



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Ressenti des patients et des médecins généralistes sur la mise en place
de la filière dédiée aux soins non programmés à la MSP de Gauchin-
Verloingt**

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2024 à 18h
au *Pôle Formation*
par **Lucas Marquet**

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseur :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Laurent TURI

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

AMI : Appel à Manifestation d'Intérêt

ARS : Agence Régional de Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

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

DROM : Département et Région d'Outre-Mer

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FIR : Fonds d'Interventions Régional

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maitre de Stage Universitaire

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

SAS : Service d'Accès aux Soins

SCI : Société Civile Immobilière

SCM : Société Civile de Moyens

SCP : Société Civile Professionnel

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SNP : Soins Non Programmés

UNCAM : Union Nationale des Caisses D'assurance Maladie

Sommaire

Avertissement	3
Remerciements	4
Abréviations	6
Sommaire	7
Introduction	8
I. Contexte.....	8
II. Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles	12
A. Définition	12
B. La création des Maisons de Santé Pluri-professionnelles	12
C. Mise en place et financement du projet.....	14
III. La Maison de Santé « Léonard de Vinci »	19
A. Genèse	19
B. Fonctionnement.....	21
C. Émergence d'un centre de soins non programmés	23
Matériels et méthodes.....	29
I. Types d'étude.....	29
II. Population étudiée	29
III. Critère de l'étude.....	29
IV. Recueil de données	30
V. Les questionnaires.....	30
VI. Méthodologie statistique	30
VII. Cadre réglementaire	31
Résultats	32
Discussion.....	37
Conclusion	47
Références bibliographiques	48
Annexes	50
Annexe 1 : Questionnaire patient	50
Annexe 2 : Questionnaire Médecin.....	55

Introduction

I. Contexte

L'accès aux soins est un des enjeux majeurs de la médecine d'aujourd'hui et notamment l'accès aux soins de premiers recours. D'années en années, les difficultés rencontrées par les services d'urgences et par les médecins généralistes en ville sont de plus en plus importantes. L'hôpital et la ville sont étroitement liés et vont de paire.

Depuis une vingtaine d'années, nous assistons à une fréquentation accrue des urgences. En 2019, en France métropolitaine et dans les départements et régions d'Outre-Mer (DROM), les établissements de santé ont traité 22 millions de passages, soit une progression de 1% par rapport à 2018. En comparaison, en 1996, le nombre annuel de passages était de 10,1 millions. [1]

D'après le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) datant de septembre 2022, la démographie des médecins remet en cause les pratiques professionnelles ainsi que les habitudes de recours aux soins de la population et impose au système des évolutions d'organisation. Dans les 10 à 15 prochaines années, nous allons connaître une intensification de la baisse de la densité médicale, plus accentuée encore en ce qui concerne les médecins généralistes. [2]

Selon les projections de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), nous ne retrouverons la densité actuelle de médecins généralistes qu'au milieu des années 2030. [3]

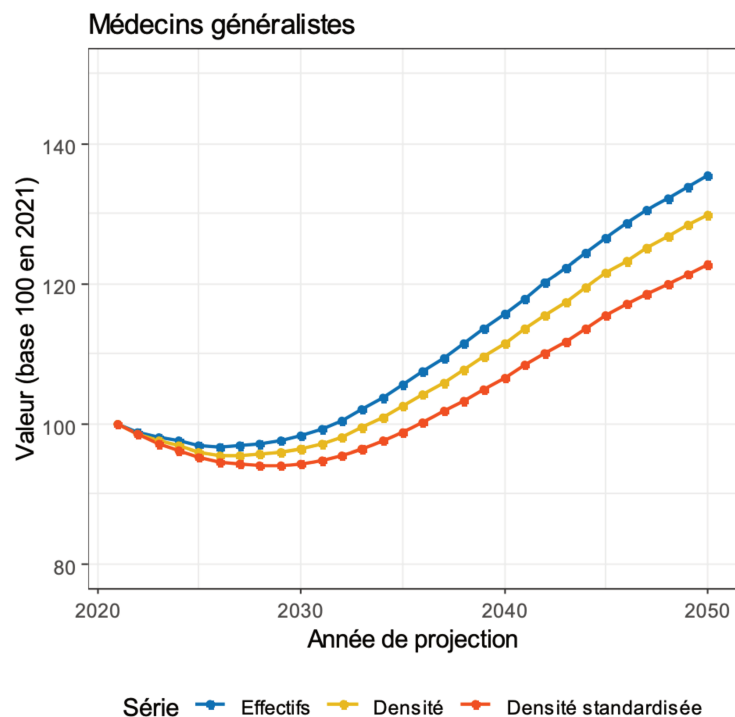


Figure 1 : Effectifs (Nombre de médecins), densité (Rapport entre effectif et la superficie du territoire) et densité standardisée (densité pondérée par la consommation de soins) pour les médecins généralistes, projetés entre 2021 et 2050 [3]

À cette baisse des effectifs vient s'ajouter un renouvellement générationnel majeur. Les médecins seniors sont très nombreux, 40% ont plus de 55 ans, plus d'un quart ont 60 ans ou plus. Mais la bascule va s'opérer d'ici 2030 : les moins de 40 ans formeront alors plus du tiers de l'effectif total.

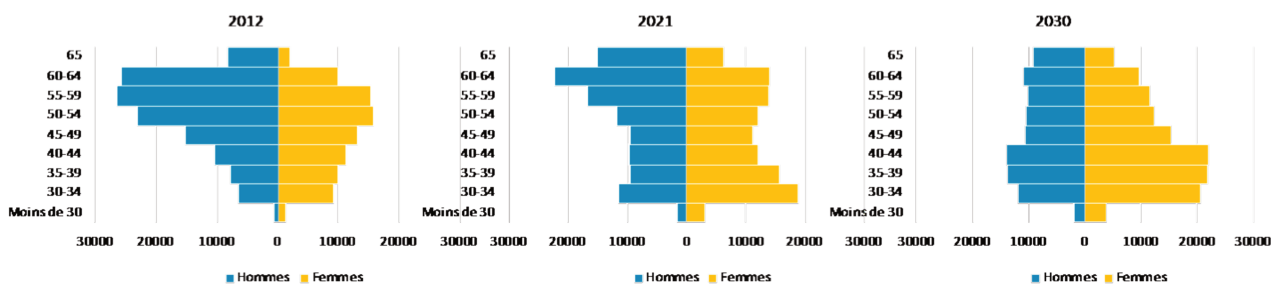


Figure 2 : Pyramides des âges des médecins en 2012 et 2021, projection en 2030 [3]

Les jeunes professionnels qui arrivent ont des aspirations différentes de leurs aînés en termes de temps de travail, d'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et de choix de pratiques.

Face à cette demande toujours plus importante en terme de soins « urgent », la DRESS a proposé une définition qui semble pertinente dans une perspective d'organisation commune de la réponse aux Soins Non Programmés (SNP) en médecine générale : un soin non programmé correspond à une « demande de consultation exprimée par le patient pour le jour même ou le lendemain. » [4]

Ces SNP accentuent le dysfonctionnement déjà existant de notre offre de soins. La crise sanitaire liée à la Covid-19 a pu mettre en lumière les fragilités de notre système de santé et l'importance d'une bonne organisation dans la réponse aux soins.

Les SNP sont en majorité gérés par la médecine de ville. D'après la dernière enquête de la DREES en 2019, la gestion des SNP représente plus de 30% de l'activité d'une semaine type pour plus de quatre médecins généralistes sur dix. Huit médecins généralistes sur dix déclarent organiser leur activité afin de prendre en charge ces demandes, en proposant notamment des plages de consultation sans rendez-vous. [5]

Là est l'enjeu majeur dans les années à venir : il faut tirer le meilleur parti des compétences de chaque profession, accroître la productivité du système de façon à soigner plus de patients avec des effectifs de médecins en diminution.

L'une des évolutions marquantes dans la période récente est la progression de l'exercice coordonné et du travail en équipe.

Le modèle du médecin exerçant isolément dans son cabinet est aujourd'hui

minoritaire : il concerne 56 % des médecins en 1998, contre 39% en 2019. Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) qui ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 sont de plus en plus nombreuses : 1 100 à la fin de l'année 2017, 2251 en fonctionnement fin 2022. [2]

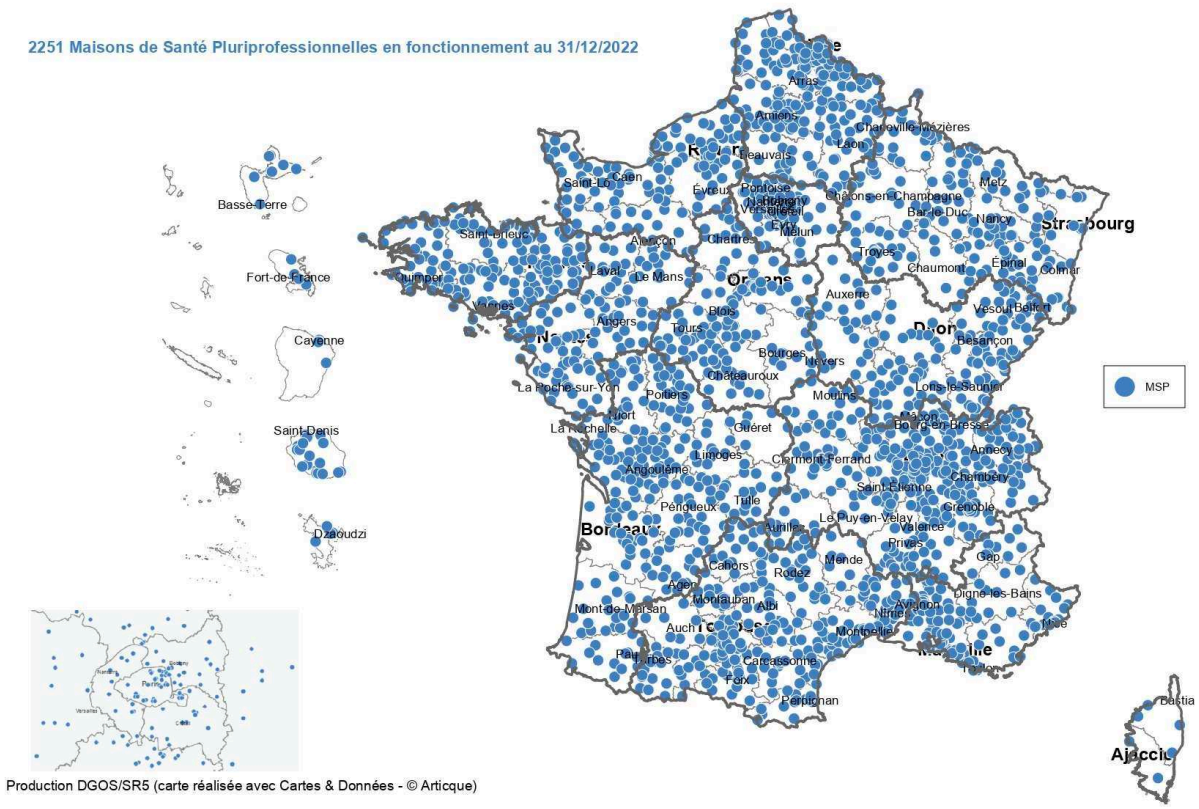


Figure 3 : Maisons de santé pluri-professionnelles en fonctionnement au 31/12/2022 [2]

L'émergence ces dernières années des Maisons de santé pluri-professionnelles permet d'entrevoir de nouvelles perspectives dans la gestion des soins non programmés.

