



HAL
open science

Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud-Gironde

Théo Zamord

► **To cite this version:**

Théo Zamord. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud-Gironde. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02958965

HAL Id: dumas-02958965

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02958965>

Submitted on 6 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse 112

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **ZAMORD Théo Elliot Albert**
Né le 11/03/1987 à Paris
Le 02 Octobre 2020

**Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du
Sud-Gironde**

Sous la direction du Dr David CHEVILLOT

Membres du jury :

Pr GAY Bernard
Pr DURIEUX William
Pr SZTARK François
Dr BROUCAS Fabrice
Dr CHEVILLOT David

Président
Rapporteur
Examineur
Examineur
Directeur

Remerciements

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur GAY Bernard,

Professeur des universités,

Médecin Généraliste,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

Au rapporteur de thèse et membre du jury,

Monsieur le Professeur Associé DURIEUX William,

Professeur associé des universités,

Médecin Généraliste,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur SZTARK François

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier - Service d'Anesthésie Réanimation,

C'est un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur BROUCAS Fabrice,

Président du Conseil Départemental De L'Ordre des Médecins de Gironde,

Médecin Généraliste,

Pour votre soutien et votre confiance. Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

Au Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur CHEVILLOT David

Médecin Généraliste,

Maître de Conférences Associé,

Quel chemin parcouru ! La confiance que tu m'as accordée, ta persévérance et ton soutien sans faille ont grandement participé à ce résultat.

Aux Médecins Généralistes, qui ont bien voulu participer à cette étude.

A Emeline, ma chance ultime, ma formule magique, de la rassurante monotonie à la survenue par surprise du rêve au quotidien.

A ma mère, Véronique, mon phare dans la nuit.

A mon père, Joby, ma forêt mystérieuse.

A mon frère et ma sœur chéris, Loïc et Camille.

A mon cher neveu, Mathéo.

A mes cousins, Junior, Anastasia, Valentine, Clémence, Justine, Houston et Marvin.

A mes oncles et tantes, Agnès, Claire, Arnaud, David, Jacqueline et Léon.

A grand-père Albert et mamie Nicole.

A mes morvandiaux, Victor, Edouard, Dominique et Jean-Louis.

A ma famille d'adoption, Alain, Françoise et Flavien. Pour les coups de mains à certaines étapes décisives, mais surtout pour tout le reste. Sans oublier toute la clique Darteyre – Cassagne !

A tous les copains, Sarah, Aurélie, Julie, Flo, Sam, Régis, JB, Charlotte, Lise, David.

Aux docteurs Thierry Gourgues, Jean-François Guille et au Professeur Benoît Burucoa, heureux repères dans mon parcours d'apprentissage.

A Madame Apert, guide bienvenu dans mon monde intérieur.

A mon Niko.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Table des matières

Remerciements	2
Serment d'Hippocrate	5
Glossaire	8
Tables des illustrations	9
INTRODUCTION	10
Préambule	10
Contexte et justification	10
Question de recherche et objectifs	18
MATERIEL ET METHODES	19
Revue narrative de la littérature	19
Étude quantitative	21
Étude qualitative	23
Cadre éthique et réglementaire	24
RESULTATS	25
Revue narrative de la littérature	25
Recueil de données quantitatives par auto-questionnaire	25
a. Nombre de répondants	25
b. Données socio-démographiques.....	27
c. Organisation de l'activité libérale	28
d. Environnement médical	29
e. Modalités de gestion des SNP.....	31
Recueil de données qualitatives via des entretiens semi-structurés : Analyse Thématique	35
1. La réponse aux SNP fait partie de l'activité habituelle des médecins généralistes.....	35
2. Des motifs de SNP correspondant à des urgences vraies ou ressenties.....	36
3. Moyens et horaires d'accès à la consultation médicale	36
4. Le Tri, la régulation et la planification des consultations de SNP, principalement réalisés par les secrétaires.....	38
5. Organisation de la consultation médicale	41
6. Gestion mutualisée	41
7. Les SNP peuvent venir désorganiser l'activité du médecin	43
8. Refus de soins	43
9. Gestion de la traumatologie	44
10. Visites à domicile	45
11. Facteurs ayant entraîné une modification des pratiques.....	46
12. Points à améliorer évoqués par les médecins dans la gestion des SNP	47
DISCUSSION	49
Discussion de la méthode	49
Étude quantitative.....	49
Étude qualitative	49
Discussion des résultats	50

Caractéristiques des médecins répondants	50
Définition des SNP	50
Réponses aux SNP	51
Rôle fondamental du secrétariat.....	51
Gestion mutualisée.....	52
Pratique de la petite traumatologie	52
Refus de soins	52
La téléconsultation	53
La gestion des SNP en Europe	53
PERSPECTIVES	54
CONCLUSION.....	56
REFERENCES.....	57
ANNEXES.....	63
Annexe 1 : Données INSEE 2018 Omnipraticiens secteur Sud Gironde	63
Annexe 2 : Territoire de l'étude	64
Annexe 3 : Zones couvertes par SOS Médecins	65
Annexe 4 : Enquête « Recours urgents ou non programmés à la médecine générale », DREES 2010	66
Annexe 5 : Questionnaire Enquête Recto.....	70
Annexe 6 : Questionnaire Enquête Verso.....	71
Annexe 7 : Lettre de présentation	72
Annexe 8 : Grille d'entretien	73
Annexe 9 : Extraits de Verbatim par médecin selon les thèmes de l'entretien	74
Médecin 1 :	74
Médecin 2 :	81
Médecin 3 :	90
Médecin 4 :	94
Médecin 5 :	102

Glossaire

APL	Accessibilité Potentielle Localisée
ARS	Agences Régionales de Santé
CCMU	Classification Clinique Des Malades Aux Urgences
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
HPST	Loi « Hôpital Patient Santé Territoire »
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
PDSA	Permanence des Soins Ambulatoires
SAU	Services d'Accueil et de Traitement des Urgences
SNP	Soins Non Programmés
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
VAD	Visites à Domicile

Tables des illustrations

Figure 1 Diagramme de Flux	26
Figure 2 Répartition des MG selon le sexe	27
Figure 3 Pyramide des âges.....	27
Figure 4 Répartition des MG selon l'année d'installation	28
Figure 5 Répartition des MG selon le mode d'exercice.....	28
Figure 6 Répartition des MG selon le mode de consultations.....	29
Figure 7 Répartition des MG selon le type de permanence téléphonique	29
Figure 8 Répartition des MG selon l'accès au médecin.....	30
Figure 9 Répartition des MG selon la réponse aux SNP hors patientèle.....	31
Figure 10 Mode de gestion des soins non programmés en première intention	31
Figure 11 Mode de gestion des soins non programmés en deuxième intention	32
Tableau 1 Tableau Descriptif de l'échantillon.....	35

INTRODUCTION

Préambule

Au cours de mes stages et de mes premiers remplacements en médecine générale, j'ai pu constater l'impact des soins non programmés (SNP) sur l'emploi du temps d'un médecin généraliste au quotidien. En effet, j'ai été fréquemment confronté à des demandes de SNP perturbant les autres tâches médicales au quotidien : les soins programmés, les temps de réunion ou de coordination, les temps de recherche d'information professionnelle ou de documentation scientifique, les temps de gestion administrative.

Ces besoins de soins inopinés peuvent être vécus comme une contrainte du fait de la désorganisation qu'ils induisent, source de frustration, d'insatisfaction au travail, de stress. Ils peuvent avoir un impact sur la vie personnelle des professionnels de santé.

De même lors de mon parcours de formation en milieu hospitalier, j'ai pu observer des situations d'engorgement dans des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), à l'origine de tensions, entre les patients et les professionnels, mais également entre les membres d'une même équipe soignante.

Cet état de fait m'a incité à explorer la gestion des SNP par les médecins généralistes et à faire des propositions d'amélioration.

Contexte et justification

L'afflux des patients aux urgences n'est pas un phénomène récent

La fréquentation massive des urgences hospitalières n'est pas nouvelle. Déjà lors de sa séance du 26 juin 2001, l'Académie nationale de médecine constatait une augmentation des passages aux urgences de sept millions en 1995 à douze millions en l'an 2000, avec pour conséquence un encombrement et une surcharge préjudiciables à la qualité de la réponse rapide et spécifique qu'exige l'urgence vraie (1).

En 2016, les structures d'urgences françaises ont comptabilisé 21 millions de passages, suivant une progression annuelle régulière d'environ 3,5 % en moyenne depuis 1996 (2).

Selon la Cour des comptes, les SAU, bien trop sollicités, seraient devenus des services de « consultations non programmées », subissant de fréquentes situations de tension (3,4) altérant leur fonctionnement, bien que ces services aient été initialement créés pour accueillir les pathologies urgentes et graves (5).

Les raisons de l'augmentation du recours aux structures d'urgences sont probablement d'origine multifactorielles et complexes, dépassant notamment le territoire national.

Une majoration du recours aux urgences dans la plupart des pays de l'OCDE

En effet, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) constate une majoration d'environ 5,2 % des passages dans les services d'urgences de la majorité des pays membres entre 2001 et 2011. Une augmentation du recours aux urgences qui serait liée selon l'OCDE à deux facteurs principaux : d'une part, une augmentation de la demande liée à de nouvelles habitudes de consommation de soins (préférence individuelle du regroupement dans un même lieu de l'ensemble des services, accessibles 24h sur 24 et 7 jours sur 7 ; modification des besoins de santé dû au vieillissement de la population et à la charge croissante des pathologies chroniques ; précarité socio-économique), d'autre part, une modification de l'offre de soins, particulièrement en soins de santé primaires (défaut d'accès aux soins de santé primaires, notamment en dehors des horaires d'ouverture des cabinets ; délai d'attente important pour la réalisation d'examen complémentaires ; modification des pratiques médicales avec par exemple le développement de la chirurgie ambulatoire) (6).

Sur le territoire français, une augmentation de la demande de soins

L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) objective en effet un vieillissement de la population française en accélération depuis 2011 ; les personnes âgées d'au moins 65 ans représentant 20,5 % de la population au 1er janvier 2020, pour atteindre, selon le scénario central des projections, plus d'un habitant sur quatre en 2040 (7). D'un point de vue médical, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), dans son dossier de presse du 12 juin 2019, constatait via l'évolution des pathologies et des dépenses, la tendance durable du nombre croissant de malades chroniques avec une majoration de 1,2 million entre 2012 et 2017 (8).

Il existe également une modification des comportements de consommation de soins, avec notamment un besoin sociétal d'immédiateté dépassant probablement le champ de la santé. La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) relevait en 2013 que 62 % des patients décidaient de se rendre aux urgences de leur propre initiative ou sur le conseil d'un proche. Les motivations évoquées par les patients étaient le besoin d'un règlement rapide du problème de santé (27 %), la possibilité de réaliser un examen complémentaire (23 %), la proximité géographique (22 %), la possibilité de consulter un médecin spécialiste (12 %), l'impossibilité de trouver rapidement un rendez-vous pour des examens complémentaires (5 %). Par ailleurs, 6 % des patients citaient l'absence du médecin traitant (9).

La précarité socio-économique évoquée par l'OCDE pourrait également participer à l'augmentation des passages aux urgences, l'étude de la DREES retrouvant, parmi les patients consultants aux urgences, 9 % de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), légèrement supérieure à la proportion dans la population générale, et 7 % n'ayant aucune couverture complémentaire (9).

Dans son rapport sur l'organisation des SNP réalisé à la demande de la Ministre de la santé, le député Thomas Mesnier, médecin urgentiste de formation, citait d'autres raisons pouvant être évoquées pour expliquer l'augmentation de la demande de soins aux SAU. La diminution des visites à domicile (VAD) était mentionnée (avec cependant d'importantes disparités selon les praticiens et leur zone d'exercice), pendant que l'activité des associations de permanence de soins comme SOS médecins montrait que les patients continuaient à être demandeurs de visites (10). Une telle affirmation peut être remise en question en médecine rurale, dans les territoires où SOS médecins n'intervient pas. La diminution des VAD pourrait également être liée à de nouvelles pratiques en soins de santé primaires : privilégier les VAD justifiées par des critères médicaux ou des restrictions de transport liées à des situations de dépendance, plutôt que des situations de « confort » pour les patients. Une autre raison citée était l'insuffisante médicalisation des Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les urgences constituant le circuit préférentiel d'accès à l'hospitalisation pour les résidents de ces établissements (64 % des hospitalisations des résidents en EHPAD via les urgences contre 45,6 % pour l'ensemble des personnes âgées de 80 ans et plus) (10).

Une modification de l'offre de soins de premier recours

Deux facteurs importants pourraient en partie expliquer les modifications de l'offre de soins ambulatoire sur le territoire français : l'évolution de la démographie médicale et les modifications des pratiques en médecine générale.

Selon la DREES, les projections des effectifs de médecins (toutes spécialités) estiment une diminution jusqu'en 2021 avant de repartir à la hausse. Cependant, la densité médicale (nombre de médecins pour 100 000 habitants) chuterait davantage dans le même temps, en raison de l'augmentation plus rapide de la population française, pour atteindre un point bas en 2022 et remonter à partir de 2025 (11).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) constate également une tendance à l'augmentation des effectifs des autres spécialités au dépend de la médecine générale. Le tableau de l'Ordre recensait 87 801 médecins généralistes en activité régulière au 1er janvier 2018, soit une diminution de 7 % depuis 2010. Cette baisse devrait se poursuivre pour atteindre 81 804 généralistes en 2025 (12).

De surcroît, les médecins âgés de plus de 60 ans représentent 45,1 % de l'ensemble des inscrits début 2018. Depuis 2010, le nombre de médecins sortant pour départ à la retraite sans activité ainsi que le nombre de médecins retraités actifs (dispositif de cumul emploi retraite) sont en augmentation, témoignant d'un vieillissement du corps médical (12). La démographie vieillissante des médecins pourrait, au-delà des considérations d'effectifs, représenter une fragilité à plus ou moins court terme de l'offre de soins (13).

En parallèle, des modifications des pratiques sont observées, notamment en médecine générale, porte d'entrée dans le système de soins français.

L'exercice de groupe est devenu majoritaire depuis quelques années. En 2019, 61 % des médecins généralistes libéraux déclaraient travailler en groupe (avec d'autres médecins ou avec d'autres professionnels de santé) contre 43 % en 1998 (14,15). Ce mode de travail est d'autant plus fréquent chez les moins de 50 ans et les femmes (14). Sans affecter l'offre médicale générale, le regroupement peut potentiellement induire une augmentation du temps d'accès à un médecin ou réduire le nombre des nouvelles implantations de cabinets (13).

Par ailleurs, une prolongation du délai avant l'installation entraîne une augmentation du nombre des médecins généralistes remplaçants, en particulier chez les jeunes. Ils assurent une réelle offre de soins de premier recours, en participant à maintenir une continuité des soins (en cas de congés, maladies, etc...), mais ils n'augmentent pas le nombre de « points d'accès » à ces soins et limitent également les possibilités de nouvelles implantations (13). Selon le CNOM, l'activité intermittente des médecins toutes spécialités, essentiellement représentée par celle des médecins remplaçants, a augmenté de 22,7 % depuis 2010 (dont 7,2 % depuis 2017) (12).

Le mode d'exercice libéral chez les généralistes (libéral strict ou activité mixte associant du salariat) a subi un recul depuis 2010, qui devrait se poursuivre selon le modèle de projection de la DREES jusqu'en 2025, avec une baisse estimée à 8 % par rapport à 2009 (13). Dans le même temps, le salariat en médecine générale poursuit sa hausse, évalué à 37 % par le CNOM au 1er janvier 2018 (12). Une faible part (16,7 % en 2016) des médecins généralistes en salariat strict exercent en centre de santé et pourraient éventuellement contribuer à l'offre de soins de premier recours. Cette part reste cependant insuffisante pour compenser la baisse des effectifs des généralistes libéraux (13).

Sur le plan de l'organisation du temps de travail, les consultations sans rendez-vous ont diminué en faveur des rendez-vous programmés, présentés par les généralistes comme un mode de régulation de la charge de travail (16). Cette évolution pourrait potentiellement limiter l'accès à des SNP.

En revanche, une relative stabilité du temps passé au travail par les praticiens généralistes est constatée. Début 2019, la durée moyenne de temps de travail hebdomadaire déclarée par les généralistes était de 54 heures répartie sur 9,5 demi-journées. Cette durée est plutôt stable après une baisse entre 2011 et 2014 (17) ; en 2010, les médecins déclaraient en moyenne 57 heures (18).

En 2019, 7 médecins généralistes sur 10 estimaient que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice était insuffisante, et près de 4 sur 5 s'attendaient à une baisse de cette offre dans les années à venir.

Devant cette perspective, « *les médecins généralistes comptaient adapter leurs pratiques, par exemple en rendant le patient plus autonome (par l'éducation thérapeutique) ou en rejoignant une structure d'exercice coordonné (maison de santé pluriprofessionnelle, par exemple)* » (19).

Enfin, la petite traumatologie serait de moins en moins pratiquée par les généralistes, comme le mentionnait déjà les rapports du professeur Adolphe STEG, alors président de la Commission nationale de restructuration des urgences en 1993 (20). Cette situation est objectivée par les données plus récentes de la CNAM cité par la Cour des comptes : « *seuls un tiers des médecins installés en ville ont réalisé en 2017 au moins un acte de suture ou de petite traumatologie, et, parmi eux, près de 60 % a réalisé moins de 5 actes* » (4).

Une diminution de l'accessibilité géographique aux médecins généralistes

Si ces données, multiples et complexes, permettent d'appréhender en partie les mécanismes en jeu dans l'évolution de la demande et de l'offre de soins sur le territoire français, il est difficile d'évaluer leurs impacts en termes de difficultés d'accès aux soins. Dans cette optique, l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) développé en 2012 par la DREES et l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) semble intéressant pour tenter de « saisir » cette complexité. Cet indicateur, paramétrable, permet de tenir compte, pour les médecins généralistes libéraux, à la fois de la proximité géographique (de moins de 10 minutes à plus de 20 minutes en voiture) et de la disponibilité des médecins (selon leur activité, évaluée via le nombre d'actes annuels; et les besoins de santé, évalués via les effectifs de population locale standardisés par tranche d'âge), pour déterminer un nombre annuel de consultations/visites potentiellement accessibles par habitant dans une commune donnée (13).

Ainsi, l'évaluation de l'accessibilité géographique aux médecins généralistes, via l'indicateur APL, semble objectiver une diminution de l'accès aux soins pour la population française entre 2015 et 2018 (baisse de 3,3 % de l'APL), avec 3,8 millions de personnes (soit 5,7 % de la population) vivant en zone sous-dense (moins de 2,5 consultations par an et par habitant) (21).

La gestion des SNP comme priorité politique

Le système politique s'est saisi de la problématique des SNP qui semble représenter un enjeu majeur du projet de loi « Ma santé 2022 » (22). L'un des objectifs affichés par le gouvernement serait de garantir une réponse médicale aux demandes de SNP, via une structuration de la réponse par les acteurs de la médecine ambulatoire, notamment avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (10).

La médecine générale aurait ainsi la capacité d'absorber une partie des SNP actuellement pris en charge par les SAU.

Des SNP aux horaires d'ouverture des cabinets pris en charge au SAU et relevant de la médecine générale

Dans une enquête de la DREES, portant sur 52018 patients pris en charge aux urgences sur l'ensemble du territoire national, durant 24h, une auto-évaluation à posteriori par les médecins estimait que 16,5 % des patients auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste le jour-même, 12,4 % le lendemain, et 6,4 % le jour-même à condition de réaliser des examens complémentaires le jour-même, soit une part de 35,3 % de passages aux urgences potentiellement évitables (10).

Une autre estimation de la Cour Des Comptes, dans son rapport public annuel de février 2019 (4), se basant sur une évaluation à posteriori, via la classification clinique des malades aux urgences (CCMU), considère : « [...] qu'environ 20 % des patients actuels des urgences hospitalières ne devraient pas fréquenter ces structures, et qu'une médecine de ville mieux organisée et dotée des outils idoines devrait pouvoir accueillir une proportion plus importante de ces patients.[...] La majorité des passages se situe aux heures ouvrables et en début de soirée, avec des pics en milieu de matinée et entre 18h et 22h ».

Des SNP pris en charge par les médecins généralistes difficiles à quantifier

Une revue de littérature publiée en 2017 par l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, portant sur la fréquence des SNP en médecine générale, pendant les heures d'ouverture des cabinets, constatait que peu de données objectives étaient disponibles pour mesurer l'importance de l'activité des généralistes dédiés aux SNP et ses modalités d'organisation. Seules 5 études publiées entre 2004 et 2017 ont été identifiées ; elles étaient peu comparables en regard des définitions variables du terme de « soins non programmés » et des méthodes utilisées (23).

Parmi ces études, celle de la DREES, réalisée pendant 1 semaine en 2004, via des questionnaires adressés à 1400 médecins de ville, montrait que les recours urgents ou non programmés représentaient 12 % de l'activité totale des médecins libéraux. Le nombre de recours urgents ou non programmés était estimé à 35 millions en médecine de ville pendant que les services d'urgences enregistraient 14 millions de passages (24).

Une évaluation plus récente, grâce aux données du 4^{ème} panel national d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, auprès de 3076 médecins généralistes libéraux, montrait que les demandes de SNP représentaient plus de 30 % de l'activité d'une semaine ordinaire pour 4 médecins généralistes sur 10 (25).

De nouveaux acteurs apparaissent dans le paysage français pour répondre aux demandes de SNP, aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux - tels que les centres de SNP définis dans le rapport Grall en 2015 (20) - aux côtés d'acteurs plus anciens (associations privées types SOS Médecins, maisons médicales de gardes ouvertes en journée, cliniques privées et hôpitaux de proximité) (10). Néanmoins, la médecine générale libérale traditionnelle semble toujours représenter la majeure partie de la réponse aux SNP. La permanence des soins ambulatoires (PDSA) organisée par les agences régionales de santé (ARS) depuis la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » du 21 juillet 2009 (HPST) (26) sous-entend d'ailleurs une continuité des soins assurée par les cabinets de ville en dehors de horaires de la PDSA, classiquement de 8h à 20h en semaine et de 8h à 12h le samedi (27).

Cette situation paraît d'ailleurs cohérente, au regard des publications y compris internationales, et des textes officiels définissant la pratique de la médecine générale. La médecine générale serait en effet la première ressource de proximité, orientant le patient dans le système de soins et assurant des soins continus et longitudinaux, dont le large champ d'activités est déterminé par les demandes et les besoins de la population (28–33).

