



HAL
open science

Gestion des soins non programmés par les cabinets de médecine générale du secteur de Lorient

Camille Quilleré

► **To cite this version:**

Camille Quilleré. Gestion des soins non programmés par les cabinets de médecine générale du secteur de Lorient. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03243274

HAL Id: dumas-03243274

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03243274>

Submitted on 31 May 2021

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée par
QUILLERÉ Camille

Née le 30 décembre 1990 à Lorient

**Gestion des soins
non programmés par
les cabinets de
médecine générale
du secteur de
Lorient.**

**Thèse soutenue à Rennes
Le 09 juin 2020**

Devant le jury composé de :

Professeur Jean-Marc TADIE
PU-PH de réanimation médicale au CHU de Rennes
/ Président de jury

Professeur Françoise TATTEVIN
Professeure associée de médecine générale / *Directrice
de thèse*

Docteur Ronan GARLANTEZEC
MCU-PH de santé publique et d'épidémiologie au CHU
de Rennes / *Juge*

Docteur Pierric RENAUT
MCU associé de médecine générale / *Juge*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée par

QUILLERÉ Camille

Née le 30 décembre 1990 à Lorient

**Gestion des soins
non programmés par
les cabinets de
médecine générale
du secteur de
Lorient.**

**Thèse soutenue à Rennes
Le 09 juin 2020**

Devant le jury composé de :

Professeur Jean-Marc TADIE
PU-PH de réanimation médicale au CHU de Rennes
/ Président de jury

Professeur Françoise TATTEVIN
Professeur associée de médecine générale / *Directrice
de thèse*

Docteur Ronan GARLANTEZEC
MCU-PH de santé publique et d'épidémiologie au CHU
de Rennes / *Juge*

Docteur Pierric RENAUT
MCU associé de médecine générale / *Juge*

Liste des professeurs et praticiens hospitaliers

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie générale
BOUGET	Jacques	Pr Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRISOT	Pierre	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Pr Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Jean-Claude	Pr Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Pr Associé	Cardiologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

DONAL DRAPIER	Erwan Dominique	PU-PH PU-PH	Cardiologie Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY ECOFFEY	Alain Claude	PU-PH PU-PH	Dermato-vénérologie Anesthésiologie- réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN FERRE	Gilles Jean-Christophe	PU-PH consultant PU-PH	Neurologie Radiologie et imagerie médicale
FEST FLECHER	Thierry Erwan	PU-PH PU-PH	Hématologie ; transfusion Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER GANDON	Virginie Yves	PU-PH PU-PH	Pédiatrie Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY GUGGENBUHL GUILLE GUYADER	Benoît Pascal François Dominique	PU-PH PU-PH PU-PH PU-PH	Oto-rhino-laryngologie Rhumatologie Urologie Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN HOJOT JEGO	Claire Roch Patrick	PU-PH PU-PH PU-PH	Anatomie Hématologie ; transfusion Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; addictologie
JEGOUX JOUNEAU	Franck Stéphane	PU-PH PU-PH	Oto-rhino-laryngologie Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE LAVIOLLE	Thierry Bruno	PU-PH PU-PH	Hématologie ; transfusion Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON LE GUEUT	Hervé Mariannick	PU-PH PU-PH consultant	Cardiologie Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive- réanimation
LECLERCQ LEDERLIN	Christophe Mathieu	PU-PH PU-PH	Cardiologie Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Pr Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie

MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Pr Emérite	Anesthésiologie- réanimation et médecine péri-opératoire
MENER	Eric	Pr Associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MICHELET	Christian	Pr Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Pr Associé	Epistémologie clinique
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Pr Associé	Médecine générale
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RICHARD DE LATOUR	Bertrand	Pr Associé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie- réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; addictologie
SOULAT	Louis	Pr Associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive- réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET	Françoise	Pr Associé	Médecine générale
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoît	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER	Romain	MCU-PH	Urologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NAUDET	Florian	MCU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
RENAUT	Pierrick	MC Associé	Médecine générale

ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques

Remerciements

A Monsieur le professeur Jean-Marc Tadié,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous suis aussi très reconnaissante pour vos enseignements. Je garde un bon souvenir de ce stage d'externe, galerie B. Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus grand respect.

A monsieur Ronan Garlantezec,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury, je vous prie d'agréer mes sincères remerciements.

A monsieur Pierric Renaut,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury, je vous remercie de votre présence et veuillez accepter mon profond respect.

A ma directrice de thèse, Madame le professeur Françoise Tattevin.

Toujours disponible et enthousiaste, tu m'as accompagnée tout au long de ce travail. Je te remercie infiniment pour tes conseils et ton aide, Françoise.

A Elisabeth et Stéphane, internes de santé publique, sans vous j'aurais été incapable de rendre des résultats « présentables » ! Vous avez toujours été disponibles et de bon conseil. Merci beaucoup.

A Florence, avant tout maître de stage, puis collègue. Je n'oublierai pas tous ces « débriefing », ces « appels à un ami » alors même que je n'étais plus en SASPAS, et ce temps passé à discuter de mon sujet de thèse. Merci pour tout.

A Matthieu, Agnès, Anne-Christine et Sébastien, mes collègues, merci pour votre bienveillance et votre bonne humeur. C'est toujours un plaisir de travailler avec vous.

A Faustine, Marie-Pierre et Matthieu (encore), vous avez été les premiers à me faire découvrir la médecine générale, à me rendre autonome un peu plus chaque jour. Je vous remercie de m'avoir tant appris, et toujours avec le sourire.

A Anne-Sophie, Clémence, Marie, Elsa, toutes ces secrétaires qui m'ont aidée et soutenue dans ce travail et qui rendent notre quotidien tellement plus agréable !

A mes parents, sans qui je ne serais jamais arrivée là aujourd'hui. Toujours attentionnés, à croire en nous, à vouloir le meilleur pour nous. Je ne vous remercierai jamais assez.

A mon frère, Victor, tu as toujours été un modèle pour moi. J'ai quitté le cocon familial et j'en ai retrouvé un à Rennes, avec toi. MPSI, PCEM1, tu étais à mes côtés les années compliquées. Ta sagesse et tes précieux conseils m'ont toujours rassurée. Aujourd'hui, encore. Merci d'être là Vico. Et Merci à Malo, pour son énergie et ses taquineries, qui rendent nos moments en famille si joyeux.

A Blanblan et Dodo, à toutes ces années passées ensemble ! A toutes ces après-midi BU interminables, ces têtes de « déterrées » à rester enfermées pour réviser, ces fous-rires et ces soirées mémorables qui nous ont fait tenir ! A ce trajet avec toi Dodo, sur la route d'Angers, à chanter à tue-tête « Rester POSITIF... » parce qu'on en avait besoin ! Tout a paru plus simple à vos côtés. Merci d'avoir été là les filles, d'avoir transformé ces années délicates, en si bons souvenirs.

A Alice et Marie, sans qui il aurait été difficile de surmonter mon semestre aux urgences de Vannes ! Merci pour les pique-niques sur la plage, les soirées déguisées, les balades...!!

Et mille mercis à toi, Alice, d'avoir pris le temps de relire ma thèse. Tes conseils ont été précieux.

A Amel, Bob, Nath et Dodo (encore), à tous ces bons moments et week-ends passés ensemble, aux éclats de rire indénombrables, à toutes ces choses qui nous réunissent. C'est toujours si plaisant de vous retrouver mes amis !

A toi Erwan, et tous les copains du Bagad, vous m'avez suivie au fil des années avec ce sentiment étrange que mes études n'en finiraient jamais. Et pourtant, ça y est ! Alors merci ! Pour toutes ces soirées passées ensemble, à ravir les papilles, à danser, à m'échapper et oublier un instant la « médecine ».

A Lili. C'est à toi que je dois ce travail. Ton histoire m'a fait du mal mais aussi beaucoup réfléchir. De là-haut, j'espère que tu es fier de nous.

Et bien sûr, à toi Seb. On s'est rencontré gamins. Tu as fait preuve de tant de patience et de maturité (Pouh). Tout au long de ces années, tu as été ma bouffée d'oxygène, l'épaule sur laquelle me reposer. Tu as su me reconforter, me faire rire et aussi me remotiver dans les moments les plus compliqués. Tu avais les mots... Aujourd'hui, je n'imagine plus ma vie sans toi.

Liste des abréviations

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel

CESU : Centre d'enseignement des soins d'urgence

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

DPC : Développement professionnel continu

DREES : Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques

GHBS : Groupe hospitalier bretagne sud

MMG : Maison médicale de garde

MSP : Maison de santé pluri-professionnelle

PACA : Provinces-Alpes-Côte d'Azur

PAÏS : Plateforme alternative d'innovation en santé

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

SAU : Service d'accueil des urgences

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SNP : Soins non programmés

ZAC : Zone d'action complémentaire

ZIP : Zone d'intervention prioritaire

Table des matières

Introduction.....	15
Matériels et Méthodes.....	17
Résultats.....	18
I. Point de vue des médecins	18
A. Statistiques descriptives	18
1. Taux de réponse	18
2. Caractéristiques de la population d'étude	18
3. Soins non programmés (SNP)	20
4. Organisation des cabinets.....	20
a) Consultations avec ou sans rendez-vous.....	20
b) Créneaux dédiés aux SNP	20
c) Secrétariat.....	20
5. Répercussions des SNP	22
6. Propositions pour améliorer la gestion des SNP	22
B. Statistiques analytiques	23
1. Particularités socio-démographiques	23
2. Les médecins s'organisent-ils différemment ?	23
a) Selon les secteurs.....	23
b) Selon l'exercice seul ou en groupe	24
c) Selon leur âge et leur sexe	24
d) Selon le nombre de patients	24
3. Répercussions de l'organisation	24
a) Sur le délai de consultation	24
b) Sur le planning et sur la vie privée	25
II. Point de vue des secrétaires	25
A. Statistiques descriptives	25
1. Taux de réponse	25
2. Caractéristiques de la population d'étude	25

3.	Soins non programmés (SNP)	26
4.	Organisation des cabinets.....	27
a)	Consultations avec ou sans rdv	27
b)	Créneaux dédiés aux urgences	27
c)	Triage des demandes	28
5.	Répercussions des SNP	29
6.	Propositions pour améliorer la gestion des SNP	29
B.	Statistiques analytiques	29
1.	Les cabinets s'organisent-ils différemment ?	29
a)	Selon les secteurs.....	29
b)	Selon le nombre de médecins au cabinet	30
c)	Selon l'âge des médecins	30
2.	Répercussions de l'organisation	30
III.	Comparaison des 2 points de vue.....	30
	Discussions.....	33
	Conclusion	42
	Bibliographie.....	43
	Annexes.....	47
	Annexe 1 : Carte secteur Lorient	47
	Annexe 2 : Questionnaire médecin.....	48
	Annexe 3 : Questionnaire secrétaire	53
	Annexe 4 : Les soins non programmés (SNP).....	57
	Annexe 5 : Particularités de l'exercice selon l'âge	58
	Annexe 6 : Particularités de l'exercice selon le sexe	59
	Annexe 7 : Organisation du cabinet selon le secteur.....	60
	Annexe 8 : Organisation du cabinet selon le nombre de médecins	61
	Annexe 9 : Organisation du cabinet selon le sexe des médecins.....	62
	Annexe 10 : Organisation du cabinet selon l'âge des médecins.....	63
	Annexe 11 : Organisation du cabinet selon le nombre de patients.....	64
	Annexe 12 : Répercussion de l'organisation sur le planning	65
	Annexe 13 : Répercussion de l'organisation sur la vie privée.....	66

Annexe 14 : Répercussions des SNP.....	67
Annexe 15 : Organisation du cabinet selon le secteur.....	67
Annexe 16 : Organisation du cabinet selon le nombre de médecins.....	68
Annexe 17 : Organisation du cabinet selon l'âge moyen des médecins.....	68
Annexe 18 : Répercussions de l'organisation.....	69

Introduction

Plus de dix millions de personnes se rendent aux urgences chaque année, soit un français sur six (1). Le nombre annuel de passages aux urgences augmente de 3,6 % en moyenne chaque année. Tandis que le nombre de structures d'urgence reste stable, à 641 en 2016 (2). Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) sont saturés. Selon une étude de la DREES, un passage sur cinq n'a pas comporté d'actes et 43% des patients auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste ou spécialiste le jour même ou le lendemain (3). Les trois quarts des passages aux urgences ont lieu aux heures d'ouverture des cabinets de ville. Pourtant, 62% des patients s'y rendent sans avis médical préalable (2)

Les SAU reflètent une inadéquation entre l'offre et la demande de soins.