II. Les Maisons de Santé Pluri-professionnelles

A. Définition

Selon le ministère de la Santé, « les maisons de santé sont des structures pluri-professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'Agence Régionale de Santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence ». [6]

La maison de santé pluri-professionnelle est donc un lieu dans lequel s'associent différents professionnels de la santé (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens ...) afin d'assurer une activité de soins de premiers recours sans hébergement et des actions de prévention et d'éducation à la santé.

B. La création des Maisons de Santé Pluri-professionnelles

Les maisons de santé pluri-professionnelles ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 par la loi de financement de la sécurité sociale dans le but d'améliorer la qualité des soins pour le patient grâce à une meilleure coordination.

Cette idée de coordination a été renforcée en 2009 par la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire ».

1. Loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » de 2009

Cette loi définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale qui vise à mettre en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous et satisfaisant l'ensemble des besoins de santé. [7]

Elle comprend :

- Améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire,
- Mettre en place une organisation territoriale du système de santé avec la création notamment des Agences Régionales de Santé (ARS),
- Promouvoir la prévention et la santé publique,
- Définir une stratégie et une modernisation d'organisation des soins ambulatoires avec des priorités d'action.

Cette volonté de modernité va permettre d'inscrire les missions des professionnels de premier recours dans la loi et offrir la possibilité de développer des coopérations.

2. Statut juridique

Il existe plusieurs statuts juridiques possibles pour une MSP. La décision dépend de son organisation, de ses acteurs et du mode de rémunération choisi.

Cela peut être :

- Le statut associatif : statut qui ne permet pas d'exercer une activité lucrative. Il n'autorise pas la distribution de dividendes.
- La Société Civile Immobilière (SCI) : mise en place dans le but notamment d'acquérir un local professionnel.
- La Société Civile Professionnelle (SCP) : créée pour permettre à des personnes physiques d'exercer en commun une profession libérale réglementée.

- La Société Civile de Moyen (SCM) : dont l'objectif principal est la mise en commun des moyens propres à favoriser l'exercice de la profession de chacun des membres (locaux, partages des charges ...).
- La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) : forme juridique adoptée par la plupart des MSP.

3. Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)

Encadré par la loi du 10 août 2011, dite loi Fourcade, ce statut a spécialement été créé pour répondre aux besoins des MSP. Il permet le regroupement de professions médicales et paramédicales différentes et permet de recevoir des financements collectifs afin de les redistribuer entre les professionnels sous forme d'honoraires ou de salaires. [8]

La création d'une SISA nécessite au minimum deux médecins et un auxiliaire médical. De plus, seules les professions relevant du Code de la santé publique (professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens) peuvent en être membres.

La SISA permet notamment de percevoir des rémunérations de l'Assurance Maladie au nom de la structure elle-même.

C. Mise en place et financement du projet

Pour mettre en place une MSP, il faut préparer un dossier complet et faire une demande de contractualisation auprès de la caisse primaire d'assurance maladie de rattachement (CPAM). La CPAM et l'ARS étudient ensemble les demandes et donnent une réponse sous un délai maximum de deux mois. Le dossier doit répondre aux critères suivants.

1. Projet de santé

Le projet de santé constitue l'ADN de la MSP. Il est rédigé par l'équipe de la structure. Il identifie notamment les membres de l'équipe, les « leaders », le coordinateur, le statut juridique, l'organisation de la future MSP, le local, le mode de gestion, l'équilibre économique.

Dans le même temps, il faut analyser les besoins en santé du territoire où la MSP voudrait s'implanter.

Le projet de santé est propre à chaque MSP. Il peut être amené à s'adapter selon l'évolution des besoins du territoire et à être actualisé régulièrement.

Tout cela vise à tester la viabilité du projet et est appelé « étude de faisabilité ».

L'étude de faisabilité est très complexe à réaliser. En effet cela demande une expertise juridique, architecturale et comptable. C'est pourquoi elle est souvent confiée à un cabinet d'études spécialisé. Dans certaines régions, l'ARS peut aider financièrement à la réalisation de cette étude. [9]

2. Formation des jeunes

La MSP a un rôle dans l'accueil mais aussi dans l'encadrement de jeunes professionnels de santé en formation. Toutes les filières de santé sont concernées, des étudiants en médecine jusqu'aux infirmiers, kinésithérapeutes et autres professionnels.

Pour prendre en charge des étudiants en médecine, une formation de Maître de Stage Universitaire (MSU) auprès du département concerné est nécessaire ainsi qu'une formation pédagogique continue. [9]

3. Des actions de santé prioritaires

Les actes de prévention font partie du projet de santé de la structure. Ils doivent être organisés sous forme d'actes de promotion à la santé mais aussi sous forme d'ateliers d'éducation thérapeutique. Les patients doivent ainsi pouvoir trouver une réponse à leurs besoins par une information et une orientation adaptées. [9]

4. Rôle dans la continuité des soins

Le statut de MSP engage les professionnels de santé de la structure dans la prise en charge des soins non programmés. Ils doivent s'organiser pour répondre aux demandes urgentes, en dehors des horaires de permanence de soins (du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi matin de 8h à 12h) grâce à de larges amplitudes horaires et des créneaux dédiés aux consultations non programmées dans les plannings.

5. Une prise en charge coordonnée

La MSP s'engage à instaurer un dispositif de partage d'informations sécurisé, qu'il soit informatisé ou non. Le but est la coordination et la continuité des soins, notamment en cas d'absence du médecin habituel (avoir un planning ou un logiciel commun à tous).

Des méthodes d'accompagnement global et coordonné des patients sont également à prévoir. La mise en place de réunions pluri-professionnelles autour de cas complexes ou concernant l'organisation de la MSP en est un exemple. [9]

6. Financement du projet

L'ARS peut accompagner la MSP via deux grands types d'aide, l'une intervenant en amont, l'autre en aval.

Pour la phase de conception, elle peut mettre en place le Fonds d'Intervention Régional (FIR). Cela est possible à condition que la MSP soit implantée dans une zone fragile ou dans un quartier prioritaire.

Ce financement permet une aide à l'ingénierie (études de besoins, conseils et expertises fiscales et juridiques etc.) et au fonctionnement (aménagement des locaux, matériels médicaux, informatiques, etc.).

Pour la phase de fonctionnement, elle peut mettre en place les nouveaux modes de rémunérations (NMR) expérimentée en 2011 et 2015 puis entérinés avec la signature de l'ACI en 2017.

L'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluri-professionnelles a été signé le 20 avril 2017 par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et une large majorité de syndicats représentatifs des professionnels de soins primaires. Les signataires de l'ACI s'accordent sur la mise en place d'une rémunération modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs organisés autour de trois axes : accès aux soins, qualité et coordination des soins et appui d'un système informationnel partagé. [10]

Ce financement est un mode de rémunération spécifique aux MSP. Il comprend une partie « forfaitaire » (partie socle) et une partie « variable » (partie optionnelle). C'est un

paiement à l'acte qui est accordé selon un certain nombre d'objectifs à atteindre et selon la taille de la patientèle.

Tout cela peut être mis en place à condition de répondre, comme nous l'avons vu précédemment, aux différents critères demandés à une MSP et d'avoir créé une SISA, seule structure permettant de percevoir les NMR. [9]

L'article 51 a récemment fait l'objet d'un autre dispositif de financement possible. Cet article est un dispositif générique d'expérimentation issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 permettant de tester en vie réelle des organisations innovantes en santé. [11]

Tout porteur de projet agissant dans la sphère sanitaire, sociale ou médico-sociale peut proposer un projet innovant en santé.

Les innovations éligibles à l'Article 51 concernent de nouvelles modalités d'organisation des soins, ou bien de nouvelles modalités de financement des prises en charge. Et ce, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription de produits de santé. [11]

La durée maximale d'une expérimentation bénéficiant de l'Article 51 est de cinq ans. Chaque expérimentation a ainsi pour but de tester de nouveaux modèles de financement ayant vocation à se généraliser progressivement.

Le but est de construire une prise en charge autour du patient en liant son parcours au financement proposé pour permettre à ce dernier de favoriser une prise en charge

adaptée et coordonnée entre les différents opérateurs. Les patients sont mis au centre des projets 51. Chaque expérimentation est évaluée afin de mesurer le potentiel de généralisation de l'innovation à l'ensemble du système de santé. [11]

III. La Maison de Santé « Léonard de Vinci »

A. Genèse

La communauté de communes du Ternois compte environ 35 000 habitants. Cette population comporte une part importante de personnes âgées de plus de 60 ans (25,3%) qui ont des besoins spécifiques en matière de mobilité et de soins. [12]

Dans le même temps, est mise en évidence une évolution défavorable de la démographie médicale sur le territoire avec cinq médecins qui ont plus de 60 ans en 2015 et au moins deux départs programmés dans les années suivantes.

Conscients de cette problématique du territoire et des enjeux concernant la santé de la population, des professionnels de santé se sont mobilisés en vue d'élaborer un projet de santé avec pour objectif de créer une Maison de Santé Pluri-professionnelle. [12]

Ce projet avait pour ambition de créer une synergie autour de deux axes : une plus grande offre de soins sur le territoire et la mise en place d'actions de prévention.

