

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019

N° 2019-90

THESE

Pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de Médecine Générale)

par

Claire Viel

Née le 25 décembre 1991 à Caen

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2019

**Enquête de satisfaction des patients de la consultation de médecine générale
ou « Consultation SASPAS* »
rattachée aux Urgences du Centre Hospitalier de Fontenay-le-Comte.**

Président du Jury : Monsieur le Professeur SENAND Rémy

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur COUILLARD Cyril

Membres du Jury : Monsieur le Professeur LE CONTE Philippe

Monsieur le Professeur VARTANIAN Cyrille

*Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée.

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2019

N°

THESE

Pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de Médecine Générale)

par

Claire Viel

Née le 25 décembre 1991 à Caen

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2019

**Enquête de satisfaction des patients de la consultation de médecine générale
ou « Consultation SASPAS*»
rattachée aux Urgences du Centre Hospitalier de Fontenay-le-Comte.**

Président du Jury : Monsieur le Professeur SENAND Rémy

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur COUILLARD Cyril

Membres du Jury : Monsieur le Professeur LE CONTE Philippe

Monsieur le Professeur VARTANIAN Cyrille

*Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée.

REMERCIEMENTS

A Mr le Professeur Rémy Senand, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Votre écoute et vos conseils bienveillants ainsi que votre volonté de transmettre vos connaissances et votre expérience de la médecine générale sont stimulants. Vous m'avez aidé à affirmer mon envie de pratiquer la médecine générale.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Mr le Docteur Cyril Couillard, merci d'avoir dirigé cette thèse. Vous soutenez avec énergie les innovations à la fois pour le réseau de soins et pour la formation des internes, soyez assuré de mon profond respect.

A Mr le Professeur Philippe Le Conte, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Mr le Professeur Cyrille Vartanian, je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Mme Brigitte Dessomme, pour ses conseils avisés en statistiques, merci d'avoir pris le temps de m'aider.

A chaque membre du personnel des urgences de Fontenay, merci de votre accueil chaleureux et de votre soutien pour ce travail.

A mes parents, vous m'avez soutenu depuis toute petite, je me suis construite et je fais un métier que j'aime grâce à vous, merci d'être là.

A Tim et Sam, moi qui suis si fière d'avoir des grands frères comme vous, j'espère que vous êtes fiers de votre petite sœur.

A mes grands-parents, je crois que vos valeurs de la famille et du travail nous ont tous poussé à donner le meilleur de nous-même.

A Fanfan, merci de m'avoir toujours soutenue.

A Gabin, avec toi la vie est belle, merci.

Aux filles de Caen, Cam et Cam, Natasha, Gaëlle, Gégé, Hélène, Hélène et Chacha ce ne sont pas quelques kilomètres qui empêcheront nos joyeux et bruyants week-ends !

Aux colocs des Sables et de **Geoffroy Drouet**, merci les filles pour ces chouettes mois de coloc, l'internat n'aurait pas été pareil sans vous.

Aux copains de Saint-Nazaire avec qui l'internat a commencé en beauté.

A mes maîtres de stage et aux enseignants qui chacun ont participé à construire ma vision de la médecine générale.

Aux copains d'erasmus, pour la médecine générale à l'échelle européenne.

SOMMAIRE

TABLE DES ABREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION	7
I. Contexte actuel de démographie médicale.	7
II. Mise en place de la consultation SASPAS.....	9
1. Objectifs initiaux.	9
2. Évolution depuis la mise en place : quelques modifications pratiques.	10
III. La satisfaction, un critère de qualité des soins.	10
MATERIEL ET METHODE.....	12
I. Fonctionnement de la consultation SASPAS	12
II. Élaboration du questionnaire.	13
1. Méthodologie du questionnaire	13
i. Forme du questionnaire.....	14
ii. Choix des données récoltées.	15
iii. Recueil de données additionnelles.	16
2. Recueil du questionnaire.....	17
3. Test du questionnaire et modifications apportées.	18
III. Analyse des réponses.....	20
1. Analyse des réponses fermées :	20
2. Analyse des réponses libres :	20
3. Analyse en sous-groupe :	20
RESULTATS	24
I. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	24
1. Description sociodémographique de l'échantillon.	24
2. Évaluation de la représentativité de l'échantillon	26
i. Comparaison à la population de la période de recueil.	26
ii. Comparaison à la population du semestre.....	26
II. ÉVALUATION DE LA SATISFACTION	27
1. Questions fermées.....	27
i. Délai d'obtention des rendez-vous.	27
ii. Maladies chroniques.	28
iii. Critères de satisfaction de la consultation.	29
iv. Note de satisfaction globale.	31
2. Questions à réponses libres.....	32
i. Aspects pratiques et organisationnels de la consultation SASPAS.....	32
ii. Satisfaction et soutien du dispositif.	33
iii. Une réponse au manque de médecins généralistes sur le territoire.....	33
iv. Prise en charge médicale.....	34
v. Accueil et relationnel.	35
3. Caractéristiques de consultation de l'échantillon.....	36
i. Médecin traitant déclaré.....	36
ii. Nombre de consultations au sein du dispositif.....	36
iii. Mode de connaissance de la consultation.	37
iv. Motif de recours à la consultation SASPAS.	38
v. Motifs de consultation.....	38
4. Analyse en sous-groupe : Médecin traitant.	40
i. Caractéristiques sociodémographiques des groupes.	40
ii. Données de satisfaction.....	41
iii. Questions à réponses libres.	43

iv.	Caractéristiques de consultation.....	43
5.	Analyse en sous-groupe : Motifs de consultation.....	45
i.	« Un problème que vous pensez urgent ».....	45
ii.	« Suivi de santé »	47
iii.	Demandes administratives et traumatologie.....	49
III.	ACTIVITE DE CONSULTATION.....	50
1.	Activité sur le semestre mai à novembre 2018.....	50
i.	Description de la population.	50
ii.	Activité de consultation.	51
2.	Comparaison à l'activité de 2017.....	52
i.	Description de la population.	52
ii.	Activité de consultation	53
iii.	Caractéristiques de consultation.....	54
	DISCUSSION	55
I.	Forces et limites de l'étude.....	55
1.	Mode de recueil du questionnaire et taux de réponse.....	55
2.	Représentativité de l'échantillon.....	57
3.	Forme du questionnaire	58
i.	Déclaration d'un médecin traitant	58
ii.	Note de satisfaction globale	58
iii.	Maladies chroniques.....	59
iv.	Questions à réponses multiples.....	59
II.	La consultation SASPAS satisfait les patients et répond à ses objectifs.	60
1.	L'organisation du dispositif.....	60
i.	L'accueil	60
ii.	Les délais de rendez-vous	60
iii.	La durée de consultation.	62
2.	L'offre de soins.	63
3.	Objectifs pédagogiques.....	65
i.	Place de l'interne dans la prise en charge	65
ii.	Apports pédagogiques.....	66
III.	Pistes de réflexion.	67
1.	Évolution de l'activité	67
2.	Pistes en cours de réflexion	69
i.	Prise de rendez-vous.	69
ii.	Délai d'attente en salle d'attente.	69
iii.	Un second interne pour assurer les consultations ?.....	70
iv.	Perspectives territoriales.	71
	CONCLUSION.....	72
	BIBLIOGRAPHIE	73
	INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX	78
	ANNEXES	79

TABLE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

ATU : Accueil et Traitement des Urgences

CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence de Soins

CCMU: Classification Clinique des Malades des Urgences

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CIM10 : Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

GEP : Groupes d'Échange de Pratiques

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MSU : Maître de Stage Universitaire

ONM : Ordre National des Médecins

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences

INTRODUCTION

I.Contexte actuel de démographie médicale.

Si le nombre de médecins inscrits à l'Ordre toutes spécialités confondues est en augmentation depuis plusieurs années, le renouvellement des médecins est inégal selon les spécialités.

En effet, le nombre de médecins généralistes (en activité régulière soit « activité pleine » selon la définition du Comité National de l'Ordre des Médecins) diminue et devrait maintenir une tendance à la baisse jusqu'en 2025 selon les projections du CNOM. (1)

Au premier janvier 2018, l'Ordre dénombrait 296 755 médecins inscrits toutes spécialités et exercices confondus (retraités inscrits et médecins non retraités inactifs inclus), soit une augmentation de 2% par rapport à 2017 et de 13,5% par rapport à 2010.

En revanche, pour les médecins généralistes, l'Ordre en déclarait 87 801 en activité régulière (donc remplaçants et médecins temporairement inactifs non compris) soit une diminution de 0,4% depuis 2017 et de 7% depuis 2010.

Selon la DREES qui prend en compte tous les médecins actifs, y compris remplaçants et médecins à exercice mixte, 226 000 médecins étaient en activité au premier janvier 2018 parmi lesquels 45 % soit 101 700 médecins généralistes. Leur nombre stagne avec une augmentation inférieure à 1% depuis 2012.

Cette différence entre les données de la DREES et de l'Ordre pour les médecins généralistes peut s'expliquer par l'augmentation de la proportion de médecins remplaçants qui représentent deux tiers des nouveaux inscrits en 2018 (toutes spécialités confondues). (2)

Néanmoins, les projections de l'Ordre des Médecins et de la DRESS concordent et prévoient une diminution du nombre de médecins généralistes jusqu'en 2025 avec une estimation de 81 000 médecins généralistes à activité régulière en 2025 ou encore une diminution de 9% des médecins généralistes libéraux sur cette période par rapport à 2009. (1-3)

Il existe cependant des variations régionales notables. La région des Pays de la Loire a gagné des médecins généralistes en activité régulière depuis 2017 mais cela concerne essentiellement le département de Loire Atlantique (+2,59%) qui est le 4ème département avec la plus forte hausse en 2018 à l'échelle nationale.

La Vendée quant à elle se classe 15ème, elle n'a vu que discrètement augmenter son nombre de médecins généralistes en activité régulière de 0,14% entre 2017 et 2018.

La densité médicale des territoires dépend également de la population générale. Ainsi la densité médicale en Vendée a malgré tout diminué (-1,88% entre 2017 et 2018) puisque la population a augmenté (+1%) notamment dans les classes d'âge de 60-74 ans et 75 ans et plus qui présentent d'ailleurs des besoins de santé accrus.

En région Pays de la Loire la proportion de ces patients devrait croître progressivement au rythme estimé de 2% par an entre 2017 et 2027. Cela est dû à l'allongement de l'espérance de vie mais aussi à la migration en région de personnes à l'âge de la retraite. Or, ces Ligériens de plus de 65 ans sont pour la moitié d'entre eux en ALD et ils représentaient en 2015 27% des actes des médecins généralistes libéraux. Une augmentation non négligeable de la demande de soins à l'échelle régionale est donc à prévoir, influençant inévitablement la densité médicale.

Par ailleurs, les inégalités territoriales en densité médicale se voient essentiellement à l'échelle infra-départementale. Au sein d'un même département, l'accès aux soins peut largement différer selon les territoires. Les territoires les plus sous dotés sont les zones rurales autour des grands pôles et les zones hors influence de ces pôles.

La DRESS a donc développé en 2012 l'indicateur d'« Accessibilité Potentielle Localisée » (APL) qui décrit l'accessibilité aux soins à l'échelle locale en nombre de consultations ou visites par an par habitant standardisé. L'APL prend en compte la disponibilité des médecins et leur activité ainsi que les besoins de santé de la population (essentiellement basés sur l'âge). (3)

En 2016, l'APL pour toute la France était en moyenne de 3,7 consultations par an par habitant (cs/an/hb). 50% de la population française avait accès à plus de 4 consultations par an et par habitant mais 8% de la population vivait en zone sous dotée en 2017 (définie par une APL inférieure ou égale à 2,5 cs/an/hb).

Dans la région Pays de Loire, l'APL était de 3,7 cs/an/hb en 2016. Avec une APL égale à 4 cs/an/hb pour la Loire Atlantique et de 3,4 cs/an/hb pour la Vendée.

7,7 % de la population des Pays de Loire soit 283 438 personnes vivaient alors dans une commune sous-dotée en médecins généralistes. (4)

En 2018, 535 médecins généralistes libéraux étaient dénombrés en Vendée par l'Observatoire Régional de Santé, incluant les médecins remplaçants et les médecins à mode d'exercice particulier. Leur nombre tend à diminuer depuis 5 ans (-1,4%) malgré la discrète augmentation des médecins à activité régulière entre 2017 et 2018 décrite plus tôt.

Par ailleurs, les médecins remplaçants en proportion croissante participent pleinement à l'offre de soins mais n'augmentent pas le nombre de points d'accès aux soins primaires et les médecins à mode d'exercice particulier ne pratiquent pas la médecine générale à temps plein. Ils pratiquent partiellement ou à temps plein des spécialités non reconnues comme spécialités d'organe à part entière (ostéopathie, nutrition etc.).

Selon les données les plus récentes, ce sont 443 médecins généralistes en activité régulière qui étaient dénombrés en Vendée par le CDOM au 1^{er} janvier 2019 et la densité médicale tend à diminuer, accentuée par une croissance démographique soutenue. (5)

Sur l'arrondissement de Fontenay-le-Comte, 7 médecins ont cessé d'exercer en 2018 diminuant encore la densité médicale sur l'arrondissement. 1 seul s'est installé.

72 médecins généralistes y étaient répertoriés par le CDOM au premier janvier 2019. Cela représentait 1 médecin pour 1 888 habitants pour les communes de Pouzauges, la Châtaigneraie, Sainte-Hermine, l'Hermenault, Saint-Hilaire des Loges, Luçon, Fontenay-le-Comte, Maillezais et Chaillé-les-marais. 17 d'entre eux exerçaient sur la commune de Fontenay-le-Comte avec une moyenne d'âge de 56,4 ans. (6)

C'est dans ce contexte de désertification médicale progressive que le dispositif de consultation SASPAS a vu le jour à Fontenay-le-Comte.

II. Mise en place de la consultation SASPAS.

1. Objectifs initiaux.

En mai 2017, le cabinet de consultation de médecine générale rattaché aux urgences du centre hospitalier de Fontenay-le-Comte présenté au public comme « *Consultation SASPAS* » a été mis en place par Romain Croué, alors interne de médecine générale, avec le soutien du DMG de l'université de Nantes et le service des urgences du centre hospitalier.

Les objectifs étaient les suivants :

- Proposer une réponse à l'augmentation de la demande de soins locale en contexte de diminution du nombre de médecins généralistes en activité sur le territoire et d'augmentation de la population concernant particulièrement des patients aux besoins de santé importants.

- Répondre aux demandes de soins non programmés entraînant une sollicitation croissante du service des urgences pour des motifs relevant de la médecine générale. En effet, lors de l'étude réalisée par Clémence Nosjean au sein du service des urgences de Fontenay-le-Comte entre février et septembre 2016, sur 1168 patients étudiés, 40% des consultations aux urgences étaient jugées inappropriées et relevaient d'une prise en charge ambulatoire en médecine générale. (7)

Les déterminants principaux retrouvés étaient une méconnaissance notable de la permanence de soins mais aussi les délais de consultation en ville jugés trop longs par les patients et la difficulté à joindre leur médecin traitant.

Un premier dispositif de type « circuit court » avait été testé en 2012 au sein des urgences du centre hospitalier. Il avait été initié pour prendre en charge et réduire le temps d'attente aux urgences des patients se présentant pour des motifs de médecine générale ou de petite traumatologie sans impacter la prise en charge des urgences vraies. Cela n'a pas été poursuivi pour des raisons pratiques, le nombre d'internes au sein des urgences n'était plus suffisant les années suivantes pour maintenir ce poste.

La consultation SASPAS a été mise en place avec un objectif différent : au-delà d'une réduction de l'activité des urgences, le nouveau dispositif visait à proposer une prise en charge adaptée à ces motifs (en terme de temps et lieu de consultation, de suivi etc.).

L'objectif était donc de créer une offre de soins intermédiaire entre la consultation du médecin traitant et le recours aux urgences dans des délais compatibles avec les besoins des patients.

- Enfin, ce dispositif permettait de proposer un terrain de stage supplémentaire en Sud-Vendée pour un interne de médecine générale en fin de cursus et visait à faire connaître le territoire pour favoriser d'éventuelles futures installations.

La mise en place du dispositif a été évaluée sur tout le semestre de mai à novembre 2017 dans le travail de thèse de Romain Croué. (8)

Les objectifs se sont avérés remplis à la fois en termes d'offre de soins et sur le plan pédagogique.

En effet, au cours de ces 6 mois, 481 consultations ont été réalisées. Toutes relevaient de la médecine générale. 69 patients ont été suivis (c'est à dire qu'ils ont bénéficié d'au moins 2 consultations pendant le semestre).

Sur le plan pédagogique, le stage correspondait aux critères d'un stage SASPAS (9) avec une autonomie dans les consultations et la gestion du cabinet mais également une supervision indirecte bihebdomadaire par le Dr Couillard et le Pr Senand. L'interne participant aux groupes de GEP avait pu observer que les situations cliniques auxquelles il était confronté étaient en effet comparables à celles vécues par les internes en stage SASPAS conventionnel.

2. Évolution depuis la mise en place : quelques modifications pratiques.

Le dispositif a été maintenu au sein du centre hospitalier de Fontenay-le-Comte et reconduit pour les semestres suivants. Pour des raisons d'organisation avec les modifications induites par la réforme du DES de médecine générale, le poste d'interne en SASPAS n'a pas été pourvu pendant le semestre de novembre 2017 à mai 2018. Les consultations ont tout de même été maintenues grâce à la participation des internes de premier semestre en stage aux urgences. Ils assuraient chacun leur tour une semaine de consultations et étaient supervisés par les médecins urgentistes dans la journée et une fois par semaine par le Pr Senand.

Depuis mai 2018, ces consultations sont à nouveau assurées par un seul interne de médecine générale réalisant son stage SASPAS appartenant à la maquette du DES de médecine générale. (10) Quelques modifications ont été apportées, elles seront développées plus loin.

III. La satisfaction, un critère de qualité des soins.

En 2012, une courte enquête avait été réalisée pendant la période du circuit court au sein des urgences de Fontenay-le-Comte, 71 patients avaient été interrogés. Une large majorité (94%) considérait alors cette réorganisation comme étant positive en termes de service rendu à la population locale. Quelques patients évoquaient déjà son intérêt en contexte de diminution du nombre de médecins sur le territoire et quelques autres suggéraient que le dispositif se développe.

La mise en place de la consultation SASPAS en mai 2017 a répondu aux objectifs pédagogiques et d'offre de soins locale, plusieurs centaines de patients en ont bénéficié. De plus, dès le premier semestre de mise en place, l'équipe des urgences a pu accueillir des témoignages de satisfaction et d'encouragement de la part des patients.

Si ce dispositif semble correspondre à ses objectifs initiaux, les patients en sont-ils satisfaits à un an de la mise en place? Dans quelle mesure faut-il le développer, l'améliorer?

C'est pour répondre à ces questions et permettre le développement de ce projet désormais intégré au réseau de soins de Fontenay-le-Comte que nous avons choisi d'évaluer la satisfaction de ses usagers.

Faire participer les patients à l'amélioration de la qualité des soins peut passer par la décision médicale partagée ou encore l'approche centrée patient qui sont des compétences à travailler à chaque consultation. L'évaluation des soins par les patients en est un autre moyen.

La satisfaction des patients fait en effet partie de la qualité des soins au même titre que l'efficacité clinique et la sécurité des patients. (11) C'est un concept multidimensionnel alliant l'expérience vécue par le patient, ses attentes et des éléments d'ordre personnel.

La satisfaction dépend donc grandement des attentes des patients et celles-ci sont différentes de celles des médecins. Elles peuvent être mal interprétées. Or, le résultat des soins dépend en grande partie du patient et sa satisfaction assure une meilleure adhésion aux soins.

Menée en 2000, l'étude EUROPEP visait à évaluer la satisfaction des patients quant à la qualité des soins primaires dans une dizaine de pays européens et a permis d'élaborer un questionnaire international validé. (12)

Les études préalables à ce projet mettaient en évidence que les attentes estimées par les médecins généralistes comme importantes aux yeux des patients différaient de celles exprimées par les patients eux-mêmes.

A titre d'exemple, les critères classés par ordre d'importance qui mettaient en évidence la plus

grande différence entre l'estimation des médecins généralistes et les véritables attentes des patients étaient l'information sur la maladie, l'obtention d'un rendez-vous rapide, avoir le même médecin à chaque consultation ou encore la disponibilité du médecin au téléphone. Ils apparaissaient comme des critères déterminants pour les patients que les médecins n'avaient pas jugés si importants. A l'inverse les médecins pensaient à tort que les patients accorderaient une importance particulière à une bonne organisation entre les médecins du cabinet ou encore à l'information écrite au sein du cabinet.

Les soignants peuvent donc réagir, ou dans notre étude organiser le dispositif, sur la base d'une perception subjective des attentes des patients qui peut s'avérer fausse. Il est donc primordial d'explorer les attentes des patients pour guider l'amélioration de la qualité des soins.

Cette même étude EUROPEP retrouvait des critères de satisfaction globalement comparables parmi les pays étudiés. Les aspects habituellement satisfaisants des soins primaires regroupaient les soins reçus, l'écoute, le temps de consultation, la dispensation rapide de soins en cas d'urgence et le respect du secret professionnel. Les critères moins convaincants au sein des pays étudiés concernaient plutôt l'organisation des soins, l'accessibilité des cabinets et des médecins par téléphone ou encore la durée d'attente. (13)

Ces critères peuvent être une base première pour orienter l'amélioration de la qualité des soins mais ils ne sont pas suffisants. D'une part cette étude est ancienne et la France n'était incluse que dans une partie des études préalables au projet. D'autre part ces résultats généraux ne sont pas applicables de façon universelle à toutes les situations singulières ; d'autant plus que la consultation SASPAS diffère d'un cabinet de médecine générale conventionnel.

La satisfaction des patients doit donc être évaluée au sein du dispositif même afin de guider les réflexions quant à l'amélioration de la qualité des soins dispensés.

Il fallait pour cela mettre au point un outil adapté. Nous avons donc choisi de réaliser une enquête de satisfaction auprès des patients à l'aide d'un auto-questionnaire dont nous décrirons l'élaboration dans la partie suivante.

Enfin, l'impact potentiel important de l'évaluation par les patients est démontré mais au-delà de l'évaluation des attentes et de la satisfaction, la difficulté réside dans la réalisation des changements identifiés comme piste d'amélioration. L'évaluation des soins par les patients est donc à répéter régulièrement pour observer son évolution et l'efficacité des changements apportés. (11,14)

Notre étude est donc une première étape dans l'évaluation et l'amélioration du dispositif de consultation SASPAS du centre hospitalier de Fontenay-le-Comte.

MATERIEL ET METHODE

L'étude était une étude descriptive, transversale, monocentrique, réalisée à l'aide d'un questionnaire écrit, anonyme, complété par les patients.

Elle a été menée au sein du service des urgences du centre hospitalier de Fontenay le Comte, dans le cadre de la consultation SASPAS sur la période du 17.09.18 au 02.11.18 pendant toutes les journées de consultation soit les lundis, mercredis et vendredis.

Le questionnaire était proposé à tous les patients de la consultation SASPAS sur cette période.

Tous les questionnaires récoltés ont été inclus qu'ils soient complets ou non.

L'objectif primaire était d'évaluer la satisfaction des patients quant à l'offre de soins de la consultation de médecine générale étiquetée « Consultation SASPAS » rattachée au service des urgences de l'hôpital de Fontenay le Comte ouverte en mai 2017.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'évolution de l'activité du dispositif un an après sa mise en œuvre.

I.Fonctionnement de la consultation SASPAS

Sur le plan pratique, l'organisation de la consultation SASPAS était comparable au fonctionnement initial avec néanmoins quelques modifications.

L'interne de SASPAS assurait des consultations 3 jours par semaine les lundis, mercredis et vendredis entre 8h30 et 18h30 (au lieu des lundis, mardis et jeudis en 2017).

Les patients étaient reçus dans une salle de consultation à proximité de l'accueil des urgences et du secrétariat mais bien différenciée des box des urgences, la salle d'attente restant cependant commune.

Les consultations étaient essentiellement sur rendez-vous, pris par téléphone auprès du secrétariat ou à l'accueil des urgences par l'IAO.

En effet, un agenda en ligne commun a été ouvert, accessible aux secrétaires, à l'IAO et à l'interne permettant une prise de rendez-vous par tous les intervenants.

L'agenda des consultations n'était donc plus uniquement géré par l'interne. Devant l'augmentation non négligeable du nombre de consultations et la prise de rendez-vous quasi systématique, la ligne téléphonique directe a été redirigée vers les secrétaires qui ont accepté de s'occuper de l'accueil téléphonique et de la prise de rendez-vous.

Exceptionnellement les patients pouvaient être reçus sans rendez-vous lorsqu'un créneau de consultation était libre. Le plus souvent les patients adressés par l'IAO se voyaient attribué un horaire de rendez-vous le jour même ou plus tard selon les disponibilités.

Les critères de tri par l'IAO avaient été décidés à la mise en place du dispositif en mai 2017, ils n'ont pas été modifiés.

A partir du mois de septembre des plages de consultation ont été réservées comme « créneaux d'urgence » à raison de 2 créneaux par demi-journée. Au fil du semestre il devenait en effet rare de pouvoir proposer un rendez-vous dans la journée aux patients. Ces créneaux d'urgence ne pouvaient être attribués qu'aux patients nécessitant un rendez-vous le jour même ou le lendemain.

La durée des consultations fixée à 30 minutes a été maintenue, elle permettait de réaliser les 20 actes maximum par jour recommandés par le DMG de Nantes en stage SASPAS. (11)

La facturation des consultations correspondait à une entrée aux urgences sauf pour les consultations étiquetées « reconvoctions » pour lesquelles le forfait ATU n'était pas appliqué, une consultation de médecine générale simple était alors facturée. Les patients n'avaient pas à avancer les frais.

