UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉS DE MEDECINE

Année 2021 2021 TOU3 1102

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Nicolas LASSOUTANIE

Le 19 octobre 2021

Urgence estimée par le patient versus urgence évaluée par le médecin dans le cadre des soins non programmés en médecine générale.

Directeur de thèse : Dr. Denis PEREZ.

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ	**Président**
Madame le Professeur Motoko DELAYAHE	**Assesseur**
Madame le Docteur Marielle PUECH	**Assesseur**
Monsieur le Docteur Denis PEREZ	**Assesseur**

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE RANGUEIL

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier
au 1er septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET Philippe
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur GRAND Alain
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LANG Thierry
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex — **Doyen : D. CARRIE**

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépato-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAVAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne

M. CHICOULAA Bruno

Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan

Mme BOURGEOIS Odile

Mme BOUSSIER Nathalie

Mme LATROUS Leila

Remerciements au jury :

Au président du jury :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ.
Professeur des Universités, Médecin généraliste, Maître de stage universitaire.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury, soyez assuré de ma profonde reconnaissance. Merci pour vos enseignements de grande qualité, avec lesquels vous savez nous transmettre des connaissances mais aussi la passion et l'empathie nécessaires à notre discipline.

Veuillez recevoir toute ma gratitude et mon profond respect.

Aux membres du jury :

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE.
Professeur Associée de Médecine Générale, Directrice du DUMG, Médecin généraliste, Maître de stage universitaire.

Vous m'avez fait l'honneur de prendre part à ce jury, veuillez recevoir mes sincères remerciements. Soyez assurée de toute ma considération pour votre implication majeure au Département Universitaire de Médecine Générale, mais aussi avec les internes de l'Aveyron.

Madame le Docteur Marielle PUECH.
Maître de conférences associée, Médecin généraliste, Maître de stage universitaire.

Vous avez accepté de siéger dans ce jury afin de juger mon travail, je vous en remercie grandement. Votre connaissance des bassins de santé aveyronnais et de l'activité libérale sont indispensables. Soyez assurée de toute mon estime.

Au membre du jury et directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Denis PEREZ.
Médecin généraliste, Maître de stage universitaire.

Un remerciement tout particulier pour l'implication et la réactivité fournies dans la réalisation de ce travail. Merci pour le sérieux et l'enthousiasme communicatifs pour ce sujet et la recherche en médecine générale dans son ensemble. J'espère que notre travail participera à la suite des réflexions sur les soins non programmés.

Remerciements personnels :

À tous les professionnels rencontrés :

À mes maîtres de stage, tuteurs, équipes soignantes, enseignants, chaque rencontre a permis de construire le médecin que je suis aujourd'hui, d'enrichir mes connaissances, mon approche des patients et des pathologies. Recevez tous mes remerciements et mon respect.

À tous ceux qui ont fait partie du voyage :

Aux Bordelais, les colocs : Alexandre, Basile, merci pour tous ces moments inoubliables, les soirées pizzas, les runs au Burck, les sous colles.... À Jade, Sarah, Lucile, Hanna, François, Adrian, Michaël, Allan, et tous les autres, merci pour les moments passés ensembles au fil des ans, et à ceux à venir. À Romain, sans qui certains stages n'auraient pas étés les mêmes. Si la distance nous éloigne, l'amitié perdure. Vous serez toujours les bienvenus chez moi.

Aux Ruthénois, quel premier semestre. Hugo, Martin, Pierre, Marion, Sébastien, Aénora, Alice, Blandine, Julien, Manon, Mathilde, Pauline, Pierre, et les autres, ce fut court mais intense, merci pour tous ces moments de folie dans cette période si particulière.

À ma famille :

À mes parents, les mots ne suffiront pas à exprimer toute ma gratitude pour votre soutien indéfectible tout au long de ce parcours, malgré les sacrifices et les moments de doute, nous voici au bout du chemin. Merci pour votre amour. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises. Merci pour les moments passés ensembles, et ceux à venir.

À mon frère, merci pour ton soutien, pour les bons conseils de japanimation, pour m'avoir laissé gagner quelques parties sur Soul Calibur, pour ta dérision qui met toujours de bonne humeur. Vivement les prochains concerts ensembles. Je serai toujours là pour toi.

À mes grand parents, oncles et tantes, merci pour vos encouragements et pour toutes ces victuailles de qualité qui m'ont toujours régalé.

À Mathilde, mon évidence, mon indispensable, tu as changé ma vie. Merci de m'avoir aidé et supporté tout au long de ce travail. À nos projets, notre maison, nos escapades, je suis si impatient de construire notre avenir.

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."

Table des matières

I. INTRODUCTION - 4 -

II. MATERIEL ET METHODE - 7 -

A. TYPE D'ETUDE - 7 -
B. POPULATION DE L'ETUDE - 7 -
1. CRITERES D'INCLUSION - 7 -
2. CRITERES D'EXCLUSION - 7 -
C. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE - 8 -
D. DEROULEMENT DE L'ETUDE - 9 -
1. DEROULEMENT GENERAL - 9 -
2. RECRUTEMENT DES MEDECINS GENERALISTES - 11 -
3. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE - 12 -
4. RECUEIL DES DONNEES ET ANALYSES STATISTIQUES - 13 -
5. ETHIQUE - 13 -

III. RESULTATS - 14 -

A. DISTRIBUTION ET RECUEIL DES QUESTIONNAIRES - 14 -
B. DESCRIPTION DE LA POPULATION - 15 -
C. CRITERE PRINCIPAL : DIFFERENCE ENTRE URGENCE ESTIMEE PAR LE PATIENT ET URGENCE EVALUEE PAR LE MEDECIN - 16 -
1. RESULTAT PRINCIPAL - 16 -
2. SOUS-GROUPES EN FONCTION DE L'AGE, DU GENRE ET DU DEGRE D'URGENCE - 17 -
D. CRITERES SECONDAIRES - 17 -
1. DELAI ACCEPTABLE POUR LA CONSULTATION - 17 -
2. ALTERNATIVE DES PATIENTS N'OBTENANT PAS DE RENDEZ-VOUS - 18 -
3. MOTIFS DE RECOURS AUX SNP - 19 -

IV. DISCUSSION - 20 -

A. FORCES ET LIMITES - 20 -
B. CRITERE PRINCIPAL - 21 -
C. CRITERES SECONDAIRES - 25 -
D. PLACE DES SECRETARIATS MEDICAUX - 28 -
E. OUVERTURE - 29 -

V. CONCLUSION - 31 -

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES : - 33 -

VII. ANNEXES : - 36 -

Table des figures :

Figure 1 : *Chronologie de l'étude.*

Figure 2 : *Diagramme de flux.*

Figure 3 : *Urgence estimée par le patient vs urgence évaluée par le médecin.*

Figure 4 : *Délai acceptable pour la consultation.*

Figure 5 : *Alternative sans rendez-vous le jour même.*

Figure 6 : *Répartition des SNP en fonction du diagnostic médical.*

Figure 7 : *Catégorisation des motifs de recours basé sur les réponses des patients.*

Table des tableaux :

Tableau 1 : *Caractéristiques de la population.*

Tableau 2 : *Degré d'urgence en fonction du sous-groupe, genre et âge.*

Tableau 3 : *Détails de distribution, recueil et perte des questionnaires.*

Tableau 4 : *Répartitions des consultations en fonction des jours de la semaine.*

Table des annexes :

Annexe 1 : Questionnaire.

Annexe 2 : Fiche secretériat.

Annexe 3 : Fiche consentement médecin.

Annexe 4 : Affiche salle d'attente.

Annexe 5 : Informations relatives aux cabinets participants.

Annexe 6 : Tableau 3 : Détails de distribution, recueil et perte des questionnaires.

Annexe 7 : Tableau 4 : Répartition des consultations en fonction du jour de la semaine.

Annexe 8 : Figure 7 : Catégorisation des motifs de recours basé sur les réponses des patients.

Liste des abréviations :

APL	Accessibilité Potentielle Localisée
CNIL	Commission Nationale Information et Libertés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoires
SNP	Soins Non Programmés
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

I. Introduction

Les soins non programmés (SNP), représentent en médecine de ville, l'ensemble des soins ne pouvant ni êtres anticipés, ni retardés dans leurs prises en charge, ressentis comme urgents par le patient qui sollicite la médecine de premier recours.

La définition retenue dans le rapport du député T. Mesnier remis à Madame la Ministre de la Santé en 2018 retient l'expression « *d'une demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie, relevant prioritairement de la médecine de ville* » (1).

Travailler sur « l'urgence » nécessite de recontextualiser sa définition.

Pour les dictionnaires de la langue française, il s'agit de « *ce que l'on doit faire sans retard* » (2).

Sa définition médicale est variable selon l'acteur qui l'emploie. Elle est « *vitale* » pour les médecins urgentistes. C'est un « *soin non programmé* », qui interrompt son activité, pour le généraliste. Concernant le patient, elle sera synonyme de rapidité d'intervention, indépendamment de sa gravité. En effet l'apparition de symptômes aigus entrainants une rupture avec l'état de santé antérieur, peut pousser les patients à recourir en urgence au système de soins. Cette urgence, authentiquement ressentie par le patient, n'est pas toujours une urgence médicale réelle.

Ce besoin rapide de soins a eu pour conséquence le recours croissant aux services d'urgences hospitalières, qui accusaient +42 % de passages entre 2002 et 2015 (soit 20 millions de passages en 2015) (3). Une enquête nationale de la DRESS sur les urgences hospitalières a évalué les 52.000 patients qui se sont présentés pendant 24h, le 11 juin 2013. Il apparaît que 62 % sont venus de leur propre initiative ou sur conseil d'un proche et qu'ils consultent en priorité à cause du motif médical ou de la facilité d'accessibilité. Ce sont 27 % des répondants qui estiment que leur problème doit être réglé rapidement et 23 % qui jugent leur état grave, susceptible de nécessiter une hospitalisation (4). Pourtant, une partie de ces consultations pourrait relever de la médecine de ville.

Néanmoins, outre la notion d'urgence subjective du patient, le recours aux SNP s'inscrit également dans une problématique d'accès aux soins des individus. En effet, malgré une demande croissante, le nombre de professionnels en charge d'y répondre sur les territoires diminue. En 2020, le CNOM recensait 86.102 médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre. Ce chiffre a diminué de 9 % depuis 2010, représentant 8.159 médecins non remplacés. En terme de densité médicale, la moyenne nationale est de 124,5 généralistes pour 100.000 habitants par département en 2020 (5).

Concernant le département de l'Aveyron, l'effectif des généralistes en activité a diminué de 18,4 % depuis 2010 (5). En 2021, 243 médecins généralistes libéraux (6) prennent en soins environ 279.206 habitants (INSEE 2017 (7)). Les derniers chiffres disponibles font état en 2018 d'une densité déjà inférieure à la moyenne nationale, égale à 115,1 médecins pour 100.000 habitants. Le département est également le 5ème plus grand de France métropolitaine avec une superficie de 8.735km^2, paramètre qui modifie l'accès aux soins des populations. On peut estimer l'accès aux soins grâce à l'Accessibilité Potentielle Localise (APL), indicateur local qui tient compte de l'offre de soins, du niveau de recours différencié en fonction de l'âge. L'APL Aveyronnais était estimé à 3,5 consultations et visites accessibles par habitant en 2015, le classant antépénultième département en Occitanie (8).

Les SNP font pourtant partie intégrante de l'activité libérale. Leur prise en charge est inhérente au rôle de soignant de premier recours du médecin généraliste. En effet, par définition celui-ci représente le premier contact avec le système de santé. Il offre à ses usagers des soins ouverts et illimités quel que soit leur problème de santé (9).

Les demandes de SNP représentent un volume de consultation important. Ce dernier est régulièrement croissant, résultant de l'accroissement de la population générale et la diminution de la démographie médicale avec de nombreux départs à la retraite non remplacés. En 2006, la DRESS estimait à 12 % la part d'activité des généralistes libéraux consacrée aux SNP (10). En 2019, les premiers résultats du quatrième panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, rapportent que pour 4 médecins sur 10, les SNP représentaient 30 % ou plus de leur activité hebdomadaire (11). Les affections aiguës en général représentent 36 % des consultations des généralistes (12). Ainsi, il apparait clairement que la demande de SNP augmente au sein des cabinets de médecine générale.