En amont du projet, il y eut un positionnement et un engagement de la communauté de communes ainsi qu'une mobilisation des professionnels de santé du territoire.

La volonté commune de ces différents acteurs s'est traduite par la signature en 2015 d'une charte de fonctionnement et en 2016 d'un pacte de convergence santé. [12]

La démarche employée pour construire le projet a été la création d'un comité de pilotage regroupant les acteurs du territoire ainsi que les partenaires institutionnels.

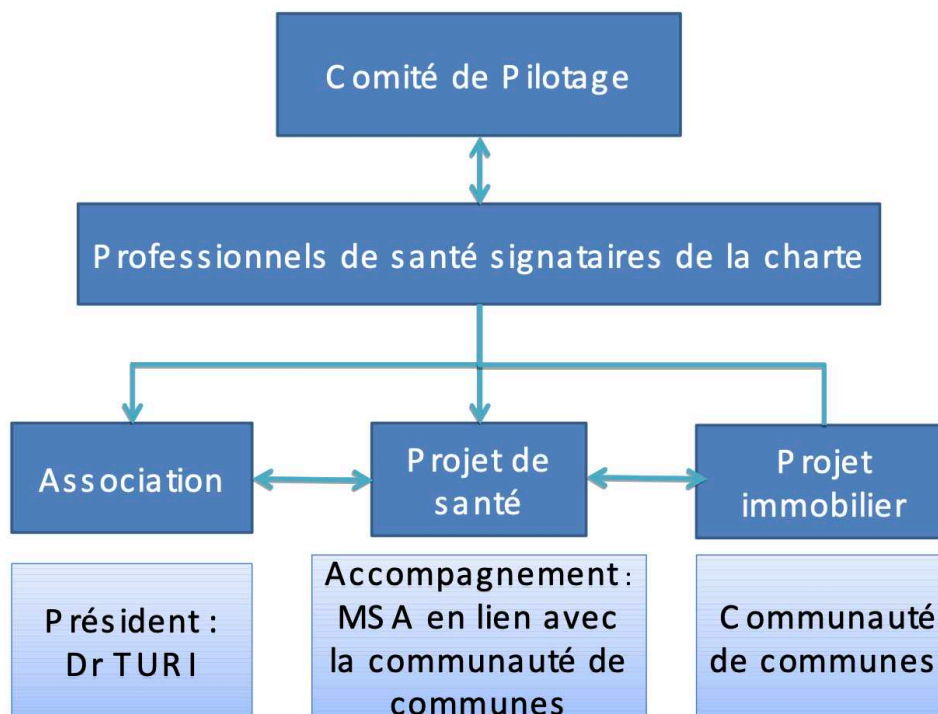


Figure 4 : Organigramme du projet de santé [12]

Une association loi 1901 a été créée le 21 mai 2015 : « Maison de santé pour tous - maison de santé pour chacun ».

Par la suite, le statut juridique a évolué. Une Société Inter-professionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) voit le jour pour permettre, entre autre, l'accès aux nouveaux modes de rémunération (NMR).

Le projet de santé est validé par l'ARS le 28 avril 2016.

Un bâtiment neuf situé à Gauchin-Verloingt est achevé en 2018. Ce bâtiment devient le lieu d'exercice de l'ensemble des professionnels de santé (médecins, infirmières, sage-femme, chirurgien-dentiste, orthoptiste, podologue etc...). [12]

Le projet de MSP sur le secteur visait un double objectif :

- Rendre attractif l'exercice médical du territoire aux jeunes professionnels de santé.
- Améliorer l'exercice actuel et la qualité de la prise en charge des patients par une meilleure coordination des soins.

La MSP est inaugurée le 26 février 2018.

B. Fonctionnement

Un accueil et un secrétariat physique renforcés par une plateforme de prise de rendez-vous en ligne sont mis en place dès l'ouverture.

La continuité des soins est assurée sur la base d'une ouverture de 8h à 20h du lundi au vendredi et de 8h à 12h le samedi.

Les engagements conformes à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) se déploient : réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) organisées par coordination, appropriation du logiciel partagé, rédaction de protocoles, ateliers d'éducation thérapeutique sur le diabète, avec session sur le diabète et le handicap. [12]

La MSP Léonard de Vinci est constituée de professionnels de santé diversifiés (médecins, Infirmière en Pratiques Avancées (IPA), IDE, orthoptiste, psychologue etc...)

[13]

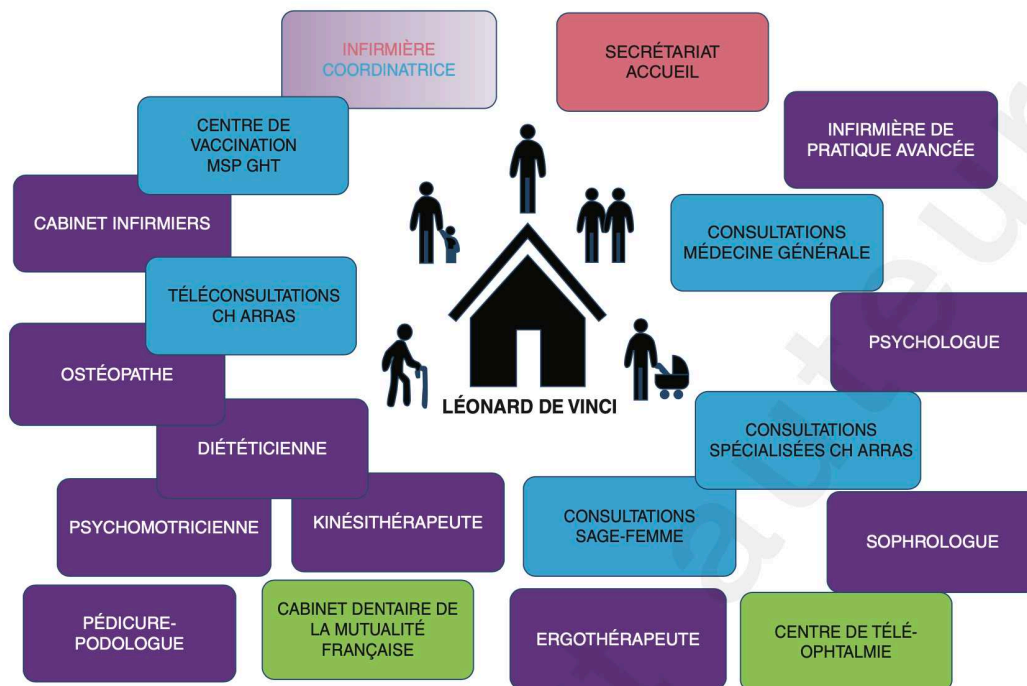


Figure 5 : Organisation inter et pluriprofessionnelle de la MSP Léonard de Vinci [13]

L'irruption de la COVID-19 dans le champ sanitaire universel engage la MSP Léonard de Vinci dans l'innovation permanente. Pour cela, au moment où la crise sanitaire sévit le plus, a lieu l'ouverture d'un centre SOS COVID-19 de consultations, de téléconsultations puis de dépistage pour les cas symptomatiques présumés ou avérés.

Plusieurs thèses concernant les MSP sont dirigées : continuité des soins, télé-médecine, inter-professionnalité, questionnaire qualité, médecins adjoints, assistants médicaux, infirmiers de pratique avancée (IPA). [13]

La première stagiaire IPA obtient son master et s'installe comme première IPA libérale du Ternois au sein de la MSP. De même, un premier contrat d'assistante médicale est signé en partenariat avec la CPAM.

Un projet de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) voit le jour en 2021.

C. Émergence d'un centre de soins non programmés

1. Contexte

Le nombre de passages aux urgences connaît une hausse continue ces dernières années : en région Hauts-de-France, entre 2016 et 2019, ce nombre a augmenté de 13,9% atteignant quasiment les 2 000 000 de passages en 2019. La crise de la Covid-19 a marqué un ralentissement de l'activité en 2020, cependant quasiment rattrapé sur l'année 2021. [14]

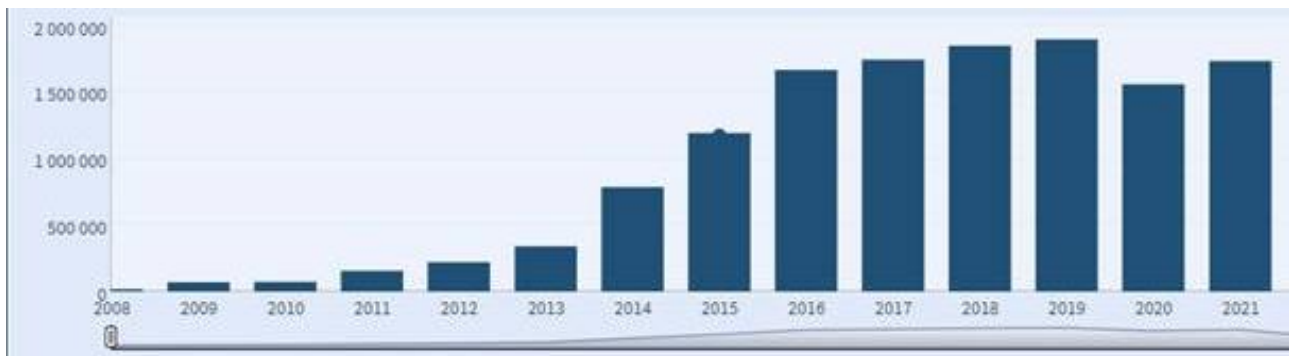


Figure 6 : Nombre de passages aux urgences en Région Hauts-de-France de 2008 à 2021. [14]

Les passages sont plus nombreux en journée avec des pics observés à 10h, 11h, 14h et 18h. [14]

