



HAL
open science

Parcours de soins des patients recourant aux consultations non programmées de médecine générale dans un service de soins non programmés de l'Orne (Alençon) : étude épidémiologique descriptive transversale

Chayma Chamrani

► To cite this version:

Chayma Chamrani. Parcours de soins des patients recourant aux consultations non programmées de médecine générale dans un service de soins non programmés de l'Orne (Alençon) : étude épidémiologique descriptive transversale. Médecine humaine et pathologie. 2024. <dumas-04870103>

HAL Id: dumas-04870103

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04870103v1>

Submitted on 7 Jan 2025

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.



HAL Authorization

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2024

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 6 novembre 2024 à Caen

par

Madame CHAMRANI Chayma

Née le 13 avril 1997 à Argentan (Orne)

TITRE DE LA THÈSE :

Parcours de soins des patients recourant aux Consultations non programmées de médecine générale dans un service de soins non programmés de l'Orne (Alençon) : étude épidémiologique descriptive transversale

Président : Madame le Professeur NOEL DE JAEGHER Sophie

Membres : Monsieur le Docteur FOLLET Patrick – Directeur de thèse
Monsieur le Docteur LEMARCHAND Philippe

Année Universitaire 2024/2025**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

Directrice administrative adjointe

Madame Amélie LOPEZ

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	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
Mme	BAZILLE Céline	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume (<i>disponibilité</i>)	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BUI Thanh-Huy Eric	Psychiatrie d'adultes
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DERNIS Emmanuelle	Rhumatologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie

Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
Mme	FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
M.	FISCHER Marc-Olivier (<i>disponibilité</i>)	Anesthésiologie et réanimation
M.	FUZELLIER Jean-François	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
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.	HANOUCZ 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
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
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.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
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
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUZIER Roman	Gynécologie-obstétrique
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie

M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses et tropicales
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HUMBERT Xavier	Médecine générale
----	----------------	-------------------

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS ASSOCIES

Mme	BALENÇON Martine	Pédiatrie
Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
Mme	CHATELET Valérie	Néphrologie
M.	COUETTE Pierre André	Médecine Générale
Mme	DIMASSI BEN ROMDHANE Kaouther	Gynécologie-Obstétrique
Mme	NOEL DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LABOMBARDA Fabien	Cardiologie
M.	LE BAS François	Médecine Générale
Mme	OLLIVIER Isabelle	Hépatogastroentérologie
M.	PIEDNOIR Emmanuel	Maladies infectieuses et tropicales
M.	QUEFFEULOU Guillaume	Néphrologie

PRCE

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

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
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 2024/2025**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

Directrice administrative adjointe

Madame Amélie LOPEZ

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.	CABÉ Nicolas	Addictologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
M.	DOLLADILLE Charles	Pharmacologie clinique
M.	DRIGNY Joffrey	Médecine physique et réadaptation
Mme	DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GRAVEY François	Bactériologie-virologie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	HODZIC Amir	Physiologie
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
M.	LANOT Antoine	Néphrologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
M.	LE GOUIL Mériadeg	Bactériologie-Virologie
Mme	MAITRE Elsa	Hématologie
M.	MENAHM Benjamin	Chirurgie digestive
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie

M.	TURPIN Yann-Loïg	Dentisterie restauratrice
M.	VILLAIN Cédric	Gériatrie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS

Mme	AMBROISE Constance	Prévention, épidémiologie, économie santé, odonto., légale
Mme	ARMAND Andrey	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	BEN YAHIA Mohamed Mehdi	Anesthésie-réanimation
Mme	BIZAOUI Varoona	Génétique
M.	BOUDIN Guillaume	Gériatrie
M.	BOYER Emile	Chirurgie orale ; parodontologie ; biologie orale
M.	CAUCHY Marceau	Médecine générale
Mme	CHICOT Dorothée	Médecine générale
M.	CLANET Romain	Médecine d'urgence
Mme	DAUVIN Estelle	Médecine générale
M.	KIRCHGESNER Alexandre	Psychiatrie d'adultes
M.	LE TARNEC Hervé	Dentisterie restauratrice
Mme	MINARD Alexandra	Dentisterie restauratrice
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	POULLAIN Pierre	Médecine générale
M.	SAVOURÉ Damien	Dentisterie restauratrice
M.	WAGNER François Xavier	Dentisterie restauratrice

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
Mme	DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale

Remerciements

A Madame le Professeur NOEL DE JAEGER Sophie

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur FOLLET Patrick

Pour avoir accepté de diriger cette thèse sans discuter. Je te remercie pour ton implication dans ce travail. Pour ton soutien et ton aide, ton humanité et ton amour pour ce que tu fais. Pour m'avoir fait confiance à travers ce travail en me laissant représenter ton service. Pour m'avoir transmis la bonté et l'altruisme que peut avoir un humain et un médecin.

A Monsieur le Docteur LEMARCHAND Philippe

Pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse et ainsi juger la qualité de mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance. Vous avez été mon tout premier mentor dans la médecine générale lors de mon stage d'externat et m'avez transmis la passion de ce métier.

A mes maitres de stage, aux médecins qui ont contribué à ma formation

Vous m'avez tous transmis un peu de votre savoir et de votre expérience et ce compagnonnage a été des plus importants pour moi. Merci à l'ensemble des équipes au sein desquelles j'ai effectué ma formation, particulièrement les Urgences d'Alençon grâce à qui cette thèse a découlé mais également à l'hôpital de Flers où j'ai enrichi ma formation de pédiatrie et de gynécologie et l'hôpital d'Argentan où j'ai développé une vision globale de la médecine. Mes salutations au Docteur Pierrick Bachelier et Docteur Magalie Monerie au PSLA de Mézidon où j'ai particulièrement apprécié mon stage lors de l'internat. Merci au Docteur Bruno Journée qui m'a fait confiance en me permettant de remplacer à ses côtés une année dans ma ville natale d'Argentan et qui me confie sa patientèle pour l'avenir. J'espère être à la hauteur de ce devoir.

A Monsieur Christophe LECAT

Sans votre humble contribution, ce travail n'aurait abouti. Merci pour votre aide remarquable dans l'élaboration des statistiques et pour la disponibilité et le soutien dont vous avez fait preuve.

A mes Grands parents

Vous m'avez élevée et chérie avec tant d'amour, de douceur et de bienveillance. Grâce à vous je n'ai jamais manqué de rien et vous nous avez fait toujours passer avant tout avec Sara. Merci Papi pour l'achat de mon premier ordinateur qui a permis d'accomplir ce travail. Merci Mamie pour le soutien, la fierté et les petits plats. Ta force morale et physique est un exemple.

A mes Parents

Merci de m'avoir permis d'étudier dans les meilleures conditions, avec la prépa, le logement et tout pour réussir. Merci Maman pour ton soutien éternel, les heures à réviser et réciter ensemble, l'aide pour cette thèse, ta patience pour m'épauler dans les moments difficiles et les examens. Merci pour tout le temps que tu as sacrifié pour moi et j'espère te rendre fière. Je te dois beaucoup. Merci Papa pour ton estime, la maison de mes rêves que tu m'as bâtie et ce que tu m'offres au quotidien dans la vie. Vous avoir à mes côtés est ma force.

A ma sœur Sara

Toi qui représentes tout pour moi, mon modèle, mon exemple. Tu m'as encouragée à entreprendre ces études de santé à ta suite. Tu m'as aimée comme une sœur et tu m'as protégée comme une mère. Grâce à toi je n'ai jamais connu la solitude des études. Tu m'as dégagée tous les sentiers et tu as toujours aspiré au meilleur pour moi. Tu m'as permis de voyager, de découvrir le monde, la vie et les autres, de m'ouvrir et viser à devenir une meilleure personne chaque jour. J'espère pouvoir te rendre tout ce que tu m'apportes. Je t'aime.

A mes amies Wacima, Soraya et Myriam

Nous partageons désormais bien plus que les bancs de la fac. Pardon pour toutes les fois où je vous ai mises dehors pour réviser. Wacima, à tout jamais nous sommes liées, je suis heureuse d'avoir partagé tant de moments avec toi et bien d'autres à venir je l'espère. Tu es un véritable petit bout de bonne humeur et d'enthousiasme, toujours partante dans toutes nos aventures et une femme avec une telle volonté. Soraya, tu es une lueur arrivée sur mon chemin, et les moments que nous partageons vont au-delà d'une simple amitié. Myriam, le vent t'emporte ailleurs après ces 9 ans et j'en suis navrée mais j'espère que notre amitié sera préservée car tu es une personne d'une humanité que j'ai rarement connue et que j'aime beaucoup. Je vous souhaite tout le bonheur du monde.

A Marina

Merci pour l'ultime relecture de cette thèse et la gestion de mes derniers instants de stress. A ces retrouvailles inattendues et cette pause-café. Ton dévouement pour les patientes est un exemple, ma chère sage-femme.

A Firat

Mon co-interne de qualité. A nos semestres hospitaliers partagés ensembles solidairement. J'ai toujours pu compter sur toi et tu as été un véritable collègue. J'ai toujours admiré ton énergie débordante entre les heures acharnées à travailler et ta vie de famille, toujours dans la bonne humeur. Sois heureux, et profite enfin, c'est largement mérité.

A Élisia

Mon acolyte. Qu'aurais été l'externat sans toi ? A nos nocturnes au CHU, révisions rythmées de discussion houleuses. A nos joies à chaque année validée. Je te transmets la force de finir ton internat pour de nouvelles aventures ensembles. Ne change rien à ce que tu es. Je t'embrasse.

A Katia

Je ne pense pas avoir pu réussir la PACES sans toi. Tu m'as donné une telle motivation et une telle force, tu n'as jamais rien lâché et tu m'as entraîné avec toi pour notre réussite à toutes les deux et m'as ouvert les portes de la fac de médecine. Des révisions acharnées, un timing calculé à la minute, une souffrance sans regrets. Je suis fière de toi, major de Kiné il y a 9 ans, et non loin des meilleurs Kinésithérapeutes aujourd'hui. J'espère que les pluies bretonnes te rendent heureuse.

A mon Mari

Tu as la chance d'arriver à la fin de la bataille, crois moi... Je ne sais pas si tu m'aurais supporté durant ces années d'études stressantes mais aujourd'hui tu es là pour me soutenir, m'encourager et m'apporter la force d'aller jusqu'au bout du chemin. Je te remercie et j'espère que tu comprendras la place et l'importance qu'occupe mon métier dans ma vie. Nous avançons ensemble pour s'élever mutuellement, partager les moments de la vie, aussi intenses soient-ils.

A mon oncle Tijani, ma Tante Mina et leur fille Ilham

Tonton, tu as été le premier à m'appeler Docteur avant même que cela devienne réalité tant ta fierté était immense. C'est cela qui m'a motivée à réussir, pour te rendre fier. Tata, ton humour et ta joie et tes prières m'ont porté jusque-là. Ilham, merci pour tout l'amour que tu m'as fait ressentir et ta joie à chacune de mes réussites comme si c'était les tiennes.

A mon oncle Hajaj

Tu m'as considérée comme ta fille, et tu as été un vrai père pour moi. Tu as apporté de la joie dans ma vie au moment où j'en avais besoin et tu m'as permis de grandir en prenant soin de moi.

Je remercie Dieu pour que ce que je suis et ce que j'ai.