Question de recherche et objectifs

Finalement, la gestion des SNP fait partie de l'activité habituelle de médecine générale. Chaque médecin généraliste est libre d'organiser sa pratique. Il est difficile aujourd'hui de décrire les éléments déterminants dans les modes d'organisation de la gestion des SNP instaurés par les acteurs de soins de santé primaires. En particulier dans les secteurs ruraux comme le Sud Gironde, qui ne bénéficient pas de structures dédiées aux SNP, la situation est particulièrement problématique. Les répercussions en termes de qualité des soins et de satisfaction des médecins méritent d'être analysées.

La question de recherche se pose donc : comment s'organisent les médecins généralistes du Sud Gironde pour gérer les demandes de SNP en dehors des horaires de la PDSA? L'hypothèse est qu'une gestion structurée et mutualisée pourrait sembler plus satisfaisante.

Ce travail de thèse vise à explorer les stratégies d'adaptation des pratiques des médecins généralistes pour répondre aux demandes de SNP, hors horaires de la PDSA.

L'objectif principal est de décrire les modalités d'organisation des médecins généralistes pour la gestion des SNP sur le territoire du Sud-Gironde, aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux. L'objectif secondaire est d'identifier les freins et/ou les facilitateurs perçus par les généralistes pour gérer les SNP de manière structurée et mutualisée.

MATERIEL ET METHODES

Devant la complexité du sujet et le peu de données disponibles, il est apparu nécessaire de combiner des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives. Après une revue de la littérature, dans un premier temps, une étude transversale observationnelle a été développée à visée descriptive, suivie dans un deuxième temps d'un recueil de données qualitatives via des entretiens semi-structurés.

Revue narrative de la littérature

Au préalable, un travail exploratoire de revue de littérature a été réalisé en utilisant les mots clés suivants :

- « Consultations non programmées »
- « Soins non programmés »
- « Consultations sans rendez-vous »
- « Soins sans rendez-vous »
- « Consultations urgentes »
- « Soins urgents »
- « Médecine générale »
- « Soins de premiers recours »
- « Soins de santé primaires »

Les équations de recherches ayant permis d'interroger les bases de données sont les suivantes :

- <https://bdsp-ehesp.inist.fr>
 - ("non programmé#" OU "sans rendez#vous" OU "urgent##") AND (soin# ou consultation#) AND ("premier# recours" ou "médecine générale") : 40 résultats
 - re.*:("non programmé#" OU "sans rendez#vous" OU "urgent##") AND re.*:(soin# ou consultation#) AND re.*:("premier# recours" ou "médecine générale") : 24 résultats

- ti.*:(*"non programmé#"* OU *"sans rendez#vous"* OU *"urgent##"*) AND ti.*:(soin# ou consultation#) AND ti.*:(*"premier# recours"* ou *"médecine générale"*) : 4 résultats

– <http://www.sudoc.abes.fr>

- (*"non programmé#"* OU *"sans rendez#vous"* OU *"urgent##"*) AND (soin# ou consultation#) AND (*"premier# recours"* ou *"médecine générale"*) dans « tous les mots » : 359 résultats
- (*"non programmé#"* OU *"sans rendez#vous"* OU *"urgent##"*) AND (soin# ou consultation#) AND (*"premier# recours"* ou *"médecine générale"*) dans « résumé et sommaire » : 247 résultats
- (*"non programmé#"* OU *"sans rendez#vous"* OU *"urgent##"*) AND (soin# ou consultation#) AND (*"premier# recours"* ou *"médecine générale"*) dans « mots sujets » : 106 résultats
- (*"non programmé#"* OU *"sans rendez#vous"* OU *"urgent##"*) AND (soin# ou consultation#) AND (*"premier# recours"* ou *"médecine générale"*) dans « mots du titre » : 25 résultats

– <https://www.lissa.fr>

- ((non programmé**.tl) OU (non programmé**.mc) OU (sans rendez-vous.tl) OU (sans rendez-vous.mc) OU (urgent**.tl) OU (urgent**.mc)) ET ((consultation*.tl) OU (consultation*.mc) OU (soin*.tl) OU (soin*.mc)) ET ((médecine générale.tl) OU (médecine générale.mc) OU (médecins de premier recours.tl) OU (médecins de premier recours.mc)) : 232 résultats
- ((non programmé**.mc) OU (sans rendez-vous.mc) OU (urgent**.mc)) ET ((consultation*.mc) OU (soin*.mc)) ET ((médecine générale.mc) OU (médecins de premier recours.mc)) : 101 résultats
- ((non programmé**.re) OU (sans rendez-vous.re) OU (urgent**.re)) ET ((consultation*.re) OU (soin*.re)) ET ((médecine générale.re) OU (médecins de premier recours.re)) : 35 résultats

- ((non programmé**.ti) OU (sans rendez-vous.ti) OU (urgent**.ti)) ET ((consultation*.ti) OU (soin*.ti)) ET ((médecine générale.ti) OU (médecins de premier recours.ti)) : 4 résultats

Les sites suivants ont également été consultés :

- Google scholar (<https://scholar.google.fr>),
- La base de données des thèses (<http://theses.fr>),
- L’archive ouverte pluridisciplinaire HAL (<https://hal.archives-ouvertes.fr>),
- Le Ministère des Solidarités et de la Santé (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>),
- Le conseil national de l’Ordre des médecins (<https://www.conseil-national.medecin.fr>),
- Les Agences régionales de santé (ARS),
- L’Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) (www.irdes.fr),
- L’Assurance maladie (Ameli),
- La Haute autorité de santé (HAS),
- L’Institut national de la statistique et des études économiques (<https://insee.fr>)
- Légifrance

Étude quantitative

Le territoire de l’étude a été choisi par affinité géographique et défini via l’outil en ligne CartoSanté¹ de l’ARS fournissant des données sur l’offre de soins d’un territoire donné, en visant une population cible de 200 médecins environ. Le territoire ainsi sélectionné comprenait 204 omnipraticiens selon les données de l’INSEE 2018 (*Annexes 1 et 2*). Six médecins ont été exclus car exerçant dans des communes où l’association SOS médecins déclare intervenir 24h/24 (*Annexe 3*), ceci afin de cibler l’étude sur un territoire où les SNP sont principalement pris en charge par les médecins généralistes et les services d’accueil d’urgence.

La liste des médecins inclus a été établie en recoupant les informations des sites, « www.ameli.fr », « www.pagesjaunes.fr », « www.google.fr » et des plateformes de prise de

¹ Accessible en ligne sur : <http://cartosante.atlasante.fr>

rendez-vous en ligne, commune par commune. En cas d'incohérence, un appel téléphonique été réalisé afin de confirmer l'identité et l'adresse du médecin.

Parmi les 198 médecins sélectionnés initialement, 18 n'étaient plus en activité ou retraités, 3 avaient un mode d'exercice particulier exclusif (homéopathie, acupuncture, expertise), 3 n'ont pas été retrouvés (absence de coordonnées téléphoniques valides) et 1 a été exclu car participant à la réalisation de l'étude. Au total, 173 médecins ont finalement été inclus.

Le recueil de données a été réalisé par des questionnaires adressés par voie postale ou distribués directement. Ils étaient accompagnés d'une lettre de présentation et d'une enveloppe pré timbrée et pré adressée pour faciliter les réponses. Une adresse mail permettait également les retours des questionnaires numérisés.

En cas de non-réponse, une relance téléphonique a été réalisée au cours du mois de janvier 2020 (2 mois après la distribution des questionnaires). Pour des raisons pratiques, le délai de réponse était limité à 3 mois après le début de l'enquête.

Le questionnaire a été élaboré pour les besoins de l'étude, en s'inspirant de l'enquête de la DREES, sur les recours urgents ou non programmés à la médecine générale (22) (*Annexe 4*). Il comprenait 9 items répartis sur une feuille A4 recto-verso (*Annexe 5*), portant sur :

– **Les données socio-démographiques :**

- Age
- Sexe
- Année d'installation dans la commune d'exercice

– **L'organisation de l'activité libérale**

- Le mode d'exercice (seul, association ou structure pluriprofessionnelle)
- Secteur (1, 2 ou non conventionné)

– **L'environnement médical**

- L'organisation des consultations (sur RDV, à horaires libres, mixtes)
- La permanence téléphonique pendant les heures d'ouverture du cabinet
- Les possibilités pour les patients de joindre le médecin pendant les heures d'ouverture du cabinet

– **Les modalités de gestion des SNP, en dehors des horaires de la PDSA**

- La prise en charge des demandes de SNP hors patientèle
- Les modes préférentiels de gestion des SNP : 9 items et 1 item « autre » à remplissage libre étaient proposés. Les médecins devaient choisir jusqu'à 2 modes de gestion des SNP numéroté de 1 à 2 selon le mode préférentiel.

A la fin du questionnaire, le médecin pouvait donner, ou non, son accord pour répondre à un entretien sur sa perception de la gestion des SNP, en notant ses coordonnées afin d'être recontacté.

Enfin il était précisé de renseigner une adresse email si l'enquêté souhaitait recevoir les résultats de l'étude.

Les questionnaires étaient numérotés (attribution d'un numéro à chaque médecin) pour permettre les procédures d'anonymisation.

Les données ont été saisies via le logiciel Microsoft Excel 2016®.

Les tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel en ligne BiostaTGV² de l'institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, affilié à l'INSERM et Sorbonne Université (UPMC) avec un risque alpha égal à 5 %.

Étude qualitative

Dans le deuxième temps de l'étude, un tirage aléatoire parmi les médecins ayant donné leur accord pour un entretien, avec objectif de variation maximale, a permis de solliciter 5 participants pour réaliser un recueil de données qualitatives via des entretiens semi-structurés.

Le but de cette recherche qualitative était d'appréhender les expériences personnelles des médecins et de comprendre leurs motivations : une approche compréhensive et une démarche interprétative pouvaient être contributives.

La grille COREQ traduite en français a été utilisée comme guide dans la construction de l'étude (34).

Le guide d'entretien (*Annexe 7*) a été construit pour répondre aux objectifs de la recherche en déterminant des thèmes principaux avec possibilité d'ajout de thèmes émergents au décours des entretiens. Il comprenait des questions ouvertes. Il a été testé par 2 médecins, et a été modifié

² Accessible en ligne sur : <https://biostatgv.sentiweb.fr/>

selon les retours. Lors des entretiens, la conversation a été enregistrée. La retranscription a été faite sur Word[®]. L'analyse thématique a été réalisée informatiquement à l'aide du logiciel Nvivo[®].

Les entretiens ont été réalisés par un seul enquêteur qui s'est auto-formé aux méthodes de recherche qualitative. C'était un interne en médecine générale, âgé de 32 ans, qui au moment de l'étude, exerçait en tant que remplaçant dans une maison de santé du territoire du Sud-Gironde.

Avant chaque entretien, l'enquêteur se présentait et décrivait l'objectif de la recherche.

Il n'y avait pas de relations antérieures à l'étude entre les participants et l'enquêteur.

Les lieux, horaires et modalités des entretiens étaient déterminés après contact téléphonique ou courriel selon les préférences des participants, en présentiel ou par téléphone, pour une durée d'une ½ heure environ. Il n'y pas eu de retour des retranscriptions aux participants.

Cadre éthique et réglementaire

A l'issue de la période de recueil de données, l'ensemble des informations ont été rendues anonymes et enregistrées sur l'ordinateur personnel de l'enquêteur. Une déclaration des données conservées a été faite au délégué à la protection des données de la faculté de médecine de Bordeaux.

Le consentement verbal des participants a été obtenu au début de chaque entretien pour l'enregistrement à l'aide d'un dictaphone. Les données recueillies ont été anonymisées lors de la retranscription.

Il ne s'agit pas d'une recherche portant sur la personne humaine selon la loi Jardé. Il n'était donc pas nécessaire d'obtenir l'avis du Comité de Protection des Personnes.

RESULTATS

Revue narrative de la littérature

Comme le montre le chapitre Contexte et justification, il existait peu de résultats contributifs sur les modes de gestions des SNP par les médecins généralistes et sur leur niveau de satisfaction. La recherche de données complémentaires était donc nécessaire.

Recueil de données quantitatives par auto-questionnaire

a. Nombre de répondants

Sur les 173 sujets inclus, 116 ont répondu (dont 7 par mail après numérisation du questionnaire); 14 questionnaires n'étaient pas exploitables en raison de consignes non respectées et n'ont pas été inclus. Finalement, 102 questionnaires ont pu être retenus pour l'analyse, soit un taux de retour de 59 %.

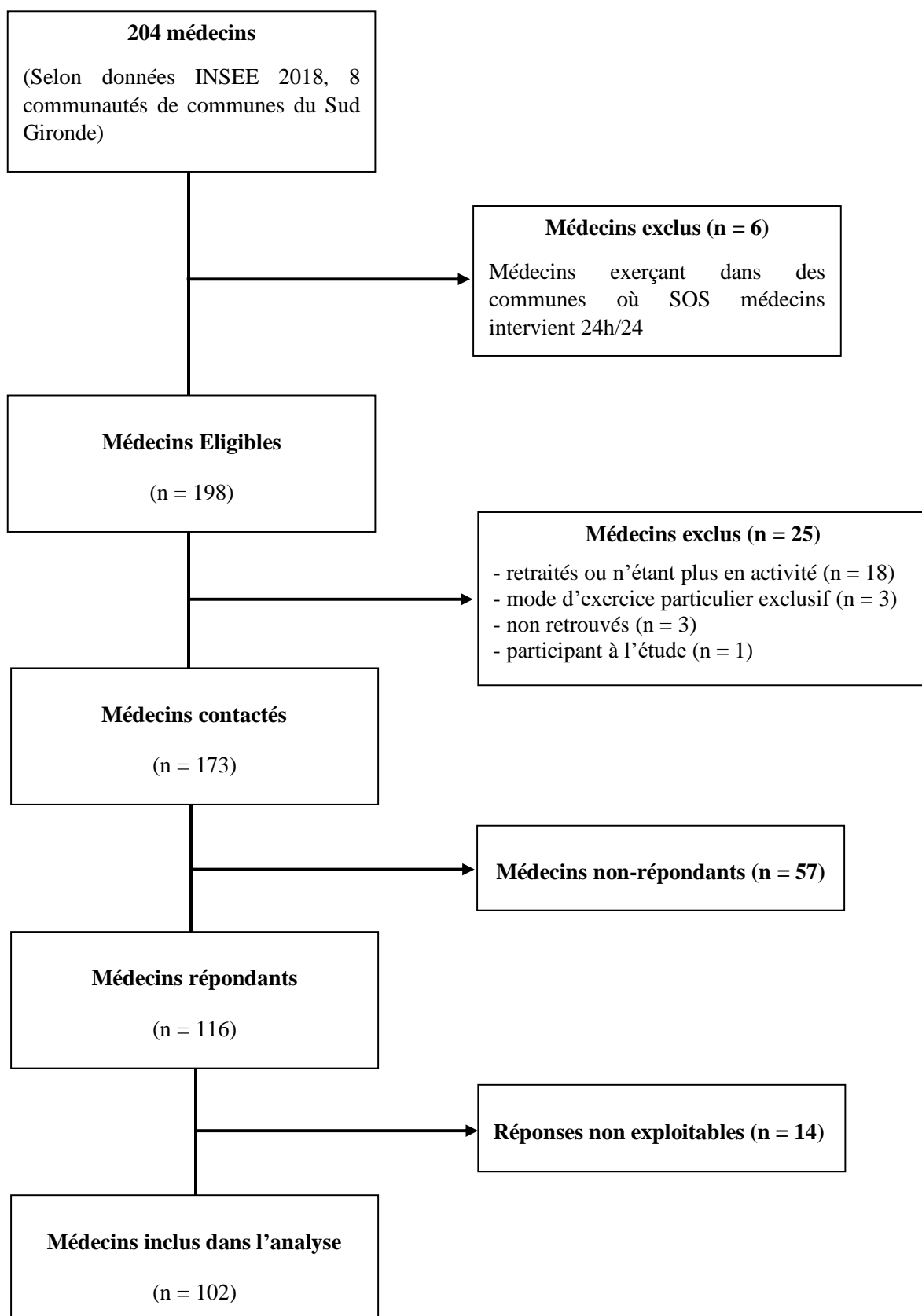


Figure 1 Diagramme de Flux

b. Données socio-démographiques

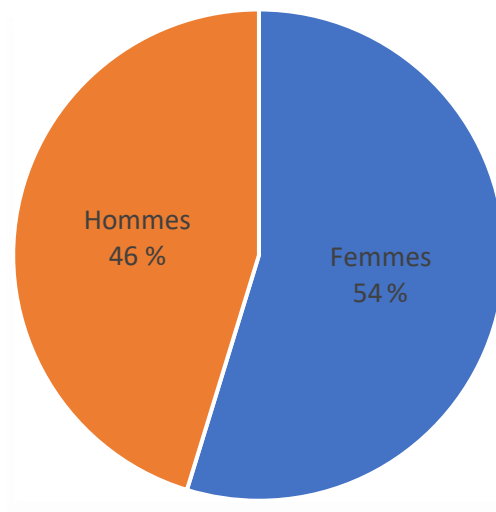


Figure 2 Répartition des MG selon le sexe

La répartition selon le sexe des répondants retrouvait 55 femmes (54 %) et 47 hommes (46 %) (figure 1).

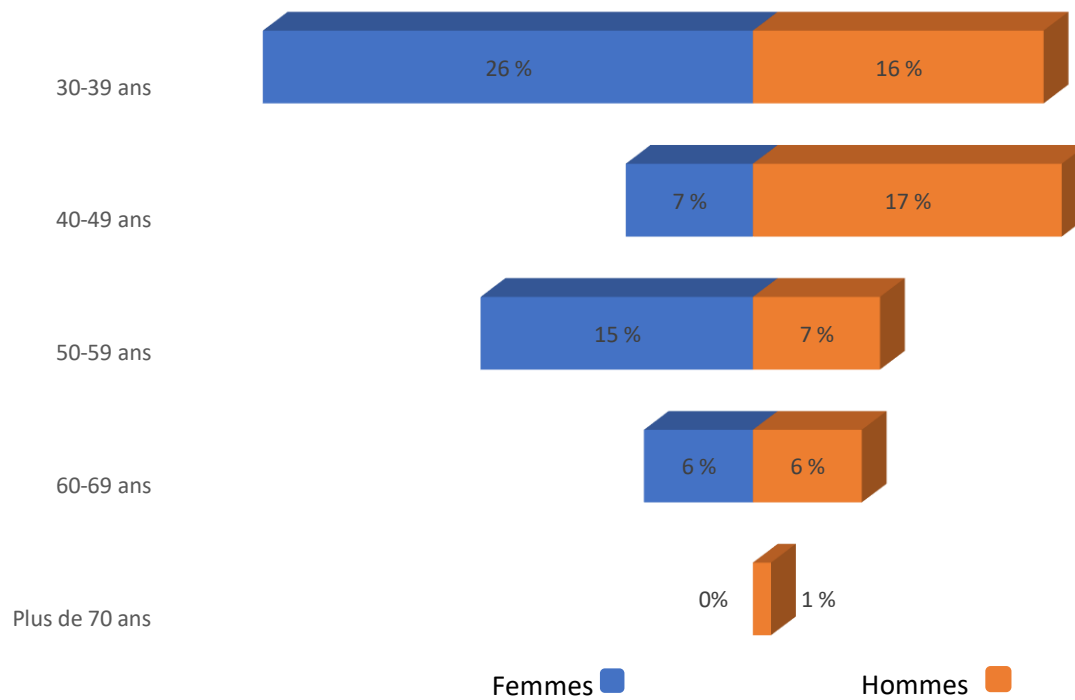


Figure 3 Pyramide des âges

La moyenne d'âge était de 44 ans chez les femmes (âge minimal 31 ans, maximal 64 ans) et de 46 ans chez les hommes (âge minimal 30 ans, maximal 70 ans) (figure 2). La part des 30-49 ans représentait 66 % des répondants.

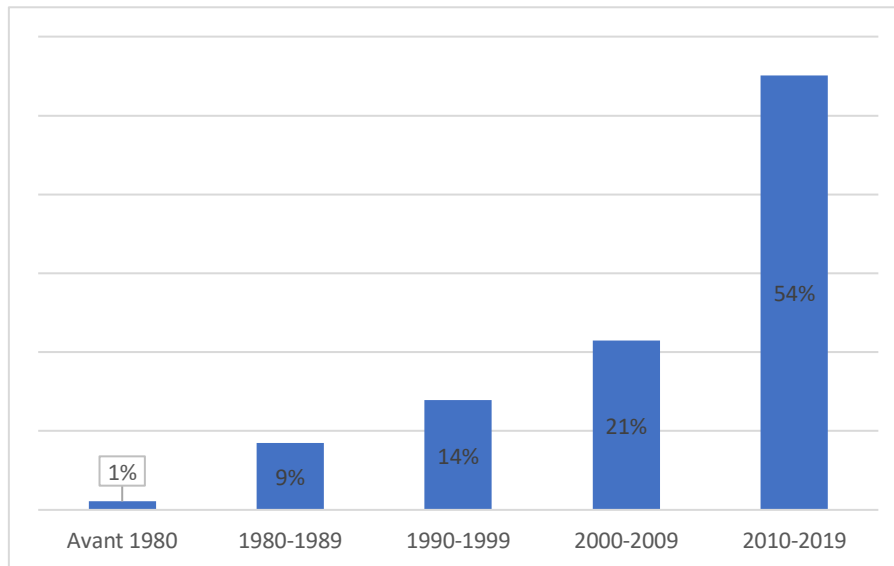


Figure 4 Répartition des MG selon l'année d'installation

La durée d'installation sur la commune d'exercice actuelle était inférieure à 10 ans pour 54% des répondants (figure 3).

c. Organisation de l'activité libérale

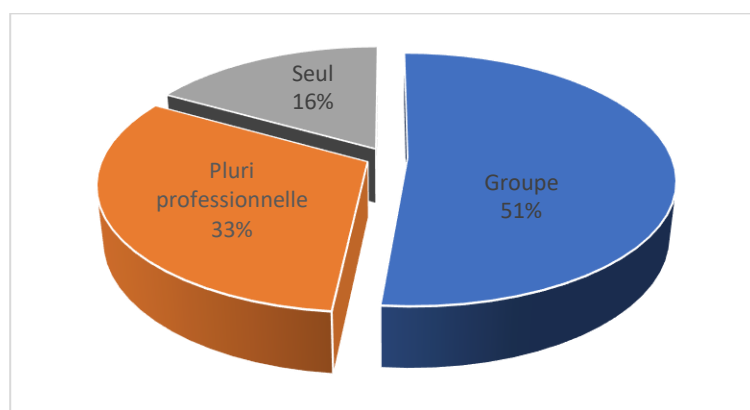


Figure 5 Répartition des MG selon le mode d'exercice

La totalité des répondants exerçait en secteur 1.

