

2021-2022

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale.

Organisation et place des soins non programmés en médecine générale

Etude qualitative auprès des internes de médecine générale de phase socle

LE ROUX Christophe

Né le 27 juin 1989 à Fontainebleau (77)

Sous la direction de Mme Angoulvant Cécile

Membres du jury

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent	Président
Madame le Docteur ANGOULVANT Cécile	Directeur
Madame le Docteur GUELFF Jessica	Membre
Madame le Docteur OUATTARA Bintou	Membre
Madame le Docteur PAILLAS Anne Sophie	Membre

Soutenue publiquement le :
20 octobre 2022

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné Christophe LE ROUX, déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publié sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **20/09/2022**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUIZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine

DUCANCELLÉ Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie

DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Thérapeutique	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Médecine Générale	Médecine
	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

REMERCIEMENTS

- A mon Président de Jury :
Monsieur le Professeur Laurent CONNAN,
Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de ma plus sincère reconnaissance.
- A mon Jury de thèse :
Madame le docteur Jessica GUELFF
Madame le docteur Bintou OUATTARA
Madame le docteur Anne Sophie PAILLAS
Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse, de lire mon travail et de le juger.
Je vous remercie beaucoup pour le temps et l'intérêt que vous avez consacré à cela.
- A ma Directrice de thèse :
Madame le docteur Cécile AUGOULVANT,
Je te remercie d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse.
Merci pour tes conseils et ton soutien. Merci de m'avoir donné de ton temps.
- Aux Docteurs Bintou OUATTARA et Romain CLISSON :
Je vous remercie d'avoir accepté d'être animateur pour les focus group.
Merci pour votre temps et vos retours sur le guide d'entretien et les focus group.
- Au docteur Anne Sophie PAILLAS :
Je te remercie de m'avoir permis de découvrir la médecine générale au cours du stage PRAT.
Cette 1ère expérience du cabinet a été pour moi la confirmation que c'était ce métier de la médecine que je voulais exercer et pas un autre.
Merci pour ta disponibilité, ta pédagogie et ta gentillesse.
- Aux chefs qui ont marqué mon internat, et ma pratique, je vous suis très reconnaissant.
Aux Dr TOUZARD, Dr LEBRET, Dr DESBRAIS-HEMERY, Dr OUMAZIZ.
- Aux internes de phase socle d'Angers :
Merci pour votre temps et d'avoir participé à cette étude.
- A tous les enseignants du département de médecine générale d'Angers :
Merci pour votre suivi au cours de ces 3 ans et votre envie permanente d'améliorer la formation de médecine générale.

Liste des abréviations

ACI	Accords Conventionnels Interprofessionnels
APC	Approche Par Compétences
ARS	Agence Régionale de Santé
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CRRA	Centres de Réception et de Régulation des Appels
DES	Diplôme d'Etude Supérieur
DMG	Département de Médecine Générale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DROM	Département et Région d'Outre-Mer
ECN	Examen National Classant
FENCIS	Fiche d'Evaluation des Niveaux de Compétences de l'Interne en Stage
FG	Focus Group
GEAP	Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratique
IDM	Infarctus Du Myocarde
MG	Médecin Généraliste
IMG	Interne de Médecine Générale
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoires
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAS	Service d'Accès aux Soins
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SFMU	Congrès Urgences organisé par la Société Française de Médecine d'Urgence
SNP	Soin Non Programmé
SP	Soin Programmé
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS-ML	Unions Régionales de Professionnels de Santé Médecin Libéral
WONCA	Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

Plan

INTRODUCTION

1. Les soins non programmés

- 1.1. Contexte
- 1.2. L'organisation ambulatoire des soins non programmés
 - 1.2.1. La permanence des soins ambulatoires
 - 1.2.2. L'organisation lors des horaires d'ouverture des cabinets
- 1.3. Evolution des soins non programmés
 - 1.3.1. Augmentation de la demande de soins urgents
 - 1.3.2. Diminution de l'offre de soins ambulatoires

2. La formation aux internes

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

2. Recrutement des participants

3. Recueil des données

4. Analyse des données

RÉSULTATS

1. Déroulement des focus group

2. Description des participants

3. Principaux résultats

- 3.1. La définition des soins non programmés par les internes
- 3.2. La place des médecins généralistes dans l'organisation des SNP
 - 3.2.1. Le médecin généraliste et la demande de SNP
 - 3.2.2. La place du médecin généraliste dans la régulation au cabinet
 - 3.2.3. Organisation de l'agenda et impact sur l'exercice libéral
- 3.3. La place du secrétariat dans le cabinet de médecine générale
 - 3.3.1. Le secrétariat et l'organisation du cabinet
 - 3.3.2. La régulation par le secrétariat
 - 3.3.3. Les compétences du secrétariat
- 3.4. La place de l'interne, acteur de sa formation
- 3.5. Aides extérieures pour la prise en charge des SNP
- 3.6. La relation médecin patient dans le cadre des SNP

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1. Forces de l'étude

1.2. Faiblesses de l'étude

2. Discussion des résultats

2.1. La représentation du soin non programmé pour les internes de phase socle

2.2. Répondre à la demande des soins non programmés

2.2.1. Au cabinet

2.2.2. Avec le secrétariat

2.2.3. Dans le système de soin

2.3. Place de la régulation du point de vue des IMG

2.4. La modification du paradigme de la santé

CONCLUSION

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

La permanence des soins ambulatoires

Marguerite de compétences

Les 11 grandes familles de situations cliniques

Fiche d'Evaluation des Niveaux de Compétences de l'Interne en Stage

Guide d'entretien première version

Guide d'entretien seconde version

Introduction : En France, chaque année la demande de soins non programmés (SNP) ne cesse d'augmenter alors qu'il existe une décroissance de l'offre de soins ambulatoires. La régulation de ces SNP devient un enjeu en cabinet de médecine générale. La formation des internes de médecine générale pour la gestion et la régulation des SNP devient primordiale. L'objectif principal de l'étude était d'explorer les représentations et connaissances des internes de phase socle concernant l'organisation de la prise en charge des SNP en médecine générale. Les objectifs secondaires étaient de repérer la place de la régulation dans cette organisation et d'explorer les attentes des internes sur leur formation.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative par focus groups d'internes de médecine générale de phase socle de 3 départements différents. Le guide d'entretien a été élaboré à partir des présupposés de recherche et de la littérature existante sur le sujet. Une retranscription puis anonymisation des données ont été réalisées pour permettre une analyse des éléments sémantiques pertinents puis analyse thématique.

Résultats : Il ressort des 3 focus groups que les internes de phase socle avaient une bonne représentation des SNP, tant sur leur définition, que plus concrètement sur l'organisation au sein du cabinet, notamment sur le temps dédié pour les gérer. L'organisation du système de soin pour les SNP n'était pas encore bien acquise en raison de sa complexité. Cependant, des aides à la prise en charge des SNP comme les SAS ou l'éducation du patient étaient envisagés pour améliorer l'efficacité du système de soin. Les internes se sentaient peu impliqués dans le processus de régulation mais percevaient son intérêt dans l'organisation de la prise en charge des SNP. Ils exprimaient une nécessité de formation à la régulation par la simulation ou la mise en situation concrète avec retour d'expérience.

Conclusion : les représentations des internes de médecine générale de phase socle concernant les SNP permettent de développer des axes de formation vers la régulation et l'organisation du système de soin à une échelle locale.

INTRODUCTION

En France, chaque année la demande de soins non programmés (SNP) ne cesse d'augmenter. Alors que la majorité des demandes a lieu aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux, la réponse semble souvent inadaptée. [1 ; 2 ; 3] Les programmes de formation médicale se sont développés dans le but d'améliorer l'enseignement et l'apprentissage des internes de médecine générale dans ce secteur.

1. Les soins non programmés

1.1. Contexte

Les demandes de SNP regroupent toutes les demandes de soins non prévues lors des horaires d'ouverture des cabinets mais aussi après fermeture. Elles englobent les urgences avérées du point de vue du médecin mais aussi les urgences ressenties par le patient qui estime avoir besoin de consulter un médecin dans la journée. [1 ; 2]

Près de 80% de ces recours concernent une affection aiguë et ils sont principalement motivés par des problèmes somatiques. Les médecins généralistes (MG) sont à même de prendre en charge ces patients puisque seulement 5% des recours urgents en médecine de ville débouchent sur une hospitalisation. Il s'agit pour la plupart de demandes d'urgences non vitales mais les médecins reconnaissent à posteriori que 89% des patients ont eu raison de consulter. [3]

La gestion des SNP est une des préoccupations principales des pouvoirs publics. L'ancienne ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, avait annoncé qu'elle

souhaitait « relancer la réflexion sur l'organisation des soins non programmés » lors de son discours le 31 mai 2017 au 11ème Congrès Urgences organisé par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) au Palais des Congrès de Paris.

Les rapports Grall de 2015 [4] et Mesnier de 2018 [5], recommandaient à court terme et au niveau régional que les ARS restructurent l'offre avec des organisations pluridisciplinaires de prise en charge territoriale des SNP. Dans la continuité de ces rapports, la mission flash de 2022 du Dr François Braun, préconise des parcours de soins adaptés sans recourir aux urgences. [6]

1.2. L'organisation ambulatoire des soins non programmés

1.2.1. La permanence des soins ambulatoires

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) désigne le dispositif sanitaire permettant aux citoyens de recourir à un praticien en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux ou centres de santé. Elle revêt le caractère d'un service public assuré sur la base du volontariat par des médecins libéraux de premiers recours. Une restructuration progressive de la PDSA a lieu depuis 2001. [Annexe I]

Actuellement la PDSA tend à s'homogénéiser sur le territoire. Les appels pour les demandes de SNP sont gérés par le Samu-centre 15 qui travaille en étroite collaboration avec les services d'urgences et les médecins libéraux de garde. En avril 2017, un numéro national, le 116 117, est expérimenté dans 3 régions (Pays de Loire, Normandie et la Corse) afin de réguler les demandes lors de la PDSA et pour accéder au médecin de garde. [12] ; [13]

1.2.2. L'organisation lors des horaires d'ouverture des cabinets

Contrairement à la PDSA, les SNP en journée n'ont pas bénéficié jusqu'à ce jour d'un nouveau cadre législatif. Ce sont les MG eux-mêmes qui organisent leur activité pour répondre aux demandes. C'est l'un des fondements déontologiques que d'assurer la continuité des soins des patients pour le médecin traitant. [14] Ces recours urgents se font en plus des consultations et visites déjà programmées, nécessitant ainsi une priorisation. Selon un travail de thèse de 2020, il existe trois types de fonctionnement parmi les MG : soit les médecins donnent comme consigne à leur secrétaire de trier les demandes, se plaçant en seconde ligne ; soit ils les priorisent eux-mêmes ; soit ils les prennent toutes en charge sans travail de priorisation. [15]

82% des demandes de SNP ont lieu pendant les horaires d'ouverture des cabinets [16]. Selon plusieurs enquêtes la demande de SNP représenterait entre 10 et 30% de l'activité des MG. [3] ; [5] ; [17].

Malgré une organisation assez individuelle des cabinets, les pouvoirs publics et les instances professionnelles (syndicats au sein des Unions Régionales de Professionnels de Santé Médecin Libéraux : URPS-ML) tentent d'organiser la prise en charge des SNP en favorisant, notamment, le développement des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Le dernier contrat d'ACI (Accords Conventionnels Interprofessionnels) [18] a permis de modifier le règlement arbitral des MSP et des CPTS en mettant en avant la prise en charge des recours urgents. C'est d'ailleurs une volonté nationale clairement affichée par Monsieur le Président de la République, Emmanuel Macron, et Monsieur Braun, ministre des solidarités et de la santé, qui ont pour ambition de « promouvoir l'exercice professionnel coordonné » afin d'optimiser le temps médical et d'augmenter les capacités de réponse à la demande de SNP en ville. [6]

1.3. Evolution des soins non programmés

1.3.1. Augmentation de la demande de soins urgents

Selon la DREES, en 2014, dans les 723 structures des urgences de la France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), le nombre annuel de passages n'a cessé de progresser après une pause en 2010. Depuis 1996, le nombre annuel de passages pour la France métropolitaine a connu une augmentation de 3 % en moyenne chaque année. Le SAMU a lui aussi connu une nette augmentation des appels avec une hausse de 10% entre 2007 et 2014 [19].

Il en va de même pour la médecine générale même s'il est difficile de se procurer des chiffres exacts. La majorité des SNP est d'ailleurs gérée par les MG puisqu'en 2004, on estimait à 35 millions le nombre de recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville pendant que les services d'urgences des hôpitaux enregistraient 20 millions de passages [20].

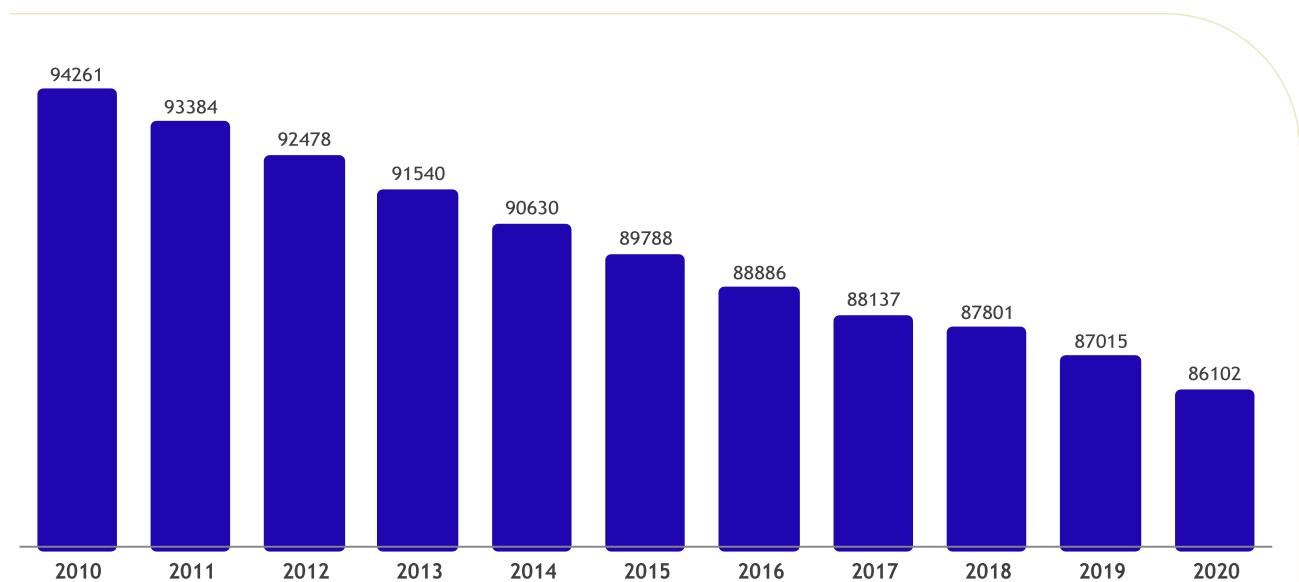
L'augmentation annuelle de passages aux urgences contraste avec la faible croissance de la population nationale (+0,5% annuelle) [21]. Cette augmentation peut s'expliquer par le changement de préoccupations des Français et de leur perception de la santé. Aujourd'hui, la santé est devenue l'un des centres d'intérêt les plus importants pour les Français, et dans le même temps l'accessibilité aux soins, une source d'inquiétude majeure. En effet plusieurs études [22 ; 23 ; 24] ont montré que la recherche d'une réponse rapide à une urgence non vitale était le premier motif de consultation dans le cadre de SNP.

