



HAL
open science

Soins non programmés en médecine générale : enquête auprès des patients dans un cabinet médical du Calvados

Florent Desnoë

► To cite this version:

Florent Desnoë. Soins non programmés en médecine générale : enquête auprès des patients dans un cabinet médical du Calvados. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04432995

HAL Id: dumas-04432995

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04432995v1>

Submitted on 1 Feb 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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2023

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 20 septembre 2023

par

M. DESNOË Florent

Né (e) le 15/09/1992 à Caen (*Calvados*)

TITRE DE LA THÈSE :

Soins non programmés en médecine générale : enquête auprès des patients dans un cabinet médical du Calvados

Président : Monsieur le Professeur BABIN Emmanuel

Membres : Monsieur le Docteur CAPDEPON Lionel - Directeur de thèse

Madame le Docteur BARBÉ - DELRUE Élise

Année Universitaire 2022/2023**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Anne-Sophie VOISIN (recherche)
Professeur Lydia GUITTET (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques (<i>surnombre universitaire</i>)	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie

Mme FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
Mme FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
M. FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M. GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M. GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. HAMON Martial	Cardiologie
Mme HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M. HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M. HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M. HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M. JOUBERT Michael	Endocrinologie
M. LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme LE MAUFF Brigitte	Immunologie
Mme LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme LEVALLET Guénaelle	Histologie, embryologie et cytogénétique
M. LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M. LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M. MAHE Marc-André	Cancérologie
M. MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M. MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M. MARTINAUD Olivier	Neurologie
M. MILLIEZ Paul	Cardiologie
M. MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M. MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M. NORMAND Hervé	Physiologie
M. PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M. PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M. QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M. REPESSE Yohann	Hématologie
M. ROD Julien	Chirurgie infantile
Mme THARIAT Juliette	Radiothérapie
M. TILLOU Xavier	Urologie
M. TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M. VERDON Renaud	Maladies infectieuses
M. VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
Mme	CHATELET Valérie	Néphrologie
M.	COUETTE Pierre André	Médecine Générale
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LABOMBARDA Fabien	Cardiologie
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	PIEDNOIR Emmanuel	Maladies infectieuses et tropicales
M.	QUEFFEULOU Guillaume	Néphrologie
Mme	VILLOT Anne	Gynécologie-Obstétrique

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Mme	CHAPON Françoise	Histologie, embryologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2022/2023**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Anne-Sophie VOISIN (recherche)
Professeur Lydia GUITTET (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BECHADE Clémence	Néphrologie
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
Mme	BOULANGER Marion	Neurologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme	DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	HODZIC Amir	Physiologie
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
M.	LE GOUIL Mériadeg	Bactériologie-Virologie
M.	MENAHM Benjamin	Chirurgie digestive
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	VILLAIN Cédric	Médecine interne

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ARMAND Audrey Médecine générale

M. BANSARD Mathieu Médecine générale

Mme NOEL DE JAEGHER Sophie Médecine générale

M. PITHON Anni Médecine générale

M. POUILLAIN PIERRE Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ÉMÉRITE

Mme BENHAÏM Annie Biologie cellulaire

Remerciements

Monsieur le Professeur Emmanuel BABIN,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail et de la confiance que vous m'avez accordée en me permettant de le réaliser.

Monsieur le Docteur Lionel CAPDEPON,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je te remercie de ton soutien, de ton implication et du temps passé à me guider tout au long de ce travail. Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

Madame le Docteur Élise BARBÉ - DELRUE,

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Sois assurée de mon respect pour l'honneur que tu me fais en jugeant ce travail.

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude envers toute l'équipe du cabinet médical de Colombelles pour son accueil chaleureux et sa bienveillance à mon égard. Je la remercie infiniment de m'avoir offert l'opportunité de mener à bien cette étude au sein de votre établissement. Je remercie particulièrement les secrétaires, dont l'aide précieuse a été essentielle pour le recueil des données.

À celle qui partage ma vie **Adélaïde** et nos merveilleux enfants **Arthur** et **Clarisse**, votre amour et votre soutien illuminent ma vie. Cette thèse vous est dédiée avec tout mon cœur.

À **mes parents**, qui m'ont toujours soutenu dans mes études et dans la vie, et sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

À **ma famille**, mon frère, mes grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines, plus ou moins éloignés, et ainsi qu'à ma **belle-famille**. Vous êtes toujours là pour m'accueillir et c'est toujours un bonheur de vous retrouver.

À **mes amis**, ma seconde famille, trop nombreux pour être cités individuellement, je vous exprime ma profonde gratitude pour la joie que vous m'apportez quotidiennement. Et même si ce travail fastidieux ne m'a que peu éloigné de vous, soyez prêts à devoir me supporter bien plus régulièrement une fois celui-ci terminé. Je me réjouis de vous retrouver très bientôt.

Abréviations

ADR : Allocation de départ à la retraite

ALD : affection longue durée

CSS : complémentaire santé solidaire

ARS : agence régionale de santé

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

HAS : haute autorité de santé

INSAR-IMG : intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

MICA : mécanisme d'Incitation à la cessation d'activité anticipée

ORL : otorhinolaryngologie

ORS : observatoire régional de santé

PDSA : permanence des soins en médecine ambulatoire

SAU : service d'accueil des urgences

SFMU : société française de médecine d'urgence

SNP : soins non programmés

INDEX Tableaux et figures

Liste des figures

- Figure 1. Les soins non programmés - ORS pays de la Loire - p2
- Figure 2. Évolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 – p6
- Figure 3. Répartition de la population par tranches d'âge – p15
- Figure 4. Répartition de la population selon le sexe – p15
- Figure 5. Répartition de la population selon le niveau d'études – p16
- Figure 6. Répartition de la population selon la catégorie socio-professionnelle – p16
- Figure 7. Patients bénéficiaires d'un statut particulier – p17
- Figure 8. Fréquence de consultations en fonction de l'âge - p18
- Figure 9. Fréquence de consultations en fonction du sexe – p19
- Figure 10. Fréquence de consultations en fonction du niveau d'études – p20
- Figure 11. Fréquence de consultations en fonction de la situation socio professionnelle – p21
- Figure 12. Fréquence de consultations en fonction du statut ALD ou non – p22
- Figure 13. Fréquence de consultations en fonction du statut CSS – p23
- Figure 14. Répartition des motifs de consultations – p26
- Figure 15. Répartition des durées depuis le début des symptômes – p27
- Figure 16. Analyse de la durée avant consultation en fonction de l'âge – p27
- Figure 17. Réponse à la question de l'automédication avant la consultation – p29
- Figure 18. Réponse à la question de la consultation au préalable d'un médecin – p29
- Figure 19. Réponse à la question "pourquoi consultez-vous ?" – p32
- Figure 20. Réponse à la question "avez-vous besoin d'un certificat ?" – p34
- Figure 21. Réponse à la question "Auriez-vous consulté si vous n'aviez pas besoin de certificat ?" – p34
- Figure 22. Réponse à la question « Avez-vous déjà consulté aux urgences car votre cabinet médical ne pouvait vous recevoir ? » – p35
- Figure 23. Analyse de la consultation aux urgences par défaut en fonction du statut CSS ou non – p35
- Figure 24. Réponse à la question : « Avez-vous déjà consulté en urgence pour un renouvellement de médicaments ? » - p37
- Figure 25. Réponse à la question : « Votre médecin traitant devrait-il toujours pouvoir vous recevoir le jour même ou le lendemain ? » - p39
- Figure 26. Réponse à la question : « Dans quel délai, raisonnable selon vous, le cabinet devrait il vous proposer un rendez-vous ? » - p39
- Figure 27. Réponse à la question : « Estimez-vous que l'on doit trier les patients les plus graves ? » - p40
- Figure 28. Analyse de la réponse à la question sur le triage des consultations en fonction du niveau d'études – p41
- Figure 29. Analyse de la réponse à la question sur le triage des consultations en fonction de la catégorie socioprofessionnelle – p41
- Figure 30. Réponse à la question « qui devrait faire le triage » ? – p43
- Figure 31. Réponse à la question " estimez-vous avoir suffisamment de connaissances pour juger du caractère urgent d'un problème de santé ?" – p43
- Figure 32. Réponse à la question " faut-il davantage d'éducation ?" – p44
- Figure 33. Fiche de conduite à tenir en cas de fièvre chez l'enfant – AFPA – p56
- Figure 34. Fiche de conduite à tenir pour la bronchiolite AFPA – p57

Liste des tableaux

Tableau 1. Analyses de la fréquence de consultations en fonction de l'âge – p18

Tableau 2. Analyses de la fréquence de consultations en fonction du sexe – p19

Tableau 3. Analyses de la fréquence de consultations en fonction du niveau d'études – p21

Tableau 4. Analyses de la fréquence de consultations par rapport à la situation socio professionnelle – p22

Tableau 5. Analyses de la fréquence de consultations par rapport au statut ALD – p23

Tableau 6. Analyses de la fréquence de consultations par rapport à la complémentaire CSS – p24

Tableau 7. Récapitulatif des facteurs favorisant une augmentation de fréquence de consultations en urgence – p25

Tableau 8. Analyses des durées avant médicalisation – p28

Tableau 9. Analyses de l'automédication ou non avant consultation – p30

Tableau 10. Analyses de consultation antérieure ou non – p31

Tableau 11. Analyses du but de la consultation – p33

Tableau 12. Analyses de l'antécédent de consultation aux urgences par défaut de disponibilité chez son médecin généraliste – p36

Tableau 13. Analyses de l'antécédent de consultation pour renouvellement de médicament sur une consultation d'urgence – p38

Tableau 14. Analyses de la réponse sur le triage des pathologies – p42

Table des matières

1. Introduction	1
1.1 Cadre des soins non programmés	1
1.2 Contexte	3
1.2.1 Des urgences en difficulté	3
1.2.2 Démographie médicale et modification des pratiques	4
1.2.3 Vieillesse et état de santé de la population en France	8
1.3 Justification de la recherche	10
2 Matériel et méthode	12
2.1 Objectifs de l'étude	12
2.2 Description de l'étude	12
2.3 Critères d'inclusion	13
2.4 Méthode de l'étude	13
2.5 Analyse des données	14
3 Résultats	15
3.1 Caractéristiques de la population	15
3.2 Recherche de facteurs influençant le recours aux SNP	18
3.2.1 Selon l'âge	18
3.2.2 Selon le sexe	19
3.2.3 Selon le niveau d'étude	20
3.2.4 Selon la catégorie socio professionnelle	21
3.2.5 Selon le statut ALD ou CSS	22
3.3 Analyse du recours	26
3.3.1 Motifs de consultation	26
3.3.2 Durée depuis l'apparition des symptômes	27
3.3.3 Automédication et antécédent de consultation pour le même problème de santé	29
3.3.4 But de la consultation	32
3.3.5 Impact des certificats médicaux	34
3.4 Antériorité de consultation aux urgences à défaut de pouvoir consulter son médecin traitant	35
3.5 Antériorité de consultation en urgence pour un renouvellement de médicaments	37
3.6 Attentes des patients	39
4 Discussion	45
4.1 Rappel des principaux résultats	45
4.2 Forces et faiblesses de l'étude	47
4.3 Comparabilité avec d'autres études	49

4.4 Rôle majeur de l'éducation..... 52

4.5 Impact des certificats médicaux..... 58

5 **Conclusion**..... 60

6 **Bibliographie** 61

7 **Annexes**

1. Introduction

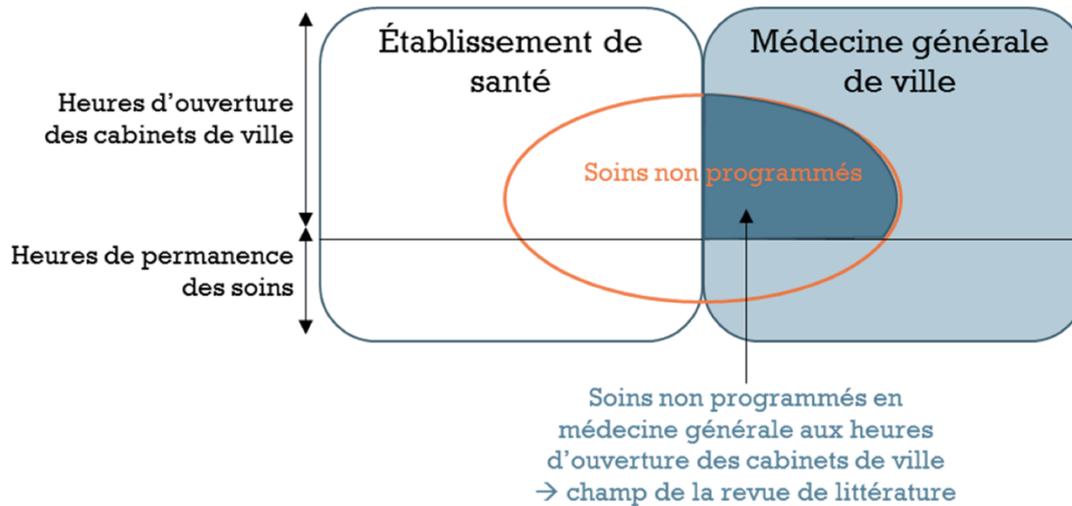
1.1 Cadre des soins non programmés

En France, l'organisation des soins primaires est centrée sur le médecin généraliste, seul ou au sein d'une équipe de professionnels de santé, via le système de médecin traitant et le parcours de soins coordonnés. A ce titre, le médecin généraliste doit assumer des missions de soins urgents, de diagnostic, de traitement et d'orientation des patients au sein du système de soins ainsi que de coordination de soins entre les professionnels de santé. Mais il est également sollicité pour des missions de prévention et de suivi de pathologies chroniques. (1) (2)

On peut faire la distinction entre deux types de soins en médecine générale : les soins programmés, qui, s'ils n'ont pas de définition officielle, constituent une majeure partie des consultations de médecine générale (3), ils comprennent notamment le suivi des patients atteints de pathologies chroniques, le suivi de la femme et de l'enfant, l'accompagnement psychothérapeutique, la réévaluation de pathologie aiguë, la rédaction de certificats médicaux, etc. ; et les soins non programmés.

Les soins non programmés font référence aux consultations médicales qui sont demandées par les patients de manière imprévue et qui ne sont pas planifiées à l'avance. Ces consultations sont souvent nécessaires pour des problèmes de santé aigus et urgents mais pas uniquement. Les soins non programmés peuvent être dispensés par différents acteurs que sont les médecins généralistes et les services de soins de santé d'urgence, entre autres.

Figure 1. Les soins non programmés - ORS pays de la Loire



Dans le cadre de ce travail, nous nous intéressons uniquement à une part de ces soins non programmés que sont ceux réalisés en médecine générale et aux heures d'ouverture habituelles des cabinets : c'est-à-dire en dehors de celles de la permanence des soins.

Dans ce registre, comment définir les soins non programmés ?

La définition des « soins non programmés » n'a pas toujours été consensuelle comme il l'est souligné dans la revue de littérature rédigée par l'ORS du Pays de La Loire en 2017.

Cette revue de littérature a tout d'abord mis en évidence que le terme "soins non programmés" (SNP) est largement employé, notamment dans des textes réglementaires, administratifs ou scientifiques de référence (Code de la santé publique, documents divers produits par les ARS, recommandations de la HAS), mais sans précision quant à sa définition.

Historiquement, le terme "soins non programmés" apparaît d'abord dans la littérature, associé à celui « d'urgences », notamment dans l'expression "soins urgents et/ou non programmés". Il est alors utilisé pour préciser que les soins urgents ne le sont pas toujours d'un point de vue strictement médical, et que les soins urgents constituent un sous-ensemble des soins non programmés.

Aujourd'hui, la mention des soins non programmés apparaît plus souvent dans le cadre de documents traitant de la permanence des soins, et notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA). (4)

Dans les récentes études du quatrième Panel d'observation de la DREES, la notion de « soins non programmés » est définie ainsi : elle correspond aux demandes de consultation, quel qu'en soit le motif, pour le jour même ou le lendemain, adressées aux médecins généralistes pendant les horaires d'ouverture de leurs cabinets. Ceux-ci peuvent y répondre en proposant une consultation dans cet intervalle, qu'elle soit avec ou sans rendez-vous. Les soins non programmés peuvent faire référence à une consultation, une téléconsultation ou alors une visite à domicile. (3)

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

1.2 Contexte

1.2.1 Des urgences en difficulté

Actuellement, les Services d'Accueil des Urgences (SAU) sont saturés et sont le reflet d'une importante inadéquation entre l'offre et la demande de soins.

Depuis une vingtaine d'années nous assistons à une augmentation croissante des consultations aux urgences. En moyenne, le nombre de visites aux urgences augmente de 3,6% chaque année, avec un total de 22 millions de visites en 2019.

Tandis que le nombre de structures d'urgence est en diminution depuis 10 ans : diminution de près de 14% des services d'urgence et notamment de 26% des urgences pédiatriques. (5)

Les différentes crises qui ont touché récemment le système hospitalier français pourraient être source d'une majoration de cette diminution.

D'une part, l'hôpital peine à se remettre de la crise sanitaire causée par la pandémie de COVID-19, qui a entraîné une augmentation significative du nombre de patients nécessitant des soins hospitaliers. Les hôpitaux et les équipes médicales ont été soumis à

une pression intense pour répondre aux besoins des patients, entraînant des retards dans les soins non-urgents et l'annulation de chirurgies programmées. Ces retards sont difficiles à rattraper depuis lors.

De plus il y a une pénurie de personnel médical, en particulier d'infirmières et de médecins spécialistes, qui sont surchargés de travail et soumis à une énorme pression que la pandémie n'a fait qu'accentuer.

Les services d'urgence font partie des unités les plus touchées, avec de nombreux services actuellement obligés de restreindre l'accès à certains patients ou, dans le pire des cas, de fermer partiellement ou totalement à certaines heures de la journée.(6)

Les hôpitaux sont donc confrontés à des difficultés financières et logistiques pour fournir des soins adéquats à tous les patients, ce qui génère actuellement un appel à des réformes structurelles pour remédier à cette situation.

Enjeu par rapport aux soins non programmés ?

Selon une étude de la DREES, un passage sur cinq n'a pas comporté d'actes et 43% des patients auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste ou spécialiste le jour même ou le lendemain.

De plus, les trois quarts des passages aux urgences ont lieu aux heures d'ouverture des cabinets de ville. Pourtant, 62% des patients s'y rendent sans avis médical préalable.(7)(8)

1.2.2 Démographie médicale et modifications des pratiques

L'évolution de la démographie médicale

La mise en place du numerus clausus, qui est un quota de places pour entrer en deuxième année d'études médicales, a eu un impact direct sur la démographie médicale française. Mis en place en 1971, il a été instauré dans un contexte de forte augmentation du nombre d'étudiants en médecine inscrits en classe préparatoire et en première année. Le concours de l'externat avait également été supprimé, permettant ainsi à tous les étudiants en médecine à partir de la quatrième année d'avoir accès à des stages hospitaliers, et non plus seulement aux lauréats dudit concours.