Parmi eux, 84 % déclaraient travailler en groupe, dont 51 % en association et 33 % en structure pluriprofessionnelle ; 16 % déclaraient travailler seuls (figure 4).

d. Environnement médical

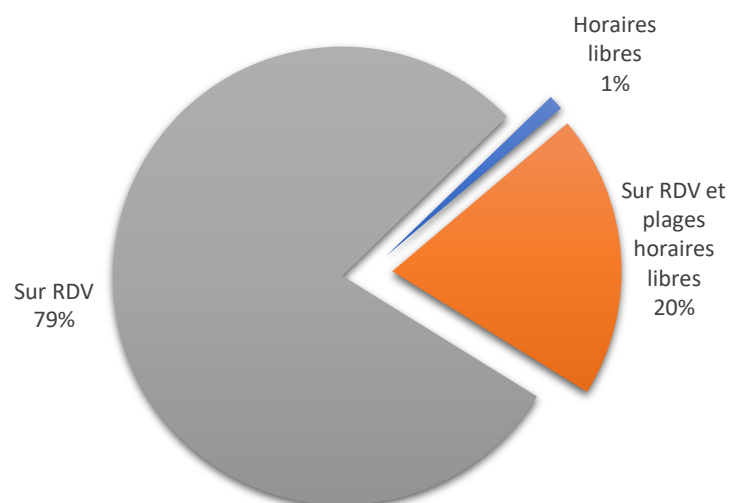


Figure 6 Répartition des MG selon le mode de consultations

La plupart des répondants (79 %) organisait leurs consultations sur RDV uniquement ; 20 % déclaraient proposer à la fois des plages de consultations sur RDV et des plages de consultations sans RDV. 1 seul répondant proposait uniquement des consultations sans RDV (figure 5).

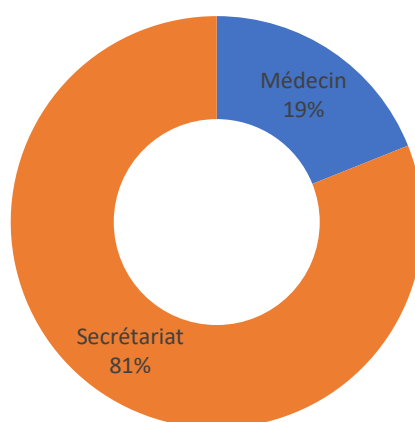


Figure 7 Répartition des MG selon le type de permanence téléphonique

La permanence téléphonique était assurée par un secrétariat pour 81 % des répondants (dont 50 % par un secrétariat sur place) ; 19% des médecins déclaraient assurer la permanence téléphonique (figure 6).

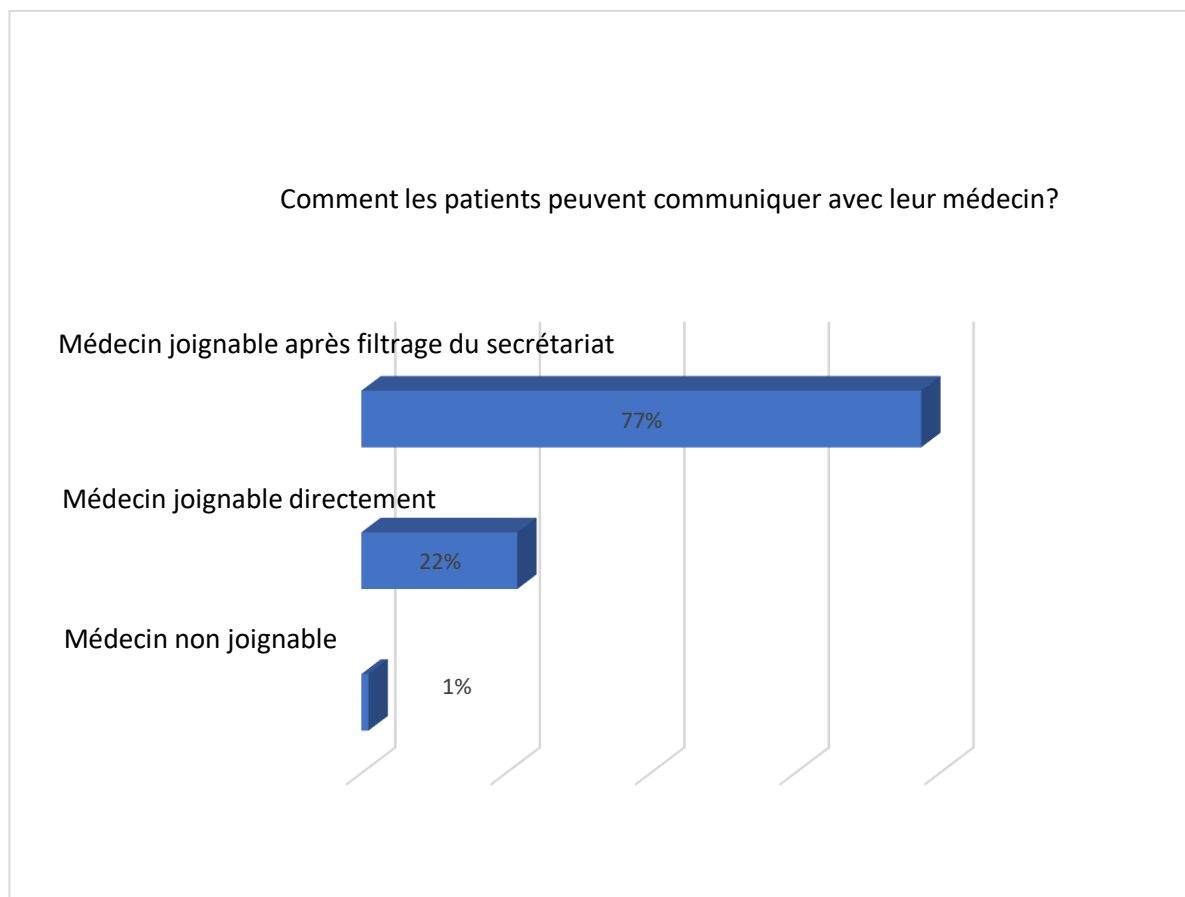


Figure 8 Répartition des MG selon l'accès au médecin

Concernant la possibilité d'être contacté par leurs patients, 77 % des répondants étaient joignables après régulation d'un secrétariat et 22 % déclaraient être joignables directement (figure 7).

e. Modalités de gestion des SNP

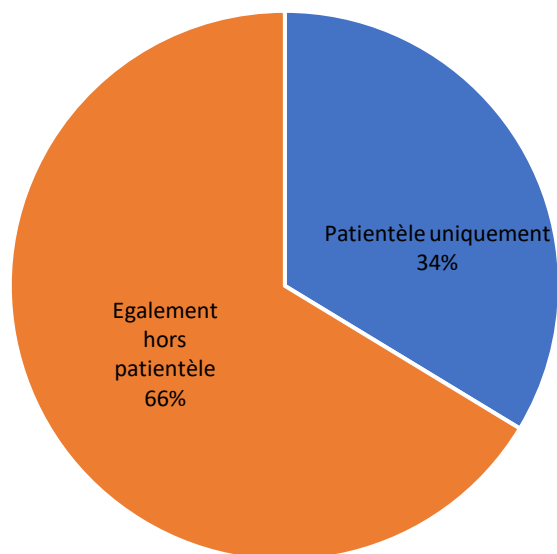


Figure 9 Répartition des MG selon la réponse aux SNP hors patientèle

Environ 1/3 (34 %) des médecins répondants déclaraient refuser les demandes de SNP des patients hors patientèle (figure 8).

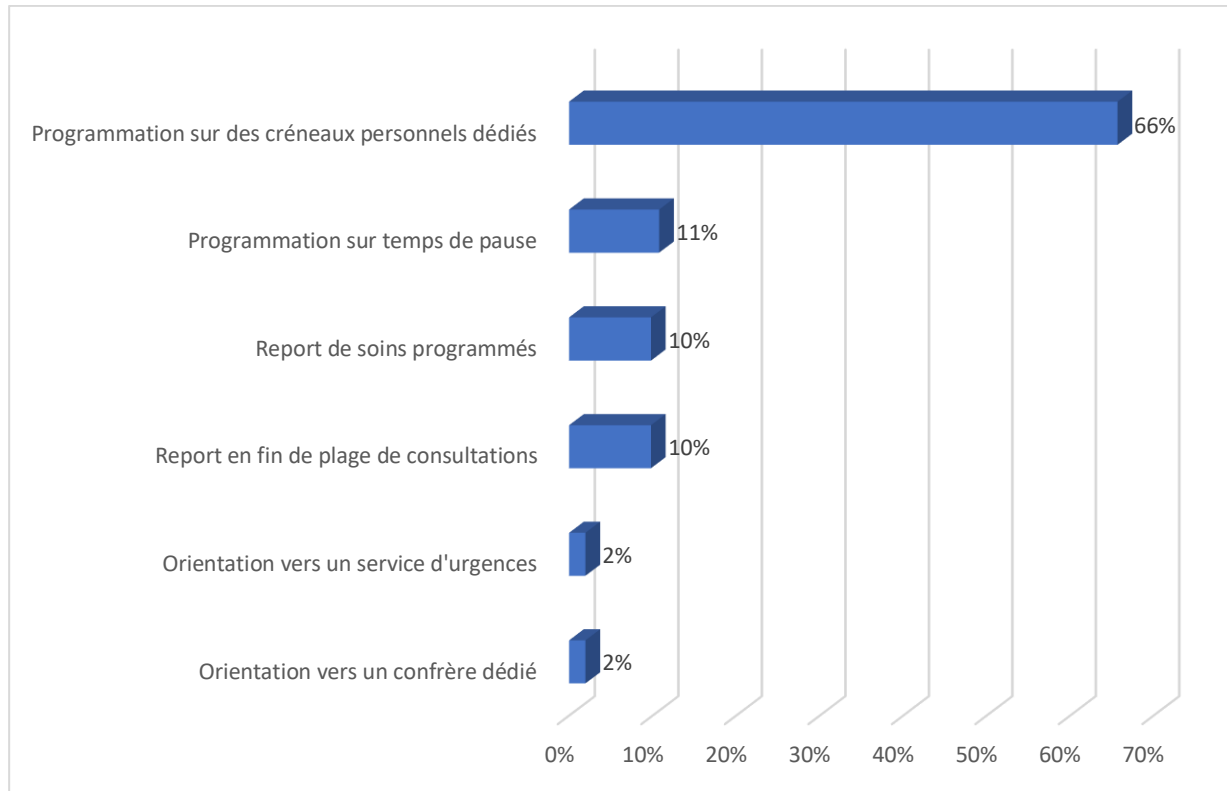


Figure 10 Mode de gestion des soins non programmés en première intention

Modes de gestion des demandes de SNP utilisés en première intention (figure 9) :

- 69 (68 %) déclaraient une gestion dédiée aux SNP
 - 67 (66 %) utilisaient des créneaux dédiés
 - 2 orientaient ces demandes vers un confrère dédié aux SNP
- 21 (21 %) géraient les demandes de SNP sur des temps de pause ou en fin de demi-journée ou de journée
- 10 (10 %) déclaraient reporter des soins programmés (RDV ou visites)
- 2 déclaraient orienter ces demandes vers un service d'accueil d'urgence

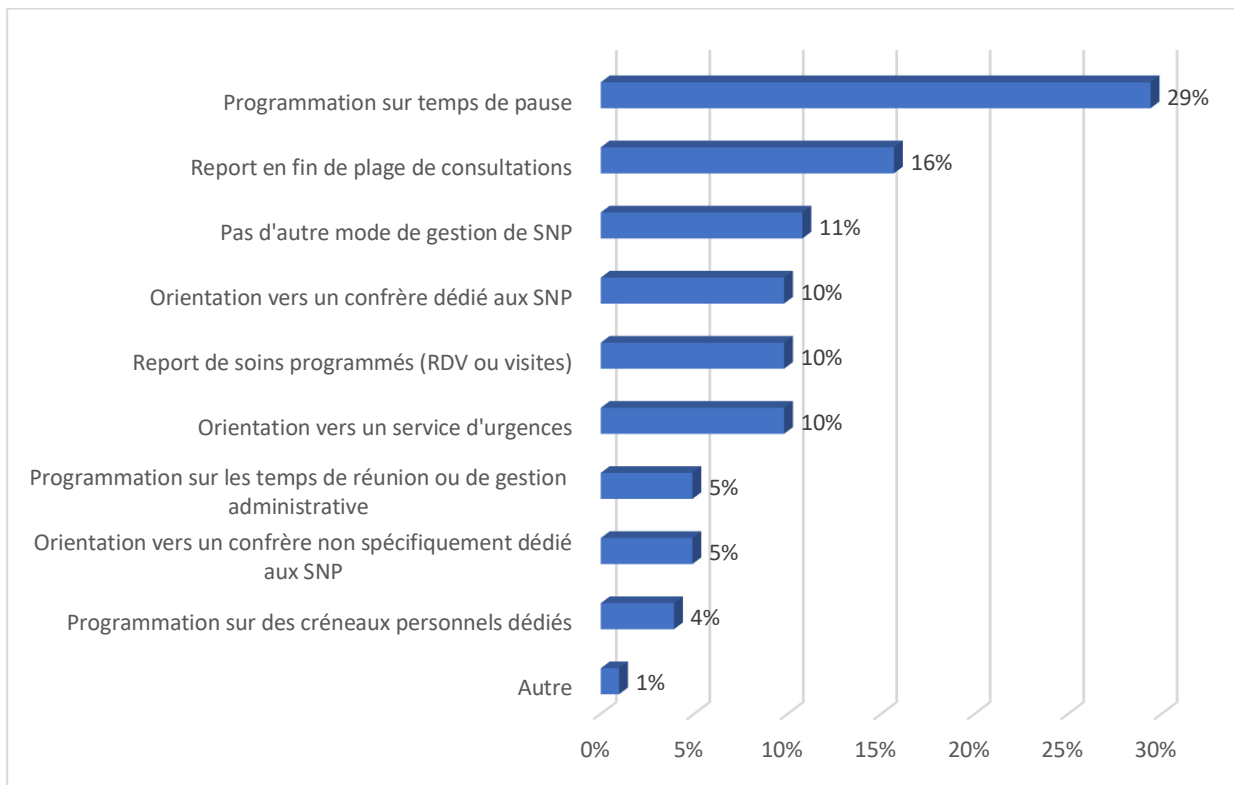


Figure 11 Mode de gestion des soins non programmés en deuxième intention

Modes de gestion des demandes de SNP utilisés en seconde intention (figure 10) :

- 11 (11 %) n'avaient qu'un seul mode de gestion des SNP
- 46 (45 %) géraient les SNP en seconde intention sur des temps de pause ou en fin de demi-journée ou fin de journée
- 15 (15 %) orientaient vers un confrère
- 10 (10 %) reportaient des soins programmés (RDV ou visites)
- 10 (10 %) orientaient ces demandes vers un service d'accueil d'urgence
- 5 géraient ces demandes sur des temps de gestion administrative ou de réunion
- 4 géraient ces demandes sur des créneaux dédiés
- 1 médecin déclarait proposer des consultations sans RDV à partir de 16h

Au total, 8 médecins sur 10 exerçaient en groupe, sur RDV uniquement et déléguaient la permanence téléphonique à un secrétariat. De plus, la plupart des médecins (89 %) proposaient une réponse aux SNP, principalement à l'aide d'une organisation spécifique pour presque 7 médecins sur 10, via des créneaux dédiés ou en orientant vers un confrère dédié aux SNP. Deux répondants orientaient d'emblée les SNP vers les SAU.

Parmi les médecins travaillant en groupe, 72 % (n=61) disposaient d'une gestion dédiée des SNP contre 47 % (n=8) des médecins travaillant seul ; cette différence est significative (p=0,046).

Par ailleurs, les 2 médecins qui orientaient d'emblée les SNP au SAU, travaillaient seuls et avaient respectivement 59 et 66 ans.

La gestion dédiée des SNP était également plus fréquente chez les médecins installés depuis moins de 20 ans (75 %, n=57) par rapport aux médecins installés depuis plus de 20 ans (43 %, n=10), cette différence est significative ($p=0,008$).

Finalement, les médecins répondants avaient majoritairement adopté une gestion structurée des SNP, notamment ceux travaillant en groupe, ce qui confirme l'hypothèse de recherche. Le moyen le plus utilisé était l'existence de créneaux dédiés, mais le recours à des créneaux pendant le temps de pause ou en fin de journée était une alternative.

Recueil de données qualitatives via des entretiens semi-structurés : Analyse Thématique

La répartition des médecins est indiquée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Tableau Descriptif de l'échantillon :

	Age	Sexe	Mode d'exercice	APL	Durée
M1	36	Homme	Pluri professionnel	4	27min52s
M2	34	Homme	Pluri Professionnel	4,8	25min58s
M3	40	Homme	Groupe	4	16min01s
M4	45	Femme	Groupe	3,8	26min11s
M5	33	Homme	Pluri professionnel	3,9	28min31s

1. La réponse aux SNP fait partie de l'activité habituelle des médecins généralistes

Tous les médecins avaient intégré la réponse aux SNP dans leurs activités.

« ça dépend un peu en fonction des jours ou des moments, mais on a tous des créneaux euh... qui sont un peu bloqués pour les urgences, par demi-journées » (M1)

« je me réserve hein trois quatre créneaux d'urgence ; enfin trois à peu près, par jour » (M4)

D'ailleurs, la réponse aux SNP était un élément fondamental de l'exercice de la médecine générale pour l'un des médecins.

« Une condition indispensable de l'exercice de la médecine générale euh... un élément euh... fondamental » (M1)

« [...]sur une journée où on n'en a pas [des SNP], on se dit : « bon tout a roulé, tout était normal et tout, c'est hyper bizarre », presque déçu [rires de l'enquêté] » (M1)

2. Des motifs de SNP correspondant à des urgences vraies ou ressenties

Les principaux motifs évoqués étaient les problèmes aigus tels que les douleurs thoraciques, la traumatologie, les fièvres notamment chez les enfants et les décompensations de pathologies psychiatriques. Deux médecins ont également évoqué la survenue d'un décès.

« les trucs qu'on voit le plus souvent, ouais c'est douleur tho... douleur tho, les plaies, les sutures à faire rapidement et euh... certaines fractures aussi » (M2)

« des plaies, des euh des traumatismes, des euh ... Des ... Ouais, là qu'est-ce qu'on a d'autre, des décompensations un peu psychiatriques, euh ... C'est à peu près, à peu près des, des choses qu'on a habituellement. » (M4)

« des fièvres mal tolérées chez l'enfant » (M4)

Ces motifs pouvaient parfois correspondre à des urgences ressenties comme tel par les patients.

« c'qu'ils considèrent urgent, c'est pas forcément tout le temps urgent » (M2)

« bon il a tambouriné à la porte, donc il avait quand même un sentiment d'urgence ressentie. » (M3)

Parfois, la demande de SNP ne relevait pas de la médecine générale et nécessitait d'être réorientée vers le SAU.

« dès que c'est euh... vraiment de l'urgence en fait on régule pour que ça soit fait par le 15 ou que ça passe par les urgences. » (M2)

3. Moyens et horaires d'accès à la consultation médicale

Les horaires d'accès à une consultation non programmée correspondaient aux horaires d'ouverture du secrétariat, étaient variables, et commençaient principalement vers 8h-8h30, et se terminaient entre 18h30 et 20h selon les différents médecins.

« Nous on a toujours un accueil téléphonique et physique de huit heures, [...] de huit heures à midi et de quatorze heures à dix-huit heures trente » (M1)

« Oui, alors nous c'est de sept heures et demi le matin, donc elles [les secrétaires] font un peu de rangement tout ça de sept heures et demi à huit heures mais à huit heures elles prennent la

ligne, euh jusqu'à midi et demi, hors vacances. [...] globalement c'est sept heures et demi – midi trente, quatorze heures – dix-neuf heures. » (M4)

L'accès aux SNP n'étaient pas toujours possible entre 12h et 14h ou aux horaires extrêmes de la journée, entre 8h et 8h30 et après 18h30-19h.

« ENQ : La secrétaire c'est neuf heures du coup ? M1 : Non huit heures, ben... elle a vingt minutes où elle est toute seule, mais elle sait qu'elle a... elle sait qu'elle peut joindre un médecin mais euh... elle a vingt minutes où elle est un peu toute seule. Ce qui était pas le cas au départ... ce qui était pas le cas au départ... et ce qui n'a pas été renégocié entre médecins [rires] parce qu'il n'y a personne qui veut être là à huit heures ! [rires] Donc euh voilà ! C'est plus par négligence euh... voilà ! » (M1)

« Pour l'instant entre midi et deux, y'a rien euh... y'a pas d'accès » (M2)

« on est rarement parti avant vingt heures. Il y a quand même quelqu'un sur place... mais euh... on répond pas au téléphone. Tout est redirigé [vers le 15 via un répondeur]. » (M2)

Les patients pouvaient accéder à une consultation médicale de SNP principalement via un secrétariat physique ou déporté. Certains proposaient également des rendez-vous sur internet disponibles pour le jour-même.

« Nous on a toujours un accueil téléphonique et physique de huit heures, [...] de huit heures à midi et de quatorze heures à dix-huit heures trente » (M1)

« les patients pouvaient prendre rendez-vous le jour même [sur internet] » (M2)

L'un des médecins évoquait également l'accès fréquent à des SNP via des soignants à domicile.

« Souvent ça passe par des infirmiers, quand c'est des gens fragiles qui sont suivis, ben y'a un accès direct aux infirmiers » (M5)

Les rendez-vous par internet étaient pour l'un des médecins un moyen de libérer du temps aux secrétaires.

« on est passé à [un service prise de rendez-vous en ligne] à cause de ça hein. On perd énormément d'appels le matin, parce que ben parce qu'elles sont pendues au téléphone en fait, même l'été hein ça... Les demandes sont très très... très fréquentes. Et [ce service de prise de rendez-vous sur en ligne] nous a permis en fait de pouvoir leur donner de l'oxygène au téléphone en fait. » (M4)

Un médecin déclarait accepter également des demandes de patients se présentant directement dans la salle d'attente.

