore de nombreuses aventures en montagne (ou autour d'une bouteille de génépi) à partager !

Les Zouzs, **JP, Céline et Manon**, vous êtes les meilleurs amis que jamais je n'aurais cru rencontrer. Merci pour ces nombreux moments, en vacances, au ski ou en soirée, inoubliables que nous avons partagé. Merci d'avoir répondu présents dans les moments qui comptent.

Arnaud, merci pour ces moments en ta compagnie en montagne. Ce n'est que le début !

A mes nombreux co-internes et parfois colocataires rencontrés, notamment Marie, Simon, Denis, Adrien et Yohan. Merci pour ces souvenirs de stages mémorables.

A mes maîtres de stages qui m'ont accueilli et formé dans leurs cabinets,

Claire, Jean-Nicolas et Annick, merci de m'avoir initié à la consultation et à l'art de la communication en médecine générale, l'outil diagnostique et thérapeutique le plus puissant qui m'ait été enseigné.

Géraldine et Amandine, merci de m'avoir enseigné la gynécologie et la pédiatrie vue par un médecin généraliste.

Aux nombreux médecins du groupe médical des Carroz, Pierre, Arnaud, Patrick, Manuella, JB et Laurence, merci pour ce stage très enrichissant tant au niveau de la médecine générale que de la traumatologie du ski.

Catherine, Dominique, Florence et Agnès, merci de ce dernier stage à vos côtés. Merci de m'avoir partagé votre expérience précieuse. Merci Florence et Agnès de m'avoir pris comme remplaçant pour débiter mon activité de médecin généraliste. Merci de m'avoir donné mon envol.

Table des Matières

Remerciements	7
Liste des abréviations.....	13
Résumé.....	14
Abstract	15
I. Introduction	16
I.1 Définition d'une demande de soin non programmé	16
I.2 Les différentes modalités de réponse aux soins non programmés.....	17
I.3 La notion d'urgence et la modification des comportements des patients.....	21
I.4 Contexte - Etat des lieux sur les soins non programmés.....	22
I.5 Question de recherche	23
II. Matériel et méthodes	24
II.1 Type d'étude.....	24
II.2 Design de l'étude.....	24
II.3 Confidentialité et traitement des données	26
II.4 Analyse statistique.....	27
III. Résultats	28
III.1 Analyse descriptive.....	28
III.2 Analyse univariée	32
III.3 Analyse multivariée – facteurs associés aux SNP	36

IV. Discussion	37
IV.1 Choix de la question de recherche	37
IV.2 Choix de la méthodologie	38
IV.3 Analyse de la population étudiée	39
IV.4 Synthèse et analyse des résultats	40
IV.5 Points forts – Limites	44
IV.6 Ouverture	45
V. Conclusion	46
Bibliographie	48
Table des annexes	52

Liste des abréviations

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

AuRA : Auvergne-Rhône-Alpes

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ESP : Equipe de Soins Primaires

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

MEP : Mode d'Exercice Particulier

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoire

SNP : Soins Non Programmés

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Résumé

Contexte : Un soin non programmé (SNP) correspond à une demande de consultation quel qu'en soit le motif, pour le jour même ou le lendemain, adressée au médecin généraliste aux horaires d'ouverture du cabinet. La gestion de ces soins est une problématique d'actualité qui serait en partie responsable de la saturation des services d'urgences en France.

Objectif : Déterminer l'influence de la taille de la patientèle médecin traitant sur la gestion des soins non programmés au cabinet médical chez les médecins généralistes d'Auvergne Rhône-Alpes.

Méthode : Un auto-questionnaire a été adressé par l'URPS – AuRA à tous les médecins généralistes de la région Auvergne Rhône-Alpes dont l'adresse mail était connue Février 2021. Le questionnaire relevait les caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes, l'organisation de leur cabinet et enfin la quantité de soins non programmés effectués sur la semaine du 11 Janvier 2021.

Résultats : 220 questionnaires ont été analysés. La patientèle moyenne des médecins généralistes était de 1086 et ils effectuaient en moyenne près de 4 consultations de soins non programmés par demi-journée. Plus la patientèle des médecins était grande, plus le nombre de soins non programmés effectués était important. L'absence de mode d'exercice particulier et une offre de soin en médecine générale insuffisante dans le territoire d'exercice étaient aussi associés à plus de SNP effectués.

Conclusion : La taille de la patientèle d'un médecin généraliste influe positivement sur le nombre de soins non programmés effectués. Cependant il reste beaucoup de critères (connus ou non) qui influent aussi sur le nombre de SNP effectués.

Abstract

Context: Unscheduled care (UC) corresponds to a request for consultation, whatever the reason, for the day or the following day, addressed to a general practitioner during opening hours. The management of UCs is a current issue that might be partly responsible for the saturation of emergency departments in France

Objective: To determine the influence of the size of the attending general practitioner's patient base on the management of unscheduled care in Auvergne Rhône-Alpes

Methods: A self-questionnaire was sent by the URPS-AuRA to all general practitioners (GPs) in Auvergne Rhône-Alpes who had an email address in February 2021. The questionnaire recorded the sociodemographic characteristics of the GPs, the organization of their practice and finally the quantity of unscheduled care carried out during the week of January 11th 2021.

Results: 220 questionnaires were analyzed. The average patient base of the general practitioners was 1086 and they performed an average of almost 4 unscheduled care consultations per half day. The larger the GPs patient base was, the greater the number of unscheduled care consultations were performed. The absence of a specific practice pattern and an insufficient supply of general practice in the practice area were also associated with more UCs visits performed.

Conclusion: The size of a GP's patient base has a positive influence on the number of unscheduled care visits performed. However, there are still many criteria (known or unknown) that also influence the number of UCs performed.

I. Introduction

I.1 Définition d'une demande de soin non programmé

La définition des « soins non programmés » n'a pas toujours été consensuelle (1). Les soins non programmés pouvaient alors faire référence à des soins demandés « dans la journée » ou « la demi-journée » ou bien « de manière inhabituellement rapide ». Avec les récentes études du Panel d'Observation de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), la notion de « soins non programmés » est définie ainsi : *elle correspond aux demandes de consultation, quel qu'en soit le motif, pour le jour même ou le lendemain, adressées aux médecins généralistes pendant les horaires d'ouverture de leurs cabinets. Ceux-ci peuvent y répondre en proposant une consultation dans cet intervalle, qu'elle soit avec ou sans rendez-vous* (2). Les soins non programmés peuvent faire référence à une consultation, une téléconsultation ou alors une visite à domicile.

Cette notion ne prend pas en compte les demandes de consultations de médecine générale intervenant aux horaires de la permanence de soins ambulatoire (PDSA), c'est-à-dire les soirs de semaine de 20 heures à 8 heures le lendemain, et les week-ends du samedi 12 heures jusqu'au lundi 8 heures, ainsi que les jours fériés.

I.2 Les différentes modalités de réponse aux soins non programmés

Tout médecin peut répondre à une demande de soin non programmé. Nous allons ici nous concentrer sur la gestion de ces soins en médecine générale.

Le médecin traitant ou un médecin généraliste

Le patient peut demander dans un cabinet de médecine générale un rendez-vous. En fonction de l'organisation du cabinet, sa demande peut se voir honorée, reportée (si le motif de consultation est considéré peu urgent) ou refusée.

La notion de médecin traitant est importante. Introduite en 2004 avec la loi relative à l'Assurance Maladie, la notion de médecin traitant fait suite à celle de médecin référent (3). Le médecin traitant joue un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soin. La déclaration d'un médecin traitant garantit à l'assuré un bon remboursement de ses soins médicaux et favorise une bonne coordination des soins. Tout médecin inscrit au conseil de l'Ordre des Médecins peut être médecin traitant. En novembre 2008, 85% des Français avait déclaré un médecin traitant, et pour 99,5% d'entre eux c'était un médecin généraliste (4). Dans le cadre d'une demande de soins non programmés, le médecin généraliste peut être amené à refuser plus facilement un patient dont il n'est pas le médecin traitant afin de privilégier les soins pour sa patientèle (2). En 2016 en France, la moyenne de patientèle d'un médecin généraliste était de 864 (4).

Modes d'exercices et structures de soins non programmés

Le médecin généraliste a plusieurs modes d'exercices possible lui permettant de s'organiser pour répondre à une demande de soin non programmé. Ces types de pratiques diffèrent selon l'activité salariée ou libérale, la présence d'acteurs de santé pluriprofessionnels et/ou paramédicaux. L'exercice en groupe semble être une pratique incitée par les gouvernements récents afin de s'organiser vers une prise en charge mutualisée des soins non programmés. Ainsi les jeunes médecins généralistes ont une tendance à s'installer plus souvent en cabinet de groupe que leurs prédécesseurs (5). Voici différents types de regroupements possibles :

Les Equipes de Soins Primaires (ESP)

Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constituée autour de médecins généralistes de premier recours. Elle est composée au minimum d'un médecin généraliste et de deux infirmiers libéraux (6) (7). Certaines équipes de soins primaires s'organisent pour répondre aux demandes de soins non programmés.

Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)

Les maisons de santé pluriprofessionnelles ont été créées en 2007 pour renforcer l'offre de soins de proximité. Il s'agit d'un mode d'exercice collectif et coordonné autour d'un projet commun et d'une patientèle commune. Plusieurs professions de santé médicales (minimum 2 médecins) et paramédicales y sont représentées. Ils exercent à titre libéral et sont autonomes dans la gestion administrative de la MSP. Une MSP peut être mono-site (dans un même local) ou multi-sites (sur différents locaux).

Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Avec le projet de loi « ma santé 2022 » a été créée la notion de communautés professionnelles territoriales de santé. Les CPTS regroupent les professionnels (libéraux ou salariés) d'un même territoire qui souhaitent s'organiser autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes, dans un but de décloisonnement et d'organisation des soins autour du patient. Une des missions sociale dans la création d'une CPTS est d'améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville. Les CPTS ont une approche populationnelle et territoriale (8).

Association de soins non programmés

Certaines associations comme SOS médecins jouent un rôle dans la prise en charge des soins non programmés. Ces structures sont très souvent urbaines ou péri-urbaines et bien que l'activité de certaines de ces associations était initialement dédiée à la permanence de soin ambulatoire, celle-ci tend de plus à plus à une activité 24H/24 et 7J/7, notamment dans les grandes villes (9). Les professionnels exercent à titre libéral. Toute leur activité est dédiée aux soins non programmés.

Centres de soins non programmés

Avec la baisse d'activité et les difficultés de recrutement de certains services d'urgences de proximité (hospitaliers ou libéraux), certains se sont réorganisés pour devenir des centres de soins non programmés, ne prenant plus en charge les urgences type CCMU 3 et plus, et ne disposant pas d'unité d'hospitalisation ou de surveillance (10). Leur activité est principalement salariée.

Centres de santé

Les centres de santé sont définis dans le code de la santé publique comme des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux (11).

Certains centres de santé proposent des consultations de médecine générale et s'organisent pour recevoir chaque jour des soins non programmés. Ces centres sont destinés à une patientèle plus précaire. Les médecins sont principalement salariés et la gestion administrative de ces centres est effectuée par les collectivités locales.

En 2018, 35 centres de santé dotés de médecins généralistes étaient recensés en Auvergne-Rhône-Alpes (12).

Les services d'urgences

Enfin les services d'urgences peuvent accueillir un patient quel que soit son motif. La plupart des services d'urgences sont ouverts 7J/7 et 24H/24. Leur mission initiale est la prise en charge de pathologie mettant en jeu le pronostic fonctionnel, vital, ou pouvant mettre en jeu le pronostic vital des patients.

I.3 La notion d'urgence et la modification des comportements des patients

Un point important à la régulation de ces soins non programmés est la notion d'urgence. En effet si la définition d'urgence décrite dans le Larousse fait référence à une « *situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement* » (13). Celle-ci n'a pas la même représentation entre un professionnel de santé et les patients d'une part et n'est pas la même entre les patients eux-mêmes d'autre part. En effet, de nombreux facteurs personnels et environnementaux peuvent influencer sur la perception de l'urgence pour une personne donnée. La notion « d'urgence ressentie » a aussi son importance.

Cette notion d'urgence ressentie est à mettre en corrélation avec l'évolution des comportements de consommation voire de surconsommation de soins avec un besoin d'immédiateté (14). Une consultation directe dans un service d'urgence est parfois privilégiée par certains patients, pensant pouvoir bénéficier d'une prise en charge gratuite avec des examens paramédicaux voire une consultation spécialisée sans délais (15) (16) (17) (18).

I.4 Contexte - Etat des lieux sur les soins non programmés

En mai 2018, à la demande du Ministère des Solidarités et de la Santé, un rapport sur l'organisation des soins non programmés a été établi (12). Ce rapport part du constat inquiétant de la hausse de fréquentation voire de la saturation de certains services d'urgences, avec une augmentation de fréquentation de 3,5% par an depuis 20 ans avec en 2018 20,3 millions de passages aux urgences (22 millions en 2019 (19)). Il en ressort notamment que 43% des passages aux urgences pourrait relever de la médecine ambulatoire conventionnelle et ne relèvent pas de pathologies urgentes et graves pour lesquelles les services d'urgences ont été initialement créés. Cette situation dépasse le cadre national, elle peut s'observer dans d'autres pays (20).

