



**HAL**  
open science

# Ressenti des médecins généralistes installés sur le territoire de Combourg sur leur offre de soins non programmés et perspectives d'évolution concernant cette offre

Mathilde Liard

## ► To cite this version:

Mathilde Liard. Ressenti des médecins généralistes installés sur le territoire de Combourg sur leur offre de soins non programmés et perspectives d'évolution concernant cette offre. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03552170

**HAL Id: dumas-03552170**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03552170>**

Submitted on 2 Feb 2022

**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

**Mathilde LIARD**

Née le 15 Mai 1992 à Orléans (45)

---

**Ressenti des médecins  
généralistes installés  
sur le territoire de  
Combourg sur leur offre  
de soins non  
programmés et  
perspectives  
d'évolution concernant  
cette offre.**

**Thèse soutenue à Rennes  
le 29 avril 2021**

devant le jury composé de :

**Pr Patrick JEGO**

PU – PH médecine interne, gériatrie et biologie du  
vieillessement, addictologie, CHU Rennes /  
*président du jury*

**Pr Alain CAUBET**

MCU -PH médecine et santé au travail, CHU de  
Rennes / *examineur*

**Pr Pierric RENAUT**

Professeur associé de médecine générale, DMG  
Rennes / *examineur*

**Dr Ghislaine VILLOIN**

Médecin généraliste à Antrain / *directrice de thèse*



**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

**Mathilde LIARD**

Née le 15 Mai 1992 à Orléans (45)

---

**Ressenti des médecins  
généralistes installés  
sur le territoire de  
Combours sur leur offre  
de soins non  
programmés et  
perspectives  
d'évolution concernant  
cette offre.**

**Thèse soutenue à Rennes  
le 29 avril 2021**

devant le jury composé de :

**Pr Patrick JEGO**

PU – PH médecine interne, gériatrie et biologie du  
vieillessement, addictologie, CHU Rennes /  
*président du jury*

**Pr Alain CAUBET**

MCU -PH médecine et santé au travail, CHU de  
Rennes / *examineur*

**Pr Pierric RENAUT**

Professeur associé de médecine générale, DMG  
Rennes / *examineur*

**Dr Ghislaine VILLOIN**

Médecin généraliste à Antrain / *directrice de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES au 01/09/2020			
NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION 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 viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	Professeur Emérite	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
COGNÉ	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
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	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH Professeur Emérite au	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LE JEUNE	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	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
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
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
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-JALMES	Hervé	PU-PH Professeur Emérite au	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH Professeur Emérite au	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 au 01/09/2020			
NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	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
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGO TIMOH	Krystal	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

**Remerciements :**

*A Monsieur le Professeur Patrick JEGO, merci de me faire l'honneur de présider ce jury.*

*A Messieurs le Docteur CAUBET et le Docteur RENAUT, merci d'avoir accepté de juger mon travail.*

*A Madame le Docteur VILLOIN, merci d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse.*

A tous les médecins généralistes qui ont participé à cette étude, merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail, et au temps que vous m'avez consacré.

A ma famille, mes parents, à Cécile et Alice, à Geoffrey, merci pour votre soutien depuis des années.

A Morgane, merci pour ta participation.

Et à tous mes amis, merci !

## Table des matières

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
<b>II.</b>	<b>METHODE</b> .....	<b>8</b>
	<b>A. Population</b> .....	<b>8</b>
	<b>B. Recueil des données</b> .....	<b>8</b>
	<b>C. Analyses des données</b> .....	<b>8</b>
	<b>D. Aspects éthiques et réglementaires</b> .....	<b>9</b>
<b>III.</b>	<b>RESULTATS</b> .....	<b>9</b>
	<b>A. Population</b> .....	<b>9</b>
	<b>B. Résultats</b> .....	<b>9</b>
	1. Définition du SNP .....	9
	2. Organisation actuelle de l'offre de SNP .....	10
	3. Ressenti sur l'offre.....	14
	4. Perspectives d'évolution .....	18
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>24</b>
	<b>A. Forces et limites de l'étude</b> .....	<b>24</b>
	<b>B. Résultats principaux et confrontation aux données actuelles</b> .....	<b>24</b>
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>30</b>
<b>VI.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>32</b>
<b>VII.</b>	<b>Annexes</b> .....	<b>35</b>
	<b>A. Guide d'entretien</b> .....	<b>35</b>
	<b>B. Caractéristiques des médecins</b> .....	<b>36</b>
<b>VIII.</b>	<b>Glossaire</b> .....	<b>36</b>



## I. INTRODUCTION

Les soins non programmés (SNP) en médecine générale sont définis comme l'ensemble des demandes des patients correspondant à une urgence ressentie, nécessitant un avis médical ou une consultation dans la journée, mais ne relevant pas d'une prise en charge par les services d'urgences. Comme décrit par l'organisation Wonca Europe (1), c'est une des missions de santé allouée aux médecins généralistes, au travers de la compétence « premier recours – urgences »(2).

Selon des enquêtes successives de la DRESS ( Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), sur les 15 dernières années on note une augmentation de la part des SNP dans l'activité des médecins généralistes libéraux (3),(4). En 2019, 4 médecins généralistes sur 10 déclarent avoir 30 % ou plus de leur activité dédiée aux SNP. Dans la moitié des cas, il s'agirait de patients âgés de moins de 45 ans, consultant dans  $\frac{3}{4}$  des cas, pour des problèmes somatiques non traumatiques, avec une composante douloureuse très présente expliquant ce ressenti d'urgence par le patient.

En parallèle, depuis de nombreuses années l'activité des urgences n'a cessé de croître. Selon le rapport de la Cour des Comptes de 2019, le nombre de passage a augmenté de 15 % sur les 4 dernières années (5). Grâce à la classification clinique des malades aux urgences (la CCMU), on peut estimer à 20% les patients n'ayant eu besoin d'aucun acte complémentaire et qui auraient donc pu relever d'une prise en charge en médecine générale. Il est également estimé que la prise en charge aux urgences dure moins de deux heures pour la moitié des patients (6).

On comprend qu'actuellement, la prise en charge des SNP est une problématique que chaque médecin à son échelle doit prendre en compte. Lors des études de médecine, actuellement nous ne sommes que peu sensibilisés à la gestion pratique des SNP en libéral. Nous découvrons cette organisation progressivement, lors de nos passages dans les cabinets pour les stages. En fonction du territoire d'exercice et du mode d'installation du MSU (Maître de Stage Universitaire), nous pouvons avoir des visions très diverses de cette organisation.

En effet, la majorité des médecins libéraux sont organisés pour répondre à la demande de SNP (4), seulement, cette organisation est dépendante de l'offre du territoire. C'est pourquoi, pour cette étude, le choix du territoire de Combourg a été fait. Il s'agit d'une zone rurale, à distance des services d'urgences, des structures d'accueil de SNP, et hors du territoire d'action de SOS médecins. Il paraissait intéressant d'avoir l'avis de médecins n'ayant pas un accès facile et rapide aux services d'urgences.

La question qui se pose, dans cette étude, est de connaître le ressenti de médecins généralistes installés en zone rurale, sur leur offre de SNP, ainsi que leurs perspectives d'évolution.

## **II. METHODE**

Une étude qualitative selon une approche de théorisation ancrée a été réalisée entre avril et juillet 2020. La méthode a été construite en respectant les critères COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (7).

### **A. Population**

La population était recrutée sur le territoire de Combourg (35270). Ce territoire a été défini comme celui où exercent les médecins participant au planning de garde de la maison médicale de Combourg.

Le recrutement s'est fait par mail, via le mailing de l'ADOPS 35 (Association départementale pour l'Organisation et la Permanence des Soins des médecins libéraux).

Au total, trois relances ont été effectuées par mail, ainsi qu'un appel au cabinet.

L'étude était présentée comme un travail de recherche qualitative visant à cerner leur ressenti, et perspectives d'évolution concernant leur offre de soins non programmés.

Un des participants était connu de l'investigatrice.

Le recrutement s'est terminé après l'obtention de la suffisance des données.

### **B. Recueil des données**

Il a été réalisé sous forme d'entretiens individuels semi dirigés. Deux modalités d'entretien étaient proposées aux participants, en visioconférence, via le logiciel Zoom, ou en présentiel sur leur lieu de travail.

Les entretiens ont été menés par une interne de médecine générale.

Le guide d'entretien a été élaboré par l'investigatrice et la directrice de thèse. Il était basé sur une revue de la littérature qualitative, des échanges avec des médecins généralistes, ainsi qu'un entretien exploratoire auprès d'un chef de service d'urgences.

Le guide a évolué au fur et à mesure des entretiens, afin d'être le plus pertinent possible.

Les entretiens étaient enregistrés sur support audio, puis retranscrits intégralement sous Word, de manière anonyme.

Des notes de terrain ont été prises immédiatement après les entretiens, pour noter le ressenti de l'investigatrice.

Les retranscriptions d'entretiens n'ont pas été soumises aux participants.

### **C. Analyses des données**

Une analyse thématique, à l'aide d'un codage axial des verbatims, a été effectuée avec le logiciel NVivo.

Un double codage a été réalisé indépendamment par un deuxième chercheur (interne en médecine générale), permettant un renforcement de la validité interne de l'étude par une triangulation des données.

## D. Aspects éthiques et réglementaires

L'accord des participants a été obtenu par voie orale avant l'enregistrement des entretiens. Selon la législation, ce travail d'analyse des pratiques professionnelles de médecins, n'a pas fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'information et des libertés, ni d'une analyse par un comité d'éthique.

## III. RESULTATS

### A. Population

Douze médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude, 5 femmes et 7 hommes. Les caractéristiques des médecins sont détaillées dans le tableau.

Sur les 12 médecins, 11 étaient installés au moment de l'entretien, et 1 était en cours d'installation.

Un médecin n'a pas été inclus, car il n'exerçait pas dans la zone géographique définie.