Le vieillissement de la population et l'allongement de la durée de vie participent également à la difficulté de réponse aux soins urgents. [5]

1.3.2. Diminution de l'offre de soins ambulatoires

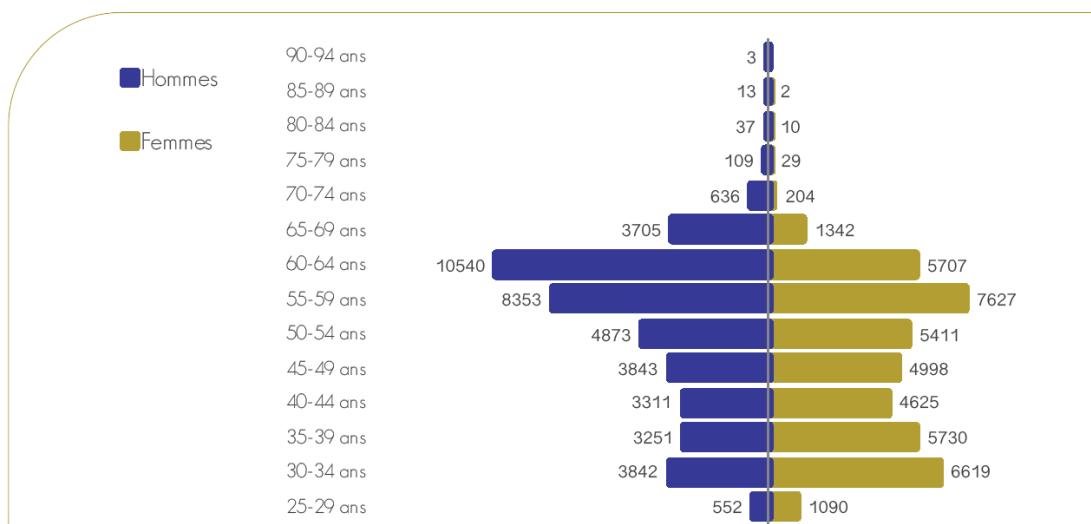
Selon le Conseil de l'Ordre des Médecins [25], au 1er janvier 2020, le tableau de l'Ordre recense 86 102 spécialistes en médecine générale exerçant en activité régulière tous modes d'exercices confondus. Sur la période 2010/2020 les effectifs ont diminué de 9 %. [Figure 1]

Figure 1 : Evolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010



De plus, on assiste à un vieillissement de la population médicale qui contraste avec un faible renouvellement des effectifs [Figure 2] Ces dix dernières années, les médecins retraités enregistrent un accroissement de 87,7% de leurs effectifs tandis que le nombre d'actifs n'a augmenté, sur la même période, que de 1,2% [25].

Figure 2 : Pyramide des âges des généralistes en activité régulière au 1er janvier 2020.



Le temps hebdomadaire alloué aux consultations médicales a également diminué, les jeunes MG éprouvant un besoin de formation et de travail de coordination. Et depuis plusieurs années, on note une augmentation du nombre de MG salariés (notamment dans des services de médecine hospitaliers) ce qui diminue le nombre d'installations en ambulatoire. [25]

Dans ce contexte, le rapport Braun facilite le cumul d'activité titulaire/remplaçant et également celui des internes afin de pallier le manque d'effectif. [6] La formation à la prise en charge des SNP en cabinet de médecine générale pour les internes est donc déterminante.

2. La formation des internes de médecine générale

La filière de médecine générale a été reconnue comme spécialité à part entière suite à la loi du 17 janvier 2002. En 2004, la mise en place de l'examen national classant (ECN) a conféré au troisième cycle de médecine générale le même statut que celui des autres spécialités [26].

La création du DES de médecine générale a imposé, comme pour les autres filières de spécialité, une certification de l'interne en fin de cursus.

Depuis une quinzaine d'années les écrits en pédagogie médicale ont fait émerger le concept d'approche par compétences (APC) [27].

L'APC est centrée sur l'apprentissage et vise l'acquisition d'un savoir-agir [28], se plaçant ainsi dans une perspective d'évaluation en situation authentique [29].

Il ne s'agit plus de valider des connaissances, des objectifs (paradigme d'enseignement) mais de certifier les compétences d'un médecin pour l'exercice et la pratique de la médecine générale (paradigme d'apprentissage ou socioconstructiviste).

Dans cette optique, un groupe de travail du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), a identifié et détaillé, en 2005, 6 compétences génériques transversales et leurs différentes composantes dont la dimension « premiers recours, urgences » [Annexe II] [30], elles-mêmes confrontées aux données de la WONCA. [31]

Puis ont été décrits différents niveaux de compétences pour chacune d'elles dans l'optique d'une évaluation certificative des internes (niveaux novice, intermédiaire ou compétent). Par la suite (entre mars 2011 et 2013), un consensus non formalisé d'experts, tous enseignants de médecine générale, a identifié 11 grandes familles de situations pour couvrir au mieux le champ de la discipline [Annexe III]. Les internes doivent y être confrontés afin d'acquérir et d'évaluer leurs compétences. [32]

En mars 2016, dans cette continuité, le Département de Médecine Générale (DMG) d'Angers a créé une Fiche d'Evaluation des Niveaux de Compétences de l'Interne en Stage (FENCIS) [Annexe IV] incluant des descripteurs pour chacune des 6 compétences répertoriées. Ces compétences doivent être acquises progressivement par l'interne. La compétence « premier recours – urgences » avec la communication centrée sur le patient et l'approche

globale appartiennent aux 3 compétences évaluées à la fin de la phase socle, correspondant à la première année d'internat.

De futurs MG et de jeunes remplaçants interrogés trouvaient leur formation encore trop éloignée de leur future pratique ambulatoire, même s'ils reconnaissaient la nécessité de leur formation hospitalière. [33] Il est donc important que l'expérience ambulatoire de l'interne de médecine générale (IMG) soit la plus formatrice possible.

Devant l'augmentation de la demande de soins et le déclin démographique médical, la formation à la prise en charge et régulation des SNP du MG devient primordiale.

L'étude propose ainsi d'explorer les représentations et connaissances des jeunes internes de phase socle concernant l'organisation de la prise en charge des SNP en médecine générale.

Les objectifs secondaires sont de repérer la place de la régulation dans cette organisation et enfin d'explorer les attentes des internes de médecine générale sur le stage ambulatoire et la formation académique concernant les SNP.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

La méthode de recherche qualitative inductive avec réalisation d'entretiens collectifs, appelés « focus groups », a été retenue pour la richesse des entretiens que pouvait provoquer la dynamique de groupe. Le focus group (FG) permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Cette méthode est utile pour étudier la variété des opinions et des sentiments des internes sur le sujet, ainsi que pour mettre en évidence des différences de perspective entre les groupes d'internes. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues. [34] ; [35]

2. Recrutement des participants

La population était l'ensemble des internes de médecine générale de phase socle de la faculté de médecine d'Angers en 1^{er} semestre de novembre 2021 à mai 2022 et en stage ambulatoire en Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe.

Les internes ont été sélectionnés au sein des groupes d'échanges et d'analyse de pratiques (GEAP) afin de faciliter l'organisation et la connaissance du groupe. Les internes se connaissant entre eux et ayant l'habitude de ce type d'exercice, cela favorise le débat et l'émergence d'idées. De plus, l'expérience commune partagée peut entraîner des solidarités.

4 à 7 internes par FG étaient nécessaires pour favoriser la dynamique de groupe et permettre le respect du temps de parole de chaque participant. Un FG par département était envisagé pour la diversité des expériences.

Deux étapes successives ont permis leur recrutement : La première, une présentation du projet par le chercheur, au cours de rencontres physiques à la faculté de médecine lors des GEAP pour stimuler le volontariat. Cette rencontre a permis d'expliquer le projet et le fonctionnement d'un FG sans dévoiler le thème afin de ne pas engendrer de biais. La deuxième étape a consisté à envoyer par email l'explication du travail de thèse sans entrer dans les détails et à fixer les détails pratiques des rencontres. Les adresses mails des internes ont été obtenues auprès du secrétariat du DMG. Les internes intéressés répondaient directement au chercheur. Ce dernier pouvait alors programmer en détail le déroulement des FG.

3. Recueil des données

Les FG étaient programmés dans les lieux habituels de déroulement des enseignements à Angers et au Mans, et en visioconférence à Mayenne. Ils étaient animés par un modérateur expérimenté extérieur au travail de recherche, médecin généraliste et membre du DMG d'Angers. Son rôle était de stimuler l'émergence d'idées différentes via la dynamique de groupe tout en évitant au débat de s'écartez du sujet, à l'aide du guide d'entretien.

Le thème général du FG était annoncé au préalable aux participants mais la question précise n'était dévoilée qu'en début de séance afin de laisser place à la spontanéité des débats.

Le guide d'entretien a été élaboré afin de structurer les débats et d'aborder les différentes thématiques souhaitées. Il a été établi à partir de la littérature sur le sujet et des présupposés de recherche [Annexe V]. Grâce aux débriefings entre l'observateur et les modérateurs, le guide d'entretien a été modifié pour le 3ème FG afin d'affiner la recherche [Annexe VI].

Le rôle d'observateur était tenu par le chercheur principal. Son rôle était de gérer l'enregistrement audio (par un enregistreur vocal numérique et par un logiciel sur informatique) ainsi que d'observer les aspects non verbaux des débats.

Après avoir rappelé aux participants l'anonymisation totale des données, chaque participant était invité à donner son accord oral autorisant l'exploitation des enregistrements à des fins de recherche uniquement. Après recueil de leur consentement, chacun était invité à s'exprimer à tour de rôle sur le sujet.

Il n'y avait pas de temps prédéfini, les entretiens se terminaient une fois l'ensemble des questions abordées.

4. Analyse des données

La retranscription des entretiens collectifs et leur anonymisation ont constitué les verbatims. L'analyse des verbatims avec l'aide des notes de l'observateur a permis de relever les éléments sémantiques pertinents. Le simple codage de ces éléments par le chercheur, en catégories, thèmes et sous thèmes a été réalisé à l'aide du logiciel Nvivo.

RÉSULTATS

1. Déroulement des focus groups

Trois FG ont été réalisés. Le FG du Maine et Loire, nommé FG1, a eu lieu en présentiel à la faculté de médecine d'Angers. Le FG de la Sarthe, nommé FG2, a eu lieu en présentiel pour l'animateur à la salle de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) et en visio pour l'observateur. Le FG de la Mayenne, nommé FG3, a eu lieu en distanciel pour des questions d'organisation.

Le chercheur était observateur dans les 3 FG.

Deux modérateurs différents, chefs de clinique universitaires, ont animé les FG.

Les FG se sont déroulés entre le mois de décembre 2021 et Mars 2022.

Chaque FG a été retranscrit mot par mot sur Word, formant le Verbatim. Le FG3 n'a pu être retranscrit intégralement du fait de mauvaises conditions sonores.

Chaque interne a été rendu anonyme en lui attribuant un numéro (ex : IMG1). Les *verbatims* ont ensuite été envoyés par courriel à l'ensemble des participants afin d'apporter d'éventuelles corrections et d'éviter tout contresens.

2. Description des participants

Le premier FG s'est déroulé en décembre 2021 à la faculté de médecine d'Angers. Les 7 participants FG1 étaient des internes en stage ambulatoire dans le département du Maine et Loire. Deux participants ont dominé le temps de parole. Un interne a très peu participé aux discussions. Le FG a duré 1h30.

Le deuxième FG s'est déroulé en février 2022 dans la salle de l'URML au Mans. Les 6 participants étaient des internes en stage ambulatoire dans le département de la Sarthe. Un interne a très peu participé. Le FG a duré 1h10.

Le troisième FG s'est déroulé en mars 2022 en visioconférence à l'aide du logiciel Microsoft Teams. Les 4 internes étaient des internes en stage ambulatoire dans le département de la Mayenne. Le verbatim n'a pu être retransmis dans son intégralité au vu de la mauvaise qualité audio de l'enregistrement. Le FG a duré 1h.

Tableau I : Principales caractéristiques des participants

	Participants	Durée	Lieux	Départements
FG 1	5 femmes / 2 hommes	90 min	Faculté d'Angers	Maine & Loire
FG 2	3 femmes / 3 hommes	70 min	Salle URML, Le Mans	Sarthe
FG 3	2 femmes / 2 hommes	60 min	Visioconférence	Mayenne

3. Principaux résultats

3.1. La définition des soins non programmés par les internes

Les internes ont une bonne connaissance de la définition théorique des SNP.

