



HAL
open science

Soins non programmés en médecine générale : et si nous nous intéressions à une régulation par infirmiers ?

Fanny Estachy

► To cite this version:

Fanny Estachy. Soins non programmés en médecine générale : et si nous nous intéressions à une régulation par infirmiers ?. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04016477

HAL Id: dumas-04016477

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04016477>

Submitted on 6 Mar 2023

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **ESTACHY Fanny**

Le 16/02/2023

TITRE

**Soins non programmés en médecine générale : et si nous nous
intéressions à une régulation par infirmiers ?**

Directeur de thèse : Dr JUGE David

JURY

Président : Pr AMOUYAL Michel

1er assesseur : Dr SIKIRDJI Chloé

2ème assesseur : Dr JUGE David

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par ESTACHY Fanny

Le 16/02/2023

TITRE

**Soins non programmés en médecine générale : et si nous nous
intéressions à une régulation par infirmiers ?**

Directeur de thèse : Dr JUGE David

JURY

Président : Pr AMOUYAL Michel

1er assesseur : Dr SIKIRDJI Chloé

2ème assesseur : Dr JUGE David

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HERTAULT Jean	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CAMU William	HUMEAU Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	COTTALORDA Jérôme	KLEIN Bernard	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LAFFARGUE François	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LALLEMANT Jean Gabriel	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAMARQUE Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LAPEYRIE Henri	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LEROUX Jean-Louis	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUJOLS Pierre	LESBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	ECHENNE Bernard	LORiot Jean	SAINT-AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BONNEL François	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GODLEWSKI Guilhem	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GRASSET Daniel	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean-Jacques	MICHEL François-Bernard	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	GUITER Pierre	MION Charles	VIDAL Jacques
	HEDON berbard	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

Docteurs Emerites

ARTUS Jean-Claude	JONQUET Olivier	VOISIN Michel	PRAT Dominique
BASTIEN Patrick	LANDAIS Paul	ZANCA Michel	PUJOL Joseph
BLANC François	LARREY Dominique		
BONAFE Alain	LE QUELLEC Alain		
BOULENGER Jean-Philippe	MARES Pierre		
BOURREL Gérard	MAUDELONDE Thierry		
BRINGER Jacques	MAURY Michèle		
CLAUSTRES Mireille	MESSNER Patrick		
COMBE Bernard	MILLAT Bertrand		
DAURES Jean-Pierre	MONNIER Louis		
DAUZAT Michel	MOURAD Georges		
DAVY Jean-Marc	PREFAUT Christian		
DEDET Jean-Pierre	PUJOL Rémy		
DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel	RIBSTEIN Jean		
GROLLEAU RAOUX Robert	SCHVED Jean-François		
GUERRIER Bernard	SULTAN Charles		
GUILLOT Bernard	TOUCHON Jacques		
HERISSON Christian	UZIEL Alain		

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation

LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénérologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Amaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAPTIER Guillaume	Anatomie

CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérard	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Amaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MATECKI Stéfan	Physiologie

MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie

PU-PH de 2ème classe

AYRIGNAC Xavier	Neurologie
BELZEAUX Raoul	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
BERTRAND Martin	Anatomie
BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOURGIER Céline	Cancérologie ; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DONNADIEU Hélène	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FRANDON Julien	Radiologie et imagerie médicale
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie

GANDET Thomas	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GELIS Anthony	Médecine physique et de réadaptation
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence

SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

2^{ème} classe :

CHAZAL Nathalie (Biologie cellulaire)

MOREAUX Jérôme (Sciences biologiques fondamentales et cliniques)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

REBOUL Marie-Catherine

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

DEBIEN Blaise (Médecine d'urgence)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maitres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent Médecine légale et droit de la santé

RICHARD Bruno Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire

BOULLE Nathalie Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère Génétique

CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire

BRET Caroline Hématologie biologique

BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

COSSEE Mireille Génétique

GIRARDET-BESSIS Anne Biochimie et biologie moléculaire

HERRERO Astrid Chirurgie viscérale et digestive

LAVIGNE Géraldine Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier Médecine et Santé au Travail

MATHIEU Olivier Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kevin Biochimie et biologie moléculaire

PANABIÈRES Catherine Biologie cellulaire

RAVEL Christophe Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
CHIRIAC Anca	Immunologie
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
ENGELMANN Ilka	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
RANISAVELJEVIC Noémie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction; Gynecologie médicale
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BECAMEL Carine	Neurosciences
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

Maîtres de Conférences de classe normale

CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
HERVE ANDRE Emilie	
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David
OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

BADIN Mélanie
CAMPAGNAC Jérôme
LOPEZ Antonio
MINET Mathilde
PAVAGEAU Sylvain
SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
GAVOTTO Arthur	Pédiatrie
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
POULEN Gaetan	Neurochirurgie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
URSIC BEDOYA José	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BRISOT Dominique	FAURE Elsa	MARTIN Lucille	SEGURET Fabienne
AGUILHON Sylvain	BRONER Jonathan	FILLERON Anne	MATTATIA Laurent	SENESSE Pierre
AKKARI Mohamed	CAIMMI Davide Paolo	FILLOLS Mélanie	MEROUEH Fadi	SERRE Jean-Emmanuel
ALRIC Jérôme	CARR Julie	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SKALLI El Medhi
AMEDRO Pascal	CARTIER César	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SOLA Christelle
AMOUROUX Cyril	CASPER Thierry	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SOULLIER Camille
ANTOINE Valéry	CASSINOTTO Christophe	GENY Christian	MORAU Estelle	SOUKSI MEDIONI Isabelle
ARQUIZAN Caroline	CATHALA Philippe	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	STOEBNER DELBARRE Anne
ATTALIN Vincent	CAZABAN Michel	GINIES Patrick	MOSER Camille	TEOT Luc
BADR Maliha	CHARBIT Jonathan	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	THIRION Marina
BAIS Céline	CHEVALLIER Thierry	GROSSIN Delphine	MOUTERDE Gaël	TUNEZ Virginie
BARBAR Saber Davide	CHEVALLIER-MICHAUD Joëlle	GUEDJ Anne Marie	PERNIN Vincent	VACHIERY-LAHAYE Florence
BASSET Didier	COLIN Olivier	GUYON Gaël	PERRIGAULT Pierre François	VERNES Eric
BATIFOL Dominique	CONEJERO Ismael	HEDON Christophe	PEYRON Pierre-Antoine	VIALA Maurice
BATTISTELLA Pascal	CONSEIL Mathieu	HENRY Vincent	PICARD Eric	VINCENT Laure
BAUCHET Luc	CORBEAU Catherine	JAMMET Patrick	PICOT Marie Christine	WAGNER Laurent
BELL Ariane	COROIAN Flavia-Oana	JEDRYKA François	POQUET Héléne	WALTHER LOUVIER Ulrike
BENEZECH Jean-Pierre	COUDRAY Sarah	JREIGE Riad	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BENNYS Karim	CUNTZ Danielle	KINNE Mélanie	PUPIER Florence	
BERNARD Nathalie	DARDALHON Brigitte	LABARIAS Coralie	QUANTIN Xavier	
BERTCHANSKY Ivan	DAVID Aurore	LABORDE Caroline	RAFFARD Laurence	
BIBOULET Philippe	DE BOUTRAY Marie	LACAMBRE Mathieu	RAPIDO Francesca	
BIRON-ANDREANI Christine	DE LA TRIBONNIÈRE Xavie	LANG Philippe	RIBRAULT Alice	
BLANC Brigitte	DEBIEN Blaise	LAZERGES Cyril	RICHAUD-MOREL Brigitte	
BLANCHARD Sylvie	DELPONT Marion	LE GUILLOU Cédric	RIDOLFO Jérôme	
BLANCHET Catherine	DENIS Héléne	LEGLISE Marie Suzanne	RIPART Sylvie	
BLATIERE Véronique	DEVILLE de PERIERE Gilles	LE MOINE DONY Marie-Christine	RONGIERES Michel	
BOGE Gudrun	DI CASTRI Alberto	LETERTRE Simon	ROULET Agnès	
BOURRAIN Jean Luc	DJANIKIAN Flora	LOPEZ Régis	RUBENOVITCH Josh	
BOUYABRINE Hassan	FAIDHERBE Jacques	LUQUIENS Amandine	SANTONI Fannie	
BRINGER-DEUTSCH Sophie	FATTON Brigitte	MANZANERA Cyril	SASSO Milène	
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	FAUCHERRE Vincent	MARGUERITTE Emmanuel	SCHULDINER Sophie	

Remerciements

Aux membres du jury :

Au **Pr AMOUYAL Michel** : Je suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites de présider ma thèse, je vous en remercie.

Au **Dr SIKIRDJI Chloé** : Merci de m'avoir proposé de participer à mon jury de thèse. L'intérêt que vous avez montré envers mon travail m'a beaucoup aidée. Merci également pour votre investissement et pour tous les commentaires productifs dont vous m'avez fait part. Je suis honorée que vous fassiez partie de mon jury de thèse.

Au **Dr JUGE David**, directeur de ma thèse, certes, mais avant tout premier maître de stage. Tu m'as fait découvrir ce qu'était vraiment la médecine générale et tu m'as fait comprendre que j'avais fait le bon choix. Merci pour ton partage de connaissances, d'expériences, ta disponibilité et ta bienveillance. Je suis consciente de la chance que j'ai eu d'être accompagnée par toi tout au long de mon internat.

A tous mes autres maîtres de stage :

Dr Torregrossa et les Urgentistes Nîmois, Dr Amphoux et Dr Allaoui (Stage libéral 1ère année), Dr Georges (Pédiatrie), Dr Dubois et Dr Fayad et la bonne ambiance de leur MSP, Dr Lermoyer, Dr Salacroup (Diabétologie), Dr Alacron et Dr Vignet (Addictologie), Dr Makosso, Dr Martin et Dr Coudray (Gynécologie), Dr Kusel, Dr Kinne (Centre d'arrêt), Dr Gautard, Dr Autard et Dr Hurel (avec qui j'ai fait mon SASPAS) : Merci pour votre partage de connaissance.

A tous les participants des focus groups, à tous les membres de la MSP, les infirmiers, les administratifs, les médecins, merci de vous être rendus disponibles, d'avoir partagé vos expériences et de m'avoir permis de réaliser cette étude.

A ma famille : Merci d'être là, de m'avoir supportée pendant ces longues années d'études difficiles. Merci de me donner la chance de faire partie de cette famille forte et unie. J'espère que vous serez fiers de moi. Je vous aime.

A ma Maman d'amour : Un immense merci pour ton soutien sans faille, depuis toujours. Ton aide précieuse, tes conseils bienveillants, ton écoute permanente et ton amour indéfectible qui m'ont permis d'avancer, de croire en moi et d'arriver ici aujourd'hui.

A mon Papou chéri : Merci d'être là pour moi, pour nous, d'être l'image paternelle dont on a besoin, fort et sensible à la fois. Merci pour ton soutien et ton amour inconditionnel.

A mon frère Yohan, merci de me soutenir et d'avoir été un exemple dans la vie par tes valeurs et ta conduite.

A Marine, ma belle-sœur, merci pour ta bonne humeur et ta gentillesse.

A Lara et Lilou, mes nièces : Vous voir grandir me remplit de bonheur.

A ma sœur Joanna, Jonas pour les intimes ! Merci de m'avoir supportée, de m'avoir fait grandir, de m'inspirer et de croire en moi. Si différentes mais si complémentaires, je n'aurais pu rêver mieux pour m'accompagner dans chacune des étapes de ma vie.

A Morgui, mon moldu de beau-frère : merci pour ton humour et ta bienveillance permanente.

A Mila, ma filleule, ma petite beauté, qui a égayé l'année 2021 par son arrivée.

A mes mamies chéries : Merci d'être là, de partager votre sagesse et vos expériences avec tant de gentillesse.

A mon Twisty, réconfortant juste de par sa présence.

A mes amies de toujours :

Nanoou, Guigui, Juju et Nono : Vous avez été et êtes des piliers, toujours présentes dans les bons et dans les mauvais moments. Des amies comme ça, on n'en rencontre pas tous les jours, alors je vous garde encore précieusement à mes côtés jusqu'à la fin des temps, pour qu'on continue à découvrir la vie et le monde et à franchir les années ensemble. Merci pour tous ces rires, merci pour votre folie... La vie est encore plus belle à vos côtés.

Forcément une pensée pour ma Loo' qui nous a quittés bien trop tôt. Je sais que de là-haut tu veilles sur nous, sur moi. Ma bonne étoile...

A mes amies d'aventures :

Annou, Camillon, Estherounette, Fliflo, Gweni, Lisou, Marin, Mathon (obligée de mentionner ces surnoms, qu'ils soient gravés quelque part) : Pas facile les études médicales, la découverte de l'hôpital, de l'externat. Les joies, les tristesses, les doutes et les peurs que ça implique, mais avec vous tout a été plus simple. On aura évolué ensemble, appris à devenir médecin lentement mais sûrement ! Je suis fière de cette amitié que nous avons créée et que nous continuons d'entretenir malgré la distance. Merci pour votre soutien, merci pour le réconfort, merci pour la réassurance, merci pour vos avis spécialisés, merci pour tous nos souvenirs, nos voyages... Merci pour tout quoi !

A Valentin B., un de mes premiers co-externe en neuro vasculaire. Qui m'a fait part de ses connaissances, qui m'a parrainé avec bienveillance et qui m'a montré que la médecine pouvait aussi être ludique.

A mes co-internes (dans l'ordre d'apparition dans ma vie) :

A Matthieu : De nos consultations professorales, à nos diagnostics douteux, en passant par nos playlists quelque peu répétitives, quel stage épique on aura passé ! Fou-rire et médecine, ça peut finalement faire un bon combo ! Merci pour ces TM & ces remises en question existentielles. Plus sérieusement, merci pour ton soutien, ton amitié et pour ton humour légendaire (certes un peu particulier).

A la Famax (Zozo, Larry, Marielle, Chichi...) : Vous m'avez fait découvrir ce qu'était la vraie vie d'interne, les joies de l'internat, le confinement a été plus simple à vivre grâce à chacun de vous.

A Kékon et Sandrine : A tous nos bons moments, du GDR, à nos soirées Nîmoises en passant par la vie montpellieraine et tous les risques que ça implique (RIP l'appareil à raclette...)

Au reste de la team GDR (Alexis et Morgan - la team el . soplado (je n'ai pas osé en entier...) -, Walid, Natalia, Romane...) : Un semestre riche en belles rencontres, au bord de la plage, forcément ça crée des liens, de belles amitiés sont nées sous le soleil gardois, perpétuons-les !

A mes co-internes de B16 (Marc, Nico, Kill, Vico, Popo, Sophie, Max, Emilie...) : de belles soirées à l'internat, des karaokés endiablés, merci pour ces moments partagés !

A mes colocs, devenus bien plus que ça :

A la coloc 303 (Satcha, Alberto, PA, Romain, Amélie et mention spéciale à mes Totally Spies : Cristy - mon américaine préférée - et Léa - pour notre complicité dès les premiers instants) : Vivre à plusieurs c'est tout de même plus fun, les débriefs de fin de journées, la découverte de la région, vous avez rendu le quotidien avec vous plus doux !

A mes colocs de Babel (Maeva, Jérémy, Maria...) : Le cœur de la coloc ! Je crois qu'avec vous j'aurais découvert les $\frac{3}{4}$ des restos Montpellierains ! Merci pour votre bonne humeur communicative et pour votre humour permanent.

Bref, vous avez tous, de près ou de loin, tenu une place importante dans ma vie, je suis reconnaissante de vous avoir auprès de moi. A nos souvenirs et à tous ceux que nous allons encore créer... Hasta Luego les amis.