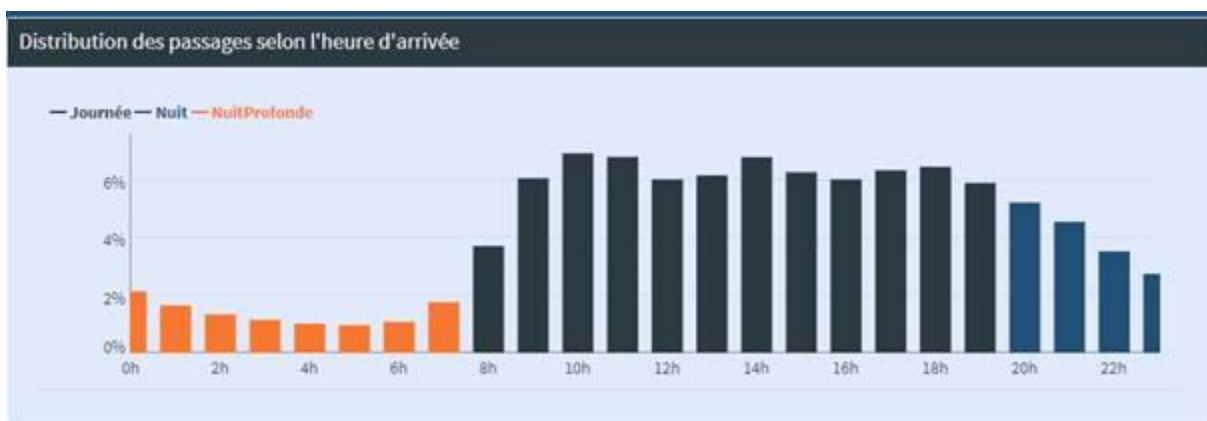


Figure 7 : Distribution des passages selon l'heure d'arrivée aux urgences [14]

La plupart des patients se présentant relèvent selon la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) des catégories 1 et 2, leur pronostic vital n'étant pas engagées. [14]

Les soins réalisés pour les patients CCMU 1 et 2 peuvent ainsi relever de « soins non programmés », c'est-à-dire tout besoin de soin qui est une urgence ressentie mais qui ne relève pas d'une prise en charge par les services d'urgences.

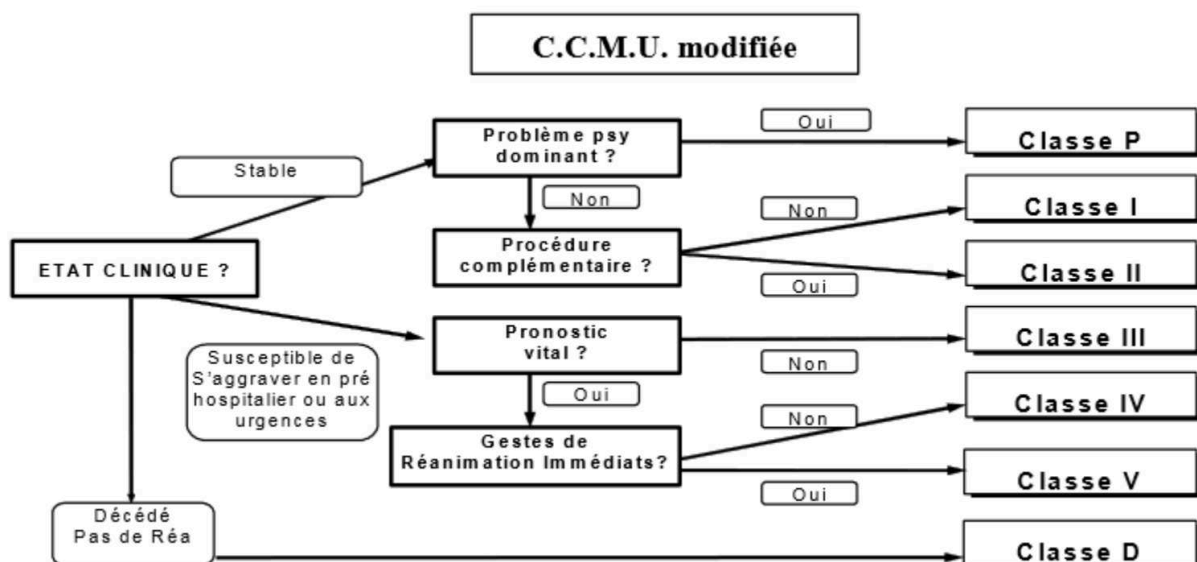


Figure 8 : Classification CCMU en fonction des patients [14]

2. L'Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI)

Durant l'été 2022, Mme Bourguignon, la Ministre de la Santé en ce temps, a chargé le Docteur François Braun, alors Président de SAMU - Urgence de France, d'une mission « flash » destinée à affiner le diagnostic des difficultés et à proposer des solutions rapides permettant d'améliorer la situation.

En réponse à la mission Braun, l'ARS Hauts-de-France a publié un Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) permettant l'accompagnement expérimental de centres de soins non programmés, avec pour objectif d'améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville par les médecins généralistes du territoire et ainsi permettre un désengorgement des services d'urgences par l'apport d'une réponse complémentaire et organisée via la création d'un lieu dédié sur lequel peuvent se reporter ces demandes. [14]

Un centre de soins non programmés se définit comme un lieu fixe de prise en charge des soins non programmés ne relevant pas médicalement d'une prise en charge par les services d'accueil des urgences. Il s'adresse aux patients sans médecin traitant, ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient. Le médecin traitant reste l'interlocuteur de santé premier et privilégié du patient. [14]

Le dépôt des dossiers de candidature dans le cadre de l'AMI « centre de soins non programmés » a été possible de mi-juillet 2022 à mi-septembre 2022.

Un dossier complet auprès de l'ARS en réponse à l'AMI a été mis en place par la MSP Léonard de Vinci et déposé le 15 septembre 2022. [15]

3. Mise en place de la filière « *Fast Track Vinci* »

Dans le but de contribuer à la limitation de recours aux urgences, la MSP Léonard de Vinci avait mis en place une filière pour les soins non programmés intitulé « *Fast Track Vinci* » en août 2022. [16]

Cette filière a été pensée dans le but de prendre en charge tous les soins non programmés (suture, traumatologie non opératoire, syndrome infectieux, etc...) pour tout

patient du Ternois autour de la MSP, qu'il soit patient de la MSP ou non.

Pour prendre rendez-vous, les patients pouvaient se présenter directement à l'accueil, appeler le secrétariat habituel ou appeler une ligne téléphonique dédiée à la filière *Fast Track* Vinci. [16]

L'idée première de la MSP Léonard de Vinci était la présence en vacation d'un binôme médecin / non médecin rémunéré au forfait. [16]

Le déroulé de la consultation aurait été le suivant : dans un premier temps, le non-médecin installe et prépare le patient. Puis le médecin fait le diagnostic, prescrit le traitement et procède à un acte si besoin. Enfin, le non-médecin assure la fin du soin et clôture le dossier.

L'équipe de la MSP était convaincue que la voie du partage des connaissances passait par l'implication de tous.

Concernant le paiement, la proposition était qu'il n'y ait pas d'avance de frais pour le patient. Pour cela, étaient utilisées la carte vitale et la carte mutuelle avec le portail inter AMC.

Un cabinet spécifique était réservé à cette activité à l'entrée de la MSP. Il contenait une table d'examen au centre de la pièce et des meubles hauts à tiroir avec tout le matériel nécessaire à la prise en charge des différentes demandes urgentes. Il n'y avait pas de bureau comme dans un cabinet « classique », le patient s'asseyait directement sur la table d'examen pour une prise en charge efficace et ciblée sur la demande urgente du jour.

L'organisation de cette filière a concrètement évolué au fil du temps pour répondre au mieux à la demande des patients et que cela se passe dans les meilleures conditions.

Dans les premières semaines, pendant la phase d'expérimentation et d'évaluation

des besoins de cette filière, les demandes de consultation étaient ajoutées sur le planning du médecin ou de l'interne ou sur un planning spécifique. Le médecin prenait en charge les patients dans le cabinet dédié entre deux consultations programmées avec l'aide d'une assistante médicale pour la prise en charge avant et après la consultation médicale.

À la vue du succès de cette filière et de la demande importante en terme de SNP du secteur du Ternois, l'organisation a alors été repensée. Le planning s'est ensuite articulé en terme de demi-journées. Chaque demi-journée était assurée par un membre de l'équipe médicale de la MSP dédié exclusivement à cette activité lors de son créneau. En moyenne, six demi-journées par semaine étaient ouvertes pour la filière *Fast Track*.

La coordination des professionnels de santé, tant prônée par les différentes réformes au fil des années, en est ici un bon exemple.

L'idée initiale de l'assistante médicale et donc du travail en binôme a été abandonnée.

4. Refus du financement par l'ARS

À la rentrée de septembre 2023, la MSP Léonard de Vinci a eu le regret d'apprendre que le dossier rendu à l'ARS n'avait pas été retenu. Le financement a été refusé au motif qu'il n'était pas reposé sur une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), alors que celle-ci est en projet depuis 2021 mais non finalisée.

Cette décision de l'ARS a entraîné une réorganisation inévitable au sein de la MSP avec comme décision première de fermer ce centre de soins non programmés aux patients extérieurs à la MSP. Ainsi, l'accès à cette filière s'est vu restreint aux patients ayant leur médecin traitant au sein de la MSP. [17]

En effet, à la création de cette filière, le fonctionnement a été pensé de manière

pérenne sous réserve de l'acceptation du financement par l'ARS.

Dans ce contexte de demande de soins non programmés toujours plus nombreux, d'une baisse du nombre de médecins sur le territoire et d'une saturation des services d'urgences des centres hospitaliers, la MSP Léonard de Vinci, en répondant à l'AMI, a expérimenté la mise en place d'un centre de soins non programmés pendant un an et a accueilli 3 200 patients au total.

Un questionnaire a été mis en place pour connaître l'avis des patients et des médecins de la MSP Léonard de Vinci concernant l'expérimentation de ce centre de soins et questionner directement les usagers. Cela dans le but de savoir si ce système de fonctionnement de la médecine de ville était un bon point d'amélioration à pérenniser et étendre ou non sur l'ensemble du territoire.

Matériels et méthodes

I. Types d'étude

Cette thèse est fondée sur une étude observationnelle, descriptive et quantitative menée grâce à deux questionnaires standardisés. Le premier est destiné aux patients tandis que le deuxième est distribué aux médecins.

II. Population étudiée

La population étudiée est constituée de tous les patients venant consulter à la filière « *Fast Track* » pour des soins non programmés. Ces patients figurent parmi ceux déjà suivis par un médecin traitant au sein de la MSP.

