



*Université Lille 2
Droit et Santé*

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Evaluation de la qualité des soins non programmés
à la maison de santé de Steenvoorde.
Opinion des patients.**

Présentée et soutenue publiquement le 19 février 2014 à 18h
au Pôle Formation
Par Aurélie Calais-Parissaux

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Valery HEDOUIN

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Directeur de Thèse :

Monsieur Docteur Laurent VERNIEST

Composition du jury

Président

Monsieur le professeur Raymond GLANTENET

Médecin généraliste

Professeur des universités en Médecine Générale

Directeur du département de médecine générale à la faculté de médecine de Lille

Coordinateur régional et interrégional du DES de médecine générale

Membres

Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN

Professeur des universités de médecine légale et droit de la santé à la faculté de médecine de Lille

Praticien hospitalier au CHRU de Lille

Responsable de la clinique de médecine légale et de médecine en milieu pénitentiaire du CHRU de Lille

Vice-président de la société française de médecine légale

Expert agréé par la cour de cassation

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Anesthésiste-Réanimateur, Professeur d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence

Chef de Pôle Adjoint - Pôle de l'Urgence - Responsable de l'Unité Commune de Recherche CHRU de Lille

Coordonnateur Régional du DESC de Médecine d'Urgence (région Nord) - Faculté de Médecine de Lille

Vice-Président Fondateur de l'Association Francophone de Simulation en Anesthésie-Réanimation et Médecine d'Urgence (AFSARMU)

Monsieur le Docteur Laurent VERNIEST

Médecin généraliste

Maître de stage universitaire

Médecin corps sapeurs pompiers sdiss 59

Membre du bureau de la FFMPS

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

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

HPST (loi): loi Hôpital, Patients, Santé, territoires

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IOM : Institute Of Medicine

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire ou Maison de Santé Pluri-professionnelle

ORS : Observatoire Régional de la Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires et en Autonomie Supervisée

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : service d'accueil des urgences

SMUR : Service (ou Structure) Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNP : Soins Non Programmés

USA : United States of America

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic

Associations of General Practitioners (Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques de médecins généralistes)

Table des matières

Introduction.....	7
Contexte : Steenvoorde, zone semi-rurale sous-médicalisée.	10
Mots clefs	12
I. Accueil	12
II. Soins non programmés.....	12
III. Maison de santé.....	13
IV. Qualité des soins	14
V. Accessibilité aux soins.....	16
VI. Permanence et régulation des soins ambulatoires.....	17
VII. Soins programmés.....	19
VIII. Hôtesse d'accueil.....	19
Matériels et méthodes	21
I. Objectif.....	21
II. Population étudiée	21
III. Méthode	22
A. Le questionnaire.....	22
B. Registre	23
C. Confidentialité de données.....	24
D. Déclaration de l'enquête.....	25
E. Analyse des données	25
Résultats.....	26
I. Caractéristiques de la population ayant eu recours aux soins non programmés	26
II. Contexte et motifs du recours à un soin non programmé	28
III. Application du protocole d'accueil des soins non programmés	32
IV. Opinion des patients concernant l'accueil.....	34
Discussion	38
I. La méthode.....	38
II. Profil des patients ayant recours aux soins non programmés à la MSP de Steenvoorde	40
III. Les motifs de recours aux soins non programmés	43
IV. Répartition des demandes de soins non programmés au long de la journée.....	47
V. Le protocole d'accueil des soins non programmés.....	49
A. La demande initiale du patient.....	49
B. La salle d'accueil des soins non programmés.....	50
C. Les professionnels de santé au sein du protocole	51

VI. La qualité des soins non programmés du point de vue des patients	54
VII. Synthèse : La qualité des soins non programmés de la MSP selon les recommandations internationales	57
Conclusion	60
Bibliographie	62
Annexes.....	66
I. ANNEXE 1 : Le protocole des soins non programmés de la MSP de STEENVOORDE.....	66
II. ANNEXE 2 : Charte de la MSP de STEENVOORDE	68
III. ANNEXE 3 : Mission régionale de santé Nord-Pas-de-Calais	74
IV. ANNEXE 4 : Avenant N°20 à la convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.	76
V. ANNEXE 5 : définition de la médecine générale selon la WONCA	86
VI. ANNEXE 6 : Questionnaire remis aux patients inclus dans l'enquête	87

Introduction

L'accès aux soins est un des piliers du système de soins français et plus largement une des missions de l'état français depuis 1946 (1). Sur notre territoire, tout citoyen doit pouvoir bénéficier de soins de proximité de qualité, adaptés à son problème de santé quel que soit son lieu d'habitation, son niveau socio-économique.

C'est dans ce but que les collectivités locales avec les professionnels de santé de la région de Steenvoorde ont créé, fin 2007 la maison de santé pluri-professionnelle (MSP) « la Bergerie ». En 2011, la MSP est constituée d'une équipe de 5 médecins (plus 3 internes dont un SASPAS), 5 infirmières, 4 kinésithérapeutes, 3 hôtessees d'accueil et un coordinateur (depuis 2009).

Pour une meilleure organisation du temps de travail, les professionnels de la MSP ont privilégié les soins programmés, et ne reçoivent les patients que sur rendez-vous. La prise des rendez-vous est effectuée par les patients sur place ou par téléphone auprès des hôtessees d'accueil.

Cette organisation des soins présente l'inconvénient de ne pas avoir suffisamment pris en compte l'accès aux soins non programmés, source d'insatisfaction pour:

- Les professionnels de santé interpellés par:
 - L'augmentation depuis quelques années des passages directs aux urgences de Hazebrouck
 - Trois décès ayant eu lieu à proximité ou à la maison médicale chez des patients arrivant pour faire la demande d'un soin non

programmé, entre 2005 et 2008, ainsi que d'autres événements indésirables liés à l'organisation des soins.

- Les patients, qui ont, dans le cadre d'une étude (2) lancée en 2009 visant à évaluer les attentes de la population du canton de Steenvoorde concernant la création de la maison de santé «la Bergerie», souligné que l'accueil des soins non programmés était perfectible.
- Les hôtessees qui faute de conduite à tenir claire vivaient mal le fait de devoir gérer seules les demandes de soins urgents en proposant un rendez-vous ultérieur mais néanmoins rapide, ou en sollicitant un des professionnels de santé pour qu'il se détache de son activité de consultation et prenne en charge ces demandes.

Pour améliorer l'accès aux soins non programmés - ressenti comme défectueux par les patients, par les hôtessees et par les professionnels de santé - les professionnels de santé ont :

- Rédigé un protocole en 2009 [Annexe 1] pour définir le rôle de chaque intervenant de la MSP concernant l'accueil des soins non programmés,
- Réalisé, des travaux de rénovation et d'agrandissement, courant 2009-2010, pour adapter au mieux la structure aux besoins des professionnels et des patients avec tout particulièrement la création d'une salle permettant l'accueil de soins non programmés,
- Mis en place en 2010 une charte [Annexe 2], définissant un projet commun pour ces professionnels. Parmi les intitulés, on retrouve l'accès et la permanence des soins, la coordination des soins.

Ainsi, la coordination des soins est une des priorités de la maison de santé « la Bergerie » de Steenvoorde qui a pour ambition d'améliorer la qualité des soins offerts aux patients et en particulier celle des soins non programmés.

Cette problématique de la MSP de Steenvoorde concernant la prise en charge des soins non programmés est également une problématique à l'échelon régional (voir national). Ainsi, récemment, la Ministre de la santé a confié à l'ARS la charge de mettre en pratique d'ici 2015 son « pacte territoire santé ». De nombreux soins non programmés, pourtant de la compétence des médecins généralistes, « embolisent » les services d'urgence. L'objectif est de réaffirmer la place de la médecine ambulatoire dans ce type de prise en charge, pour permettre « l'accès aux soins urgents (vraiment urgents) en moins de 30 minutes sur l'ensemble du territoire français pour 2015 » (3).

Parmi les objectifs de chaque maison de santé on retrouve l'évaluation de la qualité des soins prodigués.

C'est ainsi qu'est née cette enquête, qui vise à mieux connaître les caractéristiques de ces patients qui consultent en urgence et qui permettra d'évaluer les flux, les attentes des patients, leur niveau de satisfaction quant au protocole d'accueil des soins non programmés instauré à la MSP de Steenvoorde, afin d'améliorer la qualité de leur prise en charge

Contexte : Steenvoorde, zone semi-rurale sous-médicalisée.

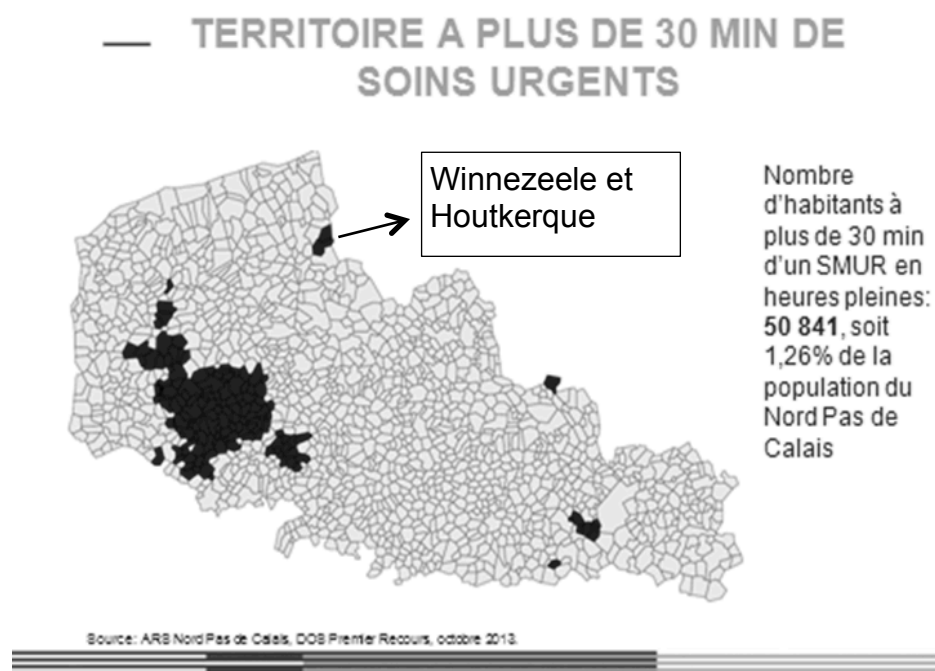
Le canton de Steenvoorde se situe en Flandres dans le département du Nord, en milieu semi-rural, à mi-distance entre Dunkerque et Lille (40 et 45km). Il compte 13873 habitants (4) (dernier recensement en 2009) sur 9 communes : Steenvoorde, Winnezele, Houtkerque, Oudezeele, Terdeghem, Saint Sylvestre-Cappel, Eecke, Godewaersvelde, et Boeschepe.

Trois médecins généralistes se trouvent à Godewaersvelde et Boeschepe, cinq à Steenvoorde (plus un médecin collaborateur depuis 2013). On trouve également 4 pharmacies : 2 à Steenvoorde (5 pharmaciens), une à Godewaersvelde et une à Boeschepe (1 pharmacien par pharmacie).

Les villes les plus proches possédant un centre hospitalier et un service d'accueil des urgences sont Dunkerque (40km), Armentières (30km) et Hazebrouck (11km).

Fin 2005, le canton de Steenvoorde a été déclaré « zone déficitaire en médecins généralistes » par la mission régionale de santé [Annexe 3]. Cela a eu pour conséquence la création de la maison de santé « la Bergerie » en 2007, (avec l'ambition de faciliter l'accès aux soins et de répondre au mieux aux nouveaux besoins de cette population vivant en milieu semi-rural sous médicalisé) et la signature par les médecins de Steenvoorde de l'avenant 20 de la Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie [Annexe 4]. Ils se sont alors engagés à assurer la continuité et la permanence des soins dans cette zone sous médicalisée en contrepartie d'une aide financière (5).

Récemment (à l'automne 2013), dans le cadre du pacte territoire santé, l'ARS du Nord-Pas-de-Calais a présenté une carte des communes se situant à plus de 30 minutes de soins urgents. Cette carte met en évidence les communes de Winnezele et Houtkerque, communes du canton de Steenvoorde, limitrophes avec la Belgique. Cette position géographique est un handicap pour l'accès aux soins de ses habitants.



Carte 1 : Pas-de-Calais. ARS Nord-Pas-de-Calais. Premiers recours 2012

Enfin, les médecins généralistes exerçant en zone rurale constituent, encore aujourd'hui, le premier recours pour les patients. Dans ce contexte, l'accueil des soins non programmés fait partie intégrante des besoins et des attentes des patients vivant dans ces zones rurales.

Mots clefs

I. Accueil

« C'est la manière de recevoir quelqu'un qui arrive, qui se présente à nous » (6).

L'accueil des patients est une des missions des établissements de santé et plus particulièrement de leurs structures d'urgence.

Ces structures d'urgence doivent accueillir sans sélection, 24h/24h, tout au long de l'année, toutes les personnes en demande de soins urgents, quelle que soit leur condition. Le personnel accueillant le patient doit, après avoir examiné le patient, faire le diagnostic pour ensuite effectuer les soins sur place ou effectuer un transfert vers une structure plus compétente.

Dans ce travail, l'accueil des soins non programmés est une petite structure de soins au sein de la maison de santé. Il est adapté à des soins peu lourds ne nécessitant pas de plateau technique complexe, ce qui rend alors indispensable le recours à une structure de soins plus spécialisée en cas de besoin d'examens complémentaires ou de soins non réalisables en ambulatoire.

II. Soins non programmés

Il s'agit d'une demande de soins que le patient n'a pas su ou n'a pas pu prévoir.

A la MSP, cette demande vient « perturber » l'organisation habituelle axée sur la prise de rendez-vous.

Les soins non programmés comprennent :

- Les urgences : situations de survenue brutale, nécessitant une réponse immédiate ou quasi immédiate car présentant un risque vital, fonctionnel...
- « Les situations non urgentes : situations estimées par le patient comme relevant d'une réponse ne pouvant attendre le lendemain ou l'ouverture des cabinets » (5), et qui du point de vue du professionnel de santé, relèvent d'une prise en charge, certes, mais dans un délai de 12h.
- « Dans de plus rares cas les situations de service : situations estimées par le patient comme légitimant la réponse la plus confortable pour lui » (7).

III. Maison de santé

La maison de santé est définie par l'article L.6323-3 du Code de la Santé Publique comme étant une « personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens » (8).

C'est une structure de soins initiée récemment, regroupant en moyenne 34% de médecins généralistes, 28% d'infirmières diplômées d'Etat et 14% de kinésithérapeutes (9), et respectant un cahier des charges national :

1. Unité de lieu géographique et fonctionnel
2. Un projet de santé à l'initiative des professionnels et validé par l'ARS :
 - Accès aux soins, éducation thérapeutique, dépistage, prévention
 - Objectif d'amélioration de la qualité des soins (formation, évaluation des pratiques, accueil d'étudiants, terrain de stage, lien privilégié avec l'université)

3. Un projet professionnel (dossier partagé, réunions multidisciplinaires, coopération des professionnels de santé ...)

Cette structure bénéficie d'un statut juridique spécifique en cohérence avec les missions de santé publique, ce qui permet la perception de subventions.

Les collectivités locales sont très engagées, d'autant que les maisons de santé se situent principalement en zones rurales (80%) sous médicalisées (10).

Trois objectifs/préoccupations principales :

- Accès au dispositif de premier recours
- Amélioration de la performance du dispositif
- Réponse aux attentes des professionnels de santé.

IV. Qualité des soins

C'est, selon l'OMS, la « capacité de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques [...] lui assurant les meilleurs résultats [...], au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, résultats, contacts humains... » (11).

La définition la plus souvent utilisée vient de l'institut de médecine des USA (IOM) pour qui la qualité des soins est « la capacité des services de santé (=professionnels de santé et établissements) destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » (12).