À l'époque, les structures syndicales médicales ont craint une dégradation de la qualité de leur profession. L'hôpital public, quant à lui, craignait une possible fuite des patients vers le secteur privé. En plus de la crainte de la part de la corporation médicale, il y avait également celle de voir exploser les dépenses publiques en matière de santé : d'abord en raison du coût de la formation des étudiants, puis en raison de l'augmentation du nombre de prescripteurs, et donc des prescriptions, de traitements, d'examen complémentaires ou de soins paramédicaux. (9)

Au moment de sa mise en place, le *numerus clausus* n'avait pas pour but de réduire le nombre d'étudiants entrant en deuxième année, mais plutôt de le stabiliser. Cependant, dans les années 1990, la démographie médicale en France a continué à se tendre. A cette époque, il y avait un nombre trop important de médecins en activité. Certains d'entre eux avaient une faible activité, ce qui menaçait la viabilité financière de leur pratique. Pour remédier à cette situation, se sont ajoutés à la diminution du *numerus clausus*, des dispositifs tels que le MICA et l'ADR (Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité anticipée et Allocation de Départ à la Retraite) mis en place pour inciter les médecins les plus âgés à prendre leur retraite anticipée. Cela a entraîné une augmentation des départs à la retraite jusqu'au début des années 2000.

Au fil des vingt dernières années, la tendance de limiter le nombre de médecins en formation a diminué, avec une augmentation progressive du *numerus clausus* et sa suppression en 2019. Cependant, l'impact de cette suppression sur les effectifs de jeunes médecins est difficile à évaluer, car les capacités de formation des UFR de médecine ou de santé sont limitées. Le nombre de places disponibles dans les amphithéâtres, d'enseignants et de places en stages hospitaliers ou libéraux déterminent ces capacités, ce qui peut limiter l'augmentation des effectifs de jeunes médecins malgré la suppression du *numerus clausus*.

A cette régulation du nombre d'étudiants en médecine (et ses conséquences sur les dernières décennies) s'ajoute une deuxième tendance récente qui est au vieillissement de la population de médecins en exercice. (10)

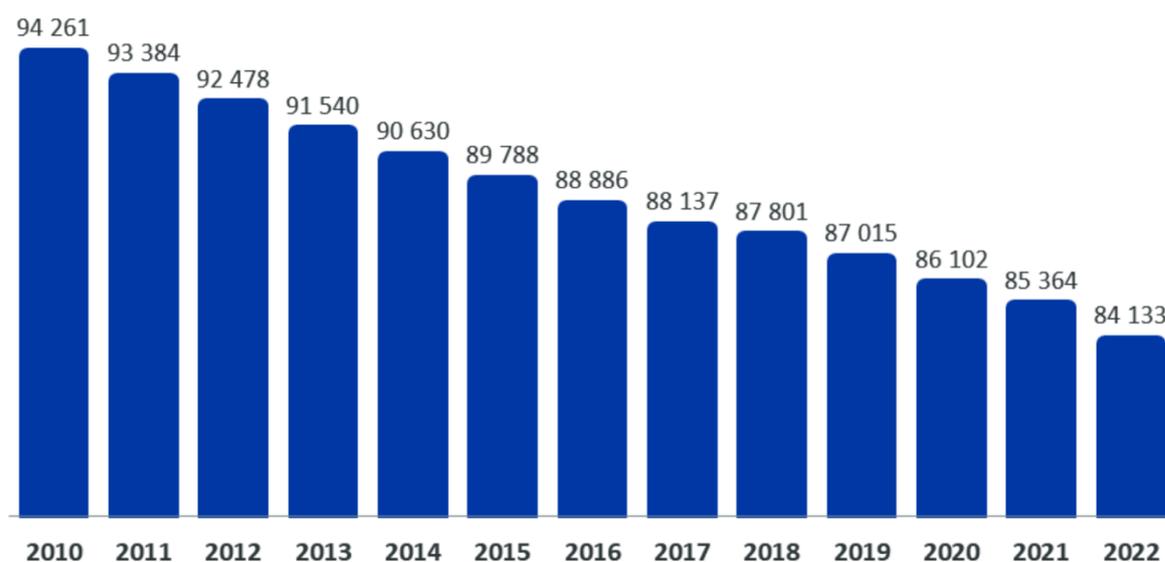
Cette somme d'effets conduit de nos jours à une situation de pénurie de médecins, qui se traduit différemment d'un territoire à l'autre. En effet, le solde de médecins est négatif dans certaines régions, le nombre d'installations ne compensant plus le nombre de cessations d'activité. Néanmoins, cette situation varie en fonction des bassins de vie, certains étant plus attractifs que d'autres.

En matière de chiffres, le nombre de médecins inscrits auprès de l'Ordre des médecins - incluant ceux en activité régulière, intermittente, retraités avec et sans activité est en constante augmentation depuis 1979 (environ 120 000 en 1979, 215 000 en 2012 et 307 000 en 2020). Cependant, la proportion de médecins effectivement en activité - même à temps partiel - a connu une forte baisse depuis les années 2000.

Récemment, le nombre de médecins en activité régulière (c'est-à-dire installés) a même diminué pour atteindre environ 199 000 en 2020. Cette baisse est compensée par une augmentation du nombre de retraités encore actifs et de médecins en activité intermittente (principalement des remplaçants). Dans l'ensemble, la somme de ces différents profils de médecins est relativement stable au cours des dix dernières années.

Concernant la profession de médecin généraliste, l'évolution de la démographie médicale est plus critique. Les effectifs de médecins généralistes en activité régulière sont en baisse, passant de 94 261 médecins généralistes en 2010, à 84 133 en janvier 2022. (10) Comme pour toutes les autres spécialités, la tendance est au creusement des inégalités entre les différentes régions, avec une attractivité plus importante de la moitié Sud de la France, des métropoles et des littoraux.

Figure 2. Évolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010



Modifications des pratiques des médecins généralistes

Le temps de travail et l'emploi du temps des médecins généralistes en France a évolué au cours des dernières années. En 2007, les médecins généralistes estimaient leur temps de travail hebdomadaire entre 55 et 59 heures, variable en fonction des régions, de leur taux d'urbanisation, et de la densité en médecins généralistes sur leur territoire d'exercice. (11)

Plus récemment, en 2019, les médecins estimaient leur temps de travail à 54 heures, une diminution apparaît. (12)

Cette baisse du temps de travail hebdomadaire est le résultat de plusieurs transformations de la profession, ces dernières années :

Tout d'abord, la féminisation de la profession a augmenté significativement au cours des dernières décennies, avec une proportion de femmes médecins généralistes passant de 16% en 1990 à 33% en 2012 et à 52,5% en 2022. Cette évolution entraîne des modifications de pratique dont une augmentation des temps partiels et plus de partage d'activité entre le secteur libéral et le secteur salarié. De plus, les femmes médecins généralistes déclarent un temps de travail hebdomadaire inférieur à celui des hommes.

Ensuite la vision et les aspirations des jeunes générations de médecins généralistes ont également joué un rôle dans l'évolution du temps de travail de la profession. Au cours des dernières décennies, ces jeunes médecins ont voulu sortir du modèle traditionnel du médecin entièrement disponible pour ses patients et dévoué corps et âme à son métier.

Une enquête menée par l'INSAR-IMG, une des structures syndicales représentatives des internes de médecine générale en France, a montré que la plupart des répondants estiment leur temps de travail hebdomadaire futur entre 40 et 46 heures, réparties sur environ 9 demi-journées. Ils souhaitent réduire leur temps de travail effectif, mais le concentrer sur les soins aux patients en déléguant les tâches annexes et administratives à une tierce personne.

En plus de réduire le temps de travail, les jeunes médecins souhaitent également avoir des horaires plus réguliers pour rendre leur charge de travail plus prévisible. Cette évolution est motivée par la nouvelle réalité de la vie professionnelle et personnelle des médecins, avec la présence d'un conjoint ayant également une carrière professionnelle et moins disponible pour les tâches domestiques et éducatives. Ainsi, les jeunes médecins

envisagent leur projet d'installation et professionnel en fonction d'autres contraintes telles que la présence d'une école ou d'infrastructures commerciales.

Enfin, une autre raison avancée par les jeunes générations pour réduire le temps de travail est la nécessité d'un temps de repos pour améliorer leur santé physique et mentale, et ainsi favoriser la qualité des soins en réduisant la fatigue. Une partie de ce temps est également utilisée pour la formation continue, la collaboration interprofessionnelle, la recherche ou l'enseignement. (13)

1.2.3 Vieillesse et état de santé de la population en France

Au cours des 10 dernières années, la population a continué d'augmenter, passant de 64,7 millions en 2010 à 67,4 millions en 2020 mais également à vieillir avec une augmentation de l'espérance de vie chez les femmes à 85,3 ans et 79,4 ans pour les hommes. (14)

La répartition de la population est actuellement la suivante :

Moins de 19 ans : 23,54%

20-45 ans : 29,70%

45-65 ans : 25,49%

65-75 ans : 11,19%

+75 ans : 10,06 %

La tendance est à la poursuite de cette augmentation démographique avec une augmentation des parts de groupes de personnes les plus âgées sur les décennies à venir.(15)

La fréquence des pathologies chroniques multiples augmente avec l'âge, mais la polypathologie n'est pas limitée aux personnes âgées :

3 % de la population cumule 3 pathologies ou traitement chronique dès 45-64 ans, 8 % à 65-74 ans et 21 % au-delà de 75 ans, plus encore chez les hommes que chez les femmes.

Ainsi, aux grands âges, dont la part est amenée à progresser fortement, le cumul de plusieurs de ces maladies est fréquent, avec pour conséquence une future pression attendue sur l'offre de soins.

1.2.4 La notion d'urgence et la modification des comportements des patients

Un point important de la prise en charge de ces soins non programmés est la notion d'urgence.

En effet si la définition d'urgence décrite dans le Larousse fait référence à une « situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement » (16), celle de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) est « toute circonstance qui, par sa venue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement »

Celle-ci n'a pas la même représentation entre un professionnel de santé et les patients d'une part et n'est pas la même entre les patients eux-mêmes d'autre part. En effet, de nombreux facteurs personnels et environnementaux peuvent influencer sur la perception de l'urgence pour une personne donnée.

S'introduit la notion « d'urgence ressentie ». En effet, l'urgence ressentie par un patient peut être une situation où le patient se sent anxieux, stressé ou inquiet au sujet de son état de santé, mais qui ne représente pas une menace immédiate pour sa vie ou sa santé. Cela peut inclure diverses situations médicales, mais qui pour autant ne relèvent pas de l'urgence médicale à proprement parler.

Cette notion d'urgence ressentie est à mettre en corrélation avec l'évolution des comportements de consommation voire de surconsommation de soins.

La demande des consommateurs en matière de soins de santé évolue, comme dans la plupart des marchés. Selon les sénateurs de la commission des affaires sociales, cette évolution est liée à une valorisation de l'immédiateté de l'accès aux soins, ce qui explique le plébiscite des services d'urgences. Selon Mathias Wargon, ces derniers sont devenus des lieux incontournables pour les patients en quête de rapidité et de praticité, comparables à

des « supermarchés ouverts 24 heures sur 24, où l'on peut trouver tout ce dont on a besoin ».

Cette tendance s'observe également à l'échelle internationale, avec une augmentation du nombre de patients se rendant aux services d'urgences dans le monde entier. (17) Les patients y cherchent une consultation rapide, dans un environnement où ils pourront facilement accéder à des examens paramédicaux voire une consultation spécialisée sans délais.

Il s'agit également ici de la conclusion d'une étude conduite en 2017 auprès des patients consultant au SAU : Les patients ne définissaient plus l'urgence comme une urgence réelle ou même ressentie, mais comme une nécessité de consulter immédiatement pour avoir des réponses rapides à leur problème de santé. (18)

1.3 Justification de la recherche

Même si les soins non programmés ne constituent pas la majorité des consultations chez les médecins généralistes, chez certains praticiens, ils peuvent représenter jusqu'à 30% de leur activité, comme indiqué dans une étude de la DREES. (3) Contrairement aux soins programmés, qui sont planifiés à l'avance, les soins non programmés sont plus complexes à mettre en œuvre en raison de l'organisation du planning des médecins généralistes. Les méthodes de réponse varient : certains médecins prévoient des créneaux spécifiques pour les soins non programmés, avec ou sans rendez-vous, d'autres allongent leur planning ou créent des doublons. Bien que certains médecins acceptent toutes les demandes de soins non programmés, ils ne représentent pas la majorité des praticiens.

Bien qu'il n'y ait actuellement aucune donnée disponible, il est probable que de nombreuses demandes de consultations pour des soins non programmés soient refusées quotidiennement dans l'ensemble des cabinets de médecine générale, en raison essentiellement d'un manque de disponibilité.

On constate que la demande de soins augmente en raison de facteurs tels que le vieillissement de la population et la modification des habitudes de consommation des soins. En même temps, la réponse de la médecine générale de ville est déjà fragile et risque de se dégrader davantage avec une diminution démographique des médecins généralistes libéraux et une modification de leur pratique.

Les soins non programmés font l'objet de plusieurs travaux de recherche et de publications, car ils représentent un aspect critique de la gestion des soins en France. En effet, une réponse inadaptée ou trop lente peut entraîner une mauvaise consommation de soins, avec notamment une orientation vers les services d'urgence dont le nombre de passages augmente, notamment pour des motifs inadaptés.

De nombreux travaux de recherche se concentrent sur la gestion des soins non programmés dans les services d'urgence, l'organisation des cabinets de médecine générale pour prendre en charge ces cas, ainsi que les méthodes de triage des urgences par les secrétariats. Cependant, peu d'études donnent la parole aux patients eux-mêmes. Qui sont-ils ? Pourquoi consultent-ils et quelles sont leurs motivations ?

C'est dans ce contexte que nous avons jugé essentiel de mener une étude sur les soins non programmés en cabinet de médecine générale en utilisant un questionnaire destiné aux patients.

2. Matériel et méthodes

2.1 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était l'analyse sociodémographique des patients qui se rendent au cabinet de médecine générale pour des soins non programmés avec la recherche de facteurs favorisant une fréquence de consultations plus importante.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier le parcours des patients lorsqu'ils recourent à des soins non programmés, le motif de venue, d'évaluer l'impact des certificats médicaux, ainsi que d'étudier l'attente et le ressenti des patients concernant ces demandes de soins.

2.2 Description de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, observationnelle et transversale.

La population de notre étude était composée des patients consultant au cabinet de médecine générale de Colombelles dans le cadre de soins non programmés.

Le questionnaire de recueil des données a été réalisé par le chercheur sur la base de travaux antérieurement publiés. (19)

L'étude a été effectuée à l'aide d'un questionnaire anonyme distribué par le secrétariat aux patients cibles, à remplir en salle d'attente puis à déposer dans une boîte dédiée.

L'étude s'est déroulée du 3 avril au 24 mai 2023.

L'ensemble des questionnaires a ensuite été converti numériquement sur le logiciel Google Forms.

Il comportait dix-neuf questions (cf Annexe). Une première partie concernait les caractéristiques personnelles et professionnelles de la population, la deuxième portait sur le motif du recours et son cheminement et enfin une troisième partie sur l'attente et le ressenti des patients.

Le projet d'étude a été préalablement soumis au Guichet d'Orientation pour la Recherche en santé de Caen. Le règlement général à la protection des données ne s'applique pas puisque l'anonymat de la collecte et du traitement des données est garanti.

2.3 Critères d'inclusion

Le questionnaire a été distribué, sur la base du volontariat, par le secrétariat à la population ciblée :

Tout patient consultant au cabinet médical sur un créneau « d'urgence » c'est-à-dire pour lequel le patient a fait une demande de consultation urgente et pour lequel le rendez-vous a été planifié le jour même voire la veille.

Le formulaire devait être complété au nom du patient qui avait le rendez-vous médical. Dans le cas où le patient était un enfant, certaines informations sociodémographiques et d'autres questions devaient être remplies au nom du parent accompagnant.

2.4 Méthode de l'étude

Pour l'objectif principal de la recherche, afin de mettre en évidence les facteurs favorisant une augmentation de la fréquence des consultations dites « en urgence », le questionnaire comportait une question sur la fréquence annuelle estimée des consultations d'urgence. Les patients avaient la possibilité de choisir parmi différentes fréquences proposées (cf annexe). Les fréquences ont été regroupées en deux catégories : celle inférieure à six consultations par an et celle égale ou supérieure à six consultations par an. Ensuite, des analyses univariées ont été réalisées en fonction des caractéristiques de la population, préalablement recueillies.

Les caractéristiques de la population ont été ajustées en regroupant différentes sous catégories pour faciliter l'analyse :

Les niveaux d'études ont été répartis en deux catégories : ceux inférieurs au baccalauréat ou équivalents, et ceux supérieurs au baccalauréat.

Dans les catégories socio-professionnelles, les personnes appartenant aux groupes "en recherche d'emploi," "parent au foyer" et "ne travaillant pas" ont été réunies dans une seule catégorie nommée "sans emploi." Des tranches d'âge ont été rassemblées.

Concernant les objectifs secondaires, les caractéristiques de la population ont également été regroupées pour les différentes analyses. Certains regroupements diffèrent de ceux effectués pour l'analyse de l'objectif principal.

Pour l'analyse de la question sur le but de la consultation, les réponses évoquant une gravité perçue ont été rassemblées.

A propos de l'analyse de la question concernant la durée du problème rencontré, avant médicalisation, les réponses possibles ont été regroupées en plus ou moins de 48 heures.

2.5 Analyse des données

Les analyses statistiques ont reposé sur la description par les pourcentages et sur la comparaison de ces pourcentages (test du X² et test de Fisher). Le seuil de significativité était fixé à 0,05.

Les données ont été extraites du serveur Google Forms sur Microsoft Excel et traitées par Medistica. pvalue.io, a Graphic User Interface to the R statistical analysis software for scientific medical publications. 2021. Available on: <https://www.pvalue.io/fr>.

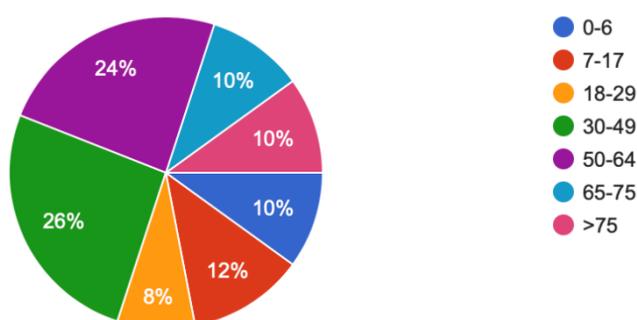
3. Résultats

Au total, 101 questionnaires ont été enregistrés entre le 3 avril et le 24 mai 2023.

3.1 Caractéristiques de la population

- Selon l'âge

Figure 3. Répartition de la population par tranches d'âge

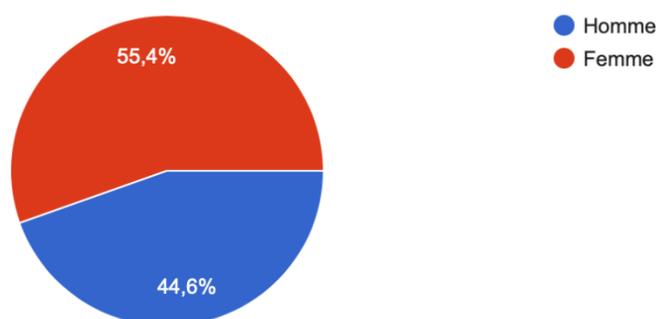


La moyenne d'âge approximative était de 42 ans.

