

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2021
N° : 249

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention D.E.S de MÉDECINE GÉNÉRALE

PAR

Mr Victor Paul KOLBE
Né le 26/10/1993 à Strasbourg

Titre de la thèse

**« Comment les médecins généralistes répondent-ils
à la demande des soins non programmés suite à une
année de pandémie à *COVID-19* »**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Pascal BILBAULT

Directeur de thèse : Dr Nicolas DEMARE (Docteur en médecine
générale)

1
FACULTÉ DE MÉDECINE

Edition SEPTEMBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option ; Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES			
HABERSETZER François P0144	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent P0185	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMD Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
SALVAT Eric P0144		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	
SCHNEIDER francis P0144	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	40.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - Service Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie (membre de l'Institut)**
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)**
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	GRL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clemenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

	Resp	- Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DANION Jean-Marie (Psychiatrie) / 01.09.20	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

Le Serment D'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à 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 les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Remerciements :

- Aux membres du jury :

Au président de thèse,

Monsieur le Professeur Pascal BILBAULT,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon travail, d'avoir été aussi disponible pour moi et de m'avoir instruit votre passion pour les urgences.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Nicolas DEMARE,

Merci pour les conseils avisés, ta disponibilité et ton soutien dans ce projet.

Merci pour ta rigueur, ta gentillesse et l'enseignement de la médecine générale telle que je l'idéalise.

À Monsieur le Docteur Yannick SCHMITT,

Je vous remercie d'avoir pris le temps pour juger ce travail et d'avoir accepté d'être membre du jury. Je vous suis grandement reconnaissant.

À Monsieur le Docteur Antoine KERNEIS,

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse, d'avoir pris le temps nécessaire afin de juger mon travail. Je vous souhaite de nombreuses invitations par la suite auprès de vos tutorés.

- À ma famille, avec amour :

À **Sandra**, ma bien aimée,

Merci de m'avoir soutenu depuis le premier jour de ce projet. Merci surtout d'avoir accepté de créer un monde à deux et d'avoir pu faire de notre vie un rêve commun. Tu as été la muse qui a embelli ma vie, l'a saupoudrée de folie et me fait grandir chaque jour. Forever yours.

À **mes chers parents**,

Merci pour votre patience et votre soutien du berceau jusqu'à ce jour. J'espère pouvoir vous rendre fier à travers cet ouvrage qui symbolise l'homme que je suis en grande partie grâce à vous. Merci pour nos voyages, nos fous rires et notre famille. Carpe Diem.

À **Roxane**, ma grande sœur,

Tes paroles, même si parfois tranchantes, m'ont souvent guidé dans mes réflexions et mes actions. Tu es une des personnes que j'admire le plus dans ce monde et avec qui je rêverai de passer plus de temps.

A **Nicole et Jacqueline**, nos sisters de cœur,

Merci pour votre gentillesse, votre soutien, vos rires et votre humeur exaltante à chaque discussion partagée. Nous reviendrons très bientôt profiter de la vie à vos côtés.

À la **famille Rieger**,

Merci pour votre gentillesse, votre présence et pour la multitude de talents cachés et insoupçonnés que vous m'avez faits découvrir au cours de ces dernières années.

À la **famille Kolbe**,

Merci pour votre soutien, votre écoute et votre présence quand requise. J'espère pouvoir profiter de votre présence aussi souvent que possible.

À la **famille Braun**,

Merci pour votre présence, votre gentillesse et votre soutien. Roxane et moi somme très heureux de vous compter parmi les nôtres.

Merci pout tout.

- À mes amis :

À **la Colove**, ancienne et actuelle,

Merci pour les plus belles années de ma vie, des anecdotes inoubliables et des expériences de vie plus que certainement uniques. Vous êtes tous plus qu'à jamais ancrés dans mon cœur. Merci Colin, Aurélien, Alexandre, Jules. D, Jules. D-L, Julia & Claire.

Au **groupe des fées**,

Claire, Chiara, Catherine, Gabrielle, Léa, Guillaume, Thomas, Sébastien, Théo, Marion,

Merci d'avoir partagé tout ces moments ensembles, voyages, randonnées, fous rires et repas arrosés.

À **Bérénice**, ma meilleure amie d'enfance,

Merci pour ta présence, ton soutien et ta gentillesse inégalable depuis plus de 20 ans. Pressé de partager les 20 prochaines. La vie s'ouvre à nous, nous grandissons doucement mais tout en gardant notre âme d'enfant.

À **Marion Loup**, un exemple de persévérance et une amie chère,

Je ne peux que te féliciter dans l'incroyable travail personnel que tu as fourni ces dernières années afin de devenir la femme épanouie et resplendissante que tu es dorénavant. Je nous souhaite un futur aussi radieux que riche en expériences.

À **mes amis d'internat**,

Théo Belaise, tu as été une des rencontres les plus inattendues et rafraichissante de cette dernière année. A bientôt à la Réunion ou aux Antilles.