La **notion d'urgence ressentie par le patient** était présente dans les 3 FG et par la plupart des internes : « *Ce sont parfois des problèmes plus simples mais qui sont parfois pour le patient vraiment urgent.* » (FG1 IMG1) ; « *Je pense que soin non programmé ce n'est pas égal à urgence.* » (FG2 IMG1) ; « *c'est l'urgence ressentie par le patient. Ils appellent en demandant de voir le médecin. En considérant qu'il y a quelque chose pour lui qui est urgent.* » (FG3)

Également **la notion d'urgence vraie** nécessitant une prise en charge rapide. Dans le FG1 IMG2 : « *J'ai eu aussi le cas où la secrétaire a dû rappeler une patiente parce qu'il ne restait qu'un créneau d'urgence le matin. Il y avait une urgence plus importante que la première. Et qu'elle a dû décaler la première urgence.* »

Ainsi que des urgences médicales peu adaptées pour un cabinet médical qui sont du ressort d'un service d'urgence. Avec des exemples plus concrets de plaie hémorragique : « *J'ai eu le cas d'un monsieur qui s'est coupé la main avec du verre. Grosse plaie en train de saigner partout. En mode « aidez-moi »* » (FG2 IMG3). De dyspnée sur crise d'asthme sévère : « *On ouvre la porte et il y avait un papa qui était avec son enfant de 8 ans en crise d'asthme sévère. Donc, évidemment tout de suite on a fait ce qu'il faut.* » (FG2 IMG4). Ou encore une douleur thoracique avec suspicion d'IDM : « *j'ai eu une douleur thoracique avec suspicion d'infarctus. Et à ce moment-là, on a déclenché le processus.* » (FG2 IMG5).

Les soins urgents ne l'étaient pas toujours d'un point de vue strictement médical. Deux internes ajoutaient à leur définition cette notion avec des besoins non anticipés par le patient : « *Ça arrive que des patients appellent parce qu'ils n'ont plus de traitement et ont besoin de leur renouvellement* » (FG1 IMG7). Ou encore des urgences administratives : « *Dans soin, il y a les gens qui ont mal... Oui mais aussi les arrêts de travail, les accidents de travail...* » (FG3).

La distinction entre SNP et Soin Programmé (SP) se fait notamment sur **la temporalité** de la demande de soin, avec des notions de prise en charge dans la journée et rapide : « *Le soin non programmé c'est un symptôme fonctionnel, urinaire, respiratoire souvent de temporalité aigue qui inquiète le patient* » (FG1 IMG5) ; « *Ça nécessite une expertise rapide dans la journée.* » (FG3).

Les internes avaient une notion du **temps imparti nécessaire** au SNP dans la journée d'un MG. La majorité des internes considérait que les SNP représentent 1/4 à 1/3 des

consultations : « Ça prend un tiers. » (FG1 IMG5) ; « Je suis plutôt d'accord, une proportion variable en fonction des besoins. S'il faut programmer : 1/3. » (FG2 IMG2).

D'autres internes émettaient une distinction en fonction de la période épidémique : « *Ouh la ! ça va être juste en période covid, pendant 2/3 mois je passe à 50%*. » (FG1 IMG6) ; « *Je suis d'accord ça dépend des périodes. 30% ça semble être une bonne base. Mais en fonction des périodes, il faut augmenter. 50%* » (FG1 IMG4) ; « *en ce moment 50%*. » (FG3).

3.2. La place des médecins généralistes dans l'organisation des SNP

3.2.1. Le médecin généraliste et la demande de SNP

La place du MG dans le système de soin pour la prise en charge des SNP était variable en fonction des terrains de stage.

La **notion d'expertise** demandée par le patient au médecin dans un délai rapide était fréquemment citée. Cette expertise pouvait être sur la notion de gravité : « *les patients ont besoin de savoir s'il y a une gravité.* » (FG1 IMG2) ; « *On n'a pas la même notion de SNP que les patients. On n'a pas la même vision.* » (FG1 IMG3).

Ou sur la nécessité d'un traitement : « *Les patients ont besoin d'une expertise pour savoir si justement leur problème nécessite un traitement spécifique ou seulement un traitement de confort* » (FG2 IMG4).

L'importance du relais ambulatoire des SNP pour le **désengorgement des urgences** par le MG était mise en avant : « *Désengorger les urgences. Absorber une partie des patients. Voilà, une partie au cabinet, ça permet de les laisser gérer les patients qui nécessitent une*

vraie urgence que l'on n'arrivera pas à gérer au cabinet. Chacun doit faire sa part. » (FG1 IMG1)

Dans cette optique de désengorgement des urgences, la notion de **partage des tâches** était représentée : « *Beaucoup plus de choses pourrait être gérées en ville. Plutôt qu'aux urgences, où les gens attendent des heures plutôt qu'en cabinet où l'on pourrait gérer. »* (FG2 IMG4)

Cette problématique de désengorgement était associée à la **pénurie de médecins** sur le territoire dans le discours des trois FG : « *si on était un peu plus de médecins sur le territoire, on pourrait absorber beaucoup plus d'urgence. »* (FG1 IMG3) ; « *A part dire au patient arrêtez d'appeler, n'ayez plus d'urgences... C'est un peu compliqué, d'enlever la charge sans augmenter le nombre de personnes. »* (FG3).

Ainsi qu'au problème du **temps de travail hebdomadaire** : « *il y a les urgences qui pallient le manque de médecin. A part dire, il faut en former plus, bah voilà... On sait. On ne peut pas faire 70h semaine non plus. »* (FG2 IMG1).

3.2.2. La place du médecin généraliste dans la régulation au cabinet

Décrit le plus souvent en seconde ligne pour la prise en charge des SNP et la régulation, la place du MG était variable en fonction des pratiques des maîtres de stage.

Le médecin pouvait être **acteur principal** pour certains internes : « *Le médecin est toujours là pour gérer la chose quoi »* (FG1 IMG1) ; « *C'est le médecin qui reprogramme le prochain rdv. Pour quelque chose qu'il faut revoir rapidement ou même parfois pour dans longtemps. »* (FG2 IMG2).

Il pouvait se placer **en seconde ligne**, derrière le secrétariat, en expert ayant le choix de la décision dans les cas compliqués : « *Dans tous les exemples que j'ai. Il n'y a jamais un*

moment où elle se retrouve catastrophée. Le médecin est toujours là pour gérer la chose quoi... » (FG3).

Ou lorsque les créneaux d'urgences étaient pleins : « *Nous la secrétaire va souvent nous solliciter quand les créneaux d'urgences sont tous pleins.* » (FG2 IMG1).

Ou enfin, laisser la prise en charge de la **régulation par le secrétariat** : « *Les patients peuvent appeler, elle connaît la patientèle, elle connaît le fonctionnement du cabinet. C'est elle qui juge.* » (FG3) ; et non par les agendas en ligne : « *Par contre, pour les urgences c'est que en appelant les secrétaires.* » (FG3). Le secrétariat était alors capable d'évaluer la gravité : « *C'est quand même la secrétaire qui fait le gros du travail. Parce que c'est elle qui reçoit les appels, qui interroge les patients, pour savoir si l'urgence doit être vue tout de suite.* » (FG1 IMG2)

Les internes nuançaient le « médecin expert » et la régulation par celui-ci devant la tendance à approuver toutes les demandes de SNP : « *J'ai l'impression que pour mes prat', les ¾ des mots [demandes de la secrétaire par écrit] si ce n'est même plus, ils finissent par les programmer.* » (FG1 IMG1) avec une **appréhension du conseil médical** : « *Je ne sais pas si c'est parce qu'ils ont peur du conseil médical. Ou si c'est aussi certains des prat' qui ne savent pas dire non. Du coup, ils acceptent tout. On a toujours une appréhension que ce soit quelque chose de plus grave.* » (FG1 IMG3)

Cependant, les médecins avaient plusieurs moyens pour **s'adapter à la demande** :

- Le conseil téléphonique et la réassurance : « *Leur donner ne serait-ce que des conseils et les réassurer, ça fait partie des SNP* » (FG1 IMG4)
- La prise en charge entre deux rendez-vous : « *Souvent effectivement, les prat' ne les ont jamais renvoyés. Ils les ont pris entre deux en essayant d'aller vite.* » (FG1 IMG5)
- Ou encore la visite à domicile faisant partie intégrante des SNP : « *... les visites à domicile* » (FG3)

3.2.3. Organisation de l'agenda et impact sur l'exercice libéral

Les internes des trois FG avaient un fort sentiment positif pour une **organisation en amont des SNP** avec des créneaux d'urgences : « *j'ai des médecins qui bloquent des créneaux d'urgences.* » (FG2 IMG5) ou des plages horaires dédiés en fin de journée : « *J'aime bien l'idée de laisser la fin de matinée ou de journée à chaque fois pour les plages d'urgences ce qui permet d'avoir pour les patients une meilleure disponibilité de leur médecin traitant.* » (FG1 IMG2) ; « *Je ferai des créneaux classiques, et des créneaux comme dit IMG2 dédiés aux urgences en fin de journée.* » (FG1 IMG3).

Il existait un fort avis négatif sur la **prise en charge des SNP sans créneaux consacrés** avec l'ajout de patient entre deux consultations et l'impact sur la patientèle en salle d'attente : « *dites-leur de venir, je les verrais entre deux. On se retrouve avec la salle d'attente bondée.* » (FG1 IMG1) ; « *en urgences sans rdv, entre deux. C'est quelque chose que je ne veux absolument pas faire. Pour le patient ce n'est pas agréable. Pour le médecin non plus.* » (FG2 IMG5).

Avec le risque de ne pas prendre le temps nécessaire pour une bonne prise en charge : « *Souvent effectivement, les prat' ne les ont jamais renvoyés. Ils les ont pris entre deux en essayant d'aller vite.* » (FG2 IMG4).

L'**organisation sans rendez-vous** restant la plus décriée par les internes : « *Mais de dire venez sur des plages horaires libres, je trouve ça un peu dangereux.* » (FG1 IMG2) ; « *On risque de voir beaucoup de gens qui sont dans l'abus de demande de soin. Et qui sont toujours là, 2 fois par semaine.* » (FG1 IMG4).

Avec des craintes sur un **empiètement de la vie professionnelle sur la vie personnelle** :

« *Il y a des médecins généralistes qui ne font que du sans rdv. Après je ne connais pas leurs organisations pour qu'ils aient une vie à côté. »* (FG3).

Ou sur des **amplitudes horaires importantes** : « *Je suis d'accord que là, sans expérience, je dirais que j'ai pas du tout envie de faire ça. Parce que ça fait peur de finir à 22h si ce n'est pas filtré. »* (FG1 IMG2).

Cette organisation sans RDV était un **facteur important d'anxiété** : « *Je sais que je ne pourrais pas faire de matinée ou demi-journée sans rdv. C'est impossible. Trop stressant, trop de pression. »* (FG2 IMG4).

L'ajout de **consultation en fin de journée** était utilisé en dernier recours : « *s'ils voient que tous leurs créneaux d'urgences sont pleins. Ils se rendent compte que tout est plein. Ils vont voir la secrétaire en cas de vraie urgence, je veux bien que tu rajoutes une consultation en fin de journée mais que si c'est une vraie urgence. »* (FG1 IMG7).

3.3. La place du secrétariat dans le cabinet de médecine générale

3.3.1. Le secrétariat et l'organisation du cabinet

La place du secrétariat était décrite comme primordiale dans l'organisation pour tous les FG. En analysant les occurrences dans l'ensemble du verbatim, les mots « *secrétaire* » ou « *secrétariat* » sont retrouvés 150 fois contre 130 fois pour les mots « *médecins* » ou « *praticiens* ».

Pour les internes, le secrétariat était le **premier interlocuteur** pour le patient : « *c'est plutôt la secrétaire qui voit ces gens-là. Elle ne nous en parle même pas du tout enfin juste on*

voit un créneau d'urgence qui s'est rajouté mais on ne sait pas si c'est quelqu'un qui est venu ou qui a appelé. » (FG1 IMG1)

Ce qui entraînait des **difficultés pour les internes** lorsqu'il n'y avait pas de secrétariat sur place avec la notion d'**interruption de tâche** : « *J'ai un prat' qui n'a n'a pas de secrétaire et ça sonne constamment. On est interrompu tout le temps. Pour reprendre c'est toujours compliqué. » (FG1 IMG4)*

Ou des dysfonctionnements dans l'organisation du cabinet : « *une secrétaire sur place c'est généralement plus simple. Parce que les patients peuvent appeler, elle connaît la patientèle, elle connaît le fonctionnement du cabinet. » (FG2 IMG1)*

Il en ressortait l'importance de **la communication entre médecins et secrétaires** : « *Il faut une bonne communication entre tout le monde. » (FG2 IMG2)*, pour faciliter la prise de décision : « *Les secrétaires ne savent pas forcément s'ils doivent être vus aujourd'hui ou pas. Se mettent en relation avec les médecins » (FG2 IMG4).*

Le **binôme secrétaire/médecin** était mis en avant : « *A l'échelle du cabinet et du binôme secrétaire/médecin, ce binôme reste indispensable. » (FG1 IMG2)*, avec la nécessité de points réguliers entre eux : « *C'est important de fixer les rdvs, de faire des réunions, surtout s'il y a plusieurs secrétaires pour avoir des retours de leur part et de la nôtre. Pour voir ce qui peut être amélioré. » (FG1 IMG7).*

3.3.2. La régulation par le secrétariat

Pour la majorité des internes la régulation était effectuée par le secrétariat. Avec un secrétariat compétent face à un médecin qui s'effaçait : « *j'aime bien l'idée d'avoir une secrétaire compétente qui peut gérer tout. » (FG3)* et qui était capable d'évaluer la gravité des demandes : « *Pour moi c'est le boulot de la secrétaire de juger si vraiment c'est quelque chose*

*qui doit être vu aujourd’hui. » (FG2 IMG5). Et qui connaissait la patientèle : « *La meilleure façon de gérer les SNP c'est la secrétaire sur place qui connaît la patientèle et qui connaît son médecin. »* (FG2 IMG6).*

Avec la notion de **triage des appels** pour les SNP : « *C'est quand même la secrétaire qui fait le gros du travail. Parce que c'est elle qui reçoit les appels, qui interroge les patients, pour savoir si l'urgence doit être vue tout de suite. »* (FG1 IMG3).

Et la notion de **priorisation des demandes** : « *J'ai eu aussi le cas où la secrétaire a dû rappeler une patiente parce qu'il ne restait qu'un créneau d'urgence le matin. Il y avait une urgence plus importante que la première. Et qu'elle a dû décaler la première urgence. »* (FG1 IMG4).

Cependant, un nombre important de créneaux dédiés aux SNP permettait de décharger la secrétaire de la prise de décision : « *Ses compétences de tri dépendent du nombre de créneaux de libre du médecin aussi. Plus il y en a moins elle a de tri à faire »* (FG1 IMG5) ; « *je pense que la prise de décision des secrétaires, si on peut appeler ça une prise de décision est relative. Parce que ça va dépendre du nombre de créneaux à sa disposition. »* (FG2 IMG5).