Dans notre étude, la répartition des patients interrogés par tranche d'âge ne semblait pas montrer de déséquilibre significatif par rapport à la population générale. La population de la commune de Colombelles (14167) est légèrement plus jeune que la population générale, d'après les derniers rapports de l'INSEE. (20)

- Selon le sexe

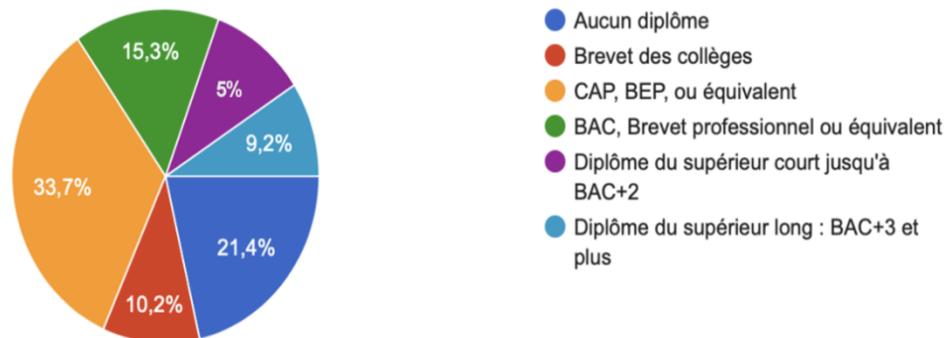
Figure 4. Répartition de la population selon le sexe



Concernant le sexe, 55,4% des patients étaient des femmes.

- **Selon le niveau d'études**

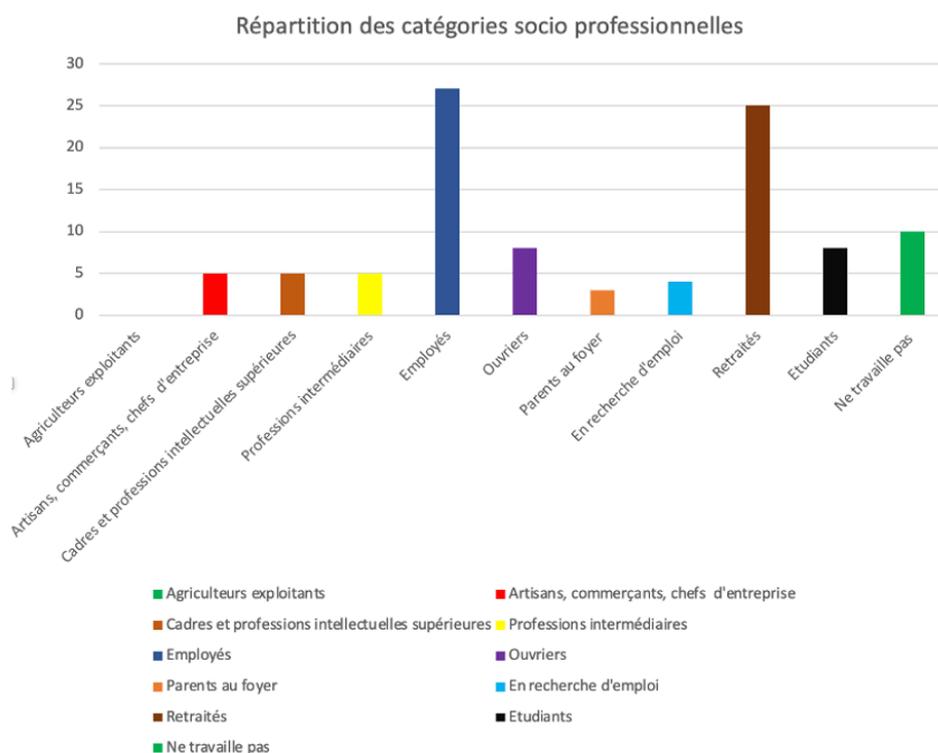
Figure 5. Répartition de la population selon le niveau d'études



En ce qui concerne le niveau d'éducation, les deux tiers de la population interrogée étaient instruits, avec seulement 31,6% des patients n'ayant aucun diplôme ou possédant uniquement le brevet des collèges. Parmi les patients interrogés, 34,7% étaient au moins de niveau équivalent au baccalauréat et 19,4% avaient un diplôme de l'enseignement supérieur.

- **Selon la catégorie socio-professionnelle**

Figure 6. Répartition de la population selon la catégorie socio-professionnelle

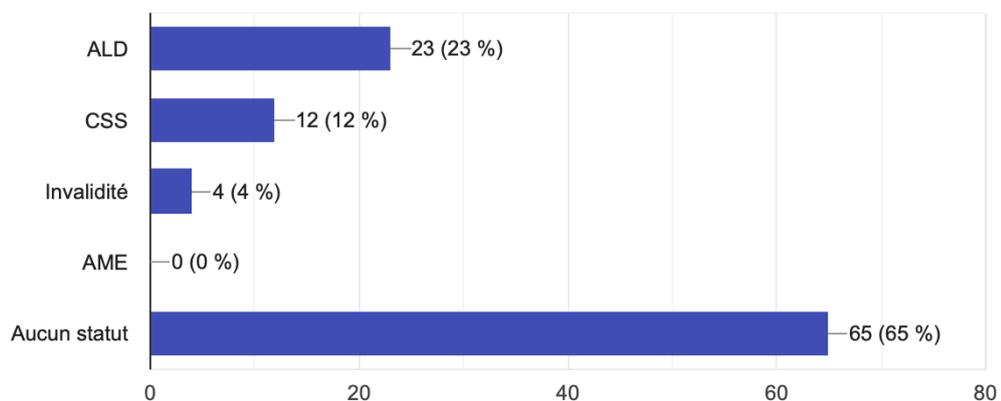


Catégories	Nombres
Agriculteurs exploitants	0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	5
Professions intermédiaires	5
Employés	27
Ouvriers	8
Parents au foyer	3
En recherche d'emploi	4
Retraités	25
Étudiants	8
Ne travaille pas	10

Les catégories socio professionnelles les plus représentées dans notre étude étaient les « employés » et les « retraités » représentant respectivement 27 et 25% de notre population. Les catégories « ne travaille pas », « en recherche d'emploi » et « parents au foyer » représentent en cumulée 17% de notre population.

- **En fonction d'un statut particulier**

Figure 7. Patients bénéficiaires d'un statut particulier



Dans notre étude, 65% des patients interrogés ne présentaient aucun statut particulier, 23% étaient pris en charge au titre d'une ALD et 12% étaient bénéficiaires de la CSS.

3.2 Recherche de facteurs influençant le recours aux SNP

3.2.1 Selon l'âge

- Une augmentation de la fréquence de consultations chez les moins de 6 ans

Un âge compris en 0 et 6 ans entraîne de manière significative ($p < 0,05$) une fréquence plus élevée de consultations dites en urgence comparativement à l'ensemble des autres tranches d'âge.

Figure 8. Fréquence de consultations en fonction de l'âge

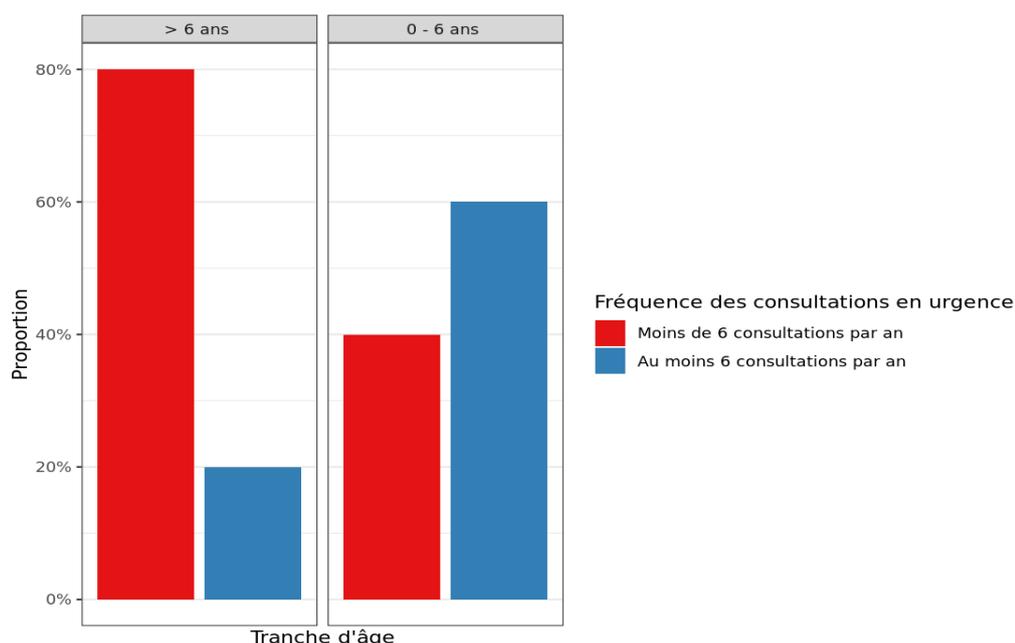


Tableau 1. Analyses de la fréquence de consultations en fonction de l'âge

- Analyse descriptive

		n (%)
Fréquence des consultations en urgence	Moins de 6 consultations par an	77 (76%)
	Au moins 6 consultations par an	24 (24%)
Tranche d'âge	> 6 ans	90 (90%)
	0 - 6 ans	10 (10%)

- Analyse univariée

		0-6 ans (n=10)	>6 ans (n=90)	n	p	test
Fréquence des consultations en urgence	Moins de 6 consultations par an	4 (40%)	72 (80%)	76	0.012	Fisher
	Au moins 6 consultations par an	6 (60%)	18 (20%)	24		

- Pas d'augmentation de la fréquence de consultations chez les plus de 65 ans

Contrairement à ce que l'on aurait pu supposer, notamment en raison de l'augmentation de la polyopathie liée à l'âge, notre étude n'a pas démontré une augmentation significative de la fréquence de consultations chez les personnes plus âgées.

3.2.2 Selon le sexe

La répartition des fréquences de consultations n'est pas significativement différente en fonction du sexe.

Figure 9. Fréquence de consultations en fonction du sexe

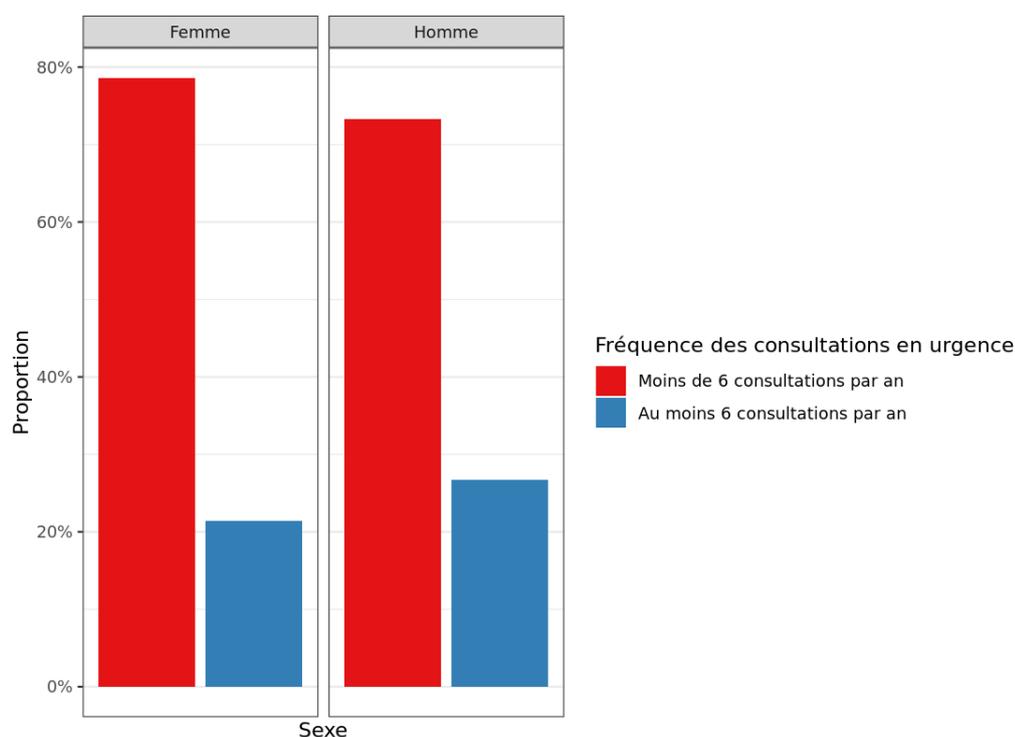


Tableau 2. Analyses de la fréquence de consultations en fonction du sexe

- **Analyse descriptive**

		n (%)
Sexe	Femme	56 (55%)
	Homme	45 (45%)
Fréquence des consultations	Moins de 6	77 (76%)
	Au moins 6	24 (24%)

○ **Analyse univariée**

		Femme (n = 56)	Homme (n = 45)	n	p	test
Fréquence des consultations en urgence	Moins de 6 consultations par an	44 (79%)	33 (73%)	77	0.54	Chi2
	Au moins 6 consultations par an	12 (21%)	12 (27%)	24		

3.2.3 Selon le niveau d'études

L'analyse met en évidence un résultat significatif ($p < 0,01$) en faveur d'une augmentation de la fréquence des consultations chez les patients non diplômés ou ayant un niveau d'éducation faible. Dans cette analyse, les patients sans diplôme ou avec des diplômes inférieurs au baccalauréat étaient regroupés, par opposition aux patients titulaires d'un diplôme de niveau baccalauréat ou supérieur.

Figure 10. Fréquence de consultations en fonction du niveau d'études

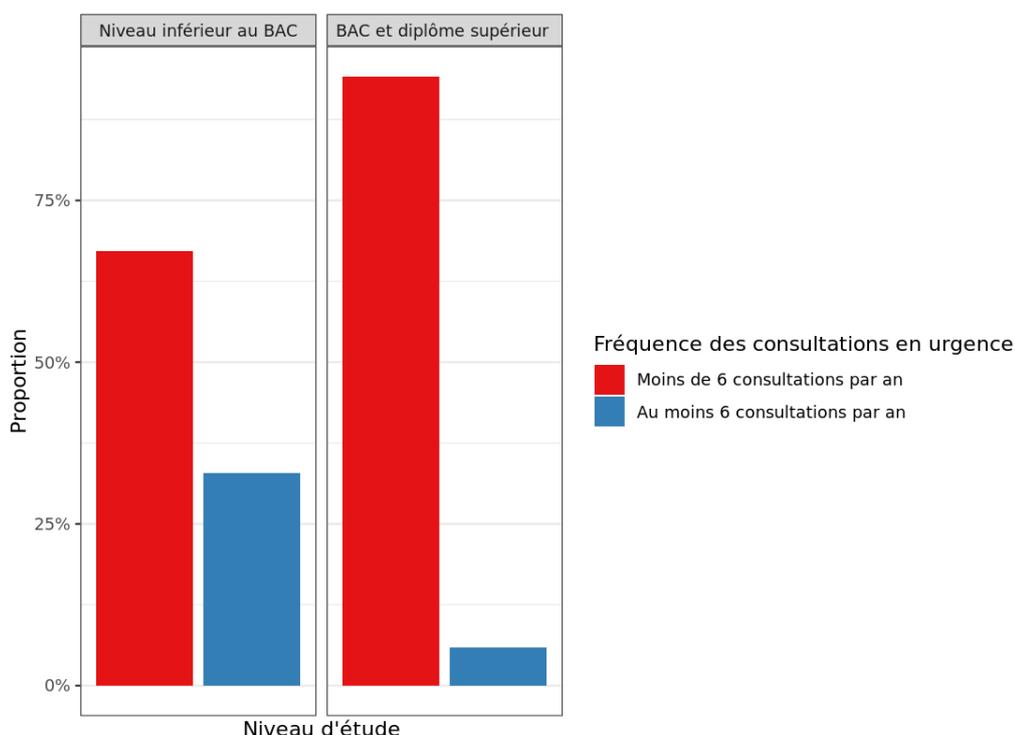


Tableau 3. Analyses de la fréquence de consultations en fonction du niveau d'études

○ **Analyse quantitative**

		n (%)
Fréquence des consultations en urgence	Moins de 6 consultations par an	77 (76%)
	Au moins 6 consultations par an	24 (24%)
Niveau d'études	Niveau inférieur au BAC	64 (65%)
	BAC et diplôme supérieur	34 (35%)

○ **Analyse univariée**

		Niveau inférieur au BAC (n = 64)	Niveau BAC et diplôme supérieur (n = 34)	n	p	test
Fréquence des consultations en urgence	Moins de 6 consultations par an	43 (67%)	32 (94%)	75	<0.01	Chi2
	Au moins 6 consultations par an	21 (33%)	2 (5,9%)	23		

3.2.4 Selon la catégorie socio professionnelle

- Augmentation de la fréquence de consultations chez les patients sans-emploi par rapport aux autres catégories

L'appartenance à la catégorie « sans emploi » entraîne de manière significative (**p<0,01**) une augmentation de la fréquence de consultations dites en urgence comparativement à l'ensemble des autres catégories.

Figure 11. Fréquence de consultations en fonction de la situation socio professionnelle

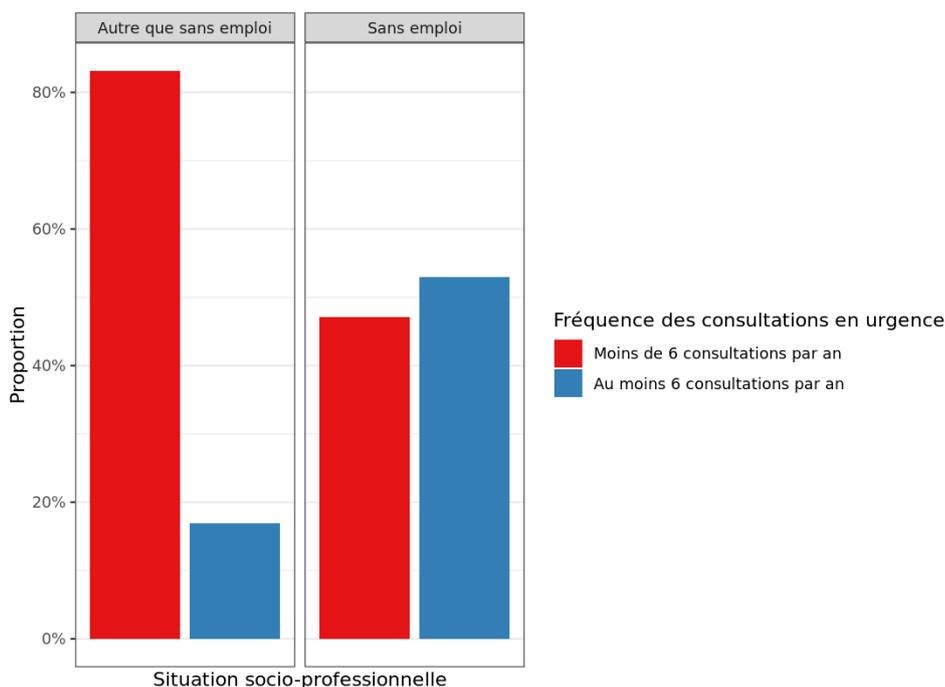


Tableau 4. Analyses de la fréquence de consultations par rapport à la situation socio professionnelle

○ **Analyse descriptive**

		n (%)
Fréquence des consultations en urgence	Moins de 6 consultations par an	77 (76%)
	Au moins 6 consultations par an	24 (24%)
Situation socio-professionnelle	Autres que sans emploi	83 (83%)
	Sans emploi	17 (17%)

○ **Analyse univariée**

		Autres catégories (n = 83)	Sans emploi (n = 17)	n	p	test
Fréquence des consultations en urgence	Moins de 6 consultations par an	68 (82%)	8 (47%)	76	<0.01	Fisher
	Au moins 6 consultations par an	15 (18%)	9 (53%)	24		

- Pas d'augmentation significative de la fréquence de consultations pour les autres catégories socio professionnelles.

