

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACS : Aide au payement d'une Complémentaire Santé

ADOPS : Association Départementale d'Organisation de la Permanence des Soins

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

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

ECN : Épreuves Classantes Nationales

HAD : Hospitalisation à Domicile

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRSA : Institut inter-Régional pour la Santé

LCSA : La Chapelle-Saint-Aubin

MMG : Maison Médicale de Garde

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires

PMI : Protection maternelle et Infantile

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	15
II. URGENCES EN MEDECINE GENERALE LIBERALE	18
A) Définition	18
B) Quelques chiffres	19
C) Liste des principaux soins non programmés	20
III. MATÉRIEL ET MÉTHODES	21
A) Choix du type d'étude	21
B) Population étudiée	22
C) Description du questionnaire	23
D) Analyse des données et éthique.....	24
IV. RÉSULTATS	25
A) Caractéristiques de la population étudiée	25
1) Nombre de questionnaires	25
2) Âge des patients.....	25
3) Sexe des patients	25
4) Lieu de consultation.....	26
5) Sexe du médecin traitant.....	26
6) Traitement du patient.....	27
7) Statut du patient.....	27
8) Fréquence des consultations	27
B) Motifs de consultation urgents	28
1) Motifs pour une consultation le jour même.....	28
2) Motifs pour une consultations à 2-3 jours.....	29
C) A propos du secrétariat	29
D) Etude des délais avec le médecin traitant	30
1) Pour une consultation d'urgence au cabinet.....	30
2) Pour une visite à domicile.....	31
E) Etude des délais avec un médecin remplaçant ou un interne	32
1) Données générales.....	32
2) Pour une consultation d'urgence au cabinet.....	33
3) Pour une visite à domicile.....	34
F) Souhaits des patients	35

G)	Conduite adoptée lorsque le patient ne pouvait pas être vu dans la journée	36
H)	Connaissance des patients sur la permanence des soins ambulatoires	36
1)	Le Week-end	36
2)	Conduite adoptée lorsque le cabinet médical était fermé	36
3)	Le système des gardes et la maison médicale	37
V.	DISCUSSION	38
A)	Biais et limites de l'étude	38
B)	Discussion à propos des principaux résultats	40
VI.	CONCLUSION	43
VII.	BIBLIOGRAPHIE	44
VIII.	LISTE DES FIGURES	48
IX.	LISTE DES TABLEAUX.....	49
X.	LISTE DES ANNEXES	50
A)	Place du médecin généraliste dans le système de soins.....	50
1)	Définition de la médecine générale.....	50
2)	Missions du médecin généraliste.....	51
3)	Définition et organisation des soins premiers	52
4)	Définition d'un système de soins.....	53
5)	Modèles d'organisation des systèmes de soins.....	54
B)	Le Carré de White	58
C)	La permanence des soins ambulatoires.....	59
1)	Définition	59
2)	Fonctionnement.....	59
3)	Organisation et financement	60
C)	Les territoires de la PDSA en Sarthe.....	61
D)	Le numéro 116-117	63
E)	La Classification Internationale en Soins Premiers 2 (CISP-2).....	64
F)	La lettre d'information au patient.....	66
G)	Le questionnaire	67
XI.	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	71

I. INTRODUCTION

« Docteur, ça devient de plus en plus compliqué d'avoir un rendez-vous quand on est malade »

La question de la démographie médicale en France est plus que jamais d'actualité et reste une préoccupation importante pour la population générale française. Selon le Conseil National de l'Ordre des médecins, la France comptait 290 974 médecins inscrits au tableau de l'Ordre au 1er janvier 2017 (1). Si ce chiffre peut apparaître à première vue rassurant car jamais égalé, il n'en ait pas moins trompeur car environ 25% d'entre eux sont des médecins retraités et la moyenne d'âge des médecins en France en 2017 est de 51,2 ans (1). Le chiffre de médecins retraités est en augmentation permanente, avec des départs massifs à la retraite qui ne seront pas tous remplacés dans les années à venir. Plusieurs modèles élaborés par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques en matière de démographie médicale (DRESS), estiment que le nombre total de médecins sera de 188 000 en 2019 (2).

Cette situation médicale est en grande partie le fruit de variations importantes du numerus clausus depuis son instauration en 1971 (3). La durée relativement longue des études, la féminisation de la profession avec souhait légitime de la jeune génération de concilier vie professionnelle et vie privée, le vieillissement de la population ayant pour conséquence une augmentation de la demande de soins sont autant d'autres facteurs fréquemment retrouvés dans les questions de démographie médicale (4). De plus, les jeunes médecins décident de se consacrer de plus en plus à une activité de médecin remplaçant plutôt que de s'installer (augmentation de 17.1 % depuis 2007). Le CNOM en 2017 recense 12 011 médecins remplaçants dont 7970 médecins généralistes soit 7% du nombre total de médecins généralistes (1). Ceux-ci expriment comme principales motivations à leur exercice un sentiment de liberté mais surtout une absence de contraintes administratives amenant un gain de temps et un confort de travail certain (5).

D'autre part, il existe des différences importantes de densité médicale entre les différentes régions du pays mais également entre les départements d'une même région, aboutissant à des territoires sous dotés. En 2016, les régions les plus fortement touchées par la pénurie de médecins sont l'île de France qui a enregistré depuis 2007 une baisse importante du nombre de médecins, la Picardie et la région Centre où la densité médicale est la plus faible du pays avec 232.7 médecins pour 100000 habitants, la densité moyenne nationale étant de 284.4 médecins pour 100000 habitants (1).

La région des Pays de la Loire, avec ses 5 départements, recense au 1er janvier 2015 un total de 13092 médecins (6). Cette région illustre bien le problème de disparité médicale intra régionale car ici encore, on retrouve des inégalités démographiques marquées notamment entre la Loire Atlantique et la Mayenne (5673 vs 770 médecins). Certaines spécialités médicales sont plus touchées que d'autres.

C'est le cas de la médecine générale, qui en 2015 recensait 3274 praticiens libéraux en Pays de la Loire, avec des chiffres qui ne cessent de diminuer au cours des années depuis 2006. Au sein des Pays de la Loire, le département de la Sarthe n'est pas épargné. Elle compte en 2015 seulement 387 généralistes libéraux, soit une densité de 121 médecins généralistes pour 100 000 habitants (la moyenne nationale étant à 154.1) dont la moyenne d'âge est de 54,4 ans et 30,4% ont plus de 60 ans (6).

Le médecin généraliste ambulatoire est pourtant un acteur important du système de soins car c'est principalement vers lui que le patient se tourne en premier lorsqu'il ressent un symptôme ou un trouble de santé (Annexes A et B). Il s'agit d'un professionnel de premier recours, tout comme le pharmacien d'officine par exemple. Il constitue le 1er pallier du système de soins, la porte d'entrée dans celui-ci. Il dispense des soins premiers (anciennement « soins primaires »).

Les soins premiers de médecine générale peuvent globalement se différencier en soins programmés, lesquels correspondent aux consultations ayant un caractère non-urgent (renouvellement de traitement, suivi, certificats de non contre-indications...) (7) et en soins non programmés relevant d'un caractère plus urgent (douleur, fièvre, traumatologie...) (8).

Les situations de soins non programmés comprennent toutes les demandes de soins non prévues (9). En effet, toute personne peut légitimement ressentir le besoin d'être rapidement vue en consultation par son médecin traitant. Cependant, le caractère « urgent » d'une consultation est une notion subjective. Elle sera perçue différemment selon le point de vue du médecin généraliste ou du patient. Dans tous les cas, le médecin généraliste joue un rôle important dans les soins de premier recours puisque quel que soit le mode ou le lieu d'exercice, il sera confronté à des situations de soins non programmés que ce soit à son cabinet ou en garde. Le patient a en effet la possibilité de consulter un médecin de garde lorsque le cabinet médical est fermé, c'est-à-dire le soir après 20h et le week-end. Il s'agit de la permanence de soins ambulatoires (PDSA) (10). Les soins non programmés n'ayant pas pu être vus le jour au cabinet médical peuvent bénéficier de la PDSA le soir (Annexes C et D).

Notre travail s'intéresse aux soins non programmés en ambulatoire, au cabinet médical, dans le cadre de la continuité de soins. Nous avons souhaité nous intéresser de plus près au point de vue du patient en réalisant cette étude pratique de terrain.

II. URGENCES EN MEDECINE GENERALE LIBERALE

A) Définition

L'urgence en matière de santé est définie comme « un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage » (11).

En pratique, les urgences médicales et par extension les soins non programmés comprennent toutes les demandes de soins non prévues, quelle que soit la gravité du problème.

En effet, toute personne peut légitimement ressentir le besoin d'être rapidement vue en consultation par son médecin traitant. Cependant, le caractère « urgent » d'une consultation est une notion subjective et sera perçue différemment selon le patient ou le médecin.

Une étude réalisée par la DRESS en 2004 sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale définit l'urgence en médecine de ville de la façon suivante (12) :

- urgences médicales repérées comme telles par le médecin
- recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet
- recours ayant lieu pendant les horaires d'ouverture du cabinet du médecin avec des patients déclarant avoir eu « besoin de voir un médecin dans la journée »
- recours aux médecins des associations urgentistes de villes

Dans le cas des services hospitaliers, est considéré comme « urgent » tout passage dans un service d'urgence, quelles que soient la nature et la gravité du problème de santé pris en charge.

B) Quelques chiffres

L'enquête réalisée par la DRESS en octobre 2004 auprès de 1 400 médecins de ville a montré que les recours urgents ou non programmés constituaient 12% de l'activité totale des médecins libéraux (13). Ils concernaient particulièrement les enfants de moins de 13 ans (22% des patients) et des adultes de 25 à 45 ans (26% des patients).

L'activité urgente des médecins généralistes était essentiellement diurne, dont 18% en dehors des heures d'ouverture de cabinet. Près de 80% de ces recours concernaient une affection aiguë et, tout comme les urgences hospitalières, ils étaient principalement motivés par des problèmes somatiques.

Le diagnostic principal différait selon l'âge des patients : maladies infectieuses pour les enfants et les jeunes adultes, affections rhumatologiques et cardiologiques pour les personnes âgées.

Une douleur à soulager était signalée dans près de 40% des cas.

Le médecin a jugé que l'état du patient était susceptible de s'aggraver à l'issue d'environ 30% de ces consultations d'urgences.

5% des recours urgents ou non programmés en médecine de ville ont débouchés sur une hospitalisation, généralement immédiate, et un arrêt de travail a été prescrit dans 12% des cas.

C) Liste des principaux soins non programmés

Bien qu'il ne semble pas exister de classification officielle des soins non programmés, on peut proposer de les lister de la façon suivante, selon la DRESS (14) :

- Episodes infectieux aigus, concernant plutôt les enfants et adolescents
- Episodes aigus rhumatologiques, concernant plutôt les personnes âgées
- Urgences sans gravité, maladies chroniques
- Maladies allergiques et lésions dermatologiques
- Problèmes traumatiques
- Problèmes psychologiques
- Urgences somatiques critiques, principalement cardiologique

III. MATÉRIEL ET MÉTHODES

A) Choix du type d'étude

L'objectif principal de cette étude était de déterminer les délais moyens estimés par les patients en Sarthe pour obtenir un rendez-vous avec leur médecin traitant pour un soin non programmé.

Pour ce faire, une étude quantitative prospective multicentrique a été réalisée, en Sarthe, dans 3 cabinets de médecine générale, avec un questionnaire remis au patient. Les études quantitatives nécessitent le recrutement d'un plus grand nombre de sujets que dans les études qualitatives, afin que l'échantillon constitué soit le plus représentatif possible de la population étudiée, ici la population sarthoise. L'intérêt de ce type d'étude est de limiter les biais (15).

Les objectifs secondaires étaient d'une part de déterminer les délais moyens rapportés par les patients pour obtenir un rendez-vous avec un médecin remplaçant du cabinet ou un interne de médecine générale pour un soin non programmé en Sarthe, de les comparer aux délais recueillis pour le médecin traitant et d'autre part d'évaluer la connaissance qu'avaient les patients de la PDSA, notamment concernant les maisons médicales de garde (MMG), ces dernières permettant une prise en charge des soins non programmés en dehors des heures d'ouverture des cabinets.

Du fait de la démographie sarthoise, on suppose que le délai de rendez-vous avec un médecin remplaçant ou un interne de médecine générale sera plus court qu'avec le médecin traitant.

B) Population étudiée

Cette étude a été réalisée sur une durée d'une semaine du 04 au 08 juin 2018. Elle s'est déroulée dans le département de la Sarthe, au sein de 3 cabinets médicaux libéraux ayant des modes et milieux d'exercice différents (rural, semi-rural, urbain, cabinet de groupe, MSP...) afin d'être le plus représentatif possible de la médecine générale sarthoise.

Nous avons choisi un cabinet rural (Brûlon, 1595 habitants), un cabinet semi-rural (La Chapelle-Saint-Aubin, 2362 habitants) et un cabinet urbain (Le Mans, 143 813 habitants). Les notions de « rural » et « urbain » ont été choisies pour plus de clarté et pour faciliter l'interprétation des résultats. Elles ont été inspirées par les définitions de l'INSEE (16).

Les critères de choix des 3 cabinets étaient l'exercice de médecins remplaçants, l'accueil d'internes de médecine générale et un secrétariat physique.

Les critères d'inclusion étaient les patients âgés de 18 ans ou plus, en capacité de lire et écrire, étant suivis et consultants dans les 3 cabinets de médecine générale sarthois retenus.

Les critères d'exclusion étaient les patients n'ayant pas donné leur accord pour répondre au questionnaire, les patients sous protection juridique, les patients mineurs et les patients hors cabinet (consultation de dépannage).

C) Description du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir de la bibliographie, rédigé à partir du logiciel Microsoft Word 2016 et imprimé pour les patients en format papier.

Les questionnaires ont été remis aux enquêtés par le secrétariat du cabinet, avec une lettre d'information afin de leur expliquer l'objet de la thèse et les modalités du questionnaire (Annexe G). Ils ont été ensuite complétés en salle d'attente et remis en sortant au secrétariat, sauf à Brûlon où, pour des raisons pratiques, ils ont été déposés directement en salle d'attente.

Le questionnaire avait été testé au préalable par 3 personnes qui n'avaient pas de compétences médicales. La réalisation du questionnaire prenait 4 à 8 minutes et aucune des 3 personnes n'avait rencontré de difficultés particulières pour le remplir.