3.3.3. Les compétences du secrétariat

Les compétences du secrétariat pour réguler les demandes de SNP était un des premiers leviers que les internes mettaient en avant pour l'amélioration de la prise en charge : « *Ça doit aussi faire partie des compétences de la secrétaire enfin c'est encore autre chose. »* (FG3).

La **formation des secrétaires** était au cœur de la réflexion sur leurs compétences : « *L'idée de la formation des secrétaires me semble super importante. Elles ont besoin d'une compétence de l'urgences. Ce serait intéressant de savoir comment elles sont formées. S'il y a des dispositifs de formation par de vrais régulateurs pour les aider ? »* (FG2 IMG3).

Les internes des 3 FG se questionnaient également sur **la responsabilité médico-légale** des secrétaires : « *Elle brasse des appels qui devrait être ceux du 15.* » (FG3) et sur **la légitimité** du secrétariat en matière de prise de décision : « *Est-ce que ce n'est pas une trop grosse responsabilité sur la secrétaire ?* » (FG1 IMG1) ; « *Faire la régulation. Surtout pour les secrétaires qui à la base ne sont pas censées avoir des connaissances médicales plus que ça... ce n'est pas évident.* » (FG1 IMG2).

Dans cette optique, ils se questionnaient sur **la place du médecin généraliste** dans la formation de la secrétaire : « *Bien former sa secrétaire. Sur sa formation à elle, je ne sais pas comment on peut intervenir.* » (FG1 IMG1).

Notamment avec une **formation continue** par le MG : « *faire partie de la formation de la secrétaire. Ce qui est bien c'est que nous on l'aide et qu'elle aussi nous aide.* » (FG1 IMG3) ; « *Je pense que c'est important de donner des consignes à la secrétaire. Parfois elle ne saura pas mais les fois d'après elle saura comment réagir.* » (FG1 IMG1).

3.4. La place de l'interne, acteur de sa formation

Une majorité d'internes ne se sentaient pas impliqués dans **le processus de décision** des SNP : « *C'est rare qu'on vienne me demander mon avis.* » (FG1 IMG3)

Et ne se sentaient pas formés à la démarche décisionnelle de programmation des SNP « *Je n'ai pas vraiment la démarche décisionnelle de oui ou non on le programme.* » (FG2 IMG1)

Ils ne se sentaient pas compétents dans cette **démarche spécifique de régulation** : « *Parfois ce n'est quand même pas évident parce qu'il y a des tableaux assez frustres. Chaque patient a une manière de vivre sa pathologie, cet épisode...* » (FG2 IMG3) ; « *C'est vrai que si on me demandait, moi, mon avis au téléphone avec les quelques infos que l'on a noté. Je pense que c'est vraiment compliqué.* » (FG2 IMG4).

Avec des difficultés de prise de décision au téléphone : « *je trouve ça difficile de prendre une décision par téléphone. De faire un choix, est ce que c'est grave, est ce que ce n'est pas grave ? Tout ça par téléphone...* » (FG2 IMG5).

La régulation était perçue comme **chronophage**, le temps médical de consultation auprès des patients étant à préserver : « *Le médecin est plus compétent pour la régulation mais faire la régulation par le médecin ce n'est pas possible. On a les patients à gérer.* » (FG1 IMG1). La pratique de la régulation étant **médecin dépendant** : « *La place du médecin dans la régulation ça dépend de la pratique. Mais surtout si on le fait on ne fait plus de consultation.* » (FG1 IMG2).

Seulement deux d'entre eux cherchaient à s'impliquer dans la **démarche décisionnelle** et dans leur formation par observation et réflexion personnelle : « *de voir le médecin recevoir les notes quand je suis à côté, je vois la même chose. D'autant plus maintenant, j'essaie de lire et me faire par moi-même la réflexion et souvent on en discute ensemble et même si je ne rentre pas dans la démarche.* » (FG1 IMG3) ; « *Je trouve qu'on commence à avoir une expérience. Lui, par exemple, je le verrais bien aujourd'hui. Après, je n'ai jamais trop eu à donner mon avis. Est-ce que c'est un SNP ? On ne m'a pas demandé mon avis : Est-ce que tu veux le prendre ou pas ?* » (FG1 IMG7).

Ils reconnaissaient que la régulation devrait intégrer leur champ de compétences : « *C'est sensé faire partie de nos compétences. De savoir distinguer l'urgence réelle ou ressentie. Au téléphone c'est compliqué.* » (FG2 IMG2).

Ils exprimaient un **besoin de formation** : « *on est formé pour traiter mais pour classer les urgences ou réguler, on n'a pas de cours.* » (FG1 IMG1).

Notamment par la **formation en stage ambulatoire** par des mises en situations concrètes : « *On voit 3 prat' différents en Stage 1 puis 3 en SASPAS. La formation elle vient*

de là. Comment eux ils font. » (FG1 IMG2) ; « On pourrait recevoir un appel et ensuite on en parle avec des chefs. C'est plus intéressant qu'un cours magistral. » (FG1 IMG3).

Le passage par **le stage ambulatoire** améliorait leur vision de l'organisation des SNP : « *avant de commencer chez le prat', je savais pas du tout comment c'était organisé.* » (FG3).

Le **stage aux urgences** permettait de se familiariser avec la régulation : « *En fonction des façons de faire de chaque cabinet et aussi le stage aux urgences. Les urgences permettent de voir comment la régulation est faite.* » (FG2 IMG6).

Le **second cycle** contribuait à la formation au tri : « *Je suis d'accord, pas mal de notre formation c'est sur le terrain. On passe à l'accueil des urgences ce qui permet d'avoir une notion de tri pendant l'externat.* » (FG IMG5).

La simulation et le retour d'expérience étaient privilégiés comme type d'apprentissage : « *la simulation ou par retour d'expérience en fin de semestre.* » (FG1 IMG1) ; « *La simulation ok mais les cours théoriques non.* » (FG1 IMG2) et étaient préférés aux cours théoriques : « *Je sais qu'on a des cours théoriques qui sont prévu dessus mais ça passe par la pratique.* » (FG2 IMG1).

3.5. Aides extérieures pour la prise en charge des SNP

- Au sein du cabinet

Les relais possibles par les **assistants médicaux** ou les **plateformes** étaient envisagés sans en connaître leur rôle et leur fonctionnement : « *je ne connais pas bien les rôles des assistants médicaux, les plateformes vers qui on peut envoyer. Les relais autres.* » (FG1 IMG6).

Les internes se questionnaient sur l'intérêt et l'apport que ceux-ci pourraient avoir dans la prise en charge des SNP : « *Les assistants médicaux qu'est-ce qu'ils peuvent faire eux ? Qu'est ce qui peut être mis en relais des MSP qui sont débordées ?* » (FG1 IMG1).

Les internes du FG1 ont évoqué l'aide que peuvent apporter les **confrères dans les MSP** : « *J'aime bien le fait aussi que dans les gros cabinets, ce soit possible pour gérer les urgences que ce ne soit pas forcément son médecin qui prenne en charge l'urgence.* » (FG1 IMG3) ; « *Mais aussi entre les médecins du cabinet. Ce n'est pas toujours à un médecin d'adapter son planning aux autres. Il faut des mouvements entre les médecins. Savoir lequel peut agrandir son planning chaque jour.* » (FG1 IMG4).

Les internes des FG 2 et 3 se projetaient dans ce type de structure pour améliorer la prise en charge des SNP : « *Je pense aussi que travailler en cabinet avec d'autres médecins ça peut aider. C'est un avantage sur le côté des SNP. De partager les SNP sur les créneaux de chacun.* » (FG2 IMG1).

Concernant l'**aide à la prise de rendez-vous**, le logiciel Doctolib était le seul à être cité dans les FG parmi les différentes offres du marché : « *via Doctolib, sur internet.* » (FG1 IMG1) ; « *sur Doctolib majoritairement* » (FG2 IMG3) ; « *sur des logiciels type Doctolib* » (FG3).

Il permettait de **libérer du temps** aux secrétaires : « *Doctolib c'est une bonne solution pour désengorger le téléphone. Si 50% de la journée est sur Doctolib. C'est des rdv pris sur internet. Ça enlève beaucoup de rdv et de temps au téléphone.* » (FG1 IMG2).

Et de **faciliter la communication** au sein de la structure entre médecin et secrétaire : « *Via le logiciel Doctolib, elle nous met un petit mot qui s'affiche en rouge. Et derrière le médecin dit si oui ou non il faut le programmer.* » (FG1 IMG1).

- L'offre extérieure aux cabinets

Pour faciliter l'accès aux soins et la prise en charge des SNP, un interne avait connaissance des **centres de soins non programmés** affiliés aux Services d'Accueil des Urgences : « *à Angers il y a le patio, une unité des urgences où les patients viennent pour des urgences moindres.* » (FG1 IMG1).

Pour les autres, une structure de ce type pouvait aider la prise en charge des SNP dans le cadre de patient sans médecin traitant ou absent, sans en connaître l'existence : « *une plateforme à part, avec des médecins qui accepteraient d'avoir des plages qui seraient dédiées à une patientèle non programmée. Ça serait pour des patients sans médecin traitant, ou le médecin traitant plein ou en vacances.* » (FG2 IMG1).

Lors des débats, la question de la création **de centres de prise en charge des SNP** est apparue dans le FG1. Plusieurs manières d'appréhender ces centres ont pu être évoquées : soit par une **plateforme téléphonique** permettant la relation avec un médecin du secteur ayant des créneaux de SNP libres : « *Quitte à avoir un accès à une plateforme de SNP, un peu comme SOS médecin mais pour les SNP. Tel médecin est disponible et on peut prendre rdv. Une sorte de programme de SNP avec des médecins qui acceptent de voir une autre patientèle que la leur.* » (FG1 IMG3).

Soit par des **structures de prise en charge exclusive des SNP** avec une régulation au préalable par des structures privées : « *Par exemple aux alentours d'Angers, il y aurait quelque chose comme un regroupement, comme SOS médecins mais pas qu'une seule personne.* » (FG1 IMG4).

Ou affiliées aux SAU : « *Ce qu'on pourrait faire aussi c'est avoir aux urgences une filière pour les urgences de médecine générale. Pour toutes les choses qui peuvent être vues par un médecin généraliste plutôt que par un urgentiste.* » (FG1 IMG3).

Cependant, l'intérêt de ces structures était nuancé par la pénurie de médecins : « *Relancer des médecins sur des SNP chez des médecins qui sont déjà bondés... A part augmenter leur planning... Ce n'est pas possible. Je ne vois pas trop l'intérêt.* » (FG1 IMG5) et par l'importance de la loi de l'offre et de la demande : « *Ça ouvre la voie à encore plus d'abus. Plus on ouvre de chose, plus c'est un risque alors qu'on n'a pas plus de personnel. Augmenter une offre qu'on n'a pas. D'après moi l'idée est bonne mais en fait, il manque juste de gens.* » (FG1 IMG1).

- En dehors des horaires d'ouvertures

Une notion de **continuité des soins** était envisagée en soirée pour ces structures avec des horaires différents de la PDSA : « *avoir de 18 à 22h, dans les périphéries, des espèces de SOS médecins qui permettent de faire le tremplin.* » (FG2 IMG1).

La notion de **numéro unique** pour faciliter la prise de rendez-vous était mise en avant : « *Là, ils ont juste à appeler qu'une seule plateforme qui leur permet de trouver un rdv. Ça facilite l'accès au soin. Pour ceux qui n'arrivent pas à trouver un médecin.* » (FG2 IMG3) ; « *Oui ça permet de faciliter l'accès au soin, de centraliser la demande et la réponse. [...] Dans ce cas-là, le patient appelle qu'une seule structure.* » (FG2 IMG1).

Les **numéros de régulation**, le 116 117 et le 15, étaient citées dans le FG 2 ainsi que les **maisons médicales de garde** : « *C'est un peu déjà ce qu'il se passe dans les maisons de garde jusqu'à minuit ou le dimanche. C'est le 15 qui régule. Et qui envoie les patients à la maison médicale.* » (FG2 IMG1) ; « *Les plateformes disponibles, le 116 117* » (FG2 IMG2).

3.6. La relation médecin patient dans le cadre des SNP

La prise en charge des SNP, pour les internes, passait par un travail en amont avec les différents acteurs.

Une meilleure communication et **pédagogie avec les patients** permettaient de limiter la surcharge de travail : « *mieux éduquer les patients... Ne pas appeler pour des broutilles. Ça limitera les abus d'appels, les abus de consultation. Et dégagerait plus de temps pour les médecins.* » (FG1 IMG1).

L'éducation du patient par son médecin traitant était nécessaire pour qu'il puisse s'autogérer : « *Former les patients sur les rhinopharyngites... ça permet de limiter le passage en consultation. Tout ça, ça passe par un travail de tous les jours. La prochaine fois ils pourront s'autotraiter.* » (FG2 IMG1).

Inversement, les internes mettaient en avant le côté illusoire de pouvoir éduquer tous les patients et notamment certaines populations fragiles : « *Tu auras beau éduquer ta patientèle. Tu ne peux pas exclure que t'as des patients comme un alcoolique qui ne se souvient plus. Tu auras beau l'éduquer il oubliera toujours. Ça fait partie du job que bah dans nos patients, il y en aura que l'on ne pourra pas éduquer.* » (FG2 IMG3).

La difficulté à fixer des **règles strictes et à dire « non » aux patients** était présente pour une patientèle toujours plus demandeuse de soin : « *On risque de voir beaucoup de gens qui sont dans l'abus de demande de soin. Et qui sont toujours là, 2 fois par semaine. Ça peut devenir l'anarchie dans un cabinet de médecine générale. Faudrait être capable de les renvoyer ces patients. Leur dire : Non ce n'est pas possible aujourd'hui.* » (FG1 IMG1).

Elle était associée à une modification de **consommation de la santé** progressive :

« Pour avoir fait de la régulation vite fait pendant le covid. Il y a vraiment des gens qui ne viennent pour rien. Enfin qui appellent pour rien au 15. » (FG1 IMG3).