Les médecins généralistes sont moins nombreux et répartis de manière inégale sur le territoire (4). Les jeunes médecins généralistes aspirent à un nouveau mode de vie, plus proche de celui de l'ensemble de la population (5).

La population, quant à elle, vieillit avec une espérance de vie en France de 85,3 ans pour les femmes et 79,4 ans pour les hommes (6). Les maladies chroniques augmentent et concernent aujourd'hui un tiers des français (7). Depuis la loi Kouchner en 2002, le patient, informé et responsabilisé, est devenu acteur de sa santé. Aujourd'hui, il a aussi accès à des informations médicales sur internet souvent anxiogènes (8). Cela peut expliquer qu'il soit davantage demandeur de soins avec souvent un souhait d'immédiateté.

Ce changement sociétal implique une réorganisation des soins et en particulier des soins non programmés en médecine générale.

Ces derniers regroupent deux types d'urgences :

- Les urgences médicales considérées comme telles par le médecin
- Les urgences ressenties par le patient l'incitant à demander une prise en charge rapide (dans la journée ou demi-journée).

Géographiquement, selon la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), le secteur de Lorient est partagé en trois territoires : l'île de Groix, Lorient et Hennebont (Annexe 1). Cela regroupe environ trente communes soit 230 000 habitants.

Parmi ces communes, deux sont des zones d'intervention prioritaire (ZIP) et sept des zones d'action complémentaire (ZAC).

L'offre de soin non programmée (SNP) est assurée sur le secteur par :

- Les cabinets de médecine générale
- Le centre de traumatologie de la clinique du Ter, ouvert hors PDSA
- Sos médecin Lorient, qui intervient sur sept communes.
- Les maisons médicales de garde (MMG), ouvertes selon les horaires de la PDSA. L'une est à Hennebont, l'autre à Lorient.
- Le SAU du Groupe Hospitalier Bretagne Sud (GHBS)

L'objectif principal de cette enquête était de décrire l'organisation actuelle des cabinets de médecine générale du secteur de Lorient pour répondre aux urgences, qu'elles soient réelles ou ressenties.

L'objectif secondaire s'intéressait aux répercussions de ces organisations et aux propositions faites par nos acteurs locaux pour améliorer l'offre de soins.

Matériels et méthodes

Typé d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, transversale.

Population d'étude

L'enquête incluait les médecins généralistes installés dans le secteur de Lorient, ainsi que les secrétaires présents au cabinet. Les secrétaires exerçant à distance du cabinet via une plateforme téléphonique n'ont pas été interrogés.

Recueil des données

Deux questionnaires ont été élaborés, l'un à l'attention des médecins, l'autre des secrétaires. Chaque questionnaire, élaboré via Limesurvey, comprenait 30 questions, à choix multiple ou unique et une question ouverte (Annexe 2 et 3).

Ils ont été testés au préalable auprès de 4 médecins et 1 secrétaire.

Les médecins et secrétaires ne pouvaient y répondre qu'une seule fois et leurs réponses étaient anonymisées.

Le recueil des données s'est effectué en mai et juin 2019 suivi d'une relance en septembre et octobre.

Le questionnaire a été envoyé par voie électronique.

Les adresses mails des médecins ont été récoltées essentiellement via les listes de diffusion des maisons médicales de garde de Lorient (55 médecins inscrits) et Hennebont (49 médecins inscrits), et également à partir de l'annuaire de MSsanté, soit, au total, 155 adresses récoltées. L'adresse mail des secrétaires était obtenue via un appel téléphonique au cabinet ou le questionnaire leur était directement transmis par les médecins. Seul SOS Médecin a nécessité un déplacement au cabinet pour obtenir leur adresse mail.

Au début du questionnaire, la notion d'urgence ressentie était expliquée. Il a été choisi de se limiter à l'apparition ou à l'aggravation récente de symptômes.

Analyses des données et méthodes statistiques

L'analyse statistique a été réalisée via les logiciels Excel et BiostaTGV.

Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne +/- écart type (min ; Q1 ; médiane ; Q3 ; max) et les variables qualitatives en effectif (%).

Certaines variables qualitatives ordinales ont été transformées en variables qualitatives binaires : les termes « souvent » et « toujours » ont été regroupés ainsi que les termes « parfois » et « jamais ».

Le test exact de Fischer a été utilisé pour le croisement des variables qualitatives lorsque le test du Chi2 n'était pas réalisable.

Le seuil de significativité retenu était de 5% ($p < 0.05$).

Résultats

I. Point de vue des médecins

A. Statistiques descriptives

1. Taux de réponse

Le taux de réponse était de 38% (60/155) : 60 questionnaires ont été remplis mais seuls 50 ont pu être analysés. 10 questionnaires étaient incomplets.

2. Caractéristiques de la population d'étude

Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, le sexe ratio était de 1 avec 25 hommes et 25 femmes. Ils étaient âgés en moyenne de 42 ans.

88% exerçaient en cabinet de groupe, avec une moyenne de 4,32 médecins. 12% exerçaient seul.

50% étaient installés en secteur semi-rural, 16% en rural ou ilien et 34% en urbain.

Ils travaillaient en moyenne 4,24 jours par semaine. 72% avaient entre 21 et 30 consultations par jour, 24% moins de 20 consultations et 4% plus de 30.

Ils étaient le médecin traitant de 734 patients en moyenne.

88% participaient à la PDSA et 34% étaient maître de stage.

Tableau 1 : description de la population

	Médecins
Age (années)	50 42,2 ± 9,8 (30; 34,7; 38; 53,2; 61)
Sexe	50
Féminin	25 (50%)
Masculin	25 (50%)
Nombre de médecins au cabinet	50 4,32 ± 2,63 (1; 3; 4; 6 ; 8)
Secteur	50
Rural ou ilien	8 (16%)
Semi-rural	25 (50%)
Urbain	17 (34%)
Participation à la PDSA	50
Oui	44 (88%)
Non	6 (12%)
Maître de stage	50
Oui	17 (34%)
Non	33 (66%)
Nombre de jours travaillés par semaine	50 4,24 ± 0,72 (3; 4; 4,31; 4,5; 6)
Nombre de consultations par jour en moyenne	50
< 15	2 (4%)
15 à 20	10 (20%)
21 à 25	17 (34%)
26 à 30	19 (38%)
> 30	2 (4%)
Nombre de patients-médecin traitant en moyenne	50 734,2 ± 363,9 (0; 545; 737,5 ; 1000; 1700)

Effectif = 50

3. Soins non programmés (SNP)

Le nombre de SNP par jour et par médecin était estimé à 5 ou moins pour 66% des médecins. Dans 60% des cas, ces demandes concernaient à la fois les patients suivis au cabinet et ceux qui ne l'étaient pas.

Tous les médecins parvenaient à répondre aux SNP et à donner un rendez-vous le jour même au patient, sauf un. 26% y répondaient sans aucune difficulté, 72% étaient plus mitigés.

20% des médecins ne réussissaient pas à faire le tri entre les demandes urgentes et celles qui ne l'étaient pas.

En cas de SNP, 68% des médecins considéraient que le motif de consultation justifiait un rendez-vous le jour même. Pour 32%, le motif ne le justifiait pas. (Annexe 4)

4. Organisation des cabinets

a) *Consultations avec ou sans rendez-vous*

84% des médecins consultaient sur rendez-vous uniquement. 16% consultaient avec et sans rendez-vous.

b) *Créneaux dédiés aux SNP*

90% des médecins réservaient des créneaux dédiés aux SNP. Parmi eux, 14% avaient plus de 10 créneaux réservés, 41% en réservaient entre 5 et 10, 45% moins de 5.

La plupart des médecins estimaient suffisant le nombre de créneaux réservés : 27% absolument, 68% plutôt suffisant. Seul 5% les estimaient insuffisants.

c) *Secrétariat*

82% des médecins avaient un secrétariat.

76% d'entre eux avaient un secrétaire présent au cabinet : dans 56% ces cas il était seul, dans 20% des cas, ses horaires étaient complétés par une plateforme téléphonique ou un service en ligne de prise de rendez-vous.

24% avaient recours à une plateforme téléphonique seule ou associée à un service en ligne.

Tableau 2 : Organisation des cabinets

Médecins, n=50	
Consultations	
Sur rdv uniquement	42 (84%)
Avec et sans rdv	8 (16%)
Créneaux dédiés aux SNP :	
Oui	45 (90%)
Non	5 (10%)
Nombre de créneaux par médecin	
< 5	20 (45%)
5 à 10	18 (41%)
> 10	3 (7%)
Autre*	3 (7%)
Est-ce suffisant ?	
Oui, absolument	12 (27%)
Plutôt oui	30 (68%)
Plutôt non	2 (5%)
Non, absolument pas	0
Secrétariat	
Oui	41 (82%)
Non	9 (18%)
Type de secrétariat	
Secrétaire au cabinet	23 (56%)
Secrétaire et plateforme téléphonique	5 (12%)
Secrétaire et service en ligne	3 (8%)
Plateforme téléphonique	5 (12%)
Plateforme téléphonique et service en ligne	5 (12%)

* MSP de 8 médecins avec 1 médecin d'urgence chaque jour

5. Répercussions des SNP

96% adaptaient leur planning pour répondre aux SNP : c'était occasionnel pour 50% d'entre eux, fréquent pour 46%.

Pour 14% des médecins, les SNP n'impactaient jamais leur vie privée. Cela était occasionnel pour 64%, fréquent pour 22%.

Tableau 3 : répercussion des SNP

Médecins, n= 50	
Répercussion sur le planning	
Jamais	2 (4%)
Parfois	25 (50%)
Souvent	16 (32%)
Toujours	7 (14%)
Répercussion sur la vie privée	
Jamais	7 (14%)
Parfois	32 (64%)
Souvent	7 (14%)
Toujours	4 (8%)

6. Propositions pour améliorer la gestion des SNP

Parmi les propositions faites, 80% des médecins étaient favorables au développement de programmes d'éducation des patients aux réflexes face aux problèmes ressentis comme urgents.

68% jugeaient nécessaire de former les secrétaires au triage des urgences.

62% étaient pour une revalorisation des SNP.

30% étaient favorables à la création de demi-journée dédiée aux SNP par Maison de santé pluri-professionnelle (MSP) et/ou Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

20% estimaient le recours à la téléconsultation comme un atout.

B. Statistiques analytiques

1. Particularités socio-démographiques

Dans l'échantillon, les plus jeunes médecins travaillaient moins de jours par semaine que leurs aînés (58% vs 14%, $p=0.0099$). Ils semblaient avoir moins de consultations par jour mais la différence n'était pas significative (33% vs 64%, $p=0.2500$). Ils étaient le médecin traitant de moins de patients (22% vs 64%, $p=0.0079$).

Ils étaient installés préférentiellement en secteur semi-rural (61% vs 21%, $p=0.0350$) alors que leurs aînés l'étaient davantage en secteur urbain (50% vs 28%, $p=0.0350$). Ils semblaient plus nombreux à exercer en cabinet de groupe mais la différence n'était pas significative (97% vs 64%, $p=0.0556$).

Il n'y avait pas de différence significative non plus entre les deux groupes pour la participation à la PDSA (92% vs 79%, $p=0.3305$). (Annexe 5)

Dans l'échantillon, les femmes travaillaient moins de jours par semaine que les hommes (60% vs 32%, $p=0.047$). Elles avaient moins de consultations par jour ($p=0.0497$). Elles étaient également le médecin traitant de moins de patients ($p=0.0391$).

Il n'y avait pas de différence significative sur le type d'exercice : 92% des femmes exerçaient en groupe versus 84% des hommes ($p=0.667$). Le taux de participation à la PDSA était identique dans les 2 groupes (88%). (Annexe 6)

2. Les médecins s'organisent-ils différemment ?

a) *Selon les secteurs*

Les consultations sur rendez-vous uniquement étaient majoritaires dans tous les secteurs.