Il se composait de 26 items, définis à partir des données recueillis dans la littérature et des pré-supposés du chercheur. La plupart des questions étaient à choix simple et le questionnaire comportait 3 parties (Annexe H).

La 1^{ère} était intitulée « Informations générales » et explorait les caractéristiques socio-démographiques des patients interrogés telles que l'âge, le sexe, le cabinet médical consulté, le sexe du médecin traitant, la prise d'un traitement au long cours, la fréquence moyenne de consultation annuelle avec le médecin traitant, et éventuellement l'existence d'un statut particulier pour le patient (ALD, CMU, AME, ACS).

La 2nd partie, la principale, permettait l'étude des délais d'obtention de consultations pour un soin non programmé en médecine générale, y compris pour une visite à domicile. On réalisait une évaluation des motifs principaux amenant à consulter, du délai souhaité et obtenu avec le médecin traitant puis avec un médecin remplaçant ou un interne de médecine générale, et de la satisfaction du patient.

Enfin la 3^{ème} partie était consacrée à la continuité des soins ambulatoires et aux connaissances des patients des modalités de consultation en dehors du cabinet du médecin traitant.

D) Analyse des données et éthique

Sur le plan des considérations éthiques, les données saisies étaient anonymes. La lettre d'accompagnement du questionnaire précisait de façon explicite que la remise du questionnaire au secrétariat impliquait l'accord des patients.

La saisie des données a été effectuée avec l'aide du logiciel Microsoft Excel 2016. Les tableaux comparatifs et les graphiques ont également été réalisés sous Excel. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Shiny Stat GMRC, avec l'aide Groupe de Méthodes en Recherche Clinique de Strasbourg. Un seuil de $p < 0.05$ a été retenu comme significatif. Les données analysées étaient principalement des pourcentages. Les variables qualitatives ont été comparées principalement à l'aide du test du Khi2 et pour certaines le test exact de Fisher. Les quelques variables quantitatives ont été analysées avec le test de Kruskal Wallis.

Chacun des médecins traitants des 3 cabinets a été préalablement informé de l'étude et de ses modalités, par un mail qui comprenait en pièce jointe la lettre d'information et le questionnaire. Aucun n'a exprimé de refus concernant la réalisation de l'étude.

L'étude a reçu l'accord du Comité d'Éthique du Centre Hospitalier du Mans.

IV. RÉSULTATS

A) Caractéristiques de la population étudiée

1) Nombre de questionnaires

Nous avons recueilli 532 questionnaires sur l'ensemble des 3 cabinets médicaux. Parmi eux, 46 n'ont pas pu être exploités : 42 étaient incomplets, 4 ne remplissaient pas les critères d'inclusion. 486 questionnaires ont donc pu être analysés.

2) Âge des patients

Le patient le plus jeune avait 18 ans, et le plus âgé avait 92 ans.

L'âge moyen des patients était de 47.7 ans avec un écart-type de 16.6, l'âge médian était de 45 ans.

Il n'y avait pas de différence significative entre les 3 cabinets en matière d'âge ($p=0.09587$).

3) Sexe des patients

La population interrogée était principalement féminine.

Sur les 486 patients, 316 étaient des femmes (65%), 170 étaient des hommes (35%).

Il n'y avait pas de différence significative entre les 3 cabinets en matière de sexe ($p=0.23$)

4) Lieu de consultation

Les patients étaient répartis de la façon suivante :

- 166 patients consultaient au cabinet semi-rural de la Chapelle-Saint-Aubin, soit 34.1% des interrogés
- 101 patients consultaient au cabinet rural de Brûlon, soit 20.8%
- 219 patients consultaient au cabinet urbain du Mans (rue de Bourges), soit 45.1%

5) Sexe du médecin traitant

Sur les 3 cabinets médicaux interrogés, la répartition des médecins traitants était la suivante :

- 3 médecins à la Chapelle-Saint-Aubin (2 femmes et 1 homme)
- 5 médecins à Brûlon (3 femmes et 2 hommes)
- 3 médecins au Mans, rue de Bourges (2 femmes et 1 homme)

Il y avait donc 11 médecins installés, soit 7 femmes et 4 hommes.

Sur les 486 patients interrogés, 321 ont déclarés une femme comme médecin traitant (66%) et 165 ont déclarés un homme (34%).

Il n'y avait pas de différence significative entre les 3 cabinets en matière de sexe du médecin traitant ($p=0.61$).

6) Traitement du patient

Parmi les 486 patients, 226 déclaraient prendre un traitement au long cours (46.5%), 260 patients n'en prenaient pas (53.5%).

Il n'y avait pas de différence significative entre les 3 cabinets en matière de traitement du patient ($p=0.12$).

7) Statut du patient

La répartition était la suivante :

- 393 patients ont déclaré n'avoir aucun statut médical particulier (80.9%)
- 56 patients ont déclaré être en ALD (11.5%)
- 16 patients déclaraient bénéficier de la CMU ou ACS ou AME (3.3%)
- 21 patients déclaraient un autre statut (4.3%)

Il n'y avait pas de différence significative entre les 3 cabinets en matière de statut médical du patient ($p=0.14$).

8) Fréquence des consultations

186 patients consultaient moins de 4 fois par an (38.3%), 261 déclaraient avoir recours à leur médecin traitant entre 4 et 10 fois par an (53.7%), et 39 nécessitaient plus de 10 consultations par an (8%).

Il y avait une différence significative entre les 3 cabinets en matière de fréquence de consultation annuelle ($p=0.01$). Les patients du cabinet rural semblaient davantage consulter que les 2 autres cabinets.

B) Motifs de consultation urgents

1) Motifs pour une consultation le jour même

Pour une consultation le jour même, les principaux motifs retrouvés étaient les symptômes généraux (fièvre, céphalées, malaise...), les symptômes cardio-vasculaires et les signes urinaires (figure 1).

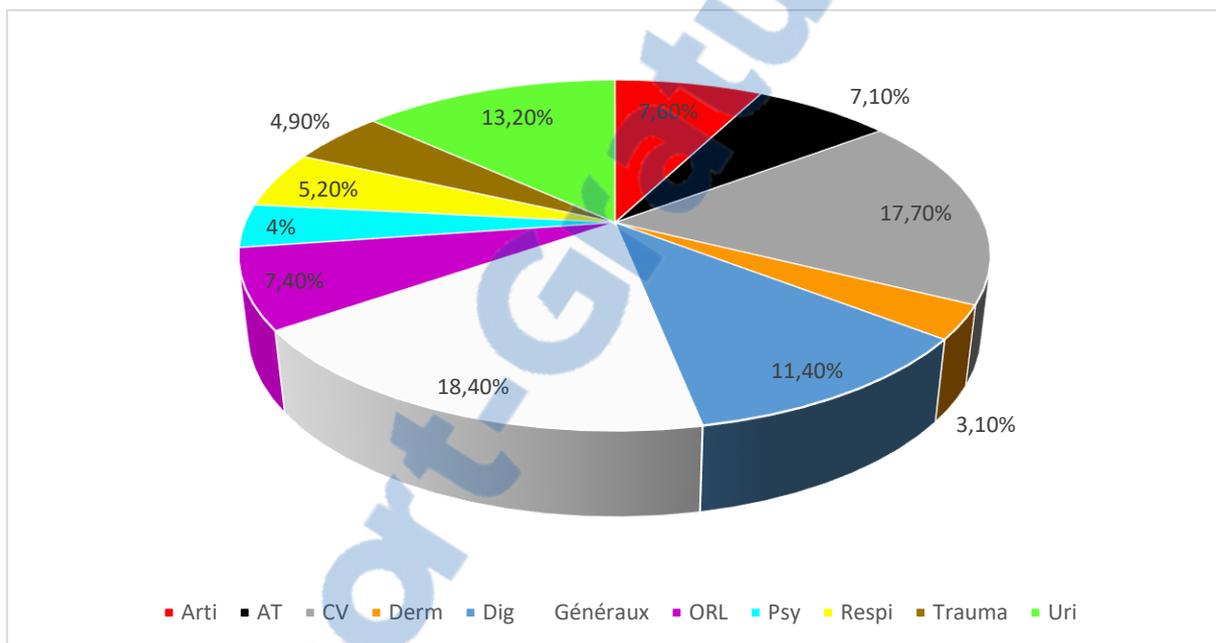


Figure 1 : Principaux motifs pour une consultation le jour même

2) Motifs pour une consultations à 2-3 jours

Pour une consultation à 2-3 jours, les principaux motifs retrouvés étaient encore une fois les symptômes généraux, les symptômes digestifs et les signes articulaires (figure 2).

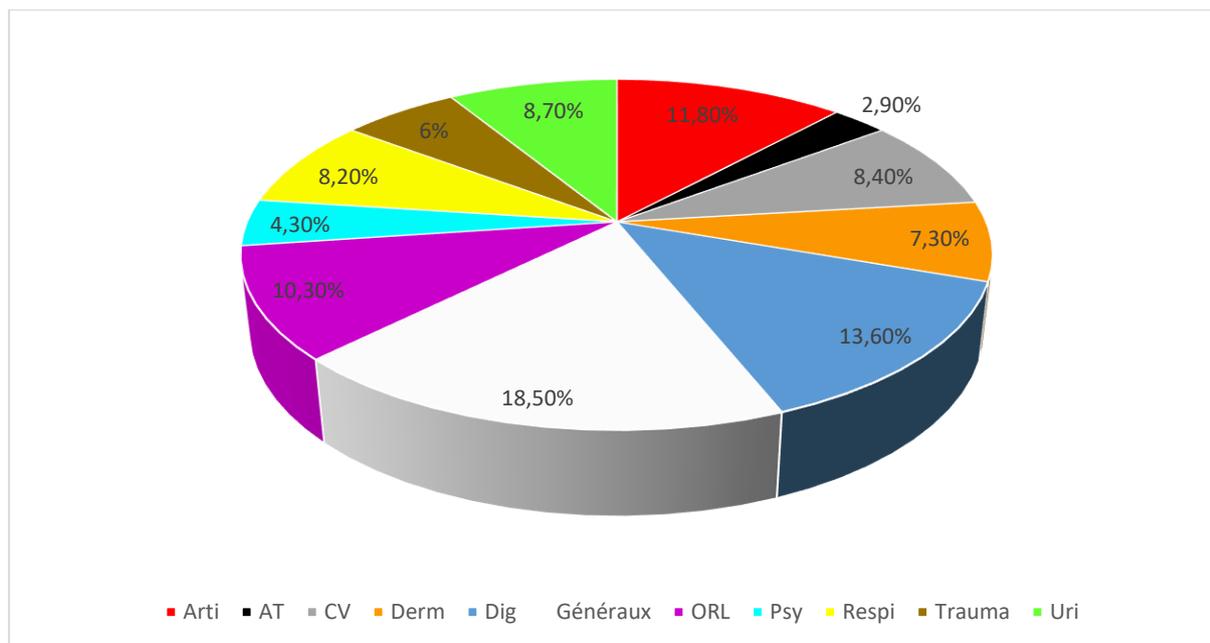


Figure 2 : Principaux motifs pour une consultation à 2-3 jours

C) A propos du secrétariat

- Pour 346 patients, le questionnement de la secrétaire à propos du motif de consultation était systématique (71.2%)
- 100 patients ont répondu (20.6%) que le questionnement était régulier
- 32 répondaient qu'il était occasionnel (6.6%)
- 8 déclaraient ne jamais être questionné (1.6%)

182 patients déclaraient être très satisfait du délai proposé par le secrétariat, lorsqu'ils demandaient un rendez-vous pour une consultation urgente (37.4%), 252 ont déclarés en être satisfait (51.9%), 49 disaient être moyennement satisfait (10.1%) et 3 patients n'étaient pas satisfaits (0.6%).

D) Etude des délais avec le médecin traitant

1) Pour une consultation d'urgence au cabinet

Sur les 486 patients :

- 229 patients étaient vu le jour même (47.1%)
- 187 obtenaient un rendez-vous à 2-3 jours (38.5%)
- 49 obtenaient un rendez-vous entre 3 et 7 jours (10.1%)
- 21 mettaient plus de 7 jours pour avoir un rendez-vous (4.3%)

Afin de simplifier l'analyse, nous avons également comparés les délais de consultation en urgence avec le médecin traitant selon le cabinet (tableau 1 et figure 3).