La médecine de ville s'organise au mieux afin de répondre à ces demandes. En 2020 la DRESS estimait que plus de 8 généralistes sur 10 organisaient leurs quotidiens pour prendre en charge ces demandes inopinées (11).

Néanmoins, lors des recours au médecin généraliste, la notion d'urgence est rarement vitale. En effet, dans le rapport de travail concernant les urgences en médecine générale (DRESS, 2006) le pronostic vital semble engagé dans 1,2 % des consultations non programmées en ville, et la nécessité d'hospitalisation immédiate représente 4 % des consultations (13). Pourtant, en 2015, une enquête de l'URPS Ile-De-France révèle que 85 % des patients en demande de SNP voulaient voir le médecin dans la journée, tandis que le médecin estimait à 19 % des consultations les urgences médicales vraies (14). Pour d'autres auteurs, parmi les consultations sans rendez-vous 14 % sont jugées urgentes par les médecins (12). Ainsi, il semble que la majorité des patients en demande de SNP souhaitent voir rapidement leur médecin généraliste pour des motifs qu'ils considèrent comme urgents, mais ces motifs sont-ils des urgences médicales ? Malheureusement, aucun travail de plus grande envergure sur ce thème n'a été retrouvé lors de notre recherche bibliographique.

Afin d'estimer si les demandes de SNP des patients relèvent d'une véritable problématique médicale ne pouvant attendre, ou au contraire de motifs pouvant être décalés dans le temps, nous avons décidé de mener une étude au sein des cabinets de médecine générale de l'Aveyron.

La question principale posée est la suivante : existe-t-il une différence entre l'urgence estimée par le patient, et celle évaluée par le médecin ?

II. Matériel et Méthode

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, transversale, multicentrique, réalisée en médecine libérale, dans le département de l'Aveyron.

L'objectif de ce travail est de comparer l'urgence estimée par le patient versus l'urgence évaluée par le médecin qui le reçoit, dans le cadre des soins non programmés en médecine générale de ville.

Les objectifs secondaires seront d'estimer la proportion des SNP médicalement justifiés sans délais, puis de définir le profil des consultants en soins non programmés et les principaux motifs de recours.

B. Population de l'étude

1. Critères d'inclusion

Nous avons interrogé les patients en demande de SNP dans les cabinets participants, sans distinctions sociales ou biométriques. Il s'agit de tout patient consultant sur un créneau « d'urgence » ou « du jour pour le jour » après régulation téléphonique par le secrétariat ou le médecin lui-même, ou se présentant spontanément au cabinet et reçu sans délai.

2. Critères d'exclusion

Ont été exclus les patients refusant de répondre à l'étude, ainsi que, pour certains cabinets, les patients suspects d'une infection à COVID-19, pour raisons sanitaires ou des raisons pratiques liées à chaque cabinet.

Ont été exclus à postériori les questionnaires incomplets et / ou dénués de consentement écrit.

Ont été exclues toutes les consultations ne relevant pas des créneaux d'urgence.

C. Elaboration du questionnaire

Nous avons créé un double questionnaire : une première partie est remplie par le patient, avant la consultation, et une deuxième partie est remplie par le médecin, au terme de la consultation. Pour faciliter la faisabilité autant pour le praticien que pour le patient, celui-ci se veut concis et ciblé.

Le document est pensé comme un livret format A5, permettant une séparation physique, et donc facilitant l'anonymisation, entre la partie explicative / consentement, et la partie questionnaire.

Il est composé de 4 questions pour le patient :

- Le motif du rendez-vous. Cette question a été laissée ouverte pour faire face à la multitude des demandes de soins en médecine générale.
- Le degré d'urgence estimé. Recueilli via une échelle numérique afin de mieux stratifier le sentiment d'urgence du patient.
- L'alternative en cas de non obtention du rendez-vous. Le but de cette question est d'estimer l'impact de l'offre de SNP sur les autres services médicaux, en particulier les services d'urgences hospitalières.
- Le délai acceptable de la consultation pour le patient. Cette question est commune avec le questionnaire médical. Elle permettra d'affiner la différence, si elle existe, entre l'urgence estimée par le patient et celle évaluée par le médecin.

Il est composé de 3 questions pour le médecin :

- Le diagnostic retenu. Cela nous permettra d'évaluer la concordance clinique, afin d'estimer s'il s'agissait d'une urgence médicale, et de classifier les motifs de recours.
- Le degré d'urgence du point de vue médical, via une échelle numérique.
- Le délai acceptable de la consultation pour le médecin.

Le document complet tel qu'il a été distribué aux patients est disponible en annexe 1.

Un pré-test du questionnaire a été effectué afin d'évaluer sa faisabilité et d'apporter des correctifs si nécessaire avant sa large diffusion. Une quinzaine de documents ont été remplis.

Il a permis les modifications suivantes :

- Ajout du mot « symptôme » à la question 1 *(« Quel motif / symptôme vous a poussé à prendre rendez-vous ? »*)
- Ajout de la consigne « Une seule réponse » à la question 3.

Ce pré-test a confirmé la difficulté d'analyse de la question n°1, ouverte, dû à la subjectivité de la réponse, la variabilité du vocabulaire et des connaissances médicales des patients.

C'est pourquoi ces réponses ont été catégorisées par appareil à postériori pour obtenir une base de données plus explicite.

D. Déroulement de l'étude

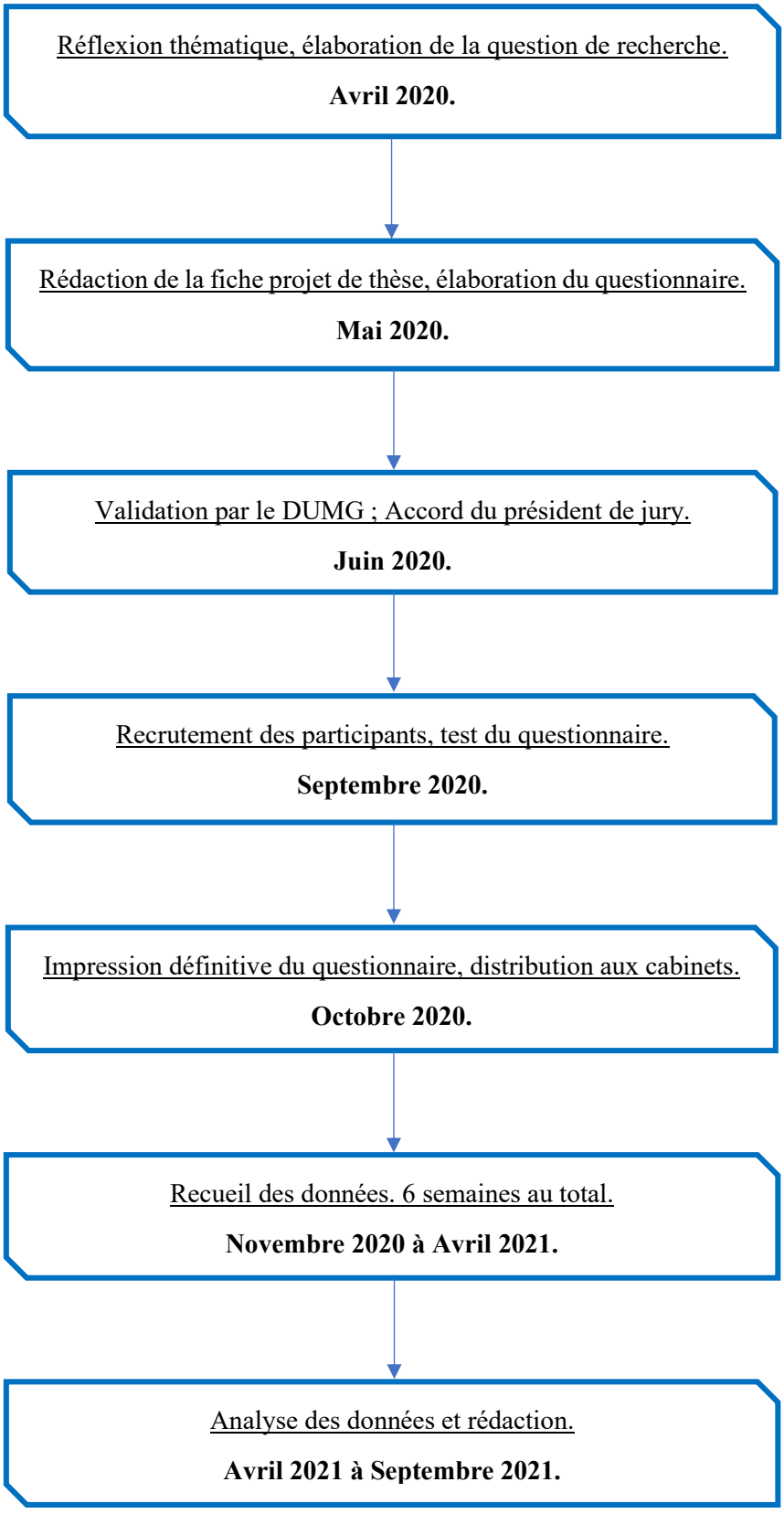
1. Déroulement général

L'étude s'est déroulée de septembre 2020 à avril 2021. La chronologie complète est représentée dans la figure 1.

Les questionnaires ont été distribués dans 9 sites différents. Les cabinets participants ont été visités afin de présenter le projet et expliquer son déroulement, notamment aux équipes de secrétariat, avant le recueil des données.

Les équipes de secrétariat ont reçu une enveloppe A4 contenant les questionnaires vierges. Cette distribution a été répétée avant chaque période de recueil. Sur l'enveloppe figure un document rappelant le protocole, les périodes de recueil ainsi qu'un tableau à cocher afin de comptabiliser les refus, disponible en annexe 2.

Figure 1 : *Chronologie de l'étude*.



Chaque médecin ayant accepté de participer a rempli une fiche de renseignements et de consentement, disponible en annexe 3. Ils disposent individuellement d'une enveloppe A4 pré-identifiée pour collecter les questionnaires remplis.

Un affichage a été réalisé en salle d'attente afin d'informer les patients de l'étude en cours, disponible en annexe 4.

Chaque patient ayant pris rendez-vous dans les créneaux dits « d'urgence » ou dans les créneaux « du jour pour le jour », doit recevoir s'il est d'accord, un document unique consentement / questionnaire, à son arrivée au cabinet. Il peut alors le remplir dans la salle d'attente. S'il n'a pas le temps, il peut le remplir en fin de consultation devant le médecin durant le temps administratif (prescription, facturation).

S'il ne souhaite pas le remplir la secrétaire dispose d'un tableau pour comptabiliser les refus.

Au terme de la consultation, le médecin rempli le questionnaire médical.

L'ensemble des questionnaires est ensuite retourné au chercheur pour analyse.

2. Recrutement des médecins généralistes

Dix-sept cabinets de médecine générale Aveyronnais ont été contactés dans le cadre de ce travail. Cela représentait soixante-deux médecins généralistes au moment du contact. Cette démarche a permis de recruter 29 médecins répartis dans 9 cabinets, parmi lesquels se trouvaient des cabinets de groupes et des MSP.

La liste des cabinets de médecine générale participants au recueil des données est disponible en annexe 5.

Pour des questions d'organisation, l'étude n'a pas été proposée aux médecins travaillants sans secretériat physique.

Afin d'anonymiser tout en identifiant les questionnaires, chaque médecin participant s'est vu attribué un code alphanumérique (annexe 5), et les questionnaires inclus ont été baptisés de même :

- Une lettre majuscule correspondant au cabinet où il exerce,
- Un chiffre correspondant au numéro du médecin dans son cabinet,
- Les questionnaires sont classés selon le même principe avec un « q » minuscule,
- Soit pour exemple, le troisième questionnaire inclus rempli par le deuxième médecin du cabinet A correspond à la ligne de données : A2q3.