Liste des abréviations

ALD : Affection longue durée

ARS : Agence régionale de santé

CAPS : Centre d'accueil et de permanence des soins

CCMU : Classification Clinique des Malades des urgences

CHICAM : Centre hospitalier intercommunal Alençon Mamers

CNPMG : Consultation non programmée de médecine Générale

CPO : Centre psychothérapeutique de l'Orne

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

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

HPST : Hospital patient santé territoire

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IOA : Infirmier(e) d'orientation et d'accueil

MCT : Médecin coordinateur et trieur

MMG : Maisons médicales de garde

MT : Médecin traitant

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

SAU : Service d'accueil des urgences

SU : Service d'urgence

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SNP : Soins non programmés

VL : Visite longue

ZIP : Zone d'intervention prioritaire

ZAC : Zone d'action complémentaire

INDEX Tableaux et figures

FIGURES

Figure 1 : Prévission du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025

Figure 2 : Prévission du nombre de médecins spécialistes en activité régulière jusqu'en 2025

Figure 3 : Pourcentage de médecins manquants par bassin de vie dans l'Orne

Figure 4 : Diagramme de flux

Figure 5 : Répartition des patients selon leur statut médecin traitant

Figure 6 : Répartition des patients selon leur statut de maladie chronique

Figure 7 : Répartition des patients selon leur statut d'ALD

Figure 8 : Satisfaction des patients

TABLEAUX

Tableau 1 : Description des caractéristiques sociodémographiques et du statut médecin traitant chez les patients consultant aux CNPMG

Tableau 2 : Répartition des classes d'âge en fonction du sexe

Tableau 3 : Adressage des patients selon leur visite préalable aux urgences

Tableau 4 : Répartition des patients venant des urgences ou ayant fait une téléconsultation préalable selon leur habitude de fréquentation aux CNPMG

Tableau 5 : Analyses univariées

Tableau 6 : Analyse de la population en ALD ou ayant une maladie chronique

Table des matières

I. Introduction	1
1. L'organisation des soins non programmés	1
1.1 Définition des soins primaires et non programmés	1
1.2 Place des médecins généralistes dans la gestion des soins non programmés	2
1.3. Les autres acteurs de soins non programmés	3
2. L'évolution des besoins de santé	4
2.1 Une demande de soins primaires qui s'accroît	4
2.2 Un système de soins surchargé	4
2.3 Les facteurs en cause	5
2.4 Vers un nouveau mode de consultation : les soins non programmés	7
3. Étude du bassin d'Alençon	8
3.1. Démographie médicale	8
3.2. Les acteurs de soin d'Alençon	8
3.3 Les consultations non programmées de médecine générale	9
4 Intérêts de l'étude	10
II. Matériel et méthodes	11
1. Type d'étude	11
2. Objectif	11
3. Population étudiée	11
4. Période de recueil	11
5. Méthodes	11
6. Caractéristiques étudiées	12
7. Recueil de données	12
8. Analyse statistique	12
III. Résultats	13
1. Description de l'échantillon	13
1.1. Caractéristiques socio démographiques	14
1.2. Caractéristiques médicales des patients	15
2. Parcours de consultation des patients	16
3. Analyses univariées	17
4. Étude des patients en ALD ou ayant une maladie chronique	19
5. Satisfaction des patients	20
IV. Discussion	21
1. Principaux résultats	21
1.1 Objectif principal	21

1.2	Objectif secondaire	21
2.	Forces et faiblesses de l'étude.....	22
2.1.	Les faiblesses	22
2.1.1.	Les biais	22
2.1.2	Les limites.....	23
2.2	Les forces.....	23
2.2.1	La question de recherche	23
2.2.2.	La méthodologie	24
3.	Confrontation aux données du CNPMG et à la littérature.....	25
3.1	Données issues du CNPMG	25
3.2	Données de la littérature.....	25
4.	L'intérêt de l'ouverture des CNPMG.....	26
4.1.	Intégrer la population dans un parcours de soins.....	26
4.2.	Adapter l'exercice médical aux nouvelles attentes des médecins.....	26
V.	Conclusion.....	27
VI.	Bibliographie.....	29
VII.	Annexes.....	33

I. Introduction

1. L'organisation des soins non programmés

1.1 Définition des soins primaires et non programmés

Depuis 1978, l'importance du concept des soins de santé primaires a été mise en évidence et une définition mondiale a été formulée, après maintes redéfinitions, lors de la Déclaration d'Alma Ata, comme telle : « *Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations* » (1).

En France, les soins non programmés (SNP) n'ont pas de consensus en termes de définition. Elle diffère notamment selon qu'il s'agisse du point de vue du patient ou du médecin. Pour le patient, les SNP correspondent à un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, lui-même ou son entourage, incitant à demander une prise en charge immédiate. Pour le médecin, il s'agit de soins devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences (2).

Les médecins urgentistes travaillent à l'aide d'une Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) afin d'évaluer la gravité des patients. Les deux premières classes correspondent à des états qui ne sont pas jugés susceptibles de s'aggraver. La CCMU 3 correspond à un état susceptible de s'aggraver aux urgences sans mise en jeu du pronostic vital, contrairement aux CCMU 4 et 5 qui nécessitent des actes lourds, voire un recours à la réanimation (3).

Il en ressort de façon univoque les notions d'urgence et de délai. Les soins non programmés seront définis pour ce travail comme les besoins des patients souffrant de problèmes de santé non urgents mais nécessitant une consultation rapide, généralement dans les 48 heures (4) (5).

1.2 Place des médecins généralistes dans la gestion des soins non programmés

Le système de santé français est organisé en parcours de soins, instauré par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Cette organisation confie au médecin traitant (MT) la coordination et la centralisation de tous les soins de santé nécessaires au patient (6).

La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009 renforce le rôle du médecin traitant, stipulant dans les articles L.162-5-3 et L.4130-1 du code de la sécurité sociale (7) que tout assuré de plus de seize ans doit désigner un médecin traitant auprès de son organisme d'assurance maladie. Le choix du médecin traitant, qui peut être généraliste ou spécialiste, est libre et modifiable à tout moment. Ce médecin assure la prise en charge des patients et collabore avec le réseau de soins de proximité, organisé en communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) créées par la loi de modernisation du système de santé en 2016.

Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) publiée le 29 août 2023, la France comptait 99 500 médecins généralistes en activité au 1er janvier 2023, pour une population de 68 millions d'habitants selon l'INSEE (8). Ce chiffre inclut tous les médecins inscrits à l'ordre, y compris ceux exerçant à temps partiel et les médecins remplaçants non installés. On observe une forte disparité de répartition des médecins entre les régions, touchant également les zones urbaines (9).

L'activité libérale est organisée avec des plages de consultations qui s'effectuent du lundi au vendredi voire le samedi matin. Les médecins travaillent majoritairement avec un planning de rendez-vous programmés et des créneaux d'urgence dédiés pour 46% d'entre eux. Malgré cela, 42% des médecins reçoivent des patients non programmés supplémentaires. En 2004, il était estimé à 35 millions le nombre de recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville. Sur le plan national, les recours urgents ou non programmés représentent 11% de l'activité des médecins généralistes (10).

1.3. Les autres acteurs de soins non programmés

Les médecins généralistes sont organisés pour garantir la permanence des soins ambulatoires (PDSA), assurant l'accès aux soins en dehors des heures normales de consultation, y compris les soirs, week-ends et jours fériés. Cette organisation est régulée par les Agences régionales de santé (ARS) et peut inclure des Maisons médicales de garde (MMG), des Centres d'accueil et de permanence des soins (CAPS) ou des centres de consultations gérés par des associations de type SOS Médecins.

En 2022, la majorité du territoire français était couverte par des sites dédiés, atteignant 91 départements sur 106 outre mers incluses. Au 31 décembre 2022, on comptait 535 sites dédiés à la permanence des soins sur l'ensemble du territoire (11).

La France compte 697 services d'urgences. Leur mission principale est de prendre en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, en priorité, les besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel.

Le SAMU Centre 15 participe aussi à ces soins non programmés. La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin régulateur. Ces antennes assurent une écoute et une réponse permanentes aux urgences médicales et/ou aux demandes de soins non programmés. Le Samu-Centre 15 détermine et déclenche, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels.

Les pharmaciens d'officine participent aussi aux soins non programmés via l'automédication, définie comme l'utilisation de médicaments à prescription médicale facultative délivrés en pharmacie. Le pharmacien a donc pour rôle de prodiguer des conseils sur l'utilisation ou la posologie. (12). En France, l'automédication est moins développée qu'ailleurs en Europe, en partie à cause du remboursement des médicaments sur prescription. Cependant, la pratique augmente en raison du déremboursement de certains médicaments et l'instauration de franchises sur les boîtes de médicaments.

L'ARS encourage l'élargissement des compétences du pharmacien en lui permettant dans certaines régions (13) la prise en charge des pathologies aiguës fréquentes et non graves.

2. L'évolution des besoins de santé

2.1 Une demande de soins primaires qui s'accroît

On observe une augmentation notable des demandes de soins non programmés, ajoutant ainsi une pression supplémentaire sur le système de santé. Les facteurs démographiques et socioculturels, mais aussi épidémiologiques sont principalement en cause.

La France connaît un vieillissement de sa population. Les personnes âgées ont généralement plus de besoins médicaux, notamment pour des maladies chroniques et des affections aiguës. Cette demande croissante de soins non programmés est souvent liée à des épisodes aigus, telles que des infections, des chutes ou des complications liées à des maladies chroniques (14).

La prévalence des maladies chroniques (diabète, hypertension, insuffisance cardiaque, etc.) dans la population générale a augmenté en France. Ces pathologies nécessitent des soins fréquents et souvent, des consultations non programmées en cas de décompensation ou de complication aiguë (15).

Les comportements des patients évoluent également, avec leurs nouveaux modes de vie. Les patients sont de plus en plus informés via internet notamment et exigent souvent des soins immédiats, préférant les consultations non programmées ou les urgences plutôt que de planifier une consultation avec leur médecin traitant (10).

L'avènement de la télémédecine a aussi conduit à une modification de la manière dont les soins sont sollicités. Les consultations en ligne ou téléphoniques permettent de répondre à une partie de la demande de soins non programmés, mais créent aussi une attente accrue d'accessibilité et de rapidité (16).

2.2 Un système de soins surchargé

L'organisation actuelle des médecins généralistes, incluant leur activité au cabinet et la permanence des soins, est devenue insuffisante face à la demande de soins non programmés. En 2022, 65% des médecins ont déclaré devoir refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant, et 40% ne peuvent plus suivre régulièrement certains patients (DREES). Les médecins ont le sentiment de ne pas pouvoir soigner des patients qui en ont réellement besoin (17).

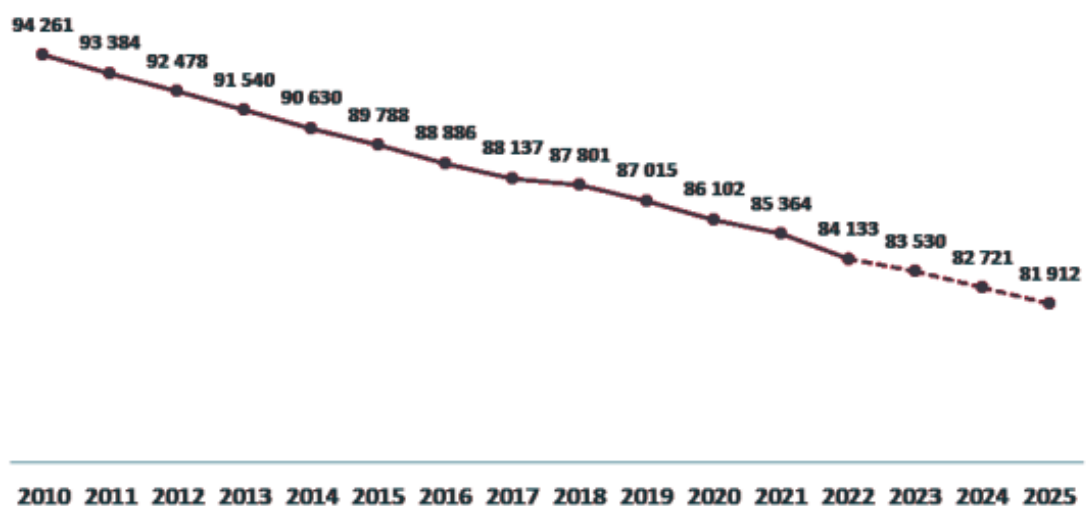
Faute d'accès à la médecine de ville ou à la difficulté à obtenir des rendez-vous rapides, les patients se tournent vers les services d'accueil des urgences (SAU) même si leur pathologie ne nécessite pas un tel recours (18). La fréquentation de ces services a doublé en 20 ans, atteignant 20,4 millions de passages en 2021 (DREES) (19). La part des patients qui se rendent aux urgences pour des pathologies bénignes, qui pourraient être traitées en médecine de ville, représente une part importante de cette surcharge. Environ 20 à 30 % des consultations en urgence sont jugées « non urgentes » (20).

L'État tente d'améliorer l'accessibilité aux soins avec des initiatives telles que la télémédecine (21) qui permet de consulter n'importe quel médecin généraliste sur l'ensemble du territoire français. Selon les objectifs de l'ARS, ce dispositif doit « s'entendre comme une organisation complémentaire à l'offre de soins existante pour réinsérer les patients dans un parcours de prise en charge et réaliser une consultation médicale de premier recours ». Il doit s'envisager comme « une solution provisoire et un premier pas vers la construction d'une organisation des soins plus pérenne sur le territoire » (22).

2.3 Les facteurs en cause

Une des causes de l'insuffisance des acteurs de soins est la diminution significative du nombre de médecins (figure 1), lesquels peinent déjà à prendre en charge leurs consultations programmées et à l'inégale répartition des professionnels, surtout dans les zones rurales (23). Le vieillissement de la population médicale et le nombre insuffisant de jeunes médecins sont à l'origine de cette démographie médicale en baisse. En effet la part des médecins retraités qui conservent une activité a largement augmenté.

