



HAL
open science

Place du Centre de Soins Non programmés de Luçon dans l'accès aux soins du patient : vecteur de changement de l'orientation du parcours de soins du patient ?

Hugo Leschallier de Lisle

► To cite this version:

Hugo Leschallier de Lisle. Place du Centre de Soins Non programmés de Luçon dans l'accès aux soins du patient : vecteur de changement de l'orientation du parcours de soins du patient ?. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04420044

HAL Id: dumas-04420044

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04420044>

Submitted on 26 Jan 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Hugo LESCHALLIER de LISLE

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2023

**Place du Centre de Soins Non programmés de Luçon dans l'accès aux soins du patient :
Vecteur de changement de l'orientation du parcours de soins du patient ?**

Président : Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE

Directeur de thèse : Docteur Adriaan DETAVERNIER

Composition du jury

Président : Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE

Directeur de Thèse : Docteur Adriaan DETAVERNIER

Membres : - Monsieur le Professeur Cyrille VARTANIAN

- Docteur Sandrine HILD

Remerciements :

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE, merci de me faire l'honneur de présider cette thèse et pour l'intérêt porté à mon travail.

A Monsieur le Professeur Cyril VARTANIAN, merci pour l'intérêt porté à ce travail en participant au jury de thèse ainsi que pour votre engagement dans la formation auprès des internes de Médecine Générale de l'Université de Nantes.

A Madame la Docteure Sandrine HILD, merci pour votre temps et votre intérêt. Merci pour votre implication auprès des internes de Médecine Générale de l'Université de Nantes.

A Monsieur le Docteur Adriaan DETAVERNIER, merci de m'avoir accompagné et soutenu tout au long de ce travail. Merci de ton aide et de ton écoute. J'ai plaisir à travailler dans le cabinet voisin, ce qui nous permet d'échanger durant nos fameux soirs de garde. Tes futurs internes seront entre de bonnes mains.

A tous les acteurs de ma formation et personnes rencontrées lors de mes études,

Au Dr GRENIER, mon premier Maître de stage qui a su me faire gagner en autonomie.

Au Dr HOURDIN, chef de service apprécié et respecté. Tu as su fédérer une équipe géniale autour de toi que je salue à cette occasion. Au plaisir de te croiser à l'hôpital ou en dehors.

Au Dr COUILLARD et à l'équipe des urgences de Fontenay le Comte. J'apprécie travailler dans le service que tu soutiens avec force et passion. Déjà 3 ans dans ton cabinet, cela m'a permis d'avoir un aperçu du médecin traitant et je t'en suis reconnaissant. Merci à la MSP Esculape.

Au Pr SENAND et à vos debriefs de qualités qui m'ont permis de progresser.

A ma famille,

A Papa, je te suis reconnaissant pour ton soutien inébranlable tout au long de ces années, parfois difficiles et tumultueuses. A nos animaux qui ont tant compté pour nous. Nous échangeons sur tout sauf sur nos sentiments, mais sache que je serai toujours là pour toi. Merci du fond du cœur.

A Sylvie, tu es une personne au grand cœur et pleine d'énergie, toujours prête à aider tes proches. Je suis content que mon père t'ait trouvé. Je vous souhaite de belles choses en Grèce.

A Anne, la sœur qu'on rêve tous d'avoir. On forme une sacrée team tous les deux ! Merci d'être là, merci de m'avoir transmis ton goût de l'aventure. Tu as trouvé quelqu'un de super

en la personne de Manu et je vous souhaite beaucoup de bonheur, et beaucoup de bivouacs. Je vous embrasse tous les deux.

A Mamie, parce que tu es la femme la plus forte que je connaisse. Tu mérites que l'on soit à tes côtés, tu nous as tant donné. Merci d'avoir toujours été là pour nous Anne et moi. Je t'embrasse mamie.

A Catherine, Gilles et mes cousines. Merci à vous, j'apprécie de vous voir à Porspo à chaque fois que je passe. Je vous embrasse bien fort et une belle réussite pour Caro et Lucile.

A Julie, car maintenant tu es aussi ma famille. Tu es la plus belle chose qui me soit arrivée. Penser à l'avenir à tes côtés me remplit de joie. Merci pour ton soutien sans faille et ta joie de vivre. Bon courage tout de même pour supporter mes prochaines fantaisies. J'en profite pour faire un clin d'œil à Nala et Gimli, nos petits êtres qui comptent tant pour nous.

A mes amis,

Aux Sablais et extensions, sacrée team hétéroclite qu'on forme là. Sans vous l'internat n'aurait pas été le même. J'ai hâte de découvrir la suite des aventures, et voir nos prochaines destinations. Aux Anfray, aux Cheldlinger, aux Bessyard, aux Novalerias et aux Walou. A Tristan et notre coloc/foot/musique, ce 1^{er} semestre était franchement cool. On a passé de chouettes moments, et on en passera d'autres !

A la Meute de loup, à nos soirées mémorables, à nos semaines de ski toutes plus dingues les unes que les autres. Les années passent mais le plaisir de vous retrouver reste intact. Cette meute qui ne cesse de s'agrandir promet de belles choses pour l'avenir.

Aux Nantais, que de belles rencontres. Jerem Lucas et Elliot que j'ai redécouvert avec Adele et Maxou. C'est toujours un plaisir de loper la sortie avec vous.

Ariane, toujours le smile. Toujours partante pour faire quelque chose, je suis content qu'on ait eu le même GEP ! A Romain et notre super coloc, à se friser sur MarioKart. Benjam qui est parti loin aussi, que de bons souvenirs à FLC.

Aux Imposteurs rennais. Greg, Benj, P4, Alex, Victor et Chico. Ces études ont été incroyables. On s'est tellement marré. Que de souvenirs avec vous. Les sous-colles qui dérivent en embuscade, ce voyage en Asie J'espère pouvoir vous croiser plus souvent, quand on sera meilleur en orga. Des bisous les gars.

A JB mon binôme rennais. Nos galères, nos sorties à l'Artiste après la BU... Plein de bonheurs pour toi et ta famille.

Aux Paimpolais, ma seconde famille. A chaque fois qu'on se retrouve c'est énorme, et éprouvant. 20 ans après on est toujours là à raconter n'importe quoi. C'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous. A Carl qui est parti bien loin, mais à qui on pense beaucoup. 30 ans presque qu'on se connaît, on a grandi ensemble comme frère et rien ne change. La famille

s'agrandit avec un/une petit Chico qui arrive, on a tous hâte de voir ça ! Vous êtes les meilleurs les frères. Une pensée pour Thomas.

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Abréviations et acronymes..... | 11 |
| <i>I. Introduction</i> | 13 |
| 1. Contexte | 13 |
| 1.1) Concernant la démographie médicale | 13 |
| a) Quelques chiffres sur la démographie médicale en France..... | 13 |
| b) Quelques chiffres sur la démographie médicale dans les Pays de la Loire et la Vendée..... | 14 |
| 2.1) Une augmentation du nombre de patients sans médecin traitant..... | 16 |
| 3.1) Une augmentation du nombre de passage dans les services d'accueil des urgences..... | 17 |
| 2. Soins non programmés : Définition et contexte..... | 17 |
| 1.1) Définition..... | 17 |
| 2.1) Les acteurs des soins non programmés :..... | 18 |
| a) Le médecin généraliste..... | 18 |
| b) Les services d'accueil des urgences :..... | 19 |
| c) Le SAMU/15 - 116-117 - PDSA | 20 |
| d) Accès aux CSNP en Vendée..... | 20 |
| 3. Une amélioration de l'offre de soins en ville | 21 |
| 4. Pourquoi faire ce sujet ? | 22 |
| <i>II. Matériel et méthodes.....</i> | 23 |
| 1. Type d'étude..... | 23 |
| 2. Durée de l'étude..... | 23 |
| 3. Lieu et Population d'étude | 23 |
| 4. Taille de l'échantillon..... | 23 |
| 5. Critères d'inclusion | 23 |
| 6. Critères d'exclusion | 23 |
| 7. Méthodologie Questionnaire..... | 24 |
| 8. Critère de jugement principal | 24 |
| 9. Critère de jugement secondaire..... | 24 |
| 10. Cadre éthique et réglementaire..... | 24 |

| | |
|---|-----------|
| 11. Déroulement de l'étude..... | 25 |
| 12. Analyse des données et méthodes statistiques | 25 |
| III. Résultats | 26 |
| 1. Caractéristiques des patients..... | 26 |
| 1.1) Caractéristiques socio-démographiques | 27 |
| a) Répartition des participants par genre..... | 27 |
| b) Âge des participants..... | 28 |
| c) Lieu d'habitation..... | 29 |
| d) Catégories socio professionnelles..... | 29 |
| e) Déclaration d'un médecin traitant..... | 31 |
| f) Appel du médecin traitant..... | 32 |
| g) Patients ayant une ALD | 34 |
| h) Complémentaire santé solidaire, anciennement CMU | 36 |
| i) Motif de consultation..... | 38 |
| 2.1) Analyse par sous-groupe selon le motif de consultation..... | 39 |
| a) Comparaison du motif selon la déclaration d'une ALD | 39 |
| b) Comparaison du motif selon la présence d'un médecin traitant..... | 40 |
| c) Comparaison du motif selon la déclaration d'une C2S..... | 41 |
| d) Comparaison du motif selon la tranche d'âge | 42 |
| e) Comparaison du motif selon la catégorie socio-professionnelle | 43 |
| 2. Orientation des patients s'ils n'avaient pas eu accès au CSNP | 44 |
| 1.1) Résultat global | 44 |
| 2.1) Comparaison du choix de l'orientation des patients sans le CSNP selon leur motif de consultation | 45 |
| 3.1) Comparaison du choix de l'orientation des patients sans le CSNP selon qu'ils aient ou non une | |
| complémentaire santé solidaire | 47 |
| 4.1) Comparaison du choix de l'orientation des patients sans le CSNP selon leur catégorie socio- | |
| professionnelle | 48 |
| 5.1) Comparaison du choix de l'orientation des patients sans le CSNP selon la déclaration d'une ALD | |
| 49 | |
| 6.1) Comparaison du choix de l'orientation des patients sans le CSNP selon qu'ils aient ou non un | |
| médecin traitant..... | 50 |
| 7.1) Comparaison du choix de l'orientation des patients sans le CSNP selon la tranche d'âge des | |
| patients 51 | |
| 3. Orientation du patient au décours de la consultation | 52 |

| | |
|---|-----------|
| IV. Discussion..... | 53 |
| 1. Résultats principaux et secondaires de l'étude..... | 53 |
| 1.1) Le contexte : la population étudiée | 53 |
| a) Comparaison de la population étudiée à la population générale sur les données socio-démographiques..... | 53 |
| b) La précarité dans les soins non programmés..... | 55 |
| 2.1) Le critère de jugement principal : la place du CSNP dans le parcours de soin du patient | 58 |
| 3.1) Les critères de jugement secondaires | 61 |
| c) Le CSNP et le renoncement aux soins | 61 |
| d) Place du CSNP dans la prise en charge des pathologies chroniques chez les patients âgés et/ou en ALD | 63 |
| 2. Les autres dispositifs de soin impactés par le CSNP de Luçon | 65 |
| 1.1) La PDSA..... | 65 |
| 2.1) Appel à un organisme de téléconsultation | 65 |
| 3.1) L'automédication | 66 |
| 4.1) L'attente du médecin traitant..... | 66 |
| 3. Forces, limites et perspectives de l'étude | 67 |
| 1.1) Forces..... | 67 |
| 2.1) Limites..... | 68 |
| 3.1) Perspectives..... | 68 |
| a) Etat des lieux à 1 an de la création du CSNP de Luçon | 68 |
| b) Comparaison avec d'autres CSNP de Vendée | 68 |
| c) Répercussions sur l'activité du SAU de Luçon..... | 69 |
| d) Recours à la PDSA | 69 |
| e) Satisfaction des patients sur le système des CSNP | 69 |
| f) Harmonisation des CSNP | 70 |
| g) Lien avec la médecine de ville..... | 70 |
| h) Nouveau dispositif : le SAS | 70 |
| 4.1) Intérêt des résultats de l'Angleterre dans le domaine des soins non programmés. | 71 |
| V. Conclusion | 72 |
| Bibliographie..... | 73 |
| Annexes..... | 80 |

Index des figures

Figure 1 : Evolution du nombre de médecins généralistes et de médecin spécialistes.
En France et en Pays de la Loire entre 2000 et 2022

Figure 2 : Evolution de l'effectif des médecins généralistes en activité régulière de 2010 à 2022 (d'après le panorama de l'ORU)

Figure 3 : Flow-chart de l'étude

Figure 4 : Répartition par genre des patients participants

Figure 5 : Répartition des patients selon les principales tranches d'âge

Figure 6 : Répartition femme/homme selon leur âge

Figure 7 : Répartition selon les catégories socio-professionnelles

Figure 8 : Répartition des patients selon qu'ils aient ou non un médecin traitant

Figure 9 : Appel du médecin traitant avant de faire appel au 116-117 / 15

Figure 10 : Raisons pour laquelle les patients n'ont pu consulter leur médecin traitant

Figure 11 : Déclaration d'une ALD

Figure 12 : Répartition des patients sans ALD selon qu'ils aient ou non un médecin traitant

Figure 13 : Répartition des patients en ALD selon qu'ils aient ou non un médecin traitant

Figure 14 : Répartition des patients ayant une ALD ou non selon qu'ils aient un médecin traitant

Figure 15 : Déclaration d'une C2S

Figure 16 : Répartition des patients selon leur motif de consultation

Figure 17 : Répartition des patients selon leur motif et la déclaration ou non d'une ALD

Figure 18 : Répartition du caractère aigu ou chronique du motif de consultation selon la déclaration ou non d'un médecin traitant

Figure 19 : Répartition des patients ayant ou non d'une complémentaire sociale solidaire selon le caractère aigu ou chronique de la pathologie

Figure 20 : Répartition du motif de consultation selon la tranche d'âge

Figure 21 : Répartition des patients selon leur motif de consultation et leur CSP

Figure 22 : Répartition des patients selon leur choix en cas d'absence de CSNP

Figure 23 : Orientation des patients selon le caractère aigu ou chronique de la pathologie

Figure 24 : Choix d'orientation du patient selon qu'il ait ou non une C2S

Figure 25 : Répartition des patients selon leur CSP et leur choix

Figure 26 : Répartition des patients selon qu'ils aient une ALD et selon leur choix

Figure 27 : Répartition des patients selon qu'ils aient ou non un médecin traitant et selon leur choix

Figure 28 : Répartition des patients selon leur tranche d'âge et leur choix

Figure 29 : Répartition des patients par âge et type de recours en médecine générale

Figure 30 : Comparaison des catégories socio-professionnelles échantillon-Vendée (Insee 2019)

Figure 31 : Evolution des besoins de soins médicaux non satisfaits, par niveau de revenu, moyenne de l'OCDE 2009-2019

Figure 32 : Nombre de consultations médicales en présentiel par personne, 2009,2019 et 2020

Figure 33: Taux standardisés de recours des ligériens aux services d'urgence, selon le code postal de domicile.

Index des tableaux

Tableau 1 : Répartition des participants selon leur sexe.

Tableau 2 : Moyenne d'âge des participants selon leur sexe.

Tableau 3 : Répartition des participants selon les tranches d'âge.

Tableau 4 : Répartition selon les catégories professionnelles

Tableau 5 : Déclaration d'un médecin traitant

Tableau 6 : Appel du médecin traitant avant de consulter au CSNP

Tableau 7 : Raisons pour lesquelles la consultation avec le médecin traitant n'a pu avoir lieu

Tableau 8 : Déclaration d'une ALD

Tableau 9 : Répartition des patients sans ALD selon la déclaration d'un médecin traitant

Tableau 10 : Répartition des patients en ALD selon la déclaration d'un médecin traitant

Tableau 11 : Déclaration d'une ALD

Tableau 12 : Répartition des patients avec ou sans C2S selon la déclaration d'un médecin traitant

Tableau 13 : Répartition des patients ayant ou non une ALD selon leur motif

Tableau 14 : Répartition du motif présenté selon la déclaration d'un médecin traitant

Tableau 15 : Répartition des patients ayant ou non la C2S selon le motif de consultation

Tableau 16 : Répartition du motif selon les tranches d'âge

Tableau 17 : Répartition du choix des patients

Tableau 18 : Répartition des choix selon le motif

Tableau 19 : Répartition des choix selon la déclaration d'une C2S

Tableau 20 : Répartition des choix selon la déclaration d'une ALD

Tableau 21 : Répartition des choix selon la déclaration d'un médecin traitant

Tableau 22 : Répartition des choix selon les tranches d'âge

Tableau 23 : Répartition par âge de notre échantillon

Abréviations et acronymes

ALD : Affection longue durée

APL : Accessibilité potentielle localisée

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

CMU : Couverture maladie universelle

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CSNP : Centre de soins non programmés

CSS (C2S) : Complémentaire santé solidaire

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

GHT : Groupement hospitalier territorial

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

MMG : Maison médicale de garde

ORS : Observatoire régionale de la santé

ORU : Observatoire régionale des urgences

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

RPU : Résumé de passage aux urgences

SAS : Service d'accès aux soins

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SAU : Service d'accueil des urgences

SNP : Soins non programmés

I. Introduction

1. Contexte

En France, l'accroissement des inégalités sociales de santé constitue un problème de santé publique qui nécessite une action urgente. L'identification des catégories sociales à risque est importante dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales de santé et les difficultés d'accès aux soins. (1)

Il y a une augmentation constante de la fréquentation des services hospitaliers d'accueil des urgences au cours des dernières années. Si une partie de cette hausse trouve sa source dans le vieillissement de la population, la sédentarité, les progrès médicaux et la croissance de la prévalence des maladies chroniques, une part non négligeable des passages aux urgences pourrait être prise en charge par la médecine ambulatoire. (2)

La problématique de l'accès aux soins est un sujet majeur de santé publique depuis plusieurs années. En effet, la France, doit faire face à une démographie médicale insuffisante et répartie de manière inégale sur son territoire. Cette situation ne peut répondre aux besoins sanitaires d'une population croissante et vieillissante. De plus, l'augmentation des maladies chroniques et des pathologies lourdes nécessite une prise en charge adaptée et coordonnée des patients. Il est donc important d'élaborer des stratégies pour améliorer l'accès aux soins. L'adaptation de notre système de soins est donc un enjeu majeur pour les années à venir.

1.1) Concernant la démographie médicale

a) Quelques chiffres sur la démographie médicale en France

Au premier janvier 2021, 214 200 médecins de moins de 70 ans étaient en activité (dont 94 538 médecins généralistes). Depuis 2012, cet effectif est globalement stable, la baisse du nombre de généralistes étant compensée par la hausse du nombre de spécialistes, notamment grâce à l'arrivée importante de médecins à diplôme étranger. Plutôt âgée, cette profession tend à se féminiser avec les jeunes générations.

La stagnation globale de l'effectif recouvre des évolutions contrastées selon les spécialités. Depuis 2012, le nombre de médecins généralistes a chuté de 5,6 % alors que le nombre de médecins d'autres spécialités a augmenté de 6,4 %. (3)

De 2012 à 2021, l'exercice libéral se raréfie ; les médecins sont de plus en plus nombreux à choisir un exercice mixte, combinant des activités libérales et salariées, sans que cela ne compense la diminution du nombre de professionnels en exercice exclusivement libéral. Alors que les problématiques de besoins en santé sont claires, la pratique des médecins généralistes semble évoluer. Ceux-ci aspirent à construire leur identité professionnelle loin du modèle sacerdotal de leurs aînés, à la recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle et aspirent à un rythme de vie plus proche de celui de l'ensemble de la population. (4) (5)

Le nombre de médecins généralistes va continuer à décroître dans les prochaines années au fur et à mesure des départs en retraite non remplacés (Figure 1). Il y a de plus une répartition des professionnels de santé inégale sur les territoires. (6) (7)

Au cours des treize dernières années, l'activité salariée a détrôné l'activité libérale. Au premier janvier 2023, l'Ordre a dénombré 48,2 % de médecins salariés, 41,5 % de médecins libéraux exclusifs et 10,2 % de médecins ayant une activité mixte. (8)

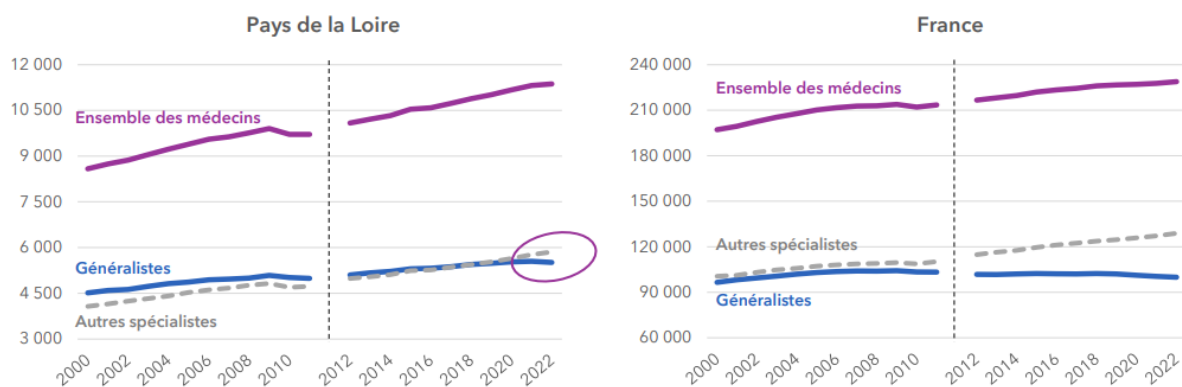
b) Quelques chiffres sur la démographie médicale dans les Pays de la Loire et la Vendée

Dans la région Pays de la Loire, une augmentation globale de 411 médecins généralistes a été observée entre 2012 et 2022. Cependant, il convient de noter que pour la première fois depuis cette période, une baisse de 40 médecins généralistes a été observée sur le territoire entre 2021 et 2022.

En Vendée, le nombre de médecins généralistes a augmenté au cours de la période 2012-2022, avec une augmentation de 37 praticiens, portant le nombre total à 850. Cependant, malgré cette augmentation, il est important de noter que la densité de médecins généralistes en Vendée est encore inférieure à la moyenne nationale, avec seulement 145 médecins pour 100 000 habitants, contre 149 pour 100 000 habitants en France. Ceci s'explique en partie par la croissance démographique départementale (dont une migration de personnes âgées à la retraite sur le territoire vendéen). La démographie en Vendée en 2019 était de 685 442 habitants. En 2008, on recensait 616 906 habitants. (9)

Sur le territoire de la CPTS Plaine et Marais, il y a 42 médecins pour 66 550 habitants (dont 24 ayant moins de 60 ans). (10)

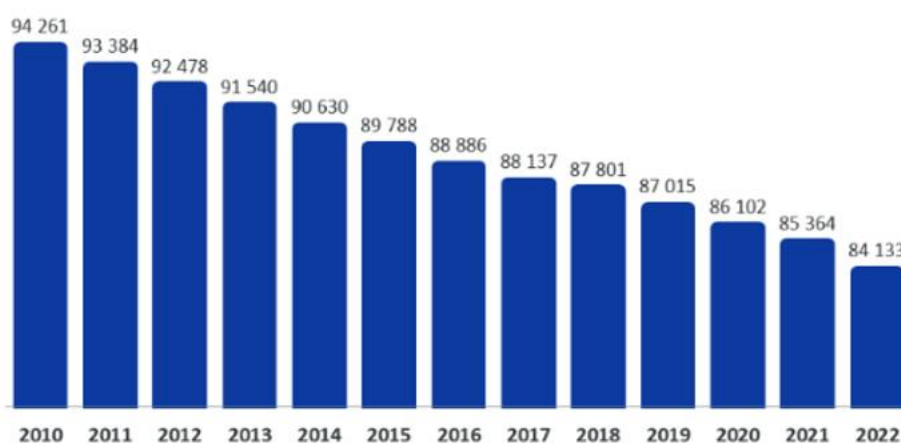
Il est important de souligner que cette situation peut entraîner des conséquences importantes sur l'accès aux soins pour les habitants de la Vendée.



Sources : Drees / Asip-Santé, répertoires Adeli et RPPS - Exploitation ORS Pays de la Loire
 * Y compris médecins remplaçants. ----- Rupture de série : Adeli (2000-2011), RPPS (2012-2022)

Figure 1 : Evolution du nombre de médecins généralistes et de médecin spécialistes.
En France et en Pays de la Loire entre 2000 et 2022.