Le recueil étant étalé dans le temps, cette liste a subi des modifications au fur et à mesure de l'avancée de l'étude, on peut citer notamment :

- Le médecin A4 a changé de lieu d'exercice et n'a donc pas réalisé la totalité du recueil de données.
- Le médecin A5 était en congé maternité, la majorité des questionnaires qui lui étaient attribués ont été remplis par un médecin remplaçant.
- Le médecin D2 s'est installé en cours d'étude, sa participation débute donc à la troisième semaine de recueil.
- Le médecin F3 est parti en congé maternité pendant l'étude, quelques données ont été recueillies via ses remplaçants.

3. Diffusion du questionnaire

Le recueil des données via distribution des questionnaires a été programmé arbitrairement une semaine par mois pendant 6 mois, volontairement discontinu afin d'éviter les biais dus aux pathologies saisonnières (grippe ; gastro-entérite…).

Les cabinets ont reçu un rappel avant chaque semaine de recueil via e-mail. Les dates de relevé sont les suivantes :

Semaine du 09 au 13 Novembre 2020
Semaine du 07 au 11 Décembre 2020
Semaine du 04 au 08 Janvier 2021
Semaine du 01 au 05 Février 2021
Semaine du 01 au 05 Mars 2021
Semaine du 29 Mars au 02 Avril 2021

4. Recueil des données et analyses statistiques

Le recueil des données s'est terminé en avril 2021. Tous les questionnaires inclus ont été transposés dans un tableur Excel® via un formulaire GoogleForm®.

Les statistiques descriptives ont été réalisées avec les fonctionnalités d'Excel® 2019, notamment les tableaux croisés dynamiques.

Les variables quantitatives ont été analysées via les moyennes et les écarts types. Pour ces variables un test de Mann-Whitney a été utilisé pour déterminer la significativité (p). Le seuil alpha retenu était de 0,05 %.

Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentages. Le test du chi2 a permis de les analyser.

Les analyses statistiques ont été possibles avec le module Xlstat® pour Excel, ces dernières ont été vérifiées et comparées sur le site biostatgv de l'INSERM (http://biostatgv.sentiweb.fr).

5. Ethique

Ce travail a été réalisé dans le respect de la norme MR-004 de la CNIL concernant les données à caractère personnel collectées à des fins d'études, d'évaluation ou de recherche.

Le chercheur principal ne déclare avoir aucun conflit d'intérêt.

III. Résultats

A. Distribution et recueil des questionnaires

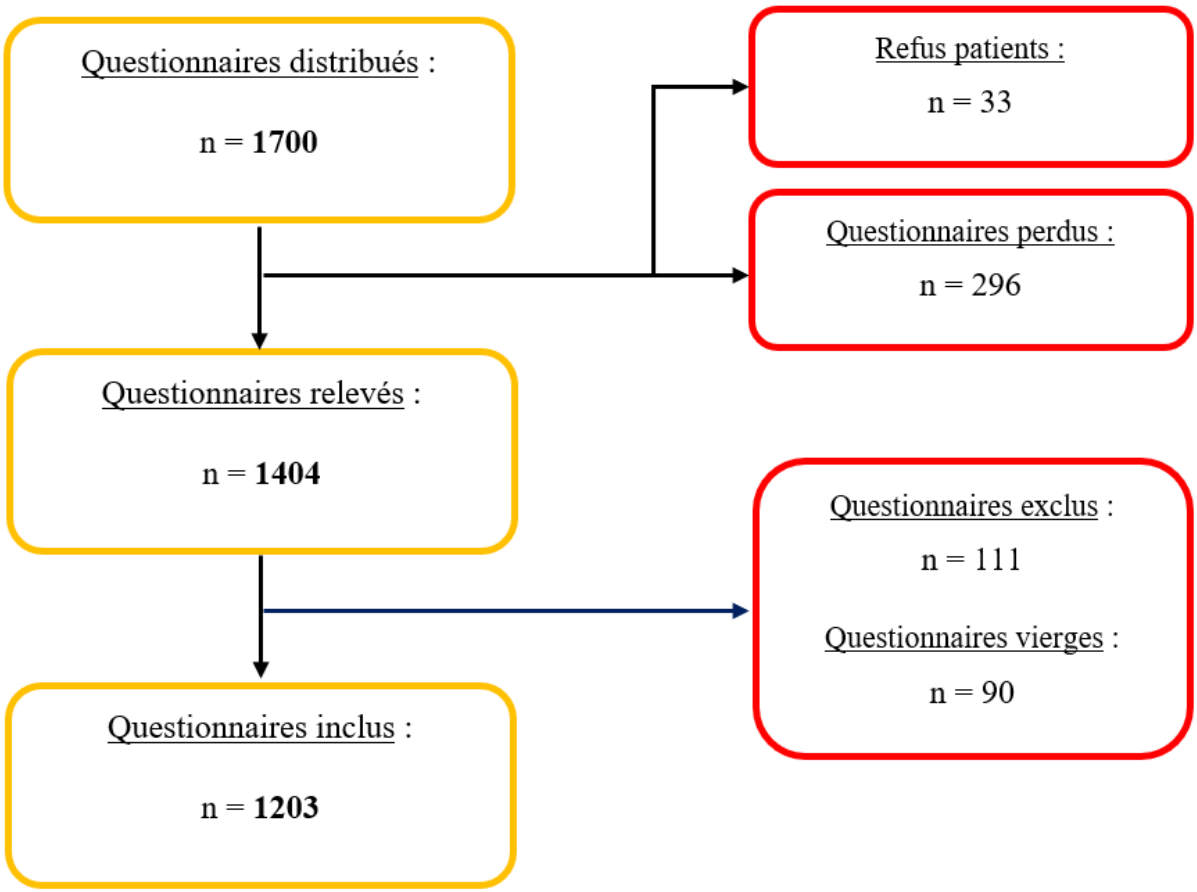


Figure 2 : *Diagramme de flux.*

Le taux de participation de la part des patients est de 70,7% avec 1.203 questionnaires inclus sur 1.700 distribués.

Le taux de participation des médecins contactés est de 46,7%.

Le détail de ces chiffres par cabinet est disponible en annexe 6.

B. Description de la population

L'âge moyen des patients accédants aux SNP est de 36,5 ans. Les extrêmes sont de 1 mois et 90 ans.

L'ensemble des patients répondants a été divisé par tranches d'âge, arbitrairement fixé à 10 ans.

Les caractéristiques démographiques de la population sont résumées dans le tableau 1.

		Total (n = 1203)	Total (%)
GENRE	Femmes	698	58
	Hommes	505	42
		Total (n = 1203)	**Total (%)**
ÂGE	0 à 10 ans	254	21
	11 à 20 ans	120	10
	21 à 30 ans	131	11
	31 à 40 ans	171	14
	41 à 50 ans	140	12
	51 à 60 ans	128	11
	61 à 70 ans	135	11
	71 à 80 ans	98	8
	81 à 90 ans	23	2

Tableau 1 : *Caractéristiques de la population.*

Les SNP étaient en majorité effectués les lundis. La répartition selon les jours de la semaine est disponible en annexe 7.

C. Critère principal : Différence entre urgence estimée par le patient et urgence évaluée par le médecin

1. Résultat principal

La répartition des cotations d'urgence estimée par le patient et évaluée par le médecin est représentée dans la figure 3.

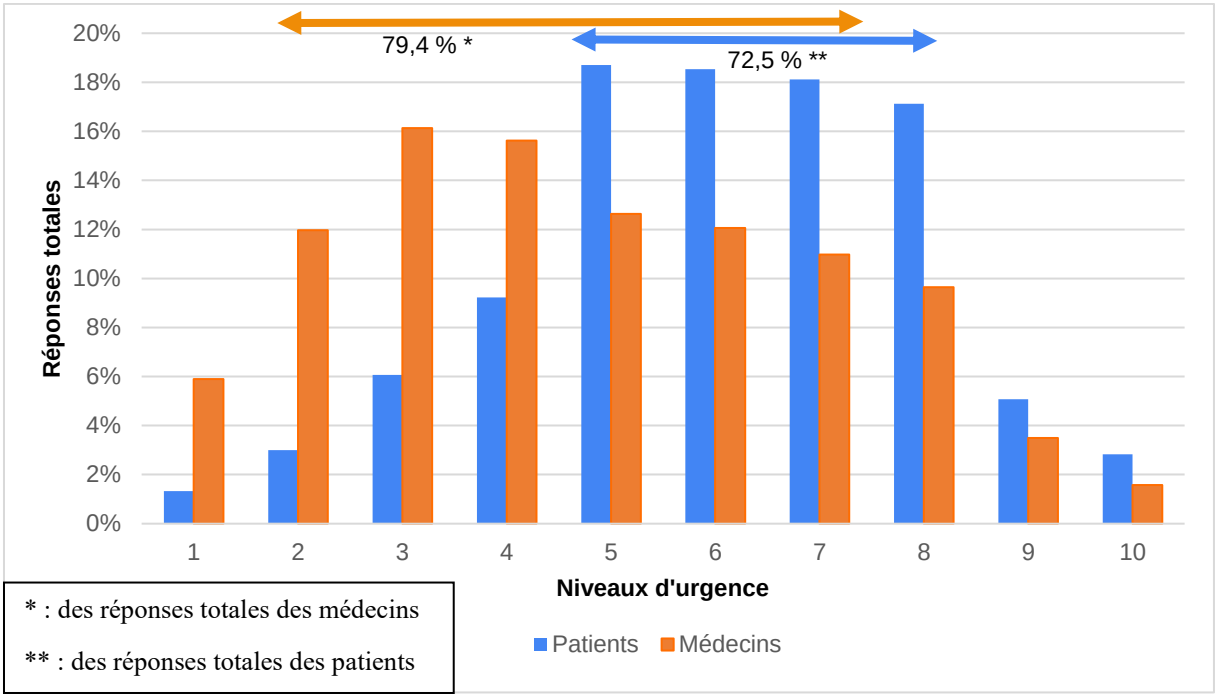


Figure 3 : *Urgence estimée par le patient vs urgence évaluée par le médecin*

La moyenne des cotations d'urgence est de 6,1 pour les patients et 4,8 pour les médecins.

Il existe une différence statistiquement significative entre l'urgence estimée par les patients et l'urgence évaluée par les médecins, selon le test de Mann Whitney ($p < 0,0001$).

Afin d'affiner ces chiffres totaux, nous avons divisé arbitrairement la base de données en trois groupes dépendants de l'urgence cotée par les patients, faible (urgence ≤ 3), modérée (urgence entre 4 et 6) ou forte (urgence ≥ 7). Les données sont disponibles dans le tableau 2.

2. Sous-groupes en fonction de l'âge, du genre et du degré d'urgence

Critère principal	PATIENTS					MEDECINS				
	min	max	moyenne	écart type	p =	min	max	moyenne	écart type	p =
Degré urgence	1	10	**6,1**	1,9		1	10	**4,8**	2,3	**< 0,0001**
Sous groupes par degré d'urgence										
Groupe 1 urgence ≤ 3	1	3	**2,5**	0,7		1	9	**3,5**	2,1	< 0,05
Groupe 2 4 ≥ urgence ≤ 6	4	6	**5,2**	0,7		1	10	**4,6**	2,2	< 0,05
Groupe 3 urgences ≥ 7	7	10	**7,8**	0,9		1	10	**5,3**	2,2	< 0,05
Degré urgence - genre										
Femmes	1	10	**6,2**	1,9	0,003	1	10	**4,8**	2,2	0,43
Hommes	1	10	**5,9**	1,9		1	10	**4,7**	2,3	
Degré urgence - âge										
0 à 10 ans	1	10	**5,8**	1,8		1	9	**4,6**	2,2	
11 à 20 ans	1	10	**5,7**	1,8		1	9	**4,5**	2	
21 à 30 ans	1	10	**6,0**	2		1	10	**4,6**	2,2	
31 à 40 ans	1	10	**6,0**	1,9		1	10	**5,1**	2,3	
41 à 50 ans	1	10	**6,4**	2	< 0,028	1	9	**4,6**	2,2	0,19
51 à 60 ans	1	10	**6**	2		1	10	**5,1**	2,4	
61 à 70 ans	1	10	**6**	2		1	10	**5**	2,4	
71 à 80 ans	1	10	**6,3**	1,9		1	10	**4,9**	2,5	
81 à 90 ans	1	10	**6,3**	2,2		1	8	**4,3**	2,8	

Tableau 2 : *Degré d'urgence en fonction du sous-groupe, genre et âge.*

D. Critères secondaires

1. Délai acceptable pour la consultation

Les taux de réponses des patients et médecins sont présentés dans la figure 4.