Sur le plan pédagogique, la forme du SASPAS n'a pas été modifiée. L'interne bénéficiait d'une supervision hebdomadaire par le Pr Senand en qualité de médecin généraliste de ville et maître de stage universitaire. Un *debriefing* en fin de journée était également réalisé selon les besoins de l'interne auprès des médecins urgentistes présents. L'interne participait également aux Groupes d'Échange de Pratique mensuels à l'université destinés à tous les internes en SASPAS.

Enfin, la consultation SASPAS avait été présentée au public lors de sa mise en place en mai 2017 en diffusant l'information aux cabinets de médecine générale et aux pharmacies, ainsi qu'au travers des journaux locaux. L'opération de communication n'a pas été reproduite depuis.

II.Élaboration du questionnaire.

Nous avons choisi d'évaluer la satisfaction des patients à l'aide d'un questionnaire écrit.

Les patients volontaires le complétaient eux-mêmes, sans intervention extérieure, et le déposaient dans une urne afin de respecter l'anonymat.

1. Méthodologie du questionnaire

Sur le plan légal, notre recherche relevait d'une recherche évaluant les soins courants. Elle respectait la méthodologie de référence MR-003 de la CNIL et ne nécessitait donc pas « *le recueil du consentement exprès de la personne concernée* ». (15)

- N'étaient collectées que les données strictement nécessaires et pertinentes pour l'objectif de la recherche et autorisées par la CNIL (Identification par un numéro, données sur la santé, information signalétique (âge, sexe), catégorie socioprofessionnelle selon la classification de l'INSEE et date de l'inclusion).
- N'étaient collectées que des données indirectement identifiantes.
- Les patients étaient informés individuellement (par la personne présentant le questionnaire et par la note d'information écrite accompagnant systématiquement le questionnaire) sur le destinataire des données et la finalité du traitement des données.

Le caractère facultatif de participation n'était pas mentionné par écrit mais à l'oral par l'IAO (Infirmière d'Accueil et d'Orientation), la secrétaire ou l'interne. De plus, le questionnaire était rempli par le patient lui-même et non pas au cours d'un entretien avec l'évaluateur, et il n'était pas récolté directement par l'évaluateur mais déposé par le patient dans une urne à sa sortie.

- Pour le recueil d'informations sur mineurs, l'autorisation de soins était requise pour tout enfant consultant au sein de la consultation SASPAS comme aux urgences et il était laissé libre au parent de compléter le questionnaire avec ou pour son enfant.

Sur le plan pratique, un nombre limité de questions a été choisi afin d'obtenir une meilleure adhésion des patients et un meilleur taux de réponse, un questionnaire trop long risquant d'augmenter les non-réponses et les réponses trompeuses. (16)

Un premier questionnaire a été élaboré puis testé afin de s'assurer de sa clarté et d'une interprétation des questions commune à tous les patients. Nous avons cherché à évaluer sa compréhension mais

également à faire émerger d'éventuelles autres questions dans un espace dédié à des commentaires libres avant de valider le questionnaire définitif.

Nous développerons plus loin les modifications apportées à l'issue du test.

i. Forme du questionnaire.

Le choix des questions et du design du questionnaire a reposé sur les données de la littérature ainsi que sur les travaux précédemment réalisés au sein du centre hospitalier de Fontenay le Comte.

Le questionnaire évaluait une situation singulière, la consultation, plutôt que l'offre de soins globale pour rapporter de façon plus spécifique et plus fiable le vécu individuel et éviter les réponses stéréotypées sur les soins en général. (16,17)

Nous avons diversifié les types de questions (questions fermées, binaires, à réponses multiples, échelle de satisfaction, questions ouvertes) pour éviter le biais d'acquiescement. Ce biais correspond aux différentes stratégies de réponse utilisées par les répondants à toute enquête pour compléter plus aisément ou plus rapidement un questionnaire (comme par exemple adopter systématiquement la première réponse ou encore systématiquement les réponses médianes). (18) Ces différentes questions visaient aussi à explorer plusieurs dimensions de la consultation.

Les questions à choix multiples permettaient plus de précision et de fiabilité et avec une plus grande variabilité de réponses.

Un nombre de réponses pair à l'échelle de satisfaction « Très satisfait » à « Insatisfait » évitait la tendance aux réponses médianes ou « sans-opinion ». (17,19)

L'échelle de Likert (échelle offrant des réponses allant de « Tout à fait d'accord » à « Pas du tout d'accord »), fréquemment utilisée dans les enquêtes de satisfaction, n'a pas été choisie pour des raisons de longueur du questionnaire. Pour une échelle de Likert fiable, il aurait fallu utiliser plusieurs phrases pour un même objectif afin d'éviter encore une fois le biais d'acquiescement, il était donc plus simple d'utiliser plusieurs types de questions. (20)

Cependant elle aurait pu permettre d'évaluer plus précisément certains éléments de satisfaction ou d'insatisfaction.

Pour cela, nous avons ajouté des questions ouvertes : « *Quel(s) est (sont) le(s) point(s) positif(s) de ce dispositif? Quel(s) est (sont) le(s) point(s) à améliorer ? Commentaires libres* ». Ces questions à réponses libres permettaient également de mettre en évidence d'autres attentes des patients auxquelles nous n'aurions pas pensé en élaborant le questionnaire.

De plus, l'évaluation des émotions et des attitudes des patients ne peut pas se faire exclusivement par l'utilisation de données chiffrées. (21) Aussi avons-nous ajouté ces questions ouvertes pour une approche qualitative certes restreinte mais complémentaire au reste du questionnaire.

Par ailleurs, l'ordre des questions était quasiment dans l'ordre chronologique du déroulement de la consultation (mode de connaissance du dispositif, motif de consultation, prise de rendez-vous puis accueil, attente, consultation et suivi). La note de satisfaction globale et les questions libres arrivaient après les questions spécifiques pour aider le patient à synthétiser sa pensée. (19)

Enfin, les travaux de thèse d'internes de médecine générale ont aussi influencé le choix de la formulation de certaines questions.

Nous avons complété la question portant sur les maladies chroniques d'une courte précision (« qui nécessite des consultations fréquentes chez le médecin généraliste ») et d'exemples (« par exemple diabète, hypertension, asthme etc. ») pour faciliter la compréhension de la question. (22)

D'autre part les réponses d'échelle de satisfaction ont été placées dans l'ordre décroissant (« Très

satisfait » à « Insatisfait ») pour éviter les erreurs induites par la lecture de gauche à droite. (23)

Le centre hospitalier de Fontenay le Comte a déjà mis en place un questionnaire de satisfaction dans le cadre de la démarche qualité de l'établissement mais il est destiné aux patients hospitalisés et ne semblait donc pas adapté à notre enquête. (24)

ii. Choix des données récoltées.

Pour évaluer la satisfaction (objectif primaire) nous avons choisi de recueillir les données suivantes:

- Délai d'obtention du rendez-vous
- Intérêt de la consultation pour les maladies chroniques
- Accueil par l'équipe médicale et paramédicale
- Facilité de prise de rendez-vous
- Durée d'attente en salle d'attente
- Durée de la consultation
- Prise en charge médicale
- Qualité du suivi
- Satisfaction globale de la consultation
- Questions à réponses libres :
 - . Points positifs du dispositif
 - . Points à améliorer
 - . Commentaires libres.

Pour évaluer l'évolution de l'activité du dispositif (objectif secondaire), nous avons choisi de récolter les données suivantes :

- Données sociodémographiques : Age, Sexe, Code postal du domicile, Profession
- Médecin traitant déclaré ou non
- Maladie chronique ou non
- Nombre de consultations au sein du dispositif SASPAS
- Mode de connaissance de la consultation
- Motif de recours à la consultation SASPAS
- Motif de consultation
- Délai d'obtention du rendez-vous.

Nous avons en effet voulu évaluer des données déjà recueillies auparavant dans le service des urgences de Fontenay le Comte.

Une première évaluation de la satisfaction des patients avait été faite lors de la mise en place du circuit court en 2012. Les critères d'évaluation étaient : la durée d'attente avant la prise en charge par le médecin, la satisfaction ou non de ce délai, et la perception de ce nouveau dispositif comme une amélioration ou non.

Par la suite la thèse d'exercice de Clémence Nosjean étudiant les « déterminants de l'accès aux soins primaires en pré-hospitalier des consultations de médecine générale aux urgences de Fontenay Le Comte » relevait, parmi les données étudiées, la déclaration ou non d'un médecin traitant. (Les autres items étudiés étaient moins liés à notre étude). (7)

Enfin la mise en place de la consultation SASPAS était exposée dans la thèse d'exercice de Romain

Croué, nous avons donc choisi de récolter certaines données qui pouvaient être comparées à celles de ce travail (déclaration d'un médecin traitant, motif de consultation, motif de recours au dispositif). (8)

D'autre part, les réponses pour le mode de connaissance du dispositif exploraient les différentes méthodes utilisées au moment de sa mise en place pour diffuser l'information. En effet, les secrétariats des cabinets de médecine générale avaient été contactés, ainsi que les pharmacies et des articles étaient parus dans Ouest France, le journal de la Communauté de communes et le journal du Conseil départemental entre juillet et décembre 2017. Une note d'information était initialement remise au patient pour informer son médecin traitant mais cela n'ayant pas été poursuivi, nous ne l'avons pas évalué.

Enfin, nous avons choisi de proposer des classes de réponses plutôt que de récolter des données brutes dans plusieurs questions pour un bon taux de réponse et des réponses homogènes.

Nous proposons 3 classes pour le nombre de consultations au sein du dispositif (1ère consultation, 2 à 5 et plus de 5 consultations). Nous cherchions essentiellement à bien distinguer les primo-consultants des patients pouvant avoir recours à plusieurs reprises au dispositif mais également des patients ayant un suivi se rapprochant d'un suivi classique en médecine de ville avec plus de 5 consultations soit près d'une consultation tous les 3 mois en moyenne.

Les motifs de consultation n'étaient pas classés selon une classification validée (comme la CCMU ou la CIM10). Les questionnaires anonymes et complétés par les patients seuls ne permettaient pas une classification *a posteriori* et pour éviter une trop grande variabilité des réponses, quatre types de motifs de consultation étaient proposés.

Notre étude se plaçant sur le versant patient de l'évaluation de la qualité des soins, il semblait plus logique de classer les motifs de consultations selon les besoins de santé identifiés par les patients eux-mêmes.

Pour cela les pathologies aiguës étaient regroupées dans l'item « *un problème que vous pensez urgent* ». La dimension d'urgence ressentie nous semblait pertinente quelque-soit son caractère d'urgence identifié par le médecin.

De la même façon, l'item « *suivi de santé* » n'était pas précis mais visait essentiellement à regrouper les motifs de consultation ne relevant pas de consultation en urgence mais plutôt d'un suivi classique en médecine générale.

iii. Recueil de données additionnelles.

Pour répondre à l'objectif secondaire d'évaluer l'évolution de l'activité du dispositif et comparer l'échantillon inclus à la population globale, des données supplémentaires ont été recueillies. La population globale comprenait tous les patients de la consultation SASPAS au cours du semestre du 02.05.2018 au 02.11.2018. Le sexe, l'âge et le code postal de cette population ont été recueillis *a posteriori* à l'aide du logiciel informatique des urgences.

Le nombre de consultations, les reconvoctions et leur répartition sur le semestre ont été également rapportées de l'agenda informatique de la consultation SASPAS.

Au cours du semestre de mai à novembre 2018 les reconvoctions étaient définies par les rendez-vous prévus et fixés par l'interne avec le patient lors d'une consultation. Cela était systématiquement précisé sur l'agenda. Il s'agissait le plus souvent d'une réévaluation (antibiothérapie à 48h, traitement antidépresseur à 15 jours, mise à jour du statut vaccinal prévue etc.). Les rendez-vous pris spontanément par le patient y compris pour un même motif de consultation n'étaient pas considérés comme des reconvoctions. En pratique cela impliquait une différence de codification des actes pour le service des urgences, le forfait ATU n'étant pas appliqué pour ces consultations.

2. Recueil du questionnaire.

Le questionnaire était proposé à tous les patients consultant au sein de la consultation SASPAS. Il était proposé par le premier interlocuteur qui enregistrait leur arrivée dans le service des urgences : l'IAO ou la secrétaire d'accueil des urgences. En effet, un dossier administratif devait être ouvert pour chaque patient lors de chaque consultation, il était ouvert par l'IAO ou la secrétaire selon l'heure et l'activité du service.

Les membres du personnel d'accueil ont été informés à la fois par oral par l'interne et par écrit. Une note d'information à l'attention des soignants était disponible à l'accueil pendant toute la période de recueil afin qu'ils puissent renseigner les patients lors de la remise du questionnaire sur son objectif et son utilisation (cf Annexe 1).

Parfois le questionnaire a été présenté en fin de consultation par l'interne lorsque les patients ne se l'étaient pas vu proposé. Les patients le remplissaient alors en salle d'attente après la consultation. Il n'a pas été fait de différence dans l'analyse entre les questionnaires présentés par l'IAO, la secrétaire ou l'interne.

Les 3 types d'intervenant qui remettaient le questionnaire permettaient d'en recueillir un plus grand nombre. En effet, l'accueil commun au service des urgences et à la consultation SASPAS ainsi que l'activité des urgences ne permettaient pas toujours à l'IAO ou la secrétaire de prendre le temps de présenter le questionnaire.

Pour que l'information délivrée sur l'utilisation des données et le caractère anonyme et non-obligatoire du recueil soit malgré tout uniforme, une note d'information écrite était systématiquement remise au patient avec le questionnaire.

Le questionnaire n'était rempli qu'une seule fois par les patients consultant à plusieurs reprises pendant la période de recueil.

Il a été observé dans la phase de test du questionnaire puis pendant la période de recueil définitif que les patients le refusaient d'eux-mêmes lorsqu'ils y avaient déjà répondu. Ainsi les patients reconvoqués ou reconsultant dans la période du 17.09 au 2.11 n'y ont répondu qu'une seule fois. Nous nous en sommes assurés après le recueil des données (cf Résultats).

En revanche certains patients qui y avaient répondu pendant la phase de test, l'ont à nouveau complété lors du recueil définitif mais ces réponses n'ont pas été analysées de façon différenciée puisque les questionnaires étaient anonymes.

Pour inclure également la population pédiatrique, le questionnaire était présenté aux parents et à l'enfant consultant. Les parents pouvaient ensuite le remplir pour leur enfant ou avec lui selon l'âge et la compréhension.

Enfin, les questionnaires complétés étaient déposés par les patients à leur départ dans une urne fermée disposée à l'accueil des urgences. L'urne était relevée en fin de journée par l'interne. Les questionnaires étaient numérotés *a posteriori* dans l'ordre de relevé dans l'urne pour l'analyse des données.

3. Test du questionnaire et modifications apportées.

Lors de la phase de test du 03 au 10.09.18, soit sur 3 journées de consultation, 30 questionnaires ont été recueillis pour 46 consultations (soit un taux de réponse de 65,2%).

La note d'information écrite associée au questionnaire précisait alors qu'il était en période de test et suggérait aux patients interrogés de noter leurs remarques sur le questionnaire (cf Annexe 2 et 3).

Sur 30 questionnaires test récoltés, 7 contenaient une remarque sur la forme du questionnaire :

- un patient le trouvait trop long : « *trop de questions* »
- deux le trouvaient bon : « *bon dans l'ensemble* », « *bien réalisé, il me semble traiter de l'essentiel tout en étant concis* »
- un autre appréciait le projet « *bonne idée pour ce questionnaire* »
- un patient exprimait l'espoir d'une utilité concrète du questionnaire « *si seulement ça pouvait améliorer les urgences...* »
- les deux derniers ne trouvaient rien à redire « *néant* », « *RAS* ».

Nous avons donc cherché à apporter des modifications selon les réponses obtenues.

Le nombre de questions n'a pas été modifié puisqu'un seul patient soulignait un questionnaire trop long et que le taux de réponse à chaque question était bon par ailleurs.

En effet, seulement 2 questions avaient un taux de réponse <80% :

Pour la question 8: « *Si vous avez-vous une maladie chronique (qui nécessite des consultations fréquentes), la consultation SASPAS a permis de [...].* » : 8 réponses manquaient. .

Et pour la question 9, concernant la « *Qualité du suivi* », 12 réponses manquaient.

Concernant la question 9, le taux de réponse restait concordant puisque 11 des non-répondants appartenaient aux 14 patients rapportant être primo-consultants. Il semblait donc logique qu'ils n'aient pas évalué la qualité du suivi. Un seul patient ayant déjà consulté n'avait pas répondu à cet item. Les 3 primo-consultants ayant apporté une réponse, pouvaient avoir répondu quant à un éventuel suivi prévu.

En revanche pour la question 8, le taux de non réponse et des réponses discordantes nous ont conduits à en modifier la forme.

Figure 1: Questions 2 et 8 du questionnaire test.

2/Avez-vous une maladie chronique qui nécessite des consultations fréquentes chez le médecin généraliste ? (par exemple : diabète, hypertension, asthme...)

- ☐ OUI ☐ NON

[...]

8/ Si vous avez une maladie chronique (qui nécessite des consultations régulières) la consultation SASPAS :

- ☐ A permis de reprendre votre suivi.
- ☐ Permet de renouveler votre traitement quand votre médecin est absent.
- ☐ Permet de poursuivre votre suivi depuis que vous n'avez plus de médecin.
- ☐ Ne permet pas un suivi correct.
- ☐ Je ne suis pas concerné.

8 patients n'ont rien répondu à cette question et 3 ont apporté une réponse alors qu'ils avaient déclaré ne pas avoir de maladie chronique.

Au total sur 11 réponses négatives à la question n°2, seulement 4 patients ont répondu «*Je ne suis pas concerné* » à la question secondaire. De plus, un patient ayant rapporté une maladie chronique avait également coché cette réponse.

Les 2 questions ont donc été modifiées et rassemblées pour obtenir un meilleur taux de réponse et des réponses plus cohérentes. Le thème de la maladie chronique n'était donc abordé qu'une seule fois dans le questionnaire par 2 questions successives dont la première réponse conditionnait la seconde.

De plus, cela réduisait visuellement le nombre de questions.

Figure 2: Questions 2 et 8 rassemblées dans la question 7 du questionnaire définitif.

7/ Avez-vous une maladie chronique qui nécessite des consultations fréquentes chez le médecin généraliste ? (par exemple : diabète, hypertension, asthme...)

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, la consultation SASPAS :

☐ A permis de reprendre votre suivi.

☐ Permet de renouveler votre traitement quand votre médecin est absent.

☐ Permet de poursuivre votre suivi depuis que vous n'avez plus de médecin.

☐ Ne permet pas un suivi correct.

Concernant les questions 4, 5 et 6 (Connaissance et motif de recours à la consultation SASPAS, motif de consultation), le taux de réponse à ces questions était bon : tous les patients ayant complété le questionnaire avaient répondu aux deux premières questions et seulement 2 n'avaient pas complété de motif de consultation. Une seule réponse avait été ajoutée par un patient : « *par avis d'une assistante sociale de la Maïf Sud Vendée* » à la question 5. Aussi aucun item n'a été ajouté, notamment pas de proposition de réponse « *Autre* » pour conserver un bon taux de réponse et des réponses précises.

La note globale de satisfaction n'a pas été modifiée non plus. En effet, un seul résultat était discordant : une note de 1 avait été accordée par un patient qui était satisfait dans toutes les autres questions. Pour tous les autres questionnaires, la note globale de satisfaction était concordante avec les autres réponses.

Quant aux questions à réponses libres, 21 patients avaient répondu aux points positifs mais seulement 9 avaient noté des points à améliorer et des commentaires libres.

Toutes les réponses apportées étaient cohérentes. Plus précisément, elles ne concernaient pas la forme du questionnaire mais bien le dispositif de consultation ou la consultation en elle-même. Aucune modification n'a donc été apportée.

Enfin, le questionnaire était prévu pour tous les patients y compris les enfants. Cela était précisé par écrit sur le questionnaire lui-même : « *Ce questionnaire anonyme [...]. A compléter pour vous ou votre enfant [...]* ». Sur la période de test, un questionnaire a été complété par ou pour un enfant de 8 ans, il était donc possible d'inclure également les enfants.

A l'issue de la période de test, le questionnaire définitif a donc été mis en place et recueilli sur la période du 17.09 au 02.11.2018. Nous avons cherché à inclure au moins 100 questionnaires comme cela est communément fait dans les enquêtes de satisfaction.

III. Analyse des réponses.

Les calculs ont été faits avec l'aide du site de statistiques en ligne BiostaTGV, du logiciel OpenOfficeCalc ® et d'ouvrages de références en statistiques épidémiologiques. (25,26)

1. Analyse des réponses fermées :

Tout d'abord, nous avons testé la représentativité de l'échantillon par rapport à la population. Nous avons utilisé le test du χ^2 de conformité pour les variables qualitatives comme le sexe et l'origine géographique des patients Vendéens. Lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, pour l'origine géographique des patients toutes origines confondues par exemple, les conditions de validité du test du χ^2 n'étaient pas remplies, nous avons donc appliqué le test exact de Fisher. Pour les variables quantitatives comme l'âge nous avons utilisé le test T de Student. Puis nous avons effectué une analyse descriptive simple des données résultant des questions à réponses fermées.

2. Analyse des réponses libres :

Nous avons effectué une analyse de contenu des réponses libres par analyse thématique, basée sur l'hypothèse qu'une caractéristique était d'autant plus importante que fréquemment citée. (16)

3. Analyse en sous-groupe :

Nous avons choisi de réaliser deux analyses en sous-groupe sur les données de satisfaction. Elles visaient à explorer la satisfaction des patients selon des caractéristiques pouvant influencer leur demande de soin et leurs attentes de façon non négligeable.

La première comparait les patients ayant un médecin traitant aux patients qui déclaraient ne pas en avoir.

La seconde comparait les patients selon leur motif de consultation : problème urgent ou suivi de santé.

Pour ces analyses nous avons utilisé le test du χ^2 d'homogénéité lorsque les effectifs théoriques le permettaient. Lorsqu'ils étaient inférieurs à 5 nous avons utilisé le test exact de Fisher.

Pour la comparaison des variables quantitatives comme l'âge et les notes globales de satisfaction nous avons utilisé le test T de Student. (25)

Pour les autres motifs de consultation nous n'avons pas appliqué de tests statistiques devant les effectifs faibles. Nous avons simplement décrit les données propres à chaque motif.

Figure 3: Note d'information associée au questionnaire définitif

**Enquête de satisfaction des usagers de la consultation SASPAS
Centre Hospitalier de Fontenay le Comte
Septembre – Octobre 2018**

Dans le cadre d'une thèse d'exercice de Médecine générale, nous cherchons à évaluer votre satisfaction quant aux consultations de médecine générale rattachées aux urgences du Centre hospitalier de Fontenay le Comte.

Cette consultation SASPAS a été créée en mai 2017 pour permettre à tout patient n'ayant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible de pouvoir consulter un médecin généraliste.

Ce questionnaire est anonyme et a pour but d'évaluer votre satisfaction par rapport à ce nouveau dispositif pour améliorer la qualité des soins et de prise en charge.

Ce questionnaire est à remplir pour vous ou pour votre enfant.
Il est à déposer dans l'urne à votre sortie.

Merci de votre participation,

Le service des urgences.

Figure 4: Questionnaire définitif utilisé pour le recueil de données

**Enquête de satisfaction des usagers de la consultation SASPAS
Centre Hospitalier de Fontenay le Comte
Septembre - Octobre 2018**

Ce questionnaire anonyme est à déposer dans l'urne à votre sortie
A compléter pour vous ou votre enfant
Merci de votre participation

Age : **Sexe :** ☐ Masculin ☐ Féminin

Profession : **Code postal du domicile :**

1/ Avez-vous un médecin traitant déclaré ? : ☐ OUI ☐ NON

2/ Combien de fois avez-vous consulté ici (à la consultation SASPAS) ? :
☐ C'est la 1ère fois ☐ 2 à 5 fois ☐ Plus de 5 fois

3/ Comment avez-vous eu connaissance de la consultation ? : (Plusieurs réponses possibles)
☐ Par le bouche à oreille
☐ Par un cabinet de médecine générale ou son secrétariat
☐ Par une pharmacie
☐ Par les journaux (dont Ouest France, L'Info, Le journal de la Vendée)
☐ Par la mairie
☐ Vous avez été adressé par l'infirmière d'accueil des urgences

4/ Motif de recours à la consultation SASPAS ? :
☐ Vous n'avez pas de médecin traitant
☐ Votre médecin traitant est absent ou le délai de rendez-vous vous semble trop long
☐ Vous êtes venu aux urgences et avez été adressé en consultation par l'infirmière d'accueil
☐ Vous n'êtes pas de la région

5/ Motif de la consultation d'aujourd'hui :
☐ Un problème médical que vous pensez urgent.
☐ Suivi de santé : ☐ Bilan de santé, vaccination ☐ Renouvellement d'ordonnance
☐ Demande administrative : (certificat médical, arrêt de travail...)
☐ Traumatologie (entorse, fracture...)

6/En combien de temps avez-vous pu obtenir le rendez-vous ? :
☐ Le jour même ☐ 1 à 2 jours ☐ Plus de 2 jours

Ce délai vous semble-t-il acceptable ? : ☐ OUI ☐ NON

7/ Avez-vous une maladie chronique qui nécessite des consultations fréquentes chez le médecin généraliste ? (par exemple : diabète, hypertension, asthme...)
☐ OUI ☐ NON

Si OUI, la consultation SASPAS :
☐ A permis de reprendre votre suivi.
☐ Permet de renouveler votre traitement quand votre médecin est absent.
☐ Permet de poursuivre votre suivi depuis que vous n'avez plus de médecin.
☐ Ne permet pas un suivi correct.

