



Année 2022/2023

Thèse
Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par
Valentin RICHARD
Né le 25 novembre 1992 à Troyes 10000

TITRE

Etude du profil des patients reconsultant dans un délai de 30 jours en soins non programmés.

Présentée et soutenue publiquement le 17 novembre 2022 date devant un jury composé de :

Président du Jury : **Professeur Clarisse DIBAO-Dina, Médecine générale, PU, Faculté de Médecine -Tours**

Membres du Jury **Docteur Stéphane SANCHEZ, MCA santé publique, Faculté de Médecine – Reims**

Docteur Florian SZYMCZAK, médecine générale, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Faustine KRAJEWSKI, rhumatologue, Faculté de Médecine – Tours

Membre invité du jury :

Directeur de thèse : Docteur Clément RICHARD, Médecine générale, Faculté de médecine -- Reims

Etude du profil des patients reconsultant dans un délai de 30 jours en soins non programmés.

Résumé : *Introduction :* La permanence des soins ambulatoire est un enjeu majeur de l'accessibilité aux soins en France et dans l'Aube. La caractérisation des patients permet de mieux comprendre les besoins de cette population et de mettre en place des réponses plus adaptées.

Méthode : étude cas témoins rétrospective unicentrique comparant les reconsultations dans les 30 jours au sein de la structure SOS médecin 10 versus les non reconsultants, définis comme étant ceux n'ayant pas reconsulté dans un délai de 30 jours.

Résultats : Les facteurs de risques de la reconsultation sont la consultation en nuit profonde avec un Odds-ratio à 1.33 et les pathologies psychiatriques avec un OR à 1.31. Un facteur protecteur est la consultation le week-end, OR 0.83.

Conclusions : la reconsultation à 30 jours pourrait être utilisée comme indicateur de la qualité des soins.

Mots clés : reconsultation, permanence de soins ambulatoire.

Study of the profile of patients reconsulting within 30 days for unscheduled care.

Abstract : *introduction :* in a context of the scarcity of physicians and the increasing volume of visits to unscheduled care services in the community, it is a major public health challenge to distribute existing resources in a manner that best meets patients' needs. studying the characteristics of frequent primary care attenders, who are potentially resource- and time-consuming, could help to better adapt the organisation of care delivery.

Method : We performed a single-centre case-control study, comparing repeat consultations within 30 days, versus patients who did not repeat-consult within 30 days, at an unscheduled care service run by SOS Medecins in the Aube Department, France.

Results : The risk factors for reconsultation are consultation in deep night with an Odd-ratio of 1.33 and psychiatric pathologies with an OR of 1.31. A protective factor is consultation on weekends, OR 0.83.

Conclusion : the reconsultation at 30 days could be used as an indicator of the quality of care.

Keywords: reconsultation, primary care

Article soumis à publication pour la revue Frontiers in public Health.

Auteur :Valentin RICHARD, Leila BOUAZZI, Clément RICHARD, Stéphane SANCHEZ

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSEESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens - relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) - 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - P. BAGROS - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - J. CHANDENIER - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - C. COUET - L. DE LA LANDE DE CALAN - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - D. GOGA - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE - G. LEROY - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAIN - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - L. POURCELOT - R. QUENTIN - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER - J.C. ROLLAND - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive - réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive - réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie - gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie

LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine	Philosophie - histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS - EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm - UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine	Orthoptiste
-------------------------	-------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

**En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.**

**Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail.**

**Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas**

**à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.
Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.**

**Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.**

**Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque**

Remerciements

A madame le professeur DIBAO-Dina, président de mon jury, Pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse, je vous prie de bien vouloir recevoir toute ma gratitude.

Au docteur Stéphane SANCHEZ, membre de mon jury, pour son accompagnement précieux et son temps pour ce travail de thèse.

Au docteur Clément RICHARD, mon frère et directeur de thèse, pour avoir été l'inspiration de ce sujet de thèse et de plus largement de mon engagement professionnel.

Au docteur Florian SZYMCZAK, membre de mon jury, pour sa disponibilité aujourd'hui et son enthousiasme.

Au docteur Faustine KRAJEWSKI, membre inespérée et salvatrice de ce jury !

A mes professeurs et maîtres de stages durant cet internat en région centre.

A mes parents, pour leur soutien permanent, pour leur accompagnement, leurs encouragements et leur aide, pour tout ce qu'ils sont.

A tous mes frères et sœurs, tour à tour colocataires, compagnons d'excès, collègues, inspiration. Merci d'être toujours là, avec tous les petits lours qui vous accompagnent partout !

A mes amis et camarades Rémois. Lemoine, Metivet, Yoyo, Moshe, Jojo, Abel, Ramirez, Perez, Chouk, Bébé Camille, on ne s'est pas vraiment toujours tirés vers le haut mais le moins qu'on puisse dire c'est qu'on a ris ! On se voit trop peu !

A Théo et Cyril qui me supporte depuis 27 ans !

Aux Troyens, Coiffard, Léo, Perez (encore), Adel, Paul, Léna, Marie, Val et Gus pour toutes les crises de rires qui se succèdent depuis le collège et qui risquent de durer un moment puisqu'on se rassemble de plus en plus !

A Pierre, Simone, Louis et Madeleine évidemment.