La différence des délais acceptables par les patients et les médecins est statistiquement significative pour chaque item ($p < 0,0001$), hormis concernant la consultation pouvant être décalée au lendemain.

La moyenne des cotations d'urgence des médecins lorsqu'ils estimaient que la consultation ne pouvait pas être décalée est de 7/10, contre 6,9 pour les patients.

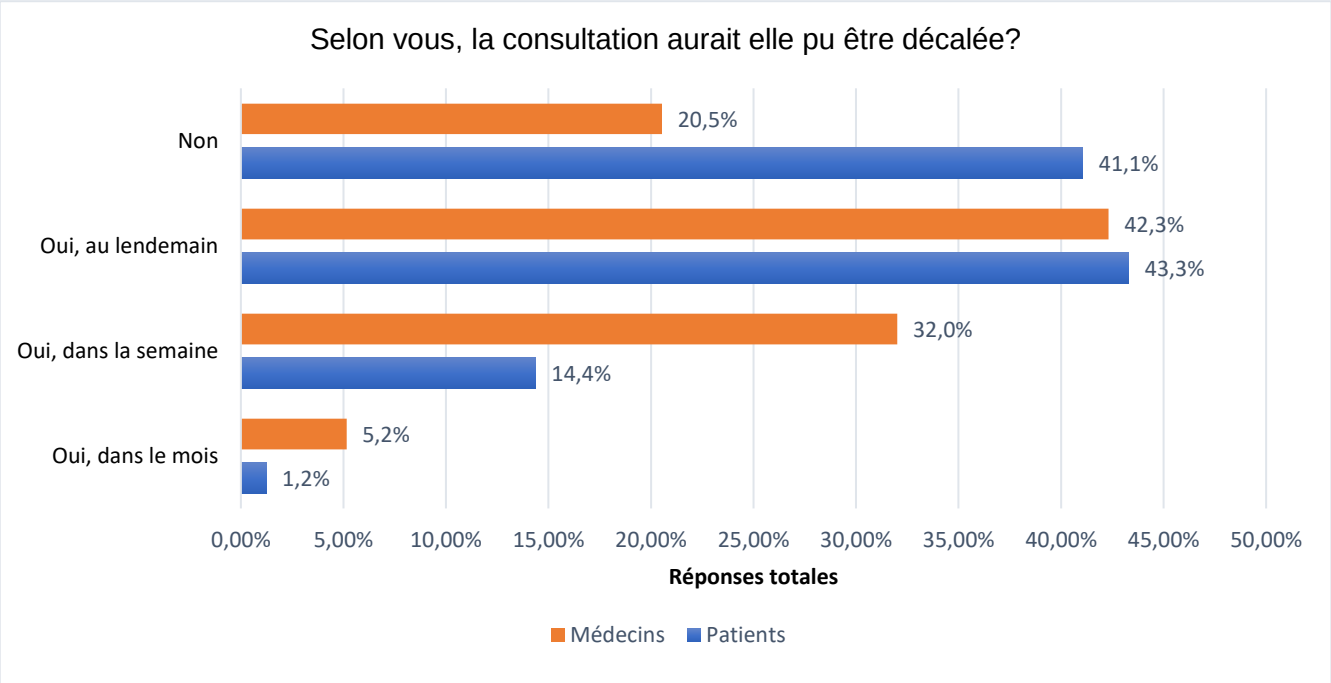


Figure 4 : *Délai acceptable pour la consultation.*

2. Alternative des patients n'obtenant pas de rendez-vous

L'ensemble des alternatives est présenté dans la figure 5.

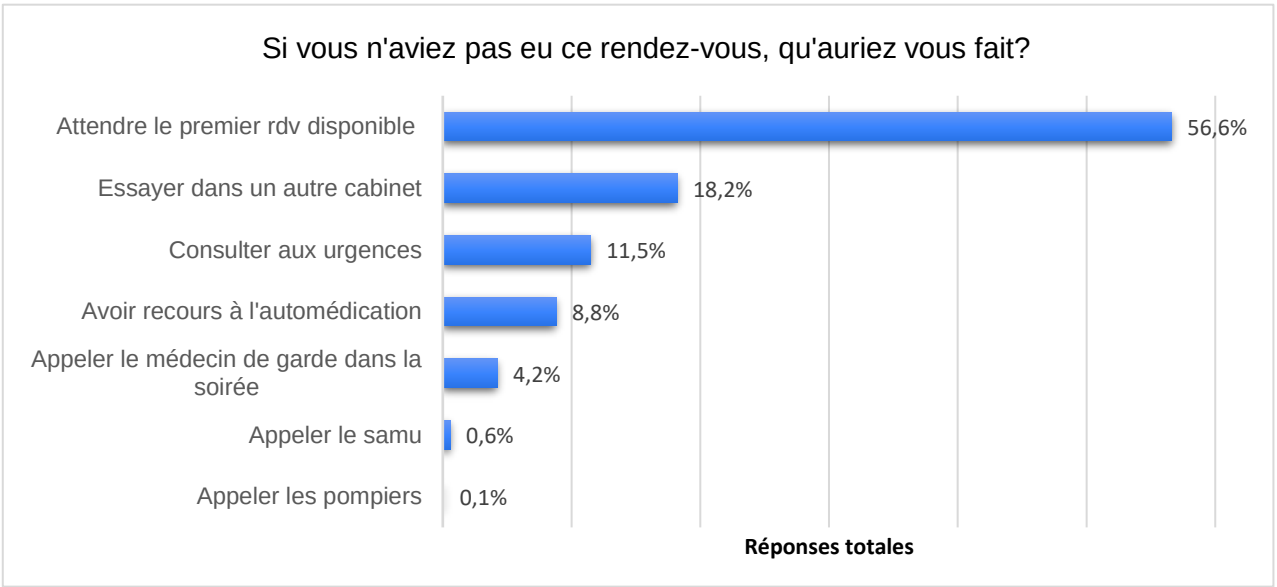


Figure 5 : *Alternative sans rendez-vous le jour même.*

3. Motifs de recours aux SNP

La répartition est visible dans la figure 6.

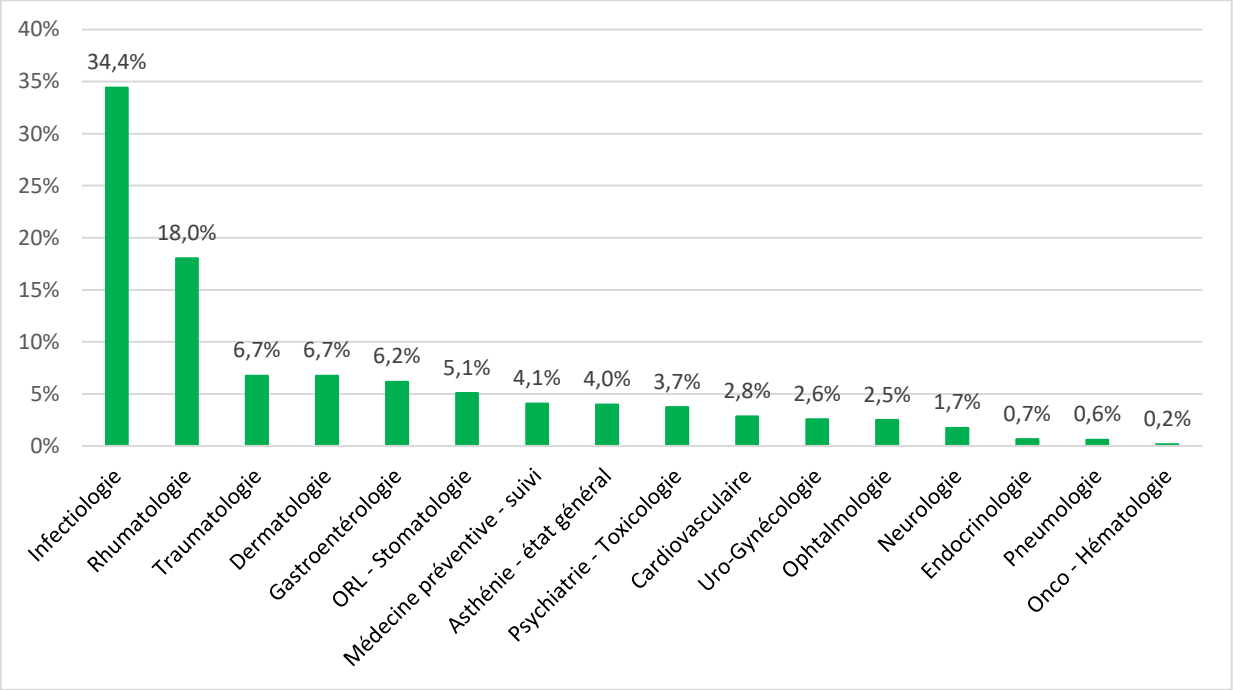


Figure 6 : *Répartition des SNP en fonction du diagnostic médical.*

La catégorisation des consultations a été faite à posteriori en fonction du diagnostic retenu par les médecins. Les douleurs localisées à l'appareil locomoteur ont été classées en rhumatologie. Les douleurs sans précisions ont été classées dans état général. Les pathologies dues à des agents infectieux ont été classées en infectiologie plutôt que dans les pathologies d'organes.

IV. Discussion

Ce travail a permis de montrer qu'il existe une différence statistiquement significative entre l'urgence estimée par le patient et l'urgence évaluée par le médecin qui le reçoit. La consultation de soins non programmés n'aurait pas pu être décalée pour 41 % des patients, tandis que les médecins divisent ce chiffre par deux. Malgré un sentiment d'urgence déclaré, la majorité (56 %) des patients auraient attendu le premier rendez-vous disponible s'ils n'avaient pas été reçus le jour même.

A. Forces et limites

Cette étude présente des forces non négligeables.

Il s'agit d'une étude originale dont nous n'avons pas retrouvé d'équivalent dans la littérature. Des études similaires ont été proposées dans le cadre de la médecine d'urgence mais jamais dans les cabinets de médecine générale.

La puissance de ce travail avec 1.203 questionnaires analysés et un taux de participation de 70,7 % nous permet de dégager des résultats statistiquement significatifs. De plus, le recueil a été lissé sur 6 mois afin de s'affranchir au mieux des biais saisonniers.

Cette étude multicentrique (9 centres distincts) nous permet de bénéficier d'un recrutement large de cabinets médicaux variés, urbains, semi ruraux, et ruraux.

Le recrutement des médecins généralistes a été fait de façon arbitraire, chacun ayant été libre de participer ou non à cette étude. Ces médecins n'avaient à priori pas d'intérêt personnel à mener cette étude. Bien sûr, il est possible que la participation soit liée à un intérêt intellectuel pour le sujet ce qui peut constituer un biais de sélection. Le nombre important de médecins répondants (29) a permis de limiter les biais d'évaluation.

Il existe également des limites.

Le biais principal de cette étude est un biais d'évaluation du degré d'urgence. Pour le patient, la subjectivité est attendue et non contraignante, puisque c'est ce que nous avons cherché à évaluer. Néanmoins, la subjectivité et la variance des réponses des professionnels de santé biaise en partie les résultats. En effet, malgré une formation qui se veut commune, les réponses des médecins se construisent également sur leurs expériences et leurs représentations propres. Ce biais est en partie limité par le nombre important de médecins recrutés.

Il existe également un biais de recrutement des patients, lié à l'activité des cabinets de médecine générale. En effet, lors des périodes plus calmes, les secrétaires médicales avaient tendance à donner plus facilement des rendez-vous pour des motifs ne relevant pas des SNP. La quantité de créneaux réservés aux SNP disponibles sur les agendas conditionne le degré de régulation téléphonique des secrétaires médicales. Cet état de fait est concordant avec les résultats du travail des Dr Ung et Raffi (15).