3.2.5 Selon le statut ALD ou CSS

- Augmentation de la fréquence chez les patients en ALD

Le statut ALD entraîne de manière significative (**p<0,05**) une augmentation de la fréquence de consultations dites en urgence comparativement aux patients non ALD.

Un rapport de deux est observé, avec 39% des patients atteints d'une affection de longue durée qui consultent au moins 6 fois par an, contre seulement 18% pour les patients non atteints d'ALD.

Figure 12. Fréquence de consultations en fonction du statut ALD ou non

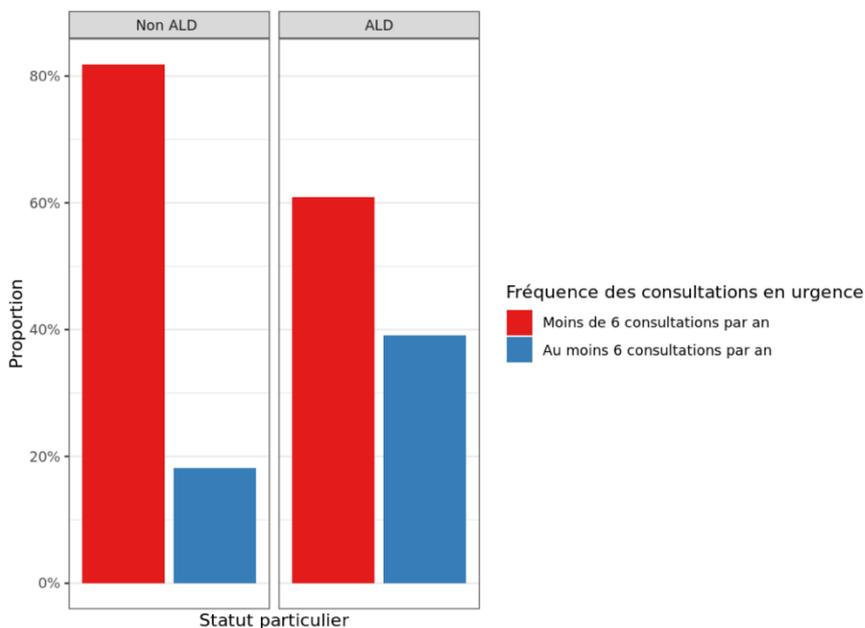


Tableau 5. Analyses de la fréquence de consultations par rapport au statut ALD

○ **Analyse descriptive**

		n (%)
Titulaire ALD ou non	Non ALD	77 (77%)
	ALD	23 (23%)
Fréquence des consultations en urgence	Moins de 6 consultations par an	77 (76%)
	Au moins 6 consultations par an	24 (24%)

○ **Analyse univariée**

		Non ALD (n = 77)	ALD (n = 23)	n	p	test
Fréquence des consultations en urgence	Moins de 6 consultations par an	63 (82%)	14 (61%)	77	0.036	Chi2
	Au moins 6 consultations par an	14 (18%)	9 (39%)	23		

- Pas d'augmentation significative retrouvée de la fréquence des consultations chez les patients avec complémentaire CSS

Les statistiques semblent révéler une proportion plus élevée de patients qui consultent au moins six fois par an parmi ceux qui ont une complémentaire CSS (42%) par rapport à ceux qui n'en ont pas (20%). Cependant, les données ne nous permettent pas de conclure une augmentation significative ($p = 0,14$).

Figure 13. Fréquence de consultations en fonction du statut CSS

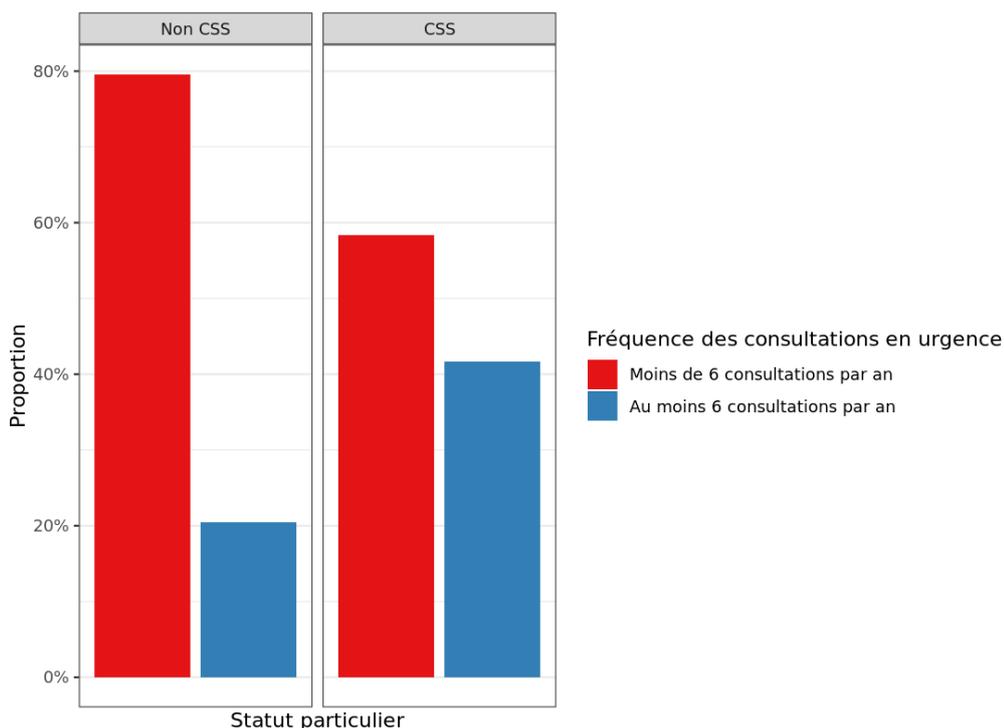


Tableau 6. Analyses de la fréquence de consultations par rapport à la complémentaire CSS

○ **Analyse descriptive**

		n (%)
Complémentaire	Non CSS	88 (88%)
	CSS	12 (12%)
Fréquence des consultations en urgence	Moins de 6 consultations par an	77 (76%)
	Au moins 6 consultations par an	24 (24%)

○ **Analyse univariée**

		Non CSS (n = 88)	CSS (n = 12)	n	p	test
Fréquence des consultations en urgence	Moins de 6 consultations par an	70 (80%)	7 (58%)	77	0.14	Fisher
	Au moins 6 consultations par an	18 (20%)	5 (42%)	23		

Tableau 7. Récapitulatif des facteurs favorisant une augmentation de fréquence de consultations en urgence

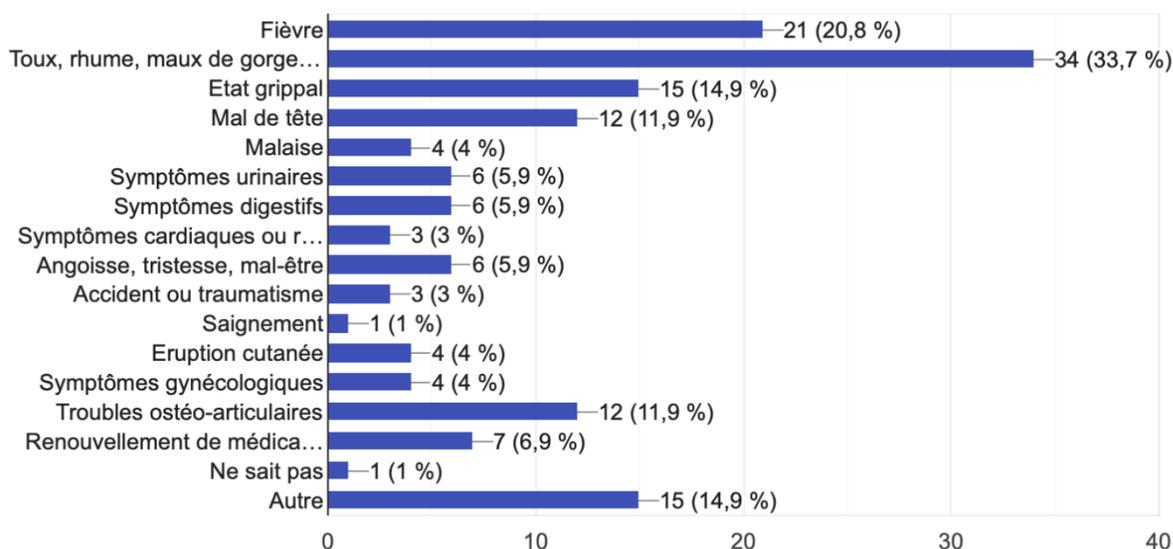
	Moins de 6 consultations par an	Au moins 6 consultations par an	p
<u>Âge</u>			
○ 0 – 6 ans (n=10)	4 (40%)	6 (60%)	p = 0,012
○ >6 ans (n=90)	72 (80%)	18 (20%)	
<u>Sexe</u>			
○ Homme (n=45)	33 (73%)	12 (27%)	p = 0,54
○ Femme (n=56)	44 (79%)	12 (21%)	
<u>Niveau d'études</u>			
○ Inférieur au bac (n=64)	43 (67%)	21 (33%)	p < 0,01
○ Équivalent BAC ou supérieur (n=34)	32 (94%)	2 (5,9%)	
<u>Catégorie socio professionnelle</u>			
○ Sans emploi (n=17)	8 (47%)	9 (53%)	p <0,01
○ Travailleurs, étudiants et retraités (n=83)	68 (82%)	15 (18%)	
○ ALD (n=23)	14 (61%)	9 (39%)	p = 0,036
○ Non ALD (n=77)	63 (82%)	14 (61%)	
○ CSS (n=12)	7 (58%)	5 (42%)	p = 0,14
○ non CSS (n=88)	70 (80%)	18 (20%)	

3.3 Analyse du recours

3.3.1 Motifs de consultations

Figure 14. Répartition des motifs de consultations

101 réponses



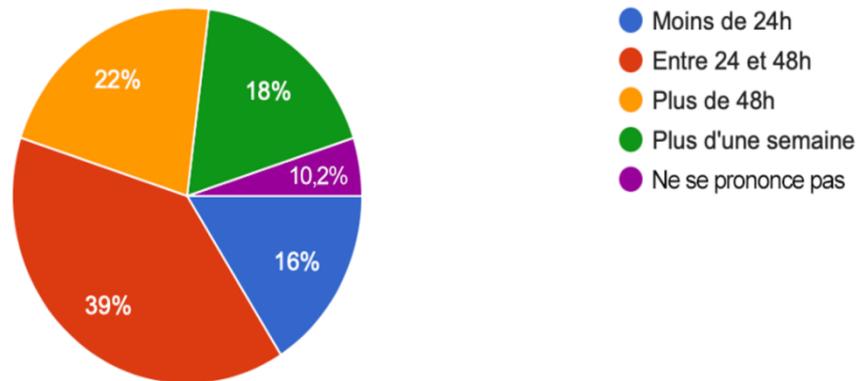
Lors du remplissage du questionnaire, les patients devaient indiquer le motif de leur consultation en choisissant parmi une liste proposée. Les maladies infectieuses courantes représentaient une part importante, avec 20,8% des patients se plaignant de fièvre et 33,7% des patients se plaignant de symptômes ORL. Les troubles ostéo-articulaires arrivaient ensuite, présents dans 11,9% des questionnaires.

On remarque une part modeste de troubles psychiatriques, avec 5,9% des patients se plaignant de troubles du psychisme, et une proportion encore plus faible de traumatologie, avec seulement 3% des consultations liées à des traumatismes.

Par ailleurs, on constate également que le besoin d'un renouvellement d'ordonnance est présent chez 6,9% des patients. Bien que cela représente une proportion relativement faible, celle-ci est probablement encore trop élevée compte tenu des difficultés des médecins à prendre en charge l'ensemble des soins non programmés.

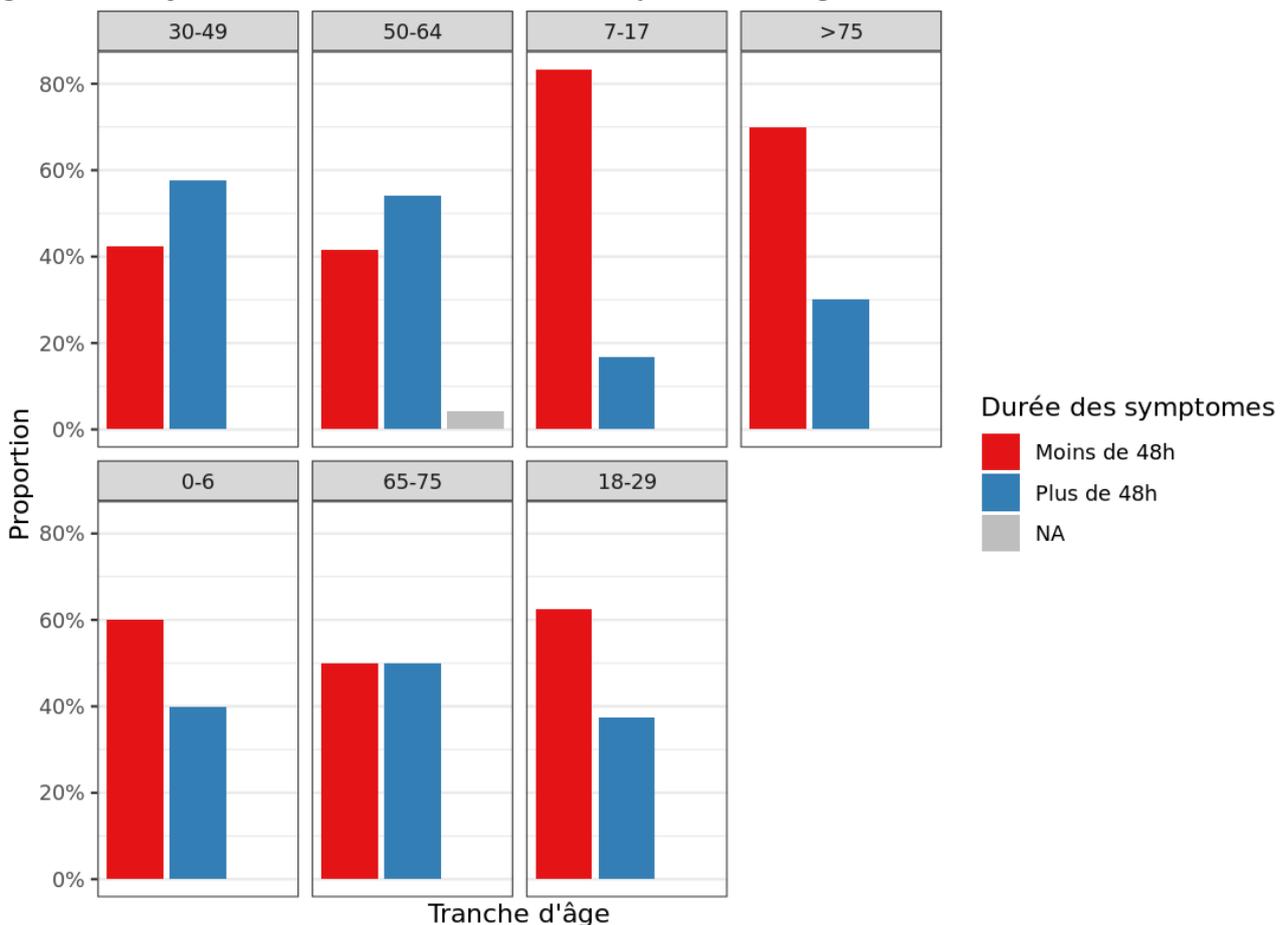
3.3.2 Durée depuis l'apparition des symptômes

Figure 15. Répartition des durées depuis le début des symptômes



Dans une majorité des cas, soit 55% des patients, la médicalisation du problème rencontré est de moins de 48h.

Figure 16. Analyse de la durée avant consultation en fonction de l'âge



La durée depuis le début des symptômes avant médicalisation est variable en fonction de la catégorie d'âge. Les âges extrêmes (dans notre étude, moins de 6 ans et plus de 75 ans) semblent être associés à une médicalisation plus rapide des problèmes de santé. Cet effet

est également observé dans notre étude pour les enfants plus âgés, de 7 à 18 ans, ainsi que pour les jeunes adultes jusqu'à 30 ans. En revanche, les autres catégories d'âge plus intermédiaires, allant de 30 à 65 ans, décident de consulter plus fréquemment après 48 heures.

L'étude ne permet cependant pas de conclure à des résultats significatifs.

En ce qui concerne les autres facteurs déterminants, en fonction des catégories socioprofessionnelles, on observe une médicalisation significativement plus rapide ($p < 0,05$) chez les personnes sans emploi : 82% d'entre elles consultent lorsque les symptômes ont débuté depuis moins de 48 heures, tandis que ce chiffre n'est que de 49% pour les autres catégories regroupées.

Concernant le niveau d'études, on ne constate pas d'influence de celui-ci sur la rapidité de médicalisation du problème de santé.

