

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement

le 30 Novembre 2017 à Poitiers

par Madame Lydie DREAN

Analyse des perceptions évolutives des médecins généralistes sur la
gestion des demandes de soins non programmés de médecine
générale au sein du pays Thouarsais

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA.

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Philippe NEAU.

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT.

Monsieur le Docteur Philippe VOLARD.

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Thierry CHARPENTIER.



Le Doyen,

Année universitaire 2016-2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités Praticiens Hospitaliers

- AGUIS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (surnombre jusqu'en 08/2019)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (surnombre jusqu'en 08/2018)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOUARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

Maître de conférences des Universités Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphael, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeurs associés des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardiovasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastroentérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur José Gomez Da Cunha,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe Neau,

Pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse et ainsi juger la qualité de mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Pierrick Archambault,

Pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse et les précieux conseils au cours de ce travail de thèse. Veuillez recevoir mes remerciements.

A Monsieur le Docteur Philippe Volard,

Pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse et ainsi apporter votre savoir en tant qu'anesthésiste-Réanimateur.

À Monsieur le Docteur Thierry Charpentier,

Pour ton implication dans ce travail de thèse. Pour ton soutien et ton aide pendant toutes ces années et tout particulièrement au cours des derniers mois. Pour m'avoir fait confiance à travers mes premiers remplacements.

A Monsieur le Docteur Serge Durivault,

Pour les réflexions réalisées tout au long de ce travail. Pour m'avoir permis d'intégrer le groupe de travail « urgences » et le CODAMUPS-TS. Et pour toutes ces années passées au sein de ce groupe de médecins extraordinaires.

A Madame la Docteur Odile Mahé-Dupré, A Madame la Docteur Marie-Christine Roy,

Pour votre confiance accordée auprès des patients. Pour m'avoir transmis votre savoir pendant les stages.

À mes parents, à ma sœur, à mon frère,

Pour votre soutien sans faille pendant ces 10 années. Vous m'avez aidé à surmonter les difficultés et les doutes rencontrés durant mon parcours. Je vous dédie ce jour le fruit de mon travail. Sachez que je vous serai à jamais reconnaissante.

A Jean-Louis et Marie-France,

Pour votre présence pendant ces années d'internat.

A Delphine,

Pour ton soutien inégalable, cette amitié vraie et qui je l'espère se poursuivra quel que soient nos parcours respectifs.

A Nicolas, « mon baleino »,

Pour cette amitié intarissable. Pour toutes ces années de soutien, des moments de rigolades qui nous ont permis d'avancer chaque jour, de ne jamais baisser les bras.

A Kim,

Pour toutes ces années passées ensemble, pour ces souvenirs inoubliables.

Et à toutes les personnes que j'ai croisées au fil de mon parcours.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES	9
<u>I - INTRODUCTION</u>	10
I-1 - SYSTEME DE SOINS NON PROGRAMMES EN FRANCE	11
I-1-a- La médecine d'urgence : Réponses au soin non programmé	11
I-1-b- Définition du soin non programmé de médecine générale	13
I-1-c- La médecine ambulatoire	15
I-1-d- Recours non programmés	18
I-2- CONTEXTE JURIDIQUE	26
I-2-a- Rapport STEG	26
I-2-b- Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST)	26
I-2-c- Pacte Territoire-Santé	27
I-2-d- Rapport GRALL : Territorialisation des activités d'urgence	27
I-3- NOUVEAUX MODES D'ACCES AUX SOINS NON PROGRAMMES EN MEDECINE GENERALE	29
I-3-a- SOS Médecins	29
I-2-b- Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS)	30
I-3-c- Centre de soins non programmés (CSNP)	31
I-3-d- Permanences médicales	33
I-4- SITUATION DU TERRITOIRE DU PAYS THOUARSAIS	33
I-4-a- Définitions territoire de santé / territoire de projet	33
I-4-b- Problématiques du territoire	34
I-4-c- Généralités sur le Pays Thouarsais	35
I-4-d- Démographie médicale de médecine générale du Thouarsais	36

I-4-e- Organisation du pôle de santé territorial Thouarsais	37
I-4-f- Offre hospitalière Thouarsaise	39
I-4-g- Objectifs de la recherche	40
<u>II – METHODE</u>	41
II-1- Méthodologie générale	41
II-2- Elaboration du guide d’entretien	41
II-3- Entretiens	43
II-4- Recueil des données	43
II-5- Analyse des données	44
<u>III – RESULTATS</u>	44
III-1- Caractéristiques des médecins interviewés	44
III-1-a- Répartition géographique	44
III-1-b- Démographie	44
III-1-c- Aspects qualitatifs et quantitatifs de l’activité	46
III-1-d- Caractéristiques des entretiens	47
III-2- Analyse des résultats	47
III-2-a- Point sur une définition	47
III-2-b- Réponse actuelle au sein du Pays Thouarsais	49
III-2-c - Réorganisation territoriale	55
III-2-d- Théories avancées	56
III-2-e - Cadre : projet de santé	62
III-2-f - Obstacles et avantages	62
III-2-g – Besoins	66

III-2-h - Réflexion sur les nouvelles structures de soins non programmés	67
III-2-i- Coordination avec les acteurs du territoire.....	69
III-2-j- Point sur les médecins hors pôle.....	72
<u>IV - DISCUSSION</u>	73
IV-1- Points forts et faiblesses de ce travail	73
IV-2- Synthèse des résultats	74
IV-2-a- La confusion des termes	74
IV-2-b- Réflexion restreinte au cabinet	75
IV-2-c- Propositions discutées	76
IV-2-d- Financement	81
IV-3- Opinions sur les centres de soins non programmés	82
<u>V – CONCLUSION</u>	83
<u>VI - LISTE DES ABREVIATIONS</u>	86
<u>VII – BIBLIOGRAPHIE</u>	88
<u>VIII - ANNEXES</u>	94
VIII-1- Annexe 1 : E-mail de premier contact adressé aux médecins généralistes	94
VIII-2- Annexe 2 : Grille entretien	94
VIII-3- Annexe 3 : Document envoyé à l'ARS sur les premiers résultats extraits des entretiens (première analyse)	97
<u>IX – RESUME ET MOTS CLEFS</u>	99
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	100

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des recours non programmés en médecine générale et dans les services d'urgence hospitaliers, par heure, en semaine.

Figure 2 : Caractéristiques des patients selon le délai de réaction.

Figure 3 : Motivations des patients admis aux urgences.

Figure 4 : Fréquence des actes diagnostiques et gestes thérapeutiques pratiqués au cours des recours urgents ou non programmés en médecine générale.

Figure 5 : Mode de sortie des urgences.

Figure 6 : Situation géographique de Thouars.

Figure 7 : Zones d'accompagnement prioritaires en médecine générale en Deux-Sèvres (2016).

Figure 8 : Les six maisons de santé pluri-professionnelles du pôle de santé du pays Thouarsais.

Figure 9 : Relevé des chiffres d'activité du CHNDS en 2015.

Figure 10 : Répartition des médecins interviewés en fonction de l'âge.

Figure 11 : Répartition des médecins interviewés en fonction de l'année d'installation.

Figure 12 : Nombre de consultations totales et non programmées par semaine et par médecin interviewé.

I - INTRODUCTION

En France, depuis quelques années, le soin non programmé (SNP) de médecine générale est une problématique nationale. Selon le rapport de la Cour des Comptes de 2014, il est constaté une **augmentation de 30% des passages aux urgences** en 10 ans malgré les 35 millions de demandes non programmées gérées par la médecine générale et un taux d'urgences vitales qui reste stable. Une des missions du médecin généraliste est de contribuer à la **continuité des soins** en assurant le premier recours incluant le SNP.

Le soin non programmé de médecine générale sera défini comme l'ensemble des demandes de médecine générale, nécessitant une réponse dans la journée, que ce soit un simple conseil médical ou bien une consultation associée ou non à un acte technique.

La réalisation de ce travail prend sa source sur des problématiques nationales grandissantes : la médecine générale se trouve confrontée à une **démographie inégalement répartie** sur le territoire français, avec des zones fragiles essentiellement en milieu rural, **l'affluence** du soin non programmé **vers les services d'urgence** responsable d'une surcharge d'admissions et enfin, **l'impact de leur fermeture ou de leur éloignement** sur la gestion du SNP. Face à cela, des réflexions de nouvelles organisations émergent, encouragées par les instances gouvernementales.

Le pays Thouarsais, directement concerné par toutes ces problématiques a constitué un territoire de prédilection pour cette étude : un haut risque de désertification médicale pour le premier recours; une offre de soin premier diversifiée avec des exercices en pôle de santé et d'autres isolés ; un manque d'attractivité du territoire; un éloignement par rapport au centre de second recours, qui va s'accroître fin 2018.

La réorganisation territoriale du Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres (CHNDS) avec l'éloignement du service d'urgence de Thouars vers Faye-L'abbesse laisse présager une augmentation des recours non programmés vers la médecine générale. Il est donc nécessaire de réfléchir à une réponse à apporter à ce bassin de population qui pourra être amené à davantage se tourner vers les médecins généralistes.

Cette étude a consisté à analyser les perceptions évolutives des médecins généralistes concernant la gestion des demandes de soins non programmés de médecine générale, au sein du Pays Thouarsais, face à la réorganisation territoriale des urgences du CHNDS.

L'hypothèse de travail consiste à se demander si l'organisation actuelle des médecins généralistes du Pays Thouarsais est suffisamment structurée avec son projet de santé, la rendant apte à apporter une réponse aux demandes de soins non programmées au sein du territoire.

I-1- SYSTEME DE SOINS NON PROGRAMMES EN FRANCE :

I-1-a- La médecine d'urgence : Réponses au soin non programmé

Les structures d'urgence prennent en charge une partie du soin non programmé de médecine générale. Il convient donc de décrire succinctement leur organisation. Le soin urgent ne fera pas l'objet de l'étude.

Les structures d'urgence assurent une mission de service public. Elles sont constituées des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU)-Centre 15, des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et des Services d'Accueil d'Urgence (SAU).

➤ **Le SAMU-centre 15**

Le SAMU est un service hospitalier qui garantit un égal accès aux soins et en tout point du territoire.

Actuellement, il a pour objectif de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations urgentes. Pour cela :

- Il assure une écoute médicale permanente 24H/24 et 7j/7.
- Il détermine et déclenche le moyen de réponse le plus adapté à la demande et dans le délai le plus rapide.
- Il organise le transport du patient et son accueil hospitalier en cas d'indisponibilité des moyens d'hospitalisation public ou privé.

- Il participe à la coordination des moyens de secours lors des situations sanitaires exceptionnelles (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile – plan ORSEC)

Lors d'un appel au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA), celui-ci est initialement pris en charge par un Assistant de Régulation Médicale (ARM) chargé d'identifier le lieu de la détresse, l'appelant et la nature de l'appel. Un tri, par l'évaluation des signes de gravité, est ensuite réalisé entre l'urgence médicale proprement dite et celle de médecine générale, qui deviendra la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA).

L'appel est ensuite transféré au médecin régulateur qui va identifier les besoins de soins et engager les moyens nécessaires. Il s'agit de l'acte primaire de la régulation médicale. A noter que le médecin régulateur a également un rôle de conseils auprès des témoins ou du patient lui-même sur les gestes à réaliser avant l'arrivée des secours. La suite de l'intervention, acte secondaire de la régulation, consiste à organiser le suivi de l'appel, et si besoin le transport et l'admission du patient en établissement de soins. Pour cela, l'ARM recueille le bilan des effecteurs (ambulance, pompiers, équipe SMUR)

En 2015, 102 SAMU-centre 15 assurent une permanence téléphonique médicale via leur CRRA sur le territoire national. Leur activité varie de 15 000 à plus de 370 000 appels régulés par an en fonction du bassin de population pris en charge (1).

➤ **Les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) :**

L'organisation hospitalière des services d'urgence est définie par le décret du 2 décembre 1965 (1). Elle impose aux hôpitaux habilités de se doter en permanence, d'au moins une ambulance servie par un ambulancier et un infirmier ou un médecin.

L'objectif principal de l'organisation de l'Aide Médicale d'Urgence (AMU) est de réduire l'intervalle libre médical, soit le temps entre l'appel et les soins spécialisés délivrés au patient. La mission du SMUR, déclenché par le Samu-Centre 15, est la prise en charge, sur place, en dehors de l'hôpital, des détresses médicales, la réalisation de soins d'urgence avant et pendant le transport du patient vers l'établissement adapté.

Les équipes de réanimation des SMUR sont la seule réponse à l'exigence de délivrance des soins urgents spécialisés en moins de 30 minutes pour tous les français. Pour les 2% de français ne disposant pas d'un SMUR à moins de 30 minutes, un médecin

correspondant (MCS) du SAMU permet d'apporter les premiers soins en attendant l'arrivée d'une équipe hospitalière (1). Ce rôle peut également être assuré par un médecin pompier volontaire dès lors qu'il répond aux exigences de formation d'un MCS et qu'il s'inscrit comme effecteur de la régulation médicale du SAMU-centre 15.

➤ **Les structures d'urgence :**

Il s'agit d'un service hospitalier qui « assure la venue des urgences non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24h sur 24 et tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale » (Art. R. 712-65 du code de la santé publique (créé par décret n° 95-647)) (2).

La structure d'urgence est généralement organisée en filières de prise en charge. On y retrouve la salle d'accueil des urgences vitales qui prend en charge les patients graves. Elle dispose d'une filière « courte », de prise en charge rapide et d'une filière dite « longue » pour les patients nécessitant plusieurs examens complémentaires et/ou devant être hospitalisés. Et lorsque cela est nécessaire, une filière psychiatrique est présente.

I-1-b- Définition du soin non programmé de médecine générale

La notion de soin non programmé fait l'objet d'une grande **ambiguïté** et peine à trouver une définition univoque. Il est nommé de diverses manières, à l'appréciation des consultants et selon les besoins des études réalisées.

Il est aussi possible de le décliner de la manière suivante (3) :

- **Les urgences** : situation estimée par le patient comme pouvant nécessiter une réponse immédiate ou quasi-immédiate.
- **Les situations non urgentes** : situation estimée par le patient comme pouvant nécessiter une réponse ne pouvant attendre le lendemain ou l'ouverture des cabinets.
- **Les situations de service** : situation estimée par le patient comme légitimant la réponse la plus confortable pour lui.

L'urgence en matière de santé est souvent définie comme « *un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage* » (Claude EVIN) (1). Cette définition souligne le fait que l'urgence répond à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée, quelle que soit la gravité du problème.

On appréhende à ce moment que la perception du soin non programmé est **fonction de l'évaluateur**. Elle peut varier selon qu'il s'agisse d'un patient, d'un médecin généraliste ou bien encore d'un médecin urgentiste. En effet, pour le médecin urgentiste, le positionnement va se porter sur l'existence d'une urgence vitale ou non. Pour le médecin généraliste, il s'agit plutôt de soins non programmés qui vont désorganiser ou interrompre son activité. Concernant les patients, la principale préoccupation est le besoin d'être pris en charge rapidement. (4)

Ce qui peut rendre encore plus complexe l'obtention d'une définition consensuelle est l'utilisation de la **notion d'urgence** au sein de cette définition. Par exemple, la commission de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) d'Ile de France définit le SNP comme des demandes prises de manière inhabituellement rapides sans être nécessairement urgentes (5).

Une **notion de délai** de prise en charge est introduite dans quelques définitions mais celle-ci n'est également pas consensuelle, variant entre une demi-journée (6) à une journée (7).

Une Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) est utilisée par les spécialistes de l'urgence afin d'évaluer la gravité des patients. Les deux premières classes correspondent à des états qui ne sont pas jugés susceptibles de s'aggraver. La différence entre les niveaux 1 et 2 étant liée à la réalisation d'un acte diagnostique ou thérapeutique. La CCMU 3 correspond à un état susceptible de s'aggraver aux urgences sans mise en jeu du pronostic vital, contrairement aux CCMU 4 et 5 qui nécessitent des actes lourds, voire un recours à la réanimation (CCMU 5) pour préserver le pronostic vital menacé. Cette échelle n'est pas adaptée aux enfants de moins de 6 ans et aux patients relevant d'une prise en charge exclusivement psychiatrique (8).

Afin d'exclure toute ambiguïté, et au vu des définitions retrouvées dans la littérature, le soin non programmé de médecine générale pourrait être défini comme :

L'ensemble des demandes de médecine générale, avec une réponse donnée dans la journée, que ce soit un simple conseil médical ou bien une consultation associée ou non à un acte technique.

I-1-c- Médecine ambulatoire

➤ **Le soin primaire au 21^e siècle**

La médecine générale est une spécialité médicale dédiée aux soins primaires ambulatoires. La définition européenne de la **WONCA 2002** développe une vision consensuelle de ce que les médecins généralistes devraient fournir aux patients comme services médicaux. L'article L1411-11 du Code de Santé Publique précise que « l'accès aux soins de premier recours est défini dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance, de temps de parcours, de qualité et de sécurité des soins » (9). Parmi toutes les missions connues afin d'assurer l'accès à ces soins, devrait être prise en compte la santé de la population dans un **territoire** concerné en application des directives des **Projets de santé régionaux**.

La médecine de premier recours offre à la population une réponse ambulatoire, avec un accès ouvert, non trié, au stade initial comme évolué de la maladie. La meilleure définition du médecin de premier recours est « *un médecin qui peut donner une réponse pour 90% des patients, dans 90% du temps et dans 90% des situations* » (10). Les compétences du médecin généraliste sont en ce qui concerne ce travail, de contribuer à la **continuité des soins** en assurant le premier recours.

➤ **Continuité des soins**

La continuité des soins fait partie de la définition de la médecine générale défini par la WONCA en 2002. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit, dans la durée, une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée. (11). Elle est aussi un **devoir du médecin** de par le Code de déontologie. De même, la Loi Hôpital, Patient,

Santé et Territoire (HPST) le réaffirme au sein d'un sous chapitre intitulé : "Continuité des soins en médecine ambulatoire" : "La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence." (12)

Assurer la continuité des soins impose de prendre en charge le soin non programmé du ressort du médecin généraliste. Face aux problématiques décrites par la suite, depuis les 20 dernières années, les maisons et pôles de santé pluri-professionnels se développent. Les enquêtes Baromètres santé généralistes montrent que l'exercice en groupe est aujourd'hui majoritaire (13). L'exercice en maison de santé pluri professionnelle se positionnerait comme une voie d'avenir de l'exercice médical en ville. Il favoriserait le maintien d'une offre de santé sur les territoires aujourd'hui défavorisés en améliorant les conditions d'exercice et le cadre de travail. Ceci laisse apparaître des possibilités de prise en charge du soin non programmé en journée.

➤ Problématiques actuelles

- En médecine générale :

Le système de santé actuel doit continuellement s'adapter aux enjeux sanitaires tels que le vieillissement de la population mais aussi économiques responsable d'une montée des inégalités sociales de santé. La stratégie nationale de santé propose une « révolution du premier recours » pour organiser le soin autour du patient et garantir un accès égal à tous avec une réponse aux demandes de soins dans le milieu de vie du patient.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a souligné que l'exercice libéral souffrait, depuis une dizaine d'années, d'un désintérêt croissant au profit de l'exercice salarié et plus particulièrement hospitalier (14). Par conséquent, on fait face à une **répartition anarchique de praticiens** qui malgré leur nombre, ne parviennent pas à satisfaire la demande en soins sur l'ensemble du territoire français. En cause, les changements démographiques et sociologiques des professions libérales (14). Ceci est confirmé par une enquête nationale réalisée auprès d'internes de médecine générale entre Juillet 2010 et Janvier 2011 (15), ayant eu pour objectif de décrire les principaux facteurs individuels (liés aux caractéristiques des internes) et contextuels (liés aux caractéristiques de la formation et de la démographie

médicale régionale), qui mènent à l'appropriation d'un projet d'installation en ambulatoire chez les internes de médecine générale

- L'activité libérale paraît **de moins en moins attractive**, ce qui s'explique avant tout par les contraintes d'un tel statut (charges administratives, horaires variables...).

- La carte du CNOM de 2012 rend compte de l'existence d'une dizaine de régions, situées dans le centre du territoire français, où le nombre de médecins diminue, ou au mieux stagne, malgré les mesures prises par les pouvoirs publics. Ceci peut s'expliquer par des **difficultés à remplacer les départs en retraite**. Les jeunes praticiens n'ont plus les mêmes aspirations : ils étudient, avant leur installation, leur future charge de travail, l'environnement et sa compatibilité avec leur exercice et celui de leur conjoint. La décision du type de pratique et de l'organisation du temps de travail se prend en fonction d'un mode de vie espéré et la maturation du projet professionnel se fait d'autant plus facilement que les projets personnels et familiaux se stabilisent.

- La **féminisation de la profession** est avancée comme cause de ces changements démographiques. Les femmes médecins considèrent des critères tels que l'éducation des enfants, la qualité de vie ou la carrière du conjoint comme les éléments les plus déterminants pour leur installation, contrairement aux hommes qui privilégient plutôt les aspects financiers.

Pour répondre à ces inégalités territoriales, l'accès au premier recours nécessite de **rendre attrayante l'implantation** sur les zones fragiles. Divers leviers existent : la **formation initiale** qui constitue un premier contact avec la médecine générale, **l'amélioration des conditions de travail** par une participation des tutelles concernant les moyens opérationnels et financiers, puis **les aides et l'accompagnement** à des modes d'exercice regroupés et pluri-professionnels.

L'exercice en groupe est aujourd'hui majoritaire. La part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43% en 1998 à 54% en 2009. (13) Le regroupement semble par ailleurs transformer le rythme de travail hebdomadaire des généralistes sans pour autant modifier leur volume d'activité sur la semaine : Dans les structures regroupées, les médecins travaillent plus souvent moins de cinq jours mais réalisent

plus d'actes par jour que leurs confrères exerçant seuls. La pratique de groupe est aussi associée à un mode d'exercice qui laisse une plus grande place à la formation, l'encadrement des étudiants et s'appuie également plus fréquemment sur l'outil informatique. Face à l'ensemble de ces éléments, on peut penser que l'exercice en maison de santé pluri professionnelle favoriserait le maintien d'une offre de soins et de services de santé sur les territoires aujourd'hui fragiles, en améliorant les conditions d'exercice et le cadre de travail.

- **Pour les structures d'urgence :**

D'autre part, **les parcours de santé** secondaires, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux et tertiaires se complexifient au sein du territoire Français. Ceci est lié aux **fermetures des structures hospitalières de faible importance** en faveur d'un regroupement professionnel. Ceci impacte le soin non programmé par l'éloignement des services d'urgence et du plateau technique associé.

D'autre part, sur certains territoires, le deuxième recours pose problème en matière de démographie médicale, fragilisant la prise en charge des patients. Il est souhaité que ces accès aux soins secondaires et tertiaires soient régulés, notamment les dispositifs d'urgence ambulatoire en donnant des moyens suffisants à leur développement comme à l'hôpital.

I-1-d- Recours non programmés

Une **enquête nationale** a été réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en **2004** (17) sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale. L'objectif était d'identifier les circonstances, trajectoires, motifs et déterminants des recours « en urgence » en médecine générale. Elle a intéressé l'ensemble des médecins généralistes et les médecins de SOS médecins ou des urgences médicales de Paris.

La définition posée concernait les recours urgents et non programmés, et prenait en compte l'ensemble des situations suivantes :

- Les urgences médicales repérées comme telles par le médecin,
- Les recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet,

- Les recours ayant lieu pendant les horaires d'ouverture du cabinet du médecin avec des patients déclarant avoir eu « besoin de voir un médecin dans la journée »,
- Les recours aux médecins des associations urgentistes de villes.

