Année 2023 / 2024 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

Chaïma BAHANI-EL KHADIRI

Née le 19/12/1994 à Gien (45)

ANALYSE DU RESSENTI DU PATIENT QUANT A LA PRISE EN CHARGE PAR LE BINOME INFIRMIERE-MEDECIN EN SOINS NON PROGRAMMÉS DANS LE CADRE D'UNE EXPERIMENTATION ARTICLE 51

Présentée et soutenue publiquement le **21/05/2024** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatre, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Thomas MOUMNEH, Médecine d'Urgence, MCU-PH, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Pascal GORIN, Médecine Générale - Orléans

Directeur de thèse : Docteur Naima BOURAKI, Médecine Générale - Orléans

RÉSUMÉ

ANALYSE DU RESSENTI DU PATIENT QUANT A LA PRISE EN CHARGE PAR LE BINÔME INFIRMIERE-MEDECIN EN SOINS NON PROGRAMMÉS DANS LE CADRE D'UNE EXPERIMENTATION ARTICLE 51

Introduction : Depuis des décennies, on note en France une diminution de l'offre médicale en soins primaires et une augmentation des besoins en raison de multiples facteurs démographiques, épidémiologiques et politiques. En particulier, la demande de soins non programmés a explosé ces 20 dernières années. Dans le cadre de l'article 51 deux MSP de l'agglomération orléanaise expérimentent une nouvelle façon de traiter les soins non programmés. Une collaboration entre infirmière et médecin permet de les prendre en charge tous les après-midis en binôme, et cette coopération permet de traiter plus de 20% de SNP en plus.

Objectif : Analyser le ressenti du patient quant à cette prise en charge inédite.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi dirigés a été menée auprès de 12 patients ayant été pris en charge en SNP par le binôme infirmière médecin entre mai 2023 et septembre 2023. Une analyse thématique a été réalisée.

Résultat : Les patients soulignent un enthousiasme concernant les délais de rendez-vous, la réactivité, et la disponibilité du système. Par ailleurs, les patients déclarent avoir une réponse à leur problématique avec une fluidité de prise en charge notable. Cette fluidité a pu être perçu par certain comme un système un peu expéditif. La présence de l'infirmière a été perçu comme tout à fait naturelle et sa présence n'a pas suscité de mécontentement. Le professionnalisme et l'empathie des infirmières ont été appréciés par tous les participants.

Conclusion : Le ressenti global des patients vis-à-vis de la nouvelle gestion des urgences est plutôt très positive. L'expérimentation arrivant à son terme. Les modalités de la pérennisation du projet sont actuellement en discussion.

Mots clés : Soins non programmés, binôme infirmière-médecin, article 51, analyse qualitative

ABSTRACT

ANALYSIS OF THE PATIENT'S PERCEPTION REGARDING THE CARE PROVIDED BY THE NURSE-PHYSICIAN TEAM IN UNPLANNED CARE WITHIN THE FRAMEWORK OF AN ARTICLE 51 EXPERIMENT

Introduction: For decades, France has witnessed a decline in primary healthcare provision and an increase in demand due to various demographic, epidemiological, and policy factors. Particularly, the demand for unscheduled care has surged over the past 20 years. Under Article 51, two Multidisciplinary Health Centers (MHCs) in the Orleans metropolitan area are experimenting with a novel approach to managing unscheduled care. A collaboration between nurses and physicians enables them to jointly manage these cases every afternoon, resulting in an additional 20% of unscheduled care cases being handled.

Objective: To analyze patients' perceptions of this innovative care approach.

Method: A qualitative study using semi-structured interviews was conducted with 12 patients who received care for unscheduled cases from the nurse-physician duo between May 2023 and September 2023. Thematic analysis was performed.

Results: Patients expressed enthusiasm regarding appointment scheduling, responsiveness, and availability of the system. Additionally, they reported receiving timely solutions to their issues with a noticeable smoothness in care delivery. However, some patients perceived this smoothness as somewhat rushed. The presence of the nurse was perceived as natural, and the involvement of this third party did not evoke discontent. The professionalism and empathy of nurses were appreciated by all participants.

Conclusion: Overall, patients have a very positive perception of the new emergency management approach. As the experiment comes to an end, discussions are underway regarding the modalities for sustaining the project.

Keywords: Unscheduled care, nurse-physician duo, Article 51, qualitative analysis

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

****

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - *1966-1972*
Pr André GOUAZE (†) - *1972-1994*
Pr Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*
Pr Dominique PERROTIN – *2004-2014*

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE - A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....Cardiologie
APETOH Lionel .....Immunologie
AUPART Michel.....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....Cardiologie
BACLE Guillaume.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David .....Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle .....Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien .....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....Cardiologie
BERNARD Louis .....Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ....Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....Urologie
BUCHLER Matthias.....Néphrologie
CAILLE Agnès .....Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent .....Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....Thérapeutique
DESMIDT Thomas .....Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....Anatomie
DI GUISTO Caroline .....Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan .....Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent .....Cardiologie
FOUGERE Bertrand .....Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....Rhumatologie
GUERIF Fabrice .....Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge .....Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....Thérapeutique
HANKARD Régis.....Pédiatrie
HERAULT Olivier .....Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....Physiologie
LABARTHE François .....Pédiatrie
LAFFON Marc .....Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....Pneumologie
MARRET Henri.....Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....Pédiatrie
MOREL Baptiste.....Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....Rhumatologie
ODENT Thierry.....Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....Physiologie
REMERAND Francis.....Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....Génétique
VELUT Stéphane.....Anatomie
VOURC'H Patrick.....Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....Médecine interne
BISSON Arnaud.....Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul.....Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie
HOARAU Cyrille.....Immunologie
KERVARREC Thibault.....Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....Dermatologie
LEFORT Bruno.....Pédiatrie
LEJEUNE Julien.....Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien.....Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....Bactériologie
TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....Médecine Générale
MOLINA Valérie.....Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....Médecine Générale
RUIZ Christophe.....Médecine Générale
SAMKO Boris.....Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie .....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice .....Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric .....Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie .....Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William .....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha .....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille .....Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud .....Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale
BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale
LAMANDE Marc .....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie
BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
EL AKIKI Carole .....Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid .....Orthophoniste
IMBERT Mélanie .....Orthophoniste
SIZARET Eva .....Orthophoniste

Pour l'orthoptie
BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes

de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité
dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

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

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

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

REMERCIEMENTS

Au Professeur Vincent CAMUS,
Pour me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie de l'intérêt porté à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération.

Au Docteur MOUMNEH Thomas,
Pour avoir accepté de juger mon travail. Votre avis d'urgentiste est un atout pour notre discussion. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération.

Au Dr Pascal GORIN,
Pour avoir accepté de juger mon travail. Merci pour ce que tu m'as transmis pendant ces six mois de stage à tes côtés. Merci de me faire l'honneur de venir juger mon travail.

Au Dr Naima BOURAKI,
Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour ton accompagnement pour ce travail et tout le reste. Merci d'avoir été une MSU bienveillante et pédagogue. Je suis ravie d'avoir appris à tes cotés le métier de médecin généraliste et de continuer le chemin avec toi.

A Josefa DELGADO,
Merci pour ton accompagnement et ton aide.

A toute l'équipe de la MSP Liliane COUPEZ, merci pour votre bonne humeur !

A Maimouna et Shaymaa mes fidèles amies. Vous avez ensoleillé ces longues années d'études !

A mes sœurs **Soumaya, Zaïnab et Hajar** et à mon frère **Issam.**
Merci d'être comme vous êtes.

A ma belle-famille, qui m'a accueilli comme l'une des leurs depuis le premier jour. Vous êtes devenu ma famille.
Tendrement.

A mes parents, jamais je n'aurai réalisé ce rêve sans vous. Merci pour l'éducation que vous m'avez donnée. J'espère avoir comblé vos attentes et que ce travail vous rendra fier.

A mon papa, merci de m'avoir transmis cet amour du savoir et de l'apprentissage. Merci pour ta façon de tout dédramatiser. Merci d'avoir été le premier à avoir cru en moi, et de m'avoir soutenu particulièrement pendant l'étape si difficile qu'est la PACES.

A ma maman, merci pour tout ce que tu as fait pour moi et ce que tu continues de faire. Merci d'être une si bonne maman et une grand-mère formidable pour mon fils, c'est le plus beau cadeau que tu puisses me faire.

A Omar, mon mari, qui m'accompagne au quotidien de la plus belle façon qui soit. Merci de rester ma certitude au milieu du doute, et ma lumière dans l'obscurité.
Merci pour ton soutien, ton amour et ton humour.
Merci pour ton enthousiasme au quotidien pour ce travail et tout ce que j'entreprends ; Un paragraphe n'est pas suffisant pour exprimer le bonheur que c'est de partager ta vie.
Merci pour ce que nous avons construit ensemble et merci d'être le père que tu es.
Puisse notre famille continuer à s'agrandir.
Amoureusement.

A Ayoub, mon fils, mon trésor.
Tu es devenu ma raison d'être. Merci de me donner autant de bonheur.
Tout ce que je fais c'est pour toi ma merveille !
Tendrement.

A tout le reste de ma famille.
A tous les médecins et patients que j'ai croisé et qui ont fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACI	**Accord conventionnel interprofessionnel**
ACO	**Acountable care organization**
ALD	**Affection longue durée**
AME	**Aide médicale d'état**
AMU	**Aide médicale urgente**
ASALEE	**Action de santé libérale en équipe**
ARS	**Agence régional de santé**
BPCO	**Bronchopneumopathie chronique obstructive**
CAF	**Caisse d'allocations familiales**
CHRO	**Centre hospitalier régional d'Orléans**
CMU C	**Couverture maladie universelle complémentaire**
CNILL	**Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés**
CNOM	**Conseil national de l'ordre des médecins**
CPTS	**Communautés professionnelles territoriales de santé**
DRESS	**Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des Statistiques**
EPS	**Équipe de soins primaires**
FISS	**Fonds pour l'innovation du système de santé**
GIP IRDES	**Groupement d'intérêt public – institut de recherche et documentation en économie de santé**
HAS	**Haute autorité de santé**
HPST	**Hôpital Patient Santé Territoire**
IDE	**infirmière diplômé d'état**
INSSEE	**L'Institut national de la statistique et des études économiques**
IP	**Infirmière praticienne**
IPA	**Infirmière de pratique avancée**
IPEP	**Incitation à la prise en charge partagée**
MSP	**Maison de santé pluridisciplinaire**
OMS	**Organisation mondial de la santé**
PEC	**Prise en charge**
PDSA	**Permanence de soins ambulatoires**
QPV	**Quartier prioritaire de la ville**
RNI	**Recherche non interventionnelle**
SAS	**Services d'accès aux soins**
SNP	**Soins non programmés**
SMUR	**Service mobile d'urgence et de réanimation**
SSP	**Soins de santé primaire**
SSR	**Soins de suite et réadaptation**
UFR	**Unité de de formation de recherche**

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ 2
ABSTRACT 3
SERMENT D'HIPPOCRATE 9
REMERCIEMENTS 10
LISTE DES ABREVIATIONS 12
INTRODUCTION 16
I) Préambule 16
II) Contexte actuel : Une pénurie médicale globale en France et une répartition hétérogène du soin 17
Le numérus clausus (NC) : 17
La liberté d'installation : 18
La féminisation de la profession : 18
Le vieillissement de la population médicale : 18
Les changements des pratiques des nouveaux médecins : 18
Le vieillissement de la population 19
III) Les soins primaires 19
Définition des soins primaires : 19
Une réorganisation des soins primaires en réponse à des évolutions structurelles, démographiques et économiques : 20
Les politiques de réorganisation des soins primaires 21
IV) La diminution inquiétante du nombre de médecins généralistes depuis 2010 22
V) Les Soins non programmés et la place du médecin généraliste dans leur gestion 24
VI) La différence entre les SNP et les urgences 25
VII) La subtilité entre les SNP et la permanence des soins ambulatoires 26
VIII) Le SAS et sa mise en place à Orléans 26
IX) Les différentes structures de soins disponibles pour la patientèle Orléanaise : 29
X) Bilan de la situation : 30
XI) Le projet article 51 de deux MSP à Orléans 30
Caractéristiques territoriales et populationnelles : 30
L'article 51 31
L'expérimentation IPEP 32

Description de l'expérimentation : 32
Le retour d'expérience des infirmières : 34
Le retour d'expérience des médecins : 35
MATERIEL ET METHODE 35
I) Type d'étude 35
II) Population étudiée 35
III) Méthode de recrutement 36
IV) Recueil des données 36
V) Analyse des données 36
VI) Éthique et réglementaire 36
RESULTATS 37
I) Les caractéristiques de l'échantillon et des entretiens 37
II) Déroulement de la consultation selon le patient : 37
La prise de RDV 38
La connaissance du dispositif 38
L'accueil 40
Le contenu de la consultation : 40
Répartition du temps entre infirmière et médecin 40
La réponse à leur demande de soins 41
III) Les forces de ce nouveau modèle de consultation selon le patient 42
L'intérêt du dispositif selon les patients 42
Le délai de rdv 43
La disponibilité 43
L'accès au dossier médical du patient par l'équipe de SNP 43
Une fluidité ou rapidité selon les perceptions 44
IV) La place de l'infirmière dans la consultation : 46
L'avis sur la présence de l'infirmière : 46
Effet de surprise plutôt positif pour certains : 47
Des patients déjà habitués au travail pluridisciplinaire 47
Les avantages de la présence de l'infirmière pour les patients 48
Interrogation de certains patients sur l'intérêt de la présence de l'infirmière 50
V) Les limites évoquées par les patients 51
Un dispositif adapté à un certain type de consultation 51
Une réticence pour l'examen des enfants 51
VI) Les alternatives évoquées : 52

VII) Les difficultés organisationnelles : 53
DISCUSSION 54
I) Principaux résultats : 54
II) Les forces et les faiblesses de ce travail 55
III) Comparaison aux données de la littérature 56
Le Projet IPEP inspiré par le mode de financement des ACO (Acountable care organizations) américains 56
L'émergence d'un nouveau statut celui de l'infirmière en soins primaires 58
Le travail interprofessionnel en SNP dans les autres pays 59
CONCLUSION 61
BIBLIOGRAPHIE 62
RÉSUMÉ 69

INTRODUCTION

I) Préambule

Depuis une vingtaine d'années, l'expression « désert médical » est de plus en plus fréquente dans les médias et dans le débat public, traduisant une inquiétude grandissante de la population concernant l'accès aux soins. En effet, l'accès aux soins de premier recours, devenu très inégalitaire sur l'ensemble du territoire français, est actuellement une priorité pour les pouvoirs publics. (1)

Depuis le début des années 2000, la densité médicale ne cesse de diminuer, entraînant des difficultés majeures à répondre aux demandes de soins des Français. **La région Centre-Val de Loire est en tête de cette carence, avec la densité médicale la plus faible selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). (2)(3)**

Mon travail porte sur la gestion des soins non programmés (SNP), une nouvelle formulation qui évoque les demandes urgentes des patients en cabinet de ville. Les SNP constituent une préoccupation majeure pour le système de santé français et sont l'un des enjeux du plan « Ma Santé 2022 ». Ils représentent une part croissante de la médecine de ville et sont un maillon essentiel du système de santé. Leur gestion exerce une influence globale sur l'ensemble du système de santé français. (4)

Dans un contexte de crise sanitaire, la MSP Liliane Coupez à Orléans et la MSP de la Présentation à Fleury-les-Aubrais expérimentent depuis fin 2019 une nouvelle manière de gérer ces SNP. Infirmières et médecins de la structure travaillent à tour de rôle en binôme les après-midis du lundi au vendredi pour recevoir les SNP. Il s'agit d'une prise en charge novatrice par un binôme infirmière-médecin, en vertu de l'article 51, visant à répondre à la demande croissante des SNP des patients de la structure, en assurant une consultation de qualité.