Enfin, l'épidémie de la COVID-19 perdurant, un afflux régulier de patients présentant des syndromes infectieux est venu biaiser la base de données par leur fréquence mais aussi par leur degré d'urgence. Certains états de catarrhe ORL banals ont été considérés urgents car suspects de COVID-19 et nécessitants alors toutes les mesures d'isolement et de contact tracing que ce diagnostic implique. De plus l'organisation spécifique des cabinets dans la prise en soins des patients suspects COVID a pu entrainer la non distribution du questionnaire dans certaines situations.

B. Critère principal

D'après cette étude originale, il existe clairement une tendance non superposable entre l'urgence estimée par les patients et celle évaluée par le médecin, confortée par nos analyses qui démontrent une différence statistiquement significative. Les cotations d'urgence moyennes sont de 6,1/10 pour les patients contre 4,8/10 pour les médecins.

Les sous-groupes ont permis d'observer que la différence entre l'urgence estimée et l'urgence évaluée croît avec le niveau d'urgence. Cela conforte notre postulat que l'urgence estimée n'est pas forcément une urgence réelle.

Ces résultats semblent correspondre à la réalité du terrain que nous vivons. Les patients sont inquiets et souhaitent des rendez-vous rapides. Cependant l'urgence moyenne estimée par les patients reste modérée, et pour les médecins, rares sont les urgences vraies.

Cela peut s'expliquer tout d'abord par le spectre d'analyse différent à disposition des deux acteurs, pour la même situation.

Le médecin considère le patient avec son expertise médicale et juge en théorie la situation selon la gravité clinique. Il apparait cependant que les cotations ne se limitent pas à un critère médical pur. Elles sont aussi probablement sous tendues par des phénomènes empathiques et relatifs à l'éthique professionnelle. En effet, on remarque la faible occurrence des cotations 1 et 2 pour les médecins (figure 3). De plus, dans le sous-groupe où l'urgence est faible, les cotations moyennes des médecins sont supérieures à celles des patients. Cela peut s'expliquer soit par un biais : le questionnaire ayant été rempli face au patient, le médecin répondeur a pu ressentir une gêne à coter une urgence faible, soit parce que les médecins, malgré l'absence d'urgence médicale, considèrent le besoin de consulter avec d'autres facteurs, cités précédemment.

Le patient, lui, semble se référer à l'impact qu'ont ses symptômes sur sa qualité de vie pour estimer l'urgence. On peut prendre pour exemple, les consultations pour fièvre du nourrisson dont le nombre est important dans notre population. Les premières 24h, la plupart des consultations concluent à des syndromes viraux, le traitement reste symptomatique et l'urgence est faible. Néanmoins pour les parents, un nourrisson présentant une rhinopharyngite est source d'inquiétude : respiration bruyante, diminution des rations alimentaires, troubles du sommeil… Ces symptômes poussent de nombreux parents à consulter rapidement leur médecin.

En sociologie et en anthropologie, la maladie est évoquée selon trois facettes en interaction : sa dimension médicale, son expérience subjective et sa réalité socioculturelle (16). Ainsi, les déterminants poussants le patient à avoir recours au système de soins lui sont propres et ne peuvent pas être réduits au seul symptôme. Selon S. Fainzang, « il *est clair que l'appréhension des conduites thérapeutiques en référence à une stricte logique médicale n'est plus de mise. […] c'est bien souvent à une logique sociale que ces conduites obéissent. »* (17).

De plus, le ressenti des patients est également conditionné par leurs connaissances et leurs représentations de la maladie. D'après M. Membrado, si les représentations dépendent bien en partie de facteurs qui sont propres aux patients, elles sont également liées aux catégories produites par la médecine en tant que science. « Ne *pas tenir compte de cette intrication dans la relation, d'éléments savants et profanes et de ce renvoi en miroir de l'image que les uns ont des autres, contribue à réduire la complexité des pratiques* » (18). Ces dernières peuvent également se construire en partie sur la recherche d'informations en ligne, mais risques d'être bâties sur des fondations instables. Pour T. Tonsaker, 70 % de la population canadienne recherche des renseignement médicaux en ligne, mais « *de mauvais renseignements sur la santé utilisés de manière inappropriée peuvent être véritablement dommageables* ». En effet, l'information médicale en ligne est difficile à réglementer, rendant un contrôle qualité utopique (19).

Enfin, il existe des disparités de recours aux soins en fonction du niveau social, qui ne sont cependant pas superposables à celles que l'on observe concernant l'état de santé. Il semble que les employés et professions intermédiaires consultent le plus, avant les cadres puis les ouvriers et artisans (20).

Le patient évolue donc dans un milieu complexe d'interactions biologiques, sociales, historiques, culturelles, et si le lien entre les représentations et les actions des patients a longtemps semblé admis, il est finalement remis en cause, certains sociologues évoquant le « *décalage pouvant exister entre la perception qu'un individu a de sa maladie et les conduites qu'il adopte pour y faire face* » (17).

Ces quelques données sociologiques tendent à expliquer la multitude de comportements que peuvent adopter les patients face à la maladie et au système de soins.

Par ailleurs, nos données interpellent sur un éventuel aspect générationnel dans le cadre du recours aux SNP avec une patientèle préférentiellement jeune. Pour le sociologue JF. Barthe, « *l'intégration d'outils cognitifs […] en matière de maladie, paraissent mieux réalisés chez les sujets âgés que chez les sujets jeunes, ainsi qu'en atteste leur facilité manifeste à être déroutés face à des expériences inhabituelles de la maladie.* » Ce manque de connaissances est alors en partie dû à un manque d'expérience, nécessitant une période « *d'acquisition des savoirs profanes de la maladie* » (21). Si l'expérience participe à l'acquisition des savoirs, celle-ci doit être complétée par l'éducation à la santé. C'est un rôle majeur du médecin généraliste. Dans le

cadre des SNP, celle-ci concerne l'appréhension et la gestion des symptômes ayant poussé à consulter. Elle doit comprendre par ailleurs l'apprentissage du délai acceptable pour accéder aux soins. Alors, nos patients sauront comment réagir si la même situation devait se reproduire.

De son côté, la profession de généraliste s'est grandement modifiée dans son organisation depuis trois générations (22), et les plaintes concernant la patientèle sont fréquentes. En témoignent les médecins eux-mêmes lorsqu'ils évoquent les difficultés rencontrées dans leur exercice : les exigences des patients sont citées en premier (23), en terme de disponibilité et de contenu de la prise en charge (12). Souvent stigmatisés, ces patients « exigeants, en quête d'immédiateté » (24), à la lumière des éléments sociologiques ci-dessus, pourraient être reconsidérés en partie comme témoins de l'évolution sociétale, socioculturelle, du système de soins et de la médecine dans sa globalité. Ces plaintes centrées sur l'exigence des patients de la part des médecins permettent aussi « *d'exprimer les difficultés ressenties face aux incohérences du système de soins, à la difficulté de joindre des praticiens hospitaliers […] face à l'inquiétude de passer à côté ou de perdre des compétences* » (12).

Des travaux contemporains, ciblés sur ces problématiques, seraient intéressants afin d'approfondir les déterminants d'accès aux soins à notre époque.

Pour terminer, nous discutons l'utilisation de la variable quantitative « urgence estimée » via une échelle numérique. Celle-ci était adaptée pour évaluer plus finement la notion d'urgence des patients. Cependant, il apparait à postériori que pour dégager des résultats encore plus fiables, une variable qualitative binomiale « urgent » *vs* « non urgent » aurait pu être adaptée, permettant la réalisation d'un test du chi2. En effet, si la comparaison des moyennes montre une significativité statistique, la significativité clinique (l'ampleur de cette différence) est variable selon l'intervalle que l'on considère comme significatif. Nous n'avons pas souhaité réaliser cette manipulation à postériori car la séparation des groupes aurait nécessité de la part du chercheur la décision arbitraire de définir cette dichotomie à partir d'une valeur donnée sur l'échelle numérique.

C. Critères secondaires

Pour les patients comme pour les médecins, on observe un lien entre le degré d'urgence croissant et l'impossibilité de décaler la consultation. Cependant, côté patients, 84 % de l'échantillon souhaite un rendez-vous le jour même où le lendemain, ce qui semble indiquer un délai acceptable de 48 heures afin d'obtenir une réponse à leur problème de santé.

Côté médecins, la répartition est plus homogène avec des consultations pouvant être décalées dans la semaine. Par contre seulement 20,5 % des consultations ne pouvaient pas être décalées. Ce chiffre ne semble pas biaisé par la pandémie, en effet seulement 30 consultations soit 12 % des rendez-vous qui ne pouvaient pas être décalés sont étiquetés comme suspicion COVID-19.

Cette différence est logiquement liée à la différence de jugement dans les cotations d'urgence discutée plus tôt.

Malgré un ressenti urgent, la plupart des répondants auraient attendu le prochain rendez-vous disponible s'ils n'avaient pas pu consulter. Peu auraient eu recours aux services d'urgences ou à la permanence des soins alors qu'ils restent par définition la porte d'entrée des soins urgents. Malgré une information large, il est encore possible que certains patients méconnaissent le système de la PDSA, comme l'évoquaient déjà Gentille *et al* en 2004 (25). On peut cependant supposer que les patients n'obtenant pas de rendez-vous le jour même sont capables de rationaliser leurs symptômes et de patienter le temps que leur médecin puisse les recevoir. Cette réflexion et le faible taux de recours aux structures d'urgences appuie l'hypothèse que l'impact sur la qualité de vie pousse plus à consulter plutôt qu'une réelle inquiétude sur sa santé. Enfin, il peut exister une part d'attachement au médecin pour certains patients qui préfèrent attendre plutôt que de voir un autre professionnel. Cette notion de fidélité a pu, si elle est présente, surestimer le taux de réponses des consultations remisent au lendemain.

Ce travail a permis d'analyser les réponses de 1.203 patients Aveyronnais. Leur moyenne d'âge était de 36 ans, les femmes représentaient 58 % de l'échantillon. Cet échantillon n'est pas représentatif de la population Aveyronnaise (26). La population consultante dans le cadre des SNP semble donc avoir un profil particulier.

Cette population est comparable aux cohortes d'autres travaux sur les SNP notamment vis-à-vis de la prépondérance féminine, estimée à 67 % dans le travail du Dr Madougou Sariki (27),

65 % dans celui du Dr Mathies (28) et 57 % pour la DRESS (13). Par rapport à la pyramide des âges, en 2006, la DRESS estimait déjà que les SNP concernaient des enfants de moins de 13 ans dans 22 % des consultations urgentes et des adultes entre 25 et 45 ans dans 26 % de ces dernières (10). Pour le Dr Madougou Sariki, la majorité (61 %) des patients demandeurs de SNP ont moins de 34 ans. Ces chiffres sont comparables à nos données présentées dans le tableau 1.

La prédominance féminine dans notre étude est donc corroborée par la littérature. Néanmoins cette proportion n'est pas différente de la proportion moyenne des femmes dans les recours programmés aux médecins généralistes, soit environ 55 % (13). En effet pour l'INSEE, en France, les femmes consultent plus que les hommes et consomment plus de médicaments de manière significative peu importe l'âge ou la catégorie sociale (29) (30).

Il apparait donc qu'il existe un profil bien spécifique des patient accédants aux SNP, composé en majorité de femmes, de jeunes adultes et d'enfants.

Concernant la faible proportion de patients âgés, nous formulons plusieurs hypothèses.

La part de questionnaires non inclus, additionnant les exclusions et les questionnaires perdus, est de 23,9 %. On peut imaginer parmi ces derniers la présence de patients plus âgés qui pourraient être sujets à des oublis ou une rédaction inadaptée.

Les patients plus âgés bénéficient le plus souvent d'un suivi pluridisciplinaire et de consultations régulières chez le médecin dans le cadre de polypathologies, permettant parfois de gérer des motifs aigus lors de consultations de routine. Pour les patients les plus fragiles, isolés, certaines consultations non programmées sont réalisées en visites à domicile, où nos questionnaires n'ont pas été réalisés.