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1. Forces de l'étude

Intérêt de l'étude

Dans la littérature, il existe un certain nombre de thèses et travaux qui s'intéressent aux SNP. Certaines se concentrent sur la place du médecin dans la prise en charge [15], d'autres sur les délais de rendez-vous [36], ou encore sur la formation du secrétariat à la gestion des appels de SNP [37]. Les rapports ministériels quant à eux se concentrent sur la démographie médicale et l'épidémiologie [4] ; [5] ; [6]. Cependant, il n'y a pas d'étude qualitative qui analyse les représentations et les connaissances des internes sur les SNP.

La méthode qualitative par focus group

La méthode qualitative par focus groups est apparue comme la plus pertinente pour ce travail puisqu'elle permet d'étudier la variété des opinions, de mettre en évidence des différences de perspectives entre les groupes ou de faire émerger de nouvelles idées.

Il est à noter que les internes se connaissaient via les GEAP, ce qui a renforcé cette interactivité et permis d'obtenir un échange de parole plutôt riche en nuances, idées et sentiments.

Par ailleurs le FG permet d'identifier les attentes et les besoins d'une population et ainsi, de trouver des pistes d'amélioration à la formation.

Les modérateurs

Les deux modérateurs des focus group étaient expérimentés, extérieurs au travail de recherche, médecins généralistes et membres du DMG d'Angers.

L'échantillon

La population étudiée était composée d'internes de 3 différents départements : Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne. Trois FG ont été réalisés, un par département. Ils étaient en stage avec des médecins exerçant en milieux rural, semi rural et urbain afin de favoriser les différences d'opinions et d'expérience.

1.2. Faiblesses de l'étude

Le Focus group

Il peut y avoir des réticences à exprimer des idées personnelles. Il peut se dégager des normes de groupe, sources de blocage ou de risque de domination des débats par une personnalité forte. Dans les FG1 et FG2, un interne a dominé les débats. Un interne du FG1 était d'origine étrangère et a rencontré des difficultés pour s'exprimer.

Dans le 3eme FG, la qualité du recueil a été perturbée par de mauvaises conditions sonores. Les échanges ont été à quelques reprises interrompus et la retranscription pouvait présenter des manques. Cela rendait le FG moins fiable. Il n'a pas été possible de distinguer avec précision les différents intervenants. Les verbatims sont codés (FG3) sans spécification de l'interne.

Triangulation des données

L'une des exigences requises pour la validation de l'analyse est la triangulation des données. Elle permet de limiter la subjectivité en multipliant les chercheurs et en croisant les

résultats obtenus. Le codage des Verbatims a été effectué par un seul chercheur. Il n'y a pas eu de triangulation des données recueillies. Il convient d'en tenir compte dans l'analyse des résultats.

Il n'y a pas eu de saturation des données mais seulement une suffisance des données par la richesse notamment des 2 premiers FG.

2. Discussion des résultats

2.1. La représentation du soin non programmé pour les internes de phase socle

Dans la littérature, le terme de « soin non programmé » n'a pas de définition précise. Chaque étude proposant sa définition : « urgence en médecine générale », « soin urgent », « consultation non programmée », « sans rendez-vous », « demande de soin non planifié ». Le délai de prise en charge et la prise de rendez-vous préalable sont deux éléments qui diffèrent entre les études. [38]

Cette étude a permis de mettre en évidence que les internes de phase socle ont une bonne représentation de la définition théorique des SNP malgré le flou de la définition. Ils s'accordaient sur les notions d'urgence ressentie par le patient, d'urgence médicale repérée comme telle par le médecin, ainsi que sur un délai de prise en charge rapide ou une réponse dans la journée.

Cependant, les SNP ne l'étaient pas toujours d'un point de vue strictement médical, comme par exemple, les besoins administratifs. Les soins urgents constituaient un sous-ensemble des SNP.

Le pourcentage de SNP dans une journée varie en fonction du lieu d'exercice. Selon une enquête de 2014, Les médecins exerçant dans une commune de moins de 10 000 habitants reçoivent en moyenne plus de demandes de SNP que les praticiens exerçant dans les communes urbaines. Le nombre de consultations non programmées réalisées chaque semaine donnent des résultats allant du simple au double [38]. Les internes des 3 FG s'accordaient, sur le temps imparti nécessaire dans une journée, entre 1/4 et 1/3 selon le lieu et la période de l'année. Ce qui est concordant avec les différentes valeurs retrouvées dans la bibliographie [3] ; [5] ; [17]. Ils se projetaient également en fonction de la saison et du contexte sanitaire pour modifier leurs estimations, lors de l'épidémie hivernale ou lors de la pandémie de Covid, l'adaptation en fonction de la demande étant bien perçue par les internes.

Les internes de phase socle avaient donc déjà une bonne représentation de ce qu'est un SNP, leur premier stage en médecine générale ayant permis d'être confronté à plusieurs situations cliniques.

2.2. Répondre à la demande des soins non programmés

2.2.1. Au cabinet

Plus de la moitié des cabinets offrent une prise en charge des SNP en permanence. Huit MG sur dix déclarent organiser leur activité afin de prendre en charge ces demandes quotidiennement en proposant des plages sans ou avec rendez-vous. [39]

Les internes des FG ont évoqué une partie des moyens dont dispose le MG pour répondre à ces SNP : garder des créneaux libres dans leur programme quotidien, ajouter ces demandes en fin de matinée ou en fin de journée, avoir des plages de consultations sans

rendez-vous ou de visites à domicile dans leur planning hebdomadaire, ou encore faire du conseil médical par téléphone, et enfin, rediriger vers le SAU.

Une préférence ressortait pour une organisation avec des plages horaires réservées aux SNP, notamment parce qu'elle limite les interruptions de tâche, favorise une prise en charge rapide des patients et décharge la prise de décision du secrétariat.

L'organisation sans créneaux consacrés, avec l'ajout entre deux consultations ou l'absence de rendez-vous, était quant à elle décriée par les internes. Elle était perçue comme un risque de majoration des amplitudes horaires et d'impact sur la vie personnelle. L'organisation sans rendez-vous est corrélée avec une augmentation du volume d'activité, notamment en termes de volume de travail horaire hebdomadaire. [39]

Les internes s'appropriaient les manières de fonctionner de leurs maîtres de stage qui leur correspondent. Il se projetaient dans leur exercice futur, ils n'étaient plus seulement étudiants mais futurs praticiens.

La téléconsultation a été absente des verbatims pourtant en plein essor depuis la pandémie de Covid. En effet, avec l'augmentation de la demande par les patients [40], les 3/4 des MG ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie [41]. Une explication peut se trouver dans l'éviction de ce type de consultation par les maîtres de stage lors des journées avec leurs internes en phase socle pour favoriser la consultation physique, un apprentissage de la relation médecin/patient et permettre l'examen clinique. L'utilisation de cet outil entraîne certaines difficultés pour les MG : plus de la moitié de ceux qui l'ont utilisé estiment que l'examen clinique en présentiel reste souvent ou systématiquement indispensable. [40]

2.2.2. Avec le secrétariat

Le secrétariat prenait une place prépondérante dans la réponse au SNP pour les internes. Le secrétariat physique offrait une valeur ajoutée pour conserver le temps médical, limiter la charge de travail et déléguer la régulation pour laquelle ils n'ont pas encore toutes les compétences de triage, priorisation ou évaluation de la gravité.

Les différents fonctionnements et organisations entre médecin et secrétariat sont bien décrits : soit les médecins donnent comme consigne à leur secrétaire de trier les demandes, se plaçant en seconde ligne ; soit ils les priorisent eux-mêmes ; soit ils les prennent toutes en charge sans travail de priorisation [15].

Ne connaissant pas les formations pour devenir secrétaire médicale, de nombreuses questions ont fait surface sur leur responsabilité médicolégale et leur légitimité à la régulation des SNP. En effet, il n'existe pas de diplôme d'Etat propre à la profession. Elles peuvent être tenues pour responsables de la non-assistance à personne en péril [42]. L'importance de la formation continue par le MG mise en avant par les internes est donc primordiale. Renforcer le lien entre les internes et le secrétariat pendant leur stage ambulatoire est une piste d'amélioration pour favoriser les échanges et la formation.

2.2.3. Dans le système de soin

Les internes ont repéré une augmentation de la demande des SNP ainsi que la pénurie de médecins et ont conscience de la difficulté des SAU et du système de santé pour y faire face. En effet, le nombre de MG a baissé de 9% depuis 2010 selon le CNOM [25] alors que la demande augmente de 3% tous les ans depuis le début des années 2000 [19]. Dans ce cadre,

les internes mettaient en avant le partage des tâches et la collaboration entre les différents acteurs comme la mission flash, de juin 2022, du Dr Braun le préconise : « *Notre système de Santé doit se reconstruire sur la base d'une collaboration équilibrée entre tous les professionnels de santé, médicaux et non médicaux, libéraux et hospitaliers, en tenant compte des aspirations des soignés, des soignants et des élus de la République* » « *Le déploiement des assistants médicaux doit être simplifié et s'accélérer à l'occasion de la négociation de la prochaine convention médicale, celui des MMG doit être mieux piloté/évalué.* » [6]. Les structures type Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) étaient d'ailleurs privilégiées pour la pratique future des internes des FG.

Des relais sont envisagés comme les numéros de régulation ou encore les assistants médicaux mais ceux-ci sont mal connus. L'organisation de l'offre de soin lors de la PDSA étant vague, les internes ne décrivaient la permanence des soins que par le biais de structures comme le Service d'Accueil des Urgences (SAU), les maisons médicales de garde ou des services comme SOS médecins. Sans les connaître, ils imaginaient les futurs SAS mis en avant par le rapport de 2022 du Dr Braun : « *Il convient d'accélérer la généralisation des Services d'Accès aux Soins en les dotant de moyens adaptés à leurs objectifs quantitatifs et qualitatifs.* » [6]

La méconnaissance de ces structures relais et des gardes de secteur pour la PDSA peut s'expliquer par l'absence de communication avec les MSU sur le sujet ou l'absence de garde lors du stage ambulatoire de phase socle. Une perspective d'amélioration de la formation pourrait être de proposer des gardes en PDSA avec les MSU ou des stages en régulation en journée pour découvrir le SAS et la régulation par le 116 117.

2.3. Place de la régulation du point de vue des IMG

Les internes de phase socle ne se sentaient que peu impliqués dans le processus de régulation des SNP, soit parce que leur maître de stage ne leur a pas proposé de prendre part à l'approche décisionnelle, soit parce qu'ils n'ont pas eu une démarche personnelle de formation dans ce cadre. Il n'y a d'ailleurs aucun verbatim d'exemple concret de régulation, contrairement aux exemples pour les SNP. Il n'y a pas de définition de celle-ci comme étant un acte médical pratiqué au téléphone, apportant une prise en charge adaptée aux demandes de SNP. [43]

Ils ont néanmoins repéré les différentes compétences nécessaires à la pratique de la régulation : les compétences de triage, d'évaluation de la gravité, de priorisation. La prise en charge téléphonique d'un appel pour demande de SNP, a fait l'objet de recommandations HAS en 2011, dans le cadre de la régulation médicale au sein d'un CRRA [43]. Ils ont également perçu que la démarche décisionnelle en régulation est spécifique et différente de celle en consultation présente.

L'une des explications du peu d'implication peut être de conserver le temps médical auprès du patient et de favoriser l'examen clinique. Les internes étant en phase socle, la consultation classique de médecine générale ne leur est pas encore familière.

De plus, le conseil médical n'appartenant pas encore à leur champ de compétence, ils sont réticents à conseiller les patients sans les avoir examinés, de peur de passer à côté de quelque chose de grave.

Malgré la faible implication dans la régulation, ils ont compris l'importance de celle-ci dans la prise en charge des SNP et dans l'organisation du cabinet médical. Ils exprimaient une nécessité de formation par la simulation ou la mise en situation concrète avec retour

d'expérience. L'apprentissage par la simulation, méthode pédagogique active, a montré son intérêt dans de nombreuses études, y compris en médecine générale pour enrichir l'offre de formation [44] [45]. Comme précisé en introduction, la mise en situation concrète est corrélée à l'APC et vise l'acquisition d'un savoir-agir [28] en situation authentique. Actuellement, l'enseignement « *phase socle* » pour la régulation des SNP existe avec des retours d'expérience et des écoutes de bandes audio.

2.4. La modification du paradigme de la santé

Les internes évoquaient à de nombreuses reprises la nécessité d'information aux patients devant le changement progressif de consommation de la santé. La prise en charge des SNP passait par la pédagogie et l'éducation de la patientèle afin de limiter les demandes. L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante de la prise en charge du patient selon les recommandations de la HAS de juin 2007. Les finalités de l'éducation thérapeutique sont l'acquisition par le patient de compétences d'autosoins et d'adaptation [46]. Ainsi, la formation des futurs médecins à l'éducation thérapeutique peut être un axe d'étude à explorer.

Le rapport du Dr Braun cible également le changement de consommation de la santé qui s'opère depuis quelques années : « *Appeler avant de consommer du soin, a fortiori dans une situation perçue comme urgente, pour demander avis et conseil, devrait devenir un geste citoyen.* » [6]

Cette notion est à rapprocher de « l'uberisation » actuelle de la santé (processus économique qui, grâce aux nouvelles technologies numériques, contourne les secteurs classiques de l'économie en créant un nouvel intermédiaire), où les plateformes comme Doctolib permettent une aide à la prise de rendez-vous, un gain de temps pour le praticien et

le patient, et facilitent la communication entre les différents acteurs. Cependant, la surconsommation de santé que ces plateformes entraînent est un enjeu majeur pour la prise en charge des SNP.

La présence de la plateforme Doctolib comme seule représentante dans tous les verbatims pose la question du monopole et du risque de dérive (fuite de données, détournement de patientèle), alors que de nouvelles entreprises privées dans le secteur de la santé émergent. Permettre aux internes d'explorer les différentes offres et les former aux risques liés aux numériques fait également partie de leur formation.

CONCLUSION

Les internes de médecine générale de phase socle de la faculté de médecine d'Angers avaient une bonne représentation des soins non programmés, sur leur définition d'une part, mais aussi sur la logistique pour les gérer au sein du cabinet médical en pratique courante.

Les constatations de ce travail permettent de développer des axes de formation des internes de médecine générale vers la régulation et l'organisation du système de soin pour la prise charge des SNP, notamment par la simulation et la mise en situation concrète.

D'autre part, reproduire cette étude auprès d'internes en fin de cursus pourrait permettre d'observer l'évolution de leurs représentations et connaissances. Ainsi que d'évaluer si la formation actuelle répond aux besoins des IMG.