Les professionnels de santé de la MSP sont unanimes : médecins et infirmières sont satisfaits de ce nouveau dispositif ! Les médecins se réjouissent de pouvoir répondre davantage aux demandes de manière efficace et sans s'épuiser, grâce au soutien des infirmières qui s'épanouissent pleinement dans ce nouveau rôle valorisant leur savoir-faire.

Dans l'idée d'être en phase avec les besoins des patients, il est évident que leur point de vue jouera un rôle primordial dans l'évolution et la pérennisation de l'expérimentation. L'objectif de cette thèse est d'évaluer le ressenti du patient quant à cette prise en charge nouvelle.

II) Contexte actuel : Une pénurie médicale globale en France et une répartition hétérogène du soin

La pénurie de médecins constitue un problème majeur de santé publique en France. Malgré l'augmentation du nombre de médecins formés au cours des vingt dernières années, les départs en retraite et le vieillissement de la population médicale ne sont pas compensés, creusant ainsi les inégalités d'accès aux soins et contribuant à l'émergence de déserts médicaux, définis comme des zones géographiques où l'accès aux soins est compromis en raison d'une pénurie de professionnels de santé (au sens large). (4)

La médecine générale est particulièrement touchée par ce fléau, avec 83 % du territoire qui serait sous-doté. (4)

En 2016, la densité de médecins, c'est-à-dire le nombre de médecins en activité pour 100 000 habitants, est en moyenne de 360 dans les pays de l'Union européenne. La France, avec une densité de 310 médecins pour 100 000 habitants, se situe en dessous de cette moyenne. (5)

Selon une étude de la DRESS en mars 2021, cette densité est passée à 318 médecins pour 100 000 habitants, révélant cependant un problème majeur d'homogénéité entre régions et entre généralistes et spécialistes.

Par exemple, les régions Nouvelle-Aquitaine et Paca affichent une densité de généralistes de 161 pour 100 000 habitants, contre 110 dans le Centre-Val de Loire. (6)

Cette situation est imputable, entre autres, au numerus clausus qui est resté stable pendant des années. Mis en place en 1971 par crainte d'un excès de médecins, le constat est clair : la stratégie de régulation a échoué. La pénurie actuelle n'a pas été anticipée, et selon Emmanuel Touzé, doyen de l'UFR de l'université de Caen, les conséquences se feront sentir au moins jusqu'en 2030. (4)

Le numérus clausus (NC) :

Comme tout métier, celui de médecin est soumis à la règle de l'offre et de la demande. Si l'offre excède la demande, les médecins risquent de ne plus avoir suffisamment de travail, et le numérus clausus est nait de cette crainte. En 1971, le nombre de médecins était suffisant pour répondre à la demande de soins.

Cependant, après les mouvements contestataires de 1968, les grèves et les manifestations ont conduit à une émancipation des étudiants et à un accès plus facile à l'enseignement supérieur, entraînant une augmentation massive des inscriptions en faculté de médecine, passant de 3000 à 9000 entre 1968 et 1971. Les syndicats de médecins ont alors craint un appauvrissement économique de leur profession, exprimant ces inquiétudes aux autorités politiques. (7)

C'est dans ce contexte que le numerus clausus a été instauré initialement à 8000 médecins formés par an. Les différentes politiques de santé qui ont suivi ont constamment réduit ce numerus, atteignant son niveau le plus bas en 1992 avec 3500 étudiants en deuxième année de médecine. Il est resté stable jusqu'en 1998, moment où le ministre de la Santé a demandé un audit sur le nombre de médecins nécessaires. Les études ont alors montré qu'en dessous de 8000 médecins formés chaque année, le système de santé court à la crise. Ainsi, depuis l'an 2000, le numerus clausus a constamment augmenté jusqu'à sa suppression récente en 2021. (8)

La liberté d'installation :

Le numerus clausus n'est pas le seul responsable de ces déserts médicaux. En raison de la liberté d'installation des médecins, à laquelle ces derniers sont très attachés, et de l'attractivité variable des régions de France, la répartition de l'offre de soins demeure inégale sur le territoire.(1)

La féminisation de la profession :

Par ailleurs la féminisation de la démographie médicale et ses conséquences sur son temps de travail contribue à diminuer l'accès aux soins. Selon le rapport de l'Atlas de la démographie médicale en France, publié par le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), en 2022, les femmes représentent 45,2% des effectifs des médecins inscrits contre 44,6% en 2021 et 38,2% en 2010 marquant ainsi une féminisation notable de la profession. (1)(2)

Le vieillissement de la population médicale :

Selon une étude de la DRESS, la situation va se pérenniser sur plusieurs années avec des projections inquiétantes jusqu'en 2035. En effet, actuellement, un médecin généraliste sur deux a plus de 60 ans, et les futurs départs en retraite seront difficilement compensés. De manière plus précise, selon le CNOM, l'âge moyen des médecins en activité régulière est de 50 ans. Le minimum est observé en Loire-Atlantique et dans le Puy-de-Dôme (46,3 ans), tandis que le maximum est dans le Lot (54,3 ans). (2)

Les changements des pratiques des nouveaux médecins :

Aussi, on peut noter que les attentes des médecins nouvellement formés, ainsi que l'évolution des pratiques, contribuent largement aux inégalités d'accès aux soins. La nouvelle génération de médecins aspire davantage à une pratique mixte et à une meilleure conciliation entre vie privée et vie professionnelle. Les nouveaux médecins ne souhaitent pas consentir aux mêmes sacrifices que leurs prédécesseurs. (10)

Le vieillissement de la population

En début janvier 2019, 20% de la population française était âgée de plus de 65 ans, contre 18% en 2013. Le vieillissement de la population s'accélère, avec une augmentation de la part des plus de 65 ans depuis 30 ans. Les projections de l'INSEE évoquent une croissance continue, atteignant au moins 26% de personnes âgées de plus de 65 ans d'ici 2040. (11)

Ces projections laissent présager une augmentation du nombre de patients en affection de longue durée (ALD), du temps consacré aux visites à domicile et de la durée moyenne des consultations.

Alors que le vieillissement de la population va entraîner une augmentation des besoins, l'offre médicale en France va, quant à elle, continuer de diminuer, notamment en soins primaires. Cette diminution aura des conséquences désastreuses sur l'accès aux soins des patients et sur la qualité des prises en charge. (12)

III) Les soins primaires

Définition des soins primaires :

Les « soins primaires » ou « soins de premier recours » sont définis par l'OMS lors de la conférence d'Alma Ata de 1978 comme étant **le premier niveau de contact des individus avec le système national de santé**. (13)(10)

Cela englobe, entre autres :
- les soins ambulatoires curatifs généraux (consultation avec un médecin ou un paramédical) pour un besoin aigu ou chronique,
- les soins ambulatoires dentaires,
- les soins curatifs à domicile (visites à domicile),
- et les services préventifs (centres de vaccination et de dépistage, par exemple).

En France, cela représente environ 11% des dépenses en santé en 2017. (10)

Bien que, en France, les soins de premier recours soient essentiellement assurés par la médecine libérale, elle n'est pas forcément synonyme de médecine ambulatoire, dans la mesure où certaines spécialités sont présentes en ambulatoire sans relever du premier recours.

Les soins primaires peuvent également être définis comme **un ensemble d'acteurs et de services de soins qui couvrent l'ensemble des besoins de soins de proximité des**

populations. Les médecins généralistes en première ligne, mais aussi les infirmières, les dentistes, les pharmaciens, les sage-femmes, les kinésithérapeutes, les pédiatres et les psychiatres font partie des professions de soins primaires. (14)

Une réorganisation des soins primaires en réponse à des évolutions structurelles, démographiques et économiques :

Depuis le début des années 2000, de nombreuses réformes se succèdent pour remodeler les soins primaires. La réorganisation des soins de proximité a été motivée par les différentes évolutions structurelles et par la souffrance du système de santé, incapable de prodiguer des soins de qualité de manière équitable à toute sa population. (15)

Comme évoqué précédemment, on constate en premier lieu un vieillissement de la population, entraînant une augmentation des patients polypathologiques. Cela se traduit par **une hausse des demandes de consultations** et la nécessité d'une prise en charge coordonnée entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et social. Avec ces besoins croissants, on assiste à un changement de discours, passant de la « pléthore médicale » à celui **du « manque de médecin ». (15)**

Par ailleurs, l'augmentation des dépenses du secteur hospitalier, avec notamment une surcharge des services d'urgences, a poussé le gouvernement à réformer les soins primaires. On parle de **« la crise des urgences ».** En effet, depuis le début des années 1990, le recours aux services d'urgences de l'hôpital ne fait qu'augmenter en France. Deux éléments expliquent cette augmentation : une modification de la consommation des soins par les patients et une diminution de l'offre de soin de premier recours. Les déserts médicaux poussent les populations vers les services d'urgences, devenus la variable d'ajustement d'un système déficient pour la prise en charge de la médecine non programmée. (15)

L'objectif politique de rééquilibrage entre soins ambulatoires et soins hospitaliers, appelé « virage ambulatoire », est lié à plusieurs enjeux majeurs, notamment la prise en charge des soins non programmés en ambulatoire. (15)

Pour les politiques, il s'agit non seulement de renforcer les soins ambulatoires par rapport aux soins hospitaliers, mais aussi de favoriser une coordination des soins pour des raisons de coût, de qualité et de confort. (10)

Cette réorganisation naît aussi et surtout d'une **volonté de réduire les dépenses en santé**, car depuis la fin des années 1970, le déficit de l'assurance maladie se creuse et se pérennise. (16) En effet, un déséquilibre budgétaire s'installe insidieusement en raison d'un affaiblissement de la croissance économique combinée à un manque de maîtrise des dépenses. On note un déficit des comptes de l'Assurance Maladie de 11 millions d'euros annuels entre 2003 et 2004. (17)

Les politiques de réorganisation des soins primaires

En 2004, la réforme « Médecin traitant » incite chaque assuré à s'inscrire auprès d'un médecin traitant de son choix, et celui-ci doit être consulté en priorité pour tout problème qui ne relève pas de l'urgence. C'est une loi « socle » qui introduit le médecin traitant en tant que coordinateur de la santé de ses patients, dans une optique d'efficacité et d'une meilleure efficience des dépenses de soins. (14)

Avec la Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) de 2009, les pouvoirs publics veulent réformer le système de santé en introduisant les Maisons de santé pluridisciplinaires ou MSP. Une MSP est une structure qui regroupe, à minima, deux médecins généralistes et des paramédicaux pour un exercice coordonné défini par un « projet de santé » qui traite de l'accessibilité des soins. Les MSP disposent d'un système d'information partagé et de modes de prise en charge assurant la continuité et la coordination des soins, ainsi que des actions de prévention ou de santé publique. Elles peuvent bénéficier de financements dans le cadre de l'ACI (accord conventionnel interprofessionnel). (18) De cette manière, les pouvoirs publics encouragent la collaboration entre les différents professionnels de santé dans un même lieu, favorisant ainsi les soins primaires et la coordination des soins. (18)

Avec cette loi, naissent également les agences régionales de santé ou ARS. Elles constituent le relais du ministère de la santé dans les régions, déclinant la politique de santé publique tout en tenant compte des particularités de leur territoire. Elles doivent assurer la veille sanitaire et gérer les situations de crise ou d'urgence. (19)

On voit également naître le début de coopérations basées sur des délégations de compétences entre médecins généralistes et infirmières, avec la démarche du dispositif ASALEE (Action de santé libérale en équipe). C'est une organisation qui permet à certains patients d'être suivis conjointement par leur médecin traitant et par une infirmière déléguée à la santé publique. Cette dernière, participe à l'éducation thérapeutique et apprend au patient à être autonome et acteur de sa santé, dans le cadre de certaines pathologies chroniques telles que le diabète, l'obésité, la BPCO, l'asthme, les troubles du sommeil, etc. (20)(21)

La loi de modernisation de la santé en 2016 donne naissance à la notion d'équipe de soins primaires (les EPS) qui proposent une version moins contraignante de l'exercice coordonné. Elle encourage la coopération entre professionnels de santé et l'innovation en termes de santé primaire. (14)

Avec cette loi, le gouvernement va encore plus loin dans la délégation de tâches avec l'émergence de l'infirmier de pratique avancée ou IPA. Il s'agit d'un infirmier formé pour accompagner un médecin dans le suivi chronique de certaines pathologies bien définies. Formé pendant 2 ans pour acquérir des compétences médicales, c'est un infirmier qui va exercer une forme innovante du travail interprofessionnel. Il peut exercer en ambulatoire ou en milieu hospitalier en collaboration avec une équipe de soin et va prendre en charge des patients qui lui sont confiés par un médecin avec l'accord du patient. Il peut renouveler des traitements et prescrire des examens complémentaires, discuter du cas des patients lors de temps d'échange, et revenir vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétences seront atteintes ou

qu'il repère une altération de l'état de santé de son patient. Le but est d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge du patient en libérant du temps au médecin. (22)

Le 18 septembre 2018, l'exécutif annonce son nouveau plan pour réformer le système de santé appelé **« Ma santé 2022 »,** comportant cinquante-quatre mesures. Elles développent principalement une nouvelle organisation du système de santé et son financement, ainsi que des modifications en ce qui concerne la formation des professionnels de santé. Dans le cadre de ce travail, je vais principalement m'intéresser à l'organisation nouvelle du système de santé, notamment avec l'émergence des CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé) qui regroupent les médecins libéraux et autres professionnels de santé libéraux, sous le contrôle de l'ARS. (5)

Les CPTS sont conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leur relation et leur coordination. Elles sont en charge, entre autres, d'organiser les soins non programmés, la coordination ville-hôpital, l'attractivité médicale du territoire. Leur champ d'action est vaste, c'est un dispositif qui vise à faciliter l'exercice des professionnels de santé et à améliorer l'organisation des prises en charge du patient. L'idée est de remettre au centre du système de santé l'intérêt du patient. (23)

Avec « Ma santé 2022 », le gouvernement développe le nouveau métier d'assistant médical avec toujours pour objectif de libérer du temps médical et de permettre au médecin de se concentrer sur le soin. (5)

Parallèlement, de nombreuses réformes sont mises en place pour encourager les professionnels de santé à s'installer dans des zones où les soins primaires sont moins accessibles. Cela correspond principalement à des incitations financières.