Actuellement, les principaux indicateurs disponibles pour mesurer la qualité des soins sont :

- Efficacité : « c'est la capacité de réaliser des résultats (des soins) souhaitables ; à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin » (13). Par exemple, dans notre enquête, le nombre de patients accueillis et pris en charge... est un indicateur de l'efficacité des soins.
- Sécurité : c'est la « capacité d'empêcher des résultats indésirables ou des dommages provenant des processus de soins eux-mêmes » (11). Elle peut être mesurée par exemple par la prévalence des infections nosocomiales dans un service hospitalier.
- Réactivité : c'est la façon dont on prend en charge un patient dans des domaines non liés directement à sa santé. C'est à la fois le respect, le secret médical, la participation aux décisions, le soutien social, l'empathie... La prise en charge d'un patient doit dépasser le problème de santé lui-même et considérer le patient comme un être humain avant tout. On utilise les indicateurs tels que : le temps passé avec le patient, l'écoute, les explications fournies...
- Accessibilité : défini dans les pages suivantes.
- Efficiences : c'est la capacité de rendement, de performance. C'est fonctionner à moindre frais sans diminuer les résultats. Le pourcentage du PIB d'un pays consacré à la santé en est un des indicateurs.

Pour les usagers, les indicateurs de qualité des soins sont :

- La qualité de l'accueil
- La qualité des soins dispensés

La qualité des soins est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics français. D'ailleurs, le Code de la Santé Publique stipule que « la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour » (14). De même, « la politique de santé publique concerne : [...] la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé. [...] » (15).

V. Accessibilité aux soins

Couramment, en santé publique, on la définit comme la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment. Cela inclut les notions d'accès aux soins dans des délais opportuns (obtenir les soins lorsqu'on en a besoin) et de coordination des soins.

Plusieurs facteurs influencent l'accessibilité aux soins (16):

- Les facteurs géographiques,
- Les facteurs économiques,
- Les facteurs socio-psychologiques,
- et la disponibilité des services de santé (délais d'attente).

L'article L1411-1 du Code de la Santé Publique rappelle que l'accès aux soins figure parmi les 10 thématiques prioritaires de la politique de santé publique en France :

« La politique de santé publique concerne : [...] 7^e : la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire. [...] 9^e : l'organisation du système de

santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps » (17).

En 2013, à la question sur l'avenir du système de santé français : « estimez-vous que l'inégalité d'accès aux soins est une menace très importante, assez importante, peu importante ou pas du tout importante ? », les Français répondent à 87% qu'il s'agit d'une menace « très » ou « assez » importante (18). Ces chiffres, indiquent à quel point l'accès aux soins préoccupe notre population, et doit être au cœur des préoccupations des professionnels médicaux et des pouvoirs publics.

A la MSP de Steenvoorde, les patients peuvent accéder aux soins en prenant rendez-vous auprès d'une hôtesse, directement au guichet dans le hall d'entrée de la MSP ou par téléphone (le standard possède 4 lignes entrantes et sortantes avec parfois fil d'attente). En cas de nécessité d'un soin urgent, un protocole est mis en place pour accueillir les patients (qu'ils arrivent directement à la MSP ou qu'ils téléphonent auparavant). Cette régulation permet l'accès des patients à ces deux types de soins : urgents et programmés.

VI. Permanence et régulation des soins ambulatoires

La permanence et la régulation des soins font partie intégrante de la médecine générale comme cela nous a été rappelé récemment :

- En 2002, la WONCA définit la médecine générale [Annexe 5] selon 11 critères qui, tous, rappellent aux médecins généralistes leur rôle dans la permanence et l'organisation des soins.

- En 2009 la loi HPST énumère les différentes missions du « médecin généraliste de premier recours ». Parmi celles-ci, la « 7^e : Participer à la mission de service public de permanence des soins » (19).

La permanence des soins ambulatoires consiste en une offre de premier recours aux demandes de soins non programmés lorsque les cabinets des médecins libéraux sont fermés.

Les ARS sont responsables de la régulation de l'offre de soins et de l'organisation des soins de premier recours. Ainsi, l'ARS du Nord-Pas-de-Calais a mis en place le 15 septembre 2012 une nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoires.

Des secteurs de garde ont été définis, et les médecins généralistes libéraux, peuvent, « sur la base du volontariat » (20) s'inscrire sur un tableau de garde confié au conseil départemental de l'ordre des médecins. Les patients peuvent joindre par téléphone une équipe de régulation. En fonction de l'interrogatoire, un régulateur ou un médecin régulateur, décide :

- de donner simplement des conseils pour attendre l'ouverture des cabinets médicaux et des pharmacies le lendemain, ou,
- d'orienter les patients vers un SAU, ou,
- de contacter le SAMU, ou
- de contacter le médecin généraliste de garde pour une consultation à son cabinet ou une visite (21).

Cette régulation permet de donner une réponse adaptée aux patients, sans engorger les SAU pour des soins relevant de la médecine ambulatoire.

La règle des « 3R » de TUKAY, définissant la régulation des soins, est alors respectée : “the Right patient to the Right place at the Right time”

VII. Soins programmés

Il s’agit d’un soin (diagnostic, prescription, suivi d’une pathologie au long cours...) indispensable mais non urgent, que le patient a pu anticiper et donc prévoir.

Ainsi la plupart des soins prodigués à la maison de santé de « la Bergerie » sont des soins programmés, sur rendez-vous pris le matin même ou les jours précédents.

VIII. Hôtesse d’accueil

On compte à Steenvoorde 3 hôtesses d’accueil (sur 2 temps pleins) et du personnel intérimaire pour les remplacements.

Elles ont pour mission d’accueillir par téléphone ou sur place les patients de la maison de santé, et de leur proposer un rendez-vous avec un professionnel de santé pour répondre à leur demande de soins, dans un délai adéquat selon le problème de soin rencontré.

Lorsque le patient se rend à la maison de santé pour un rendez-vous avec un praticien (médecin, kinésithérapeute, infirmière...) elles le dirigent vers la salle d’attente de ce dernier. Elles sont le lien entre le personnel médical et le patient.

Elles ont également un rôle important dans la régulation des soins non programmés de la MSP. Actuellement, selon le protocole, elles sont en première ligne. Lorsque le

patient vient faire une demande de SNP ce sont elles qui jugent de l'urgence de la situation et déclenchent le processus de prise en charge, en sollicitant un professionnel de santé présent sur le site (en priorité le médecin traitant). En attendant ce dernier, elle se charge de faire attendre le patient dans les meilleures conditions possibles, en ayant une attitude appropriée au degré de gravité et d'urgence de la situation.

Ce rôle peut parfois être difficile. En effet elles n'ont pas de formation spécifique à l'accueil des soins non programmés, et réagissent donc selon leur expérience à l'accueil.

Matériels et méthodes

I. Objectif

Le travail des professionnels de la MSP « la Bergerie » était uniquement organisé sous forme de rendez-vous. La demande de soins non programmés venait désorganiser le programme des professionnels, qui tentaient de prendre ces patients entre deux consultations.

En 2009, La MSP a mis en place un protocole de soins non programmés pour mieux comprendre la problématique et répondre à l'insatisfaction des patients, des hôtessees d'accueil, des professionnels de santé, face à cette situation. Cette action va dans le sens du cahier des charges des MSP et des attentes de l'ARS concernant l'accès aux soins.

Cette enquête a pour but d'évaluer la qualité des soins non programmés dans le cadre du protocole mis en place en 2009, et de connaître l'avis des patients y ayant eu recours pour améliorer la prise en charge.

II. Population étudiée

L'enquête a inclus l'ensemble des patients ayant eu recours aux soins non programmés à la MSP, dans le cadre du protocole établi en 2009, entre le 1^{er} février 2011 et le 1^{er} février 2012.

III. Méthode

A. Le questionnaire

Un questionnaire a été rédigé [Annexe 6] pour recueillir l'avis des patients quant à la qualité des soins non programmés prodigués à la MSP de Steenvoorde.

Un des «critères qualité» de ce questionnaire était sa lisibilité, sa simplicité pour qu'il soit à la portée de tous. Il a été conçu de façon à ce que le temps nécessaire pour y répondre soit bref afin de ne pas décourager les patients et ainsi, éviter les biais imputés aux perdus de vue ou aux questionnaires non complètement remplis.

Une première version du questionnaire a été testée du 1er au 30 janvier 2011 sur un panel de 10 patients ayant eu recours aux soins non programmés. Elle a permis de relever les difficultés de compréhension et de réponse pour aboutir à la version finale soumise lors de notre enquête.

Le questionnaire de notre enquête comportait une série de 8 questions à choix multiples concernant :

- Le délai entre le besoin de consulter et la demande de SNP.
- La raison pour laquelle il était impossible de prendre un rendez-vous ultérieurement.
- Les autres alternatives auxquelles le patient avait pensé avant de se rendre au cabinet médical.
- Le niveau de satisfaction du patient au sujet de l'accueil par l'hôtesse d'accueil.

- L'opinion des patients quant au délai d'attente avant la prise en charge.
- L'opinion des patients quant au temps consacré par le professionnel pour prendre en charge le patient, l'examiner, lui expliquer le diagnostic et les soins à réaliser et pour répondre aux éventuelles questions.
- Le niveau de satisfaction du patient concernant la réponse apportée par le professionnel.
- L'éventualité d'une nouvelle demande de soins non programmés à l'avenir si besoin était.

Une question ouverte permettait enfin aux patients de s'exprimer sur leurs attentes en termes de soins urgents.

Un questionnaire a été distribué à chaque patient recevant un SNP dans le cadre du protocole. Il devait le remplir sur place et le remettre à l'hôtesse ou dans l'urne prévue à cet effet avant son départ. Pour les mineurs de moins de 16 ans, le questionnaire était complété par la personne majeure accompagnant l'enfant, et ayant l'autorité sur ce dernier.

B. Registre

Parallèlement au questionnaire, un registre a été mis en place et tenu par les hôtesses d'accueil et le personnel soignant ayant reçu le patient en soins non programmés.

Pour chaque patient, il indiquait :

- le numéro correspondant à l'ordre d'arrivée (identique à celui inscrit sur le questionnaire remis au patient).

- la date, l'heure d'arrivée et de départ.
- l'origine : accident de travail, problème de santé arrivé au domicile ou sur la voie publique.
- Si le patient avait ou non téléphoné à la MSP avant sa venue.
- Le sexe et l'âge du patient.
- Si le médecin traitant habituel appartenait ou non à la MSP de Steenvoorde.
- Le problème de santé classé en 5 catégories = allergie / traumatisme / malaise / maladie / autre.
- Le lieu d'attente du patient (salle d'attente/ salle d'urgence/ cabinet d'un médecin / autre).
- Le nom du professionnel ayant réalisé le soin non programmé et sa fonction.
- Le soin réalisé.
- Les suites de la consultation et l'orientation du patient (soins au cabinet et retour au domicile, adressé aux urgences d'Armentières, aux urgences d'Hazebrouck, ou prise en charge ayant nécessité la venue d'une équipe SMUR).

C. Confidentialité de données

Un numéro a été donné pour chaque patient dans l'ordre d'arrivée de ceux-ci.

Ce code était inscrit sur le registre et sur le questionnaire, et permettait ainsi de mettre en parallèle les données inscrites par les hôtesse d'accueil et le personnel médical d'une part, et les réponses au questionnaire rempli par le patient d'autre part. L'identité du patient n'était indiquée sur aucun des deux recueils de données et rendait ainsi les données anonymes et non identifiables par le coordonnateur de la MSP qui a recueilli et informatisé les données.

D. Déclaration de l'enquête

Le questionnaire et le registre ont été soumis à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) qui a jugé qu'ils ne devaient pas faire l'objet d'une déclaration dans la mesure où ils étaient totalement anonymes et ne contenaient aucune information permettant l'identification des patients.

E. Analyse des données

L'ensemble des questionnaires a été recueilli par les hôtesses d'accueil après avoir été complété par les patients. Elles les ont elles-mêmes transmis ainsi que le registre, au coordonnateur de la maison de santé qui a procédé au recueil des données sur informatique, à l'aide du logiciel Modalisa pour l'analyse statistique des données.

Résultats

Dans ce chapitre, les résultats sont calculés en fonction du nombre de patients ayant répondu à la question posée du questionnaire, et en fonction des données renseignées par les hôtesse sur le registre.

Sur la base du registre, 140 patients ont été inclus dans cette enquête entre le 1^{er} février 2011 et le 1^{er} février 2012. 87 patients ont répondu (totalement ou partiellement) et rendu le questionnaire (soit 62,1 % des patients inclus).

En effet, certains patients ont oublié de rendre le questionnaire ou ne l'ont pas rempli en totalité. De même, quelques rubriques du registre n'ont pas été complétées par les hôtesse.

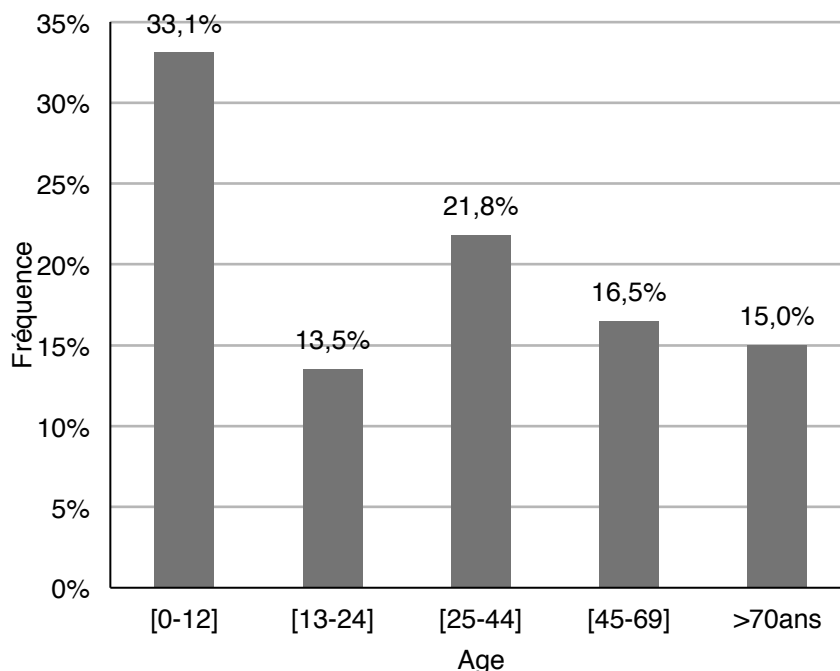
I. Caractéristiques de la population ayant eu recours aux soins non programmés

Ces données sont issues du registre tenu par les hôtesse d'accueil.

Dans ce registre on retrouve l'âge de 133 patients des 140 ayant consulté. On remarque que 44 patients (soit 33.1%) ont moins de 13 ans, 18 patients (13.5%) ont entre 13 et 24 ans, 29 (21.8%) ont entre 25 et 44 ans, 22 (16.5%) ont entre 45 et 69 ans et enfin que 20 patients (15%) ont plus de 70 ans.

A noter que le choix des classes d'âge s'est fait en fonction des études retrouvées dans la littérature afin de faciliter d'éventuelles comparaisons.

Graphique 1 : répartition des patients par âge



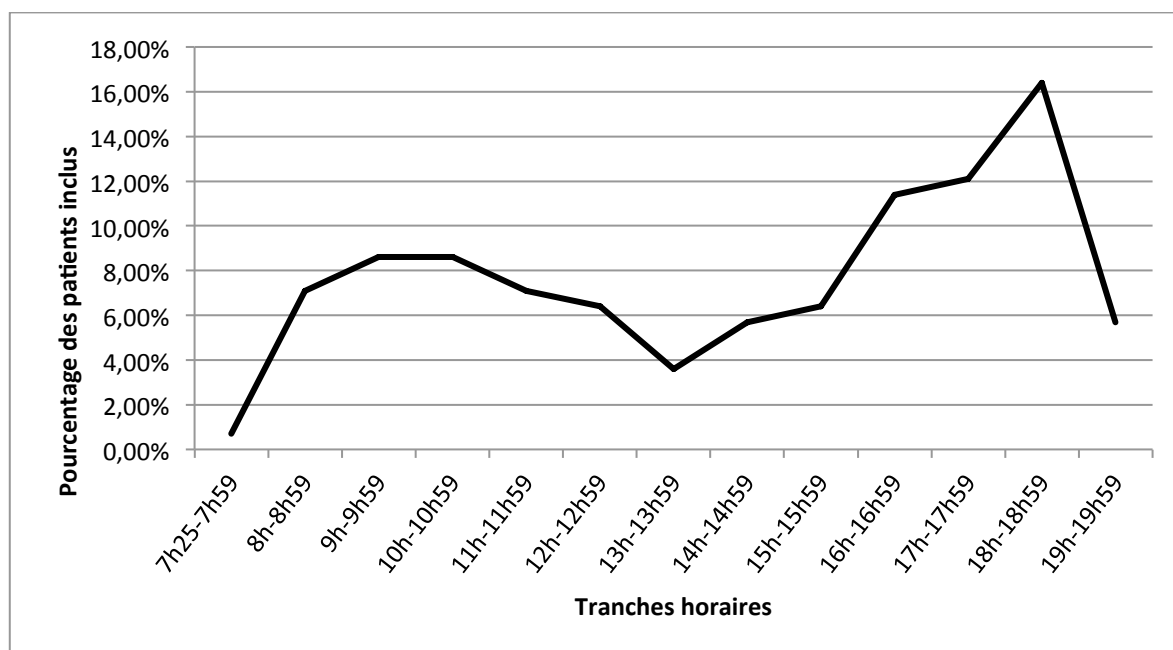
Parmi les patients ayant consulté en urgence à la MSP, on retrouve une majorité de patients de sexe masculin. En effet 85 hommes (ou garçons) sur 140 patients figurent sur le registre, soit 60.7% des patients de l'enquête.