Dans cette catégorie de patients fragiles polypathologiques, parfois institutionalisés, pour des motifs aigus médicaux ou traumatiques, le recours aux urgences hospitalières avec ou sans régulation médicale peut diminuer l'occurrence de ces patients dans notre base de données. En effet, les patients âgés sont chaque année plus nombreux aux urgences. Pour exemple, l'étude des variations de fréquentation des urgences du CHUV de Lausanne entre 2005 et 2010. L'occurrence des patients âgés a augmenté de 46 % pour les 85 ans et plus, contre 22 % pour les adultes (31).

Enfin, comme nous l'avons évoqué précédemment, il peut exister un aspect générationnel dans le rapport aux soins, s'exprimant par un recours moins précoce des patients les plus âgés.

Dans notre étude, la différence entre l'urgence estimée en fonction du genre est statistiquement significative. Cependant, la différence est seulement de 0,3 points sur l'échelle numérique étendue de 0 à 10. Cela pose la question de la significativité clinique et de l'impact de ces données. Existe-t-il une vraie différence d'appréciation du degré d'urgence en fonction du genre ? Ce travail ne permet pas de répondre à cette question, une étude qualitative sera nécessaire.

Ce raisonnement s'applique également pour les différents groupes en fonction de l'âge, dont les cotations moyennes sont comprises dans un intervalle entre 5,7 et 6,4, posant la question de la pertinence clinique de la significativité statistique de l'urgence estimée en fonction de l'âge.

Nos résultats montrent que les demandes de SNP concernent des symptômes relatifs à de l'infectiologie dans 34 % des consultations, et à la rhumatologie dans 18 %. La catégorisation des motifs a été faite à posteriori, basée sur les diagnostics médicaux.

Ces chiffres sont comparables aux données de la littérature. Pour la DRESS la répartition des recours, selon le diagnostic principal, mettait en évidence la prépondérance de l'infectiologie (22 %), l'hépato gastroentérologie (11 %) et la rhumatologie (10 %)(13). Dans notre étude, il semble que la catégorie infectieuse soit sur-représentée. Cela s'explique en partie par la pandémie concomitante de la COVID-19, mais aussi par le classement de pathologies telles des bronchites, rhinopharyngites et gastroentérites dans la catégorie infectieuse plutôt que dans les pathologies d'organes. La prépondérance de l'infectiologie semble donc logique, et pertinente, compte tenu de la prépondérance de la pédiatrie, puisque la consultation aigue d'infectiologie est très fréquente pour les enfants (40 % des moins de 13 ans (10)). La fièvre seule est un motif très fréquent (30 à 45 %) de consultation à cet âge (32)(33).

La catégorisation en fonction des symptômes allégués par les patients a bien été réalisée mais semblait moins pertinente compte tenu de l'interprétation plus difficile. Pour preuve, la présence en 4ème occurrence du thème « Asthénie – état général » où nous avons classé des symptômes divers et souvent peu précis, alors que celui-ci s'inscrit seulement en 8ème position pour les médecins. Ces données sont toutefois disponibles en annexe 9.

D. Place des secrétariats médicaux

Acteur important et premier filtre de ces demandes inopinées et urgentes, les secrétariats médicaux ont un rôle prépondérant dans la gestion des agendas. Leur travail n'est pas l'objet de notre étude mais les citer est pertinent, suite aux multiples échanges et à la collaboration avec ces derniers tout au long de ce travail.

Deux travaux rapportent des données intéressantes sur ce sujet. Le Dr Faurre a réalisé une « *étude des déterminants de l'obtention d'un rendez-vous le jour même* », travail descriptif qui a interrogé 193 secrétaires médicales. Ces dernières se basent en majorité sur des éléments objectifs pour trier les demandes : symptômes et antécédents des patients. Néanmoins ces éléments sont nuancés car pour 67 % d'entre elles, les patients auto évaluaient « *assez mal* » leurs symptômes, et 31 % avaient l'impression que le patient mentait « *souvent* » pour obtenir un rendez-vous urgent. Une grande partie des interrogées (60 %) était favorable à une formation au tri des urgences afin de mieux gérer ces demandes, élément indispensable et pourtant inconstant dans la formation initiale de ces dernières (34).

Les Dr Ung et Raffi ont mené un travail qualitatif sur les équipes de secretériat de plusieurs cabinets. Ils ont également observé une grande variabilité et subjectivité des demandes « urgentes », et précisent qu'en l'absence d'éléments objectifs de vérification, certaines secrétaires pensaient que les patients pouvaient abuser de ce bénéfice du doute dans le but d'obtenir le rendez-vous souhaité. De plus, ils ont observé un élément de transfert d'affects des patients aux secrétaires : le patient obtenait souvent une consultation le jour même en *« imposant son sentiment d'urgence aux secrétaires »*. Enfin, ils ont pointé des limites « *en matière de compétences pour évaluer et repérer les urgences potentielles* » dans la gestion des demandes de SNP (15).

De plus, bien que les équipes des secrétariats médicaux soient soumises au secret médical (35), et malgré certains répondeurs téléphoniques mis en place précisant que les secrétaires pouvaient être amenées à demander des informations médicales, certains patients refusent de communiquer sur leur santé. Le processus de tri et d'orientation des patients est alors plus délicat.

Ces données sont capitales et font état de l'implication majeure des secrétariats dans la gestion des SNP et la nécessité d'une formation adaptée afin de gérer au mieux les urgences réelles ainsi que les urgences ressenties. A ce jour, aucun programme de formation continue concernant la régulation téléphonique des urgences en médecine ambulatoire n'est disponible pour les secrétaires médicales.

E. Ouverture

Cette étude originale ouvre plusieurs perspectives quant à l'organisation et la réflexion autour des SNP pour les cabinets de médecine générale.

En premier lieu, concernant le rapport aux soins et la notion d'urgence des patients accédants aux SNP, qui semblent parfois inadaptés du point de vue médical, voire « irrationnels » pour l'anthropologue (17). Ils pourraient faire l'objet d'actions d'éducation à la santé. Cette dernière peut se décomposer en plusieurs strates en fonction de sa cible. Elle peut être individualisée et présente lors de chaque consultation pour des soins non programmés, mais aussi ciblée sur certaines populations, notamment les jeunes parents. Enfin, elle peut être tout public et diffusée à grande échelle.

D'ailleurs, des actions prophylactiques pour un public large se développent de manière exponentielle. Dans les médias classiques, via des émissions de radio ou des programmes de télévision, mais aussi sur les réseaux sociaux avec l'apparition « d'influenceurs santé » : professionnels de santé et étudiants qui partagent des conseils de prévention à grande échelle. L'impact de cette prévention reste cependant à étudier. On peut également imaginer une revalorisation de la place de l'éducation à la santé en milieu scolaire afin d'acquérir au plus tôt des connaissances indispensables à la gestion de sa santé.

Selon le profil des consultants dans ce travail, ces éléments d'information pourraient être particulièrement orientés sur les pathologies et symptômes relatifs à l'infectiologie.

Concernant les agendas, l'intérêt d'acquisition de compétences spécifiques dédiées à la régulation des demandes de SNP semble évident. Elles pourraient être accessibles en formation initiale mais aussi continue, pour les équipes des secrétariats médicaux. De plus, conformément

à nos résultats, des créneaux plus nombreux de SNP pourraient être réservés en début de semaine, notamment le lundi.

La proportion de SNP est également variable en fonction de l'offre de soins environnante. L'accès aux soins, notamment la prise en charge des SNP, est un axe majeur dans la réflexion et la mise en place des CPTS à travers le territoire, promettant une amélioration de la couverture médicale via un maillage interprofessionnel riche, mais dont l'organisation purement locale reste à définir par les acteurs concernés (36). Les réformes du système de soins continuent à ce jour et plusieurs projets sont en cours d'expérimentation. Suite au Ségur de la santé, le Service d'Accès aux Soins (SAS), à l'essai sur 22 sites en Métropole et Outre-Mer, propose des solutions adaptées à la demande du patient en l'absence de son médecin traitant, dont l'orientation vers une consultation de soins non programmés en ville (37).

Néanmoins, au regard de nos résultats, ces politiques de santé centrées sur le patient et son accès aux soins questionnent. En effet, comme nous l'avons démontré, l'urgence estimée par les patients n'est pas en adéquation avec l'urgence évaluée par les médecins. De nombreuses consultations de SNP pourraient alors être décalées grâce à une meilleure éducation de la patientèle mais aussi via la régulation de ces demandes. Dans ce contexte, est-ce pertinent d'axer principalement l'organisation nationale des soins sur un versant quantitatif ? La gestion en amont des problèmes de santé et l'approche qualitative semblent également pertinentes pour s'adapter à la demande de soins. De plus, qu'en est-il des médecins généralistes qui répondent à ces demandes ? Sont-ils capables d'assumer cette charge de travail ? Est-ce légitime de leur imposer ? Ces questions, dans le contexte de la médecine moderne, toujours plus fine et complexe, semblent nécessaires au débat sur les politiques de santé.

Enfin, on pourrait envisager à la suite de ce travail, une étude qualitative afin d'estimer pourquoi les patients ont une notion d'urgence qui ne semble pas en adéquation avec leurs symptômes du point de vue médical ? L'appréhension des déterminants qui les poussent à consulter rapidement semble indispensable afin d'améliorer la régulation et la prise en soins. Ces déterminants sont bien sur médicaux mais aussi socioculturels.

Ce besoin pressé de soins est-il lié à une réelle inquiétude pour sa santé, ou au contraire, un besoin de retour à l'état antérieur afin de préserver sa qualité de vie ?

Cette question formulée simplement semble en réalité, suite à ce travail, hautement plus complexe et multifactorielle.

V. Conclusion

Les soins non programmés en médecine générale représentent l'ensemble des consultations demandées dans un délai de 24 heures par le patient. L'expérience pousse à penser que les symptômes motivant cette demande pressée de soins ne sont pas fréquemment associés à des urgences médicales réelles. On parle alors d'urgence ressentie par le patient.

Dans un contexte de démographie médicale en chute malgré une hausse de la population, ainsi qu'une modification du rapport aux soins, les demandes de SNP augmentent, induisant une charge de travail supplémentaire pour les médecins installés.

Ce travail a permis de montrer la différence entre l'urgence estimée par les patients et l'urgence évaluée par les médecins : les degrés d'urgence moyens sont de 6,1/10 pour les patients et 4,8/10 pour les médecins. Ces résultats sont statistiquement significatifs. L'intérêt de ces valeurs est d'autant plus grand qu'il s'agit d'une étude originale dont les données n'avaient pas été étudiées jusqu'alors.

Conformément à ce résultat, on observe une différence nette dans l'appréciation du nombre de consultations nécessaires sans délai (41,1 % pour les patients - 20,5 % pour les médecins).

Les chiffres indiquent de plus un profil spécifique des patients accédants aux SNP, avec une population majoritairement jeune et féminine, confortée par la littérature. Ces patients consultent pour des symptômes relatifs à de l'infectiologie dans 34 % des cas, et à de la rhumatologie dans 18 % des consultations, principalement en début de semaine.

Ce travail ne permet pas de conclure sur l'origine profonde de cette différence, mais plusieurs pistes sont proposées.

La notion d'urgence semble plus en rapport avec l'impact des symptômes sur la qualité de vie du patient, plutôt qu'avec une réelle inquiétude pour sa santé. En effet le recours aux services d'urgences hospitalières et à la PDSA est faiblement représenté dans les alternatives proposées. La majorité des patients auraient attendus le premier rendez-vous disponible avec leur généraliste.

Ce sentiment d'urgence s'inscrit dans un spectre d'analyse propre au patient, et dépend de facteurs socioculturels complexes, qu'ils soient individuels, ethniques ou sociétaux.