Table des matières :

Introduction.....	7
Matériel et méthodes.....	4
Design de l'étude et population étudiée	
Critère de jugement et variables étudiées	
Analyse statistique	
Considération éthiques	
Résultats.....	11
Caractéristique de la population	
Critères de jugement primaire et secondaires	
Délai de reconsultation	
Discussion	13
Forces et limites	
Critères primaires et secondaires	
Conclusion	16
Annexes.....	17
Bibliographie	22

Liste des annexes

Figure 1. : flow chart

Table 1. Caractéristique des cas et témoins

Table 2. Facteurs associés à la reconsultation

Table 3. Association univariée et multivariée des facteurs de reconsultation à 30 jours

Figure 2. Courbe de Kaplan Meier du délai de reconsultation selon une consultation en nuit profonde

1. Introduction :

Les consultations répétées en médecine générale sont à l'origine d'une consommation de soins importante. Les études estiment que 3% des patients reconsultant le plus fréquemment représentent 15% du temps d'exercice clinique d'un généraliste (1). Des définitions de ces groupes de patients ont été établies en soins primaire, dans les services d'accueil des urgences et en milieu hospitalier (2). Leurs caractéristiques ont été largement étudiées et le fait d'être une femme et l'âge de plus de 65 ans sont retrouvés comme étant des facteurs de consultation répétées (3). Certaines pathologies sont également plus présentes chez cette population de patient : les pathologies chroniques avec l'hypertension artérielle essentielle et le diabète de type deux (4), ainsi que les troubles psychiatriques et les troubles musculo-squelettiques (3). Les facteurs socio-démographiques et l'état de santé subjectifs de chaque patient sont associés à une probabilité accrue de consultations répétées (5). Enfin l'analyse des prescriptions issues de ces consultations montre qu'elles sont à l'origine de prescriptions plus nombreuses, plus longues et comportant des traitements plus coûteux (6).

Ces études sont menées sur des populations consultants en médecine générale sur des périodes longues (1,3). La littérature est moins riche dans le contexte des soins non programmés à plus court terme et s'intéresse à la prise en charge de pathologies spécifiques (7,8). La fréquence des reconsultations en soins non programmés, leurs motifs et les caractéristiques des patients y ayant recours sont peu documentés. La fréquentation des structures de santé dédiées à ces prises en charges ne cesse pourtant d'augmenter avec une progression de 38% sur les dix dernières années pour SOS médecins France (9,10). Dans l'aube de la démographie médicale en dessous des moyennes nationales avec une grande part de l'activité médicale assurée par des généralistes retraités actifs explique cette progression (11). Cette détérioration de l'accessibilité médicale doit se poursuivre avec une baisse des généralistes en activité de 10% d'ici à 2030 (12). Ainsi l'étude des caractéristiques des patients consultants de façon répétée en soins primaire et potentiellement très consommateurs de temps médical permettrait de mieux adapter l'organisation de l'offre de soins. Cela pourra permettre de faire apparaître des divergences ou convergences avec les facteurs identifiés en soins programmés (3-5). Cela aidera à définir de potentiels critères de qualité pour l'organisation des soins non programmés sur le territoire.

Dans ce contexte, l'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs de reconsultation au sein d'une population consultants en soins non programmés.

2. Matériel et méthode

Design de l'étude et population étudiée :

Nous avons réalisé une étude cas témoins rétrospective unicentrique comparant les reconsultation dans les 30 jours au sein de la structure SOS médecin 10 versus les non reconsultants, définis comme étant ceux n'ayant pas reconsulté dans un délai de 30 jours. Une consultation est définie comme tout contact entre le patient et le médecin que ce soit à domicile au cabinet ou par téléconsultation téléphonique.

La population étudiée est constituée des patients ayant bénéficiés d'une consultation auprès d'un praticien de SOS médecin entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 janvier 2019

Le groupe contrôle a été établi en appariant chaque patient ayant reconsulté avec un patient qui n'a pas eu de reconsultation à 30 jours, à partir des critères suivants : l'âge avec une tolérance d'écart de 5 ans maximum et le sexe. Les patients du groupe contrôle ont été sélectionnés de façon aléatoire parmi les 3785 patients sans reconsultation à 30 jours à l'aide d'un algorithme d'appariement optimal.

Les critères d'inclusion étaient un âge supérieur à 18 ans et inférieur à 75 ans et ne pas faire acte d'opposition au recueil des données.

La population des 18-75 ans représentent 27433 consultations. Le recueil de donnée est effectué sur un échantillon aléatoire de 5059 consultations, dont 57 sont exclus devant un manque de données.

Critères de jugement et variables étudiées :

Le critère de jugement principal de cette étude est la survenue d'une nouvelle consultation auprès de SOS médecin dans les 30 jours après le premier contact.

Les critères de jugement secondaire sont : le moment auquel on eu lieu les consultations dans une journée, la survenue d'une hospitalisation, et les diagnostic rattachés aux consultations.

A l'aide de la base de données du DATA center SOMENOR gestionnaire des données SOS médecins nous avons recueillis les données associées à un échantillon de consultations sur la période du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019.

Pour chaque consultation ont été relevé les caractéristiques du patient : âge et sexe. De la consultation : priorisation lors de la prise de rendez-vous, motifs rapportés de la consultation, période à laquelle la consultation a eu lieu (week-end, jour férié, nuit ou nuit profonde). A l'issue des consultations ont été recueillis les traitements prescrits, les examens complémentaires, la catégorie de diagnostic associé à la consultation selon la classification CISP (13) et les demandes d'hospitalisation.

Analyse statistique :

Les variables continues ont été exprimées en moyenne plus ou moins l'écart-type dans le cas d'une distribution normale, sinon, la médiane et l'étendue sont présentées. Les variables catégorielles ont été exprimées en nombre et pourcentage.

Chaque patient qui a reconsulté dans un délai de 30 jours a été apparié avec un patient qui n'a pas eu de reconsultation à 30 jours, défini comme le groupe contrôle, à partir des critères suivants : âge plus ou moins 5 ans et le sexe. Les patients du groupe contrôle ont été sélectionnés de façon aléatoire parmi les 3785 patients sans reconsultation à 30 jours à l'aide d'un algorithme d'appariement optimal.

La comparaison des caractéristiques des patients entre les deux groupes a été faite à l'aide d'une équation d'estimation généralisée (GEE) univariée (distribution binomiale, fonction logit) pour les variables catégorielles et d'un modèle linéaire mixte univarié avec la variable paire d'ajustement en effet aléatoire pour les variables continues. Les variables associées à une p-valeur <0.10 dans l'analyse univariée ont ensuite été intégrées dans un modèle multivarié. Les odds ratio (OR) et les intervalles de confiance (IC) à 95% ont été dérivés du modèle en tant que taille d'effet.

Le délai de reconsultation correspond au délai entre la date de sortie et la 1^{ère} date de reconsultation. Les patients n'ayant pas reconsulté dans un délai de 30 jours ont été censurés. Le délai de reconsultation médian a été comparé selon les caractéristiques des patients à l'aide d'un test du Log-rank.