Quel que soit le secteur, la plupart avaient un secrétariat : 75% en rural-ilien, 84% en semi-rural et 82% en urbain.

En secteur rural, le secrétaire présent au cabinet était privilégié (100%) contre 71% en semi-rural et en urbain. Le recours au télésecrétariat était une alternative importante en secteur semi-rural et urbain (29%). La différence n'était pas significative ($p=0.6882$). Tous les médecins exerçant en secteur semi-rural réservaient des créneaux pour les SNP, contre 88% en secteur rural / ilien et 76% en secteur urbain. La différence était significative ($p=0.0338$). (Annexe 7)

b) Selon l'exercice seul ou en groupe

Les médecins exerçant seuls semblaient davantage consulter avec et sans rendez-vous que les médecins exerçant en groupe (33% vs 14%) mais la différence n'était pas significative ($p=0.2416$).

Qu'ils exercent seul ou en groupe, ils étaient majoritaires à réserver des créneaux dédiés aux SNP (83% pour les médecins seuls et 91% pour les autres).

Concernant le secrétariat, 50% des médecins exerçant seuls n'avaient pas de secrétariat contre seulement 14% des médecins exerçant en groupe ($p=0.0257$). (Annexe 8)

c) Selon leur âge et leur sexe

Parmi les médecins de 50 ans ou plus, 36% consultaient avec et sans rendez-vous contre 8% des médecins de moins de 50 ans ($p= 0.0303$).

Les hommes consultaient davantage avec et sans rendez-vous par rapport aux femmes (28% vs 4%, $p=0.0487$).

Quels que soient l'âge et le sexe, la majorité des médecins réservait des créneaux pour les SNP (94% des moins de 50 ans, 79% des plus de 50 ans, 96% des femmes et 84% des hommes).

Les femmes étaient plus nombreuses à avoir un secrétariat que les hommes et en particulier un secrétaire présent au cabinet (80% vs 44%, $p=0.0390$).

La présence d'un secrétariat et le type ne semblaient pas varier selon l'âge. (Annexes 9,10)

d) Selon le nombre de patients

Le nombre de patients par médecin ne semblait pas influencer l'organisation du cabinet. (Annexe 11)

3. Répercussions de l'organisation

a) Sur le délai de consultation

Quelle que soit l'organisation du cabinet, en cas de SNP, tous les médecins donnaient un rdv au patient dans la journée, sauf un. Ce dernier consultait sur rdv uniquement, il ne réservait pas de créneaux dédiés aux SNP, il avait un secrétaire présent au cabinet et il était associé à un autre médecin.

b) *Sur le planning et sur la vie privée*

Les médecins qui réservaient des créneaux pour les SNP semblaient avoir moins de répercussions sur leur planning que les autres médecins (55% vs 40%, $p=0.6570$) ainsi que sur leur vie privée (82% vs 40%, $p=0.0639$) mais les différences n'étaient pas significatives.

Il semblait que les médecins exerçant seuls devaient plus fréquemment adapter leur planning pour répondre aux SNP que les médecins exerçant en groupe (67% vs 43%, $p=0.3945$). Là non plus la différence n'était pas significative.

Le fait de consulter avec ou sans rendez-vous, d'avoir un secrétariat ou non, semblait n'avoir aucune influence sur le planning du médecin ou sa vie privée.

(Annexes 12, 13)

II. Point de vue des secrétaires

A. Statistiques descriptives

1. Taux de réponse

36 questionnaires ont été remplis mais seuls 24 ont pu être analysés. 12 questionnaires étaient incomplets.

2. Caractéristiques de la population d'étude

Parmi les secrétaires ayant répondu au questionnaire, 92% travaillaient en cabinet de groupe. Pour 50% d'entre eux, ils étaient plusieurs secrétaires.

21% travaillaient également avec une plateforme téléphonique et 8% avec un service de prise de rdv en ligne.

54% exerçaient en secteur urbain, 33% en semi-rural et 13% en rural ou ilien.

Tableau 4 : Description de la population

	Secrétaires, n=24
Secteur	
Urbain	13 (54%)
Semi-rural	8 (33%)
Rural ou ilien	3 (13%)
Êtes-vous plusieurs secrétaires ?	
Oui	12 (50%)
Non	12 (50%)
Sur votre temps d'absence, qui gère la prise de rdv ?	
Une plateforme téléphonique	5 (21%)
Un service en ligne type Doctolib	2 (8%)
Le médecin	7 (29%)
Il y a toujours un secrétaire présent sur les heures d'ouverture du cabinet	12 (50%)
Nombre de médecins au cabinet	3,63 ± 1,6 (3; 3; 4,75; 7)

3. Soins non programmés (SNP)

67% des secrétaires estimaient le nombre de SNP par jour et par médecin à 5 ou moins. Les SNP ne concernaient que les patients suivis au cabinet pour 71% des secrétaires.

87% des secrétaires estimaient répondre à l'ensemble des SNP : 8% sans difficultés, 79% étaient plus mitigés.

Les patients parvenaient à avoir un rendez-vous dans la journée avec 79% des secrétaires. 21% leur donnaient un rendez-vous le lendemain.

Le motif annoncé justifiait un rendez-vous le jour même d'après 58% des secrétaires. Pour 38%, le motif ne le justifiait pas et 4% ne savaient pas répondre.

Tableau 5 : Les soins non programmés

		Secrétaires, n=24
Nombre de SNP*, par médecin et par jour		
≤ 5		16 (67%)
6 à 10		7 (29%)
> 10		1 (4%)
Les SNP concernent		
Des patients suivis au cabinet		17 (71%)
Des patients qui ne sont pas suivis au cabinet		0
Les deux		7 (29%)
Parvenez-vous à répondre aux SNP ?		
Oui absolument		2 (8%)
Plutôt oui		19 (79%)
Plutôt non		3 (13%)
Rdv donné		
Le jour même		19 (79%)
Le lendemain		5 (21%)
Les motifs donnés justifient-ils un rdv le jour même ?		
Oui absolument		0
Plutôt oui		14 (58,5%)
Plutôt non		8 (33,5%)
Absolument pas		1 (4%)
Ne sait pas		1 (4%)

* Soins non programmés

4. Organisation des cabinets

a) Consultations avec ou sans rdv

Dans 92% des cas, les consultations étaient uniquement sur rendez-vous. 8% avaient des plages horaires avec et sans rendez-vous.

b) Créneaux dédiés aux urgences

83% des secrétaires avaient des créneaux dédiés aux urgences du jour sur le planning des médecins.

Parmi eux, 5% avaient plus de 10 créneaux réservés par médecin, 30% entre 5 et 10 créneaux, 60% moins de 5 créneaux.

35% des secrétaires estimaient insuffisant le nombre de créneaux dédiés aux SNP. 65% l'estimaient suffisant : 10% absolument, 55% plutôt suffisant.

c) *Triage des demandes*

Parmi les secrétaires interrogés, seul un estimait ne pas réussir à faire le tri.

La moitié des secrétaires avaient des protocoles pour les guider. 50% de ceux n'en ayant pas auraient souhaité en avoir.

Dans 75% des cas, le recours au médecin pour faire le tri était occasionnel. 17% révélaient ne jamais avoir recours au médecin.

Tableau 6 : Organisation des cabinets

	Secrétaires, n=24
Consultations	
Sur rdv uniquement	22 (92%)
Avec et sans rdv	2 (8%)
Créneaux dédiés aux SNP :	
Oui	20 (83%)
Non	4 (17%)
Si oui, nombre de créneaux par médecin	
< 5	13 (65%)
5 à 10	6 (30%)
>10	1 (5%)
Est-ce suffisant ?	
Oui absolument	2 (8%)
Plutôt oui	15 (63%)
Plutôt non	7 (29%)
Parvenez-vous à trier les demandes ?	
Oui, absolument	5 (21%)
Plutôt oui	18 (75%)
Plutôt non	1 (4%)
Protocoles d'aide au triage	
Oui	12 (50%)
Non	12 (50%)
Si non, souhaiteriez-vous en avoir ?	
Oui	6 (50%)
Non	6 (50%)

5. Répercussions des SNP

96% des secrétaires adaptaient le planning des médecins pour répondre aux SNP : c'était occasionnel pour 54%, fréquent pour 42%.

Les SNP et le triage pouvaient aussi impacter les secrétaires : heures supplémentaires, anxiété, cela concernait 70% d'entre eux.

83% des secrétaires révélaient avoir déjà été agressés verbalement par des patients. Cela était occasionnel pour 58%, fréquent pour 25%. (Annexe 14).

6. Propositions pour améliorer la gestion des SNP

Parmi les propositions faites, 67% des secrétaires étaient favorables au développement de programmes d'éducation des patients aux réflexes face aux problèmes ressentis comme urgents.

42% jugeaient nécessaire d'être formé au triage des urgences.

37% étaient pour créer et généraliser le poste d'assistant médical.

29% étaient pour ouvrir les maisons médicales de garde la journée.

21% étaient favorables à la création de demi-journée dédiées aux SNP par MSP et/ou CPTS.

B. Statistiques analytiques

1. Les cabinets s'organisent-ils différemment ?

a) *Selon les secteurs*

Les consultations sans rendez-vous étaient inexistantes en secteur semi rural et négligeables en secteur urbain (8%) contrairement au secteur rural (33%). Mais la différence n'était pas significative ($p=0.3405$).

La majorité des cabinets, quel que soit le secteur, réservait des créneaux dédiés aux SNP.

Les secrétaires avaient des protocoles dans 88% des cas en secteur semi-rural contre 33% en secteur rural et 31% en secteur urbain. La différence était significative ($p=0.0331$). (Annexe 15)

b) Selon le nombre de médecins au cabinet

Les cabinets de groupe semblaient d'avantage réserver de créneaux dédiés aux SNP (91%) par rapport aux médecins exerçant seul (50%). La différence n'était pas significative ($p=0.3115$).

L'existence de protocoles pour les secrétaires et de consultations en sans rendez-vous était similaires quel que soit le nombre de médecins au cabinet. (Annexe 16).

c) Selon l'âge des médecins

Les secrétaires travaillant avec des médecins plus jeunes étaient plus nombreuses à avoir des protocoles d'aide au triage (59%) que celles exerçant avec des médecins plus âgés (29%) mais la différence n'était pas significative ($p=0.3707$).

Dans les cabinets des plus jeunes médecins, aucune consultation n'était sans rendez-vous, contrairement aux cabinets de médecins plus âgés (29%). Pour autant, la différence n'était pas significative ($p=0.0760$).

Quel que soit l'âge des médecins, la majorité réservait des créneaux dédiés aux SNP. (Annexe 17).

2. Répercussions de l'organisation

Le délai de consultation, le triage, les répercussions sur le planning des médecins et le vécu des secrétaires : rien ne semblait être influencé par l'organisation du cabinet. Aucune différence significative n'a été mise en évidence. (Annexe 18).

III. Comparaison des 2 points de vue

Il y avait une différence significative de points de vue entre les médecins et secrétaires concernant 3 questions :

- Le délai de consultation pour un SNP : 98% des médecins estimaient pouvoir donner un rendez-vous le jour même au patient contre 79% des secrétaires ($p=0.0121$).
- Les créneaux dédiés aux SNP : 84% des médecins jugeaient leurs nombres suffisants contre 65% des secrétaires ($p=0.0083$).
- Le triage des SNP : 80% des médecins estimaient réussir à faire le tri contre 96% des secrétaires ($p= 0.0257$).