Figure 1 : Prévision du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025

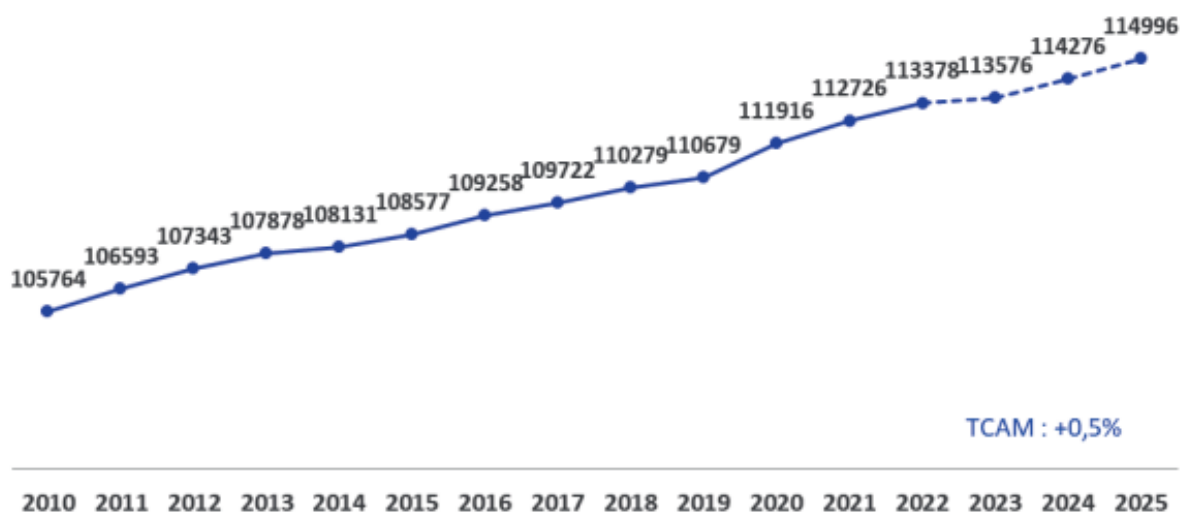


Source : CNOM, 2022.

La part de médecins généralistes en activité libérale est elle aussi en baisse selon le CNOM. Le mode d'exercice évolue. Entre 2010 et aujourd'hui, les médecins généralistes ont tendance à défavoriser l'exercice libéral au profit de l'exercice salarié.

La médecine générale est par ailleurs une spécialité délaissée au profit des autres spécialités médicales notamment chirurgicales, où à l'inverse le nombre de médecins en activité est en hausse.

Figure 2 : Prévision du nombre de médecins spécialistes en activité régulière jusqu'en 2025



Source : CNOM, 2022.

Enfin, du point de vue de la médecine générale, on peut aborder la féminisation de la profession comme un facteur ayant contribué à la baisse de l'offre de soins primaires en France (9). L'un des éléments clés avancé est la réduction du temps de travail des médecins généralistes femmes qui tendent à organiser leur activité professionnelle autour de la vie familiale, réduisant ainsi leur nombre d'heures travaillées par semaine ou choisissant un travail à temps partiel : environ 30 % des médecins généralistes femmes travaillent à temps partiel, contre 8% des hommes (24).

Les médecins généralistes femmes sont souvent plus concentrées dans les zones urbaines où les conditions de travail sont plus souples, ce qui contribue à accentuer les déséquilibres géographiques en matière d'accès aux soins primaires. Des études montrent que les consultations effectuées par les médecins femmes tendent à être plus longues que celles de leurs collègues masculins, en moyenne de 10 à 15% plus longues. Cela s'explique par une approche souvent plus centrée sur la communication avec les patients, l'écoute active et la prévention.

L'organisation de la médecine d'urgence a elle aussi évolué impactant la disponibilité des soins non programmés. Nous l'avons dit, les SAU sont submergés par des soins qui ne relèvent pas toujours de leur recours et a entraîné des tensions dans les structures d'urgences et le départ de nombreux urgentistes. Il y a en effet une inadéquation entre le nombre d'urgentistes et le nombre croissant de passages au SU. Il existe donc une réelle pénurie d'urgentistes dans les SU qui peinent à assurer un planning médical sans avoir recours à l'intérim. Certains SU fonctionnent même quasi exclusivement avec des intérimaires. Cela entraîne un coût supplémentaire et majore les dépenses de santé.

2.4 Vers un nouveau mode de consultation : les soins non programmés

Dans le rapport par l'ARS du Dr GRALL (22), une solution proposée pour rééquilibrer ces demandes de soins non programmés est de réorganiser la réponse aux demandes des soins non programmés. Ainsi, il propose de revisiter le niveau de prise en charge des « urgences » d'une part en identifiant des services et antennes des urgences qui correspondraient aux SAU existants et d'autre part en labellisant des centres de soins non programmés (CNSP).

Ces CNSP s'inscriraient dans le réseau territorial d'accès aux soins non programmés. Des maisons de santé ou autres établissements de santé privés ou publics pourraient ainsi être labellisés par l'ARS en tant que CNSP. Les patients qui pourraient relever de ce centre seraient adressés par la régulation médicale.

Ces centres assurent les soins des patients dont le pronostic vital n'est pas engagé et ne nécessitant pas d'un plateau technique conséquent. Ils sont donc censés être complémentaires de la médecine de premier recours.

Le premier CNSP à avoir ouvert ses portes en mars 2016, se trouve en Normandie, à Valognes. Les problématiques de continuité des soins, de démographie médicale et d'activité constatée d'urgence moindre (<10 000 passages par an et se situant à moins de 30 minutes d'une structure d'urgence et/ou d'un SMUR), ont été autant de raisons pour débiter l'expérimentation de ce CNSP en Normandie. Un cahier des charges (25) a été construit suite à cette expérimentation. Le profil de patients est de type CCMU 1 et 2, sans difficultés de régulation en amont et d'orientation en aval. L'effectif requis est un médecin présent sur site aux horaires de fonctionnement. Celui-ci disposera de compétences de médecin urgentiste ou non.

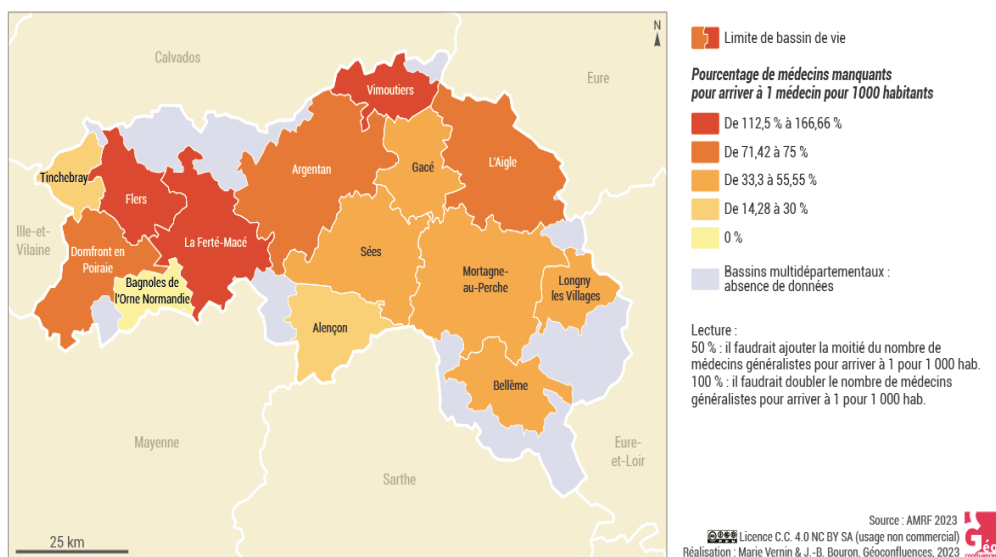
3. Étude du bassin d'Alençon

3.1. Démographie médicale

En Normandie, L'Agence régionale de santé (ARS) fait régulièrement état des lieux de la démographie médicale. Les zonages de 2017, 2019 et 2021 (26) établissent la cartographie des zones d'intervention prioritaire (ZIP) et zones d'action complémentaires (ZAC) identifiant les territoires à l'offre de soins insuffisante, touchant 55,5% des normands.

Dans l'Orne, en 2024, 178 médecins généralistes sont inscrits sur l'annuaire des professionnels de santé publié par l'Assurance maladie. L'Orne est le sixième département le plus mal doté en médecine générale au niveau national (27).

Figure 3 : Pourcentage de médecins manquants par bassin de vie dans l'Orne



Source : AMRF 2023

3.2. Les acteurs de soin d'Alençon

La démographie médicale du bassin d'Alençon dans l'Orne reflète la tendance nationale. Alençon, préfecture du département de l'Orne comptant 26 069 habitants, se caractérise par une offre de soins insuffisante, avec un nombre de médecins généralistes en constante diminution en raison de départs à la retraite non remplacés depuis dix ans. Elle est de fait, classée depuis 2017 par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Normandie comme une zone d'intervention prioritaire (ZIP). Vingt-cinq pour cent des patients sont sans médecin traitant.

Le Centre hospitalier général (CHICAM) relié à la commune voisine de Mamers, offre diverses spécialités médicales et chirurgicales. Le SAU est divisé en plusieurs filières : traumatologie, filière longue pour les patients nécessitant un plateau technique (imagerie, biologie), filière courte pour les patients ambulatoires sans recours à priori à un plateau technique et l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). La prise en charge des patients en situation de précarité (personnes en séjour irrégulier ou sans domicile fixe) est assurée par une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) rattachée au CHICAM. La clinique privée d'Alençon assure également une offre de soins spécialisés. Le centre psychothérapeutique de l'Orne (CPO) vient compléter l'offre de soins.

La Ville a inauguré en novembre 2019 le Centre Municipal de Santé d'Alençon, premier CMS de Normandie regroupant 5 médecins généralistes salariés à mi-temps et une infirmière azalée consultant sur rendez-vous en qualité de médecin traitant. Ce CMS est géré par la mairie. L'association Pierre Noal a également ouvert un centre de santé salarié à Damigny nommé « Innov'Santé », dont l'activité est assurée par des médecins retraités.

Le Conseil départemental de l'Orne a ouvert un PSLA nommé « Startech » composé de 3 médecins libéraux et une infirmière azalée mis en place par le Docteur Raymond HENRY.

Au total, 21 médecins généralistes sont répertoriés sur l'annuaire des professionnels de la CPAM.

Alençon fait partie de la CPTS Centre Orne Saosnois, créée en 2020, visant à coordonner les actions des praticiens et à collaborer sur les difficultés locales. Elle est à l'origine de la création du médicobus, une structure mobile équipée comme un cabinet médical avec un médecin, déployée pour aller au contact des patients vivant dans des zones où le recours aux soins est précaire. C'est également cette communauté qui tend à travailler sur la prise en charge des soins non programmés.

Malgré ces initiatives, ces structures ne suffisaient pas à couvrir les demandes de soins primaires, et ont incité à la création d'une consultation non programmée de médecine générale (CNPMG).

3.3 Les consultations non programmées de médecine générale

Le service de consultations non programmées de médecine générale (CNPMG) d'Alençon est organisé comme une structure de médecine générale avec plusieurs médecins salariés mais sans patientèle définie. En effet, ils ne sont pas les médecins traitants des patients qui consultent mais prennent en charge des patients en demande de soins primaires.

Le CNPMG a été créé fin 2019 par le Docteur François CHARETON. Il est ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures, avec pause méridienne. Huit médecins salariés y exercent à temps partiel pour un équivalent de 2 temps pleins environ répartis sur 3 cabinets. Actuellement, le service permet de gérer entre 30 et 50 demandes de soins non programmés par jour (ANNEXE 2 à 4), contre 20 à 30 à son ouverture. Selon le Docteur Chareton, le but de ce projet était de « pallier le manque de médecins de ville et de désengorger les urgences ».

4 Intérêts de l'étude

Compte-tenu de la conjoncture actuelle avec d'une part la baisse du nombre de médecins généralistes – acteurs de soins de premiers recours – et d'autre part l'augmentation des besoins d'accès urgent aux soins de la population, il apparaît intéressant de réfléchir à la nouvelle organisation des soins primaires qui se profile sur notre territoire.

Les centres de soins non programmés émergent pour développer une activité ambulatoire et être un relais aux acteurs de soins primaires déjà connus. Cependant, il faut étudier l'organisation de ces centres notamment en terme de parcours et de typologie des patients ayant recours à ces structures. Les modalités d'accueil et de gestion des soins non programmés reste peu développées à ce jour.