82,1% des patients de l'enquête ont pour médecin traitant un des médecins de la MSP et ainsi fréquentent habituellement cette structure dans le cadre des soins programmés.

Concernant le lieu d'habitation, on constate que 80% des patients de l'enquête habitent le canton de Steenvoorde (Boeschepe, Eecke, Godewaersvelde, Houtkerque, Oudezeele, Saint-Sylvestre-Cappel, Steenvoorde, Terdeghem et Winnezele).

Les heures d'arrivée à la MSP ont été relevées pour analyser les flux de patients. On observe une légère augmentation de la demande de soins non programmés entre 9h et 11h (17.2% des entrées) et un pic de fréquentation de 16h à 19h (39.9% des entrées) dont 16.4% concernent des entrées entre 18h et 19h.

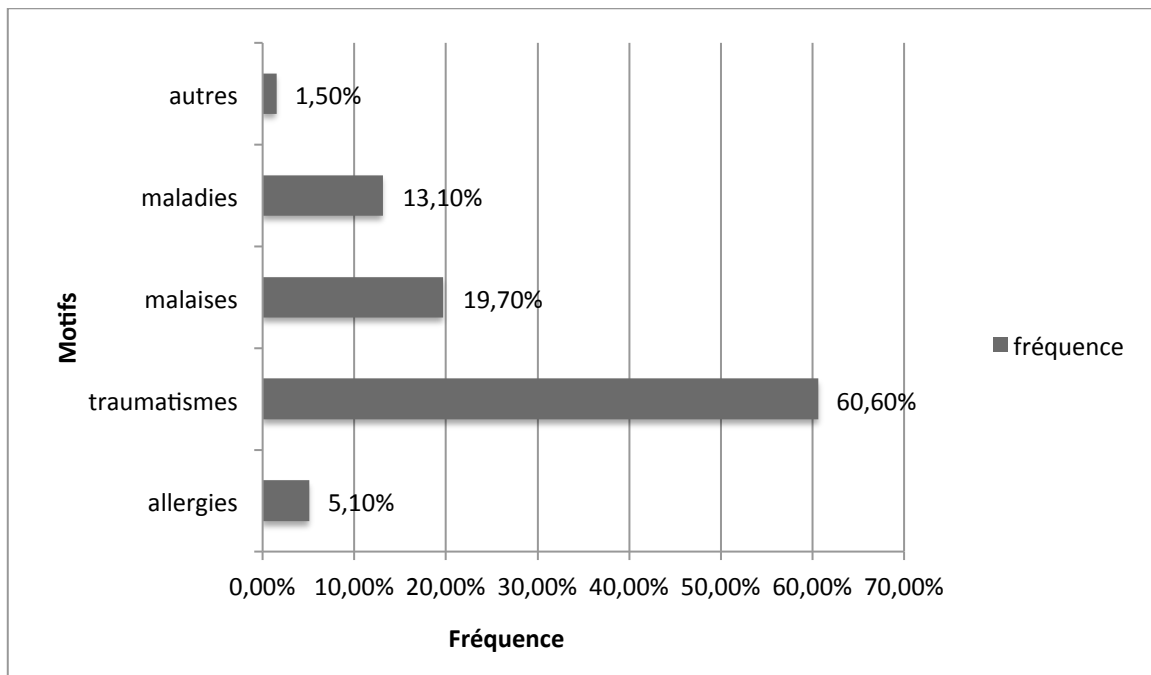
Graphique 2 : Flux des patients ayant eu recours aux soins non programmés



II. Contexte et motifs du recours à un soin non programmé

Le registre nous indique qu'une grande partie des motifs de consultation en urgence à la MSP est représentée par les traumatismes (plaies fractures, entorses...) avec 83 des 137 consultations non programmées dont le motif a été répertorié (soit 60,6%). 27 consultations concernaient des malaises (19,7%), 18 des maladies (douleurs non en rapport avec un traumatisme, infections...) soit 13,1%, et 7 des allergies (5,1%).

Graphique 3 : Principaux motifs de consultations non programmées



On note également que les pathologies étaient survenues au domicile pour 59.3% des patients, suivi du lieu de travail avec 16.4% des consultations non programmées.

Tableau 1 : Provenance des patients

	Effectifs	Fréquence
domicile	83	59,30%
voie publique	20	14,30%
travail	23	16,40%
autres	14	10,00%
total des répondants	140	100%

Pour 74.7% de l'effectif ayant répondu à la question, le besoin de soins était ressenti depuis moins d'une heure, 9.2% le ressentait depuis plusieurs jours.

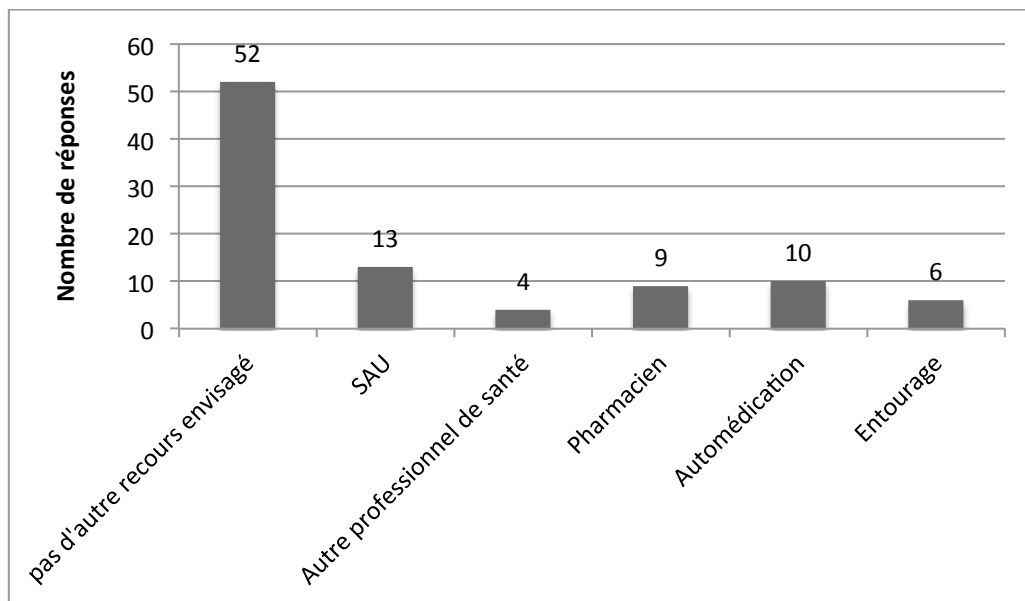
Tableau 2 : Délai entre le besoin de soins ressenti par le patient et la demande de soins.

	Effectifs	Fréquence
moins d'une heure	65	74,70%
depuis le jour même	14	16,10%
depuis plusieurs jours	8	9,20%
total des répondants	87	100%

80.5% des 87 répondants justifiait la demande de consultation non programmée par la nécessité de soulager rapidement une douleur, un symptôme devenu intolérable. Un seul patient le justifiait par des difficultés d'emploi du temps ne permettant pas d'organiser cette prise en charge par la prise d'un rendez-vous et un patient jugeait que le rendez-vous qui lui avait été proposé par l'hôtesse était trop tardif par rapport à l'urgence ressentie.

Ils ont finalement choisit la MSP de Steenvoorde pour bénéficier d'un soin urgent, mais avant cela, 13 patients sur les 87 répondants à cette question de l'enquête se sont posés la question d'aller directement aux urgences, 4 patients ont pensé demander l'avis d'un autre professionnel de santé, 9 de demander à leur pharmacien, 6 à leur entourage, et 10 ont tenté de résoudre eux-mêmes le problème par automédication. Quelques patients ont répondu avoir envisagé plusieurs des

solutions précédentes. On note que 52 patients de cet effectif (59,7%) ne se sont pas posés la question d'une prise en charge extérieure à la MSP.



Graphique 4 : Autre(s) recours préalable(s) à la demande de soins non programmés. 87 répondants. Plusieurs réponses par patients étaient acceptées.

Enfin, 57.1% des patients recrutés dans cette enquête n'avaient pas téléphoné avant leur arrivée à la MSP et donc avant leur prise en charge non programmée.

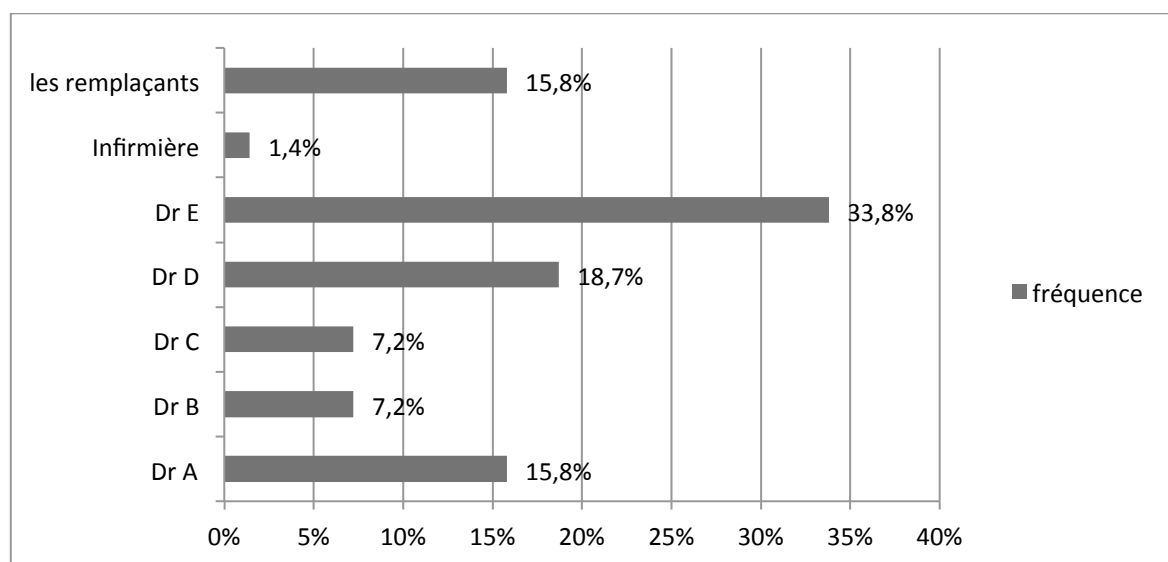
Tableau 3 : Type de prise de contact avec la maison de santé

	Effectifs	Fréquence
Appel téléphonique au préalable	60	42,90%
Pas d'appel préalable	80	57,10%
Total	140	100%

III. Application du protocole d'accueil des soins non programmés

D'après le registre, 103 patients sur 140 (73,5%) ont patienté en salle d'attente, et 28 (20%) ont été installés dans la salle dite « polyvalente », destinée à accueillir les patients bénéficiant du protocole de soins non programmés. 7 patients ont été directement accueillis dans le cabinet d'un professionnel.

Les professionnels se sont inégalement investis dans la prise en charge des soins non programmés. 33.8% des patients ont été pris en charge par le Dr E (soit un peu plus d'un tiers des actes urgents), suivi de 18.7% par le Dr D. Les étudiants en médecine réalisant leur stage à la MSP de Steenvoorde et les remplaçants représentent 15.8%. La prise en charge par une IDE représente 1,4%.



Graphique 5 : Evaluation de la participation du personnel de santé

Après avoir bénéficié d'un soin (pour 57.7% des patients) ou munis d'une ordonnance, 85% des patients regagnaient leur domicile. Seuls 10.8% des patients

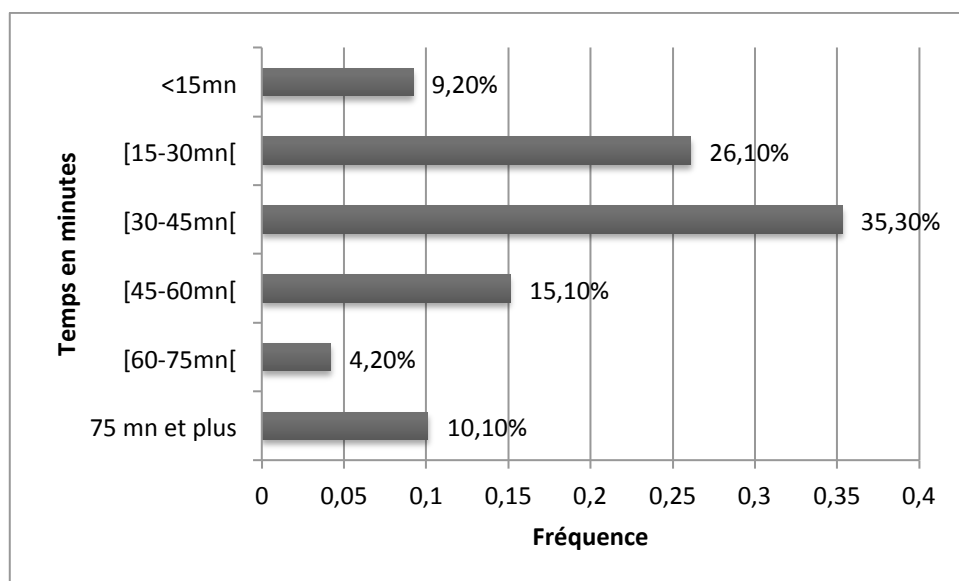
devaient avoir une prise en charge hospitalière et 0.8% (un patient) une prise en charge très urgente par une équipe du SMUR. Pour 1.7% des patients, le recours à un spécialiste était nécessaire.

Tableau 4 : Orientation des patients

	fréquence
retour à domicile	85%
hospitalisation	10,80%
Avis d'un spécialiste	1,70%
SMUR	0,80%
autres	1,70%

Les heures d'arrivée et de départ des patients ont été notées par les hôtesses d'accueil. Ainsi, on peut observer que 35.3% des patients ayant bénéficié du protocole de soins non programmés ont eu une prise en charge globale (temps d'attente, de prise en charge par le professionnel, de réponse au questionnaire inclus) d'une durée inférieure à 30 minutes et 70.6% inférieure à 45 minutes

Graphique 6 : Temps de prise en charge global d'une demande de soins non programmés

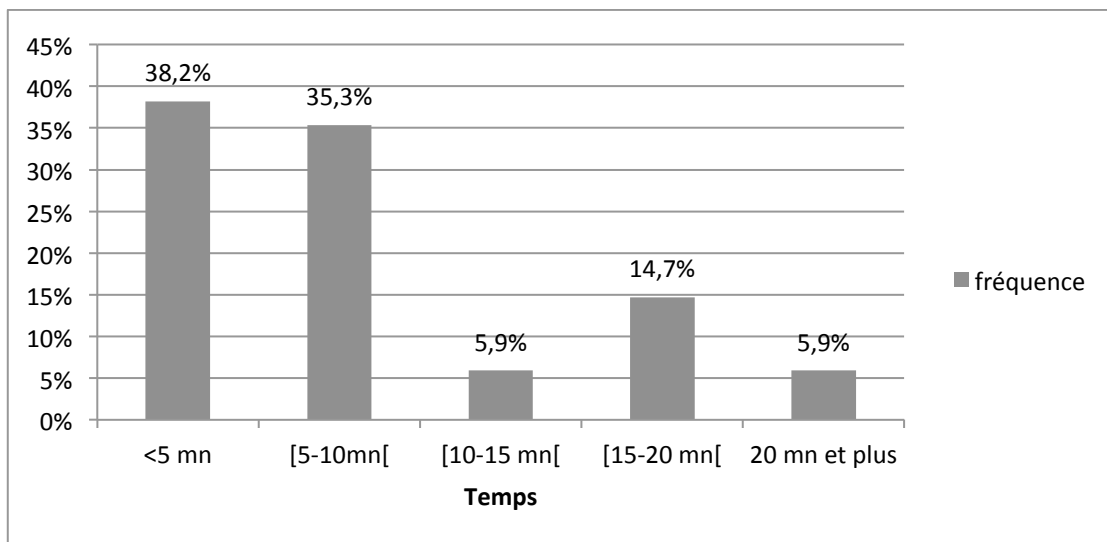


IV. Opinion des patients concernant l'accueil

84 personnes sur les 86 ayant répondu à la question, soit 97.7% des répondants disent être très satisfaits de l'accueil. 2 patients étaient moyennement satisfaits et aucun non satisfait.