Toutes ces réformes, en plus d'avoir un **versant financier,** ont un **versant organisationnel**. L'idée est qu'une meilleure organisation entraînerait moins de dépenses pour la santé et un meilleur accès pour tous. Les pouvoirs publics veulent effectivement, à travers toutes ces réformes, faire évoluer les modèles organisationnels pour passer d'un travail individuel à un **travail pluriprofessionnel**. Ils créent avec la territorialisation des **institutions locales** (ARS, CPTS) pour répondre de manière plus adaptée aux problématiques. (10)

IV) La diminution inquiétante du nombre de médecins généralistes depuis 2010

Selon l'ATLAS de démographie médical en France : Au 1er janvier 2022, on compte 84 133 médecins généralistes qui sont enregistrés en activité régulière au tableau de l'Ordre (tous modes d'exercices confondus), ce qui correspond à une diminution de 11% des effectifs depuis 2010 et de 0,9% au cours de la dernière année (Figure 1). La croissance annuelle moyenne des effectifs des médecins généralistes en activité régulière est de -0,94% sur la période 2010-2022 avec la perte de 10 128 médecins en l'espace de 12 ans.(1)

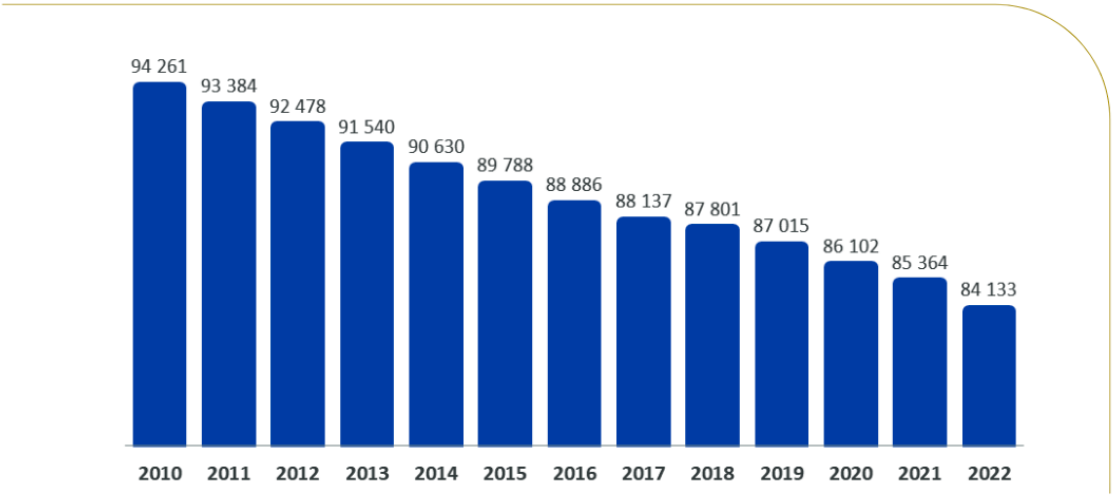


Fig. 1 Évolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (1)

D'après les analyses de la CNOM, la tendance à la baisse des effectifs des médecins généralistes en activité régulière se poursuivrait jusqu'en 2025, pour atteindre un effectif de 81 912 médecins généralistes (Figure 2).

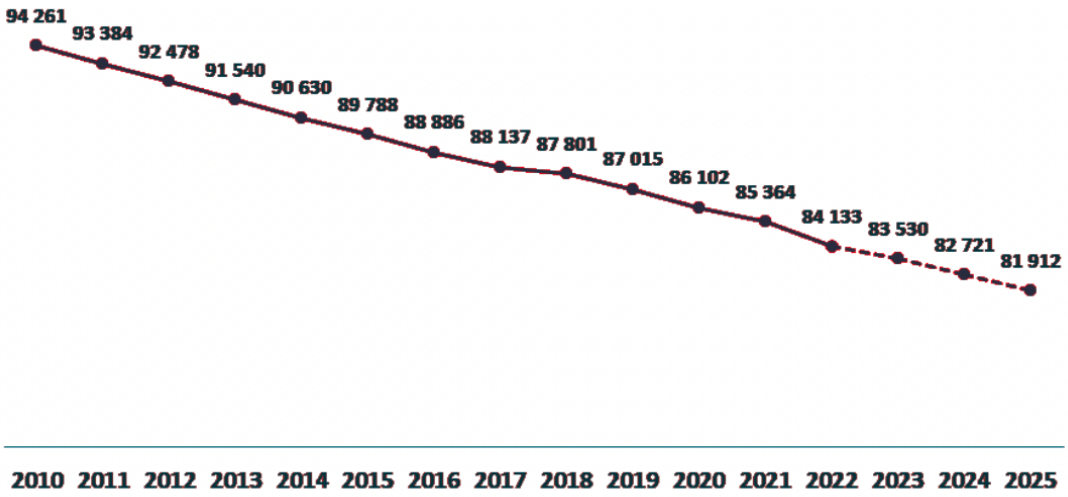


Fig. 2 Prévision du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (1)

Par ailleurs à l'échelle régionale les effectifs des médecins généralistes en activité n'évoluent pas de la même manière : Les seules régions qui connaissent une variation positive sont la

Bretagne et les régions ultra marines. Parmi les autres régions, qui apparaissent toutes déficitaires, les régions Centre-Val de Loire, Ile de France et Bourgogne-Franche-Comté présentent les variations négatives les plus importantes à savoir, respectivement, -3,1%, -2,9% et -2,8%.(1)

V) Les Soins non programmés et la place du médecin généraliste dans leur gestion

Le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soin du patient est essentiel. Il assure un suivi régulier pour une prise en charge médicale optimale, oriente dans le parcours de soin, gère le dossier médical, et centralise toutes les données relatives aux soins et à l'état de santé du patient. Il est également chargé d'assurer une prévention personnalisée et d'établir le protocole de soin pour les patients en Affection de Longue Durée (ALD) (24).

Cependant, le rôle du médecin traitant ne se limite pas aux consultations programmées de suivi classique. Il doit également répondre aux demandes dites « urgentes » des patients, regroupées sous le terme de « soins non programmés ». Ces soins impliquent une urgence ressentie par le patient, nécessitant une prise en charge rapide (24 à 48 heures) par un médecin de ville. La DRESS propose la définition suivante : **« C'est une demande de consultation exprimée par le patient pour le jour même ou le lendemain »** (25).

Il n'existe pas de définition consensuelle, mais schématiquement, **il s'agit d'une demande du patient pour un motif récent, exigeant une réponse rapide. C'est une urgence ressentie qui, aux heures ouvrables des cabinets de médecine générale, peut être traitée en ambulatoire.**

Les soins non programmés constituent une part importante de l'activité des médecins généralistes. Bien que la quantification des soins non programmés des médecins généralistes ne soit pas évidente, une étude de la DRESS en 2007 indiquait que les recours urgents ou non programmés représentaient 12% de l'activité libérale (26).

Selon une étude de la DRESS en 2019, pour 4 médecins généralistes sur 10, les consultations de soins non programmés représentent 30 % ou plus de leur activité lors d'une semaine ordinaire. Pour un médecin sur dix, elles en représentent moins de 10 % (27).

Cette augmentation est attribuable à de nouvelles habitudes de consommation de soins et à une modification de l'offre de soins, en particulier dans le domaine de la santé primaire.

VI) La différence entre les SNP et les urgences

La gestion des Soins Non Programmés (SNP) représente une problématique contemporaine majeure, accentuée par l'augmentation du recours aux services d'urgences, déjà saturés. Cette question a été exacerbée pendant la crise sanitaire. Les soins urgents sont souvent confondus avec les SNP, et les termes tels que « consultation d'urgence », « consultation non programmée » et « soins non programmés » sont souvent utilisés de manière interchangeable. Cependant, il est crucial de souligner que **les SNP ne sont pas toujours des urgences, et les urgences constituent une sous-catégorie des SNP. (15)**

Le rapport de 2019 de la Cour des comptes a révélé que 20 % des consultations prises en charge dans les services d'urgences, aux horaires d'ouverture des cabinets de ville, relevaient de la médecine générale plutôt que de l'urgence. (25)(26)

Ainsi, il semble essentiel de redéfinir le terme « urgence » :

- Du point de vue de l'urgentiste, une urgence est une situation vitale.
- Pour le médecin généraliste, c'est un soin non programmé qui interrompt ses consultations, pouvant être une urgence réelle.
- Du point de vue du patient, la notion de gravité est secondaire, l'essentiel étant d'être pris en charge rapidement, que ce soit pour des raisons médicales ou non. (15)

La demande de soins aigus en ville a toujours existé, et aujourd'hui, le terme de « soins non programmés » est largement utilisé pour la décrire. L'augmentation de ces demandes, combinée à la diminution de l'offre de soins primaires, a contribué significativement à la saturation des services d'urgences. (26)

Dans les grandes villes, la gestion des SNP est souvent assurée par des maisons médicales de garde ou des associations telles que SOS Médecins. Cependant, dans les zones rurales où ces structures dédiées n'existent pas, les médecins généralistes seuls doivent gérer ces demandes. Ils doivent organiser leurs agendas avec des temps dédiés aux SNP, demandant une gestion particulière en plus des consultations de suivi classique. (26)

Une étude sur les stratégies pour répondre aux SNP montre que la majorité des médecins installés en groupe ont mis en place une organisation spécifique pour les gérer, notamment chez les plus jeunes médecins. Malgré cela, de nombreux médecins consacrent encore une partie de leur temps de pause ou de fin de journée pour répondre complètement à la demande de SNP. (26)

Bien que les médecins généralistes et les organismes dédiés assument déjà une réponse structurée aux SNP, leur gestion reste perfectible.

VII) La subtilité entre les SNP et la permanence des soins ambulatoires

Dans le cadre de mon travail il me semble nécessaire de définir la notion de permanence de soins ambulatoires ou PDSA. La PDSA se réfère à toutes les structures chargées des demandes de soins intervenant en dehors des heures d'ouverture des cabinets de médecine générale. **Elle concerne la gestion des « demandes urgentes de soins » lorsque les cabinets de ville sont fermés, traitant ainsi les mêmes motifs de consultations que les Soins Non Programmés (SNP) en journée** (25).

Conformément à l'Article R6315-1 du code de la santé publique, la mission de la PDSA vise à répondre aux SNP :

- Tous les jours de 20h à 8h,
- Les dimanches et jours fériés de 8h à 20h,
- Le samedi à partir de 12h,
- Parfois le lundi précédant un jour férié, le vendredi et le samedi suivant un jour férié, en fonction de l'offre de soins existante.

Dans chaque territoire, un tableau de garde est établi à l'avance regroupent les médecins volontaires ainsi que les associations de permanence des soins.

Une autre distinction par rapport aux SNP, en plus des horaires, concerne l'accès au médecin de la PDSA. L'accès au médecin de la PDSA fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable accessible sur l'ensemble du territoire national. Cela se fait par le numéro national de permanence des soins (116 117), le numéro national d'Aide Médicale Urgente (AMU) (15), ou le numéro des associations de permanence de soins telles que SOS Médecin. (25)

Le médecin régulateur décide alors de la réponse adaptée à la demande de soins. Cela peut impliquer la délivrance de conseils médicaux, la proposition d'une téléprescription (prescription par téléphone dans le cadre de la régulation par le SAMU), la demande d'intervention d'un médecin de la PDSA, l'orientation du patient vers les urgences, ou encore l'autorisation du déplacement d'une équipe du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) (25)(28).

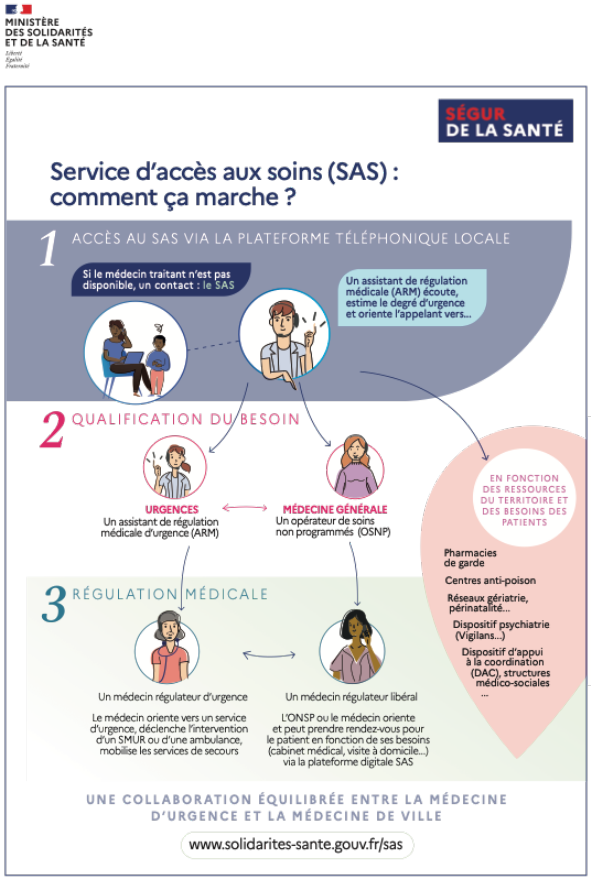
VIII) Le SAS et sa mise en place à Orléans

Le Service d'Accès aux Soins (SAS) est un nouveau service d'orientation de la population dans son parcours de soins, instauré dans le cadre du pacte pour la refondation des urgences. **Il a pour objectif de permettre un accès à distance, à n'importe quelle heure, à un professionnel de santé, en réponse à toute demande d'un patient nécessitant des Soins Non**

Programmés (SNP) ou des soins d'urgence lorsque son médecin traitant n'est pas disponible.

Le professionnel de santé du SAS guide le patient en fonction des informations recueillies par téléphone, proposant :
- Un conseil donné par téléphone
- Une consultation de SNP
- Une orientation vers un service d'urgence
- Une téléconsultation
- Le déplacement d'une équipe de SMUR ou un autre transport sanitaire.

Le SAS repose sur une **collaboration entre l'ensemble des professionnels de santé d'un même territoire, qu'ils relèvent de l'Aide Médicale Urgente (AMU) ou de la médecine générale**. Cette collaboration se concrétise par la mise en place d'un plateau de régulation des appels du SAS, accessible 24h/24 et 7j/7, impliquant les deux filières : la régulation médicale de l'AMU (SAMU) d'une part, et une régulation de médecine générale en journée pour les SNP d'autre part. Les médecins régulateurs et les opérateurs de soins non programmés (OSNP) travaillent ensemble pour organiser un rendez-vous dans les 48 heures pour les patients dont le besoin d'un SNP a été confirmé par le médecin de la régulation.
Cela représente une alliance étroite et mesurée entre médecins de ville, urgentistes et SAMU, visant une organisation locale optimale et coordonnée de la prise en charge des SNP entre la ville et l'hôpital. Une étude pilote est actuellement menée avec 22 SAS dans 13 régions différentes, avec l'objectif d'une généralisation à l'échelle nationale dans un futur proche. (29)



Affiche d'explication du fonctionnement du SAS pour la population générale et les professionnels de santé (3)

L'expérimentation du dispositif SAS à Orléans dans le Loiret, depuis le 4 juillet 2023, dans le périmètre de la CPTS'O (CPTS' ORLEANAISE), couvrant environ 300 000 habitants, a introduit une nouvelle approche dans la gestion des demandes de soins. Avant cette date, lorsqu'un patient appelait le 15, il était dirigé vers les urgences en cas d'urgence réelle, soit par ses propres moyens, soit par un transport sanitaire. Dans le cas contraire, s'il ne s'agissait pas d'une urgence, il était orienté vers son médecin traitant pendant la journée, et vers le médecin de la PDSA, ou les associations telles que SOS Médecin, la nuit.

Grâce à la convention établie avec la CPTS'O, une autre option est désormais disponible depuis le 4 juillet 2023. L'appel peut être transféré à la CPTS'O si le régulateur estime que la demande du patient relève des soins non programmés, ce qui permet au patient n'ayant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible de bénéficier d'un créneau de SNP chez un autre médecin. (31)

Actuellement, il n'existe pas de numéro unique, et Catherine Fayet, directrice départementale de l'ARS, n'est pas favorable à l'idée d'un numéro unique. Selon elle, le 15 doit rester réservé aux urgences et ne doit pas être surchargé par des demandes qui ne relèvent pas de cette catégorie (31).

L'efficacité du SAS à Orléans se manifeste déjà à l'hôpital, avec plus de 600 passages aux urgences évités entre juillet et septembre 2023, selon Olivier Boyer, directeur général du CHRO (Centre Hospitalier Régional d'Orléans) (32).

Le développement du SAS vise à proposer une solution adaptée au patient et à éviter la congestion des urgences. Depuis sa mise en place, il y a eu une augmentation des appels au 15, posant un nouveau défi : renforcer le dispositif de réception des appels pour éviter que, faute de réponse, le patient se dirige finalement vers le service des urgences le plus proche (33).