Délai médecin traitant	Jour même	2-3j	3-7j	>7j	Total général
Brûlon (rural)	52 (51.5%)	40 (39.6%)	5 (4.9%)	4 (4%)	101
LCSA (semi-rural)	42 (25.3%)	76 (45.8%)	32 (19.3%)	16 (9.6%)	166
Le Mans (urbain)	135 (61.6%)	71 (32.4%)	12 (5.5%)	1 (0.5%)	219
Total général	229	187	49	21	486

Tableau 1 : Comparaison des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence avec le médecin traitant selon le cabinet

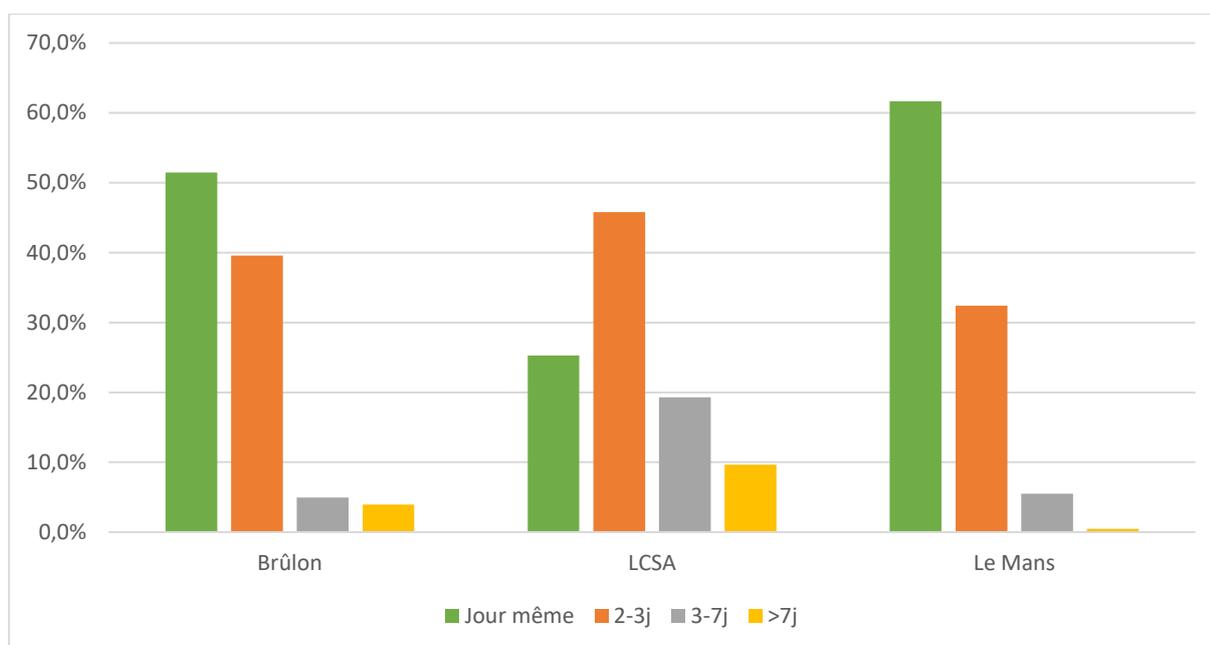


Figure 3 : Comparaison des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence avec le médecin traitant selon le cabinet (pourcentage)

2) Pour une visite à domicile

424 patients déclaraient ne jamais demander de visite à domicile à leur médecin traitant lorsqu'ils étaient en souffrance (87.2%)

Sur les 62 personnes qui demandaient une visite à domicile en cas de souffrance :

- 20 obtenaient toujours cette visite (32.3%)
- 2 régulièrement (3.2%)
- 21 occasionnellement (33.9%)
- 19 déclaraient que leur médecin traitant ne se déplaçaient jamais à leur domicile (30.6%)

Sur les 43 personnes qui déclaraient obtenir une visite à domicile, le médecin traitant se déplaçait le jour même pour 30 personnes (69.8%), 13 patients attendaient le lendemain pour avoir la visite (30.2%).

Nous avons également comparé les délais pour les visites à domicile en urgence avec le médecin traitant selon le cabinet (figure 4).

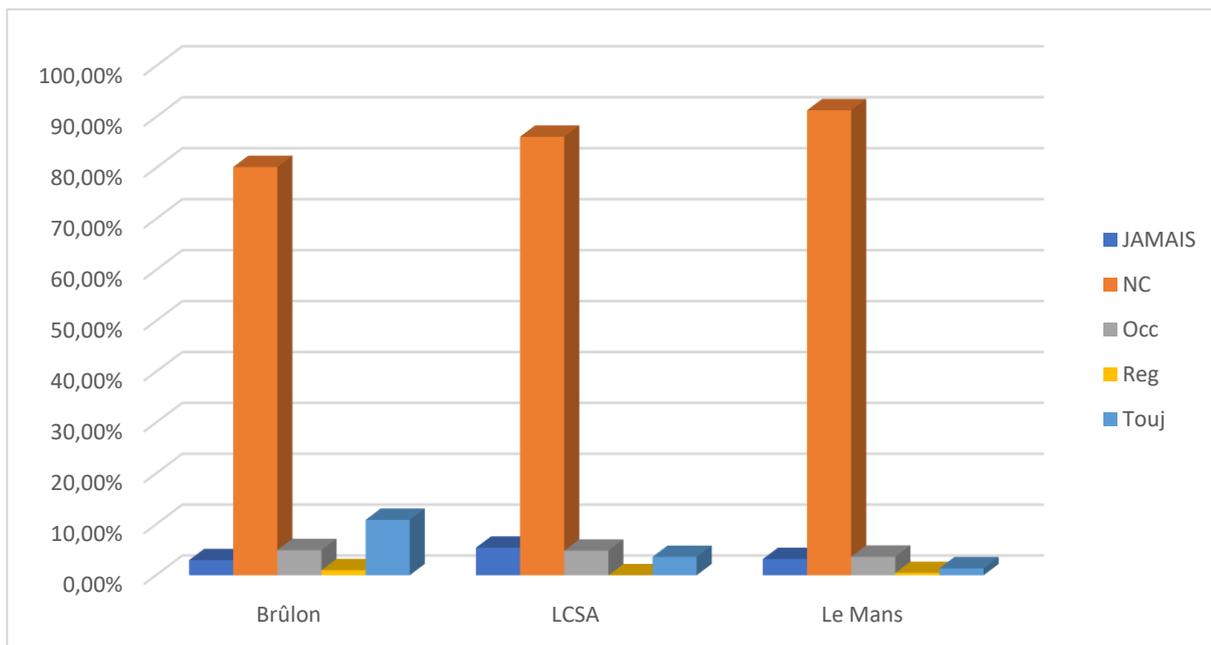


Figure 4 : : Comparaison des délais de rendez-vous pour les visites à domicile en urgence avec le médecin traitant selon le cabinet (pourcentage)

E) Etude des délais avec un médecin remplaçant ou un interne

1) Données générales

Sur les 486 patients, 470 patients savaient que leur médecin traitant avait recours à des médecins remplaçants (96.7%). Parmi ceux-ci :

- 62 pensaient que les médecins remplaçants étaient toujours présents au cabinet (13.2%)
- 240 estimaient qu'ils étaient régulièrement présents (51.1%)
- 168 disaient que les remplaçants étaient occasionnellement présents (35.7%)

Le remplacement était occasionnel pour 54.5% des patients de Brûlon, alors qu'il était régulier pour 57.8% et 53.4% des patients, respectivement à La Chapelle-Saint-Aubin et au Mans.

357 patients savaient que leur cabinet médical accueillait des internes de médecine générale (73.5%), 91 patients pensaient qu'il n'y en avait pas (18.7%), 38 patients déclaraient ne pas savoir si leur cabinet accueillait ou pas des internes (7.8%).

2) Pour une consultation d'urgence au cabinet

Sur les 486 patients, 85 déclaraient ne jamais avoir eu de consultation d'urgence avec un médecin remplaçant ou un interne (20.6%). Parmi les 401 patients ayant déjà bénéficié d'une consultation avec eux :

- 224 patients étaient vu le jour même (55.9%)
- 146 obtenaient un rendez-vous entre 1 et 3 jours (36.4%)
- 29 obtenaient un rendez-vous entre 3 et 7 jours (7.2%)
- 2 mettaient plus de 7 jours pour avoir un rendez-vous (0.5%)

Afin de simplifier l'analyse, nous avons également comparés les délais de consultation en urgence avec le médecin remplaçant ou l'interne de médecine générale selon le cabinet (tableau 2 et figure 5).

Délai médecin remplaçant/interne	Jour même	1-3j	3-7j	>7j	NC	Total général
Brûlon (rural)	37 (36.6%)	26(25.7%)	5 (5%)	1 (1%)	32 (31.7%)	101
LCSA (semi-rural)	58 (34.9%)	73 (44%)	15 (9%)	1 (0.6%)	19 (11.5%)	166
Le Mans (urbain)	129(58.9%)	47(21.5%)	9(4.1%)	0 (0%)	34 (15.5%)	219
Total général	224	146	29	2	85	486

Tableau 2 : Comparaison des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence avec le médecin remplaçant ou l'interne selon le cabinet

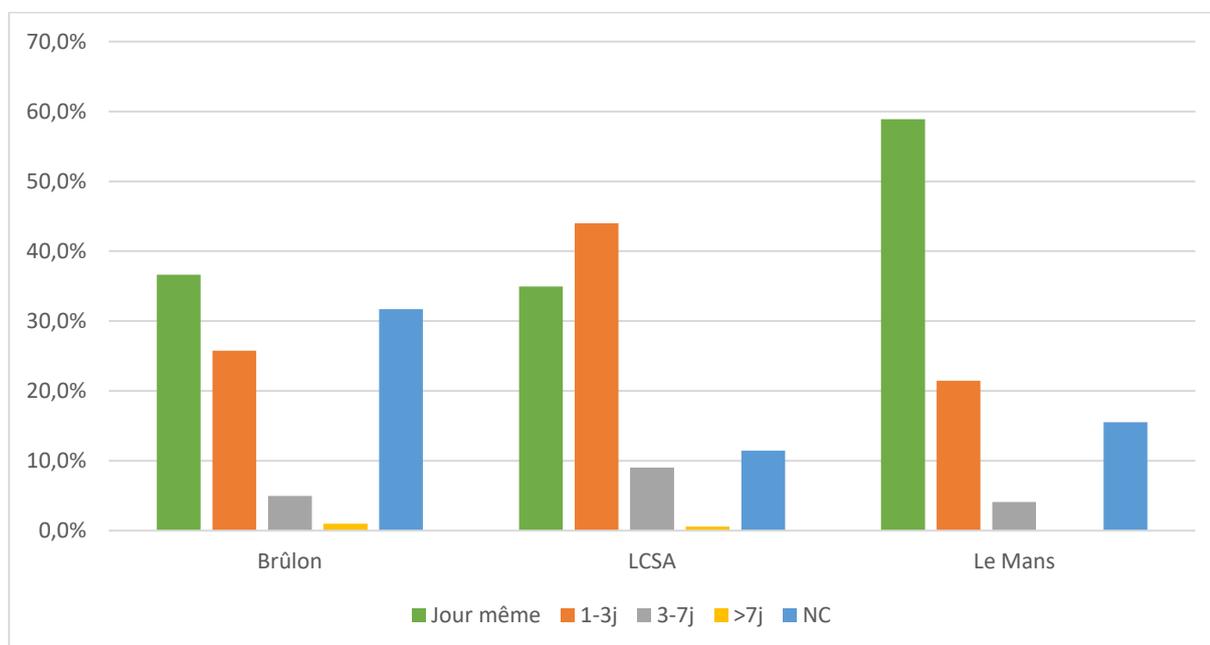


Figure 5 : Comparaison des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence avec le médecin remplaçant ou l'interne selon le cabinet (pourcentage)

3) Pour une visite à domicile

451 patients déclaraient ne jamais demander de visite à domicile au médecin remplaçant lorsqu'ils étaient en souffrance (92.8%)

Sur les 35 personnes qui demandaient une visite à domicile en cas de souffrance :

- 5 obtenaient toujours cette visite (14.3%)
- 3 régulièrement (8.6%)
- 10 occasionnellement (28.6%)
- 17 déclaraient que le médecin remplaçant ne se déplaçait jamais à leur domicile (48.5%)

Sur les 18 personnes qui déclaraient obtenir une visite à domicile, le médecin remplaçant se déplaçait le jour même pour 12 personnes (66.7%), 6 patients attendaient le lendemain pour avoir la visite (3.3%).

F) Souhaits des patients

Sur les 486 patients, 199 souhaitaient un rendez-vous plus rapide que celui qu'on leur proposait pour une consultation d'urgence (40.9%), 287 ne le souhaitaient pas (59.1%) (figure 6).

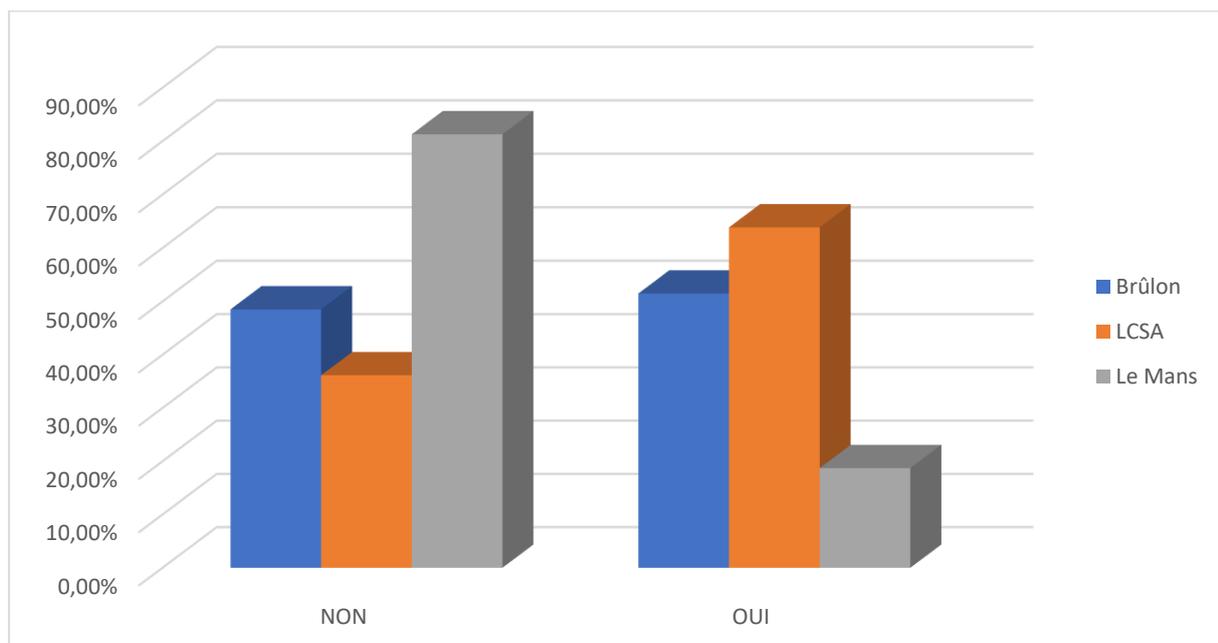


Figure 6 : Souhait d'un rendez-vous plus rapide en cas d'urgence selon le cabinet

G) Conduite adoptée lorsque le patient ne pouvait pas être vu dans la journée

- 86 patients allaient aux urgences le soir même (17.7%)
- 262 rappelaient leur cabinet médical plus tard (53.9%)
- 50 personnes attendaient le soir pour aller à la maison médicale de garde (10.3%)
- 36 personnes composaient le 15 (7.4%)
- 52 personnes déclaraient trouver une autre solution (10.7%)

H) Connaissance des patients sur la permanence des soins ambulatoires

1) Le Week-end

Sur les 486 patients, 356 savaient comment être vu par un médecin le week-end (73.3%), 130 ne le savaient pas (26.7%).

2) Conduite adoptée lorsque le cabinet médical était fermé

Lorsque le cabinet médical était fermé (soirs et week-ends), les choix des patients étaient les suivants :

- 100 allaient aux urgences (20.6%)
- 213 rappelaient leur cabinet médical plus tard (43.8%)
- 141 composaient le 15 (29%)
- 32 trouvaient une autre solution (6.6%)

3) Le système des gardes et la maison médicale

226 patients avaient connaissance que les médecins généralistes pouvaient effectuer des gardes (46.5%), 260 ne le savaient pas (53.5%).