Tournez la page SVP →

8/ Pour les items suivants êtes-vous très satisfait / assez satisfait / peu satisfait / insatisfait ?
(Cochez les cases correspondantes)

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Accueil par l'équipe paramédicale et médicale				
Facilité de prise de rendez-vous				
Durée d'attente en salle d'attente				
Durée de la consultation				
Prise en charge médicale				
Qualité du suivi (si plusieurs consultations)				

9/Êtes-vous globalement satisfait de la consultation ? :
(Entourez la note correspondante 0 = très insatisfait à 10 = très satisfait)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10/ Quel(s) est (sont) le(s) point(s) positif(s) de ce dispositif ? :.....
.....
.....

Quel(s) est (sont) le(s) point(s) à améliorer ? :.....
.....
.....

Commentaires libres :.....
.....
.....
.....
.....

RESULTATS

Sur la période du 17.09.18 au 2.11.18, 298 consultations ont été réalisées sur 21 jours de consultation. 150 questionnaires ont été recueillis, soit un taux de réponse de 50,3%.

** Les effectifs peuvent différer du total des questionnaires récoltés pour cause de données manquantes.*

I.DESCRPTION DE L'ECHANTILLON

1. Description sociodémographique de l'échantillon.

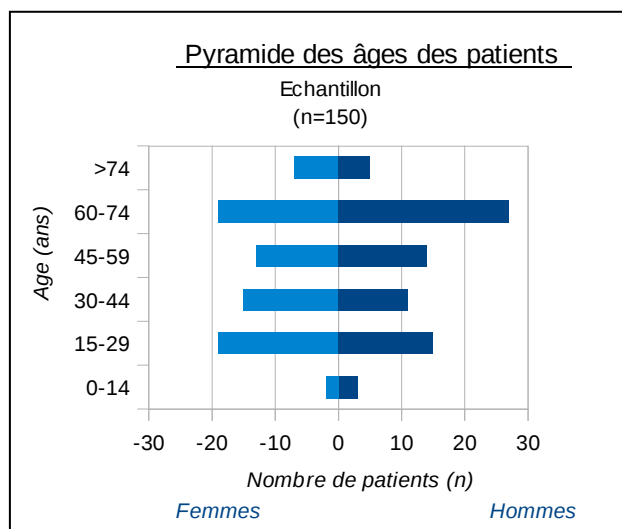
L'échantillon composé des 150 questionnaires recueillis comprenait strictement le même nombre d'hommes et de femmes (75 patients de chaque sexe).

La tranche d'âge la plus représentée était la tranche des 60-74 ans : 46 patients soit 30,7%.

Les populations pédiatrique et gériatrique étaient les moins représentées avec 5 patients de moins de 15 ans et 12 de plus de 74 ans (respectivement 3,3% et 8%).

L'âge moyen était de 48 ans et l'âge médian de 52 ans (écart type = 20,27).

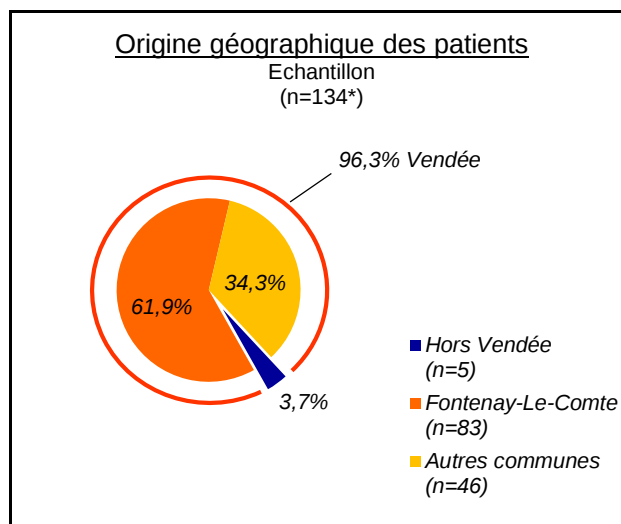
Figure 5: Pyramide des âges de l'échantillon.



Les patients inclus étaient pour une large majorité Vendéens : 129 patients (soit 96,3%) dont 83 habitants de Fontenay le Comte et son agglomération (correspondant aux communes avec le code postal 85200). Parmi les non-Vendéens, un patient venait de Loire-Atlantique, 3 d'autres départements hors Pays de la Loire et un dernier vivait à l'étranger.

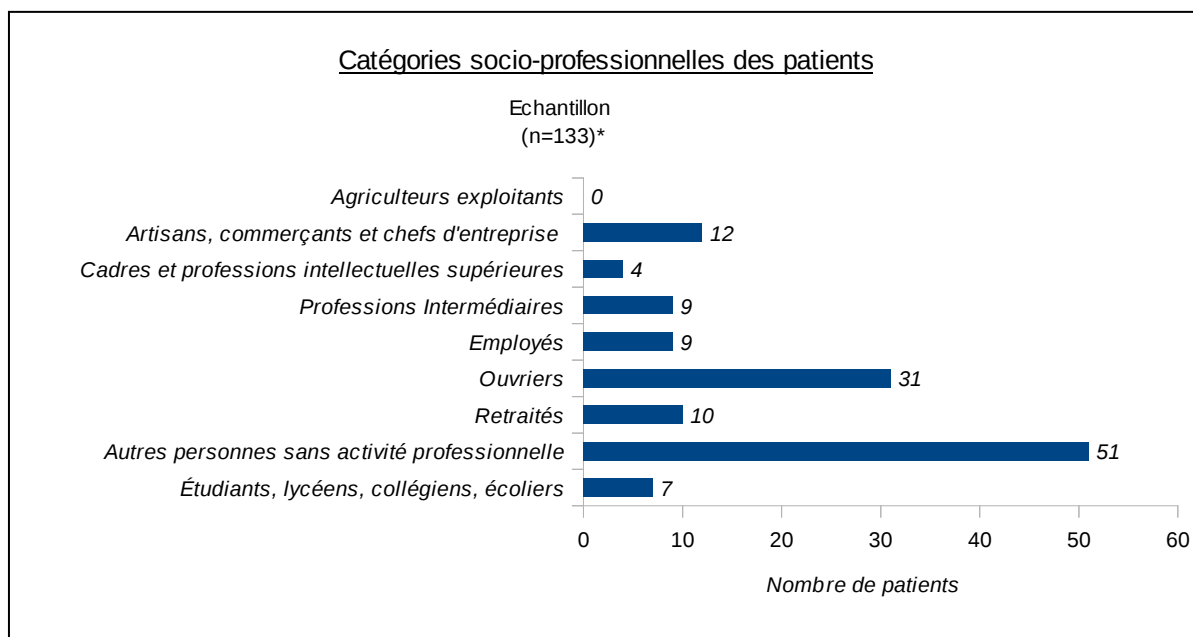
16 patients n'avaient pas répondu à cet item.

Figure 6: Origine géographique des patients de l'échantillon.



Sur le plan socioprofessionnel (selon les catégories socioprofessionnelles de l'INSEE (27)) un tiers des patients était sans activité professionnelle (51 patients). 49% des patients était en activité (65 patients soit 49%) avec une majorité d'ouvriers (31 patients). Il manquait 17 réponses.

Figure 7: Catégories socioprofessionnelles des patients de l'échantillon.



2. Évaluation de la représentativité de l'échantillon

Pour évaluer la représentativité de l'échantillon par rapport à la population nous avons comparé leurs données sociodémographiques à celles de la population sur la période de recueil (soit tous les patients ayant consulté sur la période du 17.09 au 2.11.18).

i. Comparaison à la population de la période de recueil.

L'échantillon était représentatif de la population source pour le sexe ($p=0,84$) et pour l'origine géographique à la fois toutes origines confondues et parmi les Vendéens (*respectivement* $p=0,77$ et $p=0,326$).

En revanche, il ne l'était pas pour l'âge :

Les patients de l'échantillon étaient plus âgés que la population source : l'âge moyen de la population était de 43 ans (écart type=23,4) *versus* 48 ans pour l'échantillon (écart type =20,27) avec $p=0,017$.

Malgré quelques enfants inclus, le questionnaire ne reflétait donc pas la population pédiatrique de la consultation.

Tableau 1: Comparaison de l'échantillon à la population de la période de recueil.
(FLC=Fontenay-Le-Comte)

		Échantillon (N=150)		Population (N=298)		Valeur de p
		n	%	n	%	-
Sexe	Hommes	75	50	152	51	0,84
	Femmes	75	50	146	49	
Origine géographique	Vendée	289	97	129	96,3	0,77
	Hors Vendée	9	3	5	3,7	
	FLC	200	69,2	83	64,3	0,326
	Hors FLC.	89	30,8	46	35,7	
Age	Moyenne	48		43		0,017
	Écart type	20,27		23,4		

ii. Comparaison à la population du semestre.

Comparé à la population totale ayant consulté sur tout le semestre (du 2 mai au 2 novembre 2018), l'échantillon était également représentatif pour le sexe ($p=0,69$) et l'origine géographique des patients Vendéens (avec 67% de Fontenaisiens sur tout le semestre et 64,3% dans notre échantillon, $p=0,54$).

Il n'était pas non plus représentatif pour l'âge ($p<0,001$). Les patients de l'échantillon étaient plus âgés avec un âge moyen de 48 ans *versus* 40,8 pour la population du semestre.

En revanche, on retrouvait une différence significative pour l'origine géographique toutes origines confondues avec 90,5% de patients Vendéens et 9,5% de patients non-Vendéens *versus* 96,3% et 3,7% dans l'échantillon ($p=0,027$). Ceci peut s'expliquer en partie par la fréquentation estivale de la région avec plus de patients originaires d'autres régions consultant en Vendée pendant l'été.

II.ÉVALUATION DE LA SATISFACTION

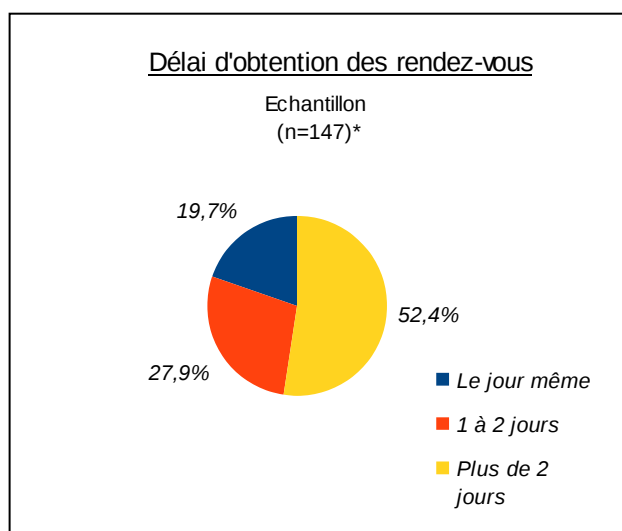
1. Questions fermées.

L'évaluation de la satisfaction portait sur plusieurs aspects de la consultation abordés dans le questionnaire suivant l'ordre chronologique d'une consultation.

i. Délai d'obtention des rendez-vous.

Les rendez-vous étaient pris par téléphone ou lors d'un passage spontané aux urgences.
La moitié des patients avait obtenu un rendez-vous en plus de 2 jours (52,4% soit 77 patients).
Deux d'entre eux avaient précisé dans leur questionnaire des délais de 5 et 7 jours.
19,7% des patients avaient pu avoir un rendez-vous dans la journée. (29 patients)

Figure 8: Délai d'obtention des rendez-vous.

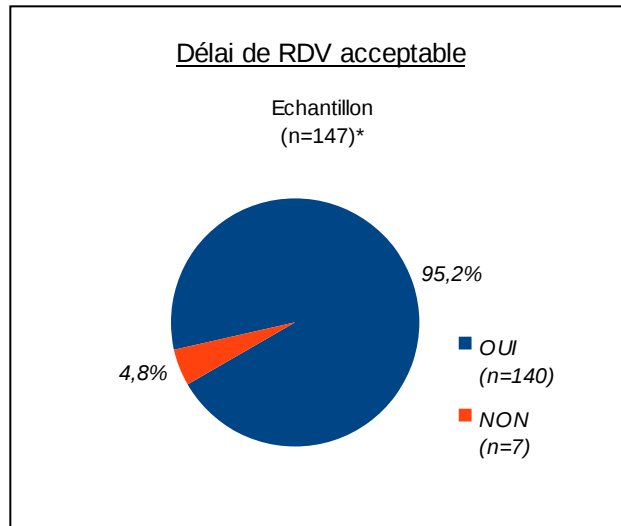


Parmi les 147 patients ayant répondu à cet item, 95,2% trouvaient le délai d'obtention du rendez-vous acceptable.

Tous les patients qui ne le trouvaient pas acceptable avaient dû attendre plus de 2 jours pour obtenir leur rendez-vous.

Parmi les 77 patients ayant eu un délai supérieur à 2 jours, 88,3% le jugeaient acceptable (avec 2 réponses manquantes).

Figure 9: Patients jugeant le délai de rendez-vous acceptable.



ii. Maladies chroniques.

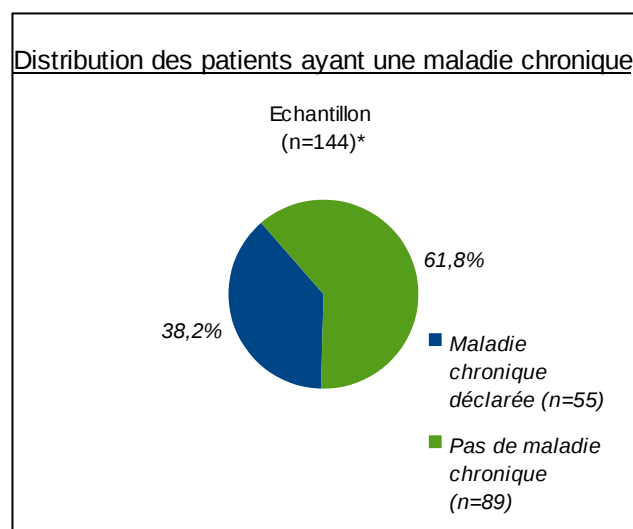
L'intérêt de la consultation SASPAS pour les patients ayant une maladie chronique n'explorait pas spécifiquement la satisfaction des patients mais identifiait l'apport possible d'un tel dispositif pour les patients nécessitant un suivi médical régulier (dans la limite de la définition de la maladie chronique, précisée dans le questionnaire comme « *maladie nécessitant des consultations fréquentes chez le médecin généraliste, par exemple : diabète, hypertension, asthme...* »).

55 patients soit 38,2% déclaraient avoir une maladie chronique (6 données manquantes).

Le taux de réponse à la question secondaire était bon puisqu'un seul de ces patients n'a pas répondu quant à l'intérêt de la consultation pour le suivi d'une maladie chronique.

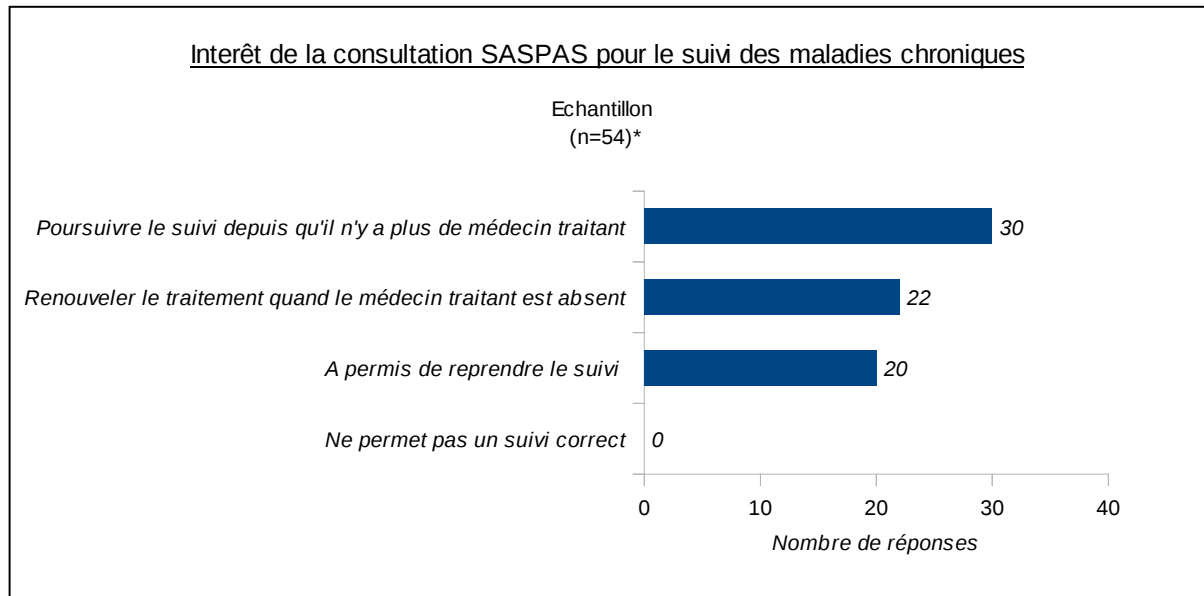
Les réponses non concordantes (de 22 patients n'ayant pas déclaré une maladie chronique mais qui avaient tout de même répondu à la question secondaire) n'ont pas été prises en compte.

Figure 10: Distribution des patients déclarant une maladie chronique.



Aucun patient ne répondait que la consultation ne permettait pas un suivi correct. L'item «*Permet de poursuivre votre suivi depuis que vous n'avez plus de médecin.*» récoltait 30 réponses, l'item «*A permis de reprendre votre suivi.*» 20 et l'item «*Permet de renouveler votre traitement quand votre médecin est absent.*» en récoltait 22. 32 réponses étaient multiples.

Figure 11: Intérêt de la consultation SASPAS pour le suivi des maladies chroniques.



iii. Critères de satisfaction de la consultation.

La prise en charge médicale et la durée de consultation récoltaient les meilleurs suffrages avec respectivement 88,1% et 85,6% des patients très satisfaits.

En revanche 6 patients n'étaient que peu satisfaits de l'attente en salle d'attente et 1 patient était peu satisfait de la prise de rendez-vous.

Concernant le suivi, 82% des patients étaient très satisfaits.

52 patients (soit 34,7%) avaient déclaré au moins 2 consultations au sein du dispositif SASPAS (46 patients rapportaient 2 à 5 consultations, 6 en rapportaient plus de 5).

Le taux de réponse à l'item «*qualité du suivi*» semblait donc bon et concordant : 51 patients ayant consulté à plusieurs reprises ainsi que 27 des 98 primo-consultants y ont répondu.

Les réponses des primo-consultants ont été incluses en considérant qu'ils pouvaient évaluer un éventuel suivi prévu à l'issue de leur première consultation.

Tableau 2: Critères de satisfaction de la consultation. Échantillon 17.09 – 2.11.2018 :

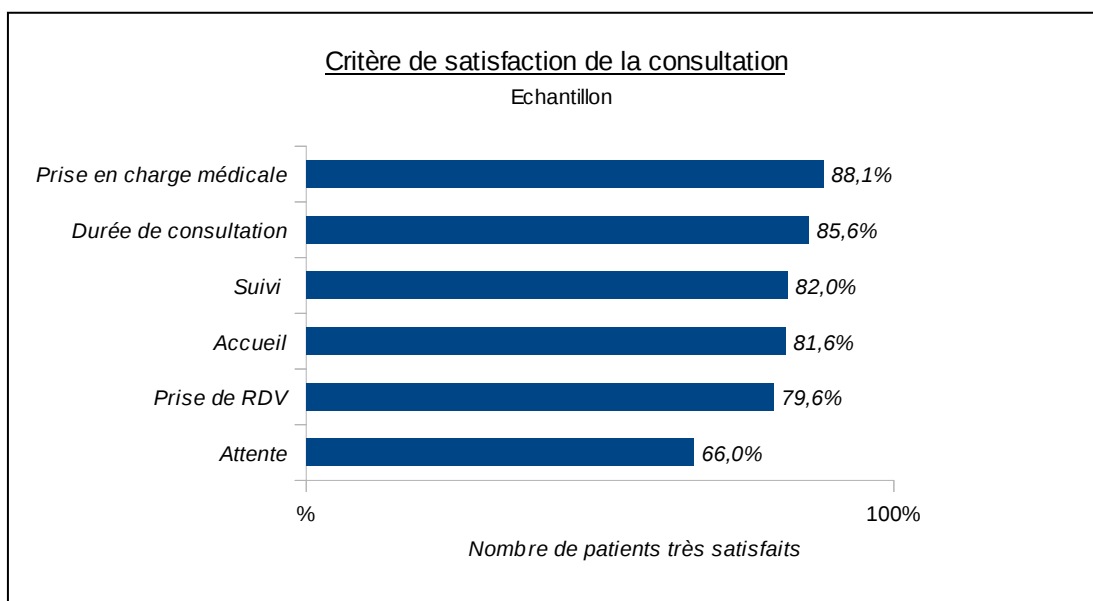
Satisfaction	Effectif	Proportion (%)*
Total	150	-
Accueil (n=141)**		
Très satisfait	115	81,6
Assez satisfait	26	18,4
Peu satisfait	0	0
Insatisfait	0	0
Prise de RDV (n=142)		
Très satisfait	113	79,6
Assez satisfait	28	19,7
Peu satisfait	1	0,7
Insatisfait	0	0
Attente (n=135)		
Très satisfait	89	66
Assez satisfait	40	29,6
Peu satisfait	6	4,4
Insatisfait	0	0
Durée de consultation (n=139)		
Très satisfait	119	85,6
Assez satisfait	20	14,4
Peu satisfait	0	0
Insatisfait	0	0
Prise en charge médicale (n=126)		
Très satisfait	111	88,1
Assez satisfait	15	11,9
Peu satisfait	0	0
Insatisfait	0	0
Suivi (n=78)		
Très satisfait	64	82
Assez satisfait	14	18
Peu satisfait	0	0
Insatisfait	0	0

* Proportions calculées sur le total des cas pour lesquels l'information est disponible.

** Nombre de réponses disponibles pour chaque critère.

Les patients très et assez satisfaits n'ont volontairement pas été regroupés dans une seule et même classe « Satisfaits » pour une analyse plus discriminante et plus fiable des critères de satisfaction.
(28)

Figure 12: Critères de satisfaction de la consultation.



iv. Note de satisfaction globale.

En fin de questionnaire, il était demandé aux patients d'attribuer une note de satisfaction globale entre 0 et 10 pour évaluer la consultation (de 0 = très insatisfait à 10 = très satisfait).

140 des 150 patients inclus ont répondu à cette question :

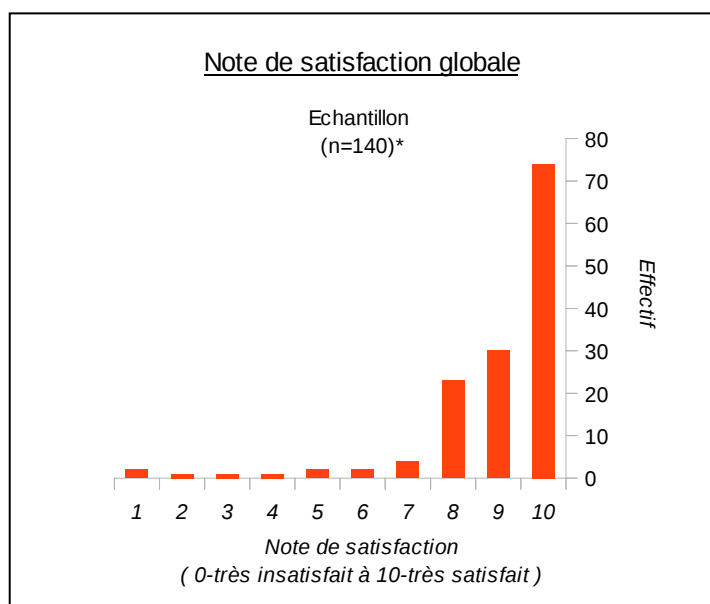
104 patients (74%) ont attribué une note de 9 ou 10 et 74 d'entre eux (53% des patients ayant répondu) ont donné la note maximale.

21% des patients (n=29) ont donné une note de 6 à 8,

et 5% des patients (n=7) ont attribué une note entre 0 et 5.

La note moyenne était de 8,9/10 (écart type=1,88).

Figure 13: Note de satisfaction globale attribuée à la consultation.



2. Questions à réponses libres.

Plus de la moitié des patients (n=82) ont apporté une réponse à la question « *Quels sont les points positifs de ce dispositif ?* »

Un peu moins d'un quart des patients ont également répondu aux « *Points à améliorer* » (n= 37) et ont complété les « *Commentaires libres* » (n=35).

Parmi les réponses à ces 3 questions ouvertes, 5 thèmes principaux étaient retrouvés :

- Les aspects pratiques et organisationnels de la consultation SASPAS (48 réponses).
- La satisfaction et le soutien du dispositif (55 réponses).
- La réponse au manque de médecins généralistes sur le territoire (37 réponses).
- La prise en charge médicale (35 réponses).
- L'accueil et les relations avec l'équipe paramédicale et médicale (21 réponses).

i. Aspects pratiques et organisationnels de la consultation SASPAS.

Points positifs :

Le critère qui soulevait le plus de remarques positives était la rapidité des rendez-vous avec 23 réponses :

« *rapidité du délai de rendez-vous [...]* », « *d'avoir un médecin assez rapidement* »

Puis venaient la facilité de prise de rendez-vous (5 réponses), la disponibilité des rendez-vous (2 réponses), la proximité et l'accessibilité (2 réponses) et la pratique du tiers payant (1 réponse) :

« *possibilité de consulter un médecin facilement* »,

« *disponibilité, rapidité de prise en charge* »

« *[...] proximité, prise en charge rapide* »

« *trouver un médecin traitant qui fait le tiers payant (110 euros de retraite)* ».

