



HAL
open science

Représentations des soins non programmés par les médecins généralistes en île de France

Karim Harani, Frederic Chevallier

► To cite this version:

Karim Harani, Frederic Chevallier. Représentations des soins non programmés par les médecins généralistes en île de France. Médecine humaine et pathologie. Paris 13, 2024. Français. ⟨NNT : ⟩. ⟨tel-05096128⟩

HAL Id: tel-05096128

<https://hal.science/tel-05096128v1>

Submitted on 3 Jun 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BOBIGNY

Année 2024

Thèse n° :

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

Abdelkarim Harani

Né le 29 septembre 1994 à Épinay-Sur-Seine

Présentée et soutenue publiquement le 13 novembre 2024

Représentations des soins non programmés par les médecins généralistes en île de France

Président de Thèse : Professeur Christophe Poncelet

Directeur de Thèse : Docteur Frédéric Chevalier

Membre du jury : Docteur Virginie Osman

Docteur Essam Abdel Aziz

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :

Celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers toutes les personnes qui ont contribué à l'aboutissement de cette thèse.

Tout d'abord, je souhaite remercier mes parents pour leur soutien indéfectible tout au long de mon parcours universitaire. Leur encouragement et leur amour m'ont permis de surmonter les défis qui se sont présentés à moi.

À mes frères et sœurs, merci pour votre présence constante et vos encouragements qui m'ont toujours motivé à donner le meilleur de moi-même.

Un remerciement tout particulier à ma femme, Sabrina, dont la patience et le soutien inconditionnel ont été précieux pendant ces années d'études. Tu as été mon pilier, et je suis reconnaissant de partager ma vie avec toi.

À ma fille, Melia, merci d'être une source de joie et d'inspiration. Ton sourire m'a souvent apporté le réconfort nécessaire pour avancer dans ce projet.

Je tiens également à exprimer ma gratitude envers mon directeur de thèse, le Dr Frédéric Chevalier, dont les conseils avisés et l'expertise ont été essentiels dans le développement de ma recherche. Ta confiance en mes capacités m'a permis de grandir en tant que chercheur.

Je remercie également le Pr Christophe Poncelet pour l'honneur qu'il me fait d'être présent lors de ma soutenance.

Je remercie ma tutrice le Dr Virginie Osman qui m'a accompagné tout au long de mon internat et qui me fait l'honneur de faire partie du jury.

Je tiens également à remercier Mme Camila Giorgetti et Chaneze Moudoub avec qui nous avons retranscrits et beaucoup échangé sur les entretiens nécessaires à cette thèse.

Enfin, je n'oublie pas mes camarades et amis, qui ont partagé avec moi cette aventure. Merci pour les discussions enrichissantes, les moments de détente et votre camaraderie. Vous avez été une source d'encouragement et d'entraide précieuse.

Je tiens également à remercier GIRCI IdF qui a soutenu ce travail en finançant ce projet de recherche. En effet, ce travail a été financé par un appel à projet du Girci IdF.

À tous, je vous dédie ce travail, qui est le fruit de nos efforts collectifs.

ABRÉVIATIONS

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSNP : Centre de Soins Non Programmés

MMG : Maison Médicale de Garde

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAS : Service d'Accès aux Soins

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SNP : Soins Non Programmés

Table des matières

INTRODUCTION	6
I. Contexte.....	6
II. Introduction	14
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	15
RÉSULTATS.....	17
DISCUSSION.....	28
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEXES.....	36
III. Annexe 1 : Liste des tableaux et figures	36
IV. Annexe 2 : grille COREQ	37
V. Annexe 3 : Entretiens.....	37
VI. Annexe 4 : Arbre de codage	38
VI. Annexe 5 : Matrice SWOT	39
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	40
RÉSUMÉ.....	41
ABSTRACT.....	42

INTRODUCTION

I. Contexte

1. Cadre des SNP

Les soins non programmés (SNP) représentent une catégorie de demandes médicales spontanées et urgentes qui nécessitent une intervention immédiate. Ils englobent un éventail de situations médicales imprévues, allant des urgences médicales graves aux problèmes de santé mineurs qui ne peuvent être anticipés. Ces soins posent des défis particuliers aux médecins généralistes qui, en tant que premiers intervenants, doivent ajuster leurs pratiques pour répondre aux besoins des patients dans des délais restreints (1).

Dans notre contexte mondial, la gestion des SNP se révèle être un enjeu important pour les systèmes de santé. L'évolution des modes de vie, les changements démographiques et les demandes croissantes en matière de soins médicaux d'urgence soulignent l'importance de comprendre comment les professionnels de la santé abordent ces situations complexes (2). Alors que différentes régions du monde font face à des défis liés à la prise en charge des SNP, une compréhension de cette dynamique permet d'élaborer des stratégies adaptées pour améliorer les pratiques médicales (3).

La France, avec son système de santé reconnu, se distingue par une approche où la médecine générale joue un rôle central dans la gestion des SNP (4). Le concept de médecine générale englobe une vision holistique de la santé, favorisant la continuité des soins et un premier niveau de contact avec les patients. Dans un tel contexte, les SNP englobent un ensemble de demandes médicales qui ne peuvent être anticipées. Le médecin généraliste, en tant que pivot du système de soins primaires, est souvent le premier professionnel de santé sollicité pour ces situations d'urgence. L'accès direct aux médecins généralistes pour des SNP est une caractéristique centrale du système de santé français, favorisant une réponse rapide et personnalisée aux besoins des patients (5).

2. Importance des soins non programmés

En médecine générale, les SNP jouent un rôle car ils permettent de répondre aux besoins immédiats des patients, qu'il s'agisse de symptômes aigus ou de complications de pathologies chroniques.

Ces soins sont souvent le premier point de contact des patients avec le système de santé, ce qui en fait une porte d'entrée pour l'évaluation précoce, le diagnostic et la gestion des problèmes de santé. En outre, les SNP offrent aux médecins généralistes l'opportunité de développer une relation de confiance avec leurs patients en répondant à leurs besoins urgents de manière efficace et empathique. Par conséquent, l'importance des SNP en médecine générale réside dans leur capacité à assurer un accès rapide aux soins, à améliorer la satisfaction des patients, à renforcer le lien médecin-patient et à contribuer à la gestion globale des soins de santé primaires.

3. Enjeux spécifiques en Île-de-France

L'Île-de-France est un territoire caractérisé par une population dense et une vie socio-économique complexe. Cette concentration démographique engendre une pression accrue sur les services de santé, notamment en médecine générale, où les demandes de SNP sont fréquentes et diversifiées. La prise en charge des SNP nécessite des stratégies spécifiques et une collaboration étroite entre les professionnels de santé, les autorités sanitaires et les structures communautaires.

L'organisation des SNP en France est structurée autour des services d'urgence, des gardes médicales et des médecins généralistes de ville (6). Les services d'urgence hospitaliers interviennent pour les situations médicales graves, tandis que les maisons médicales de gardes permettent aux médecins généralistes de participer à la prise en charge des SNP en dehors des heures de consultation habituelles. Cette organisation vise à garantir une accessibilité constante aux soins, conformément aux principes fondamentaux du système de santé français (7).

Les représentations, façonnées par des facteurs tels que l'expérience clinique, les contraintes organisationnelles et les perceptions des patients, peuvent influencer de manière significative la manière dont les professionnels de la santé abordent ces situations d'urgence (8). C'est dans ce contexte que cette thèse s'inscrit, cherchant à approfondir notre compréhension des perceptions des médecins généralistes en Île-de-France sur les SNP.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. DÉFINITION DES SOINS NON PROGRAMMÉS

Les SNP font référence à des services de santé requis de manière spontanée ou imprévue. Ces services sont souvent sollicités en raison de l'apparition soudaine de symptômes médicaux, d'une aggravation de l'état de santé ou de situations nécessitant une intervention médicale immédiate (9). Ces soins peuvent être dispensés dans une variété de contextes, y compris les services d'urgence des hôpitaux, les cabinets de médecine générale, les centres de santé ou même par le biais de services de téléconsultation. Les patients recherchent généralement ces soins pour des problèmes de santé aigus tels que des traumatismes physiques, des douleurs soudaines, des maladies infectieuses ou des exacerbations de maladies chroniques (10).

La définition des SNP constitue un élément fondamental pour établir le cadre conceptuel de cette recherche. Les SNP se caractérisent par leur nature spontanée et urgente, englobant un ensemble diversifié de demandes médicales qui requièrent une intervention immédiate. Cette catégorie inclut des situations allant des urgences médicales graves, telles que les crises cardiaques ou les traumatismes graves, aux problèmes de santé mineurs qui, bien que moins critiques, nécessitent une prise en charge rapide.

La littérature médicale reconnaît l'importance des SNP en tant que composante incontournable des soins de santé primaires. Les médecins généralistes, en tant que premiers intervenants, jouent un rôle central dans la gestion de ces situations d'urgence. La définition des SNP s'étend au-delà de la simple spontanéité des demandes, englobant également la variété des affections et des degrés de gravité. Ainsi, les SNP sont souvent associés à la notion de réactivité, soulignant la nécessité d'une réponse rapide pour assurer une prise en charge adéquate des patients.