Pour améliorer la gestion des SNP, deux principales propositions ressortaient tant chez les médecins que les secrétaires :

- Le développement de programmes d'éducation des patients aux réflexes face aux problèmes ressentis comme urgents (80% vs 67%)
- La formation des secrétaires au triage des urgences (68% vs 42%)

Tableau 7 : Comparaison des réponses médecins-secrétaires

	Médecins, n= 50	Secrétaires, n=24	p-value
Nombre de SNP*, par médecin et par jour			
≤ 5	33 (66%)	16 (67%)	1
6 à 10	13 (26%)	7 (29%)	
> 10	4 (8%)	1 (4%)	
Parvenez-vous à répondre aux SNP ?			
Oui absolument	13 (26%)	2 (8%)	0,0517
Plutôt oui	36 (72%)	19 (79%)	
Plutôt non	1 (2%)	3 (13%)	
Les motifs donnés pour une demande de rdv le jour même sont-ils justifiés ?			
Oui absolument	0	0	0,3767
Plutôt oui	34 (68%)	14 (58,5%)	
Plutôt non	16 (32%)	8 (33,5%)	
Absolument pas		1 (4%)	
Ne sait pas		1 (4%)	
Rdv donné			
Le jour même	49 (98%)	19 (79%)	0,0121
Le lendemain	1 (2%)	5 (21%)	
Consultations			
Sur rdv uniquement	42 (84%)	22 (92%)	0,4835
Avec et sans rdv	8 (16%)	2 (8%)	
Réservez-vous des créneaux dédiés aux SNP ?			
Oui	45 (90%)	20 (83%)	0,4595
Non	5 (10%)	4 (17%)	
Les créneaux dédiés sont-ils suffisants ?			
Oui absolument	12 (24%)	2 (8%)	0,0083
Plutôt oui	30 (60%)	15 (63%)	
Plutôt non	2 (4%)	7 (29%)	

Parvenez-vous à faire le tri ?

Oui, absolument	2 (4%)	5 (21%)	0,0257
Plutôt oui	38 (76%)	18 (75%)	
Plutôt non	10 (20%)	1 (4%)	

Répondre aux SNP implique-t-il d'adapter le planning ?

Jamais	2 (4%)	1 (4%)	0,9444
Parfois	25 (50%)	13 (54%)	
Souvent	16 (32%)	8 (34%)	
Toujours	7 (14%)	2 (8%)	

* Soins non programmés

Discussion

Principaux résultats

Les deux tiers des médecins et secrétaires évaluaient le nombre de SNP par jour inférieur ou égal à 5.

Tous les médecins estimaient répondre à l'ensemble des SNP, sauf un. 26% y répondaient sans aucune difficulté. Les réponses des secrétaires étaient plus mitigées : 87% estimaient répondre à l'ensemble des SNP et cela était sans difficulté pour seulement 8%. Il existait une différence significative de point de vue entre les médecins et les secrétaires concernant le délai de consultation pour un SNP : 98% des médecins estimaient pouvoir donner un rendez-vous le jour même au patient contre 79% des secrétaires ($p=0.0121$).

La majorité des médecins consultait sur rendez-vous uniquement (84%). Le sans rendez-vous était plus fréquent pour les médecins de plus de 50 ans (36% vs 8%, $p=0.303$) et les hommes (28% vs 4%, $p=0.0487$).

La plupart aussi réservaient des créneaux dédiés aux SNP (90%). 84% jugeaient le nombre de créneaux suffisant contre 65% des secrétaires ($p=0.0083$).

Le secrétariat était plébiscité. 82% des médecins en avaient un, d'autant plus lorsqu'ils exerçaient en groupe (86% vs 50%, $p=0.0257$). Parmi ceux ayant un secrétariat, 76% avaient un secrétaire présent au cabinet, 24% avaient recours à une plateforme téléphonique.

Concernant le triage des SNP, seul un secrétaire jugeait ne pas réussir à faire le tri, contre 20% des médecins ($p=0.0257$). La moitié des secrétaires avait des protocoles pour les guider. 50% de ceux n'en ayant pas, auraient souhaité en avoir. Le recours au médecin pour faire le tri était occasionnel pour 75% des secrétaires.

Dans cette enquête, plusieurs constats étaient faits en secteur semi-rural :

- Tous les médecins réservaient des créneaux dédiés aux SNP contre 88% en secteur rural ou ilien et 76% en secteur urbain ($p=0.0338$).
- 88% des secrétaires avaient des protocoles d'aide au triage contre 33% en secteur rural ou ilien et 31% en secteur urbain ($p=0.0331$)
- Les plus jeunes médecins étaient davantage installés en semi-rural (61%)

Répondre aux SNP avait des répercussions pour la plupart des médecins, à la fois sur leur planning (96%) et sur leur vie privée (86%). 46% devaient fréquemment supprimer des temps de pause et ajouter des consultations en fin de matinée et/ou en fin de journée. La gestion des SNP impactait aussi les secrétaires : anxiété, heures supplémentaires, cela concernait 70% d'entre eux. 83% révélaient avoir déjà été agressés verbalement par des patients.

Pour améliorer la gestion des SNP, deux propositions ressortaient tant chez les médecins que les secrétaires :

- Le développement de programmes d'éducation des patients aux réflexes face aux problèmes ressentis comme urgents (80% vs 67%)
- La formation des secrétaires au triage des urgences (68% vs 42%)

Une proportion non négligeable des médecins (62%) souhaitait aussi une revalorisation des SNP.

Forces et limites de l'étude

La gestion des SNP est un sujet d'actualité intéressant de nombreux acteurs : patients, médecins, secrétaires, agents de régulation du 15.

Obtenir le point de vue des secrétaires et celui des médecins en parallèle est l'originalité de ce travail : la plupart des enquêtes se limitent à une population. Il semblait indispensable d'interroger les secrétaires qui sont les premiers à intervenir dans la gestion des SNP.

Il a été choisi de se limiter à un territoire, le secteur de Lorient. Le but était de susciter l'intérêt du répondant, qu'il se sente d'autant plus concerné par l'étude et ainsi avoir un meilleur taux de participation. Le secteur était intéressant, avec une offre de soins très variable d'une commune à l'autre, ce qui impliquait une gestion des urgences différente. L'île de Groix en est le parfait exemple : un médecin généraliste est d'astreinte 24h/24. Un autre avantage était de connaître l'offre de soin sur le territoire.

S'intéresser à un seul territoire avait aussi des inconvénients. Le questionnaire n'a pas été diffusé largement. Il n'a pas été possible d'obtenir le mail de l'ensemble des médecins généralistes du secteur (ils n'étaient pas tous référencés dans l'annuaire santé). Les seules listes de diffusion auxquelles nous avons pu avoir accès étaient celles de la PDSA, ce qui constitue un biais de sélection. Le recrutement des secrétaires était compliqué. Tous les cabinets n'ont pas de secrétariat physique. La prise de contact impliquait de les déranger pendant leur travail. Il a donc surtout été basé sur l'implication des médecins à leur transmettre le questionnaire. Au total, peu de questionnaires ont été remplis et en particulier par les secrétaires.

Même si certaines communes du secteur de Lorient sont des ZIP ou ZAC, la densité médicale du territoire est supérieure à la moyenne nationale : 10.8 médecins pour 10000 habitants contre 8.9 en France (9). Les difficultés rencontrées pour répondre aux SNP ont probablement été sous estimées.

Concernant les questionnaires, la majorité des questions amenait à des réponses subjectives, responsables d'un biais déclaratif. Il était nécessaire de répondre à toutes les questions pour passer aux suivantes. La proposition « ne sait pas » n'étant pas systématique, certaines réponses pouvaient être erronées. C'est l'exemple de la question « De combien de patients êtes-vous le médecin traitant ? » plusieurs ont répondu zéro. Peut-être venaient-ils de s'installer ou ignoraient-ils la réponse. Une question n'a volontairement pas été analysée. Le manque de clarté dans la formulation a induit en erreur plusieurs médecins.

Pour pallier le biais d'interprétation, le terme d'urgence ressentie avait été défini en guise d'introduction au questionnaire. Il était précisé également que notre attention se portait à l'apparition ou l'aggravation de symptômes.

Littérature

Notre échantillon de médecins était peu représentatif de la population générale des médecins généralistes en France. Ils étaient jeunes avec une moyenne d'âge de 42 ans contre 50 ans en France (7). L'exercice en cabinet de groupe était plus important (88%) mais cohérent avec la moyenne d'âge. Cela concernait 97% des moins de 50 ans. Selon la DREES, début 2019, 61% des médecins généralistes exerçaient en cabinet de groupe, avec d'autres médecins et/ou des paramédicaux et 81% des moins de 50 ans (10).

Ils étaient le médecin traitant de 734 patients en moyenne contre 864 en France (11). Le taux de participation à la PDSA de 88% était largement surestimé. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) l'évaluait à 38.6% en 2018 (12). Cela s'expliquait par le biais de sélection.

Notre échantillon reflétait l'évolution de la profession. Parmi les médecins interrogés, il y avait autant de femmes que d'hommes. La profession se féminise avec aujourd'hui 48.5% de femmes médecins généralistes en France (7). Nous faisons le constat d'un temps de travail moindre pour les plus jeunes médecins et pour les femmes. Ces résultats étaient cohérents avec la littérature (13,14), notamment l'étude de la DREES sur les conditions de travail des médecins généralistes (15).

Le nombre de SNP par jour est très variable d'une étude à l'autre. Mais un point commun a pu être mis en évidence : les SNP augmentent au fil des années. Alors qu'en 2004, la DREES les estimait à 12% de l'activité du médecin généraliste, elle les estime en 2019 à 30% ou plus pour 4 médecins sur 10 (16,17). Cette tendance se

retrouve aussi dans une enquête menée auprès des médecins généralistes d'Ile-de-France. En 2017, 26% d'entre eux avaient plus de 6 demandes de SNP par jour contre 54% en 2019 (18,19).

Dans notre étude, deux tiers des médecins jugeaient avoir moins de 6 SNP par jour. Si tous estimaient répondre à l'ensemble des SNP sauf un, 74% pouvaient rencontrer des difficultés pour y répondre. Ce sentiment était retrouvé dans d'autres études. 64% des médecins généralistes de l'agglomération de Orange se disaient en difficulté pour gérer les SNP (20). La dernière étude de la DREES sur les SNP et l'offre de soins constatait que « la quasi-totalité des médecins généralistes (96%) déclarent avoir une organisation permettant de répondre aux demandes de SNP » mais « près de 80% indiquent avoir des difficultés à répondre aux sollicitations des patients » (17).

Pour répondre aux SNP, les médecins organisaient essentiellement leur planning de deux façons : ils avaient des plages de consultations sans rendez-vous et/ou des créneaux dédiés aux SNP. La première, propre aux médecins plus âgés et exerçant seul tend à disparaître au profit de la seconde (17,19).

Les cabinets situés en secteur semi-rural semblaient davantage s'organiser pour répondre aux SNP que ceux en ville. Tous réservaient des créneaux dédiés et la majorité de leurs secrétaires avait des protocoles d'aide au triage.

Cela laissait supposer qu'ils étaient davantage sollicités pour les SNP que leurs confrères citadins. Aucun chiffre dans la littérature n'étayait cette hypothèse.

En ville, si le patient souhaite une réponse rapide sur son état de santé, il a plusieurs possibilités. Outre son médecin traitant, il a accès à SOS Médecin ainsi qu'au SAU à proximité. La proximité des urgences est fréquemment citée dans les motifs de recours aux urgences spontanés (3,21,22) et il est plus le fait de citadins (22).

« Bien souvent, en tous cas à Lorient, les consultations jugées urgentes par les patients ne sont pour nous que des patients "pressés", très peu de véritable urgence mais la proximité du GHBS de Lorient est certainement responsable de cet état de fait. »

Les patients déplorent les difficultés à obtenir un rendez-vous rapide avec leur médecin (23). Pourtant, les délais de consultations semblent raisonnables. En France, la moitié des patients obtient un rendez-vous dans la journée en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes (24, 25). Dans notre étude, quasiment tous les médecins (98%) et la majorité des secrétaires (79%) estimaient pouvoir donner un rendez-vous le jour même au patient. La densité médicale de notre région expliquait probablement que l'accès aux soins soit plus aisé (9).

Le secrétariat a une place importante dans l'organisation du cabinet, notamment dans la gestion des SNP.

Dans notre enquête, la majorité des médecins (82%) avait un secrétariat, d'autant plus lorsqu'ils exerçaient en groupe. Parmi eux, 76% avaient une personne physique présente au cabinet et 24% avaient recours à une plateforme téléphonique.

Peu d'études quantitatives se sont intéressées à la place du secrétariat en médecine générale, mais nous retrouvons une même tendance dans celle de la DREES de 2012. Si seuls 56% des médecins disposaient d'un secrétariat, il y avait d'importantes disparités régionales. 74% des médecins des Pays de La Loire avaient un secrétariat contre 42% de ceux de la région PACA. Ils expliquaient cette disparité notamment par la proportion des cabinets de groupe. La présence d'un secrétariat était plus importante pour les médecins exerçant en groupe (76%) et pour les médecins plus jeunes (70% des moins de 45 ans). Le secrétaire présent au cabinet était aussi privilégié (80%) (26).