Un des items du questionnaire demandait aux patients d'estimer le temps d'attente avant leur prise en charge par le professionnel. 38 patients y ont répondu. Parmi eux, 38.2 % l'estimait inférieur à 5 minutes et 73.5% inférieur à 10 minutes.

Graphique 7 : Estimation par les patients du temps d'attente avant la prise en charge par le professionnel de santé



80 patients (sur 83 répondants) soit 96.4% estimaient que le temps d'attente avant la prise en charge globale était adapté au degré d'urgence de leur problème de santé.

100% des répondants jugeaient que le temps consacré à la consultation était suffisant, de même pour le temps d'examen clinique et le temps d'explication du diagnostic.

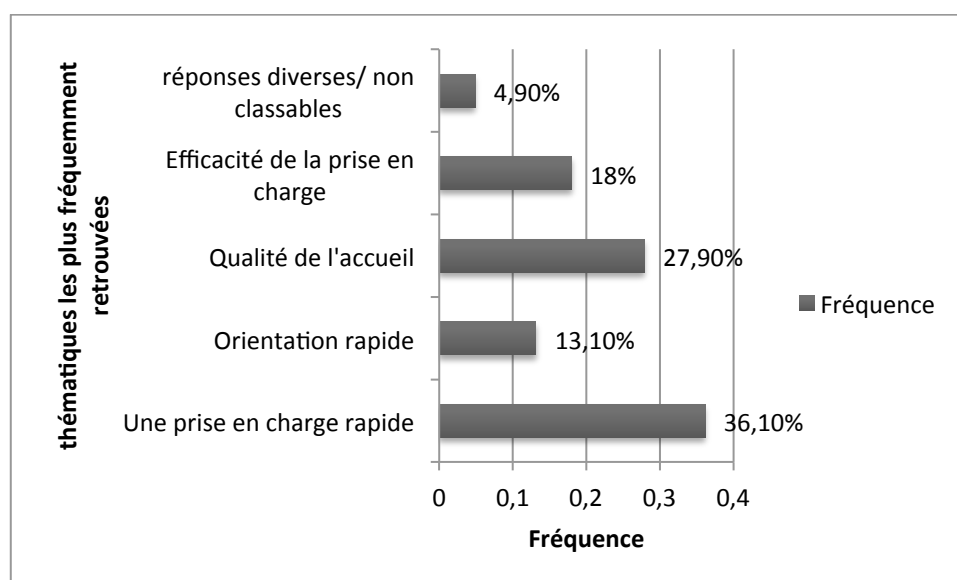
98.7% (77 sur 78 répondants pour la question) étaient satisfaits de la qualité de la réponse fournie par le professionnel de santé.

Une question libre était proposée aux patients pour leur permettre de s'exprimer sur leurs attentes concernant l'accueil des soins non programmés. L'ensemble de leurs réponses a été regroupé en 4 items :

- Rapidité de la prise en charge
- Désir d'être orienté plus rapidement
- Qualité de l'accueil
- Efficacité de la prise en charge.

On note que sur les 61 patients qui ont répondu, 36.1% attendent de la prise en charge qu'elle soit rapide, 13.1 % qu'elle leur permette d'être orientés rapidement. 27.9% attendent un accueil de qualité, et 18% une prise en charge efficace. 4,9% des réponses ne pouvaient être classée du fait de leur diversité.

Graphique 8 : Les attentes des patients concernant l'accueil des SNP



Aurélie Calais - Parissaux

Enfin, 100% des patients ayant répondu au questionnaire et bénéficié du protocole de soins non programmés n'hésiteront pas à renouveler ce type de prise en charge si besoin en était.

Discussion

I. La méthode

Pour cette enquête, il a été choisi de ne pas réaliser d'échantillon, mais de recruter l'avis de chacun des patients ayant eu recours aux soins non programmés, sur 1 an. Cela permet d'éviter les biais de sélection, d'avoir un nombre suffisant de patients pour plus de précisions sur le plan statistique. De plus, tous les avis intéressent la MSP.

L'IGAS estime, dans son enquête sur la « mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé » (22), qu'un « taux de réponse dans une fourchette de 60 à 80% est bon » pour ce type d'enquête. Le taux de réponse globale au questionnaire de notre enquête, de 62,1%, peut donc être qualifié de bon même s'il se tient dans la fourchette basse.

Cela peut être expliqué par une approche plus personnelle de certaines enquêtes, dans lesquelles les patients sont identifiés (enquête par téléphone ou par voie postale), qui augmente le taux de réponse.

Concernant notre enquête, certains patients ont échappé à la vigilance des hôtesses d'accueil et ont emporté le questionnaire en partant de la maison de santé. S'il s'agit de patients qui n'ont pas compris les « règles de l'enquête », il n'était pas possible de les recontacter pour récupérer les questionnaires puisqu'ils étaient anonymes. S'il s'agit de patients qui ne se sentaient pas concernés par l'objectif de ce travail, une enquête par téléphone ou postale n'aurait pas modifié leur participation.

Dans le but d'améliorer encore ce taux, nous aurions pu proposer aux patients (ayant des difficultés de lecture, d'écriture ou déficient visuels du fait de l'âge) l'aide d'une

tierce personne pour faciliter le remplissage du questionnaire. Toutefois cela aurait risqué d'influencer leurs réponses.

Bien qu'un travail préliminaire ait été fait pour rendre le questionnaire plus intelligible on remarque :

- que la question numéro 6, au sujet de la satisfaction des patients concernant le temps qu'avait passé le professionnel de santé pour la prise en charge globale, pour le temps d'examen, pour le temps d'explication du diagnostic et des soins à réaliser, a fait l'objet d'une réponse positive, pour chacun des trois items pour 100% des répondants. Se pose alors la question d'une méconnaissance de la distinction entre ces différents temps de la consultation ou d'une réelle satisfaction.
- que la principale question ouverte (question numéro 8), concernant l'expression libre, par le patient, de ses attentes vis-à-vis de l'accueil au cabinet lors d'un soin urgent, obtient un taux de réponse très correct mais le plus faible du questionnaire à savoir 70,1%. Pour les répondants à cette question, les réponses étaient le plus souvent une reprise de termes et de questions déjà formulés dans le questionnaire plutôt qu'une expression libre faite d'idées nouvelles. On peut se poser la question de la pertinence d'une question ouverte qui demande plus de réflexion et qui est donc plus chronophage qu'une question fermée à choix multiples. Dans ce travail, le questionnaire devait être rendu avant le départ du patient et ne laissait donc peut-être pas suffisamment de temps pour la réflexion, contrairement à un questionnaire qui aurait été rempli à la maison et rendu ultérieurement.

II. Profil des patients ayant recours aux soins non programmés à la MSP de Steenvoorde

On note que seulement 15% des patients ont plus de 70 ans. Ce chiffre est comparable à une étude réalisée par la DREES en 2004 (23) qui retrouvait que 17% des patients ayant recours aux soins non programmés de médecine générale avaient plus de 70 ans.

De façon générale, l'âge est souvent un critère justifiant une visite à domicile (handicap, difficultés de déplacement, isolement...). On peut penser, même si cela n'a pas été étudié dans cette enquête, que la faible représentation des personnes âgées de plus de 70 ans est due à une gestion des situations d'urgence en visite à domicile et non en consultation non programmée à la maison de santé.

De plus les personnes âgées représentent 1/3 des recours à la médecine générale. Elles ont en effet plus de pathologies chroniques et nécessitent un suivi régulier parfois mensuel. Cette surveillance permet d'anticiper les problèmes aigus.

Enfin, ils ne sont plus, ou en tous les cas moins touchés par les accidents de travail ou de sport.

De même on constate (en modifiant les classes d'âge de notre enquête) que 43,6% des patients ont entre 18 et 60 ans. Il s'agit d'actifs, qui sont concernés par les accidents du travail et la nécessité de se procurer des documents administratifs tels que des déclarations d'accident du travail, arrêt maladie...

Dans l'ensemble il n'a pas été observé d'abus dans la demande de SNP. Malgré la forte représentation des actifs, moins disponibles du fait de leurs activités, un seul patient a avoué avoir recours aux SNP parce qu'il n'avait pas le temps de prendre un

rendez-vous sur une autre plage horaire. La plupart des autres patients légitimaient leur demande par la nécessité de soulager un symptôme intolérable.

Les enfants de moins de 6 ans sont très représentés (21,8%). Ils sont plus touchés par les épisodes infectieux, fébriles. Ils nécessitent alors un diagnostic et des soins plus rapides du fait de leur âge. Il faut aussi noter que dans un certain nombre de cas, c'est l'émotion suscitée par le problème de santé qui justifie la consultation urgente plus que le problème lui-même. C'est le cas par exemple de nombreuses chutes d'enfants, sans critère de gravité, qui ne nécessitaient qu'une surveillance et des soins locaux superficiels à la maison.

Un autre chiffre doit être mis en exergue : 82,1% des patients ayant eu recours aux soins non programmés de la MSP ont leur médecin traitant dans la structure.

La connaissance du passé médical du patient permet une meilleure qualité des soins. L'idée du dossier médical partagé prend alors toute son importance. En effet, le professionnel de santé prenant en charge le patient avait accès à ses antécédents, ses traitements et pouvait laisser une trace de son intervention dans le dossier. Le soin promulgué n'était donc plus ponctuel (comme dans un service d'urgences hospitalières), mais entrainait dans le cadre d'une prise en charge globale. C'était d'autant plus le cas lorsqu'il s'agissait d'un incident aigu qui entrainait dans la pathologie chronique du patient et donc dans l'histoire médicale du patient. On parle alors vraiment de continuité des soins.

Deux exceptions pour lesquelles le dossier partagé n'avait pas d'intérêt :

- Les professionnels de santé avaient tendance à prendre en charge leurs propres patients, puisque faute de « planning de garde » les hôtesse sollicitaient le médecin traitant en première intention.
- Presque 18% des patients de l'enquête n'avaient pas leur médecin traitant dans la structure.

Ce dernier résultat est intéressant : 18% des patients ayant eu recours aux SNP ne fréquentent pas la MSP habituellement. Cela signifie que le protocole est connu des personnes extérieures, ou conseillé par l'entourage fréquentant la MSP. Cela met en évidence la bonne réputation de la MSP concernant la qualité de ses soins.

Entre les 1^{er} février 2011 et 2012, 140 patients ont fait la demande d'un soin non programmé inclus dans le protocole et donc dans notre enquête. Depuis l'enquête, on compte entre 170 et 200 patients annuellement. Ces chiffres en progression sont les témoins d'un réel besoin de tels soins sur le canton. C'est aussi la marque de la satisfaction et de la grande confiance que portent les patients pour les professionnels de la MSP.

On peut également l'expliquer par une meilleure connaissance des protocoles proposés à la MSP, et aussi par une inclusion plus systématique des patients dans le protocole. En effet, au début de sa mise en place, certains médecins inséraient encore quelques-uns de ces soins entre deux de leurs consultations programmées.

III. Les motifs de recours aux soins non programmés

L'analyse des données nous indique qu'une majorité des patients (60,6%) consulte dans les suites d'un traumatisme (plaie, chute, traumatisme crânien, fracture...), quelle que soit leur classe d'âge, leur sexe... Le traumatisme est le motif de consultation urgente le plus important bien devant les malaises (19,7%) et les autres motifs de consultation.

D'après l'ORS, dans une enquête réalisée en 2004 (24), les traumatismes ne représentent que 11% des recours urgents chez les généralistes en Ile de France et d'après la DREES (23) 9,4% en France. Dans ces études, les motifs de recours urgents aux médecins généralistes sont plutôt les affections ORL (>16%) et l'infectiologie (21 à > 26 %).

Pourquoi de telles différences entre la MSP de Steenvoorde et les chiffres nationaux ?

Le médecin généraliste en zone rurale est encore aux yeux des patients le professionnel de santé de premier recours, accessible, plus proche des familles (en distance et sur le plan affectif) et en qui ils ont toute confiance.

Les patients savent qu'ils peuvent avoir accès aux soins non programmés à la MSP dans un délai acceptable par rapport aux SAU, surtout pour des petits traumatismes qui ne nécessitent pas d'examen complémentaires. En zone urbaine, les médecins généralistes sont moins accessibles hors rendez-vous. Ils conseillent à leurs patients de se rendre directement dans un SAU, même pour une suture simple, pour ne pas désorganiser leur journée, et parce que ce type d'acte est mal rémunéré en rapport avec le temps passé (d'autant plus s'ils utilisent mal la nomenclature CCAM).

La structure d'urgence hospitalière la plus proche de Steenvoorde se situe à Hazebrouck, à 11km. Bien que proche, Hazebrouck n'est pas un lieu de vie pour un

habitant du canton de Steenvoorde. Il n'est pas amené à s'y rendre dans son quotidien puisqu'il possède toutes les infrastructures (scolaire, travail, ravitaillement alimentaire...) sur le canton. La notion de « territoire de santé », actuellement mise en évidence par l'ARS, prend alors toute sa signification. La MSP de Steenvoorde est plus facilement accessible pour les habitants du canton.

Ainsi, les motifs de recours aux soins non programmés ont des raisons de différer franchement des motifs nationaux ou d'Ile de France d'autant plus que cette étude de l'ORS date de 10ans.

On constate sur la partie « commentaire » du registre que la majorité des traumatismes pris en charge était des traumatismes de faible intensité et ne nécessitaient pas de recours à une structure hospitalière. Le plus souvent, une suture, un pansement, une surveillance simple ou la prescription d'orthèse étaient suffisants. Le recours au médecin traitant était donc une démarche adaptée.

C'est le cas par exemple, le 29 février 2012, de cet enfant de 7 ans, victime d'une plaie à un doigt, qui a été suturée et pansée en urgence par un médecin de la MSP. L'ensemble de sa prise en charge (accueil par l'hôtesse, attente en salle d'attente, accueil par le médecin, diagnostic, suture, pansement, et prescription des soins ultérieurs) n'a durée que trente minutes. On peut imaginer, que le temps d'attente et de prise en charge en milieu hospitalier pour un tel traumatisme aurait, selon le moment de la journée, pu durer plusieurs heures.

Toutefois, dans 15% des cas, le recours aux soins non programmés de la MSP n'était pas approprié. Certaines plaies ont nécessité d'adresser les patients aux urgences pour une exploration chirurgicale (plaies tendineuses, plaies profondes...),

certaines traumatismes nécessitaient un bilan radiologique urgent ou l'avis d'un spécialiste... et dans une seule situation, l'appel du 15 aurait dû être privilégié au recours aux SNP à la MSP.

C'est le cas d'une patiente de 73 ans qui s'est présentée à l'accueil de la MSP le 4 mars 2011. Elle souffrait d'une douleur thoracique pour laquelle le SMUR a immédiatement été sollicité par le médecin. Ce type de prise en charge est trop lourd pour la MSP, et cette patiente aurait certainement été plus rapidement prise en charge si elle avait directement contacté le 15.

Dans l'ensemble la santé des patients de l'enquête relevait bien d'une prise en charge ambulatoire puisque 85% des patients ont pu regagner leur domicile après la consultation, plus ou moins munis d'une ordonnance pour le traitement. Les autres patients ont été redirigés vers d'autres professionnels ou structures de soins sans perte de chance. Sur un an, seule une patiente (0,8%) a pris un risque pour sa santé en consultant à la MSP.