En 2004, il était estimé à **35 millions** le nombre de recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville pendant que les services d'urgence des hôpitaux enregistraient 14 millions de passages. (17)

Au plan national, les recours urgents ou non programmés représentent **11% de l'activité des médecins généralistes** hors associations d'urgentistes et 12% avec ces derniers. (17)

Une étude réalisée en Franche-Comté en 2012 (6) démontre que les médecins généralistes répondent en moyenne à **6.6 demandes de soins non programmés par jour**. Le **nombre moyen de refus** pour une prise en charge le jour même est, toutes spécialités confondues, de **1.75 patient par médecin**. Pour répondre à ces demandes, les médecins généralistes s'organisent en réservant des **plages spécifiques** dans leur agenda, pour 46% d'entre eux. Malgré cela, 42% des médecins reçoivent des patients non programmés supplémentaires. Ceci est à rapprocher avec les propos de Mme Marisol Touraine qui « *parie sur les maisons de santé pluridisciplinaires et les services d'urgence hospitaliers pour gérer le soin non programmé* » (18).

➤ **Caractéristiques des patients :**

Les patients ayant recours à un généraliste pour un soin non programmé sont pour 55% d'entre eux âgés de moins de 45 ans. Les jeunes de moins de 13 ans représentent 22% des recours non programmés et 26% pour la tranche d'âge 25-45 ans (17).

➤ **Circonstances des recours :**

82 % des recours urgents ou non programmés en médecine de ville ont lieu **en journée**, entre 8h et 20h (17) contre 65% pour les services d'urgence (19).

En semaine, **deux pics de demande de soins non programmés** sont observés : de 10h à 11h et de 18h à 19h, qui représentent respectivement 12% et 9% de l'activité non

programmée journalière des médecins généralistes. Cette décomposition est assez superposable avec celle des urgences hospitalières où l'on observe malgré tout une décroissance de la fréquentation plus progressive qu'en ville. (Figure 1)

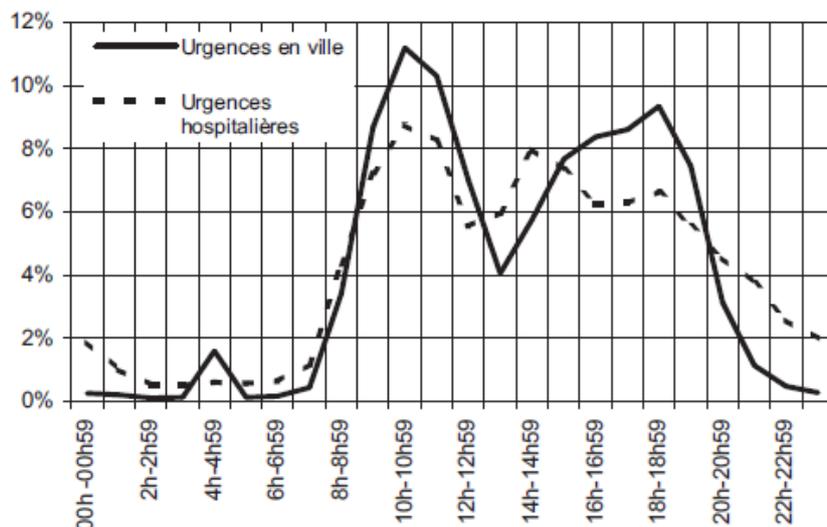


Figure 1 : Répartition des recours non programmés en médecine générale et dans les services d'urgence hospitaliers, par heure, en semaine – Enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale (DREES, 2002) et sur les services d'urgence hospitaliers (DREES, 2004).

Un quart des patients ont pris la décision de contacter un généraliste en urgence dans la demi-journée qui a suivi l'apparition du problème. La médicalisation du problème est d'autant plus rapide que le patient est jeune ; 28% des recours relatifs aux nourrissons et 31% des consultations non programmées des enfants de plus de 2 ans sont décidées dans la demi-journée. On peut remarquer que la majorité des recours demeure concentrée dans le délai **d'une demi-journée à deux jours** et concerne davantage les nourrissons et les enfants de moins de 12 ans. (20) (Figure 2)

	Moins d'1/2 journée	1/2 journée à 2 jours	Plus de 2 jours
Moins de 2 ans	27,9	45,0	27,1
3 à 12 ans	31,2	46,8	22,0
13 à 24 ans	29,2	34,1	36,7
25 à 44 ans	21,7	30,0	48,3
45 à 69 ans	20,6	26,5	52,9
70 ans et +	32,0	24,3	43,7
Homme	26,7	33,6	39,7
Femme	24,7	32,0	43,3
Bénéficiaire de la CMU complémentaire	21,1	39,0	39,9
Non bénéficiaire de la CMUC	25,8	32,2	42,0
Douleur	26,9	34,6	38,5
Angoisse	32,6	24,8	42,6
Allègement, forte indisposition	31,0	36,6	32,4
Démangeaison, difficulté à respirer	22,3	33,9	43,8
Fièvre	25,1	44,5	30,4
Diarrhée, vomissements	33,6	35,2	31,2
Saignement	39,7	18,8	41,5
Malaise	46,5	25,4	28,1
Accident, agression	40,0	28,9	31,1
Suivi médical régulier	14,5	24,4	61,1
Besoin d'examen	27,6	26,1	46,3
Crainte d'un problème grave	28,2	30,4	41,4
Traitement antérieur infructueux	18,1	26,4	55,5
Douleur à soulager	24,7	33,0	42,3
Besoin d'une ordonnance, d'un certificat	22,4	32,8	44,8
Automédication et médecin vu avant	15,7	34,3	50,0
Automédication seulement	16,9	37,6	45,5
Médecin vu avant seulement	26,0	26,6	47,4
Le patient n'a rien fait avant	35,9	30,5	33,6
Ensemble	25,6	32,7	41,7

Figure 2 : Caractéristiques des patients selon le délai de réaction (en %) – Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale – DREES 2004.

➤ **Motifs de recours :**

Le principal symptôme à l'origine de ces consultations non programmées en médecine de ville s'avère être **la douleur** rapportée par **75% des patients**, contre 42% en service d'urgence.

D'autres symptômes sont exprimés, chacun, par un patient sur trois environ : une gêne telle qu'une difficulté à respirer ou une démangeaison, la nécessité de garder le lit ou une forte indisposition, la fièvre ou encore un sentiment d'angoisse. Diarrhées ou vomissements sont mentionnés dans un recours urgent sur cinq et un patient sur dix déclare avoir été victime d'un malaise. Quant aux personnes âgées, l'angoisse est un symptôme plus fréquemment déclaré (44% des plus de 70 ans).

Les enfants, et notamment les moins de 2 ans, sont particulièrement concernés par une gêne (55% de cette classe d'âge), une fièvre (63% et 55% des 3 à 12 ans), des diarrhées ou des vomissements (30% des moins de 2 ans) (20).

80% des consultations non programmées, tout âge confondu, en médecine générale sont motivées par une **affection aigue**. Elles concernent plus de 90% des enfants de 0 à 12 ans et des jeunes patients de 13 à 24 ans. Dans les services d'urgence hospitaliers, la traumatologie est dominante avec 45% des admissions contre 9% en médecine de ville. (17)

Le diagnostic principal porté par les médecins généralistes concerne une **maladie infectieuse** dans près de 22% des cas. Chez les enfants (0-12ans), jeunes adultes (13-24ans) et adultes jusque 44 ans, les consultations en urgence sont liées à une maladie infectieuse ainsi qu'aux causes ORL-ophtalmologique-stomatologique. Après cet âge, ces causes se raréfient et on retrouve les **origines rhumatologiques** ainsi que les **pathologies cardiovasculaires** en premier lieu. (17)

Il est important de noter que les médecins mais aussi les patients, jugent **dans 90% des cas le recours dans la journée justifié**. (20)

➤ Comportements des patients

Une enquête nationale a été réalisée par la DREES le 11 juin 2013 (19), auprès des structures d'urgence hospitalières générales et pédiatriques de France métropolitaine et des Départements d'Outre-Mer. Elle a permis d'obtenir une photographie de l'activité des services d'urgence, de décrire la genèse des recours, les conseils reçus par les patients ainsi que leurs motivations avant l'arrivée dans les services d'urgence.

Au travers de cette enquête, il est constaté que **plus de 53% des patients se rendent aux urgences pour une situation ayant débuté le jour même**. Elle date de la veille pour 15% des patients et de plusieurs jours pour 29%.

Les raisons invoquées sont diverses et sont explicitées dans la figure ci-dessous. (Figure 3). En majorité, la venue aux urgences est pour un motif médical : accident et conseil médical représentent les causes principales. Cependant, la venue pour cause d'accessibilité aux soins représente une part non négligeable. A contrario, la venue aux urgences par défaut de médecins ne représente qu'une part infime.

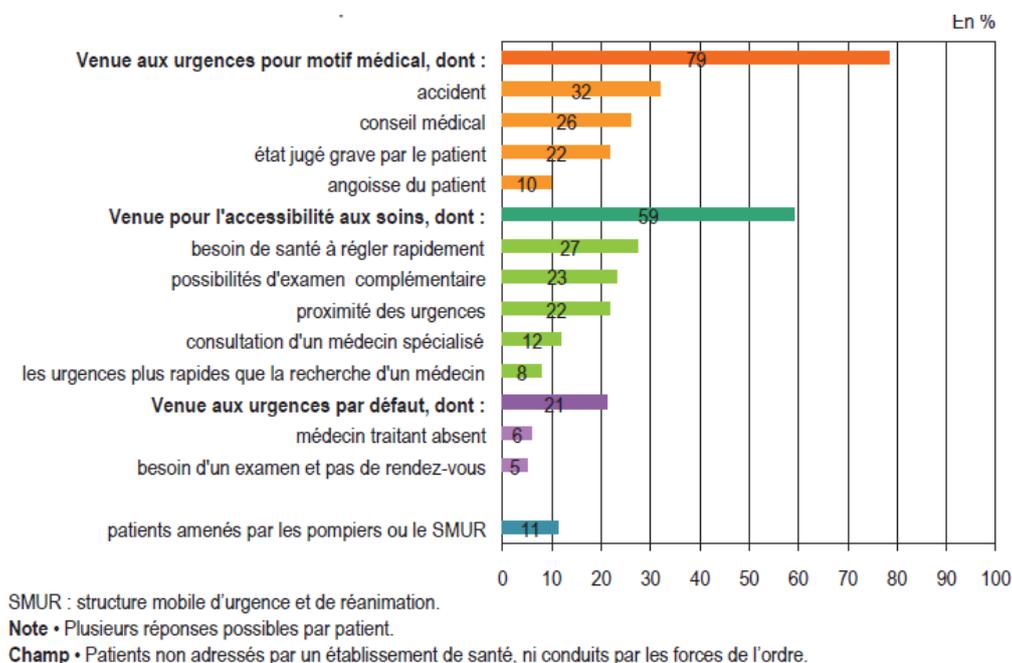


Figure 3 : Motivations des patients admis aux urgences – Enquête urgences Juin 2013, DREES

Une étude réalisée entre Juillet 2003 et Mars 2004, dans quatre établissements de Haute Normandie s'est intéressée aux patients consultant de leur propre chef dans les services d'urgence (21). 4 groupes ont été constitués : Les patients du premier groupe (35.4%) ont indiqué s'être rendus directement à l'hôpital en raison de la facilité de cette démarche, les seconds (23.1%) ont affirmé que leur médecin traitant était indisponible, tandis que l'on trouvait dans un troisième groupe (19.2%) des patients ayant consulté quelques temps auparavant un praticien libéral mais qui s'inquiétaient de la persistance de leurs troubles. Dans le dernier ensemble (22.3%), on trouvait des malades conduits aux urgences par leur famille ou par les pompiers.

Parmi le premier groupe, la déclaration d'un médecin traitant était également moins importante (90% contre une moyenne de 96% dans les trois autres groupes). Malgré tout, le fait d'avoir un médecin traitant ne les empêche pas d'ignorer le système libéral : 69.2% des patients ayant recours directement au service d'urgence pour raison de facilité déclarent consulter d'abord leur médecin traitant contre une moyenne de 83.2% dans les 3 autres groupes.

➤ **La réponse médicale :**

Selon les estimations réalisées par les médecins pour chacune des séances non programmées, leur durée est évaluée à un peu moins de 18 minutes alors qu'une consultation programmée dure en moyenne, en 2002, 15 à 16 minutes. La durée de la consultation non programmée augmente avec l'âge des patients et avec la gravité tant psychologique que somatique du recours. (17)

Un peu plus d'un tiers des séances urgentes sont suivies d'une orientation du patient vers d'autres soins. Il peut s'agir, dans seulement **5% des cas, d'une hospitalisation**, le plus souvent immédiate, ou dans 34% des cas, d'un recours à un généraliste ou à un spécialiste. Les problèmes traumatiques ou psychiques semblent favoriser la décision du médecin d'hospitaliser immédiatement son patient (17). Lors d'un recours non programmé en médecine générale, hormis les examens cliniques qui sont pratiqués de manière systématique, les autres actes diagnostiques et gestes thérapeutiques réalisés sont en premier lieu représentés par des conseils de prévention et d'hygiène de vie pour 20% des cas. Une écoute et aide psychologique est réalisée dans 17% des consultations non programmées. Les actes techniques tels que la réalisation d'un pansement, d'une injection, d'un électrocardiogramme sont beaucoup moins fréquents (Figure 4) (17).

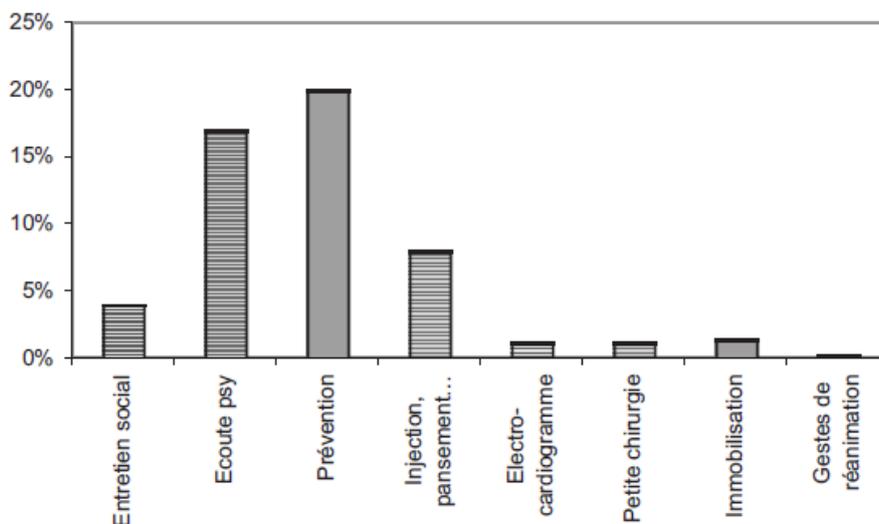


Figure 4 : Fréquence des actes diagnostiques et gestes thérapeutiques pratiqués au cours des recours urgents ou non programmés en médecine générale – Enquête sur les recours urgents ou non programmés de médecine générale – DREES 2004.

En parallèle de la consultation, il y a le conseil médical. Selon l'enquête de l'URPS de Franche-Comté de Juin 2014, les médecins généralistes affirment donner **4 conseils médicaux par jour**. (18)

Dans les services d'urgences, sur l'ensemble des passages du 11 Juin 2013, **76% repartent à leur domicile**, 20% sont hospitalisés, 2% quittent les urgences sans attendre et 0.5% le font contre avis médical (Figure 5). La part des patients hospitalisés est plus élevée quand le conseil final de se rendre aux urgences émane d'un médecin, du SAMU ou des pompiers : 30% versus 10% pour les patients venus de leur propre initiative (19).

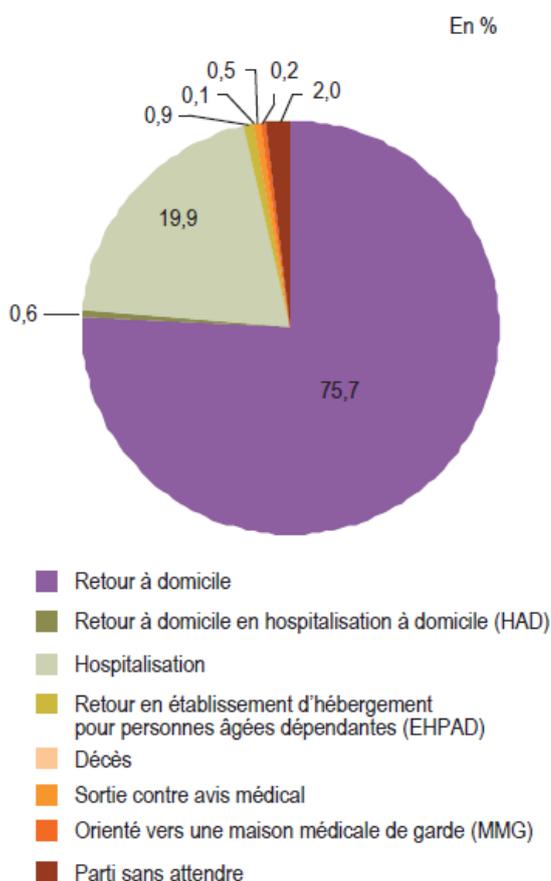


Figure 5 : Mode de sortie des urgences – DREES, enquête urgences Juin 2013.

Depuis la publication d'une circulaire en Juin 2015, l'ARS, en lien avec les SAMU et les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), peuvent identifier en amont les structures autres que les urgences acceptant d'accueillir les patients

I-2- CONTEXTE JURIDIQUE

Les enjeux dans la prise en charge du soin non programmé exigent des réflexions permanentes.

I-2-a- Rapport STEG

Suite au **rapport « STEG »** ou « **rapport sur la médicalisation des urgences** » (22) datant de 1993, il a été démontré une désaffection des médecins libéraux aux heures ouvrables en raison de la désorganisation induite par les « urgences » dans un planning organisé sur rendez-vous et de la pratique moindre des petits gestes de traumatologie. Ce rapport souligne également un « grand déséquilibre » entre un faible **taux d'urgences majeures restant plutôt stable**, et un **grand nombre d'actes de soins non programmés relevant de la médecine générale**. Cette évolution négative est mise en lien avec une **insuffisance d'implication des médecins généralistes** dans les recours non programmés de médecine générale et le **consumérisme des patients**.

I-2-b- Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST)

La **loi HPST** du 21 Juillet 2009 est un projet d'organisation sanitaire et avait pour objectif la mise en place d'une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.

Un des axes porte sur le renforcement des liens entre l'hôpital et la médecine de ville. Le texte clarifie l'articulation entre les établissements de santé, la médecine de ville et le secteur médico-social dans le but de fluidifier le parcours de soins et désengorger les services d'urgence. Ainsi, afin d'éviter le recours systématique aux urgences, l'implication de la médecine générale est requise via un exercice regroupé des professionnels au sein de maison de santé, centre ou pôle de santé.

D'autre part, la loi HPST centre son action sur la **territorialisation de l'offre de soins** et lutte contre l'absence d'articulation des programmes de santé. Pour cela, des **Projets Régionaux de Santé** (PRS) sont mis en place pour fédérer les initiatives des acteurs et définir des objectifs communs. Ce dernier est construit sur des documents supports tels que le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), outils opérationnels des PRS. La loi de Modernisation de la Santé du 21 janvier 2016, renforce le besoin d'une organisation territoriale basée sur un **diagnostic territorial** (23).

I-2-c- Pacte Territoire-Santé

Le pacte territoire santé I (24) mis en œuvre à partir de 2012, sous la gouvernance de Mme Marisol Touraine, Ministre de la Santé à cette période, a pour objectif de donner un accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire français. Les actions menées apportent des réponses à la désertification médicale et aux inégalités territoriales en termes de santé en partie via l'engagement 12. Ce dernier a pour but de favoriser le regroupement professionnel et ainsi améliorer la prise en charge complète des patients.

Il sera révisé en 2015 en proposant des mesures afin de s'adapter aux besoins des médecins et des territoires. Au travers de l'engagement 10, l'enjeu est d'organiser la **collaboration des professionnels libéraux au niveau d'un territoire**. Il est proposé d'accompagner financièrement les médecins libéraux adoptant une **organisation innovante** permettant d'apporter une **réponse aux besoins locaux de soins non programmés** et ainsi éviter les recours inutiles aux urgences (25).

I-2-d- Rapport GRALL : Territorialisation des activités d'urgences

Une réflexion sur la prise en charge territoriale des urgences hospitalières a été menée en Juillet 2015 dirigée par le Dr GRALL sur la territorialisation des activités d'urgence, à la demande de la Ministre de la Santé, Mme Marisol Touraine (22).

Depuis le rapport STEG, des évolutions ont eu lieu telles que :

- Le développement de **structures privées type SOS médecins** permettant parfois de pallier à l'impossibilité d'accéder à un médecin.

- Une **structuration de la médecine générale** via les maisons et pôles de santé, faisant apparaître des possibilités de prise en charge du soin non programmé en journée.

Malgré ces évolutions, le « **grand déséquilibre** » continue de s'aggraver : le déport massif de ces demandes inopinées vers les services d'urgence déresponsabilise la médecine générale pour la prise en charge de ces soins, qui sont cause de désorganisation d'un planning déjà tendu chez des praticiens souvent surchargés dans un contexte de diminution des installations en médecine générale.

A ce jour, le médecin urgentiste est amené à prendre en charge nombre de situations ne relevant pas de ses compétences directes. Pour développer la réflexion territoriale, l'optimisation des ressources passe par **l'adaptation de l'intervenant médical à la nature de la demande**. Les médecins urgentistes doivent bénéficier d'un recentrage de leur activité sur le soin urgent alors que les médecins généralistes se doivent de retrouver leur rôle dans le soin non programmé relevant de leur compétence.

Les propositions du rapport Grall répondent à quatre types de dispositions qui sont :

- Permettre un accès aux soins de qualité sur les territoires pour la population.
- Etablir des niveaux pour les structures prenant en charge les urgences.
- Optimiser la ressource en compétences de médecin urgentiste.
- Améliorer l'accessibilité des patients au système de soins ne relevant pas de l'urgence vraie.

Des propositions de réponse extra-hospitalière sont avancées pour réorganiser la prise en charge des patients ne relevant pas de l'urgence vraie :

- **Elargir les horaires des maisons médicales dites « de garde »**, au plus proche des services d'urgences, et au regard des besoins. Il est proposé une ouverture diurne en jours ouvrables. Ainsi l'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences pourrait orienter le patient vers le médecin généraliste, et en amont du service d'urgence. Afin de favoriser l'implication des établissements dans ce dispositif, il conviendrait de réviser le financement des services d'urgence en préservant le forfait « structure » par l'inclusion des passages vers la maison médicale d'un forfait Accueil et Traitement des Urgences (ATU) et par un paiement à l'acte du médecin généraliste.

- Organiser au sein du réseau de territoire une **filière de prise en charge de la « petite » traumatologie**. Doivent donc être identifiés au sein de ce réseau, les acteurs et structures de soins non programmés en capacité de prendre en charge les demandes inopinées.

- Instaurer une **lettre clé « acte non programmé »** pour les médecins libéraux participant au réseau. Cette lettre clé spécifique pourrait être instaurée en analogie avec ce qui existe déjà pour les visites. Ceci pourrait être considéré comme un « ATU-like ». Avant de généraliser une telle mesure, il serait nécessaire de mettre en place une expérimentation avec une évaluation sur un an. L'indicateur de suivi de cette mesure serait l'observation de l'évolution des passages aux urgences.

I-3- NOUVEAUX MODES D'ACCES AUX SOINS NON PROGRAMMES EN MEDECINE GENERALE

Au cours des vingt dernières années, le développement de structures telles que « SOS médecins » a constitué une alternative quasi exclusivement pour les populations urbaines dans le soin non programmé. A ce jour, des idées et organisations émanent afin de pallier parfois à l'engorgement des services d'urgences et dans d'autres cas à la fermeture des « petites » structures d'urgences, pendant les heures d'ouverture des cabinets des médecins libéraux.