Deux entretiens ont été réalisés en visioconférence, les 10 autres ont eu lieu au cabinet des praticiens interrogés. Les entretiens ont duré en moyenne 32 minutes (de 20 à 44 minutes).

Au total 37 médecins ont été contactés, 3 exerçants seuls, les autres en cabinet de groupe. On peut noter qu'aucun des médecins exerçant seul n'a donné suite aux différentes sollicitations.

### B. Résultats

#### 1. Définition du SNP

La question de la définition des SNP, est complexe. Tous les médecins ont fait ressortir la notion de délai rapide pour la prise en charge : « *besoin d'une réponse, ou d'un examen, ou d'une prise en charge le plus rapidement possible* » (M3). Ce sont des soins qui ne peuvent être anticipés : « *tout est dit dans le mot, des soins qu'on n'a pas organisé à l'avance* » (M1). De même, le caractère d'imprévisibilité « *les sutures quand ça tombe ça peut être n'importe quand* » (M3) semble primordial. En cela, les SNP sont régulièrement opposés aux soins programmés « *tout ce qui ne fait pas partie des renouvellements périodiques d'ordonnance, des examens périodiques comme le frottis* » (M10). Il s'agit de soins qui bouleversent l'organisation.

Il ressort assez rapidement les concepts d'urgence ressentie « *ils ont un besoin urgent, ou un besoin ressenti comme rapide* » (M7) et d'urgence relative « *il y a le degré d'urgence, qui est variable en fonction de chaque patient, entre urgence et impatience ce n'est pas facile de faire la part des choses* » (M5). Ces deux critères amènent rapidement les médecins à parler de subjectivité et de nécessité de régulation « *il faut vraiment faire du tri, faut s'arranger pour que ça ne soit pas les patients qui définissent le non programmé* » (M2).

Pour M8, la définition du SNP peut également s'étendre à la gestion de situations urgentes lors de soins programmés : *« la consultation qui par exemple devient une urgence psy (...) c'est presque plus ça je dirais qui pour moi est du SNP, c'est la surprise de la consultation de quelqu'un qui finalement peut aller plus mal que juste une consultation standard »*.

Une majorité des motifs de SNP rapportés comportent une plainte douloureuse : *« une gêne qui rendait compliqué de les faire attendre »* (M2), souvent de la traumatologie *« une dame bouchère qui s'est coupé le doigt »* (M4), ou de l'infectiologie.

La population pédiatrique semble très pourvoyeuse de demandes de SNP *« les sorties d'écoles beaucoup, il a mal à la gorge, à l'oreille »* (M7). A l'opposé on note aussi des prises en charge gériatriques avec des décompensations d'organe.

## 2. Organisation actuelle de l'offre de SNP

- **Secrétariat physique**

Rapidement, en parlant de leur organisation de SNP, les médecins parlent de leur secrétariat. Tous les médecins, sauf un, ont une secrétaire physique sur place, qu'ils considèrent comme la clé de l'organisation du cabinet : *« c'est le pilier »* (M9). En l'absence de leurs secrétaires, ils rapportent tous des difficultés : *« pendant le covid, on avait mis les secrétaires en chômage partiel (...) c'était insupportable »* (M10).

Plus particulièrement pour les SNP, le rôle de régulation de la secrétaire est mis en avant : *« c'est la secrétaire qui régule quand elle reçoit les appels »* (M11). Rôle qui est reconnu comme difficile pour la majorité des médecins. Quelques médecins ont cadré cette régulation avec la création de guide de régulation à destination de leur secrétaire : *« on lui avait fait une fiche avec tous les motifs pour lesquels soit elle mettait les RDV dans l'heure, soit plus court, soit elle nous passait l'appel »* (M9), mais pour la majorité, cette régulation est basée sur l'expérience *« elles ont toutes les deux globalement l'habitude parce qu'elles ont quelques années d'expérience, donc globalement ce sont elles qui régulent »* (M7), le bon sens *« on a quelqu'un qui a du bon sens, qui a eu des enfants, qui a un peu de recul, voilà elle est pas très naïve »* (M2), et la connaissance des patients : *« la qualité de la secrétaire c'est sa capacité à réguler en connaissant les patients finalement »* (M8).

Un des médecins mentionne les limites du système : *« il arrivera un jour ou il y a un AVC qui va passer à la trappe »* (M2).

Quelques-uns, en particulier M3, se sont questionnés sur leur ressenti : *« est ce que c'est confortable pour elle, je ne sais pas »*. Certains organisent déjà des réunions à l'échelle du cabinet régulièrement pour connaître leur avis, et d'autres ont pour projet de le faire : *« je pense qu'il y a tout intérêt à ce qu'on discute bien pour que ce soit fluide pour tout le monde »* (M3).

Dans tous les cas, on note beaucoup d'attente des médecins envers leur secrétaire *« la qualité de la secrétaire c'est la qualité du travail et du planning (...) c'est la qualité de la secrétaire qui fait la qualité du boulot »* (M8).

- **Organisation du planning**

Tous les médecins fonctionnent sur RDV, ce qui semble un point important pour tous : *« on ne fait pas de sans RDV (...) c'est plus confortable pour eux, et c'est plus confortable pour nous aussi »* (M12). Ils ont également tous des plages de RDV identifiées pour les SNP *« on a des plages d'urgences qui ne sont libérées que le jour même »* (M10).

Ces plages sont par contre assez variables d'un médecin à l'autre. Au sein d'une journée, la répartition peut être régulière *« toutes les heures on a un créneau d'un quart d'heure pour assurer les SNP »* (M1), ou privilégiée sur certains horaires clés *« en fait c'est souvent aux heures de sortie d'école qu'il faut y être »* (M7). De même au sein d'une semaine, le nombre de créneaux peut être variable pour certains, en fonction du jour, mais également du nombre de médecin disponibles *« le lundi on sait qu'il y a toujours plus de demande, on réserve plus de créneaux le lundi que les autres jours »* (M6). Quelques médecins, tel que M6, définissent un nombre de créneaux de SNP à l'échelle du cabinet, à répartir sur les différents médecins exerçant chaque jour : *« on sait que si on a besoin par exemple de 10 plages d'urgences, s'il y a 4 médecins, on en a 2 chacun, ou 3 et voilà »* (M6).

Concernant la saisonnalité des demandes, liée aux périodes épidémiques, très peu de médecins modifient leur nombre de créneaux dédiés aux SNP, c'est plutôt l'amplitude horaire qui change : *« sur les périodes épidémiques on déborde un petit peu, mais la densité de travail est plus importante quand on a 15 consultations en plus dans la journée à rajouter, ... on commence plus tôt et on termine plus tard »* (M8).

Pour une majorité des médecins il semble important d'avoir un planning malléable. Pour cela, certains utilisent différents degrés de disponibilité des créneaux, avec en deuxième recours, une fois les plages de SNP utilisés, la possibilité d'utiliser les temps de pause *« je ne mets pas un planning trop booké d'emblée et ma secrétaire me demande si elle peut m'en remettre sur des pauses, avant des visites, après des visites »* (M4).

Tous les médecins font des visites à domicile, et ont des créneaux réservés pour les visites programmées. Pour une majorité, comme M11, il s'agit de demi-journées de visites programmées, afin de réserver le temps du midi pour les visites non programmées *« je suis en train de mettre ça en place, pour le mardi après-midi, faire que des visites, mais du programmé du coup, de façon à ce que les créneaux de visite entre 12h et 13h30 ce soit des visites du jour »*. Temps du midi, qui pour beaucoup empiète sur le repas : *« c'est compliqué parce que ça mange notre partie de repas »* (M8).

- **Supports techniques**

La moitié des médecins interrogés utilise une plateforme de RDV en complément de leur secrétariat physique. Les avis sont très partagés concernant ces plateformes *« j'ai beaucoup de réserves sur ce genre de choses, beaucoup de réserves sur les trucs internet parce que c'est nul, les gens prennent RDV n'importe comment »* (M2), en particulier pour les médecins ayant des patientèles âgées *« on est en milieu rural, avec des patients âgés, on estime qu'il y a beaucoup de gens qui n'y auraient pas accès en fait »* (M3).

Toutefois, pour la majorité des médecins qui y ont recours, cela a permis une réelle avancée dans la structuration de leur planning : *« c'est d'abord le système doctolib qui nous a permis d'organiser ça, parce que pour avoir des créneaux dédiés SNP, il faut un outil technique qui nous permette de dédier des créneaux, avant c'était bricolé, sur nos systèmes techniques (...) là c'est organisé (...) c'est un outil technique très utile »* (M1).

Une minorité des médecins possède un télé secrétariat, utilisé lors des absences de leur secrétaire *« on a un télé secrétariat qui prend le relai le mercredi après-midi, et le samedi matin et en fin de journée de 18 à 20h »* (M9). Ils décrivent ces télé secrétariats comme une solution par défaut, qui ne les satisfait pas entièrement *« on voit bien que le télé secrétariat c'est compliqué, les consignes ne peuvent pas être appliquées parce qu'il y a trop de monde, et puis les consignes doivent varier entre les médecins »* (M2).

Certains médecins, n'utilisant pas de télé secrétariat, ont créé une portable d'urgences, qui sert sur le temps du midi et les soirs après le départ de la secrétaire : *« entre midi et deux il y en a toujours un qui a la ligne pour les besoins urgents, on ne sait jamais, et jusqu'à 20h, jusqu'à la permanence des soins »* (M3). L'utilisation de cette ligne nécessite une certaine éducation des patients *« pour l'instant les patients ne sont pas éduqués pour le portable alors ils appellent pour prendre RDV, donc c'est un peu embêtant parce qu'ils n'ont pas la notion d'urgences »* (M5). Une fois instaurée, cette ligne semble être utilisée à bon escient *« on a très peu d'appels là-dessus, les gens respectent la consigne donnée »* (M7).