Cette étude devrait participer à identifier les adaptations qui seraient nécessaires pour faire des CNPMG, un des acteurs de la réponse aux SNP - au sein d'une CPTS par exemple - pour des patients orientés par les médecins et professionnels de santé du territoire ou par les SAU et centres 15.

Nous nous sommes donc demandé si l'offre proposée au CNPMG d'Alençon était adaptée à la demande des patients consultant pour des SNP. C'est pourquoi, l'objectif principal de cette étude est de déterminer si ces centres pallient le manque de médecins traitants.

Les objectifs secondaires sont de décrire si ces centres permettent d'apporter une réponse aux demandes de soins non programmés lorsque le recours aux autres acteurs n'est pas possible et s'ils permettent le désengorgement des SAU.

II. Matériel et méthodes

1. Type d'étude

IL s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale monocentrique.

2. Objectif

L'objectif de notre étude est d'analyser si l'activité du CNPMG permet de répondre aux demandes de soins primaires pour les patients n'ayant pas de médecin traitant.

L'objectif secondaire est de déterminer si le CNPMG permet de diminuer la pression sur les autres acteurs de soins primaires pour les soins non programmés.

3. Population étudiée

Les patients inclus étaient des hommes et des femmes de tout âge qui consultent au sein du CNPMG d'Alençon lors des horaires d'ouverture. Le seul critère d'exclusion comprenait les patients ne sachant pas lire le français.

4. Période de recueil

L'étude s'est déroulée sur une période de 3 mois du 2 avril au 30 juin 2024.

5. Méthodes

Les patients du CNPMG ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire papier, disponible en ANNEXE 1.

Le questionnaire était distribué par les 2 secrétaires du service à chaque patient répondant aux critères d'inclusion, après les avoir aidés à répondre aux 2 premières questions.

Ensuite, le patient répondait aux questions 3 à 15 avant la consultation puis aux questions 16 à 18 à la sortie de la consultation.

Les questionnaires ont été analysés de manière anonymisée.

6. Caractéristiques étudiées

- Caractéristiques sociodémographiques : le sexe et l'âge étaient étudiés
- Les données de santé : présence de maladie chronique, prise en charge dans le cadre d'une affection longue durée (ALD)
- Statut médecin traitant : présence d'un MT, absence récente ou ancienne de MT
- L'existence d'un DMP
- Le recours à d'autres acteurs de soins primaires avant la consultation
- Réponse au problème de santé
- Satisfaction de la prise en charge

7. Recueil de données

Les données ont été recueillies de manière anonyme, déposées par le patient lui-même dans une boîte. Les doublons, soit les données des patients ayant reconsulté au CNPMG ont été conservés puisque ce qui nous intéresse principalement est le mode de recours, qui est différent à chaque consultation.

8. Analyse statistique

Les données issues des questionnaires ont été saisies sur le logiciel Excel®. Les variables qualitatives à savoir les caractéristiques des patients inclus, leur statut médecin traitant et leur statut de maladie ont été décrits avec des pourcentages. L'analyse descriptive des données a été réalisée à l'aide du logiciel de statistiques en ligne BiostatTGV® utilisant le langage de programmation R®.

Le statut de médecin traitant était comparé en fonction du statut de maladie, du nombre de consultations, de l'adressage et du recours à d'autres acteurs de soins primaires à l'aide d'un test du Chi 2, avec un seuil de significativité fixé à 95% et un risque alpha à 5%.

III. Résultats

1. Description de l'échantillon

Au total, du 1^{er} avril au 30 juin, sur 60 jours de consultations, 953 passages ont été recensés au service de CNPMG d'Alençon.

Six patients ont préalablement refusé que leurs informations soient recueillies.

Soixante-quinze patients de l'étude ne savaient pas lire le français.

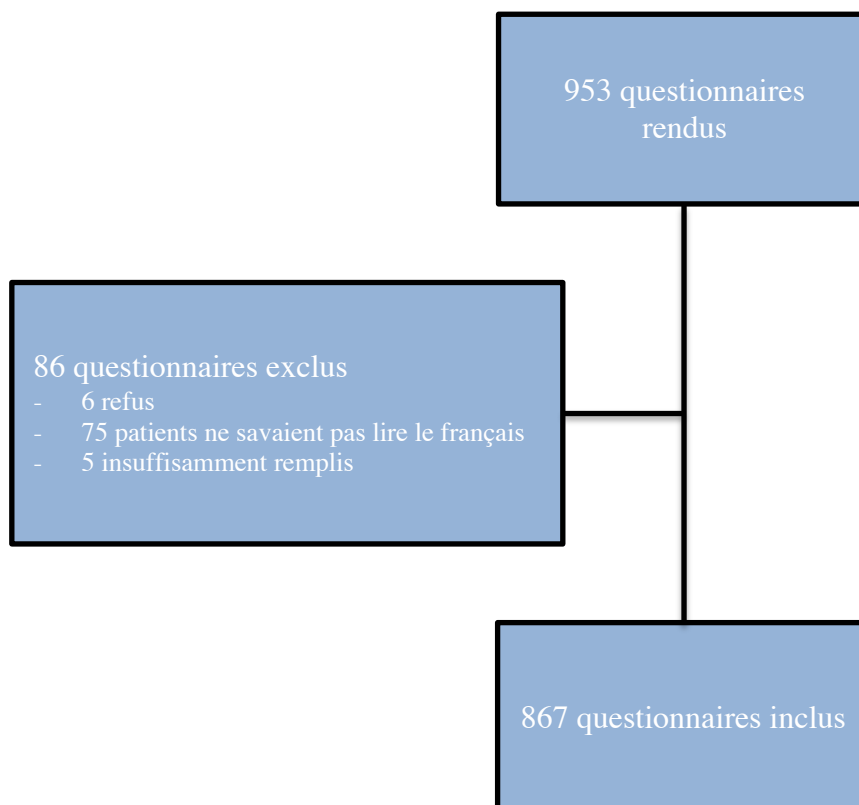
Cinq questionnaires présentaient une donnée manquante sur le critère de jugement principal.

Nous avons ainsi recueilli au total les données de 867 consultations au service des CNPMG (Figure 4).

A noter :

- 110 patients ont consulté une deuxième fois sur la période de recueil.

Figure 4 : Diagramme de flux



1.1. Caractéristiques socio démographiques

Tableau 1 : Description des caractéristiques sociodémographiques et du mode d'adressage chez les patients consultant aux CNPMG

Variables	Effectifs (n=867)
Sexe	
Homme	356 (41,1%)
Femme	511 (58,9%)
Age	
< 18 ans	27 (3,1%)
18 à 25 ans	84 (9,7%)
25 à 35 ans	139 (16%)
35 à 45 ans	129 (14,9%)
45 à 55 ans	135 (15,6%)
55 à 65 ans	99 (11,4%)
> 65 ans	254 (29,3%)
Adressage	
Le patient	551 (63,6%)
Urgences	99 (11,4%)
Centre 15	54 (6,2%)
Autre	139 (16%)
NSP	24 (2,8%)

Au sein de la patientèle consultant aux CNPMG, les individus les plus représentés étaient les femmes à hauteur de 58,9% soit un sex ratio de 1,4 (tableau 1). La répartition semble similaire entre les hommes et les femmes selon les catégories d'âges (tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des classes d'âge en fonction du sexe

Variables	Femmes (n=511)	Hommes (n=356)
Age		
< 18 ans	14 (2,7%)	13 (3,7%)
18 à 25 ans	56 (11,0%)	28 (7,9%)
25 à 35 ans	87 (17,0%)	52 (14,6%)
35 à 45 ans	68 (13,3%)	61 (17,1%)
45 à 55 ans	84 (16,4%)	51 (14,3%)
55 à 65 ans	53 (10,4%)	46 (12,9%)
> 65 ans	149 (29,2%)	105 (29,5%)

1.2. Caractéristiques médicales des patients

Les figures 5 à 7 montrent la répartition des patients selon l'existence d'un médecin traitant et leurs antécédents médicaux. La part de patients consultant n'ayant pas de médecin traitant était de 70,2% soit 609 patients (figure 4).

On dénombrait 419 patients (48,3%) ayant une maladie chronique avec prise quotidienne d'un traitement (figure 5) et 253 patients (29,2%) qui avaient une ALD (figure 6).

Figure 5 : Répartition des patients selon leur statut médecin traitant

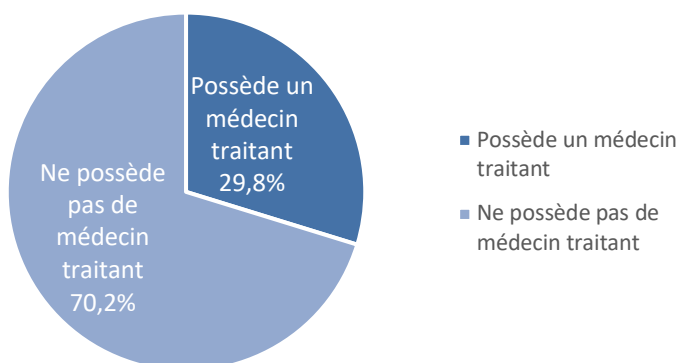


Figure 6 : Répartition des patients selon leur statut de maladie chronique

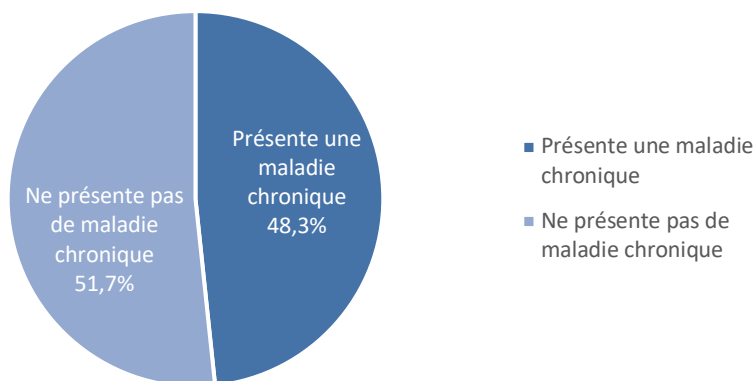
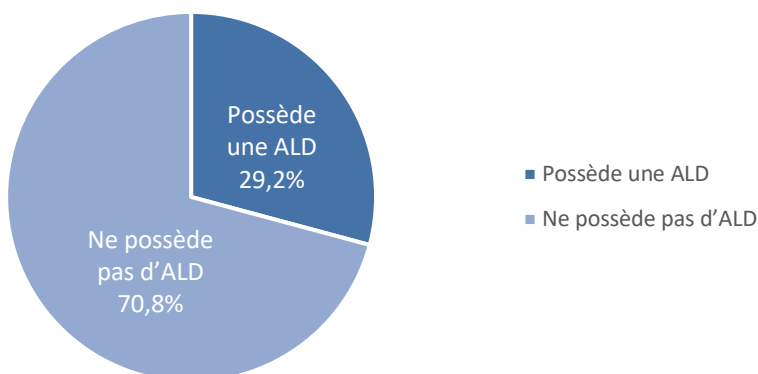


Figure 7 : Répartition des patients selon leur statut d'ALD



2. Parcours de consultation des patients

Le tableau 3 compare le parcours des patients selon qu'ils aient préalablement consulté aux urgences ou non. On souligne une différence notable entre les deux groupes comparés avec p très significatif à 2.16×10^{-5} .

La part des patients adressés par les urgences est plus élevée dans le groupe des patients admis en amont au SAU (45,6%) comparé aux patients non admis (2,9%).

Par souci de clarté, les résultats sont exprimés en pourcentage devant la nette différence d'effectifs des deux échantillons.

Tableau 3 : Adressage des patients au CNPMG selon leur visite préalable aux urgences

Variables	Admission préalable aux urgences (n=171)	Pas d'admission préalable aux urgences (n=684)
Adressage		
Centre 15	17 (9,9%)	34 (5%)
Autre	11 (6,4%)	128 (18,7%)
Le patient	59 (34,5%)	488 (71,3%)
Urgences	78 (45,6%)	20 (2,9%)
NSP	6 (3,5%)	14 (2,0%)

Les patients consultant au moins pour la 2^e fois au CNPMG ont significativement ($p=0,001$) moins recours aux urgences. Cependant, les habitudes de consultation des patients n'ont pas d'influence significative sur le recours à la télé-médecine.