Points négatifs :

14 patients remarquaient des points à améliorer en termes d'organisation :

- l'attente (6 réponses)

- l'accessibilité, la signalétique pour trouver la consultation (3 réponses)

« *indiquer un peu mieux les urgences.* »,

« *peut-être l'information pour y accéder* »,

« *à l'entrée, panneau indiquant « consultations sur RDV »* »

- la disponibilité des rendez-vous (3 réponses):

« *avoir un médecin plus de 3 jours semaines et RDV plus tôt* »

« *le temps et le nombre de docs* »

« *plus de disponibilités pour les plages de rendez-vous* »

- et enfin la prise de rendez-vous (1 réponse) :

« *pouvoir prendre RDV à distance* ».

ii. Satisfaction et soutien du dispositif.

Points positifs : 55 patients soulignaient leur satisfaction dans les réponses libres.

Parmi eux, 21 appréciaient la démarche:

- « étant nouvelle en Vendée, le dispositif est pour moi performant. Par rapport à la région parisienne »*
- « ce service est formidable et doit être pérennisé. [...] »*

19 ne soulevaient pas de points à améliorer :

- « ça me paraît très bien comme ça. »*

4 patients soutenaient la démarche et son développement :

- « aucun sinon généraliser ce type de consultation »*
- « Autre praticien que médecin généraliste »*
- « enfin des personnels qui ont compris que le suivi de santé est plus important que de faire du chiffre cette démarche devrait être généralisée sur l'ensemble du territoire merci »*

Enfin, 13 patients exprimaient leur gratitude quant au dispositif de consultation SASPAS :

- « merci de cette excellente initiative », « merci d'avoir mis en place ce service »*
- « très contente d'avoir appris que ces consultations existent merci »,*
- « [...] Heureusement que ce dispositif est là, merci . »*

iii. Une réponse au manque de médecins généralistes sur le territoire.

Points positifs :

37 patients appréciaient la présence de la consultation dans un contexte de diminution du nombre de médecins généralistes dans la région :

- « j'ai du appeler 17 médecins avant de finir par venir ici car aucun m'a pris »*
- « génial quand on n'a plus de médecin traitant »*
- « pallier aux conséquences d'un désert médical est une idée formidable. »*
- « A continuer, une solution à la désertification des médecins sur Fontenay et ailleurs, une alternative que j'apprécie. »*

Certains précisaient un recours ponctuel à ce dispositif (3 réponses) et d'autres un recours plus pérenne (4 réponses) :

- « de voir un médecin de sur les urgences surtout quand notre médecin traitant est absent[...] », « c'est le dépannage »*
- « permet de remplacer notre médecin traitant »*
- « Permet de se faire suivre. suivre le traitement si médecin parti à la retraite. ».*

La consultation SASPAS apparaissait comme un élément rassurant dans ce contexte (4 réponses) :

- « par le manque de médecin actuellement ce service est rassurant. [...] »*

Et plus particulièrement chez les nouveaux arrivants dans la région :

- « nous arrivons dans la région, il est difficile de trouver un médecin nous sommes 5 c'est rassurant de pouvoir consulter si nécessaire d'avoir un médecin en attendant de trouver. »*
- « L'arrivée dans une région que l'on ne connaît pas et d'être pris en charge très rapidement. »*

Enfin, 5 patients avaient le souci de décharger les urgences :

« ces consultations SASPAS sont une excellente initiative pour enrayer les déserts médicaux dans certaines régions et désenclaver les urgences. »

« Cela nous permet d'avoir un avis médical sans poser de problèmes aux patients qui ont besoin d'avoir accès aux urgences. »

iv. Prise en charge médicale.

Points positifs :

35 patients évoquaient la prise en charge médicale dans les réponses libres.

La plupart (16 patients) soulignait le temps passé et l'écoute:

« [...]souplesse permet RDV médical même sans médecin référent bon accueil écoute suivi »

« les explications, le temps pris, la facilité de prendre un RDV »

« Prend le temps de bien expliquer »

« [...] prends le temps d'écouter les patients »

D'autres appréciaient la prise en charge dans plusieurs aspects comme l'efficacité, l'organisation des soins au sein de l'hôpital ou bien sans précision. (9 réponses) :

« disponibilité, rapidité de PEC »

« délai d'attente court, prise en charge très satisfaisante et rapide »

« très « pro », tous les services sont synchronisés »

« [...] Être intégré à un hôpital apporte le soutien de spécialistes en cas de besoin »

Par ailleurs 5 réponses soulignaient des consultations relevant bien de la médecine générale et non pas d'un circuit court des urgences destiné à traiter rapidement des pathologies aiguës :

« comble le départ du médecin, RDV rapide, suivi facilité avec les enfants »

« [...] et aussi pour approfondir le soucis »

« [...] prise en charge globale »

Point négatif :

Le point à améliorer concernant la prise en charge médicale relevé par 5 patients était le changement de médecin à chaque semestre.

« doutes sur le suivi ? », « les changements de praticiens »

« rien à améliorer mais désirerait un médecin personnel »

« je ne comprends pas que le docteur parte »

v. Accueil et relationnel.

Point positif :

L'accueil et la relation avec l'équipe paramédicale et médicale étaient soulevés comme points positifs par 20 patients.

« très bien reçue, accueil du médecin très satisfaisant »

« accueil au secrétariat et interne »

« très satisfait de la consultation et de l'accueil des urgences des bureaux »

Point négatif :

L'accueil était un point à améliorer pour deux patients :

« accueil un peu plus aimable même si je sais que leur métier n'est pas facile. »

« accueil peut-être différente que celle des urgences »

3. Caractéristiques de consultation de l'échantillon

Les caractéristiques de consultation ont été récoltées afin de décrire l'activité de la consultation SASPAS et d'évaluer l'évolution à un an de la mise en place du dispositif. Elles ont également permis les analyses en sous-groupes présentées plus loin.

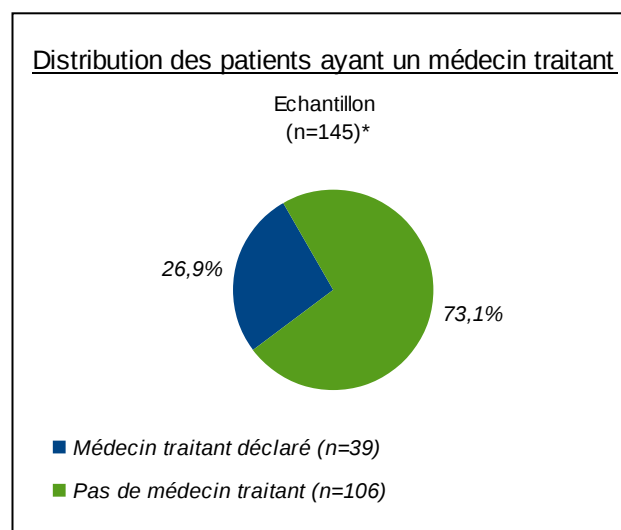
* Les effectifs peuvent différer du total de questionnaires récoltés pour cause de données manquantes

i. Médecin traitant déclaré.

Parmi les patients inclus, seulement 39 déclaraient avoir un médecin traitant (soit 26,9%). Près des trois quarts des patients n'avaient donc pas ou plus (pour cause de départ en retraite) de médecin traitant (106 patients soit 73,1%, 5 données manquantes).

Certains patients avaient mentionné que leur médecin traitant était parti à la retraite mais le motif d'absence de médecin traitant n'étant pas spécifiquement demandé dans le questionnaire, le nombre de patients avec un médecin traitant parti en retraite n'a pas été comptabilisé.

Figure 14: Distribution des patients ayant un médecin traitant.

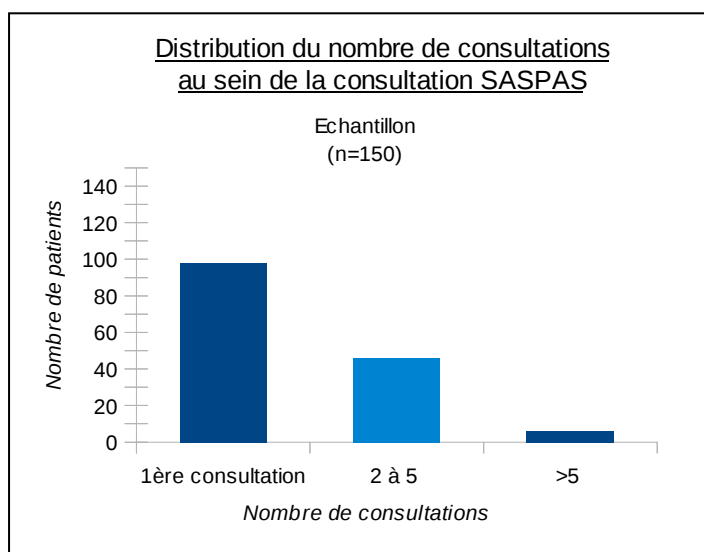


ii. Nombre de consultations au sein du dispositif.

Le nombre de consultations dont avait bénéficié chaque patient au sein du dispositif était également récolté. Tous les patients ont répondu à cet item. La majorité des patients consultait pour la première fois (98 primo-consultants soit 65,3%). Près d'un tiers déclaraient avoir bénéficié d'au moins 2 consultations (30,6% soit 46 patients) et 4% (soit 6 patients) avaient consulté plus de 5 fois.

La date de la première consultation n'était pas demandée, il pouvait donc s'agir indifféremment de consultations au cours du semestre de mai à novembre 2017 lors de la mise en place du dispositif ou de novembre 2017 à mai 2018 période pendant laquelle les internes de premier semestre des urgences assuraient ces consultations ou encore pendant le semestre de mai à novembre 2018.

Figure 15: Nombre de consultations au sein du dispositif



iii. Mode de connaissance de la consultation.

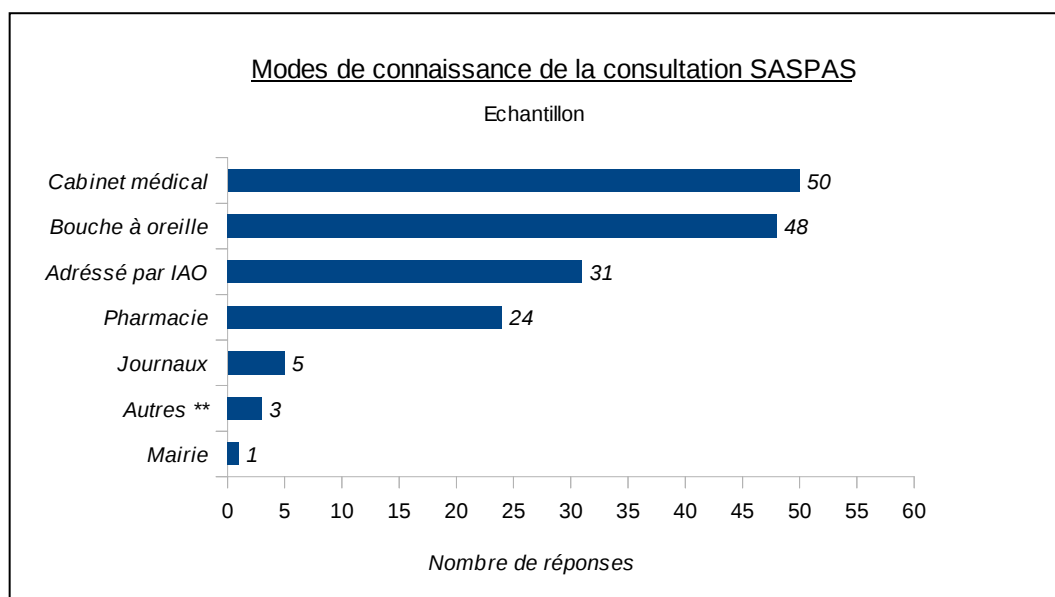
Le mode de connaissance de la consultation SASPAS était évalué en fonction des méthodes utilisées pour faire connaître le dispositif lors de sa mise en place en mai 2017.

Les réponses les plus retrouvées étaient les cabinets médicaux et le bouche à oreille (respectivement 50 et 48 réponses). Suivaient les patients informés par l'IAO et ceux renseignés par les pharmacies. Trois patients rapportaient spontanément une réponse différente : 2 avaient eu connaissance de la consultation au centre hospitalier, 1 patient sur internet.

Les journaux et la mairie n'étaient évoqués que dans respectivement 5 et 1 questionnaire.

Les réponses étant à choix multiples, la somme des proportions n'est pas égale à 100.

Figure 16: Mode de connaissance de la consultation SASPAS.



** Autres : Dont 2 par le centre hospitalier, 1 par internet.

iv. Motif de recours à la consultation SASPAS.

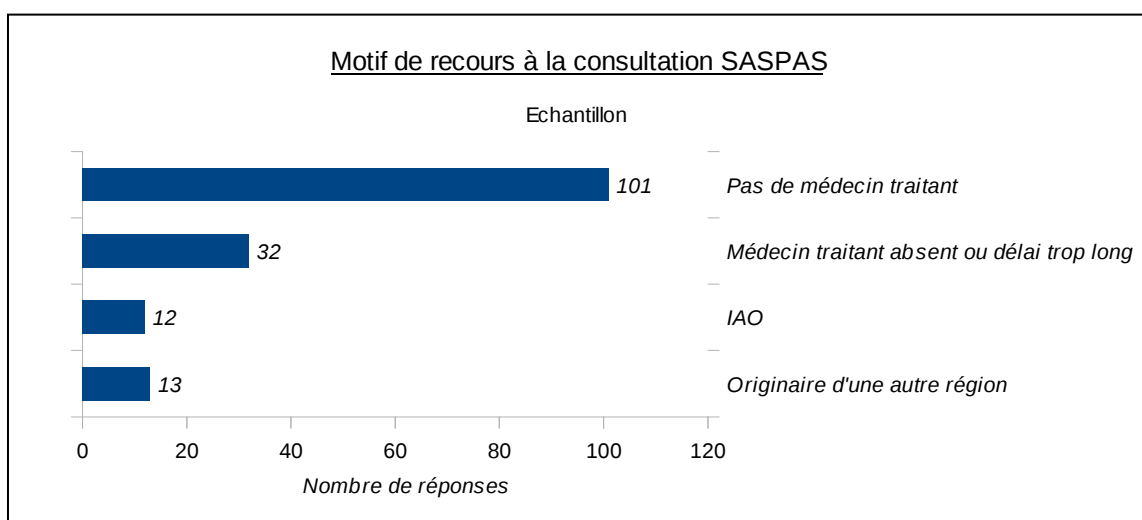
La plupart des patients venait consulter au sein du dispositif SASPAS parce qu'ils n'avaient pas de médecin traitant (101 réponses soit 67,8%).

Dans une moindre proportion, les patients déclaraient consulter parce que leur médecin était absent ou disponible dans un délai qui semblait trop long par rapport à leur demande (32 réponses ou 21,5%) ou bien lorsqu'ils étaient adressés par l'IAO après s'être présentés spontanément aux urgences (12 réponses, 8,1%).

Enfin quelques patients consultaient hors de leur région (13 réponses soit 8,7%).

La somme des pourcentages n'égale pas 100 puisque la question était à réponses multiples (9 patients avaient renseigné plusieurs réponses).

Figure 17: Motif de recours à la consultation SASPAS.



v. Motifs de consultation.

Les motifs de consultation étaient rapportés par les patients parmi les 4 classes proposées.

Ainsi, près de la moitié (73 patients soit 49,3%) déclaraient venir pour un suivi de santé. La consultation concernait un bilan de santé ou une vaccination pour 10 d'entre eux et un renouvellement d'ordonnance pour 49 de ces patients (33%).

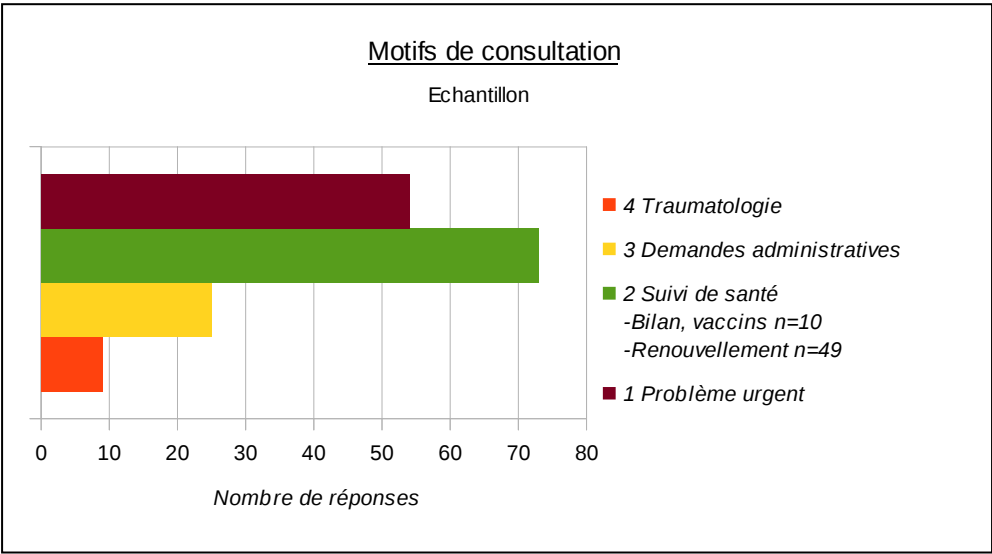
54 patients soit 36,5% consultaient pour un problème qu'ils pensaient urgent.

Les demandes administratives plus ou moins associées à la traumatologie concernaient 25 patients et 9 patients consultaient pour un motif de traumatologie isolé (soit 16,9% et 6,1%).

Il manquait deux données.

Les réponses étaient à choix multiple, la somme des pourcentages n'est donc là encore pas égale à 100.

Figure 18: Motifs de consultation.



4. Analyse en sous-groupe : Médecin traitant.

Sur notre échantillon seulement 26,9% des patients avaient un médecin traitant déclaré (5 données manquantes). Nous avons choisi de comparer les données de satisfaction de ces patients à celle des patients n'ayant pas de médecin traitant (73,1% de notre échantillon) après avoir comparé les données sociodémographiques des deux groupes.

De plus, pour répondre à l'objectif secondaire de l'étude, nous avons observé les caractéristiques de consultation de ces deux sous-groupes.

Pour plus de clarté, les résultats sont présentés pour le seul groupe « Pas de médecin traitant déclaré » comparé aux patients ayant un médecin traitant.

i. Caractéristiques sociodémographiques des groupes.

- Sexe :

Moins d'un tiers des patients avaient un médecin traitant déclaré, et ce quelque-soit le sexe : seulement 29,8 % des femmes et 24% des hommes de notre échantillon déclaraient avoir un médecin traitant ($p=0,432$).

- Age :

Dans toutes les classes d'âge, la majorité des patients n'avaient pas de médecin traitant, sans différence significative retrouvée ($p=0,054$).

On remarquait tout de même que plus de 80% des 60-74 ans et des plus de 74 ans de notre échantillon n'avaient pas de médecin traitant (respectivement 37 sur 45 patients et 10 sur 12 patients soit 82,2% et 83,3%).

- Origine géographique

Plus des trois quarts des Vendéens de l'échantillon déclaraient ne pas avoir de médecin traitant (96 patients soit 76,2% des Vendéens, 15 données manquantes).

78,8% des Fontenaisiens et 71,7% des non-Fontenaisiens n'avaient pas de médecin traitant.

Quant aux 4 patients non Vendéens, trois déclaraient avoir un médecin traitant (75%).

On ne retrouvait pas de différence entre les 2 sous-groupes pour l'origine géographique ($p=0,374$ pour les patients Vendéens). La différence était cependant proche de la significativité pour l'origine géographique toutes origines confondues ($p=0,0502$).

- Catégories socioprofessionnelles :

Nous n'avons appliqué aucun test statistique pour cette caractéristique, les effectifs trop faibles rendaient tout test peu fiable.

Ainsi aucune différence statistiquement significative n'était mise en évidence sur le sexe, l'âge et l'origine géographique des patients selon qu'ils aient ou non un médecin traitant.

Dans notre échantillon le manque de médecin traitant concernait donc toutes les catégories de population de façon comparable.

Tableau 3: Proportions des patients sans médecin traitant selon l'âge.

Age (n =145)	Pas de médecin traitant déclaré		Valeur de p
	Effectif	Proportion (%)	
0-14	3	60	0,054
15-29	23	69,7	
30-44	13	54,2	
45-59	20	77	
60-74	37	82,2	
>74	10	83,3	

ii. Données de satisfaction

- Délai de rendez-vous :

Le délai de rendez-vous était jugé acceptable par 95% des patients des 2 groupes sans différence significative ($p=1$).

Les patients des deux sous-groupes avaient pourtant obtenu leur rendez-vous dans des délais différents (59% des patients sans médecin traitant en plus de 2 jours contre 31% des patients ayant un médecin traitant).

- Intérêt de la consultation pour les maladies chroniques :

Les patients sans médecin traitant déclaraient significativement plus de maladies chroniques que les patients qui avaient un médecin traitant avec respectivement 44 et 10 patients soit 44% et 25,6% ($p=0,046$).

Quant à l'intérêt de la consultation pour ces maladies chroniques, les réponses étaient à choix multiple, nous avons donc choisi de ne pas y appliquer de test statistique.

Dans le groupe «médecin traitant», la moitié des patients répondait que la consultation SASPAS permettait de renouveler le traitement en cas de médecin traitant absent (5 patients).

Pour 4 patients, elle avait permis de reprendre le suivi.

Les patients du groupe « sans médecin traitant » rapportaient essentiellement la poursuite du suivi depuis qu'ils n'avaient plus de médecin traitant (28 patients, soit 63,6%), puis la reprise d'un suivi (15 patients soit 34%).

En revanche certaines réponses étaient discordantes : 2 patients ayant déclaré un médecin traitant affirmaient que la consultation SASPAS permettait de poursuivre le suivi depuis qu'ils n'avaient plus de médecin traitant et certains patients sans médecin traitant évoquaient le renouvellement lorsque le médecin traitant était absent (15 réponses).

- Critères de satisfaction de la consultation :

Aucune différence significative n'était observée quant aux critères de satisfaction de la consultation.

Les patients avec médecin traitant étaient autant satisfaits de leur consultation que les patients qui n'en avaient pas concernant l'accueil, la durée de la consultation ou encore la prise en charge médicale et le suivi. En effet plus de 80% des patients des 2 groupes étaient très satisfaits pour ces critères.

La prise de rendez-vous et la durée d'attente en salle d'attente étaient moins satisfaisants avec respectivement 76,3% et 64% de patients très satisfaits pour le groupe médecin traitant et 79,8% et 66% pour les patients sans médecin traitant.

Nous avons regroupé les patients assez satisfaits, peu satisfaits et insatisfaits en un seul groupe « Moins satisfaits » comme un groupe commun de patients vers les remarques desquels doivent se tourner les pistes d'amélioration du dispositif. (28)

- *Note globale de satisfaction :*

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes pour la note globale de satisfaction : dans le groupe médecin traitant, la note moyenne était 8,83 (écart type=1,64) alors que dans le groupe sans médecin traitant elle était égale à 8,94 (écart type=1,99) ($p=0,743$).

Tableau 4: Satisfaction du sous-groupe sans médecin traitant comparé au sous-groupe avec médecin traitant.

		Pas de médecin traitant déclaré		
Satisfaction	Effectif	Proportion (%)*	Valeur de p	
Accueil (n=136)**				
Très satisfaits	80	80,8	0,69	
« Moins satisfaits »	19	19,2		
Prise de RDV (n=137)				
Très satisfait	79	79,8	0,66	
« Moins satisfaits »	20	20,2		
Attente (n=130)				
Très satisfait	62	66	0,82	
« Moins satisfaits »	32	34		
Durée consultation (n=134)				
Très satisfait	81	84,4	0,45	
« Moins satisfaits »	15	15,6		
Prise en charge médicale (n=121)				
Très satisfait	74	88,1	0,75	
« Moins satisfaits »	10	11,9		
Suivi (n=76)				
Très satisfait	47	82,5	1	
« Moins satisfaits »	10	17,5		
	Pas de MT déclaré	MT déclaré	Valeur de p	
Note globale				
Moyenne	8,94	8,83	0,743	
Écart type	1,99	1,64		

* Proportions calculées sur le total des cas pour lesquels l'information est disponible.

** Nombre de réponses disponibles parmi les 2 groupes.

iii. Questions à réponses libres.

Plusieurs éléments communs étaient évoqués par les 2 groupes :

La satisfaction quant à l'accueil par l'équipe médicale et paramédicale, l'attente comme point à améliorer, ainsi que la signalétique pour accéder à la consultation pour quelques patients et enfin le souci de ne pas encombrer les urgences.

En revanche certaines remarques différaient selon que les patients avaient ou non un médecin traitant.

Concernant les aspects pratiques et organisationnels de la consultation, les patients ayant un médecin traitant remarquaient essentiellement la rapidité des rendez-vous.

Ceux du groupe sans médecin traitant soulignaient non seulement la rapidité des délais mais également la facilité de prise de rendez-vous. Ils suggéraient par ailleurs d'augmenter les plages de consultation et le nombre de médecins.