Cette enquête confirme que les SNP sont de la compétence des médecins généralistes libéraux. Le développement de ce type de protocole pourrait à terme désengorger les SAU.

Afin de limiter le risque d'erreur d'aiguillage, une liste de mots clefs a été proposée aux hôtesse. En effet, elles ne sont pas formées à la régulation et elles interviennent actuellement selon leur expérience à l'accueil. Cette liste permettra de mieux définir le caractère urgent ou non d'une demande de soin, lors du premier contact, si les mots listés sont évoqués ou non par le patient. Cette proposition, ainsi que son contenu restent à valider par les professionnels de santé. Enfin,

ponctuellement, si l'hôtesse ne se sentait pas en mesure d'évaluer le degré d'urgence d'une demande de soins, on pourrait envisager une régulation par un médecin.

La majorité (74,7%) des patients ressentait le besoin de soins depuis moins d'une heure.

Ce délai semble cohérent puisque l'ambition de cette structure de soins non programmés est de prendre en charge des soins urgents, et non de se substituer à la prise d'un rendez-vous quand la santé du patient le permet.

Aussi pouvons-nous être interpellés par les 9.2% des patients questionnés qui déclarent avoir ressenti le besoin de soins depuis plusieurs jours et qui ont finalement eu recours aux soins non programmés. Pourquoi un tel délai avant de consulter ? De façon générale, la prise d'un rendez-vous est encore une solution privilégiée par les patients, bien que leur accès soit à certains moments difficile. Certains soins sont alors repoussés à plus tard. Mais dans notre enquête, le croisement des données n'a pas montré de corrélation entre « le besoin de soins datant de plusieurs jours » et les « difficultés d'accès aux plages de rendez-vous » ou « les difficultés d'emploi du temps ». De même, il n'y avait pas de lien entre « le besoin de soins datant de plusieurs jours » et le recours à l'automédication ou à un autre professionnel.

Enfin, 35 patients déclarent avoir eu ou pensé à un/des autre(s) recours que notre structure de soins non programmés.

A cela deux raisons :

- D'abord, cette offre de soins était très récente au début de notre enquête, et il est possible qu'un certain nombre de patients n'en ait pas connaissance. Auparavant, les hôtesse peinaient pour inclurent les patients sollicitant un soin urgent entre deux rendez-vous d'un des médecins. Les patients ne comprenaient pas toujours ces difficultés d'accès et devaient trouver d'autres solutions en attendant le rendez-vous.
- De plus le degré d'urgence est difficile à apprécier pour les patients. C'est d'une part le cas des 13 patients ayant pensé à se rendre aux urgences probablement par crainte que le problème de santé ne dépasse les capacités de prise en charge de la MSP et d'autre part le cas des 29 patients qui pensaient résoudre leur problème sans prise en charge médicalisée.

IV. Répartition des demandes de soins non programmés au long de la journée

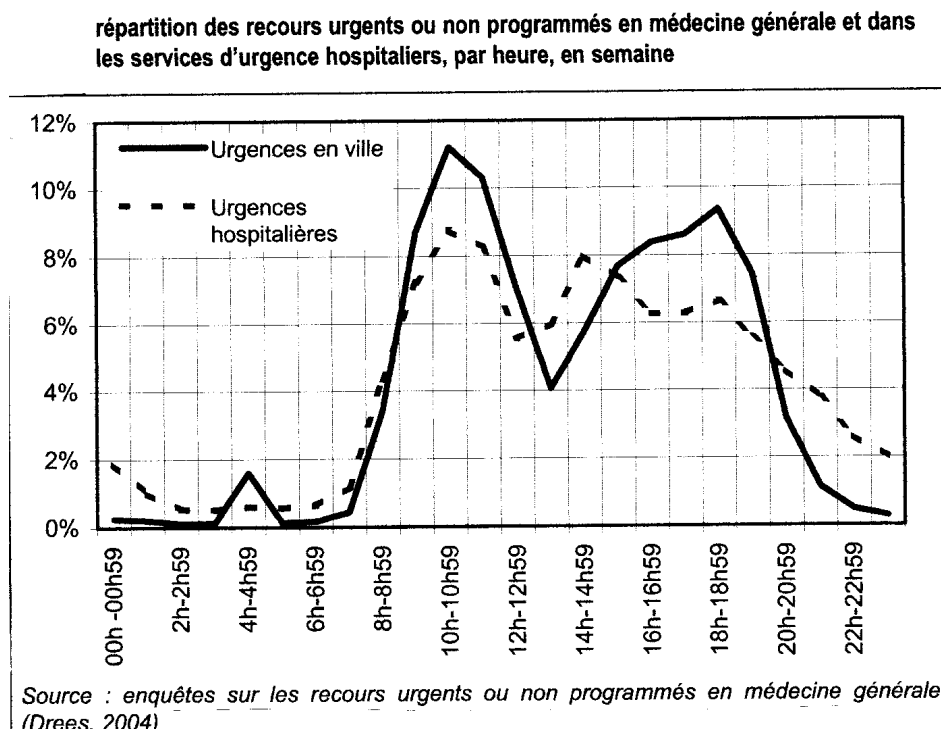
Dans cette enquête, les patients ont été accueillis pendant les heures d'ouverture de la MSP c'est-à-dire entre 7h25 et 20h du lundi au vendredi et le samedi matin de 7h25 à 13h. On constate que le flux des patients ayant recours aux soins non programmés est variable au cours de la journée.

On note une chute des entrées pour SNP de 19h à 20h alors que la MSP est encore ouverte. Les pharmacies du canton ferment à 19 heures (et non 20h comme certaines pharmacies en ville). Toutes les ordonnances réalisées à partir de 19h ne pourront être utilisées que le lendemain ou dans une pharmacie de garde, ce qui complique l'obtention des médicaments ou matériel de soin (orthèses...). Les patients préfèrent se rendre directement dans un SAU qui leur fournira antalgiques,

antibiotiques, attelles... pour la nuit en attendant l'ouverture des pharmacies. Encore une fois l'analyse territoriale de l'offre de soins est importante pour mieux comprendre les comportements des usagers du système de soins.

On observe également deux pics diurnes. Le premier entre 9 et 11h, le deuxième entre 16h et 19h, avec un creux sur l'heure du midi. (voir Graphique 2)

Lorsque l'on reprend l'étude de la Drees réalisée en 2004 (23) le flux journalier des patients ayant recours au médecin généraliste pour un soin urgent (ces médecins n'ont pas de protocole d'accueil des soins non programmés) est assez comparable (voir Graphique 9). On retrouve ces deux pics de fréquentation. L'un en milieu de matinée (9 à 11h) plus abrupte que dans notre enquête et l'autre, entre 16 et 20h mais cette fois moins important.



Graphique 9 : Répartition des recours urgents ou non programmés en médecine générale. Drees 2004.

Dans notre enquête, le premier pic d'affluence des patients entre 9h et 11h, moins abrupte que dans les études, peut aussi être expliqué par la régulation faite par les hôtessees qui, le matin, ont encore de la place pour proposer un rendez-vous une heure plus tard ou dans la journée. Ces délais sont acceptables pour des pathologies infectieuses, notamment chez l'enfant ou pour des traumatismes non graves (entorses, contusions..). Au contraire, les demandes de SNP du milieu d'après midi sont difficiles à réguler et font donc plus souvent l'objet d'un SNP selon le protocole.

Dans l'étude nommée ci-avant on confond les médecins généralistes de métropole, qu'ils exercent en ville ou en zone rurale. Or, la diversité des professionnels présents localement, influence la prise en charge des soins urgents. Les médecins généralistes en zone urbaine, au fil de la journée peinent à inclure les soins urgents dans leurs carnets de rendez-vous et orientent plus facilement les patients vers les SAU ou les urgentistes de ville. Cela peut expliquer un pic de fréquentation des soins non programmés en fin de journée moins important dans les études qu'à la MSP de Steenvoorde, qui elle, bénéficie d'un protocole d'accueil tout au long de la journée.

V. Le protocole d'accueil des soins non programmés

A. La demande initiale du patient

On remarque que 42.9 % des patients reçus en consultation non programmée ne sont pas présentés spontanément à l'accueil, mais ont téléphoné à la MSP avant d'être dirigés par l'hôtesse d'accueil vers ce parcours de soins spécifique.

En zone rurale, les patients ont l'habitude de contacter par téléphone leur médecin traitant pour toute demande de soins. C'est lui ou son hôtesse d'accueil qui leur indique la conduite à tenir : venir au cabinet pour être vu entre deux patients, aller

aux urgences, appeler les pompiers, ou attendre sa visite en urgence pendant sa consultation... Cette régulation est une compétence reconnue et défendue par les usagers et les professionnels.

La méconnaissance du protocole qui permet d'accéder à un SNP en se rendant directement à la MSP, doit faire réfléchir à de nouveaux modes d'information de la population. Doit-on afficher en salle d'attente l'ensemble des offres de soins (soins non programmés, spécialistes consultant à la MSP, horaires...), faire une brochure disponible à l'accueil ?

B. La salle d'accueil des soins non programmés

La MSP dispose d'une salle dite « polyvalente » qui a pour fonction d'accueillir et prendre en charge les soins urgents. Selon le protocole, les patients demandeurs d'un soin non programmé doivent être installés dans cette salle en attendant le professionnel de santé. Or, Un peu plus de 73% des patients a attendu en salle d'attente avant d'être pris en charge par un professionnel.

La salle d'attente n'est pas un lieu adapté pour certains motifs d'urgence tels que les plaies. La vue du sang peut ne pas être agréable pour les autres patients présents. De plus, l'état de panique, suscité par ce type de blessure parfois impressionnante et surtout complètement imprévue, doit être géré dans un endroit calme et approprié. Ainsi, un patient, déjà installé est rassuré. Il a le sentiment d'être déjà dans la dynamique de la prise en charge et non pas dans un processus « d'attente » qui peut être angoissant.

Dans cette salle «polyvalente» se tiennent habituellement les réunions entre professionnels. A l'exception d'un lit d'examen, rien dans cette pièce ne rappelle un environnement médical auquel le patient est habitué, et cela peut le désorienter. Ce lieu n'est pas approprié, d'ailleurs, les chiffres parlent d'eux-mêmes. Spontanément les hôtessees n'y ont installé que 28 patients.

Ces données mettent en évidence la nécessité d'une salle dédiée aux soins non programmés. Les patients seront plus confortablement installés, dans une atmosphère de soins, et les professionnels disposeront de tout le matériel nécessaire sur place pour travailler dans de bonnes conditions.

C. Les professionnels de santé au sein du protocole

Le protocole de SNP prévoit que l'hôtesse d'accueil sollicite en priorité le médecin traitant du patient. Si celui-ci n'est pas disponible ou n'est pas un des médecins de la MSP, c'est un autre médecin présent, ou une infirmière ou un kinésithérapeute qui prend en charge le patient.

Les infirmières sont très peu sollicitées. D'une part, parce que, selon le protocole elles n'interviennent que si aucun médecin n'est présent, ce qui est exceptionnel compte tenu du nombre de médecins et des horaires de consultations de chacun. D'autres part, leurs heures de présence à la MSP (7h30-8h30, 10h00-10h30, 18h-19h et de façon ponctuelle) ne sont pas en adéquation avec les pics d'activité des soins non programmés. Enfin, on s'aperçoit que beaucoup de prises en charges nécessitaient un avis médical.

On s'aperçoit dans cette enquête que les médecins de la maison de santé sont inégalement impliqués dans la prise en charge des soins non programmés dans le cadre du protocole (graphique 5). On trouve à cela plusieurs explications.

Tout d'abord, Il existe des différences de génération. Certains praticiens sont à quelques années de la retraite et peuvent se sentir moins concernés par ces nouveaux modes de prise en charge par rapport aux jeunes médecins et internes en stage à la MSP qui y trouvent une solution d'avenir. D'autres médecins avaient pris l'habitude de prendre ce type de patient entre deux rendez-vous et ils ont gardé cette habitude avec leur clientèle. Leur participation au protocole est faible, ce qui ne signifie pas qu'ils ne participent pas à la prise en charge des soins urgents de la MSP mais cette participation n'est pas quantifiable. Les patients vus par ces médecins échappent au protocole et donc à l'enquête, ce qui constitue un biais et doit être pris en compte dans l'analyse des résultats.

Les médecins non présents à la MSP, car en visite ou ne consultant pas aux heures de pointe des soins non programmés, comme les infirmières, participent moins au protocole.

On pourrait alors, pour corriger cette disparité, définir un « planning d'astreinte » sur lequel on indiquerait pour chaque généraliste et IDE des plages horaires pendant lesquelles il serait joignable pour prendre en charge les patients demandeurs d'un soin non programmé. Le travail des hôtesse serait alors facilité. Cela se fait déjà dans d'autres maisons de santé (Maison de santé du Haut Pays à Fruges par exemple). Lorsque les patients appellent ou se présentent à l'accueil, l'hôtesse joint l'infirmier « d'astreinte » à cette heure là. Celui-ci se déplace pour installer le patient (en salle d'urgence) pour prendre ses constantes ou pour nettoyer une plaie... (Il

est rémunéré à chaque astreinte). Puis, le médecin, lui-même « d'astreinte » à cette heure-là, prend en charge le patient. Cette organisation très « protocolaire » permet une fluidité et une sérénité dans la prise en charge. Chaque intervenant (hôtesse, infirmier, médecin généraliste) sait ce qu'il a à faire.

Trois facteurs ont été à l'origine de la mise en place du protocole de SNP. L'insatisfaction des patients, des hôtesse, et des médecins.

Cette enquête a permis de mieux connaître les caractéristiques des patients ayant recours aux SNP ainsi que leur opinion vis à vis de cette prise en charge, mais elle n'évalue pas le point de vue des hôtesse et des médecins. Depuis la mise en place du protocole, les hôtesse d'accueil sont-elles mieux armées pour gérer les demandes de SNP ? Les directives sont-elles suffisamment précises ? Faudrait-il instaurer d'autres mesures pour faciliter leur travail et améliorer la prise en charge des patients à l'accueil ? A quelles difficultés ont-elles été confrontées ? L'instauration d'un planning d'astreinte leur paraît-il être une source d'amélioration de leur qualité de travail ? La gestion des soins programmés a-t-elle été bouleversée ? Et qu'en pensent les médecins et personnels soignant ?

Depuis la mise en place de ce protocole, le registre est rigoureusement tenu par les hôtesse. Encore actuellement, et à leur initiative, ce registre est toujours renseigné et les médecins sont toujours sollicités pour y inscrire certains détails tels que le motif de consultation... Elles ont conscience de l'importance de cette traçabilité. Les résultats apportés, permettent régulièrement d'améliorer l'accueil, et ces changements n'ont fait l'objet d'aucune critique de leur part. Leurs retours sont très positifs.

VI. La qualité des soins non programmés du point de vue des patients

Tout d'abord, on remarque que la question 8, qui proposait aux patients de nous communiquer leurs attentes concernant les soins non programmés, n'a pas fait l'objet de commentaires nouveaux. La plupart du temps, les réponses n'étaient que la répétition d'items des questions précédentes : « la prise en charge est de qualité », « peu de temps d'attente », ... cela peut être le signe que les patients sont entièrement satisfaits du protocole actuel et ne voient rien à modifier.

En outre, le temps d'attente pour bénéficier d'un soin non programmé à la MSP est un critère de satisfaction des usagés. 96.4% estimait que le délai d'attente était adapté au degré d'urgence de leur problème de santé. 73,5% des patients estimaient que le temps d'attente avait été inférieur à 10 minutes.

Ces résultats sont à comparer à ceux de l'étude de la DREES publiée en 2008 (26), et dans laquelle 15% des patients ayant recours à un médecin généraliste de ville pour un soin non programmé jugent l'attente excessive, et, d'après l'étude de D Baubeau et V Carrasco (27) en 2003 cela concernait 45% des patients interrogés dans les services d'urgences hospitalières, contre 3.6% dans notre enquête à la MSP de Steenvoorde.