Un des facteurs importants à prendre en compte en plus du nombre de médecins est l'activité régulière de ces derniers. Selon le Conseil National de l'Ordre de Médecins, le nombre de médecins généralistes en activité régulière en Vendée est en baisse de 6.2 % en 12 ans. Le taux de couverture est également en décroissance, passant de 1.1 médecin généraliste pour 1000 habitants en 2010 à 0.91 médecin généraliste pour 1000 habitants en 2020. (11)



D'après nos analyses et le calcul du taux de croissance annuel moyen, la tendance à la baisse des effectifs des médecins généralistes en activité régulière se poursuivrait jusqu'en 2025, pour atteindre un effectif de 81 912 médecins (Figure 11).

Figure 2 : Evolution de l'effectif des médecins généralistes en activité régulière de 2010 à 2022 (d'après le CNOM)

Concernant l'accès aux soins en médecine générale, L'accessibilité potentielle localisée (APL, nombre moyen de consultations accessibles par an et par habitant) est de 2.8 en Vendée contre 3.0 en France. Une baisse de 0.1 est observée sur la période de 2015 à 2021 (en partie dûe à l'augmentation de la population départementale). (12)

2.1) Une augmentation du nombre de patients sans médecin traitant

Selon une enquête réalisée en 2021 par la Fédération des Médecins de France, près de 10 % des patients en France ne disposent pas d'un médecin traitant. En Vendée, 16 % ont déclaré ne pas avoir de médecin traitant. (13) Cela est dû à plusieurs facteurs tels que le manque de disponibilité des médecins dans certaines régions, le vieillissement et l'augmentation de la population ainsi qu'une baisse de l'activité régulière des médecins. (12)

Nous observons, fin 2022, 714 000 patients en ALD sans médecin traitant, représentant 10 % des patients sans médecin traitant et 5.5 % des patients en ALD. (14)

3.1) Une augmentation du nombre de passage dans les services d'accueil des urgences.

Nous constatons chaque année une augmentation du nombre de passages de patients dans les SAU. En 2019, les urgences françaises ont pris en charge 22 millions de passage. En 1996, le nombre de passages aux urgences s'établissait à 10,1 millions. Le nombre d'admissions aux urgences augmente de 3.5 % chaque année en moyenne. (15) Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela, comme le vieillissement de la population, la difficulté d'accès aux soins primaires et la croissance démographique.

L'augmentation de la demande liée à de nouvelles habitudes de consommation et une modification de l'offre de soins, notamment de santé primaire, créent un déséquilibre. L'absence de médecin traitant ou la difficulté d'y avoir accès entraîne une augmentation du recours aux urgences hospitalières pour des motifs relevant de la prise en charge ambulatoire. L'absence de réponse à un problème médical entraîne également une augmentation du recours à la PDSA.

43 % des patients accueillis aux urgences pourraient être pris en charge dans un cabinet, une maison ou un centre de santé, sous réserve d'avoir pu trouver un rendez-vous le jour même ou le lendemain. (16)

Les SAU sont devenus un point de passage de tout parcours de soins, même non urgent, lorsque l'accès aux soins en ville est devenu trop complexe. (17)

2. Soins non programmés : Définition et contexte

1.1) Définition

Le concept des soins non programmés s'est beaucoup développé au gré de la diminution de la démographie médicale et de la majoration de la demande des soins.

Les centres de soins non programmés (CSNP) sont des structures médicales accueillant les patients entre 8h30 et 18h du lundi au vendredi sur appel principalement de la régulation du 15/116-117. Ce centre permet de répondre aux besoins ressentis par les patients comme urgent mais ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Les centres de soins non programmés ont été créés pour répondre à la demande croissante de soins de santé primaires. Ces centres sont souvent situés à proximité des services d'urgence, et sont conçus pour prendre en charge les patients qui ne peuvent pas trouver de rendez-vous de consultation avec un médecin généraliste.

Ces centres ont donc pour but d'apporter une offre de soins de proximité tout en restant en lien avec la médecine générale de ville avec qui ils peuvent communiquer (exemple : envoi de compte rendu de consultation). Un des objectifs est la diminution du nombre de passages au SAU et de permettre un accès à un médecin généraliste pour les patients n'ayant pas de médecin traitant. Ils permettent de plus d'apporter une aide aux médecins généralistes installés lorsqu'un cabinet médical ferme (déménagement, départ en retraite, congé ou autre).

Les soins non programmés décrits par la DREES en 2004 regroupent un ensemble de situations larges et diverses. Il s'agit :

- Des urgences médicales repérées comme telles par un médecin,
- Des recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet,
- Des recours intervenant pendant les horaires d'ouverture du cabinet du médecin avec des patient déclarant avoir eu « besoin de voir un médecin dans la journée »,
- Des recours aux urgences. (18)

Il s'agit donc de demandes de consultation quel qu'en soit le motif pour le jour même voire le lendemain. Définition que l'on retrouve également dans le Panel des médecins généralistes : Ces demandes de consultations ne sont pas forcément des urgences médicales mais peuvent être ressenties comme telles par les patients (urgences ressenties) avec une demande de réponse immédiate. (19)

2.1) Les acteurs des soins non programmés :

a) Le médecin généraliste

Les médecins généralistes de ville représentent un des acteurs principaux dans les soins non programmés (SNP) et s'organisent pour pallier à cette demande. Selon la DREES, 82 % des médecins interrogés proposent des places de SNP au quotidien. (20)

En Pays de la Loire, 6 médecins sur 10 déclarent que plus de 20 % de leur activité est attribuée à la prise en charge des SNP. (19)

Cependant, malgré de nombreux efforts, la plupart des médecins généralistes ne parviennent plus à satisfaire toutes les demandes de rendez-vous. Lorsque les capacités de réponse du médecin ne sont pas suffisantes, une réorientation du patient est proposée vers un confrère. Mais lorsque l'offre de soins de premier recours est elle-même insuffisante sur un territoire, une réorientation vers les urgences ou le centre 15/116-117 est parfois la seule alternative. Lorsqu'ils ne peuvent répondre favorablement aux demandes de SNP, la moitié des

médecins généralistes français réorienté vers le secteur libéral et un quart vers les SAU ou les services d'aide médicale urgente (SAMU centre 15). (20)

b) Les services d'accueil des urgences :

Les SAU sont devenues par la force des choses un acteur dans les SNP ambulatoires. L'augmentation des soins non programmés participe à l'engorgement croissant des services d'urgence du fait d'un manque de possibilité d'accès aux soins en ville. Ce dysfonctionnement dans cette organisation ne favorise donc pas une prise en charge optimale de ces patients par la médecine de ville. Ils échappent ainsi au parcours de soins structuré permettant d'assurer la coordination et la pertinence des soins, et le suivi des patients sur le long terme.

Pour évaluer la gravité des patients admis dans les SAU, les urgentistes utilisent une échelle de gravité appelée CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences. Il s'agit d'une codification avec cinq classes possibles, évaluant l'état du patient à son entrée dans le SAU, à l'issue de l'examen clinique initial incluant les examens complémentaires simples réalisables au lit du patient :

- Les CCMU 1 et 2 correspondent à un état clinique jugé stable, sans (CCMU 1) ou avec (CCMU 2) la réalisation d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques.

- La CCMU 3 correspond à un patient dont l'état clinique est susceptible de s'aggraver aux urgences mais dont le pronostic vital n'est pas engagé.

- Les CCMU 4 et 5 signifient que le pronostic vital est engagé, sans (CCMU 4) ou avec (CCMU 5) indication de gestes de réanimation immédiats. (21)

La majorité des passages aux urgences est évaluée CCMU 1 et 2. Les urgences voient ainsi leur rôle se modifier et « tendent à devenir des services de soins non programmés », souligne la Cour des Comptes.

Selon la Cour des Comptes, en se fondant sur la classification clinique des malades aux urgences (CCMU), renseignée en France par l'urgentiste après la prise en charge du patient, environ 20 % auraient pu donner lieu à une prise en charge en ville en médecine générale. (22) Concernant la région des Pays de la Loire, 14 % des passages correspondent à une catégorie CCMU 1. (21)

Il apparaît au total bien difficile de distinguer l'urgence médicalement justifiée de l'urgence ressentie, ou simplement de l'urgence constituée par l'absence de solution identifiée de prise en charge alternative.

c) Le SAMU/15 - 116-117 - PDSA

Les numéros d'urgence et la PDSA sont un des recours possibles pour les patients ne sachant vers qui se tourner. Les médecins généralistes en ville invitent leurs patients à appeler le 15 ou le 116-117 lorsqu'ils ne peuvent pas les recevoir. La PDSA est une organisation d'offre de soins qui permet de maintenir la continuité et l'égalité d'accès aux soins, aux heures habituelles de fermeture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures en semaine et les dimanches et jours fériés.

De nombreux patients se retrouvent sans médecin traitant lors d'un départ à la retraite non remplacé et les médecins restants ont une patientèle déjà au-delà de la capacité moyenne. Dans les villes de moyenne et de grande tailles, un dispositif type SOS médecins est parfois en place et permet d'augmenter l'offre de soins. La Vendée n'en est cependant pas pourvue.

d) Accès aux CSNP en Vendée.

En janvier 2022 un CSNP à Luçon est expérimenté afin d'améliorer la réponse aux besoins de santé des habitants. Il permet d'apporter une réponse à un problème aigu ou chronique pour les patients ne trouvant pas de réponse au sein des cabinets de médecine générale du territoire. (23)

Pour avoir accès à une consultation au CSNP, les patients doivent contacter le 15 ou le 116-117. Sur le site de Luçon, un accès à l'agenda est également ouvert aux pharmacies adhérentes à la CPTS et aux secrétaires médicales des cabinets médicaux du territoire si besoin d'y orienter un patient sans devoir repasser par la régulation. D'après les données recueillies, sur la période d'étude, 58 % des patients consultants sont passés par la régulation, 5 % par les cabinets médicaux, 6 % par les urgences de Luçon, 11 % par les pharmacies, 20 % par le CSNP lui-même (re-convocation, patient allant eux-mêmes voir la secrétaire, transfert d'appel par les pharmacies).

Pour répondre à une demande croissante de soins, un numéro dédié à la permanence de soins a été attribué, selon l'article 75 de la loi de modification du système de santé du 26 janvier 2016. Le choix du 116-117 comme numéro national de permanence de soins est confirmé par décret le 22/07/2016 et la région Pays de la Loire a été une des régions pilotes de la mise en place de ce système. (24)

La régulation médicale est un acte médical à part entière, engageant la responsabilité médico-légale du médecin régulateur. Cette régulation doit permettre d'évaluer l'état de santé

du patient, de déterminer le niveau d'urgence et de déclencher dans le délai le plus rapide la meilleure réponse.

Une mission encadrée par le Dr Braun (Ministre de la santé du 04/07/2022 au 20/07/2023) a favorisé la diffusion d'un message « Appelez ! » suite à la « mission flash » avant l'été 2022 pour répondre à la crise des urgences. L'objectif de cette campagne étant de tendre vers le bon usage des services d'urgence et de ramener les soins non programmés non pas vers les urgences mais vers la médecine de ville et notamment vers les CNSP si besoin. (25)

Le centre de soins non programmés propose un planning ouvert pour les consultations, disponible 48 heures à l'avance. Cette approche permet aux médecins régulateurs de fixer des rendez-vous de consultation et de bénéficier d'une plus grande flexibilité dans la gestion des patients qu'ils prennent en charge.

Les pharmacies et secrétariats médicaux sont connectés au planning du CSNP. Certains patients peuvent se voir attribuer un rendez-vous de consultation si le planning le permet, aussi bien pour de la pathologie aiguë que pour de la pathologie chronique. Quelques plages de consultations leur sont ouvertes, la majorité étant attribué à la régulation médicale.

3. Une amélioration de l'offre de soins en ville

Les « Maisons médicales de garde » (MMG) ont été créés en France en 2004. Cette initiative a été mise en place dans le but de garantir une prise en charge médicale en dehors des heures d'ouvertures des cabinets médicaux, notamment en soirée, la nuit, les week-ends et les jours fériés. Ces MMG sont destinées à traiter les cas urgents, après régulation médicale téléphonique, qui ne peuvent pas attendre une consultation chez un médecin généraliste. Depuis leur création, ils ont contribué à améliorer l'accès aux soins de santé en France, en offrant une alternative aux SAU des hôpitaux. (26)

En Vendée, 6 CSNP ont ouvert dans l'année 2022 : La Roche-sur-Yon, les Sables d'Olonne, Fontenay-le-Comte, les Herbiers, Challans et Luçon. L'offre de soins ambulatoire a ainsi été augmentée sur le territoire. (27) (28)

Enfin, les enjeux de la permanence de soins primaires dépassent souvent les seuls objectifs d'efficacité et d'équité géographique d'accès aux soins, dans la mesure où il s'agit également d'un instrument potentiel de lutte contre les inégalités sociales de santé.

4. Pourquoi faire ce sujet ?

J'ai effectué mon stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) à l'hôpital de Fontenay-le-Comte au sein du SAU en binôme avec un autre médecin. Nous prenions en charge exclusivement les patients n'ayant pas de médecin traitant. Notre activité tendait à s'approcher au maximum de celle d'un cabinet de médecin généraliste classique avec des consultations de suivi, quelques créneaux dit « d'urgence », une lecture des résultats et des courriers. Les urgentistes pouvaient selon le planning nous demander de réévaluer à court terme certains patients sortants des urgences, mais sans médecin traitant. Ce stage m'a permis de comprendre l'impact que pouvait avoir ce genre de pratique.

Par la suite, en plus d'une activité fixe en cabinet libéral à Luçon, j'ai pu travailler dans ces CSNP, à Luçon, Fontenay-le-Comte et Châteaubriant et ai pu constater de ma courte expérience le service rendu aux patients consultants.

Le CSNP trouve à mon sens sa place dans le parcours de soins des patients car il permet de rediriger ces soins non programmés vers la médecine de ville, qui paraît être l'orientation la plus adaptée à la problématique rencontrée par le patient. Remettre les soins ambulatoires dans les mains des médecins généralistes est essentiel.

Comme ce système est en phase d'expérimentation, il est important de se poser des questions sur le rôle du CSNP dans le parcours de soins du patient. En effet, l'objectif de ces centres est principalement d'améliorer la réponse aux besoins de soins médicaux non programmés relevant de la médecine générale pour les patients ne trouvant pas de réponse au sein des cabinets du territoire. Ils permettent également de soulager la pression sur les services d'accueil d'urgence. Quelle proportion de patients se serait dirigée vers les services d'accueil d'urgence s'ils n'avaient pas eu la possibilité d'accéder aux centres de soins non programmés ? Est-ce que ces centres encouragent les patients à se rendre plus souvent chez un médecin généraliste, en évitant un renoncement aux soins ? Est-ce que les patients iront y réaliser leur suivi chronique ? Toutes ces questions doivent être examinées pour comprendre pleinement l'impact des CSNP sur le système de santé et sur les patients. Le fait de déclarer vouloir se rendre aux urgences en cas d'absence de réponse possible par la régulation ou le CSNP montre bien le besoin ressenti par les patients d'obtenir une réponse rapide à un problème.

Dans le but d'apporter une réponse à ces questionnements il a été décidé d'étudier la place du CSNP de Luçon dans le parcours de soin du patient. L'originalité de cette étude est qu'elle est centrée sur l'usage du système de soin par les patients, véritables acteurs de leur parcours de santé, afin de connaître leur choix de prise en charge.

II. Matériel et méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, monocentrique, avec un questionnaire à remplir par les patients consultants, délivré par les secrétaires d'accueil de l'Hôpital de Luçon.

2. Durée de l'étude

Le recueil de données s'est déroulé du 9 janvier 2023 au 10 février 2023 soit sur 5 semaines, en dehors d'une période de vacances scolaires sur la zone étudiée. Les journées de consultation s'étendent de 8 heures 30 à 18 heures.

3. Lieu et Population d'étude

L'enquête a été réalisée sur le site du CSNP, ouvert en janvier 2022, situé au sein de l'Hôpital de Luçon, établissement rattaché au groupement hospitalier territorial de Vendée (GHT85).

La population étudiée est celle ayant eu accès au centre de soins non programmés.

4. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été fixée initialement à 200 participants, visant un taux de participation à 30 % pour 600 places de consultation.

5. Critères d'inclusion

Tous les questionnaires ayant été correctement remplis ont été inclus dans l'analyse, que les participants soient mineurs ou majeurs.

6. Critères d'exclusion

Les questionnaires n'ayant pas été remplis complètement ont été exclus de l'analyse. Les patients majeurs incapables ont été exclus de l'analyse.

7. Méthodologie questionnaire

Le questionnaire comporte 12 questions dont 11 à destination des patients et une à destination du médecin afin de remplir le diagnostic ou l'hypothèse diagnostique et l'orientation du patient.

Les questions sont fermées et à choix simple. Le questionnaire a été rajouté en annexe (Annexe 1). Nous cherchions d'abord à évaluer les caractéristiques sociodémographiques du patient, à savoir leur sexe, leur âge, leur secteur d'activité professionnelle selon l'Insee, leur code postal et leur couverture ou non par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).

De plus, nous demandions s'ils avaient un médecin traitant et une Affection Longue Durée (ALD).

Ensuite, nous demandions s'il s'agissait d'un motif de consultation aigu ou chronique.

Puis il leur a été demandé leur choix et recours en cas d'absence du CSNP (Urgences, renoncement, automédication, PDSA...).

Enfin, le médecin consultant indiquait le devenir du patient : retour à domicile, urgences ou avis spécialisé.

8. Critère de jugement principal

L'objectif principal de ce travail était de déterminer la place du CSNP dans le parcours de soins du patient et plus précisément si cela prévenait un passage aux urgences évitable.

9. Critère de jugement secondaire

Nous souhaitions avoir un regard sur la place du CSNP dans le renoncement aux soins et dans la prise en charge des maladies chroniques.

10. Cadre éthique et réglementaire

Cette étude respecte la méthodologie de référence MR004, après avis auprès du coordonnateur de recherche en soins primaires du CHU de Nantes et de l'Université de Nantes et n'a donc pas nécessité la déclaration Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Les données sont anonymes. Il n'était donc pas nécessaire d'obtenir l'avis du Comité de Protection des Personnes ni de promoteur ou d'assurance. Elle ne relève donc pas non plus du Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD).

11. Déroulement de l'étude

Les patients ayant un rendez-vous au CSNP s'enregistrent avant la consultation à l'accueil de l'hôpital. Au moment de l'enregistrement, les secrétaires donnaient le questionnaire afin que les participants puissent le remplir dans la salle d'attente.

Le questionnaire était ensuite recueilli par le médecin généraliste effectuant la consultation.

Les questions portaient notamment sur les données du patient, les caractéristiques socio-démographiques, la présence ou non d'un médecin traitant, le caractère aigu ou chronique du motif de consultation et l'alternative qu'ils auraient choisie s'ils n'avaient pas eu accès au centre de soins non programmés.

Le recueil des données a été effectué par un seul investigateur.

L'identité des participants n'a pas été relevée.

Le questionnaire se trouve en annexe de la thèse (Annexe 1).

12. Analyse des données et méthodes statistiques

La retranscription des réponses a été faite sur le logiciel Excel. L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel pvalue.io.

Dans un premier temps, une description des caractéristiques socio-démographiques et médicales a été réalisée sur l'échantillon. Dans un second temps a été étudié le recours des participants aux différentes options s'ils n'avaient pas eu accès au CSNP, en fonction des différents critères remplis sur le questionnaire.

Une analyse descriptive a été faite de l'ensemble des données. L'ensemble des p a été interprété au seuil de significativité de 5 % ($p < 0.05$) avec l'utilisation du test de Chi². Lorsque cela a été nécessaire, un calcul des résidus de Pearson a été réalisé avec un intervalle de confiance compris entre [-1,96 ; 1,96] avec des résultats en valeur absolue.

III. Résultats

1. Caractéristiques des patients

Le recueil a été effectué sur 5 semaines de la période du 9 janvier 2023 au 9 février 2023. Il y a eu sur cette période 502 consultations. 377 participants ont répondu au questionnaire qui leur avait été remis. 28 questionnaires ont été exclus. 349 questionnaires ont été retenus pour un taux de participation de 70 % des consultants.

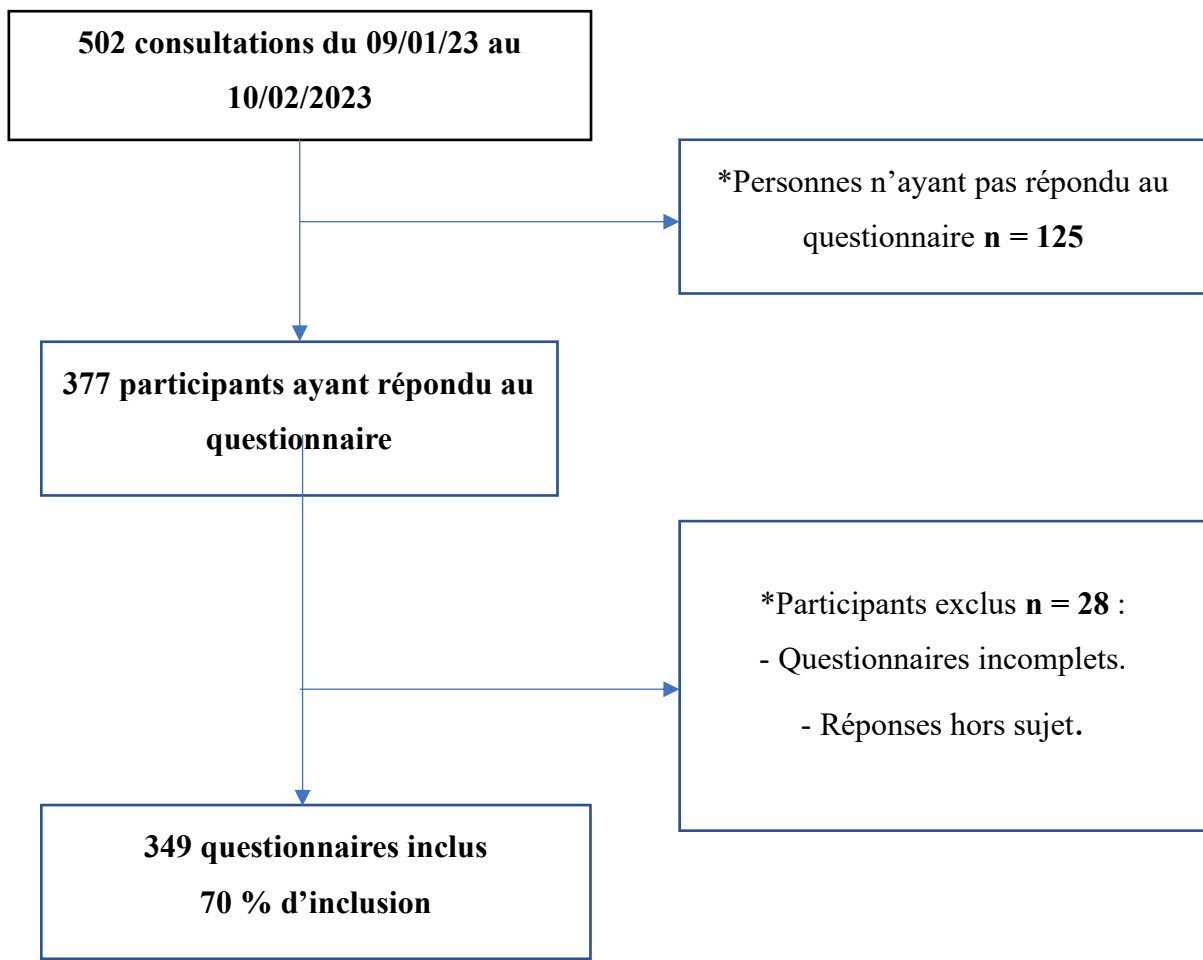


Figure 3 : Flow-chart de l'étude

1.1) Caractéristiques socio-démographiques

a) Répartition des participants par genre

La population d'étude est composée de 205 femmes et de 144 hommes, soit un sex-ratio de 1,42.

Nous n'observons pas de différence significative entre les deux groupes.