Glossaire des abréviations

ARS : Agence Régionale de la Santé

ASALEE : Action de SAn té Libérale En Équipe

CMSI : Centre Médical de Soins Immédiats

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSMT : Centre de Soins Médicaux et Traumatologiques

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IMG : Interne en Médecine Générale

IOA : Infirmier d'Orientation et d'Accueil

IPA : Infirmier en Pratiques Avancées

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

RDV : Rendez-vous

SAS : Service d'Accès aux Soins

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SNP : Soins Non Programmés

Sommaire

Remerciements	15
Glossaire des abréviations	18
Sommaire	19
I. Introduction	22
1. La Ville V	22
1.1 Caractéristiques territoriales	22
1.2 Caractéristiques de la population	22
1.3 Offre de soins de la Ville V	24
1.4 La MSP de la Ville V	25
2. Contextualisation	26
2.1 Aspects législatifs des soins primaires ambulatoires	26
2.2 Les soins non programmés (SNP)	27
2.3 Mise en place de l'infirmier de régulation	28
2.4 Objectif de l'étude	30
II. Matériels et méthodes	30
1. Choix de la méthode de recherche	30
2. Choix de la population étudiée	30
3. Cadre éthique et réglementaire	30
4. Modalités des focus groups	31
5. Analyses des données	31
III. Résultats	32
1. Caractéristiques de la population	32
2. Des bénéfiques certains	34
2.1 Réguler, prioriser, reporter	34
2.2 Réponse à la demande de soins non programmés	36
2.3 Prise en charge centrée patient	37
2.4 Collaboration interprofessionnelle	38
2.4.1 Travail en équipe	38
2.4.2 Soutien au médecin	40
2.4.3 Délégation de tâches médicales et administratives	41
2.4.4 Expertise et valorisation de l'IDE	42
2.5 Gestion des cas complexes	43
2.6 Gain de temps	44

3. Des freins à surmonter	44
3.1 Education de la patientèle	45
3.2 Travailler la communication	48
3.2.1 Soignants - soignés	48
3.2.2 Interprofessionnelle	49
3.3 Manque de formation	51
3.4 Équipements inadaptés	53
4. De nombreuses pistes d'amélioration	54
4.1 Adaptation des horaires de SNP ?	54
4.2 Adaptation du mode de prescription ?	55
4.3 Vers un binôme soignant / secrétaire ?	56
4.4 Vers une protocolisation ?	57
5. Synthèse des résultats	59
IV. Discussion	60
1. Points forts de l'étude et limites de l'étude	60
1.1 Points forts	60
1.1.1 Etude exhaustive portant sur un concept innovant	60
1.1.2 Focus group	60
1.2 Limites de l'étude	60
1.2.1 Manque d'expérience de l'auteure	60
1.2.2 Focus groups inégaux	61
1.2.3 Limites inhérentes aux focus groups	61
1.2.4 Peu de bibliographie disponible	62
2. Analyse des principaux résultats	62
2.1 Un système prometteur	62
2.1.1 Un concept inédit	62
2.1.2 Les bienfaits de la collaboration IDE / médecins	63
2.2 Un système à retravailler	64
2.2.1 Une mise en place imparfaite	64
2.2.2 L'importance d'une meilleure relation soignants-soignés	65
2.3 Un système en phase d'évolution	66
2.3.1 Intégration des IPA	66
2.3.2 Intégration de protocoles de coopération	67

3. Quelles autres perspectives pour faciliter l'accès aux soins non programmés ?	69
3.1 Le développement des Centres Médicaux de Soins Immédiats	69
3.2 Le Service d'Accès aux Soins	69
V. Conclusion	70
Bibliographie	72
Annexe 1 : Guide d'entretien	79
Annexe 2 : Charte des centres de soins non programmés	80
Annexe 3 : Maquette SAS	81
Serment d'Hippocrate	82
Résumé	83

I. Introduction

L'étude menée se déroule dans la MSP d'une ville du Gard. Pour préserver l'anonymat des participants, il a été décidé de ne pas mentionner le nom de cette dernière. Celle-ci est désignée sous le terme de "Ville V".

1. La Ville V

Pour commencer, nous allons exposer la situation géographique et sociodémographique de la Ville V.

1.1 Caractéristiques territoriales

La Ville V se situe en Occitanie, dans le département du Gard (30). Le canton de la Ville V compte 24 communes. Elle est située au contact de trois autres départements: la Drôme, l'Ardèche et le Vaucluse.

1.2 Caractéristiques de la population

La commune compte 10490 habitants (1). La Ville V connaît depuis 1968 une croissance démographique importante. L'augmentation de la population est principalement due à un solde migratoire notable. Les tendances montrent également un vieillissement de la population (comparable au reste de la région) avec une part importante de la population âgée de plus de 75 ans (2,3).

Par ailleurs, il est à noter qu'un ratio non négligeable de la population de la Ville V est en situation de précarité avec des revenus moins élevés que dans la communauté d'agglomération. La précarité est reflétée par le taux de chômage plus élevé que dans le Gard (Taux de chômage à 19,1 % de la Ville V contre 16,8% dans le Gard - données INSEE 2018). On retrouve de nombreuses autres fragilités avec une part importante de familles monoparentales (16,4%), de familles nombreuses, de personnes immigrées (9%)

VILLE V

	Taux de la commune	Position de la commune ¹	Communes d'Occitanie		Valeur Occitanie	Valeur France
			Valeur mini	Valeur maxi		
Déterminants sociaux de santé (%)						
1- 15 ans ou plus hors système scolaire sans diplôme	65,3	●	32	79	58	59
2- Bénéficiaires de la CMUC	11,5	●	2	35	-	-
3- Taux de pauvreté	23,8	●	4	39	17	14
4- Emploi précaire	14,8	●	7	30	14	13
5- Famille monoparentale	11,3	●	4	14	9	9
Déterminants environnementaux de santé (%)						
5- Logements potentiellement indignes	9,2	●	0	34	8	-
Indicateurs de santé : mortalité (TCM pour 100 000 hab.)						
6- Mortalité générale	823,1	●	501	1128	752	780
7- Mortalité prématurée	234,5	●	101	379	187	197
8- Mortalité par cancers	272,2	●	151	305	222	237
9- Mortalité par maladies cardiovasculaires	207,7	●	113	284	202	203
10- Mortalité liée à l'alcool	41,4	●	3	55	22	29
11- Mortalité liée au tabac	143,8	●	72	193	117	122
12- Mortalité par suicide ou accident de la circulation ou autres traumatismes	94,9	●	25	108	57	55
Indicateurs de santé : morbidité (%)						
13- Ensemble des affections de longue durée (ALD)	23,4	●	15	30	20	21
14- Personnes diabétiques (ALD)	4,9	●	2	6	3	4
Recours aux soins						
15- Recours aux médecins généralistes	4,5	++	3	7	5	-
16- Recours aux dentistes	1,0	++	1	2	1	-

¹ Positionnement des indicateurs

de 1 à 14 : ● Très favorable (parmi le quart des territoires ayant les valeurs les plus favorables : 1^{er} quartile)

● Favorable (2^e quartile)

● Peu favorable (3^e quartile)

● Très peu favorable (4^e quartile)

de 15 à 16 : Du taux le plus élevé (++++) au taux le plus faible (+)

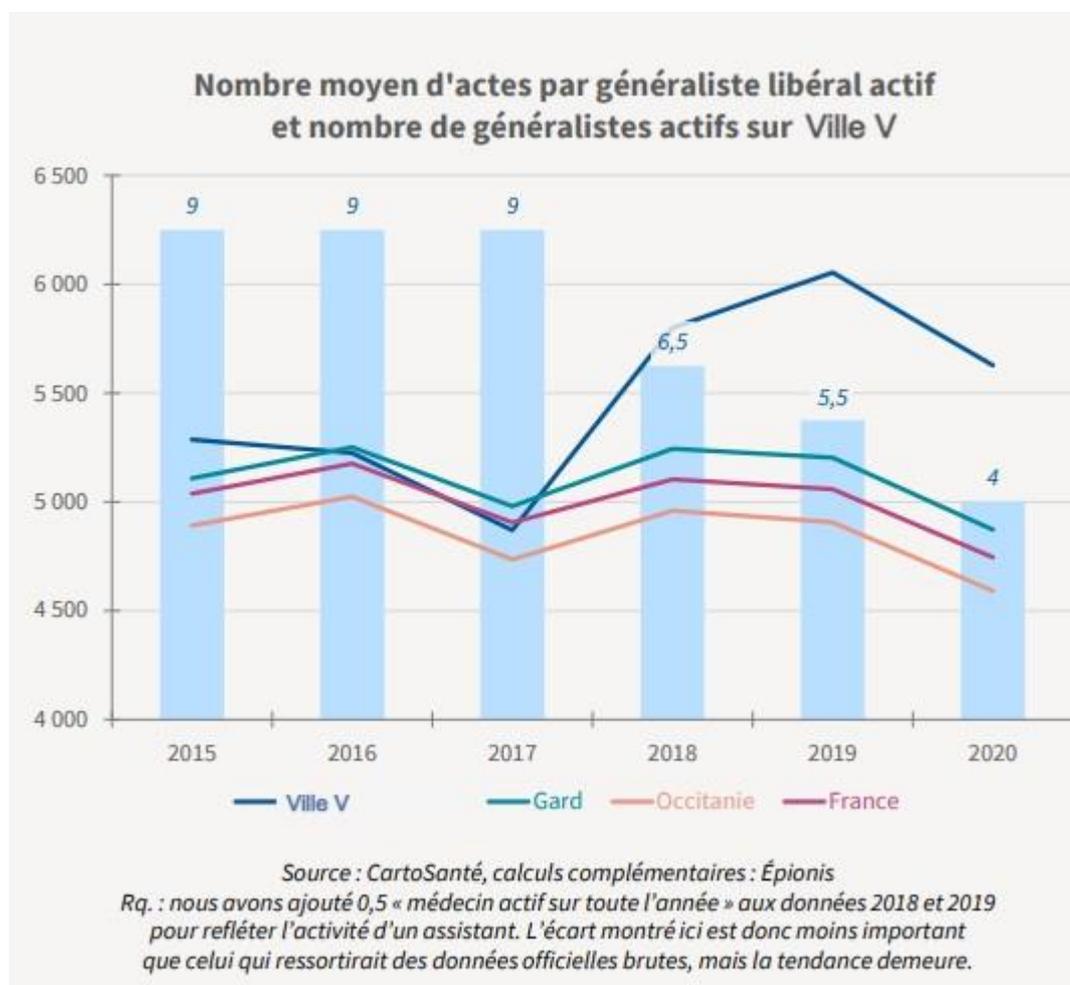
² Communes de plus de 5 000 habitants ou ayant un quartier prioritaire de la politique de la ville (pour les données sur la CMUC, communes des EPCI ayant au moins un quartier politique de la ville ou au moins une commune de plus de 10 000 habitants)

Indicateurs et sources de données

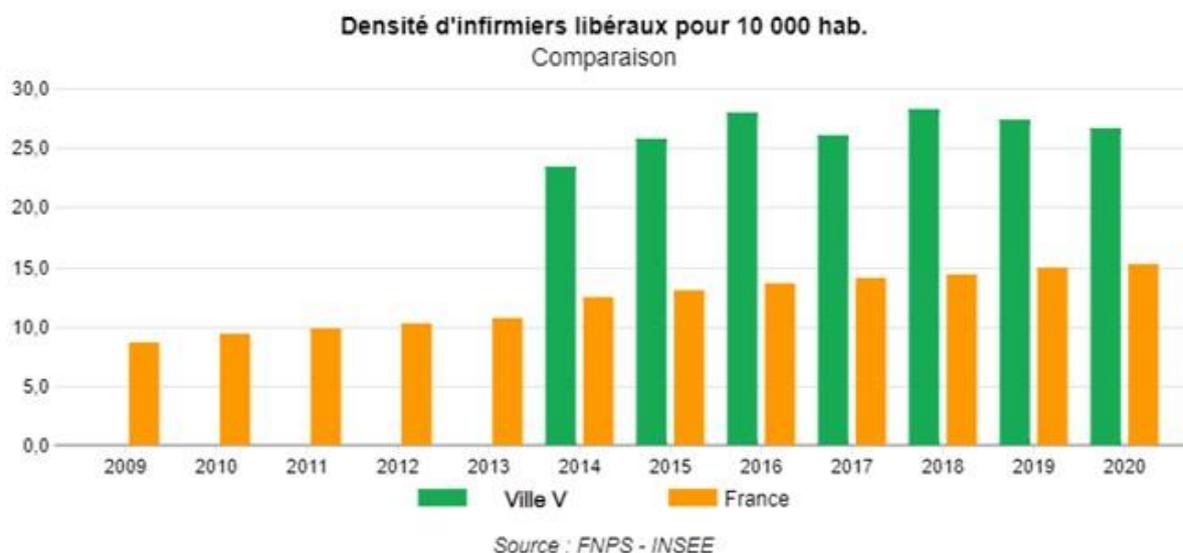
-1. Part de la population ayant un diplôme inférieur au niveau BAC, pour 100 personnes de 15 ans et plus non scolarisé (Insee RP2010) -2. Part de la population bénéficiaire de la CMUC pour 100 bénéficiaires du régime général d'assurance maladie en 2015 (CNAMTS) -3. Part de la population sous le seuil de 60 % du revenu déclaré par unité de consommation médian, pour 100 habitants en 2012 (INSEE-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA (Filosofi)) -4. Part des familles comprenant un parent isolé et un ou plusieurs enfants célibataires (n'ayant pas d'enfant) pour 100 ménages (Insee RP2010) -5. % de logements privés potentiellement indignes en 2013 (Filocom-DREAL) -6 à 12. Taux comparatif de mortalité, pour 100 000 habitants sur la période 2006-2013 pour différentes causes de décès (Inserm CépiDC, Insee) -13. Taux comparatif de prévalence, pour 100 000 habitants, année 2014, toutes ALD (CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee) -14. Taux comparatif de prévalence, pour 100 000 habitants, année 2014, toutes ALD (CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee) -15. Nombre moyen de C+V par habitant standardisé sur l'âge (SNIR-AM) 2013 -16. Nombre moyen de soins conservateurs et prothèses par habitant standardisé sur l'âge (SNIR-AM) 2013

1.3 Offre de soins de la Ville V

A Ville V comme ailleurs (4), nous faisons face à un nombre décroissant de médecins généralistes au fil des années. Le nombre de généralistes libéraux sur le territoire est passé de 20 en 2011 à 14 en 2020, soit -30%. La Ville V a été particulièrement touchée par cette diminution. Pour une densité équivalente à la moyenne nationale, il faudrait 7 médecins de plus. La densité de médecins généralistes libéraux sur le canton de la Ville V est plus faible que la moyenne nationale (*Densité de médecins généralistes libéraux en France : 90,4 pour 100 000 personnes. Sur le canton de la Ville V: 65,0 pour 100 000 personnes*) (5). Les perspectives d'avenir sont alarmantes puisque deux tiers des généralistes du territoire ont plus de 60 ans, laissant supposer des départs en retraite prochains (6). Compte tenu de la diminution du nombre de professionnels sur le secteur, les professionnels restants ont dû absorber une charge de travail supplémentaire. A compter de 2018, on note que le nombre d'actes moyens par généraliste dépasse largement les moyennes départementales, régionales et nationales.



Concernant la répartition démographique des infirmiers, le canton de la Ville V jouit de nombreux cabinets libéraux (14 cabinets de 1 à 4 professionnels sur la commune de la Ville V, 2 cabinets de 2 et 6 professionnels sur une commune avoisinante.)



Nous pouvons donc conclure que le canton de la Ville V se trouve face à une offre en médecine générale fragile (risquant de s'accroître dans les années à venir) mais à un bon maillage de l'offre en soins infirmiers.

Devant de telles considérations, il semble intéressant de s'appuyer sur les soins infirmiers pour organiser au mieux les soins de premiers recours.

1.4 La MSP de la Ville V

En 2015, une association regroupant les professionnels de santé du canton est créée à l'initiative des médecins de la ville (7). Inquiets de la baisse de la démographie médicale, les professionnels de santé de la Ville V ont effectué un diagnostic des besoins du territoire dans l'idée d'élaborer un projet de santé (2016). La nécessité d'une nouvelle organisation a été partagée par la majorité des professionnels de santé du canton.

C'est ainsi que l'association est devenue une maison de santé pluriprofessionnelle multi-sites, regroupant 36 professionnels. Le projet a été validé par l'ARS en 2017. En janvier 2018, une coordinatrice rejoint la MSP pour faciliter le développement du projet. En juillet 2018, la MSP met en place un logiciel commun pour faciliter les échanges d'informations, le travail en collaboration et la continuité des soins. Un dispositif ASALEE a également été mis en place dans la MSP, avec l'intervention de deux IDE en santé

publique, permettant de dégager du temps médical en déléguant les tâches d'éducation thérapeutique, de prévention, de suivi de pathologies chroniques équilibrées. C'est ensuite sur un projet de CPTS que l'équipe a travaillé. Ce projet a été concrétisé fin 2022 en regroupant 22 communes du canton, 24 000 habitants, 155 professionnels de santé libéraux, deux MSP existantes ainsi que les deux centres hospitaliers de proximité.

Avec la mise en place de ces différentes organisations de santé, les professionnels de la Ville V tentent, avec leurs moyens, d'améliorer l'accès aux soins en passant par une coopération des différentes professions de santé.

2. Contextualisation

2.1 Aspects législatifs des soins primaires ambulatoires

L'accès aux soins primaires est un enjeu de santé publique (8). C'est pourquoi depuis plus de dix ans, les politiques nationales cherchent à modifier l'organisation du système de soins en favorisant une gestion pluridisciplinaire.

Il m'a donc semblé intéressant de retracer les principales évolutions législatives de la dernière décennie.

Loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire, 22 Juillet 2009) (9) : L'article 51 promeut la coopération interprofessionnelle via la réalisation de protocoles de coopération. Ceux-ci, rappelons-le, ont le mérite de permettre de nouvelles formes d'exercice en déléguant certains actes médicaux vers des professions de santé paramédicales (9).

Le Pacte Territoire-Santé 1 (10) (Décembre 2012) instaure le protocole ASALEE. Les infirmiers ASALEE (Action de SANTé Libérale En Equipe) collaborent avec les médecins dans le dépistage de suivi des pathologies chroniques (diabète, troubles cardiovasculaire, addictions...).

La Loi de Modernisation de notre système de Santé (Janvier 2016) (11) crée le statut d'infirmier en pratiques avancées (IPA). Dans le cadre du plan « **Ma santé 2022** », de nouveaux décrets sont publiés en juillet 2018 (12) formalisant la formation et l'exercice des IPA.

L'article 66 de la loi 2019-774 de juillet 2019 a modifié certaines dispositions de la loi HPST en affirmant une volonté de développement national de ces protocoles de coopération (13).

2.2 Les soins non programmés (SNP)

D'un côté, l'offre de soins se voit peu à peu diminuer, en partie expliquée par les répercussions des anciennes politiques de santé, le vieillissement des médecins et les départs en retraite non remplacés. La répartition territoriale des médecins généralistes étant très hétérogène, certaines régions se retrouvent désormais en zone sous dotée.

D'un autre côté, la demande de soins se voit augmenter massivement, du fait d'une population vieillissante, de l'allongement de l'espérance de vie et d'une augmentation de maladies chroniques à la prise en charge lourde. En cause également, une société de consommation où le soin est perçu comme un bien menant souvent à une surconsommation (14).