Une étude qualitative a été réalisée en 2018 sur le choix des médecins généralistes en matière de secrétariat médical. Ce qu'ils attendaient de leur secrétariat était avant tout un confort de travail et un gain de temps. Ils comptaient sur eux pour la gestion de leur planning, le tri des appels ainsi que l'accueil des patients et la tenue des dossiers lorsqu'ils étaient présents au cabinet. Les qualités humaines primaient les diplômes (27). Nous retrouvons la même notion dans une thèse de médecine générale sur le triage par les secrétaires : seuls 13% des secrétaires avaient eu une formation initiale (28). Pour notre part, aucune question n'avait été posée au sujet de leur formation, ce qui est regrettable.

Le triage des demandes par les secrétaires n'est pas systématique. Il dépend essentiellement du planning du médecin. Si le planning est chargé, le secrétariat joue un rôle essentiel dans la gestion des SNP. Il fait le tri et évalue le degré d'urgence. Il dirige le patient vers le 15 ou lui propose un rendez-vous. Même si son rôle de régulateur n'est pas établi, c'est lui qui oriente le patient, ce qui lui donne une importante responsabilité.

Les secrétaires médicaux n'ont pas de diplôme d'état spécifique à leur formation. De nombreuses formations sont possibles notamment à distance mais aucune n'est obligatoire pour exercer dans un cabinet médical privé. La certification professionnelle des secrétaires établit une liste de compétences et omet la régulation (29).

Les secrétaires reconnaissent manquer de connaissances médicales et de formation pour le triage (30, 31). Ils apprennent sur le lieu de travail avec les médecins et surtout au fil des années avec « l'expérience » (32). Cela explique que la responsabilité endossée est souvent source de stress (30, 33). Elle contribue aussi à l'épuisement professionnel des secrétaires (34).

Dans notre étude, la moitié des secrétaires avait des protocoles d'aide au triage, établis par les médecins. Deux thèses de médecine générale ont analysé le triage des SNP par les secrétaires (28,33). Aucune ne mentionnait l'existence de recommandations écrites par les médecins.

Faire le tri implique aussi de ne pas pouvoir satisfaire tous les patients provoquant parfois leur mécontentement voire agressivité (28). Parmi les secrétaires interrogés, un le faisait remarquer : « *Le travail de régulation consiste à repérer les réelles urgences médicales, et à faire le choix de donner un rendez-vous ou orienter vers le 15 et de faire comprendre au patient cette notion d'urgence, ce qui provoque généralement un certain mécontentement.* »

Depuis que la médecine générale est reconnue comme une spécialité, tous les médecins effectuent dans leur cursus au moins un semestre dans un SAU. Certaines facultés proposent une formation des internes à la régulation, mais cela reste optionnel et le nombre de places limité. Il en est de même pour la formation continue.

20% des médecins que nous avons interrogés, avouaient ne pas réussir à faire le tri. Aujourd'hui, seuls les médecins généralistes participant à la régulation de la PDSA ont une formation et un guide d'aide à la régulation, soit 5% des médecins (12).

Le médecin généraliste, souvent qualifié de médecin de premier recours, n'est plus au premier plan dans les situations d'urgence, d'où un sentiment de manque d'expérience pour gérer ces situations (35).

Dans notre étude, les deux tiers des médecins estimaient que le motif avancé par le patient pour un SNP, justifiait un rendez-vous dans la journée.

La première étude de la DREES sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale révélait que les trois quarts de l'activité « urgente » des médecins étaient liés à des problèmes somatiques. Les maladies infectieuses prédominaient pour les enfants et jeunes adultes, puis la rhumatologie et la cardiologie pour les personnes âgées. Une douleur était à soulager dans 40% des cas. Le renouvellement d'ordonnance était tout de même à l'origine de 7% des recours urgents ou non programmés en médecine générale (16). Cela fait écho à une remarque intéressante d'un des secrétaires interrogés : « *Le principal problème de l'urgence, c'est la définition qu'en donne le patient. Beaucoup d'appels téléphoniques pour des rendez-vous commencent par "j'ai besoin d'un rendez-vous dans la journée" et ce besoin urgent peut être aussi bien pour une fièvre que pour un certificat médical pour jouer le match du lendemain, ou encore pour remplir un document administratif...* »

En 2018, une interne de médecine générale s'est intéressée au ressenti des patients depuis la création d'une unité de SNP. Les patients étaient interrogés en sortant de la

consultation. La majorité se disait rassuré d'avoir un diagnostic, un traitement. La plupart du temps, le motif était bénin mais l'inquiétude était telle qu'ils avaient besoin d'une explication rapide sur leur état de santé (36).

En prêtant serment, le médecin s'engage à « donner des soins à quiconque le demandera ».

Pour répondre aux SNP, les médecins de notre étude semblaient beaucoup s'investir, ayant parfois un rythme de travail effréné. Ainsi, la plupart (96%) adaptaient leur planning pour assurer les SNP, en supprimant des temps de pause et en ajoutant des consultations en fin de matinée et/ou en fin de journée. C'était fréquent pour 46% d'entre eux. Une tendance retrouvée dans plusieurs études (19, 37) et notamment celle de la DREES où 72% des médecins déclaraient faire des journées plus longues que souhaitées (38).

« Cette activité (de SNP) impacte énormément ma qualité de vie mais j'ai fait le choix d'être médecin généraliste sans aucun regret »

La PDSA est la réponse qui a été donnée aux demandes de SNP exprimées par un patient aux horaires de fermeture des cabinets libéraux. Les horaires de la PDSA ont été définis par le Code de la santé publique : de 20h à minuit tous les jours, de 12h à 20h le samedi et de 8h à 20h le dimanche (39). Les médecins généralistes sont donc censés assurer une continuité des soins pour leurs patients en étant disponibles de 8h à 20h en semaine et de 8h à 12h le samedi. Si avant, le médecin de famille était disponible presque 24h/24, aujourd'hui, les mentalités ont changé. Les médecins souhaitent concilier travail et vie de famille. L'exercice en groupe apparaît alors comme la meilleure solution.

Pour rester dans le secteur, prenons l'exemple de la MSP de Kervignac. Chaque matin, un médecin est « d'urgence ». Il assure la majorité des SNP, parfois aidés par ses collègues qui gardent quelques créneaux répartis sur la journée. La secrétaire termine à 17h30. Un des quatre médecins récupère alors la ligne téléphonique. Chaque jour, un médecin est disponible jusqu'à 20h. Les autres jours, libre à lui de choisir ses horaires.

L'exercice en groupe garantit la continuité des soins, sans négliger la qualité de travail et de vie. L'étude de la DREES réalisée en 2010 sur la santé physique et psychique des médecins généralistes révélait qu'un médecin généraliste sur dix était en détresse psychologique, et plus chez les médecins exerçant seuls (40).

Si l'exercice en groupe est attractif pour les conditions de travail, il l'est également pour la qualité des soins (41). En adhérant à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), les MSP s'engagent à assurer la continuité des soins, à s'organiser pour répondre aux SNP, et à travailler en équipe en se réunissant régulièrement et en établissant des protocoles pluri-professionnels (42).

En 2018, Thomas Mesnier, médecin urgentiste et député de Charente, a rédigé un rapport sur les soins non programmés (43). Il y propose un ensemble de recommandations afin de structurer au mieux l'organisation territoriale pour répondre aux demandes de SNP.

Nous avons interrogé les médecins et secrétaires du secteur à ce sujet.

Tous étaient favorables au développement de programmes d'éducation des patients, afin d'avoir les réflexes face aux problèmes ressentis comme urgents. L'éducation thérapeutique fait partie des nouvelles pratiques et tend à se généraliser. En janvier 2020, la DREES s'est intéressée aux difficultés et à l'adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soin locale. « Ils étaient nombreux (68%) à envisager modifier leurs pratiques de soins auprès des patients, afin de les rendre plus autonomes, par le biais de l'éducation thérapeutique » (38).

Dans son rapport au gouvernement, Thomas Mesnier attache beaucoup d'importance à renforcer la régulation. Il reconnaît que les secrétaires médicaux effectuent un premier tri et priorisent les demandes. A aucun moment, il n'évoque leur formation à la régulation. Médecins et secrétaires du secteur étaient, quant à eux, unanimes sur ce point : « il faut former les secrétaires au triage des urgences ». Nous retrouvons le même point de vue dans plusieurs études (28, 37, 44). Certains souhaitaient qu'ils aient une formation similaire à celle des assistants à la régulation médicale (32).

Peu d'études évoquent la formation des secrétaires dans ce domaine. En Mayenne, le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) a créé, en 2013, une formation d'aide à la réponse téléphonique d'appels d'urgence en cabinet de médecine générale. Vingt-trois secrétaires ont été formés. Trois ans plus tard, Anne Bouladay-Derouet les interrogeait sur l'impact de cette formation. Elle avait permis d'améliorer leurs compétences sur la priorisation des appels et avait contribué à leur épanouissement personnel et professionnel (44).

Dans le cadre des SNP, Thomas Mesnier proposait également de revaloriser les tarifs de la visite à domicile. Il ne l'évoquait pas pour les consultations prises en charge dans les 24h. Les médecins interrogés étaient pourtant nombreux (62%) à le souhaiter. Répondre aux SNP implique de s'organiser. Nous l'avons vu précédemment, la majorité des cabinets de médecine générale bloque des créneaux pour les urgences du jour. Certains cabinets ont même un médecin dédié aux SNP. Les journées plus

« calmes », ces créneaux ne sont pas toujours pourvus. Dans une profession payée à l'acte, cela pose un problème. C'est ce que soulevait un des médecins d'une MSP : « *les jours où il y a peu de demandes, vous avez un planning vide et personne ne vous rémunère !* ».

Toujours en quête de solutions pour améliorer la prise en charge des SNP, nous avons émis l'hypothèse d'ouvrir les Maisons Médicales de Garde (MMG) la journée.

Peu des médecins y étaient favorables. La raison principale était la surcharge de travail. Il semblait impossible pour eux de se libérer du temps pour assurer une astreinte en journée. « *Pendant ce temps passé à gérer les SNP, les soins programmés ne vont pas disparaître ; ils vont s'accumuler* ».

La création de la MMG à Hennebont pour assurer la PDSA avait déçu certains praticiens. Ils reprochaient l'absence de régulation effective et la multiplication d'actes ne relevant pas de la permanence des soins. Régulièrement, les hennebontais n'ayant pas eu de rendez-vous avec leur médecin dans la journée se présentaient à la MMG dès l'ouverture. Le risque, en ouvrant les MMG la journée, était d'encourager les patients à s'y présenter directement, par facilité.

« *Le seul moyen de ne pas créer de l'activité inutile est de gérer les urgences au sein de nos propres patientèles - MSP ou partage de dossier « hors les murs » ?* »

Si les médecins généralistes du secteur s'interrogent sur une organisation optimale pour répondre aux SNP, il existe déjà, dans d'autres territoires, une organisation innovante. C'est le cas du secteur de Blois avec le dispositif PAÏS : Plateforme Alternative d'Innovation en Santé. Les médecins du même territoire s'organisent, à tour de rôle, pour répondre aux SNP. Ils ont un secrétariat médical commun, formé au préalable par le SAMU, et présent de 8h à 20h en semaine puis de 8h à 12h le samedi, comme le médecin d'astreinte. Pour parfaire cette organisation, les praticiens adhérents ont l'équipement informatique pour partager les dossiers médicaux des patients (45).

En connaissant ses antécédents et son histoire, le patient est mieux pris en charge. Parce qu'il ne faut pas s'éloigner de l'objectif essentiel : il ne s'agit pas de proposer toujours plus de soins, mais bien d'orienter au mieux les patients et d'assurer la qualité des soins.

Conclusion

La majorité des cabinets de médecine générale du secteur de Lorient s'organise pour répondre aux soins non programmés. Le « sans rendez-vous » tend à disparaître au profit de plages horaires dédiées. Le secrétariat, très présent, joue un rôle incontestable dans le triage des urgences.

Si tous les médecins, à l'exception d'un, estiment répondre à l'ensemble des SNP et proposent un rendez-vous le jour même à leur patient, les secrétaires sont moins optimistes.