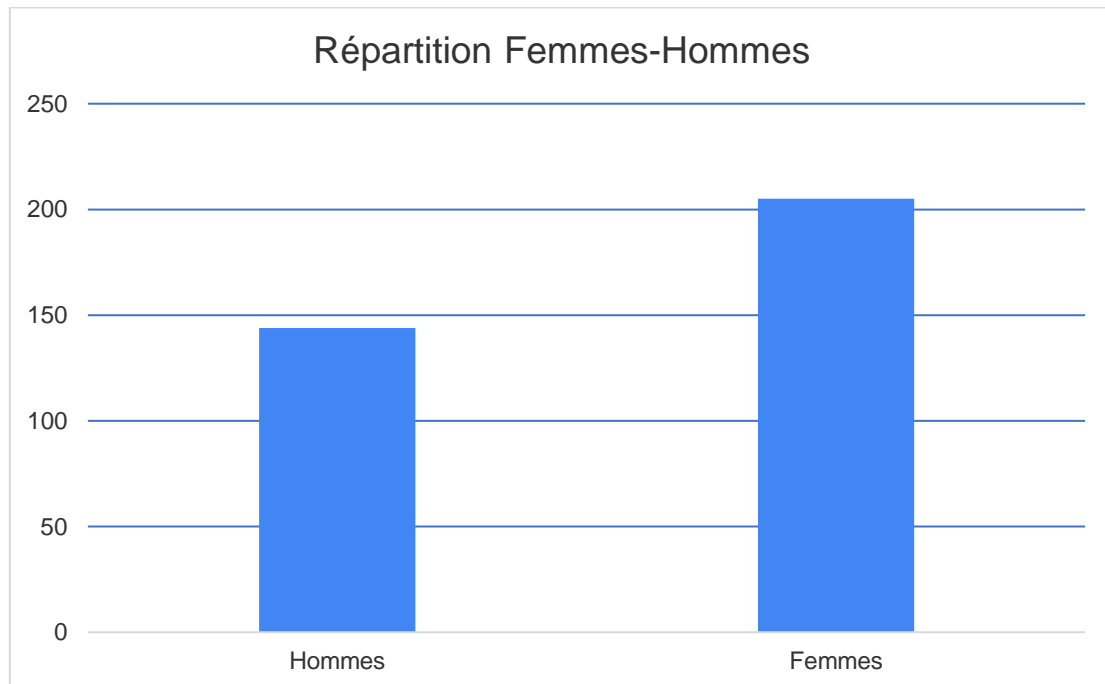


Figure 4 : Répartition par genre des patients participants

| Sexe | Nombre | Proportion |
|--------|--------|------------|
| Hommes | 144 | 41 % |
| Femmes | 205 | 59 % |

Tableau 1 : Répartition des participants selon leur sexe

b) Âge des participants

L'âge moyen des participants est de 45 ans, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

| | Femmes (n = 205) | Hommes (n = 144) | n | p |
|---------------|------------------|------------------|-----|------|
| Moyenne d'âge | 45,8 | 45,9 | 349 | 0,97 |

Tableau 2 : Moyenne d'âge des participants selon leur sexe

Nous pouvons observer que la classe d'âge la plus représentée était celle de 50-74 ans.

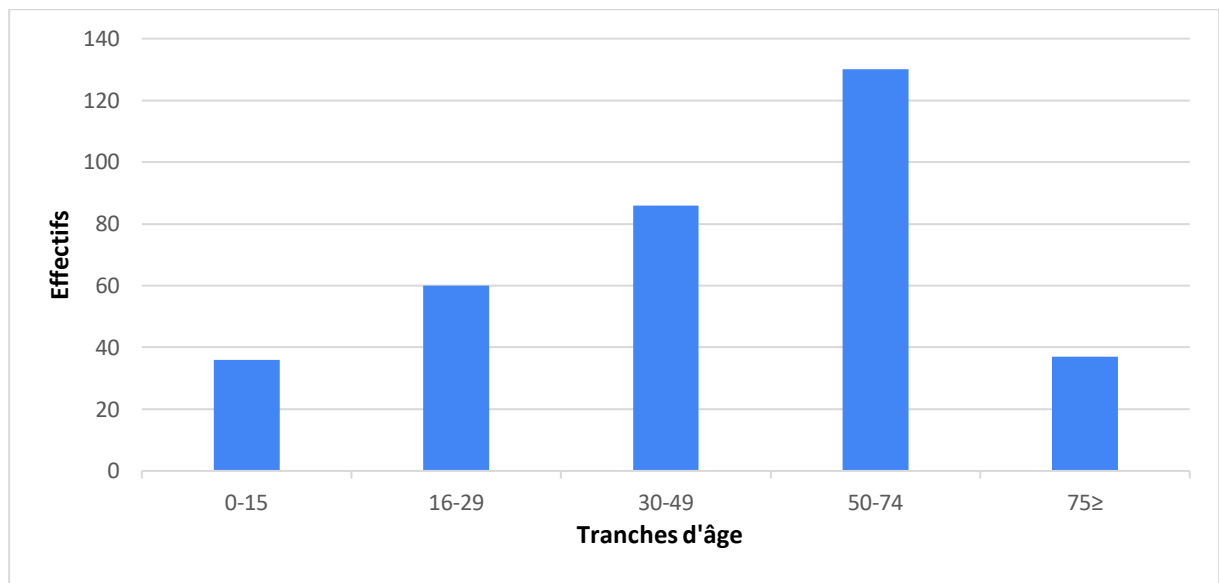


Figure 5 : Répartition des patients selon les principales tranches d'âge

| Tranches d'âge | 0-15 | 16-29 | 30-49 | 50-74 | 75≥ |
|----------------|------|-------|-------|-------|------|
| Effectifs | 36 | 60 | 86 | 130 | 37 |
| Proportion | 10 % | 17 % | 25 % | 37 % | 11 % |

Tableau 3 : Répartition des participants selon les tranches d'âge

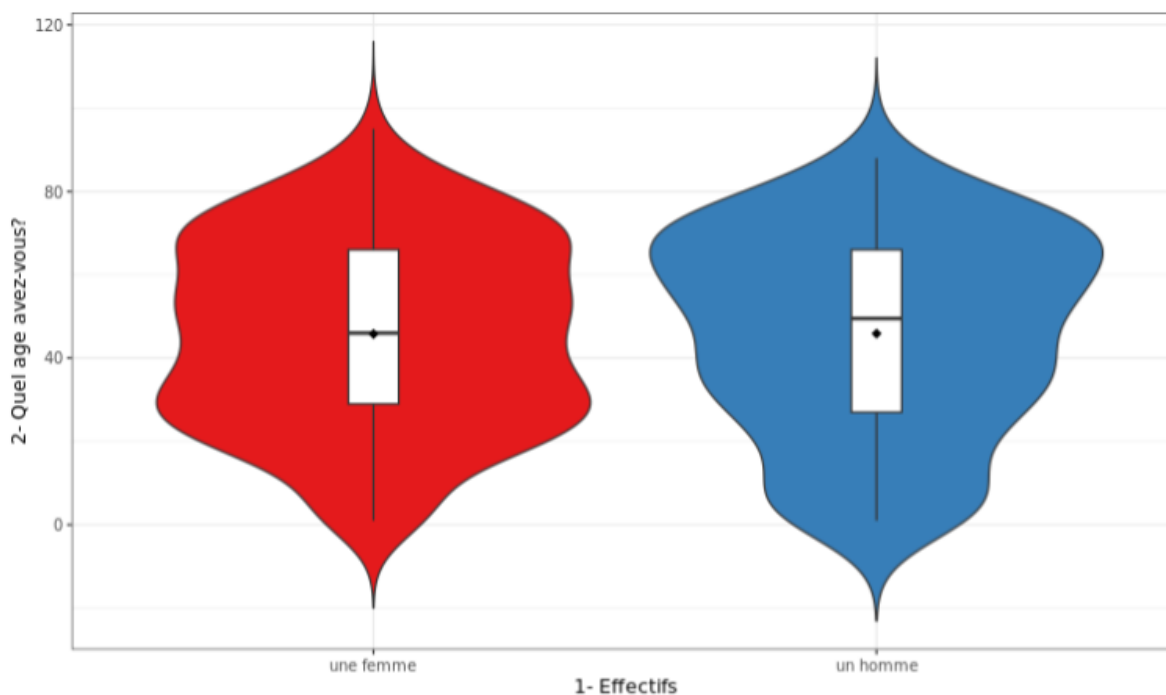


Figure 6 : Répartition femme/homme selon leur âge

Nous n'observons pas de différence significative entre les deux sexes.

c) Lieu d'habitation

Les patients ayant participé à l'enquête habitent pour 95 % d'entre eux (n = 329) dans le département de la Vendée. Le recueil des données a été effectué en dehors des périodes de vacances scolaires afin d'avoir une population moins impactée par les départs et arrivées de vacanciers.

d) Catégories socio-professionnelles

La portion de la population la plus représentée sur cet échantillon était les retraités avec 36 % de l'effectif (n = 107). Les employés représentaient 24 % et les personnes sans activité professionnelle 10 %. Les mineurs et étudiants quant à eux représentaient 16 % de la population étudiée. Nous retrouvons les cadres et agriculteurs exploitants dans une moindre mesure avec respectivement 3 et 4 % de l'échantillon. Les ouvriers et professions intermédiaires étaient également peu représentés avec 6 et 7 %.

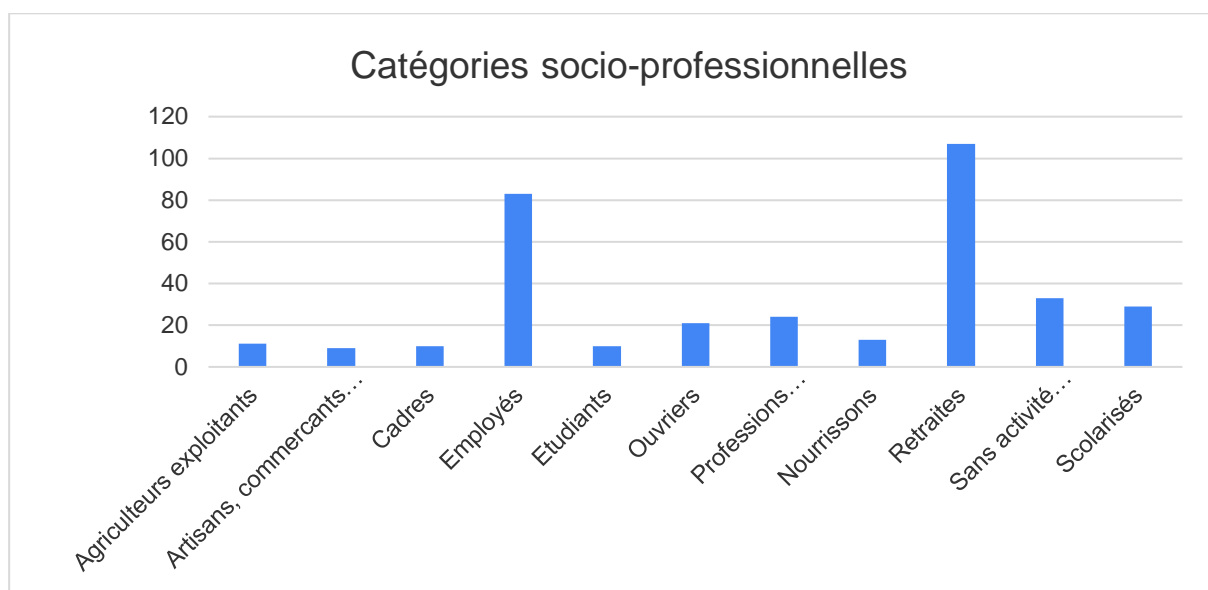


Figure 7 : Répartition selon les catégories socio-professionnelles

| Catégories professionnelles | n | Proportion |
|---|----------|-------------------|
| Agriculteurs exploitants | 11 | 3 % |
| Artisans, commerçants et chefs d'entreprises | 9 | 3 % |
| Cadres | 10 | 3 % |
| Employés | 83 | 24 % |
| Etudiants | 10 | 3 % |
| Ouvriers | 21 | 6 % |
| Professions intermédiaires | 24 | 7 % |
| Nourrissons | 13 | 4 % |
| Retraités | 107 | 30 % |
| Sans activité professionnelle | 33 | 9 % |
| Scolarisés | 29 | 8 % |

Tableau 4 : Répartition selon les catégories professionnelles

e) Déclaration d'un médecin traitant

182 participants ont déclaré avoir un médecin traitant, soit 52 %, contre 168 participants n'en ayant pas, soit 48%.

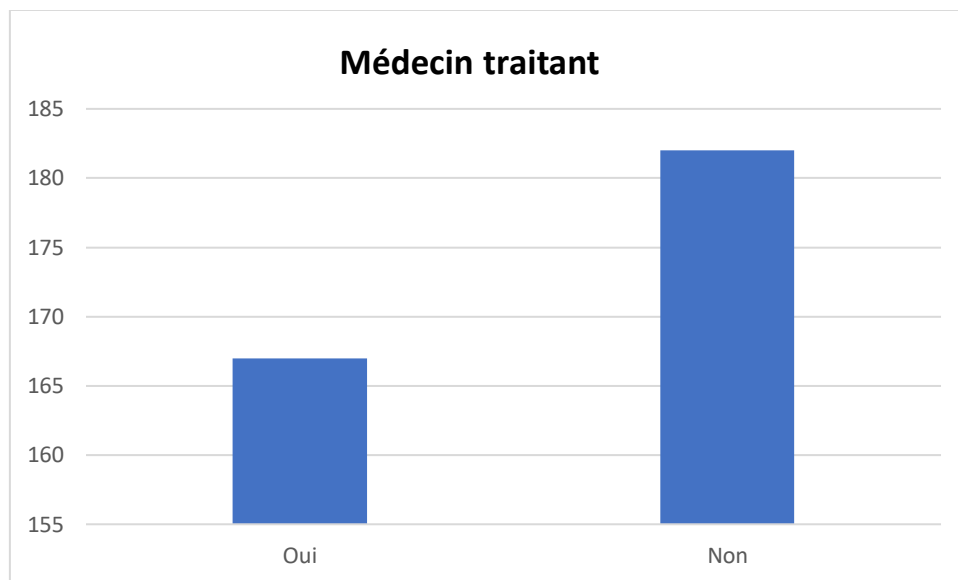


Figure 8 : Répartition des patients selon qu'ils aient ou non un médecin traitant

| Médecin traitant | Oui | Non |
|-------------------------|------|------|
| Effectif | 167 | 182 |
| Proportion | 48 % | 52 % |

Tableau 5 : Déclaration d'un médecin traitant

f) Appel du médecin traitant

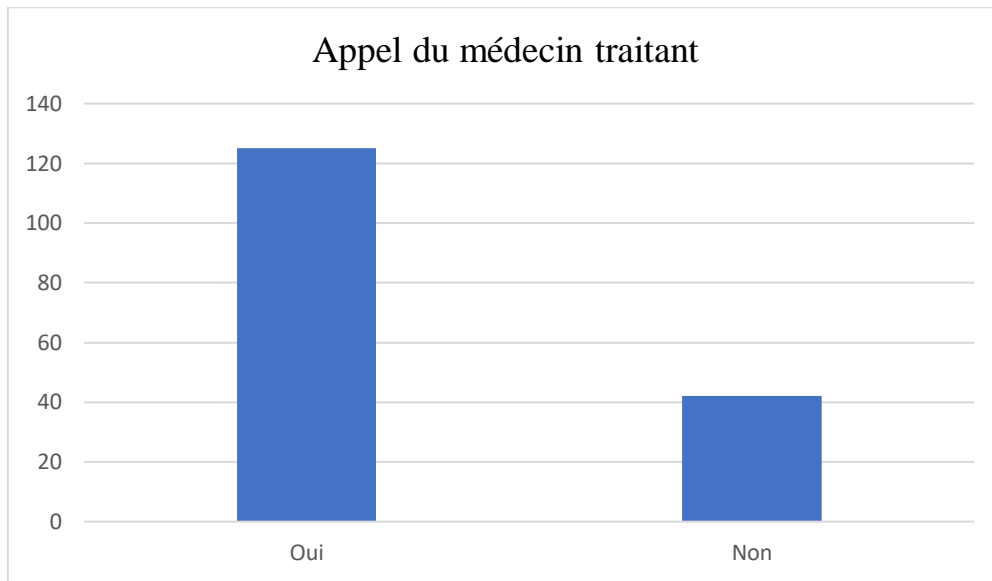


Figure 9 : Appel du médecin traitant avant de faire appel au 116-117 / 15

| | Oui | Non |
|---------------------------|------------|-----------|
| Appel du médecin traitant | 125 (74 %) | 42 (26 %) |

Tableau 6 : Appel du médecin traitant avant de consulter au CSNP

Nous pouvons observer que 26 % des patients ayant un médecin traitant n'ont pas essayé de le joindre.

Dans les 74 % des patients qui ont appelé leur médecin traitant, plusieurs raisons leur ont été proposées afin de savoir pourquoi le recours au CSNP a été nécessaire :

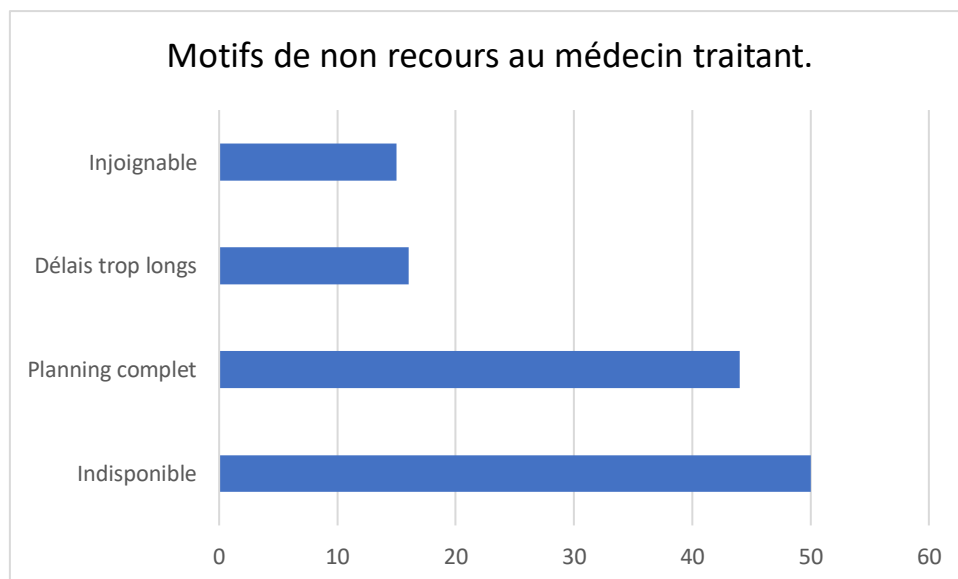


Figure 10 : Raisons pour laquelle les patients n'ont pu consulter leur médecin traitant

| Indisponible | Planning complet | Délais trop longs | Injoignable |
|--------------|------------------|-------------------|-------------|
| 50 | 44 | 16 | 15 |

Tableau 7 : Raisons pour lesquelles la consultation avec le médecin traitant n'a pu avoir lieu

Pour 40 % des patients, leur médecin traitant était indisponible (congé, arrêt...).

Pour 35 % des patients, le planning du médecin était complet.

Pour 13 % des patients, le délai d'attente pour être reçu en consultation était jugé trop long.

Pour 12 % des patient, le médecin traitant était injoignable.

Nous avons essayé d'explorer le délai de consultation lorsque c'était la raison évoquée par le patient mais nous avons recueilli seulement 8 réponses (le délai proposé était entre 15 jours et 1 mois).

g) Patients ayant une ALD

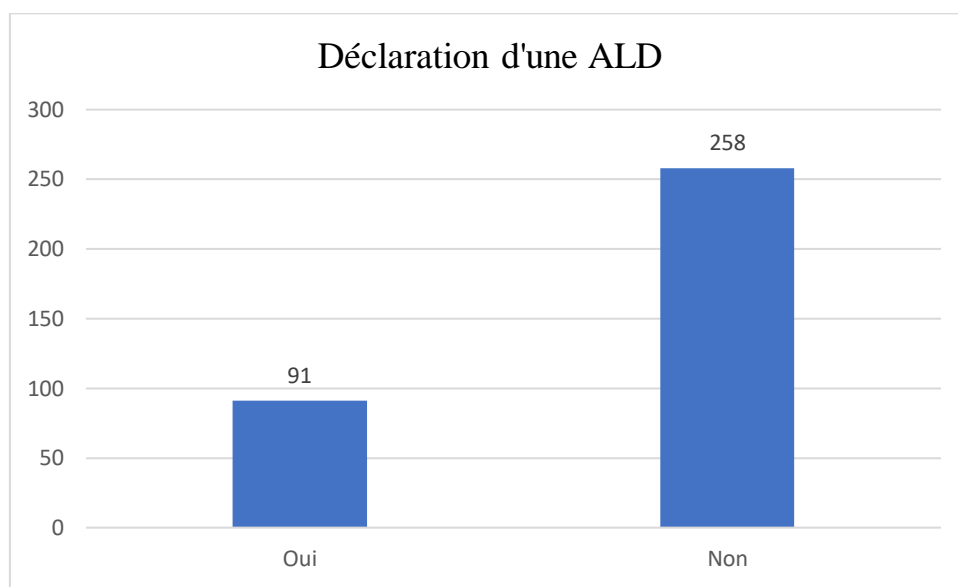


Figure 11 : Déclaration d'une ALD

| | Oui | Non |
|---------------------|-----------|------------|
| Avez-vous une ALD ? | 91 (26 %) | 258 (74 %) |

Tableau 8 : Déclaration d'une ALD

91 participants ont déclaré avoir une ALD, soit 26 % de l'échantillon.

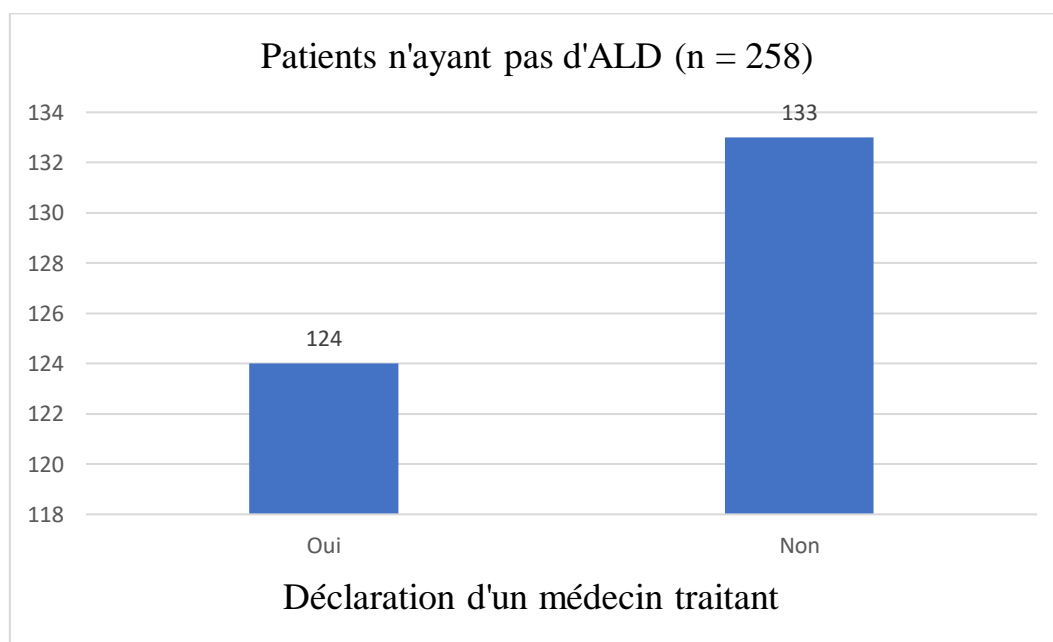


Figure 12 : Répartition des patients sans ALD selon qu'ils aient ou non un médecin traitant

| | Oui | Non |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Déclaration d'un médecin traitant | 124 (48 %) | 133 (52 %) |

Tableau 9 : Répartition des patients sans ALD selon la déclaration d'un médecin traitant

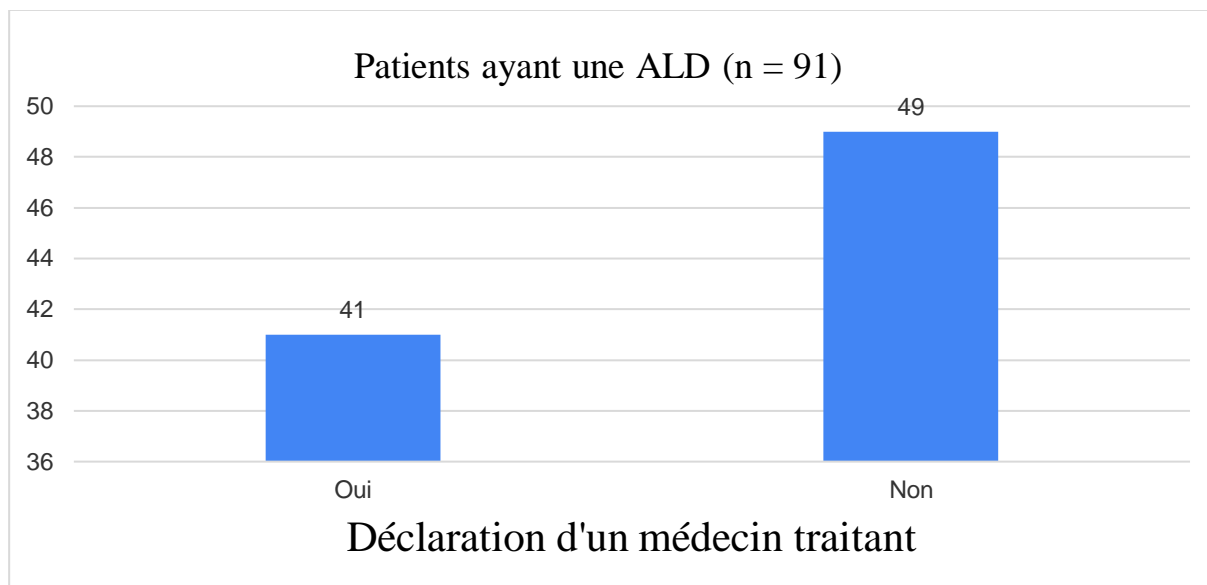


Figure 13 : Répartition des patients en ALD selon qu'ils aient ou non un médecin traitant.