290 patients connaissaient l'existence des maisons médicales de garde (59.7%), 196 n'en avaient pas connaissance (40.3%).

Sur les 290 patients connaissant les maisons médicales de garde :

- 37 pensaient qu'il fallait s'y rendre directement (12.7%)
- 189 composaient le 15 ou le 116-117, à juste titre, pour y accéder (65.2%)
- 11 patients allaient aux urgences (3.8%)
- 31 patients pensaient que la maison médicale était accessible en composant le numéro de leur médecin traitant (10.7%)
- 22 patients ne savaient pas comment y accéder (7.6%)

V. DISCUSSION

A) Biais et limites de l'étude

Il s'agit à notre connaissance de la seule étude permettant l'étude des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence et la connaissance de la permanence des soins ambulatoires par les patients dans le département de la Sarthe.

Nous avons obtenu un nombre intéressant de réponses, avec 486 questionnaires exploitables recueillis en une semaine sur les 3 cabinets, ce qui permet à l'étude d'avoir une puissance satisfaisante. Ce résultat confirme que les patients se sont sentis concernés par cette question.

Les populations étudiées sur les 3 cabinets étaient comparables en termes d'âge, de sexe, de statut médical mais on pouvait noter des variations dans le nombre de questionnaires recueillis, notamment entre le cabinet rural de Brûlon et celui du Mans. Cette différence peut être expliquée en partie du fait de la configuration spatiale du cabinet de Brûlon. En effet, lorsque le patient entre dans le cabinet, il rejoint directement la salle d'attente sans passer par le secrétariat. Les questionnaires avaient donc été déposés dans les différentes salles d'attente et remis au secrétariat en sortant, alors que dans les 2 autres cabinets, ils avaient été remis directement au patient par le secrétariat.

Concernant la question de la représentativité de l'échantillon sélectionné pour cette étude par rapport à la population sarthoise, il semble exister quelques divergences.

En effet, la population étudiée était en majorité féminine, 65% dans notre étude alors que selon l'INSEE, la population sarthoise est constituée de 51.4% de femmes (17).

On peut s'apercevoir dans notre étude que la majorité des médecins traitants était de sexe féminin ce qui est représentatif de la féminisation de la profession puisque selon le CNOM, 47% des médecins en activité régulière sont des femmes en 2017, contre 38% en 2007 (1).

En revanche, peu de données ont été retrouvés quant à l'âge moyen du Sarthois mais selon la préfecture du département (18), on observe un vieillissement de la population, avec un âge moyen estimé entre 39.9 et 44.1 ans. Ces données sont assez proches de celles recueillis dans notre étude (47.7 ans).

Selon l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire (ORS), les patients consultaient en moyenne 3 fois par an en Sarthe en 2016 (19). Dans notre étude, la majorité des patients consultaient soit moins de 4 fois par an, soit entre 4 et 10 fois par an.

Enfin une étude de l'ARS/ORS des Pays de la Loire montre que le pourcentage de personne en ALD en 2017 en Sarthe était de 14.2 (20), contre 11.5% dans notre étude.

Quelques biais ont pu être identifiés, le principal étant un biais de recrutement, rapport au choix des cabinets médicaux sélectionnés. En effet, le seul moyen d'éviter ce type de biais aurait été une sélection aléatoire par tirage au sort, ce qui n'a pas été le cas. Nous voulions des modes et lieux d'exercice variés, afin d'avoir un échantillon le plus représentatif possible de la population sarthoise. Aussi, le choix des cabinets a été réalisé selon la connaissance de leur fonctionnement et pour plus de facilité. Nous avons fait également le choix de ne sélectionner que des cabinets médicaux avec secrétariat physique afin de simplifier le recueil des questionnaires et d'avoir des modalités comparables de prise de rendez-vous. On peut également discuter un biais de subjectivité lié d'une part à la conception du questionnaire où certaines questions sur la satisfaction (notamment la 12) sont subjectives, d'autre part au fait que pour ces mêmes questions, la réponse de certains patients du cabinet de La Chapelle-Saint-Aubin a pu être influencé, du fait de remplacements réguliers.

B) Discussion à propos des principaux résultats

Concernant l'étude des délais moyens estimés par les patients en Sarthe pour obtenir un rendez-vous avec leur médecin traitant pour un soin non programmé, on peut constater qu'un peu moins de la moitié des personnes interrogés (47.1%) sont vu en consultation le jour même, et environ 85% des patients sont vu dans les 3 jours. A l'inverse, une proportion heureusement assez faible de patients déclare avoir eu un rendez-vous plus de 7 jours après leur demande (4.3%). Comme nous l'avons précédemment vu, les 3 cabinets choisis pour cette étude étaient comparables en termes de caractéristiques socio-démographiques, ce qui permet de pouvoir comparer les délais entre les cabinets et donc entre des milieux d'exercice différents. On peut d'emblée remarquer qu'il existe une différence significative assez nette entre le cabinet urbain et le cabinet semi-rural pour ce qui est de l'obtention d'un rendez-vous le jour même pour un soin non programmé (61.6% vs 25.3%) ($p=0.003$). Pour une consultation à 2-3 jours, les différences entre les cabinets semblent moins prononcées, alors qu'encore une fois on observe une différence significative entre le cabinet urbain et le cabinet semi-rural en ce qui concerne la consultation d'urgence à plus de 7 jours : 1 seul cas sur les 219 patients du Mans, contre presque 10% des patients à la Chapelle-Saint-Aubin.

Si on étudie maintenant les délais moyens estimés par les patients en Sarthe pour obtenir un rendez-vous avec un médecin remplaçant ou un interne de médecine générale pour un soin non programmé, on voit que plus de la moitié des personnes interrogés (55.9%) sont vu en consultation le jour même et environ 92% des personnes ont un rendez-vous dans les 3 jours. D'autre part, seulement 2 patients sur 401 déclarent obtenir un rendez-vous à plus de 7 jours, ce qui est négligeable. Si, comme pour le médecin traitant, on compare ici les délais entre les 3 cabinets, on peut voir qu'entre le cabinet urbain et les 2 autres cabinets, il existe également une différence significative importante pour avoir un rendez-vous le jour même pour un soin non programmé avec un médecin remplaçant ou un interne de médecine générale (environ 60% vs 35%) ($p=0.0075$). Cependant, il est à noter que les patients du cabinet rural de Brûlon semblent avoir moins recours aux médecins remplaçants, notamment réguliers, que les 2 autres cabinets. Concernant les délais



supérieurs à 3 jours, les chiffres semblent assez proches et faibles. La majorité des patients savaient que leur cabinet médical avait recours à des remplaçants ou des internes.

Notre étude montre donc qu'il semble un peu plus facile pour les patients d'obtenir un rendez-vous avec un médecin remplaçant ou un interne de médecine générale qu'avec leur médecin traitant pour une consultation en urgence.

A propos des visites à domicile, il apparaît que très peu de patients en soient demandeurs lorsqu'ils sont souffrants. Ceci semble valable pour le médecin traitant et pour le médecin remplaçant car on y retrouve des chiffres globalement similaires, avec un taux de demande de visite de l'ordre de 10% pour l'ensemble des personnes interrogées. On peut noter que pour la demande auprès du médecin traitant, environ 70% des visites sont acceptées et donc 30% des visites sont refusées et que sur les visites acceptées, environ les $\frac{3}{4}$ le sont pour le jour même. Concernant la demande auprès du médecin remplaçant, l'étude montre que le taux d'acceptation de la visite est plutôt de l'ordre de 50%, et donc 50% de refus, et que la visite s'effectue le jour même dans $\frac{2}{3}$ des cas.

59% des personnes interrogées, soit environ 6 personnes sur 10, s'estiment satisfaites du délai qu'on leur propose quand ils demandent une consultation d'urgence, et ne souhaitent pas un rendez-vous plus rapidement. Un aspect intéressant de cette question est de constater qu'il existe des variations importantes de souhait entre le cabinet urbain et le cabinet semi-rural puisque plus de 80% des patients interrogés au Mans ne souhaitaient pas un rendez-vous plus rapide, contre seulement 36% à La Chapelle-Saint-Aubin. Le cabinet rural, quant à lui, se situe entre les 2 autres.

En ce qui concerne la connaissance des patients à propos de la permanence des soins ambulatoires, notre étude montre que 73.3% soit, environ $\frac{3}{4}$ des patients interrogés savent comment être vu par un médecin le week-end en cas de problème de santé. Ce chiffre est globalement comparable pour les 3 cabinets. D'autre part, 46.5% soit environ la moitié des personnes avaient notion du système de garde par le médecin généraliste et 59.7% des personnes interrogés avaient connaissance des MMG. Malgré les brochures informatives qui sont mis à la disposition des patients dans les salles d'attente de la plupart des cabinets médicaux, on peut constater que les

maisons médicales de garde sont inconnues pour 40% de la population de notre étude. Parmi les patients connaissant l'existence des MMG, 65%, soit 2 sur 3 savent comment y accéder, à savoir principalement par la composition du numéro 15 ou 116 117.

Les questions touchant au problème de la démographie médicale sont vastes. Afin de lutter contre les inégalités territoriales et les déserts médicaux, le ministère de la Santé a créé en 2012 le pacte territoire santé, projet contenant une douzaine de propositions, dont les objectifs étaient de mieux valoriser l'exercice médical dans les zones sous-dotées et d'inciter les jeunes médecins à s'y installer (21). Hormis les mesures d'aides financières à l'installation dans territoires sous-dotés (Contrat d'Engagement de Service Public et Praticiens Territoriaux de Médecine Générale), l'accent est surtout mis sur la formation (22). Augmenter le nombre de maitres de stage, développer les stages libéraux pour tous les étudiants en médecine générale y compris dans les zones rurales afin de leur faire découvrir la profession semblent être des mesures pertinentes pour lutter contre les déserts médicaux. Sur les 11 praticiens installés sur les 3 cabinets choisis pour l'étude, 7 ont fait le choix d'être maitre de stage, ce qui est un chiffre encourageant. En effet, comme nous l'avons vu dans notre étude, les internes de médecine générale peuvent accueillir plus précocement les soins non programmés et donc contribuer à une meilleure prise en charge de ces soins.

VI. CONCLUSION

L'étude a été réalisée dans un contexte où la démographie médicale est un sujet d'actualité, avec un déséquilibre important entre l'offre et la demande de soins. Cette enquête a permis d'étudier les délais moyens estimés par les patients pour obtenir un rendez-vous pour un soin non programmé en médecine générale libérale en Sarthe, département concerné par le problème du « manque de médecins ». Cette lancinante question est palpable lors des consultations de médecine générale en exercice libéral et ressentie par les patients comme étant une inquiétude majeure.

Elle montre que 41% des personnes interrogées souhaiteraient avoir un rendez-vous plus rapidement avec un médecin lorsqu'ils sont souffrants, ce qui représente un pourcentage non négligeable de personnes, confirmant ainsi les données de la littérature.

Un peu moins de la moitié des patients obtiennent un rendez-vous le jour même avec leur médecin traitant lorsqu'ils demandent une consultation pour un soin non programmé, un peu plus de la moitié avec un médecin remplaçant ou un interne de médecine générale. Peu de visites à domicile sont demandées par les patients en cas d'urgence.

Notre étude montre également que la plupart des personnes interrogées savent comment être vu par un médecin le week-end. La notion de maison médicale de garde est méconnue pour environ 40% des personnes interrogées, et 1/3 des personnes qui la connaissent ne savent pas comment y accéder. Ces chiffres, plutôt encourageants, montrent que nous devons poursuivre nos missions d'information et de prévention dans notre pratique clinique afin que le système de garde soit encore mieux connu de nos patients.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. **Conseil National de l'Ordre des Médecins.** *Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1^{er} janvier 2017.* 2017
2. **ATTAL-TOUBERT Kitty, VANDERSCHULDEN Mélanie.** *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales.* DRESS, Etudes et Résultats. Février 2009. N°679. 1-8
3. **CHABOT Jean-Michel.** *La lancinante question de la démographie médicale.* La Revue du praticien. Juin 2016. Vol 66. 599-604
4. **ANNEREAU Anthony.** *Démographie médicale. Vers un système de soins plus malléable.* La Revue du praticien de médecine générale. Février 2003. Tome 17. N°600
5. **GALAND Elodie.** *Quelles sont les motivations à rester médecin généraliste remplaçant ? Méthode focus group et entretiens semi-directifs.* Thèse d'exercice Médecine. Université de Nantes. 2012
6. **Conseil National de l'Ordre des Médecins.** *La démographie médicale en région Pays-de-la-Loire. Situation en 2015.* 2015
7. **LABARTHE Géraldine.** *Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie.* DRESS, Etudes et Résultats. Juin 2015. N°304
8. **COLLET Marc, GOUYON Marie.** *Les recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville. Satisfaction des patients et suites éventuelles.* DRESS, Etudes et Résultats. Février 2008. N°625
9. **GOUYON Marie, LABARTHE Géraldine.** *Les recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville. Premiers résultats.* DRESS, Etudes et Résultats. Mars 2006. N°471

10. **Conseil National de l'Ordre des Médecins.** *La permanence des soins. Etat des lieux au 1^{er} janvier 2015.* 2015
11. **La santé observée dans les régions de France.** *Les urgences.* 2000
12. **GOUYON Marie.** *Les urgences en médecine générale.* DRESS. Avril 2006. N°94
13. **Observatoire régional de la Santé Pays de la Loire.** *Recours urgents ou non programmés en médecine générale dans les Pays de la Loire.* Juin 2007
14. **BOISGUERIN Bénédicte, VALDELIEVRE Hélène.** *Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation.* DRESS, Etudes et Résultats. Juillet 2014. N°889
15. **TEMPORAL F, LARMARANGE J.** *Déroulement des enquêtes quantitatives et/ou qualitatives.* Laboratoire PopInter, Département de Sciences sociales, de Sciences Humaines et Sociales, Université Paris 5 Descartes. Novembre 2006
16. **INSEE.** Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>
17. **INSEE.** Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692>
18. **Les services de l'Etat dans le département de la Sarthe.** *Connaissance de la population et de l'exclusion en Sarthe.* Janvier 2012. Disponible sur : <http://www.sarthe.gouv.fr/connaissance-de-la-population-et-de-l-exclusion-en-a1970.html>
19. **Observatoire régional de la Santé Pays de la Loire.** *Démographie des médecins en Pays de la Loire : Généralistes, situation 2017 et évolution.* Mai 2018

20. **ARS/ORS Pays de la Loire.** *Diagnostic santé, Sarthe.* 2017

21. **TOURAINÉ Marisol.** *Pacte territoire santé, lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014.* Dossier de presse. Février 2014

22. **MARTIN Laure.** *Lutte contre les déserts médicaux : le Cnom vise au-delà.* Le Concours médical. Juin 2016. Tome 138, n°6. 435

23. **WONCA Europe.** *La définition Européenne de la médecine générale-médecine de famille.* 2002

24. **Journal Officiel de la République Française.** *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.* 22 juillet 2009. Article 36

25. **IRDES.** *Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France.* Décembre 2016

26. **ALOUY-LATTY Marion.** *Organisation du système de santé en France.* Janvier 2011

27. **BOURGUEIL Yann, MAREK Anna et MOUSQUES Julien.** *Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande.* IRDES. Avril 2009. N° 141

28. **GENTILE Stéphanie et al.** *Les maisons médicales de garde en France.* Santé publique. 2005. Volume 17, n°2. 233-240.