Selon une enquête de la DREES menée en 2004 sur laquelle se base entre autre le rapport du ministère de 2018, le nombre de soins non programmés s'élève à 35 millions soit 12% de l'activité annuelle des généralistes libéraux (21).

Plus récemment en 2020, la DREES a publié une nouvelle étude sur les soins non programmés en partenariat avec le Panel d'observation des pratiques en médecine générale (2). Les soins non programmés représentent dans cette étude 30% de l'activité d'une semaine ordinaire pour 4 médecins généralistes sur 10. Environ 8 médecins généralistes sur 10 déclarent s'organiser pour répondre de manière quotidienne à ces demandes et près de 3 sur 10 déclarent y répondre totalement. Certains facteurs sont associés avec une meilleure réponse aux soins non programmés comme le fait d'exercer en groupe et d'autres freinent cette réponse comme la présence d'un secrétariat ou l'exercice dans une zone de démographie médicale en difficultés ou enfin une patientèle importante.

Les perspectives concernant l'accès au soin peuvent inquiéter. En effet si déjà 7 médecins généralistes sur 10 estiment que l'offre en médecine générale sur leur territoire est insuffisante, cela pourrait se dégrader dans les prochaines années (22). D'une part, le vieillissement de la population induit une augmentation de la consommation de soins en raison notamment de l'augmentation des pathologies chroniques (23) (24). D'autre part, la démographie médicale est à la baisse depuis plusieurs années et devrait se poursuivre jusqu'en 2025 (25). Tous les soins risquent d'être impactés et il est impératif que les médecins généralistes s'organisent dès à présent dans la gestion de leur soins et des soins non programmés (26).

I.5 Question de recherche

Dans le récent rapport de la DREES est mentionné la taille de la patientèle médecin traitant comme un déterminant possible sur la réponse aux soins non programmés. En effet, selon Chaput et al. une plus grande patientèle serait a priori associée à une demande plus importante de soins non programmés (2). Il est donc plus difficile d'y répondre sans que cela se fasse au détriment du reste de l'activité. C'est ce que nous allons tenter de déterminer avec cette thèse en essayant de répondre à cette question : quelle est l'influence de la taille d'une patientèle d'un médecin généraliste sur la gestion des soins non programmés ?

II. Matériel et méthodes

II.1 Type d'étude

Il s'agit d'une enquête analytique de pratique par auto-questionnaire qui a pour objectif de mettre en avant l'influence de la taille de patientèle médecin traitant déclarée sur la gestion des demandes de soins non programmés chez un médecin généraliste en Auvergne Rhône-Alpes.

II.2 Design de l'étude

Un questionnaire a été créé pour répondre à cette question de recherche. Certains items ont été repris de l'enquête récente de la DREES afin d'améliorer la comparabilité et la généralisation des résultats obtenus.

Ce questionnaire a été créé sur la plateforme en ligne Microsoft Form ©.

Le questionnaire (disponible en annexe n°1) est composé de 4 thématiques abordant respectivement les demandes de soins non programmés, l'offre de soins locale, l'organisation du cabinet et enfin des questions générales sur les caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes répondant au questionnaire.

La taille de la patientèle médecin traitant était évaluée selon les données disponibles de l'Assurance Maladie consultable sur l'espace professionnel de chaque médecin généraliste (27). L'évaluation du nombre de soins non programmés était calculée en plusieurs étapes. Dans un premier temps il était demandé aux médecins généralistes

combien de soins non programmés étaient prévus sur la semaine du 11 au 16 Janvier 2021 (ou une semaine de travail standard s'ils n'avaient pas travaillé cette semaine-là), puis combien en ont-ils rajoutés en plus de ceux initialement prévus. Enfin les soins non programmés étaient calculés par demi-journées de travail afin de prendre en compte le volume de travail hebdomadaire des médecins généralistes.

La semaine du 11 au 16 Janvier 2021 a été choisie afin de ne pas correspondre à une semaine de vacances scolaires et d'avoir un délai relativement court par rapport à la diffusion du questionnaire prévue initialement fin janvier début février 2021.

Pour connaître l'organisation du praticien et de son cabinet, il était demandé si le médecin avait un mode d'exercice particulier (MEP, médecins qui déclarent un exercice spécifique, tel l'acupuncture et l'homéopathie, ou des médecins généralistes exerçant une discipline pour laquelle ils ont été qualifiés du fait de l'acquisition d'une compétence, médecin du sport par exemple (28)), sa commune d'exercice, la présence d'un ou plusieurs interne(s) et d'un secrétariat entre autres. Il était aussi demandé aux médecins généralistes s'ils estimaient l'offre de soins en médecine générale suffisante ou insuffisante dans leur territoire d'exercice.

La diffusion de ce questionnaire a été effectuée via le réseau de l'Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux - de l'Auvergne Rhône-Alpes (URPS-ML-AuRA) le 11 février 2021 sous forme d'un mail envoyé aux médecins généralistes avec le lien du questionnaire. Il n'y a pas eu de relance. Il était possible de répondre au questionnaire pendant 1 mois suivant l'envoi du mail

II.3 Confidentialité et traitement des données

Aucune donnée directement identifiante n'était demandée dans le questionnaire (nom, adresse exacte, adresse électronique, âge précis).

Les données ont été anonymisées pour l'analyse statistique avec la classification des communes d'exercices en catégories « urbaine » ou « non urbaine », rendant impossible l'identification du praticien. La zone d'exercice urbaine était définie selon l'exercice au sein d'une d'un pôle de 50 000 habitants ou plus, ou alors d'un chef-lieu d'une unité urbaine supérieure à 50 000 habitants avec un centre hospitalier dans la commune (2 exceptions pour Aix les Bains et St Chamond définis comme urbains).

La méthodologie a été validée par la Cellule Informatique et Libertés (CIL) de l'Université de Grenoble-Alpes avec une mise en conformité selon la méthode de référence « MR-004 » du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) avant sa diffusion.

La diffusion du questionnaire via l'URPS AuRA, s'est faite après une évaluation et une sélection du sujet.

L'investigateur principal était indépendant de la liste de diffusion et des modalités de diffusion du questionnaire (choix d'éventuelles relances etc.)

II.4 Analyse statistique

Une fois les données recueillies, elles ont été exportées sur un fichier Excel ©.

L'analyse des données a été faite avec le logiciel XLStat 2021.4.1 ©.

Les données ont été traitées afin de supprimer les données aberrantes et/ou non concordantes.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et en écart type.

Les variables qualitatives sont exprimées en valeur absolue et en pourcentage.

Une analyse univariée a été réalisée par une régression linéaire simple pour deux variables quantitatives et à l'aide d'un test T de Student lorsqu'il y avait une variable qualitative.

L'analyse multivariée a été réalisée par une régression linéaire multiple selon la modélisation *ANCOVA (Analyse en Covariances)* du logiciel utilisé. Les critères de sélection des variables pour l'analyse multivariée étaient une p-value inférieure à 0,05 en univariée ou bien une p-value inférieure à 0,200 avec une variable jugée pertinente dans l'analyse univariée

L'analyse statistique a été réalisée par l'investigateur principal. La méthodologie concernant cette analyse ainsi que les résultats ont été validés auprès du service d'épidémiologie et évaluation médicale du CHU de Grenoble-Alpes par le Pr. François.

III. Résultats

III.1 Analyse descriptive

Réponse au questionnaire et caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes

Le questionnaire a été envoyé par l'URPS Auvergne-Rhône-Alpes le 11 février 2021. Le mail a été ouvert 1763 fois (34,5%) et 241 personnes ont complété le questionnaire en entier (taux de réponse de 5%). Après traitement des réponses, 220 questionnaires ont été inclus dans l'analyse. (Figure 1).

La durée moyenne de réponse au questionnaire était de 10 minutes (Annexe III).

Les principales caractéristiques sociodémographiques des médecins ayant répondu sont exposées dans le tableau I. Dans la population étudiée, 63% sont des femmes et plus des deux-tiers sont âgées de moins de 50 ans. Une majorité exercent en groupe avec d'autres médecins généralistes et en milieu urbain. La presque totalité des médecins généralistes sondés disposent d'un secrétariat et sont informatisés. Plus de 90% d'entre eux disposent de plages dédiées aux soins non programmés et les trois-quarts déclarent devoir refuser des nouveaux patients leur demandant d'être leur médecin traitant.

Des informations supplémentaires concernant le département d'exercice des médecins interrogés ou l'organisation de leur cabinet sont disponibles en annexe V.

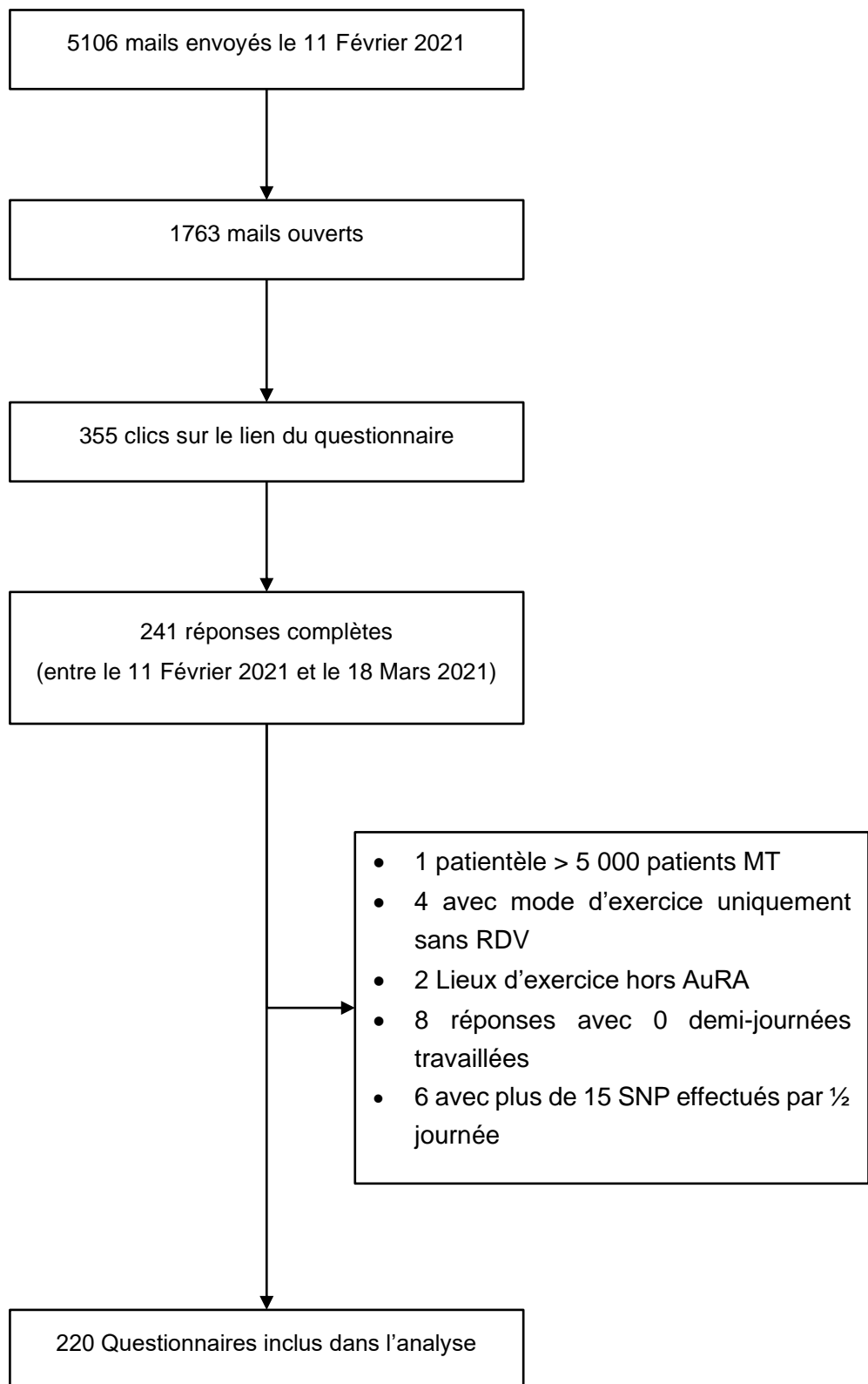


Figure 1 : Diagramme de Flux

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des Médecins Généralistes (n = 220)

Caractéristique	Effectif (%)
<i>Sexe</i>	Homme 81 (37)
	Femme 139 (63)
<i>Age</i>	< 50 ans 153 (70)
	50 - 59 ans 34 (15)
	60 ans et plus 33 (15)
<i>Zone d'exercice¹</i>	Urbain 127 (58)
	Non urbain 93 (42)
<i>Exercice²</i>	Seul 34 (15)
	En groupe avec des MG 169 (77)
	Avec des spécialistes 7 (3)
	Aves des paramédicaux 63 (29)
<i>MSP</i>	Oui 57 (26)
	Non 163 (74)
<i>MEP</i>	Oui 22 (10)
	Non 198 (90)
<i>Présence d'un interne</i>	Oui 82 (37)
	Non 138 (63)
<i>Secrétariat</i>	Oui 191 (87)
	Non 29 (13)
<i>Dossier informatisé</i>	Oui 215 (98)
	Non 5 (2)
<i>LAP</i>	Oui 200 (91)
	Non 20 (9)
<i>Présence de SOS-Médecin (ou équivalent) dans la zone d'exercice</i>	Oui 95 (43)
	Non 125 (57)
<i>Plages de sans RDV parfois proposées</i>	Oui 20 (9)
	Non 200 (91)
<i>Plages de consultations dédiées aux SNP</i>	Oui 210 (95)
	Non 10 (5)
<i>Spécialisation dans un domaine</i>	Oui 64 (29)
	Non 156 (71)
<i>Réponse sollicitations des patients</i>	Sans difficulté 44 (20)
	Avec difficulté, mais sans influence sur sa pratique 108 (49)
	Avec difficulté et avec un impact sur sa pratique 68 (31)
<i>Augmenter les délais de rendez-vous</i>	Oui 117 (53)
	Non 103 (47)
<i>Refuser des nouveaux patients MT</i>	Oui 165 (75)
	Non 55 (25)

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle ; *MEP* : mode d'exercice particulier ; *LAP* : logiciel d'aide à la prescription ; *SNP* : soins non programmés ; *MT* : médecin traitant. 1. La zone d'exercice est définie selon l'exercice au sein d'une d'un pôle de 50 000 hab. ou plus, ou alors d'un chef-lieu d'une unité urbaine > 50 000 hab. avec un centre hospitalier dans la commune (2 exceptions pour Aix les Bains et St Chamond définis comme urbains). 2. Les professionnels pouvaient exercer avec d'autres MG et/ou spécialistes et ou paramédicaux.