En lien avec la pandémie liée au covid-19, les médecins ont quasiment tous expérimenté la téléconsultation. Pour la grande majorité c'est quelque chose qui doit rester marginal, car ils en sont peu satisfaits *« c'est une solution dégradée pour faire de la médecine »* (M6).

Concernant les SNP, les avis sont unanimes, en défaveur de la téléconsultation : *« une réévaluation de traitement, ça peut se faire en téléconsultation, par contre pour de l'aigu c'est quand même hasardeux »* (M1).

Toutefois, plusieurs médecins l'utilisent comme une aide à la régulation, afin de temporiser certaines situations : *« pour différer une consultation à 48 heures, m'assurer que je ne prends pas de risque en le faisant »* (M10).

- **Rôle des tiers**

Pour tous les médecins interrogés, les remplaçants ont un rôle à jouer dans la gestion des SNP. Deux des médecins rapportent une utilisation vraiment codifiée, avec l'utilisation d'un remplaçant dédié aux SNP, pendant les périodes épidémiques *« on a mis en place un système, on fait venir des remplaçants surtout l'hiver (...) parce que les SNP c'est en partie lié aux épidémies (...) il y a un remplaçant par exemple le lundi, le gars il commence son planning à vide, il vient nous voir le surplus d'urgent, il voit les gripes, les gastros, on fait ça de novembre jusqu'à avril, et pour nous c'est une solution très malléable, très pratique, ça permet de décharger nos plannings et de continuer à tourner normalement, même en période d'épidémie »* (M2).

Pour la majorité des médecins, il n'y a pas d'emplois de remplaçants réellement conditionné par les périodes épidémiques. Par contre pour tous, de par son statut, le remplaçant est amené à voir plus de SNP : *« les gens préfèrent souvent voir leur médecin traitant pour leur renouvellement, du coup, effectivement ils sont amenés à voir plus de SNP, parce qu'ils ont un agenda avec plus de trous »* (M10). Après, la difficulté, comme le mentionne M5 *« c'est que les remplaçants il faut les trouver »*.

Cinq des médecins interrogés sont Maîtres de Stage Universitaire (MSU), et plusieurs avaient pour projet de le devenir. Pour les mêmes raisons que les remplaçants, les internes SASPAS sont amenés à voir beaucoup de SNP : *« pour un SASPAS ce n'est pas intéressant de faire que ça, donc on essaye que ce ne soit pas que ça, mais effectivement, fatalement ils en voient plus, parce qu'il y a plus de trous dans leur agenda, et puis pour pas les laisser au chômage on leur en met »* (M10). Les avis sont partagés sur le rôle du SASPAS au sein des cabinets : *« j'aimerais justement prendre un SASPAS l'hiver pour absorber un petit peu ce surplus »* (M5), alors que pour M12 : *« aller dans le bureau d'à côté et voir toutes les rhinos, non c'est pas intéressant, c'est pas comme ça que je vois les choses »*.

De même, pour l'interne de niveau 1, qui est en consultation avec son MSU, il peut aussi avoir un rôle à jouer, plus marginal : *« alors les sutures ce n'est pas une otite, ça prend du temps, et là ça fait partie des choses où clairement on est bien content d'avoir l'interne »* (M7).

- **Organisation commune**

Tous les médecins ont un exercice de groupe, organisé à plus ou moins grande échelle. Tous rapportent, concernant les SNP, une organisation commune à l'échelle de leur cabinet *« c'est une organisation réfléchie ensemble et décidée ensemble »* (M6), voire du pôle de santé.

A noter que 3 des médecins sont engagés dans un projet de création de CPTS (Communauté Professionnelles Territoriales de Santé).

Des différences sont rapportées au sein de certains cabinets sur la gestion des créneaux de SNP, mais pas sur leur existence en tant que telle : *« sur l'accessibilité des créneaux, certains médecins ne souhaitent pas qu'ils soient disponibles sur internet »* (M1).

Plus particulièrement pour les visites non programmées, on note une organisation commune « *pour les visites d'urgences, on a quand même une organisation tous ensemble, il y en a toujours un qui est en visite, en demi-journée* » (M5).

On note une entraide entre les médecins au sein des cabinets, un travail d'équipe « *c'est une vraie équipe, pas un médecin, c'est une équipe de médecins* » (M7), avec la possibilité de recevoir les patients de ses collègues grâce à des dossiers informatisés et partagés « *on a tous une patientèle médecin traitant, mais on a un fonctionnement très partagé, quand nos plannings sont complets, nos collègues, s'ils ne sont pas complets prennent nos patients et inversement* » (M1).

### 3. Ressenti sur l'offre

- **Satisfaction globale**

Pour tous les médecins, il ressort un sentiment global de satisfaction sur leur offre de SNP « *globalement c'est quand même plutôt satisfaisant* » (M6). Satisfaction qui, pour tous, est lié au fait d'avoir une organisation à plusieurs : « *on arrive à être suffisamment nombreux et disponibles pour assurer* » (M6). D'ailleurs un des médecins explique devoir parfois voir, pour des motifs de SNP, les patients d'une de ses collègues exerçant seule, car elle ne peut pas toujours gérer seule toute les demandes « *on a une médecin qui est un peu toute seule, en cambrousse, donc elle ça arrive qu'on voit des SNP* » (M4).

Cette satisfaction semble être le fruit d'un travail réfléchi en groupe et régulièrement réactualisé : « *on a essayé d'améliorer les choses, on a revu les secrétaires plusieurs fois, on a refait un point il n'y a pas très longtemps* » (M10). Pour la majorité des médecins, ce travail passe par la mise en place d'un cadre de travail structuré, au travers du planning : « *depuis qu'on a vraiment officialisé les créneaux d'urgences avec des horaires précis, c'est plus simple* » (M10). Ces plannings permettent de lisser les soins programmés sur la semaine, tout en conservant une flexibilité pour les demandes du jour : « *ça me convient de garder des places, ça permet de lisser en fait sur la semaine, donc c'est quand même assez confortable* » (M5).

Un des médecins avec plus d'expérience note une réelle évolution au fil des années : « *la demande est toujours à peu près la même, mais je pense qu'on a réussi un peu mieux à faire comprendre ce qui était réellement à programmer et ce qui peut être différé* » (M7).

Plusieurs médecins parlent d'un équilibre qu'il a fallu trouver, afin d'avoir ce sentiment de satisfaction. Équilibre sur le temps de soins programmé versus le non programmé, comme nous l'explique M3 : « *la difficulté c'est de trouver le juste équilibre, de trouver le nombre de créneaux suffisants, la bonne proportion en fait entre le programmé et le non programmé* » ou M5 « *on est des équilibristes* ». Mais également équilibre personnel à trouver : « *faut mettre des limites aussi, faut trouver le juste milieu, d'un*



*côté on est obligés d'être disponibles, puis de l'autre côté, si tu veux, tu bosses de 7h à 23h le soir, donc faut bien que ça s'arrête » (M11).*

On note chez la majorité des médecins une volonté de rendre service à leur patient *« on essaie vraiment d'être arrangeant » (M4)*, et surtout d'assurer le rôle de médecin de premier recours : *« on leur dit d'appeler ici quand même avant, sauf si c'est un truc hyper urgent, mais ici c'est la campagne, donc les gens autant que possible ils vont essayer d'aller voir leur docteur avant d'aller aux urgences » (M12).*

- **Indicateurs du ressenti de l'efficacité**

Pour juger de leur efficacité les médecins mentionnent différents indicateurs. Tous conditionnent leur efficacité au non refus de consultations : *« en gros pour les urgences, pour les SNP de la journée, je pense qu'on n'en refuse quasiment aucun, vraiment » (M4)*, une offre adaptée à la demande : *« ça nous convient, ça correspond à la demande » (M7).*

Il en découle comme indicateur, l'utilisation des services d'urgence pour des motifs relevant de la médecine générale : *« on doit être assez bien organisés, parce que c'est rare que je reçoive des courriers des urgences pour des patients, or week-end, pour des choses où ils auraient pu m'appeler (...) c'est un marqueur, comme quoi on n'a pas de trop de patients qui vont aux urgences sans notre avis » (M4).*

Le taux d'utilisation, des plages de SNP est également vu comme un indicateur. S'il y a saturation des créneaux de SNP, certains médecins ajoutent des consultations *« entre 2 patients on prend, et puis on sait qu'on aura plus de retard » (M9)*, et d'autres utilisent leur temps de pause *« ma secrétaire me demande si elle peut m'en remettre sur des pauses » (M4)*. Or, pour beaucoup d'entre eux, ce sont ces créneaux de pause qui sont la soupape pour absorber le retard qui peut être pris : *« on peut éviter d'avoir trop de retard justement avec les créneaux de pause » (M12).*

On note que le retard est ressenti de manière très différente en fonction des médecins : *« au pire on est en retard et puis voilà, au pire on finit en retard et puis c'est tout » (M11)* alors que pour M8 : *« ça met une tension, parce que du coup on se retrouve avec une salle d'attente blindée, et ça, ça me met en tension ».*

A l'inverse, si de nombreux créneaux de SNP ne sont pas utilisés, le ressenti d'efficacité est également moindre. Certains mentionnent le côté positif : *« s'il n'est pas pris ça permet de rattraper notre retard » (M5)*, ou encore *« bon après s'il n'y a pas de SNP, ba voilà, ça nous fait du temps libre » (M12)*. Mais pour d'autres, cela est problématique concernant l'utilisation de leur temps *« c'est un temps où on va être présent au cabinet à attendre alors qu'on aurait pu faire autre chose » (M8)*, mais également d'un point de vue financier : *« c'est compliqué de ne voir peut être que 20 personnes par jour, il faut à un moment qu'il y ait cet équilibre financier » (M7).*

- **Difficultés ressenties**

- **La régulation**

Certains médecins mentionnent des difficultés concernant la régulation médicale. Pour certains ces difficultés concernent surtout leur secrétaire, qui est la première ligne de régulation : « *Ce n'est pas facile pour elle d'évaluer* » (M3). Pour d'autres, ce sont eux-mêmes qui se sentent en difficultés « *c'est compliqué la régulation, faut avoir une bonne expérience et un bon bagage quand même derrière, ce n'est pas évident, on peut se retrouver pris au dépourvu* » (M12).