Nous pouvons observer sur ce graphique que parmi les patients ayant une ALD, 49 % d'entre eux (n = 49) ont déclaré ne pas avoir de médecin traitant.

| | Oui | Non |
|-----------------------------------|-----------|-----------|
| Déclaration d'un médecin traitant | 41 (46 %) | 49 (54 %) |

Tableau 10 : Répartition des patients en ALD selon la déclaration d'un médecin traitant

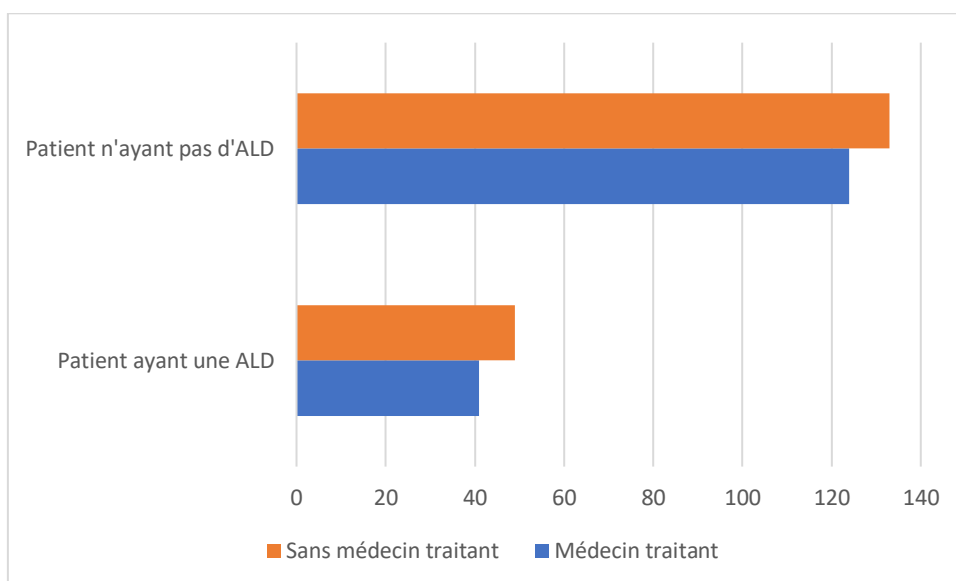


Figure 14 : Répartition des patients ayant une ALD ou non selon qu'ils aient un médecin traitant

Nous n'observons pas de différence significative entre les groupes avec un $p = 0.66$ selon le test de Chi².

h) Complémentaire santé solidaire, anciennement CMU

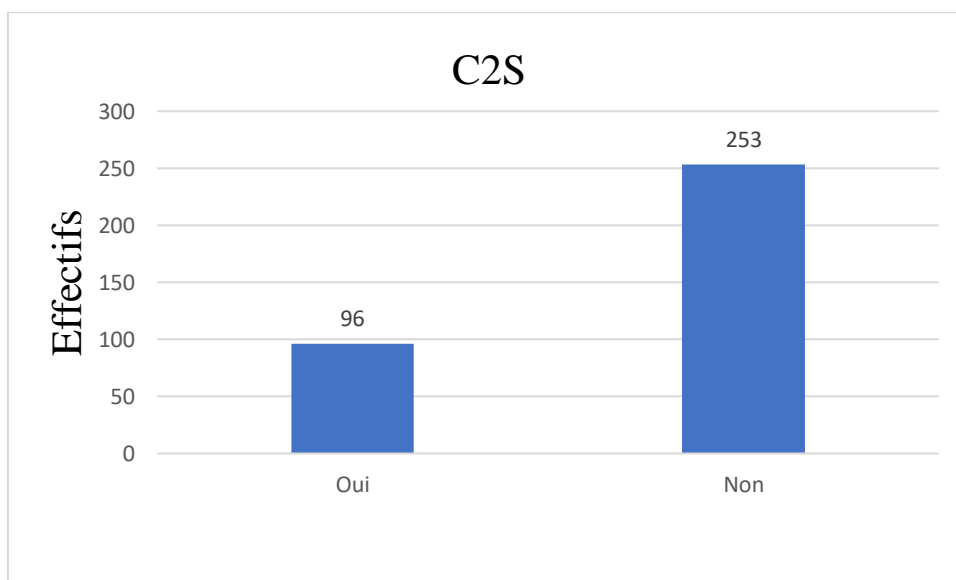


Figure 15 : Déclaration d'une C2S

On observe que 27 % des participants ont déclaré avoir la C2S (n = 73).

| | | |
|--------------------|------|------|
| Avez-vous un C2S ? | Oui | Non |
| Nombre de patients | 96 | 253 |
| Proportion | 28 % | 72 % |

Tableau 11 : Déclaration d'une ALD

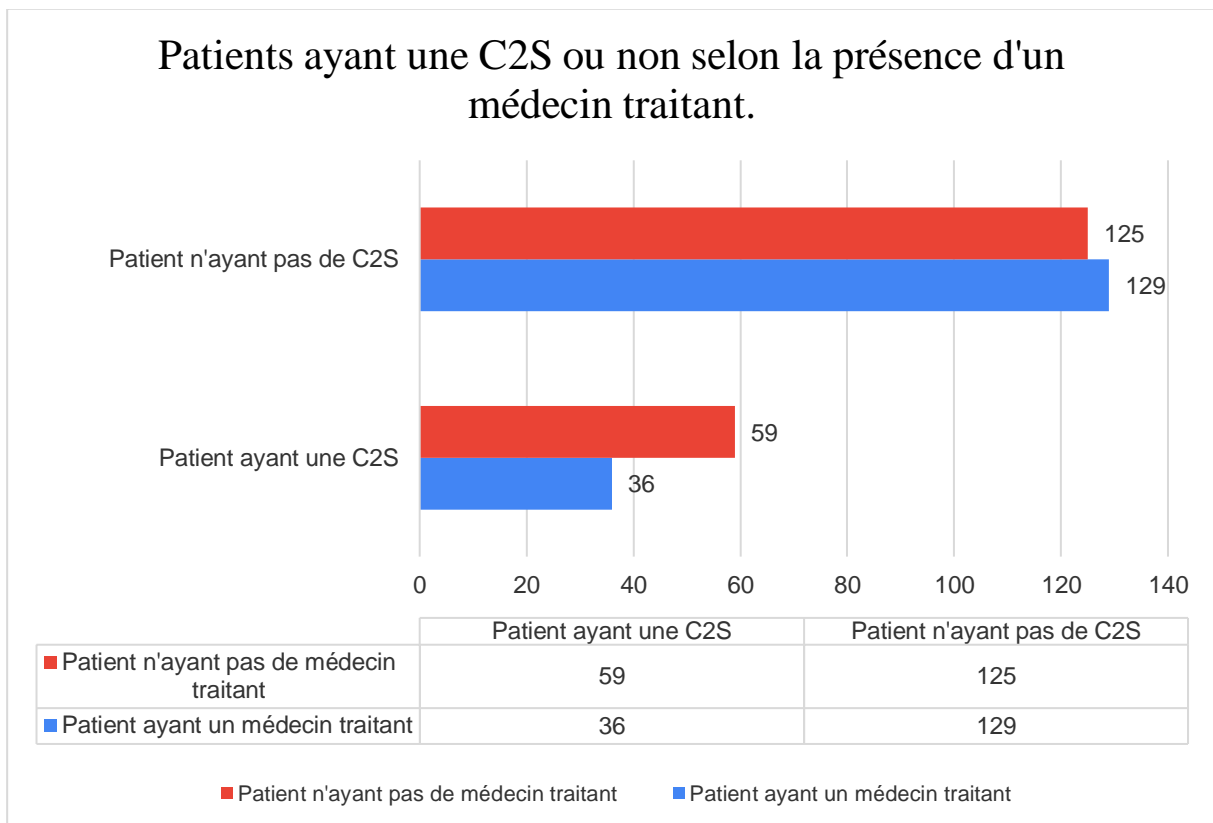


Figure 15 : Répartition des patients ayant ou non une C2S selon qu'ils aient un médecin traitant

La répartition entre les groupes est significativement différente ($p = 0.03$) selon un test de Chi².

| | Patient ayant une C2S | Patient n'ayant pas de C2S | n | $p = 0,03$ |
|---|-----------------------|----------------------------|------------|------------|
| Patient ayant un médecin traitant | 36 | 129 | 165 | 2,02 |
| Patient n'ayant pas de médecin traitant | 59 | 125 | 184 | 1,99 |
| Totaux | 95 | 254 | 349 | |

Tableau 12 : Répartition des patients avec ou sans C2S selon la déclaration d'un médecin traitant

Nous pouvons voir que pour les deux groupes il y a une différence significative d'après les résidus de Pearson avec un intervalle de confiance à 95 % compris entre [-1,96 ; 1,96].

Nous pouvons observer que dans le groupe de patients couverts par la C2S, la proportion n'ayant pas de médecin traitant est plus importante que dans l'autre groupe. 60 % des patients ayant une C2S n'ont pas de médecin traitant.

i) Motif de consultation

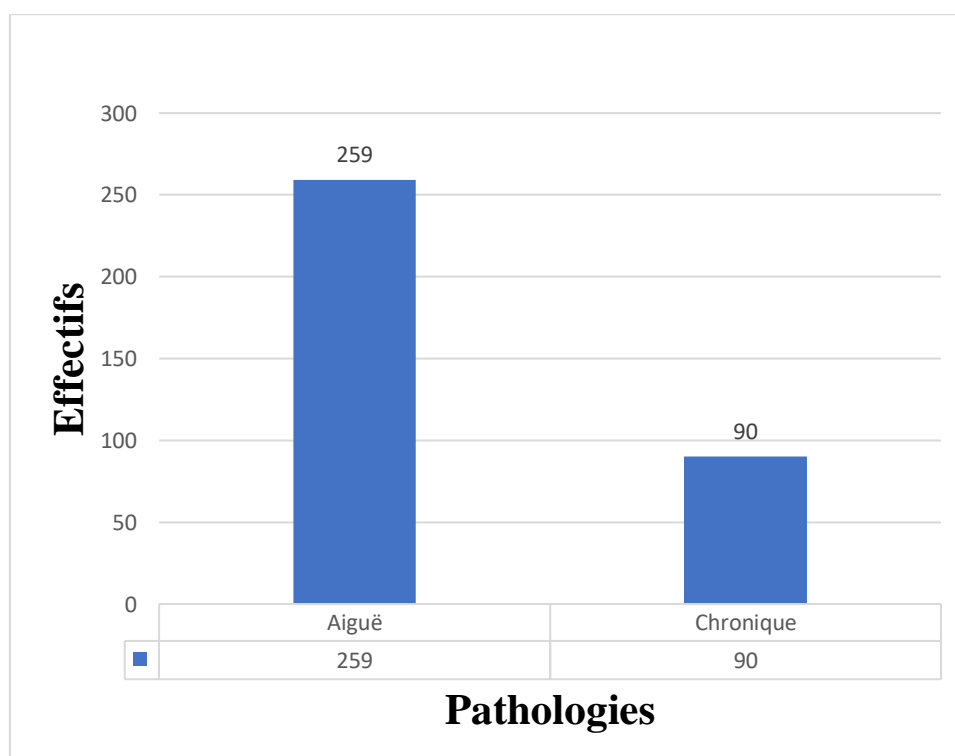


Figure 16 : Répartition des patients selon leur motif de consultation

Nous observons que 75 % des patients ont consulté pour une pathologie aiguë ou perçue comme telle (n = 259). 25 % des participants (n = 90) ont déclaré consulter pour un motif relevant de la pathologie chronique, comme le suivi d'une pathologie ou bien un renouvellement de traitement.

2.1) Analyse par sous-groupe selon le motif de consultation

a) Comparaison du motif selon la déclaration d'une ALD

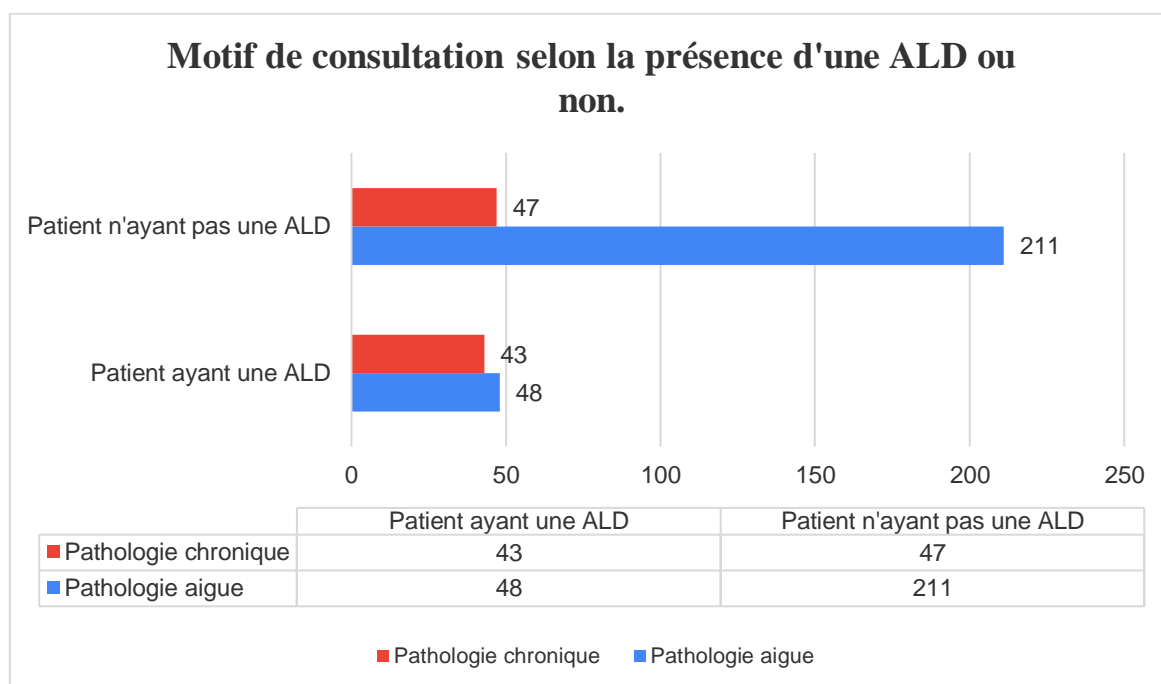


Figure 17 : Répartition des patients selon leur motif et la déclaration ou non d'une ALD

Selon le test de Chi², il y a une différence significative entre les groupes (p < 0.001).

| | Patient ayant une ALD | Patient n'ayant pas une ALD | p < 0,001 |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------|
| Pathologie aiguë | 48 | 211 | p = 5,39 |
| Pathologie chronique | 43 | 47 | p = 5,47 |

Tableau 13 : Répartition des patients ayant ou non une ALD selon leur motif

Nous pouvons voir que pour les deux groupes il y a une différence significative d'après les résidus de Pearson avec un intervalle de confiance à 95 % compris entre [-1,96 ; 1,96]

Nous observons que dans le groupe des patients étant en ALD, près de la moitié des consultations concernaient un motif chronique.

Dans le groupe des patients n'ayant pas d'ALD, 82 % des consultations concernaient une pathologie aiguë ou ressentie comme telle contre 18 % pour un motif dit « chronique ».

b) Comparaison du motif selon la présence d'un médecin traitant

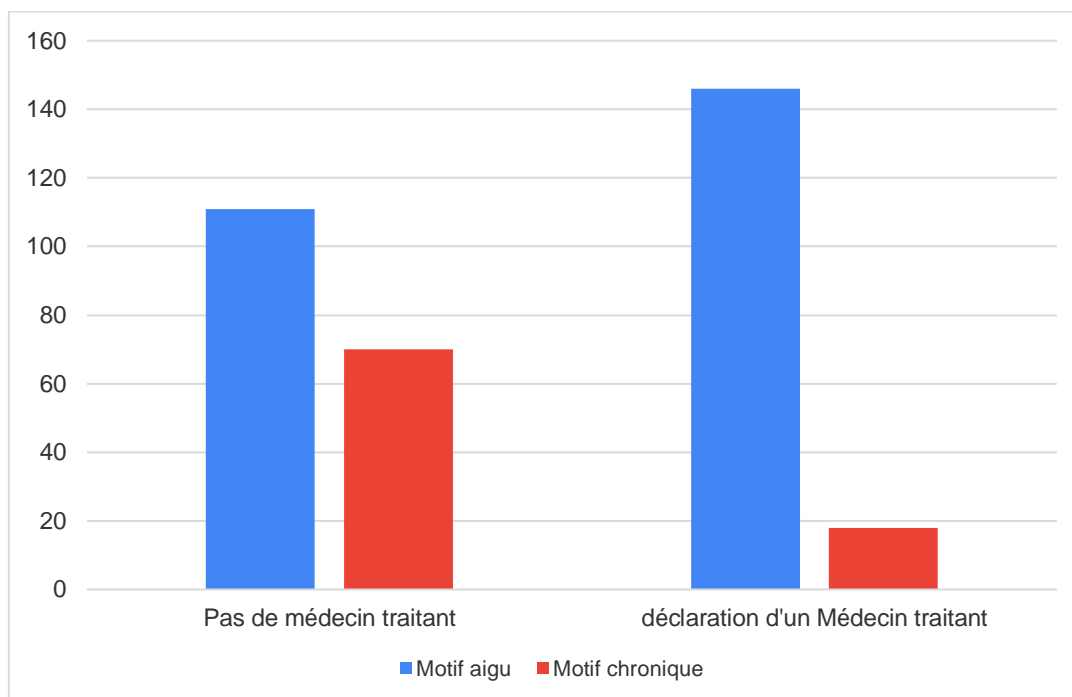


Figure 18 : Répartition du caractère aigu ou chronique du motif de consultation selon la déclaration ou non d'un médecin traitant

| | Pathologie aiguë (n = 259) | Pathologie chronique (n = 90) | p < 0,001 |
|-------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------|
| Pas de médecin traitant | 113 | 71 | p = 5,67 |
| Médecin traitant | 146 | 19 | p = 5,87 |

Tableau 14 : Répartition du motif présenté selon la déclaration d'un médecin traitant

La répartition entre les deux groupes est significativement différente selon le test de Chi² avec un p < 0.001.

Nous pouvons voir que pour les deux groupes il y avait une différence significative d'après les résidus de Pearson avec un intervalle de confiance à 95 % compris entre [-1,96 ; 1,96].

Dans le groupe de patients ayant un médecin traitant, 89 % consultait pour un motif aigu contre 11 % pour un motif chronique.

Dans le groupe de patients n'ayant pas de médecin traitant, 61 % consultaient pour un motif aigu contre 39 % pour un motif chronique.

c) Comparaison du motif selon la déclaration d'une C2S

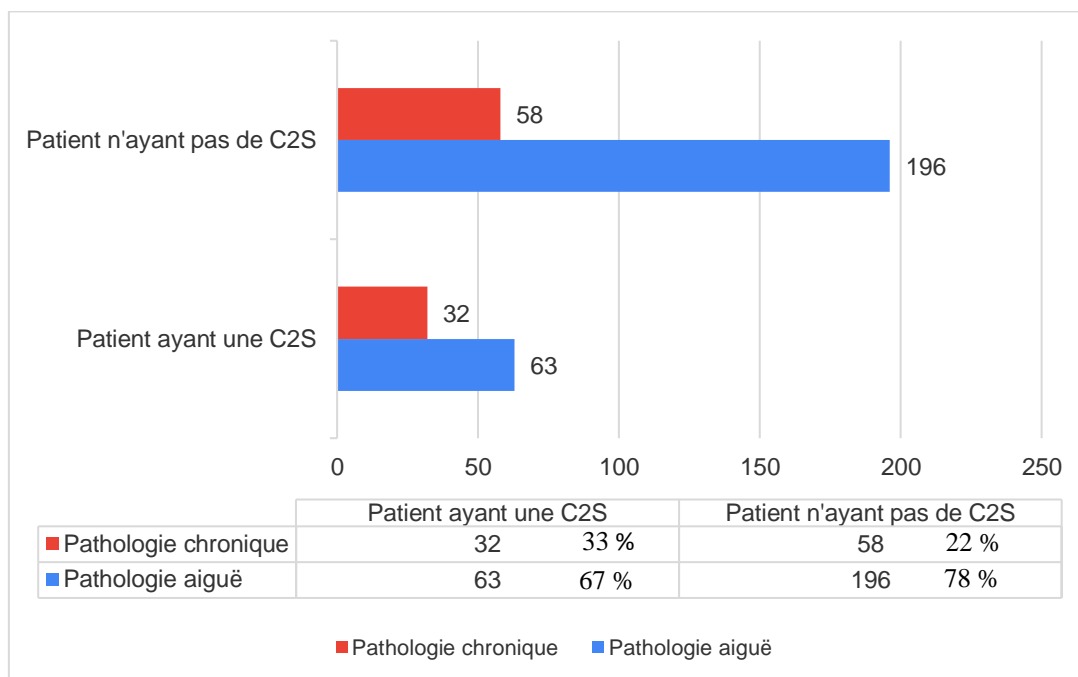


Figure 19 : Répartition des patients ayant ou non d'une complémentaire sociale solidaire selon le caractère aigu ou chronique de la pathologie

La répartition est significativement différente entre les groupes selon le test de Chi² avec un $p < 0,034$.

| | Patient ayant une C2S | Patient n'ayant pas de C2S | n = 349 | $p < 0,034$ |
|----------------------|-----------------------|----------------------------|---------|-------------|
| Pathologie aiguë | 63 | 196 | 259 | $p = 2,04$ |
| Pathologie chronique | 32 | 58 | 90 | $p = 2.07$ |

Tableau 15 : Répartition des patients ayant ou non la C2S selon le motif de consultation

Nous pouvons voir que pour les deux groupes, avec ou sans C2S, il y avait une différence significative selon leur motif de consultation, d'après les résidus de Pearson avec un intervalle de confiance à 95 % compris entre [-1,96 ; 1,96].

Nous observons que dans le groupe de patient ayant une C2S, 33 % des patients consultaient pour une pathologie chronique contre 22 % pour les patients n'ayant pas de C2S. La proportion de patients consultant pour une pathologie aiguë était plus importante dans le groupe de patients sans C2S (78 % contre 67 %).

d) Comparaison du motif selon la tranche d'âge

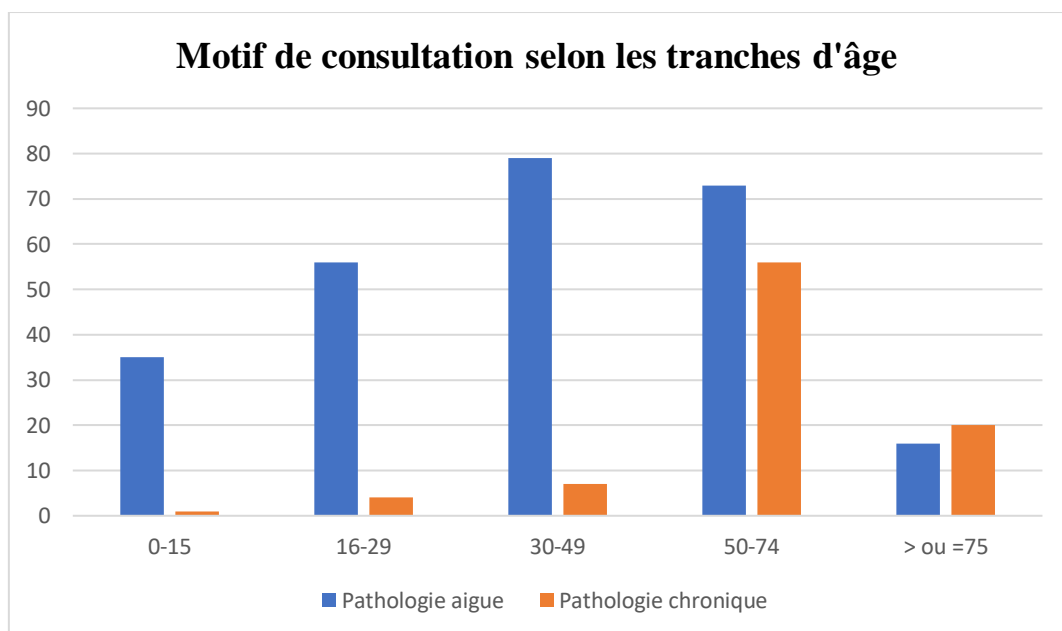


Figure 20 : Répartition du motif de consultation selon la tranche d'âge

| Tranche d'âge | 0-15 | 16-29 | 30-49 | 50-74 | > ou = 75 | n | p <0,001 |
|----------------------|------|-------|-------|-------|-----------|-----|----------|
| Pathologie aiguë | 35 | 56 | 79 | 73 | 16 | 259 | |
| Pathologie chronique | 1 | 4 | 7 | 56 | 20 | 88 | |

Tableau 16 : Répartition du motif selon les tranches d'âge

La répartition entre les groupes était significativement différente selon le test de Chi² avec un p < 0,001.