Compte tenu de cela, nous faisons face à un décalage grandissant entre l'offre et la demande de soins. Face à la difficulté de recours aux soins, la volonté politique est d'améliorer leur accès en promouvant les soins non programmés.

Mais que sont les soins non programmés ?

La définition est large. Ils recouvrent un vaste champ en médecine générale (15). Selon la DREES, il s'agit notamment: (16,17)

- *« Des urgences médicales repérées comme telles par le médecin,*
- *Des recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet*
- *Des recours ayant lieu pendant les horaires d'ouverture du cabinet du médecin avec des patients déclarant avoir eu « besoin de voir un médecin dans la journée »».*

Finalement, il peut s'agir d'une urgence vraie sur le plan médical ou d'une urgence relative mais ressentie comme telle par le patient et nécessitant une consultation dans de brefs délais.

Toujours selon la DREES, les consultations urgentes ou non programmées représentent 12% de l'activité des médecins libéraux (18).

2.3 Mise en place de l'infirmier de régulation

Face à l'augmentation de ces demandes et pour limiter la saturation des services d'urgences, chaque cabinet met en place des méthodes différentes (19–21).

Parmi les organisations fréquentes, nous retrouvons la mise en place de créneaux dédiés aux consultations urgentes sur RDV, aménagements d'horaires de consultation sans RDV, régulation des demandes de RDV en amont par le secrétariat... Cette dernière méthode est mise en place très fréquemment mais comporte un certain nombre de freins étudiés dans différentes thèses: prise de décision reposant sur le secrétariat (non formé à cela), responsabilité lors du tri des demandes urgentes, difficultés à appliquer les consignes (différentes selon les médecins), variabilité en fonction de l'expérience des secrétaires, aspect médico-légal, nécessité d'éducation de la patientèle... (22–24).

Une alternative intéressante au manque d'effectif médical est la délégation des fonctions, voire leur substitution par des professionnels de santé paramédicaux (des actes techniques au pré diagnostic en passant par le suivi des pathologies chroniques). Des formations spécifiques sont donc nécessaires pour l'évolution des pratiques (25).

Un essai randomisé réalisé en Angleterre, en 2012 (ESTEEM trial) a mis en évidence que le tri téléphonique par IDE des soins urgents et non programmés diminuait le nombre de consultations avec le médecin dans le mois. Cet essai évalue que cette modalité de tri est sûre (26). De même, certains cabinets en Angleterre et Australie ont mis en place des infirmiers formés au tri des patients en dehors des horaires d'ouverture des cabinets. L'efficacité de la méthode avait été affirmée par des essais contrôlés randomisés (27).

De ce fait, pourquoi ne pas s'inspirer de cela et réguler les SNP tout au long de la journée par un IDE ?

Ce type d'organisation est déjà utilisé aux Urgences par les Infirmiers d'Orientation et d'Accueil (IOA). Leur présence en amont de la prise en charge médicale permet un recueil des données et un tri standardisé, un gain de temps et une augmentation de la satisfaction des patients (28). En effet, les IOA ont de nombreuses missions essentielles

en cas de gestion de flux puisque leurs rôles principaux sont: « *d'accueillir de façon personnalisée le patient dès leur arrivée, de définir les besoins de santé et les priorités de soins* » en procédant à un tri (29). Leurs qualités humaines doivent également servir au patient pour la réassurance et l'information, l'écoute, la gestion des émotions. L'IOA a également un rôle de surveillance de la salle d'attente (29).

C'est de ces modalités de tri que la MSP de la Ville V (30 - Gard) s'est inspirée pour mettre en place une organisation particulière et innovante afin d'améliorer la gestion des SNP.

Dans cette thèse, il s'agit de prendre l'exemple de cette MSP : Deux demi-journées de consultations sans RDV ont été prévues pour recevoir les demandes urgentes des patients. Ces plages de consultations sans RDV ont été victimes de leur succès. Certains jours, c'était jusqu'à quarante patients demandeurs de consultations (pour un médecin, sur une demi-journée). Il a donc été nécessaire d'innover, pour venir en renfort au personnel médical. Pour limiter l'affluence pour motif non pertinent sur ces plages horaires, une régulation a été mise en place en amont par une infirmière (à l'entrée du patient dans le cabinet). Le rôle de celle-ci est de prioriser les demandes de consultations non programmées en fonction du motif, de rediriger les patients si les demandes ne sont pas justifiées (prises de RDV ultérieurs), de faire un entretien préalable à la consultation (motif de consultation, anamnèse, prise des constantes), permettant ainsi théoriquement un gain de temps pour le praticien.

Ce fonctionnement a été mis en place depuis février 2019 dans un des cabinets de la maison de santé et a également été essayé en novembre 2019 dans un deuxième cabinet du groupe.

En pratique, les IDE prenant part à la régulation font partie de la MSP de la Ville V et sont rémunérés par la MSP au tarif de 90 euros par demi-journée. La présence à ces demi-journées de régulation se fait sur la base du volontariat, en plus de leurs activités libérales. L'organisation est coordonnée par la MSP de la Ville V qui organise le planning en fonction des disponibilités de chacun. Un IDE est présent par demi-journée.

2.4 Objectif de l'étude

L'objectif de cette thèse est d'explorer le point de vue des professionnels de santé de la MSP concernant la régulation des soins non programmés par IDE afin d'en tirer les avantages et inconvénients.

Mes recherches bibliographiques n'ont pas permis de trouver d'articles ou thèses ayant déjà évalué un mode de régulation similaire en France.

II. Matériels et méthodes

1. Choix de la méthode de recherche

Afin de répondre au mieux à l'objectif de l'étude, c'est-à-dire d'explorer le point de vue des professionnels de santé de la MSP concernant la régulation par IDE des soins non programmés, il a été décidé de privilégier une méthode d'analyse qualitative. Celle-ci permet de répertorier les différents points de vue, les ressentis et expériences de chaque professionnel de santé de la MSP (30,31).

2. Choix de la population étudiée

Dans le cadre de cette thèse qualitative et dans l'objectif d'un échantillonnage maximum et exhaustif, un guide d'entretien a été réalisé. La population étudiée comprend tous les professionnels de santé impliqués dans cette organisation (médecins, internes, infirmiers (dont ASALEE), coordinateurs, secrétaires et assistant médical de la MSP).

3. Cadre éthique et réglementaire

Selon l'outil informatique validé par le CNGE de Jouannin A., Andres É., de Fallois M. et al. (32) cette étude n'entre pas dans le champ de la loi Jardé, réglementant la recherche en France.

Ce travail ne comportant pas de recueil de données sensibles, l'avis d'un CPP n'a pas été nécessaire.

Une déclaration de conformité à la méthodologie de référence 004 de la CNIL (MR-004 : recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé) a été réalisée (sous le numéro d'enregistrement 2228700).

Concernant la sécurisation des données, celles-ci ont été stockées sur ordinateur sécurisé par mot de passe.

4. Modalités des focus groups

Le but étant de faire ressortir le maximum de notions, de confronter les avis des différents corps de métiers, il nous a semblé intéressant d'opter pour la réalisation d'entretien en focus group (33). Ces derniers, grâce à leur dynamique et à l'interaction des différents sujets, permettent des échanges spontanés et une effusion d'idées qui nous semblait intéressante.

Pour organiser ces groupes, il a fallu prendre en compte les disponibilités de chacun. Nous avons demandé à la coordinatrice de la maison de santé une liste exhaustive des différents participants à la méthode de régulation. Nous avons ensuite discuté par mail, afin d'expliquer à chacun l'objet de la thèse. Puis, nous avons fait parvenir un Doodle drive avec 5 dates pour réaliser les groupes. C'est ainsi que les participants ont pu s'inscrire selon leurs convenances.

Lors des focus groups, les participants ont dû, dans un premier temps, inscrire sur papier leur nom, prénom, âge, fonctions au sein de la MSP, expériences professionnelles antérieures / qualifications. Leur consentement signé a été recueilli pour permettre la retranscription de leurs propos dans le cadre de cette thèse d'exercice. Par la suite, c'est le directeur de thèse qui a pris le rôle d'animateur des séances, l'auteure était quant à elle observatrice (voire animatrice en cas d'absence de ce dernier).

A noter qu'un des participants n'a finalement pas pu assister à son focus group. Cette personne prenant part de manière prépondérante à la régulation, un entretien téléphonique individuel a été réalisé afin de recueillir son avis et ses ressentis sur cette organisation.

Les participants ont dû répondre à un guide d'entretien comprenant quatre questions ciblées mais ouvertes. Le guide d'entretien est disponible en *Annexe 1*.

5. Analyses des données

Chaque focus group a été enregistré par dictaphone et retranscrit sur un logiciel de traitement de texte Libre Office et Google Docs. La retranscription a été facilitée par le logiciel en ligne OTranscribe.

Les verbatims contiennent l'intégralité des focus groups réalisés. Ils sont disponibles sur la clé USB jointe au support papier.

Par la suite, une analyse thématique a été réalisée pour chaque focus group, permettant de regrouper chaque idée en thèmes et sous thèmes, afin d'élaborer le plan de cette thèse (34,35).

III. Résultats

1. Caractéristiques de la population

Sur les 23 personnes pouvant être incluses initialement dans l'étude, 18 ont accepté de participer aux focus groups. Notre étude est donc exhaustive. La saturation des données n'a pas été atteinte.

Au total, quatre focus groups et un entretien individuel ont été réalisés ; les focus groups regroupant de deux à sept participants. Ils ont été réalisés au mois de juin 2021, entre 13h et 14h30 pour permettre la présence de la quasi-totalité des intervenants.

Tableau des participants :

Participants	Sexe	Âge	Profession	Expérience professionnelle autre	Consentement
P1	Femme	41	Assistante administrative	Secrétaire médicale	OUI
P2	Femme	38	IDE libérale	IDE	OUI
P3	Femme	58	Médecin généraliste		OUI

P4	Homme	27	Interne MG		OUI
P5	Femme	54	Assistante médicale		OUI
P6	Femme	29	Médecin généraliste	Ancienne IMG	OUI
P7	Femme	57	IDE libérale		OUI
P8	Femme	27	Interne MG		OUI
P9	Femme	42	Coordinatrice de la MSP	IDE Formation santé publique	OUI
P10	Homme	31	Médecin généraliste	Diabétologue	OUI
P11	Femme	28	Médecin remplaçant		OUI
P12	Homme	43	IDE libéral		OUI
P13	Femme	57	IDE libérale	IDE en pédiatrie	OUI
P14	Femme	32	IDE libérale	Formation IPA en cours	OUI

				IDE en pneumo / cardio	
P15	Femme	41	IDE libérale	IDE aux Urgences et chirurgie viscérale	OUI
P16	Femme	42	IDE libérale	IDE chirurgie viscérale / ortho / uro Diabéto / neuro	OUI
P17	Homme	33	Médecin généraliste	MSU / Directeur de thèse	OUI
P18	Femme		IDE ASALEE		OUI

2. Des bénéfices certains

2.1 Réguler, prioriser, reporter

Le principal objectif de la mise en place de cette organisation était la régulation des soins non programmés. Ce tri a été cité comme étant un des principaux avantages à cette organisation. Les plages de consultations sans rendez-vous ont pour principe de recevoir quiconque ayant besoin d'un rendez-vous le jour même.

Cependant, après plusieurs années de bon fonctionnement, la demande de consultations sans RDV du cabinet de la Ville V s'est vu augmenter fortement,

nécessitant la mise en place d'une aide supplémentaire. C'est ainsi que la régulation IDE a vu le jour dans la Ville V.

Avec ce travail IDE préalable, les patients sont vus une première fois. Ceci permet de définir avec eux leur motif de venue en consultation non programmée. Après avoir approfondi la raison de leur venue, l'IDE va étoffer son interrogatoire afin d'avancer la consultation médicale, il résume les antécédents, l'anamnèse, il prend les constantes. En fonction de son premier bilan, il décide de prioriser la consultation si le patient nécessite d'être vu rapidement, le laisse patienter ou bien reporte la consultation sur un créneau de soins programmés si le motif ne nécessite pas une consultation dans la journée.

Les modalités de tri ont été définies comme suivant :

Sont prioritaires :

- Les urgences médicales
- Les patients dont les constantes nécessitent un avis médical rapide
- Les âges extrêmes (enfants et personnes âgées)
- Les personnes ne pouvant pas attendre en salle d'attente (femmes enceintes, personnes vulnérables, personnes handicapées...)
- Les patients adressés directement par les cabinets IDE de la MSP.

Sont considérées comme consultations pouvant être différées :

- Les renouvellements d'ordonnance
- Les certificats (quels qu'ils soient)
- Les dossiers administratifs à remplir

Toutes les autres demandes sont analysées au cas par cas.

« Oui voilà le pré tri c'est juste ça, c'est la seule chose à faire au final, c'est gérer l'urgence et ramener la personne qui a besoin de soins urgents le plus proche du médecin rien qu'en débriefant » Focus group 1 - P2

« des mauvaises constantes, ou des gens à des âges extrêmes, des très petits ou des très âgés, des gens impotents, qui n'arrivent pas à tenir assis ou ceux qui sont le plus susceptible de partir en crise. C'est pas toujours évident, mais a priori ce serait sur ces critères-là » Focus group 1 - P2

« moi je dirais le tri et le fait que ça permette une fluidité » Focus group 2 - P6

« ce système de tri est vachement intéressant pour les années à venir » Focus group 2 - P10

« en fait on fait IAO comme aux urgences, on fait un premier tri, on redispatche même

les rendez-vous » Focus group 4 - P16

« les gens qui viennent pour renouveler leurs ordonnances on les faisait revenir avec un rendez-vous, ça désemplit la salle d'attente ! » Focus group 4 - P16

2.2 Réponse à la demande de soins non programmés

La réponse à la demande de soins non programmés est un des objectifs énoncés par les politiques.

« La première raison pour laquelle on a fait des consultations non programmées, c'est pour avoir des subventions de la sécu ! (Rires) Une MSP a des requis pour pouvoir être financée et il faut prouver qu'on fait un travail en équipe pour la population » Focus group 1 - P3

C'est donc également dans l'idée d'une permanence de soins que ce dispositif a vu le jour. De nombreux médecins, déjà débordés, n'acceptent plus de recevoir des patients non connus ou non suivis dans leur cabinet. Le but d'ouvrir ces plages de consultation sans rendez-vous était de permettre aux personnes ne bénéficiant pas d'un suivi régulier ou n'ayant pas de médecin traitant (ou celui-ci n'étant pas disponible) de pouvoir consulter rapidement en cas de nécessité. Avec ces deux demi-journées de consultation sans rendez-vous, le cabinet offre la possibilité aux patients, du cabinet ou non, d'être vus et examinés par un médecin le jour même.

« Moi je me disais, une maison de santé elle doit avoir un accueil quotidien, des moments et un endroit où les gens peuvent venir se faire soigner, comme un dispensaire, où les gens peuvent être reçus par une équipe » Focus group 1 - P3

« On améliore quand même l'accueil des gens, on diversifie les choses et ça permet d'avoir un lieu où les gens se sentent accueillis » Focus group 1 - P3

« L'avantage c'est que les personnes qui n'ont pas de médecins ont un lieu » Focus group 3 - P13

« c'était une solution pour permettre aux gens d'avoir accès à un médecin, hors rendez-vous » Focus group 4 - P14

« le fait qu'il n'y ait plus le Dr X., forcément ces patients-là, ils viennent là parce qu'ils n'ont pas d'autres solutions ! » Focus group 4 - P15

2.3 Prise en charge centrée patient

L'intérêt de cette méthode est également de permettre une prise en charge globale du patient, de le considérer dans son intégralité physique et morale et non pas seulement comme un symptôme ou une maladie à soigner.

Les personnes malades peuvent se sentir angoissées vis-à-vis de leur pathologie et une simple réassurance de la part d'un professionnel de santé peut déjà être une aide notable.

« J'ai quelques retours de gens qui étaient satisfaits de voir que quelqu'un était là pour les entendre » Focus group 1 - P2

« Oui voilà on peut temporiser, parce que des fois ils arrivent complètement paniqués et de voir l'infirmière ça va les rassurer » Focus group 1 - P4

« Les patients au lieu d'être largués tout seuls dans la salle d'attente pendant 5 ou 6h avec personne qui a le temps de leur dire voilà c'est une urgence ou voilà, je pense que le fait qu'on soit là pour eux aussi c'est plus confort » Entretien téléphonique - P18

L'écoute est primordiale. Cependant, un médecin surchargé peut perdre sa capacité d'écoute lorsqu'il est rattrapé par le temps et les nombreuses consultations. La présence de l'infirmier en amont de la consultation donne au patient une première écoute active et empathique, celle dont il a besoin.

Par ailleurs, le statut du médecin entraîne parfois une certaine distance, rendant les confidences plus compliquées pour les patients. La présence de différents professionnels de santé est donc très intéressante dans ce genre de situation.