« quand ils sont dans la salle d'attente, je... j'ai compris, je sais qu'il faut... qu'il y ait de l'urgence, vraie ou ressentie, en tout cas, il faut se débrouiller pour les voir quoi! » (M3)

4. Le Tri, la régulation et la planification des consultations de SNP, principalement réalisés par les secrétaires.

L'un des médecins citait la nécessité d'une tierce personne pour la gestion des SNP.

« souvent euh... la nécessité d'avoir une tierce personne, je pense à la secrétaire qui puisse euh... qui puisse gérer ça »

La permanence d'accès aux SNP et la régulation étaient principalement réalisées par les secrétaires.

« ENQ : Les secrétaires elles reçoivent toutes les demandes finalement, ça ne passe jamais par vous en premier ? [...] M1 : Non, ça passe toujours par elle... » (M1)

« Il y a quand même le secrétariat qui permet de gérer et de... et d'avoir euh... déjà une première... une première barrière pour les patients » (M2)

Par ailleurs, deux médecins précisait l'avantage d'un secrétariat physique quant à la régulation des SNP.

« Elles peuvent aussi, euh... arrondir les angles et travailler de manière humaine avec les patients, qui apprennent aussi à les connaître et qui sont... ouais y'a ce côté euh... ce côté accueil humain » (M1)

« Un secrétariat physique aussi hein, je crois que ça, ça nous aide énormément parce que euh... ben on perçoit peut-être... alors je sais pas, j'ai jamais eu affaire à des secrétariats à distance mais j'ai l'impression qu'on perçoit un peu mieux en tout cas le... la demande hein, si elle est vraiment urgente ou pas vis à vis des soins non programmés. Nos secrétaires connaissent bien la patientèle, donc c'est une aide énorme en fait hein de savoir si c'est une urgence ou pas [...] » (M4)

Un des médecins évoquait un risque possible dans la régulation réalisée par les secrétaires en lien avec un manque de formation.

« elles étaient pas euh... armées pour faire de la régulation non plus donc euh... il fallait qu'elles fassent attention ... voilà, on a essayé de travailler dessus mais j'sais qu'elles continuent de temps en temps à donner des p'tits conseils... on essaie de les protéger aussi parce que c'est pas forcément leur rôle, elles sont pas forcément formées à ça et... ça peut être un peu bancal des fois. (M1) »

Le secrétariat permettait également de jouer un rôle de filtre et de libérer le temps de la consultation des médecins.

« on est quand même beaucoup plus détendu je trouve en consultation ... parce que euh... ben voilà on n'est pas dérangé, les patients le sont aussi » (M1)

« Alors les points forts c'est clairement être à plusieurs hein, c'est évident... d'avoir un secrétariat filtrant, ça c'est aussi la deuxième chose. » (M4)

Certains médecins avaient créé des protocoles de régulation à l'usage des secrétaires.

« il y a des protocoles, on a fait des protocoles sur certaines euh...[...] en fonction parfois des demandes ou des motifs de demande » (M1)

« on a essayé de... de cadrer certaines situations... aussi... d'essayer de faire des protocoles pour justement certaines situations [...] En fait on travaille les médecins ensemble, pour faire ces protocoles... puis on les valide et ensuite on les propose euh... aux secrétaires, on les...on voit si elles ont bien compris... et du coup après, ça se met en place. » (M2)

En cas de difficultés, les secrétaires pouvaient faire appel au médecin.

« Si elles [les secrétaires] rencontrent des difficultés, elles vont nous les passer [les patients]. » (M2)

« Quand pour le coup elles sont sur une difficulté [...] par une demande qu'elles ressentent comme urgente, dans euh... dans l'angoisse, dans la façon de parler etc... où là elles nous basculent les num... les... les... les appels » (M1)

Les secrétaires avaient également un rôle dans la gestion et l'adaptation du planning en cas d'imprévu.

« si on voit qu'il y a une visite qui va prendre du temps euh... on va bloquer les créneaux pour justement essayer de rattraper ce retard, de pas euh... prendre plus de patients... et du coup que tout soit complètement décalé. Et les secrétaires le font très bien en fait hein ! » (M2)

« Si je dois quitter le cabinet et que j'en ai pour une demi-heure, je le dis au patient qui est là qui le dit au suivant et ainsi de suite. Si c'est vraiment plus important ben j'appelle les secrétaires pour leur dire de soit reporter le rendez-vous du patient, soit le décaler à plus tard pour pas qu'il attende dans la salle d'attente. » (M5)

Elles pouvaient également avoir un rôle de « sentinelle », permettant de détecter un afflux des demandes de soins en période épidémique.

« je pense notamment à la période qu'on vient de passer là [épidémie de COVID 19]... c'est elles qui nous ont amenés, vu le nombre de coups de fil et des demandes qu'elles avaient, à modifier nos plannings en se disant : « ben tiens il faut qu'on mette un peu plus de plages » ». (M1)

Lorsque le secrétariat était fermé, entre midi et deux ou après 18h30 ou 19h, la régulation était parfois directement réalisée par le médecin.

« Entre midi et deux euh... normalement il y a toujours quelqu'un dans la structure, et y'a en fait un... on a un numéro de téléphone de... de garde, donc on tourne à tour de rôle, en fait on a un numéro de téléphone, on a un petit portable qui reste ici et qu'on prend à tour de rôle entre midi et deux. » (M1)

« Elles [les secrétaires] partent à dix-huit heures, mais nous on garde a ligne dans ce cas jusqu'à vingt heures » (M4)

Par ailleurs, certains médecins orientaient les patients directement vers le 15 via un répondeur téléphonique, pendant les horaires de fermeture du secrétariat.

« on bascule sur le... sur le... sur le 15, et on met un répondeur en disant que euh... à quatorze heures il y aura un médecin. [...] Ouais on fait comme ça, alors c'est vrai que c'est pas très bien hein pour le 15 mais après enfin, je crois qu'il y a très peu d'appels... » (M4)

Enfin, la régulation consistait parfois en un simple conseil par téléphone et ne débouchait pas sur une consultation. Les conseils téléphoniques pouvaient également permettre de temporiser un besoin urgent ressenti de SNP.

« on va essayer de négocier un peu différemment quitte à donner un conseil téléphonique dans un premier temps et puis à réévaluer les choses un peu plus tard dans la journée ou le lendemain » (M1)

« parce que finalement en faisant entre guillemets un peu de régulation de soins primaires j'allais dire, ben... ça peut attendre le lendemain ou le surlendemain. » (M1)

5. Organisation de la consultation médicale

Tous les médecins interviewés disposaient de créneaux dédiés pour les demandes de soins non programmés.

« J'ai entre quatre et cinq créneaux de consultation par jour, réservés en fait aux urgences du jour même. » (M2)

« Je me réserve hein trois quatre créneaux d'urgence ; enfin trois à peu près, par jour » (M4)

Malgré cette organisation, certains médecins étaient amenés à placer des soins non programmés sur des temps de pause et de gestion administrative.

« J'ai mon dernier rendez-vous à midi, midi et quart. Et après je reprends à quatorze heures trente, ce qui me laisse le temps de manger, le temps de gérer euh... le côté un peu administratif et puis surtout de prendre une urgence si y'a besoin, pour pas la faire à la fin de la journée, c'est à dire quand tu quittes à vingt heures quoi » (M5)

6. Gestion mutualisée

Le travail de groupe semblait apparaître comme élément de satisfaction.

« Alors les points forts c'est clairement être à plusieurs hein, c'est évident » (M4)

C'était un moyen de répartir la charge de travail lié aux SNP.

« ENQ : chacun décide combien il en alloue [des créneaux dédiés] pour ça ? M1 : Non alors on les a en fait, sur l'ensemble de la semaine, on a le même nombre, on les a répartis après en fonction des plannings. » (M1)

« On travaille très différemment, comme avec des personnalités différentes bien sûr. Mais globalement on est complètement tous d'accord sur le fait de... de tourner pour les samedi matins, de... d'assurer la permanence des soins de huit heures à vingt heures » (M4)

Un moyen d'assurer la continuité des soins, pour les consultations de SNP et les VAD, ou en cas d'absence du médecin.

« l'objectif justement c'est qu'il y ait toujours quelqu'un de dispo déjà, sur tous les créneaux de huit heures du matin à vingt heures le soir. » (M1)

« On n'a pas d'obligation, la seule chose qu'on a essayé de mettre en place c'est que il y ait un médecin tout le temps en visite potentielle en fait. » (M2)

« quand je suis pas là ben euh... les patients peuvent avoir accès à un soin non programmé » (M1)

L'organisation du travail en groupe pouvait impliquer des obligations mais n'apparaissait pas comme une contrainte importante.

« l'aspect contraignant que... que... qu'il faut négocier avec les collègues quoi ! [rires] comme toute activité de... pour le coup de groupe. c'est pas des trucs pour lesquels c'est le plus compliqué de... de discuter donc euh... cette contrainte-là euh... est quand même euh... j'allais dire est quand même nettement euh... mise de côté par le... voilà par la simplicité du planning et de... de l'organisation » (M1)

« Chacun fait comme il veut en fait. On s'est juste dit que tout le monde allait en prendre [des SNP] et que tout le monde euh... jouait le jeu pour pouvoir recevoir rapidement, et euh... après, le nombre et les horaires étaient libres à chacun. » (M2)

7. Les SNP peuvent venir désorganiser l'activité du médecin

Les SNP pouvaient être générateurs de stress,

*« dès qu'il y en deux dans la même journée euh... c'est l'orgie, c'est le bordel et... on se dit :
« mais c'est pas possible ! » [il mime la panique de manière humoristique] » (M1)*

perturbateurs du planning,

*« j'ai dû arrêter les consultations, je suis allée chez une patiente, ben ça m'a pris une heure ou
une heure et demie » (M5)*

et avoir une répercussion sur les soins programmés.

*« c'est peut-être aussi un peu les conséquences des fois d'avoir augmenté les créneaux de euh...
de euh... soins non programmés et du coup ça décale les soins programmés. » (M1)*

8. Refus de soins

Les refus de SNP étaient surtout liés à une demande non justifiée

*« c'est quand même assez rare qu'on refuse des soins euh... sauf si on juge vraiment que c'est
pas du tout adapté. » (M2)*

*« soit sur des demandes entre guillemets qu'on qualifiera de non appropriée voire un peu abusive
pour certains » (M1)*

D'ailleurs les demandes de SNP des patients hors cabinet étaient surtout refusées si la demande n'était pas justifiée.

*« Alors les raisons c'est parce que, UN, c'est pas des patients du cabinet et que la raison nous
semble pas urgente. Ça c'est la première chose. Euh... je dirais peut-être que c'est la seule raison
[rires] » (M4)*

*« Après s'ils nous disent qu'ils en ont un [médecin traitant]... euh... mais qu'ils peuvent pas le
voir, ça va un peu dépendre, surtout si c'est d'autres cabinets du coin... mais ce sera pas
forcément un motif de refus, ça nous arrive de les voir. » (M1)*

En cas de saturation des possibilités d'accueil, les médecins pouvaient utiliser la régulation téléphonique ou adapter leur planning.

« ben quand ça arrive [saturation des créneaux dédiés aux SNP], on... on s'arrange, on régule directement au téléphone... on régule au téléphone... on voit si c'est vraiment urgent... » (M2)

« Dans ces cas-là, ben soit on en rajoute, ça nous est arrivé. Euh... soit on travaille un peu plus tard [rires] Ou on travaille un peu... enfin on fait un peu plus de consult entre midi et deux, ou on réorganise. » (M1)

Par ailleurs, les internes pouvaient participer à l'augmentation de l'offre de SNP.

« on arrive toujours à s'arranger en fait entre collègues ou avec les internes pour justement... ne pas qu'il y ait véritablement de limite matérielle pour recevoir. [...]vu notre nombre et vu les... internes aussi en formation, ça nous laisse quand même un... potentiel quand même de consultation assez important. » (M2)

9. Gestion de la traumatologie

Tous les médecins interrogés déclaraient gérer des soins de petite traumatologie non programmés, notamment les sutures mais également pour certains la réalisation de certaines immobilisations.

« On arrive à gérer des choses en ambulatoire, et on fait effectivement du euh... quelques gestes techniques euh... du coup, des immobilisations et des sutures. » (M2)

« Ben on fait ouais ouais. D'ailleurs ça m'étonne le samedi quand on est de garde, on nous demande si on suture encore [rires]. Ça me fait toujours sourire, parce que oui oui non non, ça fait partie des soins non programmés qu'on assume. » (M4)

La possibilité de gérer la petite traumatologie en cabinet de médecine générale était dépendant de la coordination avec les services d'imagerie de proximité.

« mais pour la traumato c'est un peu compliqué car dès fois t'as besoin d'une imagerie en urgence et le radiologue te répond de l'envoyer aux urgences » (M5)

« On... a la radio euh... assez facilement d'accès et ils font des radios... ils peuvent faire des radios dans la journée donc c'est vrai que ça nous permet de... de voir les choses. » (M2)

D'ailleurs la coordination avec les médecins spécialistes du secteur était présentée par les médecins interrogés comme un facilitateur pour la gestion de la traumatologie en soins non programmés.

« On a des...des correspondants aussi facilement à la clinique XXX, pour justement voir si on a quelque chose et si on doute sur la prise en charge euh... qu'est-ce qu'il faut faire, et puis : « on vous le remet en consultation dans combien de temps pour faire une surveillance ? » (M2)

10. Visites à domicile

Les médecins semblaient tous gérer de temps en temps des demandes de visites non programmées.

« Moi c'est tous les débuts d'après-midi où je pars en visite, donc après je m'organise pour voir tout le monde. » (M2)

Les visites non programmées étaient par ailleurs représentées comme un élément perturbateur important du planning établi, car chronophage.

« un patient qui décède à domicile. Un de mes patients, donc du coup ben euh... oui, faut y aller quoi ! Faut y aller, faire les certificats, faire... voire la patiente donc du coup ça prend du temps... mais bah on y va... et puis ça bouscule un peu tout. » (M2)

Un des médecins déclarait réaliser les visites non programmées sur les temps de coordination entre les médecins du cabinet.

« s'il faut aller voir une personne en visite ben... la réunion elle est décalée d'un quart d'heure ou elle démarre sans moi et puis euh... et puis on y arrive quoi. » (M1)

Les soignants du secteur ambulatoire représentaient un élément de régulation permettant de temporiser une demande de visite non programmée.

« Les gens qui sont en visite, c'est soit des personnes qui sont vraiment très dépendantes et

souvent elles sont suivies par des infirmières à domicile ou d'autres personnes, et c'est par elles qu'on va essayer de gérer les choses. » (M2)

« Et puis après, bien sûr, la coordination c'est au niveau des soins paramédicaux hein. Parce que plus on est dans la discussion, plus on est dans l'échange avec nos infirmières, plus les personnels para médicaux savent aussi comment on fonctionne et je trouve que ça permet aussi d'apaiser beaucoup de choses et de réduire tous ces soins non programmés entre guillemets » (M4)

11. Facteurs ayant entraîné une modification des pratiques

Les variations de la démographie médicale avaient conduit à une augmentation de la demande de soin pour certains médecins, qui avaient dû réorganiser leur pratique en conséquence.

« on s'est retrouvé en surcharge il y a cinq ou six ans quand y'a des médecins autour qui sont partis en retraite donc ça a été un peu euh... on a été complètement saturé. Donc là pour le coup on prenait plus que XXX [la ville d'exercice de l'enquêté], et un temps on n'a plus pris que la commune » (M1)

Pour l'un des médecins, l'acquisition d'expérience avait permis une amélioration de la régulation des SNP.

« Au début ben je pense que par le manque d'expérience aussi peut être, la peur de passer à côté de quelque chose, ou euh... je pense que je répondais beaucoup plus à des demandes non programmées qui ne le justifiaient pas forcément le jour même, ou sous les quarante-huit heures [...]. Et maintenant j'arrive à... j'arrive à dire non, enfin j'arrive à mieux évaluer en tout cas la demande, si elle reste urgente je réponds, s'il n'y a vraiment pas de critère d'urgence objectif, j'arrive à maintenant différer en fait. » (M4)

12. Points à améliorer évoqués par les médecins dans la gestion des SNP

La formation des secrétaires

« le seul truc que je verrais à améliorer ce serait peut-être plus euh... plus travailler sur le contact téléphonique justement qu'ont les secrétaires, et peut-être arriver à ce que ce soit un petit peu plus codifié, un petit peu plus scientifique si je peux utiliser cette expression-là. » (M1)

Un secrétariat dédié à la régulation des SNP

« faudrait qu'on la dédie [la secrétaire] qu'à ça à ce moment-là et qu'elles fassent que ça. En plus pour être performant, pour être sécurisant etc. il faut en faire beaucoup [de la régulation], je sais pas si elles en font assez pour qu'on rentre euh... dans cette expertise là, mais ça pourrait être euh... ça pourrait être une option. » (M1)

« c'est d'avoir une secrétaire dédiée. Euh... c'est à dire que... parce que dés fois les gens attendent au téléphone, parce que dés fois y'a un afflux d'appels, euh je considère qu'on remplit pas notre rôle de médecine d'urgence quoi [...] je regrette... c'est qu'il n'y ait pas une personne qui soit dédiée aux urgences mais qu'aux urgences » (M5)

La continuité des soins en dehors des horaires de la PDSA

« ça peut arriver [une demande de SNP à 8h] et pour le coup, il n'y a pas de protocole dessus, ça n'a jamais été discuté, ça me fait penser que ça serait pas mal de euh... parce que ça sera discuté le jour où on aura un pépin [rires] » (M1)

« les améliorations c'est euh... théoriquement pouvoir au moins orienter les patients sur la plage horaire huit heures vingt heures. » (M2)

La concertation avec les médecins du territoire

« ce qui nous embête beaucoup c'est le cabinet à XXX, qui est juste de l'autre côté du coup de la XXX. Et euh... eux ils ne sont jamais ouverts le samedi matin donc du coup on reçoit du monde de là-bas » (M2)

« Autour de nous ben on est un petit peu euh... J'ai envie de dire, embêté, par le cabinet un petit peu de XXX parfois l'hiver, où on a des patients de chez eux qui nous appellent parce qu'ils n'ont pas pu être reçus sur des soins non programmés. » (M4)

« c'est vrai qu'entre les soins et les organisations de notre propre cabinet avec nos deux secrétaires, eh ben du coup on est quand même aussi bien pris par l'organisation hein malgré tout quotidienne et c'est vrai, pour l'instant, on n'a pas trop trouvé l'énergie encore [rires] de trouver du temps pour aller voir les confrères dans ce sens-là ; mais c'est un peu peut-être l'idée de l'avenir » (M4)

La coordination avec les plateaux techniques de ville

« J'ai essayé de rentrer en contact avec les radiologues mais c'est ultra fermé, ultra bouché. Ça c'est un gros gros point noir euh pour...pour moi. Autant la bio tu peux l'avoir tout de suite, quand t'a un doute t'appelles le biologiste direct et t'avance sans encombrer les urgences, alors qu'en radio tu peux avoir personne, que les secrétaires, et encore t'attends longtemps. Donc t'es obligé d'avoir une secrétaire pour pas perdre ton temps, sinon c'est impossible. Puis t'arrives pas à avoir le radiologue, puis t'as des fois pas de rendez-vous quoi » (M5)

La coordination avec l'hôpital

« je pense à beaucoup plus de communication avec les services d'urgences ou hospitalier hein, clairement. Pour des situations d'urgences, c'est vraiment compliqué hein. Je trouve qu'avant on avait un meilleur contact téléphonique direct, maintenant on est toujours sur des rappels, des ... Des communications par mail. Enfin moi je trouve que ça devient de plus en plus compliqué en tout cas vis à vis des professionnels » (M4)

L'éducation des patients

« Ben moi je reste convaincue qu'il y a un manque d'éducation vis à vis des soins. Notamment nous on y est beaucoup confrontés, peut-être aussi parce qu'on est un secteur semi rural, que de plus en plus il y a de la patientèle qui vient de bordeaux, de métropole, qui était habituée à appeler peut-être SOS Médecins aussi, avec beaucoup de facilité, surtout en pédiatrie. Je crois qu'on a un gros rôle d'éducation autour de ça » (M4)

DISCUSSION

Discussion de la méthode

Étude quantitative

Le taux de retour de plus de 50 % est satisfaisant, d'autant que l'échantillon était constitué de l'ensemble des médecins du secteur. L'absence d'analyse des non-répondants ne permet pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble de l'échantillon. Un biais de sélection est en effet probable : ce sont les médecins les plus mobilisés face aux SNP qui ont répondu. Le questionnaire est déclaratif et expose à un biais de désirabilité. Néanmoins, sur un sujet aussi prégnant, il peut être postulé que les réponses ont été sincères. Pour autant, un biais de prévarication est toujours possible sur un sujet aussi sensible en termes de santé publique.

Les consignes du questionnaire n'ont pas toujours été respectées en particulier concernant les propositions à choix unique. En effet, les répondants ont parfois eu des difficultés à se limiter à une seule réponse. Les propositions à choix unique n'ont probablement pas permis de refléter la complexité de l'organisation de certains médecins généralistes.

Étude qualitative

Le petit nombre de médecins interviewés n'a pas permis de saturation des données. L'analyse thématique par un seul chercheur a pu exposer à des approximations d'interprétation. Le recours à un double codage des données aurait pu limiter cet inconvénient. De plus, la situation de recherche n'était pas totalement neutre pour l'enquêteur, qui exerçait dans le secteur de l'étude, et dont la conduite des entretiens ainsi que l'interprétation des données ont pu être influencés par ses propres préjugés.

Une force de cette étude a été de combiner des méthodes quantitatives et qualitatives, permettant ainsi de mieux saisir la réalité de la pratique du médecin généraliste face aux SNP.

Discussion des résultats

Caractéristiques des médecins répondants

La répartition homme/femme était proche de celle retrouvée dans le département de la Gironde, selon les données de la DREES en 2018, avec 52 % de femmes et 48 % d'hommes.

Les 30-49 ans représentant 66 % des répondants étaient surreprésentés : selon la DREES, ils ne représentent que 43 % de la totalité des médecins du département de la Gironde en 2018.

Les médecins exerçant en groupe étaient aussi surreprésentés : 84 % dans l'échantillon pour 61 % sur le plan national. Il est possible que les médecins travaillant en groupe soient plus disponibles et plus motivés. Ce différentiel doit être pris en compte dans l'interprétation des résultats, en particulier pour la gestion mutualisée des SNP.