IX) Les différentes structures de soins disponibles pour la patientèle Orléanaise :

L'hôpital d'Orléans La Source a été créé dans les années 1970 pour répondre à l'expansion de la ville. Il dispose d'une capacité de 650 lits, regroupant la plupart des spécialités médico-chirurgicales. En 2013, un nouveau bâtiment a été construit à La Source avec l'objectif d'atteindre 1300 lits et d'employer 5000 personnes pour répondre aux besoins croissants de la population.

Cependant, en raison de la pénurie de personnel, accentuée par la crise sanitaire liée à la COVID-19, les urgences adultes d'Orléans ne peuvent actuellement assurer que les urgences vitales de manière durable. L'hôpital recommande aux patients de ne pas se déplacer pour des motifs non urgents et de se rendre aux urgences du CHRO uniquement sur orientation d'un médecin généraliste, d'un médecin spécialiste de ville, ou du SAMU.

Le manque de médecins généralistes dans la région et la difficulté d'accès aux spécialistes compliquent la situation pour la population d'Orléans, qui se voit en plus refuser l'accès aux urgences pour des motifs jugés non urgents mais nécessitant néanmoins une prise en charge médicale. (35)

Les consignes du CHRO sont les suivantes :
- En journée (du lundi matin au samedi midi), en cas de demande urgente, le patient doit en priorité contacter son médecin traitant.
- En l'absence de médecin traitant ou si celui-ci est indisponible, trois autres options sont disponibles :
- Les créneaux de Soins Non Programmés (SNP) assurés par les médecins généralistes orchestrés par la CPTS (34).
- SOS Médecins (35).
- Les urgences de la clinique d'Oréliance ou de la clinique de l'Archette (36) (37).

X) Bilan de la situation :

D'un côté, la ville d'Orléans assiste à une diminution de l'offre de soins en partie expliquée par les conséquences des anciennes politiques de santé, le vieillissement des médecins qui sont difficilement remplacés après leur départ en retraite, et le manque d'attractivité de la région.

D'un autre côté la demande de soin se voit augmenter massivement du fait d'une population vieillissante, d'une augmentation de maladies chroniques, et d'une société changeante où le soin est perçu comme un bien menant à une surconsommation. Et les SNP sont particulièrement concernés par cette augmentation des demandes.

Ainsi, de nombreuses structures de soins réfléchissent dans ce contexte à faire évoluer les modalités d'exercice pour s'adapter à ces changements.

XI) Le projet article 51 de deux MSP à Orléans

Dans ce contexte de carence médicale majeure, la MSP Liliane Coupez à l'Argonne et la MSP de la Présentation à Fleury-les-Aubrais expérimentent depuis 2019 une nouvelle organisation pour prendre en charge les SNP. Il s'agit d'une équipe de 11 médecins généralistes et 7 infirmières qui ont constitué un groupement pour expérimenter une organisation nouvelle basée sur le développement de la coopération médecin/ infirmière. **Les objectifs visés sont l'amélioration de la qualité de la prise en charge, faciliter l'accès aux soins et limiter les ruptures de parcours.**

Ces deux territoires comptant environ 29 076 habitants, représentent à peu près 10 % de la population de l'agglomération orléanaise. Ils comptent 7 972 habitants pour le quartier Argonne et 21 104 pour Fleury les Aubrais au dernier recensement de 2020.(4)(5)

Caractéristiques territoriales et populationnelles :

Dans le cadre de ce travail de thèse, le choix a été d'étudier l'expérimentation uniquement à la MSP Liliane Coupez de l'Argonne pour laquelle la mise en place du projet s'est faite plus activement. Pour cette raison je vais évoquer les caractéristiques du quartier Argonne uniquement.

La MSP Liliane Coupez de l'Argonne a accueilli ses premiers patients en janvier 2015. Elle est composée d'une équipe de 23 professionnels (des médecins généralistes, cardiologues,

endocrinologue, gastroentérologue, neurologue, kinésithérapeutes, diététicienne, infirmiers, infirmière ASALEE, et une coordinatrice).

L'Argonne, où se situe la MSP, est un Quartier Prioritaire de la Politique de la Ville (QPV). L'agglomération orléanaise compte au total 10 QPV, et l'Argonne se classe 2ème en termes de revenus les plus faibles, avec un niveau de vie médian inférieur à celui de l'ensemble des QPV de la région, s'établissant à près de 12 400 euros. (38)

Avec une part de population étrangère de 27 % et une part d'allocataires CAF dont les revenus proviennent à plus de 75 % des prestations sociales de 31,4 %, c'est un territoire marqué par des difficultés économiques et sociales importantes. Le quartier est principalement composé de logements sociaux, et malgré les initiatives de rénovation et les projets menés depuis 2004 pour améliorer le quartier (création d'emplois, mixité sociale, désenclavement, etc.), il demeure un territoire précaire. (38) (39) (40)

Le taux de précarité de la MSP est évalué en fonction du nombre de patients bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et du nombre de patients bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) parmi la file active de la structure. Le taux de sur-précarité est calculé en comparant ces chiffres aux taux nationaux. Selon le bilan de la convention ACI 2022 de la MSP réalisé par la CNAM, **sur une file active de 13 359 patients, 23 % sont bénéficiaires de la CMU-C (le taux national est de 9,338 %), et 0,7 % bénéficient de l'AME (le taux national est de 0,4 %). Le taux de sur-précarité calculé est de 14 %.**

Ces caractéristiques sont souvent associées à des difficultés d'accès à la santé, comme le soulignent de nombreuses études dans la littérature médicale.

L'article 51

Le dispositif article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale a introduit depuis 2018, un mode de financement inédit pour les structures qui souhaitent expérimenter de nouvelles organisations en santé. Cela concerne les expérimentations qui portent notamment sur la coordination du parcours de santé, la structuration des soins ambulatoires, et l'accès aux soins. Crée pour favoriser l'innovation il comprend différents axes dont IPEP (Incitation à une prise en charge partagée). (42)

C'est un article qui vise à encourager les projets pilotes en autorisant des dérogations temporaires aux règles existantes du système de santé, dans le but d'améliorer la qualité des soins, l'efficacité des services de santé, et de répondre aux besoins de la population de manière adaptée. (42)

Les projets autorisés en vertu de l'article 51 sont soumis à une évaluation et à un suivi pour déterminer leur efficacité et leur pertinence. (42)

L'expérimentation IPEP

L'expérimentation IPEP vise à tester un nouveau **modèle de financement collectif incitatif,** s'adressant à tout groupement d'acteurs pluriprofessionnels en santé, indépendamment de sa forme juridique. La composition du groupement est libre, à l'exception de la participation obligatoire de médecins traitants, dont la patientèle doit atteindre un volume minimal de 5000 patients. Les membres du groupement peuvent être issus du secteur sanitaire, social ou médico-social, intervenant à différentes étapes de la prise en charge. (43)

Le projet poursuit un double objectif. D'une part, il vise à **instaurer de nouvelles formes d'organisation pluriprofessionnelle** centrées sur la prise en charge d'une patientèle spécifique. D'autre part, il cherche à mettre en place **un modèle de financement basé sur un intéressement collectif, fondé sur des objectifs de qualité et d'efficience des dépenses de santé.** L'expérimentation prévoit ainsi de tester un mode de financement mesuré sur des indicateurs de résultats, avec une liberté d'utilisation de ces fonds par le groupement. (C'est-à-dire qu'en plus du paiement à l'acte, il existe un paiement à la hauteur des objectifs atteints). (43)

Le projet déroge également à certaines règles, notamment en ce qui concerne le partage d'honoraires et de bénéfices entre professionnels de santé, afin de couvrir les aspects déontologiques dans les organisations pluriprofessionnelles innovantes. Le champ d'application de l'expérimentation est national, avec la participation de 18 groupements engagés pour une durée de 5 ans à partir de 2019 (parmi eux celui étudié dans cette thèse). (43)

Le financement complémentaire aux modes de rémunération principaux, est principalement assuré par le fonds pour l'innovation du système de santé (**FISS**). Les besoins de financements ont été estimé à 21 millions d'euros sur la période 2020-2024 pour les 18 groupements. En outre, des crédits d'amorçage ont été alloués aux groupements expérimentateurs en 2019 pour faciliter le démarrage du projet. (43)

Description de l'expérimentation :

Ce projet, mis en place par toute l'équipe de la MSP Liliane Coupez de l'Argonne, est une expérimentation sur 5 ans débutée en juin 2019. Mais l'équipe croit en la pérennité de cet essai et en la possibilité de le généraliser à d'autres équipes de soins primaires.

Tous les après-midis, l'un des cinq médecins généralistes de la MSP est dédié aux SNP, répondant aux demandes des patients de la MSP uniquement. Pour ce faire, le médecin travaille en binôme avec une infirmière de 14h à 17h.

Le schéma est simple : l'infirmière reçoit le patient dans un premier box. Elle a accès à l'ensemble du dossier médical du patient, notamment à ses antécédents et à ses traitements. Elle

réalise l'interrogatoire et prend note de tous les éléments essentiels de la consultation dans le logiciel informatique partagé par les professionnels de santé de la structure.

Elle va plus loin en réalisant un examen clinique préliminaire en fonction de la symptomatologie du patient, prenant les constantes et réalisant un examen clinique de base. En fonction des motifs de la consultation, elle peut même anticiper la prescription sur le logiciel dédié.

Ensuite, le médecin intervient pour compléter l'interrogatoire et/ou l'examen clinique, puis il fait ou valide la prescription si nécessaire.

Les infirmières participant à ce dispositif ont été formées à recevoir et à examiner les SNP pendant 12 mois par les médecins généralistes de la MSP, dans le cadre d'un stage rémunéré. Elles ont acquis des compétences supplémentaires en auscultant des poumons, examinant des pharynx, des tympans, palpant des abdomens, etc. Elles sont formées en continu chaque après-midi pendant les astreintes SNP.

La formation des infirmières en France ne comprend pas de bases sémiologiques, ni cliniques. Et il ne s'agissait pas d'en faire des assistants médicaux mais vraiment de pouvoir avoir des agents avec des capacités clinique de base. L'idée c'était de leur enseigner le « normal » pour qu'elles puissent reconnaitre le pathologique. Elles ont donc assisté les médecins de la structure sur des consultations chroniques pour écouter des poumons sains, voir des tympans et des pharynx normaux, palper un abdomen sain…

Elles ont assisté à des cours théoriques et à des mises en pratique avec des jeux de rôles. La formation s'est faite progressivement, pour s'adapter à leur rythme.

Elles ne voient pas tous les malades de l'après-midi mais on compte entre 8 et 12 malades d'abord vus par l'infirmière puis par le médecin. L'idée c'est d'avoir l'aide des infirmières sur les pathologies simples, chez des patients simples (sans grandes comorbidités), et pas dans les âges extrêmes (ni trop jeunes, ni trop âgés). C'est sur des pathologies aiguës simples (telles que la varicelle, la gastro-entérite aiguë, le lumbago, la sciatique, les otites, etc.) que l'infirmière apporte un soutien en toute sécurité.

Il existe également un protocole de délégation travaillé avec la HAS pour 7 pathologies bénignes (Lumbago/Cystite simple / angine/ Varicelle / Renouvellement de traitement de rhinite/ PEC des plaies/ PEC des entorses bénignes de la cheville), pour lesquelles les infirmières peuvent prescrire en engageant aussi la responsabilité du médecin, mais l'équipe n'a pas souhaité mettre en pratique cette délégation.

L'objectif principal est de recentrer le patient au cœur des soins, avec une consultation qui dure suffisamment longtemps pour que le patient se sente entendu, tout en réduisant le nombre de passages aux urgences pour des cas pouvant être pris en charge en cabinet.

Les médecins sont satisfaits de cette approche, avec une **augmentation de 20 % des SNP pris en charge chaque jour**, dans des conditions de travail confortables et agréables.

Cette collaboration médecin-infirmière contribue surtout à une meilleure intégration des compétences des infirmières en matière de **prévention et d'éducation des patients.**

L'infirmière a aussi pour rôle de vérifier via le dossier informatique partagé le suivi des patients chroniques et de les remettre dans la boucle de soin, en fixant un rendez-vous avec le médecin traitant du patient, si le suivi n'est pas optimal. Elles ont été formées à avoir une lecture globale du dossier médical et à vérifier notamment le statut des vaccinations et des dépistages.

Elle a un rôle primordial d'éducation à la santé sur les pathologies hivernales et la sur consultation de certains parents, en expliquant les signes qui doivent faire consulter et les conduites à tenir à domicile en cas de pathologies bégnines.

Par ailleurs elles ont pour mission de faire **le lien entre l'hôpital et la ville** en prenant des nouvelles des patients de la MPS hospitalisés pour permettre un retour à domicile en toute sécurité. En assurant une reprise de contact rapide avec le médecin traitant pour faire le point, le but est d'éviter une ré hospitalisation précoce.

Pour faciliter ce processus d'équipe, **les secrétaires ont été formées pour évaluer l'urgence** de chaque situation et déterminer si le patient nécessite une intervention immédiate du médecin de permanence ou s'il peut obtenir un rendez-vous pour en SNP. Elles ont été formées à l'image des assistants de régulation du SAMU et elles utilisent des formulaires intégrés dans un logiciel informatique partagé, spécifiquement conçus pour des motifs de consultations courants tels que la fièvre, les symptômes grippaux, les douleurs thoraciques, les gastro-entérites chez les adultes et les enfants, les crises d'asthme, les maux de tête et les allergies. En plus de cela, une amélioration de leurs compétences en écoute et en communication a également été mise en place.

Pour finir, les infirmières avaient aussi été formées à accueillir les nouveaux patients sans médecin traitant et à compléter le dossier patient. Elles avaient accès à des formulaires pour quatre pathologies chroniques : L'insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, le diabète et la BPCO ; pour permettre au médecin d'avoir une approche du suivi de ces pathologies avant de voir les nouveaux patients. Mais les patientèles des médecins généralistes de la structure étant saturées, elles n'exercent plus cette fonction.

<u>Le retour d'expérience des infirmières :</u>

L'équipe infirmière prend beaucoup de plaisir à prendre en charge les SNP. C'est un nouveau rôle valorisant qui leur donne accès à une diversification de leur activité. C'est une expérience enrichissante sur le plan personnel et professionnel. Elles sont satisfaites d'avoir une activité plus variée et d'acquérir de nouvelles connaissances à chaque session de SNP. Ça leur permet de se sentir davantage en sécurité quand elles sont seules chez les patients et de pouvoir discuter avec des éléments cliniques et sémiologiques quand elles doivent joindre un médecin.

Le retour d'expérience des médecins :

Pareillement les médecins sont satisfaits de pouvoir travailler en équipe et d'effectuer un travail plus qualitatif que seul. Néanmoins ils regrettent de ne pas avoir assez de temps et de subventions pour pouvoir mettre en place des formations avec des mises en situation théorique pour améliorer les compétences infirmières.

MATERIEL ET METHODE

I) Type d'étude

La méthodologie choisie pour répondre à l'objectif de l'étude, qui est l'analyse du ressenti des patients sur cette nouvelle expérimentation, privilégie une approche **qualitative.** Cela s'est fait à travers des entretiens individuels semi-dirigés. Cette méthode d'entretien a été sélectionnée pour permettre une exploration approfondie des perceptions, du vécu et des expériences personnelles de chaque patient.

II) Population étudiée

La population étudiée a été composée de patients de la MSP ayant été pris en charge dans le cadre des SNP par le binôme infirmière-médecin entre mai 2023 et septembre 2023. Le nombre d'entretiens a été déterminé en fonction de la saturation des données recueillies. Seules des personnes majeures volontaires ont été interrogées, et les parents accompagnant un enfant en SNP ont également eu la possibilité de participer à l'étude.