Tableau 4 : Répartition des patients venant des urgences ou ayant fait une téléconsultation préalable selon leur habitude de fréquentation aux CNPMG

Variables	1 ^{ère} consultation (n=259)	Au moins 2 ^e consultation (n=585)	p
Passage préalable aux urgences			
Non	189 (72,9%)	486 (83,1%)	$p=0,001$
Oui	70 (27,0%)	99 (16,9%)	
Recours préalable à la télé-médecine			
Non	215 (83,7%)	496 (85,5%)	$p=0,55$
Oui	42 (16,3%)	84 (14,5%)	

3. Analyses univariées

Le tableau 4 étudie l'influence de la présence d'un médecin traitant selon différents facteurs. Le départ en retraite d'un ancien médecin était significativement supérieur pour les patients sans médecin traitant ($p < 0,0001$).

Le recours à au moins une deuxième consultation était plus élevée dans le groupe sans médecin traitant ($p < 0,0001$).

Il existe également une différence significative sur le recours préalable aux urgences ($p < 0,0001$) qui était plus élevé chez les patients ayant un médecin traitant (28,3%). Les patients ayant un médecin traitant était plus souvent adressé par les urgences (18,2%).

Il n'y avait pas de différence de statut ALD ou maladie chronique selon l'existence ou non d'un médecin traitant ($p = 0,501$).

Le statut médecin traitant n'entraînait pas de différence sur la possession d'un DMP ($p = 0,166$) ni l'usage de la télémédecine ($p = 0,42^*$).

Tableau 5 : Analyses univariées

Variables	Sans Médecin Traitant (n=609)	Avec médecin Traitant (n=258)	p
Atteint d'une maladie chronique ou en ALD			
Non	290 (47,6%)	130 (50,4%)	p=0,501
Oui	319 (52,4%)	128 (49,6%)	
Médecin traitant en retraite			
Non	112 (18,4%)	66 (25,6%)	p<0,0001
Oui	479 (78,7%)	42 (16,3%)	
NSP	18 (3,0%)	150 (58,1%)	
Première consultation			
Non	444 (72,9%)	148 (57,4%)	p<0,0001
Oui	157 (25,8%)	106 (41,1%)	
NSP	8 (1,3%)	4 (1,6%)	
Connaissance du DMP			
Non	349 (57,3%)	118 (45,7%)	p=0,002 (p=0,006 avec NSP)
Oui	238 (39,1%)	130 (50,4%)	
NSP	22 (3,6%)	10 (3,9%)	
Possession d'un DMP			
Non	411 (67,5%)	159 (61,6%)	p=0,166
Oui	138 (22,7%)	64 (24,8%)	
NSP	60 (9,9%)	35 (13,6%)	
Télémédecine			
Non	509 (83,6%)	211 (81,8%)	p=0,42* (p=0,55 avec NSP)
Oui	84 (13,8%)	42 (16,3%)	
NSP	16 (2,6%)	5 (1,9%)	
Urgences			
Non	504 (82,8%)	180 (69,8%)	p<0,0001
Oui	98 (16,1%)	73 (28,3%)	
NSP	7 (1,1%)	5 (1,9%)	
Adressage			
Centre 15	31 (5,1%)	23 (8,9%)	p=0,0001
Autre	103 (16,9%)	36 (14,0%)	
Moi	405 (66,5%)	146 (56,6%)	
Urgences	52 (8,5%)	47 (18,2%)	
NSP	18 (3,0%)	6 (2,3%)	

4. Étude des patients en ALD ou ayant une maladie chronique

Les patients en ALD ou ayant une maladie chronique reconsultent significativement plus que les patients sans ALD ou maladie chronique ($p < 0,0001$). Parallèlement le problème médical est significativement plus résolu chez les patients sans ALD ou maladie chronique alors qu'il ne l'est pas ou en partie majoritairement chez les ALD.

Tableau 6 : Analyse de la population en ALD ou ayant une maladie chronique

	Pas d'ALD ou de maladie chronique	ALD ou maladie chronique	p
Possède un DMP			
Non	276 (48,4%)	94 (46,5%)	p=0,70
Oui	294 (51,6%)	108 (53,5%)	
1ère consultation			
Non	249 (60,2%)	343 (77,6%)	p<0,0001
Oui	164 (39,7%)	99 (22,4%)	
Résolution du problème			
En partie	157 (47,3%)	228 (58,5%)	p<0,0001
Non	40 (12,0%)	65 (16,7%)	
Oui	135 (40,7%)	97 (24,9%)	
MT en retraite*			
Non	72 (24,8%)	40 (12,5%)	p=0,0004
Oui	209 (72,1%)	270 (84,6%)	
NSP	9(3,1%)	9 (2,8%)	

*pour les patients sans MT

5. Satisfaction des patients

Les patients n'ayant pas de médecin traitant sont prêts à reconsulter aux CNPMG de façon plus importante que les patients ayant un médecin traitant (p limite égal à 0,005).

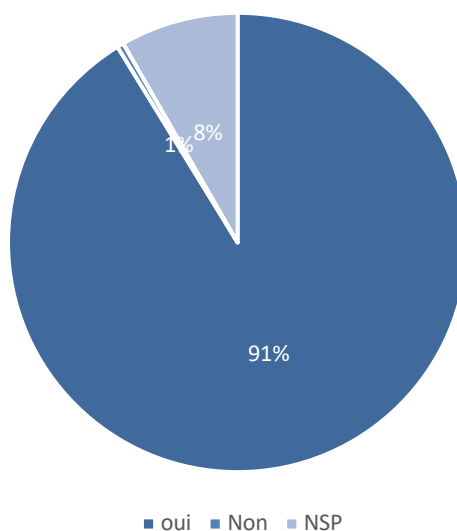
Tableau 7: Comparaison des retours d'expérience des patients selon leur statut médecin traitant

Variables	Sans Médecin Traitant (n=609)	Avec médecin Traitant (n=258)	p
Nouveau recours aux CNPMG			
Non	16 (2,6%)	19 (7,4%)	p=0,005
Oui	554 (91,0%)	225 (87,2%)	
NSP	39 (6,4%)	14 (5,4%)	

*NSP : Ne se prononce pas

Il n'a pas été réalisé d'analyse statistique (chi 2 non applicable) quant à la satisfaction des patients (ANNEXE 1 ; question 18). Ce critère ne faisait en outre pas partie des objectifs de l'étude. Ces données ont pour but de permettre une analyse générale de l'activité des CNPMG pour les autres études (figure 8).

Figure 8 : Satisfaction des patients par l'accueil des CNPMG



IV. Discussion

1. Principaux résultats

1.1 Objectif principal

Notre étude répond favorablement à notre objectif principal qui est de vérifier si l'activité du CNPMG pallie le manque de médecins généralistes. En effet, une grande partie des patients qui consultent les CNPMG sont sans médecin traitant (70,2%). Cela met en lumière la manière dont ces structures compensent l'absence de suivi médical régulier pour une population vulnérable, notamment les patients atteints de maladies chroniques ou en ALD, qui représentent une part significative des patients.

On constate en accord avec la littérature que l'absence de médecin traitant pour un grand nombre de patients est un phénomène récent. En effet, 78,7% des patients sans médecin traitant en avaient un auparavant et n'a pas été remplacé.

1.2 Objectif secondaire

On ne peut pas conclure que Le CNPMG contribue à l'heure actuelle au désengorgement des services d'urgences. Sur les données de 60 jours de consultation, 99 patients (11,4%) ont été adressés aux CNPMG par les urgences (pour un passage moyen quotidien au SAU de 100 patients) (28). Cela représente 1 à 2 patients par jour envoyé aux CNPMG, ce qui est très faible en terme de réduction de l'activité des SU. Pourtant, le CNPMG réserve 8 créneaux d'urgences par jour pour le SAU soit 20% des rendez-vous de consultation.

Une étude de l'activité de la filière courte des urgences pourrait permettre de comprendre ce faible taux de désengorgement des urgences par les CNPMG. En effet, lors d'une journée de fermeture exceptionnelle de la filière courte au SU d'Alençon (19 août 2024), 18 patients ont été redirigés vers les CNPMG ce qui a quasiment doublé le taux de fréquentation (données issues du CNPMG). Seulement un seul patient a été réadressé aux urgences. Les autres relevaient en effet d'une prise en charge de la médecine générale. La part des patients qui pourraient être adressés par les urgences aux CNPMG est donc probablement très sous-estimée dans nos résultats. Or, les soins en filière courte sont dispensés par un urgentiste et une meilleure coopération entre les 2 services permettrait de désengorger cette branche des urgences et ainsi libérer un médecin urgentiste pour l'activité des SU.

Les résultats impliquent aussi qu'une amélioration peut être réalisée quant à l'orientation des patients aux urgences, au niveau de l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA) et du médecin coordinateur et trieur (MCT). En effet, l'étude a montré que des patients admis aux urgences relevaient finalement de la médecine générale. Cependant, certains motifs de recours aux urgences sont classés initialement CCMU 3 alors qu'en aval ils seront déclassés CCMU 1 ou 2 et relèveraient des CNPMG. On peut citer par exemple la paralysie faciale à frigore ou encore la douleur thoracique dans la crise d'angoisse.

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1. Les faiblesses

2.1.1. Les biais

Le biais le plus explicite dans cette étude est le **biais de période** en rapport avec la saisonnalité des consultations. Le recueil de données s'est fait entre avril et juin, ce qui correspond à une période où certaines pathologies (notamment les infections respiratoires aiguës) sont moins fréquentes. Cela pourrait influencer la nature et la fréquence des consultations observées, et donc limiter la représentativité des résultats pour d'autres périodes de l'année où les besoins de soins non programmés pourraient être différents

Le second biais est classiquement le **biais de sélection**. Le choix du critère d'exclusion portant sur la maîtrise du français a pu entraîner un biais de sélection car cette patientèle, souvent constituée de personnes en situation précaire, pourrait avoir des besoins de soins non programmés spécifiques. Ce critère pourrait limiter la généralisation des résultats à l'ensemble des patients fréquentant les CNPMG, en particulier les populations migrantes ou défavorisées. Cependant, ce choix a été fait car ces personnes vivent souvent en France depuis peu et ont moins d'opportunités d'avoir d'emblée un médecin traitant, or ce critère est central.

Concernant le recueil, on pouvait s'attendre à un échantillon de plus grande taille. Nous avons obtenu 953 questionnaires (avant exclusion) pour un total de 2 418 patients qui ont consulté sur la période de l'étude (ANNEXES 2 à 4). Le taux de recueil des questionnaires est donc de 39,4%, qui peut s'expliquer par un manque de volontariat des patients et leur refus de compléter plusieurs fois le questionnaire pour ceux qui reviennent sur la période de recueil ainsi que par une participation du secrétariat qui peut être amélioré.

2.1.2 Les limites

La première limite concerne le caractère monocentrique de l'étude. En effet, cela diminue la validité externe de nos recherches. Les résultats observés sont assez significatifs par les tests statistiques et renforcent à l'inverse la validité interne.

Nous regrettons l'absence de données concernant le motif de consultation des patients comme cela a été fait dans d'autres thèses (29). L'étude a montré que les patients souffrant d'une ALD reconsultent plus que les autres patients et il aurait donc été intéressant de savoir si le motif est aigu ou chronique (renouvellement de traitement). L'information n'avait pas été anticipée et ne faisait pas partie du questionnaire.

2.2 Les forces

2.2.1 La question de recherche

La pertinence de notre travail tient au caractère actuel des CSNP en développement en France. Ce travail peut aider à contribuer à valider l'implantation de CSNP et favoriser leur développement en apportant une description de l'activité de la CNPMG.

Les thèses existantes sur ce sujet portaient principalement sur le point de vue des médecins généralistes (30) et urgentistes. Le travail de Polesso (2022) intéresse justement la collaboration de ces deux spécialités pour la gestion des SNP (31). Cette thèse répond à la problématique du mésusage des urgences par les patients et l'intérêt d'y inclure la médecine générale.

Bien que la désertification médicale touche aussi bien les zones urbaines que rurales, nos campagnes demeurent particulièrement vulnérables, car de nombreux médecins sont davantage attirés par les villes et les structures de travail en groupe. Les études qui traitent des CNPMG intégrés aux services des urgences (32) (33) (34) ne permettent pas d'étendre leurs résultats aux zones rurales, où les services d'urgences à proximité sont souvent inexistantes ou ont été fermés. En revanche, notre étude, portant sur un service à part entière, offre des résultats qui peuvent être généralisés à l'ensemble des territoires français.