Nous pouvons voir que les consultations pour les classes d'âge les plus jeunes concernaient en grande majorité un motif aigu. A partir de 50 ans, la tendance changeait pour s'inverser au-delà de 75 ans.

e) Comparaison du motif selon la catégorie socio-professionnelle

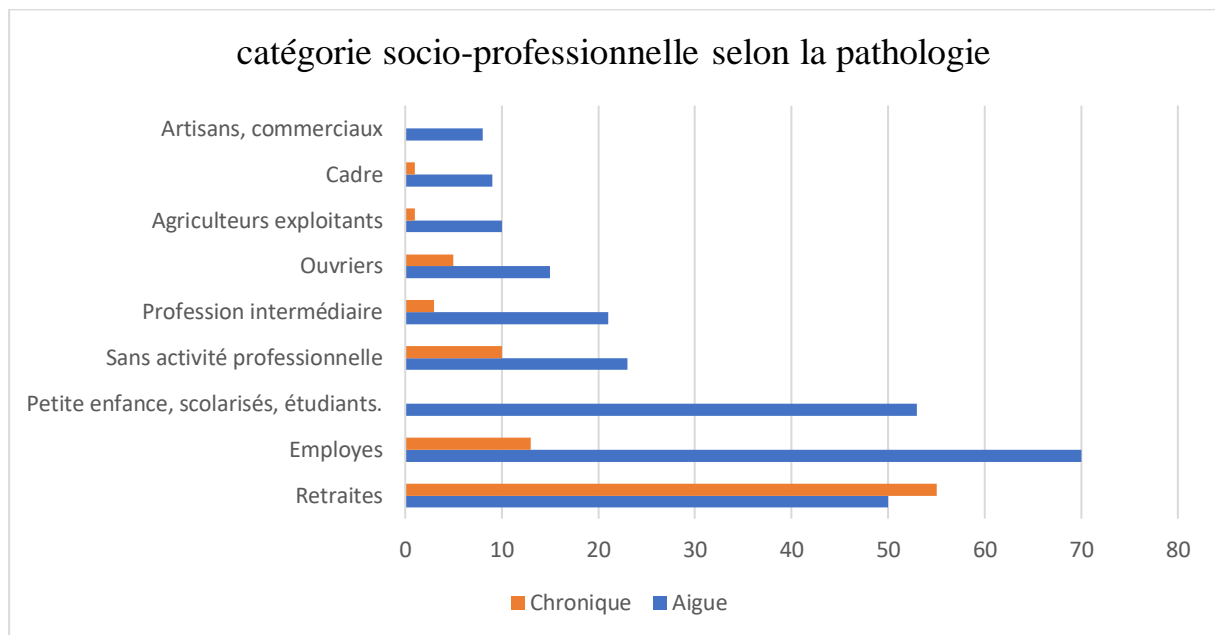


Figure 21 : Répartition des patients selon leur motif de consultation et leur CSP

Les conditions d'application du test du Chi2 n'étant pas respectées, un test exact de Fisher a été réalisé.

La répartition du type de motif était significativement différente entre les catégories socio-professionnelles. Nous pouvons observer que pour le groupe des retraités, la proportion de consultations pour motif aigu ou chronique était pratiquement la même.

Pour les autres catégories socio-professionnelles, la part de l'aigu était plus représentée.

2. Orientation des patients s'ils n'avaient pas eu accès au CSNP

1.1) Résultat global

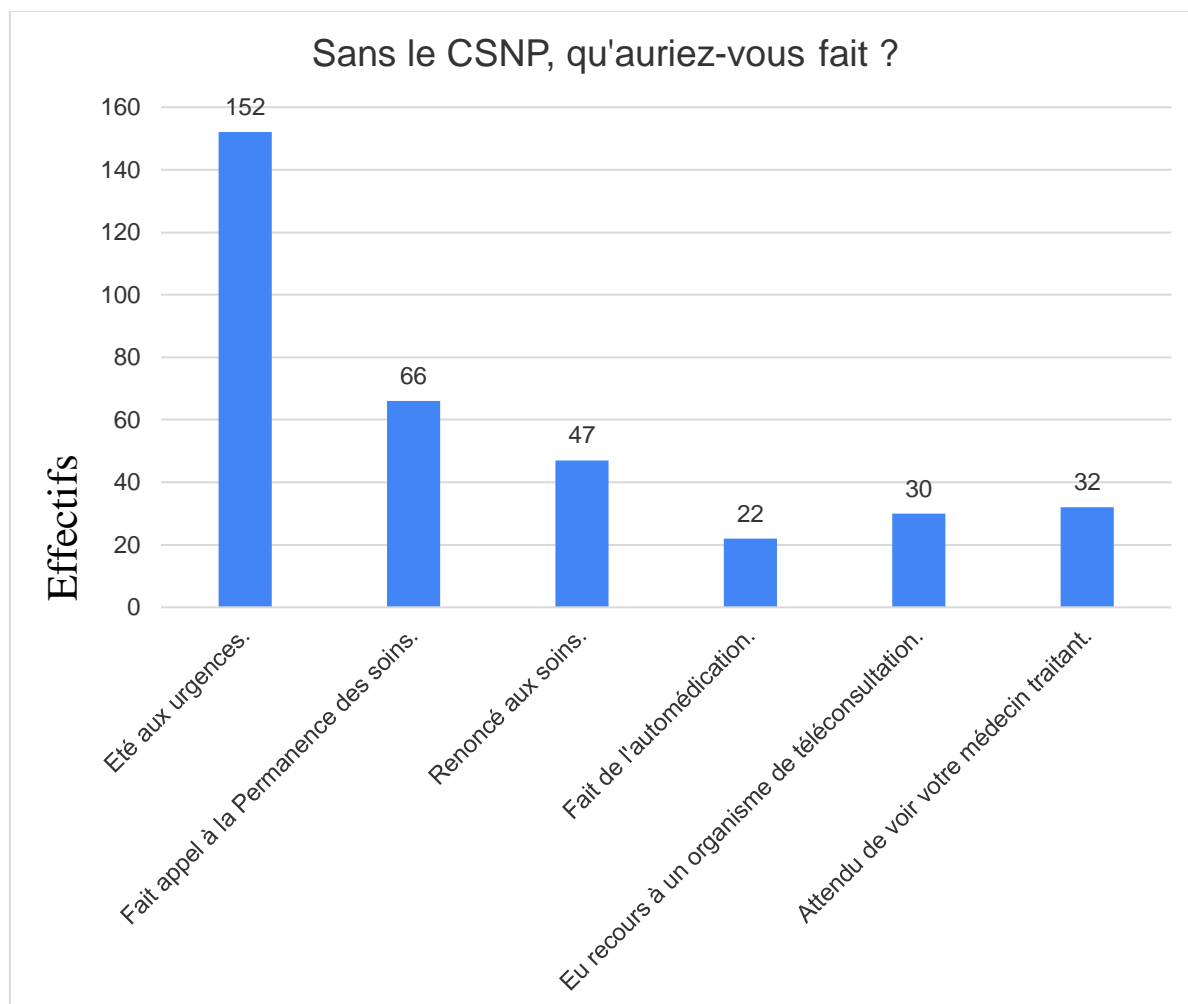


Figure 22 : Répartition des patients selon leur choix en cas d'absence de CSNP

| Urgences | Permanence des soins | Renoncé aux soins | Automédication | Téléconsultation | Attendu de voir votre médecin traitant. |
|----------|----------------------|-------------------|----------------|------------------|---|
| 152 | 66 | 47 | 22 | 30 | 32 |
| 44 % | 19 % | 13 % | 6 % | 8 % | 9 % |

Tableau 17 : Répartition du choix des patients

Nous observons que pour 44 % des participants, leur choix aurait été de se diriger vers le SAU s'ils n'avaient pas eu accès à une consultation avec un médecin généraliste du CSNP. 19 % d'entre eux auraient fait appel à la régulation médicale de la permanence de soins. 13% des participants ont déclaré qu'ils auraient renoncé aux soins. 9% auraient attendu de voir leur médecin traitant. 8% auraient fait appel à un organisme privé de téléconsultation. Enfin, 6% ont déclaré qu'ils se seraient tournés vers l'automédication.

2.1) Comparaison du choix de l'orientation des patients sans le CSNP selon leur motif de consultation

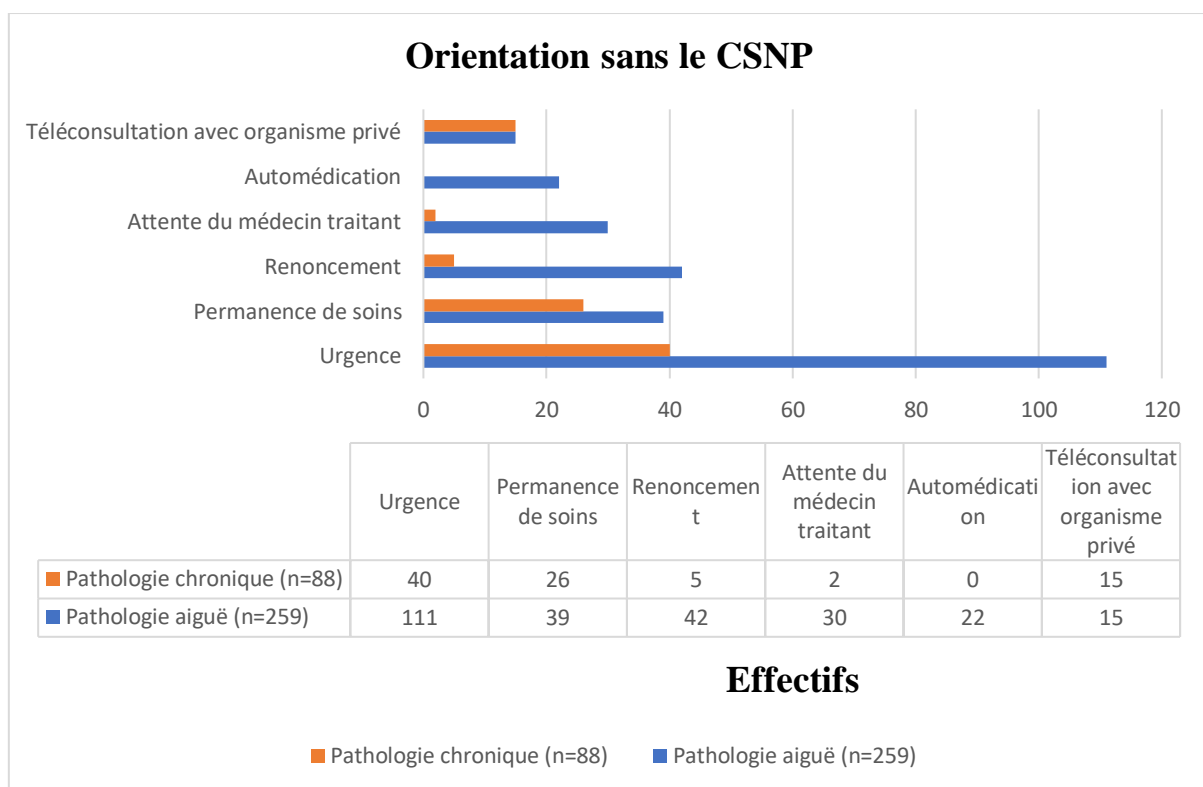


Figure 23 : Orientation des patients selon le caractère aigu ou chronique de la pathologie

| Choix | Pathologie aiguë | Pathologie chronique | n = 349 | p < 0,001 |
|---------------------------------------|------------------|----------------------|---------|-----------|
| Urgence | 111 (42 %) | 40 (45 %) | 151 | -0.398 |
| Permanence de soins | 39 (15 %) | 26 (30 %) | 65 | 3 |
| Renoncement | 42 (16 %) | 5 (5 %) | 47 | 2,49 |
| Attente du médecin traitant | 30 (11 %) | 2 (2 %) | 32 | 2,59 |
| Automédication | 22 (9 %) | 0 | 22 | 2,84 |
| Téléconsultation avec organisme privé | 15 (5 %) | 15 (18 %) | 30 | 3,2 |

Tableau 18 : Répartition des choix selon le motif

La répartition des deux groupes était significativement différente entre les deux groupes d'après le test de Chi² avec $p < 0,001$.

Nous pouvons voir de manière plus précise qu'il existait une différence significative d'après les résidus de Pearson, selon les différentes variables étudiées sauf pour la variable « urgence ». (Intervalle de confiance à 95 % compris entre [-1,96 ; 1,96]).

Dans les deux groupes de patients, celui présentant un motif aigu et celui présentant un motif chronique, leur premier choix aurait été de se diriger vers les urgences s'ils n'avaient pas eu accès au CSNP (respectivement 42 % et 45 %).

Dans le groupe des motifs chroniques, 30 % auraient appelé la PDSA, contre 15 % pour le groupe des motifs aigus.

Concernant le renoncement aux soins, les patients présentant un motif aigu étaient plus susceptibles de renoncer aux soins, 16 % contre 5 % pour le groupe de patients présentant un motif chronique.

11 % patients présentant un motif aigu ont déclaré qu'ils auraient attendu le médecin traitant contre 2 % pour l'autre groupe.

Aucun patient du groupe motif chronique n'a déclaré se tourner vers l'automédication, contre 9 % du groupe motif aigu.

Enfin, 18 % des patients du groupe motif chronique ont déclaré se tourner vers la téléconsultation d'un organisme privé en cas d'absence du CSNP, contre 5 % pour le groupe motif aigu.

Nous observons que les patients du groupe motif chronique se dirigeaient plus volontiers vers la permanence de soin ou un organisme de santé privé en plus des urgences s'ils n'avaient

pas accès au CSNP, alors que les patients du groupe motif aigu optaient plutôt pour un renoncement, l'attente du médecin traitant ou l'automédication.

3.1) Comparaison du choix de l'orientation des patients sans le CSNP selon qu'ils aient ou non une complémentaire santé solidaire

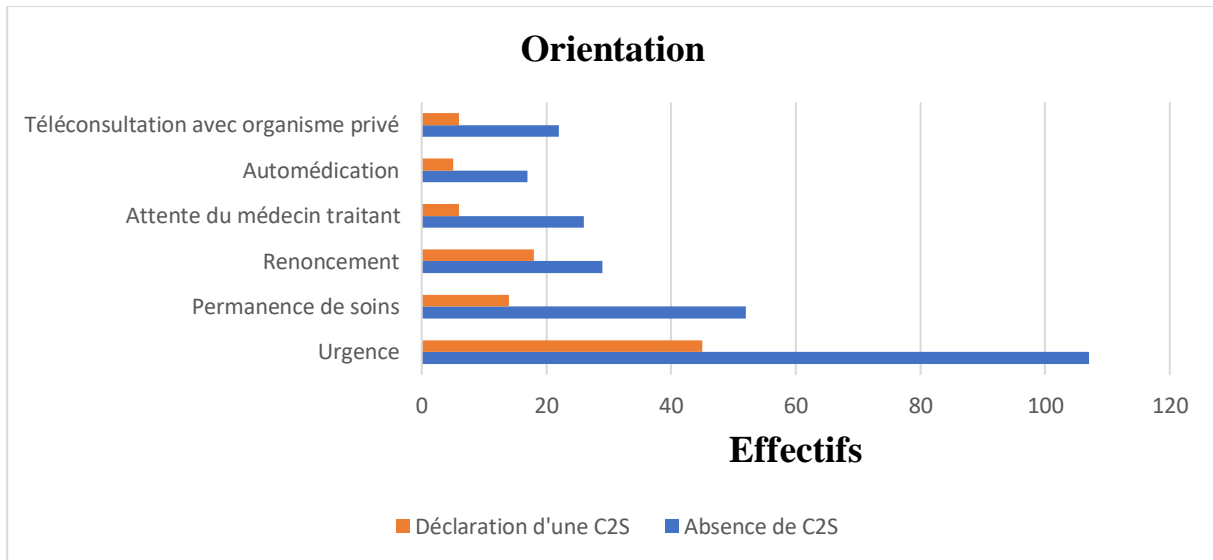


Figure 24 : Choix d'orientation du patient selon qu'il ait ou non une C2S

| Choix | Absence de C2S (n = 254) | Déclaration d'une C2S (n = 95) | n | p = 0.27 |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-----|----------|
| Urgence | 107 (42 %) | 45 (47 %) | 152 | |
| Permanence de soins | 52 (20 %) | 14 (15 %) | 66 | |
| Renoncement | 29 (11 %) | 18 (19 %) | 47 | |
| Attente du médecin traitant | 26 (10 %) | 6 (6 %) | 32 | |
| Automédication | 17 (9 %) | 5 (5 %) | 22 | |
| Téléconsultation avec organisme privé | 23 (7 %) | 7 (7 %) | 30 | |

Tableau 19 : Répartition des choix selon la déclaration d'une C2S

Dans le groupe des patients ayant une C2S, nous observons un renoncement aux soins moins important que pour les patients n'en ayant pas. Cependant cette différence n'est pas significative.

Dans le groupe des patients sans C2S, nous observons une tendance plus importante à se diriger vers la PDSA que l'autre groupe.

Pour le reste des analyses, les deux groupes ont déclaré à proportion similaire les mêmes choix.

4.1) Comparaison du choix de l'orientation des patients sans le CSNP selon leur catégorie socio-professionnelle

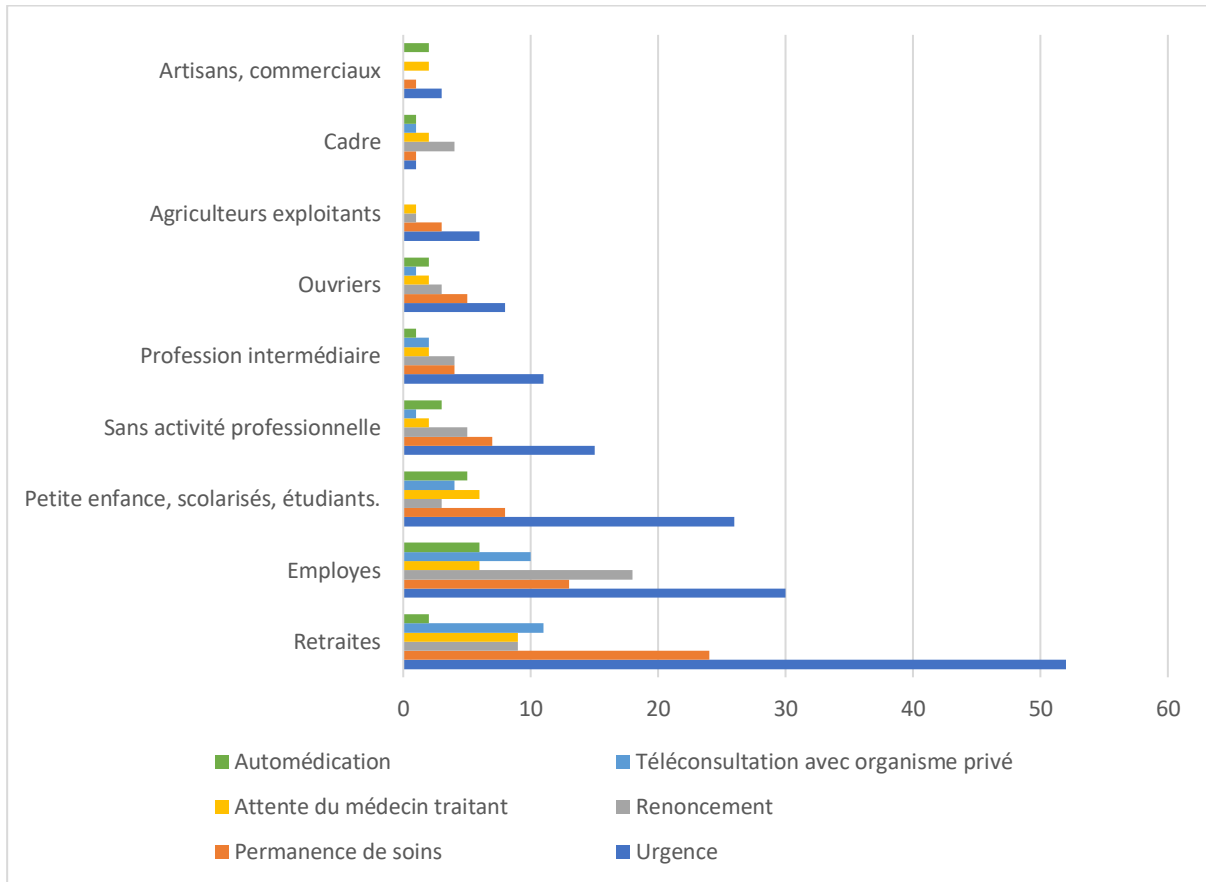


Figure 25 : Répartition des patients selon leur CSP et leur choix

La répartition des choix n'est pas significativement différente selon la catégorie socio-professionnelle ($p = 0.25$). Les conditions d'application du test du Chi2 n'étant pas respectées (au moins une des cases du tableau de contingence a un effectif théorique trop faible), un test exact de Fisher a été réalisé.

Nous observons que quelle que soit la catégorie socio-professionnelle, les urgences restaient le premier choix en cas d'impossibilité de consulter au CSNP. Pour rappel, ce choix aurait été réalisé pour pratiquement la moitié des patients (44 %).

5.1) Comparaison du choix de l'orientation des patients sans le CSNP selon la déclaration d'une ALD

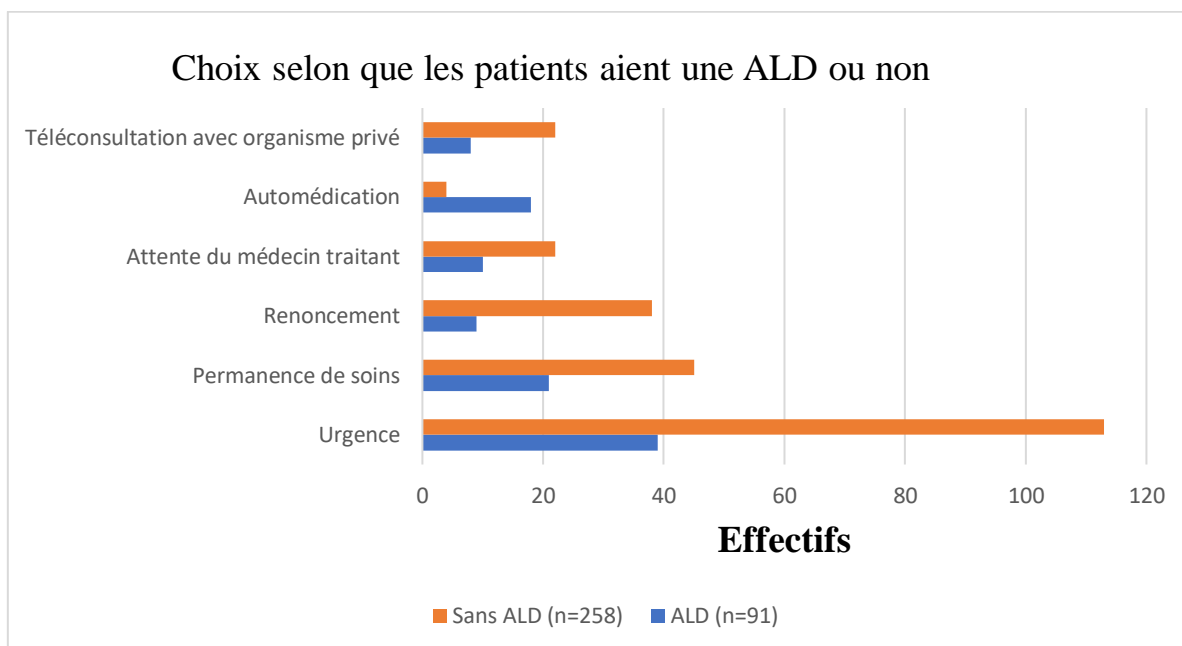


Figure 26 : Répartition des patients selon qu'ils aient une ALD et selon leur choix

| Choix | ALD (n = 91) | Sans ALD (n = 258) | n | p = 0,63 |
|---------------------------------------|--------------|--------------------|-----|----------|
| Urgence | 39 | 113 | 152 | |
| Permanence de soins | 21 | 45 | 66 | |
| Renoncement | 9 | 38 | 47 | |
| Attente du médecin traitant | 10 | 22 | 32 | |
| Automédication | 18 | 4 | 22 | |
| Téléconsultation avec organisme privé | 8 | 22 | 30 | |

Tableau 20 : Répartition des choix selon la déclaration d'une ALD

Nous n'observons pas de différence significative entre les deux groupes selon un test de Chi2 avec un $p = 0.63$.