Les facteurs associés à la reconsultation de façon significative ($p < 0.10$) ont ensuite été inclus dans un modèle de Cox à risques proportionnels multivarié avec la variable paire d'ajustement en effet aléatoire. Une sélection de variable descendante avec un seuil de suppression fixé à 0.05 a été appliquée.

Les Hazard ratio (HR) et intervalle de confiance à 95% ont été obtenus à partir du modèle. L'hypothèse de risque proportionnel a été vérifiée en examinant les résidus de Schoenfeld.

Les courbes de survie ont été construites selon la méthode de Kaplan-Meier.

Les tests statistiques ont été effectués au niveau de significativité 0.05. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute, Cary, NC).

Considérations éthiques :

La conception de l'étude (observationnelle rétrospective) était basée sur une base de données médicales qui ne nécessitait pas le consentement du patient selon la législation française. (14) Cette étude a été réalisée en conformité avec la législation nationale concernant les études épidémiologiques (Déclaration N° 921412). De plus, conformément aux directives éthiques nationales, l'exigence d'un consentement éclairé écrit a été levée car l'étude était strictement observationnelle et toutes les données étaient en aveugle. (15) Selon le Code de la santé publique français, cette recherche ne nécessitait pas non plus de comité d'éthique. (15) Les patients ont été informés de la réalisation de l'étude via une information disposée en salle.

3. Résultats

Sur un total de 47587 consultations uniques ayant eu lieu entre le 1^{er} janvier 2019 et le 31 janvier 2019, 27433 concernent notre population cible de 18 à 75 ans. Parmi celles-ci 5061 ont fait l'objet d'un recueil de données. Cinquante-neuf ont été exclus devant des données manquantes et 5002 ont été inclus. On trouve 1217 reconsultations et 3785 consultations uniques (figure 1).

Caractéristiques de la population :

Les caractéristiques des 2 groupes sont présentées dans le tableau 1 avant et après appariement sur l'âge et le sexe.

L'analyse avant appariement montre une différence significative sur l'âge ($p = 0.001$) avec un groupe reconsultant plus jeune contrairement à ce qui a été mis en évidence dans de précédentes études (3). On observe également une différence significative sur le sexe avec un plus grand nombre de femme dans le groupe reconsultant ($p = 0.008$) ce qui coïncide cette fois avec les précédents travaux sur les caractéristiques des patients reconsultants (3).

Critères de jugement primaire et secondaires :

Parmi les patients reconsultant le taux de consultation au cabinet est significativement plus important que dans le groupe des non reconsultants avec respectivement 72.2% contre 68.4%

La différence la plus significative entre les deux groupes apparaît quand on observe le moment de la reconsultation dans la journée. Dans le groupe des reconsultants la consultation en nuit profonde (de minuit à 6h00) représente 14.2% des consultations initiales. Dans le groupe des patients n'ayant pas reconsulté ce créneau ne représente que 8.5% des consultations initiales.

Les consultations le week-end apparaissent au contraire associées à moins de reconsultations (21.3%) que de consultations uniques (28.7%) de façon significative ($p < 0.0001$)

Parmi les 12 catégories de diagnostics issues de la CISP on relève une surreprésentation des diagnostics de pathologie psychologique chez les patients reconsultant, 8.6% contre 5.3% ($p < 0.0001$). A l'inverse les diagnostics de pathologie cardio-circulatoire sont associés à moins de reconsultation avec 1.4% des reconsultants contre 2.7% des consultations uniques

On ne note pas de différence significative du nombre de prescription d'examens de biologie ou d'examens complémentaire ni du nombre d'hospitalisation entre les 2 groupes.

Après appariement sur le genre et l'âge on observe une persistance des différences significatives entre les deux groupes à l'exception du lieu de la consultation. En effet pour cette données le seuil de significativité < 0.05 n'est plus atteint.

Le Tableau 2 présente les facteurs indépendants associés à la reconsultation exprimé sous forme d'odds-ratio en reprenant uniquement les variables associées à une p-valeur < 0.10 après appariement.

Il montre que les principaux facteurs associés aux reconsultations sont d'une part les consultations en nuit profonde avec un OR à 1.31 de façon très significative et un intervalle de confiance de 1.20-1.44. D'autre part les consultations associées à un diagnostics de pathologies psychologique avec un OR à 1.33 encore de façon significative ($p < 0.0001$).

En revanche les consultations pendant le week-end apparaissent comme un facteur protecteur vis-à-vis de reconsultation ultérieurs avec un Odds-ratio à 0.82, IC 95% 0.75-0.91.

Le fait que le motif de l'appel soit définie comme aigu semble également être un facteur protecteur vis à vis d'une reconsultation avec un OR 0.76 bien que l'intervalle de confiance soit proche de 1 IC95% (0.61-0.96).

Délai de reconsultations :

Le Tableau 3 présente le délai de reconsultation en jour et sous forme de Hazard Ratio (HR) des différents facteurs significatifs relevés précédemment.

Les facteurs de risques de reconsultations que sont la consultation en nuit profonde et les pathologies psychologiques sont donc associés à des délais de reconsultations plus court avec respectivement des HR à 1.67 et 2.06.

Alors que les consultations ayant lieu le week-end ont délai de reconsultation qui se rapproche le plus des 30 jours avec un écart interquartile compris entre 16 et 30 jours.

La figure 2. illustre cette différence de délai de reconsultation. On observe un écart entre les courbes des groupes ayant consulté initialement en nuit profonde et les autres. Néanmoins celles-ci présentent toutes les deux une répartition linéaire dans le temps. Il n'y a donc pas d'effet de reconsultation immédiate associé à la nuit profonde.

4. Discussion

Forces et limites

Notre étude s'intéresse à la reconsultation en médecine générale dans le cadre des soins non programmés en questionnant l'intérêt de l'utilisation de cet indicateur comme marqueur de la qualité des soins. Elle s'appuie sur un nombre important de données et est une des rares à faire le lien entre caractéristique des consultations en PDSA et qualité des soins.