III. Critère de l'étude

Critère d'inclusion :

- Avoir consulté la filière « *Fast Track* » à la MSP Léonard de Vinci pour des soins non programmés entre le 12 septembre 2023 et le 5 décembre 2023.
- Être médecin titulaire ou remplaçant, collaborateurs au sein de la MSP à compter d'août 2022.

Critère d'exclusion :

- Ne pas avoir répondu à plus de 50% du questionnaire.
- Refus du patient ou du médecin de répondre au questionnaire.

IV. Recueil de données

L'enquête a été réalisée au travers d'un questionnaire standardisé. Le questionnaire était disponible sous forme papier et a été distribué directement aux patients et aux médecins à l'accueil lors de leur arrivée à la MSP.

Une urne était disponible en salle d'attente pour y déposer le questionnaire complété.

V. Les questionnaires

Le questionnaire patient était organisé en deux parties. Les patients pouvaient répondre à la première partie avant la consultation. La deuxième partie devait être remplie après la consultation.

Le questionnaire médecin ne comportait qu'une seule partie et pouvait être complété à tout moment.

Tous les questionnaires étaient anonymes.

VI. Méthodologie statistique

L'ensemble des données recueillies ont été analysées par les méthodes classiques de la statistique descriptive. Les variables catégorielles sont présentées sous forme de fréquences absolues et de pourcentages, permettant ainsi une description de la distribution des réponses présentées. Pour chaque variable, le nombre de données manquantes a été spécifiquement indiqué.

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels R version 4.3.2 et R Studio.

VII. Cadre réglementaire

Une déclaration auprès du service de Protection des Données de l'Université de Lille a été réalisée. Un récépissé de déclaration de conformité a été délivré, attestant la conformité de l'étude à la réglementation applicable à la protection des données personnelles.

Résultats

I. Flow-chart & Population

Nous avons initialement reçu un total de 160 questionnaires patients et cinq questionnaires médecins. Parmi les questionnaires patients, six questionnaires ont été exclus de l'analyse car ils comportaient moins de 50% des données. Les réponses données concernaient uniquement les premières questions.

Après ces exclusions, 154 questionnaires patients ont été inclus dans l'analyse finale.

II. Caractéristiques des patients interrogés

Les questionnaires ont été remplis pour la plupart (50%) pendant le mois de septembre.

Les personnes les plus représentées sont les femmes, à hauteur de 59,1%. Les tranches d'âges les plus présentes en SNP pendant le recueil des données sont en majorité pour 32,5% et 28,6% respectivement la tranche d'âge « entre 26 et 45 ans » et « entre 46 et 65 ans ».

Les patients interrogés pour 70,8% sont au régime général, 13% au régime agricole, le reste (11%) avaient un régime spécifique (type MGEN, CPR, CPRLN, MSA). Concernant les mutuelles, 84,4% présentent la complémentaire santé, 14,9% ont la complémentaire santé solidaire, 0,6% n'ont pas de mutuelle.

Enfin, les patients sous Affections Longues Durée (ALD) représentent 27,3% des patients venus en SNP.

III. Connaissance et utilisation de la filière « Fast Track » par les patients

La plupart (58,4%) des patients venaient en consultation au sein de la filière pour la première fois, 18,8% pour la deuxième fois et 20,1% pour la troisième fois ou plus.

En grande majorité, les patients avaient eu connaissance de la filière « *Fast Track* » par l'intermédiaire du secrétariat (69,5%), des médecins (18,9%), du bouche à oreille (7,8%) ou encore grâce aux médias (7,1%).

IV. Consultation vue par le patient

Les motifs de consultation ont été regroupés par types de motifs. Le plus représenté était la douleur (17,5%), suivi de l'atteinte respiratoire (14,9%) notamment. Ces motifs étaient ressentis par les patients depuis plus de 48 heures pour 74,7% d'entre eux.

La consultation débutait à l'heure prévue dans 57,8% des cas, entre 5 et 15 minutes de retard 26,6% du temps et avec plus de 15 minutes de retard pour 13% des patients.

Le délai d'obtention du rendez-vous était de plus de 2 jours pour la plupart des patients (60,4%) avec un médecin méconnu du patient dans 70,8% des cas.

81,8% des patients étaient rassurés que le médecin ait accès au dossier

médical.

0,6% des consultations se sont clôturées par une orientation vers un service d'urgence ou à l'hôpital directement.

81,8% des consultations ont été réglées en tiers payant intégral.

Les personnes interrogées connaissaient à hauteur de 61,7% l'existence de mon espace santé et 26,6% d'entre eux l'avaient déjà ouvert.

À la suite de la consultation en SNP, 68,2% des patients étaient susceptibles de revenir à la MSP pour consulter un autre professionnel.

V. Satisfaction des patients

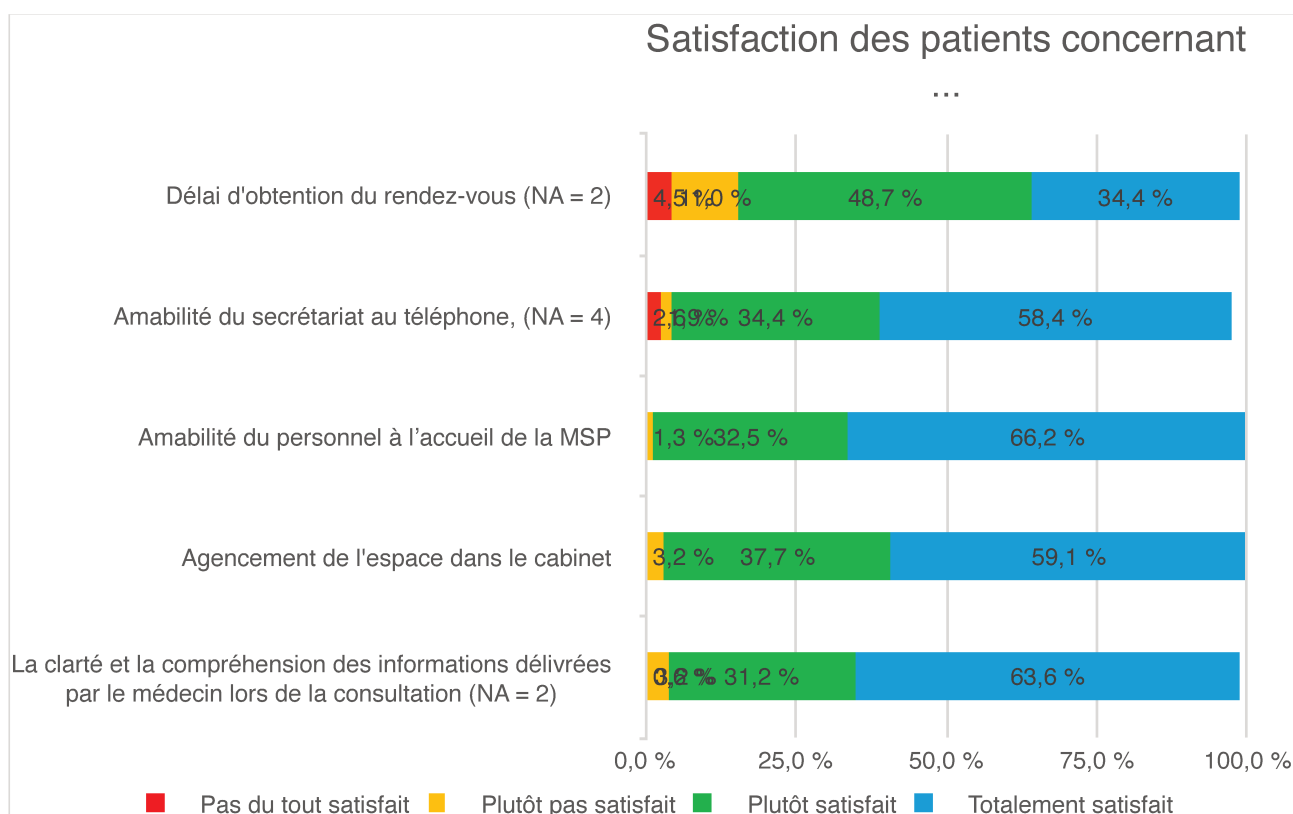


Figure 9 : Satisfaction des patients

VI. Recommandations et pistes d'améliorations

Après leur venue en consultation, les patients recommanderaient la MSP de Gauchin-Verloingt, pour la prise en charge des soins urgents à 55,2% pour « Oui totalement » et 40,9% pour « Plutôt oui ».

Enfin, parmi les patients ayant répondu à la question, les pistes d'amélioration proposées en majorité sont d'« avoir des délais plus courts » (44,4%) et d'« avoir plus de médecins » (16,7%).

VII. La filière « Fast Track » vue par les médecins

Cinq médecins de la MSP ayant participé à la filière ont répondu au questionnaire.

Au moment du recueil des données, tous les médecins exerçaient à la MSP depuis au moins trois ans, avec pour tous une augmentation de la demande de SNP avant la mise en place de la filière.

Ils n'étaient en majorité (60%) pas satisfait de leur gestion des soins urgents. D'un côté le délai moyen pour l'obtention d'un rendez-vous urgent était de deux à sept jours concernant 60% des médecins, de l'autre le délai moyen pour l'obtention d'un rendez-vous de suivi était de plus de 14 jours pour 80% d'entre eux. Cela avant la mise en place de la filière.

Tous étaient plutôt satisfait de l'ergonomie du cabinet réservé à la filière et 40% d'entre eux souhaiterait y ajouter un bureau.

La totalité des médecins était satisfaite de l'organisation de la filière. La séparation entre soins urgents et soins chroniques ne leur posaient pas de problème. De plus, tous étaient convaincus d'apporter la même qualité de soins quelque soit le patient pris en charge.

Après la mise en place de la filière « *Fast Track* », les médecins en majorité (80%) retiraient les créneaux de soins non programmés de leur planning personnel et trouvaient la gestion de ces soins plus simples.

Le délai d'obtention d'un rendez-vous de suivi était « entre 2 et 7 jours » pour 40% des médecins alors qu'il leur fallait patienter « entre 7 et 14 jours » auparavant.

Pour finir, trois médecins sur cinq n'ont pas constaté de demandes plus fréquentes de déclaration de médecins traitants et seulement un médecin sur les cinq a constaté une diminution de la présence de certains de ses patients en consultations.