29. **ARS Pays de la Loire.** *Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires.* Juillet 2005

30. **ADOPS 72.** Disponible sur : <http://adops-72.fr/je-ladops/assemblee-generale>

31. **ARS Pays de la Loire.** *116 117 : votre numéro unique pour joindre un médecin de garde.* Disponible sur : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/116-117-votre-numero-unique-pour-joindre-un-medecin-de-garde>

VIII. LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Principaux motifs pour une consultation le jour même	28
Figure 2 : Principaux motifs pour une consultation à 2-3 jours	29
Figure 3 : Comparaison des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence avec le médecin traitant selon le cabinet (pourcentage)	31
Figure 4 : : Comparaison des délais de rendez-vous pour les visites à domicile en urgence avec le médecin traitant selon le cabinet (pourcentage)	32
Figure 5 : Comparaison des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence avec le médecin traitant selon le cabinet (pourcentage)	34
Figure 6 : Souhait d'un rendez-vous plus rapide en cas d'urgence selon le cabinet.	35

IX. LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Comparaison des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence avec le médecin traitant selon le cabinet.....	30
Tableau 2 : Comparaison des délais de rendez-vous pour les consultations d'urgence avec un médecin remplaçant ou un interne selon le cabinet.....	34

X. LISTE DES ANNEXES

A) Place du médecin généraliste dans le système de soins

1) Définition de la médecine générale

La médecine générale, reconnue comme une spécialité à part entière depuis la création des ECN en 2004, est une discipline scientifique et clinique orientée vers les soins primaires.

Au cours des cinquante dernières années, plusieurs définitions ont été proposées, chacune d'entre elle apportait une synthèse des grands principes de la médecine générale au moment où elle a été écrite.

Selon la définition de WONCA Europe de 2002 (23) :

- Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

2) Missions du médecin généraliste

Les missions du médecin généraliste au sein du système de soins ont été définies par la loi HPST du 21/07/2009 (24) comme étant les suivantes :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.
- Orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médico-social.

- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques.
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage.
- Participer à la mission de service public de permanence des soins.
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de 2^{ème} et 3^{ème} cycle d'études médicales.

3) Définition et organisation des soins premiers

Le concept de « soins primaires » ou « soins premiers » a été adapté de la littérature anglo-saxonne à la fin des années 1960 (« primary care »). En France, ils ont été définis par l'OMS en 1978 (25).

Ils correspondent à des soins de base, accessibles pour tous.

Ils sont le premier contact avec le système de soins, la porte d'entrée dans celui-ci lorsque le patient présente un souci de santé. Les anglo-saxons ont d'ailleurs définis la notion de « Gate keeper », que l'on peut traduire par « gardien de la porte d'entrée », comme mission du médecin généraliste. Ils constituent donc le premier

pallier du système, la base de la pyramide de soins, modélisés par le carré de White. (Annexe C).

Rôle de coordination avec les autres niveaux de soins (secondaires et tertiaires).

Ils comprennent principalement la médecine générale, mais aussi les services de PMI, médecine scolaire, médecine préventive (médecine du travail, IRSA), médecine pénitentiaire.

Les soins premiers, dont le concept de soins de premiers recours est extrêmement proche, doivent pouvoir répondre à 90% des besoins des patients, doivent couvrir 90% des situations de santé.

L'ensemble des motifs de soins premiers a été répertorié dans la Classification Internationale en Soins Primaires 2 (CISP-2 WONCA) (Annexe F).

Leurs missions :

- ✓ La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
- ✓ La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
- ✓ L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- ✓ L'éducation pour la santé.

4) Définition d'un système de soins

Un système de soins correspond à l'ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurels et financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé (26).

Plusieurs « acteurs » entrent dans la composition d'un système de soins :

- ✓ L'offre de soins : professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers...), établissements de soins publics (hôpitaux) et privés (cliniques), les centres de prévention (IRSA...).
- ✓ La demande de soins, correspondant aux besoins des usagers
- ✓ Les organismes de financement : Etat, l'assurance maladie, complémentaires santé et mutuelles, patient...

Le système de soins est constitué de plusieurs niveaux :

- ✓ Soins primaires
- ✓ Soins secondaires = médecine spécialisée, ambulatoire ou hospitalière
- ✓ Soins tertiaires = soins hospitaliers hyper spécialisés

5) Modèles d'organisation des systèmes de soins

Selon l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), il existe 3 modèles de système de soins (27) :

- Le Modèle normatif hiérarchisé
- Le Modèle professionnel hiérarchisé
- Le Modèle professionnel non hiérarchisé

a) Le Modèle normatif hiérarchisé

Ce modèle est centré par les soins primaires, alors qualifiés de « pierre angulaire » du système. Le système est organisé et régulé par l'Etat et les textes de loi.

Deux grands principes d'organisation autour de ce système :

- 1) Répartition du territoire en « aires de santé ». Chaque aire a la responsabilité d'un nombre d'habitants compris entre 5000 et 25000 et

est pourvue d'un centre de soins primaires, fonctionnant sans aucune interruption tous les jours de l'année et 24h sur 24.

- 2) Une équipe pluridisciplinaire, constituée de médecins, infirmiers et autres professionnels paramédicaux, prend en charge la population couverte au sein de ces centres de soins primaires.

Les autorités locales gèrent les dépenses de santé et versent une allocation santé aux centres, en fonction des besoins de la population.

Les médecins en ambulatoire sont salariés au sein des centres de santé.

Le financement des soins est principalement assuré par l'impôt, l'Etat apportant également sa contribution.

L'aspect « pluridisciplinaire » est très développé au sein de ce système.

Ce modèle de santé est utilisé notamment en Suède, Finlande et Catalogne.

b) Le Modèle professionnel hiérarchisé

Ce modèle est organisé autour d'un mécanisme de solidarité universel devant le risque maladie.

Les médecins généralistes, regroupés en cabinet de groupe pour la plupart, ont plusieurs missions :

- 1) Rôle de filtre et de régulation de l'accès aux soins spécialisés qui sont situés à l'hôpital. C'est leur mission principale.
- 2) Prévention.
- 3) Coordination des soins.
- 4) Rôle économique et gestion des ressources.

Le système est caractérisé par une mixité des modes de rémunération.

Ce modèle de santé est utilisé au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Australie et en Nouvelle-Zélande.

c) Le Modèle professionnel non hiérarchisé

Ce modèle est caractérisé par une activité libérale majoritaire, aussi bien pour la médecine générale que pour les soins spécialisés.

Les principales caractéristiques de ce système sont les suivantes :

- 1) Pratique solo dominante de la médecine générale
- 2) Offre de soins spécialisée en ambulatoire, avec accès possible directement par le patient
- 3) Médecine libérale principalement rémunérée à l'acte
- 4) Centres de santé minoritaires et prenant en charge plutôt les populations défavorisées.

Ce modèle de santé est utilisé en Allemagne et au Canada.

A l'inverse du modèle normatif hiérarchisé, ces pays présentent des difficultés à mettre le concept de soins primaires au centre du système.

d) Et en France !

Les soins primaires en France sont dominés par la médecine ambulatoire, dont la majeure partie des acteurs constituent la médecine libérale.

Les médecins généralistes et spécialistes du secteur libéral représentent la plus grande partie des professionnels de santé de notre système.

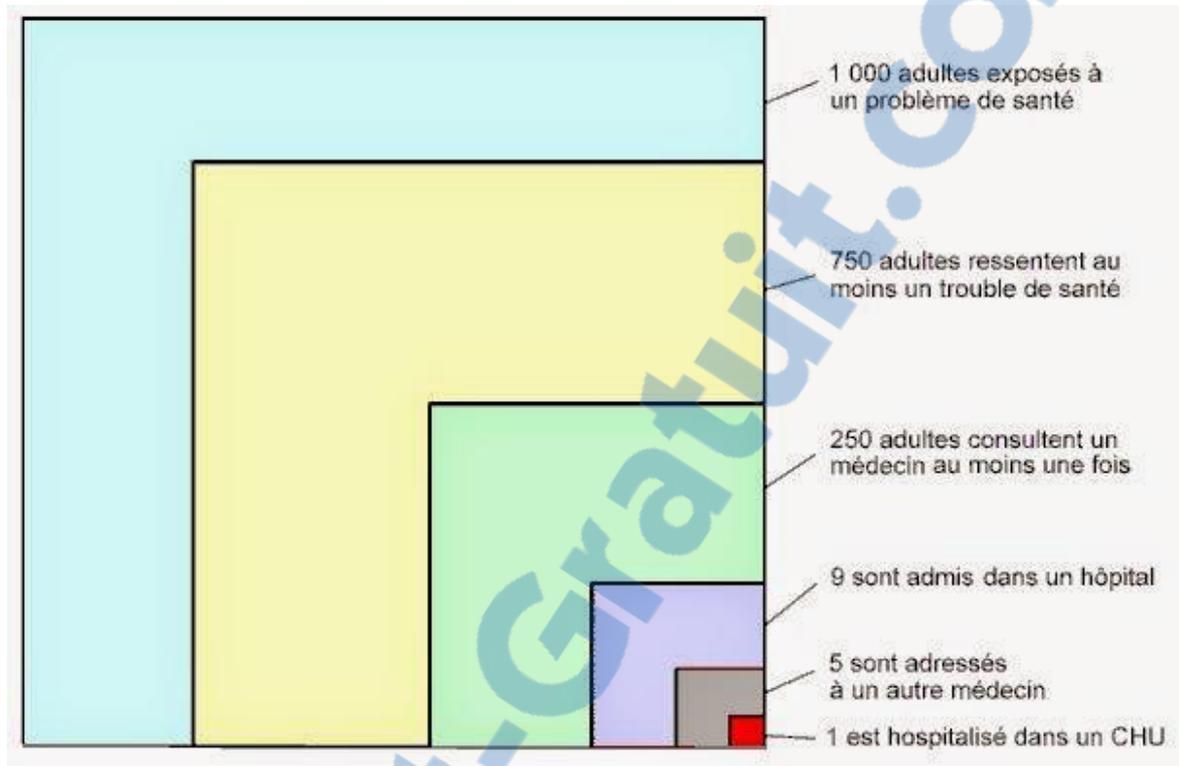
Leur exercice obéit à des grands principes : libre choix du médecin par le patient, liberté de prescription, liberté d'installation, respect du secret professionnel, paiement direct des honoraires du patient à son médecin

A côté de ce secteur libéral majoritaire, il existe de nombreuses autres structures de soins primaires ambulatoires qui sont organisés à différents niveaux (municipal, départemental, hospitalier...) : SSIAD, SAU, HAD, médecine scolaire, médecine du travail...

Ces caractéristiques sont celles d'un modèle professionnel non hiérarchisé, mais...

L'ensemble des réformes portant sur la santé en France menées depuis presque trente ans, le vieillissement de la population y compris médicale, les inégalités démographiques médicales tendent à faire évoluer notre système de soins en empruntant des caractéristiques propres aux deux autres modèles.

B) Le Carré de White



C) La permanence des soins ambulatoires

1) Définition

La permanence des soins en médecine générale est une mission de service public dont l'objectif est de répondre aux besoins des soins non programmés lorsque les cabinets libéraux sont fermés, c'est-à-dire la nuit, les week-ends et les jours fériés.

Sur le plan historique, les maisons médicales se sont développées à partir des années 2001-2002, à la suite d'une grève des médecins généralistes qui remettaient en cause l'obligation établie par le code de Santé publique, d'assurer les gardes de nuit et les week-ends. Par la suite, le principe d'obligation d'assurer les gardes a été remplacé par un système fondé sur le volontariat (28).

2) Fonctionnement

La PDSA est assurée par les médecins généralistes libéraux, les médecins salariés des centres de santé et les médecins exerçant dans des associations de permanence de soins (SOS médecins) (10).

Elle fonctionne en dehors des heures d'ouverture habituelles des cabinets libéraux ou des centres de santé :

- Tous les soirs de la semaine de 20 heures à 8 heures
- Les dimanches et jours fériés, à partir de 8 heures
- Les samedis à partir de 12 heures

L'accès à la PDSA se fait suite à un entretien téléphonique avec un médecin régulateur, soit à partir du numéro national d'aide médicale urgente (le 15), soit tout récemment à partir d'un nouveau numéro national de permanence des soins (le 116 117) dans certaines régions : il s'agit de la régulation médicale.

En fonction des données téléphoniques, le médecin régulateur peut :

- Dispenser un conseil médical
- Envoyer des moyens sur place (ambulance, SAMU)
- Orienter le patient vers les urgences
- Orienter le patient vers un centre effecteur de permanence de soins, principalement les MMG ou les CAPS.

Les médecins généralistes s'inscrivent sur la base du volontariat, soit en tant que médecin régulateur, soit en tant que médecin effecteur. Un tableau de garde est donc établi puis adressé au CDOM. En cas de manque de médecins effecteurs, celui-ci peut en référer à l'ARS afin de trouver une solution, qui peut être la réquisition de médecins.