Elle présente cependant des limites. C'est une étude unicentrique rétrospective donc non extrapolable à d'autres bassins de populations. En second lieu, la mesure du critère de jugement est imparfaite, les patients ayant pu reconsulter dans un autre centre de soins non programmés ce qui peut conduire à minimiser le taux de reconsultation à 30 jours. Enfin le manque de données sur les comorbidités des patients pouvant être en relation avec un besoin accru de soins peut conduire à un biais de confusion. De même les données cliniques et les prescriptions issues des consultations à domiciles sont souvent insuffisantes pour pouvoir faire une analyse des potentiels consommation de soins dans les différents groupes.

Critères primaire et secondaires :

Nos résultats mettent en avant deux grands facteurs indépendants favorisant la reconsultation à trente jours. La consultation en nuit profonde qui présente un Odd-ratio à 1.31. Et la consultation associée à des troubles psychologiques avec un OR à 1.33.

Elle met aussi en avant un effet protecteur avec les consultations le week-end pour les quelles on trouve un OR à 0.82

Le nombre de « Unscheduled-Return-Visits » ou consultation retour non programmées après un passage dans un service d'urgences ou une chirurgie est largement reconnu comme un critère d'évaluation de qualité de la prise en charge en milieu hospitalier (16–19). Ce taux de réadmission à 30 jours a été choisi comme marqueur de la qualité des soins par les centres Medicare et Medicaids aux états unis (20–22).

C'est dans le cadre hospitalier que se place un grand nombre d'études qui caractérisent les utilisateurs répétés des réseaux de soin primaire (23). Certaines études montrent que les patients ayant 4 passages ou plus dans un service d'urgences représentent 8% des patients et 28% des consultations (24). Il apparait un consensus dans la littérature sur le fait que les multi-

consultants présentent des pathologie chroniques (3,4,25), sont majoritairement des femmes jeunes ou des patients de plus de 65 ans (3,4).

La sur-représentation des pathologies psychiatriques dans les consultations répétées aux urgences est largement documentée comme étant un facteur de risque majeur, particulièrement quand elle sont associé à des consommation de drogues (26). En France aux urgences parmi les patients déclarants se présenter pour un problème médical, 10% déclarent venir dans un contexte d'angoisse (27). Parmi ces utilisateurs répétés des urgences certaines études pointent le fait les super-consommateur (plus de 18 passages aux urgences par an) ont un risque important de persistance dans cette consommation de soins (28).

L'association entre troubles psychiques et troubles du sommeil est largement démontrée (29,30) avec une exacerbation des troubles à travers des phénomènes d'angoisse nocturne.

Tous ces résultats concordent avec ceux de notre étude qui pose les troubles psychologiques comme facteurs indépendant de reconsultation.

Parmi les rares études qui interrogent les caractéristiques des « frequent users » en soins ambulatoire et hors période d'ouverture journalière (donc entre 20h et 8h00) on relève celle de Buja A. et al. qui met en avant ce même effet lié aux besoins psychologiques. Elle souligne également l'existence d'autres facteurs de risques liés à l'organisation et un facteurs protecteur lorsque les praticiens exercent dans des structures de groupe (31).

Enfin la méta-analyse menée par Foster H. et al. Livre une analyse supplémentaire sur le moment auquel cette demande de soins est la plus importante sur cette même période « out of hours ». Elle montre un pic de consultation en semaine de 18h à 23h. Les samedis matin sont les périodes les plus denses du week-end, et les consultations en nuit profonde sont plus fréquentes le week-end que la semaine (32).

Ces résultats vont dans le sens du second facteur de risque de reconsultation apparu dans notre étude qui est la consultation en nuit profonde. Si l'on considère la reconsultation à 30 jours comme un critère de la qualité des soins, on peut s'interroger sur la pertinence de ce marqueur comme indicateur a mettre en place pour un suivi prospectif.

Le troisième point soulevé par notre étude est le facteur protecteur de la consultation le week-end vis-à-vis des reconsultations. Cet élément paraît contradictoire avec les données de la littérature qui décrivent un « week-end effect », qui entraînerait une dégradation de la qualité des soins et une surmortalité en milieu hospitalier.

L'étude princeps de ce phénomène date de 2001 sur une étude menée en Ontario pendant plus de 10 ans et sur plus de 4 millions de patients. Elle met en évidence une surmortalité chez les patients hospitalisés le week-end (33). Une importante méta-analyse menée en 2017 en Grande Bretagne montre un risque relatif de mortalité à 1.19 chez les patients hospitalisés le week-end comparativement à ceux pris en charge en semaine (34). Les raisons de cet « effet week-end » sont encore débattues avec entre autres les moyens humains moins nombreux ou moins expérimentés, le manque d'accès aux moyens thérapeutiques et diagnostiques invasifs, ou la plus grande sévérité des patients admis le week-end (35).

Ces études sont toutefois très largement menées en milieu hospitalier. On peut émettre l'hypothèse que cette sur-mortalité hospitalière se répercute par une diminution de la pression sur la PDSA.

Dans un contexte de manque de praticien et de permanence de soins ambulatoire de plus en plus sollicités c'est un enjeu majeur de pouvoir organiser au mieux les moyens existants pour répondre aux besoins des patients.

Ces besoins étant très largement en lien avec une souffrance psychologique accrue questionne sur la mise en place possible d'une PDSA à orientation psycho-thérapeutique ou une plus grande accessibilité de ces prises en charge en journée.

La mise en place d'un indicateur qualité à travers les reconsultations à 30 jours permettrait de promouvoir une plus grande pertinence des prises en charge proposées lors de la PDSA et de valoriser leur action.

Par ailleurs de nombreuses études mettent en avant un effet largement multifactoriel dans la consultation répétée structures de soins, notamment des facteurs sociaux-économiques (36,37). L'accessibilité aux soins ne se limite pas aux seuls déterminants de densité médicale et de proximité des structures mais apparaît multifactorielle (38), et pourra faire l'objet de prochains travaux de recherche.

5 Conclusion

Cette étude met en évidence une consommation de soins plus importante lorsque les patients sont en difficulté psychologique et qu'ils ont recours d'autant plus fréquemment à la PDSA pour ce motif dans des période où l'accessibilité aux soins est la plus restreinte.