Soins non programmés et patientèle (Tableau II)

Dans la population étudiée, la moyenne de la patientèle médecin traitant est de 1086 patients (détail disponible en Annexe IV). Sur une semaine entière, le nombre de soins non programmés prévus est proche de 22, auquel il faut ajouter 8 consultations rajoutées a posteriori pour une demande de SNP. Rapportés à la demi-journée de travail, il y a au total 3,92 soins non programmés effectués en moyenne dans la population étudiée (détail disponible en Annexe VIII). Le nombre de demi-journée travaillées était en moyenne de 7,76 par médecin généraliste.

Tableau II : Caractéristiques de la patientèle et des soins non programmés

Caractéristique	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
<i>Patientèle médecin traitant</i>	128	3500	1086,41	467,64
<i>Demi-journées travaillées par semaine</i>	4	14	7,76	1,59
<i>SNP prévus sur une semaine type</i>	0	110	21,96	15,26
<i>Surplus SNP semaine type</i>	0	60	8,41	9,94
<i>Total SNP effectués par demi-journée</i>	0	13,33	3,92	2,37

III.2 Analyse univariée

Relation entre la taille de la patientèle et la quantité de soins non programmés

Le résultat de l'association entre le nombre de soins non programmés effectués et la taille de la patientèle est présenté sur la figure n°2. Il existe une corrélation positive entre taille de la patientèle et les soins non programmés effectués ($p < 0,001$). Plus la taille de la patientèle est grande, plus la quantité de soins non programmés effectuée est importante. Un médecin généraliste avec une patientèle d'environ 500 patients effectue en moyenne 2,5 SNP par demi-journée alors qu'un médecin généraliste avec une patientèle de 1500 patients en effectue environ 4.

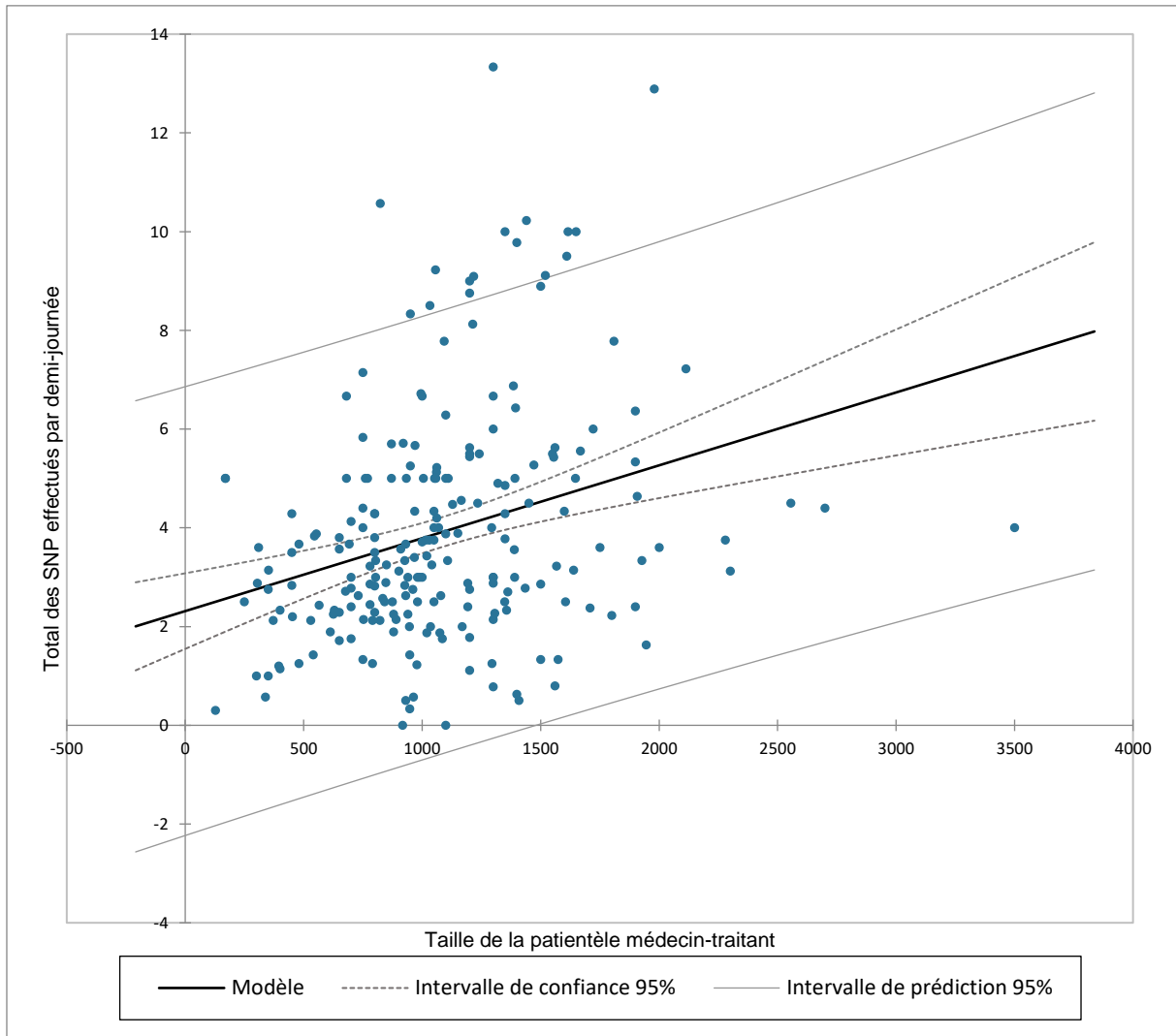


Figure 2 - Soins non programmés en fonction de la taille de la patientèle $p < 0,001$

Autres facteurs associés aux soins non programmés

Les principaux résultats de l'analyse univariée sont présentés dans le tableau n°III. Les facteurs significativement associés à une augmentation des soins non programmés effectués sont : le sexe masculin ($p = 0,04$), l'absence de mode d'exercice particulier ($p = 0,03$) et une offre de soins en médecine générale sur le territoire insuffisante ($p = 0,01$).

La présence d'une structure comme SOS médecin sur son territoire ($p = 0,48$), l'exercice en groupe ($p = 0,51$) ou encore l'exercice en milieu urbain ($p = 0,24$) ne sont pas associés à la quantité des soins non programmés effectués dans la population étudiée.

De même, la situation familiale du médecin généraliste n'influe pas sur la quantité de SNP effectués, quel que soit l'activité du conjoint ou la présence d'enfants en bas âge.

Il n'y a pas de relation entre l'accessibilité potentielle localisée (APL) et le nombre soins non programmés effectués en régression linéaire simple (détail disponible en Annexe n°IX). D'autres résultats sont présentés en annexe X.

Six variables ont été retenues pour effectuer l'analyse multivariée selon le mode de sélection défini ($p < 0,05$ ou $p < 0,200$ et variable pertinente dans l'analyse univariée) : la patientèle médecin traitant, la présence de plages dédiées aux soins non programmés, l'offre de soins en médecine générale sur son territoire, le mode d'exercice particulier, le sexe et l'âge

Tableau III : Facteurs associés aux soins non programmés (analyse univariée)

<i>Variable</i>	<i>Modalités</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Différence [IC 95%]</i>	<i>p-value</i>
<i>Age</i>	50 ans et plus	4,24	0,47 [-0,21; 1, 15]	0,175
	Moins de 50 ans	3,77		
<i>Zone d'activité</i>	Non Urbain	4,18	0,38 [-0,25; 1,01]	0,237
	Urbain	3,73		
<i>Couple</i>	Oui	3,99	0,65 [-0,34; 1,64]	0,196
	Non	3,34		
<i>Sexe</i>	Homme	4,35	0,68 [0,04; 1,33]	0,039
	Femme	3,67		
<i>Mode d'exercice particulier</i>	Non	4,04	1,18 [0,13; 2,22]	0,027
	Oui	2,86		
<i>Offre de soin en médecine générale</i>	Insuffisante	4,20	0,99 [0,31; 1,68]	0,005
	Suffisante	3,21		
<i>Plage de Soins Non Programmés</i>	Oui	3,97	1,15 [-0,35; 2,66]	0,133
	Non	2,82		
<i>Plages de consultation sans rendez-vous</i>	Oui	4,74	0,91 [- 0,18; 2,00]	0,102
	Non	3,83		
<i>Secrétariat</i>	Non	4,16	0,28 [- 0,66; 1,21]	0,562
	Oui	3,88		
<i>Enfants < 4 ans</i>	Non	3,98	0,26 [-0,48; 1,00]	0,483
	Oui	3,72		
<i>Conjoint avec activité à temps plein</i>	Oui	3,93	0,03 [-0,63; 0,70]	0,926
	Non	3,90		
<i>Présence d'un ou plusieurs interne(s)</i>	Non	3,93	0,03 [-0,63; 0,68]	0,932
	Oui	3,90		
<i>Exercice au sein d'une MSP</i>	Oui	4,00	0,09 [-0,63; 0,86]	0,797
	Non	3,90		
<i>Exercice en groupe avec d'autres médecins généralistes</i>	Non	4,11	0,25 [-0,50; 0,10]	0,512
	Oui	3,86		
<i>Présence de SOS Médecin ou équivalent sur le territoire d'exercice</i>	Non	4,06	0,23 [-0,41; 0, 86]	0,483
	Oui	3,79		

Tableau 3 - Analyse univariée - Facteurs associés aux soins non programmés

III.3 Analyse multivariée – facteurs associés aux SNP

En analyse multivariée, la taille de la patientèle médecin traitant est un facteur associé positivement avec la quantité de soins non programmés effectués ($p < 0,001$) tout comme l'offre de soins en médecine générale insuffisante sur le territoire ($p = 0,021$) et le mode d'exercice particulier ($p < 0,047$). Les autres caractéristiques telles que la présence de plages dédiées aux soins non programmés, le sexe et l'âge n'influent pas sur la quantité de soins non programmés effectuée (tableau IV).

Selon ce modèle d'analyse de covariance, 14 % de la variabilité du paramètre « quantité de soins non programmés effectués par demi-journée » est expliquée par ces 6 critères combinés. Ce modèle est statistiquement significatif ($p < 0,001$). Le critère le plus influent selon ce modèle est la taille de la patientèle médecin traitant.

Tableau IV : Facteurs associés aux soins non programmés (analyse multivariée)

Variable	Valeur* [IC 95%]	p-value
<i>Patientèle MT</i>	0,24 [0,10; 0,38]	< 0,001
<i>Plages de SNP - Oui (Ref. non)</i>	0,11 [-0,01; 0,24]	0,078
<i>Offre en médecine générale - Insuffisante (Ref. suffisante)</i>	0,15 [0,02; 0,28]	0,021
<i>Mode d'exercice particulier - Non (Ref. oui)</i>	0,13 [0,01; 0,25]	0,047
<i>Sexe - Homme (ref. femme)</i>	0,05 [-0,08; 0,19]	0,438
<i>Age - 50 ans et plus (Ref. moins de 50 ans)</i>	0,05 [-0,09; 0,18]	0,474

*Coefficients normalisés des facteurs associés aux soins non programmés selon une analyse de covariance ANCOVA (R^2 14%, $p < 0,001$)

IV. Discussion

IV.1 Choix de la question de recherche

La gestion des soins non programmés est un enjeu majeur de santé publique et un sujet d'actualité comme en témoigne certains documents ministériels récents (12). La surcharge continue des services d'urgences et des acteurs de la santé impose une restructuration de la prise en charge des soins non programmés. Cette réorganisation s'effectue notamment à travers les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé censées structurer les acteurs en médecine ambulatoire notamment face à ces SNP et avec le projet de loi « ma santé 2022 » (8). On le constate au niveau individuel, la gestion des soins non programmés est différente d'un cabinet médical à un autre. Certains cabinets sont saturés et la prise de rendez-vous dans les 24h est presque impossible, alors que d'autres cabinets s'organisent pour répondre à ces demandes. La gestion des soins non programmés est un sujet vaste et complexe. Mais quels sont alors les facteurs associés à la réalisation d'un plus grand nombre de soins non programmés ? Comment la taille de la patientèle influe-t-elle sur la gestion des SNP d'un médecin généraliste ? Il peut paraître évident que plus une patientèle est importante, plus le praticien va avoir une demande de soins non programmés importante. Mais peut-il pour autant augmenter sa capacité à répondre à cette demande ? Avec une augmentation des soins « courants » en parallèle ? C'est ce que cette étude a tenté de démontrer.