Dans ce contexte, il semble que l'optimisation de la gestion des SNP en cabinet de ville passe encore par l'éducation à la santé due à nos patients. Cette tâche incombe aux médecins généralistes. Néanmoins, ils ne peuvent pas l'assumer seuls. Les actions ciblées à l'échelle d'une patientèle sont indispensables, mais doivent s'inscrire en complément d'une éducation à la santé globale. La démocratisation des thèmes santé dans les médias classiques puis sur les réseaux sociaux participe à l'essor de cette large prophylaxie. La gestion des SNP dépend aussi de la formation des équipes de secrétariats médicaux à la régulation téléphonique. Ces compétences clés ne font malheureusement pas parties à ce jour de la formation initiale ni continue des professionnels concernés.

Des réponses nationales sont à l'étude avec l'expérimentation des Services d'Accès aux Soins et la mise en place des CPTS. Ces réformes, centrées sur l'accès aux soins, tendent cependant vers une prise en soins quantitative imposée aux médecins installés, sans poser la question de leurs capacités à assumer cette charge de travail supplémentaire. Il semble alors qu'augmenter l'offre de soins seule soit insuffisant afin de s'adapter à la demande. Une intervention en amont de la consultation de médecine générale pourrait participer à améliorer la gestion des recours aux soins.

C'est pourquoi d'autres travaux sur le sujet avec une méthodologie qualitative seraient nécessaires de manière à approfondir ce thème des soins non programmés en médecine générale. L'étude des déterminants poussant les patients à consulter en urgence leur médecin généraliste pourrait apporter des éléments de réponse afin de mieux comprendre et de mieux prendre en soins nos patientèles.

Doyen de la Faculté

Toulouse, le 17/09/2021

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE

Président du Jury

Vu
Toulouse le 15/09/2021

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

VI. Références bibliographiques :

1. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf

2. Dictionnaire Larousse. Définition « urgence » [Internet]. [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704

3. Sénat.fr. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6852.html#toc16

4. Boisguérin B, Valdelièvre H, DRESS. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. [Internet]. 2014 [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er889.pdf

5. Bouet P, Gérard-Varet JF, Conseil National de l'Ordre. Atlas de la démographie médicale en France, situation au premier janvier 2020 [Internet]. [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

6. Ordre National des Pharmaciens. Nombre de médecins généralistes libéraux [Internet]. [cité 31 mars 2021]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/Cartes-departementales-Officine/Nombre-de-medecins-generalistes-liberaux#

7. INSEE. Evolution et Structure de la population en 2017 : département de l'Aveyron. [Internet]. [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-12#chiffre-cle-1

8. Agence Régionale de Santé Occitanie. Eléments de contexte pour un diagnostic régional. [Internet]. 2017 [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/DIAGNOSTIC_REGIONAL_PRS_20170427.pdf

9. WONCA Europe. The European definition of general pratice / family medicine [Internet]. 2011 [cité 13 juill 2021]. Disponible sur: https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/regionDocs/European%20Definition%20of%20general%20practice%203rd%20ed%202011.pdf

10. Gouyon M, Labarthe G, DRESS. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats [Internet]. 2006 [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er471.pdf

11. Chaput H, Monziols M, DRESS. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés [Internet]. 2020 [cité 25 mai 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1138.pdf

12. Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Presses de l'EHESP. 2010. 424 p. (Métiers Santé Social).

13. Gouyon M, DRESS. Les urgences en médecine générale, document de travail. [Internet]. 2006 [cité 7 janv 2021]. Disponible sur: http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13662/1/seriestat94.pdf

14. URPS Ile de France. Soins non programmés, enquête auprès des médecins de l'Ile De-France. [Internet]. 2015 [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/16200.pdf

15. Ung C, Raffi T-K-T. Comment les secrétaires médicales en cabinet de médecine générale trient elle les demandes de soins non programmés. [Internet] [Thèse d'Exercice]. Université Toulouse Paul Sabatier; 2016 [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/1339/1/2016TOU31040-1041.pdf

16. Béliard A, Eideliman J-S. Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé. Rev Fr Sociol. 2014;55(3):507-36.

17. Fainzang S. L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques. Sci Soc Santé. 2001;19(2):5-28.

18. Membrado M. La construction médicale de la relation thérapeutique : Pour une définition des enjeux. Ethnologie Française. 1993;23(4):526-33.

19. Tonsaker T, Bartlett G, Trpkov C. Information sur la santé dans Internet. CAN FAM PHYSICIAN. mai 2014;60:419-20.

20. Gelly M, Giraud B, Pitti L. Une médecine de classe? inégalités sociales, système de santé et pratique de soins. Agone. 2016;58:7-18.

21. Barthe J-F. Connaissance profane des symptômes et recours thérapeutiques. Rev Fr Sociol. avr 1990;31(2):283-96.

22. Pierru F. Existe-t-il une « génération Y » de professionnels de santé ? Empan. 2015;99(3):38-45.

23. Levy D. Le métier de médecin aujourd'hui. La Revue Française des Affaires Sociales. 2011;(2-3):297-309.

24. Cohen L, Genisson C, Savary R-P. SENAT. Rapport d'information. Fait au nom de la commission des affaires sociales, sur les urgences hospitalières. [Internet]. 2017 [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf

25. Gentile S, Amade E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;16(1):63-74.

26. INSEE. Estimations de populations par sexe et âge au 1er janvier 2021. Comparaisons régionales et départementales. [Internet]. 2021 [cité 24 juin 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692#graphique-TCRD_021_tab1_departements

27. Madougou Sariki A. Profils sociodémographiques et motifs de recours aux soins non programmés des patients en médecine générale dans un centre municipal de santé. [Internet] [Thèse d'Exercice]. Sorbonne Université; 2020 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur:

https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/11/The%CC%80se-MADOUGOU-SARIKI-Ai%CC%88da.pdf

28. Mathies T. Enquête sur les délais de rendez-vous pour soins non programmés en médecine générale libérale en Sarthe. [Internet] [Thèse d'Exercice]. Université d'Angers; 2018 [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127059/2018MCEM9799/fichier/9799F.pdf

29. Aliaga C, INSEE. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. [Internet]. 2002 [cité 1 juill 2021]. Disponible sur: https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/416/1/ip869.pdf

30. Aïach P, Cèbe D. Différenciations sociales dans l'utilisation du système de soins, proposition pour une approche de la consommation médicale. In: Les usagers du système de soins [Internet]. Presses de l'EHESP; 2000 [cité 16 août 2021]. p. 75-83. Disponible sur: http://www.cairn.info/les-usagers-du-systeme-de-soins--9782859526399-page-75.htm

31. Büla C, Ruedin HJ. Personnes âgées aux urgences : défis actuels et futurs. Rev Med Suisse. 2012;8:1534-8.

32. Etienne D, Radal C. Urgences pédiatriques : une consultation en cabinet de ville suffirait souvent. [Internet]. [cité 21 juill 2021]. Disponible sur: https://www.medcost.fr/html/economie_sante_eco/eco_091299.htm

33. Veyre A. Les motifs de recours aux urgences pédiatriques. [Internet] [Thèse d'Exercice]. Université Paris 7 Denis Diderot; [cité 21 juill 2021]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3329_VEYRE_Aurelia_These.pdf

34. Faurre Y. Triage par la secrétaire médicale des recours urgents et non programmés en médecine générale : étude des déterminants de l'obtention d'un rendez vous le jour même. [Internet] [Thèse d'Exercice]. Rouen; 2012 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00767624/document

35. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale, article 72 (article R.4127-72 du code de la santé publique) [Internet]. [cité 15 juill 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-2

36. Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Communiqué de Presse : Communautés professionnelles territoriales de santé. [Internet]. [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_CPTS.pdf

37. Ministère des Solidarités et de la Santé. Service d'accès aux soins (SAS) : la garantie d'un accès aux soins partout et à toute heure [Internet]. [cité 15 août 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/article/service-d-acces-aux-soins-garantie-d-un-acces-aux-soins-partout-a-toute-heure

VII. Annexes :

Annexe 1 : Questionnaire.

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

Recours aux soins non programmés :

Questionnaire médecin

Docteur, vous venez de voir en consultation ce patient dans le cadre des soins non programmés, merci de répondre à ce rapide questionnaire :

1. Quel diagnostic retenez-vous au terme de cette consultation ?

2. Sur une échelle numérique, à combien considérez-vous le degré d'urgence de cette consultation ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout urgent ⟶ Très urgent

3. Selon vous, cette consultation aurait-elle pu être décalée ?

☐ Oui, au lendemain. ☐ Oui, dans la semaine.
☐ Oui, dans le mois. ☐ Non.

TSVP

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

A Toulouse, le 18 Septembre 2020,

Objet : Etude sur les soins non programmés

Madame, Monsieur,
Vous avez pris rendez-vous chez votre médecin pour une consultation qui selon vous ne pouvait pas attendre.

Dans le cadre de mon travail de thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine, sous la direction du Dr PEREZ, je m'intéresse aux soins non programmés en médecine générale, c'est-à-dire les rendez-vous urgents pris le jour même.

Nous souhaitons évaluer le sentiment d'urgence qui vous a poussé à prendre rendez-vous, et évaluer les différents motifs de recours aux médecins généralistes le jour même.

Il vous suffit de remplir le consentement au recto puis le bref questionnaire en page suivante pendant que vous patientez, et le remettre à votre médecin en fin de consultation. L'utilisation de vos réponses est totalement anonyme, le feuillet questionnaire sera séparé de votre consentement.

Si vous avez pris rendez-vous pour votre enfant, indiquez son âge et genre, et non le vôtre, dans le premier encadré.

Merci d'avance pour votre participation.

Nicolas LASSOUTANIE
Interne en médecine générale
Université Toulouse Paul Sabatier

Dr PEREZ Denis
22 Rue du ségala – 12450 La Primaube
Directeur de thèse

TSVP

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

Consentement :

Je soussigné(e) :

……

……

Autorise l'utilisation anonyme de mes réponses à l'enquête dans le cadre du travail de thèse de Mr LASSOUTANIE Nicolas.

À ……, le ……/……/ 20……

Signature

TSVP

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

Recours aux soins non programmés :

Questionnaire patient anonyme

Date : …… Age : ……

☐ Homme ☐ Femme

1. Quel motif / symptôme vous a poussé à prendre rendez-vous pour le jour même ?

2. Sur une échelle numérique, à combien considérez-vous le degré d'urgence de cette consultation ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout urgent ⟶ Très urgent

3. Si vous n'aviez pas pu avoir ce rendez-vous, qu'auriez-vous fait ? (Une seule réponse)

☐ Essayer dans un autre cabinet
☐ Attendre le premier rendez-vous disponible
☐ Consulter aux urgences
☐ Appeler le médecin de garde dans la soirée (3966)
☐ Appeler les pompiers (18)
☐ Appeler le SAMU (15)
☐ Avoir recours à l'automédication

4. Selon vous, cette consultation aurait-elle pu être décalée ?

☐ Oui, au lendemain. ☐ Oui, dans la semaine.
☐ Oui, dans le mois. ☐ Non.

TSVP

Annexe 2 : Fiche secrétariat.

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

Thèse : Recours aux soins non programmés :
Fiche explicative à destination des cabinets de médecine générale.

À Toulouse, le 18 Juin 2020,

LASSOUTANIE Nicolas,
Médecin remplaçant,

Objet : Etude sur les soins non programmés

A l'attention des Médecins et secrétariats participants à l'étude.

DEROULEMENT DE L'ETUDE :

1- Le recueil de données ne se fera pas en continu pour éviter au mieux les biais saisonniers. La distribution des questionnaires est prévue une semaine par mois durant 6 mois arbitrairement Vous recevrez un rappel par e-mail ou téléphone la semaine précédente.

2- Chaque patient ayant pris rendez-vous dans les créneaux dits « d'urgence » ou dans les créneaux « du jour pour le jour », doit recevoir s'il est d'accord, un document unique consentement / questionnaire, à son arrivée au cabinet. Il peut alors le remplir dans la salle d'attente. S'il n'a pas le temps, il peut le remplir en fin de consultation devant le médecin durant le temps administratif (prescription, facturation).
S'il ne souhaite pas le remplir, le tableau des refus doit être coché par la secrétaire.

3- Au terme de la consultation, le patient remet le document au médecin, qui devra remplir la partie médicale, succincte pour faciliter la faisabilité au milieu d'une journée de consultations.