La permanence de soins ambulatoire a une part importante dans l'accès au soins primaire en France et tend à prendre de plus en plus de place dans un contexte de système d'urgences hospitalière en tension. La compréhension de la consommation de soins des structures y prenant part, dont les structures SOS médecin, peut permettre une meilleure organisation de l'offre de soins sur le territoire. Et la mise en évidence de critères de qualité de mieux évaluer et valoriser les prises en charge. Les éléments mis ici en évidence peuvent guider l'élaboration de l'offre de soins du territoire pour tendre à améliorer l'accessibilité des structures de soins psychopathologique.

La prise en charge par la sécurité sociale de consultations de psychologie pour les pathologies psychiques courantes pourrait apporter une réponse partielle à ce qui apparaît comme un motif important de consultations répétées.

Une analyse plus large de ces consultations non programmées dans les cabinets de consultation de médecine générale permettrait sans doute d'apporter un éclairage supplémentaire sur les déterminants de l'accessibilité aux soins.

Annexes :

Figure 1. : flow chart

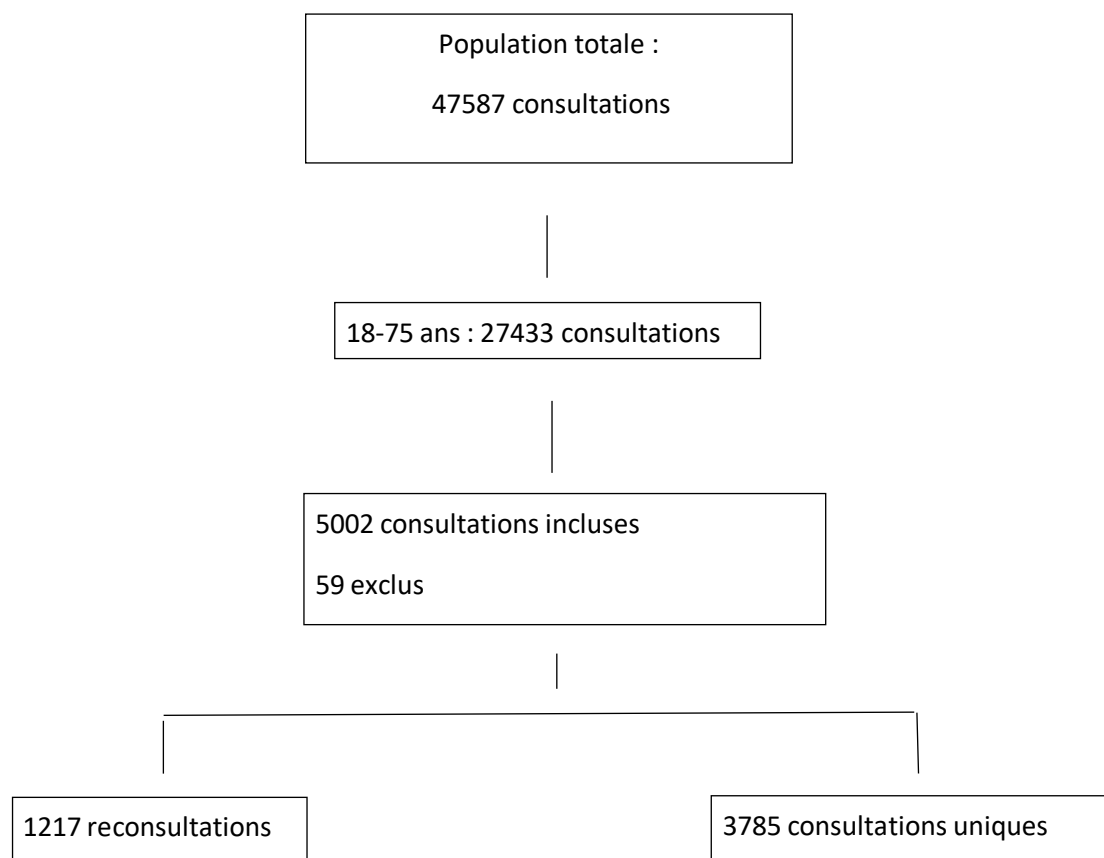


Table 1. Caractéristique des cas et témoins

ET=écart-type ; EIQ=écart interquartile ; ORL=oto-rhino-laryngologiste. Les données sont l'effectif (pourcentage) sinon indiqué. * Variables utilisées pour l'appariement

	Avant appariement			Après appariement		
	Reconsultation à 30 jours		P	Reconsultation à 30 jours		P-valeur
	Oui N=1217	Non N=3785		Oui N=1217	Non N=1217	
Age, moyenne±ET, années*	36.3±14.2	37.9±14.8	0.001	36.3±14.2	36.3±14.2	1.00
Sexe*			0.008			1.00
Femme	805 (66.1)	2343 (61.9)		805 (66.1)	805 (66.1)	
Homme	412 (33.9)	1442 (38.1)		412 (33.9)	412 (33.9)	
Lieu de la consultation			0.01			0.08
Domicile	338 (27.8)	1193 (31.5)		338 (27.8)	378 (31.1)	
Cabinet	879 (72.2)	2591 (68.4)		879 (72.2)	839 (68.9)	
Période de consultation						
Pendant la nuit	165 (13.6)	581 (15.3)	0.13	165 (13.6)	196 (16.1)	0.09
Pendant la nuit profonde	173 (14.2)	323 (8.5)	<0.0001	173 (14.2)	117 (9.6)	0.0001
Pendant le week-end	259 (21.3)	1093 (28.9)	<0.0001	259 (21.3)	349 (28.7)	<0.0001
Motif de la consultation			0.10			0.09
Aigu	1201 (98.7)	3755 (99.2)		1201 (98.7)	1208 (99.3)	
Chronique	16 (1.3)	30 (0.8)		16 (1.3)	9 (0.7)	
Priorisation de la consultation lors de la réception de l'appel	25 (2.0)	69 (1.8)	0.60	25 (2.0)	18 (1.5)	0.24
Diagnostic retenu						
Sang hématologie	1 (0.1)	4 (0.1)	1.00	1 (0.1)	2 (0.2)	0.62
Digestif	251 (20.6)	751 (19.8)	0.41	251 (20.6)	237 (19.5)	0.47
ORL	296 (24.3)	1027 (27.1)	0.10	296 (24.3)	328 (27.0)	0.14
Cardio-circulatoire	17 (1.4)	103 (2.7)	0.01	17 (1.4)	35 (2.9)	0.03
Ostéo-articulaire	205 (16.8)	568 (15.0)	0.08	205 (16.8)	190 (15.6)	0.40
Neurologique	42 (3.4)	99 (2.6)	0.11	42 (3.4)	38 (3.1)	0.64
Psychologique	105 (8.6)	202 (5.3)	<0.0001	105 (8.6)	55 (4.5)	<0.0001
Respiratoire	107 (8.8)	408 (10.8)	0.07	107 (8.8)	124 (10.2)	0.25
Cutané	56 (4.6)	206 (5.4)	0.30	56 (4.6)	65 (5.3)	0.42
Endocrinien	4 (0.3)	14 (0.4)	0.86	4 (0.3)	7 (0.6)	0.42
Gynécologique et urologique	48 (3.9)	119 (3.1)	0.15	48 (3.9)	50 (4.1)	0.84
Médico-social	84 (6.9)	284 (7.5)	0.57	84 (6.9)	86 (7.1)	0.87
Nombre de molécule prescrite, médiane [EIQ]	3 [2-4]	3 [2-4]	0.29	3 [2-4]	3 [2-4]	0.29
Prescription d'examen biologique	108 (8.9)	372 (9.8)	0.33	108 (8.9)	116 (9.5)	0.58
Prescription d'imagerie	49 (4.0)	139 (3.7)	0.57	49 (4.0)	50 (4.1)	0.92
Hospitalisation	16 (1.3)	62 (1.6)	0.43	16 (1.3)	21 (1.7)	0.44