2. TYPOLOGIE DES SOINS NON PROGRAMMÉS

Les SNP peuvent être classés en plusieurs catégories en fonction de différents critères tels que la gravité des symptômes, le lieu de prestation des soins et le niveau de spécialisation nécessaire (11). Ainsi nous avons :

- a. Urgences médicales aiguës : Ces situations impliquent des symptômes graves et potentiellement mortels nécessitant une intervention médicale immédiate. Elles comprennent des conditions telles que les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les traumatismes graves, les crises d'asthme aiguës, etc.
- b. Urgences médicales non aiguës : Il s'agit de situations médicales nécessitant une évaluation et une prise en charge médicale dans un délai relativement court, mais qui ne sont pas immédiatement mortelles. Cela peut inclure des infections mineures, des douleurs abdominales inexplicables, des symptômes neurologiques subaigus, etc.
- c. Soins urgents non médicaux : Ces soins peuvent être nécessaires pour des problèmes qui ne sont pas strictement médicaux, mais qui nécessitent une intervention rapide, tels que des problèmes sociaux, psychologiques ou administratifs. Cela peut inclure des situations de violence domestique, de crise psychiatrique, de gestion de la douleur, etc.
- d. Soins non programmés primaires : Ces soins sont généralement dispensés par des prestataires de soins primaires tels que les médecins généralistes, les infirmières praticiennes et les pharmaciens. Ils visent à répondre à des problèmes de santé aigus qui ne nécessitent pas une évaluation en urgence, mais qui ne peuvent pas attendre une consultation planifiée.
- e. Soins non programmés spécialisés : Ces soins sont dispensés par des spécialistes dans des domaines particuliers de la médecine, tels que la cardiologie, la neurologie, la pédiatrie, etc. Ils sont nécessaires lorsque les symptômes du patient nécessitent une expertise spécifique pour le diagnostic et la gestion.

3. ÉTAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMÉS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

La médecine générale occupe une position centrale et primordiale dans le système de santé en ce qui concerne la prise en charge des SNP. En tant que premier point de contact pour de nombreux patients, les cabinets de médecine générale sont souvent leur premier recours lorsqu'ils sont confrontés à des symptômes aigus ou des situations de santé imprévues. Cette importance découle de plusieurs facteurs importants à prendre en compte.

D'abord, les cabinets de médecine générale sont souvent situés à proximité des communautés locales, ce qui les rend facilement accessibles aux patients. Cette proximité géographique est cruciale pour les patients qui ont besoin de soins rapides, en particulier en cas d'urgence médicale (12). Du fait de cette proximité, de nombreux patients ont établi des relations de confiance avec leur médecin généraliste au fil du temps. Cette familiarité facilite la communication entre le patient et le médecin, ce qui est important dans les situations d'urgence où des informations précises et détaillées peuvent être cruciales pour établir un diagnostic précis et fournir un traitement approprié (13).

D'un autre côté, les médecins généralistes ont une vision globale de la santé de leurs patients. Cette approche holistique favorise une prise en charge plus complète et personnalisée. En tant que coordinateurs des soins de santé primaires, les médecins généralistes sont bien placés pour faciliter

la coordination des soins entre différents prestataires et services de santé. Cela est particulièrement important pour les patients atteints de maladies chroniques ou complexes nécessitant une gestion à long terme (14).

Enfin, les médecins généralistes jouent également un rôle dans la prévention des maladies et la promotion de la santé. En plus de traiter les symptômes aigus, ils fournissent des conseils sur la prévention des maladies, les modes de vie sains et la gestion des facteurs de risque, ce qui contribue à réduire la fréquence et la gravité des épisodes de SNP (15).

4. RÔLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA GESTION DES SOINS NON PROGRAMMÉS

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans la gestion des SNP. Leur position en tant que premiers intervenants les places au cœur du système de santé, où ils assument des responsabilités pour répondre aux besoins variés des patients en situation d'urgence.

Le premier aspect à considérer est la continuité des soins. Les médecins généralistes favorisent une approche holistique de la santé, axée sur la continuité des soins. Cette approche implique la prise en charge des patients au-delà de l'urgence immédiate, mettant l'accent sur le suivi, la prévention et la gestion à long terme des affections (16). La gestion des urgences médicales est un volet essentiel du rôle des médecins généralistes. Ils doivent être préparés à traiter une variété de situations urgentes. Cette polyvalence nécessite une expertise clinique étendue et une capacité à prendre des décisions rapides et éclairées (17).

Ensuite, le rôle de coordination des médecins généralistes est également important. Ils agissent comme des intermédiaires entre les services d'urgence hospitaliers, les gardes médicales et d'autres professionnels de la santé. Une coordination efficace assure une transition fluide entre les différents niveaux de soins, garantissant une prise en charge intégrée et cohérente des patients. La dimension préventive du rôle des médecins généralistes ne doit pas être négligée. En plus de répondre aux situations d'urgence, ils sont impliqués dans la sensibilisation à la santé, la promotion des comportements préventifs et la gestion des facteurs de risque. Cette approche proactive contribue à réduire la fréquence des SNP en favorisant la santé à long terme (18).

L'accessibilité aux soins est un autre aspect clé du rôle des médecins généralistes. En tant que premiers contacts des patients avec le système de soins, leur disponibilité contribue à réduire les délais d'attente et à assurer une réponse aux besoins de santé urgents (19).

Enfin, les médecins généralistes sont des acteurs importants dans la prise de décision médicale partagée. Ils interagissent avec les patients pour comprendre leurs préoccupations, expliquer les options de traitement et élaborer des plans de soins adaptés. Cette approche favorise une prise de décision éclairée et implique activement les patients dans leur propre prise en charge.

5. REPRÉSENTATION DANS LE DOMAINE MÉDICAL

5.1. IMPORTANCE DES REPRÉSENTATIONS DANS LA PRATIQUE MÉDICALE

Dans la pratique médicale, les représentations jouent un rôle fondamental en influençant les perceptions, les attitudes et les comportements des professionnels de santé. Cette importance des représentations se reflète particulièrement dans la manière dont les médecins abordent les SNP en médecine générale. Les représentations qu'ils ont de cette forme de prise en charge d'urgence façonnent leur approche clinique, leurs décisions diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que leurs interactions avec les patients.

Des études antérieures ont montré comment les perceptions des médecins vis-à-vis des SNP peuvent varier selon divers facteurs, tels que l'expérience professionnelle, la charge de travail et les contextes organisationnels (20). Dans ce contexte, les représentations des médecins peuvent également influencer leurs décisions quant à l'orientation des patients vers d'autres services de soins, tels que les urgences hospitalières (21). Par exemple, une perception négative des SNP peut conduire les médecins à être plus enclins à orienter les patients vers les urgences, même lorsque cela n'est pas nécessaire sur le plan médical. Cela soulève des questions sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge des SNP, ainsi que sur les ressources disponibles pour répondre à cette demande croissante.

En outre, les représentations des médecins peuvent également influencer la manière dont ils perçoivent les besoins et les attentes des patients en matière de SNP. Une meilleure compréhension de ces représentations peut aider à identifier les obstacles potentiels à une prise en charge efficace des SNP et à développer des stratégies pour les surmonter (22). En fin de compte, une reconnaissance et une prise en compte appropriées des représentations des médecins sont essentielles pour améliorer la qualité et l'accessibilité des SNP en médecine générale.

5.2. REPRÉSENTATION DES MÉDECINS FACE AUX SOINS NON PROGRAMMÉS

L'état actuel des connaissances sur les représentations des médecins généralistes concernant les SNP met en lumière une diversité de perspectives influençant leur approche et leur prise de décision dans ces situations spécifiques.

La complexité des demandes médicales en SNP est un thème récurrent dans la littérature. La perception de la gravité et de l'urgence de ces demandes médicales guide leur évaluation et leur réponse clinique (23). La pression temporelle inhérente aux SNP a été largement explorée. Les médecins généralistes font face à des contraintes temporelles lorsqu'ils répondent à des demandes médicales spontanées, soulignant l'importance de stratégies efficaces pour gérer le temps tout en maintenant des normes de soins élevées (24).

Les représentations professionnelles des médecins généralistes, influencées par leur expérience clinique, leurs valeurs personnelles et leurs interactions avec les patients, façonnent leur perception des SNP. Ces représentations peuvent varier, influençant la manière dont les médecins évaluent l'urgence des situations et prennent des décisions cliniques (25). Le rôle de coordination des médecins généralistes dans la gestion des SNP a également été examiné. Leur position en tant qu'intermédiaires entre les services d'urgence hospitaliers, les gardes médicales et d'autres professionnels de la santé soulève des questions sur la communication interprofessionnelle et la transmission d'informations (26).

En ce qui concerne les initiatives préventives, certains médecins généralistes adoptent des approches axées sur la prévention dans la gestion des SNP. Cela peut inclure des efforts visant à sensibiliser les patients aux comportements de santé préventifs et à minimiser la fréquence des situations d'urgence récurrentes.

Enfin, l'accessibilité aux SNP en Île-de-France est abordée dans la littérature, mettant en évidence des disparités régionales et des défis liés à la disponibilité des médecins. Les représentations des médecins sur ces questions peuvent influencer la manière dont ils perçoivent et répondent aux besoins des patients en situation d'urgence dans cette région (27).

6. ORGANISATION DES SERVICES D'URGENCE EN FRANCE

Les services d'urgence en France sont essentiels pour la gestion des SNP, assurant un accès rapide et efficace aux soins en cas d'urgence médicale. 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 généralistes. Une restructuration progressive de la PDSA a lieu depuis 2001 (28).