6.1) Comparaison du choix de l'orientation des patients sans le CSNP selon qu'ils aient ou non un médecin traitant

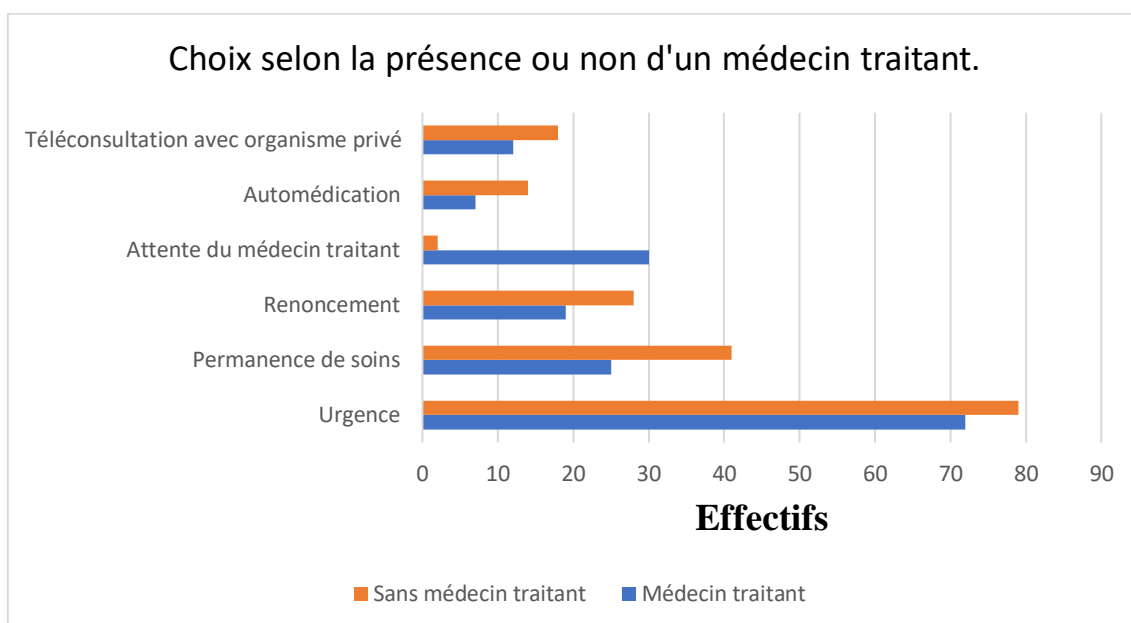


Figure 27 : Répartition des patients selon qu'ils aient ou non un médecin traitant et selon leur choix

| Choix | Médecin traitant (n = 165) | Sans médecin traitant (n = 182) | n | p = <0,001 |
|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-----|------------|
| Urgence | 72 (43 %) | 79 (43 %) | 151 | p = 0.0216 |
| Permanence de soins | 25 (15 %) | 41 (22 %) | 66 | p = 1.752 |
| Renoncement | 19 (12 %) | 28 (15 %) | 47 | p = 1.066 |
| Attente du médecin traitant | 30 (18 %) | 2 (1 %) | 32 | p = 5.49 |
| Automédication | 7 (4 %) | 14 (7 %) | 21 | p = 1.347 |
| Téléconsultation avec organisme privé | 12 (7 %) | 18 (10 %) | 30 | p = 0.878 |

Tableau 21 : Répartition des choix selon la déclaration d'un médecin traitant

Il existait une différence significative entre les patients ayant un médecin traitant et ceux n'en ayant pas lorsque l'on comparait le choix qu'ils auraient fait sans le CSNP, selon le test de Chi² avec un $p < 0,001$.

Cependant, après calcul des résidus de Pearson, il apparaît qu'il n'y avait une différence significative uniquement pour le groupe de patients ayant choisi l'option d'attendre leur médecin traitant, ce qui semble cohérent puisque l'autre partie du groupe n'en a pas.

La proportion ayant fait comme choix d'aller aux urgences sans le CSNP était égale dans les deux groupes (43 %).

Le second choix pour les patients n'ayant pas de médecin traitant était de faire appel à la PDSA alors que pour les patients en ayant un, la seconde option était d'attendre un rendez-vous de consultation avec ce dernier. Le renoncement aux soins représentait une proportion presque équivalente entre les groupes (15 % pour les patients sans médecin traitant contre 12 % pour ceux en ayant un).

L'automédication et l'appel à un organisme de téléconsultation privé représentaient les derniers choix pour les deux groupes.

7.1) Comparaison du choix de l'orientation des patients sans le CSNP selon la tranche d'âge des patients

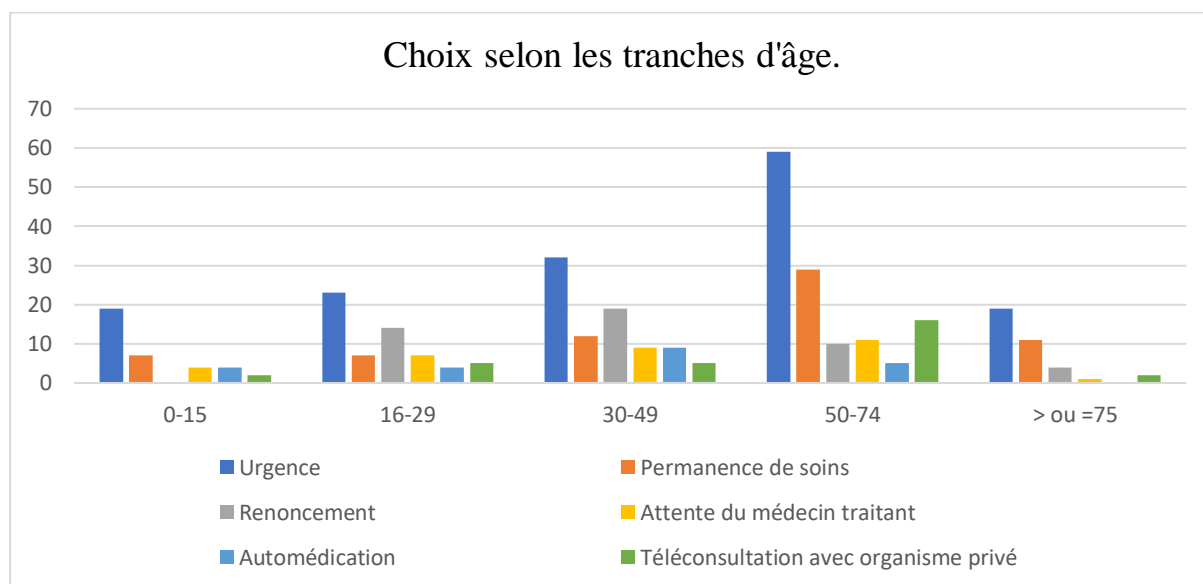


Figure 28 : Répartition des patients selon leur tranche d'âge et leur choix

| Tranches d'âge | 0-15 | 16-29 | 30-49 | 50-74 | > ou = 75 | n | p < 0,01 |
|---------------------------------------|------|-------|-------|-------|-----------|-----|----------|
| Urgence | 19 | 23 | 32 | 59 | 19 | 152 | |
| Permanence de soins | 7 | 7 | 12 | 29 | 11 | 66 | |
| Renoncement | 0 | 14 | 19 | 10 | 4 | 47 | |
| Attente du médecin traitant | 4 | 7 | 9 | 11 | 1 | 32 | |
| Automédication | 4 | 4 | 9 | 5 | 0 | 22 | |
| Téléconsultation avec organisme privé | 2 | 5 | 5 | 16 | 2 | 30 | |

Tableau 22 : Répartition des choix selon les tranches d'âge

La répartition est significativement différente selon les tranches d'âge. Un test exact de Fisher a été réalisé avec un $p < 0,01$.

Nous constatons que pour toutes les tranches d'âges, le premier choix était celui des urgences. Nous pouvons observer pour les tranches d'âges extrêmes (plus de 75 ans et les 0-15 ans) qu'il y avait respectivement 0 et 10 % de renoncement aux soins. Le renoncement aux soins concernait principalement les tranches d'âge de 16-29 et de 30-49 ans.

Pour les plus de 50 ans, le second choix se portait sur la PDSA. Pour les moins de 50 ans (hormis les 0-15 ans), le renoncement aux soins était le second choix.

A noter que pour le groupe des 50-74 ans, l'appel à un organisme de téléconsultation arrivait en 3^{ème} choix.

3. Orientation du patient au décours de la consultation

Sur les 349 patients consultants, 341 sont rentrés à leur domicile. 4 ont été redirigés vers le SAU, 4 vers un spécialiste d'organe (Cardiologue, angiologue).

IV. Discussion

1. Résultats principaux et secondaires de l'étude

Pour répondre à la question principale, à savoir quelle est la place du CSNP dans le parcours de soins du patient, il est important de définir quelle population a été étudiée et si celle-ci est comparable à la population locale. L'objectif de ce travail de recherche est de relever l'apport du CSNP de Luçon et l'aide que cela peut apporter à l'engorgement des urgences. L'étude a été menée auprès d'une population en grande majorité originaire de Vendée, avec 95 % des participants résidant dans le département. Il convient de noter que le recueil de données a été effectué en dehors des périodes de vacances scolaires et hors saison touristique. Pendant les périodes estivales, il est fréquent d'observer une augmentation significative de la population due à l'afflux de vacanciers. Par conséquent, l'échantillon est plus représentatif de la population vendéenne hors saison touristique.

1.1) Le contexte : la population étudiée

a) Comparaison de la population étudiée à la population générale sur les données socio-démographiques

La population de cette étude semble être représentative de la population vendéenne avec une moyenne d'âge de 45 ans pour les femmes et les hommes. Une étude de l'Insee de 2017 montre que la moyenne d'âge des vendéens est de 43 ans, contre 42 ans en 2013, ce qui souligne l'importance de prendre en compte les besoins de cette population en constante évolution. (29) Les femmes dans cet échantillon sont plus représentées que dans la population générale vendéenne : 59 % contre 52 % selon les données de l'Insee. (30)

Il a été observé une augmentation globale de la population vendéenne entre 2008 et 2019. La population est passée de 616 906 à 685 442 habitants, soit une augmentation de 11 %. En 2021, sur le territoire de la CPTS Plaines et Marais, on recense 66 655 habitants (dont 27 % de plus de 65 ans) pour 42 médecins installés.

Parallèlement à cette croissance démographique, il a également été observé un vieillissement de cette population. En effet, selon les prévisions, la part des 65 ans ou plus dans la population passerait de 21 % en 2013 à près de 36 % en 2050, soit une augmentation de plus de 70 %. Ce vieillissement de la population soulève des défis importants pour les services de santé et les politiques sociales, notamment en matière de prise en charge des pathologies

chroniques. Il est donc important de développer l'accès aux soins ambulatoires pour répondre aux enjeux de santé publique. (30) (31)

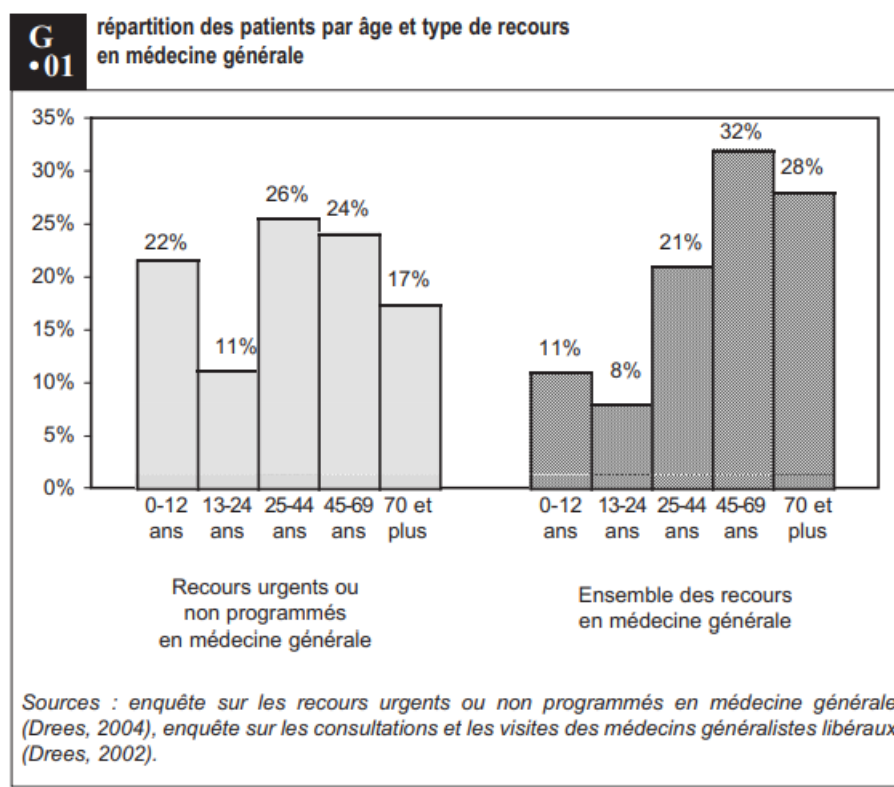


Figure 29 : Répartition des patients par âge et type de recours en médecine générale

| Tranche d'âge | 0-15 | 16-29 | 30-49 | 50-74 | 75≥ |
|---------------|------|-------|-------|-------|-----|
| | 36 | 60 | 86 | 130 | 37 |
| | 10% | 17% | 25% | 37% | 11% |

Tableau 23 : Répartition par âge de notre échantillon

Une étude de la DREES de 2004 (Figure 29) indique la répartition des soins non programmés selon plusieurs classes d'âge.

Nous observons dans notre étude que la population des plus de 50 ans est plus grande que dans celle de l'étude de la DREES de 2004 (48 % de l'échantillon a plus de 50 ans, 41 % des SNP en 2004 correspondaient aux patients de plus de 45 ans.)

La classe d'âge des mineurs est cependant moins représentée dans notre échantillon. (32)

Au niveau des catégories d'activité et d'emploi, un graphique comparatif à notre étude avec les statistiques INSEE de 2019, est présenté ci-dessous. (30)

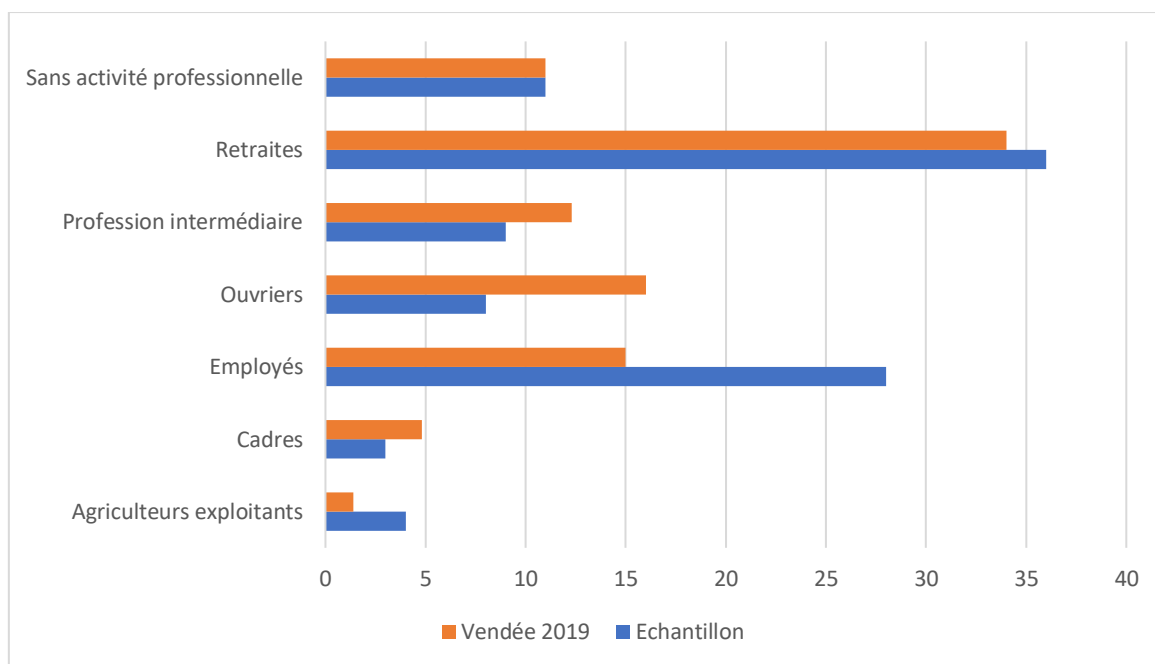


Figure 30 : Comparaison des catégories socio-professionnelles échantillon-Vendée (Insee 2019)

On remarque une distribution assez similaire hormis pour la classe des ouvriers et des employés, ces derniers étant plus représentés dans notre échantillon. D’après « Profil santé CPTS » (8) du territoire Plaine et Marais, la population du territoire est également moins pourvue en ouvriers mais plus pourvue en employés, ce que l’on retrouve dans notre échantillon.

b) La précarité dans les soins non programmés

Il semble que les populations socio-économiques fragiles soient plus à même de consulter au CSNP. La part des patients sans médecin traitant en France semble concerner les classes d’âges jeunes et les patients n’ayant pas de pathologie lourde. (33)

La Complémentaire Santé Solidaire est née de la fusion entre la CMU et de l’Aide Complémentaire à la Santé le 1er novembre 2019.

Dans la population française, en avril 2022, 7.14 millions de personnes sont couvertes par la C2S (ACS-C2S confondue). Cela représente 10.5 % de la population. En Vendée, il y a environ 4 % de la population départementale à bénéficier de la C2S. (34) La proportion de personnes couvertes par la C2S de l’échantillon est supérieure à ces chiffres, avec un taux de couverture sociale à 28 % pour la C2S. 61 % des personnes bénéficiant de la C2S dans l’échantillon n’ont pas de médecin traitant.

Dans une étude réalisée par la DREES en 2021, il a été mis en évidence une difficulté supérieure d'accès aux soins pour les patients les plus précaires, majorant une inégalité d'accès aux soins. (35)

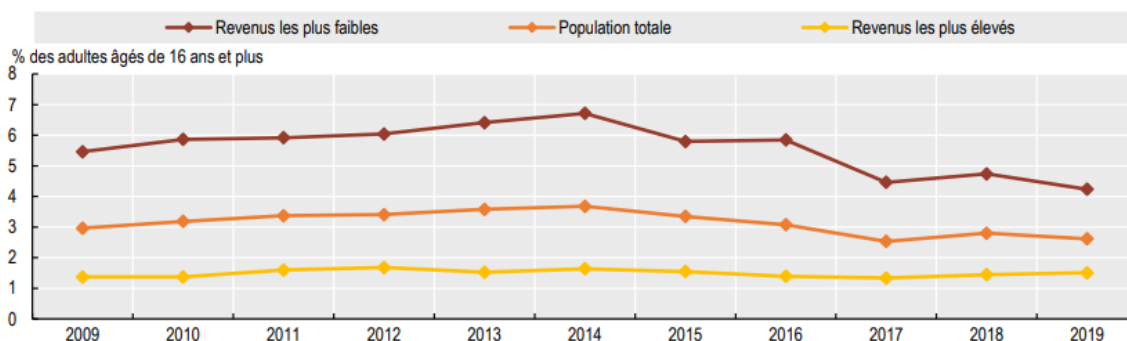
L'accès aux soins est un enjeu majeur de notre société actuelle. L'activité régulière des médecins continue de diminuer (36), l'augmentation des besoins de soins expliquée par différents facteurs (la prévalence des maladies chroniques est passée de 14,6 % en 2008 à 17,8 % en 2021, notamment à cause du vieillissement de la population (37)) et la précarité grandissante dans notre pays (38) conduisent à une croissance de l'inégalité sociale de santé et d'accès aux soins ainsi qu'à une diminution de l'espérance de vie. De plus, les maladies chroniques touchent le plus souvent les personnes les plus modestes. (39)

D'après Santé Publique France, 25 % des 45-54 ans ont au moins deux pathologies chroniques. (40)

Il y a selon l'Insee, un écart de plus de 10 ans dans l'espérance de vie entre les plus aisés et les plus pauvres (13 ans chez les hommes, 8 ans chez les femmes). (41)

D'après le Panorama de la santé de l'OCDE de 2021, nous observons que la satisfaction des besoins de santé est corrélée aux ressources des personnes. (42)

Graphique 5.5. Évolution des besoins de soins médicaux non satisfaits, par niveau de revenu, moyenne de l'OCDE 27, 2009-19



Source : Base de données Eurostat, d'après l'enquête EU-SILC.

StatLink  <https://stat.link/umzphr>

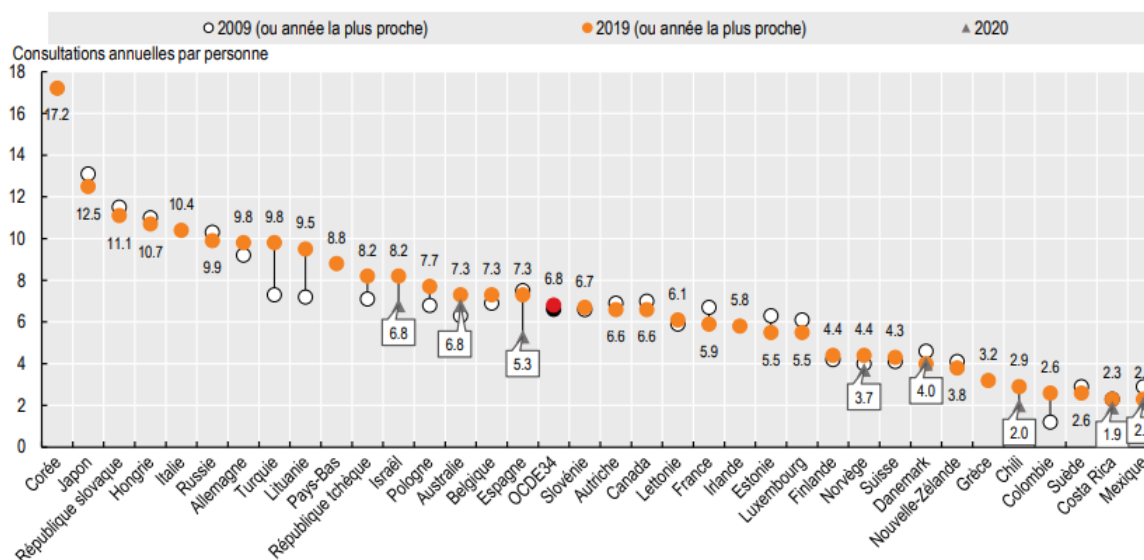
Figure 31 : Evolution des besoins de soins médicaux non satisfaits, par niveau de revenu, moyenne de l'OCDE 2009-2019

Les personnes ayant les revenus les plus faibles voient leurs besoins de soins insatisfaits de manière plus importante que la population générale.

Dans une étude internationale étudiant l'évolution du nombre consultations par personne entre 2009 et 2020, nous pouvons constater que la France fait partie des pays où l'on constate une diminution de ce chiffre, au même titre que d'autres pays européens comme l'Estonie, le Luxembourg et le Danemark. Dans cette étude, un parallèle est fait entre la

diminution des besoins satisfaits des populations en termes de santé et la diminution du nombre de consultations par personne, mais on pourrait se demander si d'autres facteurs peuvent également expliquer cette diminution, comme l'éducation de la population sur la nécessité ou non de consulter pour certains motifs.