I-3-a- SOS médecin

SOS médecin est le premier réseau libéral d'urgence et de permanence des soins. Après cinquante années d'expérience, ils occupent une place importante dans la prise en charge des « urgences » non vitales. Les plateformes téléphoniques reçoivent 6 millions d'appels par an. Plus de 2.5 millions de visites à domicile et de consultations sont effectuées par ces médecins (26).

La fédération SOS Médecins France regroupe 62 associations réparties au niveau national, essentiellement dans les grandes villes. Le nombre de personnes pouvant faire appel à SOS médecins est de l'ordre de 35 millions, ce qui représente une couverture de 60% de la population française et 90% des villes de plus de 100 000 habitants.

Une des constatations faite par l'association est que la part de SOS effectuée aux heures d'ouverture des cabinets médicaux est en augmentation. Les médecins de ville ont de plus en plus de difficultés à inscrire dans leur activité quotidienne, la prise en charge du soin non programmé. Cette association de médecins rapporte que 40 à 45% de leurs actes sont réalisés sur la période d'ouverture des cabinets de médecine générale. (26)

I-3-b- Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS)

La loi HPST a permis le développement du regroupement de professionnels de santé au sein de maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires.

La **plateforme alternative d'innovation en santé** consiste à mettre en **réseau** des médecins généralistes qui exercent en cabinet médical, **isolés ou regroupés**, sur **un même territoire**. PAIS vise à réorganiser la médecine de proximité afin que la permanence des soins de ville, la prévention et l'éducation retrouvent une place prépondérante dans le système de soins. Les motivations principales sont **d'améliorer l'accès aux soins** et de **diminuer au maximum l'hospitalo-centrisme**, générateur de dépenses inutiles. Cette organisation a aussi pour ambition d'attirer de jeunes praticiens (27).

L'expérimentation a débuté en Octobre 2009 à Saint-Georges-sur-Cher, commune du Loir et Cher. A l'heure actuelle, PAIS concerne 12 médecins généralistes, 3 sites soit 48 000 habitants. Selon un des créateurs, Patrick Expert, Directeur financier du Centre Hospitalier de Blois, cette organisation n'est pas compatible partout : « *Cela ne sert à rien de la mettre en place dans des zones sur-dotées ou sous-dotées en médecins généralistes* » (28). Comparativement, au 1^{er} Janvier 2015, la densité de médecins généralistes en activité régulière sur le Loir-et-Cher est de 131 pour 100 000 habitants contre 136 médecins pour 100 000 habitants dans les Deux-Sèvres. (29)

Les médecins volontaires signent une convention les engageant à organiser la prise en charge des demandes imprévues entre 8h et 20h du lundi au vendredi et entre 8h et 12h le samedi.

Une **mise en commun de dossiers informatiques** par le groupement de coopération de *Télesanté Centre* permet d'améliorer la prise en charge des patients.

Le financement est assuré en partie par des **structures sanitaires publiques** : l'ARS par l'intermédiaire du Fond d'Intervention Régional (FIR) et du Fond National de Prévention et d'Education en Information Sanitaire (FNPEIS) et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Loir-et-Cher. Des structures privées financent également ce projet : la Mutualité Française du Centre Harmonie Mutualité, le groupement de coopération sanitaire Télésanté Centre ainsi que des collectivités locales.

Pour les médecins généralistes adhérents, un paiement forfaitaire de 100 euros leur est alloué par journée d'astreinte. Un complément financier pour renforcer et développer le secrétariat ainsi que pour alléger les médecins des tâches administratives est également prévu.

Un travail de thèse a été réalisé en 2013 afin d'évaluer le retentissement de la PAIS sur la fréquentation des services d'urgence de Blois et de Romorantin-Lanthenay entre 2009 et 2012. Il est démontré une **diminution significative du recours aux urgences** des communes où la PAIS est implantée depuis **plus de 3 ans**. Par contre dans les cantons où le nombre de médecins adhérent n'atteint pas 4 ou bien si la création date de moins de 3 ans, les résultats sont non significatifs voire même les recours aux urgences s'accroissent. Ainsi, pour que ce projet soit viable, il nécessite **au moins 4 médecins au sein d'un canton**. (27).

Un travail de thèse plus précoce, réalisé en 2012, a eu pour objectif d'évaluer la différence de fréquentation des services d'accueil des urgences de Tours, Blois et Amboise avant et après la mise en place du projet PAIS. Cette étude a démontré que le dispositif PAIS a permis de ralentir significativement l'accroissement du flux de patients aux urgences et de réduire le nombre de passages de personnes âgées, à défaut de réduire le nombre total de passages. (30)

I-3-c- Centre de Soins Non Programmés (CSNP)

Dans le **rapport GRALL** (22), des propositions sont avancées quant à une stratification des structures d'accueil des urgences représentant des niveaux différents. Le pivot du dispositif serait la régulation médicale. Il pourrait être distingué 3 types de structures :

- Des **services d'urgence**, territoriaux pour la plupart, correspondant assez bien aux services d'urgence actuels, disposant d'un plateau technique et de spécialistes. Ils pourraient être

localisés uniquement dans l'établissement siège du Groupement Hospitalier Territorial (GHT). Il existera également un niveau d'urgence régional avec des services d'urgence ayant directement accès à des recours spécialisés.

- Des **antennes de service d'urgence**, qui n'ont pas pour vocation à prendre en charge toutes les urgences. La télé-imagerie doit être développée et constituer l'épine dorsale du lien fonctionnel avec les services d'urgence territoriaux.

- Des **centres de soins non programmés (CSNP)** ou centres de soins immédiats. Ces structures s'inscriraient dans le réseau territorial d'accès aux soins non programmés. Des maisons de santé ou autres établissements de santé privés ou publics pourraient ainsi être labellisés par l'ARS en tant que CSNP. Les patients qui pourraient relever de ce centre seraient adressés par la régulation médicale.

Ces centres assurent les soins des patients dont le pronostic vital n'est pas engagé mais pouvant difficilement être pris en charge dans un cabinet de médecine générale et ne nécessitant pas d'un plateau technique conséquent (uniquement radiologie et biologie). Ils sont donc censés être **complémentaires** de la médecine de premier recours. Quelques exemples : les soins de petite chirurgie (plaies, entorses, fractures), la prise en charge des malaises sans caractère de gravité et les examens préalables aux hospitalisations.

Aucun financement spécifique ne serait alloué mais le fonctionnement serait basé sur une majoration des actes par une clé ad hoc.

Le premier CSNP à avoir ouvert ses portes en Mars 2016, se trouve en Normandie, à Valognes. Les horaires d'ouverture sont : 8h - 18h30 avec fermeture le week-end et durant les vacances scolaires. Les problématiques de **continuité des soins**, de **démographie médicale** et **d'activité constatée d'urgence moindre** (<10 000 passages par an et se situant à moins de 30 minutes d'une structure d'urgence et/ou d'un SMUR), ont été autant de raisons pour débiter l'expérimentation de ce CSNP en Normandie (31).

Un cahier des charges (31) a été construit suite à cette expérimentation. Le profil de patients est de type **CCMU 1 et 2, sans difficultés de régulation en amont et d'orientation en aval**. L'effectif requis est un médecin présent sur site aux horaires de fonctionnement. Celui-ci disposera de compétences de médecin urgentiste ou non. Le recrutement est donc ouvert aux médecins non urgentistes **formés aux gestes d'urgence**.

I-3-d- Permanences médicales

Les **permanences médicales** (32) sont des structures **privées**, non accolées à des services d'accueil des urgences ou à ces CSNP. Leur mode de fonctionnement ressemble à celui d'un cabinet de groupe type Société Civile de Moyen (SCM) mais leur amplitude de fonctionnement est différente : 7 jours sur 7, de 9h à 21h ou 22h. Ces structures accueillent, **sans rendez-vous**, des patients de tous âges ayant un besoin réel ou ressenti de prise en charge rapide et adaptée. Elles disposent d'un plateau technique et de matériel plus important que la plupart des cabinets médicaux traditionnels (matériel pour immobilisation plâtrée...).

L'exemple des Bouches du Rhône nous explique que 9 permanences médicales sur 11 fonctionnent avec un seul médecin et deux d'entre-elles prévoient un médecin supplémentaire pour les périodes d'affluence. Les motivations des médecins pour ce type de structure sont issues d'une qualité de vie augmentée, d'une variabilité des actes techniques, d'une prise en charge exclusive du soin non programmé, d'un aspect financier et de l'absence de suivi de pathologies chroniques.

Au 1er juillet 2013, on en dénombre 14 : 6 à Marseille, 1 à Aubagne, La Destrousse, Trets, Gardanne, Aix en Provence, Vitrolles, le Thoronet et Arles.

I-4- SITUATION DU TERRITOIRE DU PAYS THOUARSAIS

Cette réflexion est totalement spécifique à notre territoire, à sa population, à sa géographie et à sa dynamique médicale.

I-4-a- Définitions territoire de santé / territoire de projet

Avant tout, il apparaît essentiel de définir la notion de territoire. Les territoires ont été créés par l'ordonnance du 4 septembre 2003 en remplacement des secteurs sanitaires.

Actuellement, ils regroupent des communes en tenant compte de la spécificité des activités de soins, afin de favoriser une approche infra-départementale, inter-départementale et inter-régionale. La loi HPST du 22 juillet 2009 a renforcé la place du territoire et stipule que leur périmètre doit être arrêté par le Directeur de l'ARS.

Au sein de l'ancienne région Poitou-Charentes, les **territoires de santé** définis sont au nombre de 5 : la Charente, la Vienne, les Deux-Sèvres, la Charente-Maritime Nord et la Charente-Maritime Sud et Est. Les territoires de santé sont superposables aux limites départementales et intercommunales.

Dans le rapport d'état des lieux du Projet Régional de Santé 2011-2015 publié en Décembre 2015, cette répartition en 5 territoires a été refusée par le Président du département des Deux-Sèvres, souhaitant l'identification d'un **6^{ème} territoire, le Nord Deux-Sèvres** (33).

Le territoire de santé est un niveau incontournable en tant que limite administrative. Il permet de garantir une **cohérence globale avec le projet régional de santé**. Le territoire de santé se décline en **projet de territoire** qui, quant à lui, découle de la volonté d'acteurs de se mettre en relation avec pour motivation, le développement d'un projet commun. Par conséquent, ce territoire est variable selon le réseau de professionnels concernés. Il est demandé de maintenir une cohérence entre les territoires de santé et les territoires de projet.

La création des territoires de projet a deux objectifs correspondant à notre travail. Il est souhaité un maintien de l'offre de soins de premier recours, avec des services de qualité et efficaces. D'autre part, un désir de réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins devra ressortir de ce nouveau maillage territorial.

Face à l'absence de délimitation du territoire de projet, il est décidé pour notre étude de le définir par le Pays Thouarsais.

I-4-b- Problématiques du territoire

Les difficultés du territoire pouvant avoir des conséquences sur la gestion du soin non programmé, issues de l'audit de 2015 sont : un **sous-effectif médical** au niveau des médecins généralistes mais également des spécialistes, une **démultiplication des trois sites hospitaliers** et par conséquent des services d'urgences. Ceci entraîne un éclatement des parcours de soins des patients (34).

Face à cela, la construction des parcours de soins sur le territoire passe par l'obtention d'une réponse adaptée et graduée aux demandes de soins non programmés. Elle fait intervenir les pôles de santé et les médecins en exercice isolé, le centre hospitalier et les acteurs régionaux (CHU de Poitiers et CH de Niort). (34)

I-4-c- Généralités sur le Pays Thouarsais

Le Pays Thouarsais, d'une superficie de **826 km²**, est peuplé par **39 442 habitants** (chiffre de 2014) (35) (36). Il est limitrophe des Pays de la Loire, de la Vienne et du Maine et Loire. Il est composé de la **communauté de communes de Thouars** et de la **commune d'Argentonnay** faisant partie de la communauté d'agglomération du Bocage Bressuirais. Ce pays s'organise autour d'une ville centrale, Thouars et son agglomération, comptant plus de 23 000 habitants et un réseau de petites villes ne dépassant pas 2 500 habitants. (Figure 6)

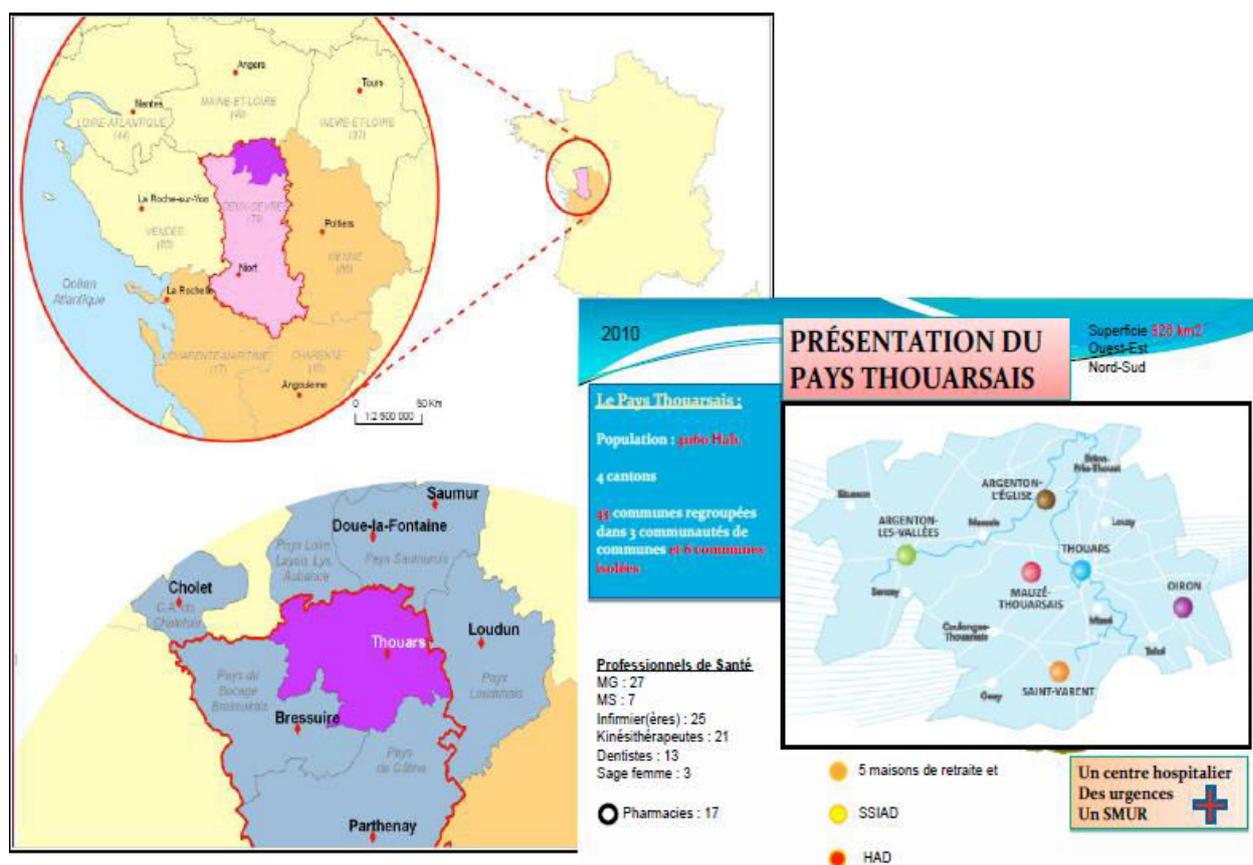


Figure 6 : Situation géographique de Thouars – Extrait du projet du pôle de santé en Pays Thouarsais (2016)

I-4-d- Démographie médicale de médecine générale du Pays Thouarsais

Concernant l'activité de médecine générale sur le Poitou-Charentes, il est constaté une **diminution de 12.4% des effectifs entre 2007 et 2014**, qui atteint 15% pour les Deux-Sèvres. En 2012, l'offre de soins médicale dans le Pays Thouarsais est clairement inférieure à la moyenne régionale avec 67.4 médecins pour 100 000 habitants. (37)

Dans le volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins (38), le pays Thouarsais est décrit comme un **territoire fragile** dans le zonage d'accompagnement prioritaire (ZAP). En effet, deux zonages sont utilisés comme outils de détermination géographique des priorités.

- Le Zonage d'Accompagnement Prioritaire (ZAP). Il s'agit de territoires sur lesquels la déclinaison des mesures du SROS pourra permettre le maintien d'une offre de soins de premier recours. (Figure 7)

- Le Zonage Conventionnel Opposable (ZCO). Il s'adresse à une profession de santé et consiste à déterminer les territoires fragiles pour la profession considérée, puis à proposer des mesures incitatives au maintien de l'exercice ou à l'installation.

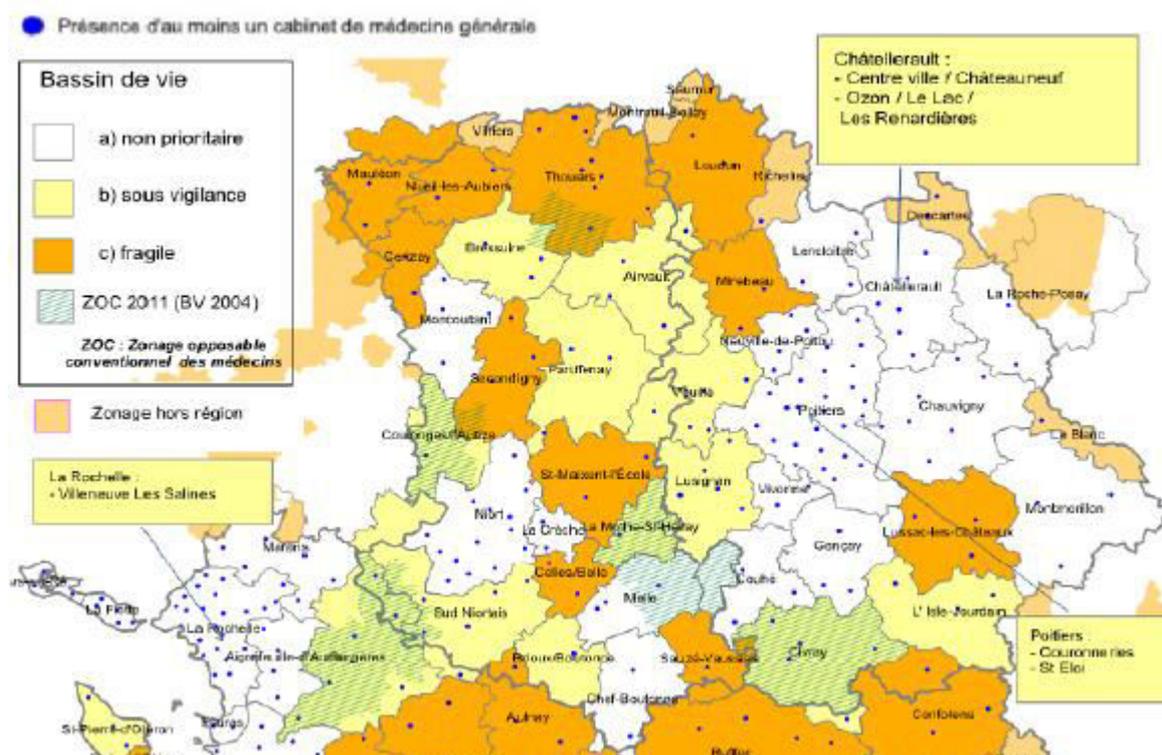


Figure 7 : Zones d'accompagnement prioritaires médecine générale 2016. Schéma Régional d'Organisation des soins – Volet ambulatoire. Révision 2015. ARS Poitou-Charentes.

Concernant la démographie médicale du pays Thouarsais, au 01 Juillet 2017, on retrouve 28 médecins généralistes dont 3 médecins adjoints. On compte 10 femmes pour 18 hommes. 14 médecins ont plus de 55 ans.

I-4-e- Organisation du pôle de santé territorial Thouarsais

Au sein du territoire d'étude, une réflexion a été menée à partir de 2008 afin de pallier à une fragilité de l'offre de soins de premier recours en lien avec un manque d'attractivité du territoire. Un regroupement de professionnels de santé au sein d'une association nommée l'AMAT (Association pour le Maintien de l'offre de soins et l'Amélioration des conditions d'exercice des soignants de premier recours dans le Thouarsais) a porté un **projet de santé multi-site** qui s'est implanté au sein du pays Thouarsais à partir de 2011.

Il existe actuellement **6 sites pluri professionnels** gérés à l'identique par l'AMAT (Thouars, Mauzé-Thouarsais, Saint-Varent, Argenton-l'Eglise, Oiron et L'Argentonnay) (Figure 8). La structure regroupe au 1^{er} Juillet 2017, 16 médecins généralistes dont 3 médecins contrat Adjoint.



Figure 8 : Les six maisons de santé pluri-professionnelles du pôle de santé du pays Thouarsais – Extrait du projet de santé de l'AMAT - 2011

Ce projet de pôle de santé répond à un **diagnostic de santé de territoire** établi en 2010, réalisé par le Syndicat du pays Thouarsais (39). Le projet de santé (40) de cette structure, qui n'a pas cessé d'évoluer depuis le projet initial de 2011, s'est construit à partir de recommandations répondant à l'article 6323-3 du Code de la Santé Publique (CSP) qui impose aux maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) de se doter d'un **projet de santé** témoignant d'un **exercice coordonné** (41).

En réponse au diagnostic établi, les missions portées par ce pôle de santé du Pays Thouarsais sont : accès aux soins premiers, parcours de soins coordonnés, prévention et éducation à la santé, formation des professionnels de santé, système d'information partagé. La continuité des soins est un des axes de réflexion du projet de santé.

Cette problématique de gestion du soin non programmé est d'autant plus d'actualité qu'elle fait partie du **règlement arbitral**. Ce dernier vise à pérenniser le dispositif d'Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) des structures organisées en exercice pluri professionnel, intervenues dans le cadre des dispositions de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. (42)

Le fonctionnement est identique à celui des Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). Des objectifs sont définis conjointement entre la structure pluri professionnelle, l'ARS et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Ces établissements doivent être organisés en **Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires** (SISA) pour adhérer au règlement arbitral et bénéficier d'une **rémunération en fonction des objectifs** atteints. Les structures doivent s'engager sur 3 axes : l'accès aux soins élargi, le travail en équipe et le partage du système d'information et des dossiers des patients. (42)

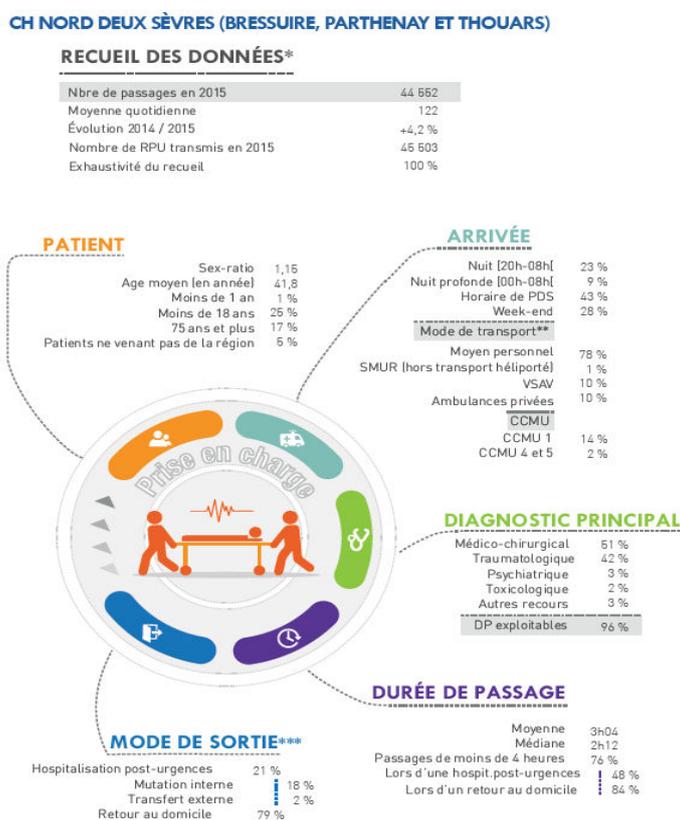
L'article 3 du règlement arbitral porte sur la manière de favoriser l'accès aux soins. Il est proposé de **valoriser les structures qui apporteront une réponse aux demandes de soins non programmés** en dehors de la permanence des soins ambulatoires, soit chaque jour ouvré, de 8h à 20h. (42)

La création de deux SISA est en cours actuellement au sein du pôle de santé du Thouarsais. Ceci renforce la nécessité d'apporter une réponse adaptée à ces demandes de soins non programmés.