3) Organisation et financement

L'organisation de la PDSA a été confiée aux Agences régionales de santé (ARS) suite à leur création au moment de la loi HPST en mars 2009.

Depuis le 1^{er} avril 2012, les principes organisationnels de la PDSA sont conciliés dans un cahier des charges régional (29).

L'organisation des territoires, la liste des centres effecteurs de PDSA du département, les modalités d'accès à la MMG notamment via le centre 15, les conditions de rémunérations forfaitaires des médecins, l'organisation de la

régulation médicale sont autant de données qui sont réunis dans le cahier des charges.

Chaque département est divisé en territoires de PDSA, plus ou moins nombreux selon l'extension géographique du département et l'offre de soins existante. Cette sectorisation est définie par l'ARS, après avis du CDOM et du préfet du département.

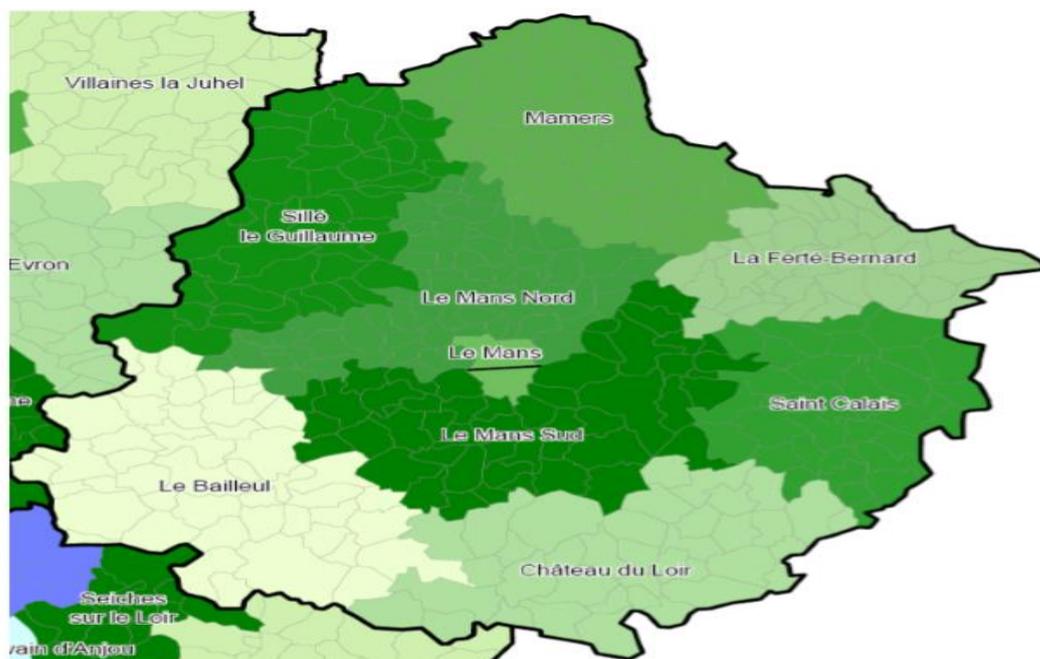
Une enveloppe avec un budget est remise de façon annuelle aux ARS afin de gérer le financement de la PDSA.

C) Les territoires de la PDSA en Sarthe

La PDSA est organisée par l'ADOPS 72, association départementale créée en 2010 (30).

Le département est divisé en dix territoires de PDSA :

- Territoire 72-1 - Le Bailleul : au centre hospitalier Sarthe et Loir au Bailleul
- Territoire 72-2 - Château du loir : au centre hospitalier de Château du Loir
- Territoire 72-3 - La Ferté-Bernard : à l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Paul CHAPRON, à la Ferté-Bernard
- Territoires 72-4 et 72-6 - Le Mans-Nord et Nord du Mans : au centre hospitalier du Mans
- Territoires 72-5 et 72-7 - Le Mans Sud et Sud du Mans : au pôle Santé Sud/clinique du Tertre rouge
- Territoire 72-8 - Mamers : au centre hospitalier de Mamers
- Territoire 72-9 - Sillé-le-Guillaume : à la maison de santé pluri professionnelle de Sillé-le- Guillaume
- Territoire 72-10 - Saint-Calais : au centre Hospitalier de Saint-Calais.



D) Le numéro 116-117

Il est à souligner que la région Pays de la Loire est en cours d'expérimentation du numéro 116 117 (31). En effet, face à des appels de plus en plus fréquents sur les numéros médicaux d'urgence (le 15 et le 112), le gouvernement a décidé d'expérimenter un nouveau numéro, le 116 117. Il s'agit d'un numéro gratuit, composable uniquement aux heures de fermeture des cabinets médicaux, c'est-à-dire à partir de 20h, le week-end à partir du samedi midi et les jours fériés. Le principe est celui de la régulation médicale, le médecin oriente la personne ou délivre un conseil. Cette expérimentation a débuté en avril 2017 et concerne les 3 régions suivantes : Pays de la Loire, Normandie et Corse. Une généralisation nationale est envisagée par le Ministère de la Santé prochainement.

SANTÉ | UN NUMÉRO UNIQUE
POUR LES MÉDECINS DE GARDE



Numéro de téléphone national et gratuit pour ...

- ▶ joindre un médecin généraliste de garde ou une maison médicale de garde
- ▶ une visite à domicile si incapacité à se déplacer
- ▶ une prise en charge par le SAMU si nécessaire
- ▶ un conseil médical

À partir du 5 avril 2017



- Après 20h en semaine
- Le week-end à partir du samedi midi
- Les jours fériés

Si doute sur la gravité de la situation : continuer d'appeler le 15.



Source : Ministère de la Santé.

VISACTU

E) La Classification Internationale en Soins Premiers 2 (CISP-2)

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition World International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil	F	Ostéo-articulaire	L
Procédures	Syst. Digestif D	Oreille H	Oreille H	Neurologique N	Neurologique N
-30 Ex médical/bilan sang/déjà	D01 Douleur/douleurs abdominales gén.	H01 Douleur d'oreille/otite	H01 Douleur d'oreille/otite	N01 Migraine	N01 Migraine
-31 Ex médical/bilan sang/partial	D02 Douleur abdominale/épigastrique	H02 P. d'audition	H02 P. d'audition	N02 Douleur de la face	N02 Douleur de la face
-32 Test de sensibilité	D03 Brûlure/brûlant/brûlément œsophage	H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille	H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille	N03 Jambes sans repos	N03 Jambes sans repos
-33 Ex microbiologique/immunologique	D04 Douleur rectale/anaé	H04 Sondage de l'oreille	H04 Sondage de l'oreille	N04 Fourmillement doigts, pieds, oreilles	N04 Fourmillement doigts, pieds, oreilles
-34 Autre analyse de sang	D05 Démangeaisons périanales	H05 Saignement de l'oreille	H05 Saignement de l'oreille	N05 Autre perturbation de la sensibilité	N05 Autre perturbation de la sensibilité
-35 Autre analyse d'urine	D06 Autre douleur abdominale loc.	H06 Sensation d'oreille bouchée	H06 Sensation d'oreille bouchée	N06 Mouvements involontaires anormaux	N06 Mouvements involontaires anormaux
-36 Autre analyse de selles	D07 Dysurie/dysurésie	H07 Pincer, per. l'aspect des oreilles	H07 Pincer, per. l'aspect des oreilles	N07 Parésie/paralysie	N07 Parésie/paralysie
-37 Cytologie/histologie	D08 Parasitose/gastro-intestinal	H08 Tumeur de l'oreille	H08 Tumeur de l'oreille	N08 Syndrome de Raynaud	N08 Syndrome de Raynaud
-38 Autre analyse de laboratoire	D09 Nausée	H09 CE dans l'oreille	H09 CE dans l'oreille	N09 Cécité du joueur de tennis	N09 Cécité du joueur de tennis
-39 Spécialité fonctionnelle	D10 Vomissement	H10 P. de l'oreille	H10 P. de l'oreille	N10 Ostéoporose	N10 Ostéoporose
-40 Endoscopie	D11 Diarrhée	H11 P. d'oreille	H11 P. d'oreille	N11 Lésion aiguë étendue du genou	N11 Lésion aiguë étendue du genou
-41 Radiologie/diagnostique/trauma	D12 Constipation	H12 P. d'oreille	H12 P. d'oreille	N12 Autre tumeur bén. /tél. céro-arto.	N12 Autre tumeur bén. /tél. céro-arto.
-42 Trait. électrique	D13 Jaunes	H13 Otitis moyenne	H13 Otitis moyenne	N13 Différenciation septes membres inf.	N13 Différenciation septes membres inf.
-43 Autre procédure diagnostique	D14 Hépatomégalie	H14 Otitis moyenne aiguë/moyenne	H14 Otitis moyenne aiguë/moyenne	N14 Autre maladie céro-otologique	N14 Autre maladie céro-otologique
-44 Vainement/médication préventive	D15 Hépatite virale	H15 Réfection du tympan	H15 Réfection du tympan	N15 Migraine	N15 Migraine
-45 Baccin./éducation santé/vente/logisme	D16 Hépatite chronique	H16 Autre lésion traumat. de l'oreille	H16 Autre lésion traumat. de l'oreille	N16 Syndrome de Raynaud	N16 Syndrome de Raynaud
-46 Distorsion entre dépendance SSP	D17 Cancer de la cavité nasale	H17 Anom. complétoires de l'oreille	H17 Anom. complétoires de l'oreille	N17 Parésie/tétanos	N17 Parésie/tétanos
-47 Discussion avec spécialiste	D18 Hépatite chronique	H18 Syndrome de Ménière	H18 Syndrome de Ménière	N18 Trépidation de la parole	N18 Trépidation de la parole
-48 Clarification de la demande du patient	D19 Cancer du côlon/du rectum	H19 Otitis moyenne chronique	H19 Otitis moyenne chronique	N19 Douleur de l'oreille	N19 Douleur de l'oreille
-49 Autre procédure préventive	D20 S/P de la digestion	H20 Tumeur de l'oreille	H20 Tumeur de l'oreille	N20 P. d'une autre maladie neurologique	N20 P. d'une autre maladie neurologique
-50 Médication/prévention/infection	D21 S/P de la digestion	H21 CE dans l'oreille	H21 CE dans l'oreille	N21 Parésie/paralysie	N21 Parésie/paralysie
-51 Infection/décharge/vaccination	D22 Douleur de l'oreille	H22 Réfection du tympan	H22 Réfection du tympan	N22 Migraine/otite	N22 Migraine/otite
-52 Ecstasy/ibuprofène/autres/débridement	D23 Douleur de l'oreille	H23 Autre lésion traumat. de l'oreille	H23 Autre lésion traumat. de l'oreille	N23 Anom. complétoires neurologiques	N23 Anom. complétoires neurologiques
-53 Parolure/vaccin./vit. D3/vit. D4/autres	D24 Hépatite virale	H24 Anom. complétoires de l'oreille	H24 Anom. complétoires de l'oreille	N24 Syndrome de Raynaud	N24 Syndrome de Raynaud
-54 Rapac./Education santé/vente/logisme	D25 Hépatite virale	H25 Syndrome de Ménière	H25 Syndrome de Ménière	N25 Cécité du joueur de tennis	N25 Cécité du joueur de tennis
-55 Traitement local/infection	D26 Cancer de la cavité nasale	H26 Otitis moyenne chronique	H26 Otitis moyenne chronique	N26 Ostéoporose	N26 Ostéoporose
-56 Parasitose/compression/bandage	D27 Cancer du côlon/du rectum	H27 Tumeur de l'oreille	H27 Tumeur de l'oreille	N27 Lésion aiguë étendue du genou	N27 Lésion aiguë étendue du genou
-57 Thérapie manuelle/médication physique	D28 S/P de la digestion	H28 Autre lésion traumat. de l'oreille	H28 Autre lésion traumat. de l'oreille	N28 Autre tumeur bén. /tél. céro-arto.	N28 Autre tumeur bén. /tél. céro-arto.
-58 Conseil/éducation/vente/logisme	D29 Hépatite virale	H29 Anom. complétoires de l'oreille	H29 Anom. complétoires de l'oreille	N29 Différenciation septes membres inf.	N29 Différenciation septes membres inf.
-59 Récupération/autres/médicaments	D30 Hépatite virale	H30 Syndrome de Ménière	H30 Syndrome de Ménière	N30 Autre maladie céro-otologique	N30 Autre maladie céro-otologique
-60 Récupération/autres/médicaments	D31 Hépatite virale	H31 Réfection du tympan	H31 Réfection du tympan	N31 Migraine	N31 Migraine
-61 Récupération/autres/médicaments	D32 Hépatite virale	H32 Autre lésion traumat. de l'oreille	H32 Autre lésion traumat. de l'oreille	N32 Syndrome de Raynaud	N32 Syndrome de Raynaud
-62 Consult. administratif	D33 Hépatite virale	H33 Anom. complétoires de l'oreille	H33 Anom. complétoires de l'oreille	N33 Parésie/paralysie	N33 Parésie/paralysie
-63 Recense de suivi	D34 Hépatite virale	H34 Syndrome de Ménière	H34 Syndrome de Ménière	N34 Trépidation de la parole	N34 Trépidation de la parole
-64 Répé. nouveau/en cours/inf. per. disp.	D35 Hépatite virale	H35 Otitis moyenne chronique	H35 Otitis moyenne chronique	N35 Douleur de l'oreille	N35 Douleur de l'oreille
-65 Répé. nouveau/en cours/inf. per. tiers	D36 Cancer de la cavité nasale	H36 Tumeur de l'oreille	H36 Tumeur de l'oreille	N36 P. d'une autre maladie neurologique	N36 P. d'une autre maladie neurologique
-66 Référence à dispens. SSP non médecin	D37 Cancer du côlon/du rectum	H37 Anom. complétoires de l'oreille	H37 Anom. complétoires de l'oreille	N37 Parésie/paralysie	N37 Parésie/paralysie
-67 Référence à médecin	D38 S/P de la digestion	H38 Autre lésion traumat. de l'oreille	H38 Autre lésion traumat. de l'oreille	N38 Anom. complétoires neurologiques	N38 Anom. complétoires neurologiques
-68 Autre référence	D39 Hépatite virale	H39 Syndrome de Ménière	H39 Syndrome de Ménière	N39 Cécité du joueur de tennis	N39 Cécité du joueur de tennis
-69 Autre procédure	D40 Hépatite virale	H40 Tumeur de l'oreille	H40 Tumeur de l'oreille	N40 Autre maladie céro-otologique	N40 Autre maladie céro-otologique
Général et non spécifié A	CODES PROCÉDURE	Cardio-vasculaire K	Cardio-vasculaire K	Neurologique N	Neurologique N
A01 Douleur générale/de sites multiples	S000001 Gargilign lymph. augmenté/douloureux	K01 Douleur cardiaque	K01 Douleur cardiaque	N01 Migraine	N01 Migraine
A02 Pression	S000002 Peur du SIDA/du VIH	K02 Oppression/compression cardiaque	K02 Oppression/compression cardiaque	N02 Douleur de la face	N02 Douleur de la face
A03 Fièvre	S000003 Peur du cancer du sang/lymph.	K03 Douleur cardiaque/vascularité	K03 Douleur cardiaque/vascularité	N03 Jambes sans repos	N03 Jambes sans repos
A04 Fatigue/fatigues générales	S000004 Peur autre maladie sang/lymph./vein.	K04 Réglé/tension/hautement cardiaque	K04 Réglé/tension/hautement cardiaque	N04 Fourmillement doigts, pieds, oreilles	N04 Fourmillement doigts, pieds, oreilles
A05 Sensation d'être malade	S000005 Limitation de la fonction/insup. (B)	K05 Autre traitement cardiaque/trésorisme	K05 Autre traitement cardiaque/trésorisme	N05 Autre perturbation de la sensibilité	N05 Autre perturbation de la sensibilité
A06 Dysconfort/otite/tympane	S000006 Autre S/P du syst. lymph./immunit.	K06 Vaisseaux prétrésoraires	K06 Vaisseaux prétrésoraires	N06 Mouvements involontaires anormaux	N06 Mouvements involontaires anormaux
A07 Cœur	S000007 Adénite aiguë	K07 Oedème/gonflement des charnières	K07 Oedème/gonflement des charnières	N07 Parésie/paralysie	N07 Parésie/paralysie
A08 Gonflement	S000008 Adénite chronique/hémisphérique	K08 Peur d'une autre maladie de cœur	K08 Peur d'une autre maladie de cœur	N08 Syndrome de Raynaud	N08 Syndrome de Raynaud
A09 P. de transpiration	S000009 Autres anem. complétoires sang/lymph./vein.	K09 Peur d'une autre maladie de cœur	K09 Peur d'une autre maladie de cœur	N09 Cécité du joueur de tennis	N09 Cécité du joueur de tennis
A10 Saignement/hémorragie/NCA	S000010 Autres anem. complétoires sang/lymph./vein.	K10 Tumeur cardiaque/vascularité	K10 Tumeur cardiaque/vascularité	N10 Ostéoporose	N10 Ostéoporose
A11 Douleur thoracique/NCA	S000011 Autres anem. complétoires sang/lymph./vein.	K11 Anom. complétoires cardio-vasculaires	K11 Anom. complétoires cardio-vasculaires	N11 Lésion aiguë étendue du genou	N11 Lésion aiguë étendue du genou
A12 Péric. nar./neur. traitement médical	S000012 Adénite chronique/hémisphérique	K12 Peur d'une autre maladie neurologique	K12 Peur d'une autre maladie neurologique	N12 Autre tumeur bén. /tél. céro-arto.	N12 Autre tumeur bén. /tél. céro-arto.
A13 Hépatite virale	S000013 Adénite chronique/hémisphérique	K13 Hépatite virale	K13 Hépatite virale	N13 Différenciation septes membres inf.	N13 Différenciation septes membres inf.
A14 Hépatite virale	S000014 Adénite chronique/hémisphérique	K14 Hépatite virale	K14 Hépatite virale	N14 Autre maladie céro-otologique	N14 Autre maladie céro-otologique
A15 Hépatite virale	S000015 Adénite chronique/hémisphérique	K15 Hépatite virale	K15 Hépatite virale	N15 Migraine	N15 Migraine
A16 Hépatite virale	S000016 Adénite chronique/hémisphérique	K16 Hépatite virale	K16 Hépatite virale	N16 Syndrome de Raynaud	N16 Syndrome de Raynaud
A17 Hépatite virale/NCA	S000017 Adénite chronique/hémisphérique	K17 Hépatite virale	K17 Hépatite virale	N17 Parésie/paralysie	N17 Parésie/paralysie
A18 Hépatite virale/NCA	S000018 Adénite chronique/hémisphérique	K18 Hépatite virale	K18 Hépatite virale	N18 Trépidation de la parole	N18 Trépidation de la parole
A19 Hépatite virale/NCA	S000019 Adénite chronique/hémisphérique	K19 Hépatite virale	K19 Hépatite virale	N19 Douleur de l'oreille	N19 Douleur de l'oreille
A20 Cancer/NCA	S000020 Adénite chronique/hémisphérique	K20 Hépatite virale	K20 Hépatite virale	N20 P. d'une autre maladie neurologique	N20 P. d'une autre maladie neurologique
A21 Polytrombocytose/lésions multiples	S000021 Adénite chronique/hémisphérique	K21 Hépatite virale	K21 Hépatite virale	N21 Parésie/paralysie	N21 Parésie/paralysie
A22 Effet tardif d'un traumatisme	S000022 Adénite chronique/hémisphérique	K22 Hépatite virale	K22 Hépatite virale	N22 Migraine/otite	N22 Migraine/otite
A23 Infection par agent pathogène	S000023 Adénite chronique/hémisphérique	K23 Hépatite virale	K23 Hépatite virale	N23 Anom. complétoires neurologiques	N23 Anom. complétoires neurologiques
A24 Effet sec. agent pathogène	S000024 Adénite chronique/hémisphérique	K24 Hépatite virale	K24 Hépatite virale	N24 Syndrome de Raynaud	N24 Syndrome de Raynaud
A25 Effet sec. agent pathogène	S000025 Adénite chronique/hémisphérique	K25 Hépatite virale	K25 Hépatite virale	N25 Cécité du joueur de tennis	N25 Cécité du joueur de tennis
A26 Effet toxique agent pathogène	S000026 Adénite chronique/hémisphérique	K26 Hépatite virale	K26 Hépatite virale	N26 Ostéoporose	N26 Ostéoporose
A27 Complication de traitement médical	S000027 Adénite chronique/hémisphérique	K27 Hépatite virale	K27 Hépatite virale	N27 Lésion aiguë étendue du genou	N27 Lésion aiguë étendue du genou
A28 Effet sec. de lésion physique	S000028 Adénite chronique/hémisphérique	K28 Hépatite virale	K28 Hépatite virale	N28 Autre tumeur bén. /tél. céro-arto.	N28 Autre tumeur bén. /tél. céro-arto.
A29 Effet sec. de matériel prothétique	S000029 Adénite chronique/hémisphérique	K29 Hépatite virale	K29 Hépatite virale	N29 Différenciation septes membres inf.	N29 Différenciation septes membres inf.
A30 Anom. complétoires/NCA/multiple	S000030 Adénite chronique/hémisphérique	K30 Hépatite virale	K30 Hépatite virale	N30 Autre maladie céro-otologique	N30 Autre maladie céro-otologique
A31 Bénéf. d'immunog. anomalies/NCA	S000031 Adénite chronique/hémisphérique	K31 Hépatite virale	K31 Hépatite virale	N31 Migraine	N31 Migraine
A32 Allergie/réaction allergique/NCA	S000032 Adénite chronique/hémisphérique				