IV.2 Choix de la méthodologie

Le choix de l'auto-questionnaire en ligne s'est appuyé sur la rapidité de collecte des données, une méthode de réponse peu contraignante pour les sondés et enfin la possibilité de couvrir un bassin géographique large (29) (30) (31). Sa diffusion par l'URPS-AuRA permet de couvrir tous les médecins généralistes libéraux de la région dont l'adresse mail est connue par l'URPS soit 5 106 pour 7 195 médecin généralistes libéraux recensés en 2018 (32). L'absence de voies alternatives de diffusions via réseaux sociaux, mails directs, bouche à oreille, lien disponible sur un site a été délibérément choisi afin de ne pas ajouter de biais de sélection.

Le taux de réponse au questionnaire de 5% est comparable aux taux de réponse habituels via l'URPS AuRA ces dernières années (3,5% - 5,5%) (33) (34) (35). Il est néanmoins plutôt faible par rapport à ce qui est recensé dans la littérature (5 – 20%) (36) (37). Ce taux peut en partie s'expliquer par l'absence de relance qui permet souvent d'augmenter le taux de réponse (38).

Enfin l'élaboration du questionnaire a en parti repris certains items du questionnaire établi par le Panel d'Observation des pratiques de la DREES sur lequel se base cette étude afin de pouvoir harmoniser les réponses et avoir des points de comparaisons.

IV.3 Analyse de la population étudiée

Concernant l'échantillon de médecins généralistes interrogé, celui-ci est constitué de praticiens sensiblement plus jeunes avec 70 % de médecins de moins de 50 ans alors qu'ils sont 40% en Auvergne-Rhône-Alpes et 44% au niveau national (39) (32). Il en va de même pour la proportion de femmes à plus de 63% dans notre population étudiée alors qu'elle est de 40 % en Auvergne-Rhône-Alpes. Cependant chez les médecins de moins de 50 ans en AuRA, 60% sont des femmes ce qui est plus cohérent avec notre population. La population étudiée avait moins de médecins généralistes exerçant seul (15% vs 35%) et un taux de praticien exerçant un MEP comparable (10% vs 11%) que l'ensemble des MG en AuRA (32). Ces données sont concordantes avec le fait que les jeunes médecins exercent plus souvent en cabinet de groupe (40) (5). Concernant le taux de réponse en fonction du département de la région AuRA, il est globalement comparable à la répartition des médecins généraliste recensés en 2016 avec une légère sur-représentation des médecins isérois (20% vs. 17%) dans notre étude (détail disponible en Annexe n°V).

Enfin concernant la taille de patientèle médecin traitant, celle-ci est de 1086 dans notre étude contre 864 au niveau national en 2016 (4). Il n'y a pas de données disponibles au niveau régional.

IV.4 Synthèse et analyse des résultats

Le résultat principal de cette étude montre que plus un médecin généraliste a une patientèle importante, plus celui-ci s'organise pour prendre en charge les soins non programmés qui en découlent ($p < 0,001$). Bien qu'à première vue cela puisse paraître logique, le manque de données dans la littérature à ce sujet justifie cette recherche. Il faut prendre en compte que cette donnée n'est qu'une valeur absolue des SNP effectués. En effet, il n'est pas connu la proportion de SNP effectués sur celle théoriquement nécessaire. L'étude de Chaput et al. (2) a démontré que plus la patientèle des médecins généralistes était importante, moins ils arrivaient à répondre positivement à la totalité des demandes de SNP (4^{ème} quartile 0,39 [0,24 ; 0,63] ORa, ref. 1^{er} quartile). Les résultats de l'étude de la DREES portent sur le ressenti des praticiens à répondre à la totalité des demandes de soins non programmés. Il est en effet très difficile d'évaluer correctement quel est le volume de SNP demandé à un médecin généraliste, certains patients ayant pour habitude de consulter directement dans une structure comme SOS Médecin, attendre l'ouverture d'une maison médicale de garde ou bien consulter directement dans un service d'urgence (17).

Concernant les facteurs associés aux soins non programmés, deux autres critères sont ressortis significatifs. L'absence de MEP est associée à plus de soins non programmés effectués ($p = 0,047$). Ce résultat paraît cohérent, étant donné qu'un médecin généraliste exerçant un MEP est plus dédié à cette spécificité et est donc moins porté sur les soins courants et les SNP. Ensuite le fait d'exercer dans une zone avec une offre en médecine générale insuffisante est aussi associé avec plus de SNP effectués. Cela peut s'expliquer par la faculté des praticiens exerçant dans ces zones en tension à augmenter leur volume d'activité afin de répondre au mieux aux demandes des patients et donc de SNP. Les alternatives offertes à ces patients étant

plus limitées dans ces territoires. Néanmoins aucune corrélation n'est trouvée entre la quantité de SNP effectués et l'accessibilité potentielle localisée (APL), qui est un indicateur national tenant compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. Il s'agit d'un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune mais qui considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes (41). Ces résultats discordants mettent en avant la complexité à décrire l'offre de soins dans un territoire pouvant différer entre cet indicateur objectif national, et le ressenti des praticiens en activité.

A propos des facteurs non associés aux soins non programmés, il peut être surprenant d'observer l'absence de corrélation entre les SNP effectués par un MG dans une zone couverte par un réseau tel que SOS médecin par rapport à une zone sans. Cela aurait pu paraître cohérent que les médecins généralistes organisent leur gestion des SNP différemment dans ces zones pour peut-être privilégier les soins courants d'une part, ou bien que les patients s'orientent en partie vers ces structures spontanément d'autre part. Selon le livre blanc du SAMU, dans les zones urbaines couvertes par SOS-Médecins, 60% de la demande de soins non programmés serait absorbée par SOS-Médecin (42). Cela peut démontrer une volonté de la part des MG à effectuer eux même un maximum de SNP découlant de leur patientèle. La zone d'exercice urbaine ou non urbaine n'est pas non plus associée dans cette étude à une augmentation des SNP effectués. Bien qu'il n'existe pas de données exploitables concernant les SNP réalisées dans ces zones, il peut paraître contradictoire avec la perception d'une activité non urbaine où une part importante de l'activité est consacrée aux soins dits primaires (43).

A noter aussi l'absence d'influence concernant la situation familiale d'un praticien sur la quantité de SNP effectués, quel que soit le temps de travail du conjoint ou la présence d'enfants en bas âge au sein du foyer. Cette donnée est concordante avec l'étude de Chaput et Al. selon laquelle le fait d'avoir des enfants en bas âge au foyer n'est pas associé au fait de pouvoir répondre positivement à la totalité des SNP, le médecin étant capable de s'adapter malgré ses contraintes familiales.

Un autre paramètre qui pourrait sembler jouer un rôle important dans la gestion des soins non programmés est la présence d'un interne au sein du cabinet médical. En effet, lorsqu'un interne est présent, il est plus sollicité pour des soins non programmés que pour des rendez-vous de soins courants où le médecin généraliste est plus souvent sollicité (44). Dans cette étude, la présence d'un ou plusieurs interne(s) n'influe pas sur la quantité de soins non programmés effectués. Cela peut s'expliquer par le manque de précision proposée dans le questionnaire quant à l'intégration ou non des patients vus par l'interne dans le planning du « maître de stage ».

Enfin si on considère le modèle de l'analyse multivariée, seulement 14% de la variabilité du paramètre « SNP » est expliquée par nos six variables à savoir : la patientèle médecin traitant, l'offre de soins en médecine générale sur le territoire, la présence de plages de SNP dédiées, le MEP, le sexe et enfin l'âge. Cette donnée est renforcée par la disparité des résidus sur la régression linéaire simple (figure 1.) Cela met en avant la complexité et probablement la multitude de facteurs (connus ou non) étant associés à la quantité de SNP effectués. Cela peut aussi s'expliquer par l'absence de standardisation des pratiques et d'organisation du cabinet entre les différents médecins généralistes du territoire. Ces différences d'organisation peuvent se situer à plusieurs niveaux. Tout d'abord à la prise de rendez-vous pour un SNP, qui peut être soit directement accessible par le patient, ou alors filtrée par un secrétariat

ou le médecin lui-même. Le secrétariat peut être plus ou moins formé pour filtrer les motifs médicaux « urgents » et légitimes pour un SNP lorsque le planning est déjà bien rempli. Il s'agit d'ailleurs pour certains médecins d'un axe de développement important pour réguler les demandes de soins non programmés (45). Depuis quelques années les plateformes de prise de rendez-vous en ligne ont contribué à adapter la manière dont les patients peuvent prendre leurs rendez-vous avec la possibilité d'y parvenir en ligne sans passer par un secrétariat. Chaque médecin généraliste et chaque cabinet a sa propre organisation des soins non programmés.

IV.5 Points forts – Limites

Les forces de cette étude sont une méthodologie rigoureuse et reproductible, avec une liste de diffusion unique, non gérée par l'investigateur principal limitant certains biais de sélection. L'étude touche un large panel de médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Le questionnaire de cette étude a été réalisé sans question ouverte et certains items ont été repris d'un questionnaire national du Panel d'observations des pratiques afin d'avoir plus de cohérence et de clarté dans les réponses retenues. Enfin une des forces de cette étude est le recueil des soins non programmés réels effectués, et non seulement des soins non programmés prévus par le médecin généraliste dans son agenda.

Cette étude comporte plusieurs limites. Premièrement le taux de réponse de 5% peut paraître faible même s'il est comparable à celui d'autres études provenant du même diffuseur. Il faut aussi prendre en compte la période de réalisation de cette étude, en Janvier - Février 2021, période largement influencée par la crise sanitaire liée au COVID-19. Le mode d'exercice des médecins généralistes et les pathologies rencontrées à cette époque peuvent ne pas être représentatives des pratiques habituelles des années précédentes, avec notamment une baisse d'activité des médecins généralistes (46) (47). La crise sanitaire a aussi vu la téléconsultation prendre une part plus importante dans les modes de soins délivrés aux patients (48) (49) (50). Il s'agissait aussi d'une période hivernale où certains médecins généralistes ont peut-être dû adapter leur emploi du temps afin de recevoir plus de SNP en comparaison avec un période estivale sans épidémie saisonnière. Cet aspect n'a pas été abordé dans cette étude. Enfin certains critères abordés peuvent être soumis à interprétation comme par exemple l'item où il est demandé aux médecins généralistes si l'offre de soin en médecine générale sur leur territoire est suffisante . Enfin notons

aussi l'absence de définition uniciste concernant la segmentation des zones d'exercices en médecine générale, urbaine, semi-rurale et rurale, les critères retenus dans cette étude ne sont pas consensuels (43).

IV.6 Ouverture

Plusieurs pistes de recherches peuvent être intéressantes. Tout d'abord il serait pertinent d'effectuer des études similaires dans d'autres régions voire au niveau national, ou bien dans une période moins influencée par la crise sanitaire. Ensuite il peut être intéressant de déterminer s'il existe une différence d'organisation dans la réponse aux SNP en période d'épidémie saisonnière par rapport au reste de l'année. Enfin il serait intéressant d'aborder spécifiquement la question sur l'influence de la présence d'un interne en médecine générale sur la gestion des SNP au sein d'un cabinet médical.

V. Conclusion

La gestion des soins non programmés est un sujet d'actualité vaste et complexe. La saturation des services d'urgences en France est en partie liée à des motifs de consultations relevant de la médecine générale. Cette gestion des soins non programmés est une préoccupation des gouvernements récents et un enjeu du projet de loi « ma santé 2022 ». Des rapports récents ont cherché à déterminer les facteurs associés à la gestion des soins non programmés chez le médecin généraliste.

L'objectif de cette thèse était de déterminer l'influence de la taille de patientèle médecin traitant sur la gestion des soins non programmés. Les médecins généralistes d'Auvergne-Rhône-Alpes ont été interrogés en Février 2021 par un questionnaire en ligne diffusé par l'URPS-AuRA.

Les principaux résultats des 220 questionnaires analysés montrent qu'une augmentation de la taille de la patientèle d'un médecin traitant est associée à une augmentation des soins non programmés effectués par demi-journée. L'absence de mode d'exercice particulier et l'installation dans une zone où l'offre en médecine générale est insuffisante sont aussi associées à une augmentation des soins non programmés effectués. Ces paramètres ne suffisent pas à expliquer totalement les déterminants associés à la réalisation de soins non programmés.

L'analyse de ces données montre une hétérogénéité importante dans la gestion des soins non programmés par les médecins généralistes d'AuRA sondés. Il serait intéressant de corrélérer ces résultats sur d'autres territoires et sur une période non ou moins influencée par la crise sanitaire.