Définition des SNP

Dans cette étude, les SNP couvraient un large champ allant des urgences « vraies » aux besoins urgents de soins ressentis par les patients. Les médecins évoquaient spontanément des motifs graves témoignant des représentations fortes de la médecine d'urgence dans les SNP. En effet, les pathologies bénignes, pourtant fréquentes en médecine générale, étaient peu évoquées, de même que les demandes administratives non programmées, par exemple pour un arrêt de travail. L'absence de définition consensuelle des SNP, déjà évoquée dans la littérature (23), pourrait constituer un obstacle dans l'organisation d'une réponse commune.

Dans son rapport, le député Thomas Mesnier définissait les SNP comme l'expression d'une demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie relevant prioritairement de la médecine de ville (10).

Récemment, la DRESS a proposé une définition (25): « *demande de consultation exprimée par le patient pour le jour-même et le lendemain* », qui semble pertinente dans une perspective d'organisation commune de la réponse aux SNP en médecine générale.

En effet, dans le contexte de l'organisation actuelle du système de soins, quelle que soit la demande du patient exprimant un besoin de soins rapide, elle va mobiliser du temps « secrétaire »

ou « médecin » ou toute personne accueillant le patient. Cette personne devra par la suite systématiquement « réguler » la demande du patient, ne serait-ce que pour évaluer son caractère justifié ou non.

Réponses aux SNP

L'enquête de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) de Franche-Comté de 2014 (23) montrait que 46 % des médecins réservaient dans leur agenda des plages spécifiques pour l'urgence. Dans l'enquête de l'URPS-Médecins libéraux d'Ile-de-France de 2015 (23), 39 % des médecins généralistes indiquaient garder un créneau libre dans leur programme quotidien pour les demandes de soins non programmés. L'étude en Sud Gironde identifiait 66 % de médecins : le secteur rural sans SOS Médecins peut expliquer cette différence.

En 2020, selon la DREES, 8 médecins sur 10 proposaient une prise en charge des SNP chaque jours (25). Ce constat rejoint les pratiques des médecins généralistes du Sud Gironde proposant pour 89 % d'entre eux une réponse aux soins non programmés via une gestion dédiée ou sur des temps de pause.

Rôle fondamental du secrétariat

Dans cette étude, le rôle du secrétariat apparaissait comme primordial dans la gestion de la réponse au SNP, soit en régulant les demandes, soit en planifiant les consultations de SNP. Ce rôle semble correspondre au modèle du *gate-keeper* délégué à des infirmières spécialisées dans d'autres pays d'Europe (35). Cependant, si la régulation réalisée par les infirmiers semblait fiable selon des évaluations réalisées en Australie et en Angleterre (36,37), il n'existe pas d'évaluation récente de la sécurité du tri réalisé par les secrétaires. L'étude en Sud Gironde pourrait suggérer un défaut de formation des secrétaires, notamment dans les activités de régulation. Par ailleurs un des critères de régulation utilisé par les secrétaires et mentionné dans cette même étude concerne leur appréciation subjective, et non un critère médical. Une observation déjà mise en évidence dans une thèse de 2016 qui mettait en avant la complexité du tri des demandes de SNP réalisé par les secrétaires (38). La double régulation assurée par les médecins à la demande des secrétaires reste cependant un moyen existant permettant de sécuriser le travail des secrétaires.

Gestion mutualisée

Le travail de groupe apparaissait comme un mode de travail plébiscité par les médecins généralistes, tel que décrit dans la littérature (14,15). Concernant les SNP, il était décrit dans cette étude comme un moyen de répartir la charge de travail liée aux demandes de SNP entre les professionnels de santé. Il permettait également de limiter les refus de soins et de répondre plus facilement aux demandes de VAD non programmées. De plus, le travail de coordination en équipe de soins primaires avec les soignants intervenant à domicile était désigné dans l'étude en Sud Gironde comme un facteur de régulation des soins non programmés. Cette coopération entre médecins généralistes et soignants a été déjà décrite au Royaume Uni et en Suède (35). Il apparaît cependant des difficultés pour organiser une réponse commune au-delà des frontières d'un cabinet, pour les médecins généralistes d'un même secteur ou avec les plateaux techniques de ville, notamment les centres d'imagerie.

Pratique de la petite traumatologie

Dans cette étude du Sud Gironde, les médecins interrogés lors des entretiens semi-structurés réalisaient des actes de petite traumatologie, notamment les sutures mais également dans un cas des actes d'immobilisation. Aucune conclusion n'est évidemment possible du fait de la taille de l'échantillon, mais ceci contraste avec les données de la littérature sur ce sujet.

Refus de soins

Les médecins de l'étude du Sud Gironde déclaraient refuser les demandes de SNP des patients hors patientèle pour 34 % d'entre eux. Les refus de SNP du point de vue des médecins semblaient principalement liés à des demandes non justifiées. La régulation par des conseils téléphoniques était également un moyen de temporiser les demandes ressenties de soins urgents.

La téléconsultation

L'utilisation des outils de la télémédecine, souvent mis en avant dans les politiques de santé actuelles (22), pourrait être envisagée pour réguler la demande de SNP. Cette option n'a pas été évoquée par les médecins répondants de l'étude. Néanmoins, dans l'étude de la DREES sur les difficultés d'adaptation des médecins sur un territoire (19), un tiers des médecins généralistes considérait que ce n'était pas « *une solution intéressante pour prendre en charge les patients résidant dans des zones à faible densité médicale ; en zones sous denses, ils étaient plus de 4 sur 10 de cet avis* ». Cela pourrait être lié au fait que les zones sous denses cumulent les difficultés notamment en termes d'équipements (21), ce qui pourrait limiter l'utilisation des outils numériques.

La gestion des SNP en Europe

La régulation des demandes de SNP est une problématique majeure dans la plupart des pays d'Europe, à l'origine ces dernières années de réformes visant à s'adapter aux évolutions des modes d'exercices des médecins et aux dysfonctionnements des systèmes de santé. Les modèles actuellement partagés au niveau européen s'appuient généralement sur une organisation locale de la permanence des soins dont le cadre légal est défini au niveau national. Cette organisation a l'avantage de faciliter l'adéquation des projets de santé avec les besoins locaux d'un territoire, avec en contrepartie des inégalités territoriales d'accès aux soins notamment dans les pays les plus régionalisés (Espagne, Italie et Suède) (35). Ainsi un modèle du centre d'appel unique semble émerger au niveau européen, envisagé en France sous la forme du « service d'accès aux soins » décrit dans le rapport « Pacte de refondation des urgences » en 2019 (39). Cette solution bien qu'attrayante en termes d'égalité d'accès aux soins, ne doit cependant pas faire perdre de vue la nécessité d'une réponse de proximité impliquant les acteurs de soins de santé primaires d'un territoire donné.

PERSPECTIVES

Il apparaît nettement au travers de ce travail que les médecins généralistes du secteur Sud Gironde se sont approprié la problématique des SNP. Il est donc primordial d'optimiser la coordination des professionnels de santé, en particulier au sein des CPTS, en fournissant les moyens humains et financiers permettant de créer et d'entretenir les dynamiques professionnelles.

La coopération avec les autres spécialistes et les autres structures de soins ambulatoires devraient également être soutenue afin de faciliter les démarches diagnostiques et thérapeutiques « non programmées ».

Enfin, il faut prendre en compte le point de vue du patient, avec le risque de surconsommation de soins en facilitant l'accès à des SNP. Une démarche pourrait être en effet envisagée auprès des patients afin de leur proposer un mode d'emploi des soins de santé primaires, cette proposition a été développée dans un article publié en 2013 précisant que : « *La sensibilisation des patients à l'utilisation pertinente du système de santé leur permet de choisir le recours médical le plus utile pour leur problème* » (40).

Dans cette optique, un travail pourrait être réalisé pour proposer une éducation systématique des patients au décours des séances de SNP tel que proposé par la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) du Véron (41). Cette maison de santé a par ailleurs développé en son sein une unité de SNP avec un aménagement spécifiquement adapté à la gestion des SNP dans un lieu dédié, géré par les médecins de la MSP via un roulement par demi-journée.

Un exemple plus local est en place à la Maison de Santé Rurale de La Réole. Les journées de consultation ont été séparées en 3 plages horaires de 4h entre 8h et 20h ; pour chaque plage horaire, 2 médecins sont prévus respectivement pour réaliser soit des consultations de SNP, soit des VAD non programmées. Les plages ont été réparties équitablement entre les médecins. Ce système peut cependant montrer ses limites si les motifs de SNP ne sont pas bien définis au préalable, notamment pour le secrétariat qui gère les demandes.

La problématique est aussi prégnante en milieu urbain : la CPTS de Paris 18e a pour objectif de faciliter l'accès aux soins dans une perspective de lutte contre les inégalités sociales de santé. Une des perspectives est d'orienter les patients vers un médecin traitant pour ceux qui n'en ont pas, de façon à construire un parcours de soins limitant le recours aux SNP.

CONCLUSION

La gestion des demandes de SNP est une problématique très actuelle dans le contexte de la saturation des services d'urgences : elle est un enjeu du plan « Ma Santé 2022 ». La littérature documente surtout l'activité non programmée des structures hospitalières et peu de données concernent les soins de santé primaires. Cette étude cherche à explorer les stratégies d'adaptation des pratiques des médecins généralistes pour répondre aux demandes de SNP. L'objectif était de décrire les modalités d'organisation des médecins généralistes pour gérer les SNP sur le territoire du Sud-Gironde. La méthode mixait une démarche quantitative pour décrire les stratégies de réponse aux SNP, et une démarche qualitative pour explorer les réactions des médecins.

Les résultats montraient que les médecins répondants avaient majoritairement privilégié une gestion structurée et mutualisée des SNP. Le moyen le plus utilisé était l'existence de créneaux dédiés, mais le recours à des créneaux pendant les temps de pause ou en fin de journée était fréquent. L'analyse qualitative confirmait l'impact important des soins non programmés sur l'activité professionnelle. Le rôle du secrétariat était perçu comme primordial dans la gestion des SNP. Enfin, le travail de groupe apparaissait comme une évidence, notamment pour répartir la charge de travail liée aux SNP et assurer la continuité des soins en dehors de la PDSA.

Il semble donc en termes d'organisation du système de soins, que le développement d'une organisation structurée de réponse aux SNP en soins de santé primaires soit une nécessité. Les CPTS représentent sans doute une opportunité à saisir pour les professionnels de santé.

REFERENCES

1. Académie nationale de médecine. Organisation des urgences. Bulletin Académie Nationale de Médecine 2001;185(6):1163-7. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/organisation-des-urgences/>
2. Toutlemonde F, Boisguérin B. Les établissements de santé - édition 2018. - Ministère des Solidarités et de la Santé: Panorama de la DREES 2018:132-5. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2018#Donnees>
3. Cour des comptes. Les urgences médicales : constats et évolution récente. Cour des comptes 2017:313-47. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/media/495>
4. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. Cour des comptes Rapport public annuel 2019:211-39. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
5. Danet F. Introduction. In : La médecine d'urgence. Toulouse : ERES Clinique du travail 2008:9-11. Disponible sur : <https://www.cairn.info/la-medecine-d-urgence--9782749209883-p-9.htm>
6. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers And Interventions To Manage The Demand. OECD 2015. Disponible sur : <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/5jrts344crns-en>
7. Institut national de la statistique et des études économiques. Population par âge. INSEE Tableau de l'Economie Française 2020 :24-6. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
8. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Cartographie médicalisée des dépenses de santé. Paris : CNAMTS ; 2019.

9. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES Etudes et résultats :2014,889.
10. Mesnier T. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires 2018. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>
11. Barlet M, Marbot C. Portrait des professionnels de santé - édition 2016 - Ministère des Solidarités et de la Santé. Panorama de la DREES 2016. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016#Texte-integral>
12. Bouet P, Mourgues JM. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2018. Paris : CNOM ; 2019. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
13. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Les dossiers de la DREES 2017:17.
14. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. DREES Études et Résultats 2019;1114. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en>
15. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. IRDES Questions d'économie de la Santé 2010;157.
16. Micheau J, Molière E, Sens P. L'emploi du temps des médecins libéraux. DREES 2010;15. Disponible sur:

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/l-emploi-du-temps-des-medecins-liberaux>

17. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. DREES Etudes et statistiques 2019;1113. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler-au-moins-50>
18. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. L'emploi du temps des médecins libéraux. DREES Etudes et Résultats 2012;797.
19. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Chevillard G, Mousquès J. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. DREES Etudes et résultats 2020;1140. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-a-l-offre-de-soins>
20. Grall JY. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. Paris: Ministère des Affaires sociales de la Santé et des Droits des femmes; 2015 juill. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf
21. Legendre B. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population - Ministère des Solidarités et de la Santé. DREES Etudes et Résultats 2020;1144. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2018-les-territoires-sous-dotes-en-medecins-generalistes-concernent-pres-de>
22. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Paris 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

23. Observatoire régionale de la santé des Pays de la Loire. Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville. Revue de littérature. ORS Pays de la Loire; 2017. Disponible sur : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2017_PDF/2017_frequence_SNP_urml_note.pdf
24. Collet M, Guyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. DREES Etudes et résultats 2007;607. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/genese-des-recours-urgents-ou-non-programmes-a-la-medecine-generale>
25. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P, et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. DREES, Études et Résultats 2020;1138. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/plus-de-8-medecins-generalistes-sur-10-s-organisent-au-quotidien-pour-prendre>
26. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Art.L. 1435-5. Code de la santé publique, 2009.
27. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoire en Nouvelle-Aquitaine. Bordeaux : ARS, 2019. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-05/PDSA_CDC_Maj_06_05_2019.pdf
28. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract 2002;52(479):526-7.
29. Gay B. Actualisation de la définition européenne de la médecine générale. La Presse Médicale 2013;42(3):258-60.

30. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le code de déontologie. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>
31. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique. Décrets en Conseil d'Etat 2003. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000796529#LEGIARTI000006223615>
32. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article L4130-1: Les missions du médecin généraliste de premier recours. Code de la santé publique, 2009.
33. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article L1411-11-1: Chapitre Ier bis : Organisation des soins. Code de la santé publique, 2016.
34. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* 2015;15(157):50-4.
35. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. *Rev Francaise Aff Soc.* 2006;(2):91-119.
36. Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. *BMJ.* 1998;317(7165):1054-9.
37. Thompson F, George S, Lattimer V, Smith H, Moore M, Turnbull J, et al. Overnight calls in primary care: randomised controlled trial of management using nurse telephone consultation. *BMJ.* 1999;319(7222):1408.
38. Raffi TKT, Ung C. Comment les secrétaires médicales en cabinets de médecine générale trient-elles les demandes de soins non programmes ? Thèse Médecine. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016.

39. Buzyn A. Pacte de refondation des urgences. Paris : Ministère des solidarités et de la santé ; 2019. Disponible sur:
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
40. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. Rev Epidemiol Sante Publique. 2013;61(3):193-8.
41. Bréchat L. Gestion des soins non programmés - Concept d'unité de soins non programmés. MSP du Véron, 2017. Disponible sur:
https://mspuveron.fr/_files/200000869-e31ece418a/Unit%C3%A9%20de%20Soins%20Non%20Programm%C3%A9s%20en%20MSP%2030.11.2017.pdf

Annexe 1 : Données INSEE 2018 Omnipraticiens secteur Sud Gironde



Zone d'étude 8 communautés de communes (epci), comparée avec France

PORTRAIT 2018-2019 - PRÉSENTATION / LISTE DES COMMUNES

Liste des communes

limitée aux 99 communes les plus peuplées de la sélection

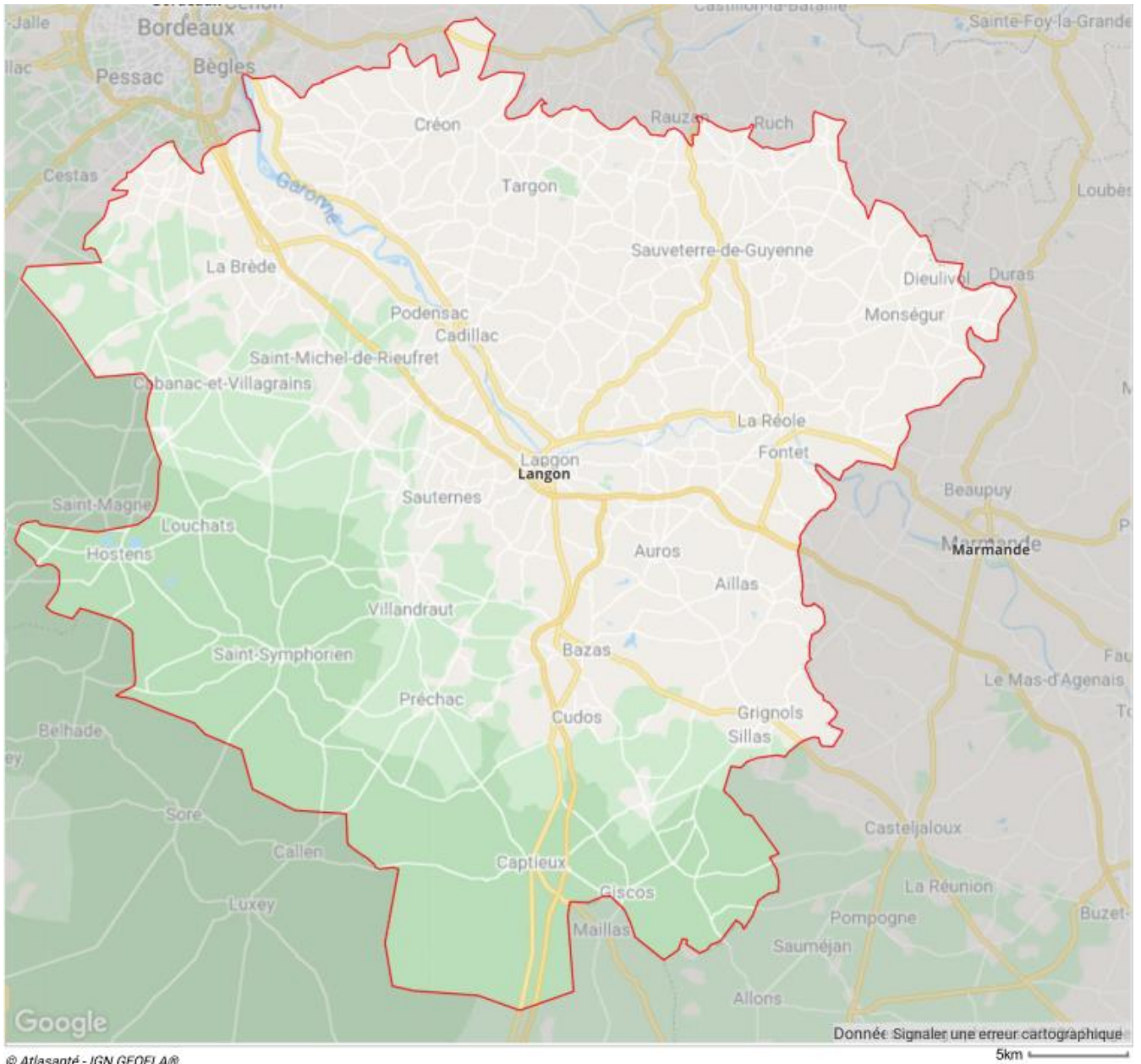
Code	Libellé	Population	Nbre d'omnipraticiens	Nbre d'infirmiers	Nbre de masseurs-kinésithérapeutes	Nbre de chirurgiens-dentistes	Nbre d'orthophonistes	Nbre de sages-femmes
200043974	CC du Sud Gironde	38 135	38	88	42	21	11	5
200043982	CC du Bazadais	15 660	18	57	17	9	4	2
200044394	CC du Réolais en Sud Gironde	23 660	21	68	16	6	8	2
200069581	CC Convergence Garonne	32 400	32	72	25	12	9	3
200069599	CC rurales de l'Entre-Deux-Mers	16 526	14	35	13	7	3	1
243301215	CC du Créonnais	16 919	13	30	22	12	5	1
243301264	CC de Montesquieu	42 534	41	65	57	24	24	2
243301439	CC des Portes de l'Entre-Deux-Mers	20 764	26	50	32	15	11	2

Source : INSEE - FNPS

3

³ Obtenu à partir de <http://cartosante.atlasante.fr>

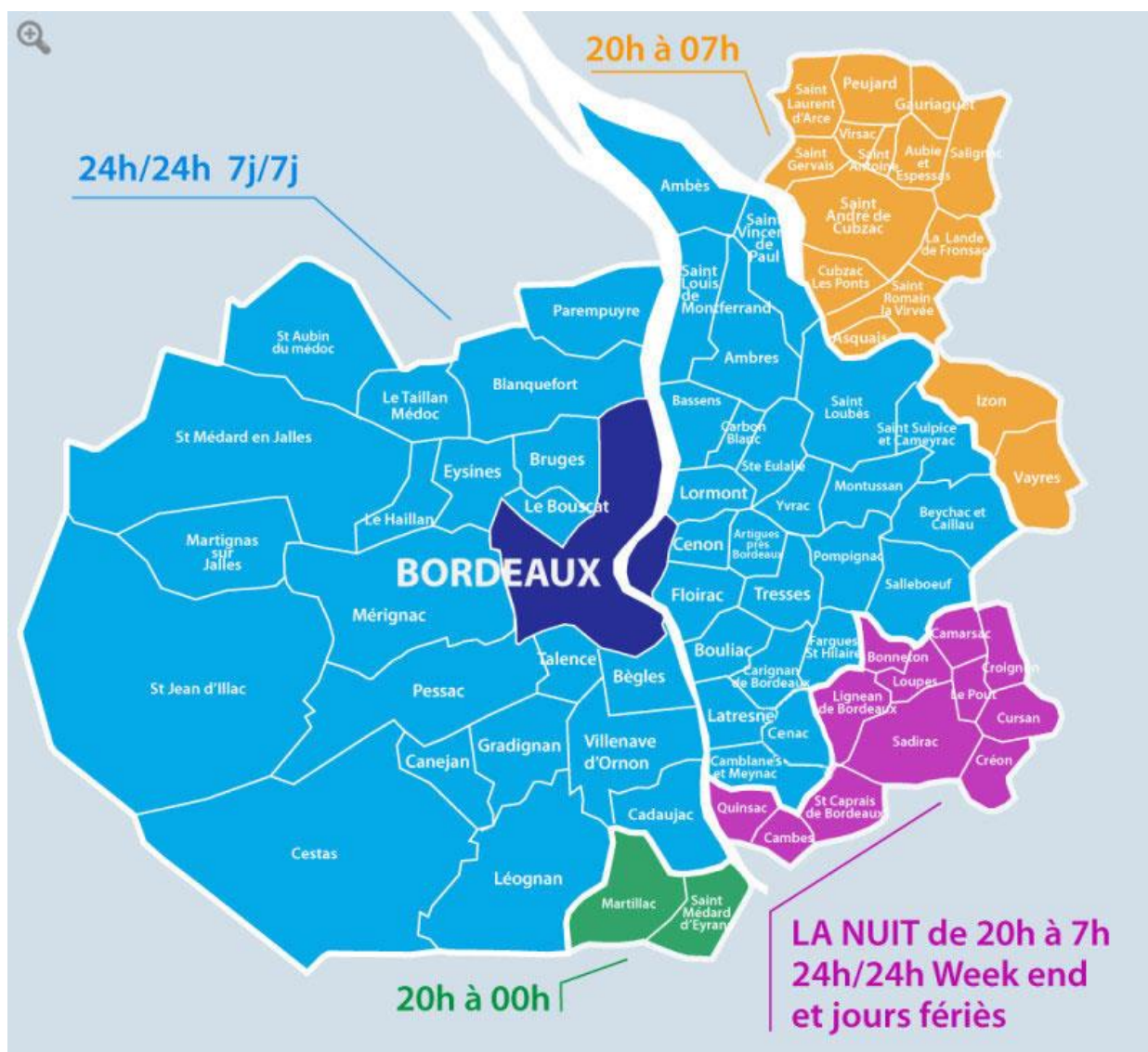
Annexe 2 : Territoire de l'étude



4

⁴ Obtenu à partir de <http://cartosante.atlasante.fr>

Annexe 3 : Zones couvertes par SOS Médecins



5

⁵ Accessible en ligne sur : <https://www.sosmedecins-bordeaux.com/zones-couvertes>

Annexe 4 : Enquête « Recours urgents ou non programmés à la médecine générale », DREES 2010



Urgences en médecine générale

Médecin [] [] [] [] [] []

Questionnaire médecin

1. Quel est votre âge ? [] [] []
2. Quel est votre sexe ? Masculin 1 Féminin 2
3. Exercez-vous ?
Exclusivement en libéral 1 En libéral et comme salarié (activité mixte) 2

L'organisation de votre activité libérale

4. Quel est le code postal de la commune où vous exercez votre activité libérale ? [] [] [] [] [] []
5. En quelle année vous êtes-vous installé(e) dans cette commune ? [] [] [] [] []
6. Exercez-vous ?
a) Seul 1 En groupe 2
b) En secteur 1 1 En secteur 2 2 Non conventionné 3
7. Avez-vous des compétences ou des orientations particulières ? Oui 1
(par exemple : homéopathie, gériatrie, acupuncture, médecine du sport...) Non 2
Si oui, le(s)quelle(s) ?