Quel que soit le point de vue, répondre aux SNP demande de l'investissement. Pour la moitié des médecins, cela implique souvent des journées plus longues que souhaitées.

Pour améliorer la gestion des SNP, deux propositions faisaient l'unanimité entre les médecins et les secrétaires. La première était de développer des programmes d'éducation destinés aux patients. L'objectif était de leur enseigner les réflexes à avoir en cas de problème ressenti comme urgent. La seconde était de former les secrétaires au triage des urgences.

Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude en interrogeant les secrétaires sur leurs formations et l'intérêt qu'ils pourraient porter à la création d'un Développement Professionnel Continu (DPC).

A l'heure de l'épidémie Covid19, à Lorient, nous avons pu assister à un bel élan de solidarité entre médecins de ville et médecins hospitaliers. Nombreux étaient les médecins généralistes à proposer leur aide aux urgentistes. La création temporaire d'une maison médicale face au SAU était envisagée. Des centres Covid à Hennebont et Lanester étaient prêts à ouvrir pour éviter l'afflux de patients au GHBS. Finalement, le SAU n'a pas été saturé comme nous le craignions. Aucun renfort n'a été déployé aujourd'hui. Les médecins généralistes ont même vu leur activité diminuer de moitié. Le terme d'urgence n'aura alors jamais été aussi relatif.

Bibliographie

1. Rapport d'information fait, au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières, par les sénateurs [Internet]. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
2. Rapport de la cours des comptes en 2014 sur les urgences hospitalières [Internet]. Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf
3. Les urgences - 2013 [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf>
4. État de santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781&q=les+maladies+chroniques>
5. Les maladies chroniques - Michel Chassang et Anne Gautier - juin 2019 [Internet]. Disponible sur : https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf
6. Cassan M. Usages et attentes des Français à l'égard du digital en matière d'information sur leur santé.
7. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2018 [Internet]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
8. Jager W. Médecine de ville : le pari de la jeunesse. 2018.
9. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. Disponible sur : http://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=list_geo&p=1&report=r01&selgeo1=epci.200042174&selgeo2=fra.99
10. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1114.pdf>
11. Médecin traitant - assurance maladie 2016 [Internet]. Disponible sur : http://www.apima.org/img_bronner/160601_seance_MT_forfait_patientele.pdf
12. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018 [Internet]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf

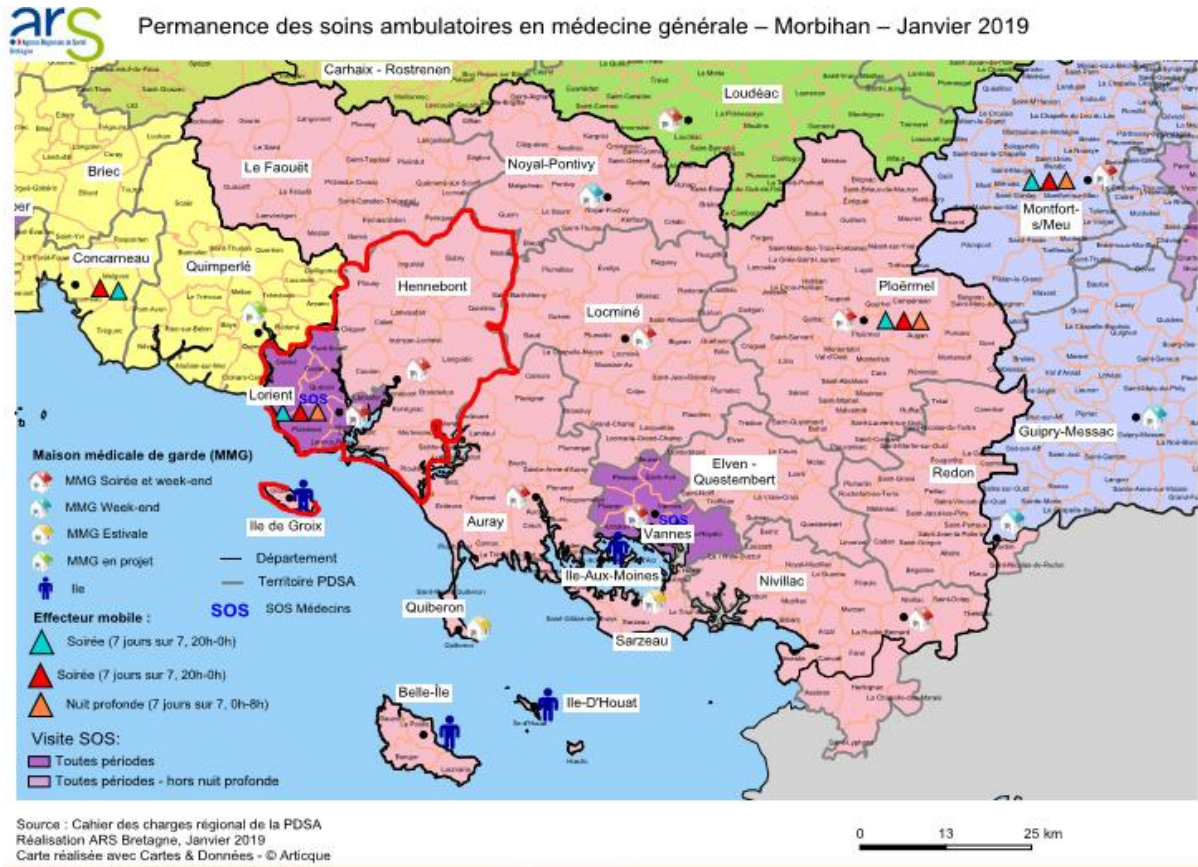
13. HU Feng Me. Organisation du temps de travail en médecine générale. Etude transversale menée auprès des médecins généralistes libéraux et mixtes en Ile et Vaine. Rennes. 2016. [Internet]. Disponible sur : <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/499fd9d4-891c-4c93-b042-52eec21ae9b0?inline>
14. Nathalie Lapeyre et Nicky Le Feuvre. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Revue française des affaires sociales [Internet]. 2005; Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-59.htm>
15. Les conditions de travail des médecins généralistes - 2016 [Internet]. Disponible sur : https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/62022/1/panoramasante_prof_2016.pdf
16. Gouyon L. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. 2006.
17. Réponses des médecins généralistes aux soins non programmés [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1138.pdf>
18. Enquête sur les soins non programmés auprès des médecins généralistes exerçant en Ile-de-France - 2015 [Internet]. Disponible sur : <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/16200.pdf>
19. Enquête sur les soins non programmés auprès des médecins généralistes exerçant en Ile-de-France - 2020 [Internet]. Disponible sur : <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2020/01/Enqu%C3%AAte-MG-SNP-ARS-URPS-2020.pdf>
20. Boulenger E. Parcours de soins non programmés: état des lieux des pratiques, du point de vue du patient et du médecin; exemple de l'agglomération d'Orange. Marseille. 2017.
21. Bouquin F, Chai M. Identification des motivations des consultants aux urgences de l'hôpital d'instruction des Armées Legouest. Journal Européen des Urgences et de Réanimation. déc 2017;29(4):279-87.
22. Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportements de consommation de soins [Internet]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Motifs_de_recours_auto-referes_aux_urgences.pdf
23. Anne-Laure Nevers. Déterminants des demandes de soins non programmés des patients adultes auto-référés consultant aux urgences et ne relevant pas de son plateau technique. Dijon. 2017.
24. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste - 2018 [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1085-2.pdf>
25. Tristan M. Enquête sur les délais de rendez-vous pour soins non programmés en médecine générale libérale en Sarthe. Angers. 2018.

26. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes.
27. Gravier Marie. Choix des médecins généralistes en matière de secrétariat médical - 2018.
28. Faurre Y. Triage par la secrétaire médicale des recours urgents et non programmés en médecine générale: étude des déterminants de l'obtention d'un rendez-vous pour le jour même. Rouen. 2012.
29. Secrétaire médical | Certification Professionnelle [Internet]. Disponible sur : <https://certificationprofessionnelle.fr/recherche/rncp/19196#ancre3>
30. Chotard Camille. Place et vécu des secrétaires médicales en cabinet de médecine générale à travers leurs interactions avec les usagers et les médecins. Lyon 1. 2017. [Internet]. Disponible sur : <http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/restAPI/preview/default/ea247099-e645-4db2-ad1b-656663c6696e/default/>
31. De Lestapis-Auroux Sébastien. Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes. Poitiers. 2018. [Internet]. Disponible sur : http://www.sfmq.org/data/generateur/generateur_fiche/1393/fichier_these_sebastien_de_lestapis0b850.pdf
32. Drean Lydie. Analyse des perceptions évolutives des médecins généralistes sur la gestion des demandes de soins non programmés de médecine générale au sein du pays Thouarsais. Poitiers. 2017. [Internet]. Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/4a10b7a6-87b0-4986-9791-c12e10ab157d>
33. Thiberville Mathilde. Triage par les secrétaires médicales des demandes de soins urgents ou non programmés en médecine générale - 2012. [Internet]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00768391/document>
34. Singla Claire. Etat des lieux du syndrome d'épuisement professionnel chez les secrétaires médicales physiques des cabinets libéraux de médecine générale en Midi-Pyrénées. Toulouse. 2019. [Internet]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/2563/1/2019TOU31005.pdf>
35. Sander C. Le médecin généraliste et les soins non programmés. Une étude concernant le ressenti des médecins généralistes libéraux meusiens face à la prise en charge des urgences. Nancy. 2010.
36. Travers Adrien. Etude du ressenti et du vécu des patients de la MSP du Véron depuis la création d'une unité de soins non programmés. Chartres. 2018 [Internet]. Disponible sur : http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2018_Medecine_TraversAdrien.pdf
37. Valle Florian. Gestion des consultations non programmées en cabinet de médecine générale : quels avantages et inconvénients selon le mode d'exercice ? Etude qualitative menée auprès de 15 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes. 2017. [Internet]. Disponible sur : <http://bibnum.univlyon1.fr/nuxeo/restAPI/preview/default/369e8996-1729-48e2-bc14-59f76f8eb3ea/default/>

38. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale - 2020 [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1140.pdf>
39. Code de la santé publique - Article R6315-1. Code de la santé publique.
40. Santé physique et psychique des médecins généralistes [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf>
41. Julien Mousquès YB, L'irdes. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012.
42. Guide des indicateurs ACI pour la rémunération des structures pluri-professionnelles [Internet]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400387/document/annexe_5_fiches_indicateurs_aci.pdf
43. Rapport du député Thomas Mesnier sur l'organisation des soins non programmés dans les territoires - 2018 [Internet]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
44. Boulday-Derouet Anne. Impact d'une formation continue de secrétaires médicales à la gestion des appels de soins urgents ou non programmés : Etude qualitative auprès de 18 secrétaires médicales formées en Mayenne en 2013. Angers. 2017. [Internet]. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20070089/2017MCEM7933/fichier/7933F.pdf>
45. Schick Julia. Étude comparative de l'incidence de PAÏS (plateforme alternative d'innovation en santé) sur le recours aux urgences entre trois communautés de communes en Loir-Et-Cher. Tours. 2016. [Internet]. Disponible sur : http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016_Medecine_SchickJulia.pdf

Annexes

Annexe 1 : Carte secteur Lorient



Annexe 2 : Questionnaire médecin

Bonjour, je m'appelle Camille Quilleré et je suis médecin remplaçant dans la région de Lorient. Certaines urgences aux yeux du patient ne le sont pas aux yeux des soignants. On parle alors d'urgences ressenties. Parmi elles, l'apparition ou l'aggravation de symptômes est souvent source de stress. Les patients souhaitent alors voir un médecin en urgence : certains se présentent directement au cabinet sans rendez-vous, d'autres appellent et veulent un rendez-vous dans la journée. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse à l'organisation des cabinets de médecine générale face aux urgences ressenties. Comment gérez-vous ces demandes ?