Table 2. Facteurs associés à la reconsultation

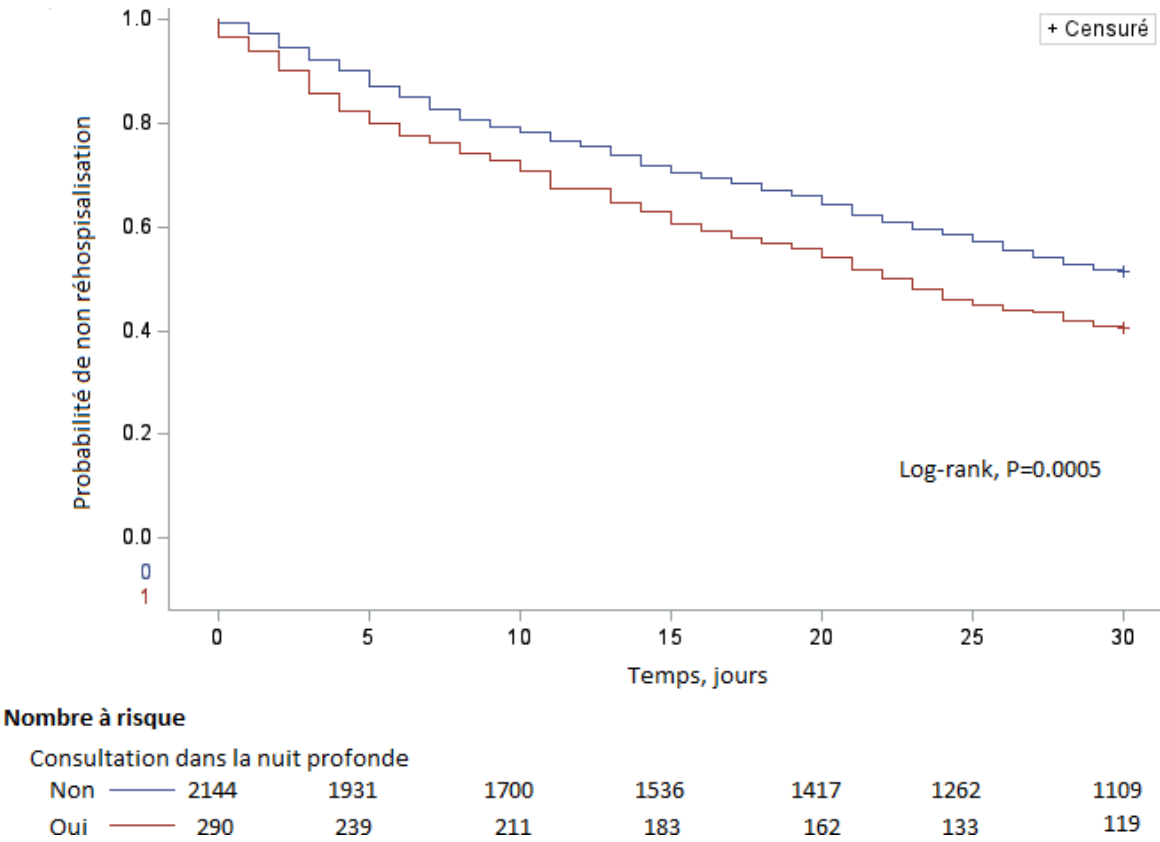
IC=intervalle de confiance ; OR=odds-ratio

	Reconsultation à 30 jours		OR (IC 95%)	P-valeur
	Oui N=1217	Non N=1217		
Lieu de la consultation				0.002
Domicile	338 (27.8)	378 (31.1)	1.00 (réf)	
Cabinet	879 (72.2)	839 (68.9)	1.15 (1.05-1.26)	
Période de consultation				
Pendant la nuit	165 (13.6)	196 (16.1)	0.94 (0.84-1.06)	0.35
Pendant la nuit profonde	173 (14.2)	117 (9.6)	1.31 (1.20-1.44)	<0.0001
Pendant le week-end	259 (21.3)	349 (28.7)	0.82 (0.75-0.91)	0.0002
Motif de la consultation				
Aigu	1201 (98.7)	1208 (99.3)	0.76 (0.61-0.96)	0.02
Diagnostic retenu				
Cardio-circulatoire	17 (1.4)	35 (2.9)	0.70 (0.48-1.03)	0.07
Psychologique	105 (8.6)	55 (4.5)	1.33 (1.20-1.48)	<0.0001