III) Méthode de recrutement

Les patients ont été contactés à leur sortie des SNP pour participer à l'étude, soit au moment de ce contact, soit en reprogrammant un rendez-vous en présentiel ou téléphonique. Les entretiens ont été menés de manière à respecter la parole de chacun, sans interruption ni orientation des participants.

IV) Recueil des données

Un guide d'entretien semi-structuré a été élaboré, comprenant des questions ouvertes, et il a été adapté au fur et à mesure des entretiens pour préciser certains éléments. Des questions de relance ont été ajoutées pour encourager les patients à évoquer des aspects spécifiques de la consultation SNP lorsque cela était nécessaire.

Un consentement oral a été obtenu avant chaque entretien. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un enregistreur vocal, puis intégralement retranscrit sur Word. La retranscription a été réalisée de la manière la plus fidèle possible. Chaque patient a été informé de l'objectif de l'étude, et l'anonymat a été garanti.

V) Analyse des données

Une **analyse thématique** des données a été effectuée, sans recourir à un logiciel d'aide à l'analyse. Le codage des verbatims a été réalisé manuellement sur Word afin d'identifier les unités minimales de signification. Ces unités ont ensuite été classées et regroupées en thèmes. L'intégralité du codage a été effectuée par une seule personne. Dans le but d'assurer une triangulation des données, trois entretiens ont été codés par une Co-interne.

VI) Éthique et réglementaire

Les autorisations d'enregistrement ont été demandées auprès de la cellule RNI (recherche non interventionnelle). Dans la mesure ou le type de données collectées, même en les croisant, ne permettaient pas d'identifier les patients, l'enregistrement de la thèse auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Information et des Libertés) n'était pas nécessaire.

RESULTATS

I) Les caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

Nous avons essayé d'obtenir un échantillonnage le plus varié possible afin de recueillir des expériences et des vécus diversifiés. L'échantillon s'est constitué de 12 participants pour atteindre la saturation des données. Les participants, 8 femmes et 4 hommes, étaient âgés de 26 à 61 ans. Ils avaient des niveaux d'études variés, et toutes les classes sociales ont été représentées. Un participant (P2) accompagnait son enfant en consultation de SNP et ne consultait pas pour lui-même.

Entretien	Sexe	Âge	Niveau d'étude	Connaissance du dispositif	Modalité d'entretien	Durée de l'entretien
P1	F	52	Bac+5	non	Téléphone	15 :02
P2	H	42	Bac+3	non	Téléphone	8 :15
P3	F	32	Lycée	oui	Présentiel	9 :45
P4	F	37	Lycée	oui	Présentiel	11 :03
P5	F	49	Bac+3	non	Présentiel	7 :43
P6	F	45	Collège	oui	Téléphone	4 :65
P7	F	37	Bac+5	non	Téléphone	12 :65
P8	H	61	Bac	oui	Présentiel	4 :26
P9	F	26	Bac+3	non	Présentiel	6 :70
P10	F	37	BTS	non	Téléphone	10 :08
P11	H	56	Lycée	non	Présentiel	3 :65
P12	H	50	Bac	oui	Présentiel	12 :23

Tableau 1 : caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

Cinq des entretiens ont été réalisés par téléphone, et sept ont été réalisés en présentiel juste après la consultation en question. L'entretien le plus court a duré 3 minutes et 65 secondes, et l'entretien le plus long a duré 15 minutes et 2 secondes.

II) Déroulement de la consultation selon le patient :

Il nous a paru essentiel d'analyser tout le déroulé de la prise en charge, depuis le moment où le rendez-vous a été pris jusqu'au départ du patient de la MSP, afin de comprendre dans quelles circonstances les informations sont recueillies.

La prise de RDV

Parmi les patients, dix ont pris rendez-vous par téléphone en appelant suffisamment tôt le matin, entre 9h et 11h30. Un seul patient s'est déplacé pour prendre son rendez-vous, et un autre a déclaré que son médecin traitant avait lui-même programmé ce rendez-vous la veille pour une réévaluation de son état.

"J'ai dû prendre le rendez-vous par téléphone en appelant la MSP." - P1

"J'ai pris rendez-vous via mon médecin traitant, qui m'a fait revenir pour une réévaluation rapide de la situation." - P2

"À chaque fois, je prends rendez-vous par téléphone." - P3

"Je me déplace pour prendre un rendez-vous dans la journée quand j'ai une urgence, car par téléphone, je sais que ça peut partir vite." - P6

La connaissance du dispositif

Cinq des patients étaient déjà passé en SNP avec le binôme infirmière-médecin et connaissaient le dispositif. Pour les sept autres, c'était leur premier passage en SNP.

"Je ne connaissais pas le dispositif qui m'attendait." - P1

"C'est la troisième fois que je passe par le système des urgences." - P3

"Ce n'est pas la première fois." - P6

"Oui, oui, comme d'habitude." - P12

Parmi ceux pour qui c'était la première fois, trois d'entre eux déclarent ne pas avoir été prévenus qu'ils allaient être reçus en premier lieu par une infirmière, sans pour autant être gênés par l'absence de cette information.

"Je ne savais pas que j'allais être reçue par une infirmière… ce n'est pas très important." - P1

"On m'a prévenu que ça allait être le médecin des urgences, mais je ne me souviens pas qu'on m'ait dit que j'allais aussi voir une infirmière… mais à vrai dire, peu importe." - P10

Un seul patient déclare qu'il aurait préféré être prévenu.

"Tout m'a été expliqué au moment où j'ai donné ma carte vitale, mais pas avant. J'aurais aimé savoir en amont." - P2

Une patiente dit ne pas avoir su, même pendant l'examen qu'elle était en consultation avec une infirmière, sans pour autant être affectée par le manque d'information.

« Pas du tout expliqué le déroulé, à vrai dire je ne savais pas qu'elle était infirmière, mais ça ne m'a pas dérangé … je pensais que c'était une assistante » P9

La plupart des patients ont eu une explication générale, mais n'ont pas spécialement le souvenir que le déroulé leur a vraiment été expliqué.

"On m'a expliqué que j'allais passer dans le système des urgences." - P6

"Ce n'est pas systématiquement précisé, mais je savais que je ne voyais pas mon médecin traitant. Mais bon, peu importe de le savoir ou non, j'ai confiance en la structure." - P6

Une seule patiente nous déclare avoir été informé qu'elle serait prise en charge par le binôme infirmière-médecin.

« On m'a prévenu le matin quand j'ai pris rendez-vous que j'allais voir une infirmière puis le médecin des urgences » P11

L'accueil

Aucun commentaire particulier n'a été relevé concernant l'accueil. Il est globalement décrit comme fluide.

« J'ai été accueilli et rapidement redirigé vers les urgences » P4

« Les secrétaires m'ont expliqué où se trouvait l'extension des urgences » P7

Le contenu de la consultation :

Tous les participants ont décrit une consultation en trois temps. Ils évoquent une première étape avec l'infirmière qui les interroge et les examine, suivi d'un court temps d'attente, puis d'un bilan de la situation avec le médecin, avec parfois une partie de l'examen clinique qui est de nouveau réalisé. Le passage de la carte vitale et le paiement se sont ensuite déroulés à l'extérieur du box, avec remise en main propre des prescriptions pour tous les participants, par la secrétaire.

"C'est elle qui a été chargée de poser les questions et de retranscrire dans le dossier... Elle m'a expliqué que le médecin viendrait après." - P1

"J'ai attendu quelques minutes... puis le médecin relit et revient sur les points importants." - P4

"L'infirmière a bien pris les notes importantes et le médecin n'a pas eu besoin de reprendre ma température et tout... il avait à refaire le point." - P5

"J'ai ensuite donné ma carte vitale à la dame de l'accueil et elle m'a donné mon arrêt de travail et mon ordonnance qui étaient en train de s'imprimer." - P10

Répartition du temps entre infirmière et médecin

Globalement les patients affichent une consultation avec l'infirmière plus longue qu'avec le médecin. En effet, c'est elle qui interroge, qui prend les constantes et qui réalise l'examen complet en fonction du motif. Les participants ne sont généralement pas gênés par cette répartition du temps.

"L'infirmière a passé beaucoup plus de temps avec moi…" - P1

"C'est l'infirmière qui fait la plus grande partie du travail. J'ai plus parlé à l'infirmière qu'au médecin." - P3

"J'ai à peu près passé le même temps avec l'infirmière qu'avec le médecin." - P4

"Moi, je trouve que c'était plutôt pas mal. Je n'avais pas besoin de plus de temps avec le médecin, le travail était fait par l'infirmière." - P8

Un des participants, qui accompagnait sa fille âgée de trois ans, aurait préféré quand même passer plus de temps avec le médecin :

"Le fait qu'il y ait l'infirmière dans le cadre des urgences n'est pas gênant, mais il faut que le médecin soit là aussi longtemps voire plus longtemps." - P2

La réponse à leur demande de soins

Dans l'ensemble les participants attestent qu'ils sont satisfaits de leur prise en charge. Ils ont généralement eu une réponse adéquate à leur demande, des explications complètes et des prescriptions qui leur permettaient de se soigner.

"Je venais pour une douleur d'épaule qui était insupportable et j'avais besoin d'une prescription de kiné ou médicamenteuse… On a totalement répondu à mon problème." - P1

"Je suis satisfaite, on a répondu à mon problème, je repars avec mes traitements." - P5

"Franchement, on s'est bien occupé de moi,… je suis très satisfaite." - P6

"Mon problème a bien été pris en charge,… J'avais une angine et je suis contente d'avoir pu commencer l'antibiotique le soir même." - P7

Une des patientes, n'a pas été satisfaite, elle estime que ses symptômes récidivent et persistent. Elle nous explique que les réponses médicales ne lui conviennent pas. Par ailleurs, elle souligne un manque d'explication et de communication.

« Je n'étais pas satisfaite de la réponse … je tousse depuis un mois mais personne ne m'explique vraiment ce que j'ai. Il y a deux personnes mais c'est moi qui ai dû poser les questions pour avoir les explications » P3

Il s'agit d'un mécontentement qui ne concerne pas tellement le déroulement de la consultation, mais plutôt l'absence d'amélioration de son état de santé malgré sa prise en charge.

III) Les forces de ce nouveau modèle de consultation selon le patient

L'intérêt du dispositif selon les patients

L'étude des entretiens laisse percevoir une satisfaction globale des patients de la MSP vis-à-vis de cette nouvelle façon de traiter les SNP. Les patients ont une vision positive de cette organisation, comprenant bien que l'objectif est d'avoir **davantage de créneaux d'urgence** à leur proposer.

« Pour moi, je pense que ça permet de voir plus de patients » P3

« Ça permet de voir plus de monde » P4

Certains patients ont compris que c'est utile au médecin d'avoir des éléments d'information et **une première ébauche de l'examen clinique** avant même de voir le patient. La notion de **gain de temps** pour le médecin est largement admise par les patients.

"Après, je pense qu'elle a les compétences nécessaires pour faire un premier diagnostic… elle peut aider et faire des choses, je dirais… simples, et dégager du temps au médecin." - P8

"C'est pratique pour le médecin d'avoir des pistes sur le diagnostic avant même de voir le patient, je pense…" - P4

"C'est plutôt pas mal, ça permet d'alléger, je pense, le travail du médecin, car les constantes sont prises, l'interrogatoire est fait… le plus gros est fait, je pense." - P9

"C'est sûr que ça fait gagner du temps au médecin." - P12

Le délai de rdv

Le premier point positif qui a été souligné par chacun des participants à l'étude est **le délai de rendez-vous**. Tous les patients ont pu obtenir un rendez-vous dans l'après-midi, soit en se présentant physiquement au secrétariat, soit en appelant le matin même. Ce qui est très apprécié par les patients lorsque le besoin est imminent.

"Le délai de rendez-vous est bien, même excellent dans la journée, c'est quand même top." - P2

"Moi, je trouve que c'est super de voir un médecin dans la journée." - P6

"De pouvoir avoir un rendez-vous le jour même, c'est quand même du luxe de nos jours." - P12

La disponibilité

Aucun des participants n'a le souvenir de ne pas avoir pu être pris le jour même dans le cadre d'une urgence. En effet, la gestion mutualisée des SNP favorise l'accès des patients aux créneaux d'urgences, car tous les après-midis, un des médecins généralistes de la structure est d'astreinte de SNP. Le nombre de créneaux a pu être augmenté en plus grâce au travail en binôme avec l'infirmière. Le système est qualifié de **réactif** par de nombreux participants.

"Je suis sûr d'être vu le jour même par un médecin et d'avoir un médecin qui est disponible pour les urgences." - P4

"C'est un système quand même très réactif." - P9

"Mais je sais que j'ai de la chance d'être à la MSP de l'Argonne parce que quand mon médecin n'est pas disponible, je sais que je vais avoir un autre médecin disponible en principe qui va me prendre." - P12

L'accès au dossier médical du patient par l'équipe de SNP

Le fait d'être vu en urgence dans la structure où les patients sont suivis permet au binôme qui les reçoit d'avoir **accès à leur dossier médical** et, a fortiori, à leurs antécédents et leurs traitements, ce qui est plutôt agréable pour les patients qui ne sont pas obligés d'apporter leur dossier avec eux.

"On voit un médecin qui a notre dossier, pas comme aux urgences ou les autres dispositifs où on attend pendant des heures et on doit tout redire au médecin parce qu'il n'a pas le dossier complet, on doit redire les traitements et tout…" - P4

"Le dossier qui est visible et du coup je n'ai pas eu à réexpliquer tous les antécédents." - P6

Par ailleurs, pour certains d'entre eux, cela éviterait les erreurs dans les prescriptions :

"J'ai des médicaments qui ne sont pas compatibles avec tous les traitements, donc j'ai toujours peur quand je vais aux urgences si j'oublie mon ordonnance." - P8

"Au moins, il y a noté que je suis allergique à l'amoxicilline." - P11

Un des participants aurait quand même préféré être vu par son médecin traitant, mais souligne que c'est quand même agréable que ce soit dans **la même structure et avec le même logiciel** de telle sorte que son médecin traitant soit au courant de l'épisode aigu.

« Si c'était mon médecin, c'est mieux il me connait bien … Mais au moins là c'est noté dans mon dossier donc il va être au courant de mon infection » P8

<u>Une fluidité ou rapidité selon les perceptions</u>

Les patients sont pris en charge rapidement par l'infirmière, qui les interroge et les examine. Une fois qu'elle a fini sa partie de la consultation le médecin intervient. Les participants ont trouvé le déroulé de la consultation **fluide.**

"Le deuxième point fort, c'est qu'il n'y a pas eu d'attente, ça a été très fluide. On a été pris en charge tout de suite par l'infirmière et dans la foulée par le médecin… C'est très confortable, je l'avoue." - P2

"Et nous, ça nous permet de ne pas attendre trop longtemps." - P4

"Je trouve que déjà c'est plus fluide." - P8

"Je suis arrivée à l'heure pile et je n'ai pas attendu, j'ai été prise en charge tout de suite par l'infirmière." - P10

"Je suis passé assez vite." - P11

Cette fluidité a été perçue par l'une des participantes comme une **consultation trop rapide.** Elle a ressenti une nécessité d'aller vite pour l'équipe soignante et a trouvé que la consultation était **expéditive**, avec l'impression que la consultation devait durer peu de temps et que le binôme pensait déjà au patient suivant.