« y'a un certain nombre de choses que vous allez gratter ou commencer à gratter ou commencer à discuter du coup il est plus près pour discuter du reste derrière avec nous, ça je pense que ce sera intéressant et à développer à l'avenir ça peut être pour ça je pense sur justement cette notion de manque de temps » Focus group 2 - P10

« Il y a beaucoup de détresse psychologique. Et je pense qu'avoir nous l'interrogatoire en amont, parce qu'on prend du temps finalement [...] mais peut être que c'est plus facile de dégrossir après ! » Focus group 2 - P7

« Une personne différente pour se confier et parler d'un problème médical, comme on le disait, ils ne vous disent pas la même chose à vous qu'à nous, ça c'est hyper intéressant » Focus group 2 - P10

« Puis le fait de pouvoir les prendre, en aparté, ça leur permet [...], de se confier aussi, parce que des fois ils ont besoin de parler aussi, donc on fait déjà une première écoute quoi ! » Focus group 3 - P13

« des gens qui viennent d'apprendre avec des résultats pas très bons, là il faut prendre le temps de savoir ce qu'on leur a dit, c'est vrai que nous on prend du temps pour ça » Focus group 2 - P7

La prise en charge centrée patient c'est aussi savoir s'adapter au mieux à la personne en face de nous, en donnant des explications claires, compréhensibles en fonction du niveau intellectuel. Mais aussi savoir se faire comprendre en cas de disparités de langues. En effet, beaucoup de patients ne parlent pas français à Ville V et une des étapes fondamentales de la consultation est d'arriver à se comprendre mutuellement. Cela peut prendre un temps certain et la consultation IDE préalable à la consultation médicale peut permettre de dégrossir la situation et donc de gagner un temps précieux.

« P12 : Bah des fois c'est compliqué quand même ! Je sais pas si tu as la même population là-haut qu'à Ville V mais...

P13 : Bah le langage déjà ! Y'en a beaucoup qui ne parlent pas très bien français, donc déjà essayer de cerner » Focus group 3

« une population très précaire, dans un quartier assez représentatif de la ville, des migrants, euh, des gens qui sont en difficulté parfois avec la langue et pour qui le rdv de toute façon ça va être compliqué! » Focus group 4 - P9

2.4 Collaboration interprofessionnelle

2.4.1 Travail en équipe

Autre intérêt vivement soulevé lors des focus groups : la collaboration médecin - IDE. Très fréquent dans les modèles hospitaliers, le travail en équipe est beaucoup moins habituel en libéral, bien qu'il se développe ces dernières années grâce à la mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires et l'essor des infirmières ASALEE. Les professionnels de santé ont relevé le fait que le travail en équipe se montrait tout d'abord particulièrement agréable. Cela permet en effet de renforcer les liens sociaux et humains en connaissant davantage les personnes avec lesquelles on interagit.

« Oui puis aussi, si je peux me permettre, c'est quand même agréable d'avoir un collègue ou quelqu'un dans les locaux en même temps » Focus group 1 - P4

« *c'est une bonne expérience, parce qu'on a appris à se connaître, à échanger* » Focus group 2 - P7

« *Il y a deux ans, cette relation avec les médecins on ne l'avait pas* » Focus group 4 - P15

Essentiel pour une amélioration de la qualité de vie au travail, ce lien d'équipe se reflète également sur la prise en charge des patients :

« *il y a une relation de confiance qui s'installe, ça permet une prise en charge coordonnée autour des patients* » Focus group 4 - P9

« *ça a un effet très positif sur la mise en place du travail en équipe* » Focus group 4 - P9

Et c'est cette relation de complémentarité entre les professionnels qui est également ressortie dans les focus groups. En effet, les domaines de compétences de chacun se regroupent et croiser les regards des différents partis peut se révéler très intéressant et sécurisant pour le patient.

« *Moi je dirais que c'est un gage de sécurité. Parce que si le patient il voit une infirmière qui fait partie du domaine médical, qui s'y connaît, elle va directement voir si c'est une urgence totale ou pas, donc entre guillemets ça engage de savoir que j'ai été contrôlé, j'ai eu un premier contrôle donc je peux attendre un peu maintenant* » Focus group 1 - P4

« *on apprend des choses de part et d'autre.* » Focus group 2 - P7

« *Une personne différente pour se confier, et parler d'un problème médical, comme on le disait, ils ne vous disent pas la même chose à vous qu'à nous, ça c'est hyper intéressant* » Focus group 2 - P10

« *ils ont souvent des discours un peu différents et du coup on se complète un peu tous, et je pense que ça permet de voir plus largement le problème du patient* » Focus group 2 - P10

« *on a des métiers qui sont complémentaires, il faut pas l'oublier* » Focus group 2 - P7

« *Le fait que sur ces consultations sans rendez-vous on a des demandes pour des détresses psychologiques et c'est vrai que là c'est un vrai plus d'être à deux, parce que c'est des consultations qui sont bien sûr plus efficaces [...] un autre regard qu'on peut croiser* » Focus group 4 - P9

Travailler à plusieurs permet également de se soutenir dans la situation actuelle

de pénurie de médecins.

2.4.2 Soutien au médecin

Comme détaillé au préalable, la Ville V est victime depuis quelques années d'une diminution considérable de l'offre de soins, en raison de départs en retraite non remplacés.

« Y'avait urgence, parce qu'il y a une pénurie de médecins sur Ville V, euuh et il fallait absolument s'organiser pour que nos médecins qui restaient tiennent le coup ! » Focus group 2 - P7

« on est dans un contexte au-delà de la pénurie là, on est dans une situation de crise »
Focus group 4 - P9

« Tout ce qui s'est créé au départ c'était pour essayer de pallier au fait que les médecins ne s'installaient pas sur Ville V et qu'il y en aurait de moins en moins ! » Focus group 3 - P13

« Pourquoi ça a vu le jour ? Et bien parce qu'il n'y a plus de médecins ! » Focus group 3 - P14

Ainsi, les médecins exerçants actuellement voient leur manière de travailler changer progressivement avec une hausse de leur nombre de patients.

« En même temps avec tout le monde en plus qui arrive au fur et à mesure c'est compliqué hein ! » Focus group 1 - P2

« on voyait bien que, sur place il y avait énormément, énormément, énormément de monde, donc seule c'était mission impossible ! » Entretien téléphonique - P18

« En fait à Ville V, il y a énormément de gens qui passent, énormément de patientèle, et euh très demandeuse, et surtout très angoissée car plus de médecins pour répondre à leurs demandes. » Entretien téléphonique - P18

« Depuis quelques mois, c'est très compliqué, hier matin il y a dû avoir une quarantaine de personnes » Entretien téléphonique - P18

« on arrivait et il y avait déjà 40 personnes qui attendaient en fait, c'était compliqué »
Focus group 2 - P6

« On est sur un secteur où tout le monde était déjà au maximum de ces capacités on a plus aucun médecin qui peut, tout le monde va prendre une ou deux consultations de plus dans sa journée et encore dans quelles conditions je ne sais même pas » Focus

group 4 - P9

Leur charge de travail augmente, rendant leur quotidien moins facile à gérer. Quand on interroge les différents membres de la MSP, il ressort assez rapidement que cette nouvelle organisation a permis une chose : soutenir et protéger les médecins.

« Protéger nos médecins ! » Focus group 1 - P2

« Ça m'évite de partir tous les soirs en pleurant » Focus group 1 - P3

« Ce qui m'importe, c'est que je vois P3 est très fatiguée qu'elle est très sollicitée, qu'elle porte beaucoup de choses et c'est d'essayer de mettre un maximum de chose en place, pour lui faciliter la tâche de façon à ce qu'on conserve quand même le peu de médecins qui nous reste sur la ville » Entretien téléphonique - P18

« je pense qu'au niveau médical, c'est mieux aussi, c'est que d'abord bah euh, à mon avis elle se sent moins seule » Entretien téléphonique - P18

« ça régule le temps de travail de P3 » Focus group 4 - P15

« ça lui permet d'être moins surchargée » Focus group 4 - P16

« P15 : je pense qu'on est un soutien aussi pour les médecins ! P16 : Oui ça évite l'isolement » Focus group 4

2.4.3 Délégation de tâches médicales et administratives

A l'heure actuelle, l'infirmier recueille les informations administratives, les antécédents (antécédents, traitements) si cela n'est pas déjà noté dans le dossier. Par ailleurs, l'IDE procède à l'interrogatoire afin de retracer l'anamnèse. La prise des constantes termine l'entretien IDE. Un interrogatoire et un recueil d'informations bien menés permettent au médecin de se concentrer uniquement sur les éléments cliniques pertinents, sur le diagnostic et sa prise en charge.

D'autres missions peuvent également être réalisées par les IDE (vaccinations, pansements...)

« Sauf si bien sur quelqu'un vient pour refaire un pansement, le fait d'avoir une infirmière à côté ça simplifie euh ça peut arriver d'avoir des familles migrantes avec des petits qui ont besoin de vaccins, ça arrive que ce soit les infirmières qui le fassent, ce sont de petits gestes comme ça qui font gagner du temps. » Focus group 1 - P3

« donc quand les patients arrivent avec une bio, je rentre toute la biométrie, de façon à ce qu'on puisse faire nos courbes » Entretien téléphonique - P18

« Éventuellement préparer l'ordonnance, qu'elle soit toute prête, qu'elle regarde si c'est un renouvellement, qu'elle valide ou qu'elle change en fonction » Focus group 3 - P13

2.4.4 Expertise et valorisation de l'IDE

Les IDE sont des professionnels de santé ayant une formation initiale de trois ans, au cours desquels ils abordent des notions variées (de physio-pathologie, de biologie, de santé publique ...), qu'ils apprennent à mettre en pratique au cours de leurs nombreux stages.

Chaque IDE interrogé lors de ces focus groups avait, en plus de la formation initiale théorique et pratique qu'il leur est dispensé, un solide bagage d'expérience. En effet, chacun d'eux avait déjà plusieurs années d'exercice, dans différents services, puis en libéral. Tout cela leur permet un regard expert dans les soins infirmiers, enrichissant cette collaboration médecin-IDE.

« Les infirmiers, on va avoir une vision plus globale et différente de euh la pathologie elle-même, qu'on ne maîtrise pas suffisamment de toute façon pour pouvoir émettre un avis là-dessus et par contre on va voir des choses complètement différentes » Entretien téléphonique - P18

« moi j'ai quelqu'un qui vient pour une plaie infectée, elle la voit, elle donne son avis ; Oui elle donne son expertise » Focus group 1 - P3

« Y'a des patients que je vois pas, le problème est géré par l'infirmière » Focus group 1 - P3

« c'est souvent si il y a un pansement ou quelque chose, ils nous demandent de regarder savoir ce qu'on en pense » Entretien téléphonique - P18

Grâce à tout cela, plusieurs IDE interrogés voyaient dans cette organisation une diversification de leur champ d'activité mais également une valorisation de leur profession.

« Quand on vient, on se sent utile » Focus group 1 - P2

« c'est une reconnaissance de notre capacité, de nos connaissances de notre mise en pratique déjà » Entretien téléphonique - P18

« Je pense que c'est valorisant parce que c'est interprofessionnel » Focus group 2 - P7

« moi personnellement ça diversifie un peu le travail libéral, c'est totalement différent, je

rencontre des gens que j'ai pas l'habitude de rencontrer d'habitude » Focus group 3 - P13
« Puis nous, c'est intéressant aussi pour nous infirmières, au niveau de notre pratique »
Focus group 4 - P16
« Ça valorise notre travail en fait. » Focus group 4 - P15

2.5 Gestion des cas complexes

La gestion des cas complexes fait également partie des bénéfices cités dans chacun des focus groups. Les soins non programmés apportent leurs lots de surprises. Certaines des consultations se révèlent être de vraies urgences nécessitant une prise en charge chronophage où la présence de plusieurs professionnels de santé, médicaux et paramédicaux peut se montrer très intéressante.

La prise en charge d'une urgence à plusieurs permet une approche globale grâce à différents points de vue. L'IDE voit le patient en premier, repère l'urgence, priorise la consultation et alerte le médecin. En attendant qu'il soit vu, la présence IDE permet une surveillance constante, un conditionnement du patient si besoin. Dans les suites, les soins et gestes techniques peuvent lui être délivrés aisément. Par ailleurs, la gestion d'une hospitalisation, si nécessaire, est réalisable par les deux corps de métiers : prévenir le SAMU, attendre l'ambulance dans des conditions adéquates.

« Il y a un intérêt aussi dans le cadre des vraies urgences. Les gens qui arrivent en détresse. [...] on a l'infirmière qui déjà a pris les constantes, qui surveille le patient, qui nous alerte, qui l'a installé, qui va appeler l'ambulance, qui euh voilà quoi y'a tout ce travail qui va être fait à plusieurs » Focus group 1 - P3

Ces situations, en plus de nécessiter du temps, demande aussi de l'attention et peuvent être source d'anxiété pour le patient lui-même, les patients présents en salle d'attente mais également pour l'équipe soignante.

« P3 : Gérer une urgence à deux ou trois c'est tout de même... »

P2 : Beaucoup plus sécurisant oui !

P4 : Oui c'est clair, c'est toujours plus rassurant que seul. De savoir qu'il y a toujours quelqu'un si besoin » Focus group 1

Être à plusieurs, avec un rôle propre défini permet une sécurité d'exercice et la réassurance de chacun.

« c'est aussi une des plus-values de la présence de l'infirmière c'est les vraies urgences. Parce qu'il y en a quand même quelques-unes et le jour où on en a une qui se présente, bah l'hospitalisation, elle se gère beaucoup mieux que quand on est seul. » Focus group 4 - P9

2.6 Gain de temps

Finally, the regulation and prioritization, the work in collaboration, the management of complex cases in a team, the delegation of tasks, the patient-centered care, are many positive points that allow one essential thing: a significant gain of time for the doctor. At the hour when every minute counts, this is a very interesting finality.

« Ça aurait été dommage que le médecin prenne du temps pour ça en fait alors que je pouvais tout à fait lui répondre » Focus group 1 - P1

« La deuxième idée, elle est liée à la raréfaction des médecins, c'est de faire gagner du temps de consultation au médecin » Focus group 1 - P3

« que c'est un gain de temps dans une journée qui est trop remplie, parce que sinon P3 je pense que tu finirais à minuit » Focus group 1 - P4

« C'est vieux comme le monde, mais ça justifie pas une consultation de prendre la tension, souvent ça sert à rien, voilà là on gagne bêtement du temps en ne faisant pas ces gestes inutiles » Focus group 1 - P3

« au final on en voit sûrement un peu plus ça c'est sur » Focus group 2 - P10

« Le fait que nous on vienne aider, qu'on débroussaille un peu, qu'on gère, qu'on reçoive les gens, qu'on comprenne pourquoi ils sont là, et ensuite c'est à nous de juger qu'elles sont les urgences ou pas, donc on priorise, ensuite on les a en consultation, on fait un check up, on présente les informations, les paramètres ou toute autre information qu'on peut avoir et ça permet au médecin de gagner du temps » Focus group 4 - P14

« Le fait que sur ces consultations sans rendez-vous on a des demandes pour des détresses psychologiques et c'est vrai que là c'est un vrai plus d'être à deux, parce que c'est des consultations qui sont bien sûr plus efficaces avec plus de temps supplémentaires et un autre regard qu'on peut croiser » Focus group 4 - P9

3. Des freins à surmonter

Any novelty engenders negative points: we list them below.

3.1 Education de la patientèle

Un souci d'éducation de la patientèle a été relevé dans chaque groupe. Habitée à d'anciennes pratiques de la médecine, la population de la Ville V est très demandeuse de soins. Les soins sont devenus un bien de consommation et ils veulent obtenir ce qu'ils souhaitent rapidement.

« Moi je pense qu'on est dans une phase de transition entre l'ancienne médecine et la nouvelle médecine, donc effectivement pendant des années, les patients venaient entre deux chercher des papiers, un arrêt de travail et ça a toujours pris deux minutes au toubib, le certificat de sport signé entre deux portes et donc la population était habituée comme ça. Mais les médecins se sont fait piéger au fil des années » Focus group 1 - P3

« la rééducation va être longue et difficile, parce qu'ils sont habitués les gens » Focus group 2 - P7

« P11 : ils reconsultent une deuxième fois, c'est encore une fois ce qu'on disait, l'importance d'éduquer quoi ! [...] P6 : ça crée une surconsommation de soins ! » Focus group 2

« une énorme différence socio-démographique entre les deux populations et ça ça joue beaucoup, parce que à la Ville V, il y a cette population de personnes âgées qui avaient leurs habitudes de médecins de famille dans tous les sens du terme » Focus group 4 - P9

« on a des patients qui ont des habitudes de consultations qui ne sont pas adaptées à un fonctionnement professionnalisé » Focus group 4 - P9

Il n'est pas toujours évident de répondre à chaque demande et le temps d'attente est fréquemment de l'ordre de plusieurs heures. Ceci a tendance à engendrer de nombreuses tensions au sein de la salle d'attente, qui doivent être gérées par les différents personnels de la MSP.

« On se retrouve avec des embrouilles en salle d'attente » Focus group 1 - P4

« comme ça t'arrive à désamorcer, mais des fois ça monte très vite quand même en salle d'attente » Focus group 1 - P2

« J'ai vu des scènes que je n'ai jamais vu ailleurs, j'ai vu des doigts d'honneur, j'ai des collègues internes qui se sont fait menacer » Focus group 1 - P4

« par contre quand ils commencent à s'exciter, là ça devient plus compliqué ; et donc du coup le fait qu'il faille que je gère les salles » Entretien téléphonique - P18

« L'inconvénient majeur c'est si ça part en sucette dans la salle d'attente là ça devient pénible et si il y a quelqu'un qui commence à nous agresser » Entretien téléphonique - P18

« gérer l'excitation en salle d'attente » Focus group 3 - P13

« On sert déjà à calmer à faire le calme dans la salle d'attente, y'a toujours des impatients, y'en a qui s'énervent ! Donc déjà je pense que de ce côté-là, on arrive à poser ! » Focus group 3 - P13

« il y avait beaucoup de tensions, il fallait recadrer de suite sinon tu te fais limite agresser quoi! » Focus group 4 - P14

« beaucoup de tensions par rapport au temps d'attente » Focus group 4 - P16

Ces tensions engendrent donc une anxiété réactionnelle pour le personnel soignant qui doit y faire face jour après jour...