Psychologique	P	Peau	S	Urologie	U	Syst. génital masculin et sein	Y
F01 Douleur anxiété/nervosité/tenaison		S01 Douleur/hyperexcitabilité de la peau		U01 Cancer du rein		Y01 Douleur de pénis	
F02 Réaction de stress aiguë		S02 Prurit		U02 Cancer de la vessie		Y02 Douleur des testicules, du scrotum	
F03 Douleur de dépression		S03 Varice		U03 Autre cancer urinaire		Y03 Écoulement urétral chez l'homme	
F04 Sentiment/comport. irritabilité/colère		S04 Tumoréfaction/gonflement loc. peau		U04 Tumeur bénigne du tronc urinaire		Y04 Autre S/P du pénis	
F05 Sensation vicié, comportement anormal		S05 Tumoréfaction/gonflement gén. peau		U05 Autre tumeur indét. urinaire		Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum	
F06 Perturbation du sommeil		S06 Éruption localisée		U06 Anom. congénitale du tronc urinaire		Y06 S/P de la prostate	
F07 Diminution du désir sexuel		S07 Éruption névralgisée		U07 Combinaison/gh. /synch. néphrologie		Y07 Impuissance sexuelle DCA	
F08 Diminution accomplissement sexual		S08 Modification de la couleur de la peau		U08 Prostatectomie orthotopie		Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme	
F09 Préoccupation sur identité sexuelle		S09 Doigt/ongle infecté		U09 Méiose urinaire		Y09 Stérilité, hypofertilité de l'homme	
F10 Déglutition, inadéquatement, sc		S10 Furoncle/anthrax		U09 Analyse urinaire anormale HCA		Y10 Stérilisation de l'homme	
F11 Trouble de l'alimentation de l'enfant		S11 Infection post-traumat. de la peau		U09 Autre maladie urinaire		Y11 Stérilisation de l'homme	
F12 Évanouissement		S12 Piquûre/directe		Grrosse, accouchement et PF	W	Y12 S/P du sein chez l'homme	
F13 Encopréte		S13 Morsure animale/humaine		W01 Question de grossesse		Y13 Peur d'une MST chez l'homme	
F14 Alcoolisme chronique		S14 Brûlure cutanée		W02 Peur d'être enceinte		Y14 Peur d'un cancer génital homme	
F15 Alcoolisation aiguë		S15 CE dans la peau		W03 Saisonnement rendant la grossesse		Y15 Peur autre maladie génitale homme	
F16 Usage abusif du tabac		S16 Scarification, aggrégation, aréolaire		W04 Défaillance/renforcement de grossesse		Y16 Limitation de la fonction/Incap. (C)	
F17 Usage abusif de médicament		S17 Coupure/lésion		W05 Contraception post-coïtale		Y17 Autre S/P génitale chez l'homme	
F18 Usage abusif de drogue		S18 Autre lésion traumat. de la peau		W06 Contraception orale		Y18 Syphilis chez l'homme	
F19 Perturbation de la mémoire		S19 Cor/calcifié		W07 Contraception intra-utérine		Y19 Gonococque chez l'homme	
F20		S20		W08 Stérilisation chez la femme		Y20 Herpès génital chez l'homme	
F21 S/P du comportement de l'enfant		S21 S/P au sujet de la texture de la peau		W09 Autre contraception chez la femme		Y21 Prostatectomie/rectostomie élargie	
F22 S/P du comportement de l'adolescent		S22 S/P de l'ongle		W10 Stérilité - hypofertilité de la femme		Y22 Douches/vésiculaires	
F23		S23		W11 Saignement du post-partum		Y23 Salivane	
F24 F. spécifique de l'apprentissage		S24		W12 Autre S/P du post-partum		Y24 Conditions anormales chez l'homme	
F25 Problèmes de phase de vie adulte		S25		W13 S/P du sein/lactation post-partum		Y25 Cancer de la prostate	
F26 Peur d'un trouble mental		S26		W14 Pélic, par modif. image et grossesse		Y26 Autre cancer génital chez l'homme	
F27		S27		W15 Peur complications de la grossesse		Y27 Autre tumeur, génit. bén./indét. homme	
F28		S28		W16 Limitation de la fonction/Incap. (W)		Y28 Lésion traumat. génitale homme	
F29		S29		W17 Autre S/P de la grossesse		Y29 Phimosis/hémorrhagie du pénis	
F30		S30		W18 Infection purpurale, sepsis		Y30 Hypogonadisme	
F31		S31		W19 Infection compliquant la grossesse		Y31 Scrotite testiculaire	
F32		S32		W20 Tumeur maligne avec grossesse		Y32 Autre scrot. congénitale homme	
F33		S33		W21 Tumeur bénigne/indét. et grossesse		Y33 Hypertrophie bénigne de la prostate	
F34		S34		W22 Lésion traumat. et grossesse		Y34 Hydrocèle	
F35		S35		W23 Anom. congénitale et grossesse		Y35 Autre maladie génitale chez l'homme	
F36		S36		W24 Grossesse			
F37		S37		W25 Grossesse non diabète		Social	Z
F38		S38		W26 Grossesse ectopique		Z01 Fauterité/T. économique	
F39		S39		W27 Anormalement anormale		Z02 F. d'eau/de nourriture	
F40		S40		W28 Anormalement prolongé		Z03 F. d'habileté de vieillesse	
F41		S41		W29 Grossesse à haut risque		Z04 F. socioculturel	
F42		S42		W30 Diabète gestationnel		Z05 F. de travail	
F43		S43		W31 Acc. non corrigible, enfant vivant		Z06 F. de non emploi	
F44		S44		W32 Acc. corrigible, enfant mort		Z07 F. d'éducation	
F45		S45		W33 Acc. corrigible, enfant mort		Z08 F. de protection sociale	
F46		S46		W34 Nécessité chirurgicale		Z09 F. légal	
F47		S47		W35 Nécessité chirurgicale		Z10 F. relatif au syst. de soins de santé	
F48		S48		W36 Autre mal. sein et grossesse/lactation		Z11 F. du fait d'être malade/compléte	
F49		S49		W37 Autre complication purpurale		Z12 F. de relation entre partenaires	
F50		S50		W38 Autre maladie de la grossesse/acc.		Z13 F. de comportement du partenaire	
F51		S51				Z14 F. du à la maladie du partenaire	
F52		S52				Z15 Part. défect. du partenaire	
F53		S53				Z16 F. de relation avec un enfant	
F54		S54				Z17 F. du à la maladie d'un enfant	
F55		S55				Z18 Part. défect. d'un enfant	
F56		S56				Z19 F. relation avec parent/famille	
F57		S57				Z20 F. comportement. autre parent/famille	
F58		S58				Z21 F. du à la mal. autre parent/famille	
F59		S59				Z22 Part. défect. autre parent/famille	
F60		S60				Z23 F. de relation avec un ami	
F61		S61				Z24 Agression/violence sexuelle HCA	
F62		S62				Z25 Peur d'un P. social	
F63		S63				Z26 Limitation de la fonction/Incap. (Z)	
F64		S64				Z27 F. social HCA	
F65		S65					
F66		S66					
F67		S67					
F68		S68					
F69		S69					
F70		S70					
F71		S71					
F72		S72					
F73		S73					
F74		S74					
F75		S75					
F76		S76					
F77		S77					
F78		S78					
F79		S79					
F80		S80					
F81		S81					
F82		S82					
F83		S83					
F84		S84					
F85		S85					
F86		S86					
F87		S87					
F88		S88					
F89		S89					
F90		S90					
F91		S91					
F92		S92					
F93		S93					
F94		S94					
F95		S95					
F96		S96					
F97		S97					
F98		S98					
F99		S99					
F00		S00					
		S01					
		S02					
		S03					
		S04					
		S05					
		S06					
		S07					
		S08					
		S09					
		S10					
		S11					
		S12					
		S13					
		S14					
		S15					
		S16					
		S17					
		S18					
		S19					
		S20					
		S21					
		S22					
		S23					
		S24					
		S25					
		S26					
		S27					
		S28					
		S29					
		S30					
		S31					
		S32					
		S33					
		S34					
		S35					
		S36					
		S37					
		S38					
		S39					
		S40					
		S41					
		S42					
		S43					
		S44					
		S45					
		S46					
		S47					
		S48					
		S49					
		S50					
		S51					
		S52					
		S53					
		S54					
		S55					
		S56					
		S57					
		S58					
		S59					
		S60					
		S61					
		S62					
		S63					
		S64					
		S65					
		S66					
		S67					
		S68					
		S69					
		S70					
		S71					
		S72					
		S73					
		S74					
		S75					
		S76					
		S77					
		S78					
		S79					
		S80					
		S81					
		S82					
		S83					
		S84					
		S85					
		S86					
		S87					
		S88					
		S89					
		S90					
		S91					
		S92					
		S93					
		S94					
		S95					
		S96					
		S97					
		S98					
		S99					
		S00					
		S01					
		S02					
		S03					
		S04					
		S05					
		S06					
		S07					
		S08					</