Par ailleurs, les modifications actuelles de consommation de la santé par les patients, avec entre autres le développement des téléconsultations pourrait être une solution dans la prise en charge des soins non programmés. Ce point reste toutefois à nuancer étant donné les possibles dérives, et nécessite un cadre pour le patient.

Pour finir, explorer les représentations des patients sur les soins non programmés et l'éducation de la patientèle auprès de médecins généralistes installés en cabinet, peuvent aussi constituer des axes d'études originaux afin d'améliorer la prise en charge des soins non programmés.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] COHONNER C. ORS Centre - Enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Bilan en région Centre. 2004
- [2] BARBEAU D, DEVILLE A, JOUBERT M. DREES. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés N°72 - juillet 2000
- [3] GOUYON M, LABARTHE G. DREES Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. N° 471 mars 2006
- [4] GRALL J-Y, Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences, Juillet 2015
- [5] MESNIER T, Assurer le premier accès aux soins, Organiser les soins non programmés dans les territoires, Mai 2018.
- [6] BRAUN F, Mission flash sur les urgences et soins non programmés, Juin 2022
- [7] MINISTÈRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation de médecins à cette permanence. Journal officiel 214, p 15863.
- [8] DESCOURS C. Rapport du groupe travail opérationnel sur la permanence des soins, Janvier 2003.
- [9] GRALL Jean-Yves - Rapport mission de médiation et propositions d'adaptation de la Permanence des Soins, remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Aout 2007.
- [10] BOENNEC P. Rapport d'information fait au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins. Octobre 2008.
- [11] Loi HPST - LEGIFRANCE. 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.
- [12] VALLS M, TOURAIN M Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence

des soins ambulatoires.

[13] CAZENEUVE B, TOURAIN M Décret no 2017-522 du 11 avril 2017 modifiant le décret no 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires

[14] Code de déontologie médicale, Edition Février 2021.

[15] PATIN P, LABORY L, VERON K. Place du médecin dans la priorisation des demandes de soins urgents et/ou non programmés en médecine générale ambulatoire. 2020.

[16] GOUYON M, LABARTHE G. DREES Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. N° 471 mars 2006.

[17] UNION REGIONAL DES MEDECINS LIBERAUX DE BRETAGNE. Etude pratique et circuits de soins en médecine générale. Résumé des résultats concernant la consultation ou visite initiale.

[18] MINISTÈRE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES ; Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles(ACI) signé le 20 avril 2017. Journal Officiel n°0182 du 5 août 2017

[19] ALLEAUME S, BOISGUERIN B et al. DREES Le panorama des établissements de santé - édition 2014.

[20] COLLET M, GOUYON M. et al. DREES. Etude et Résultats n°607. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Novembre 2007

[21] La situation démographique en 2014 », Insee Résultats, n° 182. Juin 2016.

[22] CARRASCO V, DAUBEAU D et al. DREES. Etude et Résultats n°212. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale, janvier 2003

[23] MATONNIER A. Analyse du comportement des patients aux Urgences de La Ciotat pour un motif relevant de la médecine générale. Thèse Médecine. Université Aix-Marseille. 2008

[24] PUYOL C. Patients consultants pour des motifs de médecine générale au service d'accueil des urgences de l'hôpital de Perpignan aux heures de la permanence de soins, leurs caractéristiques et

leurs parcours de soins. Thèse Médecine. Perpignan. 2007

[25] BOUET P. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2020.

[26] Inspection générale de l'administration de l'inspection nationale et de la recherche N°2007-016. Création de la filière universitaire de médecine générale.

[27] NGUYEN DQ, BLAIS JG. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. Pédagogie Médicale. Novembre 2007 ; 8 (4) : 232-51.

[28] CHARTIER S, FERRAT E, DJASSIBEL M, BERCIER S, COMPAGNON L, RENARD V, ATTALI C. La mise en œuvre d'un programme d'apprentissage dans une logique de compétence : difficultés et propositions. Exercer. 2012 ; 23 (103) : 169-74.

[29] ATTALI C, BAIL P, LEBEAU JP, PIRIOU C, COMPAGNON L. Certifier les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine générale, Guide Pratique de l'enseignant clinicien ambulatoire en médecine générale, volume 4. Paris : Éditions scientifiques L&C ; 2011 Mar.

[30] COMPAGNON L, BAIL P, HUEZ JF, STALNIKIEWICZ B, GHASAROSSIAN C, ZER-BIB Y, PIRIOU C, FERRAT E, CHARTIER S, LE BRETON J, RENARD V, ATTALI C. Définitions et descriptions des compétences en Médecine Générale. Exercer. 2013 ; 24 (108) : 148-55.

[31] Attali C, Bail P, Beis JN, Gomes J, Chevallier P, Lainé X, et al. DES : certifier la compétence des internes à exercer la médecine générale. La revue du praticien-Médecine générale. 2005 ;9 :708-9

[32] ATTALI C, HUEZ JF, VALETTE T, LEHR DRYLEWICZ AM. Les grandes familles de situations cliniques. Exercer 2013 ; 24 (108) : 165-9.

[33] CASAUX-VORONIUC I. Les stages hospitaliers dans l'internat de médecine générale. Enquête par Focus Group auprès des internes et jeunes remplaçants de la faculté de Rouen. Thèse méd, université de Rouen, 2012.

[34] KITZINGER J. Qualitative research : Introducing focus groups. BMJ 1995.

[35] MOREAU A. S'approprier la méthode du focus group, *La revue du praticien*, Tome 18, n°645, mars 2004.

[36] MATHIES T. Enquête sur les délais de rendez-vous pour soins non programmés en médecine générale libérale en Sarthe. 2018.

[37] BOULDAY-DEROUET A. Impact d'une formation continue de secrétaires médicales à la gestion des appels de soins urgents ou non programmés : étude qualitative auprès de 18 secrétaires médicales formées en Mayenne en 2013

[38] URML des pays de la Loire. Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville. *Revue de littérature* - décembre 2017

[39] LENGLART F. Huit médecins généralistes sur dix s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. *Etudes & Résultats*. Janvier 2020

[40] VERRUE M. Téléconsultation en médecine générale : attentes et représentations des patients. 2020.

[41] LENGLART F. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19. *Etudes & Résultats*. Sept 2020.

[42] Code Pénal : article 226-13 CP et article 223-6 CP.

[43] HAS : Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Recommandations de bonnes pratiques. Mars 2011

[44] CABANEL M-D. Intérêt de la simulation en santé en Médecine Générale : enquête auprès des médecins généralistes du Maine et Loire. 2017.

[45] COLLARD A. Cognitive Aid for Anesthetic Preparation in An Emergency Situation : A Simulation-Based Study. Nov 2021

[46] HAS : Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. Juin 2007.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010..

Figure 2 : Pyramide des âges des généralistes en activités régulières au 1er janvier 2020

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Principales caractéristiques des participants

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
1. Les soins non programmés	2
1.1. Contexte	2
1.2. L'organisation ambulatoire des soins non programmés.....	3
1.2.1. La permanence des soins ambulatoires.....	3
1.2.2. L'organisation lors des horaires d'ouverture des cabinets	4
1.3. Evolution des soins non programmés	5
1.3.1. Augmentation de la demande de soins urgents	5
1.3.2. Diminution de l'offre de soins ambulatoires.....	6
2. La formation aux internes.....	7
MATERIEL ET METHODE	10
1. Type d'étude	10
2. Recrutement des participants	10
3. Recueil des données	11
4. Analyse des données.....	12
RÉSULTATS	13
1. Déroulement des focus group	13
2. Description des participants	13
3. Principaux résultats	14
3.1. La définition des soins non programmés par les internes	14
3.2. La place des médecins généralistes dans l'organisation des SNP	16
3.2.1. Le médecin généraliste et la demande de SNP.....	16
3.2.2. La place du médecin généraliste dans la régulation au cabinet.....	17
3.2.3. Organisation de l'agenda et impact sur l'exercice libéral.....	19
3.3. La place du secrétariat dans le cabinet de médecine générale.....	20
3.3.1. Le secrétariat et l'organisation du cabinet.....	20
3.3.2. La régulation par le secrétariat	21
3.3.3. Les compétences du secrétariat	22
3.4. La place de l'interne, acteur de sa formation	23
3.5. Aides extérieures pour la prise en charge des SNP.....	25
3.6. La relation médecin patient dans le cadre des SNP	29
DISCUSSION	31
1. Forces et faiblesses de l'étude.....	31
1.1. Forces de l'étude	31
1.2. Faiblesses de l'étude	32
2. Discussion des résultats	33
2.1. La représentation du soin non programmé pour les internes de phase sociale	33
2.2. Répondre à la demande des soins non programmés.....	34
2.2.1. Au cabinet	34
2.2.2. Avec le secrétariat.....	36
2.2.3. Dans le système de soin	36

2.3. Place de la régulation du point de vue des IMG	38
2.4. La modification du paradigme de la santé	39
CONCLUSION	41
LISTE DES FIGURES	46
LISTE DES TABLEAUX.....	47
TABLE DES MATIERES	48
ANNEXES.....	I
La permanence des soins ambulatoires	I
Marguerite de compétences.....	II
Les 11 grandes familles de situations cliniques	III
Fiche d'Evaluation des Niveaux de Compétences de l'Interne en Stage.....	V
Guide d'entretien première version	XI
Guide d'entretien seconde version	XIII

ANNEXES

[ANNEXE I]

La permanence des soins ambulatoires

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) désigne le dispositif sanitaire permettant aux citoyens de recourir à un praticien en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux ou centres de santé. Elle revêt le caractère d'un service public assuré sur la base du volontariat par des médecins libéraux de premiers recours.

Avant 2003 la PDSA ne bénéficiait pas d'un cadre juridique précis et était très hétérogène sur le territoire. C'est l'époque des médecins joignables vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. Cette organisation a atteint ses limites devant l'augmentation de la demande de soins, le déclin démographique médical et le changement du mode d'exercice.

L'événement marquant de la restructuration de la PDSA est la grève des médecins généralistes en novembre 2001. Suite à cette grève de nombreux rapports et débats ont permis d'élaborer des lois qui ont profondément bouleversé l'organisation de la PDSA. Le décret 2003-880 du 15 septembre 2003 [7] faisant suite au rapport Descours [8] est le premier texte officiel instaurant les modalités de la nouvelle PDSA. Il fixe les horaires, de 20h à 8h les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés de 8h à 8h le lendemain par des médecins de garde. L'organisation est alors départementale et l'accès au médecin de permanence se fait pour la première fois par l'intermédiaire du SAMU. Cette organisation repose en grande partie sur la participation des médecins libéraux à la régulation spécifique des demandes de soins aux horaires de la PDSA.

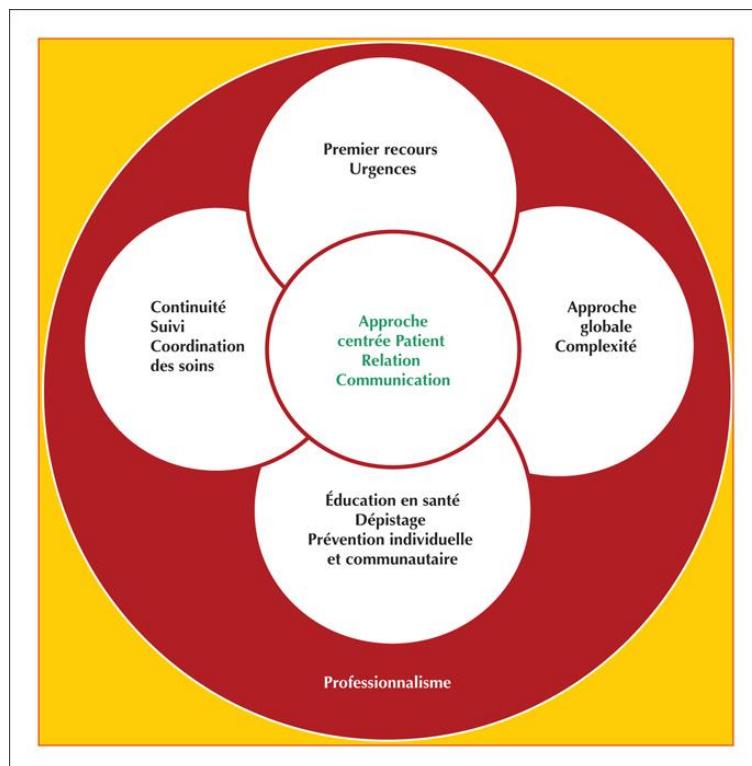
La loi HPST voit le jour le 21 juillet 2009, s'appuyant sur plusieurs rapports et concertations notamment le rapport Grall [9] et Boennec [10]. La loi HPST « hôpital, patients, santé,

territoire » [11] a pour objectif de garantir aux citoyens une égalité d'accès aux soins, en améliorant la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Elle confie aux Associations Régionales de Santé (ARS) la restructuration régionale de la PDSA.

Actuellement la PDSA tend à s'homogénéiser sur le territoire. Les appels pour les demandes de soins non programmés sont gérés par le Samu-centre 15 qui travaille en étroite collaboration avec les services d'urgences et les médecins libéraux de garde. En avril 2017, un numéro national, le 116 117, est expérimenté dans 3 régions (Pays de Loire, Normandie et la Corse) afin de réguler les demandes lors de la PDSA et d'obtenir le médecin de garde. [12] ; [13]

[ANNEXE II]

Marguerite de compétences



[ANNEXE III]

Les 11 grandes familles de situations cliniques

Les 11 grandes familles de situations cliniques

1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente. L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de patients atteints de pathologies chroniques organiques et psychologiques de toute nature, à tous les âges de la vie ;
- des situations de patients asymptomatiques qui présentent des facteurs de risque dont le contrôle a montré son efficacité sur la probabilité de survenue d'événements morbides à court, moyen et long terme ;
- des situations de maintien à domicile de patients souffrant de déficiences motrices, sensitives, cognitives entraînant une perte d'autonomie (problèmes locomoteurs, neurologiques, sensoriels) ;
- des situations de patients souffrant de problèmes d'addiction, de dépendance et de mésusage de substances psycho actives ;
- des situations de patients présentant des pathologies chroniques très graves, de patients en soins palliatifs et de patients en fin de vie ;
- des situations de patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques ou récurrentes prévalentes (dépression, anxiété généralisée, troubles bipolaires, psychoses) ;
- des situations de patients présentant des douleurs chroniques ou récurrentes.

2. Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/fréquents/exemplaires

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente et d'urgence. L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de patients présentant des plaintes médicalement inexplicées/plaintes d'origine fonctionnelle/plaintes somatiques inexplicées.

Caractéristiques de ces situations : le patient présente de nombreux symptômes physiques sans explication nette ; il est inquiet au sujet d'une maladie physique. Des symptômes associés d'anxiété et/ou de dépression sont courants. L'exploration médicale et les examens complémentaires sont souvent inutiles et fréquemment négatifs ;

- des situations de patients qui présentent des troubles somatiques, en particulier les pathologies prévalentes de toutes natures, à tous les âges de la vie.

3. Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente et d'urgence.

Caractéristique de ces situations : les présentations des situations urgentes ne sont pas univoques. Il peut s'agir d'urgences « vraies » ou « ressenties », d'urgences où le risque vital est évident ou au contraire où

ce risque n'est pas évident à première vue, nécessitant une analyse globale de la situation clinique. Il existe aussi des urgences psychiatriques et des urgences médicosociales pour lesquelles la démarche décisionnelle est par nature différente.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature somatique médicaux : défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions ;
- des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature chirurgicale ;
- des situations de patients qui présentent des plaintes du domaine des urgences ressenties ;
- des situations de patients présentant des crises aiguës de nature psychiatrique ou psychique/ou relationnelle (patient très agressif) ;

Caractéristiques de ces situations : situations dans lesquelles la relation thérapeutique peut être perturbée par la symptomatologie psychique. Le MG peut intervenir sans l'accord du patient. La demande de soins peut venir de l'entourage ou de la société. Le MG peut courir un danger personnel, et le patient peut courir un risque vital. Le MG risque de s'impliquer hors de son rôle habituel de médecin ;

- des situations de patients présentant des problèmes médico-sociaux aigus nécessitant une réponse rapide.

4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de pédiatrie et d'urgence. L'interne devra avoir été mis en situation de gérer

- des situations concernant les nourrissons et les enfants dans les consultations systématiques de surveillance
- des situations de parents inquiets des plaintes et symptômes de leur nourrisson ;
- des situations concernant des adolescents sur le plan somatique et psychique, préventif, éducatif et relationnel.

5. Situations autour de la sexualité et de la gynécologie

Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, dans les stages ambulatoires femme/enfant et dans les stages hospitaliers de gynécologie. L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

- des situations de prescription, suivi, information et éducation pour toutes les formes de contraception en situation commune, à risque, et en situation d'urgence ; en abordant la sexualité en fonction du contexte
- des situations autour d'un projet de grossesse, suivre une grossesse normale dans toutes ses dimensions, de repérer et orienter les grossesses à risque quel qu'en soit le terme ;
- des situations concernant des femmes en périmenopause puis en ménopause, analyser avec la patiente les risques et bénéfices des traitements ; d'aborder la sexualité dans ce contexte ;
- des situations de demandes d'IVG dans le cadre réglementaire ;
- des situations de demande programmée ou non d'une femme présentant une plainte indifférenciée dont l'origine gynécologique est probable ;
- des situations de dépistage des cancers mammaires et génitaux en fonction des niveaux de risque de la femme

6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : le médecin généraliste, médecin de plusieurs membres de la famille en situation de conflit peut se trouver dans une situation déontologique délicate.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations où la dynamique familiale est perturbée ;
- des situations de conflits intrafamiliaux aigus ou pérennes ;
- des situations de violences et d'abus intrafamiliaux actuels ou anciens

7. Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : ces situations entraînent très souvent des conflits ouverts ou larvés avec les employeurs. Dans l'intérêt du patient, la collaboration avec le médecin du travail, lorsqu'elle est possible, doit se faire en respectant le secret professionnel.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations de patients présentant des troubles physiques et/ou psychiques liés directement ou indirectement au travail ;
- des situations de patients présentant des problèmes de reconnaissance de pathologies liées au travail (accident de travail, harcèlement et maladie professionnelle) ;
- des situations de patients posant des problèmes d'aptitude ou de reprise de travail ou d'aptitude à leur poste.

8. Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/ médico-légaux sont au premier plan

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires. Caractéristiques de ces situations : la demande initiale peut émaner du patient ou d'une institution. Il peut exister une obligation éventuelle de signalement. L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations dans lesquelles le secret médical peut être questionné ;
- des situations de demande de certificats ou de documents médico-légaux ou assurantielles ;
- des situations de désaccord profond ou de conflit entre les soignants ;
- des situations où la sécurité du patient n'est pas respectée ;
- des situations d'erreurs médicales, en connaissant les différents temps successifs d'une démarche permettant une culture positive de l'erreur.

9. Situations avec des patients difficiles/ exigeants

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : devant des patients agressifs ou des patients qui mettent le médecin constamment en échec, le risque de rejet ou de banalisation des plaintes est fréquent et le risque d'erreur toujours possible.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations de patients ou de familles affichant un mode relationnel agressif ;
- des situations de patients ou de familles dont les demandes sont abusives ou irrecevables d'un point de vue médical, réglementaire, éthique, juridique ou déontologique ;
- des situations de patients ou de familles pour lesquels toutes les tentatives d'intervention, de quelques natures qu'elles soient, se soldent par des échecs.

10. Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires.

Caractéristiques de ces situations : elles posent le problème de la limite du champ médical et du champ social. Dans le modèle biopsychosocial, ces situations sont au moins en partie dans le champ de la médecine. Elles nécessitent une collaboration avec des travailleurs sociaux.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations dans lesquelles les problèmes sociaux entraînent des inégalités de santé ;
- des situations de patients en précarité ;
- des situations de rupture professionnelle et ou familiale avec risque de désocialisation.

11. Situations avec des patients d'une autre culture

Ces situations peuvent se rencontrer dans tous les stages, mais essentiellement dans les stages ambulatoires. Caractéristiques de ces situations : dans ces situations, le risque d'incompréhension est majeur (incompréhension liée à la langue mais aussi à des représentations auxquelles le IVIG n'a pas accès facilement). Des problèmes psychosociaux peuvent aggraver ces situations.

L'interne devra être mis en situation de gérer :

- des situations de patients migrants en situation irrégulière/précaire ;
- des situations de patients migrants voyageurs (qui retournent régulièrement dans leur pays d'origine) ;
- des situations de patients et familles d'une autre culture qui sont installés durablement en France.

[ANNEXE IV]

Fiche d'Evaluation des Niveaux de Compétences de l'Interne en Stage



EXEMPLAIRE A REMETTRE A LA SCOLARITE
DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE - ANGERS
PHASE SOCLE



FICHE D'ÉVALUATION DES NIVEAUX DE COMPETENCES DE L'INTERNE EN STAGE (FENCIS)

<i>Nom et Prénom de l'interne</i>	
<i>Semestre d'internat (à entourer)</i>	1 ou 2
<i>Période (à compléter)</i>	<i>Novembre 201.... à Avril 201.... ou Mai 201.... à Octobre 201....</i>

STAGE HOSPITALIER <u>AUX URGENCES</u> Etablissement : Nom et Prénom du Chef de Service :	STAGE AMBULATOIRE <u>MG NIVEAU 1</u> Nom et Prénom du Maître de stage ambulatoire responsable : Nom et Prénom du Maître de stage hospitalier : Autres maîtres de stage (Nom et Prénom) :
---	--

Avis du chef de service ou des 2 ou 3 maîtres de stage universitaires :

Durée du stage : entre 6 et 4 mois moins de 4 mois
Absences injustifiées : oui non
Proposition de validation oui avis réservé proposition de non validation

Signature(s) et cachet(s) du(des) Maître(s) de stage ou MSU :

Commentaires : par le chef de service/ MSU :

Conseils pédagogiques pour la suite par le chef de service /MSU :

Validation institutionnelle

Stage validé : oui non
Participation aux 2 rencontres de tutorat : oui non
Participation à au moins un cours de module A : oui non
Réalisation du stage de prise en compte de la souffrance psychique : oui non



EXEMPLAIRE A REMETTRE A LA SCOLARITE
DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE - ANGERS



■ UFR SANTÉ

ÉVALUER LES COMPÉTENCES DE L'INTERNE

Nom et Prénom de l'interne						
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--

	Sans objet pour ce stage	Évaluation 1 (mi- stage)			Évaluation 2 (fin stage)		
		Novice	Intermédiaire	Compétent	Novice	Intermédiaire	Compétent
Premier recours, urgences							
Présente des aptitudes diagnostiques							
Présente des aptitudes thérapeutiques							
Présente des aptitudes à gérer l'urgence/les soins non programmés							
Est capable d'exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en MG (voir liste du DMG)							
Approche globale, prise en compte de la complexité							
Prend en compte la globalité du patient (données biomédicales, psychologiques, sociales, administratives, etc.)							
Est capable de synthétiser les données recueillies							
Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire							
Propose des actions de prévention et y participe							
S'implique dans le projet de soin du patient (en particulier l'éducation thérapeutique)							
Participe aux actions de santé publique qui impliquent son unité de stage							
Continuité, suivi et coordination des soins							
Participe à l'organisation du suivi du patient							
Vérifie que la transmission est faite entre les différents intervenants							
S'implique dans la tenue et le suivi des dossiers							
Relation, communication, approche centrée patient							
S'implique dans la relation ^{et/ou} la communication centrée sur l'intérêt du patient dans le respect du secret médical							
... avec le patient							
... avec la famille							
... avec l'équipe de soins							
... avec les professionnels extérieurs au lieu de stage							
Est capable d'expliquer une décision, une prescription							
Est capable d'annoncer une nouvelle grave							
Professionalisme							
Comportement (ponctualité, assiduité, présentation, hygiène, propreté,)							
Investissement (motivation, curiosité intellectuelle)							
Autonomie / Prise de responsabilité							
Respect, comportement éthique							

Commentaire de l'interne sur son évaluation :

--

Signature de l'interne :



Critères d'évaluation des 3 niveaux : NOV = Novice, INT : Intermédiaire, COMP = Compétent

Premier recours, urgences

- *Présente des aptitudes diagnostiques*

NOV examen clinique souvent imprécis et superficiel, inadapté au problème posé ; connaissances des maladies et de leurs diagnostics limitées, mal organisées, mal utilisées. Ne fait pas le lien entre les données recueillies et la pathologie. Faible capacité diagnostique.

INT examen assez précis, tentant de s'adapter au problème posé ; connaissances des maladies et de leurs diagnostics incomplètes, peu organisées ; analyse correcte des données recueillies et tentative d'établir un lien avec les hypothèses diagnostiques.

COMP examen précis, fiable, orienté en fonction des problèmes du patient, découvre des signes discrets. Connaissances des maladies et de leurs diagnostics approfondies, bien utilisées. Bonne analyse des données recueillies. Capable d'évoquer les hypothèses diagnostiques

- *Présente des aptitudes thérapeutiques*

NOV connaissance limitée des traitements courants ; ne prend pas en compte le rapport bénéfice /risque ; ne prend pas en compte l'inconfort liés aux prescriptions

INT connaissances incomplètes des traitements courants ; prise en compte insuffisante du rapport bénéfice /risque et de l'inconfort liés aux prescriptions

COMP bonne connaissance des traitements courants. Intègre le rapport bénéfice/risque dans sa décision. Réduit l'inconfort du patient.

- *Présente des aptitudes à gérer l'urgence/les soins non programmés*

NOV ne prend pas efficacement en charge les urgences prévalentes. A des difficultés à hiérarchiser ses tâches devant des demandes de soins non programmés.

INT capable de prendre en charge les urgences les moins complexes parmi les urgences prévalentes. Tente de hiérarchiser ses tâches.

COMP capable de prendre en charge les urgences prévalentes de façon adaptée. Hiérarchise ses actions et organise son temps pour répondre aux soins non programmés

- *Est capable d'exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents*

NOV ne pose pas l'indication et ne réalise pas les gestes techniques prévalents avec sécurité

INT pose l'indication et exécute en supervision certains gestes techniques prévalents

COMP pose l'indication et réalise en autonomie et avec sécurité les gestes techniques prévalents

Approche globale, prise en compte de la complexité

- *Prend en compte la globalité du patient (données biomédicales, psychologiques, sociales, administratives, etc.)*

NOV décision ne tenant pas compte de la prévalence ou de la gravité, uniquement basée sur une démarche bioclinique, n'intégrant pas l'avis du patient ni les répercussions de la plainte ou de la maladie sur sa vie et son entourage.

INT décision tentant de prendre en compte la prévalence et la gravité et d'intégrer les données biopsychosociales du patient

COMP décision adaptée à la situation, tenant compte de la prévalence ou de la gravité, basée sur une démarche intégrant les données biopsychosociales du patient et intégrant l'avis du patient et les répercussions de la plainte ou de la maladie sur sa vie et son entourage.



- *Est capable de synthétiser les données recueillies*

NOV présente des observations brouillonnes et non hiérarchisées

INT organise les données de ses observations en tentant de les hiérarchiser

COMP les dossiers présentent des données concises, précises, organisées et hiérarchisées en fonction des problèmes posés

Éducation, dépistage, prévention, santé individuelle et communautaire

- *Propose ou participe à des actions de prévention*

NOV n'intègre pas la prévention ni le dépistage dans les consultations. Se contente de répondre aux problèmes ponctuels même si ceux-ci sont facilement gérables.

INT pense à intégrer des actions de prévention ou de dépistage dans les situations de soins facilement gérables.

COMP intéressé par la promotion de la santé et propose des démarches de prévention et dépistage individuel et /ou organisé validées.

- *S'implique dans le projet de soin du patient (en particulier l'éducation thérapeutique)*

NOV ne s'intéresse pas à l'éducation du patient, informations inexistantes. Ne tient pas compte des représentations, des possibilités ou de l'avis du patient. Les objectifs ne sont ni explicités ni négociés. N'évalue pas les capacités et les apprentissages du patient.

INT donne des informations, tente de prendre en compte les représentations du patient. Propose des objectifs éducatifs sans évaluer les capacités et les apprentissages du patient.

COMP prêt à intégrer l'éducation à partir d'une démarche centrée patient et d'un diagnostic éducatif. Prend en compte les contraintes liées à la maladie et les préférences et possibilités du patient dans son contexte de vie et de travail.