Table 3. Association univariée et multivariée des facteurs de reconsultation à 30 jours

	Délai de reconsultation (mois)	P-valeur	HR ajusté ¹ (IC 95%)	P-valeur
Lieu de la consultation		0.06		0.01
Domicile	30 (12-30)		1.00 (réf)	
Cabinet	28 (12-30)		1.29 (1.06-1.57)	
Période de consultation				
Pendant la nuit		0.07		0.21
Non	29 (11-30)		1.00 (réf)	
Oui	30 (16-30)		0.86 (0.68-1.09)	
Pendant la nuit profonde		0.0005		0.0002
Non	30 (13-30)		1.00 (réf)	
Oui	22.5 (8-30)		1.67 (1.27-2.18)	
Pendant le week-end		<0.0001		<0.0001
Non	28 (11-30)		1.00 (réf)	
Oui	30 (14-30)		0.68 (0.56-0.82)	
Motif de la consultation				
Aigu		0.17	-	-
Non	15 (5-30)			
Oui	30 (12-30)			
Diagnostic retenu				
Cardio-circulatoire		0.01		0.02
Non	30 (12-30)		1.00 (réf)	
Oui	30 (22-30)		0.50 (0.27-0.91)	
Psychologique		<0.0001		<0.0001
Non	30 (12-30)		1.00 (réf)	
Oui	22.5 (9-30)		2.06 (1.46-2.91)	
Les données sont la médiane (écart interquartile). HR=Hazard-ratio ; IC=intervalle de confiance. Les variables inclus dans le modèle de Cox à risques proportionnels multivarié à sélection de variable descendante sont le lieu de la consultation, la période de consultation, le diagnostic retenu et la paire d'appariement en effet aléatoire				

Figure 2. Courbe de Kaplan Meier du délai de reconsultation selon une consultation en nuit profonde



Bibliographie finale :

1. Neal RD, Heywood PL, Morley S, Clayden AD, Dowell AC. 1 Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br J Gen Pract.* janv 1998;48(426):895-8.
2. Shukla DM, Faber EB, Sick B. 2 Defining and Characterizing Frequent Attenders: Systematic Literature Review and Recommendations. *J Patient Cent Res Rev.* 27 juill 2020;7(3):255-64.
3. Reho TTM, Atkins SA, Talola N, Viljamaa M, Sumanen MPT, Uitti J. 3 Frequent attenders in occupational health primary care: A cross-sectional study. *Scand J Public Health.* 1 févr 2019;47(1):28-36.
4. Foster A. 4 Is frequent attendance in primary care disease-specific? *Family Practice.* 23 juin 2006;23(4):444-52.
5. Lupp M, Giersdorf J, Riedel-Heller S, Prütz F, Rommel A. 5 Frequent attenders in the German healthcare system: determinants of high utilization of primary care services. Results from the cross-sectional German health interview and examination survey for adults (DEGS). *BMC Fam Pract [Internet].* 13 janv 2020 [cité 28 janv 2021];21. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6958724/>
6. Kang SC, Lin CC, Tsai CC, Lu YH, Huang CF, Chen YC. 6 Characteristics of Frequent Attenders Compared with Non-Frequent Attenders in Primary Care: Study of Remote Communities in Taiwan. *Healthcare (Basel) [Internet].* 13 avr 2020 [cité 28 janv 2021];8(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7349067/>
7. Tandan M, Duane S, Cormican M, Murphy AW, Vellinga A. 7 Reconsultation and Antimicrobial Treatment of Urinary Tract Infection in Male and Female Patients in General Practice. *Antibiotics (Basel) [Internet].* 15 sept 2016 [cité 30 janv 2021];5(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5039527/>
8. Daniel P, Bewick T, McKeever TM, Roberts M, Ashton D, Smith D, et al. 8 Healthcare reconsultation in working-age adults following hospitalisation for community-acquired pneumonia. *Clin Med (Lond).* févr 2018;18(1):41-6.
9. La permanence de soins en France [Internet]. SOS MÉDECINS. 2021 [cité 30 janv 2021]. Disponible sur: <https://sosmedecins-france.fr/sos-medecins/la-permanence-de-soins-en-france/>
10. SOS Médecins dans la permanence des soins ambulatoires (PDSA) [Internet]. SOS MÉDECINS. 2021 [cité 30 janv 2021]. Disponible sur: <https://sosmedecins-france.fr/actualite/sos-medecins-dans-la-permanence-des-soins-ambulatoires-pdsa/>
11. cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1_Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf.
12. PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519_Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519.pdf.

13. Roland M, Jamouille M, Dendreau B. Approches taxinomiques en médecine de famille. CARE ed. Bruxelles; 1996. [Internet]. [cité 13 mai 2022]. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/195844/1/atmf.pdf>
14. Toulouse E, Lafont B, Granier S, McGurk G, Bazin JE. 14 French legal approach to patient consent in clinical research. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*. déc 2020;39(6):883-5.
15. Article R1121-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045303460/2022-03-07/
16. Pereira L, Choquet C, Perozziello A, Wargon M, Juillien G, Colosi L, et al. 16 Unscheduled-Return-Visits after an Emergency Department (ED) Attendance and Clinical Link between Both Visits in Patients Aged 75 Years and Over: A Prospective Observational Study. *PLoS One*. 8 avr 2015;10(4):e0123803.
17. Lee EW. 17 Selecting the Best Prediction Model for Readmission. *J Prev Med Public Health*. juill 2012;45(4):259-66.
18. Cullen C, Johnson D, Cook G. 18 Re-Admission Rates within 28 Days of Total Hip Replacement. *Ann R Coll Surg Engl*. sept 2006;88(5):475-8.
19. Franklin PD, Noetscher CM, Murphy ME, Lagoe RJ. 19 Using data to reduce hospital readmissions. *J Nurs Care Qual*. nov 1999;Spec No:67-85.
20. Australian Council on Healthcare Standards. Clinical indicators users' manual: hospital wide clinical indicators. Ultimo: Australian Council on Healthcare Standards; 2007, p. 4-5.
21. Lakhani A, Olearnik H, Eayres D. Compendium of clinical and health indicators: data definitions and user guide for computer files. London: NHS Information Centre for Health and Social Care; 2009, p. 97.
22. McBride S. Parameters for the appropriate definition of hospital readmissions. In: Agency for Healthcare Research and Quality. Workshop of Agency for Healthcare Research and Quality: using administrative data to answer state policy questions. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008, p. 4-11.
23. Ruger J, Richter C, Spitznagel E, Lewis L. 23 Analysis of Costs, Length of Stay, and Utilization of Emergency Department Services by Frequent Users: Implications for Health Policy. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 1 janv 2005;11:1311-7.
24. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callahan ML. 24 Characteristics of Frequent Users of Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine*. 1 juill 2006;48(1):1-8.
25. LaCalle E, Rabin E. 25 Frequent Users of Emergency Departments: The Myths, the Data, and the Policy Implications. *Annals of Emergency Medicine*. 2010;56(1):42.