Les hôpitaux publics et privés sont dotés de services d'urgence ouverts 24h/24, 7j/7, comprenant une équipe multidisciplinaire de professionnels de santé. Ces équipes sont composées de médecins urgentistes, d'infirmiers, d'aides-soignants et de radiologues, prêts à fournir une prise en charge immédiate aux patients.

Le Samu (Service d'aide médicale urgente) joue un rôle central dans la gestion des SNP en France. Accessible via le numéro d'urgence 15, le Samu offre une évaluation médicale par téléphone et dirige les patients vers les services d'urgence appropriés en fonction de la gravité de leur situation (29). 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 de garde en ville. Cette régulation médicale permet une optimisation des ressources et une réponse rapide aux besoins des patients.

En complément des services hospitaliers, les maisons médicales de garde (MMG) ont été mises en place pour assurer une continuité des soins en dehors des heures d'ouverture habituelles des cabinets médicaux (30). Ces structures permettent aux patients d'accéder à des consultations médicales en dehors des heures de bureau, réduisant ainsi la pression sur les services d'urgence et offrant une alternative pour les SNP moins urgents.

La coordination entre les différents acteurs des soins d'urgence, tels que les hôpitaux, le Samu, les médecins généralistes et les maisons médicales de garde, est essentielle pour garantir une prise en charge efficace des SNP en France. Cette organisation intégrée vise à optimiser les flux de patients, à améliorer l'efficacité des interventions médicales et à garantir des soins de qualité pour tous, quel que soit le moment et le lieu de survenue de l'urgence médicale (31).

II. Introduction

Les SNP, entendus comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services d'accueil des urgences hospitaliers (SAU) (32), ont été une préoccupation de santé publique depuis les années 90.

Un rapport concernant la territorialisation des activités des SAU (33) met en avant un afflux aux urgences passant de 7 à 20,4 millions de passages par an de 1993 à 2021 (33) avec une diminution de la part d'urgences dites "réelles" (33,34).

On retrouve, par ailleurs, une progression de passage non suivi d'une hospitalisation et une stabilité, du taux d'hospitalisation (35,36). Un changement de typologie des patients a été remarqué avec des patients ayant des maladies chroniques consultant souvent pour des motifs non urgents. (34)

Cependant, les urgences n'ont pas la possibilité d'apporter une réponse adaptée à ces patients. Une enquête nationale dans les services d'urgences menée par la DREES en 2013 (37) montre que seulement 43 % des demandes de soins exprimées aux urgences hospitalières nécessitaient effectivement une prise en charge en urgence.

Une grande partie de la demande de soins « en urgence » est prise en charge par la médecine générale de ville : en 2004, on estimait à 35 millions le nombre de recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville pendant que les SAU des hôpitaux enregistraient 14 millions de passages. (38) Les médecins généralistes gèrent donc une part de la demande de SNP. 8 médecins généralistes sur 10 déclarent organiser leur activité afin de prendre en charge les demandes de SNP quotidiennement. (39)

Cependant, l'offre de soins des médecins généralistes semble saturée. Il existe une divergence entre l'offre et la demande de soin (40,41). D'après le Conseil national de l'ordre des médecins (42), depuis 2020, le nombre de médecins inscrits à l'Ordre a augmenté majoritairement en faveur des médecins ayant une activité intermittente et des médecins retraités actifs et inactifs ce qui entraîne une baisse de la densité médicale (40).

Plusieurs travaux montrent qu'il y a une divergence de point de vue entre les usagers et les soignants. Dans une enquête sur les urgences pédiatriques et les consultations non programmées, l'offre de soin semble utilisée par les usagers, différemment de ce qui est attendu par les soignants (43). D'autres travaux montrent un manque d'information sur les lieux de recours possible aux consultations d'urgence (41,44) et évoquent le besoin de communiquer là-dessus auprès des usagers (45).

S'intéresser aux représentations des médecins généralistes en île de France sur les SNP nous semble être une piste de réflexion afin de voir les concordances et les divergences qu'il peut y avoir avec les représentations des usagers sur ce sujet. L'objectif principal de ce travail était d'explorer les représentations des médecins généralistes sur les SNP en Île-de-France.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Type d'étude :

L'étude adoptait une approche qualitative inspirée de la théorisation ancrée pour explorer les représentations des médecins généralistes sur la prise en charge des SNP en Île-de-France.

2. Population étudiée :

La population cible comprenait tous les médecins généralistes exerçant en Île-de-France.

3. Échantillonnage :

Les médecins étaient recrutés afin d'avoir un échantillonnage raisonné à variation maximale. L'objectif était de diversifier les participants en termes d'ancrage territorial, d'âge et de statut professionnel. Le recrutement s'est déroulé de mars à mai 2022.

4. Modalités de recrutement :

Une première liste de médecins généralistes travaillant en Île-de-France a été établie grâce à la collaboration avec le projet MATCH. Le recrutement s'est fait initialement par l'identification de médecins sur ameli.fr. Il a ensuite été réalisé par l'intermédiaire de contacts directs et indirects auprès de ces médecins.

5. Modalités de recueil :

Le premier contact avec les participants était fait via SMS. Une fois que les participants avaient indiqué leurs préférences en termes de dates et d'horaires, un lien Zoom® leur était envoyé. Des rappels étaient envoyés la veille des entretiens.

Des entretiens individuels semi-dirigés par visioconférence étaient conduits de manière à garantir une participation active.

Aucun désistement n'a été enregistré parmi les médecins contactés. Ce travail a été envoyé aux CPTS impliquées avant publication.

6. Modalités d'analyse :

L'analyse des données s'est fait de manière thématique, en s'inspirant de l'approche par théorisation ancrée. Une triangulation des données a été réalisée avec un deuxième intervenant.

L'étiquetage des entretiens, la construction de propriété et de catégorie a été réalisé via le logiciel MAXQDA®.

La suffisance des données fut déterminée par l'absence de nouveau code au bout d'un entretien.

7. Aspects éthiques et réglementaires :

Cette recherche était conforme à la méthodologie de référence MR003. Ce travail a été validé par le DPO de l'université et a été enregistré dans le registre des traitements de données de l'université. Ce travail a été validé par le comité d'éthique du CNGE (IRB 00010804 - AVIS 010721289).

Le consentement éclairé des participants était recueilli en début d'entretien.

Les entretiens ont été rapidement transcrits, anonymisés et les enregistrements ont été supprimés. Les entretiens anonymisés sont annexés au travail de recherche (Annexe 3).

Les participants ont été invités à donner leur avis sur l'interprétation des résultats.

RÉSULTATS

❖ CARACTÉRISATION DES PARTICIPANTS

Les caractéristiques sociodémographiques de nos participants sont regroupées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Description des médecins interrogés

Participant	Sexe	Âge (ans)	Durée d'entretien	Expérience Professionnelle (années)	Mode d'Exercice	Type d'Exercice	Département
Med 1	F	33	2h34	6	Salariée	Centre de santé	Seine Saint Denis
Med 2	H	62	2h15	15	Libéral	Maison de Santé Pluriprofessionnelle	Val d'Oise
Med 3	F	37	0h52	9	Salariée	Centre de santé	Seine Saint Denis
Med 4	F	41	2h02	13	Libéral	Maison de Santé Pluriprofessionnelle	Seine Saint Denis
Med 5	F	37	1h45	8	Libéral	Cabinet médical de groupe	Seine et Marne
Med 6	F	36	1h17	7	Libéral	Maison de Santé Pluriprofessionnelle	Val d'Oise
Med 7	F	38	2h17	9	Libéral	Maison de Santé Pluriprofessionnelle	Seine et Marne
Med 8	H	33	1h49	5	Libéral	Maison de Santé Pluriprofessionnelle	Seine et Marne
Med 9	H	38	1h50	6	Libéral	Maison de Santé Pluriprofessionnelle	Val d'Oise
Med 10	H	63	1h45	30	Libéral	Pôle de Santé Pluriprofessionnel	Seine et Marne
Med 11	F	33	1h18	5	Libéral	Maison de Santé Pluriprofessionnelle	Val d'Oise
Med 12	F	46	0h50	20	Libéral	Maison de Santé Pluriprofessionnelle	Seine et Marne
Med 13	F	37	1h17	10	Libéral	Cabinet privé	Seine et Marne

Sur les 13 participants, 9 étaient des femmes (69 %) et 4 étaient des hommes (31 %). L'âge moyen des participants était de 41.8 ans, avec une variation allant de 33 à 63 ans. La durée moyenne d'expérience professionnelle des participants était de 10.8 ans, avec des extrêmes allant de 5 à 30 ans. La durée moyenne des entretiens était de 1h41, avec une durée médiane à 1h45. Les intervalles de durée des entretiens étaient respectivement de 50 minutes et 2h34. La majorité des participants (11 sur 13) exerçaient en libéral, soit 85 % de l'échantillon. Deux participants travaillaient en tant que salariés dans un centre de santé ou un centre médical de groupe. Les participants exerçaient dans différentes zones géographiques. Les départements représentés étaient la Seine-Saint-Denis, le Val-d'Oise et la Seine-et-Marne. Certains participants travaillaient dans des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP),

d'autres dans des cabinets médicaux de groupe, des centres de santé, des cabinets privés, ou encore dans des pôles de santé pluri-professionnels. Tous les participants exerçaient dans des structures conventionnées secteur 1.

❖ PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

L'analyse des interviews des participants nous a permis de regrouper les résultats en 10 thèmes principaux.