THÈSE SOUTENUE PAR : Laurent BIBOULET

TITRE :

Influence de la patientèle médecin traitant sur la gestion des soins non programmés

CONCLUSION :

La gestion des soins non programmés est un sujet d'actualité vaste et complexe. La saturation des services d'urgences en France est en partie liée à des motifs de consultations relevant de la médecine générale. Cette gestion des soins non programmés est une préoccupation des gouvernements récents et un enjeu du projet de loi « ma santé 2022 ». Des rapports récents ont cherché à déterminer les facteurs associés à la gestion des soins non programmés chez le médecin généraliste.

L'objectif de cette thèse était de déterminer l'influence de la taille de patientèle médecin traitant sur la gestion des soins non programmés. Les médecins généralistes d'Auvergne-Rhône-Alpes ont été interrogés en Février 2021 par un questionnaire en ligne diffusé par l'URPS-AuRA.

Les principaux résultats des 220 questionnaires analysés montrent qu'une augmentation de la taille de la patientèle d'un médecin traitant est associée à une augmentation des soins non programmés effectués par demi-journée. L'absence de mode d'exercice particulier et l'installation dans une zone où l'offre en médecine générale est insuffisante sont aussi associées à une augmentation des soins non programmés effectués. Ces paramètres ne suffisent pas à expliquer totalement les déterminants associés à la réalisation de soins non programmés.

L'analyse de ces données montre une hétérogénéité importante dans la gestion des soins non programmés par les médecins généralistes d'AuRA sondés. Il serait intéressant de corrélérer ces résultats sur d'autres territoires et sur une période non ou moins influencée par la crise sanitaire.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

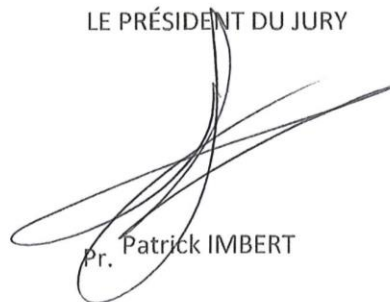
Grenoble, le : 10/01/22

LE DOYEN DE L'UFR DE MÉDECINE



Pr. Patrice MORAND
pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DU JURY



Pr. Patrick IMBERT

Bibliographie

1. ORS Pays de la Loire. Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville. Revue de littérature. 2017.
2. Chaput H, et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. DREES; 2020. (Etudes et Résultats). Report No.: 1138.
3. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1) - Légifrance. 2004-810 août 13, 2004.
4. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Séance Médecin Traitant forfait patientèle. 1 juin 2016 [Internet]. [cité 24 juill 2021]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/160601_seance_MT_forfait_patientele.pdf
5. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. sept 2010;(157):6.
6. Ministères des Solidarités et de la Santé. Equipe de Soins Primaires [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_11-ps.pdf
7. Article 64 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance. janv 26, 2016.
8. Ministères des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif. 2018.
9. SOS MEDECIN GRENOBLE | Cabinet de garde 7j/7 visite à domicile [Internet]. [cité 24 nov 2021]. Disponible sur: <https://sosmedecins-grenoble.fr/>
10. Grall DJ-Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence. juill 2015;
11. Article L6323-1 - Code de la santé publique - Légifrance. mars 2, 2021.
12. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins, Organiser les soins non programmés dans les territoires. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 mai.
13. Larousse É. Définitions : urgence, urgences - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
14. Aubert N. Le Culte de l'urgence de Nicole Aubert - Editions Flammarion. 2009.

15. Boulenger E. Parcours de soins non programmés : état des lieux des pratiques, du point de vue du patient et du médecin ; exemple de l'agglomération d'Orange. Université Aix - Marseille; 2017.
16. Gellis R. Centres de soins sans rendez-vous comme solution pour diminuer l'engorgement des urgences et améliorer l'accès aux soins en zones sous médicalisées: impact du cabinet médical d'Archiac [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2018.
17. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES; 2014 juill. (Etudes et Résultats). Report No.: 889.
18. Bouillon J, Mikolajczyk T, Rousson C, Cambon B, Dall'Acqua D, Dutheil F, et al. Quelles sont les motivations des patients consultant au service d'accueil des urgences pour des motifs relevant d'une consultation de médecine générale? Exercer. 2020;(161):100-5.
19. SFMU. Actualités de l'Urgence - APM [Internet]. 2020 [cité 21 oct 2021]. Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/la-hausse-des-passages-aux-urgences-a-ralenti-en-2019-analyse-apmnews-/new_id/66734
20. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand [Internet]. Paris: OCDE; 2015 août [cité 25 nov 2021]. (Documents de travail de l'OCDE sur la santé). Report No.: 83. Disponible sur: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/5jrts344crns-en>
21. Collet M, Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. DREES; 2008 févr. (Etudes et Résultats). Report No.: 625.
22. Chaput H, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. DREES; 2020 janv. (Etudes et Résultats). Report No.: 1140.
23. INSEE. Population par âge - Tableaux de l'économie française [Internet]. 2020 [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
24. L'Assurance Maladie. Cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie>
25. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er Janvier 2021. 2021 juill. (Atlas de la démographie médicale en France).
26. Zamord T. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud-Gironde. Université de Bordeaux; 2020.
27. L'Assurance Maladie. Authentification AmeliPro [Internet]. [cité 24 nov 2021]. Disponible sur: <https://espacepro.ameli.fr/>

28. Observatoire national de la démographie des professions de santé. La médecine générale - Le rapport 2006-2007. Vol. Tome 1. Paris: La Documentation française; 2008.
29. Lindhjem H, Navrud S. Are Internet surveys an alternative to face-to-face interviews in contingent valuation? *Ecol Econ.* 15 juill 2011;70(9):1628-37.
30. Gingras M-E, Belleau H. Avantages et désavantages du sondage en ligne comme méthode de collecte de données : une revue de la littérature. Institut National de la recherche scientifique - Urbanisation Culture Société Montréal; 2015 mai p. 21. (Inédit / Working paper). Report No.: 2015-02.
31. Marta-Pedroso C, Freitas H, Domingos T. Testing for the survey mode effect on contingent valuation data quality: A case study of web based versus in-person interviews. *Ecol Econ.* 15 mai 2007;62(3):388-98.
32. Union Régionale des Professionnels de Santé, Médecins Libéraux Auvergne-Rhône-Alpes. Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes - Région Auvergne-Rhône-Alpes. URPS médecins libéraux Auvergne-Rhône-Alpes; 2018 avr.
33. Lair J. Impact, à moyen terme, de l'épidémie de Covid-19 sur les pratiques en hygiène en médecine ambulatoire en Auvergne-Rhône-Alpes. Université Clermont Auvergne - Faculté de médecine; 2020.
34. Valero J. La prise en charge de la neutropénie fébrile en ambulatoire est-elle possible ? Etude de pratique auprès des médecins généralistes de la région Rhône Alpes Auvergne [Thèse d'exercice]. [Lyon 3ème]: Université Claude Bernard Lyon; 2019.
35. Noblet-Roulin L. Impact de l'épidémie de COVID-19 sur les pratiques d'hygiène en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université de Clermont Auvergne; 2020.
36. Manfreda KL, Bosnjak M, Berzelak J, Haas I, Vehovar V. Web Surveys versus other Survey Modes: A Meta-Analysis Comparing Response Rates. *Int J Mark Res.* 1 janv 2008;50(1):79-104.
37. Deutskens E, de Ruyter K, Wetzels M, Oosterveld P. Response Rate and Response Quality of Internet-Based Surveys: An Experimental Study. *Mark Lett.* 1 févr 2004;15(1):21-36.
38. Saleh A, Bista K. Examining Factors Impacting Online Survey Response Rates in Educational Research: Perceptions of Graduate Students. *J Multidiscip Eval.* 26 sept 2017;13(29):63-74.
39. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er Janvier 2020. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2020. (Atlas de la démographie médicale en France).
40. Chaput H, Monziols M, et al. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe | Direction de la recherche, des études, de

- l'évaluation et des statistiques. DREES; 2019 mai. (Etudes et Résultats). Report No.: 1114.
41. Barlet M, et al. L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France. DREES; 2012 déc p. 61. (Etudes et Recherche). Report No.: 124.
 42. Samu-Urgences de France. Livre Blanc - Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. Les propositions de Samu-Urgences de France [Internet]. 2015 [cité 11 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
 43. Coutrix C. La perception d'une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine selon les médecins généralistes d'Aquitaine [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2018.
 44. Troester J. Bilan du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) en Lorraine: étude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès des maîtres de stage et des internes stagiaires. Université de Lorraine; 2013.
 45. Raffi T-K-T, Ung C. Comment les secrétaires médicales en cabinets de médecine générale trient-elles les demandes de soins non programmés ? [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III; 2016.
 46. Monziols M, Chaput H, et al. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DREES; 2020 mai. (Etudes et Résultats). Report No.: 1150.
 47. Bergeat M, Chaput H, et al. Confinement de novembre-décembre 2020 : une hausse des demandes de soins liés à la santé mentale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DREES; 2021 mars. (Etudes et Résultats). Report No.: 1186.
 48. L'Assurance Maladie. Téléconsultation : une pratique qui s'installe dans la durée [Internet]. 2020 [cité 21 oct 2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire>
 49. Monziols M, et al. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DREES; 2020 sept. (Etudes et Résultats). Report No.: 1162.
 50. Davin-Casalena B, et al. L'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les soins de premier recours en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : retour d'expérience sur la mise en place d'un dispositif de surveillance en temps réel à partir des données régionales de l'Assurance maladie. Rev Epidemiol Sante Publique. juin 2021;69(3):105-15.

Table des annexes

Annexe I : Questionnaire	53
Annexe II : Formulaire d'information.....	68
Annexe III : Temps de réponse au questionnaire	71
Annexe IV : Patientèle médecin traitant.....	71
Annexe V : Nombre de participants par département.....	72
Annexe VI : Mode d'Exercice Particulier.....	73
Annexe VII : Domaine de spécialisation de certains médecins généralistes	73
Annexe VIII : Soins non programmés par demi-journée	74
Annexe IX : Régression linéaire APL et SNP par demi-journée	74
Annexe X : Résultats secondaires analyse univariée	75
Annexe XI : Serment d'Hippocrate	76

Annexe I : Questionnaire

Thèse : Influence de la patientèle médecin traitant sur la demande de soins non programmés

Bonjour,

Je suis interne de Médecine Générale à l'université de Grenoble.

Voici un questionnaire de thèse qui a pour but de mettre en avant l'influence de la taille de la patientèle "médecin traitant" déclarés sur la gestion de la demande des soins non programmés au cabinet médical.

Il se décompose en 4 sections concernant respectivement, les soins non programmés, l'offre de soins locale, l'organisation du cabinet et enfin des questions plus générales.

Ce questionnaire est anonyme et confidentiel*.

La dernière section porte sur des données à caractères personnelles non sensibles (sexe, tranche d'âge, commune d'exercice, nombre d'enfants) nécessaire à une analyse statistique de qualité.

Il est possible de se retirer du questionnaire à tout moment.

Le temps de réponse estimé se situe entre 5 et 10 minutes.

Merci de votre contribution

Laurent Biboulet

*Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), la déclaration de l'étude a été traitée et portée au registre du CIL de l'Université Grenoble-Alpes

L'enquêteur traite les données recueillies pour analyser l'influence de la taille de la patientèle médecin traitant sur la gestion des soins non programmés dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à la notice ci-jointe.

<https://1drv.ms/b/s!Aphhagvu1xx2pMo05-k9DhqDAMa7yg>

Laurent Biboulet

Non opposition *

En cochant cette case, j'accepte de répondre au questionnaire

Soins non programmés

Les soins non programmés se définissent selon les modalités suivantes : consultations, téléconsultations ou visites, quel qu'en soit le motif, pour le jour même ou le lendemain, pendant les horaires d'ouvertures du cabinet et hors permanence de soins ambulatoire

1. Combien de patients « médecin traitant » déclarés avez-vous ? *

Selon le site <https://espacepro.ameli.fr/> ; une fois connecté vous trouverez sur la colonne de gauche l'intitulé « patientèle médecin traitant »

La valeur doit être un nombre

2. Votre lieu d'exercice est-il dans le territoire d'une structure dédiée aux soins non programmés ? *

Telles que SOS MEDECINS, 7/7 etc. avec activité hors Permanence de Soins Ambulatoires (PDSA)
Une seule réponse possible

- Oui
- Non

3. Proposez-vous des plages de consultations sans rendez-vous ? *

Une seule réponse possible

- Oui
- Non (si réponse choisie, aller à question n°5)

4. A quelle fréquence ? * Une

seule réponse possible

- Toute votre activité est sans rendez-vous
- Au moins une fois par jour
- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Moins d'une fois par semaine

Proposez-vous des plages dédiées aux demandes non programmées ? (Autres que des consultations sans rendez-vous) ? *

Par exemple : créneaux d'urgence, créneaux ouverts seulement 24 ou 48h à l'avance, plages libres dans l'emploi du temps etc.

Cela peut être une consultation / téléconsultation / visite à domicile.