Tableau 8. Analyses des durées avant médicalisation

	Moins de 48h (n=55)	Plus de 48h (n=45)	p
Âge			
○ 0 – 6 ans (n=10)	6 (60%)	4 (40%)	p = 0,23
○ 7 – 17 (n=12)	10 (83%)	2 (17%)	
○ 18 – 29 (n=8)	5 (62%)	3 (38%)	
○ 30 – 49 (n=26)	11 (42%)	15 (58%)	
○ 50 – 64 (n=23)	10 (43%)	13 (57%)	
○ 65 – 74 (n=10)	5 (50%)	5 (50%)	
○ > 75 (n=10)	7(70%)	3 (30%)	
Sexe			
○ Homme (n=44)	28 (64%)	16 (36%)	p = 0,12
○ Femme (n=56)	27 (48%)	29 (52%)	
Niveau d'études			
○ Inférieur au bac (n=63)	35 (56%)	28 (44%)	p = 0,6
○ Équivalent BAC ou supérieur (n=34)	17 (50%)	17 (50%)	
Catégorie socio professionnelle			
○ Sans emploi (n=17)	14 (82%)	3 (18%)	p = 0,011
○ Travailleurs, étudiants et retraités (n=82)	40 (49%)	42 (51%)	
○ ALD (n=23)	14 (61%)	9 (39%)	p = 0,49
○ Non ALD (n=77)	40 (53%)	36 (47%)	
○ CSS (n=12)	4 (33%)	8 (67%)	p = 0,12
○ non CSS (n=87)	50 (57%)	37 (43%)	

3.3.3 Automédication et antécédent de consultation pour le même problème de santé

Figure 17. Réponse à la question de l'automédication avant la consultation

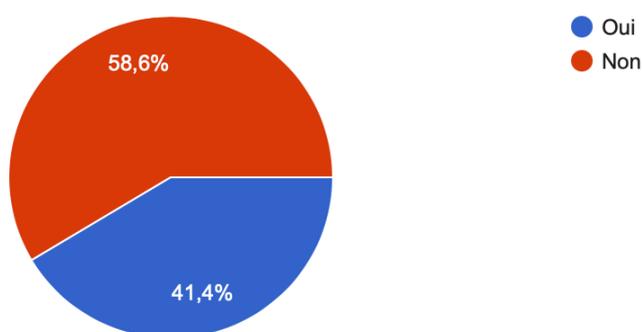
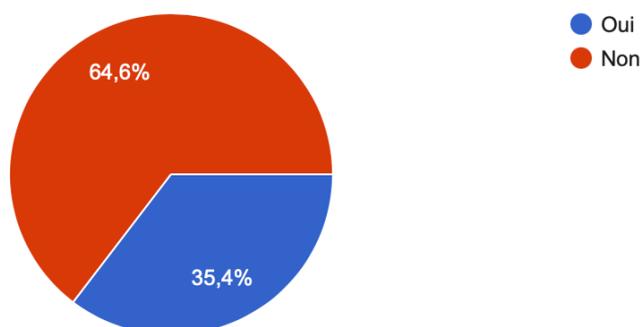


Figure 18. Réponse à la question de la consultation au préalable d'un médecin



Dans notre enquête, il a été constaté que **41%** des participants ont eu recours à l'automédication avant de consulter, et près d'un tiers des patients avaient déjà consulté un médecin pour le même problème de santé.

En ce qui concerne l'automédication, il semble que son utilisation soit moins fréquente chez les groupes d'âge vulnérables, tels que les enfants en bas âge (catégorie 0 à 6 ans) avec seulement **20%** ayant recours à l'automédication, et les personnes âgées (catégorie de plus de 75 ans) avec **30%** d'automédication. Cependant, notre étude ne permet pas de le démontrer de manière significative.

Nous avons observé une augmentation significative de l'utilisation de l'automédication chez les patients ayant un niveau d'études supérieur au brevet des collèges ($p = 0,044$).

Notre étude n'a pas révélé de différence significative de l'utilisation de l'automédication chez les patients titulaires de la CSS ou d'une ALD, par rapport au reste de la population étudiée. Il en est de même pour les différentes catégories socio-professionnelles.

Tableau 9. Analyses de l'automédication ou non avant consultation

	Automédication (n=41)	Pas d'automédication (n=58)	p
Âge			
○ 0 – 6 ans (n=10)	2 (20%)	8 (80%)	p = 0,76
○ 7 – 17 (n=12)	5 (42%)	7 (58%)	
○ 18 – 29 (n=8)	4 (50%)	4 (50%)	
○ 30 – 49 (n=25)	12 (48%)	13 (52%)	
○ 50 – 64 (n=23)	11 (48%)	12 (52%)	
○ 65 – 74 (n=10)	4 (40%)	6 (80%)	
○ > 75 (n=10)	3(30%)	7 (70%)	
Sexe			
○ Homme (n=45)	15 (33%)	30 (67%)	p = 0,14
○ Femme (n=54)	26 (48%)	28 (52%)	
Niveau d'études			
○ Brevet des collèges ou inférieur (n=30)	8 (27%)	22 (73%)	p = 0,044
○ Supérieur brevet des collèges (n=66)	32 (48%)	34 (52%)	
Catégorie socio professionnelle			
○ Sans emploi (n=17)	5 (29%)	12 (71%)	p = 0,29
○ Travailleurs, étudiants et retraités (n=81)	35 (43%)	45 (57%)	
○ ALD (n=22)	7 (32%)	15 (68%)	p = 0,33
○ Non ALD (n=76)	33 (43%)	43 (57%)	
○ CSS (n=12)	3 (25%)	9 (75%)	p = 0,35
○ non CSS (n=86)	37 (43%)	49 (57%)	

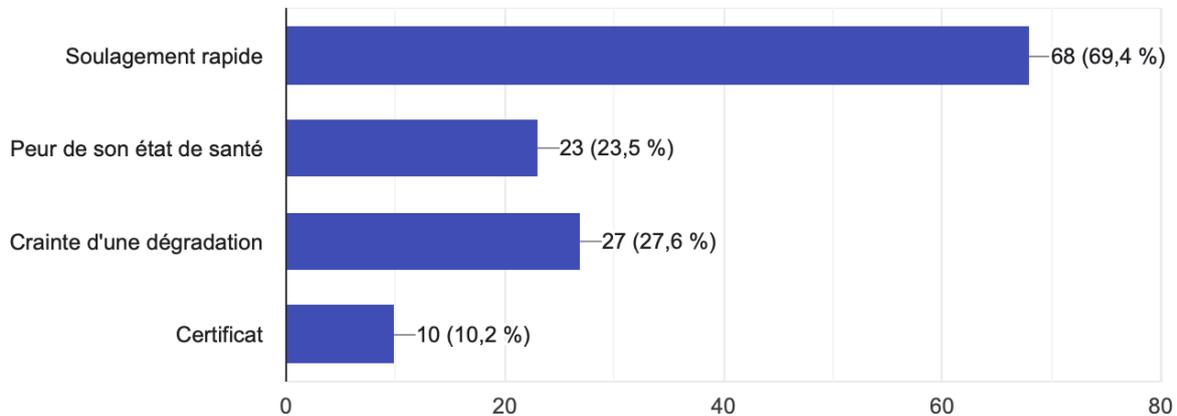
La dixième question portait sur la consultation préalable d'un médecin pour le même problème de santé. L'analyse statistique des réponses, selon les différentes sous-catégories de patients, n'a révélé aucun élément significatif.

Tableau 10. Analyses de consultation antérieure ou non

	A déjà consulté (n=35)	Pas de consultation antérieure (n=64)	p
Âge			
○ 0 – 6 ans (n=9)	1 (11%)	8 (89%)	p = 0,096
○ 7 – 17 (n=12)	2 (17%)	10 (83%)	
○ 18 – 29 (n=8)	4 (50%)	4 (50%)	
○ 30 – 49 (n=26)	14 (54%)	12 (46%)	
○ 50 – 64 (n=23)	7 (30%)	16 (70%)	
○ 65 – 74 (n=10)	5 (50%)	5 (50%)	
○ > 75 (n=10)	2 (20%)	8 (80%)	
Sexe			
○ Homme (n=44)	14 (32%)	30 (68%)	p = 0,51
○ Femme (n=55)	21 (38%)	34 (62%)	
Niveau d'études			
○ Niveau inférieur au BAC (n=63)	22 (35%)	41 (65%)	p = 0,67
○ BAC et supérieur (n=33)	13 (39%)	20 (61%)	
Catégorie socio professionnelle			
○ Sans emploi (n=17)	3 (18%)	14 (82%)	p = 0,087
○ Travailleurs, étudiants et retraités (n=81)	32 (40%)	14 (82%)	
○ ALD (n=22)	6 (27%)	16 (73%)	p = 0,35
○ Non ALD (n=76)	29 (38%)	47 (62%)	
○ CSS (n=12)	5 (42%)	7 (58%)	p = 0,75
○ non CSS (n=86)	30 (35%)	56 (65%)	

3.3.4 But de la consultation

Figure 19. Réponses à la question "pourquoi consultez-vous ?"



L'enquête s'intéresse également à la légitimité de la consultation selon la perception du patient. Les choix de réponses étaient multiples. Parmi les patients interrogés, 68,4% exprimaient le souhait de soulager rapidement leurs symptômes, tandis que respectivement seulement 23,5% et 27,6% avaient peur de leur état de santé ou d'une détérioration de celui-ci.

Environ 10% des patients mentionnaient le besoin d'un certificat médical pour justifier leur consultation, cependant, seuls 3% ont indiqué venir uniquement dans le but d'obtenir ce certificat.

L'analyse ne met pas en évidence de résultats significatifs en fonction des différentes tranches d'âge.

Concernant le niveau d'études, une différence significative ($p = 0,025$) a été observée entre les catégories ayant un niveau inférieur ou égal au baccalauréat et la catégorie ayant un niveau de diplôme supérieur. On constate que 74% des personnes ayant un niveau d'études supérieur consultent en présence d'une gravité perçue, tandis que seulement 39% des personnes ayant un niveau d'études inférieur le font, au détriment d'un souhait de soulagement rapide des symptômes.

L'analyse en fonction du statut complémentaire CSS n'a pas révélé de résultat significatif, cependant, il est intéressant de noter que les patients bénéficiant d'une complémentaire

CSS semblent davantage consulter dans le but de soulager rapidement les symptômes plutôt que par rapport à la gravité perçue.

Tableau 11. Analyses du but de la consultation

	Soulagement rapide des symptômes (n=59)	Gravité perçue (n=44)	Certificat (n=3)	p
Âge				
○ 0 – 6 ans (n=10)	5 (50%)	5 (50%)	0(0%)	p = 0,79
○ 7 – 17 (n=12)	6 (50%)	5 (42%)	1(8,3%)	
○ 18 – 29 (n=8)	4 (50%)	4 (50%)	0(0%)	
○ 30 – 49 (n=26)	12 (46%)	12 (46%)	2 (7,7%)	
○ 50 – 64 (n=22)	9 (41%)	13 (59%)	0 (0%)	
○ 65 – 74 (n=10)	6 (60%)	4 (40%)	0 (0%)	
○ > 75 (n=9)	7(78%)	2 (22%)	0 (0%)	
Sexe				
○ Homme (n=44)	24 (55%)	19 (43%)	1(2,3%)	p = 0,87
○ Femme (n=54)	26 (48%)	26 (48%)	2 (3,7%)	
Niveau d'études				
○ Niveau BAC ou inférieur (n=77)	44 (57%)	30 (39%)	2(3,9%)	p = 0,025
○ Études du supérieur (n=19)	5 (26%)	14 (74%)	0 (0%)	
Catégorie socio professionnelle				
○ Sans emploi (n=17)	7 (41%)	9 (53%)	1 (5,9%)	p = 0,33
○ Travailleurs, étudiants et retraités (n=80)	43 (53%)	35 (44%)	2 (2,5%)	
○ ALD (n=22)	11 (50%)	11 (50%)	0 (0%)	p = 0,91
○ Non ALD (n=75)	39 (52%)	33 (44%)	3 (4%)	
○ CSS (n=12)	8 (67%)	3 (25%)	1 (8,3%)	p = 0,14
○ non CSS (n=85)	42 (49%)	41 (48%)	2 (2,4%)	

3.3.5 Impact des certificats médicaux

Notre questionnaire visait ensuite à évaluer l'impact des certificats médicaux sur les consultations non programmées. Bien que seuls 10,2% des patients aient exprimé le besoin d'un certificat pour légitimer leur consultation, une part importante, soit plus d'un tiers (36,4%) des patients, avait besoin d'un certificat, que ce soit un arrêt de travail, un certificat pour un enfant malade ou un certificat d'absence scolaire.

Cependant, il est important de souligner que seulement 13,5% des patients ont répondu qu'ils n'auraient pas consulté s'ils n'avaient pas eu besoin du certificat.

Figure 20. Réponse à la question "avez-vous besoin d'un certificat ?"

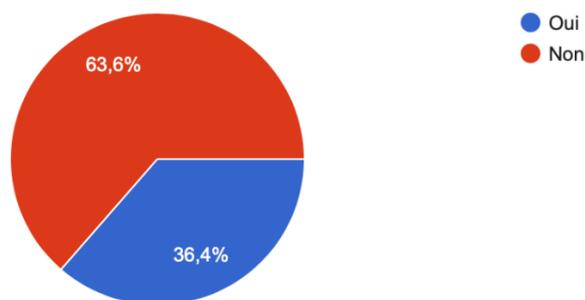
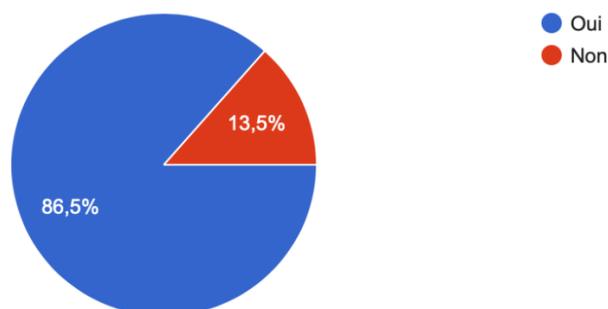
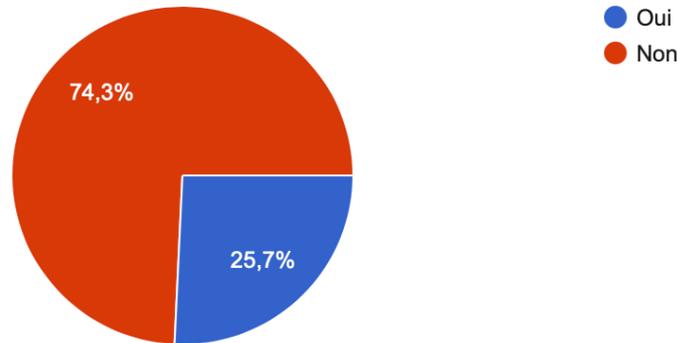


Figure 21. Réponse à la question "Auriez-vous consulté si vous n'aviez pas besoin de certificat ?"



3.4 Antériorité de consultation aux urgences à défaut de pouvoir consulter son médecin traitant

Figure 22. Réponse à la question « Avez-vous déjà consulté aux urgences car votre cabinet médical ne pouvait vous recevoir ? »



Dans notre enquête, nous avons constaté que 25% des patients interrogés déclarent avoir déjà consulté aux urgences faute de pouvoir obtenir une consultation urgente chez leur médecin généraliste. Lors de l'analyse des réponses, selon les différentes sous-catégories de patients, aucune différence significative n'a été observée, à l'exception des patients titulaires de la CSS dont plus de 40% affirment avoir consulté aux urgences.

Figure 23. Analyse de la consultation aux urgences par défaut en fonction du statut CSS ou non

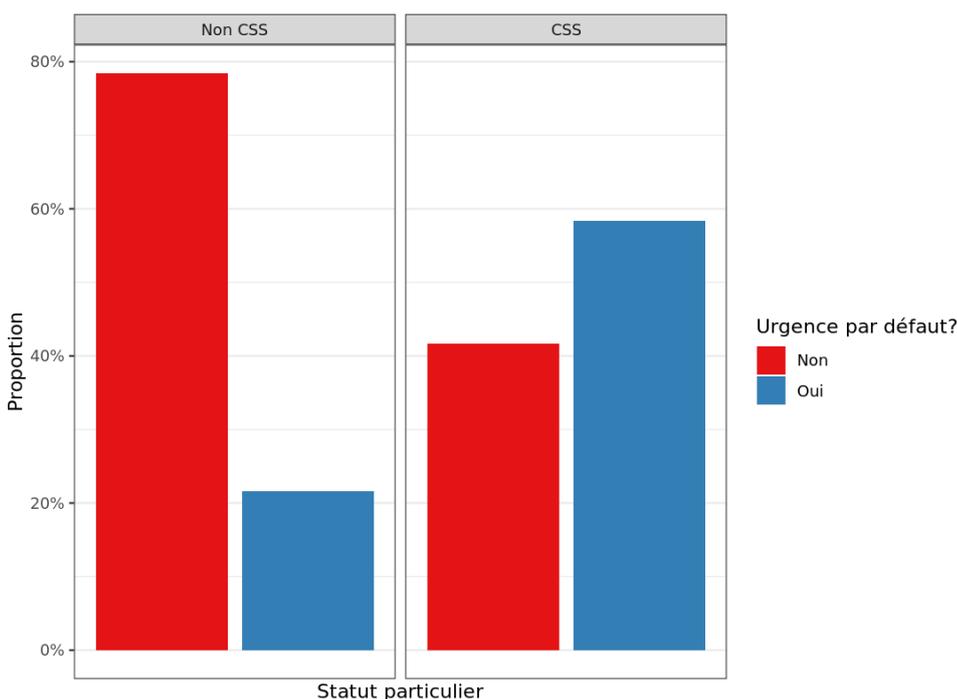
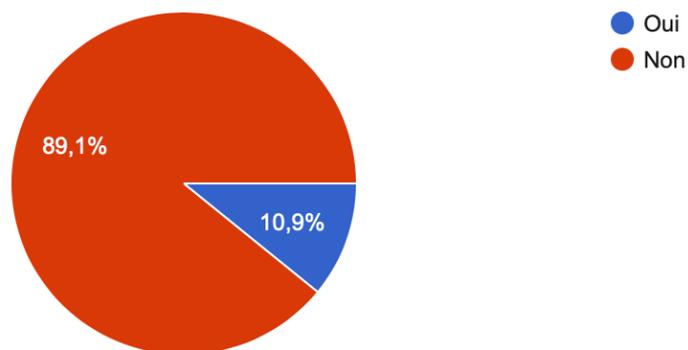


Tableau 12. Analyses de l'antécédent de consultation aux urgences par défaut de disponibilité chez son médecin généraliste

	A déjà consulté aux urgences (n=26)	Pas de consultation aux urgences (n=75)	p
Âge			
○ 0 – 6 ans (n=10)	4 (40%)	6 (60%)	p = 0,77
○ 7 – 17 (n=12)	2 (17%)	10 (83%)	
○ 18 – 29 (n=8)	2 (25%)	6 (75%)	
○ 30 – 49 (n=26)	8 (31%)	18 (69%)	
○ 50 – 64 (n=24)	4 (17%)	20 (83%)	
○ 65 – 74 (n=10)	2 (20%)	8 (80%)	
○ > 75 (n=10)	3 (30%)	7 (70%)	
Sexe			
○ Homme (n=45)	13 (29%)	32 (71%)	p = 0,52
○ Femme (n=56)	13 (23%)	43 (77%)	
Niveau d'études			
○ Niveau inférieur au BAC (n=63)	15 (23%)	49 (77%)	p = 0,34
○ BAC et supérieur (n=34)	11 (32%)	23 (68%)	
Catégorie socio professionnelle			
○ Sans emploi (n=17)	6 (35%)	11 (65%)	p = 0,37
○ Travailleurs, étudiants et retraités (n=83)	20 (24%)	63 (76%)	
○ ALD (n=23)	6 (26%)	17 (74%)	p = 0,99
○ Non ALD (n=77)	20 (26%)	57 (74%)	
○ CSS (n=12)	7 (58%)	5 (42%)	p = 0,012
○ non CSS (n=88)	19 (22%)	69 (78%)	

3.5 Antériorité de consultations en urgence pour un renouvellement de médicaments

Figure 24. Réponse à la question : « Avez-vous déjà consulté en urgence pour un renouvellement de médicaments ? »



Dans notre enquête, lorsque nous avons posé la question "Avez-vous déjà consulté en urgence pour un renouvellement de médicaments ?", 10,9% des patients ont répondu qu'ils avaient déjà consulté pour un renouvellement d'ordonnance. Cette proportion augmente de manière significative chez les patients titulaires de la complémentaire CSS, atteignant **33% (p=0,025)**

Tableau 13. Analyses de l'antécédent de consultation pour renouvellement de médicament sur une consultation d'urgence

	Renouvellement (n=11)	Pas de renouvellement (n=90)	p
Âge			
○ 0 – 6 ans (n=10)	2 (20%)	8 (80%)	p = 0,73
○ 7 – 17 (n=12)	0 (0%)	12 (100%)	
○ 18 – 29 (n=8)	0 (0%)	8 (100%)	
○ 30 – 49 (n=26)	3 (12%)	23 (88%)	
○ 50 – 64 (n=24)	4 (17%)	20 (83%)	
○ 65 – 74 (n=10)	1 (10%)	9 (90%)	
○ > 75 (n=10)	1 (10%)	9 (90%)	
Sexe			
○ Homme (n=45)	5 (11%)	40 (89%)	p = 1
○ Femme (n=56)	6 (11%)	50 (89%)	
Niveau d'études			
○ Niveau inférieur au BAC (n=64)	10 (16%)	54 (84%)	p = 0,091
○ BAC et supérieur (n=34)	1 (2,9%)	33 (97%)	
Catégorie socio professionnelle			
○ Sans emploi (n=17)	1 (5,9%)	16 (94%)	p = 0,68
○ Travailleurs, étudiants et retraités (n=83)	10 (12%)	73 (88%)	
○ ALD (n=23)	2 (8,7%)	21 (91%)	p = 1
○ Non ALD (n=77)	9 (12%)	68 (88%)	
○ CSS (n=12)	4 (33%)	8 (67%)	p = 0,025
○ non CSS (n=88)	7 (8%)	81 (92%)	

3.6 Attentes des patients

Dans notre enquête, trois quarts des patients estiment que leur médecin traitant devrait pouvoir les recevoir dans les 48 heures, sans différence notable entre les différentes sous-catégories de patients. En ce qui concerne le délai, environ la moitié des patients (49,5%) estime que le médecin devrait être en mesure de leur proposer un rendez-vous le jour même, tandis que près de la moitié (44,6%) trouve qu'un délai de 48 heures serait acceptable.