1) Notions et définitions des soins non programmés :

Les participants définissaient les SNP comme des consultations médicales imprévues et spontanées, couvrant un éventail de situations médicales nécessitant une prise en charge immédiate ou rapide :

- *“Les SNP pour moi ça regroupe les soins, si on est strict, c'est les soins qui ne sont pas prévus dans la journée ou dans l'agenda du professionnel. Dedans, il va y avoir des soins qui revêtent un caractère d'urgence médicale, des soins qui revêtent un caractère d'urgence pour les usagers ou les usagères et puis voilà.” (Med1) ;*
- *« Pour moi les soins non programmés c'est le patient qui demande à avoir une consultation ou un acte médical ou paramédical qui n'était pas prévu et qui souhaite l'avoir rapidement, dans les 24 heures ou le jour même. » (Med3).*

Le terme soins non programmé renvoie principalement à une consultation non anticipée par le patient et donc non prévue dans l'agenda du médecin, indépendamment de la nature urgente ou non :

- *« Pour moi soin non programmé c'est une consultation d'urgence. C'est une consultation qui n'a pas pu se programmer à l'avance parce que la demande elle n'était pas présente à un moment, elle est urgente quoi. Après le patient ne va pas toujours avoir la même définition que nous de la consultation non programmée. Parce que le problème il est vraiment là, d'identifier à la base la demande si elle est vraiment programmable ou pas programmable. » (Med11).*

Ces motifs de consultations peuvent être à l'origine d'une consultation dédiée ou s'ajouter aux motifs de consultations à aborder lors d'une consultation déjà prévue. Ce qui nécessite parfois la mise en place d'une organisation dédiée (ex. Plages de SNP prévues par le médecin, ou prise entre deux patients). Pour avoir accès à des plages dédiées, un tri est effectué sur certains motifs de consultation avec une notion d'urgence :

- *“Dedans il va y avoir des soins qui revêtent un caractère d'urgence médicale, des soins qui revêtent un caractère d'urgence pour les usagers ou les usagères.” (Med1).*

Ils évoquaient également l'importance de hiérarchiser et de différer certaines demandes de SNP en fonction de leur urgence et de leur gravité :

- *“ Et puis après c'est de pouvoir hiérarchiser, de pouvoir différer des demandes “ (Med8).*

2) Notion d'urgence :

Deux points de vue coexistaient sur cette notion d'urgence.

Pour certains médecins (Med2, 6, 8, 10), la notion d'urgence était définie comme une situation médicale nécessitant une intervention rapide pour prévenir une détérioration de l'état de santé du patient, voire pour sauver des vies :

- *« Quand je dis urgent moi j'entends dans la journée, une urgence qui est prise en charge dans la journée. » (Med8) ;*
- *« Pour un médecin une urgence c'est une urgence vitale. C'est-à-dire : je fais un arrêt cardiaque devant vous, un malaise, je me plains d'une douleur dans la poitrine, j'ai un côté qui bouge pas, enfin une urgence qui nécessite une intervention médicale immédiate. En gros allez aux urgences j'appelle le 15 ou j'ai besoin de faire des gestes de secourisme. C'est ça une urgence. » (Med2)*
- *« Et puis il y a l'imprévu, c'est à dire une personne qui a du mal à respirer, qui n'est pas bien. Ça arrive de temps en temps, cette personne bien sûr qu'on la refuse pas, on la prend en charge. » (Med10)*

Cette définition était soutenue par d'autres participants qui mettaient en évidence le rôle des médecins généralistes dans la gestion des urgences et proposaient des réflexions sur la manière d'optimiser cette prise en charge.

Pour d'autres participants (Med 1,8,10), la notion d'urgence était complexe à définir, car il fallait prendre en compte plusieurs points :

- *“ La réponse à qu'est ce qui est urgent ce n'est pas simple parce que c'est des multiples facettes. C'est d'abord au premier plan le médical, ça paraît évident, mais encore une fois la médecine générale pondérée par le psycho social, et la relation la connaissance qu'on a de nos patients” (Med8)*
- *« Voilà c'est typiquement un soin non programmé pour lequel il n'y a strictement aucune urgence vitale, mais il y avait une urgence médico socio relationnelle. » (Med2)*
- *« L'urgence médicale, il y a des critères mais après, il y a des critères aussi de confort du patient ou de la patiente. Par exemple, une infection urinaire c'est pas urgent mais si vous n'avez pas beaucoup de symptômes ou si vous avez beaucoup de symptômes, le ressenti ne sera pas le même et donc la demande de soins associés devra être satisfaite dans un délai qui ne sera pas le même. Donc pour moi il y a l'urgence médicale, et puis, après il va y avoir l'urgence ressentie des patients [...] bah voilà, c'est une urgence, qui est plus ou moins légitime pour moi, mais ça reste une urgence. » (Med1)*

3) Prise en charge des demandes de SNP :

Les participants soulignaient l'importance d'une offre de soins diversifiée et adaptée aux besoins de la population pour garantir une prise en charge efficace. Ils mentionnaient la nécessité d'organiser des consultations en cabinet médical et de disposer de structures d'urgences bien équipées :

- *« Encore une fois aussi parce qu'au niveau du territoire, je sais qu'il y a d'autres possibilités. On a des recours de soins non programmés, il y a un SOS, il y a une unité qui est équivalente à SOS médecin mais ce n'est pas SOS. Donc on a au moins deux maisons médicales si je puis dire, de soins non programmés dans les environs donc on sait aussi qu'il y a cette possibilité. » (Med8)*
- *« SOS médecin c'est plutôt bien parce que du coup pour les gens qui n'ont pas eu de rendez-vous le jour même, je pense qu'effectivement ils font du soin non programmé et ça ça aide beaucoup. » (Med6)*

Les professionnels ambulatoires non médecins peuvent avoir une place dans la prise en charge des SNP ou leur tri :

- *« Mais voilà, je pense que si on veut vraiment évaluer il faut en réalité une réelle régulation, une vraie évaluation, qu'elle soit médicale ou paramédicale peu importe mais il me faut une évaluation d'un problème de santé quoi. » (Med13)*
- *« C'est pour ça qu'on forme un petit peu notre secrétaire à recueillir ces soins non programmés s'il y a de la disponibilité dans la journée et qu'il y a des créneaux bien sûr on va les voir dans la journée, soit effectivement on lui apprend à faire le tri entre l'enfant fébrile inquiétant les parents, celui qui a la cheville qui est enflée parce qu'il s'est pris dans le métro, celui-là on va le voir rapidement effectivement, ou l'adulte qui a besoin de son certificat très rapidement parce qu'il s'y est pris au dernier moment, celui-là en effet ça nous agace un peu. » (Med4)*
- *« Et c'est vrai qu'ayant assisté et m'étant intéressé aux formations des secrétaires ou autres, c'est vrai qu'il y a toute une formation d'acquérir un vocabulaire et des réflexes sur les questions. Parce que les gens, quel que soit le cabinet, ils vont appeler pour dire mon enfant a de la fièvre. Et son travail à elle, c'est pas de faire le diagnostic, c'est de juger est ce qu'elle doit nous le proposer ce soir ou ça peut attendre, de dire essayer de prendre du paracétamol. » (Med7)*

4) Dispositifs régulateurs pour les SNP :

La mise en place de dispositifs de régulation des SNP était abordée par plusieurs participants avec des perspectives et des opinions variées. Certains participants reconnaissent l'importance de tels dispositifs pour orienter les patients vers la structure de soins la plus adaptée et pour réduire l'affluence aux urgences hospitalières. Certains évoquaient l'initiative gouvernementale visant à améliorer la réponse aux SNP à travers la mise en place du SAS (Service d'accès aux soins). Ce dispositif pourrait améliorer

l'efficacité et l'accès équitable des demandes de soins spontanées, mais soulignaient la difficulté de la régulation au prix d'une charge administrative importante :

- *“ Il y a aussi le service d'accès aux soins, le SAS. Bon du coup c'est beaucoup de réunions hein. On est un peu dessus, on a essayé un petit peu avec la bronchiolite de libérer des places. Les gens ont plutôt bien répondu, c'est-à-dire que la plupart des médecins ont donné leurs disponibilités, mais la difficulté elle a été dans la régulation” (Med13).*

D'autres participants exprimaient des réserves quant à l'efficacité de ces dispositifs régulateurs tels que le SAS, soulignant que les objectifs de certains de ces dispositifs ne correspondaient pas nécessairement à une meilleure qualité de prise en charge des patients :

- *“Donc je suis vigilant à ça et justement le SAS est quelque chose pour moi de... je parlais tout à l'heure de... ça dépend en fait de ce qu'on fait en termes de qualité et là typiquement, c'est un bon exemple parce que pour moi ce n'est pas de la qualité en fait.” (Med8).*

Par la notion de qualité, le participant suggère de bien définir les objectifs et les moyens mis en œuvre pour effectuer une régulation la plus efficace possible. Il craint que le SAS ne serve qu'à attribuer un médecin à un patient sans prendre en considération la problématique du patient dans son ensemble (délai de consultation possible, existence d'un suivi...) :

- *« C'est un des objectifs pour le SAS, c'est un décrochage en 30 secondes je crois ou un truc comme ça. Mais pourquoi en fait ? Et si c'est que ça l'objectif ça ne va pas. L'objectif c'est de pouvoir répondre, bien sûr en 30 secondes quand c'est un infarctus ou quand c'est une prise en charge urgente mais là c'est le rôle du SAMU. Et puis après c'est de **pouvoir hiérarchiser, de pouvoir différer des demandes** mais si l'objet du SAS c'est de pouvoir garantir à tous les citoyens que dans les 48h ils auront un rendez-vous pour leur rhume, bah non en fait ça n'aidera personne... Donc si c'est pour avoir un **travail qualitatif** en permettant de dire voilà, en rassurant les gens bah là ça ressemble à un rhume donc il faut consulter si vous avez de la fièvre pendant plus de temps, bref **en faisant de l'éducation**, de ce qu'on fait tous les jours en consultation. **Ça oui ça peut être constructif**, mais si c'est simplement décrocher en 30 secondes pour dire oui j'ai un rendez-vous pour vous avec le docteur Bidule qui m'a partagé son agenda et qui a un créneau demain, non !». (Med8)*

Cependant, malgré ces réserves, la plupart des participants reconnaissaient l'importance de réguler les SNP pour garantir une prise en charge appropriée des patients et une utilisation efficace des ressources de santé disponibles.