Discussion

Caractéristiques des patients

La première constatation dans notre étude est que les femmes sont plus représentées que les hommes dans les réponses au questionnaire. Tout au long de leur vie, les femmes sont plus attentives à leur état de santé et plus nombreuses à déclarer consulter des médecins généralistes que les hommes. [18]

L'attention plus importante qu'elle porte sur leur santé pourrait expliquer leur présence souvent plus accrue que celle des hommes lors des rendez-vous médicaux concernant les enfants (suivi, vaccin, etc). De ce fait, elles ont un contact beaucoup plus étroit avec le monde médical en général et surtout avec le médecin traitant des enfants qui se trouve également être le leur la plupart du temps.

Les tranches d'âges les plus représentées ici sont les « 26-45 ans ». Cela est cohérent avec de précédents résultats qui évoquaient une moyenne d'âge à 34 ans pour des passages au sein d'une filière ultra courte d'un service d'urgence. [19]

Cette « jeunesse » de la population consultant la filière « *Fast Track* » peut s'expliquer par des motifs de consultation tels que les atteintes dermatologiques, infectieuses et ORL souvent plus représentées dans la population jeune (jeunes parents). La mobilité dans son ensemble, avec la nécessité de savoir se rendre à la MSP par ses propres moyens et aux heures prévues peut aussi rajeunir la population consultante.

Dans notre étude, en très grande majorité (69,5%), les patients ont pris connaissance de l'existence de la filière par l'intermédiaire du secrétariat, cela démontre l'importance de ce dernier dans la gestion des demandes. Les secrétaires devraient être formées pour apprendre à distinguer les demandes urgentes nécessitant un rendez-vous le jour même ou le lendemain, de celles moins urgentes où un délai de plus de deux jours serait acceptable. Cela permettrait une meilleure répartition de la demande de soins et dégagerait du temps médical tant prisé.

À cette idée qui semble intéressante peut se heurter l'aigreur de certains patients au téléphone envers les secrétaires. Face à la pression des patients, les secrétaires répondent à leur demande en leur octroyant parfois un rendez-vous rapide même si rien ne le nécessitait. Certains patients n'ont malheureusement pas la même approche et le même respect envers les secrétaires et les médecins.

Cela nous conduit donc vers une autre notion également importante : l'éducation des patients. Cette impolitesse téléphonique est souvent expliquée par le caractère urgent ressenti par les patients eux-mêmes. Ceux-ci pensent avoir besoin d'un rendez-vous le jour même à la vue de leurs symptômes même si, la plupart du temps, le rendez-vous pourrait être décalé d'un ou deux jours.

En France, L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est juridiquement définie depuis 2009 dans le code de la santé publique. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Des campagnes de communication télévisuelle existent mais concernent essentiellement les patients souffrant d'une maladie chronique. [20]

Pourquoi ne pas aller plus loin en sensibilisant la population dans son entièreté au sujet des symptômes les plus fréquents, notamment en période hivernale, des

solutions à mettre en place à la maison, des informations sur les certificats médicaux ou encore des signes devant les amener à contacter leurs médecins.

Cette information pourrait parvenir aux patients par les voies de l'école avec la mise en place de cours dédiés ou encore des médias. Cela permettrait d'avoir une meilleure connaissance de notre santé et de diminuer ce ressenti urgent d'un rendez-vous in fine. Cela aboutirait par conséquent à une libération supplémentaire de temps médical.

Consultation vue par le patient

La majorité des patients (58,4%) sont venus en consultation dans la filière « *Fast Track* » pour la première fois.

Le questionnaire a été distribué, un an après l'ouverture de la filière. On remarque que plus de quatre patients sur dix ayant répondu à l'étude étaient déjà passé par cette filière dans l'année écoulée, cela montre le succès de celle-ci. On peut imaginer que ces chiffres n'auraient fait qu'augmenter avec le temps et que cette filière serait devenue le nouveau centre de référence des soins urgents pour la population locale.

Un autre point est important pour les patients accueillis. Une très grande majorité des consultations (plus de 80%) commençait à l'heure prévue ou avec moins de 15 minutes de retard, à la différence des services d'urgences hospitaliers où l'attente s'avère longue.

Une étude publiée en 2023 retrouve une durée moyenne de passage aux urgences de 4h23 durant l'année 2022, ces passages ont lieu pour la majorité (55,1%) entre 8h et 20h, donc pendant les horaires d'ouverture des MSP. Enfin,

presque un passage sur cinq correspond à une gravité CCMU 1 (c'est-à-dire qu'aucun autre examen complémentaire autre que les examens simples réalisables au lit du patient n'a été effectué aux urgences). [21]

Dans notre étude, à la suite de la consultation, seul un patient sur 150 a été orienté vers un hôpital ou un service d'urgence.

Tout ceci montre l'intérêt d'un centre de soins non programmés, dans sa participation aux soins urgents, avec un temps d'attente amoindri, une contribution au désengorgement des urgences et à la bonne réorientation des patients vers ces derniers quand cela est médicalement justifié.

Au sein de cette filière, les patients pouvaient être amenés à consulter n'importe quel médecin de la structure. Dans la majorité des cas, le patient ne connaissait pas le médecin mais ce dernier avait accès à son dossier médical par l'intermédiaire du logiciel médical partagé par tous les médecins de la structure.

L'avis d'un autre médecin peut permettre d'avoir un nouveau regard sur le dossier médical du patient et de proposer une prise en charge alternative en cas de besoin.

Au regard de la MSP, en passant par cette filière, plus de six patients sur dix déclaraient être susceptibles de revenir à la MSP pour consulter un autre professionnel de la structure (sage-femme, orthophoniste, podologue...). Cela consolide l'idée d'un travail de groupe au sein de la MSP, dont le but premier est un exercice coordonné autour d'un projet de santé. Que pourrait-il y avoir de mieux qu'un centre de soins non programmés comme porte d'entrée à de nouveaux patients pour découvrir l'ensemble des professionnels de santé qui y travaillent ?

Satisfaction des patients

À la suite de leur passage au sein de la filière, plus de neuf patients sur dix étaient satisfaits des différents services proposés, tant sur le plan de l'amabilité du secrétariat et du personnel d'accueil que sur l'agencement de l'espace ou encore de la clarté et la compréhension des informations délivrées par le médecin lors de la consultation.

La satisfaction des patients sur ces différents domaines est importante. Cela permet au patient de se sentir à l'aise et à l'écoute de toute l'équipe qui travaille au sein de la MSP.

Plus de 95% des participants recommanderaient la MSP de Gauchin-Verloingt pour la prise en charge des soins urgents. Cela montre la confiance que les patients accordent à toute l'équipe de la MSP dans leur prise en charge.

De mon point de vue, la relation patient-médecin, et plus largement la relation patient-équipe soignante dans son ensemble, joue un très grand rôle dans la prise en charge globale du patient et dans l'épanouissement de toutes les personnes travaillant au sein de la MSP. Une bonne relation patient-structure ne peut être que bénéfique pour l'ensemble des personnes concernées.

Filière « *Fast Track* » vu par les médecins

Tous les médecins ayant répondu au questionnaire ont constaté une augmentation de la demande de soins non programmés. Comme le montre un rapport de 2023 de la DREES, l'accessibilité des médecins généralistes continue de se dégrader devant la baisse du nombre de médecins et de leur activité moyenne ainsi que la croissance de la population. [22]

Les médecins participaient à la filière par demi-journées variables dans la semaine et cette organisation leur convenait. La séparation des soins chroniques et aigus ne leur posaient aucun soucis selon notre étude.

Avant la mise en place de la filière, les médecins n'étaient majoritairement pas satisfaits de leur gestion des soins non programmés. Ils avaient constatés depuis la mise en place de la filière que leur délai de consultation de suivi avait diminué et que la gestions des soins urgents était plus simple.

Une organisation de ce type pour prendre en charge les soins urgents, par demi-journées variables ou fixes, rappelle parfaitement l'idée d'un exercice coordonné au sein d'une MSP. Ce mode de fonctionnement sépare les consultations d'urgences et les consultations de suivi tant sur le plan de l'organisation que sur le plan spatial.

Certains médecins ne sont peut être pas tous en adéquation avec cette séparation mais rien n'empêche de garder quelques créneaux d'urgences sur leur propre planning s'ils le souhaitent.

Du point de vue spatial, si cela est possible au sein de la MSP, avoir un cabinet réservé aux urgences comporte quelques avantages, comme une meilleure gestion des flux de patients au sein de la MSP permettant d'éviter un peu plus la contamination d'autres personnes en salle d'attente et également une centralisation des équipements nécessaires pour un moindre coût.

Points d'améliorations

Parmi les solutions proposées, on retrouve l'idée de mettre en place un bureau ou encore d'avoir un espace enfants dans le cabinet de consultation. Effectivement l'absence du bureau peut déstabiliser les patients qui ne retrouvent pas la configuration habituelle lors d'une consultation avec leur médecin traitant.

Dans son travail de thèse, le Dr RAPP montre que plusieurs éléments rentrent en compte dans la sensation de contrôle du patient lors de la consultation (cloison isolant la salle d'examen, disposition des objets, repères temporels, orientation de l'éclairage etc.). [23]

Dans un centre de soins non programmés, de mon point de vue, l'objectif premier est une prise en charge rapide et efficace concernant le motif du jour. L'absence du bureau permet la réalisation de cet objectif. Les patients sont directement installés sur la table d'examen prêt à exposer la raison de leur venue. La consultation est par conséquent plus courte par rapport à une consultation de suivi classique où les objectifs sont différents.

Les pistes d'amélioration les plus citées sont l'augmentation du nombre de médecins au sein de la filière et le raccourcissement du délai d'obtention d'un rendez-vous. Ces deux notions sont étroitement liées et l'on retrouve l'idée du ressenti des patients qui à la vue de leur symptomatologie éprouvent le besoin d'être vus rapidement par un médecin.

Dans notre étude, plus de la moitié des patients obtenaient un rendez-vous plus de deux jours après leur appel auprès des secrétaires. Tout ceci s'explique notamment par une diminution du nombre de médecins disponibles au sein de la MSP pendant le recueil des données. Cela constitue une des faiblesses de l'étude.

Force et faiblesse de l'étude

C'est une étude originale car elle interroge les patients et non plus seulement les médecins comme cela est souvent le cas dans les différentes études sur le sujet.