De plus on remarque que les délais de prise en charge globale pour un soin non programmé sont courts (26.1% des patients passent entre 15 et 30 minutes dans l'établissement, 35.5% entre 30 et 45 minutes). Ils signent l'efficacité du protocole de SNP de la MSP. Ils doivent être comparés au temps de prise en charge observé dans les SAU les plus proches. Un travail récent (25) a été réalisé auprès des

patients la MSP ayant eu un recours spontané à un SAU de la région. Il retrouve que 30,2% de ces patients y ont eu une prise en charge globale inférieure à 1 heure (contre 85,7% pour les patients ayant eu recours aux SNP de la MSP dans notre enquête). Cela peut être expliqué par les motifs de consultation qui sont souvent plus « graves » dans les SAU (donc plus chronophages), mais aussi par l'engorgement des services d'urgences hospitalières par des patients relevant d'une prise en charge ambulatoire.

Dans notre enquête, 9,2% des patients sont restés moins de 15 minutes dans la MSP. Ils ont fait l'objet d'une régulation très rapide, probablement réorientés directement vers une autre structure de soins, ou ont bénéficié d'une consultation très simple nécessitant juste quelques conseils...

Au delà de 45 minutes, il s'agit de soins plus lourds, ou nécessitant une prise en charge hospitalière avec parfois l'attente d'un moyen de transport, d'une équipe SMUR. D'autres fois, il s'agit de motifs de consultations non programmées simples, mais que les professionnels de santé ont tardé à prendre en charge du fait de l'absence de gravité et de leur surcharge de travail.

Dans notre société le temps est précieux. Les usagés de soins, considèrent le temps comme un des principaux critères de satisfaction. Les comparaisons ci-avant, réalisées avec le système hospitalier expliquent le contentement des usagés de soins non programmés de la MSP de Steenvoorde.

Enfin, concernant le temps consacré à chaque patient par le professionnel de santé lors de la consultation urgente, 100% des 85 patients ayant répondu à la question le juge suffisant. On retrouve ce même chiffre de 100% de satisfaction concernant le temps consacré à l'examen du patient, à l'explication du diagnostic et des soins à

effectuer. Quant à la réponse donnée par le professionnel pour répondre au problème de santé du patient, 98.7 % des 78 répondants la juge complètement satisfaisante, aucun ne donne un avis mitigé et 1.3% ne sont pas du tout satisfaits par la réponse apportée, sans toutefois avoir profité de la question ouverte pour exprimer leurs attentes afin de pouvoir répondre à leur mécontentement.

Ces données sont comparables à celles de l'étude publiée en 2008 par M Collet et M Gouyon (26), dans laquelle 95% des patients sont satisfaits des explications faites par le médecin généraliste concernant leur problème de santé, 97% sont satisfaits des explications concernant l'ordonnance de médicaments. La satisfaction n'est que partielle concernant les démarches à suivre lorsqu'il orientait le patient vers un autre professionnel (46% de satisfaction seulement). Toujours dans cette étude, 89% des patients se déclaraient « très satisfait » de la prise en charge globale.

Le degré de satisfaction des patients de Steenvoorde est un peu supérieur aux études décrites précédemment. L'attachement des patients pour cette structure qu'ils ont vu naître et qu'ils aident à faire évoluer en participant à des enquêtes peut aussi expliquer ces chiffres qui sont une manière de féliciter et d'encourager le dynamisme de l'équipe soignante.

Une telle satisfaction peut aussi s'expliquer par la nature de la consultation. En effet, le patient arrive inquiet, il est en demande de solutions rapides à son problème et il repart en général avec des réponses faciles à mettre en place et rapides. Pour le médecin, la prise de risque est assez faible, puisque l'urgence est rarement vitale.

La dernière question posée est un véritable plébiscite. 100% des répondants ont affirmé qu'ils renouvelleraient leur confiance à cette structure de soins urgents si le besoin était à l'avenir.

VII. Synthèse : La qualité des soins non programmés de la MSP selon les recommandations internationales

Notre enquête visait à évaluer la qualité des soins non programmés à la MSP de Steenvoorde. Or, cinq critères, reconnus par la communauté scientifique, permettent actuellement d'évaluer la qualité des soins (cf Chapitre « mots clefs ») :

L'efficacité :

En un an, 140 patients ont été accueillis dans ce cadre du protocole, et la grande majorité des patients a pu rejoindre son domicile après la consultation avec une solution facile à mettre en place pour répondre à la demande initiale (obtenir un résultat) et sans perte de chance comparé à un autre type de recours.

On constatera simplement qu'aucun décès n'est survenu sur cette période à la MSP. Ces éléments témoignent de l'efficacité de la prise en charge des patients bénéficiant d'un SNP.

L'accessibilité :

Le patient doit pouvoir recevoir les soins dont il a besoin dans un délai opportun.

Dans notre enquête on note que les délais entre le besoin de soins et la prise en charge médicale étaient courts, et ce, pour plusieurs raisons :

- Les patients habitaient dans la majorité des cas dans le canton (proximité géographique)
- Il n'y a pas eu de perte de temps due à une erreur d'orientation puisque la MSP était, le plus souvent, en capacité de prodiguer aux patients les soins nécessaires. (ils étaient au bon endroit pour obtenir les soins dont ils avaient besoin)
- Les professionnels de santé intervenaient rapidement après avoir été sollicités (temps d'attente courts)

Sur le plan financier, les patients étaient pris en charge par la sécurité sociale et les mutuelles comme pour une consultation sur rendez-vous et cela ne constituait donc pas un frein à l'accès aux soins.

Enfin, les professionnels étaient disponibles, l'accès aux SNP était possible toute la semaine aux heures ouvrables.

La réactivité :

Si l'on considère l'avis des patients - qui étaient satisfaits du temps qu'avait passé avec eux le professionnel pour écouter, expliquer le diagnostic et le traitement - on peut estimer que l'accueil des SNP répond au critère de réactivité nécessaire à la bonne qualité des soins. Le contact avec le patient était facilité par la connaissance de son milieu socio-culturel et de son passé médical (dossier partagé), puisque dans

la majorité des cas il fréquentait habituellement la MSP. Le SNP était donc un chapitre de son histoire avec la MSP et non un soin ponctuel sans suite comme dans un SAU.

La sécurité :

La sécurité n'a pas été évaluée par l'enquête. Pour juger la sécurité des soins, il aurait fallu contacter à posteriori les patients recrutés pour les interroger sur les éventuels évènements indésirables survenus dans les suites du SNP. Cela était impossible du fait de l'anonymat du registre et du questionnaire, mais c'est un point qui pourrait faire l'objet d'une enquête complémentaire à l'avenir, pour une évaluation plus précise de la qualité des soins.

L'efficacité :

Le facteur économique et donc l'efficacité n'ont pas été étudiés. Nous nous sommes concentré sur la qualité des soins apportés aux patients et non pas sur la qualité des soins du point de vue de la société qui finance le système de soins et qui attend une prise en charge de qualité à moindre coût.

On peut seulement constater que la prise en charge des SNP selon ce protocole n'a pas entraîné, pour le moment, de surcout pour la société. Il est évident qu'à l'avenir la réalisation de travaux pour la création d'une salle dédiée aux SNP ainsi que la mise en place d'un système d'astreinte sera à l'origine d'un cout qu'il faudra alors évaluer pour estimer l'efficacité.

Conclusion

Les soins non programmés à la MSP de Steenvoorde donnent entière satisfaction aux patients. C'est une véritable reconnaissance du travail accompli par les professionnels de la MSP de Steenvoorde qui ont mis en place le protocole d'accueil des SNP suite à l'enquête d'opinion de 2009 qui mettait en avant les difficultés d'accès à ce type de soins.

Les soins non programmés dispensés à la MSP répondent à quatre des cinq dimensions principales caractérisant la qualité des soins dans la communauté scientifique, à savoir : La réactivité, l'efficience, l'efficacité des soins et leur accessibilité. La sécurité des soins, non étudiée dans cette enquête, pourrait être l'objet d'un travail complémentaire.

On a également mis en évidence que les soins pris en charge relevaient bien d'une prise en charge ambulatoire, notamment pour les traumatismes sans critères de gravité qui sont la première cause de recours aux soins non programmés de notre enquête. La prise en charge était complètement adaptée, sans perte de chance pour le patient et surtout très rapide. Cela va dans le sens du « pacte territoire santé » annoncé par Marisol Touraine fin 2012, qui ambitionne pour 2015 de « garantir à chaque français un accès à des soins urgents en moins de 30 minutes » sur tout le territoire en réinvestissant la médecine générale de son rôle d'accueil des soins non programmés relevant de la médecine ambulatoire pour désengorger les SAU qui doivent se consacrer aux vraies urgences.

Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité des soins (roue de Deming), à l'issue de cette phase d'enquête, les actions suivantes ont été envisagées :

- Une nouvelle phase de travaux, en 2014, viendra améliorer les conditions de prise en charge des SNP avec la construction d'un local leur étant dédié, et équipé de matériel adapté aux soins de premier recours ambulatoires.
- La mise en place d'un planning d'astreinte qui faciliterait la régulation par les hôtessees et aplanirait les disparités dans l'investissement personnel des médecins.

On peut noter enfin, que les hôtessees, conscientes des améliorations que les résultats de l'enquête ont induites, continuent à tenir à jour le registre malgré l'arrêt de l'enquête.

Bibliographie

1. Article 11 du préambule de la Constitution française de 1946, IV^e République. 27 octobre 1946. [En ligne]. [Consulté le 10 décembre 2013]. Consultable sur l'URL : <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946.5077.html>.
2. Mulliez C. Evaluation des attentes de la population du canton de Steenvoorde à l'occasion de la création d'une maison de santé [Thèse]. Médecine générale : Lille: faculté de médecine Henri Warembourg ; 2011. 77p.
3. Ministère des affaires sociales et de la santé. Lancement du « pacte territoire santé » discours de Marisol Touraine, le jeudi 13 décembre 2012 [en ligne]. [Consulté le 10 décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/lancement-du-pacte-territoire,15465.html>
4. INSEE. Populations légales 2009 des cantons du département nord [en ligne]. [Consulté le 27 novembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/departement.asp?dep=59&annee=2009>
5. Article 3 de l'avenant N°20 de la Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, ses avenants et ses annexes. 12 janvier 2005 (JORF du 11 février 2005).
6. Le petit Larousse 2003. Définition du mot « accueil ». p34.

7. Espace généraliste. Demandes et réponses aux soins non programmés [en ligne]. [Consulté le 13 décembre 2013]. Consultable à l'URL : http://www.association-samba.org/IMG/pdf/SYNTHESE_PDS-AMU_ESPACE_GENERALISTE_.pdf.
8. Article L.6323-3 du code de la Santé Publique. Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JORF n°0185 du 11 août 2011).
9. Juilhard J.M, Crochemore B, Touba A, Vallencien G, Chambaud L, Schaetzel F. Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement ; janvier 2010.
10. Ministère des affaires sociales et de la santé. Les maisons de santé. 4 décembre 2012 [en ligne]. [Consulté le 15 décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.sante.gouv.fr/les-maisons-de-sante.html>.
11. Roemer MI, Montoya-Aguilar C (1988), quality assesement and assurance in primary health care. Geneva, WHO offset publication No.105, 82p.
12. Institute of medicine (2001), crossing the quality chasm: A new health systeme for 21st century. Washington DC, national academy press.
13. Or Z, Com-Ruelle L. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? . IRDES. Document de travail n°18 ; décembre 2008.
14. Article L1112-2 du Code de la Santé Publique modifié par l'ordonnance numéro 2010-177 du 23 février 2010-art.26.
15. Article L1411-1 du Code de la Santé Publique modifié par la loi numéro 2004-806 du 9 août 2004-art.2 (JORF 11 août 2004).

16. Bonnet P, le concept d'accessibilité dans le système de santé. Dossier DEA GEOS Université Montpellier 3 Paul Valéry, 2002. [En ligne]. [Consulté le 9 janvier 2014]. Consultable à l'URL : http://epe.cirad.fr/fr/doc.accessibilite_soins.pdf.
17. Article L1411-1 du Code de la Santé Publique modifié par la loi numéro 2004-806 du 9 août 2004-art.2 (JORF 11 août 2004).
18. Europ assistance/CSA. Baromètre Santé et Société. 15 octobre 2013. [En ligne]. [Consulté le 20 décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.csa-fr.com/multimedia/data/sondages/data2013/opi20131014-barometre-europ-assistance-2013-26-aout.pdf>.
19. Article L 4130-1 du Code de la Santé Publique créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009-art 36.(JORF n°0167 du 22 juillet 2009).
20. Article R. 6315-4 du Code de la Santé Publique créé par le décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du Code de la Santé Publique et modifiant certaines dispositions de ce code (JORF n°172 du 26 juillet 2005 page 37003).
21. Article R.6315-5 du Code de la Santé Publique créé par le décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce Code (JORF n°172 du 26 juillet 2005).
22. IGAS. Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé. Rapport N°RM2007-045P. Mars 2007.
23. Gouyon M, Labarthe G. les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Drees. Etudes et résultats.n°471 mars 2006.
24. Praznoczy-Pépin C. ORS Ile-de-France. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale en Ile-de-France. Octobre 2004.

25. Dewaele M. Causes de recours spontané à un service d'urgences, enquête auprès de patients d'une maison de santé. Thèse soutenue le 19 février 2014.

26. Collet M., Gouyon M., Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. Etudes et résultats. DRESS. N°625 FEVRIER 2008.

27. Baubeau D., Carrasco V., Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Etudes et résultats. DRESS, n°215, janvier 2003.

Annexes

I. ANNEXE 1 : Le protocole des soins non programmés de la MSP de STEENVOORDE.

Lorsqu'un patient se présente au centre de soins sans rendez vous (soins non programmé, spontané) et demande une prise en charge « urgente », comment peut on aider les hôtesse à gérer cette demande ?

Exemples de situation

- Accident de travail
- Accident domestique
- Notion de malaise
- Traumatisme

Problématique :

Les soignants sont majoritairement sur rendez vous.

Le délai de consultation dépasse souvent la demie journée.

Les situations exposent au stress, sont parfois violentes et réclament parfois des réactions rapides.

Les patients peuvent se sentir mal accueillis ou non accueillis par la structure .

Les salles d'attente ne sont pas le meilleur point d'attente pour ces patients .

Les hôtesse n'ont pas forcément la compétence pour réguler en reportant le soins .

MAIS

Dans la grande majorité du temps un ou des professionnels de santé sont présents dans la structure .

On dispose d'une salle polyvalente et on peut l'espérer un jour d'une salle dédiée à l'urgence.

Il faut donc

Recevoir la demande

Installer le patient en salle polyvalente

Prévenir un professionnel de santé présent, le médecin traitant en priorité ou en son absence un autre professionnel de santé médecin, infirmière ou kiné .

Celui ci peut brièvement interrompre sa consultation programmée son soin.

Après quelques instants d'examen il décide

- L'appel de secours, (15)
- L'orientation vers une autre structure de soins
- Peut si besoins donner des premiers soins

Il peut aussi décider de voir le patient juste après le soins qu'il a interrompu,

Ou encore programmer une consultation dans un délai raisonnable pour l'état du patient avec un professionnel de la structure.

Ces actes sont notés dans un registre témoins de l'activité et qui pourra servir besoin est à des études. Dans le registre on retrouve les éléments suivants :

- N°
- Date

- Heure d'entrée
- Motif : malaise, maladie, traumatisme
- Accident de travail ? voie publique ? au domicile
- Ville d'origine
- Sexe
- Age
- Soignant
- Devenir (rdv, soins, hospitalisation, SMUR...)
- Heure de sortie
- Remarques.

Avantage de cet accueil

Le patient est accueilli.

Les HôtesseS n'ont pas le stress décisionnel et l'impression de ne pouvoir répondre ;

Les professionnels valorisent leurs activités et participent à la permanence des soins et soins d'urgence. (conformément au code de déontologie)

Les autres patients témoins ne sont pas impressionnés par la violence de certaines situations

Coût moindre par rapport à une prise en charge dans une structure d'urgences (SAU);

Les professionnels peuvent réclamer les honoraires d'actes d'urgence.

Les soignants , infirmiers ou Kiné peuvent participer aux prises en charge et les médecins prescriront les actes techniques réalisés. On devrait pouvoir développer le partage de tâche et l'exercice multidisciplinaire.

II. ANNEXE 2 : Charte de la MSP de STEENVOORDE

Charte d'une maison de santé en soins primaires

Réunion de professionnels de santé en collaboration libérale dans un concept de maison de soins primaires. Steenvoorde.