26. Curran GM, Sullivan G, Williams K, Han X, Allee E, Kotrla KJ. 26 The association of psychiatric comorbidity and use of the emergency department among persons with substance use disorders: an observational cohort study. *BMC Emerg Med.* 3 déc 2008;8:17.
27. Solidarité et santé n°63, résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières, Drees, 18 novembre 2014.pdf.
28. Kanzaria HK, Niedzwiecki MJ, Montoy JC, Raven MC, Hsia RY. 28 Persistent Frequent Emergency Department Use: Core Group Exhibits Extreme Levels Of Use For More Than A Decade. *Health Affairs.* oct 2017;36(10):1720-8.
29. Blanchard JJ, Andrea A, Orth RD, Savage C, Bennett ME. 29 Sleep Disturbance and Sleep-Related Impairment in Psychotic Disorders Are Related to Both Positive and Negative Symptoms. *Psychiatry Res.* 7 févr 2020;286:112857.
30. Shanahan L, Copeland WE, Angold A, Bondy CL, Costello EJ. 30 Sleep Problems Predict and are Predicted by Generalized Anxiety/Depression and Oppositional Defiant Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* mai 2014;53(5):550-8.
31. Buja A, Toffanin R, Rigon S, Lion C, Sandonà P, Carraro D, et al. 31 What determines frequent attendance at out-of-hours primary care services? *European Journal of Public Health.* 1 août 2015;25(4):563-8.
32. Foster H, Moffat KR, Burns N, Gannon M, Macdonald S, O'Donnell CA. 32 What do we know about demand, use and outcomes in primary care out-of-hours services? A systematic scoping review of international literature. *BMJ Open.* 1 janv 2020;10(1):e033481.
33. Bell CM, Redelmeier DA. 33 Mortality among Patients Admitted to Hospitals on Weekends as Compared with Weekdays. *New England Journal of Medicine.* 30 août 2001;345(9):663-8.
34. The Weekend Effect. 24 juin 2022 [cité 24 juin 2022]; Disponible sur: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/weekend-effect>
35. Mathew A, Fyyaz SA, Carter PR, Potluri R. 35 The enigma of the weekend effect. *J Thorac Dis.* janv 2018;10(1):102-5.
36. Giebel C, McIntyre JC, Daras K, Gabbay M, Downing J, Pirmohamed M, et al. 36 What are the social predictors of accident and emergency attendance in disadvantaged neighbourhoods? Results from a cross-sectional household health survey in the north west of England. *BMJ Open.* 1 janv 2019;9(1):e022820.
37. Hellmann R, Feral-Pierssens AL, Michault A, Casalino E, Ricard-Hibon A, Adnet F, et al. 37 The analysis of the geographical distribution of emergency departments' frequent users: a tool to prioritize public health policies? *BMC Public Health.* 16 sept 2021;21(1):1689.
38. Levesque JF, Harris MF, Russell G. 38 Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health.* 11 mars 2013;12(1):18.

Vu, le Directeur de Thèse

Signature

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, sweeping loop followed by a series of smaller, connected strokes.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Résumé : *Introduction :* La permanence des soins ambulatoire est un enjeu majeur de l'accessibilité aux soins en France et dans l'Aube. La caractérisation des patients permet de mieux comprendre les besoins de cette population et de mettre en place des réponses plus adaptées.

Méthode : étude cas témoins rétrospective unicentrique comparant les reconsultations dans les 30 jours au sein de la structure SOS médecin 10 versus les non reconsultants, définis comme étant ceux n'ayant pas reconsulté dans un délai de 30 jours.

Résultats : Les facteurs de risques de la reconsultation sont la consultation en nuit profonde avec un Odds-ratio à 1.33 et les pathologies psychiatriques avec un OR à 1.31. Un facteur protecteur est la consultation le week-end, OR 0.83.

Conclusions : la reconsultation à 30 jours pourrait être utilisée comme indicateur de la qualité des soins.

Mots clés : reconsultation, permanence de soins ambulatoire.

RICHARD Valentin

32 pages – 3 tableaux – 2 figures

Résumé : *Introduction :* La permanence des soins ambulatoire est un enjeu majeur de l'accessibilité aux soins en France et dans l'Aube. La caractérisation des patients permettrait mieux comprendre les besoins de cette population et de mettre en place des réponses plus adaptées.

Méthode : étude cas témoins rétrospective unicentrique comparant les reconsultations dans les 30 jours au sein de la structure SOS médecin 10 versus les non reconsultants, définis comme étant ceux n'ayant pas reconsulté dans un délai de 30 jours.

Résultats : Les facteurs de risques de la reconsultation sont la consultation en nuit profonde avec un Odds-ratio à 1.33 et les pathologies psychiatriques avec un OR à 1.31. Un facteur protecteur est la consultation le week-end, OR 0.83.

Conclusions : la reconsultation à 30 jours pourrait être utilisée comme indicateur de la qualité des soins.

Mots clés : reconsultation, permanence de soins ambulatoire.

Jury :

Président du Jury : Professeur DIBAO-DINA

Membres du Jury : docteur Stéphane SANCHEZ

: docteur Florian SZYMCZAK

: docteur Faustine KRAJEWSKI

Membre invité du jury

directeur de thèse : docteur Clément RICHARD

Date de soutenance : 17 novembre 2022