[24]

De plus, les patients devaient répondre avant la consultation, puis après la consultation. Cela a permis d'avoir des réponses sur deux temporalités différentes.

Par ailleurs, cette étude présente quelques faiblesses.

Comme discuté précédemment, le délai pour l'obtention d'un rendez-vous était de plus de deux jours, dans la majorité des cas. La distribution des questionnaires a commencé début septembre 2023 au moment-même où il y a eu une réorganisation des plannings de la filière « *Fast Track* » à la suite d'un arrêt maladie prolongé de l'un des médecins de la structure.

Il a donc fallu réorienter toutes les consultations de suivi prévues du médecin concerné vers les plannings des autres médecins disponibles. Cela a donc eu un impact sur la disponibilité de tous les médecins vis à vis de la filière « *Fast Track* ». Cela explique que les délais aient été allongés et que la majorité des questionnaires ait été remplie au mois de septembre. En effet, pendant les mois d'octobre, novembre et décembre, les créneaux en filière « *Fast Track* » étaient plus rares. Malgré cela, les trois quarts des patients étaient satisfaits des délais de consultations. Cela démontre tout de même leur patience ainsi que l'augmentation de leur seuil de tolérance.

De mon point de vue, la population générale voit que les délais de consultation augmentent dans toutes les spécialités médicales et remarquent que les services d'urgences sont de plus en plus saturés.

De part ce constat, une partie des patients sont, plus tolérants concernant les délais et se contentent d'avoir un rendez-vous médical quelque soit le délai, avec une prise de rendez-vous parfois anticipée dans le but de diminuer ce délai d'attente au maximum. Une future étude pourrait s'intéresser à ce sujet.

Cette idée de tolérance plus importante des patients, qui n'ont certes pas le choix, concernant les délais d'obtention de rendez-vous médicaux, est une indication d'un système de soins qui s'effrite. Comme vues précédemment, les causes sont nombreuses parmi lesquelles un nombre de soignants en baisse, un manque de moyens ou encore, comme vus avec l'exemple de la MSP Léonard de Vinci, des procédures et des critères d'obtention de financement trop exigeants.

On remarque également dans les résultats que, pour plus de sept patients sur dix, le motif de consultation était présent depuis plus de 48 heures. La question n'était cependant pas assez précise. En effet, en raison du délai plus long d'obtention du rendez-vous, le motif était par conséquent présent depuis plus de 48 heures. À la question, « Le motif principal pour lequel vous consultez est présent depuis ? », la précision suivante : « au moment de la prise du rendez-vous » aurait dû être ajoutée pour éviter ces réponses ininterprétables.

À la suite de l'appel à manifestation de l'ARS, la filière « *Fast Track* » a été mise en place en septembre 2022 et un dossier a été réalisé par la MSP pendant de longs mois. Devant le refus du dossier par l'ARS et donc l'absence de subventions, la MSP

a été dans l'obligation de restreindre l'accès à la filière aux patients de la MSP seulement.

Cette restriction de la population est une autre limite que présente cette étude. La présence de patients hors MSP aurait permis d'augmenter la force et la représentativité de l'étude.

Conclusion

Notre étude met en évidence une satisfaction partagée par les médecins et les patients concernant la mise en place d'un centre de soins non programmés au sein d'une MSP comme celle de Gauchin Verloingt.

Cela montre l'importance de ce type de structure dans la gestion des soins urgents à proximité de la population locale permettant une prise en charge rapide et efficace en réponse à la demande des patients.

Face à une densité médicale en perpétuelle baisse, et cela encore pour les quinze prochaines années, sur une grande partie du territoire français ainsi qu'une demande de soins plus importante, la généralisation de ces centres de soins non programmés à l'ensemble du pays peut être une solution efficace et appréciée des patients.

Cette solution est connue des pouvoirs publics. Il est dommage de se priver de l'envie et de l'énergie dépensée par nombre de structures médicales, comme cela a été le cas pour la MSP de Gauchin-Verloingt, pour la mise en place de ce type de centre. Il serait donc judicieux de grandement faciliter l'attribution de subventions nécessaires à leur élaboration, notamment dans les zones qui en ont le plus besoin.

Une autre approche peut être envisagée. Jusqu'à présent, les pouvoirs publics ne font que panser les plaies d'un système de soins en souffrance, conséquence des mauvaises décisions d'antan, dont les fondations sont sur le point de s'écrouler.

L'organisation des soins primaires est bâti sur les conclusions de l'observation de l'état de l'existant, ne serait-il pas plus judicieux de la remettre totalement en question ?

Références bibliographiques

- [1] Toutlemonde F. Les établissements de santé : Fiche 25 La médecine d'urgence. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2021
- [2] Rapport du HCAAM : Organisation des soins de proximité ; Garantir l'accès de tous à des soins de qualité. Sécurité.sociale.fr. sept 2022
- [3] M. Anguis, M. Bergeat, J. Pisarik, N. Vergier, H Chaput, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques », *Les Dossiers de la Drees*, 2021
- [4] Chevillot D, Zamord T, Durieux W, Gay B. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde. Santé Publique. 2019 ;
- [5] Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. janv 2020 ;
- [6] Les maisons de santé. Ministère de la santé et de la prévention. 2015.
- [7] Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires). Ministère de la Santé et de la Prévention. 2017.
- [8] Statut juridique de votre MSP : faut-il vraiment choisir la SISA ? MACSF. 2021.
- [9] MSP : 7 critères pour obtenir des aides financières. MACSF. 2023.
- [10] Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles. Ameli. 2017 avr.
- [11] Article 51 ; Guide sur les modèles de financement à destination des porteurs de projet. Ministère de la santé et de la prévention. 2018 ;
- [12] Projet de santé ; Maison de santé pluriprofessionnelle Léonard de Vinci Saint Pol Sur Ternoise. 2014.
- [13] Turi L, Richard M, Dupuis S, Bredelle A, Leleu C, L'hostis N. D'un projet de

santé au laboratoire d'application interprofessionnel. John Libbey Eurotext. 17 juill 2021 ;

[14] Appel à manifestation d'intérêt pour des projets de centre de soins non programmés en région Hauts-De-France. Ministère de la santé et de la prévention ARS. 2022 ;

[15] Attestation de dépôt : Appel à manifestation d'intérêt - Création d'un centre de soins non programmés (CSNP). 2022 sept.

[16] Présentation par Dr Turi du fonctionnement du CSNP au professeur Vallet par courrier. Echange par mail. 2018 ;

[17] Turi L. Communiqué de fermeture du CSNP aux patients extérieurs à la MSP. 2023.

[18] Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. DREES. 2010 févr.

[19] Meynet A, Brunet V. Caractéristiques des patients consultants dans la filière de l'ultra court des urgences de Thonon les Bains. DUMAS. 2020 déc.

[20] Education thérapeutique du patient. Ministère de la Santé et de L'accès Aux Soins. 2022.

[21] Activité des structures d'urgence. Observatoire Régionale des Urgences des Hauts-de-France. 2023.

[22] Accessibilité aux soins de premier recours : augmentation des inégalités d'accessibilité aux chirurgiens-dentistes et aux médecins généralistes en 2022. DREES. 2023.

[23] RAPP C. Décoration du bureau et compétence du médecin. 2018.

[24] Dupont G. Étude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes du territoire Loire-Vendée-Océan concernant le dispositif " CPTS rendez-vous " favorisant l'accès aux soins non programmés sur l'été 2021. Université de Nantes ; 2022.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire patient

Avis des patients sur la mise en place de la filière rapide « *Fast Track* » à la MSP de Gauchin-Verloingt.

Bonjour, je suis Marquet Lucas, étudiant en médecine. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la filière « *Fast Track* » à la Maison de Santé Pluridisciplinaire (désormais MSP) Léonard de Vinci. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'avis des patients et des médecins sur sa mise en place. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être venu en consultation dans la filière « *Fast Track* ».

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes seulement !

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Ce questionnaire contient des champs d'expression libre. Afin de préserver le caractère confidentiel et anonyme de la recherche, je vous prie d'être particulièrement vigilant, et de ne pas communiquer de données directement identifiantes dans vos réponses.

Ce questionnaire est composé de **deux parties** :

- Une **première partie** qui concerne toutes les étapes avant de voir le médecin. Cette partie doit être remplie **avant la consultation**, dans la salle d'attente.
- Une **deuxième partie** qui concerne toutes les étapes après avoir vu le médecin. Cette partie doit être remplie **après la consultation**.

Pour simplifier la réponse au questionnaire, un critère a été établi sur la base de l'âge :

- Si vous avez **16 ans ou plus**, vous pouvez répondre à ce questionnaire seul.
- Si vous accompagnez un **mineur de moins de 16 ans** à la consultation, vous (parents, fratrie, grand-parents, etc...) pouvez l'aider dans sa réponse.

Ce questionnaire concerne le **patient** qui est venu en consultation ce jour.

Après avoir répondu à toutes les questions, veuillez déposer ce questionnaire dans l'urne prévue à cet effet en salle d'attente.

Merci pour le temps consacré à ce questionnaire.

Première partie

A remplir **avant** la consultation

Date de la consultation : _____

1) Dans quelle ville résidez-vous ? : _____

2) Vous êtes de sexe ?

- Masculin
- Féminin
- Autre

3) Concernant votre âge, vous avez ?

- Moins de 16 ans
- Entre 17 et 25 ans
- Entre 26 et 45 ans
- Entre 46 et 65 ans
- Plus de 65 ans

4) À quel régime êtes-vous affilié(e) ? (Plusieurs réponses possibles)

- Régime général
- Régime agricole
- Autres : _____

5) Quelle complémentaire santé avez-vous ?

- Mutuelle
- Complémentaire Santé Solidaire (anciennement CMU et ACS)
- AME
- Je n'en ai pas

6) Bénéficiez-vous de l'ALD (Affection Longue Durée) ?

- Oui
- Non

7) Vous venez en consultation dans la filière « *Fast Track* » :

- Pour la première fois
- Pour la deuxième fois
- Pour la troisième fois ou plus

8) Vous avez eu connaissance de la filière « *Fast Track* » par l'intermédiaire de (Plusieurs réponses possibles) :

- Média (site, réseau sociaux, presse)
- Secrétariat
- Médecin lors d'une précédente consultation
- Bouche à oreille
- Professionnel de santé (infirmière, pharmacie,...)
- SAMU
- Médecin de garde
- Autre : _____

9) Quel est le motif principal de votre venue ce jour ? : _____

10) Le motif principal pour lequel vous consultez est présent depuis :

- Moins de 24h
- Entre 24-48h
- Plus de 48h

11) Dans quel délai avez-vous obtenu le rendez-vous du jour ?