Les urgences ressenties

1. En moyenne, combien avez-vous par jour de demandes de consultations ou visites, jugées urgentes par le patient ?

- < 3
- 3 à 5
- 6 à 10
- > 10

2. Parvenez-vous à répondre à l'ensemble de ces demandes ?

- Oui absolument
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, absolument pas

3. Dans quel délai, est-ce-que vous parvenez à leur donner un rendez-vous ?

- Dans la journée
- Le lendemain
- Au-delà de 2 jours

4. Ces demandes concernent :

- Des patients suivis au cabinet
- des patients qui ne sont pas suivis au cabinet
- les deux

5. Réservez-vous des créneaux pour ces demandes « urgentes », à ne remplir que le jour même ?

- Oui
- Non
- Autre :

6. Si oui, combien par médecin ?

- Moins de 5
- 5-10

- Plus de 10
- Autre

7. Est-ce suffisant ?

- Oui absolument
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, absolument pas

8. Répondre à ces demandes implique-t-il d'adapter votre planning ? (Ajouter des consultations en fin de matinée, fin de journée, supprimer des temps de pause etc)

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

9. La réponse à ces demandes a-t-elle un impact sur votre vie personnelle ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

10. Parvenez-vous à faire le tri entre les demandes urgentes et celles qui peuvent attendre ?

- Oui absolument
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, absolument pas
- Non concerné

11. Les motifs donnés pour une demande de rendez-vous le jour même sont-ils justifiés d'après vous ?

- Oui absolument
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, absolument pas

12. Cela aurait-il pu être pris en charge ultérieurement si le patient était plus informé sur les conduites à tenir en fonction des symptômes ?

- Oui absolument
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, absolument pas

13. A quel pourcentage estimez-vous le nombre de ces consultations ou visites qui aboutissent à :

- Une hospitalisation
- Une prescription spécifique : examen complémentaire et/ou traitement à visée curative
- Une prescription d'un traitement à visée symptomatique
- Uniquement rassurer le patient

14. D'après vous, comment améliorer la prise en charge de ces urgences ressenties par le patient ?

Quelques propositions sont faites pour vous aider. Réponse libre possible ci-dessous.

- Ouvrir les maisons médicales de garde la journée
- Créer des demi-journées dédiées aux soins non programmés par MSP et/ou CPTS
- Revaloriser les consultations avec prise en charge dans les 24h
- Développer des programmes d'éducation des patients aux réflexes face aux problèmes ressentis comme urgents
- Former les secrétaires au triage des urgences, pour faciliter la gestion
- Identifier les cabinets médicaux et MSP par territoire, et les équiper de petits plateaux techniques pour répondre à l'activité non programmée, en demandant aux SDIS (pompiers) un transport des patients pris en charge auprès de MSP identifiées au lieu de les diriger vers un service d'urgence, en régulant ces transports par le 15
- Autoriser les pharmaciens à faire des consultations simples avec à disposition des arbres décisionnels établis entre pharmaciens et médecins
- Créer et généraliser le poste d'assistant médical
- Avoir recours à la téléconsultation
- Autre :

Caractéristiques du cabinet :

15. Y a-t-il un ou plusieurs jours où le cabinet est fermé en dehors des horaires de la PDSA ?

- Oui
- Non

16. Si oui, où orientez-vous vos patients ces jours-là ?

- Chez un confrère
- Vers sos médecin
- Vers le 15
- Vers les urgences
- Autre :

17. Combien de consultations en moyenne faites-vous par jour ?

- <15
- 15-20
- 21-25
- 26-30
- 31-35
- > 35

18. Vos consultations sont :

- Uniquement sur rendez-vous
- Uniquement sans rendez-vous
- Avec et sans rendez-vous

19. Avez-vous un secrétariat ?

- Oui
- Non

20. Si oui, quel type de secrétariat ? Plusieurs réponses possibles.

- Secrétaire présent au cabinet – dans ce cas, merci de préciser le temps de présence :
- Plateforme téléphonique
- Service en ligne de prises de rdv type doctolib
- Autre :

21. Sur le temps d'absence du secrétaire, les appels téléphoniques sont gérés par :

- Vous, médecin
- Une plateforme téléphonique
- Il y a toujours un secrétaire présent sur les heures d'ouverture du cabinet
- Autre :

22. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

23. Quel est votre âge ?

24. Dans quel secteur exercez-vous ?

- Urbain
- Semi-rural
- Rural ou ilien

25. Combien de médecin(s) êtes-vous à exercer au cabinet ?

26. Vous, combien de jours exercez-vous par semaine en moyenne ?

27. De combien de patients environ êtes-vous le médecin traitant ?

28. Etes-vous maître de stage ?

- Oui
- Non

29. Participez-vous à la permanence des soins ambulatoires ?

- Oui
- Non

Annexe 3 : Questionnaire secrétaire

Bonjour, je m'appelle Camille Quilleré et je suis médecin remplaçant dans la région de Lorient. Certaines urgences aux yeux du patient ne le sont pas aux yeux des soignants. On parle alors d'urgences ressenties. Parmi elles, l'apparition ou l'aggravation de symptômes est souvent source de stress. Les patients souhaitent alors voir un médecin en urgence : certains se présentent directement au cabinet sans rendez-vous, d'autres appellent et veulent un rendez-vous dans la journée. Dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse à l'organisation des cabinets de médecine générale face aux urgences ressenties. Comment gérez-vous ces demandes ?

Les urgences ressenties

1. En moyenne, par médecin, combien de consultations ou visites, jugées urgentes par le patient, sont demandées le jour même ?

- < 3
- 3 à 5
- 6 à 10
- > 10

2. Parvenez-vous à répondre à l'ensemble de ces demandes ?

- Oui absolument
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, absolument pas

3. Dans quel délai, est-ce-que vous parvenez à leur donner un rendez-vous ?

- Dans la journée
- Le lendemain
- Au-delà de 2 jours

4. Ces demandes concernent :

- Des patients suivis au cabinet
- Des patients qui ne sont pas suivis au cabinet
- Les deux

5. Réservez-vous des créneaux pour ces demandes « urgentes », à ne remplir que le jour même ?

- Oui
- Non
- Autre :

6. Si oui, combien par médecin ?

- < 5
- 5-10
- > 10
- Autre :

7. Est-ce suffisant ?

- Oui absolument
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, absolument pas

8. Répondre à ces demandes implique-t-il d'adapter le planning des médecins ? (Ajouter des consultations en fin de matinée, fin de journée, supprimer des temps de pause... etc)

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

9. La gestion de ces demandes a-t-elle un impact sur votre vie personnelle ? (Finir en retard, ressentir du stress voire de la culpabilité...etc)

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

10. Parvenez-vous à faire le tri entre les demandes urgentes et celles qui peuvent attendre ?

- Oui absolument
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, absolument pas

11. Avez-vous recours au médecin pour faire le tri ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

12. Les motifs donnés pour une demande de rendez-vous le jour même sont-ils justifiés d'après vous ?

- Oui absolument
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, absolument pas
- Ne sait pas

13. Cela aurait-il pu être pris en charge ultérieurement si le patient était plus informé sur les conduites à tenir en fonction des symptômes ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

14. A quel pourcentage estimez-vous le nombre de ces consultations ou visites qui aboutissent à :

- Une hospitalisation
- Une prescription spécifique : examen complémentaire et/ou traitement à visée curative (ex : antibiotique)
- Une prescription d'un traitement à visée symptomatique (ex : Doliprane)
- Uniquement rassurer le patient

15. D'après vous, comment améliorer la prise en charge de ces demandes de rendez-vous le jour même, ressenties comme urgentes par le patient ?

Réponse libre. Voici quelques propositions.

- Ouvrir les maisons médicales de garde la journée
- Créer des demi-journées dédiées aux soins non programmés par MSP et/ou CPTS
- Revaloriser les consultations avec prise en charge dans les 24h
- Développer des programmes d'éducation des patients aux réflexes face aux problèmes ressentis comme urgents
- Former les secrétaires au triage des urgences, pour faciliter la gestion
- Identifier les cabinets médicaux et msp par territoire, et les équiper de petits plateaux techniques pour répondre à l'activité non programmée, en demandant aux sdis (pompiers) un transport des patients pris en charge auprès de msp identifiées au lieu de les diriger vers un service d'urgence, en régulant ces transports par le 15
- Autoriser les pharmaciens à faire des consultations simples avec à disposition des arbres décisionnels établis entre pharmaciens et médecins
- Créer et généraliser le poste d'assistant médical
- Avoir recourt à la téléconsultation
- Autre :

Caractéristiques du cabinet :

16. Combien y a-t-il de médecin(s) à exercer au cabinet ?

17. Combien sont-ils à exercer chaque jour ?

18. Quelle est la moyenne d'âge des médecins ?

19. Dans quel secteur est le cabinet ?

- Urbain
- Semi-rural
- Rural ou ilien

20. Y a-t-il un ou plusieurs jours où le cabinet est fermé (samedi compris) ?

- Oui
- Non

21. Si oui, où orientez-vous les patients ces jours-là ?

- Vers un autre cabinet médical
- Vers Sos médecin
- Vers le 15
- Vers les urgences
- Autre :

22. Combien de consultations en moyenne un médecin du cabinet fait par jour ?

- <15
- 15- 20
- 21-25
- 26-30
- 31-35
- > 35

23. Les consultations sont :

- Uniquement sur rendez-vous
- Uniquement sans rendez-vous
- Avec et sans rendez-vous

24. Êtes-vous plusieurs secrétaires ?

- Oui
- Non

25. Sur votre temps d'absence, qui gère la prise de rendez-vous ?

Plusieurs réponses possibles.

- Une plateforme téléphonique
- Un service en ligne type doctolib
- Le médecin
- Il y a toujours un secrétaire présent sur les heures d'ouverture du cabinet
- Autre :

26. Les médecins du cabinet participent-ils à la permanence des soins (aux gardes) ?

- Oui
- Non

27. Certains médecins sont-ils maîtres de stage ?

- Oui
- non

Annexe 4 : Les soins non programmés (SNP)

	Médecins, n= 50
Nombre de SNP, par médecin et par jour	
≤ 5	33 (66%)
6 à 10	13 (26%)
> 10	4 (8%)
Les SNP concernent	
Des patients suivis au cabinet	20 (40%)
Des patients qui ne sont pas suivis au cabinet	2 (4%)
Les deux	28 (56%)
Parvenez-vous à répondre aux demandes ?	
Oui absolument	13 (26%)
Plutôt oui	36 (72%)
Plutôt non	1 (2%)
Rdv donné	
Le jour même	49 (98%)
Le lendemain	1 (2%)
Parvenez-vous à trier les demandes ?	
Oui, absolument	2 (4%)
Plutôt oui	38 (76%)
Plutôt non	10 (20%)
Les motifs donnés justifient-ils un rdv le jour même ?	
Oui absolument	0
Plutôt oui	34 (68%)
Plutôt non	16 (32%)
Absolument pas	0

Annexe 5 : Particularités de l'exercice selon l'âge

	Age des médecins		≥ 50 ans, n = 14	%	p-value
	< 50 ans, n = 36	%			
Nombre de jours travaillés / semaine					
≤ 4	21	58%	2	14%	0,0099
> 4	15	42%	12	86%	
Nombre de consultations / jour					
≤ 20	10	28%	2	14%	0,2500
21 à 25	14	39%	3	21%	
26 à 30	11	33%	8	57%	
> 30	1	3%	1	7%	
Participation à la PDSA					
Non	3	2%	3	21%	0,3305
Oui	33	92%	11	79%	
Secteurs					
Rural ou ilien	4	11%	4	29%	0,035
Semi-rural	22	61%	3	21%	
Urbain	10	28%	7	50%	
Exercice					
Seul	1	3%	5	36%	0,0556
En groupe	35	97%	9	64%	
Nombres de patients - médecin traitant					
≤ 860	28	78%	5	36%	0.0079
> 860	8	22%	9	64%	

Annexe 6 : Particularités de l'exercice selon le sexe

	Femmes, n = 25	%	Hommes, n = 25	%	p-value
Nombre de jours travaillés par semaine					
≤ 4	10	60%	8	32%	0,0470
> 4	15	40%	17	68%	
Nombre de consultations par jour					
≤ 20	10	40%	2	8%	0,0497
21 à 25	7	28%	10	40%	
26 à 30	7	28%	12	48%	
> 30	1	4%	1	4%	
Participation à la PDSA					
Non	3	12%	3	12%	
Oui	22	88%	22	78%	
Secteurs					
Rural ou ilien	3	12%	5	20%	0,7479
Semi-rural	14	56%	11	44%	
Urbain	11	44%	9	36%	
Exercice					
Seul	2	8%	4	16%	0,6671
En groupe	23	92%	21	84%	
Nombres de patients médecin traitant					
≤ 860	20	60%	12	32%	0,0391
> 860	5	40%	13	68%	