« J'ai eu l'impression qu'il fallait que ça aille vite, je n'ai pas eu le temps de poser les questions » P7

« Après la rapidité fait un peu sensation de travail à la chaîne … J'ai l'impression que c'est expéditif » P7

Cette fluidité est bien perçue par d'autres et évoque plutôt le reflet d'une **efficacité et d'une expérience** qui fait naître une assurance chez ces patients.

"Ça va un peu vite, mais bon, ça veut dire qu'ils savent ce qu'ils ont à faire…" - P4

"Je dirais qu'elle a fait ça de manière efficace et rapide." - P1

"C'est efficace." - P5

Finalement, en ajoutant une question sur les attentes qu'ont les patients d'une consultation en SNP, on retient que cette fluidité est généralement en accord avec les aspirations des participants. En effet, de manière globale, les patients qui consultent dans le cadre des SNP sont souvent atteints d'une pathologie aiguë et plusieurs patients insistent sur le fait qu'ils n'ont **pas très envie d'attendre de longues minutes** en salle d'attente quand ils sont malades et qu'ils ont rapidement besoin de leur prescription pour rentrer se soigner. Ils ont par ailleurs **conscience que ce n'est pas en consultation de SNP le moment propice pour créer du lien et discuter avec le médecin**.

"Moi ça me convient parce qu'il n'y a pas de retard et quand je ne suis pas en forme, j'apprécie de ne pas rester en salle d'attente longtemps. Et on voit que c'est efficace au niveau de l'équipe médicale." - P11

"Après c'était quand même rapide comme consultation, mais bon quand on vient en urgence, on vient pour une seule chose, pas 50 000." - P5

"Par exemple, quand je vais aux urgences à l'Archettes, j'attends pendant plusieurs heures. Ça m'est déjà arrivé d'attendre dehors dans le froid, il y avait 15 personnes avant moi. J'ai

fini par abandonner et repartir tellement j'étais mal… Là, au moins, il n'y a pas d'attente et ça va vite." - P5

IV) La place de l'infirmière dans la consultation :

L'infirmière présente en consultation avec un médecin généraliste est une nouveauté en France. En effet, si les patients sont habitués à être reçus par une infirmière à l'hôpital avant de voir le médecin, dans le secteur libéral, c'est une chose inédite. Les patients ont pour habitude d'avoir un seul visage en face d'eux en consultation, celui de leur médecin traitant. Nous avons voulu, à travers nos questions, évaluer comment les patients perçoivent la présence de l'infirmière.

L'avis sur la présence de l'infirmière :

Aucun des participants n'a déclaré avoir été gêné par la présence d'une tierce personne en consultation SNP. Par ailleurs, le fait d'être examiné par une infirmière a semblé assez naturel pour la plupart des participants. Le fait d'avoir deux interlocuteurs est assez banal pour les patients. Au-delà de cela, **un véritable enthousiasme** s'est fait sentir quant à la présence de cette dernière.

"« Ça m'a fait plaisir de voir ça franchement. J'étais contente de discuter d'abord avec une infirmière qui prend bien le temps de discuter. » P5

« C'était agréable d'être reçu d'abord par l'infirmière très douce qui a su me mettre à l'aise. Franchement, je suis très contente. » P9

« Ça ne m'a pas posé de problème, au contraire, c'est vraiment très bien. .... » P6

« C'est du personnel médical et je pars du principe que lorsqu'on exerce un métier, on est qualifié, donc ça ne m'a pas posé de problème qu'une infirmière assiste un médecin. » P1

Aucune appréhension n'a été relevée concernant l'examen réalisé par l'infirmière. Pour certains patients, les actes réalisés par l'infirmière sont plutôt « simples », et les patients ont reconnu la même façon de faire que leur médecin (la même façon d'interroger, la même façon d'examiner …).

« Je n'ai pas d'appréhension même si je ne connais pas le parcours de l'infirmière. Elle fait des choses basiques comme prendre la tension, prendre la température … euh, ce sont des choses qu'on fait tout seul à la maison » P3

« La discussion avec l'infirmière a été simple, ce sont les mêmes questions que pose le médecin d'habitude » P4

« L'examen a été fait comme il faut, je pense. » P1

Effet de surprise plutôt positif pour certains :

On remarque un effet de surprise chez certains des participants, qui n'ont jamais été confrontés à ce type de consultation chez le généraliste, sans pour autant être dérangés par cette surprise.

« C'est vrai que c'est un effet de surprise (…) mais vraiment très agréable » P2

« C'est pas habituel ... » P12

Les patients manifestent un ravissement quant à l'accueil des infirmières pour la première partie de la consultation. En effet, les patients soulignent presque tous **l'empathie, la bienveillance et l'écoute de l'équipe infirmière qui participent aux SNP**. Un véritable climat de confiance est mis en place par l'infirmière.

« L'infirmière était sympa donc c'était agréable d'échanger avec elle » P10

« J'étais avec une infirmière avec plein d'empathie » P8

Des patients déjà habitués au travail pluridisciplinaire

Certains participants, quant à eux, évoquent qu'ils sont **habitués aux prises en charge pluridisciplinaires.** En effet, lorsque les patients se rendent à l'hôpital, ils sont d'abord reçus par l'équipe paramédicale avant de voir un médecin. De même, dans le libéral, ce travail pluriprofessionnel est assez courant, notamment chez le dentiste et chez l'ophtalmologue. Une des participantes souligne même qu'à la médecine du travail, il est d'usage de rencontrer d'abord une infirmière avant de voir le médecin. Une autre participante est suivie par un médecin traitant qui travaille avec une assistante médicale, et elle est donc habituée à voir « un deuxième visage»

en consultation, même si le rôle de l'infirmière et celui de l'assistante ne sont pas tout à fait les mêmes.

«… qu'il y a déjà beaucoup de choses comme ça chez le dentiste, à la médecine du travail, donc ce n'est pas nouveau, le plus important c'est d'avoir un interlocuteur et un personnel soignant à l'écoute » P10

« C'est un peu comme à l'hôpital… » P8

« J'ai déjà été reçu par l'assistante de mon médecin traitant » P4

« Ça ne me pose aucun problème. Je n'y vois aucun souci, c'est un travail d'équipe, pour moi ça me semble cohérent » P11

De surcroît, une autre patiente habituée aux voyages souligne que c'est un dispositif qui lui rappelle le modèle américain.

« Ça me fait penser au système américain » P5

<u>Les avantages de la présence de l'infirmière pour les patients</u>

Au travers du guide d'entretien, nous avons essayé de trouver la plus-value de la présence de l'infirmière pour le patient.

Deux participants évoquent la possibilité d'avoir **un deuxième temps** dans cette consultation SNP avec un autre professionnel de santé pour poser les questions concernant la pathologie et la stratégie de prise en charge. Ces deux temps de consultation séparés par une brève pause laissent un **temps de réflexion** pour le patient, qui peut revenir sur certains points avec le médecin après s'être imprégné de ce qui a été dit par l'infirmière.

« Si j'ai oublié de dire quelque chose, j'ai une deuxième chance » P7

« Ça permet aussi d'avoir un temps de réflexion et, quand le médecin arrive, de poser certaines questions auxquelles on ne pense pas forcément tout de suite … Ça laisse une espèce de temps calme, c'est bien je trouve » P10

Certains voient cette prise en charge par le binôme comme un système plus **réconfortant,** avec l'avantage d'avoir **deux personnes pour soi**.

« Deux personnes qui prennent soin du patient je trouve que c'est beaucoup mieux qu'une » P9

« Puis ça donne l'impression d'être un peu plus … euh … un peu plus importante » P4

L'examen fait en amont par l'infirmière est plutôt **une étape rassurante** pour les patients qui ont une réponse à leurs questions plus rapidement. Avoir des éléments de réponse hâtivement est un apaisement pour les patients en attente d'une réponse.

« Elle a su me rassurer sur mon état avant même que je vois le médecin en me disant ma tension, ma température … » P5

« J'ai quand même dû attendre entre l'infirmière et le médecin mais j'avais déjà des éléments diagnostics donc ça ne m'a pas dérangé…. En fait … J'attendais juste la confirmation du médecin » P10

Par ailleurs, si la consultation a été jugé rapide par certains, une participante prétend l'inverse. Selon elle ce passage d'abord par l'infirmière puis par le médecin lui a donné le **sentiment d'une consultation plus longue.**

« C'est de prendre plus de temps avec le patient. En tout cas moi je trouve qu'on a passé beaucoup de temps avec moi » P5

Certains patients voient cette consultation en deux temps comme l'assurance d'avoir un **examen plus complet** que s'ils avaient été vus uniquement par leur médecin. Un certain nombre d'entre eux évoquent des éléments de l'examen qui ne sont pas systématiquement réalisés habituellement.

« Mais vous voyez on ne me prend pas systématiquement le petit truc au bout du doigt pour l'oxygène dans le sang et là l'infirmière l'a fait … C'est des petits gestes en plus qui donnent l'impression qu'on s'occupe bien de nous » P9

« … On m'a même pesé, ce n'est pas quelque chose qu'on fait tout le temps … » P11

« Elle a pris le temps de tout regarder même mes oreilles … alors que je ne m'en suis pas plainte … » P5

Aussi, avoir deux interlocuteurs, c'est avoir **deux fois les informations et des renseignements donnés de différentes façons :**

« Ça permet aussi d'avoir double information pour le patient, sur les conseils par exemple, donnés par deux personnes différentes et de métiers différents, ça donne un plus » P9

« Un apport d'informations pour le patient données deux fois et de deux façons différentes du coup … Aussi ça permet d'avoir deux avis » P2

Aucune inquiétude est notée par les patients en ce qui concerne la prise en charge de leur pathologie, les participants font savoir que voir le médecin systématiquement en fin de consultation est **l'aspect rassurant du système**. De même la **bonne communication et les interactions entre l'infirmière et le médecin constitue une attitude sécurisante** pour le patient.

« Je ne suis pas inquiète, je sais que le médecin voit ça avec elle … » P6

« Ce n'est pas comme si l'infirmière était toute seule … » P4

<u>Interrogation de certains patients sur l'intérêt de la présence de l'infirmière</u>

Si la plupart d'entre eux comprennent bien que l'intérêt principal de la présence de l'infirmière est de libérer du temps au médecin de tel sorte à avoir davantage de créneaux pour les SNP ainsi que d'améliorer la qualité de la consultation, deux participants trouvent que l'intérêt pour le patient est inexistant. Le dispositif est perçu pour eux comme **une perte de temps et une absence d'utilité.**

« Je ne trouve que ça n'apporte rien de spécial … » P3

« Je ne comprends toujours pas ce qu'apporte de voir l'infirmière d'abord, car le médecin refait l'examen derrière enfin en tout cas ça s'est passé comme ça avec moi, ça fait répétition. » P6

« J'ai cette interrogation sur le rôle de l'infirmière. Je n'ai pas l'impression que ça apporte de l'eau au moulin » P6

V) Les limites évoquées par les patients

Un dispositif adapté à un certain type de consultation

Quelques participants s'expriment sur le fait que c'est un dispositif adapté à certains motifs de consultations plus qu'à d'autre. Les patients ayant des problèmes **d'origine plutôt psychologiques** ont souvent besoin de plus de temps en consultation et certainement d'avoir un seul interlocuteur pour évoquer des choses difficiles.

C'est un système qui est vu par les patients comme étant adapté aux pathologies physiques et bénignes. Ce sont d'ailleurs ces pathologies bénignes-là qui sont prises en charge par le binôme.

> *« Si vous êtes un patient qui a besoin d'être cocooné ce n'est pas le bon format si vous avez un problème un peu plus de l'ordre du psychologique c'est peut-être un peu trop rapide après moi c'était une douleur physique. » P1*
>
> *« C'est adapté aux situations d'urgences physique quand vous souffrez d'un mal de ventre ou une autre douleur physique mais pour des gens qui ont des problèmes psychosociaux ou des problèmes familiaux avec des troubles thymiques c'est autre chose » P1*
>
> *« Ce n'était pas gênant dans mon contexte, c'était de la bobologie » P4*

Une réticence pour l'examen des enfants

Deux participants sont plus craintifs quant au dispositif si la situation d'urgence concernait leurs enfants. Il est important de noter que dans le cadre de l'expérimentation le binôme infirmière-médecin n'est en place que pour les patients de plus de 2 ans. Il arrive que les infirmières voient des patients plus jeunes pour avancer et aider le médecin ; cependant l'examen clinique est complètement refait par le médecin. On se rend bien compte que c'est plutôt rassurant pour les parents qui en sont demandeurs.

> *« Peut-être que si c'est pour mes enfants ça serait un peu différent je voudrai qu'ils soient vu assez longtemps par le médecin » P4*

VI) Les alternatives évoquées :

Dans le cadre de cette enquête, au-delà de connaitre le ressenti des patients vis-à-vis de ce nouveau système, il nous a semblait intéressant de savoir ce qu'ils auraient fait si ce dispositif n'était pas en place.

On s'aperçoit que les participants ont conscience des difficultés d'accès aux soins et du manques d'alternatives existantes. Certains disent qu'ils se seraient soignés eux même avec des **traitements naturels ou des traitements disponibles en pharmacie sans ordonnances :**

« J'aurai été à la pharmacie … et je me serai soigné avec les médicaments du bord » P8

« Qu'est-ce que j'aurai fait … je n'aurai pas été aux urgences ça c'est clair (silence) et j'aurai pas été non plus chez SOS médecin … Je pense que j'aurai fait de l'automédication c'est ce que je fais d'habitude mais là je voulais être sûre de savoir si j'avais une angine » P10

« Autrement j'aurai été en pharmacie par ce que je n'aurai pas pu attendre, voir s'ils pouvaient m'aider ou pas » P11

Les patients sont en général assez avertis de la situation actuelle à Orléans et on conscience qu'avoir accès à un médecin en urgences dans les 24h n'est pas évident, et la situation des urgences est bien connue par tous.

« Enfin on nous a quand même donné une réponse dans la journée dans le contexte actuel on ne peut pas demander plus que ça je crois » P7

« Ça me semble être du bon sens dans une organisation qui de toute façon n'est pas suffisamment opérationnelle vis à vis des patients et du nombre de patient à recevoir » P1

D'autres participants, quant à eux, auraient appelé **le SAMU** pour essayer d'avoir une réponse :

« Je pense que j'aurai appelé le 15 en espérant avoir une réponse » P12

« J'aurai peut-être appelé le SAMU si vraiment j'avais pas de solution » P9

Un patient nous a déclaré qu'il aurait attendu que son médecin traitant soit disponible en prenant le risque de ne pas être soigné rapidement et de laisser la pathologie s'installer.

> *« J'aurai attendu que mon médecin traitant soit disponible » P11*

Aucun patient n'a évoqué l'éventualité de faire une téléconsultation avec un médecin inconnu.

Pareillement aucun participant n'a évoqué la possibilité d'aller aux urgences. Plus que cela, ils sont retissant à l'idée de devoir s'y rendre tant la tension aux urgences du CHRO est palpable et les patients ont conscience que les motifs de SNP n'ont rien à faire dans un service d'urgence.

> *« … je n'allais pas non plus aller aux urgences pour une infection urinaire … P11*
>
> *« … En tout cas je ne me voyais pas aller aux urgences pour ça j'aurai cherché sur internet si y'a des structures adaptés… » P9*

Les SNP gérés par la CPTS n'ont pas été évoqués par les patients.

VII) Les difficultés organisationnelles :

Certaines failles ont été relevées par les participants mais n'ont pas été considérées comme intrinsèque à ce nouveau système de prise en charge.

Le manque de confidentialité a été décrit par quelques participants. En effet, le passage de la carte vitale, et le paiement se font à l'extérieur, pareillement les ordonnances sont données dans la salle d'attente des SNP.