5) Attentes des patients perçue par les médecins :

Les participants reconnaissaient l'importance de prendre en compte les attentes des patients dans l'organisation des SNP. La plupart soulignaient que les attentes des patients en matière de SNP pouvaient être variées :

- *“Les attentes des patients en matière de SNP peuvent varier en fonction de leur perception de l'urgence et de la gravité de leur état de santé” (Med1).*

Ils mettaient en avant l'importance de prendre en compte le ressenti des patients et de répondre à leurs inquiétudes, même si certaines demandes pouvaient sembler non urgentes du point de vue médical :

- *“Les personnes veulent être reçues, entendues et comprises. Et ça, c'est super important” (Med2).*

Ils soulignaient également le besoin pour les patients de consulter rapidement en cas de problème de santé, tout en mettant en garde contre les “attentes excessives” des patients avec le risque de surconsommation et de surcharge des services de santé :

- *« C'est plus global parce qu'on est dans une société où tout va vite, dans tous les sens et ils pensent que pour la médecine [...]. Disons que dans leur imaginaire, ils peuvent obtenir... comme il y a les trucs Uber, Uber Eat, machin, ils ont tout, ils appellent, dans la minute voilà... Ils ont ça dans tellement de domaines qu'ils se disent qu'en médecine, c'est pareil. J'ai besoin d'une radio, c'est aujourd'hui ou demain. Je pense qu'ils ne se rendent pas forcément compte que c'est... » (Med5)*

À ce sujet les points de vue des participants étaient convergents, illustrant une vision commune de l'importance de l'urgence, de la diversité des modalités de prise en charge, de la régulation des SNP et de la prise en compte des attentes des patients pour garantir une réponse efficace aux besoins de la population.

6) Évaluation et connaissance de l'offre de SNP :

Certains participants mettaient en avant le manque de sensibilisation et de connaissance du grand public concernant les alternatives existantes pour les SNP en dehors des heures d'ouverture habituelles des cabinets médicaux. Ils soulignaient ainsi la nécessité de mieux informer les patients sur les différentes options de prise en charge disponibles pour éviter une surcharge des services d'urgence et améliorer l'accessibilité aux soins :

- *« Moi je pense qu'ils connaissent pas assez bien. Par exemple il y a des maisons de garde qui sont ouvertes de 20h à 00h sur le territoire. Par exemple dans le 95 il y en a une à Argenteuil, il y a SOS*

Médecins et souvent ils ne sont pas au courant, donc ils appellent au cabinet « mais comment je vais faire ? » Parfois ils appellent à 19 h pour un rendez-vous, à 19 h c'est la fin de la journée, on ne peut pas vous recevoir, « mais comment je fais ? Je vais aux urgences ? » Bah non vous avez des maisons de garde, vous avez SOS médecin, essayez d'appeler. » (Med11)

- *« il y avait un médecin qui était posté tous les samedis après-midi et tous les dimanches, euh, mais par contre ce n'était pas un endroit physique c'est-à-dire que c'était dans son cabinet. Donc les gens appelaient un secrétariat qui donnait l'adresse du cabinet et les gens allaient dans le cabinet du médecin qui était de garde ce jour-là. Ça a duré 1 an et vous savez quand même qu'on a fermé par manque d'appels. » (Med13)*

D'autres participants critiquaient le manque d'anticipation des besoins en matière de SNP. Ils déploraient les solutions tardives telles que l'augmentation du nombre de médecins et une meilleure coordination entre les acteurs de la santé pour répondre à cette demande croissante :

- *“Et personne n'anticipe depuis 15 – 20 ans. Avoir un médecin généraliste en fait du coup en France formé c'est 9 ans. Ils veulent le mettre à 10 ans bientôt, donc bah c'est 9 ans pour faire un médecin généraliste qui va commencer à exercer” (Med9).*

Par ailleurs, certains participants mettaient en lumière l'importance de l'évaluation de la qualité des SNP, en soulignant la nécessité de fournir des réponses éducatives et rassurantes aux patients, plutôt que de simplement proposer des rendez-vous médicaux rapides :

- *“ Exactement, finalement les questions de SNP souvent que j'ai, c'est une inquiétude non pas de crainte que l'enfant va être malade mais plus une inquiétude sur ce qu'il a où j'ai besoin d'être rassuré en fait” (Med4).*
- *“Donc c'est très difficile, je pense qu'il faut aussi agir en amont. Peut-être changer les mentalités, peut être éduquer les patients sur les SNP. Peut-être leur apprendre ce que c'est qu'une consultation d'urgence” (Med11).*

7) Utilisation de la télémédecine : une place à la téléconsultation assistée ?

L'utilisation de la télémédecine était évoquée par plusieurs participants comme une alternative prometteuse pour améliorer l'accessibilité aux soins, notamment à travers les téléconsultations assistées par un autre professionnel de santé non-médecin. Certains participants reconnaissaient le potentiel de la télémédecine pour désengorger les cabinets médicaux et faciliter l'accès aux soins, en particulier dans les zones sous-dotées pour répondre aux besoins des patients :

- *“Et d'ailleurs actuellement les téléconsultations assistées qui vont sûrement aussi à un moment donné être accessibles en fait” (Med9).*

- « C'est qu'on essaye de faire des téléconsultations avec les infirmières qui elles se déplacent à domicile et donc de faire une téléconsultation avec l'infirmière sur place et moi au cabinet. » (Med8)
- « C'est les visites médiées à domicile par l'infirmière avec le stéthoscope connecté et l'otoscope connecté. Là oui, on peut avoir une vraie efficacité parce qu'on gagne du temps de transport non négligeable sur la gestion de la visite. » (Med12)
- « Oui ça peut désengorger un peu effectivement la demande de soins non programmés dans un territoire. Je pense que oui. » (Med6)

D'autres participants restaient réservés quant à l'utilisation générale de la télémédecine. Ils exprimaient des réserves quant à l'efficacité des téléconsultations et mettaient en avant les limites de cette pratique, notamment en ce qui concerne l'établissement d'un diagnostic précis et la gestion des cas complexes. Ils préféreraient une consultation médicale traditionnelle avec un examen physique du patient :

- « Non ! La téléconsultation, moi, je fais partie des gens avec ceux avec qui je travaille, qui ne sont pas convaincus du tout parce qu'on le voit au quotidien. J'ai eu une téléconsultation et puis je viens aux urgences. Bah oui mais où est l'intérêt de la téléconsultation ? Je ne vois pas, donc ça je ne suis pas mordu tout du tout du tout par ça. » (Med10).
- « Écoutez ! Moi je suis encore ancienne école, j'aime bien la médecine au chevet du malade. Et clairement la télémédecine j'ai encore un peu de mal à m'y faire. C'est-à-dire que pour les urgences, une fièvre en télémédecine pour moi c'est très difficile à gérer. Je n'arrive pas à me dire sans examiner le patient, sans rien c'est impossible pour moi de gérer une fièvre en télémédecine. » (Med6)

Malgré ces réserves, la plupart des participants reconnaissaient le potentiel de la télémédecine pour compléter les consultations en personne et offrir des soins plus accessibles, en particulier dans les situations où la présence physique du patient n'est pas indispensable.

8) Rôle et conditions de travail des médecins généralistes :

Le rôle des médecins généralistes était unanimement souligné comme essentiel dans la prise en charge des SNP. Plusieurs participants mettaient en avant la proximité des médecins généralistes avec les patients et leur connaissance de leur dossier médical. Ils discutaient également du fait que ces médecins étaient souvent les premiers intervenants pour les patients en situation d'urgence ou pour les consultations imprévues :

- « Mais si vous avez un souci aigu, vous allez souhaiter que je sois disponible pour vous puisque je vous connais. Parce que je vous connais, je connais votre histoire, j'ai vos antécédents, je connais un petit peu votre famille, vos soucis au boulot, etc. Donc je peux bien mieux, potentiellement mieux vous accompagner. » (Med12)

Les participants mettaient en lumière le fait que les médecins généralistes jouaient un rôle central dans la coordination des soins et dans la relation avec les patients. Ils soulignaient que les médecins étaient souvent en première ligne pour répondre aux demandes de SNP, malgré les défis liés à la charge de travail et à l'organisation des consultations en dehors des heures habituelles. Ils étaient également perçus comme des acteurs clés dans la gestion des urgences médicales :

- *“Effectivement, quand je dis les médecins généralistes absorbent le soin non programmé, de mémoire hein, je crois que c'est 60% du soin non programmé hors permanence des soins qui sont assurés par les médecins généralistes en ville” (Med12).*
- *« Moi j'ai une responsabilité quand même professionnelle. Je me dis oui, je suis médecin j'ai prêté serment pour voir, pour soigner et même dans le cadre de l'urgence je suis prête à travailler de nuit. » (Med11)*

9) Coordination ville-hôpital :

La coordination entre la ville et l'hôpital était un thème essentiel abordé par plusieurs participants, mettant en lumière à la fois les défis rencontrés et les efforts déployés pour améliorer cette coordination.