Annexe 7 : Organisation du cabinet selon le secteur

	Rural ou ilien		Semi-rural		Urbain		p-value
	n= 8	%	n=25	%	n=17	%	
Consultations							
Sur rdv uniquement	5	63%	23	92%	14	82%	0,1046
Avec et sans rdv	3	37%	2	8%	3	18%	
Créneaux réservés aux SNP							
Oui	7	88%	25	100%	13	76%	0,0338
Non	1	12%	0	0	4	24%	
Secrétariat							
Aucun	2	25%	4	16%	3	18%	0,6882
Secrétaire au cabinet seul +/- plateforme téléphonique +/- service en ligne	6	75%	15	60%	10	59%	
Plateforme téléphonique seule +/- service en ligne			6	24%	4	23%	

Annexe 8 : Organisation du cabinet selon le nombre de médecins

	Exercice Seul, n= 6		En groupe, n= 44		p-value
		%		%	
Consultations					
Sur rdv uniquement	4	67%	38	86%	0,2416
Avec et sans rdv	2	33%	6	14%	
Créneaux réservés aux SNP					
Oui	5	83%	40	91%	0,4874
Non	1	17%	4	9%	
Secrétariat					
Aucun	3	50%	6	14%	0,0257
Secrétaire au cabinet seul +/- plateforme téléphonique +/- service en ligne	1	17%	30	68%	
Plateforme téléphonique seule +/- service en ligne	2	33%	8	18%	

Annexe 9 : Organisation du cabinet selon le sexe des médecins

	Femmes, n=25	%	Hommes, n=25	%	p-value
Consultations					
Sur rdv uniquement	24	96%	18	72%	0,0487
Avec et sans rdv	1	4%	7	28%	
Créneaux réservés aux SNP					
Oui	24	96%	21	84%	0,3486
Non	1	4%	4	16%	
Secrétariat					
Aucun	2	8%	7	28%	0,039
Secrétaire au cabinet seul +/- plateforme téléphonique +/- service en ligne	20	80%	11	44%	
Plateforme téléphonique seule +/- service en ligne	3	12%	7	28%	

Annexe 10 : Organisation du cabinet selon l'âge des médecins

	Age des médecins		≥ 50 ans, n= 14	%	p-value
	< 50 ans, n=36	%			
Consultations					
Sur rdv uniquement	33	92%	9	64%	0.0303
Avec et sans rdv	3	8%	5	36%	
Créneaux réservés aux SNP					
Oui	34	94%	11	79%	0,1261
Non	2	6%	3	21%	
Secrétariat					
Aucun	5	14%	4	29%	0,4526
Secrétaire au cabinet seul +/- plateforme téléphonique +/- service en ligne	24	67%	7	50%	
Plateforme téléphonique seule +/- service en ligne	7	19%	3	21%	

Annexe 11 : Organisation du cabinet selon le nombre de patients

	Nombre de patients – médecin traitant				p-value
	≤ 860, n = 33	%	>860, n = 17	%	
Consultations					
Sur rdv uniquement	30	91%	12	71%	0,1021
Avec et sans rdv	3	9%	5	29%	
Créneaux dédiés					
Oui	31	94%	14	82%	0,3214
Non	2	6%	3	18%	
Secrétariat					
Aucun	6	18%	3	17,50%	1
Secrétaire au cabinet seul +/- plateforme téléphonique +/- service en ligne	20	61%	11	65%	
Plateforme téléphonique seule +/- service en ligne	7	21%	3	17,50%	

Annexe 12 : Répercussion de l'organisation sur le planning

	Répercussions sur le planning				p-value
	Occasionnelles n=27	%	Fréquentes n=23	%	
Consultations					
Sur rdv uniquement	23	85%	19	83%	1
Avec et sans rdv	4	15%	4	17%	
Créneaux réservés aux SNP					
Oui	25	93%	20	87%	0,6507
Non	2	7%	3	13%	
Exercice					
Seul	2	7%	4	17%	0,3945
En groupe	25	93%	19	83%	
Secrétariat					
Aucun	5	18%	4	17%	0,172
Secrétaire +/- télésecrétariat +/- service en ligne	14	52%	17	74%	
Télésecrétariat +/- service en ligne	8	30%	2	9%	

Annexe 13 : Répercussion de l'organisation sur la vie privée

	Répercussions sur la vie privée				
	Occasionnelles n=39	%	Fréquentes n=11	%	p-value
Consultations					
Sur rdv uniquement	33	85%	9	82%	1
Avec et sans rdv	6	15%	2	18%	
Créneaux réservés aux SNP					
Oui	37	95%	8	73%	0,0639
Non	2	5%	3	27%	
Exercice					
Seul	5	13%	1	9%	1
En groupe	34	87%	10	91%	
Secrétariat					
Aucun	8	21%	1	9%	0,4295
Secrétaire +/- télésecrétariat +/- service en ligne	22	56%	9	82%	
Télésecrétariat +/- service en ligne	9	23%	1	9%	

Annexe 14 : Répercussions des SNP

	Secrétaires, n=24
Répercussion sur le planning des médecins	
Jamais	1 (4%)
Parfois	13 (54%)
Souvent	8 (34%)
Toujours	2 (8%)
Répercussions sur la secrétaire (anxiété, heures supplémentaires...)	
Jamais	7 (29%)
Parfois	13 (54%)
Souvent	4 (17%)
Toujours	0
Agression verbale	
Jamais	4 (17%)
Parfois	14 (58%)
Souvent	6 (25%)
Toujours	0

Annexe 15 : Organisation du cabinet selon le secteur

	Rural- ilien, n=	%	Semi- rural, n= 8	%	Urbain, n= 13	%	p- value
Consultations							
Sur rdv uniquement	2	67%	8	100%	12	92%	0,3405
Avec et sans rdv	1	33%			1	8%	
Créneaux dédiés aux SNP							
Oui	2	67%	7	88%	11	85%	0,5791
Non	1	33%	1	12%	2	15%	
Protocoles - Triage							
Oui	1	33%	7	88%	4	31%	0,0331
Non	2	67%	1	12%	9	69%	

Annexe 16 : Organisation du cabinet selon le nombre de médecins

	Exercice				p-value
	Seul, n= 2	%	En groupe, n=22	%	
Consultations					
Sur rdv uniquement	2	100%	20	91%	1
Avec et sans rdv	0		2	9%	
Créneaux dédiés aux SNP					
Oui	1	50%	19	91%	0,3115
Non	1	50%	3	9%	
Protocoles - Triage					
Oui	1	50%	11	50%	1
Non	1	50%	11	50%	

Annexe 17 : Organisation du cabinet selon l'âge moyen des médecins

	Age des médecins				p-value
	< 50 ans, n=17	%	≥ 50 ans, n=7	%	
Consultations					
Sur rdv uniquement	17	100%	5	71%	0.0760
Avec et sans rdv			2	29%	
Créneaux dédiés aux SNP					
Oui	15	88%	5	71%	0.5520
Non	2	12%	2	29%	
Protocoles - Triage					
Oui	10	59%	2	29%	0.3707
Non	7	41%	5	71%	

Annexe 18 : Répercussions de l'organisation

	Consultations				
	Sur rdv		Avec et sans rdv		p-value
	n = 22	%	n = 2	%	
Rendez-vous					
Le jour même	18	82%	1	50%	0,3804
Le lendemain	4	18%	1	50%	
Réussir à trier					
Oui, absolument	5	23%	0		0,1195
Plutôt oui	17	77%	1	50%	
Plutôt non	0		1	50%	
Recours au médecin					
Occasionnel	20	91%	2	100%	1
Fréquent	2	9%			
Répercussion planning					
Occasionnelle	13	59%	1	50%	1
Fréquente	9	41%	1	50%	
Répercussion secrétaire					
Occasionnelle	19	86%	1	50%	0,3115
Fréquente	3	14%	1	50%	
Agression verbale					
Occasionnelle	16	80%	2	100%	1
Fréquente	6	20%			
	Créneaux dédiés aux SNP				
	Oui, n = 20	%	Non, n = 4	%	p-value
Rendez-vous					
Le jour même	15	75%	4	100%	1
Le lendemain	5	25%			
Réussir à trier					
Oui, absolument	4	20%	1	25%	1
Plutôt oui	15	75%	3	75%	
Plutôt non	1	5%			
Recours au médecin					
Occasionnel	18	90%	4	100%	1
Fréquent	2	10%			

Répercussion planning

Occasionnelle	12	60%	2	50%	1
Fréquente	8	40%	2	50%	

Répercussion secrétaire

Occasionnelle	16	80%	1	25%	0,0592
Fréquente	4	20%	3	75%	

Agression verbale

Occasionnelle	15	75%	3	75%	1
Fréquente	5	25%	1	25%	

	Protocoles - triage				
	Oui, n = 12	%	Non, n = 12	%	p-value
Rendez-vous					
Le jour même	10	83%	9	75%	1
Le lendemain	2	17%	3	25%	
Réussir à trier					
Oui, absolument	2	17%	3	25%	0,6404
Plutôt oui	10	83%	8	67%	
Plutôt non			1	8%	
Recours au médecin					
Occasionnel	11	92%	11	92%	1
Fréquent	1	8%	1	8%	
Répercussion planning					
Occasionnelle	6	50%	8	67%	0,6801
Fréquente	6	50%	4	33%	
Répercussion secrétaire					
Occasionnelle	10	83%	10	83%	1
Fréquente	2	17%	2	17%	
Agression verbale					
Occasionnelle	8	67%	10	83%	0,4156
Fréquente	4	33%	2	17%	

U.F.R. DE MEDECINE DE RENNES	N°
QUILLERE Camille – Gestion des soins non programmés par les cabinets de médecine générale du secteur de Lorient.	
71 feuilles, 7 tableaux. 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2020 ; N° .	
<p>Résumé français</p> <p>Contexte : Les urgences sont saturées. Selon une étude la DREES, 43% des passages aux urgences auraient pu être pris en charge par la médecine ambulatoire.</p> <p>Objectif : L'objectif de cette étude était de décrire l'organisation des cabinets de médecine générale du secteur de Lorient pour répondre aux soins non programmés, ainsi que leurs répercussions.</p> <p>Méthodes : Etude quantitative, transversale et descriptive, par questionnaires, anonymes, adressés par voie électronique aux médecins généralistes et secrétaires présents au cabinet du secteur de Lorient.</p> <p>Résultats : 74 questionnaires ont été analysés: 50 remplis par les médecins, 24 par les secrétaires. Les deux tiers des médecins et secrétaires évaluaient le nombre de SNP par jour inférieur ou égal à 5. 88% des médecins exerçaient en cabinet de groupe. 84% consultaient sur rendez-vous uniquement. 90% réservaient des créneaux dédiés aux urgences. 82% avaient un secrétariat, d'autant plus lorsqu'ils exerçaient en groupe (86% vs 50%, $p=0.0257$). Tous, sauf 1, estimaient répondre à l'ensemble des soins non programmés. Pour 46%, cela impliquait souvent des journées plus longues. 50% des secrétaires interrogés avaient des protocoles d'aide au triage. En cas d'urgence ressentie, le patient parvenait à avoir un rendez-vous dans la journée d'après 79% des secrétaires contre 98% des médecins ($p=0.0121$). 83% des secrétaires avaient déjà été agressés verbalement par des patients.</p> <p>Conclusion : Les cabinets de médecine générale du secteur de Lorient s'organisent pour répondre aux soins non programmés, essentiellement en leur réservant des créneaux dédiés. Le ressenti des secrétaires varie de celui des médecins. Mais tous sont unanimes pour développer des programmes d'éducation des patients et former les secrétaires au triage. Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude en interrogeant les secrétaires sur leurs formations et l'intérêt qu'ils pourraient porter à la création d'un développement professionnel continu.</p>	
Rubrique de classement : MEDECINE	
Mots-clés : soins non programmés, médecine générale	
<p>JURY : Président Professeur Jean-Marc TADIE</p> <p>Asseseurs : Professeur Françoise TATTEVIN (directrice de thèse) Docteur Ronan GARLANTEZEC Docteur Pierric RENAUT</p>	