Difficulté qui est liée, à la complexité de la régulation en tant que telle, mais également à la responsabilité qui s'y ajoute « *la question de la responsabilité (...) c'est ça qui est difficile en régulation, parce que si on passe à côté d'un truc (...) pour moi c'est difficile de dire non à un SNP, pour éviter justement de passer à côté de quelque chose* » (M3).

On peut observer que dans la majorité des cas, le médecin reste en deuxième ligne, pour réguler « *elles ne nous les passent pas très souvent* » (M7). Cependant, en fonction de la demande, en particulier lors des périodes épidémiques, les médecins semblent plus sollicités par leurs secrétaires pour les aider à réguler « *il y a des périodes en hiver où à 10h30 elle nous a tout rempli, même les SNP, (...) donc là, elle nous passe les appels, savoir si vraiment on les met dans la journée* » (M9). Par conséquent, la charge de travail augmente.

M11 mentionne également la difficulté liée à la régulation des patients non connus du cabinet « *typiquement les patients que tu ne connais pas, sur lequel tu n'as pas d'informations (...) comparé à quelqu'un que tu connais très bien, et où tu sais par expérience ce qui peut attendre ou pas* ».

- **La saisonnalité des épidémies**

Les périodes, épidémiques, en particulier l'hiver, sont des périodes décrites comme plus difficiles par tous les médecins « *investigateur : quelles problématiques rencontrez-vous concernant les SNP ? - M10 : c'est essentiellement en période épidémique, quand tout est déjà plein et qu'on déborde de partout quoi, là on rajoute, on n'a pas trop le choix* ».

En effet, la demande de SNP augmente de manière notable, sans que l'offre ne soit modifiée, car les soins programmés sont toujours aussi nombreux. C'est donc la charge de travail qui augmente.

Pour M7, l'offre proposée peut tout de même différer : « *il y a des choses que l'on pourrait faire, mais si c'est en pleine épidémie de grippe et tout, on ne va pas s'embêter, on leur dit d'aller aux urgences, que là c'est pas possible* ».

Ainsi, l'équilibre, précédemment décrit entre temps de travail et temps personnel semble rompu. Les journées s'allongent et les temps de pause et d'échanges diminuent « *on a moins d'une demie heure pour manger ensemble et partager les situations médicales compliquées, enfin voilà, garder cet*

*échange médical amical et de soutien, c'est vraiment ça, les SNP, empiètent sur le temps d'échange » (M8).*

#### - Les SNP longs

Chez une majorité des médecins interrogés, on note des difficultés pour gérer les SNP décrits comme longs.

*Il peut s'agir de soins qui sont longs, car il y a une nécessité de prise d'avis auprès d'un spécialiste « je trouve que le temps médical par lui-même ce n'est pas ça qui va poser problème, c'est quand on doit avoir recours à quelqu'un d'autre, parce qu'il faut que l'autre en face puisse répondre » (M12).*

Certaines prises en charge nécessitant de trouver un lit d'hospitalisation sont également chronophages. Comme nous le décrit M4, l'accès aux lits d'hospitalisation en particulier en période épidémique, complexifie la prise en charge, et peut amener un sentiment de frustration : *« les SNP gériatriques, nous on peut les voir, mais après, les périodes hivernales, malheureusement il n'y a pas de place en gériatrie généralement, donc malgré qu'on ait des gens à hospitaliser on peut attendre 24, 48 heures (...) on est obligés des fois de les envoyer aux urgences, alors que le diagnostic est fait, juste pour qu'ils soient orientés, donc ça c'est quand même désagréable, pour tout le monde, pour les urgentistes, pour les patients, on a l'impression de faire du moins bon travail » .*

#### - Les visites à domicile non programmées

Quasiment tous les médecins interrogés décrivent des difficultés, voire de l'anxiété concernant les visites à domicile non programmées : *« les SNP qui me stressent énormément, c'est les chutes chez les personnes âgées (...) l'hiver j'ai la boule au ventre en me disant, j'espère qu'aucune mamie ne va tomber ! » (M5).*

Certains se sont organisés à l'échelle du cabinet *« on a essayé d'avoir un planning de visite un peu en quinconce, pour faire en sorte qu'il y ait, enfin pas toujours, mais très souvent un médecin de disponible » (M7).* Cependant pour certains, cela occasionne encore plus de difficultés de devoir faire les visites de patients qu'ils ne connaissent pas *« j'essaye d'y aller pour mes patients autant que possible, parce que je n'aime pas aller chez ceux des autres » (M5).*

Il y a également les demandes de visites en EHPAD, comme le mentionne M6, qui peuvent désorganiser la journée : *« quelque chose qui prend de l'ampleur dans les demandes, c'est les demandes d'EHPAD (...) c'est quelque chose qui peut être parfois assez désorganisant dans la journée, si on a des consultations à 14h30, et qu'on a un appel à 14h pour des visites à l'EHPAD, on est quand même un peu enquinés ».*

La problématique du temps de trajet entre également en compte : *« parce que finalement il y a le trajet et ça c'est très très dur » (M5).*

Concernant les visites non programmées à faire en urgence, elles semblent assez rares « *pour les visites pures c'est assez rare qu'on ait à quitter la salle d'attente* » (M10), mais pas simple à gérer comme l'exprime M9 : « *l'engagement qu'on a par rapport au patient qui a pris un RDV, qui s'attend à voir son médecin et au dernier moment on lui dit ba non votre médecin il est parti et il ne vous verra pas aujourd'hui. Ça me pesait au début quand je partais, je me disais mince ils vont m'en vouloir, ils ne vont pas comprendre* ».

#### 4. Perspectives d'évolution

- A l'échelle du cabinet

- Éducation et information de la patientèle

Tous les médecins considèrent l'éducation et l'information de leur patientèle comme quelque chose d'indispensable pour la régulation des SNP au quotidien.

Premièrement l'éducation concernant les symptômes, afin de faire une première auto régulation par les patients : « *on essaye d'éduquer les patients, moi les enfants qui ont une rhino, j'essaye d'expliquer aux parents que ce n'est pas la peine de venir, la prochaine fois ils peuvent peut être essayer d'attendre un petit peu* » (M12). Et à l'inverse « *ceux qui attendent trop, pour quelque chose qu'il aurait fallu voir plus vite, on leur explique justement qu'il faut venir tout de suite, ou appeler tout de suite et là, on vous aurait pris entre deux* » (M9).

La majorité des médecins rapporte une méconnaissance de leur organisation des SNP par les patients « *connaître l'organisation du cabinet médical ce n'est pas forcément quelque chose de très accessible, donc ils ne savent pas vraiment* » (M1). Pour quelques médecins il semblerait opportun de diffuser plus largement à leurs patients les modalités d'organisation « *faudrait peut-être publiciser les choses pour nos patients, qu'ils sachent qu'ils peuvent voir leur médecin quand ils le souhaitent et qu'il ne faut pas se rendre aux urgences pour un oui pour un non* » (M1). Organisation, qui passe également par l'horaire d'appel du patient, comme l'expose M12 : « *on essaye de vous donner un créneau dans la journée, mais il faut appeler le matin, pour éviter celui qui appelle à 18h, et qui dit j'ai mal à la gorge depuis deux jours* ».

De même, comme M9 le propose, il pourrait être intéressant d'informer les patients sur les types de soins qui sont proposés par leur médecin : « *faudrait peut-être faire un affichage en salle d'attente, ça peut être une idée ça, afficher : votre médecin fait des sutures* ».

Par ailleurs, l'éducation concernant la prise de RDV à l'avance pour les consultations programmées est quelque chose qui semble assez bien ancré et diffusé chez la majorité des médecins : « *c'est affiché dans la salle d'attente et sur doctolib, on leur demande de prendre RDV minimum une semaine avant pour les renouvellements* » (M7).

### - Équilibre entre temps de SNP et soins programmés

Trois des médecins ont émis l'idée d'augmenter le temps dédié aux SNP, en diminuant celui dédié aux soins programmés. Le levier pour diminuer les soins programmés seraient principalement de diminuer la fréquence des renouvellements : *« l'idée c'était même de voir si les patients plus stables on pouvait les voir un peu moins, c'est-à-dire un renouvellement de tension tous les 3 mois ça n'a pas de sens si la tension est stable »* (M3).

A l'inverse, afin de diminuer les demandes de visites non programmées, M5 a choisi d'augmenter la fréquence de ses visites programmées : *« chez les dames qui ont un certain âge et qui sont assez anxieuses, le fait de passer tous les mois (...) je me suis rendue compte que j'étais nettement moins appelée (...) ça m'a permis de limiter ces visites qui n'étaient pas programmées, pour des motifs qui n'étaient pas finalement très urgents (...) c'est le Xanax à libération prolongée j'appelle ça »*.

### - Avoir un volume de patientèle adapté à son offre

Deux médecins ont amené la réflexion sur la taille des patientèles. Pour eux, il est important d'avoir un volume de patients adapté, afin de pouvoir proposer des SNP à leurs patients : *« si je suis leur médecin traitant, c'est à moi de les voir, c'est mon boulot (...) donc je préfère en suivre un peu moins plutôt que de promettre la lune à plein de monde et finalement ce n'est pas possible »* (M12).

### - Avoir un médecin dédié aux SNP

Cette question est venue lors de tous les entretiens, avec la question sous-jacente de la nécessité, ou non, d'être vu par son médecin traitant pour les SNP. Les avis sont très partagés.