Figure 25. Réponse à la question : « Votre médecin traitant devrait-il toujours pouvoir vous recevoir le jour même ou le lendemain ? »

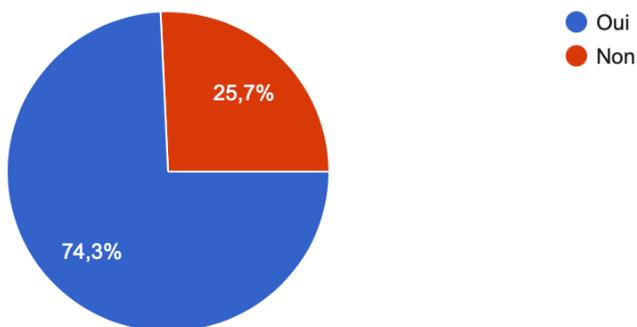
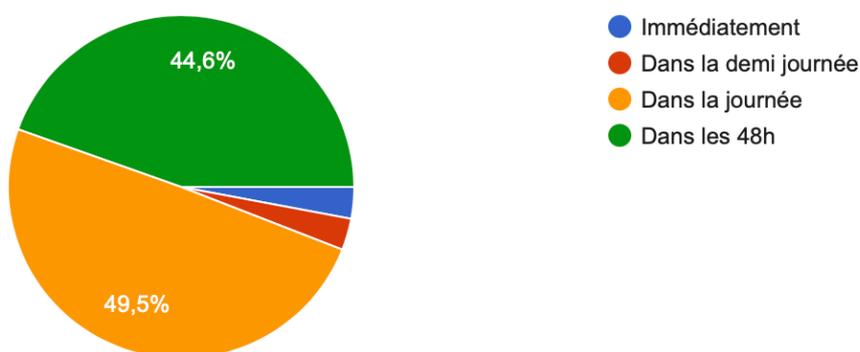
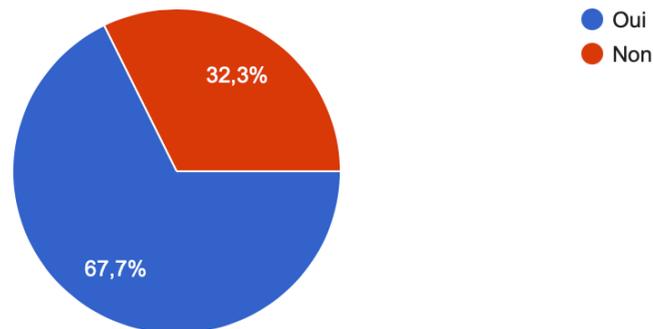


Figure 26. Réponse à la question : « Dans quel délai, raisonnable selon vous, le cabinet devrait-il vous proposer un rendez-vous ? »



En ce qui concerne la nécessité de trier les demandes de consultations en fonction des pathologies potentiellement plus graves, lorsque le nombre de places de consultation en urgence est limité et dépassé par la demande, les deux tiers des patients estiment que cette pratique est légitime.

Figure 27. Réponse à la question : « Estimez-vous que l'on doive trier les patients les plus graves ? »



L'analyse en fonction des différentes sous-catégories de patients révèle des différences significatives de comportement. La nécessité de trier les demandes de consultations est d'autant plus acceptée, que le niveau d'études est plus élevé, comme le montre la figure suivante : 95% des patients ayant un niveau d'études supérieur sont favorables au triage, contre seulement 62% des patients ayant un niveau d'études inférieur.

En ce qui concerne les différentes catégories socioprofessionnelles, on observe peu de différences entre elles, à l'exception des patients sans emploi. Ils constituent la seule catégorie où une majorité (53%) des répondants estime que le triage n'est pas légitime et que les places de consultations disponibles devraient être attribuées aux premiers patients qui en ont fait la demande.

Figure 28. Analyse de la réponse à la question sur le triage des consultations en fonction du niveau d'études

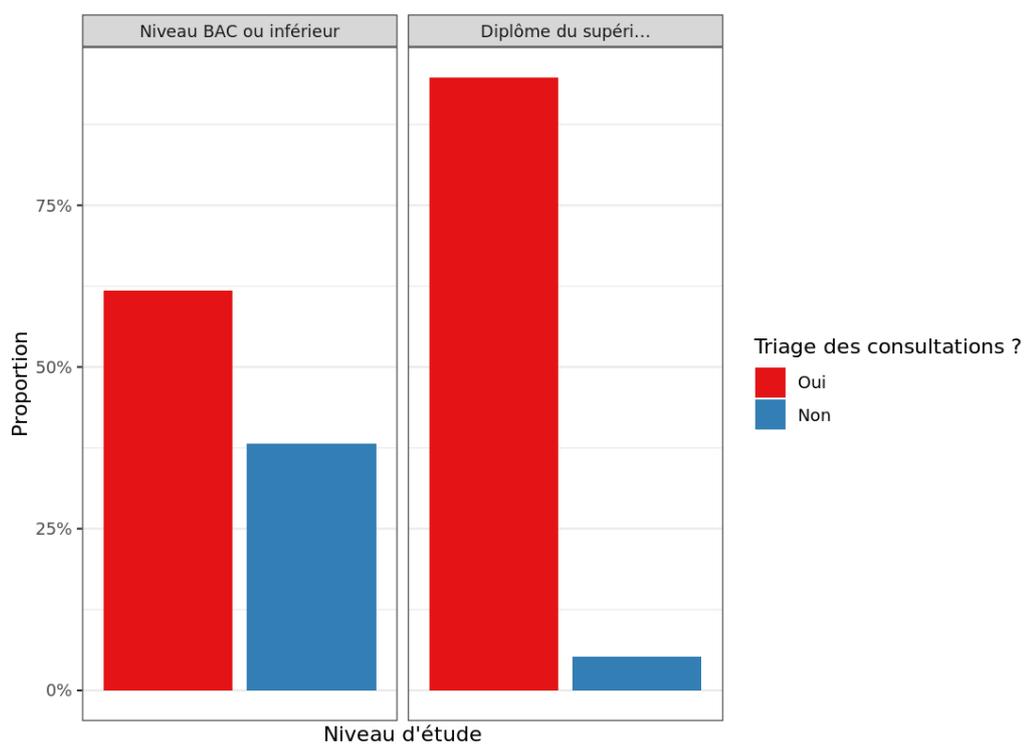


Figure 29. Analyse de la réponse à la question sur le triage des consultations en fonction de la catégorie socioprofessionnelle

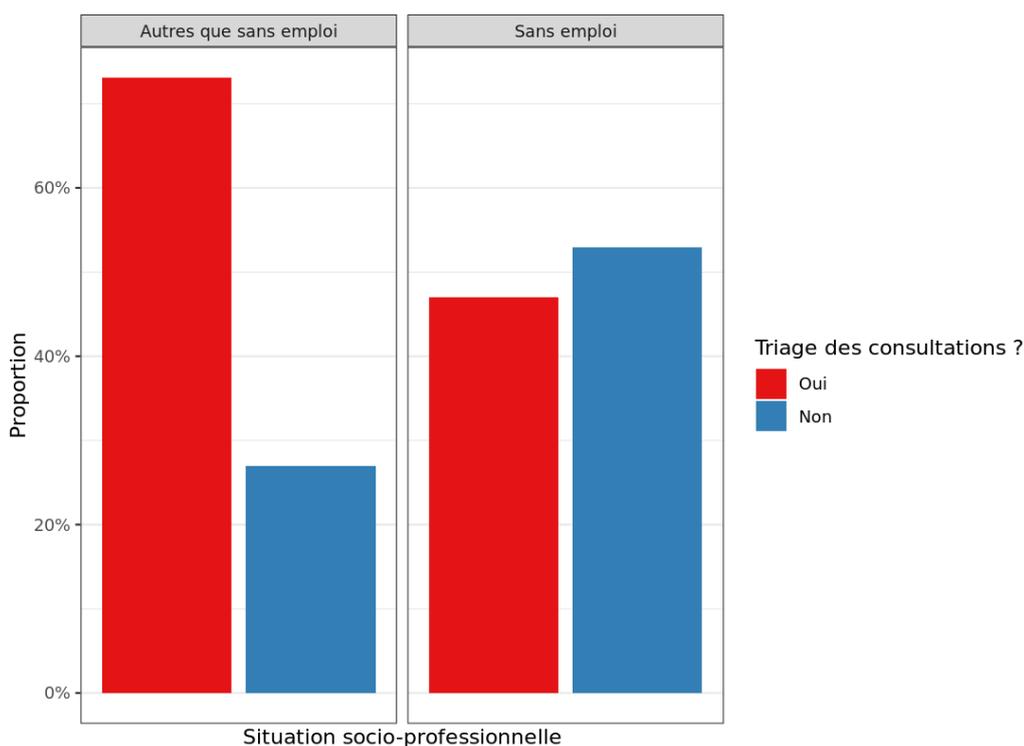
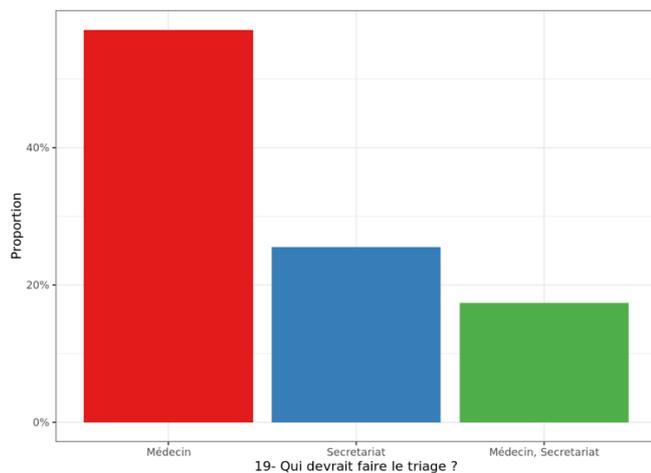


Tableau 14. Analyses de la réponse sur le triage des pathologies

	Triage oui (n=65)	Triage non (n=31)	p
Âge			
○ 0 – 6 ans (n=10)	6 (60%)	4 (40%)	p = 0,25
○ 7 – 17 (n=12)	7 (58%)	5 (42%)	
○ 18 – 29 (n=8)	4 (50%)	4 (50%)	
○ 30 – 49 (n=26)	20 (77%)	6 (23%)	
○ 50 – 64 (n=23)	17 (74%)	6 (26%)	
○ 65 – 74 (n=10)	5 (50%)	5 (50%)	
○ > 75 (n=6)	6 (100%)	0 (0%)	
Sexe			
○ Homme (n=43)	29 (67%)	13 (33%)	p = 0,96
○ Femme (n=53)	36 (68%)	17 (32%)	
Niveau d'études			
○ Niveau BAC et inférieur (n=76)	47 (62%)	29 (38%)	p <0,01
○ supérieur au BAC (n=19)	18 (95%)	1 (5,3%)	
Catégorie socio professionnelle			
○ Sans emploi (n=17)	8 (47%)	9 (53%)	p = 0,037
○ Travailleurs, étudiants et retraités (n=78)	57 (73%)	21 (27%)	
○ ALD (n=20)	14 (70%)	6 (30%)	p = 0,86
○ Non ALD (n=75)	51 (68%)	24 (32%)	
○ CSS (n=12)	10 (83%)	2 (17%)	p = 0,33
○ non CSS (n=83)	55 (66%)	28 (34%)	

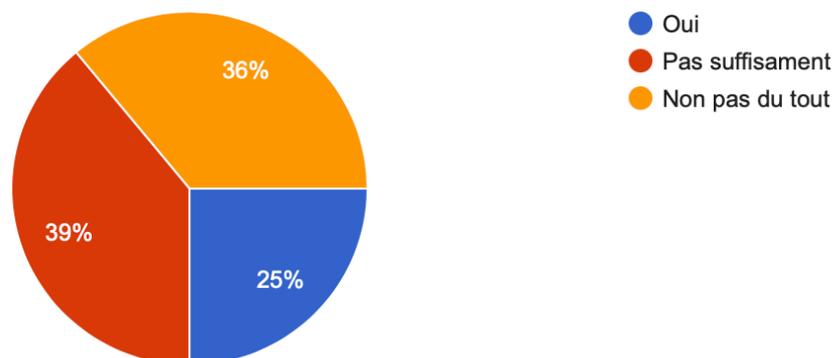
Parmi les patients interrogés, une majorité (57%) estime que le triage des demandes de consultations en urgence devrait être uniquement du ressort du médecin. Seulement un quart des patients estime que le triage devrait être effectué par le secrétariat, tandis que 17% estiment qu'il devrait être réalisé par le secrétariat avec une supervision du médecin.

Figure 30. Réponse à la question « qui devrait faire le triage » ?



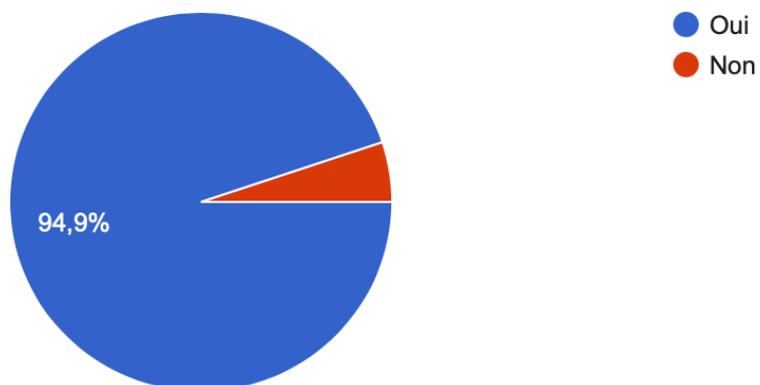
•
Pour la question concernant les connaissances médicales, un quart des patients estime ne pas en avoir du tout pour caractériser l'urgence d'une situation, tandis que 39% estiment en avoir insuffisamment. En revanche, un tiers des patients estime avoir les connaissances nécessaires pour le faire.

Figure 31. Réponse à la question " Estimez-vous avoir suffisamment de connaissances pour juger du caractère urgent d'un problème de santé ?"



La réponse à la question concernant la nécessité accrue de connaissances est unanime, avec près de 95% de réponses affirmatives.

Figure 32. Réponse à la question " faut-il davantage d'éducation ?"



4. Discussion

4.1 Rappel des principaux résultats

Les résultats de la recherche effectuée dans le cadre du questionnaire principal permettent de mettre en évidence plusieurs facteurs favorisant une fréquentation plus importante du cabinet médical pour des consultations d'urgence :

1. Tout d'abord, l'**âge** des patients joue un rôle significatif. Les enfants en bas âge, c'est-à-dire ici, ceux âgés de moins de 6 ans, ont tendance à consulter davantage en cas d'urgence. En revanche, contrairement à ce que l'on aurait pu supposer, notre recherche n'a pas démontré d'augmentation significative chez les personnes plus âgées.
2. Concernant le **niveau d'études** des patients, il a été observé que les patients ayant un niveau d'études moins élevé ont tendance à consulter plus fréquemment en urgence. Cela suggère que le niveau d'éducation influence les comportements de recherche de soins médicaux notamment dans le cadre des soins non programmés.
3. La **catégorie socio-professionnelle** des patients a également un impact sur la fréquence des consultations d'urgence. Notre recherche a mis en évidence une augmentation significative de la fréquence des visites au cabinet médical en urgence pour les personnes catégorisées « sans emploi ».
4. Pour terminer, concernant le **statut d'Affection de Longue Durée (ALD)**, il a été observé une augmentation de la fréquence des consultations d'urgence chez ces patients

L'analyse du recours met en évidence que les maladies infectieuses, en particulier celles liées aux voies respiratoires supérieures (ORL), représentent la principale cause de consultations, suivies ensuite des troubles ostéo-articulaires.

Dans la majorité des cas, la médicalisation se fait dans les 48 heures suivant l'apparition des problèmes de santé. Les âges extrêmes, c'est-à-dire les patients de moins de 6 ans et ceux de plus de 75 ans dans notre enquête, semblent être associés à une médicalisation plus rapide des problèmes de santé. On observe également une médicalisation plus rapide chez les personnes sans emploi. Notre étude n'a pas montré d'influence significative du niveau d'études sur la vitesse de médicalisation.

L'automédication est moins courante chez les enfants et les personnes âgées, bien que les résultats ne se soient pas avérés significatifs. En revanche, on observe une tendance à une automédication plus fréquente chez les individus ayant un niveau d'études supérieur (significatif dans notre analyse chez les patients ayant un niveau supérieur au brevet). Ces observations mettent en évidence des différences d'attitudes vis-à-vis de l'automédication selon l'âge et le niveau d'éducation.

Le but de la consultation varie en fonction du niveau d'études des individus. Pour les personnes ayant un niveau d'études plus élevé, la consultation est principalement motivée par la perception d'une gravité dans leur état de santé. En revanche, pour ceux ayant un niveau d'études moins élevé, la consultation vise plutôt à soulager rapidement les symptômes ressentis.