I-4-f- Offre hospitalière Thouarsaise

Concernant l'organisation hospitalière, le Nord Deux-Sèvres possède, en 2017, un centre hospitalier divisé en 3 centres distincts localisés sur Thouars, Parthenay et Bressuire.

L'Observatoire Régional des Urgences (ORU) Aquitaine – Limousin – Poitou-Charentes publie annuellement un relevé des chiffres d'activités par service d'urgence. Concernant le centre hospitalier Nord Deux-Sèvres, le nombre de passages en 2015 est de 44 552 avec une moyenne à 122/jour. Une évolution nette est constatée entre 2014 et 2015 avec une **augmentation de 4.2%** des admissions aux urgences. Les admissions se font pour **57% d'entre-elles en période d'ouverture des cabinets médicaux de ville**. Les affections sont pour 51% d'origine médico-chirurgicale et pour 42% d'origine traumatologique. En termes de sortie, il est relevé 21 % d'hospitalisation pour **79% de retour à domicile immédiat**. (43) (Figure 9). A noter que nous ne disposons pas des données par site.



*Le nombre de passages 2015 et la moyenne quotidienne sont estimés à partir des données

SRVA complétées des RPU pour les jours où aucun chiffre n'a été transmis (6 jours). Les autres indicateurs sont issus des RPU. L'évolution 2014/2015 est estimée à partir des RPU à nombre de jours de transmission constant.

**La somme des pourcentages des modes de transport ne fait pas 100 % car il existe d'autres modes de transport.

Figure 9 : Relevé des chiffres d'activité du CHNDS en 2015 – ORU Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes

Depuis les années 2000, face aux problèmes de fonctionnement et d'attractivité des praticiens hospitaliers, une réflexion s'est engagée au sein du Conseil d'Administration de l'hôpital pour parvenir à la construction d'un **plateau technique unique**.

Fin 2012, un accord de participation du Conseil Régional au financement de ce projet a abouti, après de multiples échanges entre le Conseil Régional, la direction de l'hôpital, la communauté hospitalière, les élus locaux et l'Agence Régionale de la Santé.

En décembre 2013, le projet de regroupement des 3 sites du CHNDS abouti avec l'accord donné par le COmité de la PERformance et de la MOdernisation de l'offre de soins (COPERMO). Le projet de restructuration proposait de maintenir une porte d'entrée des urgences à Thouars.

I-4-g- Objectifs de la recherche

Le travail de thèse résulte de l'ensemble des problématiques de territoire, ambulatoires et hospitalières décrites ci-dessus. Il est apparu essentiel de préciser, dès le départ, que ce travail ne concernait pas le champ de réflexion inhérent à la permanence des soins ambulatoires. La réflexion territoriale de l'organisation du soin non programmé de médecine générale portera sur les horaires d'ouverture des cabinets médicaux, soit du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi matin de 8h à 12h.

Plusieurs études s'intéressent aux motifs et circonstances de consultations de soins non programmés en médecine générale ou tentent de mettre en évidence un impact des nouvelles structures d'accueil du soin non programmé sur l'afflux aux urgences. Cependant, l'organisation territoriale associant d'une part des médecins généralistes en exercice isolé et des regroupements professionnels en maisons et pôles de santé, et d'autre part, une réorganisation des structures d'urgences doit conduire à un intérêt plus grand de l'accueil de ce SNP.

Au début de ce travail, l'organisation territoriale des urgences n'était pas encore fixée. Nous n'avons pas écarté l'hypothèse que le service d'urgences de Thouars fermerait totalement malgré l'affirmation d'élus locaux du maintien des urgences à Thouars sur son communiqué de presse de Février 2014 (44).

L'hypothèse de travail consiste à se demander si l'organisation actuelle des médecins généralistes du Pays Thouarsais est suffisamment structurée avec son projet de santé la rendant apte à apporter une réponse aux demandes de soins non programmées au sein du territoire.

II- METHODE

II-1- Méthodologie générale

Une enquête **qualitative** est réalisée, à l'aide **d'entretiens semi-directifs**. Le choix de la méthode qualitative s'est fait dans le but de rester au plus près dans la description du vécu des médecins généralistes et d'ouvrir au maximum le champ des problématiques et des solutions, qui n'auraient pu être abordées avec un questionnaire quantitatif.

La population ciblée par cette enquête est celle des médecins généralistes du pays Thouarsais en Nord Deux-Sèvres. L'ensemble des médecins généralistes libéraux exerçant actuellement sont répertoriés, qu'ils soient thésés ou non (contrat médecin adjoint).

Aucun critère d'exclusion n'est retenu.

II-2- Elaboration du guide d'entretien

Un guide d'entretien a été réalisé à partir de la revue bibliographique menée à l'aide de plusieurs moteurs de recherches (pubmed, google scholar, sudoc, Banque de Données de Santé Publique (BDSP)). Pour cette recherche, les termes utilisés ont été : "unscheduled care*", "unprogrammed care*", "unplanned care*", "soin* non programmé*", "maison* de santé", "pôle* de santé", "health center*".

Nous l'avons construit de manière à ce que celui-ci ne soit pas trop directif. Tout d'abord, je me suis présentée nominativement en tant que médecin généraliste remplaçante. J'ai également nommé le médecin qui a dirigé ce travail de thèse. Puis, j'ai exposé au médecin l'étude et ses modalités. J'ai recueilli son consentement oral pour l'enregistrement de l'entretien et lui ai précisé l'anonymisation de la retranscription de l'entretien.

A partir de la bibliographie, un premier questionnaire a été réalisé. Celui-ci a été testé auprès de 3 médecins généralistes exerçant en maisons de santé pluridisciplinaires. Suite à ces premiers entretiens, le questionnaire final a été obtenu.

Le début de l'entretien s'est orienté sur l'obtention d'une **définition** supposée par ces médecins sur le soin non programmé de médecine générale. Les médecins nous ont ensuite décrit leur fonctionnement actuel pour la gestion des soins inopinés, les évolutions qui ont pu s'opérer au fil des années et de leur expérience, ainsi que l'impact du soin non programmé sur leur activité quotidienne.

Par la suite, le cœur du travail a tenté de saisir les **idées novatrices** apportant une réponse aux demandes de soins non programmés. La question suivante s'est intéressée aux besoins nécessaires à la concrétisation de leurs idées, à l'équipement médical nécessaire, la nécessité ou non d'une formation, la problématique du dossier médical, de l'informatique et le partage d'information et de patientèle...).

Au sein de ces propositions, les **avantages mais aussi les obstacles** possibles à leur mise en place ont été recherchés afin de pouvoir construire un modèle proche des possibilités du terrain et dans lequel l'ensemble des médecins se sentira investi.

Ensuite, face aux propositions des institutionnels, le ressenti des médecins généralistes de ce territoire a été récupéré sur les **nouvelles structures de soins non programmés** récemment ouvertes (CSNP, PAIS, permanences médicales).

- Enfin, une ultime **question d'ouverture** a été posée afin de laisser libre imagination à ces praticiens sur des réflexions déjà menées ou même des interrogations persistantes.

- Pour finir, les **caractéristiques des médecins** ont répertorié l'âge, le sexe, les modalités et le lieu d'exercice, le lieu et l'année d'installation, le parcours du médecin généraliste, les formations réalisées et les activités complémentaires à la médecine générale.

Le guide d'entretien se trouve en annexe II.

II-3- Entretiens

Le guide d'entretien a été testé auprès de trois médecins généralistes. Ils ont été sélectionnés par mon directeur de thèse et moi-même avec pour objectif la recherche d'une hétérogénéité dans les caractéristiques démographiques mais également les modalités d'exercices. On y retrouve 1 femme et 2 hommes. Ils font tous trois partie d'une maison de santé pluridisciplinaire avec organisation en Société Civile de Moyen (SCM) et au moins 3 médecins au sein de celle-ci. Deux médecins exercent en milieu rural et le troisième en semi-rural. Ils font partie des territoires adjacents (Bocage Bressuirais et l'Airvaudais-Val de Thouet). Un centre hospitalier se trouve dans un périmètre de 14 à 25 km.

A partir du mois de janvier 2017, un e-mail a été envoyé à l'ensemble des médecins généralistes du territoire étudié. Cette liste comportait 25 médecins généralistes thésés et 3 médecins contrat adjoint. Au sein de celui-ci, une explication du sujet et de son objectif permettait de présenter l'objet de cet entretien. (ANNEXE 1)

II-4- Recueil des données

Les entretiens ont été enregistrés, après obtention du consentement, avec le logiciel *AUDACITY*, puis dactylographiés et analysés intégralement grâce au logiciel informatique *QDA MINER*.

Les entretiens n'étaient pas limités dans le temps et la durée, mais fonction du médecin généraliste interviewé. Le nombre d'entretiens a été déterminé par l'obtention de la saturation des données définie par l'épuisement de nouveaux éléments au cours de l'analyse.

Afin de limiter les biais au cours des entretiens, un soin tout particulier a été pris de décrire l'objet de cet entretien sans donner clairement la définition du soin non programmé de médecine générale et ensuite de laisser libre cours au cheminement de leurs pensées en adaptant l'ordre des thèmes selon le questionnaire. La retranscription s'est également faite au plus juste.

II-5- Analyse des données

Un codage ouvert par découpage en unité de sens a été déterminé selon l'analyse des données. Je me suis aidée du logiciel d'analyse manuelle des données qualitatives QDA MINER. Les verbatims ont été relus à plusieurs reprises afin de s'imprégner des entretiens. Les idées ont été regroupées en thèmes et sous-thèmes selon une analyse thématique. Puis, une conceptualisation a été faite entre les thèmes et sous-thèmes afin de rendre compte de la complexité du réel.

L'ensemble des données a été anonymisé avant tout traitement informatique, conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

III - RESULTATS

III-1- Caractéristiques des médecins interviewés

L'inclusion des médecins interviewés a eu lieu entre le 12 janvier 2017 et le 06 avril 2017.

III-1-a- Répartition géographique

Les entretiens ont été menés auprès de 13 médecins généralistes du Pays Thouarsais. (11 exerçant au sein du pôle de santé et 2 seuls sans secrétariat), répartis équitablement entre les zones urbaines et les zones rurales.

III-1-b- Démographie

Une répartition paritaire hommes/femmes a été respectée.

On compte 6 médecins de plus de 55 ans au sein de la population interviewée. (Figure 10)

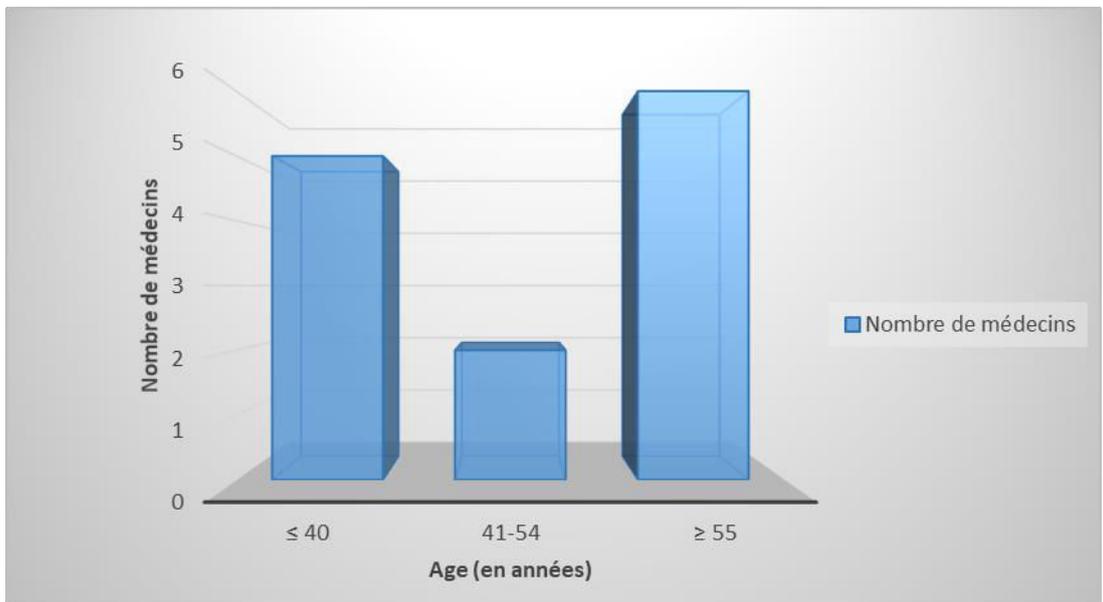


Figure 10 : Répartition des médecins interviewés en fonction de l'âge.

Concernant les 3 médecins contrat adjoint, leur installation s'est effectuée durant les années 2015 et 2016. (Figure 11)

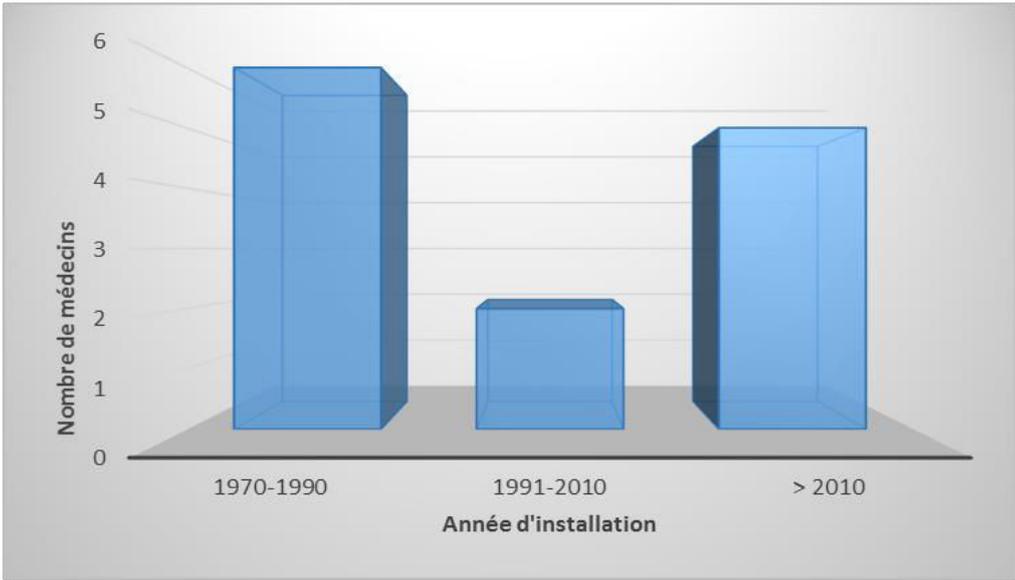


Figure 11 : Répartition des médecins interviewés en fonction de l'année d'installation

III-1-c- Aspects qualitatifs et quantitatifs de l'activité

La totalité des médecins interviewés a pour principale activité un exercice de médecin généraliste ainsi que des **activités complémentaires** :

- Médecin pompier volontaire (2 médecins).
- Régulateur de médecine générale au Centre 15 (1 médecin).
- Gardes régulières au service d'urgence de Thouars (1 médecin).
- Expérience d'urgentiste extérieure à la France (1 médecin).

Un seul des médecins exerçant au pôle de santé de Thouars nous confie ne pas être informatisé. Les 12 autres médecins sont **informatisés** : ils disposent d'un logiciel commun nommé ICT pour 7 d'entre eux situés sur les sites de Thouars, de Mauzé-Thouarsais et d'Argenton-L'Eglise. Les 5 autres médecins disposent de logiciels médicaux divers et sans mise en commun des informations médicales.

Dans le diagramme suivant, sont décrits le nombre de consultations totales ainsi que le nombre de consultations non programmées par médecin et par semaine.

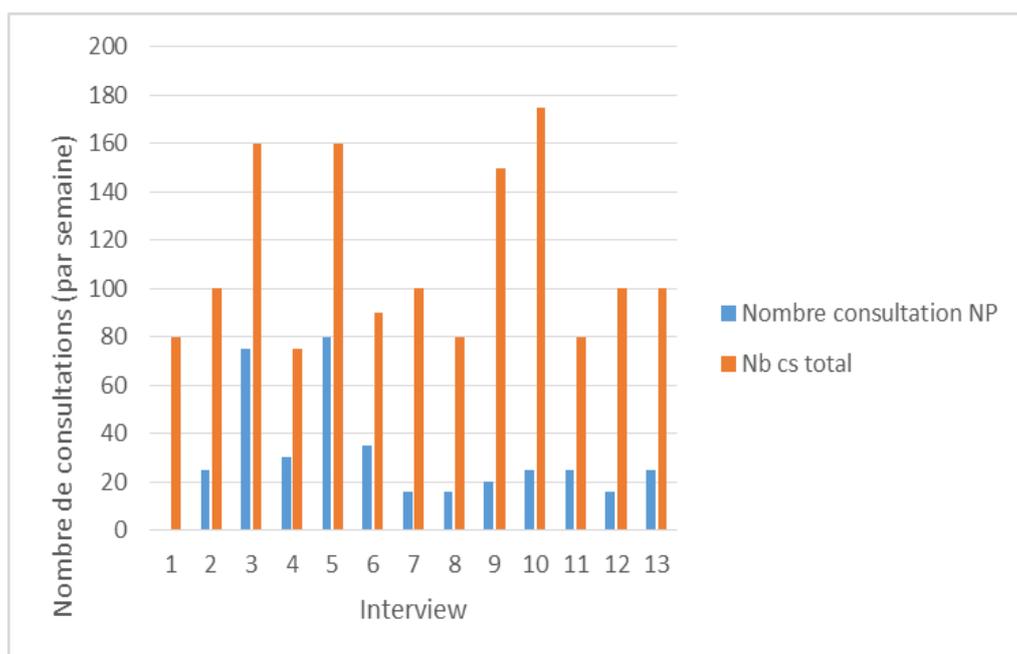


Figure 12 : Nombre de consultations totales et non programmées par semaine et par médecin de l'étude

Concernant le nombre de demandes non programmées par jour, leur nombre était variable allant de exceptionnel (1 à 2 par mois) à 15-20 par jour en période épidémique. En moyenne, les médecins du Pays Thouarsais reçoivent 7 à 8 demandes de soins non programmés par jour. Pour le sujet ayant donné la réponse « *rarissime* » (MG1), elle a été biaisée par une définition initialement inadaptée faisant intervenir le terme « urgent » et maintenant l'ambiguïté. Le questionnaire a donc été modifié par la suite, afin d'obtenir la version finale. (Figure 12)

III-1-d- Caractéristiques des entretiens

Pour finir, les caractéristiques des médecins répertorient l'âge, le sexe, les modalités et le lieu d'exercice, le lieu et l'année d'installation, le parcours du médecin généraliste, les formations réalisées et les activités complémentaires à la médecine générale.

8 des entretiens ont été réalisés en période épidémique.

Les entretiens ont une durée moyenne de 42 minutes, s'échelonnant de 22 à 64 minutes.

III-2- Analyse des résultats

III-2-a- Point sur une définition

Question 1 : Quelle définition pouvez-vous donner au soin non programmé de médecine générale ? Quelle est, pour vous, la différence avec « l'urgence » ?

Face aux difficultés pour définir le soin non programmé de médecine générale, il est apparu indispensable de débiter les interviews par la définition qu'en donne ces médecins de premier recours.

La difficulté pour élaborer une définition est clairement ressentie au sein des entretiens par des **silences** ou un scepticisme : « *Pour l'urgence, ce n'est pas la même chose que ce qu'entend l'urgentiste, de ce qu'entend le pompier, du médecin généraliste ni du patient* » (MG2).

Ils sont tous unanimes sur le fait que le soin non programmé fait partie des **compétences du médecin généraliste**. Le terme « *demandes* » ressort dans 5 entretiens soit 38% des cas (MG2, 4, 6, 7, 13). Il s'agit pour les interviewés de demandes des patients face à une **urgence ressentie**, incluant des consultations et des conseils : « *Egalement une réponse à des appels ne nécessitant que du conseil* » (MG2), « *Survenant sans rendez-vous* » (MG6).

Cette description est complétée par l'idée qu'il s'agit d'un « *soin qui va s'intercaler dans nos plannings qui sont maintenant bien calés* » (MG1).

Un délai de prise en charge d'une journée, aux horaires d'ouverture des cabinets hors PDSA ressort majoritairement dans 12 des entretiens (MG1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13). Un des médecins est dans l'incapacité de décider entre le délai d'une demi-journée ou d'une journée, dépendant du motif de consultation et du contexte (MG6). Pour lui, une réponse doit être donnée « *sur le moment* » afin d'éviter une admission inutile aux urgences face à une inquiétude non apaisée.

Des interférences avec le terme « **urgence** » émettent une **ambiguïté persistante** dans la définition du soin non programmé de médecine générale.

L'urgence est, quant à elle, très bien définie par ces médecins, par le fait qu'il y réside un risque vital. Elle ne relève pas d'une compétence du médecin généraliste mais bien des structures d'urgence. Quant à l'urgence ressentie, elle est aisément rapprochée du soin non programmé de médecine générale : « *L'urgence ressentie par le patient, ça devient notre soin non programmé* » (MG11).

La définition du soin non programmé a évolué au cours des entretiens. Dans la définition initiale, il était supposé que cela prenait en compte « l'ensemble des **actes médicaux** ». Il s'est avéré que ce terme était trop restrictif et qu'il ne prenait en compte que les consultations et non les appels pour conseil médical donné par le médecin traitant.

La définition finalement proposée, selon la littérature, les entretiens tests et après ajustement suite au premier entretien, est la suivante : le soin non programmé de médecine générale est l'ensemble des demandes de médecine générale, nécessitant une réponse dans la journée, que ce soit un simple conseil médical ou bien une consultation associée ou non à un acte technique.

III-2-b- Réponse actuelle au sein du Pays Thouarsais

Question 2 : Racontez-moi comment s'organise actuellement la prise en charge du soin non programmé au sein de votre cabinet.

➤ Gestion des appels et des créneaux horaires de soin non programmé

- LE SECRETARIAT : LA PRISE D'APPEL

Sur les 13 entretiens réalisés, 10 médecins disposent d'un secrétariat présentiel.

Une gestion initiale au téléphone est réalisée par la secrétaire. Le terme de « *régulation* » paraît clairement dans un entretien : « *Nos secrétaires font toutes de la régulation sans le savoir* » (MG2). 5 autres médecins sous-entendent cette notion : « *C'est ma secrétaire qui gère* » (MG4), « *Rôle de la secrétaire ... faire la différence entre quelqu'un qui appelle et qui est exigeant et quelqu'un qui est vraiment malade* » (MG3).

Dans l'ensemble des cabinets, il est confirmé l'absence de formation, à la régulation médicale, des secrétaires. Pour 4 d'entre eux (MG 2, 3, 8, 13), la formation a été assurée par leurs soins et au fil des années avec l'expérience. Au moins une secrétaire est autorisée à orienter vers les urgences sans prendre l'avis du médecin (MG8).

3 des médecins ne possèdent pas de secrétariat et gèrent eux-mêmes les appels (MG1, 9, 11). Pour un de ces médecins dont la femme gère les appels, l'ensemble des demandes de soins non programmés est transféré au médecin si une nécessité d'évaluation médicale s'impose : « *Si mon épouse est embêtée avec un appel de ce type, elle me le passe* » (MG1).