Une seule réponse possible

- Oui
- Non (Aller à Q9)

6.A quelle fréquence ? * Une

seule réponse possible

- Quotidiennement
- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Moins d'une fois par semaine

7.Ces plages sont-elles ... ? *

Plusieurs réponses possibles

- Accessible à la prise de rendez-vous par le patient (dans le cadre des plateformes telles que doctolib, mondocteur etc.)
- Accessible à la prise de rendez-vous par le biais d'un secrétariat téléphonique
- Accessible uniquement par le biais d'un médecin (que ce soit le médecin effectuant la consultation ou un associé ou autre)

8. Cela vous arrive-t'il de devoir donner vous-même l'accord pour une consultation / téléconsultation non programmée ? *

Par n'importe quel biais, appel téléphonique, demande de la secrétaire, via un courriel, patient se présentant directement au cabinet etc.

- Oui, quotidiennement
- Oui, plusieurs fois par semaine
- Oui, une fois par semaine
- Oui, Moins d'une fois par semaine
- Non

9. Sur la semaine 2 de l'année 2021 (du 11 au 16 Janvier 2021), combien de consultation / téléconsultations dédiée aux soins non programmés disposez-vous ? *

Si vous ne travaillez pas cette semaine-là, ou que celle-ci n'est pas représentative de votre activité classique, prenez la première semaine "type" que vous avez effectué qui se rapproche de cette date

La valeur doit être un nombre

10. Dans la pratique, recevez-vous en consultations / téléconsultations plus de patients que prévus initialement dans votre planning ? *

Ajout entre deux consultations, horaires au cabinet prolongés, pause déjeuner raccourcie etc.
Une seule réponse possible

- Oui, tous les jours ou presque
- Oui, plusieurs fois par semaine
- Oui, une à deux fois par semaine
- Oui, plusieurs fois par mois
- Oui, Exceptionnellement
- Non, jamais

11. Sur la semaine 2 de l'année 2021 (du 11 au 16 Janvier 2021), combien de consultations / téléconsultations non programmées avez-vous rajouté sur cette semaine ? *

Si vous ne travaillez pas cette semaine-là, ou que celle-ci n'est pas représentative de votre activité classique, prenez la première semaine "type" que vous avez effectué qui se rapproche de cette date

La valeur doit être un nombre

12. Effectuez-vous des visites à domicile non programmées ? *

Une seule réponse possible

- Oui
- Non (Aller à Q14)

13. A quelle fréquence ? * Une

seule réponse possible

- Quotidiennement
- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Moins d'une fois par semaine

14. Dans le cas où vous êtes amenés à donner votre accord pour recevoir une demande de soins non programmés, êtes-vous amené à refuser un patient dont vous êtes le médecin traitant ? *

Une seule réponse possible

- Non jamais
- Oui, quotidiennement
- Oui, plusieurs fois par semaine
- Oui, une fois par semaine
- Oui, moins d'une fois par semaine

15. En quelle proportion estimez-vous répondre à la demande de soins non programmés de votre patientèle ? *

Une seule réponse possible

- A la totalité de la demande
- Entre 75% et 99%
- Entre 50% et 75%
- Entre 25% et 74%
- Moins de 25%

Offre de soins locale

16. Estimez-vous que l'offre de médecine générale sur votre territoire est actuellement

...

*

Une seule réponse possible

- Très insuffisante
- Plutôt insuffisante
- Suffisante
- Tout à fait suffisante

17. Est-ce que l'évolution de l'offre de soins sur votre territoire vous a amené à vous spécialiser plus particulièrement dans certains domaines ? *

Une seule réponse possible

- Oui
- Non (aller à Q19)

18. Le(s)quel(s) ? *

Plusieurs réponses possibles

- Cardiologie
- Dermatologie
- Endocrinologie
- Gériatrie
- Gynécologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Autre

19. Aujourd'hui, parvenez-vous à répondre aux sollicitations des patients ? *

Une seule réponse possible

- Sans difficulté
- Avec difficulté, mais sans influence sur votre pratique
- Avec difficulté et avec un impact sur votre pratique

20. Actuellement, êtes-vous amenés à ... *

Plusieurs réponses possibles

- Refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant
- Refuser des patients occasionnels en demande de soins
- Faire des journées plus longues que vous ne le souhaiteriez
- Raccourcir le temps de consultation par patient
- Voir moins fréquemment certains patients que vous suivez régulièrement
- Rogner sur votre temps de formation
- Déléguer certaines tâches que vous assuriez auparavant
- Augmenter les délais de rendez-vous

Organisation du cabinet

21. Au titre de votre activité libérale principale, exercez-vous ? *

Plusieurs réponses possibles

- Seul
- En groupe, avec d'autres médecins généralistes
- En groupe, avec d'autres médecins spécialistes hormis médecine générale
- En groupe, avec des professionnels paramédicaux

22. Combien le groupe réunit-il de médecins généralistes, vous compris, permanents équivalent temps plein ? *

La valeur doit être un nombre

23. Votre structure est-elle reconnue comme maison de santé ? *

Une seule réponse possible

- Oui
- Non

24. Faites-vous partie d'une équipe de soins primaires (ESP) ? *

Une équipe de soins primaires est constituée de professionnels de santé libéraux (dont au moins un médecin généraliste et un paramédical), regroupés ou non sur un même site, et qui souhaitent se mobiliser autour d'une thématique commune bénéficiant à leurs patients

Une seule réponse possible

- Oui
- Non

25. Pratiquez-vous un mode d'exercice particulier (MEP) ? *

Une seule réponse possible

- Oui, de façon exclusive
- Oui, de façon occasionnelle
- Non (aller à Q27)

26. Le(s)quel(s) ? *

Plusieurs réponses possibles

- Homéopathie
- Acupuncture
- Angiologie, médecine vasculaire
- Mésothérapie
- Ostéopathie
- Echographie
- SOS médecins
- Médecine du sport
- Autre

27. Au titre de votre activité libérale hors MEP, combien de demi-journées effectuez-vous par semaine ? *

Sur une semaine "type". Entrez un nombre

28. Disposez-vous d'un secrétariat ? *

Si vous assurez vous-même le secrétariat de votre cabinet, cochez non
Une seule réponse possible

- Oui
- Non (aller à Q32)

29. De quel type de secrétariat s'agit-il ? *

Plusieurs réponses possibles

- Présentiel
- Téléphonique à distance
- D'un outil de prise de rendez-vous en ligne (Doctolib, mondocteur.fr ...)
- Autre

30. Quel est le nombre d'heures d'ouverture par semaine du secrétariat pour accueillir les patients et/ou leur répondre ? *

La valeur doit être un nombre

31. Votre secrétariat assure-t-il les tâches suivantes ? *

Plusieurs réponses possibles

- Gestion des rendez vous
- Evaluation du degré d'urgence d'une demande de consultation pour le jour même ou le lendemain
- Autre

32. Utilisez-vous dans votre pratique courante ? *

	Oui	Non
Un dossier patient informatisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un logiciel d'aide à la prescription (LAP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33.Etes-vous agréé comme "maitre de stage" ? *

Une seule réponse possible

- Oui
- Non

34.Accueillez-vous un interne actuellement ? *

Plusieurs réponses possibles

- Oui, en SASPAS (Stage Ambulatoire 2ème niveau)
- Oui, en Stage Praticien 1er niveau
- Oui, SASPAS et Stage Praticien 1er niveau
- Non

Questions générales

35. Etes-vous ? * Une seule réponse possible

- Un homme
- Une femme

36. Vous avez ... * Une seule réponse possible

- Moins de 40 ans
- Entre 40 et 49 ans
- Entre 50 et 54 ans
- Entre 55 et 59 ans
- Entre 60 ans et 64 ans
- Plus de 65 ans

37. Vivez-vous en couple ? * Une seule réponse possible

- Oui
- Non (aller à Q39)

38. Votre conjoint a-t-il actuellement une activité professionnelle ? * Une seule réponse possible

- Oui, à temps complet
- Oui, à temps partiel
- Non

39. Combien d'enfants de moins de 18 ans vivent avec vous ? *

La valeur doit être un nombre

40. Dont combien âgés de moins de 4 ans ? *

La valeur doit être un nombre

41. Dans quelle commune êtes-vous installé ? *

Entrez le nom de la commune ET le Code Postal

Ce contenu n'a pas été créé ni n'est approuvé par Microsoft. Les données que vous soumettez sont envoyées au propriétaire du formulaire.

 Microsoft Forms

Formulaire d'information à destination des médecins participants à l'étude

Cher confrère, chère consœur,

Nous vous proposons de participer à une étude dans le cadre de la recherche en médecine générale pour l'élaboration du thèse de D.E.S.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations de réfléchir à votre participation, et pour demander au responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Intitulé de l'étude : Influence de la taille de patientèle médecin traitant déclarés sur la réponse à la demande de soins non programmés

Etude sous la direction : Dr. CHAUVET Marion

Investigateur principal : BIBOULET Laurent

Objectif principal : Mettre en avant l'influence de la taille de patientèle médecin traitant déclarés sur la gestion des demandes de soins non programmés au cabinet médical.

Méthode : enquête analytique de pratique via un questionnaire auprès des médecins généraliste de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Un descriptif plus précis de l'étude est à votre disposition si vous le souhaitez auprès des investigateurs par mail à laurent.biboulet@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Engagement du participant :

Il s'engage à participer au questionnaire autour du thème de l'étude.

La durée de ce questionnaire est d'en moyenne 10 minutes.

Le questionnaire est disponible via une plateforme en ligne.

Les données marquées par un astérisque dans le questionnaire doivent obligatoirement être fournies. Dans le cas contraire, la réponse au questionnaire s'arrête et vous ne participez pas à l'enquête

Engagement de l'investigateur principal :

En tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Les données recueillies seront extraites de façon anonymes et utilisées à des fins de recherche et de communication scientifique.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront être communiqués aux participants s'ils le souhaitent auprès de l'investigateur principal marion.chauvet@univ-grenoble-alpes.fr.

Liberté du participant :

Vous avez la possibilité de vous retirer à tout moment de cette enquête.

Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour vous. Vous serez alors exclu de l'enquête.

Information du participant :

Vous avez la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche. Cette étude ne comporte pas de risques particuliers prévisibles.

Confidentialité des informations :

Dans le cadre de cette étude, un traitement de vos données personnelles va être mis en oeuvre.

Vos données seront utilisées uniquement pour répondre aux objectifs de la recherche. Le traitement de vos données sera réalisé par l'investigateur principal.

Aucune données directement identifiantes (nom, prénom, e-mail, téléphone etc.) ne sont recueillies.

Des données indirectement identifiantes comme les caractéristiques socio-démographiques des participants, l'organisation du cabinet et le mode d'exercices seront recueillies.

En tout état de cause, toutes les parties impliquées dans cette recherche sont tenues de respecter la confidentialité de vos données personnelles.

L'investigateur principal conservera vos données jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche.

Législation :

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 14 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 :

- vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ainsi que du droit de demander la limitation du traitement

- vous disposez aussi d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées

- vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli

Néanmoins, conformément aux articles 17.3.c et 17.3.d du RGPD, ce droit ne s'applique pas dans la mesure où le traitement des données est nécessaire à des fins statistiques et pouvant rendre impossible ou compromettre gravement la réalisation des objectifs du dit traitement. Le cas échéant, pour ne pas mettre en péril les résultats de l'étude, nous conserverons donc vos données.

- vous disposez d'un droit de réclamation auprès d'une autorité de contrôle (en France : la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

Pour exercer ces droits, veuillez contacter les responsables de l'étude à marion.chauvet@univ-grenoble-alpes.fr ou par courrier :

Dr. CHAUVET Marion

Département de Médecine Générale

UFR de Médecine et de Pharmacie

Domaine de la Merci
38700 LA TRONCHE

Le délégué à la protection des données (le DPO) de l'Université Grenoble Alpes a été sollicité pour la mise en conformité de l'étude selon la norme CNIL MR-004.

Dans le cas où vous souhaiteriez retirer votre consentement, conformément à l'article L.1122-1-1 du code de la santé publique, les données recueillies préalablement au retrait de votre consentement pourront ne pas être effacées et pourront continuer à être traitées dans les conditions prévues par la recherche.

Nous vous remercions par avance pour votre participation, et nous sommes joignables par mail pour répondre à vos éventuelles questions.