Par ailleurs, chez les personnes avec complémentaire CSS, il semble exister une tendance à consulter majoritairement dans le but de trouver un soulagement rapide des symptômes, contrairement aux patients non CSS.

Environ un tiers des patients ont besoin d'un certificat médical. Parmi eux, seulement 13,5% déclarent qu'ils ne seraient pas venus consulter s'ils n'avaient pas eu besoin de ce certificat. Cela suggère que la majorité des patients qui demandent un certificat médical aurait quand même consulté un professionnel de la santé même en l'absence de cette exigence administrative.

En ce qui concerne l'attente des patients vis-à-vis de leur cabinet de médecine générale habituel, environ trois quarts estiment que le médecin devrait pouvoir les recevoir dans un délai de 48 heures. Quant au délai souhaité pour une consultation, 49,5% des patients

préfèreraient être reçus le jour même, tandis que 44% souhaitent une consultation dans les 48 heures.

Le tri des patients les plus graves est considéré comme plus légitime parmi ceux ayant un niveau d'études plus élevé par rapport à ceux ayant un niveau d'études moins élevé. En revanche, il est moins légitime pour les personnes sans emploi.

Pour finir, la majorité des patients ressent un manque de connaissances et exprime un besoin d'éducation dans le domaine de la santé et notamment sur les pathologies aiguës plus ou moins urgentes.

4.2 Forces et faiblesses de l'étude

4.2.1 Les forces de l'étude

- **L'originalité**

C'est une étude originale du fait qu'elle interroge des usagers du système de soins. Jusqu'alors, la plupart des études sur ce sujet se penchaient plutôt sur le point de vue des médecins ou des secrétaires. L'essentiel des études retrouvées, dans lesquelles la parole est donnée aux patients, concerne plutôt des patients consultant directement aux urgences.

- **Sujet d'actualité**

La problématique de la gestion des soins non programmés est une des priorités de notre gouvernement actuel. (21)

Dans ce contexte de restructuration des SNP, la compréhension des recours aux cabinets médicaux est un atout.

- **La diversité des problématiques**

L'étude traite plusieurs problématiques : les caractéristiques socio démographiques des patients ayant recours aux soins non programmés et les facteurs favorisant une plus importante fréquence de consultations, ainsi que les motifs et cheminements de recours, l'impact des certificats et l'attente des patients.

4.2.2 Les biais et faiblesses

- **Manque de puissance**

Un échantillon plus important aurait potentiellement permis d'obtenir davantage de résultats significatifs, en particulier concernant l'objectif principal de l'étude et l'effet de la complémentaire CSS sur la fréquence des consultations en soins non programmés.

- **Étude monocentrique**

Initialement, le projet était une recherche multicentrique impliquant trois cabinets médicaux fréquemment visités par le chercheur. Cependant, la mise en place de l'étude s'est avérée être un échec dans deux de ces cabinets. Cette approche aurait permis de comparer différentes situations de cabinets, notamment en incluant un cabinet en milieu rural, et d'étudier l'utilisation des soins non programmés chez cette patientèle.

L'effet monocentrique, aussi appelé biais monocentrique, est une faiblesse potentielle dans la conception d'une étude qui se réfère au fait que toutes les données sont recueillies auprès d'un seul centre de recherche ou d'un seul établissement. Cela signifie que l'étude est menée exclusivement dans un seul lieu ou par une seule équipe de recherche, sans tenir compte de la diversité des populations ou des contextes cliniques qui pourraient exister dans différents centres.

Cette limitation peut avoir plusieurs conséquences importantes :

1. Biais de sélection : les résultats de l'étude peuvent ne pas être représentatifs de la population générale. Les caractéristiques des patients, les pratiques cliniques et les facteurs environnementaux peuvent varier d'un centre à l'autre, et cela peut biaiser les résultats de l'étude.

2. Généralisation limitée : Les résultats d'une étude monocentrique peuvent être difficiles à généraliser à d'autres populations ou contextes cliniques. Par conséquent, il est parfois difficile de savoir si les conclusions de l'étude s'appliquent à une population plus large.

3. Risque accru d'erreurs : Avec un échantillon limité provenant d'un seul centre, il existe un risque accru d'erreurs statistiques ou de fluctuations aléatoires des résultats.

- **Biais de déclaration et désirabilité**

Les personnes qui répondaient au questionnaire, étaient aussi des patients du cabinet. Elles auront tendance à donner inconsciemment des réponses pour faire plaisir à l'enquêteur alors que leur comportement réel est différent (biais de désirabilité). De plus le fait d'interroger les patients dans la structure où ils seront examinés quelques minutes plus tard peut renforcer le biais de déclaration.

4.3 Comparabilité avec d'autres études

Peu d'études ont cherché à explorer les facteurs favorisant les soins non programmés en médecine générale.

Une thèse présentée en 2020 a étudié les profils socio démographiques et les motifs de recours aux soins non programmés des patients en médecine générale dans un centre municipal de santé à Arceuil. (22). Les attentes initiales étaient de trouver une majorité de patients consultant en soins non programmés, avec un niveau socio-économique défavorisé, une origine étrangère, et une prédominance des aides sociales. Cependant, les résultats ont révélé un profil complètement différent : le patient type demandant des soins non programmés serait plutôt une femme française avec un niveau d'études supérieures ou un nourrisson bénéficiant d'une couverture santé complète. Ces résultats indiquent que la demande de soins non programmés était plutôt associée à une classe moyenne.

Cependant, il est important de noter qu'il y avait un biais significatif dans cette étude, car le centre se trouvait être à forte orientation gynécologique.

Dans notre propre étude, nous avons une hypothèse similaire, que nous avons en partie démontrée :

Les patients consultant plus fréquemment en SNP sont aussi généralement plus jeunes, avec un niveau d'éducation inférieur, (contrairement à ce qu'a révélé l'étude

précédemment citée) et ils sont bien de catégorie socio professionnelle défavorisée (ici dans notre étude « sans emploi »). Le critère affection de longue durée (ALD) est également dans notre étude un élément favorisant.

L'association avec la catégorie de patients bénéficiant d'une complémentaire CSS n'a pas été démontrée malgré des chiffres en cette faveur. En effet seul un effectif d'échantillon plus important permettrait potentiellement de conclure significativement sur cette dernière hypothèse.

Comme mentionné précédemment, en 2004, la DRESS a réalisé une étude qui ne visait pas explicitement à identifier les déterminants favorisant une augmentation des recours aux soins non programmés, mais plutôt à fournir une description globale de ces recours dont les comparaisons possibles avec notre étude sont les suivantes :

- Concernant les motifs, les pathologies infectieuses ORL sont prédominantes, tandis que les cas de traumatologie sont peu fréquents, ce qui est en accord avec les résultats de notre étude.
- La gravité des symptômes a été mentionnée par 30% des patients, principalement chez les patients plus âgés. Dans notre étude, environ 40% des patients ont signalé une gravité perçue, mais nous n'avons pas observé de variation significative en fonction de l'âge.
- Dans l'étude de la DRESS, on a observé que 43% des participants avaient eu recours à l'automédication avant la consultation et notre propre étude a abouti à un chiffre similaire, d'environ 40%. Cependant, nos résultats diffèrent de l'étude de la DRESS, car dans notre enquête, contrairement à leur observation, l'automédication ne concerne pas principalement les enfants. En effet, nos résultats indiquent que ce sont plutôt les adultes jeunes et jusqu'à 65 ans qui ont recours majoritairement à celle-ci.
- Dans leur étude, un quart des patients avait déjà consulté, tandis que dans notre enquête, nous constatons que ce chiffre atteint un tiers (avec un doute de l'enquêteur sur la bonne compréhension de la question par les participants).

- Dans l'étude de 2004, environ 55% des patients ont décidé de consulter dans les premières 48 heures suivant l'apparition de leur problème de santé, tandis que 42% ont déclaré avoir choisi de consulter en urgence ou la médecine générale de manière non programmée, après plus de deux jours depuis l'apparition des premiers symptômes.

Dans notre propre étude, les résultats étaient similaires : environ 45% des patients ont consulté après plus de 48 heures, tandis que la majorité (55%) a consulté avant 48 heures. Nous avons également constaté que la médicalisation rapide était plus fréquente chez les jeunes enfants, ce qui corrobore les résultats de l'étude antérieure. De plus, nous avons remarqué une tendance similaire chez les patients de plus de 75 ans, où la médicalisation rapide était également plus fréquente.

Il est important de noter que l'étude de la DRESS a montré que la rapidité de médicalisation est d'autant plus élevée que la consultation a lieu dans une structure dédiée aux soins non programmés, comme SOS Médecins. Étant donné que le cabinet médical de l'étude est situé dans le secteur d'une association SOS Médecins, il est possible que nos résultats sous-estiment la rapidité de médicalisation dans le contexte des soins non programmés.

- Dans leur étude, 40% des patients ont exprimé que leur prise en charge était motivée par le besoin d'un document tel qu'un certificat ou une ordonnance, avec une prépondérance pour la prescription de médicaments. Dans notre étude, un tiers des patients avaient besoin d'un certificat, mais cela n'était pas nécessairement le but ultime de leur consultation. En effet, environ 10% des patients ont mentionné le besoin d'un certificat médical pour justifier leur consultation. Cependant, seuls 3% ont indiqué venir uniquement dans le but d'obtenir ce certificat. Cela suggère que la majorité des patients consulte pour des raisons de santé plutôt que pour la seule obtention d'un document administratif.
- Dans leur étude de 2004, le recours au suivi régulier et au renouvellement d'ordonnance était observé dans 9,9% des cas. Dans notre étude, ce chiffre est légèrement inférieur, représentant 7% des consultations.

4.4 Rôle majeur de l'éducation

Selon les résultats de notre étude, 75% des participants reconnaissent ne pas avoir ou avoir des connaissances insuffisantes pour juger de la gravité d'un problème médical. Près de 95% des répondants expriment le besoin de plus d'éducation.

Par ailleurs, notre étude a également mis en évidence l'impact négatif d'un niveau d'études inférieur, d'une situation socio-professionnelle précaire, et donc globalement d'un contexte défavorisé, sur une consommation plus élevée de soins non programmés. Il est probable que cela soit attribuable à un manque d'éducation médicale, favorisant ainsi cette surconsommation de soins.

Ces constatations impliquent une nécessité évidente d'accroître l'éducation des patients dans le cadre des soins non programmés.

Qu'en est-il de l'éducation thérapeutique en France ?

Le début de l'éducation thérapeutique (ETP) en France remonte aux années 1990. C'est une approche de prise en charge des patients atteints de maladies chroniques qui vise à les aider à mieux comprendre leur pathologie, à gérer leur traitement et à adopter des comportements de santé favorables. L'éducation thérapeutique a été progressivement reconnue et intégrée dans le système de santé français.

En 1994, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis les premières recommandations pour le développement de l'éducation thérapeutique en France. Elle a souligné l'importance d'impliquer les patients dans leur prise en charge et de les rendre acteurs de leur traitement. Cependant, à cette époque, l'éducation thérapeutique n'était pas encore pleinement reconnue et intégrée dans les pratiques de soins.

Intervient ensuite la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Cette loi définit l'ETP comme "un ensemble de pratiques visant à aider les patients atteints de maladies chroniques à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer leur vie quotidienne."

Et par la suite la loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite "loi HPST" ou "loi Bachelot") a apporté plusieurs avancées importantes pour l'éducation thérapeutique en France :

- Reconnaissance officielle de l'éducation thérapeutique : a permis de donner un cadre légal à l'éducation thérapeutique en France en inscrivant cette pratique dans le Code de la santé publique. Elle a ainsi reconnu l'importance de l'éducation thérapeutique en tant que composante essentielle de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.
- Renforcement du rôle du patient : a mis l'accent sur le rôle central du patient dans son parcours de soins. Elle a promu une approche centrée sur le patient, qui place ce dernier au cœur des décisions concernant sa santé et son traitement. L'éducation thérapeutique est vue comme un moyen de favoriser l'autonomie et la responsabilisation des patients dans la gestion de leur maladie.
- Développement des programmes d'éducation thérapeutique : encouragement du développement et de la généralisation des programmes d'éducation thérapeutique en France. Elle a instauré des financements spécifiques pour soutenir les initiatives d'éducation thérapeutique et promouvoir la formation des professionnels de santé impliqués dans ces programmes.
- Intégration de l'éducation thérapeutique dans le projet de soins : La loi HPST a insisté sur l'intégration de l'éducation thérapeutique dans le projet de soins du patient. Elle a souligné que l'éducation thérapeutique doit être une composante à part entière de la prise en charge globale du patient, en complément des traitements médicaux.
- Renforcement de la coordination des soins : La loi HPST a encouragé la coordination des soins entre les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient. L'éducation thérapeutique étant souvent pluridisciplinaire, la loi

a promu la collaboration entre les différents acteurs de santé pour assurer une prise en charge globale et cohérente.

Actuellement, l'éducation thérapeutique est donc largement développée pour les maladies chroniques, mais à contrario néglige les maladies aiguës et les problèmes de santé mineurs, ainsi que les décisions de consulter ou non un médecin, qui ont pourtant un impact économique non négligeable. Ces mesures s'appliqueraient à l'ensemble de la population plutôt qu'à une partie spécifique.

Afin d'éduquer les patients sur la pertinence de consulter un médecin ou non, il est primordial de promouvoir une approche centrée sur le patient et de les accompagner dans le développement de compétences d'autogestion de leur santé.

Quelles pistes pour promouvoir l'autogestion des patients ?

- Informersur les signes d'alarme : Fournir aux patients des informations claires sur les symptômes qui nécessitent une attention médicale immédiate. Il est important de les sensibiliser aux signes d'alarme pour qu'ils puissent reconnaître quand une consultation médicale est nécessaire.
- Encourager l'autonomie : Donner aux patients les outils et les connaissances nécessaires pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées concernant leur santé. Cela implique de les impliquer activement dans le processus de prise de décision en les encourageant à exprimer leurs préoccupations et leurs questions.
- Promouvoir l'autosurveillance : Encourager les patients à surveiller leurs symptômes et à tenir un journal de leur état de santé. Cela leur permettra de mieux comprendre leur condition et de détecter tout changement significatif qui pourrait nécessiter une consultation médicale.

- Rassurer sur les problèmes mineurs : Informer les patients sur les problèmes de santé mineurs qui peuvent être gérés à domicile, sans nécessiter de consultation médicale. Cela peut inclure des conseils sur l'automédication responsable et l'utilisation de remèdes simples pour soulager les symptômes courants.
- Utiliser des supports pédagogiques : Utiliser des supports pédagogiques tels que des brochures, des vidéos explicatives ou des applications mobiles pour aider les patients à mieux comprendre les situations où une consultation médicale est nécessaire.
- Encourager la communication : Encourager les patients à communiquer ouvertement avec leur médecin et à poser des questions sur leur santé. Une bonne communication entre le patient et le médecin favorise la prise de décision partagée et permet d'ajuster les recommandations en fonction des besoins du patient.

Figure 33. Fiche de conduite à tenir en cas de fièvre chez l'enfant - AFPA

MON ENFANT A DE LA FIÈVRE, QUE FAIRE ?

Un enfant a de la fièvre lorsque sa température rectale dépasse 38°C.
Elle est le signe d'un enfant qui réagit bien à un problème de santé et active ses défenses immunitaires face à l'agression.

> 38°

RÈGLE D'OR

Si le confort de l'enfant n'est pas ou peu modifié (il ne paraît pas avoir mal, ne pleure pas, n'est pas irritable), **il n'est pas nécessaire de faire baisser la fièvre !**

Comment prendre efficacement la température ?

- Chez le tout-petit (< 2-3 ans) : en **prise rectale**, avec un thermomètre électronique à sonde molle.
- Chez l'enfant plus grand (> 2-3 ans) : à l'aide d'un **thermomètre auriculaire** à infra-rouge.

Les autres modes de mesures (sous l'aisselle, sur le front, sur l'artère temporale), bien que **moins fiables**, peuvent être utilisés pour un **premier dépistage**, notamment en **crèche**.

Comment réagir en cas de fièvre ?

- Lui proposer **régulièrement à boire** et le mettre au sein plus souvent en cas d'allaitement.
- **Ne pas le forcer à manger** et lui proposer des choses qu'il aime, même si ce ne sont que des desserts.
- Chez le petit (< 3 ans), **ne pas le sur-habiller**. Pour l'enfant plus grand (> 3 ans), le couvrir ou le découvrir selon les sensations qu'il exprime.
- Laisser la température habituelle de la chambre de l'enfant entre **18 et 20°**.

• **En cas d'inconfort**, donner du paracétamol en première intention ou de l'ibuprofène* si insuccès au bout de 6h (*contre-indiqué en cas de varicelle ou de gastroentérite).

QUAND CONSULTER UN MÉDECIN ?

Bébé > 3 mois
et comportement normal

Je consulte un médecin si la fièvre persiste > 3 jours

Bébé < 3 mois

Je consulte un médecin dans la journée en urgence

Quel que soit son âge,
s'il présente ces signes

- Il est **essoufflé**
- Il est **geignard**
- Il est **douloureux**
- Il est **pâle**
- Il a des **petits points rouges** qui ne disparaissent pas en étirant la peau de part et d'autre
- Il vomit **en jet**
- Son comportement est **inhabituel** et/ou **inquiétant**

Je consulte un médecin en urgence ou je contacte le 15

© Conception graphique Agence bio la / Illustrations Léna Proux

Figure 34. Fiche de conduite à tenir pour la bronchiolite AFPA

MON ENFANT TOUSSE, EST-CE UNE BRONCHIOLITE ? QUE FAIRE ?

SYMPTÔMES :

- Un rhume avec toux sèche, répétée
- Des difficultés respiratoires (respiration plus rapide, bruyante à l'expiration)
- Avec ou sans fièvre

RÈGLE D'OR :

Si mon enfant a un comportement habituel (mange, boit et dort bien, joue normalement)
JE NE M'INQUIÈTE PAS, JE RESTE ATTENTIF ET ADOPTE LES GESTES SUIVANTS

MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

- Laver le nez fréquemment^[1]
- Fractionner les repas (petites quantités fréquemment)
- Proposer à boire fréquemment
- Bien aérer l'environnement (T°chambre la nuit < 19°C)



La kinésithérapie respiratoire de désencombrement bronchique n'est plus recommandée^[2]

GESTES BARRIÈRES À RESPECTER POUR ÉVITER LA TRANSMISSION

Se laver régulièrement les mains Porter un masque Éviter les contacts



MESURES DE PRÉVENTION POUR ÉVITER LA BRONCHIOLITE

- Éviter la collectivité pour les nourissons fragiles
- Allaiter si possible, au moins 6 mois
- Ne pas fumer (tabagisme passif dangereux)
- Éviter les lieux très fréquentés (supermarchés, etc.)
- Aérer quotidiennement la chambre et les pièces à vivre
- Porter un masque quand on est malade
- Nettoyer régulièrement biberons, tétines, doudous, jouets...

Pour les grands prématurés et en cas de cardiopathie congénitale à risque de décompensation, il existe un traitement préventif par injections mensuelles d'anticorps pendant le 1er hiver.