Les quelques thèses ayant interrogés des patients se sont portées sur leur satisfaction face à la prise en charge des demandes de SNP notamment le travail de Blondel (2022) dans une étude multicentrique normande (35). Les travaux de Boulenger (2017) sur l'agglomération d'Orange sont plus exhaustifs sur les SNP de manière générale, hospitaliers et ambulatoires et englobent à la fois le point de vue des médecins et des patients et abordent le parcours de soins (36) mais ne font pas référence à l'activité d'un service à part entière. Le CNPMG travaille étroitement avec les urgences, pour le détachement de médecins si besoin ou la réorientation des patients, mais reste tout de même une structure fonctionnant de manière indépendante avec son secrétariat et la propre gestion de ses plannings.

Notre thèse vient compléter cette littérature en décrivant plus précisément les caractéristiques des patients nécessitant un recours aux SNP.

Cette étude a en outre permis d'identifier la typologie des patients consultant aux CNPMG. Les patients en ALD représentent 29,2 % de l'effectif des patients qui consultent aux CNPMG et ceux avec une maladie chronique presque la moitié de l'effectif (48,3%). Cela laisse des perspectives de discussion sur le parcours de soin des patients et le suivi longitudinal.

2.2.2. La méthodologie

La méthodologie employée est reproductible. Cela devrait faciliter l'étude d'autres CSNP et permettre leurs comparaisons.

La multitude des données récupérées nous permettent un aperçu réaliste concernant les comportements des patients. Le recueil des informations par un investigateur unique apporte de la robustesse aux résultats.

Le caractère rétrospectif nous impose naturellement des données manquantes avec des dossiers retrouvés parfois partiellement dénués d'informations. Cependant, grâce au grand nombre de patients inclus initialement, la proportion de données manquantes a seulement été de 9%.

3. Confrontation aux données du CNPMG et à la littérature

3.1 Données issues du CNPMG

La population étudiée représente bien la population qui fréquente habituellement le CNPMG constituée à 58,2% de femmes et à 41,8% d'hommes ((ANNEXE 2 à 4) ; proportions similaires à celles de la patientèle consultant à la CNPMG retrouvée dans cette étude. La répartition des différentes tranches d'âges semble également se superposer à nos données.

3.2 Données de la littérature

A l'instar des travaux réalisés sur l'usage de la télémédecine, notre étude a révélé que cette dernière est peu répandue comme réponse aux demandes de SNP. L'insertion dans un parcours de soins et la présence d'un médecin traitant n'a pas de différence significative sur le recours à la télémédecine ($p=0,55$). La télémédecine a connu une forte utilisation durant l'épidémie de COVID-19 (16) avant de très vite redescendre à son seuil initial, montrant ainsi que cette pratique ne satisfait pas forcément les usagers du système de soin.

La satisfaction, bien que largement secondaire dans notre thèse contrairement au travail de thèse du Dr BLONDEL (35) où la question est centrale, peut être appréciée par quelques interprétations. Au-delà des 91% de patients disant s'être sentis bien accueillis par le service, les patients consultent moins aux urgences après avoir eu recours aux CNPMG, cela laisse à penser qu'ils sont satisfaits de leur prise en charge. D'ailleurs, on a pu remarquer qu'un tiers des patients qui ont été admis aux urgences en amont ont finalement consulté au CNPMG, ce qui peut témoigner d'une insatisfaction de la prise en charge au SAU.

Le résultat impactant de la part de patients en ALD qui consultent aux CNPMG n'ayant pas de médecin traitant laisse suggérer la nécessité de mettre en place de nouvelles ressources.

Le travail accompli par ALLAMANNO et DEFFRENNES DOREAU (2023) portant sur un dispositif d'accès aux soins primaires des patients âgés et/ou en ALD sans médecin traitant (37) est extrêmement intéressant pour des perspectives d'avenir. L'implication des internes de médecine générale (IMG) ou encore des infirmières en pratique avancée (IPA) pourrait apporter des ressources supplémentaires (38) (39) à l'offre de soins primaires. C'est un problème que notre thèse a permis de souligner.

4. L'intérêt de l'ouverture des CNPMG

4.1. Intégrer la population dans un parcours de soins

L'accessibilité aux soins primaires et non programmés est essentielle par le droit constitutionnel envers la population comme nous l'avons expliqué. Une autre mesure non moins importante est à considérer. En effet, l'ARS encourage et homologue des CSNP pour inclure l'ensemble de la population dans un parcours de soins et éviter une rupture de soins. Ainsi, la prise en charge précoce des maladies tend à minimiser les dépenses de santé. Prenons un exemple simple : l'ACFA est une des principales causes d'AVC. Le traitement d'une arythmie par beta bloquants et anticoagulants coûtera moins cher que la prise en charge hospitalière d'un AVC et la rééducation qui en découle.

Notre travail a souligné la difficulté du suivi longitudinal des patients en ALD sans médecin traitant. Les médecins travaillant au sein des CNPMG d'Alençon ne peuvent se déclarer MT. Dr BAUCHET, dans sa thèse sur les SNP au sein d'un centre municipal de santé (CMS) à Malakoff (40) apporte une perspective à cette problématique : le CMS est partagé entre une activité de médecine générale ayant une patientèle définie et un médecin détaché exclusivement aux SNP qu'il s'agisse de patients avec ou sans médecin traitant. Cela peut permettre à des médecins volontaires de prendre en charge certains patients en ALD.

En lien avec l'ARS, la CPAM a mis en place au printemps 2023 le service MISAS (41). La mission d'accompagnement en santé a pour but de contacter l'ensemble des personnes n'ayant pas recours à des soins médicaux afin de leur proposer une prise en charge dans le cadre de la prévention primaire.

4.2. Adapter l'exercice médical aux nouvelles attentes des médecins

Le choix du statut d'exercice salarié en hausse encourage les jeunes médecins à s'impliquer dans de telles structures qui permet comme c'est le cas des CNPMG d'Alençon un exercice à mi-temps et salarié. L'effectif de 8 médecins pour 2 temps pleins avec des horaires dits « de bureau » laisse présager la souplesse envisageable par rapport à un cabinet de ville classique. Je n'ai pas fait le choix d'interroger les médecins sur leurs conditions de travail puisque cela a été fait dans les travaux de DREAN en 2017 (42).

V. Conclusion

Les soins non programmés (SNP) constituent un enjeu crucial dans la réorganisation des soins primaires en France, en raison de la diminution de l'offre de médecins généralistes et de l'augmentation des demandes de soins. Dans ce contexte, l'émergence des Consultations Non Programmées de Médecine Générale (CNPMG) se présente comme une solution potentielle pour répondre à ce double défi. À travers cette étude, nous avons cherché à évaluer l'impact du CNPMG d'Alençon pour pallier l'absence de médecins traitants et son rôle dans le désengorgement des services d'urgences.

Les résultats montrent que 70 % des patients qui consultent aux CNPMG d'Alençon sont sans médecin traitant, ce qui confirme l'utilité de ce dispositif pour pallier les déserts médicaux. Ces patients, souvent en affection longue durée (ALD) ou souffrant de maladies chroniques, trouvent dans ces consultations un point d'accès aux soins primaires, évitant ainsi des complications qui pourraient entraîner des hospitalisations coûteuses et lourdes pour le système de santé.

L'étude met en évidence que la contribution actuelle des CNPMG au désengorgement des urgences est limitée, avec seulement 1 à 2 patients du SAU réorientés par jour, malgré des créneaux réservés pour les urgences par le CNPMG. Toutefois, ce potentiel est sous-estimé. Une meilleure coopération entre les urgences et les CNPMG, ainsi qu'une optimisation du tri des patients, pourrait améliorer cette réorientation et alléger la charge des services d'urgences. En outre, les patients connaissant déjà le service des CNPMG ont significativement moins recours aux urgences pour leurs consultations suivantes, ce qui témoigne d'une forme de régulation efficace des soins non urgents.

Cependant, cette étude met également en lumière des faiblesses, notamment le manque de suivi longitudinal des patients. En effet, bien que les CNPMG offrent une réponse immédiate aux soins primaires, l'absence de médecin traitant pour une grande partie des patients en ALD ou souffrant de maladies chroniques pose la question d'une meilleure intégration de ces patients dans un parcours de soins coordonné. La mise en place de dispositifs complémentaires, tels que le service MISAS (Mission d'Accompagnement en Santé), qui contacte les patients sans médecin traitant pour les orienter vers des structures de prévention, est une piste prometteuse pour répondre à cet objectif.

Les résultats de cette étude suggèrent plusieurs axes d'amélioration pour les CNPMG. D'abord, la mise en place d'un suivi plus rigoureux des patients chroniques par le biais du DMP pourrait améliorer la qualité des soins prodigués et réduire les risques d'erreurs médicales. Ensuite, il serait intéressant de renforcer la collaboration entre les médecins généralistes, les urgences et les CNPMG afin d'optimiser l'orientation des patients. L'intégration des CNPMG au sein des CPTS pourrait également être un levier pour une prise en charge plus coordonnée et plus efficace des soins non programmés. La ville d'Alençon est composée de plusieurs structures de santé qui participent aux SNP mais qui ne fonctionnent pas suffisamment en concertation et ce serait là un rôle à renforcer de la CPTS.

La réflexion sur l'adaptation du statut des médecins généralistes aux nouvelles attentes professionnelles est également un point crucial. Le choix de l'exercice salarié au sein des CNPMG semble offrir une solution viable pour attirer de jeunes médecins. En effet, les horaires de travail aménagés et la possibilité de travailler à temps partiel sont des avantages qui répondent aux aspirations de nombreux médecins. De plus, la réduction de la charge administrative avec la mise en place d'une assistante médicale pourrait aussi dégager du temps de. Par exemple, Startech qui est le pôle santé d'Alençon avait initialement pour but une décharge totale des actes non médicaux et administratifs.

Par ailleurs, il semble important de poursuivre l'évaluation des CNPMG sur une période plus longue et d'élargir l'étude à d'autres régions afin de valider les résultats obtenus à Alençon. La généralisation des CNPMG à l'échelle nationale, déjà amorcée, pourrait ainsi s'accompagner d'une standardisation des pratiques, d'un renforcement des outils numériques (DMP, téléconsultations) et d'une meilleure gestion des flux de patients, notamment en fonction des saisons et des pics épidémiques.

L'évolution du rôle des CNPMG devra être surveillée de près. Il est possible que ces centres, conçus pour répondre aux SNP, évoluent vers une forme de médecine de premier recours plus généraliste. Cela nécessiterait alors un ajustement des modalités de financement, de gestion et de coordination avec les autres acteurs de santé, afin de répondre aux nouveaux besoins de la population tout en garantissant une continuité des soins.

Enfin, cette étude ouvre des perspectives intéressantes quant à l'avenir des CNPMG. La généralisation de ce modèle, couplée à l'implication d'autres professionnels de santé, comme les internes de médecine générale (IMG) et les infirmiers en pratique avancée (IPA), pourrait contribuer à renforcer l'accès aux soins primaires.

VI. Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé. Soins de santé primaires [Internet]. 2023 [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
2. Thomas MESNIER. Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. Paris; 2018 mai [cité 5 oct 2024] p. 84. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
3. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences [Internet]. 2023 janv [cité 5 oct 2024]. (DRESS. Rapports et résultats.). Report No.: n°212. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-usagers-des-urgences-premiers-resultats-dune-enquete-0>
4. l'URPS des médecins libéraux d'Occitanie. Médecin d'Occitanie. [cité 1 juill 2024]. SNP – Soins Non Programmés. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/snp-soins-non-programmes/>
5. Chaput,H. et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés [Internet]. 2020 janv [cité 2 juill 2024]. Report No.: 1138. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>
6. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1). 2004-810 août 13, 2004.
7. Article 36 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 1 juill 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483
8. DREES. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 1 juill 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023>
9. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2023 [cité 1 juill 2024]. Publication de l'atlas de la démographie médicale 2023. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/publication-atlas-demographie-medicale-2023>
10. Gouyon L. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. mars 2006;(n°471).
11. Conseil national de l'ordre des médecins. Etat des lieux de la PDSA en médecine générale. 2022 [cité 1 juill 2024]. [cnom_rapport_pdsa_2022.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/ryu87g/cnom_rapport_pdsa_2022.pdf). Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/ryu87g/cnom_rapport_pdsa_2022.pdf
12. Raynaud D. Les déterminants du recours à l'automédication. Rev Fr Aff Soc. 2008;(1):81-94.