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'intérêt général et de qualité statistique sans avoir de caractère obligatoire.
Label n° 2004X733SA du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2004.
En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à la DREES.
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de la DREES.

6

⁶ Accessible en ligne sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/quest-medgen_0916_.pdf

8. Pouvez-vous préciser combien, en moyenne (du lundi au dimanche), vous effectuez de :
- consultations par semaine | | | | |
- visites par semaine | | | | |
- demi-journées d'exercice libéral par semaine | | | | |
9. Vos consultations sont ...
- ... sur rendez-vous uniquement ₁
- ... à horaires libres uniquement ₂
- ... avec des plages programmées et des plages libres ₃
10. Pendant les heures d'ouverture de votre cabinet (en dehors des gardes et des astreintes), qui assure la permanence téléphonique ?
- (plusieurs réponses possibles)*
- Vous-même
- Une personne assurant le secrétariat à votre cabinet
- Un secrétariat téléphonique à distance
11. Pendant les heures d'ouverture de votre cabinet (en dehors des gardes et des astreintes), les patients peuvent-ils communiquer avec vous ?
- (plusieurs réponses possibles)*
- Oui, sans filtrage du secrétariat
- Oui, seulement si le secrétariat le juge nécessaire
- Non, jamais
12. Pour être joignable dans le cadre de votre activité médicale, êtes-vous équipé d'un moyen de téléphonie mobile ? *(plusieurs réponses possibles)*
- Oui, d'un téléphone portable
- Oui, d'un bip ou d'une radio
- Non, d'aucun moyen de téléphonie mobile
13. Si vous avez un téléphone portable, qui peut vous joindre directement par ce moyen ?
- (plusieurs réponses possibles)*
- votre secrétariat ou vos associés
- tous les patients
- (ex : numéro indiqué sur les ordonnances, le répondeur, ou transfert automatique)
- certains patients seulement (ex: en fin de vie...)
- personne

Votre environnement médical

14. Quel est le temps d'accès (en voiture) au service d'urgences public ou privé le plus proche de votre cabinet ? | | | | | min.
15. Existe-t-il une maison médicale assurant la permanence des soins dans votre secteur * ?
- Oui ₁ Non ₂ Ne sais pas ₃
16. Existe-t-il une association du type "SOS médecins" dans votre secteur * ?
- Oui ₁ Non ₂ Ne sais pas ₃
17. Un autre système de permanence des soins fonctionne-t-il actuellement dans votre secteur* (garde de ville, cantonale...)?
- Oui ₁ Non ₂ Ne sais pas ₃
- Si oui**, ce système fonctionne-t-il
- 24 h / 24 ₁
- Uniquement la nuit (entière ou non) ₂
- Uniquement le week-end et les jours fériés ₃
- Uniquement la nuit, le week-end et les jours fériés ₄

*secteur d'organisation de la permanence des soins

18. En dehors des heures d'ouverture de votre cabinet, des astreintes et des gardes que vous assurez éventuellement, les patients peuvent-ils vous joindre et communiquer avec vous en cas d'urgence ?

- Oui, tous les patients ₁
 Oui, certains patients (ex : fin de vie...) ₂
 Non ₃

Si oui, (plusieurs réponses possibles) : La nuit
 Le week-end et les jours fériés

19. En dehors des heures d'ouverture de votre cabinet, des astreintes et des gardes que vous assurez éventuellement, les patients sont-ils dirigés vers :

- (plusieurs réponses possibles) Vous (par exemple vers votre portable)
 Un confrère ou un groupe de confrère(s) du même cabinet que vous
 Un secrétariat téléphonique à distance
 Le n° de la permanence des soins ou du confrère de garde du secteur
 Le centre 15
 SOS-médecins ou une autre association d'urgentistes
 Une maison médicale de garde
 Les urgences hospitalières
 Aucune re-direction

20. En votre absence pour congés, qui prend principalement soin de vos patients ?

- (plusieurs réponses possibles) Un remplaçant
 Un confrère ou un groupe de confrère(s) du même cabinet que vous
 Un confrère ou un groupe de confrère(s) exerçant dans un autre cabinet
 Personne n'est attiré pour prendre soin de vos patients

21. En dehors des heures d'ouverture de votre cabinet, avez-vous ACTUELLEMENT des activités médicales relatives aux urgences ?

- Oui ₁
 Non ₂

Si oui, de quelle(s) activité(s) s'agit-il et avec quelle fréquence ?

(plusieurs réponses possibles)

	Nombre de gardes		
	de nuit de semaine/an	de jour de semaine/an	de week-end et jour férié/an
Participation au système de permanence des soins ambulatoires* de secteur..... <input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _
Gardes dans une maison médicale assurant la permanence des soins..... <input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _
Vacations ou gardes dans un service d'urgences... <input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _
Régulation libérale de la permanence des soins... <input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _
Régulation centre 15..... <input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _
Gardes pompiers, SAMU, SMUR..... <input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _
Gardes dans une association d'urgentistes..... <input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _

* hors régulation libérale et maison médicale et hors association d'urgentistes

22. Avez-vous eu ANTÉRIEUREMENT une ou des expériences de travail relative(s)
aux urgences (autres que celles cochées précédemment) ?

Oui ₁
Non ₂

Si oui, s'agissait-il de : (plusieurs réponses possibles)

- Participation au système de permanence des soins ambulatoires* de secteur
Gardes dans une maison médicale assurant la permanence des soins
Vacations ou gardes dans un service d'urgences
Régulation libérale de la permanence des soins
Régulation centre 15
Gardes pompiers, SAMU, SMUR
Association d'urgentistes

* hors régulation libérale et maison médicale
et hors association d'urgentistes

23. Avez-vous reçu une formation spécifique en médecine d'urgence ?

Oui ₁
Non ₂

Si oui, s'agissait-il de : (plusieurs réponses possibles)

- CAMU
Pompiers
Formation médicale continue
Diplôme universitaire
SAMU-SMUR
Autre (préciser)

Quelques questions concernant la semaine d'enquête
(du lundi au dimanche, y compris les gardes ou astreintes)

Avez-vous effectué pendant cette semaine d'enquête :
au moins une garde au moins une astreinte ni l'une ni l'autre

Nombre de DEMI-JOURNÉES d'exercice libéral pendant cette semaine d'enquête | _ | _ |

Nombre de consultations pendant cette semaine d'enquête | _ | _ |

Nombre de visites pendant cette semaine d'enquête | _ | _ |

Nombre de conseils téléphoniques médicaux n'ayant pas donné lieu
à une consultation ou visite pendant cette semaine d'enquête | _ | _ |

Merci de votre collaboration

Annexe 5 : Questionnaire Enquête Recto

Gestion des Soins Non Programmés en Médecine Générale

1. Quel est votre âge ? |_|_|
2. Quel est votre sexe ? Féminin ₁ Masculin ₂
3. En quelle année vous êtes-vous installé(e) dans la commune où vous exercez ? |_|_|_|_|
4. Exercez-vous ?
 - a. Seul
 - En groupe (association)
 - En structure pluri professionnelle (MSP, équipe de soins primaires, CPST)
 - b. En secteur 1
 - En secteur 2
 - Non conventionné
5. Vos consultations sont :
 - Sur rendez-vous uniquement
 - A horaires libres uniquement
 - Avec des plages sur rendez-vous et des plages libres
6. Pendant les heures d'ouverture de votre cabinet (en dehors des gardes et des astreintes), qui assure la permanence téléphonique ? **(Une seule réponse possible)**
 - Vous-même
 - Une personne assurant le secrétariat à votre cabinet
 - Un secrétariat téléphonique à distance
7. Pendant les heures d'ouverture de votre cabinet (en dehors des gardes et des astreintes), les patients peuvent-ils communiquer avec vous ? **(Une seule réponse possible)**
 - Oui, sans filtrage du secrétariat
 - Oui, seulement si le secrétariat le juge nécessaire
 - Non, jamais

Annexe 6 : Questionnaire Enquête Verso

Les Soins non programmés sont définis comme des demandes de soins rapides, allant de l'urgence symptomatique ressentie par le patient aux situations de service.

1. Habituellement, vous répondez aux demandes de soins non programmés provenant :

- Uniquement de votre patientèle
- Des patients hors patientèle également

2. Comment gérez-vous les demandes de soins non programmés ?

Merci de noter 1 en face du mode utilisé préférentiellement et 2 en face du mode utilisé secondairement

- Programmation sur vos créneaux personnels dédiés aux soins non programmés
- Orientation vers un confrère dédié aux soins non programmés
- Orientation vers un confrère non spécifiquement dédiés aux soins non programmés
- Report de soins programmés (RDV ou visite)
- Programmation en fin de demi-journée ou fin de journée (absence de créneau dédié)
- Programmation sur les temps de pause (ex : café, repas...)
- Programmation sur les temps de réunion ou de gestion administrative
- Orientation vers un service d'Urgences
- Habituellement, vous ne gérez pas de soins non programmés
- Autre :

3. Accepteriez-vous de répondre à un entretien sur votre perception de la gestion des soins non programmés ?

Oui ₁ Non ₂

Si oui, merci de donner vos coordonnées pour vous recontacter

Merci de préciser votre adresse mail afin de recevoir les résultats de l'étude :

Annexe 7 : Lettre de présentation



Département
de médecine générale

ZAMORD Théo
29 rue Parlement Saint Pierre
33 000 Bordeaux
Tel : 06.19.44.63.61
Mail : theo.zamord@u-bordeaux.fr

Bordeaux, le 15 novembre 2019

Chères consœurs, chers confrères,

Je réalise actuellement mon travail de thèse, dirigé par le Dr CHEVILLOT David, sur **la gestion des soins non programmés en médecine générale** dans le secteur Sud-Gironde.

En tant que médecin généraliste, nous sommes tous plus ou moins fréquemment confrontés à des demandes de soins non programmés : besoins ressentis par un patient d'accéder à une consultation médicale rapide, allant de l'urgence symptomatique ressentie par ce dernier aux situations de service (par exemple, demande « urgente » de certificat médical).

Ces situations peuvent perturber l'organisation du temps de travail, et impacter les autres activités de soins du généraliste, voire sa vie personnelle.

Ce travail de thèse vise à tenter d'établir un état des lieux des modes de gestion des soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets médicaux (en dehors de la permanence des soins ambulatoires) sur notre territoire, à l'aide d'un auto-questionnaire (durant moins de 5 minutes).

Merci à vous du temps accordé à ce questionnaire, l'intérêt de ce travail dépend bien sûr du taux de participation. Il devrait permettre de constituer un outil de réflexion utile concernant la gestion des soins non programmés, soit à l'échelle de votre pratique quotidienne, soit à l'échelle des territoires au regard des politiques de santé en cours et à venir.

Le retour du questionnaire pourra s'effectuer selon votre préférence par retour de courrier via l'enveloppe pré timbrée ou à l'adresse mail suivante : theo.zamord@u-bordeaux.fr.

Vous serez informés des résultats de ce travail à l'issue de la soutenance de ma thèse.

Cordialement,

ZAMORD Théo

Interne DES Médecine Générale

Annexe 8 : Grille d'entretien

THEMES	SOUS-THEMES	PISTES ISSUES DE L'ENQUETE	QUESTIONNEMENT	FORMULATIONS POSSIBLES	Précisions
Définition des SNP			Définition des SNP pour le répondant	-Qu'est-ce qu'une demande de SNP pour vous ?	-Pensez-vous à des motifs pouvant correspondre à des demandes de SNP ?
Organisation des SNP			Mode de gestion des SNP	-Quelle est votre organisation actuelle pour la prise en charge des SNP ?	
	Moyen d'accès à la cs médicale		Quel est le parcours du patient pour accéder à une cs de SNP ?	-Par quels moyens les patients peuvent-ils accéder à une cs médicale de SNP ?	-accueil physique et/ou téléphonique ? -Modalités horaires ? -En se présentant au cabinet ? -Points forts et points à améliorer
	Régulation des demandes		Par qui et comment sont régulées les demandes de SNP ?	-Comment sont régulés les demandes de cs pour SNP ?	-par un secrétariat ? Un médecin ? -Modalités horaires ? -Points forts et points à améliorer
	Organisation de la cs médicale		Intégration de la demande de SNP dans le planning	-Comment sont intégrées les cs de SNP dans le planning ?	-Cs dédiées ? au fil de l'eau ? Plages de cs sans RDV ? -Points forts et points à améliorer
	Visites à domicile		Réalisation de VAD non programmée ?	-Comment gérez-vous les demandes de VAD non programmées ?	-Mode d'intégration dans le planning
	Refus de SNP		Le répondant refuse-t-il des demandes de SNP ? Si oui, pour quelles raisons ?	-Comment gérez-vous les demandes non programmées d'ordre administratives ? -Comment gérez-vous les demandes de petites traumatologies (Sutures, entorses, brûlures...) -Existen-ils des raisons pour lesquelles vous êtes amenées à refuser des SNP ?	-Patients hors patientèle ? -Comment gérez-vous les demandes de SNP quand votre planning est complet ?
	Satisfaction		Niveau de satisfaction du répondant concernant son mode de gestion actuel	-Etes-vous satisfait de votre mode de gestion des SNP ?	-Points forts et points à améliorer
Perspectives d'amélioration			Le répondant a-t-il pensé à des moyens d'amélioration de la gestion des SNP ?	-Que pensez-vous pouvoir modifier pour améliorer la gestion des SNP, que ce soit à l'échelle de votre cabinet ou pour l'ensemble des médecins généralistes ?	-Quels seraient selon vous les besoins humains, matériels ou de formation permettant d'améliorer la prise en charge des SNP ?
Expérience passée / Evolution de la pratique médicale			Existence de facteurs ayant entraînés une modification des pratiques ?	-Vous avez toujours fonctionné de la même manière pour la gestion des SNP ? Si non, qu'est-ce qui a pu vous amener à changer vos pratiques ?	
Ouverture/Conclusion				-Avant de clore cet entretien, voulez-vous ajouter quelque chose ?	

Annexe 9 : Extraits de Verbatim par médecin selon les thèmes de l'entretien

Médecin 1 :

<p>Perception et représentation des SNP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « une condition indispensable de l'exercice de la médecine générale » - « ça représente une organisation euh... souvent à plusieurs » - « un vrai travail d'équipe » - « c'est souvent pour le coup de l'aigu et de la demande du moment » - « on a tous des créneaux euh... qui sont un peu bloqués pour les urgences » - « dès qu'il y en a [<i>des SNP</i>] ça te fout dans le jus »
<p>Organisation des SNP</p>	<p>Moyen d'accès à la cs médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Nous on a toujours un accueil téléphonique et physique de huit heures, parce que c'est le même pour le coup nous, de huit heures à midi et de quatorze heures à dix-huit heures trente » - « C'est à partir de 18h30 où nous on récupère à ce moment-là le téléphone directement, c'est-à-dire que le téléphone est basculé sur les médecins pour la fin de la journée. » - « Entre midi et deux euh... normalement il y a toujours quelqu'un dans la structure, et y'a en fait un... on a un numéro de téléphone de... de garde, donc on tourne à tour de rôle, en fait on a un numéro de téléphone, on a un petit portable qui reste ici et qu'on prend à tour de rôle entre midi et deux. »

		<ul style="list-style-type: none"> - « Quand les gens appellent au cabinet, ils tombent sur le message disant : « appelez le numéro dédié » entre midi et deux... et à ce moment-là c'est nous qui gérons directement. » - « L'objectif justement c'est qu'il y ait toujours quelqu'un de dispo déjà, sur tous les créneaux de huit heures du matin à vingt heures le soir. »
	<p>Régulation des demandes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Souvent euh... la nécessité d'avoir une tierce personne, je pense à la secrétaire qui puisse euh... qui puisse gérer ça » - « On n'a pas de secrétariat déporté. » - « On a la chance d'avoir euh..., quasiment deux équivalent temps plein de secrétariat donc elles sont même presque tout le temps à deux. » - « Au niveau de sa manière [la secrétaire] de réguler les appels, ça s'est fait un peu au fil de l'eau ? elle se débrouille ou y'a eu... vous avez eu des... M1 : ...alors elles se débrouillent un peu euh... » - « Par une demande qu'elles ressentent comme urgente, dans euh... dans l'angoisse, dans la façon de parler etc. - « On a aussi essayé d'amener dans le discours le fait que c'était nous qui devons prendre la charge de cette responsabilité-là [la régulation des SNP] »

		<ul style="list-style-type: none">- « Elles étaient pas euh... armées pour faire de la régulation non plus donc euh... il fallait qu'elles fassent attention ... voilà, on a essayé de travailler dessus mais j'sais qu'elles continuent de temps en temps à donner des p'tits conseils... on essaie de les protéger aussi parce que c'est pas forcément leur rôle, elles sont pas forcément formées à ça et... ça peut être un peu bancal des fois. »- « On va essayer de négocier un peu différemment quitte à donner un conseil téléphonique dans un premier temps et puis à réévaluer les choses un peu plus tard dans la journée ou le lendemain »- « Dès que c'est euh... vraiment de l'urgence en fait on régule pour que ça soit fait par le 15 ou que ça passe par les urgences. »- « Si c'est une suspicion d'AVC ou des choses comme ça, c'est vrai qu'on va pas prendre, on va pas les recevoir, on va plutôt les diriger le plus rapidement possible vers euh... vers la structure d'urgence adéquate »- « Soit on juge qu'il y a vraiment un critère d'urgence et soit on le prend, soit on l'oriente vers les urgences »
--	--	---

	<p>Organisation de la cs médicale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « C'est un planning qu'on a travaillé ensemble [<i>les médecins</i>] et avec les secrétaires » - « Ça dépend un peu en fonction des jours ou des moments, mais on a tous des créneaux euh... qui sont un peu bloqués pour les urgences, par demi-journées » - « Le matin la secrétaire démarre elle sait qu'elle a de toute façon des créneaux [<i>dédiés aux urgences</i>], pour chacun entre un et trois. » - « Chacun décide combien il en alloue [<i>des créneaux dédiés</i>] pour ça ? M1 : Non alors on les a en fait, sur l'ensemble de la semaine, on a le même nombre, on les a répartis après en fonction des plannings » - « Souvent c'est euh... pour le coup c'est entre deux euh... ou enfin... en toute fin... euh... bon voilà on a que 3 créneaux de consult par heure donc euh... on arrive à toujours trouver un p'tit euh... un p'tit créneau pour les faire [<i>les sutures</i>]. » - « Traumatologie c'est pareil on les voit soit en fin de matinée » - « Dans ces cas-là, ben soit on en rajoute, ça nous est arrivé. Euh... soit on travaille un peu plus tard [<i>rires</i>] Ou on travaille un peu... enfin on fait un peu plus de consult entre midi et deux, ou on réorganise »
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - « C'est arrivé [<i>la saturation des créneaux dédiés</i>] euh... c'est arrivé. Sur des grosses périodes épidémiques ou des choses comme ça »
	<p>Visites à domicile</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « A titre personnel, ça m'arrive de temps en temps, oui que la visite se programme euh... dans la matinée et c'est fait entre midi et deux » - « C'est intégré sur cet espace [<i>entre midi et quatorze heures</i>] et cet espace est toujours à peu près libre pour ça [<i>les visites</i>] éventuellement ? M1 : Ou pas. [<i>rires de l'enquêteur</i>] Mais dans ces cas-là, ben euh... on pousse les heures ! [<i>rires</i>] » - « S'il faut aller voir une personne en visite ben... la réunion elle est décalée d'un quart d'heure ou elle démarre sans moi et puis euh... et puis on y arrive quoi » - « C'est déjà des créneaux horaires où on travaille entre guillemets et on n'a pas forcément de temps de soin ou de consultation, donc à ce moment-là ben on... on adapte » - « Au lieu de manger en une demi-heure on mange en dix minutes » - « Ça reste quand même... assez ponctuel on va dire... si y'a une ou deux visites à caler... ben on y arrive quoi. »