NOS VALEURS:

Au sein de la maison de soins primaires de Steenvoorde, en plus de respecter les codes de déontologie de leurs ordres respectifs les professionnels de santé défendent certaines valeurs.

- L'égalité d'accès aux soins pour tous et l'autonomie.
- Le bon usage des soins réciproque pour le professionnel de santé et l'utilisateur par l'enseignement aux futurs professionnels et l'éducation des usagers.
- Les principes de prévention mis en lumière par la Charte d'Ottawa et plus particulièrement le concept de santé globale, dont le volet préventif incombe aux professionnels de santé, aux usagers et aux collectivités

Pour respecter nos valeurs et les défendre nous nous fixons des objectifs pragmatiques et réalistes.

NOS OBJECTIFS

De la permanence du recours aux soins

- Accueil des patients de 07h30 à 19h30 du lundi au vendredi et de 7h30 à 12h30 le samedi
- La permanence des soins est assurée par l'équipe locale aux heures d'ouverture du centre.
- Les médecins généralistes présents organisent la permanence dans les horaires ci dessus à la maison de santé tout au long de l'année.
- Les remplacements de professionnels de santé sont systématiquement organisés pour assurer les conditions décrites ci dessus.

En dehors de ces heures, les soirs, jours fériés, samedi après midi et dimanche, la permanence est assurée par l'organisation locale régulée par la régulation départementale.

La régulation est organisée selon les secteurs géographiques désignés et inscrits au conseil de l'ordre des médecins.

En cas d'urgence ou demande de soins non programmés pendant les heures ouvrables, un protocole d'aide à l'accueil définit la marche à suivre pour réguler

(Par ailleurs les actes non programmés sont enregistrés dans le cadre d'une démarche étude/qualité)

A terme nous souhaitons partager les protocoles d'accueil des soins non programmés avec le centre hospitalier référent pour pouvoir bénéficier de la vivacité de sa plateforme et éventuellement participer au filtrage des situations non urgentes.

De l'organisation de accès aux soins

- Les soins proposés sont des soins primaires organisés autour de la spécialité de médecine générale.

- La coordination des soins permet d'organiser les demandes et propositions de soins au sein de l'établissement entre les professionnels de santé ou avec d'autres établissements de santé.

- Les soins dispensés sont des soins de qualité, validés par les instances scientifiques et seront régulièrement actualisés.

- Les soins primaires peuvent être exercés de manière transversale et coordonnée avec dossier médical partagé entre professionnels de santé et en toute confidentialité.

A terme, la volonté est de développer l'utilisation réfléchie des examens para clinique et des médicaments (EBM évidence based médecine, campagne iatrogénie).

A terme la volonté est de développer des soins globaux (Psycho-médico-sociaux et environnementaux).

A terme la volonté est de développer des soins intégrés comprenant les aspects curatif, palliatif, préventif et promotion de la santé.

A terme la volonté est de fonctionner en pôle de santé sur l'ensemble du territoire cantonal avec l'ensemble des professionnels de santé (coordination, partage d'outils informatique et réception de consultations avancées et mise à disposition de salle de réunion.)

De la promotion de la santé ; santé publique ; prévention ;

- Participer aux campagnes de dépistage organisées régionalement ou nationalement, aux campagnes de vaccination et de santé publique, s'inscrire dans le programme régional de santé publique et dans la charte santé.

- Organisation d'actions de santé innovantes à caractère préventif ou promotion de la santé s'inscrivant dans les démarches locales et dans un maillage territorial réfléchi.

- Négociation pour l'organisation de consultation avancée de spécialistes.

- Veille documentaire en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

A terme utilisation des technologies de l'information et de la communication pour développer des actions de promotion de la santé sur le territoire. (Site santé en Flandres)

A terme développement d'un centre d'information sur la santé, de documentation, d'éducation à la santé (deuxième étage non aménagé).

A terme élaboration de programmes d'éducation thérapeutique du patient et application dans la pratique quotidienne.

Recherche permanente sur le partage de tâches et les protocoles innovants adaptables à la pratique transversale de premier recours

De la recherche/formation :

- Ecriture de protocole de soins transversaux pour validation et application dans l'exercice quotidien.

- Accueil d'étudiants en médecine comme terrain de stage de pratique, rédaction de thèse de pratique en médecine générale.

- Participation des étudiants à l'élaboration des projets de santé publique. (Vigilance précarité, vivre sans tabac)

- Participation des étudiants aux réunions transversales de coordination et d'échange de pratique.

- Accueil d'étudiant infirmier et d'étudiant kinésithérapeute en stage.

- A terme accueil des réunions de formation pour les professionnels de santé et futurs professionnels de santé.

- Démarche qualité permanente par le recueil et l'analyse d'indicateurs de soins, de suivi, de coordination, de temps de prise en charge, de soins non programmés, par interrogation mensuelle de la base de données informatisée et traitement statistique.

- Formation du personnel d'accueil, management des hôtesse d'accueil à l'outil informatique et à la coordination. Protocole d'accueil soins non programmés et d'évaluation en première intention de l'urgence.

A terme recherche /action sur des coopérations transfrontalière avec les maisons de santé de proximité belges (échange de pratique/ échange de soignants)

A terme élaboration d'une charte usager avec les associations locales, réflexion sur la contractualisation réciproque pour définition des programmes de soins et prise en charge spécifique. (Charte, questionnaire satisfaction)

Des modes de financement : NMR,

- Les professionnels de santé souhaitent participer aux expérimentations des nouveaux modes de rémunération.
- Veille permanente sur l'actualité des financements pour des actions non pérennes de santé publique, pour des actions de coopération transfrontalière, pour des actions locales innovantes
- Budget d'investissement permanent supporté par la SCM et association SEF.

A terme dégager du temps médical pour s'investir plus largement dans des activités de santé publique ou asseoir les partenariats déjà engagés.

De l'hygiène/ sécurité

- Respect de l'environnement, des normes et réglementation en vigueur et des recommandations du conseil de l'ordre.

<u>NOS MOYENS</u>

Permanence des soins du recours aux soins :

- 4 accueillantes pour un peu plus de deux équivalents temps plein.
- 5 médecins, 4 kinés, 4 infirmières (1 jour de remplaçant en médecine/semaine)
- Médecins remplaçants réguliers pour les 5 semaines de congés des médecins, pour les temps de formation, et la qualité d'exercice.
- Répondeur spécifique pour redirection vers la régulation départementale.
- Protocole d'accueil de soins non programmés et de gestion de première intention des situations urgentes.
- Négociation en cours (3 rencontres sur ce thème) avec le CH d'Hazebrouck pour partage d'outils.
- Convention rédigée à valider et à signer avec le CH
- A terme salle de soins non programmés dédiée.

Organisation de l'accès aux soins :

- 1 Coordinateur, 4 Hôtesse d'accueil. (2ETP)
- Espace accueil partagé entre les professionnels de santé.
- Dossier médical partagé entre les professionnels de santé.
- Protocole de partage des tâches (pour l'automesure et la surveillance de l'HTA).
- Protocole de prise en charge spécifique (pour lombalgies chroniques, diabète, spondylarthrite, perte d'autonomie).
- Protocole pour vaccination grippe et pandémie.
- Veille documentaire permanente sur les référentiels HAS et CCAM

- A terme, 1 Réunion « qualité » par mois, invitation des professionnels extérieurs et choix de la thématique par vote.
- 2 réunions coordination/transmission transversales par semaine pour étude de cas et plans de soins.
- Convention avec l'HAD écrite, à valider et signer. Participation au suivi HAD par les médecins traitants sur convention spécifique.
- Rencontres régulières avec les professionnels de santé du canton.
- Rencontres avec des professionnels partageant des expériences similaires (FFMPS)

A terme soins globaux, continus et intégrés avec les moyens dédiés.

Promotion de la santé, santé publique, prévention

Les moyens pour développer des actions de santé publique sont limités, essentiellement à cause de l'absence de rémunération dédiée. Néanmoins les professionnels de santé trouvent les moyens de s'investir.

- Aide au repérage des usagers concernés par les campagnes nationales.
- Relais auprès des usagers des campagnes de vaccination et de dépistage nationales. (Hemocult, mammographie, suivi 0-6ans, dépistage diabète)
- Pratique de la dispense d'avance de frais et prise en charge des populations vulnérables avec suivi de bénéficiaires de la CMU et AME correspondant à celle de la zone d'intervention.
- Actions « Vivre sans tabac en Flandres » et « Vigilances précarité » déposées en APAS 2010. Fiches projets sur demande.
- Médecine PMI 1 fois par mois.
- Adhésion aux réseaux de soins périnatalité, palliatifs, diabète et addictologie. (Trèfles, Amavi, Préval et généraliste et toxicologie) et CLIC consultation mémoire CCAS, association locale d'aide à domicile, association bien être (soins de confort).
- Programme d'éducation thérapeutique à consolider et à mettre en pratique avec rémunération en conséquence.

Recherche/Formation

- Salle de réunion dédiée.
- Protocole ulcères et autres thèmes en recherche.
- Trois thèses de médecine générale en écriture
- Tableau avec rétroprojection
- Toute pièce équipée station informatique
- Logiciel de partage des données CHORUS
- Logiciel d'analyse de questionnaire Modalisa.
- Terrain de stage 2ème et 3ème cycle.
- Enseignant/ médecin spécialité généraliste.
- Abonnement Prescrire, Université Lille 2, Impact santé, Quotidien du médecin...
- Formation et développement de personnel d'encadrement
- Promotion du concept de maison de santé.

Aurélie Calais - Parissaux

- Personnel d'accueil, formation secourisme, informatique, relationnel secrétariat.
- Protocole d'accueil, agendas partagés, entretien évaluation annuelle avec suivi trimestriel
- Carnet d'adresse, cahier de transmission.
- Conceptualisation de l'exercice coordonné.

Mode de rémunération ;

- Expérimentation FICQS d'un fonctionnement en maisons de santé avec financement dédié
- Postulant aux expérimentations des nouveaux modes de rémunération.
- APAS, ILS, FNPEIS, FEDER, subvention collectivité locale, autres .

Hygiène et sécurité.

- Salle de stérilisation, local poubelle, vestiaire, nettoyage chaque jour des cabinets, autoclave, matériel à usage unique.
- Veille sur les normes et les recommandations.
- Réflexion sur labellisation, HQE, Accueil handicap, ISO
- Tri des déchets et respect de leurs éliminations dans des containers isolés.
- Rénovation des bâtiments et mise aux normes.

A terme sous-traitance des déchets et évacuation par les services du CH Hazebrouck.

Signatures pour acceptation :

III. ANNEXE 3 : Mission régionale de santé Nord-Pas-de-Calais .

Mission Régionale de Santé Nord Pas-de-Calais

**LE DIRECTEUR DE LA MISSION REGIONALE DE SANTE
NORD PAS-DE-CALAIS
DIRECTEUR DE L'UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE
NORD PAS-DE-CALAIS**

- **Vu** le code de la Sécurité Sociale, les articles L162-47 et L. 162-14-1;
- **Vu** le décret n° 2004-1327 du 2 décembre 2004 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement des missions régionales de santé et modifiant le code de la sécurité sociale;
- **Vu** le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Nord Pas-de-Calais arrêté le 2 juillet 1999 ;
- **Vu** la convention relative à la Mission Régionale de Santé de la région Nord Pas-de-Calais signée le 23 février 2005 entre les Directeurs de l'URCAM et de l'ARH de la région Nord Pas-de-Calais ;
- **Vu** la circulaire DHOS-03/DSS/UNCAM/2005 N°63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes ;
- **Vu** les travaux du Comité Régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé présentés au cours de sa séance du 16 juin 2005 ;

Décide

ARTICLE 1^{er} :

Les zones rurales ou urbaines qui peuvent justifier l'institution des dispositifs mentionnés à l'article L. 162-14-1 du code de la Sécurité Sociale dans la région Nord Pas-de-Calais, conformément à l'article L 162-47 du code de la Sécurité Sociale sont les cantons de :

- BERLAIMONT (département du Nord),
- STEENVOORDE (département du Nord),
- AUXI-LE-CHATEAU (département du Pas-de-Calais),
- AVESNES-LE-COMTE (département du Pas-de-Calais),
- LUMBRES (département du Pas-de-Calais),
- LE PARCQ (département du Pas-de-Calais),

ARTICLE 2 :

La présente décision sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région Nord Pas-de-Calais.

Fait à Villeneuve d'Ascq
Le 13 décembre 2005

LE DIRECTEUR DE LA
MISSION REGIONALE DE SANTE

Le Directeur,

Henri-Pierre RADONDY

IV. ANNEXE 4 : Avenant N°20 à la convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

AVENANT N° 20

à la Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie

signée le 12 janvier 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L162-5 et L 162-14-1,

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 12 janvier 2005 publiée au journal officiel du 11 février 2005, ses avenants et ses annexes,

PREAMBULE

L'amélioration de la répartition des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire national constitue l'une des priorités des partenaires conventionnels.

A l'heure actuelle et hors DOM, la densité de médecins libéraux par habitant varie d'un rapport de 1 à 2 entre les départements. A court terme, deux facteurs sont susceptibles de renforcer les inégalités territoriales et de pénaliser l'accès aux soins et la permanence des soins : l'accélération des départs en retraite liée à l'arrivée à la retraite des générations nombreuses de l'après-guerre, et l'accroissement des besoins de soins, notamment du fait de l'allongement de la durée de vie et des progrès techniques.

Ainsi, alors que depuis 20 ans les effectifs et la densité de médecins se sont régulièrement accrus, cette tendance devrait brutalement s'inverser dans les quelques années à venir, rendant ainsi plus que nécessaire d'améliorer la répartition des médecins, en particulier des omnipraticiens, sur le territoire national, de manière à ne pas générer de nouveaux « déserts médicaux ».

Les Missions Régionales de Santé (MRS), créées par la loi du 13 août 2004, ont défini en 2006 des zones sous médicalisées pour les médecins généralistes. Ainsi définies à la date d'effet de cet avenant et telles que publiées au recueil des actes administratifs, ces zones dites déficitaires constituent une priorité d'action pour les parties signataires. Y exercent aujourd'hui environ 1600 médecins généralistes, répartis sur 4500 communes, correspondant à une population de 2,6 millions habitants.

Les partenaires conventionnels considèrent nécessaire, par des mesures structurantes favorisant le regroupement et le recours au remplacement, de privilégier l'implantation des médecins libéraux dans ces zones et de favoriser le maintien de l'activité des médecins qui y sont d'ores et déjà installés. Les parties signataires souhaitent permettre ainsi à chaque médecin de consacrer plus de temps

à ses patients, se former, et, de cette manière, contribuer à la qualité des soins délivrés.

Ils disposent, à cet effet, de l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, qui prévoit la possibilité de mettre en place dans ces zones une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction du niveau d'activité, des modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé.

A cette fin, ils créent une option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires, dans le cadre de laquelle les honoraires des médecins exerçant dans ces zones en cabinet de groupe pourront être majorés de 20 %.

1

Cette aide vise à inciter les médecins généralistes libéraux conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables à :

- s'installer ou exercer en cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires.

L'exercice regroupé favorise en effet les échanges professionnels, libère du temps pour la formation et la vie personnelle, tout en facilitant la continuité des soins ;

- recourir à des collaborations libérales et des remplacements dans les zones déficitaires ce qui permet d'alléger la charge de travail et également de s'absenter plus facilement, notamment dans le cadre de la formation médicale continue. En intégrant le statut de collaborateur libéral, les partenaires conventionnels souhaitent également faciliter l'installation de jeunes professionnels dans ces zones.

Compte tenu du caractère évolutif de l'adéquation entre l'offre mesurée en nombre de médecins libéraux installés exerçant en cabinet et les besoins de soins, les partenaires conventionnels décident de limiter l'existence de cette option à la date du 11 février 2010.

Ils mettent en place un observatoire conventionnel de la démographie médicale afin d'évaluer, la portée de ce dispositif conventionnel en terme d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des médecins exerçant dans ces zones.

Sur la base des travaux issus de l'observatoire, les partenaires conventionnels s'entendront pour envisager une éventuelle prorogation ou adaptation du dispositif.

Les partenaires conviennent de poursuivre leurs réflexions en matière de démographie médicale, notamment en étudiant la possibilité d'octroi de bourses d'études aux étudiants en médecine s'engageant à s'installer dans une zone déficitaire.

Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires

Article 1 : Objet et champ de l'option

L'option est proposée aux médecins généralistes libéraux conventionnés exerçant en groupe, dans le secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination telle que définie à l'article 1.2.3. de la convention nationale, s'installant ou installés dans une zone déficitaire.

✓ **Conditions générales d'adhésion**

- Conditions liées à l'exercice en groupe

L'exercice en groupe s'entend comme le regroupement d'au moins deux médecins généralistes dans les mêmes locaux, installés dans une zone déficitaire et liés entre eux par :

- 1 - un contrat ordinal de collaboration libérale,
- 2 - un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral
- 3 (SEL),

2

- ou par tout autre contrat de société dès lors qu'ils ont également conclu un contrat d'association validé par l'Ordre.

Sous la réserve d'un cadre juridique conforme à la définition précisée ci-dessus, sont également concernés par le dispositif les médecins généralistes installés dans un cabinet pluridisciplinaire, que les autres professionnels du regroupement soient médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, ou directeurs de laboratoire, dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exercent dans les mêmes locaux.

- Condition d'activité

Pour adhérer, le médecin généraliste doit justifier par ailleurs d'une activité réalisée aux 2/3

auprès de patients résidant dans la zone sous médicalisée.

✓ **Conditions de cumul avec d'autres dispositifs conventionnels**

L'adhésion à l'option décrite dans le présent avenant est exclusive de toute adhésion à l'un des deux contrats de bonne pratique relatifs à l'exercice des médecins généralistes en milieu rural et en zones franches urbaines signés le 12 janvier 2005.

Dès lors, si le médecin a en cours une adhésion à l'un de ces contrats, l'adhésion à l'option ne pourra intervenir qu'après sa résiliation auprès de la Caisse selon les règles fixées dans chacun des CBP.

Article 2 : Avantages conférés par l'adhésion à l'option ✓ Aide forfaitaire

Cette aide, liée à l'activité du professionnel de santé dans la zone, est versée sous la forme d'un forfait annuel.

Elle représente 20 % de l'activité (C + V) du professionnel dans la zone.

Son montant est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'entrée du praticien dans l'option.

Son versement intervient dans le courant du 1^{er} trimestre de l'année suivante, sous réserve du respect des engagements du praticien adhérent décrits à l'article 3 du présent texte, et de la vérification pour l'année de référence du maintien par le praticien adhérent de la condition d'activité définie ci-dessus.

✓ Suivi personnalisé de l'adhérent

L'Assurance maladie s'engage à mettre en œuvre, par le biais des caisses primaires, un accompagnement individualisé des médecins adhérent à l'option, pour toute la durée de l'adhésion.

Dans cet objectif, l'Assurance maladie a développé une démarche d'offre de services aux professionnels s'installant en zones déficitaires par le biais de l'outil carto@santé mis à disposition des professionnels, en ligne concernant l'offre de soins, et directement auprès de la CPAM pour les données relatives à la consommation de soins dans la circonscription.

3

Il s'agit notamment d'aider les médecins à établir une analyse de la zone où ils souhaitent s'installer et de les accompagner dans les démarches administratives afférentes à leur installation, de les informer sur les maisons médicales, les réseaux, les modalités d'organisation de la permanence des soins existant dans la zone où ils vont exercer. Un autre outil, « instals@nté », qui intègre la nature des aides des collectivités territoriales et permet ainsi d'organiser la rencontre entre ces collectivités et les professionnels de santé, a été mis en ligne dans le courant de l'année 2006.

Le suivi personnalisé du médecin se traduira aussi par l'accueil, le soutien, le conseil et l'aide d'un correspondant identifié au sein de la Caisse, dans les diverses démarches liées à cette nouvelle installation et au développement de son activité ; il devra tendre également à faciliter pour le médecin installé la recherche de remplaçants, l'organisation des vacations de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux et ses démarches institutionnelles et administratives.

Article 3 : Engagements du médecin généraliste adhérent

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à ne pas cesser son activité, hors départ en retraite, ni à changer son lieu d'exercice pendant une durée de trois années consécutives à compter de la date d'adhésion.

Dans le cadre de son exercice regroupé, le praticien adhérent assure la continuité des soins aux patients résidant dans la zone.

En contre-partie de l'aide forfaitaire qui lui est allouée, et dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins pour la population de la zone déficitaire et les conditions d'exercice du médecin notamment pour ce qui concerne sa charge de travail, le professionnel adhérent s'engage à :

- 1 - Favoriser le développement de collaborations libérales au sein de son cabinet ;
- 2 - Faire appel à des remplaçants ou s'organiser avec un autre praticien du regroupement,
- 3 pour répondre à toute demande de la patientèle ;
- 4 - Permettre la réalisation de vacations, au sein du cabinet, de médecins spécialistes ou
- 5 d'auxiliaires médicaux.
- 6 Il participe à la permanence des soins en-dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux telle qu'elle est définie réglementairement.
- 7 Le médecin s'engage enfin à participer avec les autres médecins de la zone et l'Assurance Maladie au projet d'évolution de l'organisation et de la démographie de la zone notamment par la sensibilisation des décideurs locaux sur les problèmes de la zone.

8 Article 4 : Adhésion à l'option ✓ Modalités d'adhésion

- 9 L'adhésion à l'option est individuelle ; le cas échéant chaque médecin d'un groupe donné devra accomplir à titre personnel les formalités d'adhésion à l'option.
- 10 Le médecin formalise son adhésion par le biais d'un formulaire (modèle en annexe 1 du présent avenant) qu'il adresse à la Caisse Primaire d'Assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe tel que défini dans les conditions générales d'adhésion.

Sans réponse de la Caisse dans un délai de 2 mois suivant la réception du formulaire, l'adhésion est réputée acquise.

✓ **Durée d'adhésion**

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement par la Caisse de l'acte d'adhésion, dans la limite de la durée de la convention nationale telle que définie au 1^{er} alinéa de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, soit jusqu'au 11 février 2010.

✓ **Suivi des engagements et des effets de l'adhésion**

Au terme de chaque année civile, la Caisse enverra au praticien ayant opté une fiche (modèle en annexe 2 du présent avenant) à lui retourner et dont l'objet sera d'évaluer, d'une part, le respect des engagements de l'adhérent, et, d'autre part, les éventuels effets de son adhésion à l'option sur ses conditions d'exercice.

✓ **Rupture d'adhésion**

Si la Caisse constate le non-respect de tout ou partie de ses engagements par le médecin, elle l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception. Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au praticien la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si le non-respect des engagements est constaté après le versement des rémunérations, et hors cas de force majeure (décès...), la caisse peut procéder à une action en récupération des sommes indûment versées selon les procédures en vigueur.

Le médecin peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la Caisse par la lettre recommandée avec accusé de réception. La décision du médecin prend effet dès réception par la caisse du courrier ; elle remet en cause son droit à l'aide forfaitaire et peut donner lieu à une action en récupération des sommes indûment versées.

Article 5 : Evaluation du dispositif optionnel – Observatoire conventionnel de la démographie médicale

Les parties signataires conviennent de suivre l'application de cette option pendant toute sa durée qui ne pourra excéder celle de la convention nationale telle que définie au 1^{er} alinéa de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, soit le 11 février 2010. Elles souhaitent en évaluer la portée en termes de maintien et d'amélioration de l'offre de soins dans les zones déficitaires.

Est créé à cet effet un observatoire conventionnel de la démographie médicale qui se réunira au terme de chaque année civile suivant la publication du présent avenant au Journal Officiel. Cet observatoire est composé en nombre égal d'experts désignés par le Directeur général de l'UNCAM et par les présidents des syndicats représentatifs des médecins libéraux signataires du présent texte.

5

Au regard des résultats de ces évaluations annuelles, un bilan général sera réalisé dans le courant du 1^{er} trimestre 2009 qui permettra aux partenaires conventionnels de décider des éventuelles mesures d'ajustement du dispositif, si les effets du présent avenant s'avéraient insuffisants, en appliquant des mesures de régulation complémentaires, le cas échéant financières, notamment dans les zones médicalement très sur-dotées, aux médecins conventionnés qui s'installeraient dans ces zones.

Pour l'UNCAM,

Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur général

Au titre des médecins généralistes :

Pour la CSMF,

Docteur Michel CHASSANG, Président

Pour le SML,

Docteur Dinorino CABRERA, Président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance,

Docteur Félix BENOUAICH, Président

Pour la CSMF,

Docteur Michel CHASSANG, Président

Pour le SML,

Docteur Dinorino CABRERA, Président

Fait à Paris, le ...

2007,

6

ANNEXE 1 : Modèle de formulaire d'adhésion à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires

Adhésion à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM :

Prénom : N°

d'identification : Adresse du lieu
d'exercice

principal :
.....

Secteur conventionnel : Secteur 1 Secteur 2 option de coordination Exercice en
groupe formalisé selon le mode :

(copie du ou des contrat(s) à annexer au formulaire)

Contrat de collaboration libérale Autre contrat de société et contrat SEL
d'association

SCP

déclare adhérer à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le
maintien des médecins généralistes en zones déficitaires et m'engage à respecter
les dispositions de l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins libéraux,
publié au Journal Officiel du 2007."

Cachet du médecin Fait à Le

Signature

Accusé de réception de la Caisse

Adhésion enregistrée le, à effet du

Adhésion non enregistrée

Motif:

Cachet de la caisse Date

Année évaluée : 2 _ _ _

Partie pré remplie par la caisse

Identification du médecin signataire du contrat

NOM :
Prénom : N°
d'identification :

Date d'adhésion

Exercice en groupe

- nombre de généralistes exerçant dans le groupe :

Précisez les modifications du cadre juridique de l'exercice survenues durant l'année :

arrivée ou départ d'un associé, d'un collaborateur libéral, nouveau statut juridique

Outil informatique

- nombre d'ordinateurs au cabinet :
- connexion haut débit : oui non
- dossiers médicaux accessibles en réseau : oui non
- Précisez les investissements dans ce domaine effectués durant l'année :
achat matériel ou service, connexion haut débit

- ---

- ---

- ---

- ---

- **Accueil, secrétariat**
- nombre de personnes salariées du cabinet :
- conjoint collaborateur :

- Précisez les évolutions du cabinet dans ce domaine durant l'année :
engagement d'une secrétaire médicale, extension de locaux
- _____

- _____

- _____

- **Sur l'année**
- nombre de jours de remplacement contractualisés :
- nombre des vacations, au sein du cabinet, de médecins spécialistes :
- **Participation à des réseaux de soins**

V. ANNEXE 5 : définition de la médecine générale selon la WONCA

En 2002, la WONCA a su impliquer les différentes structures européennes de médecine générale pour valider une définition consensuelle de la médecine générale, publiée avec l'assistance et la coopération du Bureau européen de l'OMS.

La discipline médecine générale est définie par onze critères :

« 1-Premier contact habituel avec le système de soin, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.

2-Utilisation efficace des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins et la gestion du recours aux autres spécialités.

3-Approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire.

4-Mode de consultation personnalisée à travers une relation Médecin/Patient privilégiée.

5-Responsabilité de la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient.

6-Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.

7-Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.

8-Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide.

9-Développement de la promotion et de l'éducation de la santé.

10-Responsabilité spécifique en terme de santé publique.

11-Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »

VI. ANNEXE 6 : Questionnaire remis aux patients inclus dans l'enquête

N°

Nous vous avons accueilli dans des circonstances particulières, nous souhaitons améliorer la qualité de l'accueil et des soins «urgents» pour cela nous avons besoin de votre avis. Merci de répondre à ce questionnaire anonyme qui permettra d'enrichir le travail d'une interne en médecine.

Questionnaire :

Cochez la/les réponse(s) la/les plus proche(s) de ce que vous avez ressenti.

1/ Depuis quand ressentiez-vous la nécessité de consulter un professionnel de santé ?

- Depuis moins d'une heure ?
- Depuis aujourd'hui ?
- Depuis plusieurs jours ?

2/ Pour quelle(s) raison(s) vous êtes-vous rendu directement à la maison médicale sans avoir pris de rendez-vous au préalable ?

- Besoin rapide de soulager une douleur, un symptôme devenu intolérable.
- Vous avez des difficultés d'emploi du temps.
- Difficultés à accéder aux plages de consultation de votre médecin traitant.
- Un rendez-vous vous a été proposé mais le délai d'attente vous semblait trop long.
- Vous ne prenez jamais de rendez-vous.
- Autres raisons.....

3/Avant de vous rendre à la maison médicale, avez-vous pensé à une autre alternative :

- Non
- Aller directement aux urgences.
- Consulter un autre professionnel de santé et lequel :.....
- Demander conseil à votre pharmacien
- Tenter de résoudre vous-même ce problème : automédication...
- Demander conseil à votre entourage : Famille, voisinage, amis...
- Autre.....

4/ Etes-vous satisfait de l'accueil qui vous a été réservé par le Hôtesse d'accueil ?

- Oui, très satisfait
- Moyennement satisfait.
- Non, pas du tout satisfait.

5/A votre arrivée estimez-vous que le temps d'attente pour être pris en charge a été :

- Adapté au degré d'urgence de votre problème de santé

£ Trop long

Estimez votre temps d'attente : _____ minutes

6/ Estimez vous que le professionnel de santé que vous avez rencontré a passé suffisamment de temps pour prendre en charge votre problème de santé ?

£ Oui

£ Non

Pour vous examiner :

£ Oui

£ Non

Pour vous expliquer le diagnostic, les soins encours ou a réaliser :

£ Oui

£ Non

7/A-t-il su répondre à votre question, votre besoin de soins ?

£ Non pas du tout

£ En partie, précisez :

£ Oui, complètement.

8/ Exprimez en quelques mots vos attentes concernant l'accueil au cabinet médical lors d'un soin urgent.

9/ Avez-vous a nouveau recours à cette unité de soins non programmés si le besoin se représentait ?

£ Oui

£ Non

Si non : pourquoi ?

MERCI de votre participation. Vous pouvez remettre ce questionnaire dans l'urne à l'accueil de la maison médicale ou à l'hôtesse.

AUTEUR : Nom CALAIS - PARISSAUX

Prénom : Aurélie

Date de Soutenance : 19 février 2014

Titre de la Thèse : Evaluation de la qualité des soins non programmés à la maison de santé de Steenvoorde. Opinion des patients.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine Générale

Mots-clés : soins non programmés, maison de santé, qualité des soins, opinion, accessibilité aux soins.

Résumé :

Titre de la thèse : Evaluation de la qualité des soins non programmés à la maison de santé de Steenvoorde. Opinion des patients.

Contexte : Les habitants du canton de Steenvoorde ont manifesté leur insatisfaction concernant l'accueil des soins non programmés dans une enquête d'opinion en 2009. Les professionnels de santé de la maison de santé, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, ont mis en place un protocole d'accueil de ces soins spécifiques.

Méthode : Etude prospective mono-centrique réalisée du 01/02/2011 au 01/02/2012. Inclusion dans un registre tenu par les hôtesses d'accueil des 140 patients ayant bénéficié d'un soin non programmé sur cette période. Parallèlement, enquête d'opinion réalisée à l'aide d'un questionnaire remis à chacun des patients inclus.

Résultats : Les 87 répondants sont entièrement satisfaits des soins non programmés dispensés, tant sur le plan des délais de prise en charge, que de l'accueil réservé par l'hôtesse. Ils n'hésiteront pas à avoir à nouveau recours à ce type de prise en charge si besoin en était. Les professionnels ont répondu efficacement à leur demande de soins. Les soins prodigués répondent aux critères de bonne qualité des soins admis par la communauté scientifique que sont l'efficacité, l'accessibilité, l'efficience, et la réactivité. Les motifs de recours relevaient bien d'une prise en charge ambulatoire, ce qui va dans le sens du « pacte territoire santé », annoncé fin 2012 par la ministre de la santé, qui veut réinvestir la médecine générale de son rôle d'accueil des soins non programmés pour faciliter l'accès aux soins urgents.

La maison de santé joue donc pleinement son rôle dans la politique de santé nationale à la plus grande satisfaction de la population locale.

Composition du Jury :

Président : Professeur Raymond GLANTENET

Assesseurs : Professeur Valéry HEDOUIN, Professeur Eric WIEL, Docteur Laurent VERNIEST