13. ARS Bretagne. Prise en charge des « petits maux » par les pharmaciens : l'expérimentation reconduite et bientôt étendue [Internet]. 2023 [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/prise-en-charge-des-petits-maux-par-les-pharmaciens-lexperimentation-reconduite-et-bientot-etendue>
14. SPF PD Sermet C. Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? 2019;(n°5-6):49-52.
15. Leclerc, A., et al. Les maladies chroniques en France : état des lieux et défis futurs. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. (n°67):243-50.
16. La télémédecine, une pratique en voie de généralisation | vie-publique.fr. 7 sept 2020 [cité 5 oct 2024]; Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>
17. De Ridder Ri, Dammel France. Chapitre 3. Nos professionnels peuvent-ils faire leur travail correctement et de façon durable ? In: Au chevet de nos soins de santé: comment les améliorer sensiblement ? Paris: Cairn; 2020. (Santé en soi).
18. Cour des comptes. Rapport public annuel 2019 de la cours des comptes sur les urgences hospitalières [Internet]. 2019 [cité 1 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
19. DREES. Enquête Urgences 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 1 juill 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-urgences-2023>
20. Labainville I, Lefève C. Les patients dits « non urgents » aux urgences: Priorisation, orientation et sélection au prisme des sciences sociales. médecine/sciences. juin 2023;39(6-7):569-74.
21. SIMON DP. ManagerSante.com@. 2019 [cité 24 juin 2024]. Comment répondre à la demande croissante de « soins non programmés » ? Le Dr Pierre SIMON décrypte la situation et propose la Téléconsultation « hors parcours ». Disponible sur: <https://managersante.com/2019/07/01/la-demande-de-soins-non-programmes-des-chiffres-pour-mieux-comprendre-les-enjeux-de-la-teleconsultation-hors-parcours/>
22. Ministère du travail, de la santé et de la solidarité. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 1 juill 2024]. Le medicobus : une démarche « d'aller vers » les patients éloignés des soins dans les territoires ruraux. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/grands-dossiers/un-meilleur-acces-aux-soins-pour-tous-sur-le-territoire/article/le-medicobus-une-demarche-d-aller-vers-les-patients-eloignes-des-soins-dans-les>
23. Romain Talvas et al. Reduire-les-inegalites-sociales-et-territoriales-dacces-aux-soins. 2023 [cité 5 oct 2024]; Disponible sur: <https://www.fabriquer-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2023/07/Reduire-les-inegalites-sociales-et-territoriales-dacces-aux-soins-%E2%80%93-2023.pdf>
24. Dumontet M. Féminisation, activité libérale et lieu d'installation : quels enjeux en médecine générale ? : Analyses micro-économétriques de l'offre de soins [Internet] [phdthesis]. Université Paris Dauphine - Paris IX; 2015 [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-01215131>

25. ARS Normandie. Cahier des charges de la PDSA en Normandie [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2019-01/180725_ARRETE_PDSA_ANNEXES.pdf
26. ARS Normandie. Zonage Médecin : l'ARS Normandie aide les médecins généralistes libéraux à s'installer et à exercer dans les zones qui en ont le plus besoin [Internet]. 2024 [cité 1 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/zonage-medecin-lars-normandie-aide-les-medecins-generalistes-liberaux-sinstaller-et-exercer-dans>
27. Association des maires ruraux de France. Etudes sur la santé en milieu rural. calameo.com. sept 2022;15.
28. Les services d'accueil des urgences [Internet]. [cité 11 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ch-alencon.fr/liste-des-poles/pole-cruss/liste-des-poles/pole-cruss/urgences.html>
29. EHRET Bastien. Description de l'activité des CSNP dans mulhouse alsace agglomération. [Internet]. [Strasbourg]: Faculté de médecine de Strasbourg; 2022 [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2022/2022_EHRET_Bastien.pdf
30. Chevillot D, Zamord T, Durieux W, Gay B. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde. 2021;33:517-26.
31. Polesso F. Place et avenir des médecins généralistes dans les services d'urgences. [Marseille]: LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES DE MARSEILLE; 2022.
32. Khelifi G. Evaluation de l'intérêt de l'ouverture d'une consultation de médecine générale dans le service d'accueil des urgences du CHU Pitié Salpêtrière-Paris [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2011.
33. Gellibert G. Évaluation du dispositif des Consultations Non Programmées assurées par les médecins généralistes au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux (24) [Internet]. 2017 [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01676405>
34. Deguelle PY. Organisation des soins non programmés: intérêt de la mise en place d'une consultation de médecine générale au service d'urgence du centre hospitalier de Moulins-Yzeure [Internet]. [Cermont Ferrand]: UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES; 2019 [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02476465>
35. Blondel B. Satisfaction des patients sur les soins non programmés: étude quantitative en maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires normandes. [Université de médecine et de pharmacie de Rouen]: Rouen; 2022.
36. Boulenger É. Parcours de soins non programmés: état des lieux des pratiques, du point de vue du patient et du médecin; exemple de l'agglomération d'Orange [Internet]. [Marseille]: LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE; 2017 [cité 15 nov 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01895883>

37. Allamanno L, Deffrennes-Doreau O. Dispositif d'accès aux soins primaires des patients âgés et/ou en ALD sans médecin traitant: élaboration et mesure d'activité d'un projet innovant interprofessionnel en Vendée impliquant des internes en médecine générale et des infirmiers en pratique avancée. [Nantes]: Université de médecine de Nantes; 2023.
38. Schmitt F. Intérêt d'une consultation de médecine générale assurée par des internes en SASPAS dans un centre hospitalier en secteur de désertification médicale. [Clermont Ferrand]: UNIVERSITE DE CLERMONT AUVERGNE; 2017.
39. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Les infirmiers(ères) en tant que substituts des médecins de soins primaires. Cochrane Libr [Internet]. 2018 [cité 4 oct 2024]; Issue 7. Art. No.: CD001271. Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD001271/EPOC_les-infirmierseres-en-tant-que-substituts-des-medecins-de-soins-primaires
40. Aurore BAUCHET. Parcours de soins des patients recourant aux soins non programmés dans un centre municipal de santé d'Île-de-France (Haut-de-Seine, Malakoff) : étude descriptive rétrospective [Internet]. [Paris]; 2021 [cité 15 nov 2023]. Disponible sur: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/these/parcours-de-soins-des-patients-recourant-aux-soins-non-programmes-dans-un-centre-municipal-de-sante-dile-de-france-haut-de-seine-malakoff-etude-descriptive-retrospective/>
41. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Personnes en affection longue durée sans médecin traitant : le plan d'action du ministère de la santé [Internet]. 2023 [cité 8 oct 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/personnes-en-affection-longue-duree-sans-medecin-traitant-le-plan-d-action-du>
42. Lydie DREAN. Analyse des perceptions évolutives des médecins généralistes sur la gestion des demandes de soins non programmés de médecine générale au sein du pays Thouarsais [Internet]. [Poitiers]: Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie; 2017 [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/4a10b7a6-87b0-4986-9791-c12e10ab157d>

VII. Annexes

ANNEXE 1 : Questionnaire patient

QUESTIONNAIRE PATIENT sur l'activité du centre de soins non programmé (CNPMG)

1. Êtes-vous de nationalité française ?
◇ OUI ◇ NON
2. Pouvez-vous répondre à ce questionnaire (lire le français) ?
◇ OUI ◇ NON : si vous répondez non, arrêtez les questions ici.
3. Avez-vous déjà répondu à ce questionnaire ?
◇ OUI ◇ NON
4. Êtes-vous ?
◇ Un homme ◇ Une femme
5. Quel âge avez-vous ?
◇ < 18 ans ◇ 18-25 ans ◇ 25-35 ans ◇ 35-45 ans ◇ 45-55 ans ◇ 55-65 ans ◇ > 65 ans
6. Avez-vous des problèmes de santé qui vous obligent à prendre des médicaments chaque jour ? (Maladie chronique)
◇ OUI ◇ NON
7. Êtes-vous en affection longue durée (ALD) ?
◇ OUI ◇ NON
8. Avez-vous un médecin traitant ?
◇ OUI ◇ NON
9. Si NON à la question 5, Aviez-vous auparavant un médecin traitant qui est parti en retraite ?
◇ OUI ◇ NON
10. Est-ce votre première consultation au CNPMG ?
◇ OUI ◇ NON
11. Savez-vous ce qu'est le DMP (dossier médical partagé) / mon espace santé ?
◇ OUI ◇ NON
12. Avez-vous un DMP = mon espace santé ?
◇ OUI ◇ NON
13. Avez-vous déjà eu recours à la télémédecine avant d'avoir recours au CNPMG ?
◇ OUI ◇ NON
14. Avez-vous consulté aux urgences avant de venir au CNPMG ?
◇ OUI ◇ NON
15. Par qui êtes-vous adressé ?
◇ Vous-même ◇ les urgences ◇ le centre 15 ◇ autre

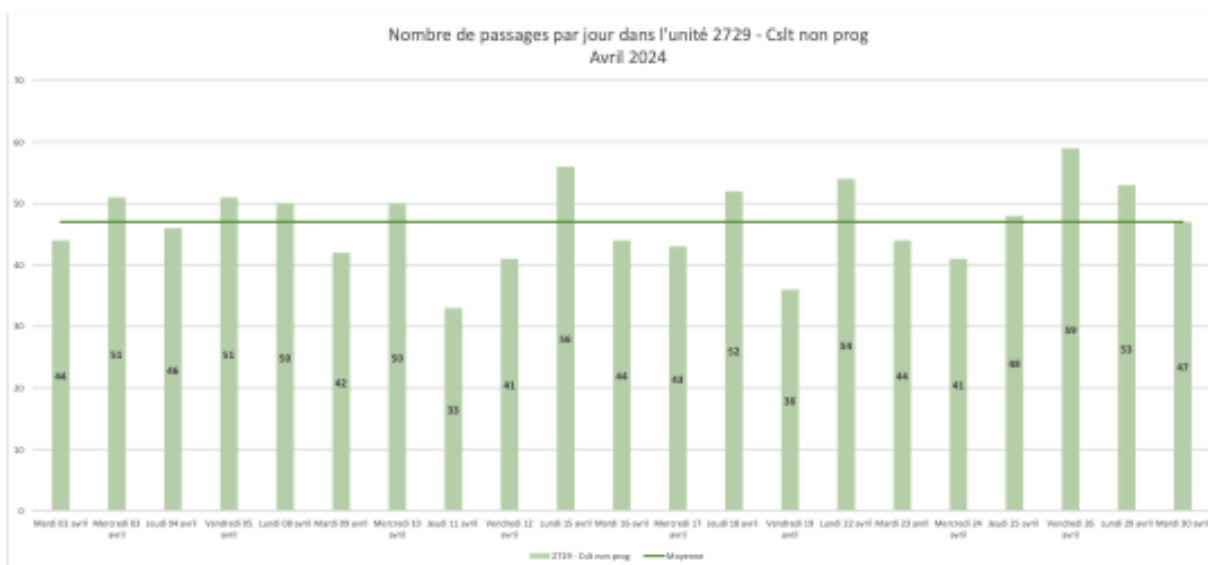
MERCI DE REpondre AUX QUESTIONS SUIVANTES APRES LA CONSULTATION

16. Pensez-vous revenir au CNPMG si vous avez un nouveau problème de santé ?
◇ OUI ◇ NON
17. Votre problème de santé ce jour :
◇ Est entièrement résolu ◇ Nécessite de revenir en consultation ◇ N'est pas du tout résolu
18. Vous êtes-vous senti bien accueilli(e) par le service ?
◇ OUI ◇ NON ◇ Pas d'avis

ANNEXE 2 : Bilan d'activité des CNPMG sur le mois d'avril 2024

Tableau de bord des consultations non programmées (Unités 2729 – 2739)