Graphique 5.11. Nombre de consultations médicales en présentiel par personne, 2009, 2019 et 2020



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

Figure 32 : Nombre de consultations médicales en présentiel par personne, 2009, 2019 et 2020

Concernant la déclaration d'un médecin traitant, une part importante de notre échantillon n'en a pas déclaré (52 %). En Vendée, selon l'Assurance Maladie, 16 % des bénéficiaires ne disposent pas d'un médecin traitant contre près de 10 % pour la moyenne nationale. (43) (44) Les médecins vendéens ont pourtant une patientèle dont ils sont le médecin traitant déclaré supérieure à la moyenne nationale, s'établissant à environ 1600 patients par médecin contre 1200 au niveau national. (45)

Cette population sans médecin traitant a plus de difficulté à obtenir un rendez-vous de consultation. Une étude de la DREES sur les soins non programmés rapporte qu'ils sont moins susceptibles d'obtenir un rendez-vous le jour même que les patients ayant un médecin traitant. (46)

Dans notre échantillon, l'absence pour la moitié d'entre eux d'un médecin traitant creuse d'autant plus les inégalités d'accès aux soins et la précarité de leur suivi médical.

Dans notre échantillon, les soins non programmés concernent une population plus âgée que la moyenne départementale (29), susceptible d'être porteuse de pathologies chroniques et ayant donc des besoins de santé plus importants. L'activité du CSNP de Luçon comprend ainsi non seulement les pathologies aiguës, mais également le suivi et la réévaluation de patients

polypathologiques, nécessitant de reconvoquer les patients au CSNP afin d'aller au bout de la démarche diagnostique et thérapeutique. Un suivi des résultats d'examens complémentaires prescrits au centre est aussi réalisé.

2.1) Le critère de jugement principal : la place du CSNP dans le parcours de soin du patient

Nous rappelons ici l'augmentation du nombre de passages dans les SAU de Vendée au fil des années. La comparaison du nombre de passages aux urgences en 2021 par rapport aux années précédentes montre une reprise globale du recours aux urgences (+12 % par rapport à 2020) mais à des niveaux encore inférieurs à ceux observés avant la crise liée à l'épidémie de Covid-19 (-7 % par rapport à la moyenne 2018-2019). (11)

L'augmentation de l'activité dans les SAU ces dernières années entraîne un essoufflement de ces derniers. Comme mentionné précédemment, les soignants doivent faire face à une charge de travail croissante et à un nombre de lits insuffisant. La baisse du nombre de médecins extrahospitaliers risque d'aggraver cette situation. Une part importante de ces passages aux urgences concernent des soins pouvant être traités en ambulatoire par un médecin de ville (22). Il convient d'investir la médecine de ville afin de pouvoir répondre de manière plus efficiente à ce besoin croissant de soins, principalement des soins ne nécessitant finalement pas un passage au SAU. Dans notre étude, sur les 349 patients consultant au CSNP de Luçon, 341 sont rentrés à domicile à la fin de la consultation. Les 8 autres ont été adressés aux urgences ou à un spécialiste d'organe. La quasi-totalité des consultations relevait bien de la médecine ambulatoire et non des urgences.

Dans un article paru en 2021 dans Ouest France, le département signalait une dysfonction. La carence médicale et les fermetures itératives des SAU étaient mises en avant. Le chiffre alarmant du nombre de passages par urgentiste est édifiant. Aux urgences en Vendée, un médecin pour 5 933 passages, contre un médecin pour 3 336 passages dans la région, et un médecin pour 2619 passages en France. (47) (42)

Nous pouvons voir sur la carte de l'ORU (Figure 33), que le recours aux urgences pour les habitants du Sud Vendée est bien supérieure à la moyenne. On peut aisément penser que la fragilité de la population, la désertification médicale et le manque de moyens en ville contraint les gens à se tourner vers la seule alternative qui s'ouvre à eux, les urgences.

Fig. 1 Taux standardisés de recours des Ligériens aux services d'urgences, selon le code postal de domicile Pays de la Loire (2021)

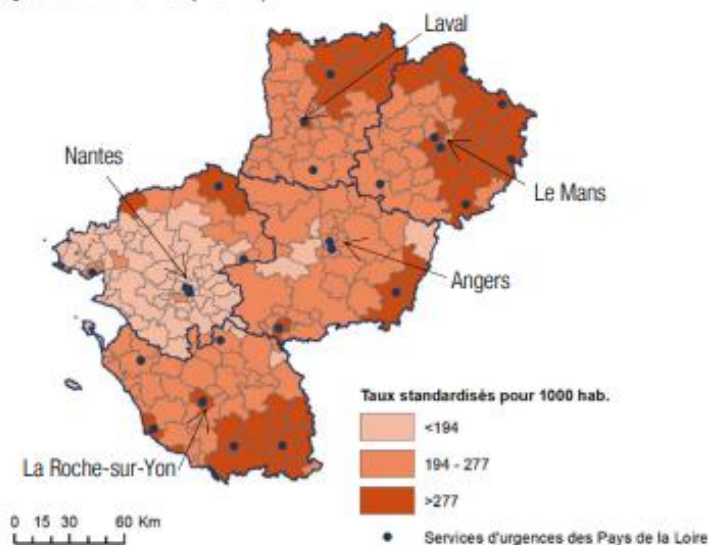


Figure 33 : Taux standardisés de recours des ligériens aux services d'urgence, selon le code postal de domicile

D'après les RPU transmis par les SAU de Vendée en 2022, un passage sur 7 est classé CCMU 1, c'est-à-dire n'ayant pas besoin d'examen complémentaires, relevant donc de la médecine de ville. (11)

Les besoins de santé ne font qu'augmenter et aujourd'hui la médecine de ville n'arrive pas à y faire face, donnant à l'hôpital un rôle d'acteur de premier recours qui le fragilise.

L'offre de soins actuelle semble ne plus correspondre aux besoins des patients. Il est nécessaire d'adapter la réponse à cette problématique autour de l'ensemble du système de santé. Il faut avancer aussi bien au niveau des institutions hospitalières qu'au niveau de la médecine extra-hospitalière.

Des investissements dans la structuration de la médecine de ville avec un maillage territorial ont commencé à voir le jour avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) via le programme Ma santé 2022.

Au niveau européen existent des alternatives. Les Pays-Bas et le Danemark proposent d'autres modèles. Ils se sont engagés depuis plusieurs années dans des politiques de consolidation de leur médecine de ville, dans la revalorisation de la médecine de premier recours et ont investi massivement dans les solutions digitales et la création de métiers intermédiaires pour travailler aux côtés des médecins, accompagner les patients dans leurs parcours et éviter au maximum le recours aux structures hospitalières. Les patients au

Danemark ne peuvent plus se rendre par eux-mêmes aux urgences sans passer par un médecin régulateur. 10 à 20 % des patients se présentent tout de même sans avis, et ceux-ci sont invités à appeler le numéro d'urgence à leur arrivée à l'hôpital (sauf cas particulier). Les entrées aux urgences ont modestement diminué de 10 % en 2019, la baisse serait de l'ordre de 20 à 25 % sur cinq ans.

L'idée n'était pas tant de baisser la fréquentation des urgences mais surtout de « soigner les patients au bon endroit, au bon moment et avec un traitement adéquat », résume Helene Bilsted Probst, directrice de l'Organisation du système de soins à l'Autorité de santé danoise.(48)

Dans notre étude, nous constatons que **pour 44 % des patients consultants, l'alternative au CSNP aurait été de s'orienter vers les urgences.** Ce chiffre peut paraître élevé, mais fait écho à l'étude de la DREES de 2018 qui évaluait à 43 % les consultations aux urgences hospitalières qui pourraient être prises en charge par la médecine ambulatoire. (2)

Nous pouvons d'ores et déjà en conclure qu'il y a beaucoup à faire en médecine ambulatoire pour répondre à la demande de soins de la population. La médecine de ville et la médecine hospitalière marchent de concert, l'une ne pouvant aller sans l'autre. Pour résoudre l'engorgement des urgences, une amélioration de l'offre de soins en ville semble nécessaire.

De nombreux dispositifs ont vu le jour pour améliorer l'offre de soins en dehors des heures d'ouverture de la PDSA, comme le 116-117 et le SAS, système également en expérimentation.

Le Service d'Accès aux Soins (SAS) est un nouveau service d'orientation. Il est prévu par le Pacte de refondation des urgences en 2019. Son objectif est de répondre à la demande de soin de la population, qu'il soit urgent ou non programmé, à toute heure de la journée lorsque l'accès au médecin traitant n'est pas possible. Il pourra être fourni au patient un conseil médical, une téléconsultation, une orientation selon la situation vers une consultation de soin non programmé en ville, vers un service d'urgence ou bien déclencher l'intervention d'un SMUR ou d'un transport sanitaire. (49)

Les patients ayant une ou plusieurs pathologies chroniques sans possibilité de suivi en ville ne renoncent pas ou peu aux soins, et s'orientent à défaut vers les services d'urgence. (50) La difficulté d'accès aux soins peut être source d'anxiété pour les patients (comment renouveler une ordonnance, comment soigner son enfant...), l'urgence ressentie pouvant les amener à consulter aux SAU. La difficulté et le temps passé à chercher un rendez-vous peut également

en décourager certains et conduire à un renoncement aux soins. Ces facteurs sont vecteurs de « dégradation de santé ».

La thèse de Marion Dupuis, qui évaluait la satisfaction des patients réorientés à l'accueil des urgences de la Roche-sur-Yon vers la régulation médicale et notamment le 116-117, a montré que les patients étaient globalement satisfaits de la prise en charge après réorientation et prise en charge au CSNP de la Roche-sur-Yon. Une consultation peut être proposée dans les 48h ce qui limite grandement les passages spontanés aux urgences et le renoncement aux soins. (51)

Le CSNP de Luçon augmente l'offre de soins de médecine générale dans le secteur et montre l'impact qu'il peut avoir sur l'accessibilité aux soins, les créneaux disponibles étant très souvent complets.

Le CSNP permet de répondre à la demande de soins des patients précaires. En effet, on constate une représentation plus importante des classes sociales fragiles dans notre échantillon que dans la population générale.

3.1) Les critères de jugement secondaires

c) Le CSNP et le renoncement aux soins

D'après notre étude, près de 13 % des patients déclarent qu'ils auraient renoncé aux soins s'ils n'avaient pas eu accès au CSNP. Cette étude ne discerne pas le renoncement aux soins dit « barrière » et le renoncement aux soins dit « refus ». Dans le premier cas, l'individu fait face à un environnement de contraintes, le plus souvent budgétaires, qui ne lui permet pas d'accéder au soin désiré. Le second cas est l'expression d'un refus qui porte soit sur des soins spécifiques, soit, plus radicalement, sur le fait même de se soigner : il revêt alors un caractère définitif et traduit la perception d'une inutilité des soins. (52)

Plusieurs raisons peuvent donc mener à renoncer aux soins. Quelle population est la plus concernée par le renoncement aux soins ?

En 2017, d'après une enquête statistique sur les Ressources et Conditions de Vie (SRCV) de l'Insee, 3,1 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine, soit 1,6 million de personnes, ont renoncé à des soins médicaux. (53)

Dans une étude de la DREES de 2021 (35) qui s'intéressait au renoncement aux soins, une fois tenu compte des caractéristiques des personnes interrogées (âge, sexe, diplôme, situation sur le marché du travail...), il en est ressorti que les personnes pauvres en conditions

de vie ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres. De plus, dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes, leur risque est plus de huit fois supérieur à celui du restant de la population. Toujours dans cette étude de la DREES, il a été observé qu'être couvert par une complémentaire santé préserve du renoncement aux soins. En particulier les bénéficiaires de la C2S renoncent cinq fois moins que les personnes sans complémentaire santé. Dans notre étude, il est apparu que les personnes bénéficiant de la C2S étaient moins susceptibles de renoncer aux soins que ceux n'en bénéficiant pas, ce qui concorde avec les résultats de cette même étude. Les autres facteurs de risque de renoncement aux soins sont le mauvais état de santé, en particulier le handicap, et l'isolement social. Néanmoins, alors qu'avec l'âge, la santé se dégrade, le renoncement, lui, décroît. De plus, les personnes en ALD renoncent moins aux soins que les autres. (35)

Si l'on regarde de manière plus précise notre étude, la population qui déclare renoncer aux soins est globalement similaire aux résultats de l'étude de la DREES (Principalement la classe des 30-49 ans) (37). Nous n'observons pas de renoncement de la part des moins de 15 ans, la seconde classe renonçant le moins aux soins est celle des plus de 75 ans. On remarque également que la part des patients n'ayant pas de médecin traitant renonce aux soins de manière plus importante (15 % contre 12 %). Ce dernier point appuie le fait qu'avoir un médecin traitant est primordial, et dans le cas où il est impossible d'en avoir un, avoir accès à un médecin généraliste est par conséquent essentiel. Concernant les patients en ALD, comme le soulève l'enquête de la DREES (35), la grande majorité ne renonce pas aux soins. Sur les 47 patients de notre étude ayant déclaré renoncer aux soins, 38 n'ont pas d'ALD alors que 9 en ont une. Quant au motif de consultation, les patients renonçant aux soins présentent principalement un motif aigu. 42 des 47 patients ayant renoncé aux soins présentaient un problème médical aigu, alors que 5 d'entre eux (10 %) présentaient un problème chronique.

La population ayant déclaré renoncer aux soins en cas d'absence de CSNP ont un profil qui se retrouve sur les diverses études menées par la DREES et l'Insee. Il s'agit de patients n'ayant pas d'ALD ou de C2S, entre 16 et 50 ans. Cette proportion est majorée s'il n'y a pas de médecin traitant. Concernant les catégories socio-professionnelles, nous n'avons pas mis en évidence de population plus à risque qu'une autre hormis celle des cadres dont le renoncement aux soins est le premier choix. Mais leur représentation dans l'échantillon est minime (7 % des personnes avec emploi contre 19 % dans la population française avec emploi). (47) L'argument du renoncement dans cette catégorie socio-professionnelle n'a cependant pas été exploré.

On peut donc en conclure que le CSNP est un acteur dans la lutte contre les inégalités d'accès aux soins puisque, tout d'abord, il améliore l'offre de soin, ensuite, étant un dispositif financé par l'ARS, les patients n'ont pas à avancer de frais, enfin, l'accueil par un médecin généraliste permet de se rapprocher de la prise en charge que l'on peut retrouver en médecine de ville.

d) Place du CSNP dans la prise en charge des pathologies chroniques chez les patients âgés et/ou en ALD

Dans notre étude, 25 % des motifs de consultation concernaient un motif chronique. Le nombre de patients en ALD consultant au CSNP était non négligeable, représentant 26 % de l'échantillon.

En comparaison, le nombre de patients en France en ALD en 2021 était de 12 130 000 soit 18 % de la population française. 19 % de la population des Pays de la Loire et 18 % de la population vendéenne étaient en ALD. (54) (55) (56) Plus précisément, d'après une récente étude de la CPTS Plaine et Marais (8), 26 % des habitants du territoire présentaient une ALD, correspondant à notre échantillon. Cependant, selon l'Assurance Maladie, il s'agit de 20 millions de personnes qui sont concernées par une pathologie chronique, soit 35 % de la population couverte par le régime général. Le vieillissement de la population et les progrès de la médecine contribuent à la chronicisation de maladies autrefois aiguës. Ceci explique en partie la place croissante des pathologies chroniques. (57)

Nous avons observé qu'il y avait une différence entre le groupe de patients ayant une ALD et celui n'en ayant pas, lorsque l'on comparait le motif de consultation, à savoir un motif aigu ou chronique. Dans le groupe de patients n'ayant pas déclaré d'ALD, 17 % ont consulté pour un motif chronique. Pour ceux ayant une ALD, 46 % ont consulté pour un motif chronique, soit près de la moitié des patients de ce groupe. La part du chronique dans la prise en charge des patients au CSNP de Luçon est donc importante, et cet accès à un médecin généraliste permet de réaliser un suivi.

54 % des patients ayant une ALD ont déclaré ne pas avoir de médecin traitant (vs 10 % dans la population française (14)), ce qui peut expliquer en partie le nombre important de consultations pour motif chronique (25 % des patients de l'étude). Les patients ayant besoin d'un suivi ou d'un renouvellement trouvent une réponse avec le CSNP car il représente, à défaut d'avoir un médecin généraliste attitré, une option plus adaptée pour répondre à leurs attentes

qu'un passage aux urgences où le praticien rencontré ne se reconnaîtrait pas dans cette démarche de soin.

D'après un travail de thèse sur l'évolution du contenu de la consultation en médecine générale effectuée en 2013, sur la période 1993-2010, le ratio de motif aigu par consultation était de 0,5, mais pour des patients consultant également pour un motif chronique. (58) La proportion des consultations avec motif aigu était stable au cours du temps. Le nombre de motifs abordés lors d'une consultation de médecine générale augmentait graduellement avec l'âge sauf aux âges extrêmes. Avec l'âge avançant, les motifs dits chroniques avaient une part de plus en plus importante et les motifs aigus une part de moins en moins importante dans une consultation de médecine générale. On observait l'effet inverse chez les plus jeunes. En 17 ans, nous sommes passés de 1,8 à 2,2 motifs en moyenne par consultation (notamment plus souvent chroniques avec le vieillissement de la population et plus de demandes administratives) alors que la proportion de l'aigu était stable. (59) Les consultations actuelles sont donc plus lourdes, plus complexes, plus difficiles. (58)

Nous pourrions mesurer la part des patients amenés à consulter plusieurs fois pour motif chronique au CSNP, dans le cadre d'un suivi par exemple.

Le CSNP de Luçon trouve sa place dans la prise en charge des patients nécessitant un suivi régulier car la CPTS Plaines et Marais a mis en place une démarche permettant d'intégrer certains patients à la patientèle d'un médecin généraliste après demande particulière d'un praticien du CSNP.

2. Les autres dispositifs de soins impactés par le CSNP de Luçon

1.1) La PDSA

D'après notre étude, en l'absence du CSNP, 19 % des patients aurait fait appel à la PDSA. Les statistiques annuelles des établissements de santé montrent une forte augmentation du recours à la régulation médicale avec une nette augmentation de la participation à la régulation médicale des médecins généralistes libéraux.

Au niveau national, il y a eu en 2018, 29 075 874 appels contre 24 966 227 en 2014 soit une augmentation de 16,4 % en 4 ans. Au niveau de la Vendée, il a été observé une augmentation de 20,8 % d'appels de 2014 à 2018. (60) Les risques de l'augmentation de l'activité de la régulation médicale sont un épuisement, un désintéressement de l'équipe de régulation et une augmentation des délais d'attente de réponse téléphonique avec un risque de ce fait de renoncement aux soins.

Le CSNP peut donc être un support à la régulation médicale avec la possibilité d'obtenir un rendez-vous médical rapidement, soulageant la PDSA.

2.1) Appel à un organisme de téléconsultation

Avec la crise sanitaire due au COVID-19, le recours à la téléconsultation s'est fortement développé en France, alors qu'il était marginal auparavant. Les médecins généralistes libéraux ont ainsi effectué 13,5 millions de consultations à distance en 2020 et 9,4 millions en 2021 contre 80 000 en 2019. En 2021, 1,1 million de téléconsultations de médecine générale a été réalisé dans les centres de santé. (61)

La téléconsultation s'installe comme pratique pérenne en 2021 avec 3,7 % de l'activité des médecins généralistes libéraux. Elle est le plus souvent effectuée avec de jeunes patients. En 2021, 45,2 % des téléconsultations de médecins généralistes libéraux sont réalisées avec des patients de 15 à 44 ans. Sept téléconsultations sur dix sont réalisées avec des patients résidant dans les grands pôles urbains. D'après cette étude de la DREES, les téléconsultations ne sont pas particulièrement réalisées avec des patients résidant dans les zones les moins dotées en médecins généralistes : 23,3 % des téléconsultations sont faites avec les 20 % de la population les mieux dotés en médecins généralistes, tandis que 17,9 % sont réalisés avec les 20 % de la population les moins bien dotés.

Dans notre étude, seulement 8 % des patients s'orientaient vers un organisme de téléconsultation. Cela pourrait s'expliquer par des difficultés logistiques (absence de smartphone), l'âge avancé (non-maitrise de l'outil informatique et difficultés visuelles) et le caractère inapproprié

probable, notamment pour répondre au motif de consultation à faire appel à ce type de consultation dont la population n'est peut-être pas encore habituée.

3.1) L'automédication

L'automédication est la prise d'un ou plusieurs médicaments, consommés ensemble ou séparément par une personne, sur sa propre initiative. L'automédication s'effectue donc sans avis médical et notamment, sans le conseil d'un pharmacien.

Au cours de l'année qui vient de s'écouler, 8 Français sur 10 ont pratiqué l'automédication pour un problème de santé bénin selon une enquête IPSOS. (62) En moyenne, ils ont eu recours à l'automédication 3 fois dans l'année. Dans 56 % des cas, ils ont recours au conseil du pharmacien pour leur conseiller le médicament qui leur conviendrait le mieux.

Dans notre étude, 6 % des patients ont déclaré recourir à l'automédication s'ils n'avaient pas eu accès au CSNP.

Cette pratique n'est donc qu'anecdotique. Ce taux suggère que les patients consultant au CSNP sont plutôt à la recherche d'une réponse médicale à leur problème de santé lorsqu'ils ne pensent pas pouvoir le gérer seuls.

4.1) L'attente du médecin traitant

Seulement 48 % des patients consultant au CSNP de Luçon ont un médecin traitant. Ce dernier n'est pas toujours disponible, ce qui conduit les gens à consulter au CSNP.

Sur la population de l'échantillon étudiée il s'avère que :

- 26 % d'entre eux n'ont pas essayé de joindre leur médecin traitant. Lorsque les patients sont interrogés sur ce point, les réponses régulièrement apportées sont la rapidité du rendez-vous au CNSP et la supposition non vérifiée que le planning de leur médecin soit déjà complet.
- Pour les patients ayant un médecin traitant, 9 % seulement d'entre eux attendraient un rendez-vous s'ils n'avaient pas accès au CSNP de Luçon.

Cette conduite amène donc à cette interrogation : Comment améliorer l'éducation et l'information du patient afin qu'il y ait systématiquement un appel au médecin traitant préalable avant de faire appel au CSNP ?

3. Forces, limites et perspectives de l'étude

1.1) Forces

Afin que l'échantillon soit le plus représentatif possible de la population vendéenne au cours de l'année, l'étude a été réalisée hors vacances scolaires, pour exclure au maximum l'impact de l'afflux estival (95 % des participants étaient vendéens). La population de notre étude semble comparable en termes d'âge, de sexe, et de catégories socio-professionnelles à la population vendéenne.

Avec un questionnaire standardisé, validé par ses pairs, réalisé par un investigateur unique, nous avons essayé de réduire au minimum le risque de biais de mesure.

La participation est bien répartie sur l'ensemble de la semaine durant la période de la continuité des soins. Le taux de participation est supérieur à nos attentes. L'objectif initial était de 200 réponses avec un taux de participation de 40 %. Il y a eu finalement 349 réponses soit un taux de participation de 70 %. Le taux d'exclusion était bas avec seulement 5 % des réponses non incluses.

C'est une étude originale puisqu'elle s'effectue sur un CSNP qui est un système novateur encore en expérimentation. Nous pouvons retrouver des articles sur les soins non programmés de manière générale (comprenant urgences, médecine ambulatoire) mais peu d'études ont été spécifiquement réalisées sur les CSNP du point de vue de l'utilisateur.

2.1) Limites

L'investigateur est novice dans le domaine de la recherche médicale. Il a bénéficié de l'expertise de son Directeur de recherche qui a déjà encadré un travail de recherche dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine générale.

Le caractère quantitatif de l'étude ne permet pas aux participants de donner d'autres réponses que celles présumées par l'investigateur. Cependant ce type d'étude permet d'en extraire des statistiques afin d'évaluer le mode de consommation des soins des patients.

Le déroulement de notre étude induit un biais de sélection du fait d'être une étude monocentrique.

3.1) Perspectives

a) Etat des lieux à 1 an de la création du CSNP de Luçon

Le CSNP de Luçon, système encore en expérimentation, est ouvert du lundi au vendredi, toutes les semaines de l'année. 24 créneaux de consultation sont ouverts chaque jour. Les créneaux de consultation sont pratiquement tous pourvus. Les rendez-vous non honorés sont extrêmement rares. Une secrétaire à temps plein est également sur place, facilitant les démarches administratives.

Une liaison a été établie entre les médecins de ville et le CSNP puisqu'un compte rendu de consultation est envoyé systématiquement au médecin traitant. Les examens complémentaires tels que les biologies sanguines ou résultats d'imageries sont consultés chaque jour.