Comme vu précédemment, pour certains médecins, comme M2, c'est une des solutions principales, avec l'emploi d'un remplaçant dédié. Pour lui, il n'y pas de nécessité d'être vu par le médecin traitant pour du SNP : *« ils ont une grippe, ils ont une grippe ... ce n'est pas forcément la peine d'aller voir son médecin traitant »* (M2).

Pour d'autres médecins, il est important de privilégier le suivi de ses propres patients : *« on avait discuté de chaque jour qu'il y ait l'un d'entre nous qui soit destiné aux SNP ce jour-là, mais on n'était pas favorable, parce que ça veut dire qu'on ne voit jamais nos patients quand ils ont un problème »* (M10).

Enfin, pour d'autres médecins, c'est une solution qui pourrait être envisageable *« qu'un médecin ait une demi-journée dédiée où il va faire éventuellement de la paperasse s'il n'y a pas de consultations ou de visites prévues et à l'inverse, il peut quitter pour aller faire une visite, ou prendre une urgence, donc ça c'est des organisations qui se discutent, à voir »* (M6).

### - Amélioration concernant le secrétariat

Dans la majorité des cabinets, même si cela peut parfois être difficile pour la secrétaire, les motifs de consultations sont demandés au patient : *« les gens ne veulent pas toujours dire pourquoi ils viennent, même si elle leur explique que c'est pour mieux fixer le RDV »* (M10). Quelques médecins ne le faisaient pas, mais ont appris à le faire dans le contexte de la gestion de la pandémie liée au covid-19. Depuis ils pérennisent ce système : *« je pense qu'au niveau de la régulation, enfin du motif de consultation, c'est quelque chose à garder »* (M3).

Tous les médecins interrogés ont parlé de l'intérêt d'une formation pour les secrétaires, principalement pour la régulation et la gestion de l'urgence. Cette formation est pour beaucoup faite par eux même *« nous on l'a formée (...) on lui a expliqué essoufflement aigu, douleur thoracique, malaise, fièvre et maux de tête, tout ça elle nous met tout de suite »* (M9).

Aucun médecin ne donne d'indication précise sur comment améliorer cette formation, mais la majorité est d'accord pour dire que cela doit évoluer : *« investigateur : vers quoi voudriez-vous faire évoluer cette offre de SNP ? - M1 : faire évoluer la formation des secrétaires, ça c'est certain »*.

### - Identifications et regroupement de créneaux de SNP potentiellement infectieux

La période de pandémie liée au covid-19 a engendré une réorganisation des cabinets, en particulier avec la création de créneaux de consultations pour les personnes suspectes de covid : *« on essayait de regrouper les patients potentiellement suspects de covid, on les mettait en fin de matinée ou fin d'après-midi, de façon à éviter que les gens se croisent »* (M11).

C'est quelque chose qui, pour la majorité des médecins devraient être poursuivi, avec la création de créneaux de SNP infectieux, regroupés : *« les créneaux dédiés je trouvais que c'était plutôt pas mal, de garder des plages pour les gens qui ont de la fièvre (...) je pense qu'en épidémie de grippe on va le garder »* (M12).

### - Création d'une salle urgences dédiée

Un des médecins aimerait avoir une salle d'urgences dédiée sur le cabinet, principalement pour les soins de traumatologie : *« j'aimerais avoir un local un peu technique, avec tous les sets de sutures, du matériel pour faire des syndactylies »* (M12).

## - Rôle de l'assistant médical

Un des médecins a évoqué le rôle que pourrait avoir un assistant médical pour les SNP : « *les assistants médicaux, c'est vrai qu'on gagnerait un petit peu de temps aussi sur ces SNP, s'il y avait quelqu'un qui avait pris une photo de la plaie, ou qui avait pris la température, qui avait vérifié tout un tas de petits paramètres avant que nous on arrive pour l'examen à proprement parlé, ça pourrait être bien* » (M12).

### • A l'échelle territoriale

#### - Coordination et échanges entre les cabinets

La majorité des médecins ont élargi la discussion à l'échelle territoriale. Comme M1 le décrit, il est important d'uniformiser les pratiques, à l'échelle de leur territoire : « *il faut que sur l'ensemble d'un territoire les médecins puissent travailler de la même façon, qu'il n'y ait pas de discordance et de difficultés de prise en charge des patients, qui seraient pour certains cabinets non pris en charge et pour d'autres pris en charge* ».

Pour cela, certains médecins se sont déjà organisés à plusieurs cabinets : « *on est sur un pôle de santé en association avec deux autres cabinets médicaux, on est censés tous fonctionner pareil* » (M3).

On note, pour les médecins qui ont amené la discussion à l'échelle territoriale, l'importance d'échanger entre les différents cabinets du territoire « *on se voit souvent, on se cause, surtout depuis le confinement* » (M9). En effet, tous rapportent une évolution dans les échanges suite à la gestion de la pandémie liée au covid-19, avec une volonté de fluidifier les échanges.

#### - Réflexion concernant les déserts médicaux

Certains médecins, comme M2, ont réfléchi à la gestion des SNP dans les déserts médicaux : « *ils font venir des médecins qui viennent à la semaine, ou au moins ponctuellement et ça permet de décharger un secteur, notamment pour ce qui est non programmé* ». Ainsi pour lui, comme décrit précédemment, une des solutions est d'avoir un médecin dédié aux SNP.

#### - Organisation des SNP différente en fonction de l'accès aux soins du secteur

Lors des entretiens, tous les médecins ont mentionné leur éloignement géographique des services d'urgences, et d'accueil de soins non programmés. De plus, le territoire de Combourg, n'est pas une zone d'intervention de SOS médecins.

Pour M9, l'organisation des SNP d'un cabinet est conditionnée par l'offre de soin du secteur : « *si j'avais mon cabinet à 500 mètres des urgences, mon planning booké et 45 minutes de retard, j'ai la plaie qui*

*arrive, je lui dirai d'aller aux urgences, là dans la même situation je dis plutôt à ma secrétaire, je le prends mais tu décales les autres, ça dépend de l'accès, quand c'est trop facile c'est utilisé ».*

De même, M9 rapporte le ressenti de médecins généralistes installés sur une zone couverte par SOS médecins : *« après quelques mois de pratique, ils ont finalement trouvé ça très confortable d'avoir SOS médecin, et ils ne font quasiment plus de SNP, la suture, le médecin il a son planning de RDV, il est booké, il ne garde quasiment pas de plages, il dit vous allez à SOS, et Mme Untel, elle est tombée à la maison de retraite, faites SOS, eux ils trouvaient ça confortable ».*

#### - Lien avec le SAMU et les services d'urgences

Pour tous les médecins interrogés il n'y a que très peu d'échanges avec les services d'urgences aux alentours : *« on n'a pas de lien particulier, on appelle quand on a besoin »* (M7). Échanges qui semblent s'améliorer, comme le notent certains médecins, grâce à l'envoi rapide d'un compte rendu de passage aux urgences au médecin traitant. Plusieurs médecins tirent profit de ces courriers, pour éduquer leurs patients à l'utilisation du système de soins : *« pour des patients inquiets par exemple, une fièvre, on veut les réévaluer à 48 heures et finalement ils sont passés aux urgences le lendemain, ça permet de discuter de ça, de savoir pourquoi ils sont allés aux urgences, parce qu'aux urgences ils n'ont rien fait de plus, mis du doliprane, ça permet un peu d'éduquer, d'éviter des passages itératifs aux urgences »* (M4).

Pour M4 il faudrait aller plus loin dans la communication, afin d'organiser les soins à l'échelle du territoire : *« c'est deux mondes où on ne communique pas trop et c'est dommage, faudrait, un représentant d'un secteur par exemple, faire des réunions, voir ce qui pourrait être amélioré avec les urgentistes ».*

M9 rapporte une initiative qui a été prise par les urgences de Saint Malo pour limiter les passages pour des motifs de médecine générale : *« on a eu la même demande que pour les cabinets de Saint Malo, c'est-à-dire si on acceptait, si nos patients se présentaient aux urgences pour des motifs de médecine générale, de prendre les patients rapidement, on a dit oui, mais on a vu personne en fait, parce que les gens qui se déplacent d'ici pour aller à Saint Malo, s'ils l'ont fait je pense que c'était vraiment urgent ».*

Pour M9, il semble primordial d'améliorer la régulation par le 15 en journée, et en particulier via la connaissance des soins pratiqués dans les cabinets : *« des fois on a des surprises, des gens qui ont appelé le 15 en semaine pour une plaie, alors je ne sais pas qui c'est, si c'est l'ARM, mais ils ont dit non les médecins ils ne font pas de sutures il faut aller aux urgences ».* Pour lui, il serait intéressant d'avoir un support technique répertoriant les pratiques des différents cabinets : *« dire tel cabinet ils font les sutures, ils font les excisions hémorroïdaires, les pronations douloureuses (...) qu'ils aient un plan avec des petits icones, là il fait la petite trauma habituelle, là ils font pas, et dans ce cas ils adressent aux urgences ou au cabinet d'à côté qui fait »* (M9).



M9 introduit l'idée de voir des patients non suivis sur le cabinet, pour éviter un passage aux urgences, via une régulation par le 15. Idée qui est également développée par M4, mais plutôt à propos des patients qui n'ont pas de médecin traitant : *« est ce que ce serait pas intéressant, dans les gros cabinets comme nous, on a quand même un gros volume de consultations, peut-être qu'on puisse dire au 15, je sais pas en créant un logiciel, là on a tant de créneaux non programmés, et que voilà le 15 puisse nous envoyer des patients du secteur, du territoire, ça peut être large, pour éviter que les gens finissent aux urgences parce qu'ils n'ont pas de médecin traitant ».*

#### - Amélioration du lien ville – hôpital

La plupart des médecins interrogés aimeraient améliorer le lien entre la médecine de ville et la médecine hospitalière, en particulier pour les aider dans la gestion des SNP.