Concernant les médecins exerçant depuis moins de 5 ans, ils ne se sont pas interrogés sur la formation de la secrétaire : « *Elle n'a pas été formée par moi, je ne lui ai jamais parlé de cela* » (MG4). Il en est de même concernant les critères lui permettant de décider d'une consultation à poser le jour-même ou bien pouvant être différée. Malgré tout, un d'entre eux est conscient que la responsabilité appartient au médecin de réaliser le tri entre les diverses demandes de SNP : « *C'est à moi de faire le tri entre une urgence ressentie qui doit être prise rapidement et une autre pouvant être différée au lendemain* » (MG4).

La communication entre le médecin et la secrétaire pour les situations de soins non programmés pour lesquelles la secrétaire n'est pas en capacité de répondre (situation

complexe, demande d'une ordonnance sans consultation, conseil médical seul) est variable selon les médecins. Elle se fait soit par post-it, soit par appel direct du médecin si la demande ne peut attendre ou bien par messagerie instantanée. Parmi ces demandes, il y a les conseils téléphoniques devant être intercalés entre les consultations : « *Je vais commencer à faire du conseil cette après-midi car je n'ai plus de place* » (MG5). Le nombre de conseils téléphoniques réalisés quotidiennement par les médecins généralistes sont évalués entre 3 et 10 par jour.

- LE SECRETARIAT : LE PLANNING

Ces demandes de soins non programmés ont forcé les médecins généralistes à s'organiser via une planification. En effet, des créneaux y sont dédiés, à des horaires variables en fonction des médecins. Il est retrouvé une répartition équivalente entre des médecins qui réservent des créneaux successifs sur une plage horaire de fin de matinée et une autre en fin d'après-midi (MG2, 3, 4, 7) et d'autres médecins qui alternent des consultations programmées sur une heure avec un créneau libre à la fin de chacune de ces périodes (MG5, 10, 13). Pour les 6 autres médecins, aucune plage de consultation n'est réservée pour ces demandes de soins non programmées (MG1, 6, 8, 9, 11, 12). En parallèle, les médecins habituent leurs patients à prendre les « *rendez-vous pour les renouvellements de médicaments 2 à 3 semaines à l'avance* » (MG2).

Devant les difficultés à trouver suffisamment de créneaux pour l'ensemble des demandes de soins non programmés, des ordonnances gratuites sont délivrées, essentiellement pour les pathologies infectieuses épidémiques chez les patients ne présentant pas de signes de gravité : MG2 : « *Demandes de soins qui n'ont pas forcément abouties sur des consultations.... 10 ordonnances tous les jours, pour du doliprane....* ».

Malgré cela, le soin non programmé est source d'une **désorganisation dans un planning déjà établi**, essentiellement « *les lundis et vendredis* » (MG3). Cette problématique se retrouve chez les médecins qui ne possèdent pas de plages fixes quotidiennes dédiées au soin non programmé. Ils attestent que : « *Régulièrement, les pauses du midi sont amputées par les demandes de soins non programmés* » (MG8), « *En l'absence de créneaux de libres, j'intercale les patients entre deux rendez-vous* » (MG12).

Le regroupement professionnel a été bénéfique dans la gestion du soin non programmé pour 6 médecins (**MG2, 3, 7, 8, 12, 13**). Il a permis des **interactions dans l'organisation** des plannings : « *On arrive à gérer les demandes, mieux depuis qu'on est 6* » (**MG2**).

Le regret qu'un des médecins émet, c'est que la **mobilité des patients entre les médecins manque de fluidité** concernant les demandes de soins non programmés : « *Si vraiment j'ai une grosse surcharge et que quelqu'un est un peu moins surchargé, là on s'arrange entre nous mais il faut demander à chaque fois* » (**MG8**).

- VISITES A DOMICILE ET PATIENTS HORS CABINET

Dans le soin non programmé, deux autres aspects sont à prendre en compte : les visites à domicile et les demandes de SNP provenant de patients hors cabinet :

- Pour les visites non programmées, 5 médecins sont en capacité d'y répondre mais ceci dépend de la localisation et de l'horaire à laquelle la demande survient (**MG1, 2, 6, 11, 13**) : « *Quand c'est à proximité, à la limite, je me dis que ça fait un quart d'heure de retard, ça va* » (**MG12**). 3 médecins (**MG4, 7, 8**) répondent aux demandes de visites non programmées sur le créneau 12h-14h ou 13h-15h.

Les demandes non programmées faites dans l'après-midi sont le plus souvent repoussées au lendemain : « *Les visites, c'est une demi-journée par semaine, sinon je leur dit que je passerai entre 14h et 15h dans la semaine* » (**MG10**) ou bien, pour **MG4**, rajoutée en fin de journée : « *Ca m'est déjà arrivé de passer vers 20h30 le soir quand il m'était impossible d'y aller entre 12h et 14h* ».

- Pour les patients hors cabinet, 9 médecins sur les 13 acceptent de les recevoir, mais uniquement lorsqu'il s'agit d'un soin non programmé (**MG1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 13**). Ils émettent un pré-requis : « *Qu'il contacte son médecin et si vraiment il y a une cause, médecin absent ou qu'il n'est pas d'ici, j'essaie de le prendre* » (**MG4**).

En analysant la population de médecins acceptant les patients hors cabinet, on remarque que ce comportement est pôle-dépendant. Malgré tout, des sites équivalents du pôle présentent des comportements opposés, les uns acceptent et les autres refusent les patients hors cabinet.

➤ **Typologie d'actes :**

Les demandes de soins non programmés retrouvées dans une grande majorité des cabinets de l'étude sont représentées par les causes infectieuses. Il s'agit de la principale cause relevée par les médecins interviewés, à hauteur de 61%. Chiffre plus élevé que dans l'étude de la DREES mais l'ensemble des interviews a été réalisée en période d'épidémie grippale.

Concernant les actes de traumatologie, 8 médecins sur les 13 acceptent de les prendre en charge, notamment en ce qui concerne les sutures (**MG1, 2, 7, 8, 10, 11, 13**). 83% des médecins de plus de 60 ans refusent de les prendre en charge et réorientent, à ce jour, vers le service d'urgence.

Les médecins affirment que les patients ont modifié leur attitude face aux causes traumatiques : « *Aujourd'hui, ils viennent nous voir pour enlever les fils alors qu'il y a 30 ans, c'est moi qui suturais à chaque fois* » (**MG1**), « *Les gens ne vont jamais penser à venir en médecine générale pour une plaie* » (**MG7**).

Les raisons du refus sont les suivantes :

- La **crainte des procédures judiciaires** : « *On n'est pas dans les conditions idéales ... je ne veux pas me retrouver au tribunal après avoir essayé de faire mon boulot* » (**MG3**).

- Le **manque d'aisance vis-à-vis de ce type d'actes techniques** : « *Je ne suis pas très à l'aise avec la petite chirurgie* » (**MG4**).

2 des médecins (**MG1, 4**) complètent cela par une **volonté de programmation** des petites chirurgies : « *L'excision de thrombose hémorroïdaire : la dernière elle avait trop mal, je l'ai programmée. Je l'ai vu le matin et je l'ai calé en début d'après-midi avant mes consultations* » (**MG1**).

- Le **manque de temps** : « *Je conçois ça difficilement dans mon planning parce que ça prend une demi-heure voire 45 minutes* » (**MG4**).

- L'**absence d'attirance** pour la réalisation d'actes techniques, relevée par 3 médecins (**MG6, 9, 12**).

- Les **problèmes de péremption rapide** du matériel avec un **coût relativement élevé** amenant à en disposer de moins en moins à la vue du peu d'actes techniques réalisés. (**MG11**)

➤ **Evolution des pratiques :**

Question 3 : Est-ce que vos pratiques ont changé concernant la gestion du soin non programmé au cours de votre carrière ?

Les médecins généralistes interviewés affirment à 75% que les pratiques concernant le soin non programmé de médecine générale ont évolué de **manière défavorable** (MG 1, 2, 3, 5, 8, 9). Cette question n'a été posée qu'aux médecins ayant un exercice en cabinet libéral de plus de 5 ans (délai posé de manière arbitraire). Ainsi seulement 8 médecins sur les 13 ont été concernés.

Ils regrettent l'évolution des mentalités avec des patients exigeants et en demande d'une réponse immédiate : « *Des gens qui ne veulent pas attendre, qui râlent* » (MG3), « *Ils ne savent pas se gérer. Autrefois, ils n'appelaient pas aussitôt qu'il y avait de la fièvre ... S'ils n'ont pas ce qu'ils veulent avec mon confrère, ils vont appeler chez moi* » (MG5).

En complément, un médecin (MG2) rapporte une augmentation des appels des patients d'autres cabinets, qui ne trouvent pas de réponse auprès de leur médecin traitant. Il met cela en lien avec la « *structuration de leur site du pôle de santé qui a un effet attractif* ».

Pour MG1, cette évolution des comportements est liée à un « *manque d'implication des médecins généralistes* » dans la gestion de ces soins plusieurs années auparavant : « *Peut-être que l'on a dit, de temps en temps, qu'on était un peu débordé ...et donc on leur a dit d'aller aux urgences....ça n'a pas été fait exprès* » (MG1).

L'évolution des mentalités de la patientèle est également relevée par les médecins de tous âges. Ils constatent que : « *De nombreux patients accèdent aux urgences pour des motifs qui sont de notre ressort* » (MG13).

Ceci est dû à l'obtention immédiate d'une réponse à leur demande au sein des urgences et à un désengagement dans la réalisation d'actes techniques par le médecin généraliste : « *Tout ce qui est suture, je n'en fais quasiment plus* » (MG12), « *J'ai fait beaucoup plus d'actes il y a 33 ans que maintenant... toutes les sutures vont aux urgences actuellement* » (MG9).

➤ **Problématiques évoquées et volonté de réorganisation:**

Question 4 : Quelles problématiques rencontrez-vous dans la gestion du soin non programmé de médecine générale ?

Lorsque l'on questionne les médecins généralistes du pays Thouarsais sur les éventuelles problématiques dans la gestion du soin non programmé, elles n'apparaissent pas évidentes pour eux et sont **satisfaits de leur organisation**. Le biais est, qu'ils se contentent d'analyser la situation **au sein de leur structure** : « *Au sein du cabinet il n'y a pas de problèmes* » (MG9). Les raisons avancées à cette efficacité ressentie sont la connaissance de la patientèle (MG5) et le regroupement professionnel (MG9, 10).

Par contre, au moment où il leur est demandé si l'organisation au sein du territoire est problématique, la réponse est toute autre :

- 54% ne pensent pas disposer du **recul nécessaire** pour évaluer l'impact au niveau du territoire (MG 3, 4, 5, 7, 8, 9, 12) : « *Au sein du territoire je ne sais pas* » (MG9).
- Une différence est ressentie entre les populations urbaines et rurales/semi rurales. Les médecins ruraux (MG9, 11) s'imaginent que la gestion des demandes de soins non programmés est plus complexe en ville avec des patients pourvoyeur d'un nomadisme médical dans le but d'une convenance dans leur rendez-vous : « *Sur Thouars, les gens, ils veulent un rendez-vous mais à la limite, si leur médecin ne peut pas les recevoir, ils vont faire 4 ou 5 médecins, ils vont prendre le rendez-vous qui leur convient et ils n'annuleront pas forcément les autres. On n'a pas ce problème ici.* » (MG9).

III-2-c- Réorganisation territoriale

Question 5 : Pensez-vous que l'éloignement du service d'urgence va avoir un impact sur les demandes de SNP au sein des cabinets de médecine générale ?

En vue de la réorganisation territoriale du service d'urgence et par conséquent son éloignement, les médecins généralistes ont été interrogés, au cours d'une question, sur l'impact possible sur leur activité de soins non programmés.

L'ensemble des médecins est persuadé que le nombre de demandes de soins non programmés va s'accroître si la fermeture du service d'urgence de Thouars vient à se produire. Pour les médecins du Saint-Varentais, leur situation équidistante de Thouars et de Faye-L'Abbesse leur fait songer l'absence d'augmentation des recours non programmés. Pour un des médecins exerçant sur Thouars, ce sont les demandes de conseils médicaux qui vont s'intensifier (MG7).

2 des médecins de plus de 60 ans nous font ressentir leur mécontentement quant à la probable fermeture du service d'urgence de Thouars : « *Moi, je trouve que c'est un scandale qu'il n'y ait pas d'urgences hospitalières pour un potentiel de population énorme dans le Thouarsais* » (MG3), « *C'est une horreur et c'est ce qui me pousse à arrêter* » (MG9).

Anticiper la réponse à apporter à cette recrudescence de soins permettra, selon un des médecins, un « *basculement du soin non programmé vers les médecins généralistes parce que les patients verront que l'on est efficace* » (MG3). MG6 me confie qu'une communication univoque du corps médical est, indispensable et doit être précoce, face aux patients afin que ces derniers sachent à qui s'adresser dans les diverses situations : « *Tout dépendra de la communication. Si l'on dit au niveau du pôle que l'on a vocation à accueillir les urgences, c'est sûr qu'il va y avoir un appel d'air...* ».

III-2-d- Théories avancées

Question 6 : Quelle organisation du système de soins de premier recours imaginez-vous afin de répondre aux demandes de soins non programmés de manière optimale au sein du territoire (pays Thouarsais) ?

Les médecins du Pays Thouarsais ont été mis en situation d'imaginer des solutions pour optimiser la réponse à l'évolution des demandes de soins non programmés au niveau territorial.

On s'aperçoit que les médecins émettent le souhait de s'organiser entre eux mais au sein d'un même site pour 77% de l'effectif (MG1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13) : « Pour moi, c'est une réponse de pôle....que ce soit organisé avec une réponse au sein de chaque site, ça me paraît plus envisageable » (MG4). Ils sont en difficultés lorsqu'on leur demande d'avoir une réflexion en pôle multi site ainsi qu'avec les médecins hors pôle pour le SNP car cela nécessite un **investissement de tous** et notamment une **entente médicale** qui fait partie de leur crainte première : « Faut-il encore s'entendre entre médecins...les médecins sont trop indépendants, individualistes » (MG3).

Autre point relevé par 6 médecins (MG2, 3, 4, 5, 7, 10) est la volonté d'un **mimétisme avec l'organisation actuelle des samedis matins** : « On répond à toutes les demandes, quel que soit le médecin traitant et quelle que soit la localisation » (MG3), « Ce que l'on fait le samedi matin, ce n'est rien d'autre que ça, une organisation pour la gestion du SNP. On l'a bien monté. Ce n'est pas plus compliqué que ça » (MG2). En contradiction avec cette organisation effective sur le territoire, les médecins émettent des freins qui seront décrits plus tardivement dans ce travail (entente entre médecins, partage de patientèle, mobilité des patients,...). Ils avancent comme argument la complexité de mobiliser les patients sur une telle distance : « Ca me paraît complexe d'aller faire valdinguer les patients à Oiron ou même à Mauzé-Thouarsais » (MG4).

Un point explicatif s'impose sur l'organisation du samedi matin. Le fonctionnement se base sur un accord entre tous les médecins. De 8h à 12h, chaque samedi, un des médecins du Pays Thouarsais répond à l'ensemble des demandes de SNP. Tous les répondeurs téléphoniques renvoient sur le numéro de téléphone de ce médecin responsable de cette matinée de consultations.

A noter que chaque médecin peut fait ressortir plusieurs idées, avec pour chacune, des avantages et des inconvénients.

L'absence de réflexion est initialement extraite de 4 entretiens (**MG 3, 4, 7, 8**). Cependant, des propositions de fonctionnement émanent après un questionnement appuyé sur la notion de territoire.

➤ **Médecin effecteur :**

La principale proposition soulevée est la mise en œuvre d'un **médecin effecteur**, dans 61.5% des cas (**MG3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12**), soit 8 médecins sur 13 et basée sur le **volontariat**.

Une réflexion importante consiste à faire remarquer que ces SNP doivent être gérés par un médecin généraliste : « *On ne doit pas laisser les médecins hospitaliers parce qu'ils ne vont jamais réaliser ce qu'est la médecine de premier recours* » (**MG8**).

Il apparait essentiel de bien scinder le soin non programmé de médecine générale et les soins relevant des structures d'urgence. A ce moment de l'interview, des angoisses persistent quant à la fermeture des services d'urgence et à se retrouver dans l'obligation de gérer les urgences vraies (**MG3, 5, 8**).

Trois médecins (**MG2, 8, 10**) parviennent à mener une réflexion au niveau du territoire. Ils proposent qu'un des médecins effectue les actes de soins non programmés pour l'ensemble du territoire. Concernant l'organisation, il est difficile d'extraire un schéma uniforme. Ils sont partagés entre le fait de dédier un « *créneau de deux heures, de 18h à 20h* » (**MG10**), de disposer « *d'une après-midi* » (**MG7**) pour ce type d'activité ou bien encore en proposant que ce médecin « *dédie une journée aux urgences de tout le monde* » (**MG3**).

Parmi ces médecins suggérant cette organisation, des réserves sont émises. Un des médecins s'interroge de l'impact sur le relationnel avec le patient. Il craint de perdre le lien que peut apporter la prise en charge d'un soin non programmé via par exemple « *la réassurance* » (**MG4**). Il voit en ces soins un moyen de créer une relation de confiance avec le patient : « *Ca soude les liens.... ça permet d'avoir un lien un peu fort avec le patient* » (**MG4**). Le seul avantage retrouvé de ce type d'organisation serait de « *gagner en confort dans les consultations* » (**MG4**).

Il existe un flou dans la mise en contact du patient en demande d'un soin non programmé et le médecin effecteur. La prise de contact avec le médecin dédié doit, selon 4 médecins en faveur d'un effecteur, se faire par l'appel au secrétariat classique (**MG3, 4, 7, 8**). La secrétaire aura la possibilité d'orienter vers le médecin effecteur. La question des critères d'orientation vers ce médecin n'a pas été posée aux médecins interviewés. Un autre médecin actuellement adjoint propose de mettre en place une prise de rendez-vous sur internet avec une notification sur le motif de la consultation non programmée (**MG10**). Il propose également de créer un numéro dédié au soin non programmé des patients du pôle multi site du thouarsais.

➤ **Médecin de tri :**

5 médecins émettent l'hypothèse d'un médecin de tri (**MG2, 7, 8, 9, 10**). Ils font référence à la **régulation de médecine générale** existant actuellement de 20h à 8h et les week-ends : « *Le soin non programmé, ça passe surtout par du conseil....un peu comme le 15* » (**MG8**). Ils présentent des difficultés à définir qui réalisera ce tri téléphonique : « *On ne peut pas demander cela aux secrétaires qui gèrent notre téléphone.....il faut un médecin ou une permanencière* » (**MG9**).

L'un d'eux, représentant de l'URPS des médecins libéraux de la Nouvelle-Aquitaine au CODAMUPS-TS, imagine l'évolution vers « *un médecin de tri ...il ne ferait que de la régulation* » (**MG1**). Il propose un accès par « *un numéro unique ou bien par le secrétariat classique basculant ensuite l'appel* » vers ce médecin de tri. Il émet des craintes quant à un lieu identifié pour l'effectif et donc un risque de recréer des « *petites urgences* ». (**MG2**)

MG10 envisage une solution associant le médecin de tri et le médecin effecteur, travaillant conjointement au cours de cette journée de SNP. L'organisation serait basée sur : « *Un planning de garde au sein de l'AMAT. Chaque journée, un médecin a des créneaux d'urgences du jour* ». Il complexifie le système en proposant que les patients en demande d'un soin non programmé contactent leur médecin traitant dans un premier temps. Ce dernier sera réorienté vers la plateforme téléphonique ou bien un numéro unique afin de rentrer en contact avec ce médecin de tri.

Les médecins se posent la question de la localisation, que ce soit du médecin effecteur ou bien du médecin de tri. Ils en reviennent quasi exclusivement à la même issue qui est un

souhait de ces professionnels de **réaliser ces soins dans leur cabinet**. Ils craignent d'avoir un lieu identifié comme tel avec pour dérive un accès direct sans tri initial. (MG2)

➤ **Médecin salarié**

2 des médecins (MG2, 10) sont conscients des difficultés d'implication des médecins généralistes du territoire pour ce type de projet avec la nécessité d'interrompre les consultations une journée durant : « *Le problème, c'est de parvenir à réserver un créneau sur ton planning* » (MG10). Ils proposent l'intervention d'un médecin salarié ne faisant que du soin non programmé de médecine générale et réalisant une rotation au sein des cabinets de médecine en fonction des jours de repos des généralistes. (MG10)

Cette proposition se fait sous forme d'une interrogation, ne sachant pas si ce profil de médecin existe déjà : « *Apparemment, il y aurait de plus en plus de médecins...qui auraient plutôt ce profil là et ne faire que ça ?* » (MG2).

MG10 émet la possibilité d'avoir un médecin salarié de l'hôpital, sans exiger qu'il soit urgentiste. Mais pour que cela fonctionne, il faut selon lui, réorienter les patients dès l'entrée du service d'urgence, par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) ou Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) vers ce médecin effecteur. Ce mode d'exercice semble adapté, selon lui à l'évolution des profils de médecins : « *Vu que la médecine se féminise, le salariat est de plus en plus recherché* ».

De ce fait, il remet en cause la rémunération des services d'urgence car basée sur une association de 3 rémunérations (un Forfait Annuel des Urgences, un forfait d'Accueil et de Traitement des Urgences et une rémunération variable calculée en fonction des actes). Pour ce médecin, « *le fait d'adresser le patient vers ce médecin de soin non programmé devrait leur permettre d'obtenir une rémunération plus importante que de faire une entrée classique* ». (MG10)

➤ **Infirmière**

2 médecins proposent l'intervention d'une infirmière de soins non programmés au sein du pôle de santé multi-site (**MG5, 7**). L'expérience de l'infirmière Action de Santé Libérale En Equipe (ASALEE) conforte ces médecins dans l'idée qu'une complémentarité est indispensable et bénéfique pour le patient par l'amélioration de la qualité des soins.

Un d'entre eux suggère comme profil, une infirmière qui serait passée aux urgences et sous-entend qu'elle possède la même formation que les permanencières du centre 15. Sa mission serait de « *faire du débrouillage* » (**MG5**), de « *faire le tri quand les patients affluent* » (**MG7**). Cette proposition ne reste que superflue et selon l'un des médecins : « *Il y a certainement un travail à faire là-dessus* » (**MG5**). Il n'est pas précisé les missions exactes de cette infirmière.

Le financement de cette infirmière pose question. Un des médecins qui propose cette idée refuse la rémunération par les médecins. Pour lui, cela dépend de l'ARS ou bien via la création d'une association (**MG5**).

➤ **Participation des internes**

MG13 propose une interaction avec les internes en stage dans les cabinets. Il propose que le SNP soit géré sur chaque site par un interne, supervisé par le maître de stage : « *On peut avoir plus d'internes, moi je peux en avoir* ». Sur un autre site, « *le niveau 1, ils l'ont deux semaines sur 3. Il suffit qu'il y en ait un autre qui s'y mette et ils l'ont en continu* ». Et concernant un troisième site, « *c'est possible aussi* »

➤ **Mutualisation des compétences :**

3 médecins penchent en faveur d'une collaboration inter-pôle (**MG1, 9, 12**). Selon eux, l'évolution doit se faire vers une mutualisation des compétences : « *Répartition de ce que les gens aiment faire* » (**MG1**). Ainsi, face à une demande d'acte technique, il serait possible de réorienter le patient vers un médecin généraliste du pôle ayant une attirance plus forte et les compétences pour tel ou tel type d'acte.

Des différences sont palpables dans ce souhait de collaboration : certains veulent une réelle interaction au quotidien (**MG1, 12**) avec la possibilité d'orienter vers un collègue en fonction d'un domaine de prédilection précis et d'autres ne souhaitent une entente que pour les jours d'absence afin d'assurer la continuité des soins (**MG9**).

➤ **Augmentation du nombre de médecins ruraux :**

Un des médecins, qui exerce actuellement seul, en milieu rural, sans secrétaire imagine comme unique solution à cette supposée augmentation du nombre de soins non programmés à venir, l'augmentation du nombre de médecins généralistes ruraux (**MG11**).