F) La lettre d'information au patient

Le Mans, le 01/01/2018

Madame, monsieur,

Je suis médecin généraliste remplaçant. Dans le cadre de mon travail de thèse, je mène une enquête qui s'intéresse aux consultations urgentes dans les cabinets de médecine générale de la Sarthe.

L'objectif de ce travail est d'évaluer en premier lieu le délai pour obtenir un rendez-vous avec votre médecin traitant, un médecin remplaçant du cabinet ou un interne lorsque vous avez besoin d'une consultation urgente. En second lieu, ce travail évaluera la connaissance du système de santé en matière de prise en charge lorsque les cabinets de vos médecins sont fermés.

Pour cela, il nous semble intéressant de recueillir votre expérience, à partir du questionnaire ci-joint, sur les délais moyens de rendez-vous que l'on vous propose lorsque vous demandez à être vu rapidement par un médecin en consultation ou en visite à domicile.

Ce questionnaire sera à compléter dans la salle d'attente puis à remettre au secrétariat en sortant du cabinet. Rien de ce qui aura été écrit ne sera modifié. Toutes les informations seront anonymes. Vous êtes libres de refuser de participer à cette enquête.

La participation à ce travail ne change en rien votre prise en charge médicale.

Les résultats globaux de cette étude seront accessibles dans chacun des trois cabinets participant à cette enquête.

En vous remerciant par avance pour votre aide,

Tristan MATHIES



Travaux de recherche Département de Médecine Générale d'Angers.
Lettre d'information



UFR SANTÉ

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

G) Le questionnaire

Enquête sur les délais de rendez-vous pour soins non programmés en médecine générale ambulatoire en Sarthe

A) Informations générales

- 1) Quel est votre âge ? _____ ans
- 2) Etes-vous ? Une femme Un homme
- 3) Où se situe votre cabinet médical ? La Chapelle Saint Aubin
 Brûlon
 Le Mans, rue de Bourges
- 4) Votre médecin traitant est-il ? Une femme Un homme
- 5) Prenez-vous un médicament au long cours ? Oui Non
- 6) Etes-vous bénéficiaire d'un statut particulier ?
 ALD CMU/AME ou ACS Autre Aucun statut particulier
- 7) A quelle fréquence moyenne consultez-vous un médecin ?
 Moins de 4 fois/an Entre 4 et 10 fois/an Plus de 10 fois/an

B) Rendez-vous pour soins non programmés au cabinet médical

- 8) Parmi les motifs de consultation urgents suivants, choisissez les trois qui vous incitent à consulter **le jour même** ?
 Symptômes généraux (fièvre, maux de tête, malaise, essoufflement)
 Problème d'œil, de gorge ou d'oreille (douleur, rhume, pus dans l'œil)
 Problème digestif (diarrhée, vomissements, douleurs abdominales)
 Problème articulaire (douleur du dos ou d'une articulation)
 Traumatisme de la cheville/pied ou du poignet/main
 Problème psychologique (anxiété, brutale, sensation de dépression)
 Problème respiratoire (toux, extinction de voix)

- Problème cardio-vasculaire (douleur de poitrine, poussée d'hypertension artérielle, palpitations)
 - Signes urinaires (brulures urinaires, sang dans les urines)
 - Problème de peau (apparition de boutons ou de plaques)
 - Arrêt de travail
- 9) Parmi les motifs de consultation urgents suivants, choisissez les trois qui vous incitent à consulter **dans les 2 à 3 jours** ?
- Symptômes généraux (fièvre, maux de tête, malaise, essoufflement)
 - Problème d'œil, de gorge ou d'oreille (douleur, rhume, pus dans l'œil)
 - Problème digestif (diarrhée, vomissements, douleurs abdominales)
 - Problème articulaire (douleur du dos ou d'une articulation)
 - Traumatisme de la cheville/pied ou du poignet/main
 - Problème psychologique (anxiété, brutale, sensation de dépression)
 - Problème respiratoire (toux, extinction de voix)
 - Problème cardio-vasculaire (douleur de poitrine, poussée d'hypertension artérielle, palpitations)
 - Signes urinaires (brulures urinaires, sang dans les urines)
 - Problème de peau (apparition de boutons ou de plaques)
 - Arrêt de travail
- 10) Pour les motifs de la question 8, quel délai moyen vous propose-on pour une consultation avec **votre médecin traitant** ?
- Le jour même
 - 2 à 3 jours
 - 3 à 7 jours
 - Plus de 7 jours
- 11) Lors de votre prise de RDV, la secrétaire vous pose -t-elle des questions sur votre motif (raisons de l'appel, caractère urgent ou non...) ?
- Toujours
 - Régulièrement
 - Occasionnellement
 - Jamais
- 12) D'une manière générale, concernant le délai pour obtenir un rendez-vous pour ces motifs au cabinet, diriez-vous être ?
- Très satisfait
 - Satisfait
 - Moyennement satisfait
 - Pas satisfait
- 13) Votre médecin traitant a-t-il recours à des médecins remplaçants ?
- Toujours
 - Régulièrement
 - Occasionnellement
 - Jamais
- 14) Le cabinet médical accueille-t-il des internes de médecine générale (selon vous) ?
- Oui
 - Non
- 15) Pour les motifs de la question 8, quel délai moyen vous propose-on pour une consultation avec **un médecin remplaçant ou un interne du cabinet** ? (Si non, ne pas répondre)
- Le jour même
 - 1 à 3 jours
 - 3 à 7 jours
 - Plus de 7 jours

- 16) Vous êtes souffrant et vous demandez à **votre médecin traitant** de se déplacer à domicile pour vous examiner (visite à domicile). Accepte-t-il votre demande si elle est justifiée ?
- Toujours Régulièrement Occasionnellement Jamais
- Je ne demande jamais de visite
- 17) Si oui, sous quel délai ? (Si non, ne pas répondre)
- Le jour même Le lendemain
- 18) Vous êtes souffrant et vous demandez **au médecin remplaçant ou à l'interne** , qui est présent ce jour au cabinet, de se déplacer à domicile pour vous examiner (visite à domicile). Accepte-t-il votre demande si elle est justifiée ?
- Toujours Régulièrement Occasionnellement Jamais
- Je ne demande jamais de visite
- 19) Si oui, sous quel délai ? (Si non, ne pas répondre)
- Le jour même Le lendemain
- 20) D'une manière générale, souhaiteriez-vous un rendez-vous plus rapidement que celui que l'on vous propose actuellement lorsque vous êtes souffrant ?
- Oui Non
- 21) Vous êtes souffrant et vous ne pouvez pas être vu dans la journée. Que faites-vous ?
- Je vais aux urgences à l'hôpital Je rappelle au cabinet le lendemain
- J'attends le soir et je vais à la maison médicale de garde
- Je compose le 15 Autre

C) Rendez-vous pour soins non programmés lorsque le cabinet de votre médecin est fermé

- 22) En cas de problème de santé survenant le week-end, savez-vous comment être vu par un médecin ?
- Oui Non
- 23) Vous êtes souffrant et vous n'arrivez pas à joindre le cabinet. Que faites-vous ?
- Je vais aux urgences Je rappelle au cabinet plus tard
- Je compose le 15 Autre
- 24) Avez-vous connaissance du système de garde par les médecins généralistes ?
- Oui Non

25) Connaissez-vous l'existence des maisons médicales de garde ?

- Oui Non

26) Pour accéder à la maison médicale de garde :

- J'y vais directement
 Je compose le 116 117 ou le 15
 Je me présente aux urgences
 Je compose le numéro du cabinet du médecin traitant
 Je ne sais pas comment y accéder

XI. SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

Enquête sur les délais de rendez-vous pour soins non programmés en médecine générale libérale en Sarthe

RÉSUMÉ

Introduction : Depuis plusieurs années, la France enregistre une baisse du nombre de médecins généralistes notamment libéraux dans la quasi-totalité des départements dont la Sarthe fait partie. Une des conséquences dans la pratique quotidienne des médecins généralistes est la difficulté pour les patients d'obtention d'un rendez-vous pour des soins non programmés (SNP). L'étude réalisée s'intéresse au point de vue des patients concernant les délais pour leur médecin traitant d'une part et les remplaçants ou internes d'autre part, ainsi qu'aux motifs les amenant à consulter et à leurs connaissances du système de prise en charge des SNP en dehors des heures d'ouverture des cabinets.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative prospective multicentrique par questionnaires, réalisée du 04 au 08 juin 2018, dans 3 cabinets médicaux de groupe en Sarthe avec un secrétariat physique. Les questionnaires anonymes étaient délivrés aux patients à l'arrivée et récupérés au départ. Les critères d'exclusion étaient les patients refusant, les mineurs, ceux sous protection juridique, et les patients « hors cabinet ». Le questionnaire a été élaboré à partir de la bibliographie et des présupposés du chercheur. Testé auparavant, sa réalisation nécessitait 4 à 8 minutes. L'analyse a été réalisée avec le logiciel Shiny Stat GMRC principalement avec l'aide du test du Khi 2. L'étude a reçu l'accord du comité d'éthique du centre hospitalier du Mans.

Résultats : 532 questionnaires ont été recueillis, dont 486 exploitables. La population était féminine à 65%, âgée en moyenne de 48 ans. Les motifs de consultation principaux étaient les signes généraux, les symptômes cardio-vasculaire et urinaires pour le jour même, digestifs et articulaires dans les 3 jours. 47% des patients obtiennent un rendez-vous avec leur médecin traitant le jour même pour un SNP, 85% des patients dans les 3 jours, 4% après 7 jours d'attente. 56% des patients obtiennent un rendez-vous avec un médecin remplaçant ou un interne le jour même, 92% des patients dans les 3 jours, 0.5% après 7 jours d'attente. Les demandes de visite sont faibles, de 13 à 7%. 59% des personnes sont satisfaites du délai obtenu pour un SNP. 73% savent comment voir un médecin le WE, 60% connaissent les MMG, 65% de ceux-ci savent y accéder via le 15 ou le 116-117.

Conclusion : L'accueil de remplaçants et d'internes au sein des cabinets médicaux contribue à une meilleure prise en charge des patients pour les SNP. Poursuivre notre mission d'information sur le système de garde auprès des patients est nécessaire pour répondre aux besoins lorsque le cabinet est fermé.

Mots-clés : soin non programmé, médecin traitant, médecin remplaçant, permanence des soins ambulatoires

Investigation of appointment times for non-scheduled care in liberal general practice in Sarthe

ABSTRACT

Introduction For several years now, France has seen a drop in the number of general practitioners (GP), especially liberal doctors, in almost all the departments, including Sarthe. One of the consequences in the daily practice of GP is the difficulty for patients to obtain an appointment for urgent non-scheduled care (NSC). The study is interested in the patient's point of view about the delays for their treating doctor on the one hand and the GP locums or interns on the other hand, as well as the reasons leading them to consult and their knowledge of the care system for NSC outside office hours.

Materials and Methods: This quantitative, prospective, multicentric, questionnaire-based survey, has been realized from June 4 to 8 2018, in 3 different doctor's offices in Sarthe with a physical secretariat. Anonymous questionnaires were issued to all patients on arrival and retrieved on departure. The exclusion criteria were refusing patients, minors, those under legal protection, and out-of-office patients. The questionnaire was developed from the researcher's bibliography and presuppositions. Tested before, it took 4 to 8 minutes to complete. The analysis was carried out with the software Shiny Stat GMRC mainly with the help of the test of Chi 2. The study was approved by the ethics committee of the hospital of Le Mans.

Results: 532 questionnaires were collected, of which 486 were exploitable. The population was 65% female, with an average age of 48 years. The main reasons for consultation were the general signs, the cardiovascular and urinary symptoms for the same day, digestive and articular within 3 days. 47% get an appointment with their doctor the same day for urgent NSC, 85% of patients are seen within 3 days, 4% after 7 days of waiting. 56% get an appointment with a locum or an intern the same day. 92% of patients are seen within 3 days, 0.5% after 7 days of waiting. It seems easier for patients to get an appointment with a GP locum or an intern than with their doctor. Requests for visits are low, from 13 to 7%. 59% of people are satisfied with the delay for NSC. 73% know how to see a doctor on the WE, 60% know the MMG, 65% of them know how to access it via 15 or 116-117.

Conclusion : The reception of GP locums and interns in medical practices contributes to better patient management for NSC. Continuing our mission to inform the patient care system is necessary to meet needs when the office is closed.

Keywords : non-scheduled care, General Practicer, GP locums, permanent ambulatory care