Signes d'alerte

- Altération de l'état général (fatigué, sourit moins, pleure beaucoup, est un peu mou, ne joue pas, etc.).
- Gène alimentaire et diminution des rations ingérées (<50% ration habituelle)
- Gène pour respirer et thorax creusé
- Fièvre très élevée et/ou mal tolérée
- Respiration beaucoup plus rapide que d'habitude

Je consulte un médecin rapidement

Signes alarmants

- Pauses respiratoires ou grande gêne pour respirer
- Refus des biberons et tétées
- Malaises, somnolence
- Lèvres bleues

Je vais aux urgences ou je contacte le 15

Critères de gravité

- Prématurité
- Bébé < 6 semaines
- Bébé fragile (cardiopathie, maladie respiratoire, déficit immunitaire...)

Infographie datant de octobre 2021

HAS : [1] <https://bit.ly/31VJ5tT> [2] <https://bit.ly/3DZdJP9>

Ces conseils sont donnés à titre indicatif. Au moindre doute, contactez un médecin ou le centre 15.

mpedia.
spécialiste de l'enfant

AFPA
ASSOCIATION FRANÇAISE
DE PÉDIATRIE AMBULATOIRE

© Conception graphique Agence do la / Illustrations Léna Proux

Nos recherches n'ont pas révélé d'études existantes sur le potentiel impact positif de ces mesures. Il serait particulièrement intéressant d'évaluer l'effet de la mise en place de supports pédagogiques tels que des affiches ou des vidéos explicatives dans les salles d'attente des cabinets médicaux. Ces moyens sont simples à mettre en œuvre et pourraient contribuer à améliorer l'éducation des patients concernant les soins non programmés.

D'autres pistes prometteuses pour améliorer la prise en charge des soins non programmés et atténuer la pression sur ces services pourraient être envisagées. Tout d'abord, la mise en place d'un premier avis médical donné aux patients qui ne peuvent être reçus dans la journée pourrait s'avérer bénéfique. Cette approche permettrait de différer certaines urgences ressenties en offrant une orientation médicale rapide, rassurant ainsi les patients et leur permettant d'attendre une consultation programmée si leur situation le permet.

De plus, même si, comme nous l'avons démontré, il n'est pas majoritairement légitimé par les patients, il est essentiel de reconnaître le rôle important des secrétaires dans la gestion des demandes de soins non programmés. Leur formation spécifique est primordiale pour leur permettre de bien gérer ces demandes et de détecter les situations les plus urgentes. Une formation adéquate aiderait les secrétaires à trier les cas en fonction de leur gravité et à orienter les patients vers les ressources appropriées, améliorant ainsi l'organisation des consultations et offrant une prise en charge plus adaptée.

4.5 Impact des certificats médicaux

Dans plusieurs pays, dont le Canada, la Norvège, la Suède et les Pays-Bas, le système de santé permet aux patients de s'auto-déclarer en arrêt de travail pour de courtes périodes sans certificat médical. Récemment, le Portugal a également adopté cette mesure, permettant aux patients de déclarer leur arrêt de travail sans avoir besoin d'un certificat médical. (23) Cette mesure n'implique aucun coût pour l'État ou l'employeur, car la durée maximale de l'arrêt correspond au délai de carence pendant lequel le salarié n'est pas rémunéré par la sécurité sociale. Les patients peuvent effectuer une simple déclaration sur l'honneur sur le site du service national de santé, avec un nombre de déclarations limité à

deux par an. Les objectifs de cette mesure sont doubles : désengorger le système de soins et réaliser des économies pour l'État.

En France, un amendement a proposé l'ajout d'un article en ce sens dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2022. (24) : L'expérience de la plateforme d'auto déclaration "declare.ameli", mise en place pendant la crise sanitaire, a démontré la faisabilité de substituer, dans certains cas, la prescription médicale d'un arrêt de travail par un système en ligne d'auto-déclaration. La mesure proposée vise à libérer du temps médical en permettant aux usagers de déclarer eux-mêmes, via une plateforme en ligne, un arrêt de travail ne donnant pas droit aux indemnités journalières. La durée maximale de cet arrêt dépendra ainsi du nombre de jours de carence dont dispose l'utilisateur. L'amendement proposé n'a pas été adopté, mais il est envisageable que le sujet revienne à l'ordre du jour à l'avenir.

Les résultats de notre étude révèlent que sur l'ensemble des patients, un tiers d'entre eux ont besoin d'un certificat médical : parmi les certificats les plus couramment demandés, on retrouve l'arrêt de travail ainsi que les certificats d'absence scolaire ou de garde pour les enfants malades. Cependant, le résultat moins attendu de notre étude est que seulement 10% des patients ayant besoin d'un certificat n'auraient pas consulté en soins non programmés s'ils n'en avaient pas eu besoin. Cela représente une faible proportion, soit seulement 3% du total des consultations en soins non programmés de notre étude. Cette constatation est importante car elle met en évidence que la demande de certificat ne semble pas être un facteur déterminant dans la décision des patients de consulter en soins non programmés.

Au niveau national, cela pourrait permettre des économies substantielles en réduisant le nombre de consultations médicales non essentielles. Cependant, du point de vue de notre cabinet médical, l'économie de temps semble être assez minime, en effet comme évoqué précédemment le nombre de consultations d'urgence disponibles chaque semaine est variable d'un praticien à un autre, mais cela ne semble représenter que quelques-unes de ces consultations par semaine.

Il est intéressant de noter que nous n'avons pas trouvé d'autres études similaires pour comparer nos résultats. Par conséquent, il serait pertinent de mener de nouvelles recherches dans ce domaine afin d'évaluer si nos résultats se rapprochent bien de la réalité.

5. Conclusion

Notre étude a permis de mettre en évidence que le patient type, consultant plus fréquemment dans le cadre d'une consultation non programmée dite en urgence, est plus souvent moins éduqué, de la catégorie socio professionnelle « sans emploi » et en ALD, tout ceci sans distinction de sexe. Les enfants en bas âge consultent également plus fréquemment dans ce cadre.

Les patients globalement moins éduqués et de catégories moins favorisées consultent généralement plus rapidement après l'apparition d'un problème de santé, ont moins recours à l'auto médication et contrairement aux patients plus éduqués, consultent plus volontairement pour soulager rapidement des symptômes que par crainte de leur état de santé.

Les patients attendent majoritairement de leur médecin traitant de pouvoir le consulter en urgence le jour même ou le lendemain et dans la moitié des cas estiment qu'il serait souhaitable d'être reçus le jour même. Ils sont également unanimes sur le besoin accru de connaissances médicales pour mieux interagir avec le système de soins.

Une éducation plus importante des patients est nécessaire pour qu'ils puissent auto juger la nécessité ou non de consulter et pour adopter de meilleurs pratiques. Des pistes passent par l'éducation via notamment des supports pédagogiques dans les salles d'attente mais également, peut-être, une meilleure formation dès l'école. La formation des secrétaires sur la reconnaissance d'urgence médicale est également importante.

Les certificats médicaux semblent avoir étonnamment peu d'impact sur les soins non programmés en médecine générale.

À la lumière de nos découvertes concernant les schémas de consultation médicale non programmée et les facteurs socio-économiques qui y sont liés, quelles implications ces résultats devraient-ils avoir sur la manière dont nous organisons et dispensons les soins de santé primaires, et comment pouvons-nous travailler collectivement pour garantir un accès équitable et une utilisation responsable des services médicaux ?

« L'éducation est l'arme la plus puissante que l'on puisse utiliser pour changer le monde » – Nelson Mandela.

6. Bibliographie

1. LégiFrance. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13.
2. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002.
3. H. Chaput, M. Monziols (DREES), B. Ventelou, A. Zaytseva (AMSE), L. Fressard, P. Verger (ORS Paca), M-C. Bournot, J-F. Buyck, A. Jolivet (ORS Pays de la Loire), F. Zémour (URPS-ML Provence-Alpes-Côte d'Azur), T. Hérault (URML Pays de Loire), DREES. 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. 2020
4. ORS Pays de la Loire. Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville. Revue de littérature. 2017
5. SFMU. Actualités de l'Urgence - La hausse des passages aux urgences a ralenti en 2019 / Société Française de Médecine d'Urgence - 2020
6. Ouest-France. Débordées, les urgences du CHU de Caen ne recevront plus directement. Ouest France. 2022
7. Sécurité sociale 2014. Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. Rapport de la Cour des comptes. 2014 sept.
8. Bénédicte Boisguérin, Hélène Valdélièvre. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2014
9. Déplaud MO. Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68. Revue d'histoire de la protection sociale. 2009;2(1):79-100.
10. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. 2022
11. Marielle AULAGNIER, Yolande OBADIA, Alain PARAPONARIS (Inserm Unité 379), Bérengère SALIBA-SERRE (Inserm Unité 379), Bruno VENTELOU (Inserm Unité 379, Greqam-Cnrs), Pierre VERGER et les membres du comité de pilotage. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2007
12. Hélène Chaput, Martin Monziols, Lisa Fressard, Pierre Verger (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur), Bruno Ventelou, Anna Zaytseva (AMSE). Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2019
13. ISNAR-IMG. Enquêtes nationales de l'ISNAR-IMG sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale de juillet 2010 à janvier 2011

14. Insee. Population par sexe et groupe d'âges - données 2023
15. Insee. D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole - Insee Première - 1652
16. Larousse É. Définitions : urgence, urgences - Dictionnaire de français Larousse
17. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. 2015
18. Bouillon J, Mikolajczyk T, Rousson C, Cambon B, Dall'Acqua D, Dutheil F, Schmidt J. La revue francophone de médecine générale. revue exercer. 2020
19. Collet M, Gouyon M. DREES. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2007
20. Insee. Dossier complet – Commune de Colombelles (14167). 2019.
21. vie-publique.fr - Loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.
22. MADOUGOU-SARIKI A : Profils sociodémographiques et motifs de recours aux soins non programmés des patients en médecine générale dans un centre municipal de santé. [Thèse de médecine] 2020.
23. What's Up Doc. Un arrêt-maladie sur simple « auto-déclaration », maintenant c'est possible au Portugal. revue what's up doc. 2023
24. Amendement – Proposition de loi Équité territoriale face aux déserts médicaux et accès à la santé pour tous - En Séance | Sénat. Décembre 2022

7. Annexes

Questionnaire de l'étude

LETTRE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Je vous sollicite ce jour dans le cadre de mon travail de thèse qui s'intéresse aux soins non programmés dans les cabinets de médecine générale.

Il s'agit d'une enquête auprès des patients du cabinet médical concernant les demandes de consultation en urgence.

Nous définissons par demande de consultation en urgence une demande de consultation médicale que vous souhaitez obtenir rapidement c'est à dire pour le jour même voire le lendemain.

L'objectif de cette enquête est d'étudier l'usage que vous avez de ce type de consultation et vos ressentis afin d'améliorer la prise en charge globale des patients.

Le questionnaire est à remplir en salle d'attente et à déposer dans la boîte prévue à cet effet.

La participation est anonyme et sur la base du volontariat.

Le fait de répondre au questionnaire et de soumettre vos réponses vaut consentement au traitement des données personnelles que vous nous communiquerez.

Une fois rempli, ce questionnaire restera à l'accueil et vos réponses n'auront aucune incidence sur votre prise en charge ultérieure.

Merci pour vos réponses,
Desnoe Florent, médecin généraliste remplaçant et étudiant à l'Université de Caen.

Travail mené sous la direction du Docteur Capdepon Lionel

QUESTIONNAIRE

Merci de répondre en cochant dans la case appropriée, si vous consultez pour votre enfant, répondre pour lui lorsque cela vous est signifié sinon répondre pour vous

1° Quelle est votre tranche d'âge ? (ou celle de votre enfant si la consultation est pour lui)	
0-6	<input type="checkbox"/>
7-17	<input type="checkbox"/>
18-29	<input type="checkbox"/>
29-49	<input type="checkbox"/>
50-64	<input type="checkbox"/>
65-75	<input type="checkbox"/>
>75	<input type="checkbox"/>

2° Vous êtes : (répondre le sexe de votre enfant si la consultation est pour lui)	
un homme	<input type="checkbox"/>
une femme	<input type="checkbox"/>

3° Quelle est votre situation socio-professionnelle ?	
Agriculteur, exploitant	<input type="checkbox"/>
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	<input type="checkbox"/>
Cadres et profession intellectuelle supérieure	<input type="checkbox"/>
Profession intermédiaire	<input type="checkbox"/>
Employé	<input type="checkbox"/>
Ouvrier	<input type="checkbox"/>
Parent au foyer	<input type="checkbox"/>
En recherche d'emploi	<input type="checkbox"/>
Retraité	<input type="checkbox"/>
Etudiant	<input type="checkbox"/>
Ne travaille pas	<input type="checkbox"/>

4° Quel est votre niveau d'études ?	
Aucun diplôme	<input type="checkbox"/>
Brevet des collèges	<input type="checkbox"/>
CAP , BEP, ou équivalent	<input type="checkbox"/>
BAC, Brevet professionnel ou équivalent	<input type="checkbox"/>
Diplôme du supérieur court jusqu'à BAC + 2	<input type="checkbox"/>
Diplôme du supérieur long : BAC + 3 et plus	<input type="checkbox"/>

5° Etes-vous bénéficiaire d'un statut particulier ? (plusieurs réponses possibles)	
ALD (affection longue durée)	<input type="checkbox"/>
CSS (complémentaire santé solidaire, équivalent de la CMU)	<input type="checkbox"/>
Invalidité	<input type="checkbox"/>
AME (aide médical de l'état)	<input type="checkbox"/>
Aucun statut	<input type="checkbox"/>

6° A quelle fréquence demandez-vous des consultations en urgence (c'est-à-dire pour le jour même) auprès de votre cabinet médical ?	
Moins d'une fois par an	<input type="checkbox"/>
Une à deux fois par an	<input type="checkbox"/>
Entre deux et six fois par an	<input type="checkbox"/>
Entre six et douze fois par an	<input type="checkbox"/>
Plus de douze fois par an	<input type="checkbox"/>

7° Pour quel motif consultez-vous aujourd'hui ? (répondre pour votre enfant si la consultation est pour lui ; <u>plusieurs réponses possibles</u>)	
Fièvre	
Toux, rhume, maux de gorge, douleur d'oreille	
Etat grippal	
Mal de tête	
Malaise	
Symptômes urinaires (ex : brûlures)	
Symptômes digestifs (ex : diarrhée, vomissement, douleur abdominale)	
Symptômes cardiaques ou respiratoires (ex : essoufflement, palpitations, douleur dans la poitrine)	
Angoisse, tristesse, mal-être	
Accident ou traumatisme (ex plaie, brûlure, entorse)	
Saignement	
Eruption cutanée	
Symptômes gynécologiques	
Troubles ostéoarticulaires (douleur du dos, douleur articulaire ou musculaire)	
Renouvellement de médicaments	
Ne sais pas	
Autre :	

8° Concernant la consultation d'aujourd'hui, depuis combien de temps présentez-vous des symptômes ? (répondre pour votre enfant si la consultation est pour lui)	
Depuis moins de 24h	
Entre 24 et 48h	
Plus de 48h	
Plus d'une semaine	
Ne peux me prononcer	

9° Concernant la consultation d'aujourd'hui , avez-vous essayé de vous soigner seul ? (ou votre enfant si la consultation est pour lui)	
Oui	
Non	

10° Concernant la consultation d'aujourd'hui , avez-vous déjà consulté un médecin pour ce même problème ?	
Oui	
Non	

11° Pourquoi avez-vous demandé cette consultation en urgence ? (répondre pour votre enfant si la consultation est pour lui ; <u>plusieurs réponses possibles</u>)	
Vous souhaitez un soulagement rapide de vos symptômes	
Vous avez peur pour votre état de santé	
Vous craignez que votre état de santé ne se dégrade	
Obtention d'un certificat	

12° Concernant la consultation d'aujourd'hui , avez-vous besoin d'un certificat ? (arrêt de travail, jour enfant malade, certificat d'absence scolaire, autre, ...)	
Oui	
Non	

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Directeur de Thèse
(qui atteste du respect des procédures éthiques et réglementaires)

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2023

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : DESNOË Florent

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Soins non programmés en médecine générale : enquête auprès des patients dans un cabinet médical du Calvados

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : Les soins non programmés prennent une place croissante dans le quotidien des médecins généralistes en France. La gestion de ces situations suscite une pression croissante, les obligeant à s'adapter, et également des critiques en raison des répercussions potentielles sur les services d'urgence. Nous avons voulu entreprendre une enquête visant à interroger les patients sur ce sujet afin d'identifier les facteurs favorisant une consommation plus importante de ce type de soin.

Méthode : Nous avons interrogé les patients d'un cabinet médical, consultant dans le cadre de soins non programmés, et évalué leur fréquence de consultations en fonction de leurs caractéristiques socio démographiques.

Résultats : Au total nous avons récolté 101 questionnaires. Les résultats de notre étude ont révélé que les facteurs favorisant se caractérisent par un patient de niveau d'éducation plus faible en général et une appartenance à une catégorie socio-professionnelle moins favorisée. D'autres facteurs favorisant une fréquence de consultations plus importante sont le jeune âge et la prise en charge dans le cadre d'une ALD.

Discussion : Peu d'études similaires permettent une comparaison mais ces résultats sont plutôt en accord avec l'hypothèse formulée et les données existantes. L'éducation des patients est un levier majeur pour l'amélioration de leur prise en charge et ceux-ci sont en accord sur ce point. Le potentiel impact négatif des certificats médicaux sur ces consultants semble plus négligeable que nous l'avions prédit.

Conclusion : Le faible niveau d'éducation ainsi que les catégories socio démographiques plus défavorisées contribuent à une consommation plus importante de soins non programmés. L'éducation de la population est la clé d'une amélioration du système de soins et notamment dans ce contexte de prise en charge.

MOTS-CLÉS : soins non programmés, médecine générale, patient, urgence, éducation, certificats médicaux

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Unscheduled Care in General Medicine: Patient Survey in a Medical Practice in Calvados

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Introduction: Unscheduled care is gaining increasing prominence in the daily routines of general practitioners in France. Managing these situations is leading to mounting pressure, necessitating adaptability, and has also garnered criticisms due to the potential impact on emergency services. We aimed to undertake an investigation to query patients on this subject to identify factors favoring a higher utilization of this type of care.

Method: We surveyed patients from a medical practice, seeking care through unscheduled appointments, and assessed the frequency of their visits based on their socio-demographic characteristics.

Results: In total, we collected 101 questionnaires. The findings of our study revealed that favoring factors were characterized by patients with generally lower levels of education and belonging to less privileged socio-professional categories. Other factors promoting a higher frequency of consultations included younger age and being under the care of a long-term condition (ALD).

Discussion: Few comparable studies allow for direct comparison, but these results align well with the formulated hypothesis and existing data. Patient education emerges as a significant lever for enhancing their care, and patients concur with this viewpoint. The potential negative impact of medical certificates on these consults appears to be less significant than initially anticipated.

Conclusion: Low levels of education and less privileged socio-demographic categories contribute to a higher utilization of unscheduled care. Educating the population is pivotal for improving the healthcare system, especially in this context of care provision.

KEY WORDS : Unscheduled care, general medicine, patients, emergency, education, medical certificates