> *« En termes de discrétion du bureau ce n'est pas top, par ce que le règlement, le passage de la carte et les ordonnances sont données à l'extérieur dans la petite salle d'attente et c'est a porté d'audition des autres patients. » P6*

Le manque de communication sur le déroulement de la consultation, a par ailleurs été évoqué par un participant.

« Qu'il manque un peu de communication. Tout m'a été expliqué au moment où j'ai donné ma carte vitale mais pas avant j'aurai aimé savoir en amont » P2

Il est compliqué de prévenir tous les patients en amont car certains ne sont pas vu par le binôme mais uniquement par le médecin, et cela est fonction du motif de consultation et de l'appréciation du binôme. Ainsi, il est plus simple d'informer le patient au moment où il se présente au secrétariat des SNP.

Un manque d'aiguillage est également signalé par certains. En effet les SNP sont reçus au niveau de l'extension de la MSP, et les indications aux murs ne sont pas suffisamment visibles par les patients et les explications données pas toujours claires.

« Je me suis perdu … » P11

Un autre élément est évoqué par un participant concernant l'absence de confirmation par sms de la consultation SNP.

« Je ne sais pas si c'est envisageable de pouvoir prendre rdv sur une plateforme ou il faut forcément passer par le filtre du secrétariat … et si ce n'est pas possible est ce que c'est possible d'avoir une confirmation par sms » P2

DISCUSSION

I) Principaux résultats :

L'enquête menée auprès des patients met en évidence une satisfaction générale à l'égard de ce nouveau modèle de prise en charge. Les patients apprécient particulièrement la rapidité d'obtention d'un rendez-vous et l'efficacité du processus global. Cependant, un manque de communication préalable sur le déroulement de la consultation est relevé, soulignant ainsi l'importance de la transparence et de l'information pour les patients.

Les avantages perçus incluent la rapidité et la fluidité de la prise en charge, ainsi que la possibilité d'avoir des conseils de la part de deux professionnels de santé différents. La répartition des tâches entre l'infirmière et le médecin est considérée comme un aspect positif, permettant une utilisation optimale du temps médical.

L'accès au dossier médical du patient constitue un véritable atout, car il permet au médecin travaillant en SNP d'avoir accès à des informations cruciales concernant la santé du patient. De plus, cela permet également de conserver une trace de cette consultation de SNP pour le médecin traitant du patient. Ce sont deux éléments soulignés par les participants à l'étude.

Cependant, une patiente a perçu cette rapidité comme une consultation trop expéditive, ce qui soulève des préoccupations quant à l'équilibre entre efficacité et qualité de la prise en charge. De plus, des limites sont identifiées concernant l'adaptabilité de ce modèle pour les enfants en bas âge et les patients aux problèmes psychosociaux, suggérant ainsi la nécessité d'une approche plus individualisée dans ces cas.

La présence de l'infirmière n'a pas suscité d'interrogation particulière, ce qui indique une acceptation générale de ce nouveau rôle dans le processus de consultation médicale.

En résumé, un juste équilibre entre l'efficacité opérationnelle et l'écoute attentive des besoins des patients constitue l'enjeu principal de ce nouveau modèle de consultation médicale. Des ajustements peuvent être nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques de certains patients et garantir une expérience de soins de santé optimale.

II) Les forces et les faiblesses de ce travail

Le sujet de cette étude porte sur un **enjeu majeur de santé publique** : la gestion des SNP. Cette recherche sur une expérimentation inédite suscite un intérêt considérable car, touchant tout juste à sa fin, elle n'a jamais été évaluée.

La méthode qualitative a semblé la plus adaptée pour évaluer le ressenti d'une population. Il s'agit d'une **approche compréhensive qui permet d'explorer les différentes émotions d'un échantillon de personnes**. Son objectif n'est pas de chiffrer des données, mais de permettre un retour d'expérience des patients en détaillant leurs ressentis.

Concernant la méthodologie, les entretiens individuels ont été préférés au focus-group afin de permettre à chaque patient de s'exprimer librement, sans influence. Cependant, la réalisation d'un focus group en complément aurait pu offrir une dynamique différente et fournir des informations complémentaires.

Cette recherche a été menée de manière rigoureuse afin de répondre au mieux aux critères de validité d'une étude qualitative. Un **échantillon raisonné** a été constitué dans le but d'inclure des individus variés, permettant ainsi d'explorer la plus grande diversité d'opinions et de tendre

vers une description la plus exhaustive possible du phénomène étudié. La saturation des données, obtenue au dixième entretien, atteste de l'exhaustivité des données, renforcée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires sans l'émergence de nouvelles idées.

Cependant, un **biais de recrutement** est à noter : deux entretiens ont été menés avec du personnel paramédical, dont une infirmière, qui sont donc bien au fait du champ de compétence de l'IDE, ce qui a pu orienter leurs réponses par rapport aux autres participants.

De plus, la question d'un **biais de déclaration** peut être soulevée. En effet, l'enquêtrice effectuait des remplacements dans la structure où l'expérimentation et l'étude avaient lieu. Il est donc légitime de se demander si les participants ont bien exprimé toute leur perception et ne se sont pas restreints.

Le **caractère novice de l'investigatrice** a pu entraîner un **biais de sélection** dans le recueil des données et un biais d'interprétation dans l'analyse des données, d'autant plus que la triangulation des données n'a pu être effectuée que sur trois entretiens.

III) Comparaison aux données de la littérature

Le Projet IPEP inspiré par le mode de financement des ACO (Acountable care organizations) américains

Dans les systèmes de santé des États-Unis et de la France, la plupart des médecins exerçant en libéral sont rémunérés à l'acte, tandis que les établissements de santé sont soumis à une tarification basée sur l'activité. Ces derniers temps, des observateurs du système de santé américain ont plaidé en faveur d'une meilleure coordination entre les différents acteurs impliqués dans les parcours de soins des patients. **De nombreux experts estiment également que les méthodes actuelles de rémunération, qui sont compartimentées, ne favorisent pas l'adoption de stratégies communes et pluridisciplinaires.** (44)

Pour répondre à ce besoin de prise en charge plus centré patient, Obama met en place une nouvelle forme d'organisation courant 2012. Il s'agit des "organisations responsables de la prise en charge" **(Accountable Care Organizations - ACOs**), qui réunissent différents prestataires de soins (cabinets de médecine générale, infirmiers, hôpitaux, services de soins de suite et de réadaptation, etc.) au sein d'une entité unique. Ces ACO seraient collectivement responsables de la prise en charge globale d'une population, tant pour les payeurs publics (Medicare, notamment pour les plus de 65 ans, ou Medicaid, pour les personnes précaires) que pour les assureurs privés. (44)

Il est important de noter que ce concept d'ACO n'est pas apparu spontanément : il découle de la généralisation de plusieurs séries d'expérimentations lancées dans cette direction depuis une dizaine d'années par Medicare. (44)

Des **mesures de qualité de la prise en charge seront collectées**, incluant des données résultats cliniques, l'expérience des patients, ainsi que l'utilisation des ressources du système telles que les taux d'hospitalisations non programmées et évitables. De plus, la qualité des transitions entre les différents environnements de prise en charge sera évaluée, en **particulier les plans de sortie d'hôpital. (44)**

Pour encourager la coordination des actions au sein de l'Accountable Care Organization, divers mécanismes sont en place : d'une part, des objectifs collectifs mesurés par des indicateurs assortis **d'incitations financières** (rémunération à la performance). D'autre part, les membres reçoivent une **rémunération supplémentaire correspondant à une partie des économies réalisées grâce aux améliorations de l'organisation des soins, que le payeur Medicare « redonne » à l'organisation des soins** (principe des économies partagées). (44)

Bien que le paiement à l'acte puisse rester le mode de rémunération prédominant, le système encourage cependant le développement de modes alternatifs couvrant l'ensemble des besoins d'un patient sur l'année : tels que les paiements forfaitaires par pathologie pour les maladies chroniques, ou encore les forfaits post-opératoires entre l'hôpital et les soins de suite et de réadaptation (SSR). (44)

En ce qui concerne la rémunération à la performance, elle repose sur **33 indicateurs répartis dans cinq domaines** : l'expérience vécue par le patient et ses aidants, la coordination des soins, la sécurité et la qualité des soins, les actions de prévention, ainsi que des mesures spécifiques pour les populations à risque telles que les personnes âgées fragiles exposées au risque de perte d'autonomie. (44)

Les répercussions des ACO sur l'organisation et la qualité des soins se font déjà sentir : **en moins d'une décennie, ces entités se sont rapidement développées à travers le pays, prenant en charge aujourd'hui plus de 32 millions d'Américains à travers plus d'un millier d'organisations**. (44)

Selon un rapport de l'Office of the Inspector General du Département de la Santé et des Services Sociaux, ce dispositif aurait permis à Medicare **d'économiser près de 1 milliard de dollars au cours des trois premières années.** Sur la période 2013-2015, les participants aux ACO ont en moyenne obtenu de meilleurs résultats que les prestataires n'adhérant pas au programme sur 22 des 27 indicateurs individuels. Les scores de qualité ont été améliorés pour 82 % d'entre eux, avec deux indicateurs en particulier affichant une progression significative : le dépistage de la dépression et la prévention des chutes. (44)

En résumé, ce mode de financement partagé permet de motiver les professionnels à travailler en équipe, et ce travail d'équipe permet une meilleure prise en soin des malades et aussi une diminution des dépenses en santé grâce à cette coordination.

L'émergence d'un nouveau statut celui de l'infirmière en soins primaires

L'un des objectifs de ce projet IPEP est de créer une nouvelle fonction, celle d'infirmière de soins primaires. Dans le cadre de cette initiative, l'équipe a attribué de nouveaux rôles aux Ide de la MSP. Au-delà des IPA et des infirmière ASALEE dont le statut juridique est établi, l'expérience IPEP a permis d'élargir les fonctions habituelles des Ide afin de collaborer avec les médecins de la structure sur **les SNP, ainsi que sur le dépistage, le suivi des pathologies chroniques et la coordination ville-hôpital.**

L'évolution du système de santé en matière de soins primaires tend à passer d'une approche individuelle à une approche pluridisciplinaire. Cette évolution repose sur l'idée que la collaboration et le partage des responsabilités constituent l'une des solutions pour pallier la pénurie de médecins. De plus, la littérature montre clairement que la coopération et la coordination efficace entre les différents professionnels de santé dans les parcours de soins permettent une prise en charge optimale des patients tout en maîtrisant mieux les dépenses de santé.

Le travail expérimenté par la MSP Liliane Coupez et la MSP de la Présentation s'inscrit parfaitement dans cette tendance. La collaboration entre secrétaires, IDE et médecins pour gérer les SNP permet, grâce à la formation des équipes, de libérer davantage de temps médical aux médecins.

Par ailleurs, la qualité des consultations est également assurée grâce à la formation des IDE. Elles sont formées pour éduquer les patients sur les pathologies bénignes rencontrées en SNP, telles que les consignes alimentaires en cas de gastro-entérite, les techniques de désencombrement des voies respiratoires chez les nourrissons enrhumés, ou encore les signes de gravité en cas de crise d'asthme. Un travail de formation complet a été réalisé pour permettre aux IDE d'acquérir des compétences en **éducation thérapeutique**.

De plus, elles sont formées pour prévenir **les interruptions de soins chez les patients chroniques** rencontrés en SNP. Elles sont encouragées à adopter une approche globale du dossier lors de la prise en charge en SNP afin de réintégrer le patient dans le circuit de soins s'il en est exclu, et à assurer une fonction de **dépistage** en fonction de l'âge du patient (vérification des vaccinations, frottis a jour …).

L'autre volet de cette expérimentation concerne le rôle des IDE dans la **coordination entre les soins ambulatoires et hospitaliers**. Ce rôle est crucial dans la prévention des ré hospitalisations précoces en préparant les retours à domicile des patients. La communication entre l'hôpital et le cabinet de ville revêt un enjeu majeur en termes de sécurité pour le patient.

Cette montée en compétences des infirmières et cette collaboration interprofessionnelle s'inspirent notamment du modèle de l'infirmière canadienne, dont le champ de compétences dépasse largement celui des IDE en France.

En effet, le système de santé Canadien encouragent depuis déjà une vingtaine d'années le développement du statut des IP (Infirmière praticienne) dont le rôle a connu une véritable expansion dans le système de santé. **C'est au cours des années 1990 qu'on a reconnu le rôle**

et les règles entourant leur pratique. En effet, les IP peuvent diagnostiquer, émettre des ordonnances, interpréter des résultats d'analyse diagnostique, prescrire des produits pharmaceutiques et effectuer des interventions médicales, psychosociales et biopsychosociales. **Plusieurs études indiquent que l'intégration des IP au sein du système de santé améliorait la qualité des soins et les compétences du personnel et facilitait la prise en charge des personnes tout en réduisant les temps d'hospitalisation et d'attente hospitalière. (45)**

La contribution des IP, en équipe intra professionnelle et interprofessionnelle, a permis de donner un accès plus rapide aux soins de santé notamment en instaurant quatre domaines qui leur sont autorisés, à savoir : les soins de santé primaire (SSP) ; les soins aux adultes ; la pédiatrie ; et l'anesthésie. Ce sont les SSP qui ont connu un véritable essor. (45)

L'idée de l'IP nait spontanément dans les années 1960, en réponse à la pénurie de médecin.

Entre les années 1960 et 1980, les infirmières développent une pratique élargie pour répondre à la pénurie de médecins dans les régions rurales et éloignées. Ce nouveau rôle est au début perçu comme un chevauchement avec celui des médecins et d'autres professionnels de la santé.

C'est autour de 1996 qu'on voit vraiment l'émergence d'une pratique avancée, légitimée à la fois sur le plan universitaire et légal. Des démarches juridiques sont entreprises pour reconnaître le rôle des IP. Et depuis 2006, on retrouve une harmonisation du champ de pratique des IP, caractérisée par une pratique interprofessionnelle et complémentaire, inscrite dans un cadre collaboratif. (45)

Le travail interprofessionnel en SNP dans les autres pays

Le Canada n'est pas le seul pays à utiliser les infirmières en collaboration avec le corps médical pour gérer les SNP. D'autres pays ont opté pour une approche alternative en remplaçant les médecins par des professionnels paramédicaux pour diverses tâches telles que le pré-diagnostic, les examens techniques courants (comme la mesure de la pression artérielle) et des prescriptions restreintes pour les maladies chroniques. (47)

Cette délégation de tâches semble être bien avancée au Royaume-Uni et en Suède, que ce soit dans les centres d'appels pour le triage ou dans les centres de soins. Cependant, cette pratique reste peu développée, voire inexistante, dans d'autres pays, y compris en France. (47)

Dans certains endroits en Espagne et en Suède, on observe une i**ntégration intéressante entre les services sociaux et de santé, où les équipes de soins primaires travaillent ensemble pour gérer les soins non programmés** notamment, un peu à l'image de ce qui est fait dans le cadre du projet IPEP. (47)

En Suède, le triage est généralement effectué par des infirmières spécialement formées dans les centres d'information sur la santé du Conseil de comté, qui peuvent conseiller les patients, prendre des rendez-vous avec des médecins de soins primaires ou recommander une prise en charge d'urgence si nécessaire. (47)

Au Royaume-Uni, les conseillères infirmières dialoguent avec les appelants, évaluent les symptômes et les orientent vers les soins appropriés. L'évaluation clinique par téléphone suppose une compétence hautement spécialisée et les infirmières suivent une formation intensive pour s'y préparer. Dans les services de permanence, les médecins sont remplacés autant que possible par des infirmiers et des paramédicaux. **Par exemple, une gastroentérite chez un jeune adulte sans comorbidité est gérée par une infirmière autonome en Angleterre**. Auparavant, les appels étaient traités par les médecins, alors que cette situation est désormais exceptionnelle. Actuellement, les infirmières effectuent un triage et des consultations par téléphone. Le centre d'appel des urgences s'est engagé à investir dans l'enseignement, la formation et le développement actuel du personnel, ce qui est crucial pour assurer la fourniture d'un service national de qualité. L'ensemble du personnel de première ligne doit suivre un programme complet de formation conçu pour les guider dans l'organisation et les doter des compétences nécessaires pour assurer leur rôle. (47)

Il est important de noter que cette délégation de tâches n'est pas répandue dans tous les pays. Par exemple, en Italie, ce sont les médecins de permanence qui orientent les patients, tandis qu'en Allemagne et en France, ce sont les médecins urgentistes ou de garde qui assurent cette fonction. (47)

CONCLUSION

Cette expérience nous a révélé une nouvelle forme de collaboration entre différents professionnels de santé autour d'un patient pour améliorer sa prise en charge.