➤ **Maintien du service d'urgences :**

Deux des médecins sont en demande d'un maintien à l'identique de l'organisation actuelle, notamment des urgences hospitalières (**MG3, 9**). Ils parviennent à proposer la mise en œuvre d'un médecin effecteur mais sans conviction en ce projet et en refusant d'y participer.

➤ **Education du patient**

En parallèle de toutes ces propositions, 5 médecins généralistes s'interrogent sur l'éducation des patients (**MG3, 5, 6, 9, 11**). **MG3** suggère que l'éducation des patients permettrait de diminuer le consumérisme médical : « *Eduquer les patients, qu'ils n'appellent pas qu'une fois qu'ils ont fait le marché, que le médecin ce n'est pas un boy* ».

Pour **MG6**, l'amélioration du travail de groupe passe par l'éducation, en les informant davantage et ceci permettra une amélioration de la qualité des soins. Cette généralité est valable dans le soin non programmé : « *Si le patient est conscient que son médecin traitant ou bien un confrère est en capacité de répondre à une demande de soin non programmé motivée, alors le parcours de soin sera mieux respecté* ».

III-2-e- Cadre : Projet de santé

Dans la loi HPST, il est proposé une intervention accrue des médecins généralistes afin de réduire le recours systématique aux urgences, et ceci via le regroupement de professionnels de santé. En interrogeant les médecins concernés, une unanimité ressort quant à une inefficacité probable de cette mesure. Selon eux, le regroupement au sein de maisons et pôles de santé ne permettra pas d'assumer une charge de travail plus importante : « *On fait 1000 avec 3, on ne peut pas faire 1000 avec 2...si on est en tension complète, la qualité de vie ne sera pas la même, on ne sera pas satisfait de ce que l'on fait et ça ne sera pas pérenne* » (MG4). Ils déplorent ce type de mesure inefficace sur la qualité des soins des patients, craignant de pallier aux services d'urgence.

De plus, un projet de santé avec des interconnexions entre les professionnels médicaux et paramédicaux paraît être la base d'un fonctionnement idéal au sein de maisons et pôles de santé : « *Il n'y a pas de démarche pluridisciplinaire réelle. Ce ne sont que des maisons médicales opportunistes. Il manque dans la majorité des maisons médicales, un projet médical* » (MG2).

III-2-f- Obstacles et avantages

Question 7 : Quels sont, pour vous, les avantages et les freins à une prise en charge du soin non programmé selon la proposition que vous venez d'énoncer ?

➤ **Avantages**

Peu d'avantages sont répertoriés par les médecins.

- **Agenda :**

L'organisation entre les médecins permettrait que le planning ne soit « *jamais surbooké* » (MG3), de « *désengorger les journées de consultations des médecins* » (MG7).

- **Financier :**

Le premier des avantages est l'économie qui pourra être réalisée entre une admission aux urgences et une consultation de médecine générale qu'elle soit associée ou non à un acte

technique. 4 des médecins, en faveur de l'effecteur, du médecin de tri ou de l'infirmière de SNP soulèvent ce point (MG2, 4, 5, 10) : « *Ca coûterait moins cher à la sécurité sociale de payer une infirmière et les 25 euros au médecin ensuite* » (MG5), « *c'est exactement la même chose que lorsqu'on a monté la régulation médicale il y a 10 ans, ils payaient un médecin partout pour faire les astreintes. On était 48 et aujourd'hui, on est plus que 8 effecteurs le soir. Financièrement, ça a été bénéfique.* » (MG2).

- Continuité des soins assurée :

Vis-à-vis du patient, les médecins généralistes font ressortir qu'une telle organisation, qu'elle soit le médecin de tri, le médecin effecteur ou bien la mutualisation des compétences, permettra « *d'assurer la continuité des soins* » (MG2), face à une « *population thouarsaise qui va se sentir lésée par le départ du service d'urgence* » (MG3).

Pour eux-mêmes, les médecins ne mettent pas en évidence de bénéfices à ce type d'organisation. MG10 se permettra de dire : « *Il n'y a que des inconvénients à le faire* ».

➤ Freins

Plusieurs freins sont relevés quant à l'attitude des médecins.

- **Entente médicale** : Tout d'abord, des craintes sont émises sur l'entente médicale par 4 médecins (MG3, 5, 7, 9) dont 3 au sein du pôle multi-site. Ils mettent en avant la mentalité individualiste des médecins : « *Les médecins sont trop indépendants, trop individualistes et ils veulent ne travailler que pour eux-mêmes* » (MG3). Il est craint un investissement de certains médecins uniquement : « *Ceux des sites éloignés, ça m'étonnerait qu'ils viennent faire des consultations ici parce qu'ils vont dire qu'ils sont plus près de Faye-L'Abbesse* » (MG7), « *En fonction de la mentalité de chacun, ce n'est pas sûr d'être suivi par tout le monde* » (MG3).
- **Volonté d'implication médicale** : 8 médecins généralistes (MG2, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 13) doutent de la volonté de leurs confrères pour s'impliquer dans une organisation commune territoriale de gestion du soin non programmé : « *Après, il faut que les gens s'investissent* » (MG6). Ils craignent un ajout de contraintes de temps, de recherche de disponibilité et d'organisation : « *le frein c'est le temps* » (MG8).

Parmi les 5 médecins qui pensent nécessaire le principe de volontariat (MG2, 6, 7, 8, 12), un d'entre eux (MG2) ne place pas la volonté de s'investir de la part des médecins en tant que frein. Il met l'espoir dans la jeune génération qui s'installe actuellement. Il les décrit comme désireux de « *faire des actes, de diversifier leur pratique de la médecine générale, à la différence des médecins les plus anciens qui sont dans une démarche répétitive* ». De même, un jeune médecin récemment installé croit en la jeune génération pour apporter de nouvelles idées (MG6).

- **Maitrise technique des praticiens** : Une appréhension apparaît aussi pour la maitrise technique des gestes. Un des médecins de plus de 40 ans soumet la problématique d'absence de remise à niveau et de pratique régulière. Ainsi pour lui, ce changement de pratique doit pouvoir s'opérer mais avec la jeune génération arrivante. « *J'aurais peur de me lancer par crainte de ne pas gérer* » (MG8), « *On a des savoirs qui ne sont pas du tout identiques* » (MG4).

La maitrise technique n'est pas la seule appréhension des médecins interviewés. La peur de l'erreur médicale est plus intense via la régulation téléphonique que par l'acte de consultation : « *Il suffit que l'on ne pose pas la bonne question et on passe à côté d'un truc* » (MG4).

- **Disponibilité** : MG4 évoque comme principal frein la gestion du temps : « *A ce jour, il est difficile d'intercaler une suture qui arrive spontanément dans la salle d'attente car ceci entrainerait un retard conséquent par la suite* ». (MG4)
- **Partage d'information entre les praticiens** : En termes d'organisation, des freins techniques surgissent rapidement. Le partage d'information pose problème. En effet, au sein du pôle de santé multi-site, un projet d'informatisation avec un logiciel unique est en cours et 3 des 6 sites sont actuellement équipés du logiciel ICT. Les médecins qui sont informatisés avec ICT confirment la nécessité d'un logiciel unique pour un partage d'information optimal. Mais selon MG5 et MG12, âgés de plus de 60 ans, exerçant sur un des sites du pôle de santé et travaillant avec un logiciel différent d'ICT, un changement pour le logiciel commun n'apportera aucun bénéfice pour eux ni pour le patient : « *Les jeunes feront ce qu'ils voudront sur l'informatique quand nous deux on ne sera plus là* » (MG5).

L'autre possibilité énumérée est le Dossier Médical Partagé : « *Soit c'est un logiciel commun soit c'est le dossier médical partagé mais il faut savoir ce que l'on met dedans et comment on l'utilise et comment est-ce qu'il est coordonné avec les logiciels santé* » (MG6).

- **Partage de patientèle** : 3 médecins soulèvent ce frein (MG1, 7, 10). Cependant, pour MG1, la nouvelle génération de médecin est plus encline à ce partage de patientèle : « *Je pense que le frein qui existait, c'était la difficulté des médecins de ma génération à confier leurs patients à des confrères généralistes. C'est moins le cas maintenant, enfin j'espère* ». Cette notion est confirmée par un des médecins adjoint : « *Moi je n'ai pas peur que mes patients aillent voir ailleurs. Il faut juste que ce soit justifié ou que je ne sois pas là* » (MG7).

Un seul d'entre eux émet une appréhension face à la fuite de patients vers un des médecins de soin non programmé : « *L'inconvénient c'est de se faire piquer des patients* » (MG10).

Plusieurs médecins sous-entendent l'absence de désir de partage de patientèle. Ils disent préférer gérer leur patientèle, avançant comme argument que « *la consultation s'avère plus facile et rapide* » (MG13), par connaissance des patients et du dossier médical.

Freins en lien avec la réorganisation territoriale du CHNDS

- **Dérive d'utilisation** : 5 des médecins interviewés sont inquiets d'une dérive d'utilisation d'un accès à un médecin dédié au soin non programmé et un lieu défini et que cela soit considéré comme un simili du service d'urgence par les patients (MG2, 5, 6, 9, 13). Ils dénoncent l'éventualité d'un mésusage par les patients : « *C'est la porte ouverte à n'importe quoi. Une fois que les gens vont comprendre que ça existe, ils vont venir dès qu'ils auront un nez qui coule* » (MG13). Ceci peut être accentué si l'idée de médecin effecteur est mise en place avec un local prédéfini.

Pour les deux médecins qui sont en dehors du pôle de santé multi-site, la demande de freins s'est avérée infructueuse étant donné le type d'organisation qu'ils ont proposé (soit une augmentation du nombre de médecins généralistes, soit une organisation personnelle de son planning et une continuité des soins assurée par un collègue par entente cordiale lors des jours d'absence).

III-2-g- Besoins

Question 8 : Quels seraient les besoins humains, matériels et de formation nécessaires à la mise en œuvre de ce projet ?

Plusieurs nécessités sont formulées par les médecins interviewés, pouvant réduire les divers freins, qu'ils soient intellectuels ou bien de compétences.

➤ Formation :

Dans un premier temps, la formation des médecins généralistes, que ce soit de la remise à niveaux concernant les actes techniques type suture ou lecture d'électrocardiogramme (MG4, 8, 9, 11, 12, 13) est demandée, mais également de l'apprentissage à la régulation médicale. (MG1, 4, 5, 6, 10) : « *Peut-être avoir une formation en régulation médicale, ça c'est quelque chose avec lequel je ne suis pas très à l'aise* » (MG6).

Deux médecins parlent de réaliser le diplôme universitaire de médecine d'urgence (MG7, 13). Un des médecins est critique vis-à-vis de cela, approuvant qu'il dépasse le champ de la médecine générale : « *J'aimerais bien faire le DU d'urgenceAprès, au quotidien, à quoi est ce qu'il me servirait ? En 3 ans, je n'ai jamais eu d'urgence* » (MG13).

Ils portent une importance toute particulière à la formation des secrétaires. Selon eux, elles devraient bénéficier d'une formation identique à celle des ARM en vue de leurs propositions de réorganisation : « *Une formation de permanencière SAMU, peut-être pas aussi poussée mais qu'elle sache tel critère et tel critère, c'est telle réaction* » (MG13).

➤ Matériel :

Selon les médecins généralistes, le matériel qui leur semble indispensable à l'avenir concerne : les sets à sutures en majorité, ainsi qu'un appareil à électrocardiogramme (ECG). MG2 propose de « *coupler le médecin de tri avec une permanence pompier incluant un VSAV (Véhicule de Secours A Victime)* » et par conséquent tout le matériel intégré (MG2).

MG7 et MG8 souhaitent avoir sur chaque site, un charriot avec les médicaments d'urgence.

Le matériel pose le problème, selon les sites de prise en charge, de la nécessité de disposer du même matériel en de multiples exemplaires ainsi que des péremptions rapides et donc du coût que cela entraîne. **MG1** propose ainsi de réaliser un partenariat avec l'hôpital pour la stérilisation du matériel et donc l'utilisation de l'autoclave.

➤ **Communication avec les spécialistes :**

Des liens plus étroits avec les spécialistes sont désirés pour la télétransmission d'électrocardiogrammes aux cardiologues (**MG12**), l'obtention de créneaux de radiologie dans la journée (**MG6**) et la possibilité de contacter aisément un spécialiste hospitalier pour un avis (**MG4**).

III-2-h- Réflexion sur les nouvelles structures de soins non programmés

Question 9 : Que pensez-vous des nouvelles structures de SNP nommées « centres de soins non programmés », « plateforme alternative d'innovation en santé », « permanences médicales » qui s'implantent actuellement en France ?

Les centres de soins non programmés sont des nouvelles structures destinées à pallier les fermetures des services d'urgence mais ne prenant en charge que les urgences non vitales.

Dans un premier temps, il était demandé aux médecins interviewés ce qu'ils pensaient de l'implantation de ces nouvelles structures de soins non programmés. Divers noms leur étaient proposés, tels que « centre de soins non programmés », « permanences médicales », et « plateforme alternative d'innovation en santé ».

Sur les 13 médecins, 9 ne connaissent pas l'existence de ce type de structure (**MG1, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 13**). 2 médecins confondent ces structures de SNP avec les maisons médicales de garde (**MG7, 13**). Face à ces réactions, une description leur est donnée : « *Il s'agit d'un centre devant accueillir les petites urgences non vitales. Actuellement, le premier centre ouvert en Normandie a des amplitudes horaires de 8h-18h30 et est fermé le week-end et pendant les vacances scolaires* ». Il était ajouté qu'une « *adaptation à notre territoire était possible et que tout pouvait se discuter* ». Une définition succincte de PAIS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé) est proposée : « *Organisation qui consiste à mettre en réseau des médecins généralistes qui exercent en cabinet isolé ou en groupe, sur un même*

territoire. L'objectif étant d'améliorer la prise en charge des demandes imprévues entre 8h et 20h du lundi au vendredi et entre 8h et 12h le samedi ».

➤ **Arguments en défaveur du concept**

Leur opinion face à ce type de structure ressort rapidement des entretiens. On s'aperçoit que 9 d'entre eux émettent un **refus catégorique**, soit 69% de l'effectif (**MG3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13**). La répartition est homogène dans les classes d'âge avec 3 médecins de moins de 40 ans et 4 médecins parmi les plus de 55 ans. Les deux autres médecins sont dans la catégorie intermédiaire des 41-54 ans.

Ce refus concerne non seulement l'implantation de ce type de structure mais également la participation des médecins généralistes à leur bon fonctionnement : « *Ce n'est pas évident si tu fais ton métier de médecin généraliste et des vacations dans ces structures, sur le plan professionnel, c'est compliqué* » (**MG12**), « *Quand tu fais le choix d'être libéral, tu ne fais pas le choix d'être semi-hospitalier* » (**MG13**).

Une incompréhension s'installe, ne parvenant pas à délimiter le rôle et la place que va avoir cette structure sur le territoire : « *Si tu mets des urgentistes dedans, c'est quoi la différence avec l'urgence* » (**MG13**), « *Qu'est-ce que ça change par rapport à un service d'urgence ? Parce que les urgences telles qu'elles sont actuellement c'est un peu ça, une structure de soins non programmés* » (**MG12**).

Ils soulèvent comme problèmes, des horaires incohérents (**MG3**), se superposant à celles des horaires d'ouverture des cabinets médicaux, et ainsi une « *inutilité* » (**MG8**) de leur existence concernant les pathologies de la compétence du médecin généraliste. Le risque selon MG3 est la « *multiplication des consultations abusives* », d'être pourvoyeur de « *soins à la carte* » (**MG4**).

Un médecin voit ces centres comme un moyen de « *rassurer* » la population environnante sans bienfait dans la qualité des soins et avec le risque de davantage les disperser dans le parcours de soins (**MG8**).

D'autre part, les médecins généralistes ont à cœur de maintenir un relationnel et un suivi avec le patient et souhaitent donc plutôt une « *réponse loco-locale* » (**MG4**), interne à leur structure : « *Je ne veux pas voir de patients que je ne reverrai pas* » (**MG9**).

2 autres médecins **ne se prononcent pas**. Ils se situent dans les tranches d'âges 40 ans ou moins (**MG6**) et celle d'au moins 55 ans (**MG1**) et exercent au sein du pôle de santé. Ils n'émettent pas un avis négatif strict à la création de ce type de structure et approuvent la « *volonté des confrères à œuvrer ensemble* » (**MG1**). Malgré cela, ils ne souhaitent pas pour autant s'investir dans ce type de structure.

Le problème du recrutement des médecins pose question pour 2 médecins (**MG2, 12**) dont un qui désire la gestion exclusive du soin non programmé au sein de ces structures par des médecins urgentistes (**MG12**). On peut également s'interroger sur la persistance d'un problème de définition encore présent à ce stade de l'entretien.

➤ **Arguments en faveur du concept**

Un seul médecin, est **favorable** à l'implantation d'un centre de soins non programmés. Il est âgé de moins de 40 ans, installé depuis moins de 5 ans, et réalise régulièrement des gardes aux urgences. Il émet une contrainte, qui serait une **régulation en amont**, avant toute admission, sans la décrire davantage : « *Il faut que ce soit bien cadré pour éviter que les patients se disent : là-bas, ils me prennent rapidement alors que mon médecin ne me prend que dans 3 jours* » (**MG7**).

MG4 suppose que, quel que soit le modèle qui sera proposé, celui-ci se doit d'être bénéfique en termes de qualité de soins apportée aux patients mais également sur le plan économique.

III-2-i- Coordination avec les acteurs du territoire

Un travail avec divers acteurs de santé du territoire est intervenu au cours de la réalisation de la thèse.

Le contexte est le suivant : le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS) a missionné un groupe de travail pour proposer une organisation territoriale des « urgences » au vu de la démographie des urgentistes mais aussi de la restructuration de l'hôpital Nord Deux-Sèvres.

Quatre réunions se sont déroulées entre le 8 Décembre 2016 et le 10 Mai 2017. L'objectif étant de développer une proposition à présenter au CODAMUPS-TS le 11 Juillet 2017.

Le sujet de la thèse étant en lien direct avec le thème des réunions, ceci m'a permis d'intégrer le groupe via un médecin représentant à l'URPS des médecins libéraux de la Nouvelle-Aquitaine. Mon rôle dans ces réunions a été de réaliser un relevé des premiers résultats de la thèse et ainsi évaluer quelle place les médecins généralistes pouvaient et voulaient avoir dans la gestion du SNP.

Les acteurs présents à ces réunions de travail étaient : des représentants du SDIS 79, du CH de Niort, de la polyclinique Inkerman, du CHNDS, du CNOM des Deux-Sèvres, de l'URPS des pharmaciens Nouvelle-Aquitaine, de l'URPS des médecins libéraux Nouvelle-Aquitaine, de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, les collectivités territoriales.

Ici, la partie concernant les médecins généralistes sera l'unique objet de notre réflexion, excluant donc la médecine d'urgence.

Au cours de la première réunion qui s'est déroulée le 8 Décembre 2016, un centre de soins non programmés (CSNP) à Thouars constitue une des propositions de modèle d'organisation pour la gestion des « urgences non vitales », proposée par l'ARS, ceux-ci pouvant être gérés par des médecins libéraux et hospitaliers.

Lors de la seconde réunion du 10 Février 2017, la discussion a été axée sur le CSNP. Un cahier des charges rédigé par l'ARS de Normandie a été diffusé à ce moment. Pour Thouars, il est proposé que ce CSNP bénéficie d'un accès à l'imagerie et à la biologie. Pour l'ARS et au vu de la réflexion engagée avec l'AMAT, ce CSNP pourrait être porté davantage par la médecine de ville avec un soutien par l'hôpital. Afin de définir plus précisément les modalités de fonctionnement de ce CSNP, des rendez-vous intermédiaires avec un groupe de travail restreint sont mis en place.

Une première extraction des résultats des entretiens a été réalisée pour la réunion du 10 Février. Il est ainsi présenté la principale hypothèse qui est la présence d'un médecin dédié au SNP de médecine générale sur le territoire. A ce moment-là, il n'y pas de réelle distinction entre le médecin effecteur et le médecin de tri.

Le 11 Avril 2017, en groupe restreint, un rapport des résultats plus précis est explicité (Annexe 3). Pour l'ARS, la principale hypothèse est le centre de soins non programmés.

Vous trouverez une différence de pourcentage entre les résultats donnés à l'ARS et les résultats définitifs de la thèse. Afin d'être suffisamment claire lors de cette réunion, je me suis astreinte au moment de la première analyse à extraire la principale hypothèse ressortant de chaque entretien. Or, en les analysant de manière plus pointue, je me suis aperçue que chaque médecin réalise plusieurs propositions distinctes et incompatibles entre-elles.

Lors des réunions au sein du groupe restreint, peu d'échanges ont eu lieu concernant l'organisation de la médecine générale. La discussion s'est concentrée essentiellement sur le système d'urgences hospitalières. A noter que la dernière réunion avant le CODAMUPS-TS a été annulée étant donné que le projet de CSNP avait été opté par les représentants de l'ARS, et validé par les membres de ce groupe de travail, tout en prenant en compte l'absence d'intervention des médecins généralistes dans ces structures.

Suite à l'ensemble de ces échanges avec les acteurs du territoire et après confrontation avec une partie des avis des médecins généralistes du territoire, il a semblé indispensable de présenter cette proposition territoriale pour le SNP de médecine générale aux médecins généralistes du Pays Thouarsais et ainsi obtenir leurs suggestions. Pour faciliter leur présence à cette réunion, celle-ci a été prévue le 30 Mai 2017, le jour de la constitution du planning de garde et un e-mail leur a été envoyé. 16 des 27 médecins du territoire étaient présents.

Lors de cette réunion, ont été présentées les pistes du CODAMUPS-TS, créant un débat. Au terme de ce débat, un consensus s'est formé autour de la proposition suivante : ***Un médecin généraliste du territoire pourrait assurer quotidiennement la gestion du SNP de médecine générale de 18h à 20h pour l'ensemble des demandes du territoire. Ce créneau de consultations serait libre de toute consultation programmée. Ce médecin correspondrait à celui qui doit assurer la garde. En parallèle, le temps de garde pourrait passer de 20-00H à 20h-23H. A cette organisation se surajoute une régulation préalable à toutes les demandes. Cette régulation passerait par le Centre 15.***

Cette réorganisation a été réfléchi autour d'un créneau de faiblesse de prise en charge du soin non programmé en médecine générale, le 18h-19h.

III-2-j- Point sur les médecins hors pôle :

Au sein de l'échantillon, seulement 18% (2/13) des médecins hors pôle ont participé à l'étude et 69% (11/13) des médecins exerçant dans le pôle de santé.

Malgré le fait que le groupe de médecins hors pôle de santé ne soit pas représentatif sur l'ensemble de la population étudiée, il est intéressant d'analyser leur vision. Leurs réponses rejoignent celles des médecins exerçant au sein du pôle de santé.

- On s'aperçoit qu'ils ne maîtrisent pas le terme de soin non programmé et réalisent la confusion avec l'urgence. Un des médecins a obtenu la réponse en se renseignant sur internet avant l'entretien (**MG9**).

- Concernant la traumatologie, ils ne la prennent pas en charge pour plusieurs raisons : problème du matériel de suture qui périmé rapidement (**MG11**) et la crainte des plaintes médicales (**MG9**).

- Ils affirment ne pas rencontrer de difficultés dans la gestion de leur soin non programmé (**MG9, 11**) et être même en capacité d'accepter les patients d'autres cabinets (**MG11**).