Pour certains il s'agirait dans un premier temps d'améliorer les relais auprès des spécialistes *« alors soit tu veux pas te donner la peine de réfléchir et t'envoies tout le monde aux urgences et ils se débrouillent, ça c'est la première solution, soit t'essayes quand même de bien faire ton boulot et de ne pas tout envoyer aux urgences bêtement sans réfléchir et tu te donnes du mal, mais à ce moment-là tu t'aperçois que tu n'as pas les relais nécessaires qui vont avec, et ça, pour la gestion des SNP, c'est vraiment compliqué »* (M12). Pour M12, il serait important d'avoir plus de lignes directes.

Comme vu précédemment, la problématique de la disponibilité des lits d'hospitalisation est importante, en particulier en gériatrie. Dans ce contexte, M4 évoque l'idée d'une plateforme pour gérer les demandes d'hospitalisations urgentes *« il faudrait une plateforme numérique, pour, quand on a un patient, il est à hospitaliser dans les 24, 48 heures, on met son dossier sur une plateforme, gérée par je sais pas, des équipes mobiles de gériatrie, et où on puisse avoir une réponse rapide (...) voilà on a déjà fait le diagnostic (...) j'ai besoin qu'ils aient une place dans un service et ils sont obligés de passer par les urgences, c'est dommage quoi, c'est pour ça une plateforme gériatrique ce serait pas mal, parce que ça prend beaucoup de temps de travail aux urgences, enfin pour moi »* .

## IV. DISCUSSION

### A. Forces et limites de l'étude

Le principal biais de cette étude est un biais de recrutement. En effet, on peut supposer que les médecins ayant répondu favorablement à ma demande d'entretien sont ceux qui étaient intéressés par le sujet.

Comme pour toute étude qualitative, il existe un biais d'interprétation, limité par la triangulation des données.

La puissance de l'étude est faible, en lien avec le type d'étude.

### B. Résultats principaux et confrontation aux données actuelles

- **Des SNP proposés par tous les médecins**

Nous pouvons constater dans cette étude, que tous les médecins interrogés ont pu donner une définition des SNP. Il ressort une notion de prise en charge rapide, pour répondre à une urgence ressentie par le patient. Tous ont eu une réflexion à ce sujet, puisque tous ont mis en place une organisation pour répondre à cette demande. Cela est en accord avec la dernière étude de la DRESS à ce sujet (4), qui décrit une proportion de 82 % des médecins généralistes proposant une prise en charge de SNP au quotidien.

- **Une organisation cadrée au sein des cabinets**

Dans cette étude, le fonctionnement privilégié est basé sur des créneaux de consultation dédiés aux SNP, identifiés, dont le nombre et la répartition est évalué à l'avance. Ces créneaux ne sont disponibles que le jour même. Cela permet la pose d'un cadre dans le planning, avec l'idée de lisser les consultations sur la semaine. Cette organisation correspond à celle adoptée par une majorité des médecins selon la DRESS (4).

Tous les médecins interrogés ont un exercice de groupe, avec une organisation commune, pour la prise en charge des SNP. Toutefois, on remarque que la gestion des créneaux dédiés aux SNP, peut être variable d'un médecin à l'autre au sein d'un même cabinet.

La gestion du temps, au travers d'un planning cadré, est la base de l'organisation des SNP, c'est pourquoi les SNP dits « longs » et les visites à domicile non programmées sont difficiles à gérer.

On note l'émergence des supports techniques informatiques pour la prise de RDV. Pour les médecins qui les utilisent, les plateformes de prise de RDV en ligne, semblent être une aide technique non négligeable pour codifier et identifier les différents types de créneaux de consultation. D'après un travail de thèse récent (8), actuellement presque 50 % des médecins généralistes utilisent ces plateformes,

avec pour objectifs principaux : améliorer l'accès aux soins, et diminuer le nombre d'appels téléphoniques.

Dans notre étude, pour tous les médecins, la secrétaire joue un rôle primordial dans la prise en charge des SNP. Son rôle est reconnu comme difficile, en particulier pour sa mission de régulation. Pour cela, certains médecins ont formé eux même leurs secrétaires. Toutefois, pour tous, il semble important d'améliorer cette formation à la régulation. Aucun des médecins n'a proposé de formation concrète. Ce constat de nécessité de formation a déjà été fait dans d'autres travaux, comme dans cette thèse (9), réalisée en 2020 sur le secteur de Lorient. Une des propositions retenues à l'unanimité pour améliorer la gestion des SNP était de former les secrétaires au triage des urgences.

L'étude a été réalisée après le premier confinement lié au covid-19. Lors de cette pandémie, des changements organisationnels ont été effectués dans les cabinets (10). Il y a une volonté de pérenniser certains de ces changements. La demande du motif de consultation, va devenir systématique pour certains cabinets qui ne le faisaient pas, afin de pouvoir identifier, au sein des créneaux de SNP, des créneaux « infectieux ». L'idée étant de ne pas mélanger en salle d'attente des patients potentiellement contaminant, avec les autres.

Pendant cette période, la téléconsultation a largement été utilisée (11). Toutefois, il semble qu'elle ne trouvera pas sa place dans la prise en charge des SNP, ou alors simplement comme aide à la régulation, pour différer une consultation en présentiel.

- **Efficienc e en lien avec l'activité de groupe**

Les médecins interrogés dans cette étude, ont tous une activité de groupe. Sur les 37 médecins sollicités, seulement 3 exerçaient seuls, mais ces derniers n'ont pas donné suite aux différentes relances. Nous avons donc une population d'étude composée uniquement de médecins exerçants à plusieurs.

Actuellement en France, 61 % des médecins généralistes libéraux pratiquent un exercice de groupe, et la proportion s'élève à 80 % chez les moins de 50 ans (12). Il y a sur les dernières années une dynamique en faveur d'une installation à plusieurs. Un travail de thèse (13) étudie les avantages d'un exercice de groupe en zone rurale. On retrouve principalement une meilleure gestion du temps de travail et des échanges professionnels favorisés, ce qui permet, entre autres, une meilleure gestion des urgences.

Dans notre étude, lors des entretiens, il est ressorti un sentiment global de satisfaction et d'efficienc e concernant l'offre de SNP proposée. Pour tous, cela est principalement lié au fait d'avoir une organisation de groupe, réfléchi e à plusieurs, avec de l'entraide. En effet, on peut prendre pour exemple, la gestion des visites à domicile non programmées, soins décrits comme difficile à gérer, car long. Pour

pallier à cela, la majorité se sont organisés à l'échelle du cabinet. On note que cette efficience liée à l'organisation de groupe a déjà été rapportée dans d'autres travaux de thèse (14).

Une des difficultés rapportées dans ce travail est la gestion du temps de travail, en particulier pendant les périodes épidémiques. Lors de ces périodes, la demande de SNP augmente considérablement, sans que celle de soins programmés ne diminue. Le nombre de créneaux de consultation habituel n'est plus suffisant et les journées de travail s'allongent. D'après différentes études, le temps de travail moyen des médecins généralistes ne semble pas être significativement différent entre les médecins exerçants en groupe et ceux exerçants seuls (15), (16). On note par contre une facilité d'organisation pour les médecins exerçants en groupe (17), avec une optimisation du temps de présence médicale .

L'exercice de groupe, avec le partage de dossier, permet la continuité des soins, un médecin de la structure pouvant recevoir les patients de son confrère lors d'une absence de ce dernier. Ainsi, tout en conservant le rôle propre du médecin traitant, cela permet d'avoir une structure référente pour le patient, même lors des indisponibilités de son médecin.

Lors des entretiens, l'intérêt d'un médecin dédié aux SNP a plusieurs fois été soulevé. Cela pourrait être le cas, au sein d'un groupe de professionnels, qu'un médecin soit dédié par demi-journée aux SNP du cabinet. Toutefois, cette idée a plutôt été rejetée avec une envie pour chaque médecin de suivre ses propres patients. Pour permettre cela, plusieurs médecins ont noté l'importance d'avoir une taille de patientèle adaptée à la quantité de soins qu'ils peuvent proposer.

De manière générale, à l'étranger, on note une tendance au regroupement des professionnels de santé. Aux États-Unis, depuis une dizaine d'années, se développent des PCMH (patient-centered medical home) (18). Sur le même principe que l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel), ces centres doivent répondre à différents critères, dont des soins coordonnés, avec une facilité d'accès (19). En Europe, on observe chez la majorité de nos voisins, une activité organisée à travers des centres de soins primaires (20), (21). C'est par exemple le cas en Angleterre où les médecins généralistes se regroupent au sein de coopératives médicales. Les patients ont alors un dossier médical dans leur centre référent, et les différents médecins intervenant sur ce centre peuvent y accéder.

En France, depuis plusieurs années, les politiques de santé tendent à favoriser les installations de groupe. Actuellement, c'est le programme ministériel « Ma santé 2022 » qui est en cours de mise en place (22) . Un de ses objectifs est l'amélioration de l'accès aux SNP. Pour cela, le but est de favoriser les associations de professionnels, en intégrant l'ACI. Cet accord, en contrepartie d'aides financières de l'ARS, engage le regroupement de professionnels, à proposer un accès quotidien à des SNP, avec une permanence de soins de 8h à 20h (23).

De manière générale, dans cette étude, on note un ressenti positif de l'exercice de groupe concernant la prise en charge des SNP. En confrontant ce ressenti aux données de la littérature, en France et à

l'étranger, ainsi qu'aux politiques de santé actuelles, on comprend que l'évolution du système de santé va se faire vers un regroupement des professionnels. Grâce au partage de l'information et avec une organisation collective, la prise en charge des SNP et la continuité des soins, est plus fluide.