« T'as mal au ventre avant d'y aller ! » Focus group 1 - P2

« Tu sais pas à quelle sauce tu vas être mangée » Focus group 1 - P2

« Oui voilà, moi j'ai eu la boule au ventre avant de venir travailler sur le sans rdv » Focus group 1 - P4

« Y'a le mot peur qui est sorti et ça compte, humainement c'est très dur. » Focus group 1 - P4

« Non mais je comprends que cette première ligne peut être effrayante. C'est compliqué d'aller au front. » Focus group 1 - P4

« Même si maintenant ça va plutôt être les soignants en détresse » Entretien téléphonique - P18

« ça dépend de comment on aborde selon comment nous on arrive, stressés, pas stressés, de là va dépendre l'ambiance qui va se créer » Entretien téléphonique - P18

« qu'on voit tout ça, on se dit, oulalalala ça commence bien » Entretien téléphonique - P18

« je pense que y a les collègues qui sont un peu stressés et qui ont un peu la boule au ventre avec la peur! C'est ça le plus à creuser je pense, pourquoi la peur ? La peur d'être malmené ? » Entretien téléphonique - P18

« Des fois je m'en vais, je me dis je sais pas si je reviens la prochaine fois ! C'est euuuh, c'est dur ! » Focus group 3 - P12

Par ailleurs, il a été noté que les patients venant aux consultations non programmées ont plusieurs motifs de venue en réalité. En effet, les délais de consultations sur rendez-vous étant importants (environ 1 mois et demi), les patients profitent de leur venue pour accéder à leurs différentes demandes. Mais cela n'est pas adapté à ce format de consultation où on privilégie les motifs pseudo-urgents nécessitant d'être vu dans la journée et donc des consultations qui se veulent initialement rapides. Il est donc nécessaire de les rappeler à l'ordre, de leur expliquer l'objectif de ces consultations et de les revoir ultérieurement pour les motifs annexes.

« c'est que le motif donné aux infirmières n'est plus le motif donné en consultation derrière, ou alors ils se servent d'un motif pour en faire passer un autre. » Focus group 1 - P4

« Les patients ont très vite compris comment ça fonctionnait, ils venaient en consultation sans rendez-vous avec des motifs pseudos urgents et en profitaient pour faire passer d'autres demandes » Focus group 1 - P4

« il faut éduquer les gens c'est hyper important et après aussi moi ce que j'ai remarqué c'est qu'il y a ces motifs cachés » Focus group 2 - P7

Les patients ont hélas compris comment fonctionnait le système de régulation et de priorisation et certains tentent donc de le détourner en en abusant...

« et en fait tu te rends bien compte que le gamin il a été amené juste pour avoir une sorte de carte handicapée « moi j'ai un gamin » » Focus group 2 - P11

« Elle arrive avec des enfants ! « Et on fait pas attendre les petits ! » » Focus group 3 - P12

« Quand c'est pour des papiers, ils vont souvent trouver un autre motif, un mal de tête ou quoi, pour pouvoir accéder à la consultation » Focus group 3 - P13

Évidemment, cela ne concerne pas tous les patients de la MSP, mais les récits des différents groupes ont permis de mettre en évidence que ce genre de situations était beaucoup trop fréquent et qu'une mise au point était nécessaire

« je pense qu'il faut EDUQUER les gens vraiment c'est quelque chose de primordial » Focus group 2 - P6

La gestion des tensions passe par l'éducation de la patientèle qui elle-même passe par un travail de communication...

3.2 Travailler la communication

3.2.1 Soignants - soignés

Éduquer sa patientèle c'est avant tout, les informer. La communication est donc primordiale. Cependant, les patients n'ont pas vraiment compris l'intérêt de la priorisation des consultations sans rendez-vous.

« je précisais directement aux gens, je suis allée à leur contact en fait, [...] et je leur précisais aux patients, que peu importe l'heure à laquelle ils étaient arrivés, c'était le médecin qui déterminerait l'ordre dans lequel ils allaient passer et non pas leur heure d'arrivée » Focus group 1 - P1

« même les recentrer, parce que quand ils arrivent au cabinet ça part un peu dans tous les sens, donc de devoir expliquer une première fois » Focus group 2 - P11

« c'est difficile de faire avancer les choses parce que les gens ne comprennent pas, pourquoi lui pourquoi pas moi » Focus group 2 - P5

Au vu de la situation, il faut les prévenir des difficultés de prise de rendez-vous et de la nécessité d'anticiper les dates de leurs RDV quand cela est réalisable (renouvellement d'ordonnances, certificat, administratif...). Cela permettrait en effet de désengorger les plages de consultations sans rendez-vous qui ne sont pas prévus à cet effet.

« Ce que les patients n'ont pas intégrés et donc nous on leur dit à la patientèle, c'est que dès qu'ils ont leur renouvellement, ils reprennent rdv tout de suite quoi et chez le médecin parce que chez le médecin si on appelle trois jours avant ça va pas le faire » Focus group 2 - P7

« leur faire comprendre qu'il faut prendre un RDV déjà quand ils sortent! » Focus group 3 - P12

Il est important de donner aux patients des explications sur l'évolution naturelle et les potentielles complications de leur pathologie. Cela permettrait de limiter la surconsommation de soins.

« ils reconsultent une deuxième fois, c'est encore une fois ce qu'on disait, l'importance d'éduquer quoi ! On aurait dû lui dire, c'est une varicelle, ça va passer tout seul et pas qu'elle reconsulte encore ! » Focus group 2 - P11

« Rééduquer au mieux les patients pour qu'ils ne viennent pas chez le médecin pour tout et n'importe quoi, ne pas faire perdre du temps, de l'argent à la sécu en passant aussi, je pense que c'est intéressant » Focus group 2 - P10

« C'est vrai que le lundi je retrouve souvent les mêmes c'est vrai et c'est compliqué et comment leur dire euuuh qu'ils ne peuvent pas se pointer tous les lundis quoi » Focus group 2 - P7

« on revoyait les mêmes TOUS les lundis !!! Et pour la même chose en plus! Ils avaient pas compris quoi. » Focus group 4 - P16

Mais pour que cette compréhension entre soignants et soignés soit optimale, il est nécessaire qu'une bonne communication interprofessionnelle soit également mise en place.

3.2.2 Interprofessionnelle

A l'heure actuelle, les différents intervenants dans cette organisation sont unanimes : il y a un manque de communication entre les professionnels de santé.

Premièrement, depuis la mise en place du système il y a 2 ans, un seul débriefing a eu lieu au bout de 6 mois de pratique. Depuis et principalement par manque de temps, il n'y a plus eu de réunion d'équipe permettant de viser les principaux problèmes d'organisation. Mais chaque groupe est d'accord sur ce point, des débriefings réguliers s'imposent, c'est une nécessité pour permettre une bonne continuité dans les prises en charge, ainsi que pour se remettre continuellement en question sur la façon de procéder.

« Depuis le début, on se dit qu'il faut faire des débriefings mais on est toujours pris dans l'urgence » Focus group 1- P3

« On n'a pas pu le faire, des réunions tout ça, mais il faudrait le faire au moins une fois par mois, pour voir ce qu'il s'est passé et je suis sûre qu'il y aurait plein de choses à améliorer en discutant.. » Focus group 3 - P13

« Et parce que je pense qu'on a manqué un peu de débriefing et de réunions, ça a stagné un petit peu depuis 1an et demi. » Focus group 3 - P13

Le médecin intervenant dans cette organisation n'a pas indiqué de directive particulière aux IDE, dans un désir de travail en équipe sans hiérarchie. Il n'y a pas de retour sur le travail effectué. Il leur est donc compliqué de savoir si leur travail est satisfaisant ou si on attend autre chose. Ils sont demandeurs de retours constructifs afin

d'améliorer leur pratique.

« Il faut peut-être que je leur exprime plus clairement ce dont j'ai besoin ou comment je vois les choses » Focus group 1 - P3

« Il peut y avoir une inadéquation entre les attentes du médecin et ce que fait l'infirmière. » Focus group 1 - P3

« P3 : La communication entre les professionnels ! C'est pas qu'on ne s'entend pas, c'est qu'on a pas le temps ! De dire, moi j'ai rarement exprimé ce que je voulais

P1 : Et en même temps si tu l'as pas exprimé c'est compliqué pour elles de savoir ce que tu attends » Focus group 1

« Parce que P3 je pense que c'est difficile pour elle de dire il faut faire ci il faut faire ça, elle n'a pas donné de fiche de poste, elle a pas dit ce qui l'avancait ou pas, je pense »
Entretien téléphonique - P18

« Oui il aurait fallu que P3 nous dise, c'est mieux de faire comme ci comme ça, donc bon, on n'a pas trop son avis non plus » Focus group 3 - P12

Deuxièmement, concernant les conduites à tenir dans certaines situations : Tout le monde ne faisant pas exactement la même chose, cela crée des confusions chez les patients et au sein des équipes. Redéfinir des modalités précises de priorisation permettrait d'avoir une manière de procéder univoque.

« pour la priorisation elle est relative à chaque personne, y'a des choses qui vont être importantes pour certaines et d'autres pour d'autres gens et que ce soit pour l'infirmière ou le médecin on a tous notre manière de voir les choses et nos interprétations et des choses qui vont paraître plus importante pour certains que pour d'autres » Focus group 2 - P6

« il faut éduquer les gens, apprendre leur dire non, qu'il y a des choses qui ne sont pas vraiment urgentes, bon après faut que ça suive derrière, mais faut vraiment que tout le monde ait le même discours, parce que si il y a des discordances là-dedans les gens s'engouffrent dedans » Focus group 2 - P6

La communication sur les modalités de la régulation dès l'arrivée de nouveaux intervenants doit être améliorée également pour faciliter la tâche de chacun.

« Il faut communiquer ! » Focus group 2 - P6

« bah moi ça fait pas très longtemps que je suis là et c'est vrai que j'apprends en fait

plein de choses sur le fonctionnement que j'avais pas perçu » Focus group 2 - P8

« il faudrait aussi mieux informer les nouveaux arrivants » Focus group 2 - P17

« Y'a des choses je savais pas trop si j'avais le droit ou pas et là je vois qu'il y a des choses par exemple reprogrammer un rendez-vous » Focus group 4 - P14

Une meilleure organisation dans la transmission des données recueillies lors des consultations IDE éviterait les redites, les actes en doublon et permettrait un gain de temps non négligeable.

« Juste les infirmières qui prennent la tension, au début on a le réflexe de la reprendre derrière, mais en fait non c'est bon elle l'a déjà prise » Focus group 1 – P3

« P2 : On le met sur la feuille qu'on transmet au médecin pas forcément sur le logiciel informatique. [...]

P4 : Puis nous on le reprend à chaque fois quand même ça » Focus group 1

« les petits mots des infirmières je crois que je n'ai toujours pas vu ou c'était qu'il fallait les lire » Focus group 2 – P8

Cela est probablement dû à un manque de formation et de protocolisation initiale.

3.3 Manque de formation

Ce système de régulation par IDE a été mis en place dans l'urgence de la situation. De ce fait, les premières infirmières qui ont travaillé à la régulation avaient toutes un passé d'infirmières aux Urgences, donc expérimentées et formées à l'accueil et au tri.

« Les premiers accueils étaient par des infirmières qui avaient travaillé aux urgences donc elles sont arrivées avec leur expérience et ont tout de suite pris les choses en main » Focus group 1 - P3

Cependant, le système s'étant pérennisé, d'autres IDE ont pris part aux consultations de régulation, ceux-ci n'étant pas toujours formés. L'apprentissage s'est donc fait progressivement, au jour le jour.

« Alors il n'y a pas eu de formation en fait. Je dis pas de bêtise ? Ça s'est fait un peu sur le tas, dans l'urgence, on va dire hein » Focus group 2 - P7

« P14 : mais on m'a balancée là-dedans et j'ai dit mais...

P15 : Ah mais oui on s'est tous dépatouillés » Focus group 4

Un système de compagnonnage s'est également mis en place spontanément, les anciens enseignant aux nouveaux les modalités de leur exercice.

« P13 : *Et pour la formation ?! Sur le tas !!*

P12 : *Oui sur le tas ! (Rires) Le premier enseignait au second !* » Focus group 3

« *On s'est rassurées (...) chacune en se disant ce qu'on faisait* » Focus group 1 – P2

Cependant ce manque de formation initiale entraîne un certain nombre d'incertitudes, un manque de confiance pour certains IDE et parfois du stress dans la gestion de certaines situations.

« *Si il y a des urgences, donc c'est un peu stressant au niveau infirmier, parce qu'on a pas les connaissances médicales* » Entretien téléphonique - P18

« *Oula faut pas que je me gourre* » Entretien téléphonique - P18

« *Parce que malgré notre expérience, on n'est pas sûre, parce que personnellement en temps qu'infirmière, je ne suis pas sûre de toujours bien faire les choses quoi* » Focus group 2 - P7

De ce fait, il a été mis en évidence lors des focus groups que les IDE sont demandeurs de formations supplémentaires, concernant les prises en charges urgentes, les modalités de régulation, la communication, certains aspects de santé publique ...

« *Moi pour moi il manque un truc à la formation initiale, il manque un truc* » Focus group 1 - P2

« *pourquoi pas une formation aussi ce serait bien, moi je serais prête à pousser dans une formation* » Focus group 2 - P7

« *on est demandeuses de formations parce qu'on s'éparpillent peut être un peu trop* » Focus group 2 - P7

« *peut-être qu'on nous forme à savoir peut être dire non* » Focus group 2 - P7

« *ça demande peut être de développer un peu des compétences pour vous et avec des petits formations pour apprendre à pointer du doigt* » Focus group 2 - P10

Cela n'a malheureusement encore jamais été mis en œuvre par la MSP, mais figure désormais dans les éléments d'amélioration possible.

3.4 Équipements inadaptés

L'environnement de travail fait partie des composantes prépondérantes à une bonne organisation. Or, il s'avère que 3 groupes sur 4 relèvent que les équipements sont inadaptés.

Les locaux tout d'abord. Le cabinet est réparti en plusieurs bureaux, eux même disposés sur deux étages. Un escalier relie le rez-de-chaussée et le premier étage. Il n'y a pas d'ascenseur ou d'accès handicapé.

« Les locaux ne sont pas adaptés ! » Focus group 1 - P3

« Il y a des escaliers déjà, quand tu consultes en haut, la mamie de 90 ans qui peine à marcher et bah c'est compliqué, la salle d'attente est pas assez grande, la maison commence à prendre de l'âge. Déjà elle est pas de plain-pied déjà de base dans une MSP, ou au moins il faudrait un accès handicapé, parce que bon là elle est pas aux normes. Le patient qui est en fauteuil, on est obligé de le recevoir au rez-de-chaussée sauf que des fois on ne peut pas. » Focus group 1 - P4

« moi je consulte à l'étage et c'est vrai que des fois c'est un peu dur avec les patients âgés, c'est pas du tout adapté qu'ils soient vus à l'étage » Focus group 2 - P8

La salle d'attente n'est pas assez grande et ne dispose pas d'assises pour tous les patients. Certains patientent dans les escaliers en bloquant le passage des professionnels de santé, d'autres attendent leur passage dans la cour extérieure...

« Y'a quand même des patients qui s'assoient jusque dans les escaliers » Focus group 1 - P4

Par ailleurs, le système de régulation IDE ayant été mis en place récemment, les IDE ne disposent pas d'un bureau propre et doivent consulter dans les bureaux des médecins et donc changer régulièrement de salle, en fonction des absences et disponibilités du jour.

Ainsi, il est un peu compliqué pour eux d'organiser leurs papiers, leur matériel ... Ils doivent s'adapter à chaque vacation.

« P9 : Les locaux c'est quand même un outil pour réguler et là à l'heure d'aujourd'hui on n'a pas les moyens du coup il faudrait qu'on puisse avoir des endroits pour ranger. Je sais pas si c'est le cas partout, mais je sais qu'on a des infirmiers qui ont l'habitude surtout

aux urgences, d'être assez organisés, et carrés qui sont dans un bureau de soins qu'ils partagent avec les médecins qui sont pas forcément, des fois un peu plus brouillons dans leurs habitudes et du coup vous n'avez pas d'espace à vous euh

P15 : Ah bah non on prend le bureau de...

P9 : Et ça c'est assez gênant » Focus group 4

Certains ont trouvé des solutions pour pallier cela :

« Moi j'arrive toujours avec mon matériel maintenant, je prends mon stétho je prends tout parce que à chaque fois tu galères, tu sais pas où c'est rangé » Focus group 4 - P14

Enfin, le système informatique et le logiciel médical utilisé (MLM) ont été cités deux fois comme n'étant pas optimaux.

« Les locaux sont merdiques ! Et puis entre MLM, stanpro, les rdv, l'ordinateur qui rame... » Focus group 3 - P12

Il est donc intéressant de réfléchir à retravailler l'organisation spatiale du cabinet afin de permettre un confort et de faciliter les échanges de chacun.

4. De nombreuses pistes d'amélioration

Ce travail a permis à chaque personne prenant part à l'organisation de réfléchir au concept, aux avantages et aux inconvénients. Plusieurs problèmes ont été soulevés via ces focus groups. Et le premier pas, était justement de prendre conscience de ses différents soucis. C'est désormais chose faite.