- Tous deux sont convaincus que le nombre de demandes de soins non programmés vont s'accroître avec l'éloignement du service d'urgence : « *Il va falloir qu'ils fassent 45min à l'aller et 2h voire 3h d'attente. Les gens n'iront pas dans les services d'urgence et on va recommencer à faire des actes techniques* » (**MG11**)

- La réflexion sur une organisation territoriale reste complexe. Un des médecins propose l'augmentation du nombre de médecin généraliste, qui fera l'organisation individuelle ou par cabinet (**MG11**). L'autre médecin (**MG9**) imagine la mise en place d'un médecin effecteur en étant critique avec l'absence d'intérêt sur son cabinet. Celui-ci devrait, selon ce médecin, avoir une utilité sur le pôle de santé de Thouars, attirant la population par sa structuration.

- Concernant les structures dédiées de soin non programmé, ils refusent de s'y impliquer.

Un questionnaire auprès de l'ensemble des interviewés a été mené afin d'évaluer la possibilité d'intégrer les médecins hors pôle dans une organisation de soin non programmé. Les médecins du pôle sont ouverts à leur intervention : « *Pouvoir rédiger des conventions pour les inclure dans le fonctionnement du pôle* » (**MG6**), « *Je ne connais pas tout le monde, mais je pense qu'il y a une volonté de travailler ensemble* » (**MG1**). A l'encontre, du côté des

médecins hors pôle, il est à noter un refus d'adhérer à une organisation type pôle de santé :
« *Un pôle de santé, ça fait petite clinique ou petit hôpital* » (MG9).

IV - DISCUSSION

IV-1- Points forts et faiblesses de ce travail

IV-1-a- Faiblesses :

En raison de difficultés d'organisation, l'analyse par triangulation n'a pu être effectuée, ce qui aurait renforcé la validité des résultats. L'encodage thématique a été réalisé avec l'avis de mon directeur de thèse.

Un biais de recrutement existe dans la représentativité des médecins généralistes interviewés comparativement à ceux de l'ensemble du territoire étudié. Sur le territoire, on dénombre 59% de médecins faisant partie du pôle de santé multi site versus 41% hors pôle. La population étudiée compte 84% de médecins exerçant dans un des sites du pôle de santé. Il est donc nécessaire de prendre en compte cette donnée dans l'interprétation des résultats. En effet, une organisation de territoire doit recueillir l'ensemble des avis afin d'être réalisable, efficiente et pérenne. Il a été décidé de ne pas réaliser de relance par mail ou téléphonique au vu de l'obtention d'une saturation avec l'échantillon constitué.

Par commodité pour les médecins et afin de faciliter l'inclusion, leur lieu d'activité était le lieu de l'entretien. Ce choix a eu pour conséquences prévisibles, quelques interruptions (collègues, téléphone).

La méthode d'entretien par focus groupe aurait été parfaitement adaptée au questionnement posé. En effet, elle concorde avec l'objectif d'identifier un éventail d'idées ainsi que des attentes, des besoins et des solutions adéquates d'une certaine population à un problème spécifique, permettant ainsi de trouver des pistes pour améliorer la qualité des soins. A travers les échanges d'idées, une réaction en chaîne aurait pu s'opérer grâce à la réunion des personnalités diverses. L'entretien collectif permet de donner plus de poids aux critiques que dans les entretiens individuels.

IV-1-b- Forces :

Ce travail de recherche a pour objectif principal d'analyser la manière dont les médecins de premier recours du Pays Thouarsais perçoivent l'évolution de la gestion du soin non programmé de médecine générale. Il s'agit d'un travail bien spécifique à notre territoire et donc unique. Cette étude permet de recueillir le ressenti des médecins et d'anticiper leurs comportements afin d'affiner l'organisation de la profession sur notre territoire.

Concernant la population étudiée, l'ensemble des médecins généralistes a été contacté par mail. La population, à défaut d'être représentative du territoire, est suffisamment variée afin de répondre à la problématique de territoire.

La technique de l'entretien semi-dirigé a permis d'offrir une liberté de parole à nos interlocuteurs. Il leur a ainsi été possible d'exprimer leurs souhaits mais aussi leurs craintes et les évolutions de la médecine générale qu'ils désiraient ou refusaient concernant le soin non programmé de médecine générale sur leur territoire.

L'obtention de la saturation, complétée par deux entretiens supplémentaires permet d'accroître la validité externe de cette étude.

IV-2- Synthèse des résultats

IV-2-a- La confusion des termes

Le soin non programmé est une compétence du médecin généraliste responsable d'angoisses du fait d'une **confusion avec l'urgence**. Malgré une définition claire du soin non programmé de médecine générale donnée au début des entretiens, tous les médecins continuent d'utiliser le terme urgence en lieu et place. Cependant, l'ensemble des médecins est conscient qu'il réalise ce type de soins au quotidien. Un enquête réalisée par l'URPS-ML-FC en Juin 2014, rapporte que 99% des médecins généralistes acceptent les consultations non programmées, confirmant les dires des interviewés (45). Nos résultats montrent que les médecins interviewés prennent en moyenne 7,2 demandes de SNP en charge par jour. L'enquête de l'URPS-ML-FC estime à 6,6 le nombre de demandes de consultations non programmées par médecin généraliste (45).

IV-2-b- Réflexion restreinte au cabinet

La réorganisation territoriale des urgences du CHNDS laisse craindre du point de vue des médecins généralistes une recrudescence des demandes de soins non programmés. Ceci peut être renforcé par les chiffres de la DREES qui confirme que 76% des patients admis aux urgences ressortent à leur domicile sans hospitalisation (19). La problématique de la réponse à apporter à ces demandes face à des plannings déjà surchargés et à une démographie médicale fragile nécessite d'être anticipée.

Une difficulté majeure a été rencontrée au cours de la réalisation des entretiens : la notion de **réflexion territoriale s'est avérée difficile** à faire entendre. Nombre de généralistes se limitaient à des pensées ne concernant que leur cabinet ou bien un site du pôle de santé, rencontrant une efficacité de leur fonctionnement existant. On peut donc se demander si les médecins, qu'ils soient en exercice regroupé ou bien isolé, disposent de suffisamment de maturité et sont en capacité, à ce jour, de proposer un modèle d'organisation territoriale pour répondre à ces demandes de SNP. Spontanément, ils parviennent à interagir au sein d'un même site du pôle de santé mais l'éloignement de leurs autres confrères crée des freins avec un bouleversement de leurs modalités d'exercices et des inquiétudes concernant l'adaptation des patients (modalités de transport....). La santé territoriale n'est pas au cœur de leurs préoccupations mais le fait de déclencher une réflexion peut faire surgir des propositions plus tardives.

Ils ressentent une **efficacité dans leur fonctionnement actuel**, par site ou bien individuellement, apportant une réponse à leur patientèle, créée par l'adaptation de leur planning et le regroupement des professionnels. Ceci est en contradiction avec le sentiment négatif de l'évolution de la gestion du soin non programmé.

Une complexité se rajoute avec les médecins hors pôle qui maintiennent leur fonctionnement individualiste. Le fait que seulement 2 médecins hors pôle acceptent de participer à l'étude peut faire questionner sur leur investissement dans la structuration du soin primaire. Ainsi, la structuration qui s'opère au sein de la médecine générale par le regroupement de professionnels (AMAT) depuis 7 ans nécessite une poursuite du travail débuté, notamment avec **l'inclusion des médecins hors pôle de santé** et un **regain de connexions entre les pôles**, autour d'un **projet de santé**.

Le fait d'avoir une réflexion territoriale va forcer les médecins à apporter une réponse aux patients ne disposant pas d'un médecin traitant. D'autant plus qu'il s'agit d'une catégorie de population qui consulte plus facilement aux urgences. (21)

IV-2-c- Propositions discutées

La réflexion portée au niveau territorial est riche d'informations et a permis d'enclencher un raisonnement chez l'ensemble des médecins généralistes pour organiser leur fonctionnement avant la réorganisation prévue du CHNDS fin 2018. **Aucun concept ne peut clairement être extrait** étant donné la variabilité des propositions et les disparités de fonctionnement. D'autre part, il n'existe pas à ce jour de système ambulatoire univoque au niveau national répondant aux problématiques de soins non programmés liées aux fermetures des services d'urgence.

Deux propositions nécessitent un **investissement des médecins généralistes** : le médecin effecteur et le médecin de tri. Ce sont les propositions avancées le plus fréquemment. Ils mettent ces propositions directement en confrontation avec l'organisation du samedi matin. Celle-ci présente un fonctionnement territorial, avec la participation de tous les médecins. Les médecins trouvent des bénéfices pour le samedi matin mais ne semblent pas en faveur de « *dédier une journée* » dans le reste de la semaine, par contrainte de « *temps* » et de « *disponibilité* ». D'autre part, ils craignent des difficultés « *d'entente entre les médecins* », des « *difficultés de déplacement pour les patients* ».

On s'aperçoit qu'il existe une organisation validée par tous les médecins et efficiente le samedi matin pour ce territoire mais la reproduction de ce modèle en semaine paraît poser davantage de problèmes et d'inquiétudes. Les freins qui ont été levés le samedi matin sont réintroduits pour les jours de semaine.

- MEDECIN EFFECTEUR

Face à cette proposition d'effectation, deux impératifs de fonctionnement sont relevés : **l'effecteur** doit être un **médecin généraliste** et la participation doit se faire sur la base du **volontariat**. Cependant, il n'est pas trouvé de consensus sur le temps dédié à l'effectation.

En confrontant cette idée à la littérature, elle se rapproche du modèle PAÏS, qui est une organisation entre médecins généralistes, isolés ou regroupés sur un même territoire. Cette organisation est considérée comme viable si elle comporte au moins 4 médecins actifs, et ce, depuis plus d'un an, sur le canton. Dans le cas inverse, l'impact sur les admissions aux urgences est nul. (27)

Le partage d'informations est un frein soulevé dans cette étude. Au sein du pôle de santé, le **projet d'informatisation commune est déjà enclenché** avec 3 des sites disposant du même logiciel externalisé. A défaut, le partage du dossier médical n'est pas encore effectif entre les sites. Ceci va en faveur d'un fonctionnement tel que PAÏS, qui possède une mise en commun des dossiers médicaux par l'intermédiaire du groupement de coopération de santé « *Télesanté centre* ». (27)

Le secrétariat fait l'objet d'un questionnement de la part des médecins généralistes. La description de l'organisation du secrétariat est difficile à obtenir au sein des entretiens : un médecin propose de maintenir les secrétariats comme à l'actuel, un autre émet l'hypothèse d'une gestion d'un « *planning de SNP* ». Ils sont unanimes sur le **besoin d'une formation pour les secrétaires**, similaire à celle des assistants à la régulation médicale. Ceci leur permettra d'effectuer un tri. De manière comparable, la PAÏS s'investit dans la formation des secrétaires au filtrage auprès du SAMU (27).

Le lieu d'effectation a fait l'objet de discussions au cours des entretiens. Il est craint une « *dérive* » de la part des patients si le lieu est identifié comme tel pour la gestion du SNP. Ils ne souhaitent pas « *reproduire de petites urgences* », tel qu'il est proposé au sein des CSNP. Ainsi, ils souhaitent que **l'effectation soit assurée au sein de leur cabinet respectif** avec, pour un des médecins, une **régulation pré-requise** à toute consultation non programmée. Cette organisation est équivalente à celle du Loir-et-Cher (PAÏS) avec une régulation par le secrétariat.

Afin d'être opérationnel dans l'effectif, les médecins de l'étude ressentent le besoin d'une formation ou remise à niveau pour les actes techniques. 2 médecins évoquent le diplôme de médecine d'urgence. Ce dernier semble inadapté pour la plupart des médecins généralistes à des soins de la compétence de la médecine générale.

Afin d'essayer d'avoir un impact maximal sur les consultations non programmées relevant de la médecine générale, un des médecins propose de **réorienter les patients du service d'urgence**, de l'accueil des urgences vers le médecin effecteur de médecine générale.

En reprenant les descriptions des médecins, le **modèle de PAÏS paraît correspondre à leurs attentes** avec un territoire comparable en termes de démographie médicale.

D'autres organisations permettraient d'impliquer à moindre niveau les médecins généralistes, tels que le médecin salarié dédié à ce type de soins et ne possédant pas de patientèle médecin traitant. Des organisations de ce type existent dans les Bouches du Rhône avec la mise en place de permanences médicales. Le risque principal est la déstructuration de la médecine générale par la rupture de la continuité des soins.

- MEDECIN DE TRI

L'idée du médecin de tri se base sur la connaissance de la régulation médicale de médecine générale. Ils émettent comme principale crainte, « *la peur de l'erreur médicale en oubliant de poser une question* ». Mais la prise de conscience de la réalisation d'actes de régulation quotidiens pour leur patientèle devrait les réassurer. Malgré tout, le fait de connaître le patient peut faciliter la réalisation de conseils médicaux.

Afin d'être efficient sur un tri de patients, les médecins, qu'ils proposent l'effectif ou le tri, sont en demande d'une **formation de régulation médicale**. Celle-ci devrait être proposée à l'ensemble des médecins y contribuant.

Si l'on part sur l'hypothèse du médecin de tri, l'organisation la plus adaptée et correspondant aux souhaits des médecins interviewés serait que ce médecin prenne l'ensemble des appels ne trouvant pas de réponse auprès de leur médecin traitant et nécessitant une réponse dans les 12 heures.

L'idée d'un médecin effecteur ressort dans 61,5% des cas et le médecin de tri à hauteur de 23%. Ces deux solutions nécessitent un investissement personnel avec une

libération de temps de consultation initialement dédié à leur patientèle pour l'ensemble des patients du territoire et parait être un frein. Ce questionnement a certainement permis **d'enclencher une réflexion** qu'il faudra continuer d'enrichir durant l'année à venir afin d'obtenir (ou pas) une organisation opérationnelle à l'ouverture du centre hospitalier de Faye-L'Abbesse.

En l'absence d'une organisation réfléchi en amont, les médecins vont être contraints d'accepter ces patients, se rajoutant sur leur planning.

- INFIRMIERE DE SOIN NON PROGRAMME

Un des médecins propose l'intervention d'une infirmière (**MG5**). Il fait référence à l'infirmière ASALEE et donc à la délégation de tâches. La délégation de tâche permet de recentrer l'activité des médecins généralistes sur les actes purement médicaux et promeut les coopérations avec les autres professionnels de santé. L'objectif est de maintenir la qualité des soins en déléguant à d'autres professionnels de santé, selon des protocoles préétablis, certaines activités chronophages ne nécessitant pas le niveau de compétence d'un médecin généraliste. Ces derniers gardent la responsabilité des actes délégués. (46)

La question à se poser est : peut-on réaliser de la délégation de tâche pour améliorer la gestion du soin non programmé ?

En cherchant dans la littérature, une nouvelle forme de collaboration émerge : ce sont les **infirmières en pratique avancée**. Il est difficile de définir précisément le terme de « pratique infirmière avancée », étant donné qu'il recouvre un large ensemble de pratiques différentes, qui vont en augmentant. Le Conseil international des infirmières a proposé la définition suivante : « *Une Infirmière en Pratique Avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée* » (CII, 2008). (47)

Certains pays comme les Etats-Unis, le Canada et le Royaume-Uni fonctionnent depuis longtemps avec des infirmières en rôle avancé. Dans la plupart des pays, l'une des

principales raisons du développement des rôles plus avancés d'infirmières est d'**améliorer l'accès aux soins** dans le contexte d'une **offre de médecins limitée**. L'objectif est le même que pour la délégation de tâche : **promouvoir une plus grande qualité de soins**.

On distingue 2 types d'activités aux infirmières de pratiques avancées :

- La substitution de tâches qui a pour objectif de réduire la charge de travail des médecins et peut être de réduire les coûts.
- Une complémentarité des tâches : l'objectif est de renforcer le service par une meilleure continuité et qualité des soins par la prise en charge de nouveaux programmes de gestion de maladies chroniques par exemple ou pour promouvoir une meilleure qualité des soins dans les structures hospitalières.

Afin de favoriser l'évolution de la médecine générale, il convient d'inventer de nouvelles formes de soins plus coopératives du fait de la diversité des savoirs et compétences nécessaires menant au fait que cet exercice ne peut plus être individuel.

L'évolution vers ce type de pratiques est limitée en France par le paiement à l'acte des médecins généralistes ainsi que par la législation et la réglementation. Il est nécessaire d'expérimenter de nouvelles méthodes de paiement sur une base collective pour promouvoir une plus grande coopération (47).

- PARTICIPATION DES INTERNES

La proposition de faire participer les internes dans la gestion du SNP de médecine générale est novatrice. Cet interne serait systématiquement supervisé. Il ferait partie d'un binôme ou trinôme sur le pôle de santé avec des maîtres de stage sur plusieurs sites. Il pourrait s'agir d'un stage spécifique au SNP pouvant intégrer la maquette de médecine générale.

- MUTUALISATION DES COMPETENCES

Avec la création du pôle multi site, un partage de compétences est réalisé. Il concerne plusieurs domaines tels que la cardiologie avec la pose d'holters-ECG et tensionnels, mais aussi, la dermatologie (exérèse de lésions suspectes), la rhumatologie (infiltration) et la pneumologie (recherche du syndrome d'apnées du sommeil). Celle-ci met en œuvre des

spécificités de médecins en fonction d'attraction. Il s'agit donc de compétences acquises par des médecins généralistes, intervenant hors du cadre initial du soin non programmé. Par contre, ceci peut être bénéfique dans un second temps de réorienter vers ces confrères afin d'obtenir plus rapidement des examens ou actes spécialisés.

Il est possible d'extrapoler cette notion à de la télémédecine : la transmission d'électrocardiogrammes réalisés au cabinet permettrait d'obtenir un avis concomitant à la consultation.

- ATTIRER DES MEDECINS GENERALISTES

La proposition de rendre attractif notre territoire est une mission des médecins généralistes à laquelle ils œuvrent depuis la création de l'AMAT. Des moyens ont été mis en œuvre dans ce but : la structuration en pôle santé, la maîtrise de stage actuellement réalisée par 4 médecins sur le pôle et la mise en place de contrats médecin-adjoint.

IV-2-d- Financement

Le financement du médecin effecteur ou bien médecin de tri réalisant la gestion du SNP pose question auprès des médecins généralistes. Certains jugent suffisant le règlement d'une consultation pendant que d'autres pensent nécessaire un financement extérieur, qui pourrait être une motivation à réaliser une effecton.

Il semble que le paiement à l'acte soit à maintenir et à associer à un forfait. En effet, lors d'une journée d'effecton, il peut n'y avoir aucune ou très peu de consultations. De même pour le médecin de tri, celui-ci n'aura aucune rémunération à l'acte. Le forfait est donc nécessaire pour ces raisons.

Un des médecins fait allusion à la nouvelle convention de médecine générale 2016. En effet, afin d'encourager la prise en charge rapide des patients en ville, un dispositif est mis en place pour la médecine générale : une majoration de 15 euros pour la prise en charge, par le médecin traitant, d'un de ses patients à la suite d'une demande du Centre de Régulation médicale des urgences. Ces mesures ont pour but d'inciter les médecins libéraux à recevoir en priorité les patients qui ont besoin de consulter rapidement afin de favoriser leur prise en charge en ville. (48)

Le règlement arbitral (42) est un autre financement pouvant être mis en jeu mais destiné aux maisons et pôles de santé pluri professionnels, mettant en œuvre un projet de santé partagé autour de la prise en charge coordonnée des patients. Ces structures de santé doivent être constituées en Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) ou bien s'engagent à l'être dans les 6 mois suivant la signature du contrat, ainsi que les centres de santé. Le contrat issu du règlement arbitral comporte des engagements permettant de valoriser financièrement les activités des structures adhérentes sur trois grands chapitres : l'accès aux soins, le travail en équipe et le développement des systèmes d'information. Concernant l'accès aux soins, une rémunération fixe est allouée aux structures permettant un accès au soin non programmé chaque jour ouvré. Ce financement pourrait être mis en place au sein de l'AMAT, mais exclurait les médecins hors pôle et donc irait à l'encontre de l'organisation territoriale souhaitée et recherchée. Cependant, il faut bien prendre en compte que le règlement arbitral est là en tant que feuille de route mais n'a pas pour objectif de financer les médecins réalisant le soin non programmé dans notre cas.

IV-3- Opinion sur les CSNP

Lorsque l'avis des médecins a été recueilli concernant les nouvelles structures de SNP, ils se sont focalisés sur les CSNP, omettant la proposition de PAÏS.

L'avis des médecins généralistes est très tranché sur les CSNP : ils leur reprochent une **absence de continuité de soins**, des **horaires incohérents**, ne répondant pas totalement aux pics d'intensité de demandes de SNP et un **risque de consultations abusives** ainsi qu'une **dispersion du patient dans le système de santé**.

Selon les médecins généralistes, un CSNP n'est **pas adapté** à leur mode d'exercice actuel, pouvant être responsable d'une multiplication des consultations abusives par l'existence d'un lieu identifié comme gérant le SNP.

Ils **refusent, pour la plupart, de s'investir** dans ce type de structure avec pour principal argument qu'il s'agit de soins pouvant être assurés par la médecine de premier recours. Leur souhait étant de répondre à ces demandes de manière organisée entre médecins généralistes et au sein de leur cabinet, dans un environnement qu'ils maîtrisent et surtout sans risque de se retrouver à gérer des demandes relevant de l'urgence vraie. Un des médecins refuserait de s'y impliquer par absence de volonté de soigner les personnes extérieures à sa

patientèle. Comme relevé plus haut, ceci pose question étant donné que cette organisation est en place pour le samedi matin et ce médecin y participe. Peut-être que l'impact sur la qualité de vie est la première raison à l'acceptation de l'organisation des samedis matins, impact que les médecins généralistes ne retrouvent pas pour les jours ouvrés.

Ces reproches seront confirmés lors de la réunion du 30 Mai réunissant des médecins dont certains n'ayant pas participé aux interviews. Il sera ajouté, par un médecin ayant un exercice isolé, un refus d'accepter quotidiennement les patients des confrères. Un des médecins retraité dans l'année à venir, exerçant dans le pôle de santé, met en avant la jeune génération à venir et que leur avis importe plus que celui des médecins s'approchant de la retraite. Il dit que « *C'est aux jeunes de construire leur avenir, leur exercice* ». Cependant, les jeunes médecins ne se sont pas exprimés ce soir-là. Malgré tout, une proposition émerge permettant de rester optimiste sur une volonté de s'organiser et de trouver une solution pérenne pour les médecins et surtout pour les patients.

V - CONCLUSION :

Le soin non programmé de médecine générale est un questionnement qui intervient au niveau national, et applicable au territoire du Pays Thouarsais, en lien avec l'éloignement de la structure d'urgence. Depuis 2011, le Pôle de Santé du Pays Thouarsais s'est développé en un système multi site dans un objectif de qualité d'accès aux soins pour la population mais également d'attractivité médicale. Ainsi, face à ce désir de travail collégial territorial entre médecins généralistes, l'augmentation constante des demandes de soins non programmés relevant de la médecine générale dans les services d'urgence et l'éloignement de ce dernier vers Faye-L'Abbesse, un intérêt tout particulier s'est porté sur les manières dont peut être perçue la gestion du SNP à l'avenir au niveau territorial.

Le soin non programmé, compétence du médecin généraliste, présente des difficultés à se détacher de l'urgence en termes de définition. Il est décrit comme un soin s'intercalant dans le planning et le désorganisant.

Lorsque leur regard se porte sur leur cabinet, la plupart des médecins se trouvent satisfaits de l'organisation actuelle du soin non programmé de par la connaissance de leur patientèle mais aussi via le regroupement de professionnels. Les médecins confirment qu'au

cours des 30 dernières années, leur comportement vis-à-vis du SNP s'est modifié. Ils acceptent moins les actes techniques relevant de la traumatologie. Cependant, la jeune génération paraît plus encline à pratiquer ce type d'actes.

D'autre part, l'attitude et par conséquent les habitudes des patients ont évolué vers un accès plus important vers les structures d'urgence et pour des motifs ne relevant pas de l'urgence vitale

Cette étude a montré que la notion de territoire est abstraite pour les praticiens. Ceci se confirme par la sensation de ne pas avoir le recul nécessaire pour apporter une réponse à la supposée augmentation du nombre de demandes de SNP à venir. Il a été nécessaire de leur rappeler que l'objectif d'une réponse territoriale afin de faire émerger des idées.