En termes de réponse au manque de médecin généraliste sur le territoire, les patients ayant un médecin traitant appréciaient de pouvoir consulter lorsqu'il était absent ou avec des délais de rendez-vous jugés trop longs ou bien encore pour les patients consultant en dehors de leur région :

« permettre une consultation et une prise en charge médicale lorsque les cabinets médicaux ne veulent pas parce que je n'ai pas de médecin traitant sur FLC étant donné que je suis étudiante. »

Quant aux patients n'ayant pas de médecin traitant, la consultation SASPAS apportait une réponse au manque de médecins généralistes sur le territoire, temporaire ou plus pérenne pour certains :

« c'est le dépannage »

« c'est rassurant de pouvoir consulter si nécessaire d'avoir un médecin en attendant de trouver », « permet d'avoir un médecin traitant ».

Pour la prise en charge médicale, les patients avec médecin traitant appréciaient l'efficacité et dans une moindre mesure l'écoute. Les patients du groupe sans médecin traitant quant à eux appréciaient plus fréquemment l'écoute, puis l'efficacité mais évoquaient également le suivi : pour certains c'était un point positif du dispositif, pour d'autres il constituait un élément d'inquiétude avec les changements de médecins à chaque semestre.

« doutes sur le suivi ? »

« rien à améliorer mais désirerait un médecin personnel »

Enfin, les deux groupes mais surtout les patients n'ayant pas de médecin traitant soutenaient la démarche et exprimaient leur reconnaissance dans les commentaires libres (5 réponses pour le groupe avec et 23 pour le groupe sans médecin traitant).

« merci d'avoir mis en place ce service »

« très contente d'avoir appris que ces consultations existent merci »

iv. Caractéristiques de consultation.

Nous avons choisi de ne pas appliquer de tests statistiques à ces données, puisqu'elles constituaient des réponses à notre objectif secondaire et que la plupart d'entre elles étaient des questions à réponses multiples. Nous avons donc effectué une analyse descriptive simple.

- *Nombre de consultations :*

La majorité des patients des 2 groupes consultait pour la première fois.

Cela concernait 30 patients ayant un médecin traitant (77%) et 65 patients (soit 61,3%) du groupe sans médecin traitant.

Parmi les patients du groupe «médecin traitant», 9 (soit 23%) avaient bénéficié de 2 à 5 consultations mais aucun n'avait consulté plus de 5 fois.

Quant aux patients n'ayant pas de médecin traitant, 35 (soit 33%) avaient consulté plus de 2 fois et 6 patients (5,7%) plus de 5 fois.

- *Mode de connaissance de la consultation :*

Les patients des 2 groupes avaient eu connaissance de la consultation SASPAS en majorité par le bouche-à-oreille et par les cabinets de médecine générale : respectivement 16 et 32 réponses (soit 41% et 33%) des patients ayant un médecin traitant *versus* 13 et 35 réponses (soit 30% et 33%) du groupe sans médecin traitant.

Puis par l'IAO (5 et 24 réponses soit 13% et 23%) et les pharmacies (5 et 17 réponses soit 13% et 16%).

Une minorité des patients en avait eu connaissance par les journaux (respectivement 2 et 3 réponses soit 5,1 et 2,8%) et par la mairie (une seule réponse d'un patient n'ayant pas de médecin traitant).

Enfin les 3 patients ayant eu l'information par internet ou par le biais du centre hospitalier n'avaient pas de médecin traitant.

- *Motif de recours*

La plupart des patients du groupe avec médecin traitant avait recours à la consultation SASPAS lorsque leur médecin était absent ou bien ne pouvait les recevoir que dans des délais trop longs par rapport à leur demande (27 réponses soit 69,2%).

La plupart des patients du groupe sans médecin traitant y avait recours à cause de l'absence même de médecin traitant (95 réponses soit 90,5%).

Six patients de chaque groupe avaient consulté spontanément aux urgences et avaient été redirigés vers la consultation SASPAS par l'IAO (soit 15,4% pour le groupe médecin traitant et 5,7% des patients sans médecin traitant).

Enfin quelques patients de chaque groupe consultaient en dehors de leur région de résidence (5 patients soit 12,8 % des patients avec et 7 soit 6,7% des patients sans médecin traitant).

Cependant, on retrouvait là encore des réponses incohérentes : pour 3 patients ayant déclaré un médecin traitant, le motif de recours était : « *pas de médecin traitant* ». A l'inverse pour 4 patients ayant déclaré ne pas avoir de médecin traitant, le motif était « *médecin traitant absent ou délai trop long* ».

- *Motif de consultation*

Les patients ayant un médecin traitant consultaient majoritairement pour un problème qu'ils pensaient urgent (25 réponses soit 64,1%), alors que le suivi de santé et les demandes administratives ne concernaient que 12 d'entre eux (avec respectivement 8 et 4 réponses soit 20,5% et 10,3%).

De leur côté les patients n'ayant pas de MT se présentaient avant tout pour des consultations de suivi de santé avec 62 réponses « suivi de santé » (soit 58,5%) dont 42 pour renouvellement d'ordonnance (soit 39,6% des motifs de consultation).

Les demandes administratives concernaient 21 patients (19,8%)

La traumatologie ne concernait que quelques patients de chaque groupe (4 patients avec et 5 patients sans médecin traitant soit 10,3% et 4,7%).

5. Analyse en sous-groupe : Motifs de consultation.

La consultation SASPAS visait à répondre à plusieurs types de demandes de soin, nous avons donc voulu comparer les données de satisfaction des patients selon leur motif de consultation.

La question était à choix multiples mais pour que nos tests soient fiables seuls les patients qui n'avaient apporté qu'une seule réponse ont été pris en compte.

Nous avons donc comparé d'une part les patients consultant uniquement pour un problème urgent à tous les autres patients (en excluant les réponses multiples comprenant ce motif) puis les patients consultant exclusivement pour un suivi de santé (quel qu'en soit le type et en excluant les réponses multiples comprenant ce second motif).

En revanche, nous avons choisi de ne comparer que les données de satisfaction. Contrairement aux sous-groupes établis selon la déclaration d'un médecin traitant, la description des caractéristiques de consultation selon le motif de consultation ne semblait pas pertinente sur le plan clinique.

i. « Un problème que vous pensez urgent ».

Parmi les 54 patients déclarant consulter pour un problème qu'ils pensaient urgent, 47 consultaient exclusivement pour ce motif.

- Description sociodémographique des groupes :

On ne retrouvait pas de différence significative pour l'âge ($p=0,344$), le sexe et l'origine géographique entre les patients consultant pour un problème urgent et les autres patients de l'échantillon.

29,6% des hommes et 37% des femmes consultaient pour un motif urgent ($p=0,341$)

Les motifs de consultation urgents concernaient 33% des Vendéens et 33% des patients originaires de Fontenay le Comte ($p=1$ et $p=0,973$).

- Délai de rendez-vous :

Les patients qui consultaient pour un problème urgent obtenaient leur rendez-vous plus rapidement que les autres. En effet 34% d'entre eux pouvaient venir en consultation le jour même et seulement 38,3% patientaient plus de 2 jours pour obtenir un rendez-vous contre 12% et 60,5% pour tous les autres patients.

On ne retrouvait pas de différence significative quant à l'acceptabilité de ces délais : 91,5% des patients consultant avec un motif urgent et 89% des autres patients le jugeaient acceptable ($p=0,18$).

Tableau 5: Comparaison des délais de RDV des motifs urgents aux autres motifs de consultation.

Délai de RDV	Problème urgent		Autres motifs		Valeur de p
	Effectif(n)	Proportion(%)	Effectif(n)	Proportion(%)	
Le jour même	16	34	11	12	0,0052
1 à 2 jours	13	27,7	25	27,5	
Plus de 2 jours	18	38,3	55	60,5	

- *Données de satisfaction :*

Les patients se présentant pour un problème urgent étaient satisfaits de la consultation dans la même mesure que les patients consultant pour d'autres motifs, on ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes concernant les critères de satisfaction étudiés.

Là encore, près de 80% des patients étaient très satisfaits de l'accueil, de la durée de consultation, de la prise en charge médicale et du suivi.

L'attente en salle d'attente et la facilité de prise de rendez-vous étaient à nouveau les critères qui rassemblaient le moins de satisfaction. Ils regroupaient tout de même respectivement 61,9% et 75,6% de patients très satisfaits chez les patients venant pour un problème urgent versus 70,2% et 83% chez tous les autres.

- *Note globale de satisfaction :*

On ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes pour la note globale de satisfaction avec une moyenne de 8,7 pour le groupe « problème urgent » (écart type=2) et de 9,05 (écart type =1,88) pour l'autre groupe.

Tableau 6: Satisfaction des patients consultant pour un problème urgent comparés aux autres motifs de consultation.

	Problème urgent		
Satisfaction	Effectif	Proportion (%)*	Valeur de p
Accueil (n=132)**			
Très satisfaits	35	79,6	0,877
« Moins satisfaits »	9	20,4	
Prise de RDV (n=133)			
Très satisfait	34	75,6	0,309
« Moins satisfaits »	11	24,4	
Attente (n=126)			
Très satisfait	26	61,9	0,347
« Moins satisfaits »	16	38,1	
Durée consultation (n=130)			
Très satisfait	37	84,1	0,765
« Moins satisfaits »	7	15,9	
Prise en charge médicale (n=117)			
Très satisfait	38	90,5	0,425
« Moins satisfaits »	4	9,5	
Suivi (n=73)			
Très satisfait	17	85	1
« Moins satisfaits »	3	15	
	Problème urgent	Autres motifs	Valeur de p
Note globale			
Moyenne	8,7	9,05	0,295
Écart type	2	1,88	

* Proportions calculées sur le total des cas pour lesquels l'information est disponible.

** Nombre de réponses disponibles parmi les 2 groupes.

ii. « Suivi de santé »

73 patients rapportaient consulter pour au moins une consultation de suivi, 64 d'entre eux n'avaient aucun autre motif de consultation.

Nous n'avons pas distingué les réponses précisant si le suivi comprenait un renouvellement d'ordonnance ou bien un bilan de santé ou encore une vaccination parce que tous les patients n'avaient pas complété ces précisions et cela n'apportait pas d'informations déterminantes à l'analyse en sous-groupe.

- Description sociodémographique des groupes :

Les patients consultant pour leur suivi de santé étaient plus âgés que les autres patients : leur âge moyen était de 56,4 ans (écart type=18,7) *versus* 40,1 ans (écart type=18,8) pour tous les autres patients ($p<0,001$).

Il n'y avait pas de différence par ailleurs pour le sexe ni l'origine géographique (*respectivement* $p=0,675$, $p=1$ *toutes origines confondues et* $p=0,725$ *pour les patients Vendéens*).

- Délai de rendez-vous.

Ces patients obtenaient leur rendez-vous dans les mêmes délais que tous les autres et la satisfaction quant à ces délais ne différait pas : plus de 90% des patients des 2 groupes les trouvaient acceptables. ($p=0,052$).

- Données de satisfaction :

Les données de satisfaction ne différaient pas entre les deux sous-groupes.

Parmi les patients se présentant pour une consultation de suivi comme parmi tous les autres motifs de consultation confondus, plus de 80% étaient satisfaits de l'accueil, de la durée de consultation, de la prise en charge médicale et du suivi.

Tout comme dans les analyses précédentes, la facilité de prise de rendez-vous et l'attente en salle d'attente satisfaisaient un plus petit nombre de patients. Malgré tout 83,3% et 71,9% du groupe de patients se présentant pour une consultation de suivi en étaient très satisfaits. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative avec les patients consultant pour d'autres motifs.

- Note globale de satisfaction :

On ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes pour la note globale de satisfaction avec une moyenne de 8,92 pour le groupe «suivi de santé» (écart type=2,2) et de 8,88 (écart type =1,7) pour l'autre groupe.

Tableau 7: Satisfaction des patients consultant pour un suivi de santé comparés aux autres motifs de consultation.

	Suivi		
Satisfaction	Effectif	Proportion (%)*	Valeur de p
Accueil (n=120)**			
Très satisfaits	52	85,2	0,16
«Moins satisfaits»	9	14,7	
Prise de RDV (n=131)			
Très satisfait	50	83,3	0,704
«Moins satisfaits»	10	16,7	
Attente (n=124)			
Très satisfait	41	71,9	0,276
«Moins satisfaits»	16	28,1	
Durée de consultation (n=128)			
Très satisfait	48	82,8	0,487
«Moins satisfaits»	10	17,2	
Prise en charge médicale (n=115)			
Très satisfait	41	83,7	0,368
«Moins satisfaits»	8	16,3	
Suivi (n=71)			
Très satisfait	30	83,3	0,717
«Moins satisfaits»	6	16,7	

	Suivi	Autres motifs	Valeur de p
Note globale			
Moyenne	8,92	8,88	0,93
Écart type	2,2	1,7	

* Proportions calculées sur le total des cas pour lesquels l'information est disponible.

** Nombre de réponses disponibles pour chaque groupe.

- Maladies chroniques :

Sans surprise, les consultations pour suivi de santé regroupaient plus de patients avec une maladie chronique. 33 patients soit 55% déclaraient une maladie chronique *versus* 20,5% parmi les autres patients ($p < 0,001$).

La consultation SASPAS permettait de renouveler le traitement lorsque le médecin traitant était absent pour 14 de ces patients (soit 45,2%) et de reprendre un suivi ou de le poursuivre depuis qu'ils n'avaient plus de médecin traitant pour respectivement 13 et 10 d'entre eux (41,9% et 32,3%). Nous n'avons pas réalisé de test statistique pour ce critère.

iii. Demandes administratives et traumatologie.

18 patients consultaient uniquement pour une demande administrative et 6 patients pour un motif de traumatologie isolé. Devant ces petits effectifs, nous n'avons pas effectué de tests statistiques.

Les demandes administratives comprenaient entre autres les prolongations d'arrêts de travail ou d'accident de travail ou encore les certificats de non contre-indication à la pratique sportive.

Parmi ces patients, la plupart avaient obtenu le rendez-vous en plus de 2 jours (58,9%) et trouvait ce délai acceptable (94%).

La majorité était très satisfaite pour tous les critères de satisfaction avec cependant des proportions inférieures à celles de l'échantillon total : 62,5% des patients étaient très satisfaits de l'accueil, 75% de la facilité de prise de rendez-vous, 68,8% de l'attente en salle d'attente et 87,5% de la durée de consultation. Enfin, 78,6% et 62,5% étaient très satisfaits de la prise en charge médicale et du suivi. La note moyenne de satisfaction était de 9,1 (écart type=0,96).

Parmi les 6 patients consultant pour la traumatologie 5 avaient obtenu un rendez-vous en moins de 2 jours et 1 seul en plus de 2 jours. Tous considéraient ce délai correct.

Pour les critères de satisfaction de la consultation, les 6 étaient très satisfaits de la durée de consultation et de la prise en charge médicale, 5 patients l'étaient de la facilité de prise de rendez-vous.

4 patients étaient très satisfaits du suivi, 4 de l'accueil et 3 de l'attente en salle d'attente (avec une réponse manquante pour ces 3 items).

Leur note moyenne de satisfaction était de 9,4 (écart type=0,89).

III. ACTIVITE DE CONSULTATION

1. Activité sur le semestre mai à novembre 2018

i. Description de la population.

La population globale du semestre était composée de tous les patients ayant consulté au sein du dispositif de consultation SASPAS entre le 2 mai et le 2 novembre 2018.

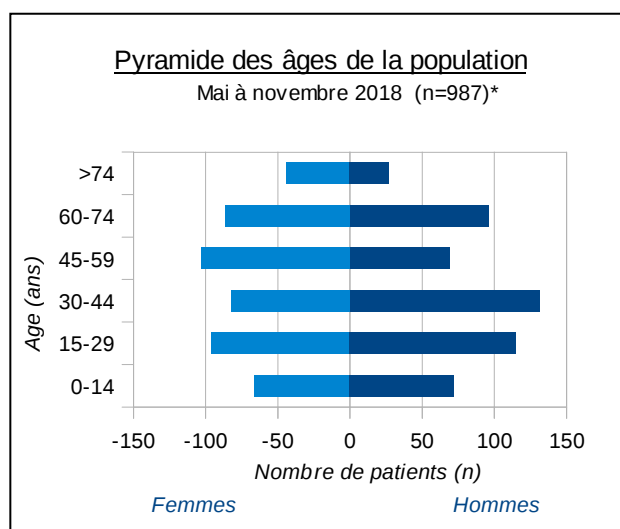
La population était homogène pour le sexe avec 477 femmes (48,3%) et 511 hommes (51,7%). (1 donnée manquante).

Les classes d'âge étaient globalement homogènes entre 15 et 74 ans avec des pourcentages proches de 20% : la tranche des 15-29 ans et la tranche des 30-44 ans représentaient respectivement 21,6% et 21,4% de la population. Les 45-49 et 60-74 ans représentaient 17,4 et 18,4% des patients.

La population gériatrique était la moins représentée avec 71 patients (soit 7,2% de la population) après les enfants avec 138 patients de moins de 15 ans soit 14% du total.

L'âge moyen était 40,8 ans et l'âge médian 38,4 ans (écart type=22,8).

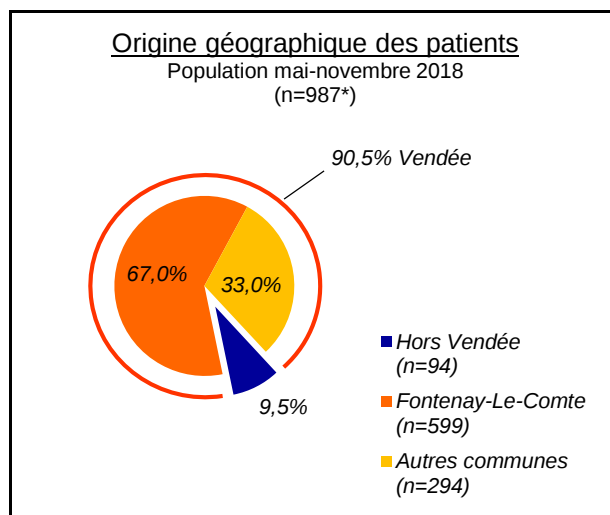
Figure 19: Pyramide des âges de la population.



Les patients étaient en grande majorité Vendéens : 893 patients soit 90,5% de la population étaient originaires de Vendée, dont 599 (60,7% des Vendéens) de Fontenay le Comte et son agglomération. Parmi les 94 autres patients, 9 venaient de Loire-Atlantique, 80 d'autres départements et 5 de l'étranger (2 données manquantes).

Les patients étrangers et originaires de départements hors-Vendée étaient essentiellement des estivants et des militaires d'un centre de formation national situé à Fontenay le Comte.

Figure 20: Origine géographique de la population.



ii. Activité de consultation.

Sur la période du 2 mai au 2 novembre 2018 989 consultations ont été réalisées avec une moyenne de 13,7 consultations par jour.

Le nombre maximum de consultations a été atteint le 12 septembre avec 20 consultations et le nombre minimum le 25 juin avec 7 consultations.

L'activité de consultation la plus importante a été en septembre avec une moyenne de 15 consultations par jour. Le mois le moins actif a été le mois de juin avec 11,5 patients.

La répartition des consultations sur les 3 jours de semaine était identique le lundi et le mercredi avec 35% d'activité et discrètement plus faible le vendredi avec 30% des consultations totales.

Le nombre de reconvoctions a progressivement augmenté au cours du semestre de 2,6% des consultations au mois de mai (4 reconvoctions sur 155 consultations) à 16% en octobre (32 reconvoctions sur 200 consultations).

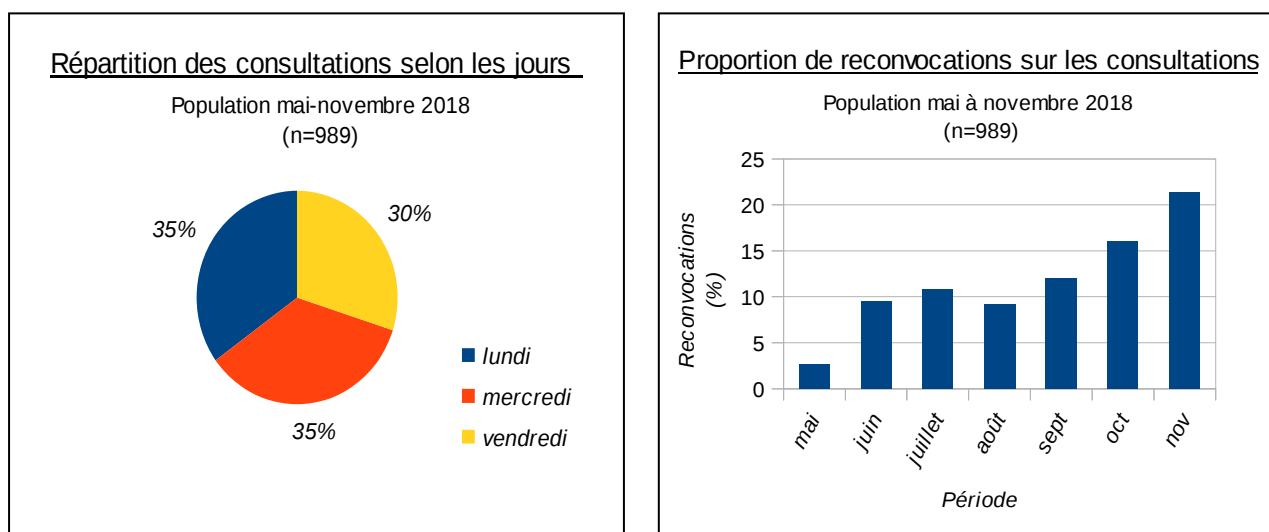
En novembre une seule journée de consultation a été réalisée, au cours de laquelle 3 patients avaient été reconvoqués. (21,4%)

Tableau 8: Activité de consultation sur le semestre de mai à novembre 2018

Période (2018)	Nombre de jours de consultation	Nombre de consultations	Nombre de consultations/jour
mai	12	155	12,8
juin	13	148	11,5
juillet	10	148	14,8
août	12	174	14,4
septembre	10	150	15
octobre	14	200	14,3
novembre	1	14	14
Semestre	72	989	13,7

Figure 21: Répartition des consultations totales sur la semaine

Figure 22: Proportion des reconvoications sur le semestre mai à novembre 2018



2. Comparaison à l'activité de 2017.

i. Description de la population.

- Sexe :

Pour le sexe, les populations des semestres d'été 2017 et 2018 étaient similaires avec 48,3% de femmes et 51,7% d'hommes en 2018 (n=988) et 50,1% de femmes et 49,9% d'hommes pour 2017 (n=371).

- Age :

Pour l'âge, la population ayant consulté entre mai et novembre 2018 était plus âgée avec un âge moyen de 40,8 ans (*versus* 35 ans en 2017).

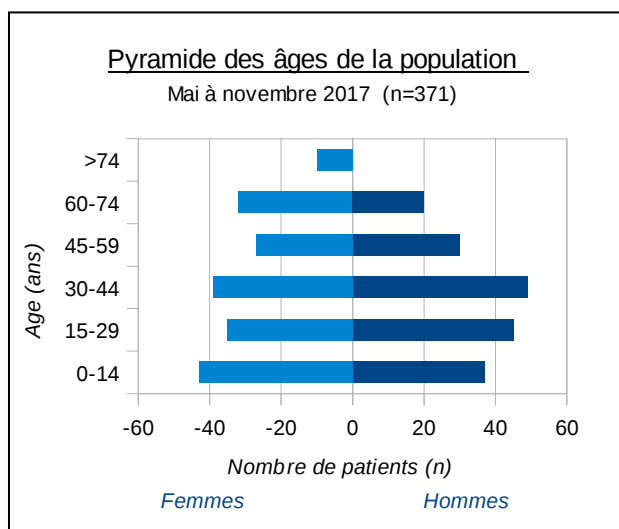
La population pédiatrique était en effet moins représentée avec 14% des patients ayant moins de 14 ans (n=138) contre 21,6% (n=80) de la population du semestre d'été 2017.

Les 15-29 ans représentaient 21,4% (n=211) de la population de mai à novembre 2018 *versus* 21,6% (n=80) pour 2017.

Les autres tranches d'âge à partir de 30 ans étaient globalement plus représentées dans la population du semestre d'été en 2018 avec notamment 25,6% de patients plus de 60 ans *versus* 18% en 2017.

La répartition des tranches d'âge au-delà de 30 ans était similaire avec des proportions décroissantes de patients de 30 à 44 ans (21,6% *vs* 23,7% en 2017), 45 à 59 ans (17,4% *vs* 15,4%) 60 à 74 ans (18,4% *vs* 14%) et de plus de 74 ans (7,2 % *vs* 3,7%).

Figure 23: Pyramide des âges de la population du 1er semestre d'activité-2017



- *Origine géographique :*

L'origine géographique des patients était pour une large majorité Vendéenne dans les deux populations dont plus de la moitié originaire de Fontenay le Comte et son agglomération.

En effet sur la population totale du semestre d'été 2017, 83% des patients (n=307) venaient de Vendée dont 65% (n=198) de Fontenay le Comte *versus* 90,5% (n = 893) dont 60,4% (n=599) originaires de Fontenay le Comte sur la même période en 2018.

- *Catégories socioprofessionnelles :*

Plus d'un tiers des patients ayant consulté sur le semestre d'été 2017 était sans emploi (44%), de façon similaire à notre échantillon (38,4%)

ii. Activité de consultation

- *Activité totale :*

L'activité de consultation au cours du semestre d'été 2018 a largement augmenté à un an de la mise en place du dispositif.

En effet, le nombre total de consultations a doublé : 989 consultations ont été réalisées entre mai et novembre 2018 *versus* 481 sur la même période en 2017 pour respectivement 72 et 59 jours de stage.

Le nombre moyen de consultations par jour est passé de 8 à 13,7 soit une augmentation d'un facteur 1,7 ou + 71% d'activité. Alors que la fréquentation globale du service des urgences a augmenté de +8,8% sur l'année 2018 par rapport à 2017.