- **Intervention de tiers**

Plusieurs des médecins de l'étude sont MSU, donc ils intègrent des internes dans leur organisation des SNP. Lors des entretiens, les avis ont été assez divergents sur le rôle que doivent avoir les internes dans cette organisation. Toujours est-il que les internes sont en formation, et que la gestion des SNP, fait partie des compétences à acquérir. Comme expliqué dans un communiqué de l'ISNAR – IMG (Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) la formation des internes doit être axée sur cette mission de SNP, avec en particulier une formation à la régulation médicale (24).

Le rôle des assistants médicaux a été évoqué dans cette étude. Plusieurs médecins se sont posé la question de son intérêt, mais sans connaître ses principales missions.

La convention médicale concernant les assistants médicaux a été signée en 2019 (25). Un des objectifs est de favoriser un meilleur accès aux soins des patients, grâce à une libération de temps médical. En conséquence, une des conditions au financement de l'assistant par l'assurance maladie, est l'augmentation de la file active du médecin.

Devant la mise en place récente de ce dispositif, peu d'études ont été faites afin de mesurer l'impact des assistants. On peut noter, en lien avec les observations précédentes, que ce dispositif est en concordance avec la volonté d'un regroupement des professionnels de santé.

- **Éducation des patients**

Dans notre étude, tous les médecins ont mentionné l'importance de l'éducation de leur patientèle, afin d'améliorer la prise en charge des SNP. Il s'agit d'une éducation à deux niveaux : une éducation concernant les symptômes, et donc la gestion de l'urgence ressentie par le patient lui-même, et une éducation concernant l'utilisation du système de soins.

Dans ce travail de thèse (9), fait en 2020, on retrouve comme objectif premier, pour améliorer la gestion des SNP, la création de programmes d'éducation destinés aux patients, afin de leur enseigner les réflexes à avoir en cas de problème ressenti comme urgent. C'est également une des directives que l'on retrouve dans le rapport de 2018, établi par le député Thomas Mesnier (26).

Comme nous le pouvons le voir dans d'autres travaux de recherche (27), il y a une méconnaissance des patients sur l'utilisation du système de soins. Dans notre étude, nous avons constaté que l'information sur l'utilisation du système de santé n'est pas délivrée de manière systématique au patient.

Elle est délivrée ponctuellement, de façon ciblée, en fonction de la demande, ou suite à un mésusage du système. Dans le cadre de certains soins (dans le cas présent les sutures), pour lesquels les patients n'ont pas le réflexe de consulter chez leur médecin traitant, plusieurs médecins ont proposé une information systématique, passant par un affichage en salle d'attente.

- **Réflexion à l'échelle territoriale**

De manière spontanée, lors des entretiens, une majorité des médecins ont amené la discussion à l'échelle territoriale. Certains médecins ont réfléchi à l'organisation qu'ils auraient mis en place s'ils exerçaient sur un autre secteur. Et pour tous, elle aurait différé.

L'offre de SNP est conditionnée à l'organisation des soins d'un secteur. Elle peut dépendre de l'accès aux services d'urgences et aux structures d'accueil de soins non programmés, de l'implantation de SOS médecins sur le secteur, ou encore de la mise en place d'initiatives locales. On peut donner pour exemple le PAÏS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé), mis en place dans le Loir et Cher (28). Il s'agit d'un réseau de médecins généralistes, appartenant à différents cabinets, qui mutualisent les informations de leur patient, et s'organisent afin de proposer des SNP au quotidien, via un système d'astreintes.

L'uniformisation des pratiques est au cœur du rapport du député Mesnier de 2018 (26), via le regroupement des professionnels de santé. Ce regroupement est incité au sein d'organisations comme les CPTS (Communauté Professionnelles Territoriales de Santé). Les CPTS sont des structures créées par la loi de modernisation du système de santé de 2016 (29). Elles ont plusieurs missions de santé publique comme améliorer le parcours pluri professionnel des patients, faciliter l'accès à un médecin traitant ou encore mettre en place des projets de prévention. Mais une de leur mission prioritaire est la prise en charge des SNP. Cela est codifié par la signature de l'ACI, qui implique une prise en charge des SNP de 8h à 20h (23).

Un des objectifs de cette uniformisation des pratiques est une meilleure lisibilité du système par les usagers, mais aussi par les professionnels.

Dans notre étude, plusieurs médecins rapportaient des redirections faites par le 15, à tort, des patients vers les services d'urgences, pour des soins qui auraient pu être fait en cabinet de médecine générale. Cela semble lié à une mauvaise connaissance des pratiques locales de chaque cabinet, d'où l'importance d'une uniformisation des pratiques afin de simplifier le travail de régulation.

Pour améliorer le système de régulation en journée, un médecin a émis l'idée d'une plateforme dédiée, de communication directe, entre régulateur et médecin généraliste.

Cette idée, exposée dans l'étude, pourrait s'apparenter au Service d'Accès aux Soins (SAS). Il s'agit d'un service, annoncé dans le Pacte de refondation des urgences (30), qui va être testé dans différents territoires français, dont l'Ille-et-Vilaine, à partir de janvier 2021 (31). L'objectif de ce service est de

permettre à chaque patient, d'avoir à toute heure, une réponse médicale, un conseil, une orientation ou une consultation, adaptée à la demande. L'organisation définitive est en phase de test sur cette année 2021. Il s'agirait d'une régulation médicale en partenariat entre la médecine libérale et la régulation du SAMU. L'idée serait ainsi de différencier une ligne de régulation pour les urgences vitales, le 15, et une ligne de régulation, pour les demandes de SNP.

Dans notre étude, pour tous les médecins, une perspective d'amélioration du lien ville – hôpital, semble importante. Il s'agirait en particulier de faciliter les hospitalisations directes, pour éviter un passage aux urgences, surtout pour les prises en charges gériatriques. Également de favoriser les lignes directes pour les avis de spécialistes d'organes, ce qui pourrait diminuer le temps de prise en charge de certains SNP dits « longs ».

Enfin, améliorer la communication avec les services d'urgences, comprendre pourquoi certains patients ont pu consulter aux urgences au lieu de leur médecin traitant. En effet, dans la littérature, on retrouve un taux élevé de patients se présentant spontanément aux urgences, de leur propre initiative. Dans cette étude (6), cela représente plus de la moitié des patients, qui se présentent aux urgences sans avis médical en amont.

Les motivations retrouvées dans différentes études, sont toujours plurifactorielles : l'attrait d'un plateau technique, la facilité d'accès, l'anxiété et la douleur générée par les symptômes, ou encore la méconnaissance du système de santé (32),(6),(33).

Toutefois, comme le mentionne un des médecins dans notre étude, il est important de discuter avec ses patients de leur décision d'aller consulter aux urgences, sans passer par leur médecin traitant, afin de comprendre et d'évaluer avec eux leurs motivations. Il s'agit là de l'éducation des patients à l'utilisation du système de soins.

La question de la redirection des patients se présentant spontanément aux urgences pour un motif de médecine générale, sur les horaires ouvrables s'est posée, mais était peu adaptée au territoire. En effet, un des médecins a mentionné et approuvé cette pratique, cependant au vu de l'éloignement géographique des services d'urgences, il n'a jamais été confronté à la situation.

Comme nous pouvons le constater avec ces deux études (34),(35), le taux d'acceptation théorique de réorientation des patients des urgences, vers la médecine générale, est élevé. Toutefois, en pratique, cette réorientation nécessite un travail en amont de coordination entre généralistes et urgentistes, afin d'identifier des circuits fluides de réorientation. De plus, on comprend que ce type de réorientation est à adapter en fonction des réalités géographiques du territoire.

## V. CONCLUSION

Les SNP sont au cœur de l'exercice professionnel du médecin généraliste, ils font partie de ses missions de santé. C'est une idée qui semble bien intégrée, puisque la majorité des médecins généralistes se sont organisés pour. Il s'agit d'organisations pensées à l'échelle des cabinets, dont l'objectif est l'optimisation du temps de présence médical. Cela passe par la pose d'un cadre dans le planning, avec l'idée de lisser les consultations sur la semaine.

On note l'émergence de supports techniques comme les plateformes de RDV en ligne, qui permettent de libérer du temps de secrétariat. Ce temps est primordial, puisque les secrétaires ont une mission de régulation des SNP. C'est une mission qui est reconnue comme difficile, et pour laquelle les secrétaires semblent peu formées. Il y a un réel besoin de formation dans ce domaine, afin que le triage des urgences puisse se faire en toute sécurité.

L'éducation des patients est un élément qui pourrait faciliter la régulation. Éducation principalement concernant les symptômes d'alerte, mais également concernant l'utilisation du système de santé.

La question du rôle de l'assistant médical dans les SNP s'est posée. Sa création étant récente, et ses missions à définir au sein de chaque cabinet, il y a peu d'exemples rapportés concernant les SNP.

La pandémie actuelle a entraîné des changements d'organisation au sein des cabinets, avec l'identification et le regroupement des patients ayant des symptômes infectieux. Elle est également liée à l'émergence de la téléconsultation, qui semble pouvoir être un outil intéressant de régulation.

Il ressort de cette étude, un sentiment global d'efficacité, concernant la prise en charge des SNP, en lien avec l'exercice de groupe. Ce type d'exercice permet le partage d'informations, et une fluidité dans la permanence des soins. La dynamique actuelle des médecins s'installant, est en faveur de ce type d'organisation.

C'est à l'échelle territoriale que les médecins ont rapporté le plus de demandes et de perspectives d'évolution. Elles concernent principalement le lien ville – hôpital qui est à renforcer. Cela passerait par une facilité d'accès aux avis de médecins spécialistes, aux entrées directes en services hospitaliers, ou encore à une meilleure coordination avec les services d'urgences. On peut mentionner l'idée de la redirection des patients des urgences vers la médecine générale si le motif s'y prête. Enfin, une régulation en journée adaptée à l'offre de soins de chaque territoire semble importante à mettre en place.