- Dans la demi-journée
- Dans la journée
- Le lendemain
- Deux jours ou plus

12) Concernant le délai d'obtention du rendez vous, vous êtes :

- Pas de tout satisfait
- Plutôt pas satisfait
- Plutôt satisfait
- Totalement satisfait

13) Concernant l'amabilité du secrétariat au téléphone, vous êtes :

- Pas de tout satisfait
- Plutôt pas satisfait
- Plutôt satisfait
- Totalement satisfait

14) Concernant l'amabilité du personnel à l'accueil de la MSP, vous êtes :

- Pas de tout satisfait
- Plutôt pas satisfait
- Plutôt satisfait
- Totalement satisfait

15) Vous a t-on précisé que la consultation ne concernait qu'un seul motif ?

- Oui
- Non

Deuxième partie

À remplir **après** la consultation

16) Votre consultation a débuté :

- À l'heure prévue
- Entre 5 et 15 minutes de retard
- Avec plus de 15 minutes de retard

17) Concernant le cabinet (la pièce) où vous avez été reçu(e), à propos de l'agencement, de l'espace ..., vous êtes :

- Pas de tout satisfait
- Plutôt pas satisfait
- Plutôt satisfait
- Totalemment satisfait

18) Le médecin qui vous a accueilli(e) s'est-il présenté ?

- Oui
- Non

19) Aviez-vous déjà consulté ce médecin ?

- Oui
- Non

20) La consultation s'est-elle conclue par la prescription d'une ordonnance (médicamenteuse, examen complémentaire etc...) ?

- Oui
- Non

21) Si vous avez répondu OUI à la question précédente, quel(s) examen(s) complémentaire(s) ci-dessous a(ont) été prescrit(s) ?

- Prise de sang
- Examen imagerie (radiographie, Scanner, IRM...)
- Analyse d'urine
- Autre : _____
- Aucun examen complémentaire, seulement une ordonnance médicamenteuse.

22) Concernant la clarté et la compréhension des informations délivrées par le médecin lors de la consultation, vous êtes :

- Pas de tout satisfait
- Plutôt pas satisfait
- Plutôt satisfait
- Totalemment satisfait

23) Recommanderiez-vous la MSP de Gauchin-Verloingt pour la prise en charge des soins urgents ?

- Plutôt oui
- Plutôt non
- Oui, totalement
- Non, pas de tout

24) À la suite de la consultation, vous a-t-on orienté(e) vers un service d'urgence ou à l'hôpital ?

- Oui
- Non

25) Sachant que vous êtes patient(e) de la MSP mais que vous n'avez pas obligatoirement été reçu(e) par votre médecin traitant, savoir que le médecin que vous avez consulté ait accès à votre dossier médical vous rassure t-il ?

- Oui
- Non
- Pas d'avis

26) Savez-vous que vous avez un espace numérique de santé disponible en ligne, intitulé « Mon espace santé » ?

- Oui
- Non

Si oui, l'avez vous déjà ouvert ?

- Oui
- Non

27) Avez vous réglé la consultation du jour ?

- Oui, une partie
- Oui, la totalité
- Non, rien du tout

28) Êtes-vous susceptible, suite à cette consultation, de revenir à la MSP pour consulter un(e) autre professionnel(le) (sage-femme, orthophoniste, podologue...)

- Oui
- Non

29) S'il y avait quelque chose à améliorer concernant la filière « *Fast Track* », que conseilleriez-vous ?



Après avoir répondu à toutes les questions, veuillez déposer ce questionnaire dans l'urne prévue à cet effet en salle d'attente.

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : lucas.marquet.etu@univ-lille.fr

Annexe 2 : Questionnaire Médecin

Avis des médecins de la MSP de Gauchin-Verloingt sur la mise en place de la filière rapide « Fast Track Vinci »

Bonjour, je suis Marquet Lucas, étudiant en médecine. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la filière Fast Track à la MSP Léonard de Vinci. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'avis des patients et des médecins sur sa mise en place récente. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être un médecin de la MSP de Gauchin-Verloingt, ayant participé à la filière Fast Track.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes seulement !

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Merci à vous

Ce questionnaire est à déposer au secrétariat de la MSP une fois rempli.

1) Depuis combien de temps (en année) exercer-vous à la MSP de Gauchin-Verloingt ?

2) La demande de soins non programmés (SNP) était-elle en augmentation dans votre activité quotidienne avant la mise en place de la filière « Fast Track Vinci » ?

- Oui
- Non

3) Avant la mise en place de la filière « Fast Track Vinci », comment trouviez-vous votre gestion des SNP :

- Pas de tout satisfaisante
- Plutôt pas satisfaisante
- Plutôt satisfaisante
- Totalemment satisfaisante

4) Quel était selon vous avant la mise en place de la filière « Fast Track Vinci », votre délai moyen d'obtention d'un rendez-vous pour un soin non programmé ?

- Dans la journée
- Le lendemain
- Entre 2 et 7 jours
- Plus de 7 jours
- Je ne sais pas

5) Quel était selon vous avant la mise en place de la filière « Fast Track Vinci », votre délai moyen d'obtention d'un rendez-vous pour une consultation de suivi (patient chronique) ?

- Moins de 2 jours
- Entre 2 et 7 jours
- Entre 7 et 14 jours
- Plus de 14 jours
- Je ne sais pas

6) Parlez vous de la filière « Fast Track Vinci » à vos patients ?

- Oui
- Non

7) Participez-vous à la filière « Fast Track Vinci » ?

- Oui
- Non

Si oui, vous y participez ?

- Ponctuellement
- Par demi-journée variable
- Par demi journée fixe
- Les deux (ponctuellement et par demi journée)

Si vous y participer, comment évalueriez-vous l'ergonomie (agencement, matériel disponible, confort de travail) du cabinet réservé à cette filière ?

- Pas de tout satisfaisant
- Plutôt pas satisfaisant
- Plutôt satisfaisant
- Totalement satisfaisant

En quelques mots, quel(s) changement(s) apporteriez-vous à l'ergonomie du cabinet ? :

8) L'organisation de la filière telle qu'elle existe, vous convient-elle ?

- Oui
- Non

Si non, quel organisation préconiseriez-vous ?

9) Dans sa forme actuelle, la filière « Fast Track Vinci » répond à la demande des patients de la MSP êtes-vous favorable à cela ?

- Oui
- Non

10) Depuis la mise en place de cette filière, qui scinde d'un côté les soins aigus et de l'autre les soins chroniques, vous convient-elle dans votre manière de travailler au quotidien ?

- Oui
- Non

11) Trouvez-vous que la prise en charge de tout patient en demande de SNP et pas seulement ceux dont vous êtes le médecin traitant entraîne une moins bonne prise en charge ?

- Oui
- Non

12) Depuis la mise en place de cette filière, gardez-vous des créneaux de soins non programmés dans votre planning ?

- Oui
- Non

Si oui, quel est selon vous, plusieurs mois après l'ouverture de la filière « Fast Track Vinci », votre délai moyen d'obtention d'un rendez-vous pour un soin non programmé ?

- Dans la journée
- Le lendemain
- Entre 2 et 7 jours
- Plus de 7 jours
- Je ne sais pas

13) Quel est selon vous, plusieurs mois après l'ouverture de la filière « Fast Track Vinci », votre délai moyen d'obtention d'un rendez-vous pour une consultation de suivi (patient chronique) ?

- Moins de 2 jours
- Entre 2 et 7 jours
- Entre 7 et 14 jours
- Plus de 14 jours
- Je ne sais pas

14) Depuis la mise en place de la filière « Fast Track Vinci », comment trouvez-vous votre gestion des SNP :

- Inchangée
- Plus simple
- Plus difficile

15) Depuis la mise en place de la filière « Fast Track Vinci », constatez-vous une demande plus importante de déclaration de médecin traitant ?

- Oui
- Non

16) Depuis la mise en place de la filière « Fast Track Vinci », constatez-vous une diminution de la présence de certains de vos patients lors de vos consultations ?

- Oui
- Non

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : lucas.marquet.etu@univ-lille.fr

AUTEUR : Nom : Marquet **Prénom :** Lucas

Date de Soutenance : 19/12/2024

Titre de la Thèse : Ressenti des patients et des médecins généralistes sur la mise en place de la filière dédiée aux soins non programmés à la MSP de Gauchin-Verloingt

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Soins non programmés, urgences, patients, satisfaction

Résumé :

Contexte : Le système de soins français est en difficulté depuis de nombreuses années avec un accès aux soins de plus en plus compliqué. La MSP de Gauchin-Verloingt a expérimenté la mise en place d'une filière de soins non programmés dans le but de désengorger les services d'urgences. L'objectif principal de cette étude est de connaître l'avis des patients et des médecins sur la mise en place de cette filière.

Méthode : Cette thèse est fondée sur une étude observationnelle, descriptive et quantitative menée grâce à deux questionnaires standardisés, le premier destiné aux patients, le second destiné aux médecins

Résultats : La plupart des patients (58,4%) consultaient au sein de la filière pour la première fois. Seul 0,6% des consultations se sont clôturées par une orientation vers un service d'urgence ou à l'hôpital directement. Une très grande majorité (90%) des patients étaient satisfait des services proposés par la filière. Plus de 95% des patients recommanderaient la MSP de Gauchin-Verloingt pour la prise en charges de soins urgents. 80% des médecins retirés les créneaux de soins non programmés de leur planning personnel.

Conclusion : Notre étude met en évidence une satisfaction partagée par les médecins et les patients concernant la mise en place d'un centre de soins non programmés au sein d'une MSP comme celle de Gauchin Verloingt. Les MSP sont des structures importantes dans la gestion de soins urgents. Il est dommage de se priver de l'envie et de l'énergie dépensée par bon nombres de professionnels de santé dans la mise en place de ce type de centre de soins, à cause de critères trop exigeant, au vu de la situation médical du pays.

Composition du Jury :

Président : Madame la Professeur Florence RICHARD

Asseseurs : Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur : Monsieur le Docteur Laurent TURI