Le manque d'éducation de la patientèle, les défauts de communication et de formation, les équipements inadaptés (...) sont autant de choses qui ont été pointées du doigt. Désormais, nous savons ce sur quoi il est nécessaire de travailler. L'organisation en elle-même est à revoir. Différentes idées ont germé, sur les pistes d'amélioration. Idées à peaufiner certes, à discuter et à retravailler afin d'en faire émerger des solutions réalistes et pérennes.

4.1 Adaptation des horaires de SNP ?

Première idée, modifier les horaires de consultations non programmées. A l'heure actuelle, deux demi-journées par semaine leur sont consacrées. Dans le but de limiter

l'affluence sur ces deux demi-journées, il a été proposé de moduler les plages horaires, en les répartissant différemment.

Pourquoi ne pas ouvrir des créneaux de SNP tous les jours mais sur une durée plus limitée ? Cette idée est ressortie dans deux focus groups. Ouvrir une plage horaire d'environ deux heures tous les jours pour répartir les soins non programmés sur toute la semaine et non plus sur deux jours.

« Il faudrait peut-être le répartir, en faire plus dans la semaine, moi je me suis posée la question d'en faire un peu tous les jours. » Focus group 1 - P3

« Il en faut tous les jours ! La dernière fois P9 l'a évoqué ! Il faudrait en faire peut-être tous les jours, de 13h à 15h hein ! » Focus group 3 - P12

Pourquoi ne pas limiter un nombre de consultations maximum par créneaux ? Cette idée est également ressortie dans deux focus groups. Cela permettrait de ne pas se retrouver surchargés et limiterait le côté anxiogène que représentent ces consultations pour les soignants.

« moi je limiterais à un certain nombre de consultations sans RDV quand même, un plafond à ne pas dépasser parce que après ça devient vraiment trop » Focus group 1 - P4

« je décréterai que il y a deux médecins de telle heure à telle heure [...] on a 20 créneaux d'urgences 25 créneaux ce matin, [...]. J'ouvre ça, les premiers qui appellent ils ont un RDV mais du coup on est plus dans la réponse donc c'est très compliqué » Entretien téléphonique - P18

4.2 Adaptation du mode de prescription ?

Un des groupes s'est penché sur l'éventualité d'adapter le mode de prescription. A savoir par exemple, de faire des renouvellements d'ordonnance plus longs quand cela est possible, six mois par exemple, en ajoutant si besoin un bilan à mi-parcours avec un infirmier pour faire un point.

« faudrait qu'elle en fasse de 6 mois, ou qu'elle nous marque des bilans intermédiaires à la rigueur, que l'infirmier voit! Regarde que le bilan est bon » Focus group 3 - P12

4.3 Vers un binôme soignant / secrétaire ?

La nécessité d'un accueil physique a également été mise en évidence au cours des focus groups. Une secrétaire à l'accueil permet une gestion administrative conséquente, une gestion des arrivées et des tensions en salle d'attente.

A l'heure actuelle, le cabinet ne dispose pas de secrétariat en présentiel mais d'un télésecrétariat. Ce choix a été fait principalement pour permettre des horaires de réponses plus larges tout en étant moins onéreux.

Le souci principal étant que cette gestion administrative est désormais reléguée aux infirmiers des consultations non programmées. C'est pourquoi, l'hypothèse d'un binôme secrétaire / IDE sur les créneaux sans RDV est revenue dans trois des focus groups.

« Je participe à l'accueil, qui je pense est de plus en plus rare et pourtant très important pour les patients, moi je fais de la régulation sur le plan administratif » Focus group 1 - P1

« je soutiens les secrétaires médicales, je pense qu'on a un peu fait sauter ce poste, qui coûte cher certes, mais une présence physique (Approbatrice dans la salle) Oui voilà, c'était un poste qui a mon sens était important » Focus group 1 - P1

« P1 : Oui c'est vrai que la secrétaire elle fait le papier, elle fait l'accueil, elle dit toi là toi là, elle répond aux questions

P3 : Oui il faudrait un binôme » Focus group 1

« Oui en tout cas il faut qu'il y ait quelqu'un qui ne soit que à l'accueil » Focus group 1 - P1

« un binôme IDE secrétaire serait mieux » Focus group 3 - P12

« Ouais, en fait moi je pense qu'il faudrait revenir sur un duo déjà, mais c'est vrai que presque secrétaire et infirmière. Parce que deux infirmières, comment dire, on se télescope un peu » Focus group 3 - P12

« On s'est dit au bout d'un moment que l'idéal serait effectivement d'avoir un binôme mais peut-être un administratif qui puisse donner les rdv, pour traiter les demandes uniquement administratives et un soignant » Focus group 4 - P9

« Une chose est sûre c'est que le fait d'avoir une secrétaire à mi-temps fait un excellent boulot et elle régule aussi un certain nombre de choses. Quand c'est pour des papiers, soit elle dit aux patients de les amener et puis si on a besoin de voir les patients on voit

avec eux, ou elle le préremplit et ça ça fait gagner du temps ! Donc je pense qu'il y a un travail à faire la dessus » Focus group 4 - P17

Ceci permettrait aux IDE de se recentrer sur les problématiques purement médicales, de soins, plutôt que de se préoccuper des tâches administratives annexes et chronophages.

4.4 Vers une protocolisation ?

Et si la solution était finalement la protocolisation ?

Tout au long des focus groups, les défauts organisationnels ont été mis en évidence. Manque de personnel, manque de communication, manque de formation ... A la question « *quelles améliorations pourraient-être apportées ?* », le mot « *protocolisation* » ressort fortement. Protocolisation des prises en charge principalement, afin de permettre un gain de temps considérable au niveau IDE et médical. Des prises en charges standardisées, pour des pathologies aiguës simples, seraient en pratique réalisables par l'IDE : examen, diagnostic, puis mise en application du protocole. Par exemple pour des situations telles que les allergies saisonnières, les infections urinaires, les rhinopharyngites, les lombalgies simples...

« Après peut-être que ce qui manque un peu c'est vraiment le ... d'avoir une prise en charge un peu standardisée avec les choses vraiment à pointer » Focus group 2 - P10

« mais si c'est plus standardisé on ira plus directement aux choses sans repasser dessus » Focus group 2 - P10

« limite protocolisé sur des choses assez simple comme ce qui est fait chez les pompiers » Focus group 2 - P10

« protocoles qui sont financés pour les maisons de santé, que sur certaines pathologies et à condition qu'elles soient formés, les médecins d'une MSP, peuvent reléguer un certain nombre de choses aux infirmières de l'équipe » Focus group 2 - P9

« il faudrait qu'on formalise, pour pouvoir être plus efficace » Focus group 2 - P9

« il faut qu'on se pose sur un certain nombre de pathologies aiguës simples, euh et qu'on fasse des protocoles simples, et le médecin n'a plus qu'à venir signer l'ordonnance » Focus group 4 - P17

Le principal souci reste tout le travail nécessaire en amont : la création de ces protocoles, leur validation, leur mise en exécution. Jusqu'alors, ceci a été le principal frein, le temps nécessaire à leur réalisation n'ayant pas été dégagé.

« Oui alors moi ce qui m'inquiète c'est que celui-là il va falloir le construire et que faire valider un protocole c'est très long, bon après on pourra le valider en interne, parce que sinon c'est très long, ça demande un travail » Focus group 4 - P9

Second souci, le rôle propre de l'IDE. Une d'entre elle expliquait ne pas se sentir légitime dans ce genre de rôle, tout simplement car n'ayant pas été formée à exercer de telle sorte.

« moi je suis infirmière pas médecin, [...] j'ai mon rôle propre [...] mais y'a des choses que j'ai pas forcément envie de faire parce que c'est pas mon métier quoi » Focus group 2 - P7

Enfin, dernier point soulevé : une protocolisation, oui, une délégation aussi, mais quid des responsabilités de chacun ?

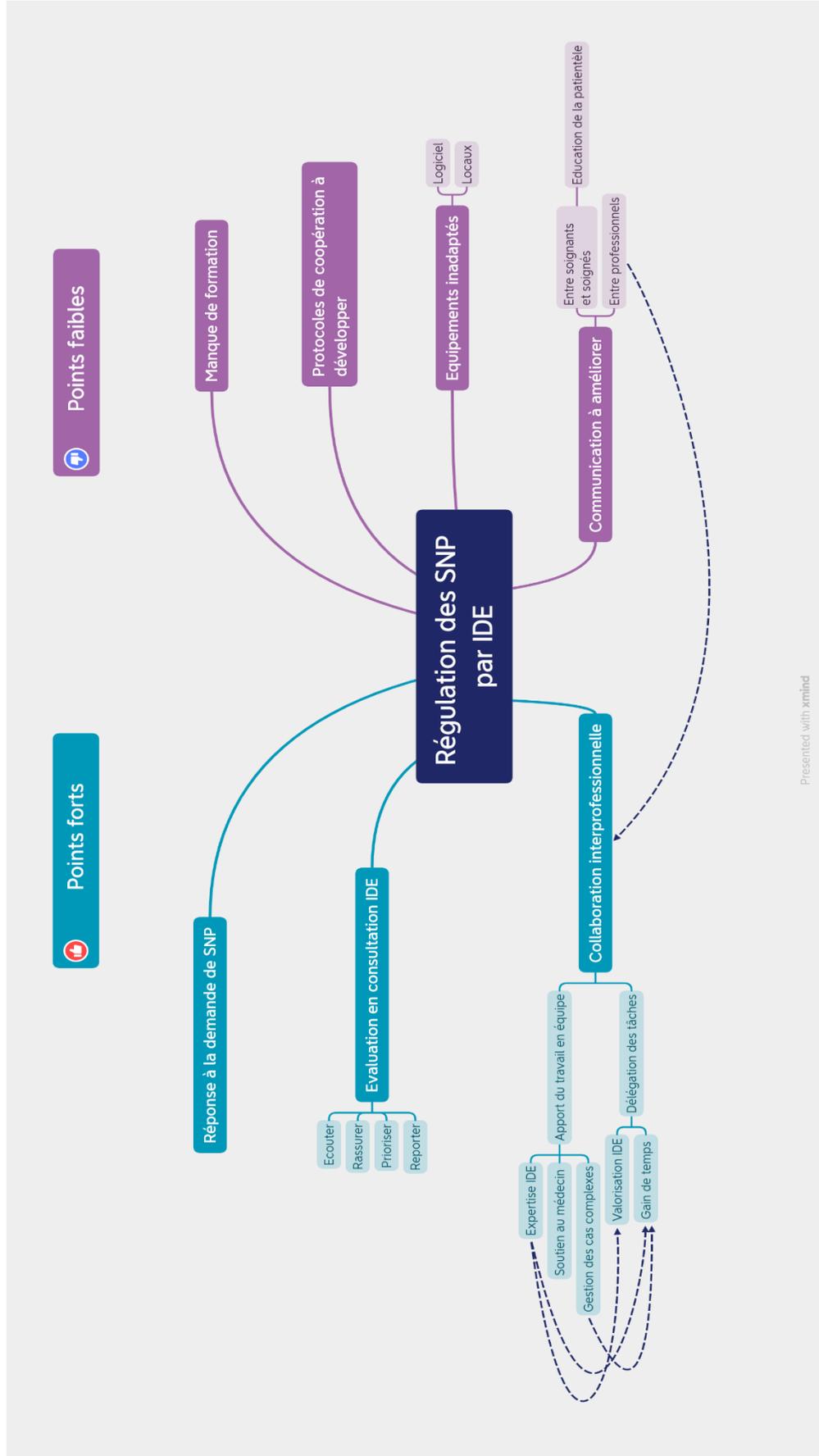
« P6 : il faut voir où est engagée la responsabilité dans ce genre de protocole en fait, est-ce que c'est l'infirmière qui est responsable, est ce que c'est le médecin qui a... parce que c'est vrai que moi j'ai besoin de voir les gens et je ne veux pas engager ma responsabilité sur des gens que je n'ai pas vu

P10 : Je suis complètement d'accord avec toi !

P6 : Quitte perdre du temps, je préfère perdre du temps mais je préfère voir les gens, parce que MA responsabilité est engagée » Focus group 2

Ce système est novateur. Chacun s'accorde sur ces intérêts et sur la nécessité de le développer. Il reste cependant beaucoup de points à étayer pour avoir une organisation concrète, ne laissant place à aucune inconnue sur le plan médical, administratif et légal. Un travail de réorganisation est à fournir par les membres de MSP.

5. Synthèse des résultats



Presented with xmind

IV. Discussion

1. Points forts de l'étude et limites de l'étude

1.1 Points forts

1.1.1 Etude exhaustive portant sur un concept innovant

La gestion des soins non programmés en médecine générale est actuellement au centre de nombreuses modulations dans l'organisation des soins primaires. Il s'agit d'un véritable sujet d'actualité et d'un enjeu majeur de santé publique. C'est une réflexion qui intéresse tous les médecins généralistes et qui force à se poser des questions sur son propre fonctionnement. Notre organisation actuelle permet-elle d'offrir la meilleure offre de soins possible à nos patients ? La MSP de la Ville V a pris l'initiative de s'organiser selon un concept innovant, n'ayant pas encore, à notre connaissance, fait l'objet d'études publiées. Ceci fait donc l'originalité de cette thèse.

Autre point fort à noter, l'ensemble des intervenants a pu être interrogé ; notre étude est donc exhaustive.

1.1.2 Focus group

Les focus groups ont de nombreux avantages. Ils permettent de confronter les avis des différents corps de métier en les faisant interagir. Le point fort de cette méthode est principalement la dynamique de groupe. Les échanges facilitent l'effusion des idées et l'émergence d'avis variés. Ces visions diversifiées permettent donc une multiplicité de réponses enrichissant considérablement le recueil des données. Chaque entretien de groupe a par la suite été écouté à de nombreuses reprises, afin d'avoir des verbatims les plus fidèles aux propos recueillis.

1.2 Limites de l'étude

1.2.1 Manque d'expérience de l'auteure

Une des limites de cette étude est le manque d'expérience de l'investigatrice. Le guide d'entretien a permis de suivre une trame identique au cours des différents focus groups. Cependant, la dynamique de groupe entraînait parfois des anticipations : les réponses apportées répondaient parfois à des questions qui n'avaient pas encore été

posées, ceci modifiant quelque peu la trame initiale du guide d'entretien. Il a fallu s'adapter à cela tout en respectant une fluidité dans l'entretien. De même, il a été difficile pour l'auteure de recadrer / recentrer les personnes interrogées lorsque les propos étaient hors sujet. Les entretiens de groupe auraient donc pu être plus concis.

L'aide du directeur de thèse pour l'élaboration du guide d'entretien et pour l'animation des focus groups a permis de limiter les biais dans le recueil des informations.

Par ailleurs, la difficulté de l'analyse qualitative réside dans le maintien de l'objectivité lors de la rédaction. Celui-ci a pu être obtenu par les nombreuses relectures des verbatims et par l'aide du directeur de thèse dans l'analyse des résultats, malgré l'absence de triangulation des données.

1.2.2 Focus groups inégaux

Les groupes étaient hétérogènes ; leur composition variant de 2 à 7 intervenants. La majorité des groupes étaient pluriprofessionnels mais l'un d'entre eux était composé d'un seul corps de métier.

De même, une des intervenantes principales de la régulation n'ayant pas pu se libérer pour la réalisation des entretiens de groupe, il a été décidé de mener un entretien téléphonique individuel, ceci entraînant une disparité dans les modes de recueil des informations. De ce fait, il a été discuté de retirer l'entretien des résultats, pour maintenir un recueil univoque. L'entretien téléphonique apportant des données supplémentaires, il a finalement été décidé de l'exploiter dans les résultats, quitte à entraîner cette limite.

1.2.3 Limites inhérentes aux focus groups

Les temps de paroles respectifs ont été très variables en fonction du nombre de participants au focus group : plus le nombre d'intervenants est élevé, plus le temps de parole de chacun est limité.

Le caractère et le tempérament de chacun entrent évidemment en jeu dans ce genre de recueil en groupe : certaines personnes étant plus ou moins à l'aise avec une prise de parole en public. De ce fait, il peut y avoir une mise en retrait de certaines personnes versus une monopolisation de la parole pour d'autres (leader d'opinion).

Il est également fort probable qu'un biais de "hiérarchie" soit intervenu. On peut avoir des réticences à exprimer des avis personnels en présence de certaines personnes. N'est-il pas probable que certains internes n'aient pas exprimé leurs avis sans tabous devant leurs maîtres de stage ? Les médecins ont-ils pu faire toutes les remarques qu'ils le souhaitent en présence des IDE, principaux acteurs de cette méthode ? Inversement, les IDE ont-ils pu émettre sans biais leurs opinions en présence des médecins et de la coordinatrice de soins de la MSP ?

1.2.4 Peu de bibliographie disponible

De par son côté innovant, peu de données bibliographiques sont disponibles sur le sujet. Le manque de publications a posé des difficultés dans les recherches bibliographiques. De même, il n'a pas été possible de croiser et comparer les résultats avec d'autres études.

2. Analyse des principaux résultats

Les focus groups ont permis de mettre en évidence les différents points positifs de la régulation des SNP par IDE mise en place à Ville V mais également ses écueils. Il existe une forte ambivalence des ressentis : chacun est conscient des avantages de cette méthode mais également des multiples soucis organisationnels qui rendent le système de régulation à Ville V non optimal à l'heure actuelle.

2.1 Un système prometteur

2.1.1 Un concept inédit

Les focus groups mettent en lumière que l'avantage n°1 de ce système est la régulation des soins en elle-même via le tri, la priorisation et les reports de consultation réalisés par l'IDE. Ainsi, après une évaluation en consultation infirmière, la pertinence du RDV est évaluée. Les soins nécessitant une prise en charge urgente pourront donc être réalisés en premier lieu tandis que les soins ne relevant pas d'une consultation dans la journée seront reportés sur des créneaux de RDV programmés.

Nous n'avons pas trouvé de données bibliographiques étudiant un système de régulation identique en France. Il s'agit d'une méthode innovante. Le principal attrait de cette étude repose donc sur l'analyse de cette expérimentation inédite.

2.1.2 Les bienfaits de la collaboration IDE / médecins

Cette organisation a permis d'apporter un soutien humain aux médecins de la MSP, en permettant une vraie collaboration interprofessionnelle. Ainsi, le médecin ne travaille plus seul, mais fait partie d'une équipe. Cela permet d'améliorer la qualité de vie au travail, chose non négligeable dans le contexte de surcharge de travail lié à la pénurie de médecin et à la pandémie. Selon Kornig (36) le travail en équipe est *“en premier lieu, [...] mis en évidence comme soutien et protection des professionnels.”* On retrouve la même notion de *“soutien humain”* dans l'étude *Benefits and losses: a qualitative study exploring healthcare staff perceptions of teamworking* (37).

Pour les soignants, cela permet d'instaurer un réel lien de confiance entre chaque acteur de santé rendant la collaboration plus aisée par la suite. Cette notion est reprise par Ehrlich (38) *« les équipes travaillent en collaboration et établissent des routines [...]. Une fois que les routines de travail ont été élaborées, elles ont fourni des structures qui ont continué à avancer dans le temps sans effort ».*

Ceci optimise également la prise en charge centrée patient, en majorant le temps d'écoute, mais également en croisant les regards de plusieurs professionnels de santé. Les focus groups ont mis en exergue le bénéfice notable de la présence IDE lors de la gestion de cas complexes, chronophages et lors de la prise en charge de vraies urgences.

Les apports du travail en équipe ne sont plus à démontrer. Dans la littérature, de nombreuses études viennent confirmer les atouts du travail conjoint. Kornig parle du travail en équipe comme de quelque chose de *« décisif et incontournable pour l'organisation des soins. Il est même la clé de voûte de la qualité et de la sécurité des soins »*(36). En effet, toujours selon Kornig, *« le travail d'équipe efficace constitue une barrière de sécurité contre les événements indésirables, est un facteur de qualité de la prise en charge du patient, est un facteur de santé et de bien-être au travail pour les professionnels, et est un moyen de répondre de manière collaborative et interdisciplinaire aux besoins du patient »* (36).

2.2 Un système à retravailler

2.2.1 Une mise en place imparfaite

Cette organisation a été initiée dans l'urgence devant une augmentation de la demande de soins considérable. De ce fait, l'organisation de base est imparfaite.

Premièrement, les IDE expliquent ne pas avoir reçu de formation initiale lors de la mise en place de la régulation et avoir appris via le compagnonnage ou encore via leurs propres expériences. Chacun régule donc à sa manière, sans réelle uniformisation des pratiques. Homogénéiser les manières de faire serait source d'efficacité, de performance et faciliterait la compréhension des patients. Une fiche de poste, comme cela a été proposé, permettrait aux IDE de se sentir à l'aise plus rapidement et de mieux définir leur rôle attendu au sein de l'organisation.

En plus de clarifier les rôles de chacun, les IDE interrogés sont également en demande de formation continue afin d'apprendre à aller à l'essentiel, de repérer certaines urgences ou encore de savoir dire non. Etendre leur raisonnement clinique en développant leur analyse et leur interprétation de certaines données serait intéressante (39).

Dans le même sens, les focus groups laissent entendre qu'il y a un manque de communication IDE-médecins et surtout un manque de retours des médecins concernant le travail effectué par les IDE. Ainsi, les IDE ne savent pas si le travail effectué convient au médecin ou bien si leurs prises en charge nécessitent des ajustements...

Une seule réunion a été réalisée depuis le début de cette organisation. Des réunions de débriefing régulières seraient les bienvenues pour apporter des commentaires constructifs et des axes d'évolution à chacun. Cette thèse aura finalement permis de réunir les différents acteurs de cette organisation pour faire un retour d'expérience nécessaire, 3 ans après son instauration.

La plus-value du débriefing des situations cliniques dans la formation IDE a été mise en évidence dans l'article « *Using debriefing for meaningful* » (40) « *Le débriefing a été développé pour répondre au besoin d'enseigner activement aux élèves les compétences de raisonnement clinique qui seraient transférables dans la pratique. Les*

premiers résultats indiquent que cela a été un succès. Incorporer une méthode d'incitation, de guidage et de réflexion dans chaque débriefing favorise un apprentissage significatif et le développement du raisonnement clinique en soins infirmiers ».

Dernier point, les équipements mis à disposition pourraient être améliorés pour faciliter la régulation. En effet, l'aménagement de l'espace de travail est reconnu comme étant un facteur influençant la collaboration interprofessionnelle, en la favorisant s'il est adéquat, ou bien en l'inhibant s'il ne l'est pas (41).

2.2.2 L'importance d'une meilleure relation soignants-soignés

Les interrogés ont également souligné l'importance d'une bonne communication soignants-soignés, en premier lieu pour informer les patients du cabinet de cette nouvelle modalité d'organisation et par le même biais pour les éduquer (42).

Car un des principaux problèmes relevés dans cette organisation est la gestion des tensions en salle d'attente. Et chaque focus group est d'accord avec cela. Les consultations sans RDV ont un inconvénient majeur : les délais d'attente parfois longs avant de rencontrer le soignant. A ceci s'ajoute une patientèle mal habituée depuis des années et fréquemment une barrière de la langue. Les patients ne comprennent donc pas pourquoi, après avoir attendu plusieurs heures, un patient arrivé après, mais priorisé par les IDE lui passe devant. Cela engendre des conflits et les discours des interrogés soulèvent de nombreuses interrogations.

On note notamment que le champ lexical de la guerre a été utilisé à plusieurs reprises ; des mots tels que « *désamorcer* », « *combat* », « *guerre* », « *cette première ligne* », « *aller au front* » ont été employés et mettent en avant les difficultés relationnelles secondaires à cette organisation.

Comme le mentionne l'étude de Mantz et al. (43) « *La plupart des litiges voire des conflits qui surviennent entre soignants et soignés résultent d'un manque ou d'une insuffisance de communication. La qualité des premiers contacts, les informations que le patient, inquiet, attend sur sa maladie, son traitement, son avenir, la confiance qu'il porte à son médecin s'en trouvent compromises de même, à terme, que la relation médecin-malade elle-même.* »

Améliorer la communication avec les patients et travailler sur l'information délivrée concernant les modalités de la régulation est donc une nécessité pour assainir le cadre de travail des professionnels et éviter l'anxiété générée par les conflits.

2.3 Un système en phase d'évolution

L'expertise des IDE permet une délégation de certaines tâches et de ce fait un gain de temps pour le médecin, comme confirmé dans la littérature (44). Cependant, ce qu'il ressort des focus groups, c'est qu'encore trop d'actes administratifs sont délégués aux IDE au dépend d'actes paramédicaux spécifiques. A l'heure actuelle, les IDE ont, en plus de leur rôle de régulation, un rôle de recueil d'informations administratives et de gestion de salle d'attente. Ces missions n'incombent pas directement à leur fonction. Alléger les tâches administratives serait facilité par la présence d'une secrétaire sur place.

Quoiqu'il en soit, la délégation des tâches médicales aux IDE reste encore trop limitée à Ville V comme en France. Prendre exemple sur les modèles étrangers permettrait de développer davantage ce transfert de missions. En effet, à l'étranger, la délégation des tâches aux paramédicaux est monnaie courante (45–50). Que ce soit au Royaume-Uni, en Australie ou aux Etats-Unis, il existe des infirmiers praticiens. Ceux-ci jouissent d'une autonomie supérieure. Leurs rôles peuvent s'étendre du conseil téléphonique à la prescription de médicaments ou examens, en passant par la gestion des pathologies aiguës simples en fonction du pays (51).

2.3.1 Intégration des IPA

En France, la reconnaissance des capacités infirmières pour une pratique avancée tarde à se mettre en place. Cependant depuis quelques années, la France tente tout de même certaines expérimentations de collaboration médecin/IDE pour améliorer l'organisation de ses soins primaires.

Par exemple, le protocole ASALEE (déjà cité plus haut). Ces dernières sont spécialisées en Santé Publique. Elles assurent des consultations d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention, mais également de suivi de pathologies chroniques comme le diabète (52,53).

Par ailleurs, depuis 2016, le diplôme d'infirmier en pratique avancée (IPA) se développe en France, s'inspirant des modèles présents dans les autres pays (54,55). Selon l'ordre National des Infirmiers : « *L'infirmière de pratique avancée, est une infirmière experte, titulaire du master dédié. Après une expérience clinique, elle a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire et le savoir-être nécessaires aux prises de décisions complexes en autonomie dans son champ de compétence, avec la responsabilité de ces actes. L'infirmière de pratique avancée mobilise ses compétences cliniques pour poser des diagnostics permettant l'orientation thérapeutique et la réalisation des prescriptions adaptées aux patients. Elle développe son expertise fondée sur la recherche et les données probantes.* » (56).

Dans ce contexte, on se pose nécessairement la question de la place que pourrait jouer un IPA dans un système de régulation similaire à celui mis en place à Ville V :

- Les IPA ont un rôle complémentaire à celui du médecin et peuvent prendre en charge en première ligne un bon nombre de situations répondant à leur domaine d'expertise.
- En pratique, un poste d'IPA pourrait donc être très intéressant à développer dans la MSP pour gérer les pathologies chroniques principalement.
- Cependant, les soins aigus non programmés ne rentrent pas toujours dans le champ de compétence des IPA ce qui pourrait les limiter dans les prises en charge recherchées à Ville V.

2.3.2 Intégration de protocoles de coopération

On en revient à la possibilité de création des protocoles de coopération. Ils apparaissent comme un outil à développer et ressortent comme étant une réelle solution dans le mode de fonctionnement proposé à Ville V. Leurs objectifs sont d'homogénéiser les pratiques, de sécuriser les IDE dans leurs prises en charge et de proposer des conduites à tenir claires permettant une exécution rapide et efficace.

Pour rappel, un protocole de coopération est une démarche à l'initiative de professionnels de santé ayant pour but d'opérer des « *transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient* » et donc la substitution d'actes médicaux par les paramédicaux. Cela permet de dégager du temps

médical pour la réalisation de « *missions d'expertise plus complexes* » pour les médecins, tout en améliorant les délais de prises en charge au profit du patient.

Depuis peu, le gouvernement a autorisé plusieurs protocoles de coopération en libéral entre médecin et IDE dans le cadre des soins non programmés tels que la prise en charge de la pollakiurie chez la femme ou encore de l'odynophagie (57–61). Cela permet donc une standardisation de la prise en charge de ces quelques situations cliniques ayant pour objectif final un gain en efficacité.

Il est également possible de créer d'autres protocoles, à plus petite échelle, celle de la MSP par exemple et de les proposer afin de les faire valider ensuite. Comme mentionné dans la thèse de Tetard-Badier « *Pour être pertinent, il apparaît qu'un protocole élaboré au sein d'une MSP doit répondre aux caractéristiques suivantes : répondre en premier lieu à un besoin local, être basé sur des références bibliographiques, être aisément utilisable, compréhensible, améliorable, reproductible, facile à enseigner aux pairs et à transmettre à l'ensemble de l'équipe pluri professionnelle.* » (62).

Un des principaux freins à leur mise en place reste le temps nécessaire à allouer au projet. Les processus administratifs étant lents et complexes, cela peut décourager les équipes. La rédaction des protocoles est également chronophage et n'est pas chose aisée, chaque situation clinique étant singulière, il reste difficile d'uniformiser une prise en charge médicale (63–68).



3. Quelles autres perspectives pour faciliter l'accès aux soins non programmés ?

3.1 Le développement des Centres Médicaux de Soins Immédiats

Depuis quelques années, on voit se développer des structures de soins jusque-là non présentes dans l'environnement médical français. Il s'agit des Centres Médicaux de Soins Immédiats (CMSI), qu'on retrouve aussi parfois sous d'autres appellations (Centres médicaux de Soins Non Programmés, Urg+, Centres de Soins Médicaux et Traumatologiques, CensoMed...). Leur but ? Faire la liaison entre médecine libérale et hospitalière en « *proposant une nouvelle organisation des flux de patients* » (69). Ces centres disposent d'un plateau permettant de réaliser des gestes techniques (immobilisation, aérosols, ECG...), des examens complémentaires de première intention et de prendre en charge les urgences non vitales du quotidien (sutures, traumatologie, douleurs nécessitant examens complémentaires...).

Ces nouvelles structures se présentent donc comme une alternative de qualité lorsque le médecin traitant n'est pas disponible immédiatement ou lorsqu'il pense que le patient nécessite des investigations / gestes techniques supplémentaires non réalisables au cabinet. Mais ce type de structure est également une solution efficace pour diminuer l'engorgement des urgences et il se révèle aujourd'hui comme « *une réponse efficace aux problèmes des soins non programmés* » (69–71). Leur développement progressif sur l'ensemble du territoire français constitue donc une réelle perspective dans l'organisation des soins primaires français (72,73).

3.2 Le Service d'Accès aux Soins

Autre perspective d'avenir dans la prise en charge des soins non programmés : Le SAS (Service d'Accès aux Soins) qui est actuellement en cours de déploiement au niveau national (74,75). Initié en 2019 et en cours d'étude dans certaines régions depuis 2020, il devrait se généraliser au niveau national courant de l'année 2023.

Son but principal ? Répondre à la demande de soins non programmés 24h/24 et 7j/7 pour tout patient, lorsque l'accès à son médecin traitant n'est pas possible.

Comment ? Grâce à un système de régulation téléphonique coordonné entre médecine de ville et hospitalière d'un même territoire. Le SAS permet d'orienter le patient

en fonction de ses besoins : conseil médical, téléconsultation, orientation vers un médecin généraliste libéral disponible (dans les 48h via la plateforme nationale numérique SAS), vers un service d'urgence ou bien déclenchement des équipes du SAMU.

V. Conclusion

La démographie médicale actuelle et ses répercussions sur les soins primaires imposent de réfléchir à des solutions efficaces et pérennes pour optimiser la prise en charge des patients.

Fort d'un maillage solide de soins infirmiers, la MSP de la Ville V a misé sur une collaboration étroite entre IDE et médecins en mettant en place ce système de régulation des soins non programmés par l'IDE.

Ce qu'il ressort de ce travail est qu'en théorie, l'idée d'une régulation des soins non programmés par un IDE est excellente. L'apport du travail en équipe est notable, tant pour le confort au travail (convivialité, gain de temps) que pour la qualité de la prise en charge du patient (prise en charge centrée patient, prise en charge pluriprofessionnelle sécurisante et qualitative, double écoute). Une vision croisée des corps de métiers permet une complémentarité très intéressante au service du patient.

Cependant, la mise en place du système, réalisée dans l'urgence a conduit à des défauts d'organisation importants. Sur le plan pratique donc, beaucoup de points sont à redéfinir et à retravailler par la MSP pour un travail optimisé.

De la communication interprofessionnelle à la formation continue des IDE en passant par l'éducation de la patientèle, les pistes d'amélioration sont nombreuses. Plusieurs perspectives d'évolution ont émergé pendant les entretiens de groupe mais tous sont unanimes sur une solution : la protocolisation pour faciliter la délégation des tâches.

Les protocoles de coopération s'imposent comme une solution idéale pour optimiser les prises en charge. En cours de développement au niveau national, la création de protocoles propres à la MSP est également envisagée, mais freinée par des procédés administratifs longs et fastidieux.

En conclusion, ce travail de thèse aura permis d'étudier une méthode de travail novatrice et encore peu développée. L'implication des professions paramédicales dans la prise en charge des soins primaires se révèle, d'années en années, être l'avenir de la médecine générale. Après la mise en place des IDE ASALEE, puis des infirmiers en pratiques avancées, les infirmiers de régulation pourraient être une perspective intéressante à développer pour faciliter la gestion des soins non programmés...

Bibliographie

1. Dossier complet (30202) | Insee [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-30202>
2. Profil santé dans les Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville [Internet]. [cité 28 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.occitanie.ars.sante.fr/profil-sante-dans-les-quartiers-prioritaires-de-la-politique-de-la-ville>
3. Wagon B. RAPPORT DE PRESENTATION - Volume 2. :209.
4. BROUET P, Gerard-Varet JF. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 28 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
5. Observatoire des territoires - ANCT - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#bbox=393908,5567902,224137,132297&c=indicator&i=offre_sante.dens_nb_medg&s=2020&selcodgeo=3014&view=map15
6. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: <https://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=omni&report=r01&selgeo2=fra.99>
7. PSEsante [Internet]. Site de psesante! [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: <https://psesante.jimdofree.com/>
8. DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 28 nov 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>
9. Article 51 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879543
10. DGOS. 2012 : Pacte territoire santé 2012-2015 [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-2012-2015>

11. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cité 9 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/>
12. Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée. 2018-633 juill 18, 2018.
13. Article 66 - LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000038824930/
14. Notebaert JF, Pogam MAL. LES "FLAMBOYANTS" ET LES "INDIVIDUS PAR DÉFAUT" PRIS AU PIÈGE DE LA SURCONSOMMATION MÉDICALE À L'ÉPOQUE DE L'HYPERMODERNITÉ : VERS L'ACCÉLÉRATION D'UNE MÉDECINE À DEUX VITESSES ? *Manag Avenir*. 2006;9(3):45-64.
15. Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville. *Revue de littérature | ORS Pays de la Loire* [Internet]. [cité 28 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/frequence-des-soins-non-programmes-en-medecine-generale-en-france-aux-heures>
16. Collet G. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine. :8.
17. Gouyon L. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. 2006;8.
18. Labory L, Patin P, Veron K. PLACE DU MEDECIN DANS LA PRIORISATION DES DEMANDES DE SOINS URGENTS ET/OU NON PROGRAMMES EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE. :81.
19. France. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Direction de la recherche des études. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés [Internet]. 2020 [cité 28 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.bnsp.insee.fr/ark:/12148/bc6p0701962>
20. Les médecins généralistes franciliens acteurs incontournables des soins non programmés : 80 % y apportent une réponse dans les 24h [Internet]. [cité 5 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-medecins-generalistes-franciliens-acteurs-incontournables-des-soins-non-programmes-80-y>
21. Chevillot D, Zamord T, Durieux W, Gay B. Théo Zamord. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du SudGironde. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2020. dumas-02958965. *Santé Publique*. 22 nov 2021;Vol. 33(4):517-26.

22. Faure Y. Triage par la secrétaire médicale des recours urgents et non programmés en médecine générale: étude des déterminants de l'obtention d'un rendez-vous pour le jour même. :67.
23. Huntzinger C. Étude des difficultés ressenties par les secrétaires médicales dans le processus de tri des motifs urgents de consultation chez l'adulte en cabinet de médecine générale. :45.
24. Raffi TKT, Ung C. Comment les secrétaires médicales en cabinets de médecine générale trient-elles les demandes de soins non programmés ? [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 1 juill 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1339/>
25. Rouprêt M, Vallancien G. La délégation d'actes médicaux, un enjeu de la nécessaire réorganisation du système de santé en France. Presse Médicale. août 2006;35(7-8):1115-6.
26. Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt T, Lattimer V, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of telephone triage for managing same-day consultation requests in general practice: a cluster randomised controlled trial comparing general practitioner-led and nurse-led management systems with usual care (the ESTEEM trial). Health Technol Assess. févr 2015;19(13):1-212.
27. Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. BMJ. 17 oct 1998;317(7165):1054-9.
28. Taboulet P, Fontaine JP, Afdjei A, Tran Duc C, Le Gall JR. Triage aux urgences par une infirmière d'accueil et d'orientation: Influence sur la durée d'attente à l'accueil et la satisfaction des consultants. Réanimation Urgences. 1 juill 1997;6(4):433-42.
29. Maillard-Acker C. Infirmière Organisatrice de l'Accueil et référentiel. :15.
30. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé: Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Wolters Kluwer Health France. 2021. 192 p.
31. COLLEGE DE MEDECINE GENERALE DE NICE (CAGE) - Recherche qualitative [Internet]. [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=53
32. Jouannin A, Andres É, de Fallois M, Chevance A, Donnadiou S, Reymann JM, et al. Recherche I Loi « Jardé ». 2019;
33. Dedianne MC, Letrillart L. S'approprier la méthode du focus group. :3.

34. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 5e éd. Armand Colin. Armand Colin; 2021. 496 p.
35. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 1 - Choisir une approche d'analyse qualitative [Internet]. Armand Colin; 2012 [cité 29 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-page-13.htm>
36. Kornig C, Levet P, Ghadi V. La qualité de vie au travail et les déterminants de la qualité des soins. Risques Qual En Milieu Soins. mars 2018;XV(01):10-6.
37. Baxter SK, Brumfitt SM. Benefits and losses: a qualitative study exploring healthcare staff perceptions of teamworking. BMJ Qual Saf. 1 avr 2008;17(2):127-30.
38. Ehrlich C, Kendall E, St John W. How does care coordination provided by registered nurses « fit » within the organisational processes and professional relationships in the general practice context? Coll R Coll Nurs Aust. 2013;20(3):127-35.
39. Côté S, St-Cyr Tribble D. Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept. Rech Soins Infirm. 2012;111(4):13-21.
40. Dreifuerst KT. Using Debriefing for Meaningful Learning to Foster Development of Clinical Reasoning in Simulation. J Nurs Educ. juin 2012;51(6):326-33.
41. Goldman J, Meuser J, Rogers J, Lawrie L, Reeves S. Interprofessional collaboration in family health teams: An Ontario-based study. Can Fam Physician. 1 oct 2010;56(10):e368-74.
42. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique. 2007;19(5):413-25.
43. Mantz JM, Wattel F, Barois A, Banzet P, Dubousset J, Glorion B, et al. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Bull Académie Natl Médecine. 1 déc 2006;190(9):1999-2011.
44. Mancinelli A. Transférabilité des procédures de soins des médecins généralistes à d'autres professionnels de santé [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.urps-med-aura.fr/publications/transferabilite-des-procedures-de-soins-des-medecins-generalistes-a-dautres-professionnels-de-sante/>
45. Le Cann A. Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée : les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires. La vision des médecins. 24 nov 2021;153.
46. Delamaire ML, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. 2010 août [cité 13

mars 2022]. (OECD Health Working Papers; vol. 54). Report No.: 54. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr

47. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. *Rech Soins Infirm.* 2008;93(2):94-105.

48. Gualano MR, Bert F, Adige V, Thomas R, Scozzari G, Siliquini R. Attitudes of medical doctors and nurses towards the role of the nurses in the primary care unit in Italy. *Prim Health Care Res Dev.* juill 2018;19(4):407-15.

49. Belche JL, Karam M, Crismer A, Duchesnes C, VanDurme T, Livémont C, et al. Rapport de recherche COMING: collaboration entre médecins et infirmiers de la 1ère ligne de soins en Wallonie [Internet]. ULiège - Université de Liège; 2019 mai [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/238004>

50. Acker D. L'organisation des soins primaires dans les pays nordiques. *Rev Francaise Aff Soc.* 24 juin 2020;(1):313-23.

51. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? *Droit Déontologie Soins.* 1 sept 2008;8(3):278-330.

52. Bourgueil Y. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. *Rev Francaise Aff Soc.* 22 oct 2010;(3):11-20.

53. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Asalée (Action de santé libérale en équipe) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. 1 avr 2018;

54. Sébastien C, Mireille F, Marie V. Présentation de la fonction d'infirmier(e) en pratiques avancées. :35.

55. L'infirmier en pratique avancée - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 9 févr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

56. Conseil National - Exercice en pratique avancée : de nouveaux textes pour élargir le rôle et compléter le statut [Internet]. [cité 9 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre-infirmiers.fr/actu/exercice-en-pratique-avancee-de-nouveaux-textes-pour-eler-gir-le-r-le-et-compl-er-le-statut.html>

57. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le

- cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697978>
58. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697967>
59. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697956>
60. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. [cité 13 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041704192>
61. Arrêté du 1er mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « ASALEE : travail en équipe infirmier(e)s délégué(e)s à la santé populationnelle & médecins généralistes pour l'amélioration de la qualité des soins et l'allocation optimisée de la disponibilité des professionnels de santé sur le territoire concerné » - Légifrance [Internet]. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043205178>
62. TETARD BADIER C. Pertinence de l'usage d'un protocole de secrétariat dans la gestion des rendez-vous en médecine générale : exemple chez l'enfant fébrile à la maison de santé en Berry. 2017.
63. Les protocoles nationaux de coopération - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-nationaux-de-cooperation>
64. Ginon AS. Les coopérations entre professionnels de santé. J Déconomie Médicale. 2011;29(5):196-203.

65. Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. *Rev Déconomie Polit.* 2019;129(4):489-524.
66. Claudot F, Juillièrè Y. Coopération entre les professionnels de santé : de l'expérimentation aux modalités pratiques. *Arch Mal Coeur Vaiss - Prat.* déc 2010;2010(193):10-3.
67. Riou B. Protocole de coopération infirmier et infirmier de pratiques avancées : quelles pistes pour la médecine d'urgence ? *Ann Fr Médecine D'urgence.* sept 2019;9(5):281-3.
68. Protocole de coopération entre professionnels de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante
69. CMSI France, Centre médical de soins immédiats - soins non programmés [Internet]. CMSI. [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: <https://cmsifrance.fr/>
70. Accueil [Internet]. Censomed. [cité 24 nov 2022]. Disponible sur: <https://censomed.fr/>
71. Accueil • URG - Centre de Soins Non-Programmés [Internet]. URG. [cité 24 nov 2022]. Disponible sur: <http://urg-plus.com/>
72. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 24 nov 2022]. Disponible sur: https://www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/naissance-d-une-federation-des-centres-de-soins-non-programmes/new_id/68553
73. Accueil [Internet]. [cité 24 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ffcsnp.fr>
74. Tout savoir sur le SAS - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 14 oct 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas>
75. Service d'accès aux soins (SAS) [Internet]. esante.gouv.fr. [cité 20 oct 2022]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/sas>

Annexe 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

1) Pourquoi et comment cette organisation a vu le jour ?

Relances : Comment a-t-elle été mise en place en pratique ? Comment les IDE sont-elles embauchées ? Rémunérées ? Ont-elles une formation particulière au préalable ?

2) Racontez moi une après-midi type avec la régulation

Relances : Qu'est-ce qui est considéré comme motif pertinent de consultation en soins non programmés ? Quels sont les critères pour décider qu'une consultation peut être différée ?

3) Quels sont pour vous les avantages et inconvénients à une telle organisation ?

4) Que modifieriez-vous à l'organisation pour qu'elle puisse être mise en place dans plus de MSP ?

Annexe 2 : Charte des centres de soins non programmés

CHARTRE D'ACCREDITATION DES CENTRES DE SOINS NON PROGRAMMES PAR LA FFCSNP

Afin de pouvoir adhérer à la FFCSNP les CSNP doivent répondre aux critères suivants et être signataires de la charte suivante :



1. Les CSNP sont des centres médicaux ou médico-infirmiers dédiés à la prise en charge des soins non programmés, sans rendez-vous.
2. Les Centres sont des structures indépendantes, gérées par des médecins (infirmiers) qui y exercent, en dehors de toute activité commerciale.
3. Ils accueillent les patients présentant une pathologie aiguë, sans détresse vitale, pouvant être classée CCMU1 et plus particulièrement CCMU2, se présentant spontanément ou adressés par le SAS, le centre 15 ou d'autres professionnels de santé.
4. Ils disposent d'un plateau technique suffisant pour réaliser actes diagnostiques complémentaires :
 - a. accès privilégié à de la radiologie permettant la réalisation de clichés standard dans un délai compatible avec la prise en charge de la pathologie, permettant diagnostic et traitement en un temps.
 - b. Accès privilégié à de la biologie, et réalisation délocalisée des marqueurs spécifiques nécessitant un résultat urgent
 - c. électrocardiogramme
5. Ils disposent d'un plateau technique suffisant pour réaliser les actes thérapeutiques nécessaires :
 - a. Mise en place de voie veineuse périphériques, administration de traitements par voie intraveineuse
 - b. Prise en charge de la petite traumatologie : matériel de sutures, immobilisations par attelles, immobilisations plâtrées et/ou résine
 - c. Aérosols, oxygénothérapie
6. Les praticiens qui y exercent sont expérimentés en médecine d'urgence et sont en mesure d'assurer la prise en charge initiale de patients CCMU3 ou présentant une détresse vitale, avant réorientation, via le centre 15, vers une structure adaptée.
7. Ils disposent de réseau d'avis spécialisés pour une prise en charge exhaustive des pathologies aiguës ne nécessitant pas d'hospitalisation en urgence.
8. Les CSNP n'assurent pas de suivi de pathologies chroniques, les praticiens n'ont pas de patientèle propre dans le cadre de leur exercice de soins non programmés.
9. Horaires d'ouverture : le CSNP assure un accueil sans rendez-vous des patients de façon continue sur sa plage horaire d'ouverture. Les horaires sont laissés à l'appréciation des médecins y exerçant et sont dissociés de la PDSA. Dans les zones géographiques présentant une importante variabilité saisonnière de population, il peut être pratiqué une variation saisonnière de ces derniers, qui seront définis librement par les médecins de la structure, en conservant les recommandations précisées ci-dessus. Ces horaires d'ouverture doivent être clairement et visiblement affichés sur la vitrine ou l'enseigne, communiqués au 15 et à la CPAM.
10. Les locaux des CSNP répondent aux normes d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite et permettent d'accueillir des patients en brancard. Ils disposent a minima d'une salle d'attente, d'une salle permettant la réalisation de consultations et soins, réalisations d'actes techniques et de toilettes accessibles au public. En cas d'existence d'une salle dédiée à la radiologie, elle répond aux normes de radioprotection
11. Les déchets médicaux, doivent être stockés et éliminés par une filière spécifique dans les délais impartis par la réglementation.
12. Le CNSP doit disposer d'un dossier médical informatisé sur logiciel labellisé eSanté, permettant d'assurer une prise en charge homogène médico infirmière de qualité, avec traçabilité des actes diagnostiques et thérapeutiques et réalisation d'un compte rendu de passage pouvant être adressé au médecin traitant. Le système d'information permet la télétransmission de FSE à chaque fois que cela sera possible. Le CSNP doit donc disposer de lecteur de carte vitale fonctionnel. Le système d'information doit pouvoir, à terme, communiquer avec le SAMU/SAS.
13. Modalités de paiement : Les moyens de paiement acceptés sont laissés à l'appréciation des médecins de la structure, le tiers-payant est proposé aux patients munis de leur carte vitale
14. Mode déclaratif d'exercice : Chaque CSSNP établit, après concertation avec ses membres, le mode d'exercice

Annexe 3 : Maquette SAS

**SÉCURÉ
DE LA SANTÉ**

Service d'accès aux soins (SAS) : comment ça marche ?

1 ACCÈS AU SAS VIA LA PLATEFORME TÉLÉPHONIQUE LOCALE

Si le médecin traitant n'est pas disponible, un contact : le SAS

Un assistant de régulation médicale (ARM) écoute, estime le degré d'urgence et oriente l'appelant vers...



2 QUALIFICATION DU BESOIN



URGENCES

Un assistant de régulation médicale d'urgence (ARM)



MÉDECINE GÉNÉRALE

Un opérateur de soins non programmés (OSNP)

EN FONCTION
DES RESSOURCES
DU TERRITOIRE ET
DES BESOINS DES
PATIENTS

Pharmacies
de garde

Centres anti-poison

Réseaux gériatrie,
périnatalité...

Dispositif psychiatrie
(Vigilans...)

Dispositif d'appui
à la coordination
(DAC), structures
médico-sociales
...

3 RÉGULATION MÉDICALE



Un médecin régulateur d'urgence

Le médecin oriente vers un service d'urgence, déclenche l'intervention d'un SMUR ou d'une ambulance, mobilise les services de secours



Un médecin régulateur libéral

L'OSNP ou le médecin oriente et peut prendre rendez-vous pour le patient en fonction de ses besoins (cabinet médical, visite à domicile...) via la plateforme digitale SAS

**UNE COLLABORATION ÉQUILBRÉE ENTRE LA MÉDECINE
D'URGENCE ET LA MÉDECINE DE VILLE**

www.solidarites-sante.gouv.fr/sas

Serment d'Hippocrate

SERMENT

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

- Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

- Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

Résumé

Soins non programmés en médecine générale : et si nous nous intéressions à une régulation par infirmiers ?

Introduction : Une méthode novatrice pour la gestion des soins non programmés a été mise en place au sein d'une MSP : des consultations sans rendez-vous, ouvertes à tous et régulées (priorisation / réorientation) par des infirmiers. Cette thèse vise à étudier les points de vue des acteurs de santé intervenant dans cette organisation.

Méthodes : Des focus groups ont été menés pour récolter les avis des professionnels de santé. Une analyse qualitative thématique a ensuite été réalisée.

Résultats : Les avantages à la régulation par IDE sont nombreux : triage et priorisation des urgences, réponse à la demande de soins, gain de temps médical, facilitation de la gestion des cas complexes, apport du travail en équipe sur les prises en charge centrées patients. En revanche, la mise en place de l'organisation n'a pas été optimale entraînant certaines limites. L'éducation de la patientèle vis-à-vis de cette régulation est à peaufiner, de même que la communication interprofessionnelle et soignants-soignés. Des équipements adaptés seraient également un gage d'amélioration.

Conclusion : La régulation des SNP par IDE est un système prometteur dont l'organisation reste à retravailler, afin de l'optimiser. Le développement des IPA et des protocoles de coopérations semble être une perspective intéressante pour répondre à la demande de soins non programmés.

Mots clés : *soins non programmés, médecine générale, maison de santé, régulation, infirmier, urgences, orientation.*

Unscheduled care in general medicine: what if we were interested in regulation by nurses?

Introduction: An innovative method for the management of unscheduled care has been implemented within a health center. This included consultations without appointment that were open to all and prioritized by nurses. This thesis aims to study the points of view of the actors involved in this organization.

Methods: Focus groups were conducted to collect the opinions of health professionals. A thematic qualitative analysis was carried out.

Results: There are many benefits of regulation by nurses: triage and prioritization of emergencies, response to the request for care, saving of medical time, facilitation of the management of complex cases, and contribution of teamwork to patient-centered care. On the other hand, the implementation of this organizational method was not optimal leading to certain limitations. Patient education regarding this regulation needs to be refined as well as interprofessional and caregiver-patient communication. Appropriate equipment would also aid improvement.

Conclusion: This is a promising system which still needs to be reworked in order to optimize it. The development of advanced practice nurses and cooperation protocols is interesting for the future of the regulation of unscheduled care.

Keywords: *unscheduled care, general medicine, health center, regulation, nurse, emergency, orientation*