Ces médecins interviewés s'imaginent davantage répondre au SNP par site du pôle. Ils font aisément référence à des organisations qu'ils connaissent et trouvent efficaces, et souhaitent les transférer sur le SNP.

L'organisation du samedi matin permettrait selon eux d'apporter une réponse à la population. Ceci nécessiterait la mise en place d'un médecin effecteur, pouvant être un médecin installé sur le Thouarsais ou bien un médecin salarié. Ce modèle, avancé par un plus grand nombre de médecins, apparaît particulièrement adapté à notre territoire. D'autant plus, qu'un système déjà effectif dans le Loir et Cher, la plateforme alternative d'innovation en santé, fonctionne et réduit le nombre d'admissions aux urgences pour les soins relevant de la médecine générale.

L'association d'un médecin de tri, en référence à la régulation médicale existante est également mise en avant. Une proposition d'intervention d'une infirmière de soin non programmé permet de faire évoluer la réflexion vers la notion d'infirmière de pratiques avancées. Les médecins rapportent d'autres solutions telles que la participation des internes en stage chez les praticiens, l'accroissement de la mutualisation de compétences entre les sites ou bien encore l'augmentation du nombre de médecins sur ce territoire.

Les médecins interviewés restent très critiques vis-à-vis de ces propositions et émettent plusieurs freins qu'ils ont du mal à dépasser. La disponibilité et à un niveau moindre l'entente médicale pour assurer ces tâches sont les principaux freins. Afin de pouvoir appliquer de nouveaux modèles, la démographie médicale se doit d'être suffisante sur le territoire.

Un questionnement sur les nouvelles structures de soins non programmés a permis d'identifier clairement ce que les médecins de ce territoire ne souhaitaient pas en termes d'organisation. La majorité émet un refus de participation au sein d'un CSNP. Ils expliquent cela par une incompréhension concernant l'intérêt de ces structures, les voyants comme un simili des cabinets de médecine générale.

Cette étude montre bien les difficultés qu'ont les médecins généralistes, malgré une organisation en pôle multi site, à se projeter dans de nouveaux modèles. L'ensemble de ces réflexions n'a pas abouti sur un projet organisé mais a permis d'enclencher une réflexion. Il en ressort tout de même une ébauche d'organisation permettant de répondre à un des pics de demandes de SNP, celui de 18H-19H. Les médecins se proposent de prendre en charge en alternance les demandes de SNP de l'ensemble des confrères à partir de 18h, le jour où ils sont de garde.

Un temps de réflexion collégiale reste nécessaire pour obtenir un projet accepté de tous et efficient pour les patients au sein du territoire.

VI - Liste des abréviations :

AMAT : Association pour le Maintien de l'offre de soins et l'Amélioration des conditions d'exercice des soignants de premier recours dans le Thouarsais

AMU : Aide Médicale Urgente

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ARS : Agence Régionale de la Santé

ASALEE : Action de SAnité Libérale En Equipe

BDSP : Banque de Données de Santé Publique

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CH : Centre Hospitalier

CHNDS : Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COAMUPS-TS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires

COPERMO : COmité interministériel de la PERformance et de la Modernisation de l'Offre de soins hospitaliers

CRAA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

CSNP : Centre de Soins Non Programmés

CSP : Code de Santé Publique

DMP : Dossier Médical Partagé

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

ENMR : Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération

GHT : Groupement Hospitalier Territorial

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation

MCS : Médecin Correspondant du SAMU

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

ORSEC : Organisation de la Réponse de Sécurité Civile

ORU : Observatoire Régional des Urgences

PAIS : Plateforme Alternative d'Innovation en Santé

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PRS : Projet Régional de Santé

ROSP : Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences

SCM : Société Civile de Moyens

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SNP : Soins Non Programmés

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VSAV : Véhicule de Secours A Victime

VII - BIBLIOGRAPHIE :

1. Conseil d'Administration de Samu-Urgences de France. (Page consultée le 10 Octobre 2016). Organisation de la médecine d'urgences en France : un défi pour l'avenir. [en ligne]. <http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>.
2. Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville. (Page consultée le 16 Juillet 2016). Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique. [en ligne]. http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1090/d%C3%A9cret_95-647.htm.
3. Espace généraliste. (Page consultée le 08 Octobre 2016). Demandes et réponses aux soins non programmés. [en ligne]. [http://www.association-samba.org/IMG/pdf/SYNTHESE_PDS AMU_ESPACE_GENERALISTE_.pdf](http://www.association-samba.org/IMG/pdf/SYNTHESE_PDS_AMU_ESPACE_GENERALISTE_.pdf)
4. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;16(1):74-63.
5. URPS Ile-De-France-Médecins libéraux. (Page consultée le 15 septembre 2016). Rendez-vous médicaux non honorés - Demandes de soins non programmés - Etat des lieux et solutions : Enquête auprès des médecins libéraux d'Ile-De-France. [en ligne]. <file:///C:/Users/Lydie/Downloads/16200.pdf>
6. Courouve L, Duburq A. (page consultée le 23 Novembre 2015). Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les consultations de soins non programmés. [en ligne]. <http://www.urps-ml-fc.fr/documents/urps-ml-fc-soins-non-programmes-rapport-definitif.pdf>.
7. Drinkwater J, Salmon P, Langer S, et al. Operationalising unscheduled care policy : a qualitative study of healthcare professionals' perspectives. The British Journal of General Practice, mars 2013;63(608) :192-199.
8. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences - Premiers résultats d'une enquête nationale. DREES. Études et résultats. n°212 janvier 2003.

9. Article L1411-11 du Code de la Santé Publique Modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 158 (V).
10. Faculté de médecine Université de Genève. (Page consultée le 16 Septembre 2016). Qu'est-ce qu'un médecin de premier recours ? [en ligne]. <http://www.medecine.unige.ch/enseignement/information/med/spip.php?article29>.
11. WONCA Europe. Définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. 2002.
12. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n° 0167 du 22 juillet 2009.
13. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. (Page consultée le 15 Septembre 2016). La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. [en ligne]. <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>
14. Chasles V, Denoyel A, Vincent C. (Page consultée le 08 Avril 2017). La démographie médicale en France, le risque des déserts médicaux. L'exemple de la montagne ardéchoise, [en ligne]. <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteDoc4.html>.
15. Munck S, Massin S, Holfiger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Santé publique. 2015 Janvier-Février;27(1):49-58.
16. Druais L. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. Commandité par la Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. 15 Mars 2015.
17. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. Drees. Études et résultats. n°471 mars 2006.

18. Bayle-Iniguez A. (Page consultée le 5 Juin 2016). Soins non programmés cinq fois par jour : comment les médecins libéraux relèvent le défi, [en ligne]. https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2014/11/19/soins-non-programmes-cinq-fois-par-jour-comment-les-medecins-liberaux-relevant-le-defi_710161.
19. Boisguérin B, Brilhault G, Ricroch L, et al. Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES. Le panorama des établissements de santé. Edition 2014, Etudes et statistiques, Drees, mars 2015.
20. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Études et résultats. Drees. n°607 novembre 2007.
21. Association SAMBA. (Page consultée le 6 Juin 2016). Qui vient aux urgences sans y être invité ? [en ligne]. <http://www.permanence-de-soin-du-boulonnais.org/?qui-vient-aux-urgences-sans-y-etre-invite>.
22. Grall J.Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence. Paris. Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes. Juillet 2015.
23. IRDES. (Page consultée le 10 Juin 2016). Loi de modernisation de notre système de santé. [en ligne]. <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf>
24. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (Page consultée le 15 Septembre 2016). Pacte territoire santé I : Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014. [en ligne]. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_territoire_sante_-_PTS_-_brochure_bilan_-_fevrier_2014.pdf
25. Ministère des Solidarités et de la Santé. (Page consultée le 15 Septembre 2016). Pacte territoire santé 2015-2017. [en ligne]. <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2>

26. Public SOS médecin France. (Page consultée le 15 Avril 2016). La place de SOS médecin dans la permanence de soins. [en ligne]. <http://www.sosmedecins-france.fr/index.php/professionnels/activite/35-la-place-de-sos-medecins-dans-la-permanence-de-soins>.
27. Figwer T. Retentissement de la plateforme alternative d'innovation en santé sur la fréquentation aux services d'urgences de Blois et de Romorantin-Lanthenay entre 2009 et 2010 [Thèse d'exercice]. Université de Tours Faculté de médecine ; 2013.
28. Neilz C. (Page consultée le 19 Août 2017). Un chercheur s'est penché sur l'évaluation de Païs. <http://www.lanouvellerepublique.fr/Loir-etCher/Actualite/Sante/n/Contenus/Articles/2017/06/30/Un-chercheur-s-est-penche-sur-l-evaluation-de-Pais-3152323>.
29. Insee. (Page consultée le 9 Octobre 2016). Professionnels de santé au 1 er janvier 2015 – Comparaisons régionales et départementales. [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>
30. Trabut F. Impact de la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé sur la fréquentation des services d'urgences des hôpitaux de Blois, Amboise et Tours. [Thèse d'exercice]. Université de Tours Faculté de médecine ; 2012.
31. Agence Régionale de la Santé Normandie. Cahier des charges pour la création d'un centre de soins non programmés. 25 Janvier 2016.
32. Casanova R. Développement d'une nouvelle offre d'accès aux soins non programmés en médecine générale : Etude portant sur onze permanences médicales des Bouches du Rhône. [Thèse d'exercice]. Université Aix-Marseille Faculté de médecine ; 2012.
33. Agence Régionale de la Santé Poitou-Charentes. Projet Régional de Santé : Etat des lieux. Décembre 2015.

34. Condamine D. Réalisation du projet médical et de santé du territoire Nord Deux-Sèvres et du projet médical du Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres. 2014.
35. Insee. (Page consultée le 9 Octobre 2016). Chiffres clés : EPCI de La CC du Thouarsais (247900798). [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-247900798>
36. Insee. (Page consultée le 9 Octobre 2016). Chiffres clés : Populations légales 2014 – Commune d’Argentonnay. [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2534314?geo=COM-79013>
37. ORS Poitou-Charentes. (Page consultée le 9 Octobre 2016). Tableau de bord santé social des pays et communautés d’agglomération de Poitou-Charentes. [en ligne]. <http://www.ors-poitou-charentes.org/wp-content/uploads/2011/05/Pays-Thouarsais-VF.pdf>
38. ARS Poitou-Charentes. (Page consultée le 9 Octobre 2016). SROS volet ambulatoire Révision 2015. [en ligne]. https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/SROS_A_PRS_poitou_charentes.pdf
39. ARS Poitou-Charentes, Conseil Général des Deux Sèvres, Syndicat mixte du pays thouarsais. (Page consultée le 9 Octobre 2016). Contrat local de santé du Pays Thouarsais 2013-2016. [en ligne]. <http://www.deux-sevres.com/documents/rd/2013/CP/28-01-2013/1361170/ANNEXE.pdf>
40. Dr Charpentier T, Dr Durivault S, Dr Gest M. Projet de santé territorial du pays thouarsais. 2016.
41. Article L6323-3 du Code de la Santé Publique modifié par la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 – art.118.
42. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. (Page consultée le 4 Juin 2017). Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. [en ligne]. http://solutionsmedicales.fr/joe_RA_27_02_2015_poles%20et%20maisons%20de%20sante.pdf

43. Observatoire régional des urgences. Activités des structures d'urgences 2015 : Panorama de la région Aquitaine Limousin Poitou-Charentes. 2015. 123 p
44. Grellier J. (Page consultée le 4 Juin 2017). Communiqué de presse du 14 Février 2014. [en ligne]. <http://www.jean-grellier.fr/centre-hospitalier-du-nord-deux-sevres.html>.
45. SFMU. (Page consultée le 9 Octobre 2016). Soins non programmés : l'éducation des patients pointée du doigt. [en ligne]. <http://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/id-58811-soins-non-programmes-l-education-des-patients-pointee-du-doigt>
46. Wilmart F, Laporte C. La délégation de tâche en médecine générale : étude qualitative par focus groups auprès de 18 médecins généralistes installés en Franche-Comté. *Exercer*. 2009;85(supp1):55-5.
47. Delamaire ML, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. *OECD Health working papers*. 31 Août 2010 ;(58) :118.
48. Sécurité sociale Assurance Maladie. (Page consultée le 20 Avril 2017). La convention Nationale 2016-2021 entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie : synthèse. [en ligne]. http://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/11/Assurance-Maladie_Synthese_Convention_2016.pdf

VIII - ANNEXES :

VIII-1- Annexe 1 : E-mail de premier contact adressé aux médecins généralistes

Bonjour,

Je vous contacte concernant la réalisation de ma thèse.

La réflexion porte sur le soin non programmé de médecine générale et les manières de remédier à la demande sur le territoire du Pays Thouarsais.

Ma thèse se base sur des entretiens semi-directifs, enregistrés, d'une durée d'une trentaine de minutes.

Accepteriez-vous de me rencontrer afin de réaliser cet entretien ?

Même si la réponse est négative, pouvez-vous me rendre réponse.

Cordialement.

VIII-2- Annexe 2 : Grille entretien

Bonjour,

Je vous remercie de me consacrer un peu de votre temps.

L'entretien d'aujourd'hui fait partie d'une enquête qualitative par entretien semi-directif auprès de médecins généralistes du Pays Thouarsais pour la réalisation de ma thèse de médecine. Notre entretien durera approximativement une trentaine de minutes.

Les questions sont ouvertes, il ne faut pas hésiter à rebondir sur les questions, pour faire avancer la réflexion.

Cette enquête a pour but de mettre en évidence les difficultés de gestion du soin non programmé en l'état actuel sur le Pays Thouarsais, et d'évaluer si une organisation est

possible, avec ses points positifs et négatifs. Cette réflexion se pose suite à l'éloignement du service d'urgence prévu pour fin 2018.

C'est pour recueillir votre opinion personnelle en tant qu'acteur dans le développement de ce projet que je suis ici.

Je vous propose d'enregistrer cet entretien pour faciliter notre discussion, et éviter des erreurs dans la prise de notes. Cet entretien restera anonyme.

Avez-vous des questions ?

Question 1 : Quelle définition pouvez-vous donner au soin non programmé de médecine générale ? Quelle est la différence avec « l'urgence » ?

Nous considérerons pour ce questionnaire qu'un soin non programmé est l'ensemble des demandes de médecine générale, que ce soit un simple conseil médical ou bien une consultation, associé ou non à des actes techniques avec une réponse donnée dans la journée.

Question 2 : Racontez-moi comment s'organise actuellement la prise en charge du soin non programmé au sein de votre cabinet !

- Comment gérez-vous au cours de la journée l'ajout d'une ou de plusieurs consultations non programmée(s) ? Et pour les visites à domicile ?
- Quels soins non programmés réalisez-vous actuellement ?
- Prenez-vous en charge la petite traumatologie (suture, entorses, brûlures) ? Si non, pourquoi ?
- Quels sont les impacts de l'organisation actuelle sur votre exercice ?
- Quelle réponse apportez-vous aux patients hors cabinet ?

Question 3 : Est-ce que vos pratiques ont changé concernant la gestion du soin non programmé au cours de votre carrière ?

Question 4 : Quelles problématiques rencontrez-vous dans la gestion du soin non programmé de médecine générale ?

Question 5 : Pensez-vous que l'éloignement du service d'urgence va avoir un impact sur les demandes de SNP au sein des cabinets de médecine générale ?

Question 6 : Quelle organisation du système de soins de premier recours imaginez-vous afin de répondre à la demande des soins non programmés de manière optimale au sein du territoire (pays Thouarsais) ?

Question 7 : Quels sont, pour vous, les avantages et les freins à une prise en charge du soin non programmé selon la proposition que vous venez d'énoncer ?

Question 8 : Quels seraient les besoins humains, matériels et de formation nécessaires à la mise en œuvre de la structure ?

Question 9 : Que pensez-vous des nouvelles structures nommées « centres de soins non programmés », « plateforme alternative d'innovation en santé », « permanences médicales » qui s'implantent actuellement en France ?

- Pensez-vous que ce type de structure aurait un impact sur votre activité : négative ou positive ? Et en quoi ?

Définitions :

- Centre de soins non programmés : centre devant accueillir les petites urgences non vitales, dont les soins ne nécessitent pas de plateau technique. Ouverture de 8h30 à 18h30, fermeture le week-end et pendant les vacances scolaires. Toute adaptation de cette définition est possible en fonction des besoins du territoire et des volontés des médecins impliqués.

- Plateforme Alternative d'Innovation en Santé : Mis en place dans le Loir-et-Cher. Elle consiste à mettre en réseau des médecins généralistes qui exercent en cabinet isolé ou en groupe, sur un même territoire avec pour objectif la prise en charge des demandes imprévues entre 8h et 20h du lundi au vendredi et entre 8h et 12h le samedi. La PAIS est un contrat de santé signé entre l'ARS, les collectivités territoriales et les médecins et s'inscrit dans les Nouveaux Modes de Rémunération.

Question 10 : Voyez-vous d'autres aspects à aborder sur les soins non programmés de médecine générale ?

DESCRIPTION DE L'INTERVIEWE

- Age ?
- Sexe ?
- Le type d'installation libérale ?
- Le lieu d'installation ?
- Année d'installation ?
- Parcours (uniquement médecin généraliste ou bien expériences en médecine d'urgence) ?
- Spécificités dans votre exercice ?
- Informatisé ou pas ?
- Nombre total de consultations par jour et nombre de jours travaillés par semaine ?
- Combien de consultations de soins non programmés de médecine générale avez-vous par jour ? (= en pourcentage de consultations totales) ?

Je vous remercie pour le temps dédié.

VIII-3- Annexe 3 : document envoyé à l'ARS sur les premiers résultats extraits des entretiens (première analyse)

Thèse soins non programmés de médecine générale : réflexion au niveau territorial prenant en compte la réorganisation hospitalière

13 entretiens réalisés avec 11 médecins faisant partie du pôle de santé multi-site du pays Thouarsais et 2 médecins hors pôle.

Ci-dessous les idées qui ressortent des interviews :

- Un médecin dédié chaque jour, chargé de s'occuper du soin non programmé. La contrainte est la demande des médecins généralistes de réaliser ces soins au sein de leur cabinet. 8 médecins ont proposé cette organisation. Des divergences d'organisation surgissent ensuite

avec un souhait de gérer le soin non programmé par site pour 2 des médecins, une gestion au niveau territorial pour 4 médecins et les deux derniers médecins ne se prononcent pas.

- Un médecin de tri : ce médecin ne ferait que du conseil médical, il est régulièrement comparé au fil des entretiens au médecin régulateur. Il pourrait réorienter vers un médecin spécifique sur un des sites ou bien vers le médecin traitant. 1 médecin le décrit aussi précisément et 4 autres médecins initient la notion de médecin « régulateur ». (MG2)

- Mise en place d'une collaboration inter site sur la base d'une mutualisation des compétences : 2 médecins ont avancé cette idée. (MG1, 12)

- Organisation personnelle de son planning et/ou augmentation du nombre de médecins généralistes : 2 médecins (MG4, MG11)

- Maintien du service d'urgence tel qu'existant actuellement : 2 médecins le propose mais en précisant l'utilité pour la gestion des vraies urgences. Ils en reviennent ensuite à la proposition de médecin dédié aux soins non programmés mais récusent cette organisation. (MG3, 9)

Concernant les centres de soins non programmés, il faut noter que les médecins avouent ne pas connaître ces structures.

- 3 des médecins n'émettent pas d'avis négatif. Ils se disent ni pour ni contre.

- 8 médecins trouvent la mise en place de ce type de structure inutile. Ils voient cela comme allant à l'encontre de la relation médecin-patient, ainsi qu'une « absence de continuité des soins ».

- 1 médecin ne se prononce pas.

- 1 des médecins est motivé pour y travailler mais demande un tri préalable.

IX - RESUME et MOTS CLEFS :

Introduction : Le soin non programmé de médecine générale est une problématique grandissante au vue de l'augmentation des admissions non vitales dans les services d'urgence. Les problématiques nationales et territoriales en Pays Thouarsais dans le Nord Deux-Sèvres, ayant mené à cette réflexion sont la démographie fragile des médecins généralistes et l'éloignement du service d'urgences vers Faye-L 'Abbesse. Du point de vue des généralistes, quelles sont leurs visions quant à une organisation territoriale du soin non programmé de médecine générale en Pays Thouarsais ?

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de treize médecins généralistes du Pays Thouarsais.

Résultats : Une ambiguïté réside dans l'esprit des médecins généralistes intéressant la définition du soin non programmé de médecine générale et de l'urgence. Malgré une organisation des praticiens de leurs plannings au fil des années et le regroupement professionnel, les demandes de soins non programmés sont à l'origine d'une désorganisation. Diverses propositions sont avancées pouvant impliquer directement les médecins généralistes au travers du médecin effecteur ou du médecin de tri. Le médecin salarié, l'infirmière de soins non programmés sont d'autres idées avancées. Ces propositions sont comparables à des modèles existants dans le territoire tels que l'organisation du samedi matin. Celui qui se rapproche le plus du médecin effecteur, proposition majoritaire des médecins du territoire, est la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé. Une régulation préalable à toute consultation non programmée est une exigence de leur part. Ils souhaitent un exercice au sein de leur cabinet, élaboré par eux et entre eux. Afin de rendre une des propositions complète et efficiente, il faudra agir sur des appréhensions, freins à leur engagement. Leur investissement dans un centre de soins non programmés, proposés au sein de ce territoire, est récusé par les médecins interviewés.

Conclusion : Notre étude a permis de déclencher une première réflexion sur les volontés des médecins du territoire à s'organiser communément.

MOTS CLEFS :

Soin non programmé – Soin premier – Organisation territoriale – Médecin effecteur – Médecin de tri – Infirmière – Centre de soins non programmés



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



IX - RESUME et MOTS CLEFS :

Introduction : Le soin non programmé de médecine générale est une problématique grandissante au vue de l'augmentation des admissions non vitales dans les services d'urgence. Les problématiques nationales et territoriales en Pays Thouarsais dans le Nord Deux-Sèvres, ayant mené à cette réflexion sont la démographie fragile des médecins généralistes et l'éloignement du service d'urgences vers Faye-L 'Abbesse. Du point de vue des généralistes, quelles sont leurs visions quant à une organisation territoriale du soin non programmé de médecine générale en Pays Thouarsais ?

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de treize médecins généralistes du Pays Thouarsais.

Résultats : Une ambiguïté réside dans l'esprit des médecins généralistes intéressant la définition du soin non programmé de médecine générale et de l'urgence. Malgré une organisation des praticiens de leurs plannings au fil des années et le regroupement professionnel, les demandes de soins non programmés sont à l'origine d'une désorganisation. Diverses propositions sont avancées pouvant impliquer directement les médecins généralistes au travers du médecin effecteur ou du médecin de tri. Le médecin salarié, l'infirmière de soins non programmés sont d'autres idées avancées. Ces propositions sont comparables à des modèles existants dans le territoire tels que l'organisation du samedi matin. Celui qui se rapproche le plus du médecin effecteur, proposition majoritaire des médecins du territoire, est la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé. Une régulation préalable à toute consultation non programmée est une exigence de leur part. Ils souhaitent un exercice au sein de leur cabinet, élaboré par eux et entre eux. Afin de rendre une des propositions complète et efficiente, il faudra agir sur des appréhensions, freins à leur engagement. Leur investissement dans un centre de soins non programmés, proposés au sein de ce territoire, est récusé par les médecins interviewés.

Conclusion : Notre étude a permis de déclencher une première réflexion sur les volontés des médecins du territoire à s'organiser communément.

MOTS CLEFS :

Soin non programmé – Soin premier – Organisation territoriale – Médecin effecteur – Médecin de tri – Infirmière – Centre de soins non programmés