Le CSNP n'affecte pas l'offre de soins ambulatoires puisqu'aucun médecin installé ne travaille dans ce centre. Certains d'entre eux, dont l'investigateur, n'ont pas encore de thèse de médecine. Les médecins y exerçant viennent de divers territoires : Nantes, La Roche-sur-Yon, La Rochelle, démontrant une attractivité territoriale. Cette activité vient en complément d'une activité libérale et permet de varier le type d'exercice. On peut supposer que les praticiens sont satisfaits de l'activité de ce centre car il s'agit des mêmes personnes y travaillant depuis l'ouverture du centre.

b) Comparaison avec d'autres CSNP de Vendée

D'autres études en cours font un état des lieux d'autres CSNP de Vendée. Il serait intéressant de pouvoir comparer l'ensemble des 6 centres du département (Challans, La Roche-

Sur-Yon, Les Herbiers, Fontenay-le-Comte, les Sables d'Olonne et Luçon) et de les comparer avec celui d'autres départements (Cholet a ouvert le 5 septembre 2022 un CSNP). (28)

Leur fonctionnement étant similaire, la recherche d'une disparité au niveau des patients et de leur prise en charge médicale permettrait d'identifier d'avantage les difficultés de recours aux soins et d'établir une typologie.

c) Répercussions sur l'activité du SAU de Luçon

Il pourrait être intéressant d'analyser les CCMU 1 du SAU de Luçon avant et après ouverture du CSNP du site. Cependant cette analyse reste difficile en raison du fonctionnement particulier du SAU qui est discontinu sur l'année.

Dernièrement, en lien avec la pénurie de main d'œuvre, les urgences de Luçon sont régulièrement fermées. Cette diminution d'offre de soins ne peut que renforcer l'idée qu'un CSNP, bien qu'il ne puisse en aucun cas remplacer un service d'urgence, permet malgré tout d'offrir une solution de recours à un problème médical dit non programmé.

d) Recours à la PDSA

Les chiffres concernant le nombre d'appels à la PDSA n'ont pas pu être évalués après la création des CSNP, et il pourrait être intéressant de rechercher ultérieurement s'il existe un impact sur ces appels.

e) Satisfaction des patients sur le système des CSNP

Il n'y a pas eu de question précise sur ce sujet durant l'étude mais plusieurs patients ont rapporté avoir des difficultés pour joindre le 116-117. Parfois plusieurs heures d'attente étaient constatées.

Les patients ayant un médecin traitant, bien qu'indisponible, ont pu se voir attribuer un rendez-vous de consultation au CSNP via l'accès direct au planning par les secrétaires médicales de leurs médecins traitants. Bien que ce mode de prise de rendez-vous soit minime (5 %), ceci pourrait contribuer à une inégalité d'accès aux soins car encore une fois, les patients ayant un médecin traitant ont plus de facilité à avoir accès à un autre médecin généraliste. Des études sur l'augmentation du recours à la PDSA et au 15 / 116-117 ont déjà été effectuées. Des renforts ont été apportés aux équipes de régulation. L'évaluation de la satisfaction concernant le temps d'attente pourrait à nouveau mettre en évidence l'existence d'une carence à ce niveau, avec le risque d'épuisement des équipes que cela comporte.

f) Harmonisation des CSNP

Il est important de pouvoir pérenniser ce système. Les principales difficultés tiennent à ce que ce système est encore expérimental, et que chaque CSNP a son fonctionnement propre. Pour celui de La-Roche-sur-Yon, les renouvellements ne sont pas autorisés. A celui de Fontenay-Le-Comte, les patients disposant d'un médecin traitant ne sont pas admis. Certains patients de ces secteurs ont donc été dirigés vers le CSNP de Luçon. Une harmonisation des pratiques pourrait certainement améliorer les prises en charge.

g) Lien avec la médecine de ville.

Certains patients en ALD suivis pour des pathologies chroniques lourdes n'ont plus de médecin traitant. Le passage par le CSNP leur permet donc d'accéder à un médecin de ville afin d'assurer la continuité des soins. Cependant, un médecin généraliste référent reste le meilleur moyen d'assurer un suivi de bonne qualité.

La possibilité d'un transfert de dossier patient vers un médecin généraliste de ville après demande et avis du médecin du CSNP est un point positif de ce dispositif, créant de plus un lien avec la médecine de ville.

Ainsi il a été décidé au cours d'une réunion entre les médecins généralistes installés et les médecins du secteur d'établir un protocole de réorientation des patients vus au CSNP vers un suivi chez un médecin généraliste installé, avec une priorisation des dossiers selon la situation clinique.

Les médecins de ville s'impliquent dans ce dispositif mais de façon inégale sur le territoire de la CPTS. Ce dispositif gagnerait à être étendu à l'ensemble des CSNP.

h) Nouveau dispositif : le SAS

Plus récemment, le développement d'un nouveau service d'orientation des patients, le « service d'accès aux soins » ou SAS, a été proposé dans le cadre du Pacte pour la refondation des urgences et réaffirmé lors du Ségur de la santé, concernant l'offre médicale en amont des services d'urgence. (63) (64)

De jour, du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 8h à midi, l'objectif est d'orienter les patients en priorité vers leur médecin traitant s'il est disponible. Si ce n'est pas le cas, vers les cabinets de médecine générale volontaires, notamment en s'appuyant sur les CPTS. Ce système basé sur un agenda partagé met en lien les cabinets de ville et la régulation de jour.

Les régulateurs sont épaulés par des assistants de régulation médicale et opérateurs de soins non programmés (ONSP) dans la prise en charge de l'appel du patient et la prise en charge des appels en vue d'une consultation en SNP. Ce dispositif étant très récent, aucune étude ni évaluation n'a été publiée à ce jour.

Le SAS avec une harmonisation des pratiques pourrait aussi être une aide contre l'inégalité d'accès aux soins, pour le désengorgement des urgences, permettant ainsi une amélioration de l'offre de soins ambulatoires sur le territoire.

Un système similaire avait été déployé sur le territoire CPTS-LVO appelé « CPTS rendez-vous » où la régulation pouvait inscrire des patients sur des créneaux dédiés, sur les agendas des médecins volontaires d'un territoire. La satisfaction des médecins évalués était plutôt positive mais plusieurs points négatifs étaient soulevés, notamment le fait que les créneaux n'étaient pas tous pourvus et que cela engendrait « des journées à trous ». L'étude avait été faite sur une période d'été. Ce genre de pratique prend toujours du temps pour être bien ancrée dans les habitudes. (65)

4.1) Intérêt des résultats de l'Angleterre dans le domaine des soins non programmés

Un tri téléphonique par un IDE des SNP a été évalué dans un essai randomisé en Angleterre en 2012 et il en ressortait que cela induisait une diminution du nombre de consultations avec le médecin dans le mois suivant. (66)

De ce fait, cela nous évoque des pistes de réflexion quant aux renforts possibles dont on pourrait doter les SNP par d'autres acteurs complémentaires de soins primaires.

V. Conclusion

Les médecines de ville et hospitalières souffrent depuis longtemps d'un manque de moyens, tant humains que matériels, situation qui se répercute sur les prises en charge sanitaires en général. Depuis plusieurs années les besoins de soins vont croissants, s'expliquant non seulement par le vieillissement et l'augmentation de la population mais aussi par le développement considérable des techniques d'investigation et de diffusion de l'information (internet, réseaux sociaux...). Tous ces facteurs aboutissent peu ou prou à un engorgement des urgences qui s'aggrave au fil des années, ce qui induit une dégradation des soins, par une attente plus longue et un épuisement des équipes.

Améliorer l'offre de soins en ville et notamment en soins non programmés par tout dispositif existant dont le CSNP présente des avantages évidents :

- Allègement de la pression en soins dans les services d'accueil des urgences.
- Lutte contre les inégalités d'accès aux soins avec toutes les conséquences qui en découlent.

Si le CSNP de Luçon est donc un atout supplémentaire dans l'offre de soins sur son territoire, il est aussi un élément de renfort pour l'attractivité professionnelle des médecins par son activité non isolée, en relation plus organisée avec les autres acteurs de soins non programmés ou urgents.

Enfin, un CSNP représente certainement une partie non négligeable de l'objectif visant à réaliser l'accès aux soins pour tous et ce d'autant plus s'il s'agit de patients isolés, précaires et sans médecin traitant.

Bibliographie

1. Les inégalités sociales et territoriales de santé [Internet]. [cité 28 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>
2. rapport_snp_vf.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
3. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;
4. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociol Prat. 2007;14(1):19-30.
5. Aubertin B. Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes: enquête auprès des internes du D.E.S. de médecine générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse.
6. 12285.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/12285.pdf>
7. Observatoire des inégalités [Internet]. [cité 28 sept 2023]. Les professions médicales mal réparties sur le territoire. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/Les-professions-medicales-mal-reparties-sur-le-territoire>
8. egora.fr [Internet]. 2023 [cité 19 mai 2023]. Plus de salariat, moins de généralistes... Ce que révèlent les derniers chiffres de la démographie médicale. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/demographie-medicale/80231-plus-de-salariat-moins-de-generalistes-ce-que-revelent-les>
9. 2023_#42_MEDECINS.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2023]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2023_PDF/2023_%2342_MEDECINS.pdf
10. 2021_ProfilSante_CPTS_85_PlaineEtMarais.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2023]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2021_PDF/2021_ProfilSante_CPTS_85_PlaineEtMarais.pdf
11. Buyck DJF, Metten DMA, Lelièvre F, Tallec DA, Goument DM, Lehée A, et al. Groupe technique ORU Pays de la Loire. 2019;
12. Arnault - ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.conseil->

national.medecin.fr/sites/default/files/external-

package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf

13. Patients sans Médecin traitant, mythe ou réalité ? - MG France [Internet]. [cité 25 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/actualite/profession/2142-patients-sans-medecin-traitantmythe-ou-realite>

14. Patients en affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant : un plan d'actions est lancé [Internet]. 2023 [cité 31 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/patients-en-affection-de-longue-duree-ald-sans-medecin-traitant-un-plan-d-actions-est-lance>

15. passage aux urgences 2019 [Internet]. [cité 31 mars 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf>

16. _urgences_dp_septembre_2019.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf

17. ES2021.pdf [Internet]. [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf>

18. Gouyon L. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. 2006;

19. 2020_panel4_mg_SNP_24.pdf [Internet]. [cité 21 avr 2023]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_%20panel4_mg_SNP_24.pdf

20. medecin dans les snp [Internet]. [cité 21 avr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>

21. Panorama Urgences 2020. Activité des services d'urgences des Pays de la Loire [Internet]. [cité 24 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/panorama-urgences-2020-activite-des-services-durgences-des-pays-de-la-loire>

22. 08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf [Internet]. [cité 24 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>

23. Un centre de soins non programmés expérimenté à Luçon pour améliorer la réponse aux besoins de santé des habitants [Internet]. 2022 [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/un-centre-de-soins-non-programmes-experimente-lucon-pour-ameliorer-la-reponse-aux-besoins-de-0>

24. Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires. 2016-1012 juill 22, 2016.
25. rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf [Internet]. [cité 24 avr 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf
26. Benoît M. L'émergence des maisons médicales de garde dans la permanence des soins et leur incidence sur l'activité hospitalière. 2004;
27. Ouest-France.fr [Internet]. 2022 [cité 24 avr 2023]. Pénurie de médecins. En Vendée, les six centres de soins non programmés restent ouverts. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/vendee/penurie-de-medecins-en-vendee-les-six-centres-de-soins-non-programmes-restent-ouverts-70b881f8-76e7-11ed-bba0-eb1828db0a61>
28. Un centre de soins non programmés expérimenté à Cholet pour améliorer la réponse aux besoins de santé des habitants [Internet]. 2022 [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/un-centre-de-soins-non-programmes-experimente-cholet-pour-ameliorer-la-reponse-aux-besoins-de-sante>
29. Vendee (85) : chiffres-clés du département [Internet]. [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.linternaute.com/ville/vendee/departement-85>
30. Dossier complet – Département de la Vendée (85) | Insee [Internet]. [cité 31 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-85>
31. OESTV - Projections de population 2050 Vendee - Octobre 2017.pdf [Internet]. [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: <https://observatoire-economique-vendee.fr/telechargement/etudes/OESTV%20-%20Projections%20de%20population%202050%20Vendee%20-%20Octobre%202017.pdf>
32. Gouyon - 2006 - Les recours urgents ou non programmés en médecine .pdf [Internet]. [cité 17 août 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er471.pdf>
33. Santé : 11 % des patients sont sans médecins traitants – PharmAnalyses [Internet]. [cité 17 août 2023]. Disponible sur: <https://pharmanalyses.fr/sante-11-des-patients-sont-sans-medecins-traitants/>
34. RA_2019_VF.pdf [Internet]. [cité 17 août 2023]. Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RA_2019_VF.pdf

35. ER1200.pdf [Internet]. [cité 3 mai 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>
36. er1011.pdf [Internet]. [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1011.pdf>
37. Mieux connaître et évaluer la prise en charge des maladies chroniques : lancement de l'enquête PaRIS en septembre 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/mieux-connaître-et-évaluer-la-prise-en-charge-des-maladies-chroniques>
38. vie-publique.fr [Internet]. 2021 [cité 5 sept 2023]. La pauvreté gagne du terrain en France en 2018. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/en-bref/281581-la-pauvrete-gagne-du-terrain-en-france-en-2018>
39. ER1243_MAJ.pdf [Internet]. [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/ER1243_MAJ.pdf
40. Adultes et avancée en âge [Internet]. [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/enfants-et-jeunes>
41. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes - Insee Première - 1687 [Internet]. [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>
42. OCDE - 2021 - Panorama de la santé 2021 Les indicateurs de l'OC.pdf [Internet]. [cité 17 août 2023]. Disponible sur: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/06562aa5-fr.pdf?expires=1692265581&id=id&accname=guest&checksum=0CC03B054A60FF56881341F23341CA79>
43. Pays de la Loire. Trouver son médecin traitant, une galère ! [Internet]. [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/pays-de-la-loire-trouver-son-medecin-traitant-une-galere-6682135>
44. <https://www.facebook.com/actu.fr>. actu.fr. 2022 [cité 26 mai 2023]. Vendée : 16 % des habitants n'ont pas de médecin traitant. Disponible sur: https://actu.fr/pays-de-la-loire/la-roche-sur-yon_85191/centres-de-soins-non-programmes-lars-fait-le-bilan_55833682.html
45. La Vendée en proie à la désertification médicale [Internet]. [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/vendee/la-vendee-en-proie-la-desertification-medecale-5023352>

46. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-8-medecins-generalistes-sur-10-sorganisent-au-quotidien>
47. ROBELET G. Ouest-France.fr. 2021 [cité 18 août 2023]. Vendée. Aux urgences, il n'y a qu'un seul médecin pour... 5 933 passages! Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/vendee/vendee-aux-urgences-il-n-y-a-qu-un-seul-medecin-pour-5-933-passages-fcbd8148-1d25-11ec-b443-821185c78bbd>
48. Foucaud I de. Challenges. 2019 [cité 22 août 2023]. La recette du Danemark pour désengorger les urgences. Disponible sur: https://www.challenges.fr/entreprise/sante-et-pharmacie/crise-des-hopitaux-la-recette-du-danemark-pour-desengorger-les-urgences_680484
49. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 9 juin 2023]. Tout savoir sur le SAS. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas>
50. Georges-Tarragano C, Pierru F, de Celeyran FT, Mechali D, Rochefort J. Surcharge et engorgement des urgences : la réponse durable du modèle des Pass. Trib Santé. 2013;39(2):87-95.
51. Marion D. Évaluation de la satisfaction des patients réorientés de l'accueil des urgences de l'hôpital de La Roche-sur-Yon vers la régulation téléphonique de la permanence des soins ambulatoires. Nantes: Université de Nantes; 2019.
52. Jusot F, Fantin R, Dourgnon P, Després C. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. Healthcare Renunciation : a Socio-anthropological Approach [Internet]. oct 2011 [cité 19 mai 2023]; Disponible sur: <https://basepub.dauphine.psl.eu/handle/123456789/9221>
53. L'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie | Insee [Internet]. [cité 19 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/4230346>
54. Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD - 2008 à 2021 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2023 [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald>
55. Effectif de bénéficiaires et prévalences standardisées des ALD par région - 2008 à 2021 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2023 [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald-region>

56. PISSTER : 200 indicateurs sur l'état de santé et l'offre de soins [Internet]. 2021 [cité 17 août 2023]. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/pisster-200-indicateurs-sur-etat-de-sante-et-offre-de-soins>
57. Le Conseil économique social et environnemental [Internet]. [cité 20 mai 2023]. Les maladies chroniques. Disponible sur: <http://www.lecese.fr/travaux-publies/les-maladies-chroniques>
58. fichier_these_juliensignoretccb5a.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2023]. Disponible sur: https://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/728/fichier_these_juliensignoretccb5a.pdf
59. Société Française de Médecine Générale : Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010. [Internet]. [cité 25 mai 2023]. Disponible sur: https://www.sfmng.org/publications/les_theses/evolution_du_contenu_de_la_consultation_de_medecine_generale_en_termes_de_maladies_chroniques_aigues_et_de_prises_en_charge_non_pathologiques_entre_1993_et_2010.html
60. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2020 [cité 2 mai 2023]. Bilan de la permanence des soins en 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/bilan-permanence-soins-2019>
61. Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent en 2021 des patients des grands pôles urbains | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 11 juill 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/sept-teleconsultations-de-medecine-generale>
62. Ipsos [Internet]. 2017 [cité 11 juill 2023]. Les Français et l'automédication en premier recours : quelle place pour le professionnel de santé ? Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-francais-et-lautomedication-en-premier-recours-quelle-place-pour-le-professionnel-de-sante>
63. Agence du Numérique en Santé [Internet]. [cité 25 mai 2023]. Service d'accès aux soins (SAS). Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/sas>
64. Sénat [Internet]. 2023 [cité 19 mai 2023]. Proposition de loi visant à répondre à la demande des patients par la création de Points d'accueil pour soins immédiats. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/119-461/119-461.html>

65. Dupont G. Étude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes du territoire Loire-Vendée-Océan concernant le dispositif « CPTS rendez-vous » favorisant l'accès aux soins non programmés sur l'été 2021. 2022;67.
66. Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt T, Lattimer V, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of telephone triage for managing same-day consultation requests in general practice: a cluster randomised controlled trial comparing general practitioner-led and nurse-led management systems with usual care (the ESTEEM trial). *Health Technol Assess Winch Engl.* févr 2015;19(13):1-212, vii-viii.
67. Robin-Quach P. Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif. *Rech Soins Infirm.* 2009;98(3):36-68.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire



Questionnaire
Centre de soins non programmés - site de Luçon
(durée : 3 min)



Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse de Docteur en médecine générale, Je réalise une étude sur la place du centre de soins non programmés de Luçon dans le parcours de soins des patients.

Je vous remercie de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire afin de me permettre d'avancer dans mon travail.

Date du jour :

1 - Vous êtes :

- Un homme.
- Une femme.

2 - Quel âge avez-vous ?

3 - Quelle est la commune de votre résidence principale ?

4 - Catégorie professionnelle ?

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprises.

- Cadre.
- Profession intermédiaire (administration publique, professeur...)
- Employés.
- Etudiant.
- Nourrisson.
- Ouvriers.
- Retraités.
- Sans activité professionnelle.
- Scolarisé.

5 - Avez-vous une ALD (maladie longue durée) ?

- Oui.
- Non.

La suite au verso SVP —>

6 - Avez-vous une complémentaire santé solidaire ? (ex-CMU)

- Oui.
- Non.

7 - Avez-vous un médecin traitant ?

- Oui.
- Non.

Si oui, l'avez-vous contacté ?

- Oui.
- Non.

Si oui, quelle est la raison pour laquelle vous n'avez pas pu le consulter ? (une réponse souhaitée)

- Planning complet.
- Indisponible/ absent/ en congés.

- Injoignable (Prise de rendez-vous possible qu'en ligne/ Absence de permanence téléphonique/ Standard saturé)
- Délai trop long. Quel était le délai de consultation proposé :

8 - Par quel biais avez-vous obtenu ce rendez-vous ?

- 116-117
- 15
- Secrétariat de cabinet médical
- Pharmacie

9 - Votre motif de consultation est-il en lien avec :

- Une pathologie aiguë (infection, douleur, accident de travail...).
- Une pathologie chronique (renouvellement, suivi de pathologie chronique).

10 - Si vous n'aviez pas eu la possibilité d'avoir un rendez-vous au CSNP, auriez-vous (une seule réponse souhaitée) :

- Été aux urgences.
- Renoncé aux soins.
- Attendu de voir votre médecin traitant si vous en avez un.
- Fait de l'automédication.
- Fait appel à la Permanence des soins (Garde de 20h-00h00) du 116-117.
- Eu recours à un organisme de téléconsultation d'acteurs privé (Qare - Livi).

11 - Orientation au décours de la consultation à remplir par le médecin :

- Service des urgences.
- Spécialiste d'organe.
- Retour à domicile.

12 - Motif de consultation principal : à remplir par le médecin :

Merci pour votre participation.

Annexe2 : protocole de réorientation au CSNP de Luçon CPTS Plaine et Marais.

Critères pour proposer une orientation d'un patient vu au Centre de Soins Non Programmés vers un suivi par un médecin généraliste en cabinet :

| Niveau de priorité | Situation clinique |
|--------------------------|--|
| <u>Niveau 1 :</u> | Patient.e venant en ambulance d'un EHPAD pour un RO Patient.e où la famille vient pour RO sans le patient.e (trop grabataire) Patient.e ne pouvant se déplacer |
| <u>Niveau 2 :</u> | Patient.e ayant une ALD avec nécessité d'un suivi régulier (pathologie instable) Patient ayant une découverte de néoplasie ayant besoin d'un RO |
| <u>Niveau 3 :</u> | Patient.e > 80 ans ayant un traitement de fond consultant pour RO ± critères de fragilité / dépendance Patient.e ayant une ALD avec nécessité d'un suivi régulier (pathologie stable) |
| <u>Niveau 4 :</u> | Patient consultant pour un renouvellement |

D'après la réunion du 20/06/2022 entre différents médecins du CSNP et les médecins généralistes libéraux de secteur, il s'avère qu'il y aurait une trentaine de patients rentrant dans les critères de niveau 1 et 2.

A l'heure actuelle, quand nous recevons ces patients, nous assurons un suivi médical adapté, avec des examens complémentaires pertinents et des consultations spécialistes si nécessaires.

Conduite à tenir devant un patient rentrant dans les critères de niveau 1 et 2 (se discute au cas par cas pour les patients de niveau 3) :

- Remplir la fiche d'information du patient (disponible sur le répertoire partagé)
- Regarder sa commune d'habitation
- Délivrer à Sonia la fiche remplie
- Sonia se chargera de la diffuser aux professionnels de santé le plus proche du lieu d'habitation du patient
- Dans un second temps, il pourra se discuter un appel entre le médecin du CSNP et le médecin généraliste acceptant de suivre le patient pour discuter de la situation globale du patient.

**Vu, le Président du Jury,
Professeur Philippe LE CONTE**

**Vu, le Directeur de Thèse,
Docteur Adriaan DETAVERNIER**

Vu, le Doyen de la Faculté,

Place du Centre de Soins Non programmés (CSNP) de Luçon dans l'accès aux soins du patient : Vecteur de changement de l'orientation du parcours de soin du patient ?

RESUME

Introduction : En France, l'accroissement des inégalités sociales de santé constitue depuis plusieurs années un véritable défi de santé publique qui nécessite une action urgente. Il y a une augmentation constante de la fréquentation des services hospitaliers d'accueil des urgences au cours des dernières années, dont une part non négligeable pourrait être prise en charge par la médecine ambulatoire. L'accès aux soins est devenu un enjeu majeur de toute politique de santé publique.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive et monocentrique. Elle a été effectuée auprès de 349 patients consultant au CSNP de Luçon entre le 9 janvier et le 10 février 2023. L'objectif de ce travail de recherche était de relever l'apport du CSNP de Luçon dans le parcours de soin du patient et l'aide que cela peut apporter à l'engorgement des urgences. Nous avons questionné le choix d'orientation du patient en cas d'absence de CSNP.

Résultats : Il est apparu que 52 % des patients consultants n'avaient pas de médecin traitant. 26 % d'entre eux ont une ALD et 28 % bénéficie de la complémentaire santé solidaire. 44 % des patients interrogés se seraient rendus au service d'accueil des urgences s'ils n'avaient pas eu accès au CSNP de Luçon. 19 % auraient fait appel à la permanence de soins ambulatoire. 13 % d'entre eux auraient renoncé aux soins.

Conclusion : D'après les principaux résultats de cette étude, nous pouvons avancer que le CSNP permet d'améliorer l'offre de soins ambulatoires. Il représente une alternative pour les patients n'ayant pas de médecin traitant ou ne pouvant consulter le leur et évite ainsi un passage aux urgences pour un problème relevant de la médecine ambulatoire. Le CSNP apparaît comme un acteur dans la lutte contre les inégalités d'accès aux soins avec une population consultante fragile.

MOTS-CLES

Centre de soins non programmés. Accès aux soins. Inégalités sociales de santé.