Les politiques actuelles de santé semblent en partie pouvoir répondre aux attentes mentionnées par les médecins. En effet, il y a une volonté d'uniformisation des pratiques au sein des territoires via le regroupement des professionnels de santé. L'objectif étant d'assurer une meilleure lisibilité du système de santé pour les usagers et de faciliter l'accès aux soins. Cela passe également par la création du SAS, en phase de test sur l'année 2021, dont l'objectif est d'assurer une régulation des demandes de SNP.



La prise en charge des SNP est complexe et se fait à différentes échelles. Au vu de cette complexité et de la place importante des SNP dans l'exercice quotidien du médecin généraliste, il semble important que les internes y soient sensibilisés au cours de leur formation.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Allen DJ, Gay PB, Heyrman PJ, Svab PI. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. Wonca Europe. 2002;52.
2. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 2013;108:148-55:8.
3. Gouyon L. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. 2006;8.
4. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. 2020 janv. Report No.: 1138.
5. Cour des Comptes. Rapport public annuel 2019 de la Cour des Comptes : les urgences hospitalières, des services toujours trop sollicités. 2019.
6. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DRESS; 2014 juill. Report No.: 889.
7. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 16 sept 2007;19(6):349-57.
8. YRAETA A. Les plateformes de prise de rendez-vous en ligne : utilisations et appréciations en 2020 [Internet] [thèse]. Strasbourg; 2020 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: [http://www.apima.org/img\\_bronner/These\\_plateformes\\_YRAETA\\_Arnaud\\_R.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/These_plateformes_YRAETA_Arnaud_R.pdf)
9. Quilleré C. Gestion des soins non programmés par les cabinets de médecine générale du secteur de lorient. Rennes; 2020 [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/e975e5e9-03da-4e4d-95a6-07c24991ba02?inline>
10. Collège de la médecine générale. Covid-19/Phase 3 : Organisation du cabinet de médecine générale [Internet]. 2020 [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2020/03/Organisation-du-cabinet.pdf>
11. Monziols M, Chaput H. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19. DRESS - 1162; 2020.
12. Chaput H, Monziols M, Fressard L. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. DRESS - 1114; 2019.
13. LAMBEY C. Avantages et inconvénients à l'exercice de la médecine générale en groupe en zone rurale [Internet]. Lyon 1; 2014 [cité 16 févr 2021].
14. Drean L. 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.
15. Fur PL, Bourgueil Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. 2009;8.
16. Donnio J. Les déterminants du temps de travail des médecins généralistes en Savoie. Grenoble; 2019.

17. Seigneur Y. L'exercice de la Médecine Générale en groupe pluridisciplinaire: quels attraits, quelles contraintes? Rouen; 2014.
18. Bras P. Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis. *Prat Organ Soins*. 2011;42(1):27.
19. Defining the PCMH | PCMH Resource Center [Internet]. [cité 16 févr 2021]. Disponible sur: <https://pcmh.ahrq.gov/page/defining-pcmh>
20. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. L'accès aux soins de premier recours en Europe. *Rev Francaise Aff Soc*. 2006;(2):121-39.
21. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. *Rev Francaise Aff Soc*. 2006;(2):91-119.
22. ARS Bretagne. Projet régional de santé de bretagne, 2018-2022. 2018.
23. Ministères des solidarités et de la santé, Ministère de l'action et des comptes publics. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles. *Sect. Journal officiel de la république Française*, SSAS1722266A juill 24, 2017.
24. ISNAR IMG. réponse aux soins non programmés. mars 2018;
25. Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
26. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires. mai, 2018.
27. VALLE F. Gestion des consultations non programmées en médecine générale : quels avantages et inconvénients selon le mode d'exercice ? . Lyon Est; 2017 [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: <http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/restAPI/preview/default/369e8996-1729-48e2-bc14-59f76f8eb3ea/default/>
28. Schick J. Etude comparative de l'incidence de PAÏS (plateforme Alternative d'Innovation en Santé) sur le recours aux urgences entre les trois communautés de communes en Loir-Et-Cher. Tours; 2016 [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016\\_Medecine\\_SchickJulia.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2016_Medecine_SchickJulia.pdf)
29. Section 4 : Communautés professionnelles territoriales de santé (Articles L1434-12 à L1434-13) - Légifrance [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000031917906/>
30. Ministère des solidarités et de la Santé. Pacte de refondation des urgences. 2019.
31. ARS Bretagne. Service d'Accès aux Soins (SAS) - Deux sites pilotes en Bretagne [Internet]. 2020 déc [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/service-dacces-aux-soins-sas-deux-sites-pilotes-en-bretagne>
32. Nevers A-L. Déterminants des demandes de soins non programmés des patients adultes auto référés consultant aux urgences et ne relevant pas de son plateau technique. 2017.
33. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Sante Publique (Bucur)*. 2004;Vol. 16(1):63-74.

34. Gentile S, Durand A-C, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? Rev D'Épidémiologie Santé Publique. févr 2009;57(1):3-9.
35. Vaillant J. Acceptation et limites de la réorientation des patients `` non urgents '' se présentant aux Urgences vers des structures de médecine générale [Internet]. Bordeaux; 2020. Disponible sur: dumas-02521866 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02521866>

## VII. Annexes

### A. Guide d'entretien

- 1) Comment est-ce que vous définiriez les SNP ?
  - a. Par exemple, racontez-moi la dernière fois que vous avez dû prendre en charge une demande de SNP
  - b. Quels sont les motifs les plus fréquents en SNP ?
  
- 2) Comment vous êtes-vous organisés pour répondre à cette offre ?
  - a. A quelle échelle vous êtes-vous organisé ?
  - b. Quelle est la place de votre secrétariat dans cette offre ?
  - c. Comment sont gérés les plannings ?
  
- 3) Que pensez-vous de l'efficacité de votre organisation ?
  - a. Quel retour en avez-vous de la part des patients ?
  - b. Comment sont-ils informés de cette organisation ?
  
- 4) Quelles problématiques rencontrez-vous dans la gestion de cette offre ?
  
- 5) Quelles solutions envisageriez-vous ?
  
- 6) Vers quoi voudriez-vous faire évoluer cette offre ?
  
- 7) Comment la situation actuelle de gestion du covid-19 va impacter votre organisation future ?

## B. Caractéristiques des médecins

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
<b>Sexe</b>	H	H	F	H	F	H	H	F	H	F	H	F
<b>Tranche d'âge</b>	40 45	30 35	35 40	30 35	35 40	60 65	55 60	40 45	35 40	40 45	25 30	35 40
<b>Exercice de groupe</b>	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
<b>Secrétariat physique sur place</b>	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	Non (*)	oui	oui	Non (*)	oui
<b>Plateforme de RDV</b>	oui	oui	non	oui	oui	non	oui	non	oui	non	non	non
<b>Télé secrétariat</b>	non	oui	non	oui	non	non	non	non	oui	non	non	non
<b>MSU</b>	oui	non	oui	non	oui	oui	non	non	non	oui	non	non
<b>Nb moyen de consultations/jour</b>	27	25	22	22	25	25	30	20	27	22	22	22
<b>Nb de jours travaillés/semaine (hors samedi)</b>	4	4	3,5	4	3,5	5	4	4	4	2	4	4
<b>Durée entretien (min)</b>	20	30	28	35	29	32	30	28	44	36	36	36

Tableau 1 : caractéristiques des médecins

(\* : secrétaire partagée avec autre cabinet, présente sur autre cabinet)

## VIII. Glossaire

ADOPS : Association départementale pour l'Organisation et la Permanence des Soins des médecins libéraux

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CPTS : Communauté Professionnelles Territoriales de Santé

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

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ISNAR – IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MSU : Maître de Stage Universitaire

PAÏS : Plateforme Alternative d'Innovation en Santé

PCMH : patient-centered medical home

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAS : Service d'Accès aux Soins

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SNP : Soins Non Programmés

**LIARD, Mathilde – Ressenti des médecins généralistes installés sur le territoire de Combourg sur leur offre de soins non programmés et perspectives d'évolution concernant cette offre**

36 feuilles, tableau 1 : caractéristiques des patients- Thèse : Médecine générale; Rennes 1; 2021 ; N° .

**Résumé :**

**Contexte :** La proportion des Soins non programmés (SNP) dans l'activité des médecins généralistes est en hausse depuis une dizaine d'années.

**Objectif :** Connaître le ressenti de médecins généralistes installés en zone rurale sur leur offre de SNP, ainsi que leurs perspectives d'évolution

**Méthode :** étude qualitative réalisée auprès de 12 médecins installés sur le territoire de Combourg (35), au moyen d'entretiens individuels semi dirigés.

**Résultats :** Les médecins ont tous intégré la gestion des SNP dans leur quotidien en proposant principalement des créneaux dédiés chaque jour. La secrétaire a un rôle primordial dans cette organisation. On note cependant une carence de formation à la régulation pour les secrétaires. Il ressort un sentiment d'effcience concernant la prise en charge des SNP à l'échelle des cabinets, en lien avec une activité de groupe. Les médecins ont des perspectives d'évolutions à l'échelle territoriale, en lien avec une meilleure coordination ville – hôpital. Un travail sur l'éducation des patients est également proposé.

**Conclusion :** Les SNP sont au cœur de l'exercice professionnel du médecin généraliste. L'exercice de groupe, l'uniformisation des pratiques au sein des territoires et une régulation médicale centralisée en journée, semblent être des leviers pour l'amélioration de la gestion des SNP.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE - SANTE PUBLIQUE

Mots-clés : Soins non programmés, médecine générale, organisation des soins

Mots-clés anglais MeSH : General practitioners, unscheduled health care

Président : **Pr Patrick JEGO**, PU-PH médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie – CHU Rennes

JURY : Assesseurs : **Dr Ghislaine VILLOIN**, médecine généraliste, directrice de thèse - Antrain  
**Pr Alain CAUBET**, MCU-PH médecine et santé au travail – CHU Rennes  
**Pr Pierric RENAUT**, Pr associé de médecine générale, DMG Rennes

Adresses de l'auteur :