- *Activité selon les jours de semaine :*

Les jours de consultation au cours du semestre de mai à novembre 2018 étaient les lundis, mercredis et vendredis. Sur la même période en 2017 il s'agissait des lundis, mardis et jeudis avec une répartition de l'affluence différente : 34% des consultations ont été effectuées les lundis, 27% les mardis et 39% les jeudis. (*versus* 35% les lundis et mercredis et 30% les vendredis en 2018).

- *Reconvocations :*

Les reconvocations n'ont pas représenté la même activité sur le semestre d'été 2018 que ce qu'elles avaient représenté sur la même période en 2017 mais elles ont de la même façon augmenté progressivement au cours du semestre.

En effet, elles ont concerné 10,4% de toutes les consultations entre mai et novembre 2018 avec une augmentation progressive de 2,6% en mai jusqu'à 16% en octobre et 21,4% sur l'unique journée de consultation du 2 novembre.

Sur le semestre d'été 2017, elles avaient représenté 15% des consultations de mai à juillet puis augmenté jusqu'à 40% en octobre.

iii. Caractéristiques de consultation

La déclaration d'un médecin traitant et le motif de recours à la consultation SASPAS étaient également étudiés sur la période de mai à novembre 2017. Les chiffres ont beaucoup évolué depuis la mise en place du dispositif.

Parmi la population du semestre d'été 2017, 72% des patients déclaraient avoir un médecin traitant. A l'inverse, notre échantillon présentait 73,1% de patients dépourvus de médecin traitant.

Par ailleurs, à la mise en place de la consultation SASPAS, la très large majorité des patients était adressée par l'IAO (83% des consultations). A l'inverse 88% des patients consultaient sur rendez-vous à la fin du semestre 2017 et cette tendance s'est poursuivie par la suite.

Dans notre échantillon la proportion de consultations sur rendez-vous n'est pas quantifiable de manière précise mais seulement 8,1% des patients avaient recours à la consultation par le biais de l'IAO et celle-ci pouvait proposer un rendez-vous différé aux patients se présentant pour un motif non urgent. De plus moins de 20% des patients obtenaient un rendez-vous dans la journée.

DISCUSSION

Notre enquête réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire retrouvait un bon degré de satisfaction des patients du dispositif de consultation SASPAS créé en mai 2017 au sein du Centre Hospitalier de Fontenay le Comte.

L'étude présente des limites méthodologiques mais relève des éléments pertinents quant aux axes d'amélioration à prendre en compte et à l'activité de la consultation.

I. Forces et limites de l'étude.

1. Mode de recueil du questionnaire et taux de réponse.

Nous avons choisi de remettre en mains propres le questionnaire aux patients lors d'une consultation afin d'évaluer un événement précis : la consultation à laquelle ils venaient tout juste de participer. Ils remettaient le questionnaire de façon anonyme en le déposant dans une boîte en sortant de la consultation.

La moitié des patients consultant pendant la période de recueil a répondu à notre questionnaire.

Tous les questionnaires récoltés ont été inclus qu'ils aient été complétés en intégralité ou non et pour tous les motifs de consultation.

Une étude réalisée en 1996 par Wensing retrouvait qu'il n'y avait pas de différences dans le contenu des réponses entre un questionnaire remis au cabinet et un questionnaire envoyé par la poste, en revanche le taux de réponse était meilleur lorsqu'il était remis au cabinet. (30) Il ne nous a donc pas semblé judicieux d'envoyer les questionnaires par courrier. Associer les deux modes de remise du questionnaire aurait pu entraîner un meilleur taux de réponse mais aussi une différence non négligeable dans l'évaluation de la satisfaction des patients : les uns auraient répondu immédiatement après une consultation, les autres avec du recul. Les deux approches auraient été pertinentes mais combinées dans une même étude elles auraient pu entraîner des réponses moins homogènes et plus difficilement interprétables.

D'autre part nous souhaitons étudier un événement précis et récent pour des réponses plus fiables et pour mieux évaluer le vécu individuel. (16,17)

Récolter les questionnaires immédiatement après la consultation assurait d'ailleurs le caractère transversal de notre étude alors qu'un recueil organisé par courrier auprès des patients ayant consulté lors de l'année ou du semestre précédents aurait été rétrospectif.

Les patients ne répondaient au questionnaire qu'une seule fois au cours de la période de recueil. Nous avons observé qu'ils refusaient spontanément le questionnaire lorsqu'ils y avaient déjà répondu. Pour s'en assurer, une recherche de doublons a été faite sur les caractéristiques sociodémographiques et de consultation des patients.

Aucun doublon n'a été retrouvé : aucun questionnaire ne présentait à la fois le même âge, le même sexe, la même profession, la même réponse quant à l'existence d'un médecin traitant ni le même mode de connaissance de la consultation qu'un autre.

Par ailleurs, le questionnaire n'était pas standardisé mais était à compléter par les patients seuls, sans intervention extérieure. Cela permet une meilleure reproductibilité notamment si l'enquête est renouvelée ultérieurement. (20)

Il peut également être utilisé si d'autres centres hospitaliers mettent en place un dispositif similaire.

En revanche la réponse au questionnaire était basée sur le volontariat, et dépendait donc de la motivation individuelle à le compléter.

Le taux de réponse de 50% ne reflète-t-il que les patients satisfaits ? Les patients non-satisfaits sont-ils sous-estimés ?

Le mode de remise du questionnaire peut avoir induit un biais de recrutement.

En effet, nous avons choisi de ne pas laisser simplement le questionnaire en libre-service dans la salle d'attente puisqu'elle était commune aux urgences et à la consultation SASPAS. Cela aurait pu entraîner des erreurs entre les patients des deux services.

En remettant le questionnaire en mains propres, nous cherchions aussi à stimuler les réponses puisque seuls les patients volontaires répondaient. Cela permettait également une information orale pour le recueil du consentement à laquelle s'ajoutait la note d'information écrite introduisant le questionnaire.

Trois types d'intervenants pouvaient remettre ce questionnaire. Lors de la période de test le taux de réponse était de 65,2% nous avons donc maintenu la même méthode.

Il n'aurait pourtant fallu qu'un seul intervenant pour une remise systématique du questionnaire et une information homogène des patients. Pour des raisons pratiques cela n'a pas été fait.

Tout d'abord, l'accueil commun avec la file active des urgences ne permettait pas toujours aux IAO de prendre le temps de remettre le questionnaire aux patients et de leur expliquer la démarche. C'est donc pour favoriser l'inclusion des patients malgré tout que nous avons multiplié les intervenants pour la remise des questionnaires en ajoutant les secrétaires d'accueil et l'interne lui-même.

D'autre part, l'IAO en poste changeait 2 fois par jour et les secrétaires d'admission selon leurs absences et congés.

En revanche, il n'était pas envisageable que les questionnaires ne soient remis que par l'interne. Celui-ci pouvait également remettre le questionnaire mais il ne le présentait qu'en fin de consultation aux patients qui n'en avaient pas reçu à l'accueil.

Ceux-ci pouvaient le remplir après la consultation mais ils ne bénéficiaient alors pas du temps d'attente en salle d'attente pour le compléter. De plus, le caractère anonyme des réponses était rappelé mais pouvait sembler moins garanti aux patients lorsque le questionnaire leur était remis par l'interne lui-même.

Il était également préférable que l'enquête leur soit présentée en amont de la consultation par un autre intervenant pour éviter un biais de mesure qui aurait été l'évaluation de l'interne et non pas du dispositif dans sa globalité.

Enfin, la remise systématique des questionnaires pouvait être là encore influencée par la charge de travail de l'interne et le retard sur les consultations.

Par ailleurs, les résultats montrent que les enfants n'ont que très peu répondu au questionnaire alors que les moins de 15 ans représentaient 14% de la population.

Tous ces facteurs peuvent avoir contribué à diminuer le taux de réponse et les refus n'ayant pas été recensés nous ne pouvons pas distinguer les questionnaires non-remis des refus parmi les 50% de non-réponses.

2. Représentativité de l'échantillon.

Notre échantillon était représentatif de la population de la période de recueil pour le sexe et l'origine géographique des patients. Il ne l'était pas pour l'âge.

En revanche, comparé à la population totale du semestre il était représentatif pour l'origine géographique des patients Vendéens uniquement.

Le recueil des questionnaires a été réalisé entre septembre et début novembre. Or la fréquentation estivale des cabinets médicaux et des urgences est marquée dans la région. Les estivants qui n'étaient pas présents sur la période de recueil peuvent expliquer la différence dans les origines géographiques entre cette période et le semestre entier. A titre d'exemple, le service des urgences de Fontenay-le-Comte atteint son pic d'affluence en juillet avec 2003 passages soit 200 admissions supplémentaires par rapport aux autres mois de l'année.

Il aurait pu être intéressant d'évaluer la satisfaction des patients sur cette période estivale. Malgré tout, il ne s'agit que d'une période de deux mois par an alors que les patients les plus concernés par la diminution de la densité médicale à l'échelle de Fontenay le Comte et les plus susceptibles de consulter à l'année sont bien la population locale donc les patients ayant consulté pendant la période du recueil. En termes d'évaluation du service rendu dans une optique de renfort du réseau de soins local, la satisfaction des seuls patients de la période septembre-octobre apporte déjà des informations pertinentes quant au dispositif.

De la même façon, répéter l'enquête en période hivernale où la fréquentation est là encore augmentée en raison des épidémies saisonnières permettrait d'évaluer le dispositif sous l'angle de l'activité de consultation mais aussi de la satisfaction des patients. Nous pourrions ainsi comparer nos données à une période de forte affluence commune à tous les cabinets de médecine générale de ville.

Concernant l'âge, la différence entre notre échantillon et la population était principalement liée à un nombre très limité d'enfants inclus alors qu'ils représentaient une part non négligeable de l'activité de la consultation SASPAS. Il était précisé dans la note d'information aux patients que le questionnaire était également destiné aux enfants, à remplir avec ou par leurs parents. Sur la période de test un enfant avait répondu, l'inclusion de la population pédiatrique nous semblait donc possible.

Dans la phase définitive du recueil la population pédiatrique était bien moins représentée. Peut-être s'agissait-il de la difficulté pour les parents d'allonger le temps de consultation pour compléter le questionnaire, de parents moins enclins à remplir le questionnaire pour leur enfant que pour eux-mêmes ou d'une population, dont les adolescents, pour laquelle le questionnaire n'était pas adapté.

Dans la littérature, les enquêtes de satisfaction n'incluent que les patients de plus de 18 ans. (13)

La population pédiatrique nous semblait avoir sa place dans l'évaluation de la consultation SASPAS en tant que part inévitable de la patientèle d'un cabinet de médecine générale mais nous n'aurions dû inclure que les adultes.

Pour évaluer le dispositif auprès des enfants et adolescents, il conviendrait de trouver un outil et une méthode de recueil plus adaptés.

3. Forme du questionnaire

Certaines réponses des patients inclus étaient discordantes ou peu précises entraînant un biais de mesure. Pour certaines la formulation de la question pouvait être en cause, pour d'autres cela apportait malgré tout des informations utiles.

i. Déclaration d'un médecin traitant

Pour l'analyse en sous-groupe selon la déclaration ou non d'un médecin traitant, certaines réponses n'étaient pas cohérentes. A la question « *Avez-vous un médecin traitant déclaré ?* », le taux de réponse était bon puisque 145 des 150 questionnaires récoltés portaient une réponse.

En revanche certaines réponses ultérieures étaient discordantes (7 réponses pour le motif de recours et 17 pour le suivi des maladies chroniques).

Pour plusieurs patients ayant déclaré avoir un médecin traitant, le motif de recours à la consultation SASPAS était « *pas de médecin traitant* », et le dispositif permettait de « *poursuivre le suivi depuis qu' [ils n'ont] plus de médecin traitant* ». Quant à d'autres patients ayant déclaré ne pas avoir de médecin traitant, le motif de recours était « *médecin traitant absent ou délai de rendez-vous trop long* » et pour d'autres la consultation SASPAS permettait de « *renouveler le traitement lorsque le médecin traitant est absent* ».

Nous avons choisi de conserver les réponses à la question initiale pour établir les sous-groupes avec et sans médecin traitant mais de décrire ces réponses discordantes.

Ces données mettent en effet en évidence la position incertaine des patients dépourvus depuis peu de médecin traitant qui n'ont pas de visibilité sur leur situation actuelle ni future.

En effet, ces incohérences peuvent être liées au départ tout récent de médecins généralistes en retraite encore considérés par leurs patients comme leur médecin traitant (un patient a d'ailleurs coché la réponse « *oui* », en précisant spontanément « *en retraite* »). Elles peuvent aussi être expliquées par un médecin généraliste en arrêt maladie prolongé non remplacé, ou encore le départ imminent sans date précise d'autres médecins.

De plus les patients non Vendéens qui ont un médecin traitant dans leur région d'origine peuvent ne pas trouver de médecin généraliste disponible en ville pour les recevoir ponctuellement. Ce qui peut être également le cas pour les patients récemment arrivés en Vendée comme les nombreux jeunes retraités qui emménagent dans la région et n'ont pas encore de nouveau médecin traitant.

Certains d'entre eux ont d'ailleurs pu exprimer leur désarroi au cours du semestre. La difficulté de trouver un médecin traitant n'avait pas été anticipée lors du départ de leur région d'origine et devenait problématique à leur arrivée en Vendée pour reprendre un suivi médical.

Enfin, les patients sans médecin traitant pouvaient également avoir recours à la consultation SASPAS devant des rendez-vous possibles chez un autre médecin généraliste de ville mais dans des délais jugés trop longs.

ii. Note de satisfaction globale

Quant à la note de satisfaction globale de 0 à 10, cinq réponses étaient incohérentes : 5 patients attribuaient une note inférieure à 4 alors qu'ils étaient très ou assez satisfaits pour tous les autres items du questionnaire.

Peut-être s'agissait-il d'une erreur de lecture. Le tableau précédent dans le questionnaire présentait les réponses dans l'ordre décroissant de satisfaction, les patients ont pu répondre à la question suivante dans le même sens de lecture de gauche à droite sans prêter attention au chiffre correspondant.

En alternant les types de questions et l'ordre des réponses nous visions à éviter le biais d'acquiescement et le *speeding* soit la tendance aux réponses systématisées pour compléter rapidement un questionnaire. (18) Malheureusement cela a pu également entraîner des erreurs dans la lecture des questions et des réponses à renseigner.

Pendant la période de test une seule note incohérente avait été retrouvée, nous n'avions donc pas modifié cet item. Nous avons choisi d'inclure tout de même toutes les notes puisqu'il n'était pas possible d'objectiver ni de quantifier les réponses biaisées.

iii. Maladies chroniques

Nous avons modifié les questions se rapportant aux maladies chroniques après la période de test. Un certain nombre de réponses sont tout de même revenues inadaptées : 22 patients ayant déclaré ne pas avoir de maladie chronique répondaient malgré tout à l'item explorant l'intérêt de la consultation pour ces maladies. Peut-être évaluaient-ils le dispositif en se représentant l'intérêt potentiel pour les patients porteurs de maladies chroniques mais nous avons choisi de ne pas inclure ces réponses.

iv. Questions à réponses multiples.

Certaines de nos questions pouvaient manquer de précision mais ont permis un bon taux de réponse et des informations utiles quant au dispositif :

Pour les maladies chroniques, la question de l'intérêt de la consultation SASPAS n'était pas assez discriminante, beaucoup de réponses étaient multiples et plusieurs étaient incohérentes notamment quant à la déclaration d'un médecin traitant. Nous n'avons pas appliqué de test statistique à ces réponses, cela n'aurait pas été valide. La question n'a pas permis d'identifier de réponse à une demande de soins bien précise. En revanche elle a principalement mis en évidence que les patients voyaient la consultation SASPAS comme un dispositif permettant la prise en charge de leurs maladies chroniques.

Concernant les questions pour lesquelles nous proposons des réponses par classes (nombre de consultation au sein du dispositif, motifs de consultations) les données récoltées n'étaient pas brutes et étaient donc moins précises. Cela a permis en revanche un bon taux de réponse. Tous les patients ont renseigné leur nombre de consultation, et il ne manquait que 2 réponses aux motifs de consultation.

Nous avons donc réalisé une étude utilisant un questionnaire reproductible, incluant tous les patients volontaires quelque-soit le motif de consultation.

Elle présentait cependant un biais de recrutement par la remise non systématique du questionnaire et des biais de mesure au travers de possibles biais d'acquiescement et de certaines réponses incohérentes.

Pour reproduire l'étude ultérieurement ou dans une autre structure il conviendrait de remanier plusieurs questions et de ne pas inclure les enfants. Il serait également utile de répéter l'étude sur d'autres périodes de l'année, notre enquête n'ayant pas inclus les patients consultant en période de fréquentation estivale ni d'épidémie hivernale.

II. La consultation SASPAS satisfait les patients et répond à ses objectifs.

Les patients de l'échantillon étaient globalement satisfaits de l'offre de soins proposée par la consultation SASPAS.

Pour rappel, plus de 80% des patients étaient très satisfaits de l'accueil, de la durée de consultation, de la prise en charge médicale ou encore de la qualité du suivi et jugeaient le délai d'obtention des rendez-vous acceptable. La note moyenne de satisfaction était de 8,9 sur 10. La facilité de prise de rendez-vous et l'attente en salle d'attente semblaient moins convaincantes mais satisfaisaient tout de même plus de la moitié des patients.

De plus l'analyse en sous-groupe souligne que cette satisfaction était commune à différents groupes de patients selon les caractéristiques étudiées : la déclaration ou non d'un médecin traitant, un motif de consultation urgent ou encore une consultation pour suivi de santé.

En effet, les patients ayant un médecin traitant étaient aussi satisfaits que ceux qui n'en avaient pas malgré leurs attentes différentes : rapidité des rendez-vous et efficacité pour les deux groupes mais aussi écoute et suivi pour les patients sans médecin traitant.

D'autre part, les patients consultant pour un motif urgent tout comme ceux venant pour des consultations de suivi étaient également pour une large majorité satisfaits de la consultation SASPAS tant pour les délais de rendez-vous que pour l'accueil, la durée de consultation, la prise en charge médicale ou encore le suivi.

1. L'organisation du dispositif.

Sur le plan pratique, l'organisation du dispositif satisfaisait les patients.

L'accueil par l'équipe paramédicale et médicale convenait à une large majorité des patients tout comme les délais d'obtention de rendez-vous et la durée des consultations.

i. L'accueil

L'accueil regroupait 81,6% de patients très satisfaits et était spontanément évoqué par 20 patients comme un point positif du dispositif.

Il est commun à la file active des urgences mais les patients de la consultation sont rapidement orientés vers la secrétaire d'accueil pour l'entrée administrative avant d'attendre en salle d'attente aux côtés des patients des urgences. Cela n'était souligné comme point négatif que par un seul patient mais il est vrai que si l'activité de la consultation venait à augmenter de façon continue, il faudrait adapter au mieux l'accueil et les admissions des patients à la charge de travail des IAO et des secrétaires afin de maintenir à la fois l'accueil rapide des patients qui ont rendez-vous pour une consultation et l'évaluation performante des patients se présentant au SAU.

ii. Les délais de rendez-vous

95,2% de nos patients considéraient en effet le délai d'obtention des rendez-vous acceptable. Pour autant plus de la moitié d'entre eux attendaient plus de 2 jours, 2 patients précisaient même un délai de 5 et de 7 jours.

Une question ouverte aurait permis d'obtenir des données brutes mais un nombre limité de classes permettait un meilleur taux de réponse.

D'autre part ces trois classes (1 jour, 1 à 2 jours et plus de 2 jours) peuvent paraître peu discriminantes puisque la majorité des patients a attendu plus de 2 jours mais au moment de la

rédaction du questionnaire les délais de rendez-vous étaient assez courts et ces classes semblaient suffisantes. Au début de la période de recueil, les délais s'étaient déjà nettement allongés avec l'augmentation de l'affluence. Si l'étude venait à être reproduite ces délais devraient être estimés avant d'établir des classes adaptées à l'activité du moment.

Selon la littérature, le délai de rendez-vous est un déterminant majeur de l'accessibilité aux soins et fait partie des premières causes de renoncement aux soins avant même la distance. (30)

Le rapport d'enquête publié en octobre 2018 par la DREES sur les délais de consultation en France métropolitaine montre que le délai d'obtention d'un rendez-vous chez le médecin généraliste y est en moyenne de 6 jours (enquête réalisée entre juin 2016 et mai 2017 sur 10 285 demandes de rendez-vous auprès de médecins généralistes). Près de la moitié des rendez-vous (49%) sont obtenus dans les 2 jours lorsqu'il s'agit de motifs urgents et les délais peuvent aller jusqu'à 11 jours pour 10% des patients. Ces délais varient inévitablement selon la démographie médicale des zones géographiques avec des délais plus longs pour les zones rurales autour des grands pôles ou en dehors d'influence des pôles. Les Français interrogés sont globalement satisfaits de ces délais, ils sont estimés rapides ou corrects pour 80% d'entre eux.

Dans cette enquête 3% des patients n'ayant pas réussi à obtenir de rendez-vous se rendaient aux urgences. Les autres s'adressaient à un autre praticien ou ne consultaient pas. En revanche ce dernier chiffre est calculé toutes spécialités confondues et ne prend pas en compte le recours aux urgences pour les patients estimant le délai de consultation en ville trop long. (31)

Par contre, dans l'étude réalisée aux urgences du centre hospitalier de Fontenay-le-Comte par Clémence Nosjean entre février et septembre 2016, sur les 40% de consultations jugées inappropriées par les médecins des urgences, 19% des patients n'avaient pas consulté leur médecin traitant à cause d'un délai de consultation jugé trop long. (7)

La consultation SASPAS présente donc désormais des délais de consultation similaires à un cabinet de médecine générale avec près de 50% des consultations proposées dans les 2 jours et surtout aux patients se présentant pour un motif urgent. Elle pourrait ainsi permettre, entre autres, d'éviter des consultations inappropriées aux urgences du centre hospitalier mais cela reste à démontrer.

D'autre part, l'agenda de la consultation SASPAS a été modifié début septembre 2018 pour maintenir des créneaux dits « d'urgence » à n'attribuer qu'aux patients nécessitant un rendez-vous rapide.

Cela a été efficace puisque les 54 patients de notre échantillon consultant pour un motif qu'ils pensaient urgent ont obtenu un rendez-vous plus rapidement que les autres et en étaient en majorité satisfaits.

Ceci peut d'ailleurs expliquer les délais de rendez-vous plus brefs pour les patients du groupe avec médecin traitant qui consultaient majoritairement pour des motifs urgents.

En revanche sur le semestre de novembre 2018 à mai 2019 les délais de consultation se sont allongés avec le plus souvent une semaine d'attente (les données précises ne sont cependant pas disponibles).

Le délai moyen ne s'allonge-t-il pas désormais au-delà de 6 jours ? Il pourrait être intéressant de quantifier plus précisément les délais d'obtention de rendez-vous pour s'en assurer.

Il paraît donc nécessaire de conserver cette organisation avec des plages « d'urgence » afin de maintenir un délai de consultation raisonnable pour les patients qui le nécessitent.

Mais si les délais continuent de s'allonger, l'ajout d'un second interne en SASPAS pour assurer des consultations à temps plein deviendra nécessaire.

iii. La durée de consultation.

La durée des consultations menées au cours du recueil n'a pas été mesurée précisément mais les créneaux de consultation étaient fixés à 30 minutes. Cette durée a été décidée lors de la mise en place du stage.

Les rendez-vous n'étaient pas fixés toutes les 15 à 20 minutes pour plusieurs raisons:

- Il s'agissait le plus souvent de premières consultations (65,3% de l'échantillon).
- Le plus souvent il s'agissait de pathologies aiguës (seulement 38% des patients déclaraient avoir une maladie chronique), 54 patients consultaient pour un problème qu'ils pensaient urgent. En effet certaines études démontrent qu'un motif de consultation urgent allonge le temps de consultation (+5,58 mn dans l'étude de Popelier et al. menée en 2003 (32)).
- Les patients devaient passer au secrétariat pour ouvrir un dossier à l'accueil des urgences et patientaient parfois inévitablement parmi les patients consultant aux urgences.

Si le temps de consultation est un critère fréquent d'insatisfaction, la majorité des patients de notre échantillon était très satisfaite de la durée de la consultation (85,6%). Aucun patient n'était que peu satisfait ou insatisfait.

On le retrouvait d'ailleurs dans les réponses libres : « *les explications, le temps pris [...]* ».

En revanche, la satisfaction des patients est liée à la durée perçue de consultation et non pas à la durée effective mesurée. Une étude plus récente menée au Royaume Uni ne retrouve d'ailleurs pas de lien entre la durée mesurée de consultation et la satisfaction globale des patients. (33) (34)

Ainsi il ne paraît pas indispensable de mesurer objectivement la durée des consultations menées pour en évaluer la satisfaction, le temps passé en consultation est suffisant puisque perçu comme tel.

Mais on ne peut pas conclure si réduire les créneaux de rendez-vous à des durées plus habituelles de consultation (16 mn en moyenne en France selon les données de la DREES publiées en 2006 (35)) permettrait de proposer plus de rendez-vous tout en satisfaisant toujours les patients.

La réflexion devrait alors se porter également sur les implications pratiques et l'organisation du dispositif.

L'organisation de la consultation SASPAS telle qu'elle était au moment de la réalisation de l'étude était satisfaisante tant pour les délais de rendez-vous que pour l'accueil ou encore la durée des consultations.

Néanmoins l'activité continue d'augmenter et nécessitera inévitablement des adaptations pour maintenir une organisation performante. Nous aborderons plus loin les mesures envisagées.