Certains participants soulignaient le manque de communication et de collaboration entre les différents acteurs du système de santé, en particulier entre les structures de soins primaires et les services d'urgences hospitaliers. Cette absence de coordination pouvait entraîner des difficultés dans l'orientation des patients et une mauvaise utilisation des ressources de santé disponibles :

- *“Ça montre vraiment un problème de communication et de prise en compte de quelque chose de très vertical, alors que c'est quand même nous les experts du terrain quoi” (Med8).*
- *« On ne sait pas ce qui a été fait par l'hôpital et du coup, on est un peu dans un flou artistique. On se retrouve à devoir gérer au quotidien entre guillemets. Et on n'a pas forcément les grandes lignes de l'hôpital pour savoir comment gérer le patient. Et tant qu'on n'a pas les infos de l'hôpital, c'est délicat. Ça dépend des services mais il y a encore des fois où on se retrouve en difficulté parce qu'on n'a pas les infos de l'hôpital. » (Med5)*
- *« Il n'y a pas vraiment de dialogue, pour un patient que je dois envoyer aux urgences je lui fait un courrier et il va aux urgences. » (Med11)*

D'autres participants insistaient sur l'importance d'une meilleure coordination pour assurer une continuité des soins entre la ville et l'hôpital. Cela impliquait notamment d'améliorer les échanges d'informations entre les professionnels de santé et de mettre en place des protocoles de transfert clairs pour les patients nécessitant une prise en charge à différents niveaux de soins :

- *« Pour le coup je trouve que c'est mieux que ça n'a été. On a les lignes seniorisé pour avoir des avis de spécialistes de beaucoup d'hôpitaux de l'assistance publique donc ça c'est une bonne chose. » (Med3)*

- « J'ai aussi assez rapidement par l'intermédiaire de ma collègue, l'annuaire aussi du GHEF, du groupe hospitalier Meaux, Jossigny et Coulommiers. Ça permet quand je veux joindre un spécialiste hospitalier d'avoir quand même les numéros plus ou moins directs. Ce n'est pas toujours facile de les joindre quand même mais bon, au moins j'ai les bons numéros. » (Med5)

Certains participants proposaient des solutions concrètes pour renforcer la coordination ville-hôpital, tels que la création de réseaux de santé intégrés et la promotion de la collaboration interprofessionnelle. Ils soulignaient ainsi le rôle crucial des CPTS dans l'organisation et la coordination des SNP au niveau local, en favorisant une approche intégrée et collaborative entre les différents acteurs de la santé :

- « Par contre, j'ai l'impression que ça a évolué beaucoup ces dernières années. Je trouve vraiment que c'est de moins en moins clivé comme ça. Il y a plus de rencontres, plus de communication entre l'hôpital et la ville, et notamment par exemple dans le 95 ils ont créé au Samu une filière médecin généraliste. » (Med6)
- « Mais c'est vrai que si demain j'ai fait une observation médicale et je dis à la personne « écoutez, on vous transfère à l'hôpital, mais ne vous inquiétez pas moi j'ai des liens sur mon écran. Là je glisse votre dossier, je le mets en pièce attachée sur le service de cardiologie de l'hôpital du coin etc... dans dix secondes ils ont le dossier complet ». » (Med10)
- “ Je pense que le départ de la CPTS il s'est mis en place en disant : « tout seul on n'y arrive pas » C'est vraiment uniquement ça [...] je pense que la CPTS peut donner du sens à notre exercice plus que individuellement” (Med12).
- « C'est à dire que les libéraux, du coup, deviennent la CPTS. Donc l'hôpital a un interlocuteur, l'institution a un interlocuteur, des professionnels libéraux avec la CPTS. » (Med12)

10) Gestion des SNP par les CPTS :

Les participants reconnaissent le rôle important des CPTS dans la gestion des SNP. Ils soulignent que les CPTS peuvent jouer un rôle clé dans l'organisation et la coordination des SNP au niveau local, et soutiennent que les CPTS étaient une initiative positive qui favorisait une meilleure coordination entre les professionnels de santé et améliorait l'efficacité des pratiques médicales :

- “Donc l'offre est assez mal répartie sur le territoire mais commence effectivement à décoller et à avoir des projets intéressants et surtout avec des CPTS qui commencent à aussi créer un maillage local, un maillage entre professionnels et entre professions de santé différentes qui permet vraiment d'avoir une prise en charge des patients beaucoup plus optimale et surtout de coordonner sur le territoire.” (Med9).
- « Mais je pense que la CPTS peut permettre de... en tout cas moi je suis partisan de travailler ensemble. Je pense que c'est fini l'ère du travailler chacun dans son coin et surtout dans une situation de crise qu'elle soit sanitaire avec le covid ou démographique, on peut n'avoir qu'une réponse

collective. Ça permet aussi de mieux se structurer et de moins s'épuiser donc au niveau individuel, c'est plus satisfaisant. » (Med8)

- *« Oui je pense que c'est des professionnels de santé qui se réunissent et qui réfléchissent à divers sujets dont les soins non programmés, c'est un axe majeur des actions de la CPTS. Et oui je pense qu'ils peuvent améliorer l'action sur le territoire. Comme ils connaissent le territoire et connaissent les défauts du territoire ils peuvent plus facilement mettre en place des actions ciblées et efficaces je pense. » (Med11)*

Cependant, certains participants exprimaient des réserves quant à l'efficacité et à la pertinence des CPTS dans la gestion des SNP. Ils remettaient en question leur capacité à répondre aux besoins des patients et soulignaient les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ces structures. Les participants craignaient que le temps de coordination au sein des CPTS se fasse au détriment du temps de consultation :

- *« Pour moi c'est un peu biaisé quoi. Pour moi soit ça va être des regroupements de professionnels, de paramédicaux, ça c'est sûr ça va être plutôt bien. Pour les soins non programmés vraiment médicaux pour moi non. Je ne sais pas quoi vous dire sur les CPTS, c'est un sujet qui ne m'a pas trop passionné, et que je devrais développer plus. » (Med6)*
- *« Alors peut être échanger sur des pratiques et harmoniser des pratiques oui ça peut être un rôle d'une CPTS mais je trouve qu'il y a beaucoup de blabla et beaucoup d'administratif, beaucoup de choses comme ça » (Med6)*
- *« Donc c'est pour ça que ça n'attire pas trop de médecins. Parce que c'est vrai que je rencontre pas mal de coordinateurs de CPTS qui disent que ça n'attire pas beaucoup les médecins parce qu'en fait il n'y a pas trop d'effectifs et du coup, ça représente pour eux une charge de travail en plus. » (Med9)*
- *« C'est ça oui, c'est le problème de la CPTS. On est tous conscients des problèmes, mais je doute que ce soit en passant 10 heures de réunion ensemble, qu'on arrive à régler le problème des soins non programmés sur la ville. » (Med1)*

DISCUSSION

A. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Les résultats de notre étude fournissent une perspective sur divers aspects de la prise en charge des SNP en médecine générale. Ces résultats révèlent une série de perceptions qui façonnent la façon dont les professionnels de santé interagissent avec les systèmes de soins de santé et les patients.

Nos résultats suggèrent que les médecins généralistes définissent les SNP comme des consultations spontanées et imprévues, couvrant un large éventail de situations médicales allant des urgences graves aux symptômes mineurs.

Cependant, la définition de ce qui constitue une urgence médicale reste un sujet de débat parmi les professionnels de santé. Certains participants soulignaient la nécessité d'une intervention rapide pour prévenir une détérioration de l'état de santé du patient, tandis que d'autres insistaient sur l'importance de prendre en compte la complexité des besoins des patients et la charge de travail des professionnels de la santé. Cette divergence de perspectives souligne la complexité inhérente à la gestion des SNP et met en évidence la nécessité d'approches flexibles et individualisées pour répondre aux besoins de santé des patients.

Les médecins généralistes sont confrontés à des défis organisationnels pour répondre à la demande croissante de SNP, notamment en termes de gestion du temps et de la charge de travail. La mise en place de dispositifs régulateurs, tels que le SAS, était perçue comme une étape importante pour garantir une prise en charge efficace des patients et une utilisation judicieuse des ressources de santé disponibles. Cependant, des réserves subsistent quant à l'efficacité de ces dispositifs, soulignant la nécessité d'une évaluation continue et d'une adaptation des pratiques pour répondre aux besoins évolutifs de la population.

Par ailleurs, les participants reconnaissaient que les attentes des patients peuvent être variées et soulignaient l'importance de répondre à leurs besoins de manière adaptée. Cette approche centrée sur le patient semblait essentielle à l'ensemble des participants.

Enfin, la coordination ville-hôpital ainsi que le rôle des médecins généralistes et des CPTS sont des thèmes transversaux qui reviennent régulièrement dans nos résultats. Une meilleure coordination entre les différents acteurs du système de santé est essentielle pour garantir une prise en charge efficace des SNP. Les médecins jouent un rôle central dans cette coordination, tandis que les CPTS sont perçues comme des structures clés pour améliorer l'organisation et la coordination des SNP au niveau local.

B. COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

L'étude suggère que les représentations des médecins généralistes concernant les SNP révèlent une perception de surcharge et de contrainte organisationnelle, en lien avec la gestion de cette demande croissante. Ces résultats retrouvent des similitudes avec plusieurs études, notamment celles menées au Royaume-Uni, où des généralistes évoquaient une pression accrue dans la prise en charge des SNP, en raison d'un déséquilibre entre l'offre et la demande de soins (46).

En France, une thèse du Dr T.Mathies sur les SNP montre que les généralistes percevaient cette demande comme un facteur de désorganisation de leur activité quotidienne, rejoignant ainsi nos résultats (41).

De plus, une enquête menée par la DRESS soulignait que 8 médecins généralistes sur 10 s'organisaient pour gérer quotidiennement les SNP, mais que cette tâche était souvent perçue comme chronophage, reflétant des perceptions semblables à ceux de l'échantillon de médecins franciliens étudiés (39).

Les résultats corroborent également des données issues de rapports français sur l'évolution des SNP, qui soulignaient la nécessité d'une meilleure articulation entre les soins de ville et les urgences hospitalières pour améliorer l'efficacité du système de santé (32,35).

C. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Les limites de cette thèse incluent l'utilisation de la méthode de recrutement en boule de neige, qui peut introduire une homogénéité dans les réponses recueillies. Le chercheur ayant mené l'analyse était débutant, ce qui a pu influencer la profondeur des interprétations. De plus, le fait que les entretiens aient été conduits par une autre personne que l'auteur a pu affecter la compréhension des nuances dans les discours. Certains entretiens enregistrés et retranscrits ont également été perdus, ce qui a empêché leur inclusion dans l'analyse.

Cependant, la thèse présente aussi des forces. Elle respecte les critères de la grille COREQ, assurant une rigueur dans le processus de recherche. De plus, une triangulation des données a été réalisée, ce qui renforce la validité des résultats, même si elle a été effectuée par un chercheur en début de parcours.

Notons également que la réalisation d'un échantillonnage raisonné, la participation d'une sociologue au recrutement et à l'analyse des données, la participation de plusieurs étudiants et la participation récurrente de chercheurs extérieurs à l'analyse de données a aussi aidé à une meilleure triangulation.

La participation de plusieurs chercheurs à la création du guide d'entretien initial et le fait de l'avoir testé renforce également notre étude.

La durée des entretiens a aussi favorisé une discussion nuancée et détaillée, renforçant la qualité des données collectées.

D. PERSPECTIVES

1. Recommandations pour la recherche

Plusieurs recommandations pour orienter la recherche sur les SNP en médecine générale peuvent être retenues :

- Mener des études longitudinales pour suivre l'évolution des pratiques et perceptions des professionnels de santé, ainsi que les attentes et expériences des patients.
- Explorer les différences régionales dans la gestion des SNP pour mieux comprendre les besoins des populations et concevoir des interventions adaptées.
- Approfondir la recherche sur les dispositifs de régulation des SNP, tels que le SAS et les CSNP, en évaluant leur efficacité et l'impact sur la qualité des soins.
- Examiner l'utilisation de la télémédecine dans le cadre des SNP pour évaluer leur efficacité et acceptabilité.
- Compléter l'étude actuelle par une recherche sur les représentations des patients afin d'obtenir une perspective plus complète. (46)
- Encourager la collaboration entre chercheurs, professionnels de santé, patients et décideurs pour identifier des solutions aux besoins de santé de la population.

2. Applications pratiques pour les professionnels de la santé

Plusieurs implications pratiques peuvent être retenues :

- Promouvoir la coordination et la collaboration entre acteurs de santé, notamment avec les CPTS, en utilisant efficacement les dispositifs de régulation des SNP.
- Être attentifs aux attentes des patients, fournir des informations claires sur l'offre de SNP de leur territoire.
- S'ouvrir aux nouvelles technologies et innovations, comme la télémédecine, pour améliorer l'accès et la qualité des soins.

CONCLUSION

Cette étude a examiné les représentations des professionnels de santé sur les soins non programmés en médecine générale. L'analyse des entretiens a révélé dix thèmes principaux, illustrant divers aspects de ce domaine.

Tout d'abord, les notions et définitions des SNP ont été examinées, révélant une compréhension commune de ces consultations médicales imprévues et spontanées. Ensuite, la notion d'urgence a mis en lumière la complexité de sa définition et les défis qu'elle pose. La prise en charge des demandes de soins non programmés a souligné l'importance d'offrir des soins adaptés aux besoins des patients. Les dispositifs régulateurs ont été abordés, avec des avis partagés sur leur efficacité.

L'évaluation de l'offre de soins non programmés a révélé des difficultés à répondre à la demande croissante. L'utilisation de la télémédecine a été discutée comme une option possible, bien que son efficacité soit encore débattue. Enfin, le rôle des médecins généralistes et la coordination entre la ville et l'hôpital sont essentiels pour gérer ces soins.

En somme, cette thèse explore les représentations des soins non programmés, offrant des perspectives pour améliorer leur prise en charge et mieux répondre aux besoins des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Richardson F, Donnelly P, Lester C. Emergency care in general practice. *BMJ* 1995;310(6991):1409.
2. World health organization. Tools for strengthening emergency care systems. WHO 2019.
3. Patiño AM, Chen J, DeVos EL, Lee JA, Anderson K, Banks M, *et al.* Emergency Medicine Around the World: Analysis of the 2019 American College of Emergency Physicians International Ambassador Country Reports. *J Am Coll Emerg Physicians Open* 2022.
4. Druais PL. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé. Ministère du travail, de la santé et des solidarités 2015.
5. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, editors. Building primary care in a changing Europe: Case studies. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies 2015.
6. Chevillot D, Zamord T, Durieux W, Gay B. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde. *Santé Publique* 2021;33.
7. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
8. Conlon C, Nicholson E, Rodríguez-Martín B, O'Donovan R, De Brún A, McDonnell T, *et al.* Factors influencing general practitioners decisions to refer Paediatric patients to the emergency department: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Fam Pract* 2020;21.
9. Gilbert A, Diep AN, Boufraioua M, Pétré B, Donneau AF, Ghuysen A. Patients' self-triage for unscheduled urgent care: a preliminary study on the accuracy and factors affecting the performance of a Belgian self-triage platform. *BMC Health Serv Res* 2022;22:1199.
10. Cioe-Pena E, Fling N. Emergency Services Rapid Assessment Tool in San Salvador, El Salvador. *Prehospital Disaster Med* 2017;32:S59.
11. Cowling TE, Cecil EV, Soljak MA, Lee JT, Millett C, Majeed A, *et al.* Access to Primary Care and Visits to Emergency Departments in England: A Cross-Sectional, Population-Based Study. *PloS One* 2013;8.
12. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, *et al.* Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting « same day » consultations in primary care. *BMJ* 2000;320:1043-8.

13. Sax DR, Warton EM, Mark DG, Vinson DR, Kene MV, Ballard DW, *et al.* Evaluation of the Emergency Severity Index in US Emergency Departments for the Rate of Mistrriage. *JAMA Netw Open* 2023;6.
14. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502.
15. Roland M, Guthrie B, Thomé DC. Primary medical care in the United kingdom. *J Am Board Fam Med* 2012;25:S6-11.
16. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327:1219-21.
17. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018;8.
18. Checkland K, Harrison S, McDonald R, Grant S, Campbell S, Guthrie B. Biomedicine, holism and general medical practice: responses to the 2004 General Practitioner contract. *Sociol Health Illn* 2008;30:788-803.
19. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. L'accès aux soins de premier recours en Europe. Éléments de présentation. *Rev Fr Aff Soc.* 2006;(2-3):121-39.
20. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013;3.
21. Leprohon J, Patel VL. Decision-making strategies for telephone triage in emergency medical services. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak.* 1995;15:240-53.
22. McKinlay JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. *Int J Health Serv Plan Adm Eval* 2002;32:379-416.
23. Cowling TE, Cecil EV, Soljak MA, Lee JT, Millett C, Majeed A, *et al.* Access to primary care and visits to emergency departments in England: a cross-sectional, population-based study. *PloS One* 2013;8.
24. Underdahl L, Ditri M, Duthely LM. Physician Burnout: Evidence-Based Roadmaps to Prioritizing and Supporting Personal Wellbeing. *J Healthc Leadersh* 2024;16:15-27.
25. Scantlebury A, Adamson J, Salisbury C, Brant H, Anderson H, Baxter H, *et al.* Do general practitioners working in or alongside the emergency department improve clinical outcomes or experience? A mixed-methods study. *BMJ Open* 2022;12.
26. Balla J, Heneghan C, Thompson M, Balla M. Clinical decision making in a high-risk primary care environment: a qualitative study in the UK. *BMJ Open* 2012;2.
27. Agence Régionale de Santé d'Ile de France. Renforcer l'accès aux soins en Île-de-France : point d'étape à fin 2018. Saint Denis : ARS Ile-de-France, 2019.

28. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2003.
29. Service-public.fr. Service d'aide médicale urgente (SAMU). [En ligne]. <https://lannuaire.service-public.fr/ile-de-france/paris/5f210882-7b1b-44da-84f3-01645d3e59ec>. [Consulté le 19 février 2024].
30. Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. *Santé Publique* 2005;17:233-40.
31. Jean-Pierre E. Organisation de la permanence des soins. Quelle méthodologie pour définir une sectorisation optimale dans un département, l'exemple du Loiret. *Mémoire de santé publique : ENSP Rennes*, 2003.
32. Mesnier T, Organiser les soins non programmés dans les territoires. Ministère des solidarités et de la santé 2018.
33. Société Française de Médecine d'Urgence. Des structures d'urgence plus nombreuses en 2021, pour la première fois depuis 10 ans. Paris : SFMU, 2023.
34. Georges-Tarragano C, Pierru F, Tapié De Celeyran F *et al.* Surcharge et engorgement des urgences : la réponse durable du modèle des Pass. Paris : Les Tribunes de la santé, 2013:87-95.
35. Cours des comptes. Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. Paris : Cours des comptes, 2014.
36. Cours des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. Paris : cours des comptes, 2019.
37. Mauro L, Vertueux G. Résultats du questionnaire patients - le parcours avant l'arrivée aux Urgences. Drees 2014.
38. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Drees 2007;607.
39. Chaput H, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P, Bournot J-F *et al.* Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. Drees 2020;1138.
40. Chasles V, Denoyel A, Vincent C. La démographie médicale en France, le risque des déserts médicaux. L'exemple de la Montagne ardéchoise. *Géoconfluences* 2013.
41. Mathies T. Enquête sur les délais de rendez-vous pour soins non programmés en médecine générale libérale en Sarthe. Thèse de doctorat de Médecine Générale : Université de Médecine d'Angers, 2018.
42. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er janvier 2021. Conseil national de l'ordre des médecins 2021.

43. Stagnara J, Vermont J, Duquesne A, Atayi D, De Chabanolle F, Bellon G. Urgences pédiatriques et consultations non programmées : enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. Archives de Pédiatrie 2004;11:108-14.
44. Collet M, Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. Dress 2008;(625).
45. Mulliez S. Maisons médicales de garde et urgences hospitalières : le réseau de permanence des soins non programmés Béziers Méditerranée. Mémoire de l'École nationale de la santé publique : Rennes, 2004.
46. Chevallier F, Chambrion C, Vionnet Fuasset J, De Smedt S, Lebreton J, Boisnault P. État des lieux des soins non programmés en soins primaires. Une étude descriptive prospective dans le Vexin. Santé publique 2024;36.

Certains passages ont été générés par l'ia et ont été relu et vérifiés par l'auteur.

ANNEXES

III. Annexe 1 : Liste des tableaux et figures

Tableau 1: Description des médecins interrogés 17

Figure 2: Grille Coreq® 33

Figure 3: Arbre de codage 34

Figure 4: Matrice SWOT 35

IV. Annexe 2 : grille COREQ

L'échelle COREQ, présenté en figure 2, est un outil méthodologique destiné à identifier de manière standardisée les éléments clés et caractéristiques d'une étude qualitative.

Figure 2 : grille COREQ

Sujet	Item No.	Guide questions/Description	Numéro de page indiqué
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion			
<i>Caractéristiques personnelles</i>			
Enquêteur/animateur	1	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Mme Giorgetti (sociologue)
Titres académiques	2	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD	absence de titres
Activité	3	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne de médecine générale
Genre	4	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Homme
Expérience et formation	5	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	inexpérience
<i>Relation avec les participants</i>			
Relation antérieure	6	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
Connaissances des participants	7	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	Thème de la recherche
Caractéristiques de l'enquêteur	8	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	thème de la recherche
Domaine 2 : Conception de l'étude			
<i>Cadre théorique</i>			
Orientation méthodologique et t	9	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	Théorisation ancrée
<i>Sélection des participants</i>			
Echantillonnage	10	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	échantillonnage raisonné
Prise de contact	11	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	SMS
Taille de l'échantillon	12	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	22
Non-participation	13	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	0
<i>Contexte</i>			
Cadre de la collecte de données	14	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	Domicile
Présence de non-participants	15	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	non
Description de l'échantillon	16	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	cf pages 16-17
<i>Recueil des données</i>			
Guide d'entretien	17	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	oui
Entretiens répétés	18	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
Enregistrement audio/visuel	19	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	enregistrement audio et visuel
Cahier de terrain	20	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	non
Durée	21	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	1h41 en moyenne
Seuil de saturation	22	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
Retour des retranscriptions	23	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Oui
Domaine 3: analyse et résultats			
<i>Analyse des données</i>			
Nombre de personnes codant les	24	Combien de personnes ont codé les données ?	1
Description de l'arbre de codage	25	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	oui
Détermination des thèmes	26	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	déterminés à partir des données
Logiciel	27	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Maxqda*
Vérification par les participants	28	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
<i>Rédaction</i>			
Citations présentées	29	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Oui
Cohérence des données et des r	30	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
Clarté des thèmes principaux	31	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
Clarté des thèmes secondaires	32	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Non

Source : Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19:349-57

V. Annexe 3 : Entretiens

Cf cd.

VI. Annexe 4 : Arbre de codage

Figure 3 : Arbre de codage

(Vert : unités de sens ; jaune : propriétés ; rouge : thèmes)



VI. Annexe 5 : Matrice SWOT

Figure 4 : matrice SWOT

	Positif	Négatif
Origines internes	FORCES <ul style="list-style-type: none"> - Richesse des entretiens - Connaissance et expérience des participants sur les SNP - Pluralité et diversité des opinions et définitions des SNP - Avis diversifiés sur les stratégies mises en place pour améliorer l'accès au SNP 	FAIBLESSES <ul style="list-style-type: none"> - Confusion autour de la notion d'urgence et SNP - Sur-représentation de participants libéraux (vs salarié)
Origines externes	OPPORTUNITES <ul style="list-style-type: none"> - Développement de la télémédecine - Structuration des soins par les CPTS - Renforcement de la coordination ville hôpital - Amélioration de la connaissance des offres de soins disponibles 	MENACES <ul style="list-style-type: none"> - Risque de surcharge des dispositifs de régulation - Inégalités territoriales d'accès aux soins non programmés

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Les SNP sont définis comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Ils sont un problème de santé publique depuis plusieurs années, avec l'augmentation des passages aux urgences depuis 1990. Les médecins généralistes gèrent une part de cette demande. Cependant, leur offre de soins semble saturée. Des études montrent une divergence de point de vue entre usagers et soignants, ce qui rend nécessaire d'explorer les représentations des médecins généralistes à ce sujet.

L'étude s'intéresse aux représentations des médecins généralistes sur les SNP en Île-de-France.

MÉTHODE

L'étude adoptait une approche qualitative inspirée de la théorisation ancrée via des entretiens semi-dirigés réalisés par visioconférence sur des médecins généralistes d'Île-de-France. Un échantillonnage raisonné a été réalisé. L'analyse a été faite via le logiciel MAXQDA®.

RÉSULTATS

Les médecins généralistes voient les SNP comme des consultations imprévues liées à des urgences médicales ou des exacerbations de maladies chroniques. Ils soulignent l'importance de les organiser en hiérarchisant les demandes. Certains jugent les dispositifs de régulation, comme le SAS, nécessaires, mais leur efficacité est discutée. Les attentes des patients, souvent jugées trop élevées, soulignent le besoin d'une meilleure information. La télémédecine suscite des opinions partagées, et la coordination ville-hôpital est cruciale, même si la mise en œuvre des CPTS divise les praticiens.

CONCLUSION

L'exploration des représentations des SNP en médecine générale met en lumière les enjeux et les possibilités de ce secteur. Elle propose des pistes pour améliorer la prise en charge et répondre aux besoins des patients. Il est crucial de poursuivre les recherches pour mieux comprendre les tendances émergentes et identifier les meilleures pratiques afin d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins non programmés.

MOTS CLÉS

Mots clés : Médecin généraliste ; Soins non programmés ; Coordination des soins ; Organisation des SNP ; Représentation des SNP en médecine générale.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Unscheduled cares are defined as those that respond to a perceived urgency but do not require medical emergency care or treatment by hospital emergency services. They have been a public health issue for several years, with an increase in emergency department visits since 1990. General practitioners manage a portion of this demand; however, their capacity appears to be saturated. Studies indicate a divergence of views between patients and healthcare providers, highlighting the need to explore the representations of general practitioners on this topic. This study focuses on the representations of general practitioners regarding unscheduled care in the Île-de-France region.

METHODS

The study employed a qualitative approach inspired by grounded theory, using semi-structured interviews conducted by videoconference with general practitioners in Île-de-France. Purposeful sampling was implemented, and the analysis was conducted using MAXQDA® software.

RESULTS

General practitioners perceive Unscheduled care as unforeseen consultations related to medical emergencies or exacerbations of chronic illnesses. They emphasize the importance of organizing these visits by prioritizing requests. Some consider regulatory mechanisms, such as the Service d'accès aux soins (SAS), necessary, though their effectiveness is debated. Patients' expectations, often seen as too high, underscore the need for better public information. Telemedicine elicits mixed opinions, and coordination between primary care and hospitals is crucial, even as the implementation of local health communities (CPTS) divides practitioners.

CONCLUSION

Exploring representations of unscheduled care in general practice sheds light on the challenges and opportunities within this sector. It suggests ways to enhance care delivery and address patient needs. Continued research is essential to better understand emerging trends and identify best practices to improve the quality and accessibility of unscheduled healthcare services.

Key words MeSH : General Practitioner; health services research, Healthcare workers, Perception, Experiences, Survey, Health services accessibility,

Key words : Unscheduled Care ; Care Coordination ; Organization of Unscheduled Care ; Representation of Unscheduled Care in General Practice ; Perception on healthcare's organization