4- L'ensemble des documents, au terme de la semaine de recueil, doit être rangé dans l'enveloppe A4 pré-identifiée pour chaque médecin participant. Je la récupèrerai sur place à distance.

5- Les semaines de recueils prévues sont :

Semaine du 09 au 13 Novembre 2020
Semaine du 07 au 11 Décembre 2020
Semaine du 04 au 08 Janvier 2021
Semaine du 01 au 05 Février 2021
Semaine du 01 au 05 Mars 2021
Semaine du 29 Mars au 02 Avril 2021

TABLEAU DES REFUS

Merci de cocher une case pour chaque patient ayant un rendez-vous le jour même, ne souhaitant pas ou étant dans l'impossibilité de remplir le questionnaire.

Merci pour votre participation.
Nicolas LASSOUTANIE.

Annexe 3 : Fiche Consentement médecin.

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

Thèse : Recours aux soins non programmés :

Renseignements médecins participants

1- En moyenne, combien de consultations réservez-vous aux soins non programmés par semaine ?

2- En moyenne, combien de consultations au total effectuez-vous par semaine ?

RAPPEL : les semaines prévues pour le recueil des données sont :

Semaine du 09 au 13 Novembre 2020
Semaine du 07 au 11 Décembre 2020
Semaine du 04 au 08 Janvier 2021
Semaine du 01 au 05 Février 2021
Semaine du 01 au 05 Mars 2021
Semaine du 29 Mars au 02 Avril 2021

Consentement :

Je soussigné(e) :

.....

.....

Autorise l'utilisation anonyme de mes réponses à l'enquête dans le cadre du travail de thèse de Mr LASSOUTANIE Nicolas.

À ....., le ...../...../ 20.....

Signature

Annexe 4 : Affiche salle d'attente.

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

Thèse : Recours aux soins non programmés :
Fiche explicative à destination des cabinets de médecine générale.

À Toulouse, le 18 Septembre 2020,

Objet : Etude sur les soins non programmés

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon travail de thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine, sous la direction du Dr Denis PEREZ, je m'intéresse aux soins non programmés au sein des cabinets de médecine générale en Aveyron, c'est-à-dire les rendez vous urgents pris le jour même.

Votre cabinet de médecine générale participe à cette étude.

Dans ce contexte, si vous avez pris un rendez-vous « urgent » ou du « jour pour le jour », avec une demande de soins qui ne peut pas attendre, le secretériat ou votre médecin vous proposerons de remplir un bref questionnaire, l'utilisation de vos réponses sera **anonyme**.

L'objectif de ce travail est d'estimer la notion d'urgence que vous ressentez puis de la mettre en rapport avec vos symptômes.
De plus, grâce à l'ensemble des réponses, nous pourrons estimer les proportions des différents motifs poussants à prendre des rendez-vous urgents.

Ces analyses ont pour finalité l'amélioration de l'organisation de nos pratiques pour vous prendre en charge de la meilleure façon possible.

Votre participation est essentielle pour le bon déroulement et l'avancée rapide du projet.

Je vous remercie d'avance chaudement pour votre aide.

Les questionnaires seront seulement distribués une semaine par mois :

Semaine du 09 au 13 Novembre 2020
Semaine du 07 au 11 Décembre 2020
Semaine du 04 au 08 Janvier 2021
Semaine du 01 au 05 Février 2021
Semaine du 01 au 05 Mars 2021
Semaine du 29 Mars au 02 Avril 2021

Nicolas LASSOUTANIE
Interne en médecine générale
Université Toulouse Paul Sabatier

Dr PEREZ Denis
22 Rue du ségala – 12450 La Primaube
Directeur de thèse

Annexe 5 : Informations relatives aux cabinets participants.

Code Médecin	Genre	Structure	Eloignement de Rodez
A1	F	Baraqueville 12160 Cabinet de groupe.	18km
A2	F		
A3	F		
A4	M		
A5	F		
B1	M	La Primaube 12850 Maison de Santé.	8km
B2	M		
B3	F		
B4	M		
B5	F		
B6	F		
B7	F		
C1	F	Rodez 12000 Maison de Santé.	0km
C2	F		
C5	M		
C6	F		
D1	F	Onet le château 12850 Maison de Santé.	3km
D2	F		
E1	F	Le Monastère 12000 Cabinet de groupe.	3km
F1	M	Bozouls 12340 Maison de Santé.	22km
F2	F		
F3	F		
G1	F	Naucelle 12800 Cabinet de groupe.	32km
G2	M		
G3	M		
G4	M		
H1	M	Ste Genevieve 12420 Maison de Santé.	72km
H2	F		
J1	F	Pont de Salars 12290 Maison de Santé.	23km

Annexe 6 : Tableau 3 : *Détails de distribution, recueil et perte des questionnaires.*

	TOTAL	Cabinet A	Cabinet B	Cabinet C	Cabinet D	Cabinet E	Cabinet F	Cabinet G	Cabinet H	Cabinet J
Praticiens participants	**29**	5	7	4	2	1	3	4	2	1
Femmes	**19**	4	4	3	2	1	2	1	1	1
Hommes	**10**	1	3	1	0	0	1	3	1	0
Questionnaires distribués	**1700**	320	670	160	60	60	150	160	60	60
Questionnaires récupérés	**1314**	319	606	121	20	37	33	137	28	13
Questionnaires exclus	**111**	23	60	14	2	0	1	9	0	2
Questionnaires inclus	**1203**	296	546	107	18	37	32	128	28	11
Questionnaires perdus	**296**	0	64	14	13	11	117	11	32	34
Questionnaires vierges restants	**90**	35	0	25	27	12	0	12	0	13
Refus	**33**	6	8	3	0	12	3	0	0	1

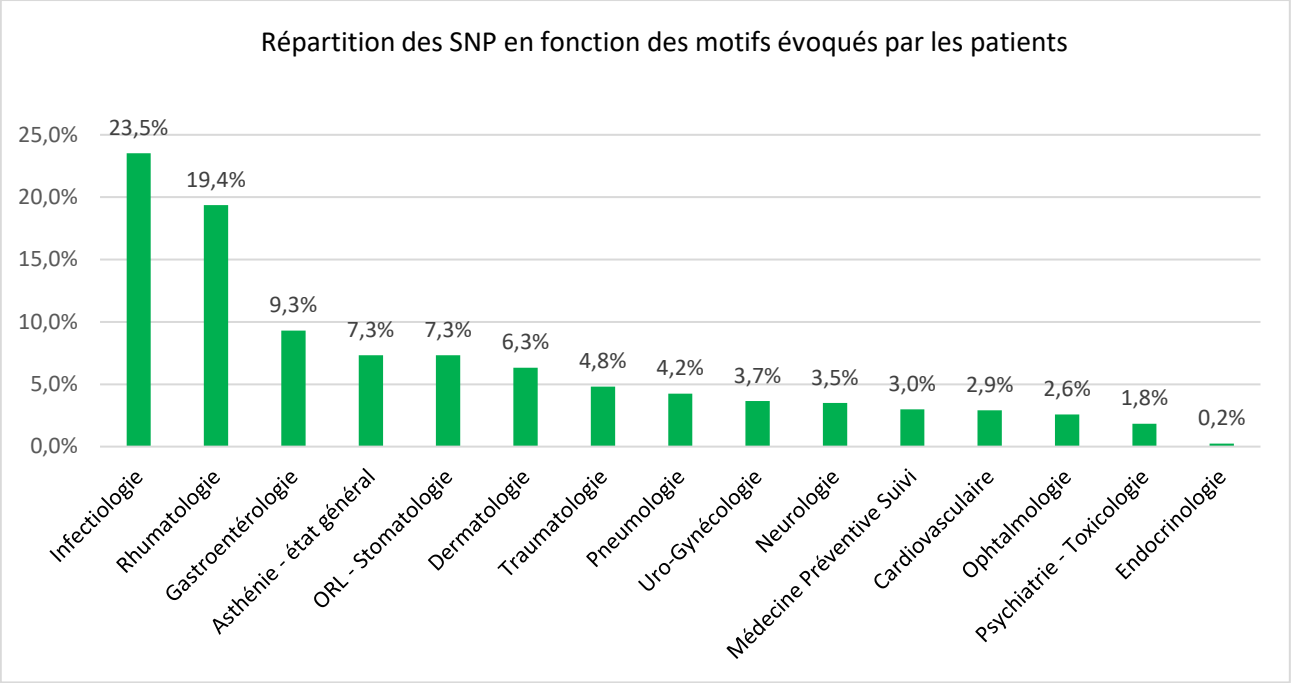
Le nombre de questionnaires perdus pour le cabinet A n'a pas été calculable : manquant de questionnaires lors de la dernière semaine, des photocopies ont été réalisées, sans que l'auteur en sache le nombre exact.

Annexe 7 : Tableau 4 : *Répartition des consultations en fonction du jour de la semaine.*

Un seul cabinet a distribué quelques questionnaires le samedi.

Jour	n =	%
Lundi	402	33%
Mardi	212	18%
Mercredi	149	12%
Jeudi	217	18%
Vendredi	197	16%
Samedi	26	2%

Annexe 8 : Figure 7 : *Catégorisation des motifs de recours basé sur les réponses des patients.*



RÉSUMÉ – ABSTRACT :

AUTEUR : LASSOUTANIE Nicolas.
DIRECTEUR DE THÈSE : Dr. Denis PEREZ.
DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine Générale.

TITRE : Urgence estimée par le patient versus urgence évaluée par le médecin dans le cadre des soins non programmés en médecine générale.

Introduction : Les soins non programmés représentent une part importante et croissante de l'activité des médecins généralistes. L'expérience laisse penser que nombre de patients demandent des rendez-vous rapides pour des symptômes ne relevant pas d'une urgence médicale, mais d'une urgence ressentie.
Objectif : Évaluer la différence entre l'urgence estimée par les patients et l'urgence évaluée par les médecins, dans le cadre des soins non programmés.
Matériel et méthode : étude quantitative descriptive multicentrique réalisée dans le département de l'Aveyron. Un double questionnaire a été rempli par les patients consultants dans des créneaux d'urgence, puis par leur médecin au terme de la consultation.
Résultats : 1.203 questionnaires ont été inclus. Le taux de participation des patients est de 70,7 %. La différence des cotations d'urgence moyennes est statistiquement significative entre patients et médecins (6,1/10 *vs.* 4,8/10). Pour les patients, 41,1 % des consultations étaient nécessaires sans délai, tandis que les médecins estiment ce chiffre à 20,5 %.
Conclusion : Il existe une différence entre l'urgence estimée par les patients et évaluée par les médecins. Ce travail ne permet pas de conclure sur l'origine de cette différence, il semble que l'urgence ressentie et le besoin de soins soient liés à la qualité de vie, mais aussi à des déterminants socioculturels complexes.

Mots clés : Urgence ressentie, soins non programmés, médecine générale.

TITLE : Patient perceived urgency versus physician assessed urgency in unscheduled care in general practice.

Introduction : Unscheduled care is a large and growing part of general practice activity. Experience suggests that many patients request rapid appointments for symptoms that are not medical emergencies but perceived emergencies.
Objective : To assess the difference between patient-rated urgency and physician-rated urgency in unscheduled care.
Material and method : Our study is based on an observational quantitative protocol carried out in the Aveyron department, France. A double questionnaire was filled in by patients consulting in emergency slots, then by their doctor at the end of the consultation.
Results : 1.203 questionnaires were included. The patient participation rate was 70,7 %. The difference in average urgency ratings was statistically significant between patients and doctors (6.1/10 *vs.* 4.8/10). For the patients, 41,5 % of the consultations were needed without delay, while the doctors estimated this figure at 20,5 %.
Conclusion : There is a difference between the urgency estimated by patients and that evaluated by doctors. This work does not allow us to conclude on the origin of this difference, but it seems that the perceived urgency and need for care is related to the quality of life, but also to complex socio-cultural determinants.

Keywords : Perceived emergencies, unscheduled care, general practice.

Faculté de Médecine Rangueil – 133 Route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France