2. L'offre de soins.

Lors de sa mise en place, la consultation SASPAS avait pour objectif de proposer une offre de soins intermédiaire entre la consultation du médecin traitant et le recours aux urgences dans des délais compatibles avec les besoins des patients. (8)

Notre étude met en évidence que la consultation bénéficie non seulement à des patients ayant déjà un médecin traitant mais aussi, et surtout, à des patients n'ayant pas ou plus de médecin traitant.

Les uns consultaient essentiellement pour des pathologies aiguës, les autres pour des motifs urgents également mais aussi pour des consultations de suivi.

Les proportions de ces deux catégories de patients se sont radicalement inversées depuis le début de la consultation SASPAS.

En effet 28% des patients du semestre d'été 2017 n'avaient pas de médecin traitant alors que cela concernait désormais 73,1% des patients de notre échantillon.

Le manque de médecin traitant était d'ailleurs le premier motif de recours au dispositif avant l'absence ponctuelle du médecin traitant ou ses délais de consultation trop longs.

La consultation SASPAS n'apparaît pas seulement comme une réponse ponctuelle aux motifs de consultation aigus.

En effet, même si la majorité des consultations étaient des premières fois, près d'un tiers des patients ont bénéficié d'au moins 2 consultations et ce même pour les patients ayant déjà un médecin traitant.

Dans une moindre mesure, certains patients (4%) ont bénéficié de plus de 5 consultations ce qui équivaut à près d'une consultation tous les 3 mois depuis le début du dispositif et s'apparente à un suivi classique en médecine de ville.

Par ailleurs, la plupart des consultations concernaient un suivi de santé dont une majorité de renouvellements de traitement (49 de nos 150 patients inclus), puis venaient les consultations urgentes et enfin dans une moindre mesure les demandes administratives et la traumatologie.

La consultation SASPAS n'est donc plus seulement une solution en urgence aux délais qui s'allongent en ville ou à l'absence de médecin généraliste disponible rapidement mais également un moyen de consulter pour des motifs non urgents ou des maladies chroniques.

La satisfaction des patients pour ces deux grands types de motifs de consultation était comparable aux autres motifs.

Concernant les maladies chroniques, l'intérêt de la consultation SASPAS était une question finalement peu discriminante, les réponses multiples étaient nombreuses. En revanche il est intéressant de noter que pour tous ces patients, le suivi au sein du dispositif était envisageable, aucun n'avait répondu qu'un suivi correct n'y était pas possible.

Les patients ayant une maladie chronique considéraient donc que la consultation SASPAS permettait un suivi en l'absence ou en remplacement de leur médecin traitant.

De plus, les patients ayant un médecin traitant obtenaient essentiellement une réponse ponctuelle à leur demande de soins (renouvellement de traitement lorsque le médecin traitant est absent). Les autres patients pouvaient poursuivre leur suivi ou pour certains d'entre eux reprendre un suivi arrêté depuis le départ de leur médecin. Plus de 80% des patients des deux groupes étaient très satisfaits de la qualité du suivi.

Quelques patients ayant déjà un médecin traitant rapportaient d'ailleurs que la consultation SASPAS avait permis de reprendre le suivi d'une maladie chronique ce qui suggère que malgré la présence d'un médecin traitant, le suivi des maladies chroniques n'est pas toujours simple. Peut-être s'agit-il

des délais de consultation trop longs en ville qui font renoncer aux soins ? Mais il peut aussi s'agir de ces patients dont le médecin traitant est récemment parti en retraite et qui reprennent un suivi après une période sans consulter.

Enfin le suivi rassemblait non seulement une large majorité de patients très satisfaits mais il était aussi spontanément évoqué dans les questions à réponses libres et commentaires comme un point positif du dispositif de façon transitoire en « *dépannage* » pour certains ou à plus long terme pour d'autres.

En revanche, quelques patients sans médecin traitant doutaient de cet aspect du dispositif en s'interrogeant sur le suivi avec le changement régulier d'interne. Les patients apprécient classiquement d'avoir le même médecin à chaque consultation. (12) Cependant ces habitudes sont amenées à changer avec l'évolution des modes d'exercice (MSP, cabinets de groupe etc.) où les patients peuvent être reçus par plusieurs médecins du cabinet selon les disponibilités.

Quant aux autres motifs de consultation, demandes administratives et traumatologie, ils représentaient une part plus minoritaire des consultations mais ajoutaient à la variété des consultations possibles au sein du dispositif.

Les délais de rendez-vous et l'absence de plages de consultation 2 jours par semaine peuvent poser problème pour les demandes administratives comme par exemple pour les arrêts et accidents de travail pour lesquels la déclaration ou le renouvellement ne sont pas toujours possibles à temps. Si les patients en étaient malgré tout satisfaits pour la plupart, c'est une part des consultations à prendre en compte également dans les réflexions face à l'augmentation d'activité.

La traumatologie ne représentait qu'une petite proportion des consultations ce qui correspond bien à un autre des objectifs de la consultation SASPAS : ne pas être un équivalent de « circuit court » du SAU mais des consultations de médecine générale à part entière.

Ceci était aussi mis en évidence par la moindre proportion de patients adressés en consultation par l'IAO après s'être spontanément présentés aux urgences.

Ainsi la consultation SASPAS répond à l'objectif de renfort de l'offre de soins locale à la fois ponctuellement pour des motifs urgents mais aussi à plus long terme pour le suivi des patients au même titre qu'un cabinet de médecine générale de ville ordinaire. Les consultations répondent vraisemblablement aux attentes des patients dans l'urgence ressentie mais également pour le suivi plus classique.

Elles s'intègrent pleinement au réseau de soins local puisque certains patients ayant déjà un médecin traitant y ont même recours à plusieurs reprises sans pour autant y être suivis.

La consultation SASPAS participe également à une démarche de santé publique en assurant le suivi de malades chroniques. Elle permet à certains patients non suivis de réintégrer le circuit de soins et à d'autres de ne pas être perdus de vue à l'arrêt d'activité de leur médecin traitant.

Cette démarche de suivi satisfaisait les patients malgré quelques inquiétudes quant au changement d'interne à chaque semestre.

Dans une moindre mesure elle permet des consultations de médecine générale pour les patients consultant hors de leur région notamment pendant la période des vacances d'été renforçant ainsi l'offre de soins locale pendant ces périodes.

Enfin, la consultation SASPAS participe à la réduction des inégalités sociales de santé.

38% des patients de notre échantillon (et 44% sur la période mai à novembre 2017) étaient sans emploi sur un territoire où le taux de chômage était de 7% fin 2018 (pour une moyenne nationale à 8,8%). (36)

Un seul patient a fait remarquer le tiers payant intégral mais il était pratiqué pour toutes les consultations.

De plus, la distance et la mobilité qui peuvent être un obstacle à l'accès aux soins pour les populations moins favorisées ne le sont pas pour la consultation SASPAS puisqu'elle est proche du centre-ville et accessible en bus ou à pied, certains patients soulignant d'ailleurs l'accessibilité comme un point positif. (30)

3. Objectifs pédagogiques.

i. Place de l'interne dans la prise en charge

Les patients étaient très satisfaits de la prise en charge médicale qu'ils aient ou non un médecin traitant et quelque-soit leur motif de consultation (plus de 80% pour tous sauf pour les demandes administratives avec 78,6%). Ils soulignaient également l'efficacité de la prise en charge dans les réponses libres.

Aucun ne faisait de remarques sur la prise en charge par un interne.

Dans l'expérience du centre hospitalier de Mauriac où 2 internes en SASPAS assuraient des consultations de médecine générale auprès des urgences, cela n'était pas non plus un critère gênant pour les patients. (37)

Dans d'autres travaux de thèse sur les consultations de médecine générale assurées par des internes en SASPAS mais en médecine de ville, les patients étaient en majorité satisfaits des consultations avec l'interne même si certains préféraient consulter leur médecin traitant. Les patients y étaient plus enclins à accepter un rendez-vous avec l'interne s'ils l'avaient déjà vu et pour une large majorité des patients il était important de savoir qui assurerait la consultation dès la prise du rendez-vous. A l'issue d'une consultation la plupart acceptait de revoir l'interne en consultation. (38,39)

Dans les communications sur le dispositif au moment de sa mise en place et notamment dans les journaux (Ouest France entre autres (40)) le statut d'interne était expliqué comme médecin en fin de cursus auquel il restait un semestre de formation à terminer. De la même façon lors de la prise des rendez-vous les patients étaient informés de la consultation avec un interne.

Les patients sont peut-être déjà habitués à voir un interne en consultation et n'en sont pas dérangés. Ceux ayant consulté à plusieurs reprises au sein du dispositif peuvent avoir été reçus par plusieurs internes différents depuis sa mise en place. Et d'autres patients peuvent déjà avoir été pris en charge par des internes au sein du service des urgences du centre hospitalier de Fontenay le Comte qui accueille au moins 4 internes chaque semestre.

En revanche, la thèse de T. Deffromont retrouvait que près d'un quart des patients reçus en consultation dans les cabinets de médecine générale accueillant des internes en SASPAS acceptaient de voir l'interne parce qu'ils n'avaient pas le choix (étude réalisée en 2017 en Haute Normandie auprès des patients de 29 MSU). (38)

Les patients reçus à la consultation SASPAS peuvent donc aussi être satisfaits de la consultation avec un interne à défaut de toute autre consultation possible.

ii. Apports pédagogiques

L'apport pédagogique du dispositif comme terrain de stage pour un interne en fin de DES de médecine générale a déjà été largement décrit dans le travail de thèse de Romain Croué. Le point de vue des patients étudiés dans notre enquête souligne à nouveau les objectifs de formation de l'interne de SASPAS.

Au cours de ce stage ambulatoire de deuxième niveau, l'interne doit pouvoir acquérir, en situation d'autonomie, les compétences de prise en charge aiguë, de suivi et de coordination des soins.

Ces compétences se retrouvent à travers les différents motifs de consultations de notre échantillon et les reconvoctions dont l'augmentation au cours du semestre reflète l'investissement progressif de l'interne dans une démarche de suivi et de réévaluation des patients.

Les remarques des patients quant à l'efficacité de la prise en charge, le suivi assuré au sein du dispositif, l'écoute ou encore la prise en charge globale reflètent également les différents aspects du stage permettant à l'interne de progresser sur les compétences attendues par les enseignants de médecine générale.

Les cinq groupes de compétences à acquérir tout au long du DES sont bien abordés au fil des consultations : Premier recours, incertitude, soins non programmés et urgence ; Relation, communication, approche centrée patient ; Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient ; Vision Globale, complexité ; Éducation en santé, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire. (41)

Un aspect supplémentaire de la formation et propre au dispositif est l'absence d'autre médecin assurant les consultations au cours du semestre et donc l'absence de médecin traitant référent pour les patients. L'interne est ainsi mis en situation de création de patientèle et peut alors progresser sur la cinquième compétence attendue, le Professionnalisme.

Par ailleurs les rendez-vous prévus toutes les 30 minutes pour les raisons citées plus haut (*cf.II.1.L'organisation du dispositif.*) permettaient un maximum de 20 consultations par jour. Depuis la fin de notre enquête, la fréquentation du dispositif s'est intensifiée, les journées de consultation sont désormais complètes mais pousser le nombre de créneaux de consultations au-delà de 20 par jour semble délicat.

La formation de l'interne repose sur un objectif avant tout de qualité des consultations plus que de quantité. Un nombre de 6 à 12 actes par demi-journée est prévu par la réglementation du SASPAS et à Nantes le DMG recommande la réalisation de 20 actes par jour (9,42).

L'objectif qualitatif dans la prise en charge des patients prévaut donc aux nombres de consultations. De plus, une augmentation du nombre de consultations par jour ajouterait une charge de travail non négligeable à l'accueil des urgences pour l'admission des patients ainsi qu'au secrétariat pour la prise de rendez-vous.

Associer un second interne au dispositif serait une bonne alternative que nous aborderons plus loin.

III. Pistes de réflexion.

Notre étude montre que le dispositif de consultation SASPAS satisfait les patients tant sur les aspects pratiques que sur la prise en charge médicale. Depuis sa mise en place en mai 2017, ce dispositif a évolué sur quelques points d'organisation mais aussi en termes d'activité. L'étude met en évidence ces évolutions et pointe de nouvelles pistes de réflexion.

1. Évolution de l'activité

Tout d'abord, les méthodes mises en place pour faire connaître le dispositif ont été efficaces : la plupart des patients ont entendu parler de la consultation SASPAS par le bouche à oreille mais aussi par les cabinets médicaux et les pharmacies auprès desquels le dispositif avait été présenté en mai 2017.

L'information diffusée par les journaux et sur internet a également permis de le faire connaître mais dans une moindre mesure.

Ainsi le dispositif est désormais connu du réseau de soins local grâce aux différents moyens de communication utilisés lors de sa mise en place. S'il est nécessaire à l'avenir d'informer la population sur des modifications d'organisation, d'activité ou de lieu de la consultation, il conviendra de ne pas négliger les cabinets médicaux ni les pharmacies qui relaient efficacement l'information.

Ces moyens de communication ont participé au développement de la consultation SASPAS.

L'activité a en effet nettement augmenté depuis sa mise en place.

Le nombre moyen de consultation a quasiment doublé en un an pour atteindre près de 14 consultations par jour en moyenne pour le semestre d'été 2018.

Cette augmentation d'activité peut être attribuée à la connaissance progressive du dispositif mais également à la diminution du nombre de médecins généralistes sur le territoire.

En effet, le nombre de consultations a progressivement augmenté au cours du semestre avec une augmentation plus marquée entre juin et juillet qui peut être expliquée par 2 facteurs : l'arrivée des vacanciers sur la région en juillet mais surtout le départ en retraite à la fin juin 2018 de 2 médecins généralistes de l'agglomération suivi d'un troisième départ au cours du mois d'août. Plus que la fréquentation estivale, le départ des médecins semble être un facteur déterminant de l'augmentation de l'activité puisque celle-ci ne décroît pas en septembre et octobre et continue d'augmenter pendant le semestre de novembre 2018 à mai 2019. Depuis la fin de notre étude, 3 autres médecins de l'agglomération ont arrêté d'exercer et la moyenne des consultations au sein du dispositif semble s'approcher de 20 par jour.

La comparaison à l'activité de 2017 mettait en avant deux éléments principaux.

D'une part, la proportion des patients ayant un médecin traitant s'est complètement inversée : 72% des patients de la consultation SASPAS entre mai et novembre 2017 déclaraient avoir un médecin traitant alors que sur la même période en 2018 73,1% n'en avaient pas.

D'autre part, nous avons pu observer que le fonctionnement du dispositif sur rendez-vous était bien mis en place. En effet, les motifs de recours se sont également inversés : lors de la mise en place de la consultation la majorité des patients était adressée par l'IAO mais dès la fin du semestre d'été 2017 la plupart d'entre eux consultaient sur rendez-vous et dans notre échantillon une minorité de patients étaient adressés par l'IAO qui pouvait d'ailleurs proposer un rendez-vous différé aux patients lors du passage aux urgences.

De plus, par rapport à 2017, la population de la consultation est plus âgée avec un quart de patients de plus de 60 ans.

Si notre échantillon ne permet pas de mettre en évidence des catégories de population plus ou moins touchées par le manque de médecin généralistes, il reste tout de même alarmant que plus de 80% de nos patients de plus de 60 ans n'aient plus de médecin traitant et qu'ils constituent une part croissante de la patientèle de la consultation SASPAS alors qu'ils représentent une part de la population générale aux besoins de santé non négligeables comme nous l'avons décrit dans l'introduction.

Un échantillon plus grand pour une plus grande puissance de l'étude pourrait peut-être identifier des catégories de patients particulièrement touchées par le manque de médecin traitant mais quoi qu'il en soit les patients âgés de 65 ans et plus ont des besoins de santé conséquents et ils représenteront une part toujours plus importante de la population générale selon les projections de l'Observatoire Régional de Santé. (43) Cette demande de soins impactera donc la consultation SASPAS au même titre que les cabinets de ville et est à prendre en compte dans les réflexions sur l'évolution du dispositif.

Enfin, le changement des jours de consultation à quelque peu modifié la répartition de l'activité sur la semaine.

Les jours de consultation n'étaient plus les lundis, mardis et jeudis mais les lundis, mercredis et vendredis. Cela permettait une affluence plus homogène mais aussi de pouvoir proposer des créneaux de consultation répartis sur toute la semaine et de reconvoquer ou réévaluer les patients dans des délais corrects. Cela permettait également de recevoir les patients le vendredi afin d'éviter, peut-être, le recours aux urgences pendant le week-end.

Quant aux reconvoications, elles représentaient une part moins importante des consultations qu'entre mai et novembre 2017. Cependant ces données ne sont pas comparables parce que les critères des consultations relevant d'une reconvoication n'ont pas été précisément redéfinis en commun avec ceux de 2017 au début du stage. En revanche leur augmentation similaire au cours du semestre peut refléter la progression commune des internes dans la démarche de réévaluation et de suivi des patients au fur et à mesure du stage.

Le retentissement du dispositif sur l'activité du SAU n'a pas été objectivé. Il pourrait être intéressant d'évaluer l'évolution des consultations inappropriées dans le service des urgences depuis la mise en place de la consultation SASPAS. En effet, si le déterminant majeur de ces consultations était la méconnaissance du système de permanence de soins de la part des patients, l'impossibilité de joindre un médecin généraliste et les délais de rendez-vous jugés trop longs en ville étaient également en cause dans l'étude de Clémence Nosjean en 2016. De plus l'absence de médecin traitant était également un facteur de consultation inapproprié dans une étude similaire menée aux urgences de Nantes en 2012 par Audrey Kasproski. (7,44).

Sur l'année 2018, le nombre total de passages aux urgences de Fontenay-le-Comte (incluant la consultation SASPAS) a été de 21 480, soit 1 737 passages de plus qu'en 2017. Près de 1000 admissions concernaient la consultation SASPAS sur la seule période de mai à novembre, le dispositif représente donc une bonne partie de l'augmentation de l'activité des urgences. Sur toute l'année, le dispositif peut donc avoir absorbé une partie des consultations inappropriées des urgences mais cela reste à quantifier.

2. Pistes en cours de réflexion

Si la consultation SASPAS a évolué depuis sa mise en place en mai 2017 sur le plan de l'organisation et de l'activité, d'autres pistes de progression sont en cours de réflexion guidées par les remarques des patients.

i. Prise de rendez-vous.

Comme nous l'avons vu plus tôt les consultations se font désormais essentiellement sur rendez-vous.

Mais depuis mai 2017, la prise de rendez-vous a évolué : ce n'est plus l'interne qui gère l'agenda avec une ligne téléphonique directe mais les secrétaires du service des urgences par téléphone et l'IAO lorsqu'il s'agit de patients consultant aux urgences pour des motifs justifiant un rendez-vous différé.

Ceci, ajouté à l'agenda électronique commun créé pendant le semestre d'hiver 2017 apporte un grand confort pour l'organisation des consultations. Mais la charge de travail ajoutée au secrétariat n'est encore une fois pas négligeable.

Du côté des patients, cette organisation était satisfaisante. Un seul patient n'en était que peu satisfait. Un autre patient suggérait une amélioration dans la possibilité de pouvoir prendre rendez-vous à distance. Il avait été adressé par l'IAO, peut-être n'avait-il pas connaissance de la prise de rendez-vous par téléphone auprès du secrétariat.

Ainsi, l'organisation de la prise de rendez-vous est performante : les patients demandant un rendez-vous urgent l'obtiennent significativement plus rapidement que les autres patients et en sont autant satisfaits.

La facilité de prise de rendez-vous rassemble près de 80% de patients très satisfaits et est évoquée à plusieurs reprises comme point positif dans les réponses libres mais elle en regroupe tout de même moins que les critères d'accueil, de prise en charge ou encore de suivi.

A l'avenir, la prise de rendez-vous par internet est envisagée. C'est d'ailleurs peut-être ce dont voulait parler ce patient à travers la prise de rendez-vous à distance. Elle offrirait aux patients une possibilité de prise de rendez-vous en dehors des horaires d'ouverture du secrétariat et permettrait également de décharger en partie le secrétariat physique.

Un devis avait été réalisé en juin 2017 à la mise en place de la consultation mais cela n'avait pas été concrétisé.

Désormais c'est une réflexion globale qui est en cours au sein de tout le centre hospitalier de Fontenay-le-Comte pour une prise de rendez-vous déportée par voie électronique (de type logiciel Doctolib®).

ii. Délai d'attente en salle d'attente.

Le temps d'attente en salle d'attente était l'item le moins satisfaisant, ce qui se retrouve dans d'autres études. Même à l'échelle européenne il apparaît comme un point d'insatisfaction. Dans une étude préalable à l'étude EUROPEP, on retrouve en effet que le délai d'attente en salle d'attente est un point négatif commun aux patients de 10 pays européens étudiés. (13)

Dans notre dispositif, les consultations sur rendez-vous permettent déjà de diminuer le temps d'attente. Pour les patients interrogés du circuit court de 2012, le temps d'attente moyen était de 47 minutes avec un maximum de 4 heures pour deux patients.

Ce temps d'attente n'était pas demandé dans notre questionnaire et n'était donc pas quantifiable. En revanche avec la mise en place de rendez-vous désormais quasiment systématiques, il ne dépend plus de l'activité des urgences mais du seul retard sur les consultations une fois les patients installés en salle d'attente.

L'attente est non seulement le critère qui apparaît le moins satisfaisant dans notre étude mais il était déjà évoqué dans les questionnaires d'évaluation de 2012 dans lesquels les patients demandaient plus d'informations quant au temps d'attente. Un projet est donc en cours au sein du service des urgences pour mettre en place un écran en salle d'attente affichant l'affluence et le délai prévisible avant la prise en charge. Cet écran ne réduira vraisemblablement pas le temps d'attente des patients mais l'objectif principal est de les renseigner sur les raisons de leur attente.

Pour les patients de la consultation SASPAS, il permettra essentiellement de rappeler la présence dans la même salle d'attente de patients relevant du SAU dont le nombre n'influence pas leur temps d'attente.

Quant aux patients attendant leur prise en charge aux urgences, ils seront informés du délai d'attente prévisible et de l'affluence mais également de la présence de nos patients qui, s'ils sont vus avant eux par le médecin de la consultation SASPAS, ne prennent malgré tout pas leur «place» dans la file d'attente des urgences.

iii. Un second interne pour assurer les consultations ?

Comme nous l'avons souligné précédemment, augmenter le nombre de consultations par jour risquerait d'éloigner le dispositif de l'objectif de formation des internes et augmenterait considérablement l'affluence à l'accueil des urgences. En revanche, ajouter des journées de consultation en associant un deuxième interne au projet semble plus pertinent. L'idée avait déjà été soulevée dès le premier semestre d'activité du dispositif. L'activité actuelle justifie d'autant plus d'étendre les plages de consultation à tous les jours de la semaine qu'elle continue d'augmenter et semble arriver à saturation entre novembre 2018 et mai 2019.

Proposer des consultations tous les jours permettrait de maintenir l'offre de soins et des délais corrects notamment pour les patients se présentant avec un problème qu'ils pensent urgent.

Il conviendrait cependant de réfléchir à l'organisation possible pour la continuité des soins et la formation des internes d'une part et pour l'activité paramédicale d'autre part.

Pour les internes, plusieurs points nécessitent réflexion sur le plan pédagogique.

Tout d'abord pour la supervision propre au stage praticien de deuxième niveau, faut-il un second médecin généraliste MSU ou bien les supervisions peuvent-elles être assurées pour chaque interne par le même MSU ?

Si un temps de supervision individuel semble indispensable, les internes peuvent également avoir besoin d'un temps commun de transmissions pour la continuité des soins et le suivi des patients ou encore pour l'organisation pratique du cabinet de consultation. Il peut être bon de mener par exemple une réflexion commune aux besoins du cabinet en termes de matériel et de formulaires administratifs nécessaires ou encore d'utilisation cohérente du logiciel métier pour favoriser la transmission d'informations.

Il serait également judicieux d'organiser les journées de consultations afin que chaque interne puisse prendre part aux Groupes d'Échange de Pratique mensuels et aux autres formations proposées par la faculté. De la même façon que la supervision indirecte, la participation aux GEP serait plus intéressante individuellement afin que chaque interne puisse partager les situations vécues au sein du dispositif avec des internes en SASPAS plus conventionnel.

Quant aux patients, il conviendrait de mettre au clair auprès d'eux la présence des 2 internes. Certains s'interrogeant déjà sur le suivi malgré les changements d'interne chaque semestre, faut-il que les patients soient suivis par un même interne sur le semestre et attribuer des jours de

consultations précis à chaque interne ou bien informer les patients qu'ils peuvent être vus indifféremment par l'un ou l'autre des internes ? Les deux façons de faire pourraient convenir mais il faudrait en décider clairement avant le début d'un tel semestre.

Par ailleurs, un autre objectif du dispositif est de proposer un terrain de stage SASPAS supplémentaire et de faire découvrir le territoire pour favoriser d'éventuelles installations ultérieures en Sud Vendée. Cela pourra être proposé à 4 internes par an si un second poste est ouvert.

Pour le semestre de mai à novembre 2019, 42 postes de SASPAS étaient ouverts pour 110 étudiants devant effectuer un semestre en SASPAS dans leur dernière année de DES.

Enfin, mettre en place des consultations tous les jours de la semaine, même limitées à 20 par jour, augmente tout de même la charge de travail du secrétariat. Non seulement pour la prise de rendez-vous, même si elle pourrait être diminuée par la mise en place d'un logiciel de prise de rendez-vous déporté, mais également pour les appels des patients pour d'autres motifs, la réception des courriers et tout autre tâche propre à un cabinet de médecine générale.