Les investigateur, La directrice de thèse
Laurent BIBOULET
Dr. Marion CHAUVET

NOTE D'INFORMATION SUR LA NON OPPOSITION

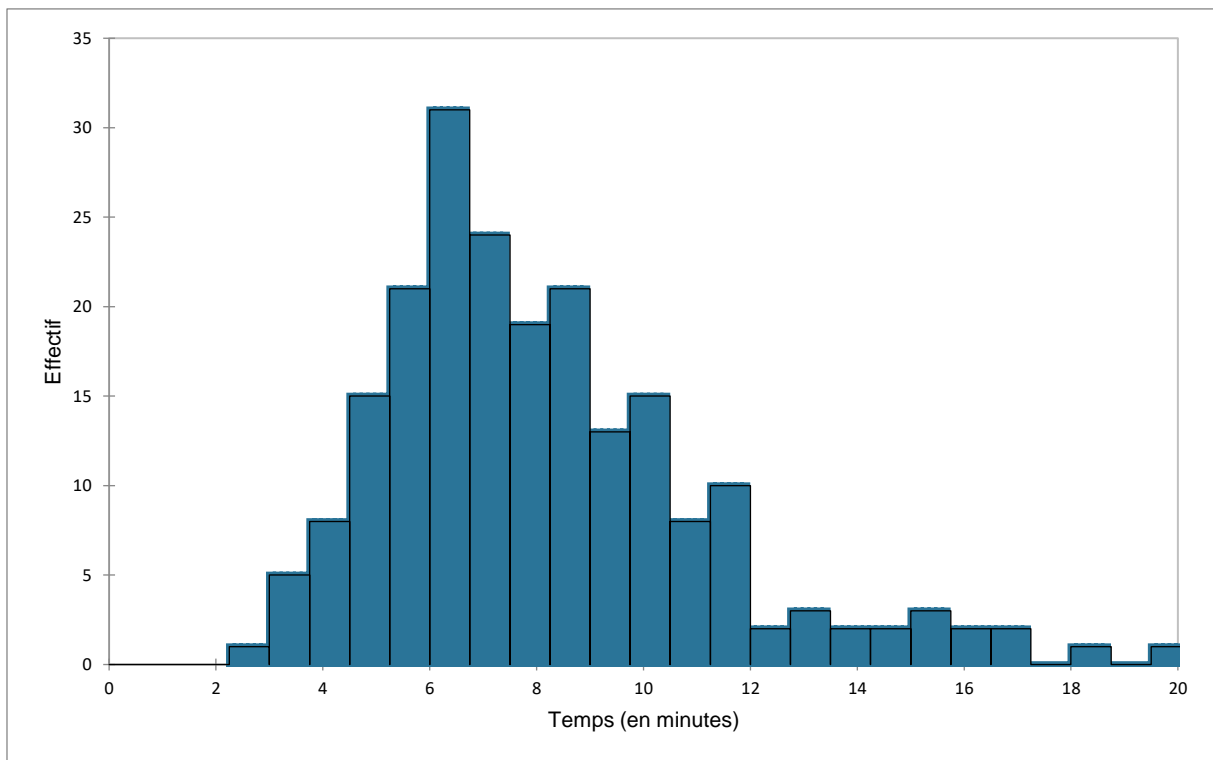
Après avoir pris connaissance des informations sur la finalité de cette enquête, après en avoir discuté et obtenu réponse à toutes mes questions, je consens librement et volontairement à y participer. Je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux me retirer à tout moment de cette étude sans avoir à me justifier ni encourir aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette étude ne me portera pas préjudice. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.

J'ai été informé(e) que n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication, que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle et que seules les données pseudonymisées seront enregistrées et communiquées dans le cadre de l'analyse statistique. J'ai bien noté que, conformément aux dispositions de la loi « informatique et libertés », le droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement de ces données, s'exerce à tout moment auprès des médecins investigateurs par contact à marion.chauvet@univ-grenoble-alpes.fr.

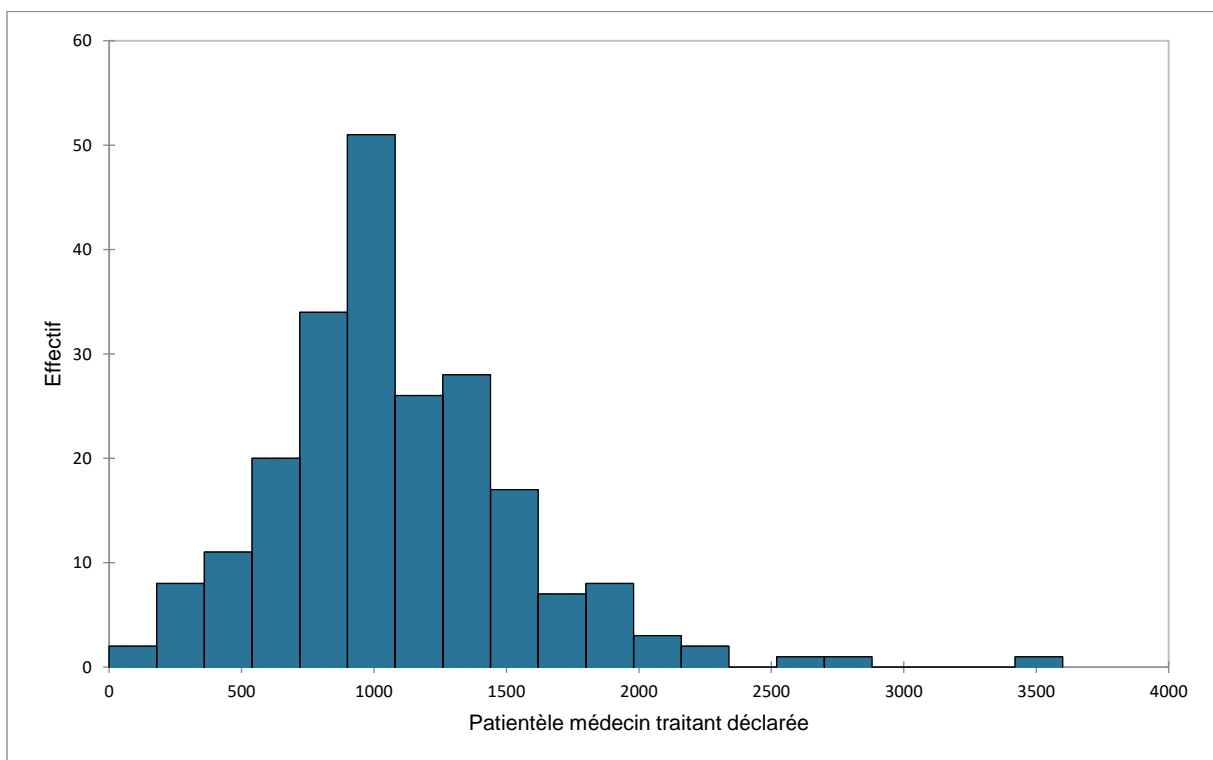
Un « Formulaire d'opposition à l'utilisation de mes données à des fins de recherche et statistique médicale » est disponible à ma demande si je souhaite m'opposer à l'utilisation de l'ensemble des données me concernant.

Signature électronique par une case à cocher en cas d'accord au début du questionnaire.