AVRIL 2024



Avril 2024	Unité 2729
Nombre de mouvements	985
Nombre de cotations	985

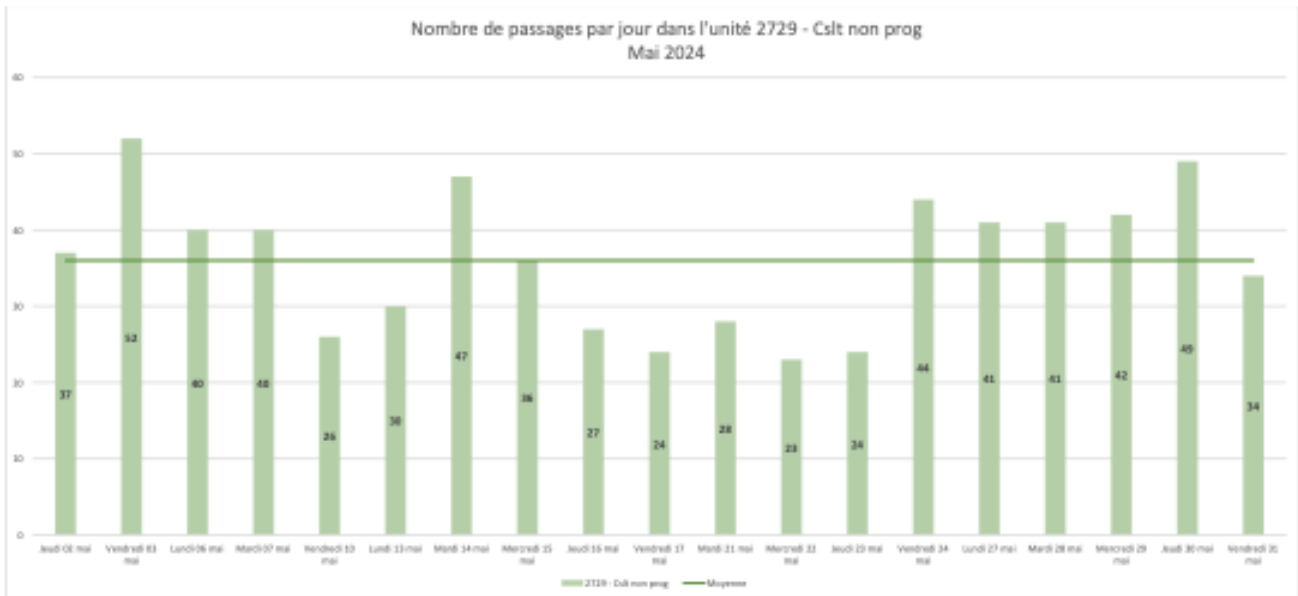
Médecins	Nombre
Médecin 1	63
Médecin 2	111
Médecin 3	90
Médecin 4	337
Médecin 5	73
Médecin 6	26
Médecin 7	241
Médecin 8	44
Total général	985

Tranche d'âge	Femmes	Hommes	Total
0-9 ans	2	2	4
10-19 ans	44	44	88
20-29 ans	95	62	157
30-39 ans	74	62	136
40-49 ans	78	64	142
50-59 ans	89	51	140
60-69 ans	67	58	125
70-79 ans	79	49	128
80-89 ans	40	18	58
90-99 ans	5	2	7
Total général	573	412	985

Source : Département d'information médicale (DIM)

ANNEXE 3 : Bilan d'activité des CNPMG sur le mois de mai 2024

**Tableau de bord des consultations non programmées
(Unités 2729 – 2739)
MAI 2024**



Mai 2024		Unité 2729
Nombre de mouvements		685
Nombre de cotations		685

Médecins	Nombre
Médecin 1	67
Médecin 2	50
Médecin 3	77
Médecin 4	240
Médecin 5	60
Médecin 6	23
Médecin 7	128
Médecin 8	5
Médecin 9	35
Total général	685

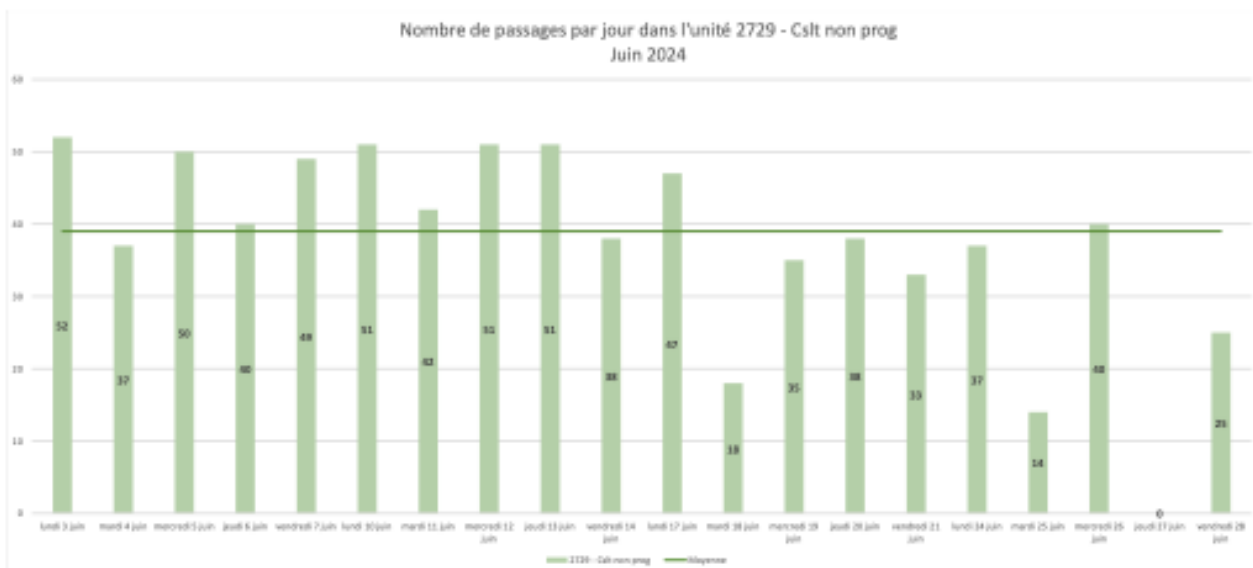
Tranche d'âge	Femmes	Hommes	Total
0-9 ans	3	2	5
10-19 ans	22	23	45
20-29 ans	54	47	101
30-39 ans	42	43	85
40-49 ans	55	55	110
50-59 ans	54	35	89
60-69 ans	58	40	98
70-79 ans	49	35	84
80-89 ans	38	20	58
90-99 ans	4	6	10
Total général	379	306	685

Source : Département d'information médicale (DIM)

ANNEXE 4 : Bilan d'activité des CNPMG sur le mois de mai 2

Tableau de bord des consultations non programmées (Unités 2729 – 2739)

JUIN 2024



	Unité 2729	
	juin-23	juin-24
Nombre de mouvements	826	750
Nombre de cotations	819	748

Médecins	Nombre
Médecin 1	40
Médecin 2	1
Médecin 3	106
Médecin 4	303
Médecin 5	78
Médecin 6	14
Médecin 7	164
Médecin 8	42
Total général	748

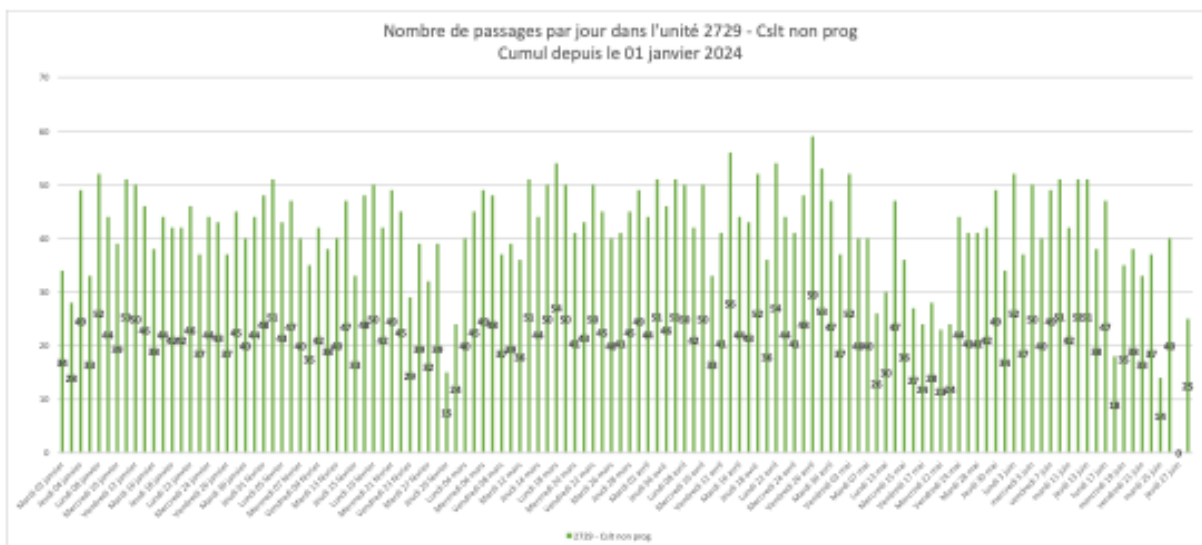
Tranche d'âge	Femmes	Hommes	Total
0-9 ans	4	4	8
10-19 ans	19	28	47
20-29 ans	68	48	116
30-39 ans	62	46	108
40-49 ans	54	42	96
50-59 ans	48	45	93
60-69 ans	58	38	96
70-79 ans	68	51	119
80-89 ans	37	16	53
90-99 ans	8	4	12
Total général	426	322	748

Source : Département d'information médicale (DIM)

ANNEXE 5 : Bilan d'activité du CNPMG de janvier à juin 2024

**Tableau de bord des consultations non programmées
(Unités 2729 – 2739)
JANVIER - JUIN 2024**

Médecins	Nombre
Médecin 1	334
Médecin 2	299
Médecin 3	487
Médecin 4	2088
Médecin 5	255
Médecin 6	122
Médecin 7	1226
Médecin 8	5
Médecin 9	303
Total général	5119



Comparaison sur la même période en 2023 :

Médecins	Nombre
Médecin 1	246
Médecin 2	865
Médecin 3	378
Médecin 4	1 081
Médecin 5	125
Médecin 6	1 251
Médecin 7	349
Total général	4 295

Source : Département d'information médicale (DIM)

« 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 : 2024

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : CHAMRANI Chayma

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Parcours de soins des patients recourant aux Consultations non programmées de médecine générale dans un service de soins non programmés de l'Orne (Alençon) : étude épidémiologique descriptive transversale

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : L'organisation des soins non programmés (SNP) est un enjeu majeur de santé publique, en particulier face à la baisse du nombre de médecins généralistes et à l'augmentation des demandes de consultations rapides. Les SNP répondent à des besoins de soins immédiats pour des pathologies qui ne relèvent pas d'une urgence vitale. Cette étude porte sur les consultations non programmées de médecine générale (CNPMG) à Alençon, dans l'Orne. L'objectif était de déterminer si les CNPMG répondent aux besoins des patients sans médecin traitant (MT) et permettent de désengorger les services d'urgence (SU).

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale. La population étudiée a concerné les patients ayant consulté aux CNPMG d'Alençon du 2 avril au 30 juin 2024 avec recueil des données par auto-questionnaire anonyme.

Résultats : L'étude a inclus 867 questionnaires. La majorité des patients (70 %) n'avaient pas de MT. Peu de patients sont adressés aux CNPMG par les urgences. Les patients sans MT et en ALD ont un recours plus fréquent aux CNPMG et ont tendance à reconsulter plus souvent, ce qui témoigne de la nécessité de cette structure pour combler l'absence de suivi médical régulier.

Conclusion : Les CNPMG d'Alençon jouent un rôle crucial dans la prise en charge des patients sans MT, mais pas dans le désengorgement des urgences. Cette étude met en lumière le besoin d'un suivi plus structuré des patients notamment ceux atteints de maladies chroniques ou en ALD et la nécessité d'impliquer de nouveaux acteurs de soins.

MOTS-CLÉS : Soins non programmés ; médecine générale ; urgences ; soins de santé primaires ; soins de premier recours ; consultation non programmée de médecine générale.

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Care pathways of patients using Unscheduled General Practice Consultations in an Unscheduled Care Service in Orne (Alençon): A Cross-Sectional Descriptive Epidemiological Study

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Introduction: The organization of unscheduled care (USC) is a major public health issue, particularly considering the decrease in the number of general practitioners and the increase in demand for rapid consultations. USC addresses the need for immediate care for conditions that are not life-threatening. This study focuses on Unscheduled General Practice Consultations (UGPC) in Alençon, located in the Orne region. The objective was to determine whether UGPC meets the needs of patients without a regular general practitioner (GP) and helps to alleviate the burden on emergency services (ES).

Method: This is a cross-sectional descriptive epidemiological study. The studied population included patients who consulted the UGPC in Alençon from April 2 to June 30, 2024, with data collected through an anonymous self-questionnaire.

Results: The study included 867 questionnaires. Many patients (70%) did not have a regular GP. Few patients are referred to CNPMG by the emergency department. Patients without a regular GP and with long-term conditions (LTC) utilized UGPC more frequently and tended to return for consultations more often, indicating the necessity of this structure to compensate for the lack of regular medical follow-up.

Conclusion: The CNPMG in Alençon play a crucial role in managing patients without a primary care physician, but not in relieving the burden on emergency departments. However, this study highlights the need for a more structured follow-up for patients, especially those with chronic illnesses or LTC, and the necessity to involve new healthcare actors.

KEY WORDS: Unscheduled care; general practice; emergency services; primary healthcare; primary care; general practice