- *Participe aux actions de santé publique qui impliquent son unité de stage*

NOV ne s'implique pas spontanément dans les actions de santé publique ayant lieu dans son lieu de stage

INT participe aux actions de santé publique de son lieu de stage s'il y est invité

COMP s'implique spontanément et personnellement dans les actions de santé publiques ayant lieu dans son lieu de stage

Continuité, suivi et coordination des soins

- *Participe à l'organisation du suivi du patient*

NOV n'est pas attentif à la continuité des soins, reste centré sur le problème ponctuel, ne planifie pas les étapes du suivi. Ne fait pas bénéficier le patient des ressources des autres professionnels de santé

INT pense à poser les étapes du suivi du patient à court terme ; y intègre les principaux intervenants en rapport avec ces étapes.

COMP intègre dans sa décision la continuité des soins et planifie le suivi à court et moyen terme. Fait bénéficier le patient des ressources des autres professionnels de santé chaque fois que nécessaire.

- *Vérifie que la transmission est faite entre les différents intervenants*

NOV a des difficultés à travailler en équipe, difficultés de communication avec les intervenants extérieurs dans l'intérêt du patient

INT communique les éléments qui lui semblent importants aux membres de son équipe

COMP communique avec aisance et s'assure que les données du suivi du patient sont connues de l'ensemble des intervenants dans l'intérêt du patient.



- *S'implique dans la tenue et le suivi des dossiers*

NOV les dossiers ne comportent pas le minimum requis (ATCD, motif de recours, demande réelle, hypothèses diagnostiques, décision prises et projet de soins et de suivi)

INT capable de renseigner les dossiers avec les items requis mais ne sont pas présents dans la majorité des dossiers
COMP la majorité des dossiers comportent le minimum requis de manière intelligible concise et structurée.

Relation, communication, approche centrée patient, secret médical

S'implique dans la relation ^{et/} ou la communication centrée sur l'intérêt du patient dans le respect du secret médical

- *avec le patient*

NOV a des rapports difficiles avec le patient, réalise des entretiens incomplets superficiels, non orientés par les problèmes du patient. Coupe rapidement la parole au patient, ne propose pas de reformulation ou d'aide à l'expression du patient. N'exploré pas l'intégration des plaintes dans la vie du patient.

INT a de bons rapports avec les patients, tente de construire son entretien en fonction des problèmes posés par le patient, commence à structurer cet entretien

COMP a des bons rapports avec le patient. Entretien complet précis fiable, orienté en fonction des problèmes du patient, alterne questions ouvertes et fermées, reformule, respecte les silences, s'autorise à explorer le retentissement des plaintes dans la vie du patient

- *avec la famille*

NOV a des rapports difficiles avec la famille des patients. N'oppose pas le secret médical en cas de maladie lui semblant bénigne. N'intègre pas l'influence de la famille dans sa décision

INT a de bons rapports avec les familles ; communique sur les pathologies du patient en opposant le secret médical si cela lui semble nécessaire.

COMP communique avec aisance avec les proches du patient en respectant le secret médical quelque soit la gravité de la pathologie. Intègre les influences possibles des proches dans la décision.

- *avec l'équipe de soins*

NOV a des relations difficiles avec les membres de son équipe, manque de politesse et de respect.

INT s'intègre avec politesse dans l'équipe de soins.

COMP communique avec aisance avec les membres de l'équipe de soin dans le respect de l'expertise de chacun

- *avec les professionnels extérieurs au lieu de stage*

NOV n'adapte pas le media ni la méthode de communication en fonction du professionnel. Ne tient pas compte du secret médical

INT communique facilement avec les autres professionnels mais n'arrive pas à apprécier les limites du secret médical

COMP communique efficacement avec les professionnels extérieurs au lieu de stage, dans l'intérêt du patient et dans le respect du secret médical.

- *Est capable d'expliquer une décision, une prescription*

NOV utilise un langage trop médical et ne rend pas intelligible ses décisions au patient, ne tient pas compte de son avis

INT tente de mettre son vocabulaire à la portée du patient, évite le jargon médical

COMP utilise un langage clair et adapté au patient, vérifie la bonne compréhension du patient et intègre son avis



- *Est capable d'annoncer une nouvelle grave*

NOV ne fait pas preuve d'empathie ni d'écoute attentive ; peut être brutal dans son annonce, ne prend pas en compte les signes non verbaux du patient

INT prend du temps pour faire son annonce et tente de rester empathique face à la mobilisation de ses propres émotions

COMP attentif aux signes non verbaux tout en restant empathique, permet au patient d'avancer à son rythme dans l'acceptation de la nouvelle grave dont il est l'objet.

Professionalisme

- *Comportement (ponctualité, assiduité, présentation, hygiène, propreté,)*

NOV manque de ponctualité et d'assiduité. Ne prend pas les mesures d'hygiène et de propreté conseillées dans la pratique quotidienne.

INT le plus souvent assidu et ponctuel ; mesures d'hygiène et de propreté respectées la plupart du temps

COMP Ponctuel et assidu, met en place les mesures d'hygiène et de propreté conseillées dans la pratique quotidienne.

- *Investissement (motivation, curiosité intellectuelle)*

NOV insuffisamment motivé dans l'acquisition des connaissances. Faible capacité de lecture critique des données.

INT intéressé par l'acquisition des connaissances sans pour autant mettre en œuvre des stratégies de recherche adéquates.

COMP motivé pour apprendre ; conduit en autonomie des recherches d'informations validées et actualisées en adéquation avec ses besoins de formation. Appuie ses lectures sur une analyse critique bien maîtrisée.

- *Autonomie / Prise de responsabilité*

NOV ne se pose pas de question sur sa pratique, en difficulté pour s'autoévaluer, manque de réflexivité. Ne se rend pas compte de ses limites, en termes de connaissance et compétences, en difficulté pour prendre une décision en situation complexe

INT capable de se poser des questions sur sa pratique, prend conscience de certaines de ses limites.

COMP Réflexif, se pose des questions avant pendant et après l'action, bonne capacité d'autoévaluation. Connait ses limites en termes de connaissance et compétences et est capable de prendre des décisions en situation complexe.

- *Respect, comportement éthique*

NOV manque de respect du patient, de compassion et d'empathie, n'est pas préoccupé par une posture éthique (justice, bienfaisance, non malfaillance et autonomie du patient)

INT intègre, dans sa pratique, le respect et l'éthique dans la majorité des situations

COMP Honnête et respectueux des patients, capable de compassion et d'empathie, préoccupé par une posture éthique (justice, bienfaisance, non malfaillance et autonomie du patient)

[ANNEXE V]

Guide d'entretien première version

Guide d'entretien pour Focus group.

Organisation et place des soins non programmés en médecine générale.

1. Phase d'introduction : premier temps en off (sans enregistrement) :

- Remerciements aux participants.
- Présentation des participants et des chercheurs (qui est qui et qui fait quoi).
- Présentation de l'objet de la recherche : « *L'objectif de nos échanges est de recueillir vos avis sur la gestion des soins non programmés en cabinet de médecine générale par focus group.* »
- Présentation de ce qu'est un focus group et de son déroulement avec ses principes :

« *Le focus group est une technique d'entretien de groupe qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé.*

Il n'y a pas de bon ou mauvais avis, il n'y a pas de jugement de valeur : vous êtes invités à dire tout ce que vous pensez et à réagir les uns avec les autres. Pas de censure, tout ce qui est dit est par principe intéressant, toutes les opinions sont légitimes et respectées, chacun écoute les autres, chacun parle à son tour.

La discussion sera enregistrée, mais les données retranscrites seront anonymisées ainsi que votre prénom (pas de reconnaissance possible) après votre accord écrit.

La transcription écrite de l'entretien (le verbatim) vous sera communiquée pour validation.

Vous pouvez quitter le focus group à tout moment sans vous justifier et sans retranscription de vos avis sur le sujet. »

Objectifs de cette première séquence en off :

- Faire connaissance
- Informer et obtenir l'accord écrit des participants
- Rassurer sur la convivialité et le respect des propos de chacun

2. Phase de discussion proprement dite (avec enregistrement) : durée 1h.

- A. En cabinet de médecine générale, lorsqu'un patient fait une demande de soin non programmé comment cela se passe-t-il pour lui ?

Plus précisément, quand vous le voyez en consultation qu'elles ont été les étapes jusqu'à son arrivée ?

Comment cela se passe pour vous ? Et pour le médecin titulaire ?

Qu'est-ce qui vous a paru difficile ou facilitateur dans l'organisation de ce rendez-vous de soin non programmé ?

(Pour l'animateur : se focaliser sur le parcours du patient et le rôle de l'interne dans l'organisation)

- B. Au vu de votre expérience dans les cabinets, comment définiriez-vous les SNP ?

Question de relance : Soins non programmés et programmés quelles différences pour vous ?

- C. En tant qu'interne, comment voyez-vous l'organisation d'un cabinet face aux demandes de soins non programmés ?

Comment les cabinets sont organisés pour répondre à cette demande ?

Comment concilier soins non programmés et programmés ?

Quand vous serez installés, comment imaginez-vous votre organisation ?

- D. Selon vous, quelle place prennent les soins non programmés dans l'activité d'un médecin généraliste installé ?

Que pensez-vous de la place des SNP dans un cabinet de médecin généraliste ?

Quelles conclusions en tirez-vous pour votre pratique future ?

- E. Comment imaginez-vous être formés sur cette question ?

Quels sont vos besoins de formation pour la gestion des SNP en cabinet de médecin généraliste ?

[ANNEXE VI]

Guide d'entretien seconde version

2. Phase de discussion proprement dite (avec enregistrement) : durée 1h

F. Au vu de votre expérience dans les cabinets, comment définiriez-vous les SNP ?

Question de relance : Soins non programmés et programmés quelles différences pour vous ?

G. Selon vous, quelle place prennent les soins non programmés dans l'activité d'un médecin généraliste installé ?

H. En cabinet de médecine générale, lorsqu'un patient fait une demande de soin non programmé comment cela se passe-t-il pour lui ?

Plus précisément, quand vous le voyez en consultation qu'elles ont été les étapes jusqu'à son arrivée ?

I. Comment les cabinets sont organisés pour répondre à cette demande ?

Qu'est-ce qui vous a paru difficile ou facilitateur dans l'organisation de ce rendez-vous de soin non programmé ?

(Pour l'animateur : se focaliser sur le parcours du patient et le rôle de l'interne dans l'organisation)

J. Que pensez-vous de la place des SNP dans un cabinet de médecine générale ?

K. En tant qu'interne, comment voyez-vous l'organisation d'un cabinet face aux demandes de soins non programmés ?

L. Comment concilier soins non programmés et programmés ?

M. Quand vous serez installés, comment imaginez-vous votre organisation ?

N. Comment imaginez-vous être formés sur cette question ?

Quels sont vos besoins de formation pour la gestion des SNP en cabinet de médecin généraliste ?

O. Quelles conclusions en tirez-vous pour votre pratique future ?

LE ROUX Christophe

Organisation et place des soins non programmés en médecine générale. Etude qualitative auprès des internes de médecine générale de phase socle

RÉSUMÉ

Introduction : En France, chaque année la demande de soins non programmés (SNP) ne cesse d'augmenter alors qu'il existe une décroissance de l'offre de soins ambulatoires. La régulation de ces SNP devient un enjeu en cabinet de médecine générale. La formation des internes de médecine générale pour la gestion et la régulation des SNP devient primordiale. L'objectif principal de l'étude était d'explorer les représentations et connaissances des internes de phase socle concernant l'organisation de la prise en charge des SNP en médecine générale. Les objectifs secondaires étaient de repérer la place de la régulation dans cette organisation et d'explorer les attentes des internes sur leur formation.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative par focus groups d'internes de médecine générale de phase socle de 3 départements différents. Le guide d'entretien a été élaboré à partir des présupposés de recherche et de la littérature existante sur le sujet. Une retranscription puis anonymisation des données ont été réalisées pour permettre une analyse des éléments sémantiques pertinents puis analyse thématique.

Résultats : Il ressort des 3 focus groups que les internes de phase socle avaient une bonne représentation des SNP, tant sur leur définition, que plus concrètement sur l'organisation au sein du cabinet, notamment sur le temps dédié pour les gérer. L'organisation du système de soin pour les SNP n'était pas encore bien acquise en raison de sa complexité. Cependant, des aides à la prise en charge des SNP comme les SAS ou l'éducation du patient étaient envisagées pour améliorer l'efficacité du système de soin. Les internes se sentaient peu impliqués dans le processus de régulation mais percevaient son intérêt dans l'organisation de la prise en charge des SNP. Ils exprimaient une nécessité de formation à la régulation par la simulation ou la mise en situation concrète avec retour d'expérience.

Conclusion : les représentations des internes de médecine générale de phase socle concernant les SNP permettent de développer des axes de formation vers la régulation et l'organisation du système de soin à une échelle locale.

Mots-clés : Soins urgents non programmés, internes, médecine générale, offre de soins, focus groups.

Organization and place of unscheduled care in general medicine. Qualitative study with basic phase general medicine interns

ABSTRACT

Introduction: In France, each year the demand for non-scheduled care continues to increase while there is a decrease in the supply of ambulatory care. The regulation of these non-scheduled care becomes an issue in general practice. The training of general medicine interns for the management and regulation of non-scheduled care is becoming essential. The main objective of the study was to explore the representations and knowledge of basic phase interns concerning the organization of the management of non-scheduled care in general medicine. The secondary objectives were to identify the place of regulation in this organization and to explore the expectations of interns on their training.

Methods: This was a qualitative study by focus groups of basic phase general medicine interns from 3 different departments. The interview guide was developed based on research assumptions and existing literature on the subject. A transcription then anonymization of the data was carried out to allow an analysis of the relevant semantic elements then thematic analysis.

Results: It appears from the 3 focus groups that the basic phase interns had a good representation of the non-scheduled care, both in terms of their definition and more concretely on the organization within the firm, on the time dedicated to managing them. The organization of the care system for non-scheduled care was not yet well acquired due to its complexity. However, aids to the management of non-scheduled care such as SAS or patient education were envisaged to improve the efficiency of the healthcare system. The interns felt little involved in the regulation process but perceived its interest in the organization of the management of non-scheduled care. They expressed a need for training in regulation through simulation or concrete situations with feedback.

Conclusion: the representations of basic phase general medicine interns concerning the non-scheduled care make it possible to develop training axes towards the regulation and organization of the care system at a local scale.

Keywords : non-scheduled care, interns, general medicine, care offer, focus groups.