Annexe III : Temps de réponse au questionnaire

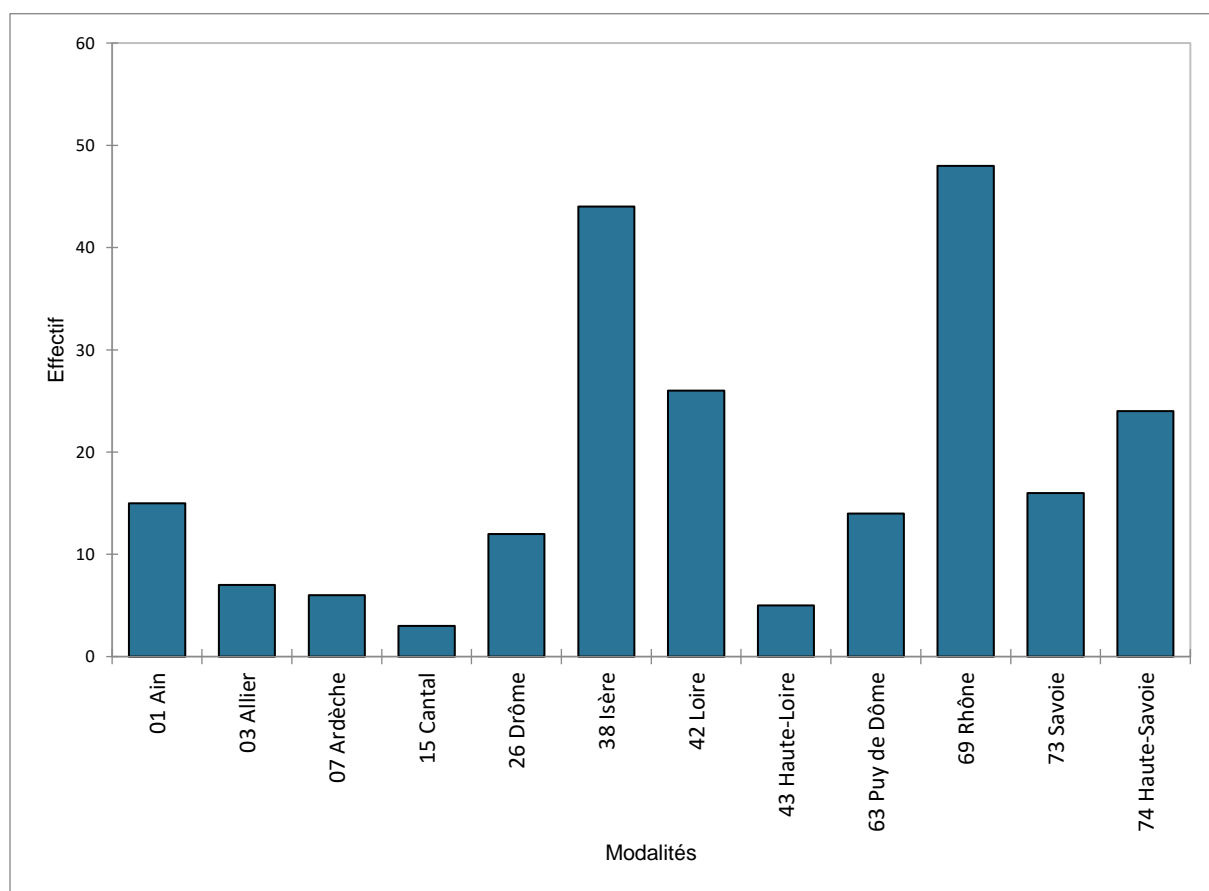


Annexe IV : Patientèle médecin traitant

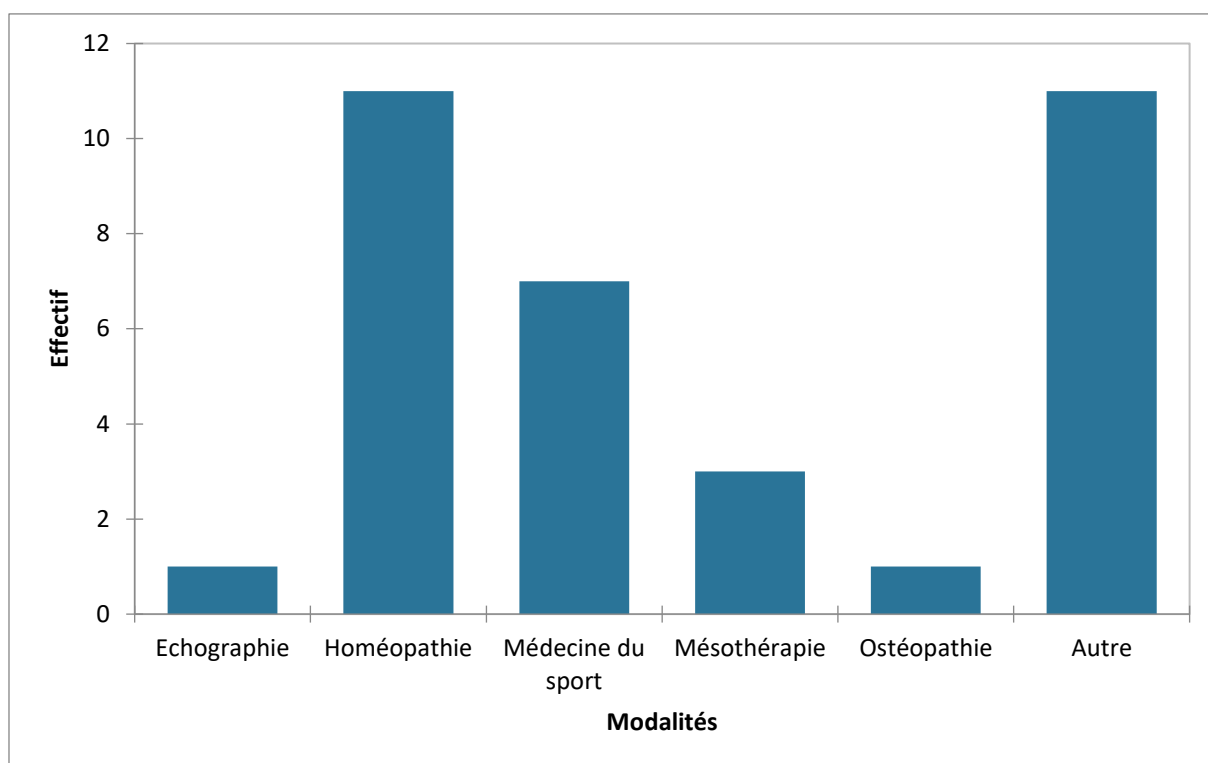


Annexe V : Nombre de participants par département

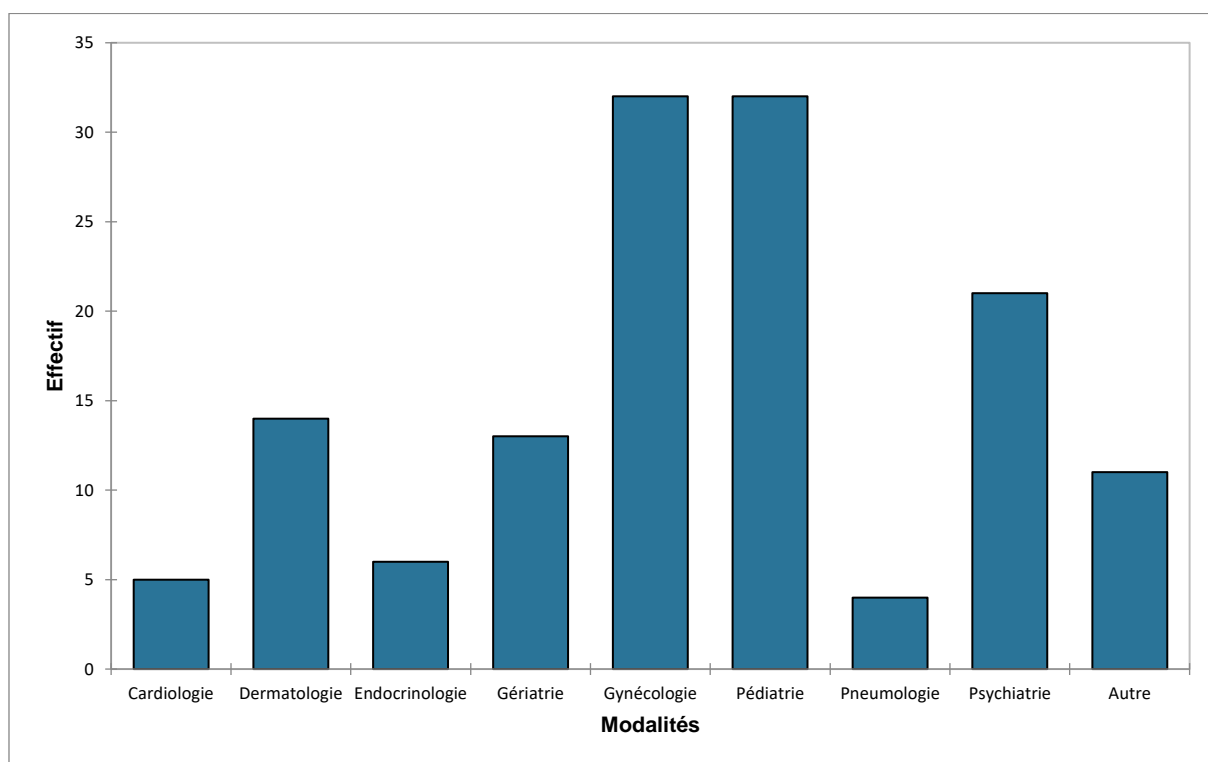
Département	Effectif (%) dans cette étude	Effectif (%) selon le recensement URPS 2016
01 Ain	15 (7%)	382 (6%)
03 Allier	7 (3%)	275 (4%)
07 Ardèche	6 (3%)	260 (4%)
15 Cantal	3 (1%)	126 (2%)
26 Drôme	12 (5%)	392 (6%)
38 Isère	44 (20%)	1041 (17%)
42 Loire	26 (12%)	592 (10%)
43 Haute-Loire	5 (2%)	183 (3%)
63 Puy de Dôme	14 (6%)	544 (9%)
69 Rhône	48 (22%)	1373 (22%)
73 Savoie	16 (7%)	417 (7%)
74 Haute-Savoie	24 (11%)	612 (10%)



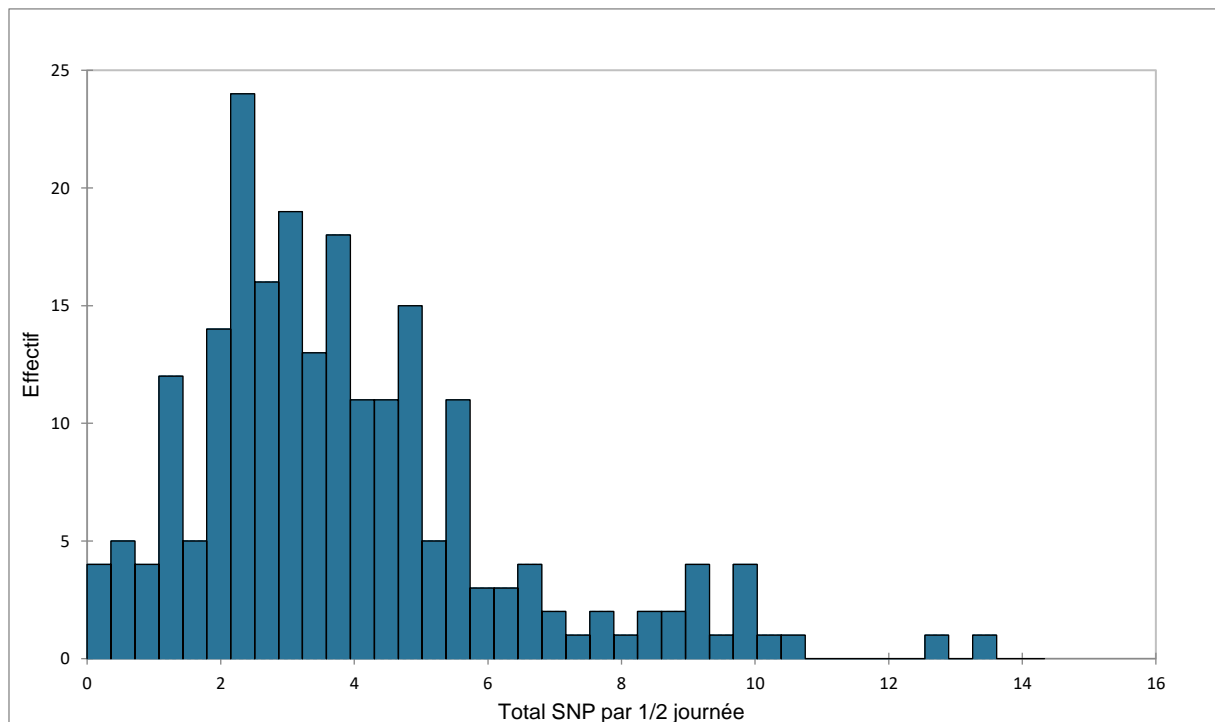
Annexe VI : Mode d'Exercice Particulier



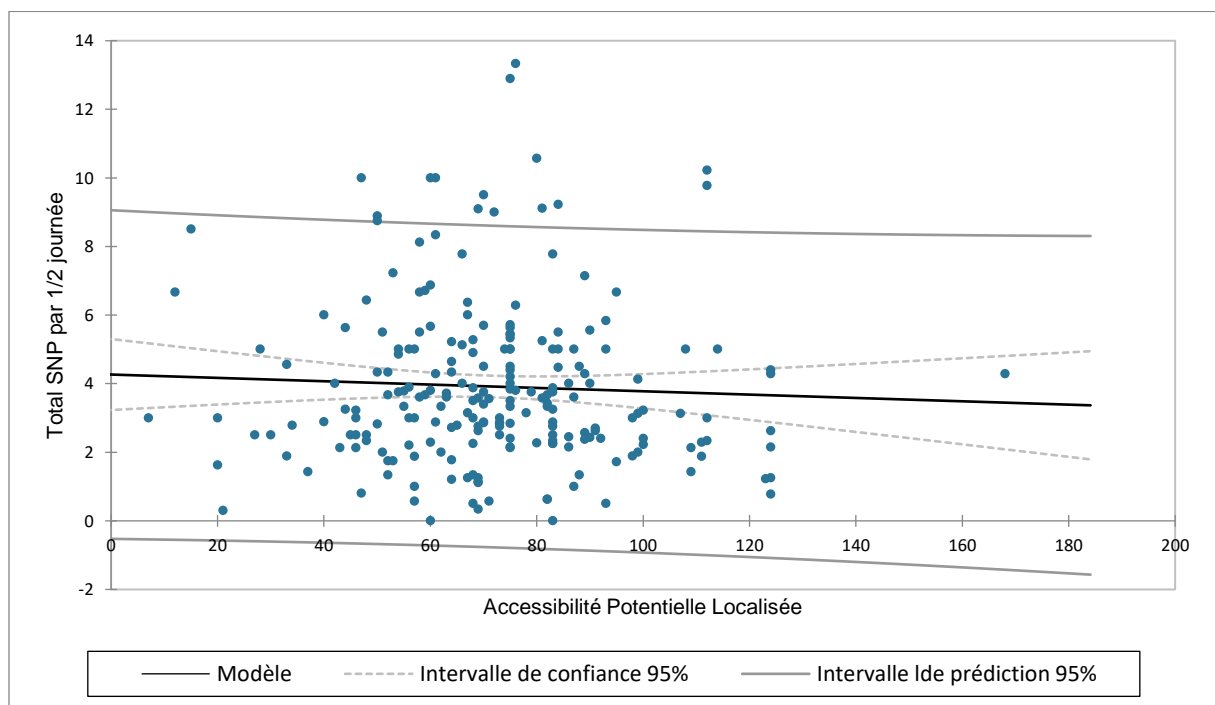
Annexe VII : Domaine de spécialisation de certains médecins généralistes



Annexe VIII : Soins non programmés par demi-journée



Annexe IX : Régression linéaire APL et SNP par demi-journée



$p = 0,5$, $R^2 = 0,002$

Annexe X : Résultats secondaires analyse univariée

Tableau V : Résultats secondaires de l'analyse univariée

Caractéristique	Modalités	Moyenne	Différence [IC 95%]	p-value
<i>Enfant < 18 ans</i>	Non	3,95	0,50 [-0,60; 0,70]	0,879
	Oui	3,90		
<i>Maitre de Stage Universitaire</i>	Oui	3,92	0,01 [-0,62; 0,65]	0,970
	Non	3,91		
<i>Logiciel d'Aide à la Prescription</i>	Non	3,98	0,72 [-0,38; 1,81]	0,199
	Oui	3,27		
<i>Equipe de soins primaires</i>	Oui	3,97	0,07 [-0,68; 0,81]	0,860
	Non	3,90		
<i>Spécialisation dans un domaine</i>	Non	3,95	0,12 [-0,57; 0,82]	0,728
	Oui	3,83		

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ **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. ”

INFLUENCE DE LA PATIENTÈLE MÉDECIN TRAITANT SUR LA GESTION DES SOINS NON PROGRAMMÉS

Laurent BIBOULET né le 26/09/1993

Thèse soutenue à la faculté de Grenoble 04/02/2022

Jury :

Monsieur le Professeur Patrick IMBERT (Président du Jury)

Madame le Docteur Marion CHAUVET (Directrice de Thèse)

Monsieur le Docteur Farouk BENDAMENE

Résumé :

Contexte : Un soin non programmé (SNP) correspond à une demande de consultation quel qu'en soit le motif, pour le jour même ou le lendemain, adressée au médecin généraliste aux horaires d'ouverture du cabinet. La gestion de ces soins est une problématique d'actualité qui serait en partie responsable de la saturation des services d'urgences en France.

Objectif : Déterminer l'influence de la taille de la patientèle médecin traitant sur la gestion des soins non programmés au cabinet médical chez les médecins généralistes d'Auvergne Rhône-Alpes.

Méthode : Un auto-questionnaire a été adressé par l'URPS – AuRA à tous les médecins généralistes de la région Auvergne Rhône-Alpes dont l'adresse mail était connue Février 2021. Le questionnaire relevait les caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes, l'organisation de leur cabinet et enfin la quantité de soins non programmés effectués sur la semaine du 11 Janvier 2021.

Résultats : 220 questionnaires ont été analysés. La patientèle moyenne des médecins généralistes était de 1086 et ils effectuaient en moyenne près de 4 consultations de soins non programmés par demi-journée. Plus la patientèle des médecins était grande, plus le nombre de soins non programmés effectués était important. L'absence de mode d'exercice particulier et une offre de soin en médecine générale insuffisante dans le territoire d'exercice étaient aussi associés à plus de SNP effectués.

Conclusion : La taille de la patientèle d'un médecin généraliste influe positivement sur le nombre de soins non programmés effectués. Cependant il reste beaucoup de critères (connus ou non) qui influent aussi sur le nombre de SNP effectués.

Mots Clés : Médecine Générale, Soins non programmés, Médecine ambulatoire, Urgences

Abstract:

Context: Unscheduled care (UC) corresponds to a request for consultation, whatever the reason, for the day or the following day, addressed to a general practitioner during opening hours. The management of UCs is a current issue that might be partly responsible for the saturation of emergency departments in France

Objective: To determine the influence of the size of the attending general practitioner's patient base on the management of unscheduled care in Auvergne Rhône-Alpes

Methods: A self-questionnaire was sent by the URPS-AuRA to all general practitioners (GPs) in Auvergne Rhône-Alpes who had an email address in February 2021. The questionnaire recorded the sociodemographic characteristics of the GPs, the organization of their practice and finally the quantity of unscheduled care carried out during the week of January 11th 2021.

Results: 220 questionnaires were analyzed. The average patient base of the general practitioners was 1086 and they performed an average of almost 4 unscheduled care consultations per half day. The larger the GPs patient base was, the greater the number of unscheduled care consultations were performed. The absence of a specific practice pattern and an insufficient supply of general practice in the practice area were also associated with more UCs visits performed.

Conclusion: The size of a GP's patient base has a positive influence on the number of unscheduled care visits performed. However, there are still many criteria (known or unknown) that also influence the number of UCs performed.

Key Words: Ambulatory Care, General practice, Unscheduled care, Office Management