		<ul style="list-style-type: none"> - « Après encore une fois on est quatre donc si c'est pas moi on peut toujours en trouver un qui puisse y aller quoi. »
	<p>Refus de SNP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Il peut y avoir un refus de... d'actes, il peut y avoir un refus de consult, il peut y avoir un refus de visite, mais qui sera pour le coup négocié entre guillemets avec le patient et expliqué au patient. » - « Parce que c'est une mauvaise orientation » - « Parce que finalement en faisant entre guillemets un peu de régulation de soins primaires j'allais dire, ben... ça peut attendre le lendemain ou le surlendemain » - « Soit sur des demandes entre guillemets qu'on qualifiera de non appropriée voire un peu abusive pour certains » - « Soit parce qu'on est déjà en surcharge » - « On va essayer de négocier un peu différemment quitte à donner un conseil téléphonique dans un premier temps et puis à réévaluer les choses un peu plus tard dans la journée ou le lendemain » - « Après s'ils nous disent qu'ils en ont un [<i>médecin traitant</i>]... euh... mais qu'ils peuvent pas le voir, ça va un peu dépendre, surtout si c'est d'autres cabinets du coin... mais ce sera pas forcément un motif de refus, ça nous arrive de les voir. »

		<ul style="list-style-type: none"> - « Les patients ne disent pas qu'ils sont suivis ailleurs, parce qu'ils savent que ça va forcément coincés parce que c'est évident, évidemment que c'est pas ceux-là qu'on prend en priorité. - « Ce qui pourrait faire refuser c'est que... ils soient... on a quand même un secteur euh... géographique un peu limité autour de... de *** euh... donc il y a des communes qui sont beaucoup trop loin et pour lesquelles on va refuser et on va orienter plutôt vers le médecin qui est plus près. » - « Ca sera un motif [<i>de refus</i>]: s'ils sont pas dans le secteur qu'on a défini » - « S'ils sont dans le secteur qu'on a défini, et que leur médecin peut pas les voir euh... à priori on va les voir hein. »
	Satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> - « Le secrétariat téléphonique, où euh... pour le coup on est déchargé de ce côté téléphone pendant les consult »
Expérience passée / Evolution de la pratique médicale		<ul style="list-style-type: none"> - « Je trouve qu'en plusieurs années on a beaucoup bougé, on a... régulièrement en fait on fait évoluer les choses en fonction de ce qu'on a, de ce qu'on vit etc. » - « On a eu six mois complètement saturés [<i>dit avec un air grave</i>] donc on a été obligés de modifier. » - « Euh... l'arrivée des... d'autres collaborateurs. »

	<ul style="list-style-type: none"> - « Qu'est-ce qui nous a fait modifier euh... ben si ben les difficultés des secrétaires à caler des rendez-vous euh... parce qu'il n'y avait pas assez de créneaux dédiés à ça ou parce que... parce qu'elles étaient débordées » - « C'est surtout ça, l'activité qui change en fait. »
Perspectives d'amélioration	
Ouverture/Conclusion	

Médecin 2 :

Perception et représentation des SNP	<ul style="list-style-type: none"> - « C'qu'ils considèrent urgent, c'est pas forcément tout le temps urgent » - « Qu'on a quand même une capacité à intégrer les patients euh... assez rapidement » - « Les vrais cas où c'est des grosses urgences, c'est quand les patients finalement arrivent de suite, ils arrivent de suite au cabinet » - « Les trucs qu'on voit le plus souvent, ouais c'est douleur tho... douleur tho, les plaies, les sutures à faire rapidement et euh... certaines fractures aussi » - « Cas de... assez classique, douleur thoracique, qui arrive au cabinet » - « Qu'après en général on programme tout. C'est euh... si c'est des choses euh... même des fièvres euh..., des fièvres chez les nourrissons, on arrive toujours en fait à les programmer. » - « Y'a que vraiment les accidents ou les... ouais, les accidents de la vie courante, les douleurs thoraciques »
---	--

- « Dès que c'est euh... vraiment de l'urgence en fait on régule pour que ça soit fait par le 15 ou que ça passe par les urgences. »
- « Ca relèvera pas du soin non programmé [*ce qui n'est pas considéré urgent par le médecin*] »
- « Quand c'est nous qui les prenons en disant « ben non il n'y a rien d'urgent et tout » euh... on va pouvoir programmer ce rendez-vous. »
- « J'ai entre quatre et cinq créneaux de consultation par jour, réservés en fait aux urgences du jour même. »
- « Les demandes, on va dire: "urgentes" des patients »
- « Les programmer pour pas que ça perturbe tout notre emploi du temps. »
- « Je pense à une patiente en fait qui euh... pour elle c'était vraiment très urgent de venir pour un sevrage tabagique, elle voulait venir sur place le jour-même, alors que on la voit euh... alors qu'elle a été vue la veille et puis euh... qu'on a essayé de programmer. »
- « Donc c'est du ressenti de patient ouais plutôt psy. »
- « Par exemple une visite non programmée ! ben... c'était jeudi il y a deux semaines... y' deux semaines un patient qui décède à domicile. Un de mes patients, donc du coup ben euh... oui, faut y aller quoi ! Faut y aller, faire les certificats, faire... voire la patiente donc du coup ça prend du temps... mais bah on y va... et puis ça bouscule un peu tout. »
- « Une urgence style douleur thoracique, il faut que ce soit vu le plus rapidement possible. »
- « Qu'on peut pas non plus euh... consulter et gérer le secrétariat »

Organisation des SNP	Moyen d'accès à la cs médicale	<ul style="list-style-type: none"> - « Donc il y a le secrétariat » - « C'est le secrétariat qui va le programmer » - « Y'a des rendez-vous qui sont inaccessibles aux patients, c'est uniquement les secrétaires qui peuvent prendre des rendez-vous sur ces plages-là, qui sont réservés en fait pour les appels du jour. »
	Régulation des demandes	<ul style="list-style-type: none"> - « Dès que c'est euh... vraiment de l'urgence en fait on régule pour que ça soit fait par le 15 ou que ça passe par les urgences. » - « Dès que c'est euh... vraiment de l'urgence en fait on régule pour que ça soit fait par le 15 ou que ça passe par les urgences » - « Si c'est une suspicion d'AVC ou des choses comme ça, c'est vrai qu'on va pas prendre, on va pas les recevoir, on va plutôt les diriger le plus rapidement possible vers euh... vers la structure d'urgence adéquate » - « On y réfléchit effectivement à essayer de mettre juste une permanence téléphonique euh... pour euh... pour que l'un des médecins en fait régule si vraiment il y a du monde, après y'a très peu d'appel au final à cette période-là. » - « La plupart du temps en fait, c'est soit on juge qu'il y a vraiment un critère d'urgence et soit on le prend, soit on l'oriente vers les

		<p>urgences, soit c'est pas urgent et on programme le rendez-vous, donc si on a la disponibilité le jour même sinon effectivement, dans la semaine. »</p> <ul style="list-style-type: none"> - « C'est quand même assez rare qu'on refuse des soins euh... sauf si on juge vraiment que c'est pas du tout adapté. » - Ben quand ça arrive [<i>saturation des créneaux dédiés aux SNP</i>], on... on s'arrange, on régule directement au téléphone... on régule au téléphone... on voit si c'est vraiment urgent...
	<p>Organisation de la cs médicale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « On a tous des places disponibles en fait, des créneaux réservés au jour même » - « Comme on a des internes, eux aussi ils ont de la place pour pouvoir les recevoir » - « Y'a des rendez-vous qui sont inaccessibles aux patients, c'est uniquement les secrétaires qui peuvent prendre des rendez-vous sur ces plages-là, qui sont réservés en fait pour les appels du jour. » - « J'ai entre quatre et cinq créneaux de consultation par jour, réservés en fait aux urgences du jour même. »

		<ul style="list-style-type: none">- « En général on va toujours réussir à... réussir à plus ou moins s'arranger. Euh... ça fait très longtemps que ça n'est pas arrivé, mais euh... de prendre des rendez-vous supplémentaires par rapport à mon planning qui est établi. C'est prendre des rendez-vous à euh... midi vingt... midi quarante... ou continuer plus tard le soir. »- « On arrive toujours à s'arranger en fait entre collègues ou avec les internes pour justement... ne pas qu'il y ait véritablement de limite matérielle pour recevoir. »- « Vu notre nombre et vu les... internes aussi en formation, ça nous laisse quand même un... potentiel quand même de consultation assez important. »- « On va s'arranger entre nous. C'est... euh...oui, on rajoute des visites supplémentaires... ou on rogne sur la pause entre midi et deux pour justement avoir euh... pouvoir euh... voir sans trop faire de euh... sans trop bouleverser le planning. »- « On a une capacité de... d'accueil importante en fait tous les jours. »- « Le samedi matin par exemple on a des rendez-vous mais on est sans rendez-vous à partir de dix heures. »- « Le fait d'avoir des créneaux réserver pour, ça permet d'absorber. »
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - « C’qui n’était pas le cas quand... quand je remplaçais où effectivement euh... ben quand le planning est réservé déjà une semaine à l’avance, c’est difficile de réussir à intégrer des... des consultations supplémentaires. » - « Comme on a des créneaux réservés spécifiquement pour les demandes du jour même, ça permet de... de pas se retrouver dans une situation de saturation du planning de la journée. »
	<p>Visites à domicile</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Moi c’est tous les débuts d’après-midi où je pars en visite, donc après je m’organise pour voir tout le monde. » - « Les gens qui sont en visite, c’est soit des personnes qui sont vraiment très dépendantes et souvent elles sont suivies par des infirmières à domicile ou d’autres personnes, et c’est par elles qu’on va essayer de gérer les choses. » - « C’est vrai que les visites urgentes urgentes euh... on n’en a pas tant que ça » - « Soit comme moi j’arrive à les faire moi-même, soit après y’a les collègues sur leurs créneaux de visite. » - « Par exemple une visite non programmée ! ben... c’était jeudi il y a deux semaines... y’ deux semaines un patient qui décède à domicile. »

	<p>Refus de SNP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « ENQ : Est ce qu'il y a des raisons de refuser parfois des demandes de soins non programmés ? M2 : Euh... ben quand c'est pas justifié [<i>rites</i>] » - « Je pense à une patiente en fait qui euh... pour elle c'était vraiment très urgent de venir pour un sevrage tabagique, elle voulait venir sur place le jour-même, alors que on la voit euh... alors qu'elle a été vue la veille et puis euh... qu'on a essayé de programmer. » - « C'est quand même assez rare qu'on refuse des soins euh... sauf si on juge vraiment que c'est pas du tout adapté. » - « On arrive toujours à s'arranger en fait entre collègues ou avec les internes pour justement... ne pas qu'il y ait véritablement de limite matérielle pour recevoir. » - « On n'est pas... on est pas vraiment saturé non. » - « Les moments où ça arrive [<i>saturation des créneaux dédiés aux SNP</i>] c'est les jeudi, c'est là où on est le moins nombreux en terme de médecin » - « Ben quand ça arrive [<i>saturation des créneaux dédiés aux SNP</i>], on... on s'arrange, on régule directement au téléphone... on régule au téléphone... on voit si c'est vraiment urgent... »
--	----------------------------	---

	Satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> - « Le point fort c'est qu'on arrive justement à pas avoir beaucoup de... de situations non programmées. On arrive vraiment à programmer la plupart des choses » - « On voit pour les soins euh... programmés dès fois on doit attendre deux-trois jours avant d'avoir un rendez-vous disponible, mais on a quand même euh... des disponibilités pour les urgences du jour... qu'on va pouvoir accueillir. » - « C'est l'accueil entre... entre midi et quatorze heures où effectivement actuellement y a pas de secrétariat » - « Ça devrait changer si on demande le label « MSP » on est censé pouvoir accueillir ou orienter jusqu'à vingt heures. » - « On est là en pratique [<i>entre dix-neuf heures et vingt heures</i>] parce qu'effectivement on a toujours euh... de l'administratif à faire... des courriers... de... de la gestion des patients et du coup les débriefs des internes. Mais on n'a pas... on n'a pas mis chacun va recevoir les appels jusqu'à vingt heures... C'est pas encore mis en place, on y réfléchit... » - « Les améliorations c'est euh... théoriquement pouvoir au moins orienter les patients sur la plage horaire huit heures vingt heures. » - « Au niveau des consultations non programmées, on arrive quand même à... à gérer la plupart des cas. »
--	---------------------	--

<p>Expérience passée / Evolution de la pratique médicale</p>		<ul style="list-style-type: none"> - « Sauf qu'avec le confinement et les mesures de précaution, on a été obligé de... d'annuler tous ces rendez-vous [<i>par internet</i>] pour pouvoir réguler les flux et être sûr que les patients infectés ne se retrouvent pas dans la même salle d'attente... » - « Ca [<i>l'épidémie de Covid 19</i>] a mis un peu un frein à l'accès on va dire autonome du patient au planning des médecins. » - « Il y a eu des modifications suite à... effectivement certains médecins qui voulaient plus travailler certains jours, donc effectivement on a modifié nos plannings pour essayer d'absorber, et pour essayer de pouvoir répondre... au maximum aux... aux demandes de rendez-vous de visites »
<p>Perspectives d'amélioration</p>		<ul style="list-style-type: none"> - « C'est l'accueil entre... entre midi et quatorze heures où effectivement actuellement y a pas de secrétariat » - « Ça devrait changer si on demande le label « MSP » on est censé pouvoir accueillir ou orienter jusqu'à vingt heures. » - « On est là en pratique [<i>entre dix-neuf heures et vingt heures</i>] parce qu'effectivement on a toujours euh... de l'administratif à faire... des courriers... de... de la gestion des patients et du coup les débriefs des internes. Mais on n'a pas... on n'a pas mis chacun va recevoir les appels jusqu'à vingt heures... C'est pas encore mis en place, on y réfléchit... »

	<ul style="list-style-type: none"> - « Les améliorations c'est euh... théoriquement pouvoir au moins orienter les patients sur la plage horaire huit heures vingt heures. »
Ouverture/Conclusion	

Médecin 3 :

Perception et représentation des SNP	<ul style="list-style-type: none"> - « C'était une chute, une probable fracture de côte. » - « Quand ils sont dans la salle d'attente, je... j'ai compris, je sais qu'il faut ... qu'il y a de l'urgence, vraie ou ressentie, en tout cas, il faut se débrouiller pour les voir quoi! » - « Ben, c'est de l'urgence [<i>les soins non programmés</i>], ben... D'un point de vue médical non si on voulait aller par là parce qu'il est rentré chez lui! » - « Bon il a tambouriné à la porte, donc il avait quand même un sentiment d'urgence ressentie. » 		
Organisation des SNP	<table border="1"> <tr> <td>Moyen d'accès à la cs médicale</td> <td> <p>« Quand ils sont dans la salle d'attente, je... j'ai compris, je sais qu'il faut ... qu'il y a de l'urgence, vraie ou ressentie »</p> <ul style="list-style-type: none"> - « ENQ : Et du coup, dans les moyens d'accès aux soins non programmés finalement pour vous, enfin dans ce cabinet, ça peut être directement la personne qui frappe à la porte justement ? </td> </tr> </table>	Moyen d'accès à la cs médicale	<p>« Quand ils sont dans la salle d'attente, je... j'ai compris, je sais qu'il faut ... qu'il y a de l'urgence, vraie ou ressentie »</p> <ul style="list-style-type: none"> - « ENQ : Et du coup, dans les moyens d'accès aux soins non programmés finalement pour vous, enfin dans ce cabinet, ça peut être directement la personne qui frappe à la porte justement ?
Moyen d'accès à la cs médicale	<p>« Quand ils sont dans la salle d'attente, je... j'ai compris, je sais qu'il faut ... qu'il y a de l'urgence, vraie ou ressentie »</p> <ul style="list-style-type: none"> - « ENQ : Et du coup, dans les moyens d'accès aux soins non programmés finalement pour vous, enfin dans ce cabinet, ça peut être directement la personne qui frappe à la porte justement ? 		

		<p>M3 : Ouais ça c'est euh... En plus il se trouve, vous avez vu, que mécaniquement ma porte d'entrée est face à la porte du cabinet, donc ça arrive assez régulièrement que ça tape. »</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Ben soit les gens se présentent [<i>au cabinet</i>], soit après on a des messageries sur nos... sur nos agendas. » - « Alors nous on est euh... alors, euh... nous [<i>la prise de rendez-vous</i>] c'est essentiellement via notre agenda électronique euh sachant qu'on est abonné à [<i>un service de prise de rendez-vous en ligne</i>]. » - « On laisse des rendez-vous... disponibles en ligne »
	<p>Régulation des demandes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « ENQ : Et euh... Par téléphone, vous pouvez être joignable ? <p>M3 : Soit parce qu'il y a plus de place, soit parce que les gens voulaient juste un conseil par téléphone, en fait c'est, c'est... ça paraît difficile de gérer au téléphone, donc euh... Bah on rajoute les gens. »</p>
	<p>Organisation de la cs médicale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « On laisse des rendez-vous... disponibles en ligne »

		<ul style="list-style-type: none"> - « On a aussi des créneaux qu'on laisse à dispo... Enfin qu'on laisse disponible par téléphone ou pour une urgence. » - « Moi j'ai toujours sur le coup hein, j'ai cinq créneaux d'urgence par jour. » - « Y'a des confrères dans le secteur qui sont sans rendez-vous. » - « En tout cas j'ai un planning fixé à l'avance des visites programmées. Et puis y'a des jours où y'a de la place, des jours où y'a pas de place. Je me débrouille toujours pour qu'il y ait une place au cas où, voilà. » - « Et puis je me suis arrangé comme ça, donc le jour où il faut rajouter ben je peux rajouter, et puis quand y'a rien à rajouter ben c'est un temps que je prends pour faire du non... de l'administratif. »
	<p>Visites à domicile</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Si j'ai eu deux demandes de visite la semaine dernière qui étaient de l'aigu » - « ENQ : Et tout à l'heure vous parliez aussi des visites non programmées. Donc ça pareil vous vous avez un... en fait c'est une plage qui est toujours disponible, au cas où ? <p>M3 : Oui, voilà euh... alors y'a des jours... en tout cas j'ai un planning fixé à l'avance des visites programmées. Et puis y'a des</p>

		jours où y'a de la place, des jours où y'a pas de place. Je me débrouille toujours pour qu'il y ait une place au cas où, voilà. »
	Refus de SNP	- « Ben oui ça a dû arriver... Alors y'a des fois vraiment moi j'essaie vraiment d'être disponible, mais euh... des fois c'est compliqué »
	Satisfaction	- « ENQ : Et du coup globalement, vous êtes satisfait pour vous de la gestion des soins non programmés dans votre cabinet ? M3 : Il me semble ouais. »
Expérience passée / Evolution de la pratique médicale		
Perspectives d'amélioration	- « Pour améliorer ben peut être l'organisations interne du cabinet mais ça c'est notre problématique propre, euh... Puis c'est la gestion je pense dans tous les cabinets de groupes, euh faut qu'on ait... On a tous notre façon de faire, mais faut qu'on... C'est « qu'est-ce qu'on met en commun, qu'est-ce qu'on ne met pas en commun ». Mais ça c'est une question... souvent euh... délicate. Pour qu'à la fois on mette en commun des plages, mais qu'on garde tous nos... nos spécificités, ce qui est logique. »	

Ouverture/Conclusion	
-----------------------------	--

Médecin 4 :

Perception et représentation des SNP	<ul style="list-style-type: none"> - « Tiens, je pense à une patiente là ouais ouais, demande de de ... De visite à domicile qui n'était pas ma patiente, qui est une de mes confrères. » - « Des plaies, des euh des traumatismes, des euh ... Des ... Ouais, là qu'est-ce qu'on a d'autre, des décompensations un peu psychiatriques, euh ... C'est à peu près, à peu près des, des choses qu'on a habituellement. » - « Des fièvres mal tolérées chez l'enfant » 	
Organisation des SNP	Moyen d'accès à la cs médicale	<ul style="list-style-type: none"> - « ENQ : Très bien. Et du coup les patients, ils n'ont pas de moyen de vous joindre directement ? <p>M4 : Euh moi directement, non. C'est ou [<i>un service de prise de rendez-vous en ligne</i>] ou mon secrétariat, mais bon le secrétariat après passe facilement s'il y a besoin d'un avis médical pour savoir s'il faut recevoir les gens. »</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Non il y a toujours un secrétariat physique, euh on a deux secrétaires en fait » - « ENQ : Très bien. Et au niveau des horaires des secrétaires du coup, vous pouvez me les préciser si possible ? <p>M4 : Oui, alors nous c'est de sept heures et demi le matin, donc elles font un peu de rangement tout ça de sept heures et demi à huit heures mais à huit heures elles prennent la ligne, euh</p>

		<p>jusqu'à midi et demi, hors vacances. Après on a des horaires un petit peu plus adaptées lors des vacances quand il y en a une qui est en congé mais globalement c'est sept heures et demi – midi trente, quatorze heures – dix-neuf heures. »</p> <p>- « ENQ : D'accord d'accord. Et donc dans ces moment-là entre midi et deux et le soir c'est vous dés fois qui êtes amenée à avoir le téléphone directement ?</p> <p>M4 : Alors là j'avoue qu'avant on euh ... on changeait d'un médecin à l'autre, on alternait pour avoir avoir la ligne et puis depuis quatre à cinq ans, on bascule sur le ... sur le ... sur le 15, et on met un répondeur en disant que euh ... à quatorze heures il y aura un médecin. Les patients savent très bien, nous on mange quand même hein très souvent au cabinet, ils savent toujours qu'il y a toujours plus ou moins quelqu'un, c'est très rare quand on est sollicité entre midi et deux ».</p> <p>- « On garde la ligne dans ce cas jusqu'à vingt heures. Et le matin par contre elles ont toujours la ligne à partir de huit heures. »</p>
	<p>Régulation des demandes</p>	<p>- « Non il y a toujours un secrétariat physique, euh on a deux secrétaires en fait »</p> <p>- « Puis c'est moins stressant pour elles aussi d'avoir quelques créneaux [<i>créneaux d'urgence dédiés aux SNP</i>] sur lesquels elles peuvent répondre si besoin quoi. »</p>