Pour cela, un temps supplémentaire de secrétariat a été récemment demandé auprès de la direction du centre hospitalier.

iv. Perspectives territoriales.

La consultation SASPAS est donc désormais intégrée au réseau de soins local et la demande de soins y augmente.

A l'échelle départementale, le dispositif de consultation SASPAS pourrait être reproduit, augmentant à la fois l'offre de soins locale et le nombre de terrains de stage pour les internes de médecine générale en fin de cursus.

Le dispositif a en effet été présenté en Commission Territoriale de Santé au printemps 2019 à la demande de l'ARS qui est attentive à ce nouveau mode de consultation de médecine générale. Elle pourrait soutenir des projets comparables dans d'autres centres hospitaliers.

Un groupe de travail a d'ailleurs tout récemment été mis en route pour reproduire un dispositif similaire à la Roche-sur-Yon. Un interne en SASPAS pourrait assurer des consultations au sein du CAPS de la ville. Le projet reste à construire.

Notre étude pourrait servir à évaluer ces dispositifs après leur mise en place, notre questionnaire pouvant être utilisé avec quelques améliorations et adaptations.

CONCLUSION

Le dispositif de consultation de médecine générale rattaché au service des urgences du centre hospitalier de Fontenay-le-Comte étiqueté « Consultation SASPAS » a été créé en mai 2017 en contexte de désertification médicale du territoire.

L'objectif était de renforcer l'offre de soins locale en soins primaires face à la diminution du nombre de médecins généralistes.

Un an après la création, l'activité a doublé avec près de 1000 patients reçus en consultation entre mai et novembre 2018. La demande de soins existe donc bel et bien et la consultation SASPAS répond aussi bien aux patients consultant en urgence qu'à ceux nécessitant le suivi d'une maladie chronique.

La majorité des patients était satisfaite du dispositif. Près de 80% des patients étaient très satisfaits, de l'accueil, de la durée des consultations, de la prise en charge médicale ou encore du suivi et jugeaient les délais de rendez-vous acceptables.

Les patients qui avaient un médecin traitant étaient tout autant satisfaits que les patients qui n'en avaient pas ou n'en avaient plus. Et la satisfaction était la même pour les consultations urgentes et les consultations de suivi que pour tous les motifs de consultation confondus.

L'attente en salle d'attente et la prise de rendez-vous suscitaient plus de remarques et font donc actuellement l'objet de réflexions : la prise de rendez-vous en ligne est en cours de discussion au sein du centre hospitalier et un écran devrait être installé en salle d'attente pour tenir les patients informés en temps réel.

Par ailleurs, le dispositif a un intérêt pédagogique évident pour l'interne en fin de DES de médecine générale à travers les motifs de consultation diversifiés et une mise en situation qui s'apparente à la création d'une patientèle. Un second poste d'interne serait même possible devant l'activité croissante du dispositif, il permettrait, en plus d'un terrain de stage supplémentaire, de faire découvrir le territoire à un second médecin en fin de cursus et stimuler une éventuelle installation, précieuse au Sud-Vendée au vu de sa démographie médicale déclinante.

Notre étude reflète l'utilité de la consultation SASPAS désormais incontestable et confirme sa légitimité dans le réseau de soins local à travers l'existence d'une réelle demande de soins, d'un apport pédagogique certain et d'une offre de soins qui rejoint les attentes de la plupart des patients. Ces résultats peuvent soutenir le dispositif auprès des instances régionales et stimuler la mise en place de structures similaires dans d'autres centres hospitaliers comme c'est envisagé depuis peu à la Roche-sur-Yon.

Néanmoins, évaluer la satisfaction des patients n'est pas la partie la plus difficile dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins, il convient désormais de réaliser les changements prévus puis de répéter l'évaluation afin de faire le point sur ces modifications.

La démographie médicale et la population évoluant constamment, reproduire l'étude permettrait également de vérifier que le dispositif convient toujours aux patients au fil du temps.

Il serait aussi pertinent d'observer le retentissement du dispositif sur les consultations inappropriées aux urgences du centre hospitalier de Fontenay-le-Comte.

BIBLIOGRAPHIE

1. P.Bouet, Ordre National des Médecins, Conseil National de l'Ordre. Atlas de la démographie médicale. Situation au 1er janvier 2018. [Internet]. 2018 déc. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3037>
2. M. Anguis, H. Chaput, C. Marbot, C. Millien et N. Vergier (DREES). 10 000 médecins de plus depuis 2012. Etudes et Résultats. [Internet]. mai 2018 ; n°1061 [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/10-000-medecins-de-plus-depuis-2012-11836>
3. N. Vergier, H. Chaput, I. Lefebvre-Hoang (DREES). Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? [Internet]. mai 2017;(17) [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>
4. ORS Pays de la Loire. Démographie des médecins en Pays de la Loire, Généralistes. Situation 2018 et évolution. La santé observée. Professionnels de santé. [Internet]. 2019 ; Report No.: 8. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/la-sante-observee/medecins-generalistes
5. Région Pays de la Loire. Plan régional d'accès à la santé. 2017-2020. [Internet]. 2017 janv. [cité 24 mars 2019]. Disponible sur www.paysdelaloire.fr/no_cache/actualites/actu-detaillee/n/la-sante-partout-et-pour-tous-le-plan-regional-daccs-a-la-sante/
6. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. Nombre de médecins par habitants en Vendée au premier janvier 2019. Communiqué par le CDOM le 17 mai 2019.
7. Nosjean C. Quels sont les déterminants de l'accès aux soins primaires en pré-hospitalier des consultations de médecine générale aux urgences de Fontenay Le Comte ? : étude descriptive, prospective, monocentrique, réalisée entre février 2016 et septembre 2016 [Internet]. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2017 [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1/SET=6/TTL=2/SHW?FRST=2>
8. Croué R. Élaboration et évaluation d'un cabinet de médecine générale en lien avec le service des Urgences de Fontenay-le-Comte dans le cadre d'un stage de SASPAS* [Internet]. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2018 [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1/SET=8/TTL=2/SHW?FRST=2>
9. DMG Nantes. Règlement du SASPAS Nantais. (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée). [Internet]. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur https://s49d7c7e7d7a3b96f.jimcontent.com/download/version/1425728732/module/9339951999/name/SASPASNantais_Cahierdcharges.pdf

10. Département de Médecine Générale de Nantes. Guide du DES. [Internet]. 2017. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur www.cgelav.fr/boîte-à-outils/evaluation-externes-internes-msu/
11. Boiko O, Campbell JL, Elmore N, Davey AF, Roland M, Burt J. The role of patient experience surveys in quality assurance and improvement: a focus group study in English general practice. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. [Internet]. déc 2015; 18(6):1982-94. [cité 5 juill 2018]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5810660/>
12. Grol R, Wensing M, Kersnik J. Patients evaluate general/family practice: the EUROPEP instrument. Nijmegen: University Medical Centre. [Internet]. 2000. [cité 06 mars 2019]. Disponible sur <https://equip.woncaeurope.org/sites/equip/files/documents/publications/resources/grolwensing2000theuropepinstrumentequipwonca.pdf>
13. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* [Internet]. nov 2000;50(460):882-7. [cité 2 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313852/>
14. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc* [Internet]. avr 1998;28(2):151-5. [cité 2 août 2018]. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
15. CNIL. Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement Méthodologie de référence MR-003 | CNIL [Internet]. 2018 [cité 4 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-003-recherches-dans-le-domaine-de-la-sante-sans-recueil-du-consentement>
16. Quivy Raymond, Van Campenhoudt Luc, et Marquet Jacques. Manuel de recherche en sciences sociales. 4e édition. Paris: Dunod; 2011.
17. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II--Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ* [Internet]. 11 mai 1991;302(6785):1129-32. [cité 5 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1669839/>
18. Krosnick JA. Response strategies for coping with the cognitive demands of attitude measures in surveys. *Appl Cogn Psychol* [Internet]. 1991;5(3):213-36 [cité 2 mai 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/acp.2350050305>
19. ANAES. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé : revue de la littérature. | Base documentaire | BDSP [Internet]. 2018 [cité 2 août 2018]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/193563/>
20. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract* [Internet]. déc 1990;40(341):487-90. [cité 7 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1371443/>

21. Pelaccia T, Paillé P. Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé. *Pédagogie Médicale* [Internet]. 1 nov 2009;10(4):293-304. [cité 9 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medecale.org/articles/pmed/abs/2009/05/pmed20090049/pmed2009 0049.html>
22. Nouri N. Satisfaction des patients concernant l'offre de soins des maisons de santé en Languedoc-Roussillon [Internet]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016. [cité 12 dec 2018]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1// SRCH?IKT=12&TRM=197772676&COOKIE=U10178,Klecteurweb,I250,B341720009+,SY,NLEC TEUR+WEBOPC,D2.1,E0a115f52-2a0,A,H,R193.52.107.22,FY>
23. Griere M. La Maison Médicale de Garde de Douai pour assurer la permanence des soins ambulatoires dans le Douaisis: évaluation de l'adaptabilité du dispositif et de la satisfaction des usagers [Internet] [Thèse d'exercice]. [France] Université de Lille, Université du droit et de la santé; 2017 [cité 27 juin 2018]. Disponible sur:<http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1/SET=17/TTL=1/CMD?ACT=SRCHA&IKT=1016&SRT=RLV&TRM=mathilde+griere>
24. Centre Hospitalier de Fontenay le Comte | Mesure de la satisfaction [Internet]. 2018 [cité 7 août 2018]. Disponible sur: <http://www.chfontenaylecomte.fr/nos-engagements/qualite/mesure-de-la-satisfaction/>
25. Ancelle T. Tests de comparaison. *Statistique Epidémiologie*. 3e édition. Paris : Maloine; 2015. p. 99-116. (Sciences fondamentales).
26. Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique UMR S 1136, INSERM, Sorbonne Université (UPMC). BiostaTGV-Statistiques en ligne [Internet]. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests/statbase>
27. Professions et catégories socioprofessionnelles PCS 2003 | Insee [Internet]. 2018 [cité 5 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2400059>
28. Millot S. L'enquête de satisfaction. Guide méthodologique. Afnor;2007.
29. Wensing M, Grol R, Smits A, Montfort P van. Evaluation of general practice care by chronically ill patients: effect of the method of administration. *Fam Pract*. [Internet]. 1996;13:386-90. [cité 17 mars 2019]. Disponible sur <https://repository.ubn.ru.nl/handle /2066 /23849>
30. Nguyen-Khac A. Mesures de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients. *Rev Francaise Aff Soc* [Internet]. 19 avr 2017;(1):187-95. [cité 21 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-187.htm>
31. C. Millien, H. Chaput (DREES), M. Cavillon (K. Stat Consulting). La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. [Internet]. oct 2018;(1085). [cité 21 avr 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1085-2.pdf>

32. Ghasarossian C, Chudy A. Quels sont les critères déterminant la durée de la consultation en médecine générale ? Exercer, la revue francophone de Médecine Générale. [Internet]. 2008;80(suppl.1) [cité 7 août 2018]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/numero/80/suppl/1>
33. Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. Br J Gen Pract [Internet]. déc 2002;52(485):1004-6. [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314472/>
34. Elmore N, Burt J, Abel G, Maratos F, Montague J, Campbell J, et al. Investigating the relationship between consultation length and patient experience: A cross-sectional study in primary care. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 2016;66 <https://doi.org/doi:10.3399/bjgp16X687733>
35. DREES. La durée des séances des médecins généralistes. [Internet]. avr 2006 ;(481). [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
36. Pôle Emploi Pays de la Loire. Marché du travail: Synthèse Vendée. Situation au 31/12/2018. (Statistiques, études et évaluation). [Internet]. 2019 févr [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: www.observatoire-emploi-paysdelaloire.fr/zone/vendee
37. Schmitt F. Intérêt d'une consultation de médecine générale assurée par des internes en SASPAS dans un centre hospitalier en secteur de désertification médicale. [Internet]. [Thèse d'exercice]. [France]. Université de Clermont Auvergne. Faculté de médecine. 2017 [cité 24 mars 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01782952/document>
38. Deffromont T. L'interne en SASPAS : pourquoi les patients acceptent ou refusent de la voir en consultation? Étude quantitative en Haute-Normandie [Internet]. [Thèse d'exercice]. [France]. Université de Rouen. Faculté de médecine et de pharmacie. 2017 [cité 6 mars 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01501454/document>
39. Beaujouan X. SASPAS: enquête sur le vécu des patients ayant consulté un interne de médecine générale de la faculté de médecine de Créteil en avril 2007. [Thèse d'exercice]. [France] UPEC; 2007. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur : <https://sudoc.fr/122469186>
40. Pénurie de médecins : l'hôpital à la rescousse [Internet]. Ouest-France.fr. 2017 [cité 31 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/fontenay-le-comte-85200/penurie-de-medecins-l-hopital-la-rescousse-5158991>
41. Collège National des Généralistes Enseignants. Présentation du D.E.S. Site du CNGE [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
42. SASPAS - stage internat niveau 2. CGELAV - Collège des Généralistes Enseignants de Loire-Atlantique Vendée. [Internet]. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.cgelav.fr/devenir-msu/les-stages-en-mg/internat-saspas/>

43. Dr Tallec A., David S., DrBuyck J.F., avec la contribution du Pr G. Berrut. Santé des personnes âgées de 65 ans et plus. [Internet]. ORS Pays de la Loire; 2017 mai p. 123-37. (La santé des habitants des Pays de la Loire. [cité 5 mai 2019]). Disponible sur: <https://www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/la-sante-observee/sante-des-personnes-agees-de-65-ans-et-plus>
44. Kasproski A, Branthomme E. Déterminants du premier recours aux urgences adultes du CHU de Nantes des patients consultant sans avis médical préalable. [Internet]. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013 [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/xslt//DB=2.1/SET=1/TTL=1/SHW?FRST=1>

INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX

Index des figures

Figure 1: Questions 2 et 8 du questionnaire test.	18
Figure 2: Questions 2 et 8 rassemblées dans la question 7 du questionnaire définitif.....	19
Figure 3: Note d'information associée au questionnaire définitif	21
Figure 4: Questionnaire définitif utilisé pour le recueil de données	22
Figure 5: Pyramide des âges de l'échantillon.	24
Figure 6: Origine géographique des patients de l'échantillon.	25
Figure 7: Catégories socioprofessionnelles des patients de l'échantillon.	25
Figure 8: Délai d'obtention des rendez-vous.....	27
Figure 9: Patients jugeant le délai de rendez-vous acceptable.....	28
Figure 10: Distribution des patients déclarant une maladie chronique.....	28
Figure 11: Intérêt de la consultation SASPAS pour le suivi des maladies chroniques.	29
Figure 12: Critères de satisfaction de la consultation.	31
Figure 13: Note de satisfaction globale attribuée à la consultation.	31
Figure 14: Distribution des patients ayant un médecin traitant.	36
Figure 15: Nombre de consultations au sein du dispositif.....	37
Figure 16: Mode de connaissance de la consultation SASPAS.	37
Figure 17: Motif de recours à la consultation SASPAS.....	38
Figure 18: Motifs de consultation.	39
Figure 19: Pyramide des âges de la population.....	50
Figure 20: Origine géographique de la population.	51
Figure 21: Répartition des consultations totales sur la semaine	52
Figure 22: Proportion des reconvoications sur le semestre mai à novembre 2018.....	52
Figure 23: Pyramide des âges de la population du 1er semestre d'activité-2017.....	53

Index des tableaux

Tableau 1: Comparaison de l'échantillon à la population de la période de recueil.	26
Tableau 2: Critères de satisfaction de la consultation. Échantillon 17.09 – 2.11.2018 :.....	30
Tableau 3: Proportions des patients sans médecin traitant selon l'âge.	41
Tableau 4: Satisfaction du sous-groupe sans médecin traitant comparé au sous-groupe avec médecin traitant.....	42
Tableau 5: Comparaison des délais de RDV des motifs urgents aux autres motifs de consultation..	45
Tableau 6: Satisfaction des patients consultant pour un problème urgent comparés aux autres motifs de consultation.	46
Tableau 7: Satisfaction des patients consultant pour un suivi de santé comparés aux autres motifs de consultation.	48
Tableau 8: Activité de consultation sur le semestre de mai à novembre 2018.....	51

ANNEXES

Annexe 1 : Note d'information au personnel d'accueil des urgences.

Enquête de satisfaction des usagers de la consultation SASPAS Centre Hospitalier de Fontenay le Comte Septembre – Octobre 2018

Je réalise un travail de thèse encadré par le Dr Couillard pour évaluer la satisfaction des patients de la consultation SASPAS par un questionnaire écrit anonyme.

Je voudrais recueillir ces questionnaires sur la période de septembre à octobre 2018 pour tous les patients venant pour une consultation médicale, adressé par l'IAO ou ayant déjà pris rendez-vous.

Pourriez-vous remettre un questionnaire vierge à tous les patients à leur admission qu'ils rempliront après la consultation?

Je mets à leur disposition des stylos et une urne à l'accueil pour qu'ils déposent leur questionnaire avant de partir.

Merci de votre participation !
Claire VIEL (interne SASPAS)

Annexe 2 : Note d'information du questionnaire test.

Enquête de satisfaction des usagers de la consultation SASPAS Centre Hospitalier de Fontenay le Comte Août 2018

Dans le cadre d'une thèse d'exercice de Médecine générale, nous cherchons à évaluer votre satisfaction quant aux consultations de médecine générale rattachées aux Urgences du Centre hospitalier de Fontenay le Comte.

Cette consultation SASPAS a été créée en mai 2017 pour permettre à tout patient n'ayant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible de pouvoir consulter un médecin généraliste.

Ce questionnaire est anonyme et a pour but d'évaluer votre satisfaction par rapport à ce nouveau dispositif pour améliorer la qualité des soins et de prise en charge.

Ce questionnaire est dans une première phase de test, merci de nous indiquer toute remarque susceptible de l'améliorer ou si certaines questions ne sont pas compréhensibles.

Merci de votre participation,

Le service des urgences.

Vos remarques sur le questionnaire :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 3 : Questionnaire test.

**Enquête de satisfaction des usagers de la consultation SASPAS
Centre Hospitalier de Fontenay le Comte
Septembre - Octobre 2018**

Ce questionnaire anonyme est à déposer dans l'urne à votre sortie
A compléter pour vous ou votre enfant
Merci de votre participation

Age : **Sexe :** ☐ Masculin ☐ Féminin

Profession : **Code postal du domicile :**

1/ Avez-vous un médecin traitant déclaré ? : ☐ OUI ☐ NON

2/Avez-vous une maladie chronique qui nécessite des consultations fréquentes chez le médecin généraliste ? (par exemple : diabète, hypertension, asthme...)
☐ OUI ☐ NON

3/ Combien de fois avez-vous consulté ici (à la consultation SASPAS) ? :
☐ C'est la 1ère fois ☐ 2 à 5 fois ☐ Plus de 5 fois

4/ Comment avez-vous eu connaissance de la consultation ? : (Plusieurs réponses possibles)
☐ Par le bouche à oreille
☐ Par un cabinet de médecine générale ou son secrétariat
☐ Par une pharmacie
☐ Par les journaux (dont Ouest France, L'Info, Le journal de la Vendée)
☐ Par la mairie
☐ Vous avez été adressé par l'infirmière d'accueil des urgences

5/ Motif de recours à la consultation SASPAS ? :
☐ Vous n'avez pas de médecin traitant
☐ Votre médecin traitant est absent ou le délai de rendez-vous vous semble trop long
☐ Vous êtes venu aux urgences et avez été adressé en consultation par l'infirmière d'accueil
☐ Vous n'êtes pas de la région

6/ Motif de la consultation d'aujourd'hui :
☐ Un problème médical que vous pensez urgent.
☐ Suivi de santé : ☐ Bilan de santé, vaccination ☐ Renouvellement d'ordonnance
☐ Demande administrative : (certificat médical, arrêt de travail...)
☐ Traumatologie (entorse, fracture...)

7/En combien de temps avez-vous pu obtenir le rendez-vous ?:
☐ Le jour même ☐ 1 à 2 jours ☐ Plus de 2 jours

Ce délai vous semble-t-il acceptable ? : ☐ OUI ☐ NON

8/ Si vous avez une maladie chronique (qui nécessite des consultations régulières) la consultation SASPAS :
☐ A permis de reprendre votre suivi.
☐ Permet de renouveler votre traitement quand votre médecin est absent.
☐ Permet de poursuivre votre suivi depuis que vous n'avez plus de médecin.
☐ Ne permet pas un suivi correct.
☐ Je ne suis pas concerné.

Tournez la page SVP →

9/ Pour les items suivants êtes-vous très satisfait / assez satisfait / peu satisfait / insatisfait ?
(cochez les cases correspondantes)

	Très satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Insatisfait
Accueil par l'équipe paramédicale et médicale				
Facilité de prise de rendez-vous				
Durée d'attente en salle d'attente				
Durée de la consultation				
Prise en charge médicale				
Qualité du suivi (si plusieurs consultations)				

10/Êtes-vous globalement satisfait de la consultation ? :
(entourez la note correspondante 0 = très insatisfait à 10 = très satisfait)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11/ Quel(s) est (sont) le(s) point(s) positif(s) de ce dispositif ?:.....
.....
.....

Quel(s) est (sont) le(s) point(s) à améliorer ?:.....
.....
.....

Commentaires libres :.....
.....
.....
.....
.....

Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Vu, le Directeur de Thèse
Monsieur le Docteur Cyril COUILLARD

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop followed by a horizontal stroke that extends to the right.

Vu, le Doyen de la Faculté
Madame le Professeur Pascale JOLLIET

Titre de thèse : **Enquête de satisfaction des patients de la consultation de médecine générale ou « Consultation SASPAS* » rattachée aux Urgences du Centre Hospitalier de Fontenay-le-Comte.**

RESUME

Introduction : En France, la densité en médecins généralistes décline depuis plusieurs années avec une tendance à la baisse prévue jusqu'en 2025. En Vendée, l'Accessibilité Potentielle Localisée est inférieure à la moyenne nationale avec 3,4 consultations par an par habitant. L'agglomération de Fontenay-le-Comte voit son accès aux soins particulièrement limité avec 1 médecin pour 1 888 habitants en 2018. Un dispositif de consultation de médecine générale présenté au public comme « Consultation SASPAS » a été créé en mai 2017 au sein du service des urgences du centre hospitalier pour renforcer l'offre de soins locale. Il constitue un lieu de consultations sur rendez-vous assurées par un interne en fin de DES de médecine générale dans le cadre d'un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée.

Matériel et méthodes : Un an après sa mise en place nous avons souhaité évaluer la satisfaction des patients quant à ce dispositif et observer l'évolution de son activité. Nous avons mené une étude descriptive, transversale, monocentrique à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme complété par écrit par les patients à l'occasion d'une consultation. Nous avons réalisé une analyse descriptive des critères de satisfaction de l'échantillon puis deux analyses en sous-groupe comparant les données de satisfaction. La première comparait les patients ayant un médecin traitant à ceux qui n'en avaient pas. La seconde comparait les patients consultant pour un motif urgent d'une part et ceux reçus pour une consultation de suivi d'autre part à tous les autres motifs confondus. Nous avons utilisé le test du Khi2 d'homogénéité ou le test exact de Fisher lorsque les effectifs étaient trop petits. Pour les variables quantitatives le test T de Student était appliqué. Les réponses à trois questions ouvertes étaient étudiées par analyse thématique. L'activité de consultation a fait l'objet d'une analyse descriptive.

Résultats : 150 questionnaires ont été recueillis sur la période du 17.09 au 2.11.2019 sur 298 consultations réalisées (taux de réponse=50,3%). L'échantillon était représentatif de la population pour le sexe et l'origine géographique. Plus de 80% des patients étaient très satisfaits de l'accueil, de la durée de consultation, de la prise en charge médicale et du suivi et jugeaient les délais de rendez-vous acceptables. La note globale moyenne attribuée était de 8,9/10 (écart type=1,88). L'attente en salle d'attente et la facilité de prise de rendez-vous étaient moins satisfaisants avec 79,6 et 66% de patients très satisfaits. La satisfaction était comparable pour les patients avec et sans médecin traitant. Les consultations urgentes et les consultations de suivi rassemblaient la même proportion de patients très satisfaits comparées à tous les autres motifs confondus.

Les patients appréciaient particulièrement la rapidité des rendez-vous, la disponibilité et l'écoute. Le dispositif apparaissait comme un élément de réassurance face au manque de médecins généralistes. 73,1% des patients de l'échantillon n'avait pas de médecin traitant, c'était le premier motif de recours au dispositif. 49,3% des consultations concernaient un suivi de santé et 36,5% un problème urgent. Les demandes administratives et la traumatologie étaient moins fréquentes. L'activité de consultation, essentiellement sur rendez-vous, a doublé en un an avec 989 consultations réalisées entre mai et novembre 2018 pour une population plus âgée (âge moyen 40,8 ans *versus* 35 ans en 2017).

Conclusion : La consultation SASPAS rejoint les attentes des patients. Elle permet la prise en charge de pathologies aiguës mais également le suivi des maladies chroniques et renforce l'offre de soins locale. Cette évaluation de la satisfaction des patients a permis de pointer des pistes d'amélioration. La prise de rendez-vous en ligne et un écran d'information en salle d'attente devraient bientôt voir le jour. L'association au projet d'un second interne de médecine générale en fin de cursus serait justifiée par la croissance de l'activité et l'apport pédagogique incontestable du dispositif. Le retentissement sur les consultations inappropriées aux urgences pourrait être évalué pour souligner le renfort certain apporté par le dispositif au réseau de soins primaires de l'agglomération de Fontenay-le-Comte.

MOTS-CLES

Satisfaction des patients ; Qualité des soins de santé ; SASPAS* ; Médecine générale ; Urgences.

*Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée.