



HAL
open science

Élaboration d'une nouvelle stratégie organisationnelle permettant la prise en charge des soins non programmés au sein de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Chantenay-Sainte Anne

Chloé Lassus

► **To cite this version:**

Chloé Lassus. Élaboration d'une nouvelle stratégie organisationnelle permettant la prise en charge des soins non programmés au sein de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Chantenay-Sainte Anne. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04751508

HAL Id: dumas-04751508

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04751508v1>

Submitted on 24 Oct 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.



UNIVERSITÉ DE NANTES

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2024

N°

THÈSE

Pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE GÉNÉRALE**

Par

Chloé LASSUS

Présentée et soutenue publiquement le 18 juin 2024

Élaboration d'une nouvelle stratégie organisationnelle permettant la prise en charge des soins non programmés au sein de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Chantenay-Sainte Anne.

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel MONTASSIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Pascal FOURNIER



Le serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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



Remerciements

Au Professeur Emmanuel MONTASSIER :

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

Au Docteur Sandrine HILD :

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Recevez l'expression de ma gratitude.

Au Docteur Héloïse SCHMELTZ :

Pour avoir accepté d'intégrer ce jury. Merci également pour ton inaltérable bonne humeur au quotidien.

Au Docteur Jean Pascal FOURNIER :

Pour m'avoir proposé ce travail de thèse, et m'avoir fait confiance. C'était certes expérimental mais surtout très enrichissant.

Un grand merci également pour ton accompagnement et ton écoute attentive sur ma dernière année, avec toujours une pointe d'humour !

Merci à toute l'équipe de la MSP de Chantenay-Sainte Anne, d'avoir participé activement à ce travail de thèse et de m'avoir si bien accueillie dans l'équipe. C'est un plaisir de travailler avec vous au quotidien.

Merci aux médecins et assistantes médicales des cabinets ayant contribué à étoffer ce travail de thèse.

Merci à tous les médecins et soignants auprès desquels j'ai pu m'enrichir lors de mon cursus.

Merci à tous mes co-internes pour les bons moments partagés !



À mes parents :

Je ne sais pas comment vous remercier pour votre soutien infaillible, depuis toujours. Je suis très fière d'être votre fille.

À Romain :

Je te dois des remerciements plus qu'à n'importe qui : on a réussi le pari de se construire ensemble à travers nos études. Merci d'avoir parfois (même souvent dernièrement) les pieds sur terre pour moi. À nos prochaines aventures !

À Margot :

Ma grande sœur, merci de m'avoir comprise et d'avoir toujours été là, malgré nos différences.

À Mamou :

Un modèle pour moi, merci de tout l'amour que tu me portes depuis 28 ans. J'espère te le rendre aussi bien, et encore pour de nombreuses années !

À mes frères :

La différence d'années entre nous n'a jamais été un problème, la distance non plus d'ailleurs. J'ai déjà hâte de nos prochaines retrouvailles.

À ma belle-famille :

Un grand merci de m'avoir si bien accueillie parmi vous.

À ma deuxième famille : Victor, Marie, Léa et Jenny.

J'ai l'immense chance de vous compter parmi mes amis les plus précieux, ceux qu'on connaît par cœur et avec qui on traverse tout.

À Marie et Isabelle :

A tout notre parcours, si important pour moi, depuis 20 ans : de nos discussions profondes à nos fous rires. J'espère que ça durera toute une vie.

À Adèle et Enora :

Deux de mes plus jolies rencontres ici. Bien joué, vous avez failli me convertir à la Bretagne !

Aux Ripolins :

Que de belles découvertes en terrain nantais, merci d'y mettre des rayons de soleil au quotidien.

À Mareva, Julia, Thomas, Marie Albane, Amélie, Marie-Eugénie, Solène et Mathilde :

Unis par la médecine, mais surtout par de belles amitiés et de belles rigolades. Je vous souhaite à tous beaucoup de bonheur.

Aux copines des urg : Marie, Léonie, Manon et Salomé

Merci sincèrement pour cette belle complicité qui nous a permis de traverser ces 6 mois.



Table des matières

I. INTRODUCTION	9
A. Définitions	9
B. Contexte	10
1. Difficultés d'accès aux soins	10
2. Difficultés de réponse aux demandes de SNP	12
3. Essor de l'exercice en groupe	12
4. Vers une meilleure coordination des soins	13
C. Présentation de la MSP de Chantenay-Sainte Anne (MSP CSA)	14
D. Objectifs de l'étude	15
II. MATERIEL ET MÉTHODES	16
A. Type d'étude	16
B. Revue ciblée de littérature	17
C. Évaluation des stratégies initiales et futures de gestion des SNP de la MSP CSA.	17
1. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés	17
2. Analyse des plans architecturaux	18
3. Étude quantitative des rencontres de SNP	19
D. Évaluation qualitative des pratiques de structures de soins primaires ayant déjà une stratégie adaptée au SNP	20
E. Réunions de concertation intermédiaires	22
F. Future stratégie de gestion des SNP	22
G. Réglementation et éthique	22
III. RESULTATS	23
A. Évaluation des stratégies initiales et futures de gestion des SNP de la MSP de CSA.	23
1. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés	23
2. Étude quantitative des rencontres de SNP	32
3. Étude des plans architecturaux	36
B. Évaluation qualitative des pratiques de structures de soins primaires ayant déjà une stratégie adaptée aux SNP	37
1. Description des structures de soins	37
2. Fonctionnement autour des SNP	37
3. Synthèse des données analysées	42
C. Réunions de concertation intermédiaires	42



D. Future stratégie de gestion des SNP	43
1. Identification et information	43
2. Régulation des patients	43
3. Organisation des vacations et création du planning	44
4. Déroulé de la rencontre de soins	45
5. Rétroaction et supervision en équipe	46
6. Synthèse	47
IV. DISCUSSION	49
A. Résultats principaux	49
1. Identification et information	49
2. Régulation des demandes	49
3. Organisation des créneaux de SNP	50
4. Rencontre de SNP	51
5. Rétroaction	52
B. Forces et faiblesses	53
C. Perspectives	54
1. Retour d'expérience	54
2. Demandes de SNP en VAD	54
3. Intégrer SAS	55
V. CONCLUSION	56
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	57
VII. ANNEXES	61



Table des figures, tableaux et annexes

Figures :

Figure 1: Évolution de la répartition des médecins généralistes par classe d'âge et sexe en Pays de la Loire (8).....	11
Figure 3 : Flow Chart.....	33
Figure 4: Nouvelle stratégie de gestion des SNP résumée par thématiques	47
Figure 5 : Parcours schématique d'une gestion de demande de SNP.....	48

Tableaux :

Tableau 1: Orientation du patient selon le motif de consultation.....	20
Tableau 2: Points principaux identifiés lors des entretiens semi-dirigés à la MSP Chantenay-Ste Anne.....	32
Tableau 3: Caractéristiques descriptives des rencontres de SNP à la MSP Chantenay-Ste Anne de janvier à octobre 2023	34
Tableau 4: Classification des diagnostics des rencontres de SNP à la MSP de Chantenay-Ste Anne de janvier à octobre 2023.....	35
Tableau 5: Répartition des rencontres de SNP selon le médecin effecteur.....	35
Tableau 6: Répartition des rencontres de SNP selon le motif de consultation.....	36
Tableau 7: Synthèse des données issues de l'analyse des rencontres de SNP	36
Tableau 8 : Caractéristiques descriptives des consultations de SNP	39
Tableau 9: Points principaux identifiés lors des entretiens semi-dirigés auprès d'autres structures.....	42
Tableau 10 : Informations et contenu des réunions de concertation intermédiaires.....	42
Tableau 11: Planning des vacances de SNP sur deux semaines « type », incluant les 14 médecins participants (P1 à P14).	44

Annexes :

Annexe 1 : Plan des futurs locaux : rez-de-chaussée	61
Annexe 2 : Guide d'entretien à destination des médecins de la MSP de Chantenay- Saint-Anne	62
Annexe 3 : Guide d'entretien à destination des assistantes médicales de la MSP de Chantenay- Sainte Anne	62
Annexe 4 : Guide d'entretien à destination des participants des autres structures de soins primaires ayant déjà une stratégie de gestion des SNP en place :	63
Annexe 5 : Grille COREQ version française (33) des entretiens semi-dirigés au sein de la MSP de Chantenay-Ste Anne	64
Annexe 6 : Grille COREQ version française, des entretiens semi-dirigés au sein d'autres structures de soin	67



Abréviations

AM :	Assistant(e) médical(e)
AME :	Aide médicale d'état
ALD :	Affection longue durée
APL :	Accessibilité potentielle localisée
CESU :	Centre d'enseignement des soins d'urgence
CNGE :	Collège national des généralistes enseignants
CNIL :	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CSNP :	Centres de soins non programmés
CSS :	Complémentaire santé solidaire
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS :	Communautés professionnelles territoriales de santé
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques
MSP :	Maison de santé pluriprofessionnelle
SAS :	Service d'accès aux soins
SASPAS :	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SNP :	Soins non programmés
OPTAM :	Option pratique tarifaire maîtrisée
ORS :	Observatoire régional de santé
PDSA :	Permanence de soins ambulatoires
TPE :	Terminal de paiement électronique
VAD :	Visite à domicile



I. INTRODUCTION

L'enjeu de la gestion des soins non programmés (SNP) en France occupe une part grandissante dans notre système de santé, en raison de l'augmentation des besoins et des demandes, et de la difficulté actuelle à y répondre. La médecine ambulatoire de ville ne parvient plus aujourd'hui à répondre à cette demande qui se déporte, par défaut, sur les services d'urgences. Ces derniers se retrouvent saturés par un nombre non négligeable de situations de soins ne relevant pas de l'urgence(1).

Les derniers plans gouvernementaux, et notamment le plan « Ma santé 2022 », tentent de proposer des solutions à ces problématiques par la création de structures telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé (CPTS), les centres de soins non programmés (CSNP) mais également par la création de nouveaux services, comme le service d'accès aux soins (SAS) ou de nouveaux postes tels que le métier d'assistant(e) médical(e) (AM).

A. Définitions

La définition des soins non programmés, est équivoque au sein de la littérature. On retrouve cependant souvent la notion d'une demande de soins non anticipée exprimée par le patient, nécessitant une prise en charge rapide. La DRESS a récemment défini les SNP comme une « demande de consultation exprimée par le patient pour le jour même et le lendemain ». (2) Thomas Mesnier dans son rapport ministériel les définissait comme des « soins devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences »(3). On s'intéressera dans ce travail de thèse aux demandes de SNP aux heures d'ouverture des cabinets de médecine générale, qui diffèrent des demandes ayant lieu durant la permanence des soins ambulatoires (PDSA) (De 20h à 8h en semaine, à partir de 12h le samedi jusqu'au lundi matin 8h).



Les maisons de santé pluriprofessionnelles ont été créées en 2007 et correspondent à des structures de soins coordonnées constituées de professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens. Elles exercent autour d'un projet de santé commun et ont conclu avec l'agence régionale de santé (ARS) un contrat d'objectifs et de moyens pouvant générer des aides financières. (4)

Les CPTS, mises en place en 2016 en lien avec l'ARS, regroupent des professionnels de santé de premier ou de second recours, ambulatoires et hospitaliers, mais également des professionnels médico-sociaux et sociaux, pour répondre aux besoins de santé spécifiques de la population d'un territoire donné (5). Une de leur principale mission est de promouvoir l'accès à un médecin traitant mais aussi de favoriser et faciliter l'accès aux SNP. Elles sont au nombre de 546 en fonctionnement en janvier 2024 et couvrent 66% du territoire français. (6)

Le service d'accès aux soins, mis en place en 2022 après une phase pilote d'un an dans le cadre du Pacte de reformation des urgences, a pour objectif principal de répondre à une demande de SNP ou de soins urgents en cas d'indisponibilité du médecin traitant, dans les 48 heures. Le principe repose sur une plateforme de régulation et un partenariat entre les services d'urgences et la médecine de ville d'un même territoire. (7)

B. Contexte

1. Difficultés d'accès aux soins

La problématique d'accès aux soins de premier recours est généralisée à l'ensemble du territoire français. À l'échelle des Pays de la Loire, malgré la stabilité de l'effectif de médecins généralistes sur la dernière décennie, il apparaît une difficulté croissante d'accès aux soins primaires avec des disparités entre départements. Elle pourrait en partie s'expliquer par une majoration des besoins qui semble corrélée à une démographie croissante au cours des dernières années (+7% en 10 ans), une

recherche d'immédiateté des soins mais également par le vieillissement de la population et donc l'augmentation de la multimorbidité. (8).

Concernant la démographie médicale, la profession a tendance à se rajeunir et à se féminiser, en Pays de la Loire, comme le montre le graphique ci-joint, établi par la DREES en 2022.

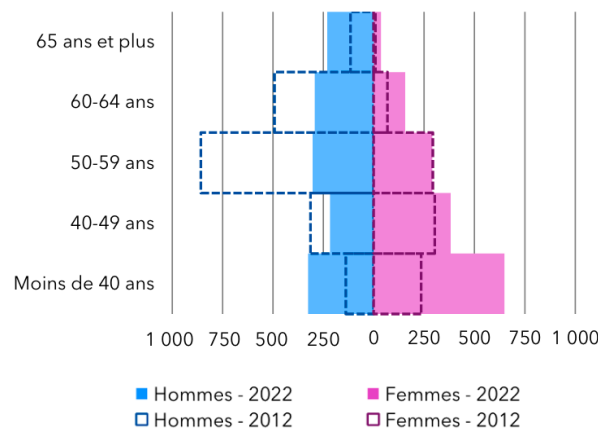


Figure 1: Évolution de la répartition des médecins généralistes par classe d'âge et sexe en Pays de la Loire (8)

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) permet de mesurer, pour chaque commune, l'accessibilité aux soins de ville. Il s'agit d'un indice d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins prenant en compte à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels de santé ainsi que les besoins de la population en soins par tranche d'âge. (8) La moyenne nationale se situait à 3,9 consultations par an et par habitant en 2021. Pour les Ligériens l'indice APL était de 3,7 en 2021, avec des disparités importantes pouvant aller de 4,8 pour la commune nantaise à 2 pour certaines communes de la Sarthe ou de la Vendée par exemple, témoignant d'une offre de soins et d'un accès aux soins inéquitables au sein d'un même territoire (9). Concernant la commune nantaise, malgré un indice APL plus important qu'en milieu rural ou dans d'autres départements de la région, l'accès aux soins n'est également pas uniforme avec des problématiques importantes d'accès aux soins dans les quartiers prioritaires, en lien avec une désertification médicale qui s'intensifie. (10)



Selon l'Observatoire régional de santé des Pays de la Loire (ORS Pays de la Loire), en 2022, les médecins traitants étaient 73% à déclarer refuser de nouveaux patients, contre 58% en 2019. La tendance est également la même pour les patients porteurs d'une affection longue durée (ALD) sans médecin traitant, dont le nombre a presque doublé en 3 ans, estimé à 40 000 fin 2022 (8).

2. Difficultés de réponse aux demandes de SNP

Les consultations de SNP représentent un des cœurs du métier de médecin généraliste. Elles représentaient 12% de leur activité annuelle (35 millions de consultation) d'après un rapport de la DRESS publié en 2006. (11) Une enquête nationale toujours menée par la DREES, publiée en 2020, rapportait des difficultés pour les médecins généralistes à répondre à la demande de soins non programmés. Seulement 28% des médecins généralistes en France pouvaient répondre de quelque manière que ce soit à la totalité des demandes de SNP de moins de 48 heures, et 45% arrivaient cependant à répondre à plus de 50% des demandes (12).

Cette inadéquation d'offre et de demande s'explique en partie par une offre de soins et une coordination insuffisante devant les besoins grandissants d'une population vieillissante. Les conséquences sont multiples avec notamment une saturation des services des urgences et donc une augmentation de la mortalité ainsi qu'un coût plus important pour la société. (13)

3. Essor de l'exercice en groupe

Un des piliers de réponse aux demandes de SNP et à l'accès aux soins en général semble se trouver dans une activité regroupée des soins de premiers recours. En effet, l'attractivité de l'exercice en groupe en médecine de ville est croissante, plus particulièrement concernant les jeunes médecins. En 2022, les rapports estiment à environ 40% le nombre de médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe pluriprofessionnel, dont plus d'un quart exerçaient en MSP (14). L'essor de ce type d'exercice est corrélé à l'augmentation des MSP en France, au nombre de 2251 lors du recensement de décembre 2022 (4). À l'échelle régionale, on dénombre 2880



médecins généralistes en activité fin 2022 (hors exercice particulier, salariat et remplaçants) (3). Ils sont 82% à exercer en groupe (médecins ou autres professionnels de santé), dont environ un tiers dans les 125 MSP de la région (15).

4. Vers une meilleure coordination des soins

La coordination des soins présente l'atout majeur de pouvoir optimiser et dégager du temps médical pour les professionnels. Le rapport parlementaire de Thomas Mesnier sur l'accès aux soins de mai 2018 précise qu'« il est impératif, de façon générale, mais tout particulièrement dans le cas des soins non programmés, de dégager du temps médical utile »(3)

Suivant cet objectif, le métier d'assistant(e) médical(e) (AM) a été créé en 2019, dans le cadre du plan Ma Santé 2022. L'intégration de ce poste, au sein des soins primaires a de multiples objectifs : soutien des praticiens sur le plan administratif et de coordination, et par conséquent, une augmentation du temps médical pour les praticiens, le renforcement de l'accès aux soins et l'amélioration du bien-être des professionnels (16).

L'AM peut répondre à trois types de missions : réalisation de tâches administratives, aide à la préparation et au déroulement de la consultation et enfin participation à l'organisation et à la coordination des soins.

Une aide à l'emploi d'AM a été proposée par l'assurance maladie aux praticiens libéraux sous certaines conditions, avec également en contrepartie un engagement du médecin à augmenter sa patientèle. En effet tout médecin généraliste ou spécialiste est éligible à l'aide à l'embauche d'AM, à condition d'appartenir au secteur 1 ou Optam/Optam-CO et d'exercer dans une structure d'au minimum deux médecins ou en exercice coordonné (MSP, CPTS...).

Les médecins généralistes ont l'engagement particulier de devoir augmenter le nombre de patients suivis comme médecin traitant et le nombre de patients différents vus au moins une fois au cours de l'année, soit la « file active ». Le taux d'engagement dépend de la taille de la patientèle du médecin, défini selon un classement national.



Les revenus alloués sont variables en fonction du quota d'emploi choisi ainsi que du respect des engagements, l'aide pouvant aller de 12 000 à 36 000 euros la première année. Le revenu est ensuite dégressif annuellement et se stabilise à la troisième année(17). En avril 2023, selon l'ORS Pays de la Loire, plus de 220 contrats d'assistants médicaux signés par des médecins libéraux étaient en cours dans la région (8).

C. Présentation de la MSP de Chantenay-Sainte Anne (MSP CSA)

La MSP de Chantenay-Sainte Anne a été créée en 2018 et compte 36 professionnels (dont 13 médecins généralistes). Elle se situe en milieu urbain à Nantes et fait également face aux problématiques d'accès aux soins primaires.

Concernant l'offre de soins dans le quartier, les derniers chiffres de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) montrent que depuis 2021, quatre médecins ont cessé leur activité dans le quartier Sainte Anne et cinq se sont installés dans le quartier Chantenay, tous au sein de la MSP de CSA.

Les patients sans médecin traitant dans le quartier de Chantenay-BelleVue-Sainte Anne ont également été recensés : en 2024, 3423 assurés sociaux habitant ce quartier n'avaient pas déclaré de médecin traitant soit 17,4% de la population du quartier. Si on regarde les plus de 17 ans, ils étaient 9,7%, soit 1473 sans médecin traitant, dont 96 en ALD et 381 bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS).

Au sein de la MSP, la taille de la patientèle médecin traitant (pour les assurés au régime général, bénéficiaires de l'aide médicale d'état (AME) ou de la CSS) était estimée à 6727 patients en septembre 2023 par la CPAM.

Les médecins généralistes assurent une offre de soins journalière de SNP, pour les patients suivis au cabinet, du lundi au vendredi aux horaires d'ouverture du cabinet et le samedi matin, de 9h00 à 12h30 sur prise de rendez-vous au secrétariat. Ce modèle d'organisation était retrouvé chez 66% des médecins interrogés lors d'un travail de thèse réalisé en Gironde par D. Chevillot, auprès d'une centaine de médecins généralistes (2).



Un projet d'agrandissement des locaux est en cours et permettra d'augmenter l'effectif médical pour passer de 10 médecins généralistes titulaires sur 6 bureaux, à 13 médecins généralistes titulaires sur 8 bureaux, et également de créer deux bureaux supplémentaires annexes : un bureau dédié aux SNP et un bureau pour les assistantes médicales.

L'équipe de soins de médecine générale compte trois secrétaires dont deux sont également assistantes médicales.

D. Objectifs de l'étude

L'idée d'un travail de thèse autour de la gestion des SNP est donc née aux vues de ces éléments de contexte ainsi que des évolutions à venir au sein de la MSP.

L'objectif de cette étude était donc d'élaborer une nouvelle stratégie de gestion des SNP au sein des futurs locaux de la MSP Chantenay-Sainte Anne, afin de mieux répondre à la demande actuelle tout en s'adaptant aux fonctions émergentes et aux changements des pratiques.

II. MATERIEL ET MÉTHODES

A. Type d'étude

Ce travail de thèse consistait en une étude multiméthodes associant plusieurs études, menées en parallèle (Figure 2) :

- Une revue ciblée de la littérature, réalisée en continu,
- Une évaluation de la stratégie de gestion des SNP initiale et future au sein de la MSP de CSA, regroupant trois études consécutives :
 - Une étude qualitative par la réalisation d'entretiens semi-dirigés
 - Une analyse des plans architecturaux de la future structure
 - Une étude quantitative des rencontres de SNP
- Une évaluation qualitative des pratiques de structures de soins primaires ayant déjà une stratégie adaptée au SNP,
- Des réunions de concertation intermédiaires réalisées au sein de l'équipe de soin de la MSP Chantenay-Sainte Anne tout au long de l'étude.

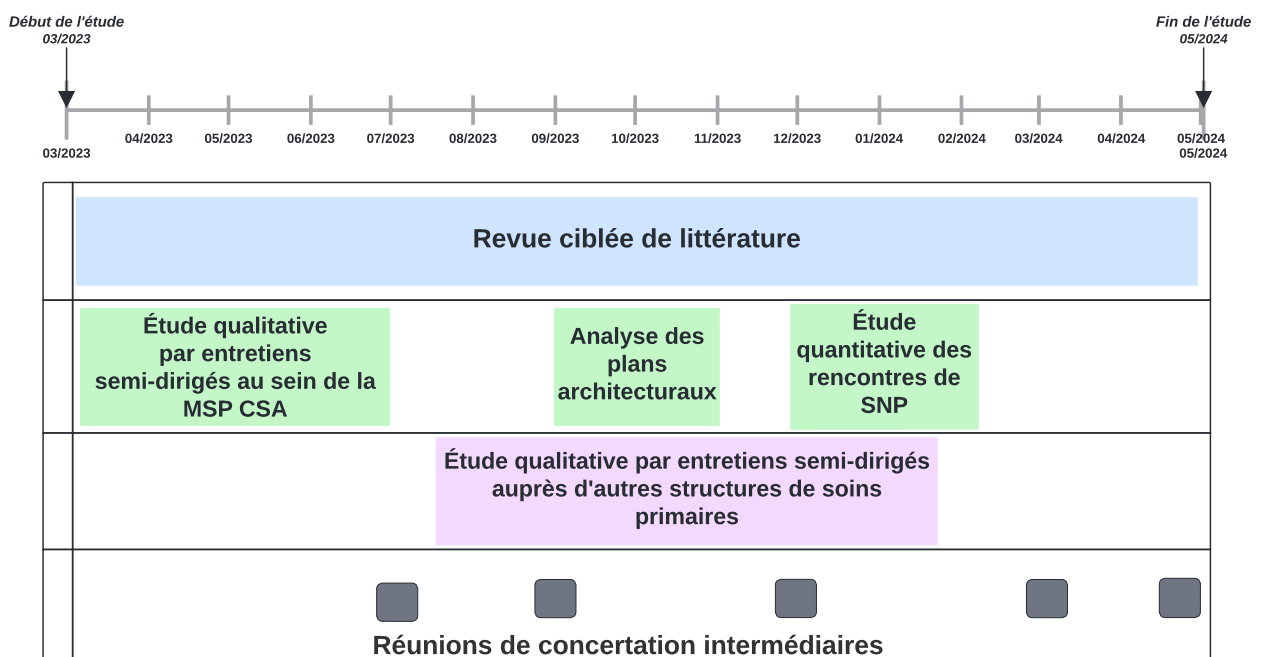


Figure 2 : Frise chronologique des différentes études menées en parallèle.



L'analyse croisée des résultats de ces quatre niveaux d'études devait permettre de proposer une nouvelle stratégie de gestion des SNP au sein des futurs locaux de la MSP Chantenay-Sainte Anne.

B. Revue ciblée de littérature

L'objectif était d'étudier, de référencer et de comparer les différents travaux en rapport avec notre sujet d'étude principal, afin de guider notre réflexion.

La revue ciblée de la littérature a été réalisée de façon continue et évolutive intéressant des travaux français et internationaux. Les bases principales de recherche ont été : SUDOC, PubMed, Cairn, Sciences direct, Lissa, Google Scholar, la revue Exercer et les bases de résumés des communications aux congrès du collège national des généralistes enseignants (CNGE) de décembre 2022 à Strasbourg.

Les termes de recherche employés étaient les suivants et adaptés à chaque moteur de recherche : « soins non programmés », « médecine générale », « maisons de santé pluriprofessionnelles », « organisation » pour les bases françaises et les termes MeSH en anglais : « unscheduled health care », « community health center », « primary health care », « general practice », « organization ».

C. Évaluation des stratégies initiales et futures de gestion des SNP de la MSP CSA.

1. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

L'objectif de ces entretiens était de décrire les expériences et les perspectives concernant la stratégie initiale et future de gestion des SNP.

- *Recueil de données*

Des entretiens courts semi-dirigés ont été réalisés de mars à mai 2023, par l'investigatrice principale. La population étudiée constituait l'ensemble des 10 médecins généralistes titulaires, (directeur de thèse exclu), ainsi que les deux



assistantes médicales. Ils ont été réalisés soit en présentiel au sein de la MSP, soit par entretien téléphonique, selon les disponibilités des participants.

Les futures collaboratrices n'ont pas été incluses du fait d'un statut de remplaçante ponctuelle au cabinet, et donc d'une participation au système de SNP incertaine. Le choix d'inclure les assistantes médicales s'expliquait par la volonté de faire ressortir des entretiens des données qui différaient des médecins, du fait de pratiques et de missions différentes. De plus elles expérimenteront toutes les deux le rôle d'assistante médicale au sein des futurs locaux.

- Guide d'entretien

Le guide d'entretien comprenait des questions ouvertes, initialement cinq pour les praticiens et une supplémentaire pour les assistantes médicales (Annexes 2 et 3). Il a été élaboré avec l'aide du directeur de thèse sur la base de notre expérience et des données préliminaires de la revue ciblée de littérature. Il a été enrichi au fil de l'étude selon les résultats des premiers entretiens. La première question très générale sur la définition des SNP permettait de faire une première ouverture sur le sujet.

- Analyse de données : analyse thématique exploratoire

Tous les entretiens ont été retranscrits via le logiciel Word® et par la retranscription manuelle du « mot à mot » puis anonymisés. Les participants ont été numérotés de P1 à P9 pour les praticiens et de S1 à S2 pour les assistantes médicales. Au terme de chaque entretien, les données recueillies manuellement ont été intégrées sur un tableau Excel®. Elles ont ensuite été analysées de façon thématique simple.

2. Analyse des plans architecturaux

L'objectif était d'étudier les données concernant la superficie et la configuration de ces nouveaux locaux afin de répondre aux questionnements logistiques et organisationnels.

L'analyse des plans architecturaux des futurs locaux portait sur les pièces intéressantes les consultations de SNP : le bureau de SNP et le bureau de l'assistante médicale, les



parties communes, notamment les zones de passage entre les deux bureaux et les zones d'attente. Nous appellerons dans un souci de compréhension facilitée le bureau de SNP « Bureau 1 » et le bureau de l'assistante médicale « Bureau 2 ».

3. *Étude quantitative des rencontres de SNP*

L'objectif de ces études était de définir la compatibilité des différentes stratégies envisagées.

a) Étude préliminaire de l'agenda en ligne

L'objectif était d'apprécier dès le début de l'étude, le nombre de créneaux de SNP identifiés et proposés au sein de la MSP Chantenay-Sainte Anne.

Pour cela une analyse sur les semaines des mois d'avril mai et juin 2023 a été réalisée grâce à l'agenda en ligne. Nous avons ensuite calculé pour chaque jour de la semaine le nombre moyen de créneaux de SNP proposés.

b) Analyse des rencontres de SNP

L'objectif était de déterminer le ratio de rencontres de soins non programmés adaptables à un « circuit debout », c'est-à-dire une consultation en demi-assis, sans table d'examen, dans le Bureau 2, et le ratio de rencontres de soins non programmés adaptables à un « circuit allongé », c'est-à-dire une consultation classique avec table d'examen, dans le Bureau 1.

Nous avons sélectionné de façon arbitraire et à intervalle régulier un échantillon de cinq semaines de janvier à octobre 2023, en incluant deux périodes sur les vacances scolaires, pour tenir compte des fluctuations de rythme. Les dossiers des rencontres de soins non programmés sur ces périodes ont été identifiés via l'agenda en ligne.

Le recueil et l'analyse de données ont été réalisés par l'investigateur principal durant le mois de décembre 2023. Les données suivantes ont été extraites du logiciel métier pour chaque rencontre :

- Age
- Sexe
- Motif de consultation



- Durée d'évolution des symptômes
- Diagnostic retenu, catégorie du diagnostic
- Réalisation d'un arrêt de travail
- Réalisation d'un ECG
- Orientation vers un service d'urgence
- Demandes définies comme inappropriées au SNP (symptômes anciens sans évolution récente, demande de certificat, suivi de maladie chronique)
- Consultation réalisée par le médecin traitant du patient ou autre médecin de la structure.

Nous avons ensuite déterminé selon le motif de consultation si cette rencontre pouvait avoir lieu en « circuit allongé » dans le bureau 1 ou en « circuit debout » dans le bureau 2 selon une classification définie par les chercheurs. (Tableau 1) En cas d'incertitude, nous avons arbitré avec le directeur de thèse.

Tableau 1: Orientation du patient selon le motif de consultation

Bureau 1 : Patient circuit « allongé »	Bureau 2 : Patient circuit « debout »
Pédiatrie : ≤ 6 ans	Fièvre de l'adulte et enfant > 6 ans
Gériatrie : ≥ 75 ans	Dermatologie
Gynécologie	Infectiologie
Gastro-entérologie	SFU*
Lombalgies, Gonalgies	Pathologies ORL
Cardiovasculaire	Prolongation AT*
Pneumologie	Résultats d'examens
Neurologie	Psychiatrie
Plaies	Traumatologie

* SFU : Signes fonctionnels urinaires. AT : Arrêt de Travail.

D. Évaluation qualitative des pratiques de structures de soins primaires ayant déjà une stratégie adaptée au SNP

L'objectif de ces entretiens était de recueillir des exemples de stratégies fonctionnelles concernant la gestion des SNP pouvant être adaptées à la MSP Chantenay-Sainte Anne.



Différentes structures de soins primaires ont été contactées par téléphone afin de recueillir des exemples de fonctionnement d'autres MSP autour des SNP.

- Recueil de données

Les structures de soins ont été sélectionnées de deux façons :

- Par une réponse, sur la base du volontariat, à un message de diffusion auprès d'un réseau médical.
- Par la connaissance de structures régionales pratiquant le SNP.

Ils ont ensuite été choisis par échantillonnage de convenance, en tenant compte des variables suivantes :

- Taille de structure.
- Présence d'un(e) assistant(e) médical(e).
- Stratégie de gestion des soins non programmés par vacations (sur la base des données préliminaires des entretiens semi-dirigés des praticiens de la MSP CSA).

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés par l'investigateur principal avec un praticien de chaque structure et pour un des entretiens, avec l'assistante médicale. La période d'entretiens s'est déroulée de juillet à novembre 2023. Les interviews ont été réalisées par téléphone, en raison de l'éloignement géographique de chaque structure.

- Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été préparé sur la base de l'expérience des chercheurs et les résultats préliminaires des premières études.

Il a été enrichi au fil de l'étude selon les résultats des premiers entretiens (Annexe 4).

- Analyse des données : analyse thématique exploratoire

Tous les entretiens ont été retranscrits via le logiciel Word® et par la retranscription manuelle du « mot à mot », puis anonymisés, à l'exception du département. L'extraction des données s'est faite manuellement via un tableur Excel®. Elles ont ensuite été analysées de façon thématique simple.



E. Réunions de concertation intermédiaires

Plusieurs réunions de présentation des résultats préliminaires ont été réalisées pendant cette étude, au sein de l'équipe de soins de la MSP Chantenay-Sainte Anne. L'objectif de ces réunions était de faire un retour régulier sur les différentes études réalisées, présenter des propositions de stratégies et recueillir le consentement pour la participation future à ce système. Elles ont également contribué à faire évoluer les pistes de réflexion de façon continue. Le contenu en a été analysé de façon thématique simple.

F. Future stratégie de gestion des SNP

L'objectif de ces études concomitantes était de regrouper l'ensemble des données produites et de les croiser afin de proposer une nouvelle stratégie de gestion des SNP au sein des futurs locaux de la MSP Chantenay-Sainte Anne. La nouvelle organisation autour des SNP a été pensée de façon évolutive au fil de l'avancée des recherches. La stratégie finale a été présentée à l'équipe pour validation, lors d'une réunion intermédiaire.

G. Réglementation et éthique

Le consentement verbal à la participation à l'étude et à l'enregistrement par dictaphone a été recueilli au début de chaque entretien. Les données recueillies ont ensuite été anonymisées.

Cette étude n'est pas soumise à la Loi Jardé et il n'a pas été nécessaire de réaliser une évaluation par un comité d'éthique.



III. RESULTATS

A. *Évaluation des stratégies initiales et futures de gestion des SNP de la MSP de CSA.*

1. *Étude qualitative par entretiens semi-dirigés*

Les entretiens ont duré de 8 à 18 minutes (moyenne : 11 minutes). L'analyse thématique des données issues des entretiens réalisés auprès des médecins titulaires et des assistantes a fait ressortir différents thèmes présentés ci-dessous.

a) Définition des SNP

Pour les médecins et les assistantes médicales, les soins non programmés étaient définis par la notion commune de soins avec la nécessité de prise en charge rapide. Il s'agissait d'une urgence « non vitale » (P9), « ressentie » (P8) ou « semi-urgente » (P1). Les participants évoquaient également la notion de soins non prévus à l'avance sur l'agenda (P1, P3, P4, P5, P7, P8), et dont le motif est aigu.

b) Stratégie initiale de gestion des SNP

- Organisation générale du cabinet et de l'agenda

La gestion des SNP se faisait selon un mode d'organisation commun entre médecins, avec cependant une réponse aux demandes supplémentaires, une fois le planning plein, qui pouvait différer selon les médecins.

L'organisation commune retrouvait pour tous les médecins, une gestion des demandes de SNP par les secrétaires, *via* des créneaux sur l'agenda en ligne appelés « rdv urgent », variant, selon les médecins, entre 1 et 3 créneaux non consécutifs par demi-journée intégrés au planning de consultation.

Les différences entre médecins sur la réponse une fois le planning plein se faisaient principalement sur l'ordre de réponse : certains favorisaient l'ajout de demandes supplémentaires sur des temps de pauses ou en fin de demi-journées alors que



d'autres basculaient les demandes sur des créneaux dédiés aux SNP encore disponibles sur l'agenda de collègues.

P9 « Ça m'arrive parfois, d'en rajouter [ndlr : des SNP], quand ce n'est pas prévu en fait, les secrétaires me disent, ben tel patient devrait être vu dans la journée et je rajoute en fait... Si c'est un petit qui a de la fièvre et qu'on suspecte une otite, je leur dis de venir entre deux, puis je le vois... ou après la fin de la matinée, après mon dernier créneau du matin, ou en début d'après-midi, je reviens un peu plus tôt. »

P6 : « J'ai un ou deux créneaux par demi-journée d'urgence, plutôt un. Après, j'ai des absences et les secrétaires... remplissent en fonction des demandes... Après, ce sont vraiment des absences, donc ... elles vont plutôt remplir les créneaux d'urgence des autres médecins. »

S2 : « Alors c'est très aléatoire [ndlr : le nombre de créneaux de SNP pourvus], le lundi je dirais que pratiquement tous les créneaux sont pris, vraiment sauf un ou deux mais la plupart du temps ils sont tous pris, voir même avoir des gens sur liste d'attente si on a un désistement. »

Les assistantes médicales déclaraient ressentir une plus grande demande de la part des patients pour des SNP les lundis et les vendredis : elles constituaient une liste d'attente allant parfois jusqu'à 10 demandes en attente en période épidémique. Une proposition de rendez-vous serait faite en cas de désistement. Dans le cas contraire, et hors situations jugées comme devant être vues le jour même, les patients étaient invités à rappeler le lendemain matin, à l'ouverture du secrétariat.

S2 : « Alors, s'il n'y a plus du tout de créneaux disponibles, ce qu'on fait, c'est qu'on a une liste d'attente, on prend le nom, prénom et la raison souvent aussi et donc le numéro de téléphone et puis on le rappelle si on a un désistement ou alors on programme un rendez-vous pour le lendemain ou alors on leur dit de rappeler le lendemain matin, quand les créneaux d'urgence du lendemain seront disponibles ».

A *contrario*, lors des jours de faible affluence, les assistantes médicales estimaient en moyenne 3-4 créneaux non pourvus, les jeudis paraissant les jours les plus calmes.



- Gestion des demandes SNP et leurs régulations

La régulation des demandes de SNP était gérée principalement *via* les appels téléphoniques, par les secrétaires du cabinet, dès l'ouverture à 8h30.

Il pouvait exister une deuxième ligne de régulation téléphonique, en cas de doute auprès du médecin traitant du patient ou d'un médecin disponible.

S1 : « La plupart du temps, c'est moi qui fais la régulation. Ça m'arrive d'avoir des doutes. Du coup, dès que j'ai un doute, j'appelle le médecin pour avoir un avis. Mais généralement, c'est plutôt moi qui fais ».

P1 : « ... Elles peuvent nous poser la question si elles ont un doute. En pratique, elles le font rarement. Elles sont assez autonomes sur ce coup-là. »

P8 : « C'est rare [ndlr : de demander un deuxième avis au médecin], elles régulent peut-être un peu trop. »

P2 : « ... Notre secrétaire la plus ancienne et expérimentée, elle sait bien comment on fonctionne et si on va prendre ou pas, ou si elle adresse à SOS médecin ou aux urgences. »

Les assistantes médicales rapportaient ne pas avoir reçu de formation à la régulation. L'apprentissage du tri des demandes s'est fait sur l'expérience des différents cas rencontrés, au fil de leur exercice. Il n'y a également pas eu de formation à la régulation durant la formation d'assistante médicale.

S1 : « J'ai fait la formation de secrétaire médicale, je n'ai pas vraiment de souvenirs comme quoi ils nous apprennent vraiment la régulation. Après, c'est beaucoup sur le tas, hein. J'ai appris au fil de l'expérience en effet. »

S2 : « Alors je n'ai pas vraiment de formation par rapport à ça, mais avant je travaillais en télésecrétariat pour une centaine de cabinets, dont des cabinets qui avaient très peu de créneaux d'urgences, donc on apprend vite à prioriser ... c'est plutôt avec l'expérience... que j'ai appris à gérer. »

- Recours aux services d'urgences et SOS médecins

Les participants faisaient parfois état de difficultés à répondre aux demandes de SNP, principalement concernant les demandes de visites à domicile (VAD) ou lorsque l'agenda était complet. Le recours aux autres services de soins primaires, comme SOS



Médecins, restait rare selon les médecins. La décision d'orientation directement vers SOS ou les urgences était majoritairement effectuée directement par les secrétaires sans deuxième niveau de tri.

P1 : « ça nous arrive quand on a l'impression que le motif est trop urgent en visite et qu'on ne peut pas temporiser par téléphone en prescrivant un examen et en attendant de pouvoir aller voir le patient le lendemain ou le surlendemain, de faire appel à SOS Médecins du coup pour les visites qui sont urgentes et qu'on ne peut pas faire le jour même. Ça arrive assez rarement en pratique. »

P9 : « ... Par contre ça m'arrive moi de les solliciter [ndlr : SOS médecins] pour les maisons de retraite. Quand on m'appelle pour une visite urgente, ça je ne peux jamais. Donc, dans ces cas-là, je demande à la secrétaire d'appeler et de voir avec SOS.

P2 : « Notre secrétaire la plus ancienne et expérimentée, elle sait bien comment on fonctionne et si on va prendre ou pas, ou si elle adresse à SOS médecin ou aux urgences. Après, elle peut renvoyer aussi vers le la maison médicale de garde, quand on avance dans la journée, elle peut renvoyer vers le CAPS. »

P7 : « Les secrétaires, elles savent que si y a une douleur thoracique, par exemple chez un patient qui a des antécédents elles les orientent très vite aux urgences, ou alors, elles nous appellent pour savoir si ça a l'air urgent ou pas, ou elles nous passent carrément le patient et là on oriente aux urgences. Et sinon SOS s'il y a aucuns médecins qui peut être dispo. »

c) Stratégie future de gestion des SNP

- Organisation générale

Lorsqu'est évoquée la question de la future organisation des SNP au sein des nouveaux locaux, la totalité des médecins interrogés s'accordent sur une organisation idéalement par vacations de demi-journées réalisées par chaque médecin à tour de rôle, selon un planning fixe. Les deux assistantes interrogées évoquaient également cette idée d'un roulement sur des vacations de demi-journées dans des locaux dédiés.

P1 : « Pourquoi pas envisager sachant qu'on va agrandir nos locaux, d'avoir un bureau qui serait dédié aux soins non programmés, qui permettrait de regrouper un peu ces fameux créneaux d'urgences... où la personne ne ferait que du soin non programmé. »



P3 : « ...Si on occupe un bureau qui est collectif par demi-journée, moi mes patients, j'ai envie que les jours où je ne fais pas de soins non programmés, ils soient quand même vus. Donc ça voudrait dire qu'il y a une sorte de roulement, pour gérer les soins non programmés. »

P5 « Je ne me vois pas faire mes consultations sur mon après-midi prévue par exemple... et faire des urgences à côté. Pour moi, c'est soit je fais le soin non programmé et je ne travaille pas dans mon bureau, soit je travaille dans mon bureau. »

P6 : « Le planning, il faut qu'il soit fixe pour que ça soit plus simple et qu'après les gens fassent leurs rotations et leurs échanges entre eux ponctuellement ».

L'idée d'un bureau dédié pour la réalisation des SNP est retrouvée de façon homogène dans les entretiens. Certains évoquent aussi la possibilité de mettre à disposition le bureau de l'assistante médicale, plus petit en taille, afin de pouvoir effectuer des tâches administratives ou même fonctionner en alternance entre les deux bureaux.

P5 : « si on a deux salles avec un petit bureau, on peut consulter dans une et finir les papiers dans l'autre éventuellement. »

Ils s'accordent sur une régulation initiale par les assistantes médicales, avec plusieurs niveaux de régulation si besoin. Un des participants avait évoqué la possibilité de mise en place d'un prédécroché téléphonique comme premier niveau de tri des SNP versus soins programmés.

S1 : « Au niveau du secrétariat, il n'y aura qu'un seul numéro, alors peut-être qu'il y aura un système de prédécroché, "Si ça vous semble urgent : taper 1, ou 2" sur le secrétariat que ça puisse être régulé, c'est peut-être une idée. »

Certains médecins interrogés ont exprimé la volonté de conserver des créneaux de SNP sur leur agenda habituel, pour leur patientèle.

P7 : « Je trouve ça pas mal [ndlr : le système de gestion actuellement en place], parce que sinon moi mes plannings sont pleins la semaine d'avant... c'est quand même assez sympa les soins non programmés... c'est des consults souvent rapides. Sinon on fait que de la dépression et du renouvellement d'ordonnance. »



P9 : « J'aimerais bien garder mes créneaux ... ça repose ... de voir ses propres patients sur les urgences, c'est confortable de voir ce qu'il se passe »

L'augmentation du temps de travail a été évoquée : certains médecins ne souhaitent pas intégrer ces temps de SNP sur du temps de travail supplémentaire, d'autres étaient prêts à augmenter leur temps de travail pour du temps de SNP sous certaines conditions (plages de vacations courtes (2 heures), pas de vacations de SNP toutes les semaines). L'importance d'une montée en charge progressive a été soulignée pour s'adapter à la demande.

P8 : « C'est hyper compliqué parce qu'il faut commencer petit à petit et après monter en puissance. »

- *Ouverture aux patients non suivis, intégration du SAS :*

Les différents participants ont été interrogés au sujet de la possibilité d'accueillir des patients non suivis au cabinet, et à plus grande échelle, de la possibilité d'intégrer le SAS.

P1 : « Dans le futur, on sait qu'il y a quand même une grosse demande de soins non programmés auprès des urgences, de SOS et tout ça. »

P8 : « Il faut qu'on articule entre les SNP de chez nous et le SAS de pas chez nous. Ça [ndlr : activité dédiée aux SNP] nous dégage beaucoup de temps, pour prendre plus de patients et on a une pression politique qui est claire, pour qu'on prenne plus de patients. »

On retrouve dans de nombreux entretiens la possibilité d'ouvrir les créneaux SNP aux patients n'appartenant pas à la patientèle du cabinet :

P2 : « Notamment avec le soin non programmé, ça va aussi vouloir dire recevoir des patients qui ne sont pas du cabinet ».

P4 : « Et après, si jamais il y a une mise en place de SNP pour des patients hors cabinet, moi je serais prête ... à ouvrir des créneaux ... en dehors de mes horaires habituels ».

P5 : « Je pense que on a une structure qui permettra de le faire et que ça répondra à pas mal de problématiques ».



Une organisation incluant l'intégration au SAS soulevait plusieurs questionnements :

P6 : « La grosse problématique du SAS c'est qu'on a une incertitude absolue sur le taux de remplissage ».

P8 : « Mais le problème, c'est que pour le SAS, il faut que ce soit des créneaux pré-identifiés. Alors là je ne sais pas trop, il faudrait qu'on voit en fonction du temps disponible de [l'assistante médicale], en fonction de ce que chaque médecin est ok pour dégager comme temps. Ça m'étonnerait qu'il y en ait beaucoup d'entre nous qui soient disponibles pour augmenter leur volume horaire ».

Le souhait d'intégrer le SAS était donc partagé entre les médecins.

- Rôle de l'assistante médicale

Les médecins s'accordaient sur les principales missions de l'assistante médicale durant les SNP, à savoir :

- Accueil du patient
- Poser le cadre du SNP
- Gestion du dossier administratif
- Mettre à jour le dossier médical
- Recueil du motif
- Prise des constantes
- Examens complémentaires simples (type réalisation d'une bandelette urinaire)

Certains interviewés imaginaient possible la réalisation de tâches plus complexes telles que la réalisation d'un ECG, l'explication des consignes de surveillance clinique et la programmation du suivi.

P6 : « J'imagine que les choses soient un peu protocolisées. Par exemple quelqu'un qui vient pour une sciatique : on lui dit que dans le protocole sciatique, on souhaite qu'elle sorte l'ordonnance de la radiographie lombaire, l'ordonnance d'anti-inflammatoires et l'ordonnance de kinésithérapie, qu'elle fasse passer la carte vitale et qu'elle gère le paiement. »



Les assistantes médicales, ont décrit une organisation en alternance avec le médecin, avec un premier temps « administratif » dédié à l'accueil du patient et aux missions de l'assistante médicale, puis un deuxième temps « médical » géré par le médecin.

S2 : « Parce que pour toutes les choses un peu chronophages au niveau de l'administratif, je me dis qu'on pourrait être d'une grande aide en tant qu'assistante ».

S1 : « Donc il faut prendre en note un peu les éléments du dossier, les antécédents, le traitement, les correspondants... le motif de consultation, mettre à jour la page administrative... mettre à jour les allergies ou les vaccins, ce genre de choses. Je pense, ça peut aider le médecin à avancer sur la consultation plus rapidement ».

S1 : « En tant qu'assistante médicale je peux aussi préparer le patient ou préparer le matériel ».

- Place de la téléconsultation

De façon assez unanime, les médecins étaient plutôt réticents à l'utilisation de la téléconsultation source « d'erreurs », de « surconsommation médicale » (P3), n'ayant « pas de place, surtout sur de l'urgence » (P5), et ayant parfois généré des situations stressantes : « le mec a fini en réa le lendemain donc maintenant je me méfie » (P9). Pour autant l'idée d'en intégrer à l'avenir est rapportée par certains.

P2 : « Le médecin qui est de de soins non programmés pourrait aussi bien voir des patients physiquement et puis en voir d'autres par téléconsultation. »

P4 : « Je pourrais reprendre les téléconsultations, mais vraiment pour des indications qui sont adaptées. »

P6 : « Ça serait intéressant de savoir si on ne pourrait pas faire les téléconsultations dans le bureau de l'assistance médicale, si on considère qu'elle est en train de travailler dans le bureau de soins non programmés et du coup de faire le ping-pong. »

P8 : « C'est important qu'il y ait au moins un médecin qui fasse de la téléconsult dans la MSP et là personne n'en fait plus ou presque plus. »

P9 : « Ça peut être intéressant, mais les motifs pour moi de la téléconsultation sont quand même très restreints. »



- Principaux freins et réserves décrits

Sur le plan organisationnel, plusieurs médecins se questionnaient sur la gestion et la communication autour des patients n'appartenant pas à la patientèle du cabinet, la difficulté à poser le cadre et à refuser de nouveaux patients.

P4 : « C'est ça qui me fait peur, moi je veux bien faire de la consultation type SOS mais ils vont vouloir être chez nous comme médecin traitant et si on ne peut pas, on ne peut pas quoi. Si on trouve quelqu'un avec un dossier immonde et qui va mal... on a une éthique, on va forcément dire : « ok je vous prends » ».

Une autre réserve décrite est celle de la capacité de remplissage de ces vacations de SNP et par conséquent la possibilité d'un agenda « à trous » initialement avec la question du coût financier de ce bureau de consultation supplémentaire.

P6 : « Je ne pense pas qu'il y ait de quoi faire un temps plein de SNP avec juste les demandes à l'heure actuelle... Il faut qu'il y ait une activité à temps complet dans ce bureau, sinon le loyer n'est pas payé, les charges ne sont pas payées, et du coup ça a un impact important sur l'augmentation des charges des associés dans le fonctionnement ».

P3 : « Si on met plus de places d'urgence le jour où elles ne sont pas prises on a un emploi du temps à trous, donc ça, c'est un peu problématique ».

La question d'une bonne identification des SNP a été centrale au sein des entretiens :

P8 : « Ce qui me semble absolument indispensable, c'est que ce soit très clairement identifié ce bureau, comme des soins non programmés, que ce soit visuel pour le patient. Parce que jusqu'à présent, les SNP qu'on fait dans nos bureaux, évidemment, ils nous parlent de leur père qui est malade et de tout le reste... »

P5 : « Après je pense qu'il faut vraiment que ce soit très clair pour les patients, que ce n'est que répondre à leur urgence. »

P3 : « C'est à dire en fait, c'est une consultation non programmée, vous venez pour fièvre et vous avez un problème à l'épaule qui lui est chronique, on s'occupe que de la fièvre et on ne s'occupe pas de l'épaule, et vous reviendrez voir votre médecin attitré. »



Notion qu'on retrouve également du point de vue des assistantes médicales sur l'identification de ce qui appartient aux SNP.

S1 : « Je pense que ça ne va pas être pas facile des fois, ça va être une autre régulation, je pense au niveau du secrétariat, il faudra adapter sur ... ce qui est vraiment une urgence ou pas. »

Concernant les capacités à prendre en charge les SNP, un médecin a pu évoquer la crainte de se replonger dans des demi-journées entières de soins non programmés avec une proportion d'urgences plus importante.

P9 : « ça me fait un peu peur, parce que ça fait longtemps que je n'ai pas fait de gardes ni d'urgences... Tout ce qui est cardiovasculaire, ça me fait toujours un peu peur... mais ça viendra avec la pratique j'imagine. »

d) Synthèse des données

Le tableau 2 récapitule les points identifiés par cette étude comme prioritaires pour le nouveau protocole.

Tableau 2: Points principaux identifiés lors des entretiens semi-dirigés à la MSP Chantenay-Ste Anne

- ◇ Information des patients et identification claire des SNP
- ◇ Régulation des patients sur plusieurs niveaux
- ◇ Vacations de demi-journées par un médecin attitré
- ◇ Bureau dédié aux SNP +/- utilisation du bureau de l'assistante médicale
- ◇ Travail en équipe, missions propres à chaque rôle
- ◇ Début progressif et modulable
- ◇ Planning fixe et vacations adaptés aux souhaits des participants
- ◇ Optimiser le taux de remplissage
- ◇ Possible intégration au SAS dans un second temps

2. Étude quantitative des rencontres de SNP

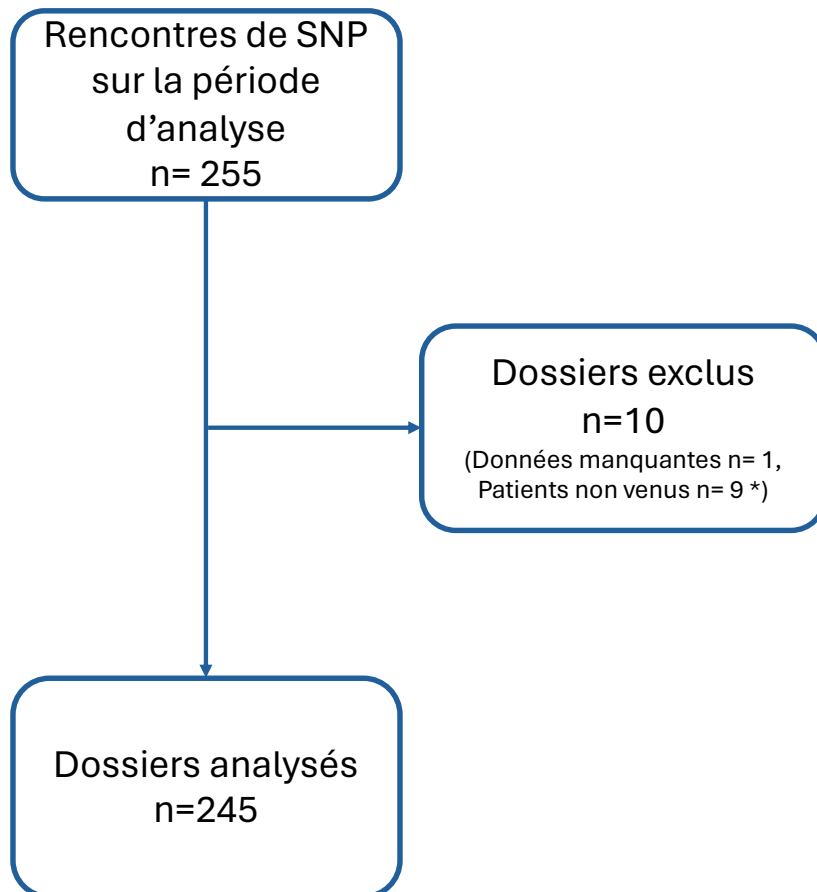
a) Étude préliminaire de l'agenda en ligne

L'analyse complémentaire de l'agenda en ligne retrouvait un nombre total de créneaux de SNP variant selon les différents jours de la semaine avec notamment en moyenne



une vingtaine de créneaux journaliers disponibles les lundis et vendredis, 16 créneaux les mardis et jeudis et 17 créneaux les mercredis.

b) Analyse des rencontres de SNP



*Sur 9 patients non venus, 8 absences étaient justifiées

Figure 2 : Flow Chart



- Description de l'échantillon des rencontres de SNP

Tableau 3: Caractéristiques descriptives des rencontres de SNP à la MSP Chantenay-Ste Anne de janvier à octobre 2023

Variables	Nombre (%) n = 245
Âge moyen [écart type]	30 [23,4]
Âge médian	29
Sexe	
Femmes	133 (54,3)
Hommes	112 (45,7)
Durée d'évolution des symptômes	
<3 jours	118 (48,2)
4-8 jours	31 (12,7)
>8 jours	22 (9,0)
NC*	74 (30,2)
ECG réalisé	5 (2,0)
Prescription AT	48 (19,6)
Transfert vers un service d'urgences	4 (1,6)

* NC : Non Connu.

Concernant les consultations aux âges extrêmes : la petite pédiatrie (âge \leq 6ans) représentait 62 rencontres de SNP (25,3%) contre 12 (4,9%) pour la gériatrie (\geq 75ans).

Les rencontres de SNP ont ensuite été classées selon le diagnostic final en catégories (tableau 4).

**Tableau 4:** Classification des diagnostics des rencontres de SNP à la MSP de Chantenay-Ste Anne de janvier à octobre 2023.

Catégories	Nombre (%) n=245
Infectiologie	116 (47,9)
Rhumatologie	25 (10,3)
Traumatologie	19 (7,9)
Gastro-entérologie	16 (6,6)
Dermatologie	8 (3,3)
ORL	7 (2,9)
Gynécologie	6 (2,5)
Neurologie	6 (2,5)
Ophtalmologie	6 (2,5)
Cardiovasculaire	5 (2,1)
Psychiatrie	5 (2,1)
Symptômes généraux	5 (2,1)
Résultats d'examens	5 (2,1)
Pneumologie	4 (1,7)
Prolongation AT	3 (1,2)
Suivi de maladie chronique	3 (1,2)
Demande de certificat	2 (0,8)
Néphrologie	1 (0,4)

L'infectiologie représentait environ la moitié des rencontres de SNP (47,9%). On retrouve classées derrière la rhumatologie, la traumatologie et la gastro-entérologie. Ces quatre groupes englobaient 73% des rencontres de SNP. Les demandes classées comme inappropriées au SNP (symptômes anciens, demande de certificat, suivi de maladie chronique) concernaient 7% des consultations.

Nous avons également étudié la proportion de rencontres de SNP vu par le médecin traitant du patient, présentée dans le tableau ci-dessous (tableau 5).

Tableau 5: Répartition des rencontres de SNP selon le médecin effecteur

Variables	Nombre (%) n=245
Consultations SNP effectuées par médecin traitant	143 (58,8)
Consultations SNP effectuées par un autre médecin du cabinet	100 (41,2)



- Résultat principal

La proportion de rencontres de SNP pouvant être attribuée à un « circuit allongé » dans le Bureau 1 et à un « circuit debout » dans le Bureau 2 est présentée en Tableau 6.

Tableau 6: Répartition des rencontres de SNP selon le motif de consultation

Orientation de la rencontre de SNP	Nombre (%) n=245
Circuit allongé : Bureau 1	128 (52,2)
Circuit debout : Bureau 2	117 (47,8)

- Synthèse des données

Tableau 7: Synthèse des données issues de l'analyse des rencontres de SNP

- ◇ La pédiatrie représentait un quart des rencontres
- ◇ L'infectiologie représentait la moitié des rencontres (48%)
- ◇ Absentéisme : 3,5% des rencontres
- ◇ Adressage aux urgences dans 1,6% des cas
- ◇ 7% de demandes étaient inappropriées au SNP
- ◇ Plus de 40% des patients n'ont pas été vus par leur médecin traitant
- ◇ 47% des rencontres pourraient être vues en « circuit assis » dans le Bureau 2

3. *Étude des plans architecturaux*

Les futurs locaux, dont les plans sont disponibles en annexe (Annexe 1), seront organisés sur trois étages. Le secrétariat ainsi que les deux bureaux concernant le SNP, à savoir le bureau 1 (Bureau SNP) et le bureau 2 (Bureau de l'assistante médicale) seront tous situés au rez-de-chaussée.

Le Bureau 1, d'une superficie de 13 m², communique avec les parties communes via une porte, et également directement avec l'extérieur du bâtiment permettant un accès direct pour les services de secours, et facilitant la sortie directe du patient. Il comportera une table d'examen, un plan de travail regroupant une zone de travail avec ordinateur et une zone de lavage avec évier.

Le Bureau 2, d'une superficie estimée entre 6 et 8 m², communiquera avec les parties communes via une porte et avec le secrétariat via une porte coulissante. Il a été imaginé avec un bureau de petite taille avec un ordinateur ainsi qu'un fauteuil



d'examen. La salle d'attente commune à ces deux bureaux est attenante au Bureau 1.

B. Évaluation qualitative des pratiques de structures de soins primaires ayant déjà une stratégie adaptée aux SNP

Les participants étaient tous des médecins généralistes titulaires, excepté pour un entretien qui s'est réalisé avec l'assistante médicale du cabinet. Les entretiens ont duré de 30 à 46 minutes (moyenne : 33 minutes). Les différentes structures interrogées sont listées ci-dessous :

- C1 : MSP située dans le Rhône
- C2 : Cabinet de groupe situé en Loire Atlantique
- C3 : MSP située dans les Ardennes
- C4 : MSP située en Haute Savoie

1. Description des structures de soins

Elles ont été créées entre 2010 et 2018 pour la plus récente. Cinq à sept médecins généralistes y travaillaient, et au minimum une assistante médicale était présente au sein de la structure. La taille de la patientèle allait de 3500 à 5500 patients selon la structure. Deux structures de soins avaient intégré une CPTS (C1 et C4).

2. Fonctionnement autour des SNP

Un recul d'au minimum 18 mois sur le fonctionnement autour des SNP était observé dans chaque structure. Toutes les structures travaillaient avec une assistante médicale présente quotidiennement et assurant les missions de participation aux SNP. Concernant la participation au SAS, deux structures décrivaient l'absence du dispositif sur leur territoire ou une mauvaise coopération avec les services de soins d'urgence.

C4 : « Le 15 de Haute Savoie ne veut pas participer au SNP... ne veut pas s'en mêler ». Une des structures décrivait également un mauvais fonctionnement du dispositif du SAS depuis son installation, entraînant une réticence des praticiens.



C1 : « Il y a plusieurs médecins qui se sont lancés dans le SAS l'an dernier mais c'était très mal organisé ... et donc ils ont tous arrêté... les plages réservées au SAS pour le SAMU pour mes collègues, la plupart du temps elles n'étaient pas remplies. »

Les assistantes médicales assuraient l'accueil téléphonique et la régulation du patient vers les SNP, l'accueil physique du patient, la prise de constantes et la participation plus poussée aux SNP dans certaines structures, avec notamment la réalisation d'examen (ex : bandelette urinaire, ECG) ainsi que la programmation du suivi du patient en fin de consultation. Leur rôle était valorisé dans les entretiens, permettant de faire gagner du temps en consultation SNP et de dégager du temps médical.

C1 : « Elle a noté tous les éléments qui vont me permettre de gagner du temps [ndlr : mise à jour du dossier administratif et médical, prise de constantes, interrogatoire], de me faire mes hypothèses diagnostiques. »

C3 : « tout le travail que font les assistantes en dehors de ce temps-là [ndlr : en dehors de la consultation SNP], et qui aussi finalement te libèrent du temps médical. »

Une seule structure (C4) fonctionnait *via* des consultations sans rendez-vous avec une régulation au préalable par téléphone ou après présentation physique au secrétariat. Les demandes de SNP étaient ensuite programmées sur l'agenda des SNP sur l'agenda en ligne.

Le cadre de consultation propre aux SNP (mono-motif, soins ne pouvant pas attendre, possibilité d'être vu par un médecin autre que son médecin traitant...) était posé dès le début de la consultation par les assistantes médicales pour toutes les structures interrogées.

C3 : « s'il a le malheur de demander quelque chose [ndlr : un patient qui aurait une demande qui n'est pas en rapport avec les SNP], on refuse systématiquement, il n'y a pas une ordonnance de dépannage parce que sinon il prendrait l'habitude. »

La communication sur le fonctionnement du SNP était assurée par un affichage « papier », à l'entrée de la MSP ou en salle d'attente/secrétariat ou *via* les réseaux sociaux, sans information sur l'agenda en ligne.



C2 : « Alors pas sur Doctolib [ndlr : les informations concernant les SNP], parce que je pense que de toute façon ça ne servirait à rien. Les gens ne lisent pas... Donc depuis le COVID, on met les choses essentielles parce que sinon les gens sont noyés dans les infos. »

Concernant l'organisation des vacances, les quatre structures de soins proposaient des vacances continues de SNP quotidiennement (Tableau 3) :

Tableau 8 : Caractéristiques descriptives des consultations de SNP

Structure	Nombre de médecins participants par jour	Durée des vacances par médecin	Nombre de patients vus par heure
C1	1	De 15h à 16h	6
C2	3	30 minutes le matin (12h-12h30), 1 heure l'après-midi (au choix) De 14h à 18h30	6
C3	1	Vacation supplémentaire le lundi matin	6
C4	2 (1 par demi-journées)	De 9h à 12h et de 14h à 19h	4

Les consultations de SNP se faisaient au minimum dans deux bureaux différents, avec un fonctionnement en alternance entre le médecin et l'assistante médicale, excepté pour une seule structure (C4) qui fonctionnait en alternance avec l'assistante médicale uniquement lorsqu'il y avait des consultations nécessitant une préparation du patient ou du matériel (plâtre, suture, petite traumatologie, réalisation ECG).

Une des structures (C1) avait mis en place, tous les jours en fin de matinée, 30 minutes de téléconsultation pour tous les praticiens, permettant sur certaines demandes, de les basculer sur une consultation physique durant la vacation de SNP dans l'après-midi. Cela permettait également à toute l'équipe médicale de terminer à la même heure pour assister aux temps de réunion en équipe (dont un temps de rétroaction avec les assistantes médicales) sur le temps du midi.



La structure C4 étant située en milieu très touristique en hiver, la période hivernale très intense n'a pas été décrite dans les entretiens. Concernant l'affluence, une augmentation des demandes a été identifiée par un des participants les lundis.

C3 : « Sur le lundi on s'est aperçu que c'était une journée avec plus d'appels donc a ouvert des créneaux en plus le matin, on a des créneaux à partir de 9h ».

Dans une des structures situées en milieu urbain, un des médecins déclarait ressentir une affluence et un taux de remplissage moins important les vacances d'été.

C1 : « Sur l'été, là je ne suis pas sûr qu'au mois d'août, on arrive à garder nos SNP tous les jours. Et en même temps, l'activité du mois d'août, elle n'a rien à voir avec les autres mois ».

Concernant la gestion des congés et la continuité des soins, les réponses variaient selon la structure. Les structures situées en milieu urbain (C1 et C2) faisaient appel aux remplaçants pour assurer la continuité du fonctionnement autour des SNP.

C1 : « Parce qu'on s'y prend à l'avance, on a beaucoup de remplaçants, on a la chance d'être en ville, on arrive facilement à se faire remplacer, on a un exercice qui est attractif pour les remplaçants ».

C2 : « Et quand moi [ndlr : l'assistante médicale du cabinet] je suis en congés, ils en prennent moins [ndlr : des SNP] ».

Pour les autres structures, les autres médecins titulaires s'organisaient pour assurer les vacances du médecin en congé.

C4 : « Quand il y a en a un en vacances, sa demi-journée de vacances elle va être mise à quelqu'un d'autre qui est là ce jour-là ».

La continuité des soins, plus particulièrement la gestion des biologies prescrites durant les consultations de SNP était gérée de manière similaire dans les structures interrogées. Les bilans biologiques prescrits étaient de la responsabilité du prescripteur. Lors des jours d'absence du prescripteur initial, un relai était convenu avec un des autres médecins du cabinet ou par le médecin de vacation SNP du lendemain. Un des participants décrivait que lorsqu'il s'agissait d'une biologie urgente, le médecin qui prenait le relais était averti par une note.



Une rétroaction ou un debriefing avec les assistantes médicales était retrouvé communément dans les entretiens avec une fréquence variable. Une des structures (C1) avait mis en place un temps de rétroaction quotidien de 30 minutes en équipe, avec les secrétaires/assistantes médicales, sur un créneau défini après le repas du midi, et tous les mercredis un temps de 30 minutes de « supervision » en individuel avec en alternance une secrétaire ou une assistante médicale.

C1 : « On crée des espaces de discussion suffisamment fréquemment de façon à la fois formels mais aussi informels, pour qu'on puisse évoluer ensemble ».

Les autres structures proposaient des temps de rétroaction à la demande et de façon informelle durant les pauses repas, et des rendez-vous biannuels ou annuels pour un temps de rétroaction plus long.

Les assistantes médicales avaient suivi une formation d'assistante médicale avant d'accéder à leur poste. Il n'était pas décrit de formation à la régulation. Un des médecins, concernant la formation continue des assistantes médicales, proposait des temps de formation qu'il effectuait lui-même de façon informelle, ainsi que des temps d'échanges entre assistantes médicales, afin qu'elles puissent se transmettre des savoirs.

C3 : « Tu vas leur apprendre toi à faire les choses et elles vont avoir la capacité de faire ce que tu veux qu'elles fassent... La formation c'est beau mais en fait ce qui compte c'est l'accord qu'on a et la chance d'avoir quelqu'un de plus ou moins formé, qui a de l'expérience médicale [ndlr : assistante médicale du cabinet ayant auparavant travaillé avec un chirurgien ORL] »

« Et la dernière chose qu'on va mettre en place maintenant c'est qu'elles aient un temps de debriefing ensemble... l'autre [ndlr : la deuxième assistante médicale] elle profite de son expérience. »



3. Synthèse des données analysées

Tableau 9: Points principaux identifiés lors des entretiens semi-dirigés auprès d'autres structures

C. Réunions de concertation intermédiaires

Il y a eu au total 5 sessions de réunions au sein de l'équipe de soins de la MSP de Chantenay-Ste Anne permettant une présentation régulière de l'avancée des résultats avec un recueil des remarques ou questionnements des participants, favorisant l'évolution de notre réflexion (Tableau 10) :

Tableau 10 : Informations et contenu des réunions de concertation intermédiaires

Date	Sujets abordés	Données recueillies
Juillet 2023	Résultats préliminaires des entretiens semi-dirigés au sein de la MSP CSA, et de la revue de littérature	Remarques des participants sur les premiers résultats
Septembre 2023	Résultats préliminaires des entretiens semi-dirigés auprès d'autres structures de soins, de la revue de littérature, et premiers éléments de réflexion sur la stratégie de gestion des SNP	Confirmation du souhait de participation à la nouvelle stratégie (par retour de mail)
Décembre 2023 (deuxième session en mars 2024 pour médecins absents)	Présentation des résultats de l'analyse quantitative des rencontres de SNP et de la stratégie de gestion des SNP envisagée aux médecins	Remarques des participants sur les premiers résultats : - définir modalités facturation - définir gestion des congés
Mai 2024	Présentation des résultats de l'analyse quantitative des rencontres de SNP et de la stratégie de gestion des SNP envisagée aux assistantes médicales	- définir matériel nécessaire - communication interne entre les bureaux
Mai 2024	Présentation des résultats finaux à l'équipe de soins et discussion de la mise en place de la stratégie	Choix de la date de mise en place, vote à la majorité



D. Future stratégie de gestion des SNP

1. Identification et information

L'information des patients de l'existence d'une organisation spécifique des SNP a été choisie comme multiple. Un premier niveau d'information se ferait dès la demande de rendez-vous via la création d'un prédécroché téléphonique et l'information orale délivrée par les régulatrices. Il y aurait également un affichage papier simple dans la salle d'attente des SNP indiquant les grands principes (consultation mono-motif, pas de réponse aux demandes non urgentes, possibilité d'être vu par un autre médecin de la structure, accueil par l'assistante médicale). En dernier niveau, le cadre de la rencontre de SNP serait de nouveau posé par l'assistante médicale dès l'accueil du patient en salle de consultation.

2. Régulation des patients

a) Régulation téléphonique

Les demandes de SNP pourraient se faire par contact téléphonique du cabinet ou sur présentation spontanée au secrétariat du cabinet. Une proposition de mise en place d'un prédécroché téléphonique orientant vers deux choix, comme suggéré dans les entretiens, permettrait d'effectuer un premier niveau de tri entre les demandes relevant du soin programmé et les demandes relevant du SNP. Les patients auraient ensuite accès à une secrétaire ou assistante médicale pour faire part de leur demande. En cas de doute, les secrétaires et assistantes médicales pourraient toujours solliciter un avis auprès d'un médecin, en priorité et si disponible, auprès du médecin effectuant la prochaine vacation de SNP.

b) Gestion des demandes

La gestion des demandes, se ferait depuis l'agenda commun en ligne. Les demandes bien identifiées comme relevant du SNP seraient ensuite orientées et inscrites, selon le motif de consultation, sur l'agenda du bureau adéquat (Bureau 1 ou Bureau 2), en suivant la classification présentée dans le Tableau 1. L'objectif serait de pouvoir planifier sur l'agenda en ligne une demande de SNP du Bureau 1 puis du Bureau 2 en alternance.



3. Organisation des vacances et création du planning

a) Choix des vacances

Nous avons donc imaginé des vacances journalières tous les après-midis, de 14h à 17h. Nous avons également décidé de couvrir des plages plus importantes les lundis et vendredis, en ajoutant une vacation supplémentaire de deux heures, en fin de matinée de 11h00 à 13h00. La demande en SNP avait été identifiée comme plus importante ces jours-là, que ce soit au sein de la MSP Chantenay-Sainte Anne, ou dans les autres structures interrogées.

b) Nombre de médecins participants

Les 13 médecins généralistes titulaires dans la nouvelle structure ont confirmé par retour de mail durant l'étude, leur souhait de participation à la future stratégie de gestion des SNP. L'investigatrice principale s'est portée volontaire comme 14^{ème} participante (P14), en tant que médecin généraliste remplaçante au sein de la structure.

c) Planning des vacances

Un planning sur deux semaines type a pu être élaboré, après avoir recueilli les disponibilités de chaque médecin participant. (Tableau 11). Il a été fait le choix d'un planning fixe, et chaque médecin a été attribué à une vacation toutes les deux semaines.

Tableau 11: Planning des vacances de SNP sur deux semaines « type », incluant les 14 médecins participants (P1 à P14).

Semaine 1	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin 11h-13h	P1				P7
Après-midi 14h-17h	P4	P2	P9	P8	P10
Semaine 2	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin 11h-13h	P11				P5
Après-midi 14h-17h	P6	P14	P13	P3	P12

Médecins participants numérotés de P1 à P14



4. *Déroulé de la rencontre de soins*

a) Rencontre de soin en deux temps

L'arrivée du patient se ferait par l'entrée principale, il serait accueilli au secrétariat puis orienté vers la salle d'attente du rez-de-chaussée (plans en Annexe 1). Son arrivée serait notifiée sur l'agenda en ligne. La rencontre de SNP se déroulerait en deux phases :

- Une première phase d'accueil par l'AM pour réaliser les missions suivantes : accueil et installation du patient dans le bureau adéquat, poser le cadre du SNP, mise à jour du dossier administratif, recueil du motif, mise à jour du dossier médical, prise de constantes.
- Un deuxième temps géré par le médecin permettant un complément d'interrogatoire, la réalisation d'un examen clinique +/- examens complémentaires (si non déjà réalisés par l'AM), diagnostic, prescriptions, explications et facturation.

La durée de chaque phase est estimée à 10 minutes. La rencontre de soin durerait donc 20 minutes par patient.

b) Gestion du suivi et des examens complémentaires

Les bilans biologiques ou les examens prescrits seraient à la charge du prescripteur. Lors d'une absence, les médecins délégueraient si besoin à leur associé de bureau, pouvant réceptionner les bilans. Une communication interne supplémentaire serait envisagée en cas de bilan urgent à traiter.

Concernant le suivi, l'assistante médicale pourrait à la demande du médecin, programmer une consultation de contrôle, un rendez-vous de suivi, ou organiser un rendez-vous avec un spécialiste et en informer le patient.

c) Facturation

La facturation s'effectuerait par le médecin en fin de rencontre. Les modalités de règlement (terminal de paiement (TPE) dans chaque bureau ou unique) sont encore en réflexion avec l'équipe médicale.



d) Matériel nécessaire

Une liste du matériel médical nécessaire aux SNP a été proposée et validée par l'équipe médicale avant commande. Les consommables étaient déjà inclus dans les achats communs de la MSP.

5. Rétroaction et supervision en équipe

Un temps de rétroaction journalier systématique a été pensé à la fin de la vacation de l'après-midi entre le médecin effecteur et l'assistante médicale. Il pourrait permettre un temps d'échange entre les professionnels, de revenir sur des situations, d'améliorer l'organisation en place. L'horaire pourra être modifié en fonction des retours de l'équipe.

6. Synthèse

Voici deux schémas récapitulatifs de la stratégie finale proposée, d'abord par thématiques (Figure 4), puis une représentation de la stratégie de prise en charge lors d'une demande de SNP (Figure 5).

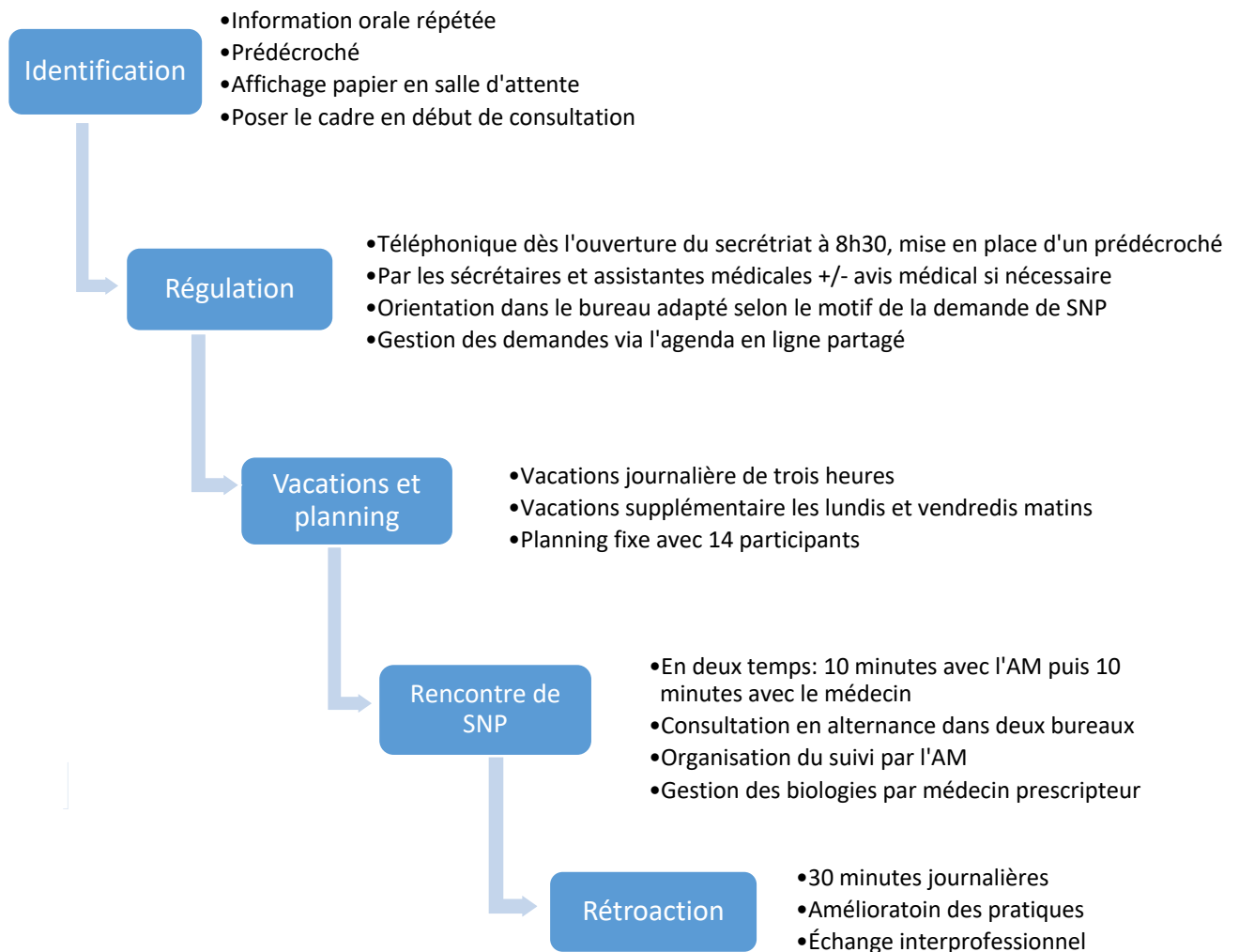


Figure 3: Nouvelle stratégie de gestion des SNP résumée par thématiques

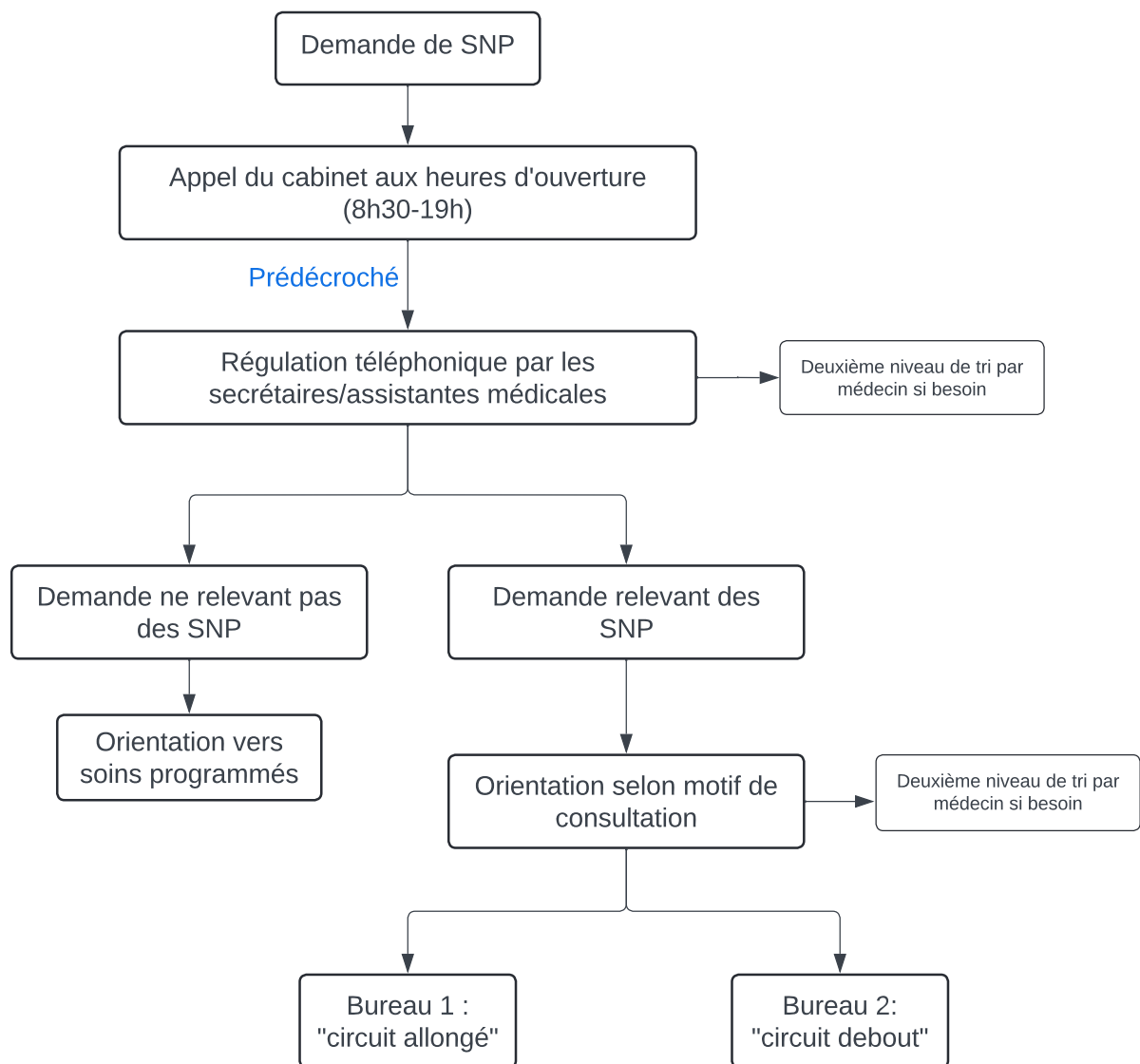


Figure 4 : Parcours schématique d'une gestion de demande de SNP



IV. DISCUSSION

Cette étude nous a permis de proposer une nouvelle stratégie de gestion des SNP au sein de la MSP de Chantenay-Ste Anne, validée par l'équipe de soins lors d'une ultime réunion au mois de mai 2024. La date de mise en place est prévue pour le 16 septembre 2024.

A. Résultats principaux

1. Identification et information

L'identification de l'existence de créneaux spécifiques de SNP par les patients et l'information quant à leur existence est un enjeu crucial. Une étude réalisée en Savoie en 2016, cherchait à étudier les facteurs influant le recours spontané aux urgences durant les horaires d'ouverture des cabinets de médecine de ville. Parmi les facteurs retrouvés sur 247 personnes interrogées, 58% déclaraient ne pas considérer leur médecin traitant comme un acteur de premier recours (18).

Un autre travail de recherche visant à élaborer un nouveau protocole de gestion des SNP en CPTS des Hauts-de-France a montré que les CPTS ayant communiqué des informations sur l'existence et la gestion de leurs créneaux de SNP recevaient 7 fois plus de SNP par jour en moyenne (19). Le risque de déviance des SNP (prise de rendez-vous pour un motif inadapté aux SNP) était limité par la nécessité pour le patient de remplir un questionnaire validant les critères de SNP, et l'ouverture du créneau en ligne uniquement 24 heures avant.

2. Régulation des demandes

Lors de notre étude, les assistantes médicales et les médecins s'accordaient sur le fait que les secrétaires sont très autonomes sur la régulation alors qu'elles n'ont pas été formées, que ce soit durant leur parcours de secrétaire médicale ou d'assistante médicale. Si l'on s'intéresse à cette problématique au sein de la littérature, on remarque que les acteurs de soins primaires sembleraient intéressés à se former à la régulation.



Selon une étude menée auprès de 198 secrétaires médicales par Y. Faure en 2012 à Rouen, 61% jugeaient utile une formation au tri des demandes urgentes (20). Une autre étude s'intéressant à une régulation des demandes de soins par les infirmiers autour de Montpellier retrouvait les mêmes difficultés concernant l'absence de formation et un apprentissage « sur le tas » ou par compagnonnage (21).

La possibilité d'un deuxième niveau de régulation, faisant appel à un médecin en cas de doute ainsi que les temps de rétroaction semblent être des solutions à cette problématique. Une formation à la régulation médicale pourrait également permettre de renforcer les savoirs et la confiance dans ce domaine, comme le montre un travail de thèse qualitative mené en 2017 auprès de 18 secrétaires médicales ayant suivi une formation d'aide à la réponse téléphonique d'appels d'urgence en cabinet de médecine générale créée par le Centre d'enseignement et des soins d'urgence (CESU) en Mayenne (22).

3. Organisation des créneaux de SNP

Les entretiens auprès des assistantes médicales de la MSP de Chantenay-Ste Anne ont permis de découvrir la mise en place d'une liste d'attente, principalement les lundis, devant une majoration des demandes SNP.

On retrouve cette même tendance dans le travail de thèse qualitatif, réalisé à Toulouse par Thi-Kieu-Thu RAFFI et Catherine UNG en 2016, sur la gestion des SNP par les secrétaires médicales. Elles déclaraient en effet anticiper le nombre de créneaux disponibles le lundi, devant une demande de SNP plus importante ce jour-là (23).

Des médecins généralistes interrogés sur les SNP, dans un autre travail de thèse qualitative à Combourg, mettaient également plus de créneaux de SNP à disposition le lundi (24).

Le croisement de ces informations a donc permis de décider la mise en place de deux vacations supplémentaires les lundis et vendredis matin, le nombre de créneaux mis à disposition ces deux jours-là étant similaire.

L'amplitude horaire des vacations a été calculée pour couvrir à *minima* le nombre de créneaux de SNP journaliers initialement proposés au sein de notre MSP. Cependant, avec l'installation récente de trois collaboratrices et l'augmentation de la patientèle des



médecins ayant souscrit à un contrat d'assistante médicale, nous n'avons pas de prévisions sur l'augmentation du nombre de demandes de SNP futures. Il faudra réajuster, une fois la nouvelle stratégie de gestion des SNP mise en place, le nombre de créneaux proposés, adaptés à la demande réelle.

4. Rencontre de SNP

a) Analyse des dossiers de rencontres de SNP

La DRESS a communiqué en 2006, une analyse des rencontres de SNP (25) sur un échantillon à grande échelle, où nous retrouvions sur plusieurs résultats équivalents à nos observations. L'infectiologie, la traumatologie et la pédiatrie étaient représentées en proportions similaires, tout comme le pourcentage d'arrêts de travail réalisés.

La proportion d'adressage aux urgences était moindre dans notre échantillon (1,6% contre 5%) peut-être en raison de la faible représentation de gériatrie (5% dans notre échantillon, contre 17% dans l'étude nationale).

La proportion de patients en demande de SNP qui étaient reçus par un autre médecin que leur médecin traitant est retrouvée à 41% dans notre étude. On pourrait supposer que les patients sont déjà habitués à ne pas être vus par leur médecin traitant pour du SNP, ce qui faciliterait la transition vers la nouvelle stratégie.

b) Déroulement de la rencontre de SNP

Les participants s'accordaient sur les missions de l'assistante médicale en rapport avec les SNP. Les données recueillies lors des entretiens avec d'autres structures de soins retrouvaient les mêmes résultats. La collaboration avec l'assistante médicale permettait dans ces structures, un gain de temps pour le médecin et une meilleure organisation de la rencontre de SNP.

Lorsque l'on s'intéresse aux soins primaires et à la coopération interprofessionnelle à l'étranger, on retrouve différents modèles. Au Royaume Uni, en Finlande et en Suède, l'exercice en groupe est majoritaire, qu'il soit public ou privé. Les infirmiers ont une place centrale dans les soins primaires. Pour les SNP, on les retrouve souvent comme



premiers effecteurs du tri des demandes et d'une première prise en charge du patient, à l'image des « walk in centers » au Royaume-Uni. (26)

Le métier d'assistant(e) médical(e), quant à lui, existe déjà en Allemagne depuis plusieurs années. Il réunit des missions d'ordre administratives, et de coordination des soins. Les assistant(e)s médical(e)s sont également formé(e)s à une prise en charge médicale (prise de constantes, suivi de pathologies chroniques) (27). On retrouve des missions similaires pour les assistant(e)s médical(e)s suisses, bien intégrés dans les cabinets de médecine générale. (28) Cependant dans ces deux modèles les assistant(e)s médical(e)s sont le plus souvent sollicités dans le cadre du suivi de maladies chroniques.

Ces perspectives sont intéressantes à mettre en lien avec l'évolution du système français, qui favorise de plus en plus la collaboration interprofessionnelle et l'exercice en groupe.

c) Place de la téléconsultation

Lors des entretiens semi-dirigés au sein de la MSP CSA, les participants avaient été interrogés sur la place possible de la téléconsultation dans la nouvelle organisation des SNP. À la suite de ces entretiens il n'a pas été décidé de mettre en place de créneaux de téléconsultation systématiques, pour plusieurs raisons. La première étant la réticence de plusieurs médecins lors des entretiens semi-dirigés à l'utilisation de téléconsultation autour des SNP, jugée comme source d'erreurs plus fréquentes ou s'intégrant dans une démarche de surconsommation de soins. De plus, les autres structures interrogées n'avaient pas mis en place de créneaux de téléconsultation de SNP. Nous n'avons pas retrouvé de données concernant la place de la téléconsultation lors des SNP dans la littérature.

5. *Rétroaction*

La rétroaction ou « debriefing » est une étape clé dans l'apprentissage et l'ancrage des connaissances. Il s'agit d'un processus d'échange, en général après une situation clinique, permettant d'améliorer les savoirs, relever les points positifs et travailler sur les points à améliorer. Une rétroaction pédagogique efficace passerait par une



rétroaction réalisée rapidement après l'évènement, succincte, s'appuyant sur une situation clinique précise et sur les compétences déjà acquises (29).

Un travail de thèse interrogeant les secrétaires de plusieurs cabinets de médecine générale en région toulousaine montrait l'impact positif que la rétroaction médecin-secrétaire pouvait avoir sur les secrétaires (23). En effet, lors des situations de tri compliquées ou une expérience de conflit avec un patient, la rétroaction avec le médecin « avait un impact positif sur le vécu des secrétaires ». La réassurance du médecin envers les secrétaires était décrite comme permettant de diminuer leur anxiété et d'améliorer leur estime personnelle.

L'importance d'une rétroaction régulière était également retrouvée dans les entretiens semi-dirigés avec d'autres structures de soins, favorisant la confiance, le travail d'équipe et l'amélioration des pratiques. C'est donc dans cette optique que la rétroaction prendrait toute sa place au sein de cette nouvelle stratégie. Le créneau le plus adéquat pourrait être modifié selon les retours de l'équipe. On pourrait également imaginer à l'avenir la possibilité de temps de rétroaction en réunions de concertation pluriprofessionnelles, plus ponctuels et intégrant toute l'équipe de soins, qui permettraient de faire remonter et statuer sur les améliorations possibles.

B. Forces et faiblesses

La question d'une organisation spécifique à la gestion des SNP était peu étudiée dans la littérature. Cette étude trouve son originalité dans son approche multiméthodes, permettant un croisement de données multiples et son adaptation au contexte des locaux (équipe et bâtiment). Nous avons également choisi de donner la parole à l'ensemble des acteurs impliqués dans les SNP, permettant d'augmenter la diversité des réponses et des axes de recherche.

Plusieurs limites peuvent être identifiées :

- L'analyse du nombre de créneaux via l'agenda en ligne a été limitée aléatoirement aux périodes d'avril/mai/juin 2023. Une analyse complémentaire par saison aurait été intéressante afin d'anticiper les variations du nombre de demandes de SNP selon les périodes. Il faudrait donc tenir compte, lors de la mise en place de cette nouvelle



organisation, d'une possibilité d'accroître ou de réduire les plages de vacations en fonction de la pression de demandes de SNP, notamment en période épidémique et durant les mois d'été.

- Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés puis codés et analysés par un seul investigateur, ayant pu entraîner un biais de subjectivité et une diminution de la validité interne. L'investigatrice principale exerçait en tant qu'interne en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) puis remplaçante fixe au sein de la MSP. L'orientation des entretiens a pu être influencée par ces facteurs. Pour autant une partie des entretiens a été réalisée avant l'arrivée de l'investigateur au sein de la structure afin de limiter ce biais.

- Le choix de ne pas inclure les collaboratrices lors des entretiens au sein de la MSP Chantenay-Ste Anne était discutable, leur présence aux réunions et leur confirmation de participation à cette nouvelle organisation ayant pu entraîner un biais de sélection initial.

C. Perspectives

1. Retour d'expérience

Il serait intéressant d'étudier après plusieurs mois de fonctionnement, le retour d'expérience des participants et s'il y a eu des modifications de cette stratégie.

2. Demandes de SNP en VAD

Lors des entretiens semi-dirigés, certains participants faisaient état de difficultés à gérer les demandes de SNP en visites à domicile. On retrouvait également cette notion dans la littérature notamment dans plusieurs travaux, dont un portant sur une étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes en Rhône-Alpes concernant la gestion des SNP en médecine générale (30). Les médecins généralistes y relataient des difficultés à s'organiser et à effectuer les VAD de SNP, considérée comme « trop chronophages ». Dans son rapport sur l'organisation des SNP, le député Thomas Mesnier citait aussi la diminution des visites à domicile (VAD) et la médicalisation insuffisante des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes



(EHPAD) (3). Il serait donc intéressant de statuer en équipe à l'avenir, selon les besoins, sur la place de ces demandes de VAD de SNP.

3. Intégrer SAS

Dans l'objectif d'intensifier la réponse aux problématiques d'accès aux soins, l'équipe souhaiterait à terme intégrer le SAS et proposer des créneaux dédiés durant les vacances de SNP, qui incluraient donc les patients sans médecin traitant. Au niveau national, le service paraît prometteur. Depuis le mois de juillet 2022, la plateforme numérique du SAS est utilisée dans 46 territoires ayant permis à des professionnels de santé de s'inscrire et de recevoir des patients orientés par la régulation médicale. Les médecins généralistes sont plus nombreux chaque année à l'intégrer : au 28 février 2023, 3622 médecins généralistes étaient inscrits sur la plateforme numérique du SAS, soit près de 2300 de plus qu'en août 2022. Les services de régulation ont également noté la majoration de 24% des appels au SAS durant la phase pilote (31). Cependant, les retours d'expérience sur le SAS semblent controversés, que ce soit dans notre étude ou dans la littérature. Il s'agit d'un service encore en construction, nécessitant des améliorations notamment sur l'interface et la visibilité des créneaux (31,32).



V. CONCLUSION

La problématique d'accès aux soins en France, notamment aux SNP, est aujourd'hui préoccupante. Les structures d'exercice en groupe coordonné paraissent être un des leviers pour proposer une réponse structurée à cette problématique.

Nous avons élaboré de façon collective et par une approche multiméthodes une nouvelle stratégie de gestion des SNP au sein de la MSP de Chantenay-Ste Anne, qui sera mise en place mi-septembre 2024. Les effets attendus sont : une meilleure identification des SNP et de l'offre de soin par les patients, l'augmentation du temps médical pour le médecin, la valorisation du métier d'assistant(e) médical(e), une optimisation des espaces de soins et donc finalement, une réponse plus structurée et coordonnée des SNP.

Une des perspectives envisagées à plus long terme sera d'intégrer le service d'accès aux soins, afin de couvrir une plus large patientèle et de proposer une réponse plus complète pour les patients n'ayant pas de médecin traitant. Il sera intéressant de réévaluer l'efficacité et les points d'améliorations de cette stratégie à moyen et long terme.



VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cours des comptes. Le rapport public annuel 2019. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. [Internet]. 2019 [cité 23 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019>
2. Chevillot D, Zamord T, Durieux W, Gay B. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde: [Thèse d'exercice]. Bordeaux : Université de Bordeaux; 2021
3. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins: Organiser les soins non programmés dans les territoires. [Internet]. Ministère du travail de la santé et des solidarités; 2018 [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>
4. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Les maisons de santé. [Internet]. 2023 [cité 29 août 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
5. Bergeat M, Vergier N, Verger P, Fery-Lemonnier E, Ourliac B, Ventelou B, et al. Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2024 [cité 25 avr 2024] p. 5. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/medecins-generalistes-debut-2022-un-sur-cinq>
6. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. L'atlas des CPTS. [Internet]. 2024 [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/l-atlas-des-cpts>
7. ARS Hauts-de-France. Le Service d'Accès aux Soins (SAS) [Internet]. 2024 [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-1>
8. ORS Pays de la Loire. Accès aux soins de premier recours [Internet]. 2023 [cité 9 août 2023]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/acces-aux-soins-de-premier-recours-en-pays-de-la-loire>
9. ORS Pays de la Loire. Démographie des professionnels de santé [Internet]. 2023 [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/nos-activites/demographie-des-professionnels-de-sante>



10. ORS Pays de la Loire. Professions de santé Nantes Métropole. [Internet]. 2021 [cité 6 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/professions-de-sante-de-premier-recours-nantes-metropole-demographie-activite-et>
11. Drees. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale [Internet]. 2007 [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/genese-des-recours-urgents-ou-non-programmes-la-medecine-0>
12. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Chevillard G, Mousques J, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2020 [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-loffre-de>
13. Commission des affaires sociales. Sénat. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. [Internet]. 2023 [cité 25 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>
14. Bergeat M, Vergier N, Verger P, Lutaud R, Fery-Lemonnier E, Ourliac B, et al. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 . [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2022 [cité 10 août 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quatre-medecins-generalistes-sur-dix-exercent-dans-un-cabinet>
15. ORS Pays de la Loire. Exercice regroupé et coordonné des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire : MSP, ESP, CPTS. [Internet]. 2023 [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/nos-activites/panel-medecins-generalistes-liberaux-publications-regionales>
16. Cohidon C, Senn N. Organisation des soins en médecine de famille. Quoi de neuf dans la littérature scientifique en 2021 ? Rev Med Suisse. 11 mai 2022;781:943-7.
17. Assurance maladie. Déploiement des assistants médicaux [Internet]. 2019 [cité 21 août 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2019-06-19-cp-deploiement-assistants-medicaux>
18. Parent T, Houzé C. Recours spontanés aux urgences du Centre Hospitalier Métropole Savoie sans consultation médicale préalable : étude descriptive de la population [Thèse d'exercice]. Université de Grenoble: Grenoble; 2016
19. Dubois L. Élaboration d'un protocole permettant la prise en charge des soins non programmés de médecine générale au sein de la CPTS Opale Sud [Thèse d'exercice]. Lille: Université de Lille; 2022.



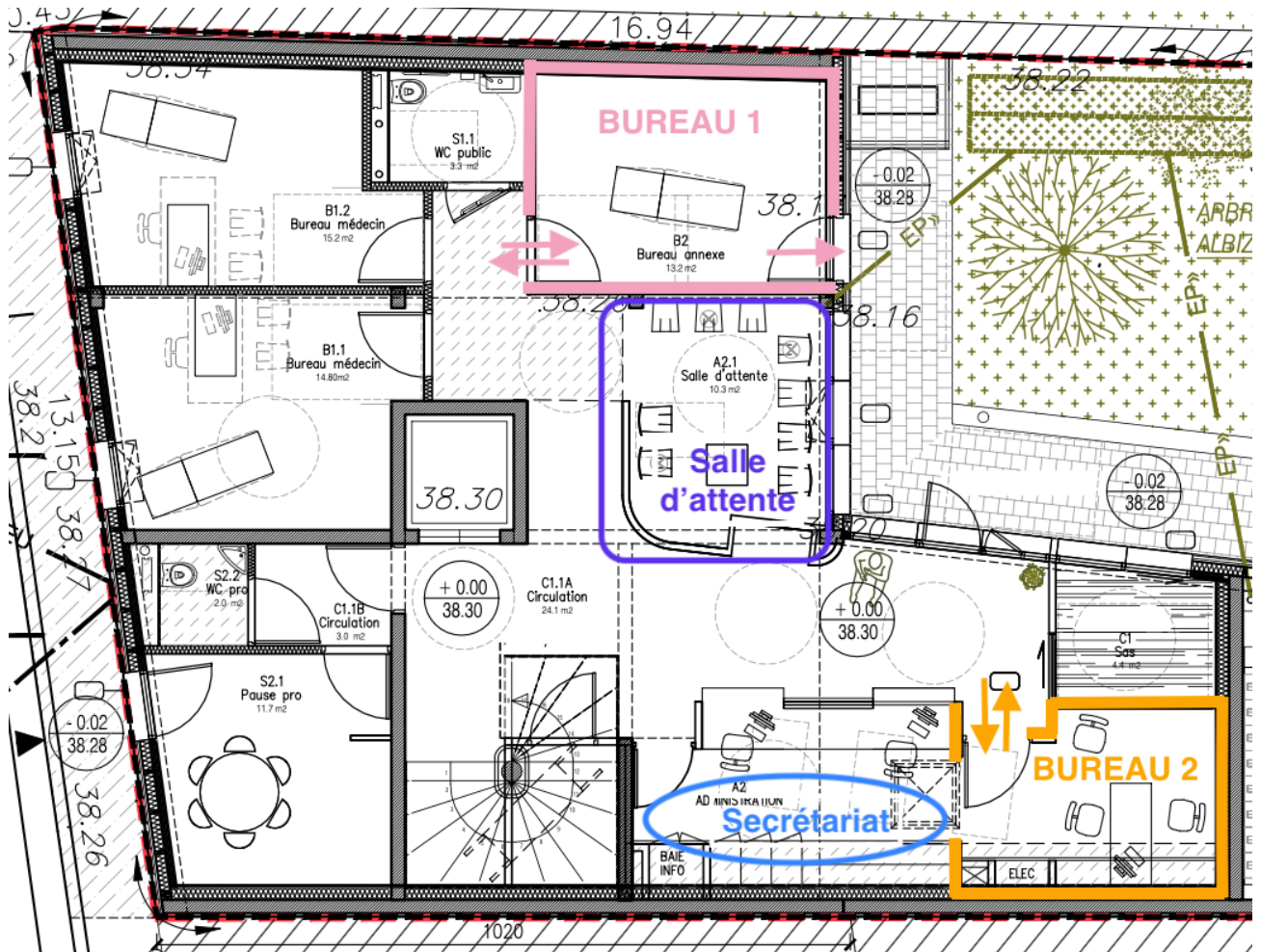
20. Faure Y, Guillerme C. Triage par la secrétaire médicale des recours urgents et non programmés en médecine générale : étude des déterminants de l'obtention d'un rendez-vous pour le jour même [Thèse d'exercice]. Rouen : Université de Rouen; 2012
21. Estachy F, Juge D. Soins non programmés en médecine générale : et si nous nous intéressions à une régulation par infirmiers ? [Thèse d'exercice]. Montpellier : Université de Montpellier; 2023.
22. Boulday-Derouet A, Baron-Haury C, Guillin-Angoulvant C. Impact d'une formation continue de secrétaires médicales à la gestion des appels de soins urgents ou non programmés : étude qualitative auprès de 18 secrétaires médicales formées en Mayenne en 2013. [Thèse d'exercice]. Angers : Université d'Angers; 2017.
23. Raffi TKT, Ung C, Puech M. Comment les secrétaires médicales en cabinets de médecine générale trient-elles les demandes de soins non programmés ? [Thèse d'exercice]. Toulouse: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2016.
24. Liard M, Villoin G. Ressenti des médecins généralistes installés sur le territoire de Combourg sur leur offre de soins non programmés et perspectives d'évolution concernant cette offre. [Thèse d'exercice]. Rennes: Université de Rennes; 2021.
25. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2006 [cité 5 mai 2024] p. 8. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-recours-urgents-ou-non-programmes-en-medecine-generale>
26. 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.
27. Szecsenyi J. Programme de disease management et organisation des soins primaires en Allemagne. *Rev Fr Aff Soc.* 2010;(3):81-95.
28. Thomas Rosemann, Schalch E, Birnbaum B, Zanoni U. Médecine de premier recours: les assistantes médicales pour sortir de la crise. *Bull Médecins Suisses.* 2010;91(28):1081-3.
29. Mangat J, Martineau-Rheault E, MacDonald K, Joseph J. Feedback in family medicine training. *Can Fam Physician.* mai 2016;62(5):445-6.
30. Valle F. Gestion des consultations non programmées en cabinet de médecine générale : quels avantages et inconvénients selon le mode d'exercice [Thèse d'exercice]. Lyon: Université de Lyon ; 2017.



31. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Le retour d'expérience des 20 SAS pilotes [Internet]. 2024 [cité 16 mai 2024] p. 44. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/le-retour-d-experience-des-20-sas-pilotes>
32. ARS Île-de-France. Dans les coulisses du Service d'Accès aux Soins [Internet]. 2024 [cité 11 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/dans-les-coulisses-du-service-dacces-aux-soins>
33. King J, Brosseau L, Guitard P, Laroche C, Barette JA, Cardinal D, et al. Validation transculturelle de contenu de la version franco-canadienne de l'échelle COREQ. *Physiother Can.* 2019;71(3):222-30.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Plan des futurs locaux : rez-de-chaussée





Annexe 2 : Guide d'entretien à destination des médecins de la MSP de Chantenay-Saint-Anne

- ◇ *Quelle serait pour vous la définition des SNP ?*
- ◇ *Quelle est votre organisation actuelle pour la gestion des SNP ?*
- ◇ *Comment voyez-vous le futur concernant la gestion des SNP ?*
- ◇ *Quelle serait la place pour les patients non suivis au cabinet ? (Question rajoutée après les premiers entretiens)*
- ◇ *Quelle serait pour vous la place d'une assistante médicale dans la gestion et l'organisation des soins non programmés ?*
- ◇ *Quelle serait la possible place de la télé consultation dans l'organisation des SNP ?*

Annexe 3 : Guide d'entretien à destination des assistantes médicales de la MSP de Chantenay-Sainte Anne

- ◇ *Quelle serait pour vous la définition des SNP ?*
- ◇ *Quelle est votre organisation actuelle pour la gestion des SNP ?*
- ◇ *Aviez-vous reçu une formation à la régulation médicale ?*
- ◇ *Comment voyez-vous le futur concernant l'intégration des SNP ?*
- ◇ *Quelle serait pour vous la place d'une assistante médicale dans la gestion et l'organisation des soins non programmés ?*
- ◇ *Quelle serait la possible place de la télé consultation dans l'organisation des SNP ?*



Annexe 4 : Guide d'entretien à destination des participants des autres structures de soins primaires ayant déjà une stratégie de gestion des SNP en place :

- ◇ Pourriez-vous me présenter la structure dans laquelle vous exercez ?
Question complémentaire pour l'entretien avec l'assistante médicale :
- ◇ Peux-tu me parler de ton poste ?
- ◇ Comment sont gérés les créneaux d'urgence ?
- ◇ Comment s'organise l'information du patient autour des SNP ?
- ◇ Acceptez-vous les patients non suivis au cabinet ? Y a-t-il une intégration au SAS ?
- ◇ Quelle est la taille de la patientèle ?
- ◇ Comment se déroule la régulation d'un appel téléphonique ?
- ◇ Existe-t-il une formation à la régulation pour les secrétaires/assistantes médicales ? *(Question rajoutée après les premiers entretiens)*
- ◇ Comment se déroule concrètement une consultation de soins non programmés ?
- ◇ Comment gérez-vous ce système durant les congés ?
- ◇ Qui s'occupe du suivi du patient et de la gestion des biologies prescrites durant les soins non programmés ?
- ◇ Existe-t-il un temps de supervision/rétroaction entre les médecins et les secrétaires/assistantes médicales ? *(Question rajoutée après les premiers entretiens)*
- ◇ Pistes d'amélioration, freins, points positifs ? *(Question non posée à l'AM)*



Annexe 5 : Grille COREQ version française (33) des entretiens semi-dirigés au sein de la MSP de Chantenay-Ste Anne

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Investigateur principal
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Titulaire du DES de médecine générale
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne SASPAS puis médecin généraliste remplaçante fixe au sein de la structure d'étude
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Formation universitaire à la recherche qualitative, autoformation par l'étude de documents d'apprentissage de la recherche qualitative

Relations avec les participants

6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Motif de la recherche et présence future au sein de la structure
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse de contenu thématique
----	---------------------------------------	--	-------------------------------

Sélection des participants

10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage dirigé
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Face à face



12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	11
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	0
<i>Contexte</i>			
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	A la MSP de Chantenay-Ste Anne et par téléphone pour certains participants
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Entretiens de mars à mai 2023, médecins généralistes titulaires et assistantes médicales de la MSP de CSA
<i>Recueil des données</i>			
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien non testé au préalable
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non répétés
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio par dictaphone
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Note de terrain prise après les entretiens, dans un délai court, pour ne pas perturber les participants
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	De 8 à 18 minutes (moyenne 11 minutes)
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Non car échantillon dirigé défini, fin des entretiens après avoir interrogés tous les participants



- | | | |
|---------------------------------|--|-----|
| 23. Retour des retranscriptions | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? | Non |
|---------------------------------|--|-----|

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

- | | | |
|--|---|---|
| 24. Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ? | 1 |
| 25. Description de l'arbre de codage | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? | Non |
| 26. Détermination des thèmes | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? | Déterminés à partir des données |
| 27. Logiciel | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? | Codage manuel, utilisation Excel® |
| 28. Vérification par les participants | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? | Oui, lors de la présentation des résultats préliminaires durant les réunions de concertation intermédiaires |

Rédaction

- | | | |
|--|---|--|
| 29. Citations présentées | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? | Illustration des thèmes et résultats par des citations identifiées selon numéro du participant |
| 30. Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? | Oui |
| 31. Clarté des thèmes principaux | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? | Oui |
| 32. Clarté des thèmes secondaires | Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires | Oui |



Annexe 6 : Grille COREQ version française, des entretiens semi-dirigés au sein d'autres structures de soin

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Investigateur principal
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Titulaire du DES de médecine générale
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne SASPAS puis médecin généraliste remplaçant fixe au sein de la structure d'étude
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Formation universitaire a la recherche qualitative, autoformation par l'étude de documents d'apprentissage de la recherche qualitative

Relations avec les participants

6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Motif de la recherche
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Activité, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse de contenu thématique
----	---------------------------------------	--	-------------------------------

Sélection des participants

10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage par effet boule de neige et par commodité (volontariat) après diffusion d'un message de présentation de l'étude
-----	-----------------	---	---



11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone (éloignement géographique)
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	4
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	2 (ne correspondait pas aux critères d'inclusion après premier contact téléphonique)
<i>Contexte</i>			
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Par téléphone (éloignement géographique)
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Oui, un participant, était accompagné de sa conjointe, également médecin généraliste dans la structure
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Entretiens de juillet à novembre 2023, médecins généralistes titulaires et assistantes médicales de structures de soins primaires ayant déjà mis en place une gestion des SNP
<i>Recueil des données</i>			
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien non testé au préalable
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non répétés
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio par dictaphone
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Note de terrain prise pendant et après les entretiens
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou	De 8 à 18 minutes (moyenne 11 minutes)



		l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Non atteint par manque de participants
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	1
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27.	Logiciel	Quel logiciel, a été utilisé pour gérer les données ?	Codage manuel, utilisation Excel®
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Illustration des thèmes et résultats par des citations identifiées par numéro du participants
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires	Oui



NOM : LASSUS

PRENOM : Chloé

Titre de Thèse : Élaboration d'une nouvelle stratégie organisationnelle permettant la prise en charge des soins non programmés au sein de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Chantenay - Sainte Anne.

RESUME

Contexte : La pression actuelle sur notre système de santé nécessite un remodelage de l'offre de soins, en particulier concernant l'accès aux soins primaires et aux soins non programmés (SNP).

Objectif : L'objectif de cette étude était de proposer une nouvelle stratégie de gestion des SNP au sein des futurs locaux de la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) de Chantenay-Saint-Anne.

Méthodes : Il s'agissait d'un travail multiméthodes mixant :

- une revue ciblée de la littérature
- une étude qualitative et quantitative au sein de la MSP de Chantenay-Sainte Anne
- une étude qualitative auprès d'autres structures de soins primaires

Résultats : Une nouvelle stratégie de gestion des SNP a pu être proposée à l'équipe de soins de la MSP de Chantenay-Sainte Anne, avec une mise en place prévue pour septembre 2024. Les grandes lignes directrices concernaient l'identification et l'information des SNP, leur régulation, la gestion des vacations et du planning, les modalités de la rencontre de SNP et les temps de rétroaction en équipe.

Conclusion : Cette étude nous a permis de créer une nouvelle stratégie de gestion des SNP adaptée aux locaux et incluant les assistantes médicales, tout en s'appuyant sur des modèles déjà existants. Elle devrait permettre une meilleure prise en charge des SNP, un dégagement du temps médical et une réponse partielle aux problématiques d'accès aux soins dans le quartier. À plus long terme, et selon les retours d'expérience, la possibilité d'intégrer le service d'accès aux soins est envisagée, afin de proposer une réponse à plus grande échelle.

MOTS-CLES

Soins non programmés, médecine générale, organisation des soins

Termes anglais: General practitioners, unscheduled health care, primary health care