		<p>- « On est passé à [<i>un service de prise de rendez-vous en ligne</i>] à cause de ça hein. On perd énormément d'appels le matin, parce que ben parce qu'elles [<i>les secrétaires</i>] sont pendues au téléphone en fait, même l'été hein ça ... Les demandes sont très très ... Très fréquentes. Et [<i>un service de prise de rendez-vous en ligne</i>] nous a permis en fait de pouvoir leur donner de l'oxygène au téléphone en fait. »</p> <p>- « ENQ : Ben c'est des demandes de papiers parfois où les patients peuvent être pressant. Est-ce que ça vous arrive ? Est-ce que c'est pas un problème ?</p> <p>M4 : Ah oui, si si. Alors ça y'a eu beaucoup beaucoup d'éducation à faire, on était peut-être énormément parasité il y a quelques années par rapport à ça. Euh maintenant ça se ... J'ai envie de dire ça baisse en pression grâce à justement le fait que notre deuxième secrétaire gère beaucoup l'administratif, donc euh elle arrive vraiment à temporeriser les demandes hein, c'est elle plutôt qui est en première ligne par rapport à ça. Et du coup on arrive toujours à y répondre de façon un petit peu différée, sous quarante-huit heures ou quand on a un moment enfin voilà, on est de moins en moins ouais sollicité pour des ... Enfin on l'est sollicité, mais c'est notre secrétaire qui gère. »</p>
--	--	--

	<p>Organisation de la cs médicale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Je me réserve hein trois quatre créneaux d'urgence ; enfin trois à peu près, par jour » - « Que je mets pas sur internet en fait [<i>créneaux d'urgence</i>]. On a un secrétariat, on a [<i>un service de prise de rendez-vous en ligne</i>] et euh ... Effectivement moi je mets trois créneaux à peu près par jour » - « Alors chaque personne à sa propre organisation, mais on est vraiment enfin on travaille vraiment en commun là les quatre hein. On travaille très différemment, comme avec des personnalités différentes bien sûr. Mais globalement on est complètement tous d'accord sur le fait de ... de tourner pour les samedi matins, de ... D'assurer la permanence des soins de huit heures à vingt heures sauf effectivement entre midi et deux, là on a une heure et demie un petit peu de battement. » - « Et puis quand on est absent on se fait tous remplacés en fait par des remplaçants euh donc euh globalement on reste toujours à trois et avec cette permanence, ouais ouais non normalement ça fonctionne. Avec effectivement le confort, enfin moi je trouve que c'est plutôt un confort personnel, mais on a un de nos praticiens qui est un peu plus à l'ancienne que nous, qui fait beaucoup plus de visite que les trois autres et qui maintient son planning un petit peu visite matin, euh ... consulte l'après-midi, en gros. Et c'est vrai que quand on a des visites
--	--	--

		urgentes à domicile non programmées, ben lui il les fait volontiers le matin quoi. Mais globalement bon voilà. On y arrive comme ça. »
	Visites à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - « On a un patricien qui fait souvent ses visites le matin, moi je les fait en début d'après-midi, de deux à quatre. Euh donc en fait pour les visites non programmées ben entre le matin et jusqu'à seize heures on ... Enfin , voilà on estime que tout ce qui devait être urgent de la journée peut être vu en visite, euh ... Enfin quand ça le nécessite hein parce que sinon on fait venir bien sûr les gens au cabinet. Et que après seize heures ben enfin c'est extrêmement rare, enfin c'est ... C'est exceptionnel » - « C'est arrivé qu'on y passe après les consultations, à vingt et une heure ou vingt heure trente, mais ça devient de plus en plus rare »
	Refus de SNP	- « On a des patients de chez eux [<i>confrères à proximité</i>] qui nous appellent parce qu'ils n'ont pas pu être reçus sur des soins non programmés. Donc euh ben on a un petit peu de mal nous à refuser la pédiatrie des moins de deux ans avec des fièvres à quarante qui traînent et mal tolérés hein donc. Moi ça m'est

		<p>arrivé d'hospitaliser des petits que je connaissais pas, qui n'ont pas pu être reçus par les confrères du coin, euh mais ça reste exceptionnel on est bien d'accord hein, mais ça nous arrive régulièrement l'hiver »</p> <p>- « ENQ : D'accord, très bien. Est-ce que vous êtes amenés à refuser des demandes de soins non programmés ?</p> <p>M4 : Oui, oui oui . Alors les raisons c'est parce que, un, c'est pas des patients du cabinet et que la raison nous semble pas urgente. Ca c'est la première chose. Euh ... Je dirais peut-être que c'est la seule raison [<i>rires</i>] »</p>
	<p>Satisfaction</p>	<p>- « Alors les points forts c'est clairement être à plusieurs hein, c'est évident ; d'avoir un secrétariat filtrant, ça c'est aussi la deuxième chose. »</p> <p>- « Un secrétariat physique aussi hein, je crois que ça, ça nous aide énormément parce que euh ... Ben on perçoit peut-être ... Alors je sais pas, j'ai jamais eu affaire à des secrétariats à distance mais j'ai l'impression qu'on perçoit un peu mieux en tout cas le ... La demande hein, si elle est vraiment urgente ou pas vis à vis des soins non programmés. Nos secrétaires connaissent bien la patientèle, donc c'est une aide énorme en fait hein de savoir si c'est une urgence ou pas, euh ... »</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - « En tout cas on s'est toujours adapté pour quand on commence à déborder, euh ... Ben de faire rentrer un nouveau collaborateur en fait. »
<p>Expérience passée / Evolution de la pratique médicale</p>		<ul style="list-style-type: none"> - « Moi en dix ans j'ai énormément changé. Au début j'avais énormément de mal ... J'ai énormément évolué par rapport à ça. Au début ben je pense que par le manque d'expérience aussi peut être, la peur de passer à côté de quelque chose, ou euh ... Je pense que je répondais beaucoup plus à des demandes non programmées qui ne le justifiaient pas forcément le jour même, ou sous les quarante-huit heures, parce que j'étais aussi moins débordée peut être à l'époque. Après j'ai eu une phase où effectivement ça m'a usé [<i>rires</i>], je répondais mais ça m'usait dans la surcharge de travail. Et maintenant j'arrive à ... J'arrive à dire non, enfin j'arrive à mieux évaluer en tout cas la demande, si elle reste urgente je réponds, s'il n'y a vraiment pas de critère d'urgence objectif, j'arrive à maintenant différer en fait. » - « Après, je pense que c'est aussi une différence de personnalité. On a notre vieux confrère, enfin vieux il est pas vieux, il a dix ans de plus que moi, il a à peu près une cinquantaine ... cinquante-cinq ans. Mais lui il est encore dans une dynamique où il n'arrive pas à refuser. Enfin voilà, il va prendre, même s'il est super en retard, même s'il déborde complètement, voilà après je crois que c'est qu'une question de réflexion personnelle sur ... Sur la façon dont on a envie de travailler et sur nos limites, nos propres limites en tout cas. Je suis beaucoup

	<p>plus à l'écoute de mes propres limites en tout cas. C'est quelque chose que j'ai appris [rires], il y a encore du travail [rires]. »</p>
<p>Perspectives d'amélioration</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Après je pense que les points forts à améliorer, c'est effectivement la collaboration avec les praticiens autour de nous hein. Ça c'est clair, ouais ouais, ça c'est évident. » - « Je reste convaincue qu'il y a un manque d'éducation vis à vis des soins. Notamment nous on y est beaucoup confrontés, peut-être aussi parce qu'on est un secteur semi rural, que de plus en plus il y a de la patientèle qui vient de bordeaux, de métropole, qui était habituée à appeler peut-être SOS Médecins aussi, avec beaucoup de facilité, surtout en pédiatrie. Je crois qu'on a un gros rôle d'éducation autour de ça, alors est ce que c'est des pouvoirs publics [rires] ça c'est un autre sujet mais je pense qu'il y a beaucoup à faire de ce côté-là en tout cas » - « Et puis après, bien sûr, la coordination c'est au niveau des soins paramédicaux hein. Parce que plus on est dans la discussion, plus on est dans l'échange avec nos infirmières, plus les personnels para médicaux savent aussi comment on fonctionne et je trouve que ça permet aussi d'apaiser beaucoup de choses et de réduire tous ces soins non programmés entre guillemets » - « Je pense à beaucoup plus de communication avec les services d'urgences ou hospitalier hein, clairement. Pour des situations d'urgence, c'est vraiment compliqué hein. Je trouve qu'avant on avait un meilleur contact téléphonique

	<p>direct, maintenant on est toujours sur des rappels, des ... Des communications par mail. Enfin moi je trouve que ça devient de plus en plus compliqué en tout cas vis à vis des professionnels »</p>
Ouverture/Conclusion	<p>- « Je crois que la nouvelle génération de médecin est beaucoup plus apte et armée pour travailler à plusieurs, ça c'est certain. Et c'est une vraie richesse. Mais je trouve qu'au quotidien, ça reste compliqué à faire avec le manque de temps, clairement. »</p>

Médecin 5 :

Perception et représentation des SNP	<p>- « En pleine consultation la famille qui t'appelle parce que là elle va chez une patiente et que la patiente a été retrouvée au sol, euh ... Elle a chuté et visiblement, elle est .. ; Elle est décédée, euh ... Mais je sais pas c'est pas vraiment des soins du coup [rises] Je sais pas du coup ... Mais ça fait partie de l'appel urg ... Enfin urgent, où tu dois te rendre disponible rapidement »</p>
---	---

		<ul style="list-style-type: none"> - « Y'a tous les motifs de soins, sur ta journée, que t'as pas du tout ... Que t'avais pas prévu de voir la personne » - « De l'infectio, de la traumato » - « Ben jeudi il y a deux jours, j'ai dû arrêter les consultations, je suis allée chez une patiente, ben ça m'a pris une heure ou une heure et demie euh, donc ben pour les gens c'est pas ... qu'ils viennent pour du chronique, ils comprennent. Mais c'est pas cool non plus, il fait chaud dans la salle d'attente, y'a cette angoisse du coronavirus, ils veulent pas attendre non plus, c'est logique »
Organisation des SNP	Moyen d'accès à la cs médicale	<ul style="list-style-type: none"> - « Ca passe par une plateforme téléphonique, un secrétariat téléphonique » - « On n'a pas de secrétaire sur place » - « ENQ : Et au niveau des horaires de ce secrétariat à distance ? M5 : Huit heures vingt heures. » - « Moi je leur dis [<i>aux patients</i>] que si urgence euh ... un doigt coup ... une plaie ou un truc absolu, ils peuvent venir au cabinet. Enfin absolu ... Qu'on peut gérer quoi » - « Souvent ça passe par des infirmiers, quand c'est des gens fragiles qui sont suivis, ben y'a un accès direct aux infirmiers » - « Sinon j'ai déjà eu des patients qui se sont présentées spontanément, mais sinon, ils passent par le secrétariat, qui soit m'appelle si ça peut pas attendre un créneau d'urgence prévue, soit euh ... Soit le met sur un créneau d'urgence qui est dédié » - « On essaie d'avoir toujours quelqu'un là [<i>au cabinet</i>] alors pas

		<p>forcément de huit heures à vingt heures, on n'a pas passé de contrat avec l'ARS donc on est disponible de huit heures à vingt heures par téléphone. Mais euh ... ça nous arrive de quitter plus tôt que vingt heures ou d'arriver plus tard que huit heures quoi. Mais en gros on considère qu'il y a toujours quelqu'un entre huit heures et demi, et dix-neuf heures trente – vingt heures quoi. »</p> <p>- « J'ai une dizaine de plages euh non programmées par jour quoi ... forcément que je mets sans limite, si y'en a quinze ben je prends les quinze ... Mais voilà, de base j'ai huit rendez-vous libres dans la journée. Sur un planning d'environ euh ... Vingt-quatre euh ... je vois environ vingt ... Ouais vingt-quatre patient par jour, j'ai vingt-quatre plages horaires par jour, et j'en ai huit de libre pour les urgences automatiquement chaque jour ».</p> <p>- « ENQ : Et tu disais que tu pouvais finalement étendre si jamais tout était pris ?</p> <p>M5 : Ben si y'a de la demande, j'absorbe quoi. Si je suis tout seul j'absorbe ouais. »</p> <p>- « ENQ : Et tu vas rentrer plus tard chez toi par exemple ?</p> <p>M5 : Ouais voilà c'est ça, où je vais pas aller manger par exemple. »</p>
	<p>Régulation des demandes</p>	<p>- « ENQ : Par rapport à la régulation oui, est-ce qu'elles ont [les secrétaires] des consignes particulières ou pas spécialement ?</p>

		<p>M5 : Ben non, après non, elles sont formées, c'est des secrétaires médicales donc euh ... Si elles ont un doute elles m'appellent »</p> <ul style="list-style-type: none"> - « C'est une régulation au cas par cas et en fonction du planning. Je prends d'abord mes patients, et ensuite ceux du coin, et après je prends pas quoi. » - « ENQ : En cas d'imprévu comme ça, les secrétaires peuvent fournir une aide ? Déplacer les patients ou finalement tu gères toi-même ? <p>M5 : Ben non non, quand je suis pris comme ça, je demande aux secrétaires d'appeler ... Si j'ai une demi-heure de retard, c'est gérable, euh ... Si je dois quitter le cabinet et que j'en ai pour une demi-heure, je le dis au patient qui est là qui le dit au suivant et ainsi de suite. Si c'est vraiment plus important ben j'appelle les secrétaires pour leur dire de soit reporter le rendez-vous du patient, soit le décaler à plus tard pour pas qu'il attende dans la salle d'attente. »</p>
	<p>Organisation de la cs médicale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « ENQ : Et au niveau de ton planning, tu me parlais des visites que tu réalisais à un moment préférentiel de la journée ? <p>M5 : Les visites non programmés plutôt en début d'après-midi ouais. »</p> <ul style="list-style-type: none"> - « J'ai mon dernier rendez-vous à midi, midi et quart. Et après je reprends à quatorze heures trente, ce qui me laisse le temps de manger, le temps de gérer euh ... Le côté un peu administratif et

		<p>puis surtout de prendre une urgence si y'a besoin, pour pas la faire à la fin de la journée, c'est à dire quand tu quittes à vingt heures quoi ».</p>
	<p>Visites à domicile</p>	<p>- « Si moi je suis le médecin traitant d'un qui demande une visite, je le prends de toute façon dans la journée. Et si je suis plein et que c'est un patient d'un médecin qui n'est pas de XXX [du secteur], je décide de prendre ou pas quoi. »</p>
	<p>Refus de SNP</p>	<p>- « ENQ : Et pour ces patents justement hors patientèle, quels sont les critères pour toi de les prendre ou pas ?</p> <p>M5 : Ben si ceux sont des patients de mes collègues, que ces collègues-là m'ont prévenu à l'avance qu'ils ne sont pas là, euh donc je prends . Si je suis plein pour mes patients et que ces patients appellent , je ... Je vois avec la secrétaire si c'est quelque chose qui peut attendre le lendemain ça attend le lendemain, si c'est quelques chose qui doit être vu dans la journée, je le vois. Et pareil pour les patients qui sont pas de la structure, ben j'évalue l'urgence quoi. »</p> <p>- « Ben d'abord un patient qui est pas du cabinet ouais. Pas nécessairement du mien, ben du coin, qui va chercher à avoir un médecin parce que lui il a pas de médecin, euh parce qu'il est parti en vacances enfin voilà. »</p>

	<p>Satisfaction</p>	<p>- « J'ai essayé de rentrer en contact avec les radiologues mais c'est ultra fermé, ultra bouché. Ca c'est un gros gros point noir euh pour pour moi. Autant la bio tu peux l'avoir tout de suite, quand t'a un doute t'appelles le biologiste direct et t'avance sans encombrer les urgences, alors qu'en radio tu peux avoir personne, que les secrétaires, et encore t'attends longtemps. Donc t'es obligé d'avoir une secrétaire pour pas perdre ton temps, sinon c'est impossible. Puis t'arrives pas à avoir le radiologue, puis t'as des fois pas de rendez-vous quoi »</p>
<p>Expérience passée / Evolution de la pratique médicale</p>	<p>- « ENQ : Est-ce que tu penses à des situations que tu as vécu ou des éléments qui auraient fait que tu as changé ta façon de de gérer les SNP ?</p>	<p>M5 : Ben les facteurs c'est surtout la plainte des gens ... Quand ils viennent en consult et qui te disent « Ben j'ai essayé de vous joindre euh ... Le secrétariat m'a pas répondu ... Ou « On m'a répondu que y'avait plus de place », euh ... « Vous étiez pas là ce jour-là et puis le médecin qui devait vous remplacer ... Enfin vous prendre les urgences ben il était pas là », c'est essentiellement la plainte des gens ouais. »</p>
<p>Perspectives d'amélioration</p>	<p>- « ENQ : Et l'idée d'avoir un secrétariat physique du coup c'était principalement pour quelle raison ?</p>	<p>M5 : Alors c'est pas vraiment physique, c'est d'avoir une secrétaire dédiée. Euh ... C'est à dire que ... Parce que dés fois les gens attendent au téléphone, parce que dés fois y'a un afflux d'appels, euh je considère qu'on remplit pas notre rôle de médecine d'urgence quoi ... Enfin euh ... Du coup les gens attendent dix minutes,</p>

quinze minutes et si c'est quelque chose d'urgent, tu perds le caractère d'urgence
quoi »

- « En fait la plateforme pour moi, je regrette ... C'est qu'il n'y ait pas une personne
qui soit dédiée aux urgences mais qu'aux urgences. C'est à dire que c'est un flux
d'appels euh ... Pour prendre des rendez-vous pour des renouvellements mais
aussi pour les urgences du coup. Du coup ça peut être noyé dans un flux d'appels
quoi. Si t'appelle à des heures impossibles ou si y'a des arrêts maladie j'imagine
sur la plateforme, ou des congés, ben ils sont plus en galère et du coup on remplit
pas notre rôle quoi. »

- « **ENQ : Et pour l'instant en gros la limite qui permet pas d'avoir forcément une
secrétaire dédiée c'est une limite qui est plutôt financière ?**

M5 : Ouais voilà c'est ça ouais. Organisationnelle et financière. Y'a un nouveau
qui s'est installé en Février, donc on attend de rouler euh ... Qu'il ait eu une
activité qui lui permet de de de ... de payer une secrétaire. »

- « Les points à améliorer ce serait de mutualiser les urgences. Euh ... qu'il y ait un
seul médecin ans la structure qui prenne les urgences, euh ... De tous les patients
du coin, par demi-journée. Qu'il y ait un médecin dédié à toutes les urgences. »

- « **ENQ : Tu disais, ça permettrait, ces plages de consultations non programmées,
de voir des chroniques, tu penses à ça parce que tu penses que ça peut avoir
une influence sur le suivi des patients chroniques ?**

M5 : Oui ben d'être à ta tâche quoi, et d'être sûr que tu vas pas être dérangé euh
... Par une situation urgente. Ben jeudi il y a deux jours, j'ai dû arrêter les

consultations, je suis allée chez une patiente, ben ça m'a pris une heure ou une heure et demie euh, donc ben pour les gens c'est pas ... qu'ils viennent pour du chronique, ils comprennent. Mais c'est pas cool non plus, il fait chaud dans la salle d'attente, y'a cette angoisse du coronavirus, ils veulent pas attendre non plus, c'est logique »

- « J'aimais bien le format des consultations libres, parce que je trouve que ça rassure les patients, toi t'es un peu perdu mais ça permet de rassurer tout le monde. »

- « Sans le Coronavirus ouais j'aurais ... En tout cas j'aurais défendu ça [*Consultations libres*] devant mes autres collègues ouais. J'aurais défendu les consultations libres euh ... Parce que je trouve ça finalement pratique pour les urgences, pour ton boulot de triage, et puis euh ... Et puis euh voilà c'était pour répondre à l'attente des patients. »

Ouverture/Conclusion

Rubrique de classement : D.E.S MEDECINE GENERALE

Gestion des soins non programmés en médecine générale en Sud-Gironde

RESUME

Contexte : les soins non programmés (SNP) sont une problématique actuelle au centre des politiques de santé, notamment par leur impact sur la saturation des services des urgences. Ils surviennent dans un contexte d'inadéquation entre l'augmentation des besoins de santé et la modification de l'offre de soin.

Objectifs : décrire les modalités d'organisation des médecins généralistes pour la gestion des SNP sur le territoire du Sud-Gironde ; identifier les freins et/ou les facilitateurs perçus par les généralistes pour gérer les SNP de manière structurée et mutualisée.

Méthode : étude combinée associant une étude transversale observationnelle descriptive par auto-questionnaire, et un recueil de données qualitatives par entretiens semi-structurés.

Résultats : environ 80 % des médecins travaillaient en groupe et déléguaient la permanence téléphonique à un secrétariat.

Près de 70 % disposaient d'une organisation spécifique à la gestion des SNP, notamment via des créneaux dédiés.

Le secrétariat apparaissait comme un maillon nécessaire à la gestion des demandes de SNP, via notamment par son rôle de tri, de régulation et de planification des rendez-vous de SNP.

Le travail de groupe était mis en avant comme un moyen de répartir de façon équitable la réponse aux SNP, de pouvoir réaliser les visites à domicile non programmées et d'éviter les refus de soins. Cette gestion de groupe semblait cependant difficile à mettre en place lorsqu'elle dépassait les frontières d'un cabinet, notamment à l'échelle d'un territoire de santé.

Conclusion : Les médecins généralistes avaient majoritairement mis en place une gestion structurée et mutualisée des SNP mais avaient besoin d'aide et de support pour s'organiser à l'échelle d'un territoire, par exemple à l'aide des Communautés professionnelles territoriales de santé.

Mots-clés : Médecine générale, Soins de santé primaires, Soins non Programmés, Soins de premiers recours, Urgences

Management of unscheduled care in general practice in the South-West part of France

ABSTRACT

Context : Unscheduled care (UC) is a current issue at the center of health policies, particularly in terms of the negative impact they have on hospital emergency services. They occur in a context of imbalance between increasing health needs and changing healthcare offer.

Objectives: To describe the organization of general practitioners in management of UC in the South-West part of France; to identify hurdles and/or facilitators seen by GPs to manage UCs in a structured and mutualized way.

Methods: Combined study associating a cross-sectional observational study with a descriptive aim by a self-questionnaire, and a collection of qualitative data via semi-structured interviews.

Results: About 80% of practitioners are worked in group practices and delegated their hotline to a « medical secretary ».

About 70% had a specific organization for the management of UC, in particular through dedicated slots.

The secretary appeared to be a necessary link for managing UC requests, mainly through the role of sorting, regulating and scheduling UC appointments.

Group work was highlighted as a mean to fairly distribute answers to UC requests, to carry out unscheduled home visits and to prevent healthcare refusal. Nevertheless, this group management seemed difficult to implement outside of a medical center, especially at the level of health territory.

Conclusion: Most GPs had implemented a structured and shared management of UC, but they needed help and support to organize themselves across a territory, for example within the framework of « territorial health professional communities ».

Keywords : General practice, primary health care, unscheduled care, primary care, emergency services