Le développement de nouvelles compétences infirmières, résultant d'une formation clinique adéquate, a favorisé cette collaboration étroite. Le cadre légal et financier de l'expérience IPEP touche à sa fin en juin 2024.

Au cours de ces cinq années, l'équipe médicale de la MSP a perfectionné ses méthodes de travail en équipe, bénéficiant d'un environnement collaboratif efficace.

Les résultats de l'étude démontrent une satisfaction générale de la part des patients, qui adhèrent de plus en plus à l'idée d'être pris en charge par une équipe pluridisciplinaire en médecine de ville, plutôt que de se limiter à la consultation avec leur médecin traitant habituel. Cette évolution est en phase avec l'émergence des assistants médicaux, des ASALEE et des IPA, qui enrichissent le travail du médecin plutôt que de le substituer.

À l'approche de la clôture de l'expérimentation, celle-ci fera l'objet d'une évaluation par le GIP-IRDES (Groupement d'intérêt public – institut de recherche et documentation en économie de santé) sur divers critères afin de déterminer l'avenir du projet.

En cas d'arrêt du projet, il faudra prendre en compte la diminution de la capacité à prendre en charge les soins non programmés ainsi que la renonciation aux nouvelles compétences acquises par les infirmières.

Si le projet est intégré dans le droit commun, il conviendra d'étudier dans quelles conditions, avec quelles modalités et quel financement cela se fera.

Dans tous les cas, cette expérience représente une avancée prometteuse dans les pratiques de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pénurie de médecins : une situation alarmante [Internet]. [cité 7 sept 2023]. Disponible sur: https://info.medadom.com/le-blog-du-medecin-en-teleconsultation/penurie-de-medecins

2. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. janv 2022 [cité 10 nov 2022]; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf

3. Statista [Internet]. [cité 10 nov 2023]. Densité médicale régionale France 2022. Disponible sur: https://fr.statista.com/statistiques/500637/densite-medicale-regions-france/

4. BLUTEAU Pauline. L'Etudiant. 2022 [cité 7 sept 2023]. Déserts médicaux : comment expliquer la pénurie de médecins dans les territoires ? Disponible sur: https://www.letudiant.fr/educpros/enquetes/deserts-medicaux-comment-expliquer-la-penurie-de-medecins-dans-les-territoires.html

5. Granger B. « Ma santé 2022 » : un plan ambitieux, des moyens limités. Le Débat. 2019;203(1):98-108.

6. Professionnels de santé : quelle densité médicale ?| vie-publique.fr [Internet]. 2022 [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/fiches/37856-professionnels-de-sante-quelle-densite-medicale

7. Dupagne D. Atoute.org. 2013 [cité 25 sept 2023]. L'origine de la pénurie des médecins en France. Disponible sur: https://www.atoute.org/n/article311.html

8. RENAUD PEQUIGNOT. Avenir hospitalier. [cité 25 sept 2023]. Numerus Clausus : histoire d'une réforme dévoyée puis contre-productive. Disponible sur: http://www.avenir-hospitalier.fr/index.php/medias/la-revue/75-detailsah6/350-numerusclausus

9. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. Rev Fr Aff Soc. 2006;(2-3):91-119.

10. Hassenteufel P, Naiditch M, Schweyer FX. Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos. Rev Fr Aff Soc. 2020;(1):11-31.

11. Blanpain N. Insee. [cité 2 oct 2023]. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228#titre-bloc-10

12. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2021 [cité 25 sept 2023]. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques

- Les leçons de la littérature internationale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/remedier-aux-penuries-de-medecins-dans-certaines-zones

13. Académie de médecine. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. 2023 [cité 28 sept 2023]. Disponible sur: https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=soins%20de%20premier%20recours

14. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. 1. Qu'appelle-t-on « soins primaires » ? In: Les soins primaires en question(s) [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2021 [cité 28 sept 2023]. p. 5-13. (Débats Santé Social). Disponible sur: https://www.cairn.info/les-soins-primaires-en-question--9782810908820-p-5.htm

15. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;16(1):63-74.

16. Palier B. Pourquoi et comment réformer les systèmes de santé ? In: La réforme des système de santé [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2010 [cité 6 oct 2023]. p. 55-76. (Que sais-je ?; vol. 5e éd.). Disponible sur: https://www.cairn.info/la-reforme-des-systemes-de-sante--9782130580904-p-55.htm

17. Bertrand D, Marin P. La loi du 13 Aout 2004 réformant l'Assurance maladie plus de 10 ans après. ADSP. sept 2017;(100):70-5.

18. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. 6. Comment organiser et réguler l'offre de soins primaires sur un territoire ? In: Les soins primaires en question(s) [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2021 [cité 28 sept 2023]. p. 57-67. (Débats Santé Social). Disponible sur: https://www.cairn.info/les-soins-primaires-en-question--9782810908820-p-57.htm

19. Vie publique Au coeur du débat public [Internet]. 2023 [cité 6 oct 2023]. Quel est le rôle des agences régionales de santé (ARS) ?| vie-publique.fr. Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/fiches/37936-quel-est-le-role-des-agences-regionales-de-sante-ars

20. Hermann-Burteaux A, Crozet C. Pratiques d'orientation vers l'infirmière d'éducation thérapeutique : étude qualitative auprès de médecins généralistes et de patients d'une maison de santé en Lorraine. Rech Soins Infirm. 28 oct 2021;146(3):74-94.

21. Action de santé libérale en équipe [Internet]. [cité 14 nov 2023]. Asalée. Disponible sur: http://www.asalee.org/

22. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 14 nov 2023]. L'infirmier en pratique avancée. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee

23. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. 2023 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante

24. Rôle du médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. 2022 [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/loiret/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes

25. Benbih S. PROPOSER DES PLAGES DE CONSULTATION LIBRES SANS RDV AU CABINET DE MEDECINE GENERALE MODIFIERAIT IL LE COMPORTEMENT DES PATIENTS CONSULTANT AUX URGENCES DU CH DU BLANC ET DU CHIC D'AMBOISE. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Tours]: François Rabelais; 2022 [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2022_Medecine_BenbihSamia.pdf

26. 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(4):517-26.

27. Etude et résultat [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'evaluation et des statistiques; 2020 [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf

28. ENQUÊTE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS SUR L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE [Internet]. conseil national; 2018 déc. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf

29. Ministère de la santé et de la préventionet de la prévention. Agence du Numérique en Santé. 2023 [cité 2 oct 2023]. Service d'accès aux soins (SAS). Disponible sur: https://esante.gouv.fr/sas

30. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 13 nov 2023]. Tout savoir sur le SAS. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas

31. France C. www.larep.fr. 2023 [cité 2 oct 2023]. Santé - Trois questions pour comprendre l'intérêt d'étendre à tout le Loiret le système de régulation expérimenté à Orléans. Disponible sur: https://www.larep.fr/orleans-45000/actualites/trois-questions-pour-comprendre-l-interet-d-etendre-a-tout-le-loiret-le-systeme-de-regulation-experimente-a-orleans_14367220/

32. France C. www.larep.fr. 2023 [cité 2 oct 2023]. Santé - La direction du CHR d'Orléans met en avant les mesures prises pour améliorer la situation aux urgences. Disponible sur: https://www.larep.fr/orleans-45000/actualites/la-direction-du-chr-d-orleans-met-en-avant-les-mesures-prises-pour-ameliorer-la-situation-aux-urgences_14366702/

33. Pateron D. La crise des urgences. Trib Sante. 3 juill 2023;76(2):67-75.

34. France C. www.larep.fr. 2022 [cité 7 sept 2023]. Santé - Un numéro pour obtenir un rendez-vous chez un généraliste de l'agglomération d'Orléans pour des soins non programmés. Disponible sur: https://www.larep.fr/orleans-45000/actualites/un-numero-pour-obtenir-un-rendez-vous-chez-un-generaliste-de-l-agglomeration-d-orleans-pour-des-soins-non-programmes_14104250/

35. Avant de vous déplacer aux urgences appelez-le 15 ! | Centre Hospitalier Régional d'Orléans [Internet]. 2022 [cité 7 sept 2023]. Disponible sur: https://www.chu-orleans.fr/chr-orleans/presse-et-actualites/actualites/avant-de-vous-deplacer-aux-urgences-appelez-le-15

36. Elsan [Internet]. 2019 [cité 6 oct 2023]. « Archette, premiers soins », la médecine de ville à la clinique | Clinique de l'Archette Elsan. Disponible sur: https://www.elsan.care/fr/clinique-archette/nos-actualites/archette-premiers-soins-la-medecine-de-ville-la-clinique

37. Urgences 24h/24 – 7j/7 | Pôle santé Oréliance [Internet]. 2018 [cité 22 sept 2023]. Disponible sur: https://oreliance.com/urgences-24h24-7j7/

38. Insee [Internet]. 2023 [cité 6 oct 2023]. Comparateur de territoires − Commune de Fleury-les-Aubrais (45147) | Insee. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-45147

39. Insee [Internet]. 2023 [cité 10 nov 2023]. Comparateur de territoires − Intercommunalité-Métropole de CC de l'Argonne Ardennaise (240800920) | Insee. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-240800920

40. Insee dossier centre val de Loire n°1. Loiret - Communauté d'agglomération Orléans Val de Loire [Internet]. 2017 mars p. 63; 64; 65. Disponible sur: www.insee.fr

41. Assurance maladie. Ameli. 2023 [cité 10 nov 2023]. Rémunération des maisons de santé pluriprofessionnelles. Disponible sur: https://www.ameli.fr/loiret/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-des-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles

42. ARS [Internet]. [cité 22 sept 2023]. Article 51 : innovation organisationnelle | Agence régionale de santé Ile-de-France. Disponible sur: https://www.iledefrance.ars.sante.fr/article-51-innovation-organisationnelle

43. Ministère du travail de la santé et des solidarité. Expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée [Internet]. 2024 janv 23 [cité 16 mars 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-une-incitation-a-une-prise-en-charge-partagee-ipep

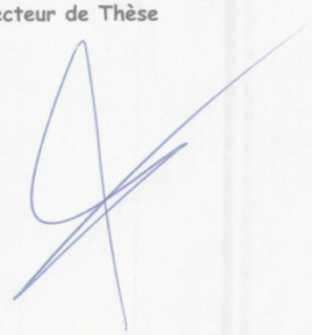
44. Mousquès J. L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : des enseignements pour la France ? 2017;

45. Benoit M, Pilon R, Lavoie AM, Pariseau-Legault P. Chevauchement, interdépendance ou complémentarité ?, la collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière praticienne et d'autres professionnels de santé en Ontario. Santé Publique. 2017;29(5):693-706.

46. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. Santé Publique. 2009;21(hs1):27-38.

47. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. Rev Fr Aff Soc. 2006;(2-3):91-119.

Vu, le Directeur de Thèse



Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

RÉSUMÉ

ANALYSE DU RESSENTI DU PATIENT QUANT A LA PRISE EN CHARGE PAR LE BINÔME INFIRMIERE-MEDECIN EN SOINS NON PROGRAMMÉS DANS LE CADRE D'UNE EXPERIMENTATION ARTICLE 51

Introduction : Depuis des décennies, on note en France une diminution de l'offre médicale en soins primaires et une augmentation des besoins en raison de multiples facteurs démographiques, épidémiologiques et politiques. En particulier, la demande de soins non programmés a explosé ces 20 dernières années. Dans le cadre de l'article 51 deux MSP de l'agglomération orléanaise expérimentent une nouvelle façon de traiter les soins non programmés. Une collaboration entre infirmière et médecin permet de les prendre en charge tous les après-midis en binôme, et cette coopération permet de traiter plus de 20% de SNP en plus.

Objectif : Analyser le ressenti du patient quant à cette prise en charge inédite.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi dirigés a été menée auprès de 12 patients ayant été pris en charge en SNP par le binôme infirmière médecin entre mai 2023 et septembre 2023. Une analyse thématique a été réalisée.

Résultat : Les patients soulignent un enthousiasme concernant les délais de rendez-vous, la réactivité, et la disponibilité du système. Par ailleurs, les patients déclarent avoir une réponse à leur problématique avec une fluidité de prise en charge notable. Cette fluidité a pu être perçu par certain comme un système un peu expéditif. La présence de l'infirmière a été perçu comme tout à fait naturelle et sa présence n'a pas suscité de mécontentement. Le professionnalisme et l'empathie des infirmières ont été appréciés par tous les participants.

Conclusion : Le ressenti global des patients vis-à-vis de la nouvelle gestion des urgences est plutôt très positive. L'expérimentation arrivant à son terme. Les modalités de la pérennisation du projet sont actuellement en discussion.

Mots clés : Soins non programmés, binôme infirmière-médecin, article 51, analyse qualitative

BAHANI- EL KHADIRI Chaïma

70 pages _ 1 Tableau _ 2 Figures_ 1 Affiche

Résumé :

Introduction : Depuis des décennies, on note en France une diminution de l'offre médicale en soins primaires et une augmentation des besoins en raison de multiples facteurs démographiques, épidémiologiques et politiques. En particulier, la demande de soins non programmés a explosé ces 20 dernières années. Dans le cadre de l'article 51 deux MSP de l'agglomération orléanaise expérimentent une nouvelle façon de traiter les soins non programmés. Une collaboration entre infirmière et médecin permet de les prendre en charge tous les après-midis en binôme, et cette coopération permet de traiter plus de 20% de SNP en plus.

Objectif : Analyser le ressenti du patient quant à cette prise en charge inédite.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi dirigés a été menée auprès de 12 patients ayant été pris en charge en SNP par le binôme infirmière médecin entre mai 2023 et septembre 2023. Une analyse thématique a été réalisée.

Résultat : Les patients soulignent un enthousiasme concernant les délais de rendez-vous, la réactivité, et la disponibilité du système. Par ailleurs, les patients déclarent avoir une réponse à leur problématique avec une fluidité de prise en charge notable. Cette fluidité a pu être perçu par certain comme un système un peu expéditif. La présence de l'infirmière a été perçu comme tout à fait naturelle et sa présence n'a pas suscité de mécontentement. Le professionnalisme et l'empathie des infirmières ont été appréciés par tous les participants.

Conclusion : Le ressenti global des patients vis-à-vis de la nouvelle gestion des urgences est plutôt très positive. L'expérimentation arrivant à son terme. Les modalités de la pérennisation du projet sont actuellement en discussion.

Mots clés : Soins non programmés, binôme infirmière-médecin, article 51, analyse qualitative.

Jury :

Président du Jury :	Professeur Vincent CAMUS
Directeur de thèse :	Docteur Naima BOURAKI
Membres du Jury :	Docteur Thomas MOUMNEH
	Docteur Pascal GORIN

Date de soutenance : 21 mai 2024