Xavier Leroux, Olivier et plusieurs autres personnes précieuses que j'ai eu la chance de découvrir et qui ont découvert l'internat et les plaisirs extrahospitaliers avec moi.

À **mes amis d'externats**,

Pour les garçons : David Liu, David Kaiser, Patrick, Alexandre, Franck, Mathias, Maxime & Charles.

Pour les filles : Emmanuelle, Ophélie, Alexandra, Elise, Aline, Noémie, Marie et Mathilda.

Merci d'avoir découvert avec moi les joies des études de médecine à travers nos soirées, nos fêtes et nos moments de détente qui ont permis à ces dures années d'être allégées et plaisantes.

A nos futures carrières mes amis.

- À tous ceux que j'ai rencontré et qui m'ont accompagné au cours de ma formation :

Je remercie toutes les personnes (co-internes, médecins, infirmier(e)s, sages-femmes, etc.) qui de près ou de loin ont participé à ma formation professionnelle, je souhaite pouvoir en faire bénéficier toutes les personnes que je soignerai au cours de ma carrière.

Table des matières

TABLE DES ILLUSTRATIONS	18
LISTE DES ABRÉVIATIONS :	19
PRÉAMBULE	20
I. INTRODUCTION :	22
A) Contexte.....	22
B) Justifications de l'étude.....	22
C) Objectifs de l'étude.....	25
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE :	27
A) Type d'étude.....	27
B) Population d'étude.....	27
C) Recueil des données.....	28
D) Analyse des données et matériel utilisé :.....	29
E) Cadre éthique et juridique :.....	30
III. RÉSULTATS :	31
A) Description et caractéristiques des participants.....	31
B) Saturation des données.....	32
C) Analyse thématique.....	32
1. Les soins non-programmés en pratique pour les médecins généralistes.....	32
2. Impact de la Pandémie à COVID-19 sur les SNP en médecine générale :.....	37
3. Modifications entreprises en cabinet de médecine générale afin de maintenir une réponse à la demande des SNP quotidienne :.....	43
4. Quelle orientation depuis la pandémie des SNP en post-consultation ?...67	67
5. Quel effet a pu avoir la pandémie sur l'orientation des SNP en post- consultation ?.....	73
IV. ANALYSE ET DISCUSSION	76
A) Discussion de la Méthode :.....	76
1. Forces de l'étude.....	76
2. Limites de l'étude.....	77
B) Discussion des résultats :.....	78
1. Un contexte pré-pandémique sous-tension.....	79
2. Quels changements à partir de mars 2020 pour les SNP :.....	82
3. Quelles solutions envisager par la suite afin d'améliorer la prise en charge des SNP en médecine générale ?.....	92
IV. CONCLUSION	97
V. ANNEXES :	101
BIBLIOGRAPHIE :	105

TABLE DES ILLUSTRATIONS

- *Figures :*

<u>Figure 1</u> : « Évolution du volume horaire hebdomadaire de travail des médecins généralistes en 2020 par rapport à une semaine ordinaire » (source : DRESS)	37
<u>Figure 2</u> : « Part des consultations dont le coronavirus est le motif principal en 2020 » (source : DRESS)	41
<u>Figure 3</u> : « Evolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996 (INSEE) » .	79
<u>Figure 4</u> : « Effectif des médecins en activité par spécialité, de 2012 à 2021 (DRESS) »	80
<u>Figure 5</u> : « Effectif et densité médicale en France (MG/100 000 habitants par année ; DRESS) ».	80

- *Diagrammes :*

<u>Diagramme 1</u> : « Types de secrétariats employés en cabinet de médecine générale en “ période pré-pandémique” vs “période à 1 an du début de la pandémie” »	52
--	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS :

- BU : Bandelette urinaire
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
- CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins
- DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DMG : Département de médecine générale
- ECG : Electrocardiogramme
- EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendants
- MSP : Maison de santé pluridisciplinaire
- MSU : Maître de stage universitaire
- RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire
- RDV : Rendez-vous
- SAU : Service d'accueil des urgences
- SNP : Soins non programmés

PRÉAMBULE

L'internat de médecine générale permet de visualiser les soins non-programmés tant du point de vue des urgences que du point de vue de la médecine ambulatoire de premier recours.

Tout interne de médecine générale suite à la réforme de 2017 se voit transposé dans des stages en médecine ambulatoire et en médecine hospitalière d'urgences pour une période minimale de 6 mois. La dichotomie entre les deux n'étant pas toujours franche, les motifs de recours aux soins ambulatoires s'entrecoupant sur plusieurs aspects aux motifs d'admission des urgences (ex : douleur abdominale, entorse de cheville, angine, épistaxis, lombalgie aiguë, anxiété et accès de déprime, etc.). Pour cela, une complémentarité de la médecine générale de ville et de la médecine hospitalière des SAU est essentielle afin de répondre adéquatement à la demande des soins sociétaux, de façon adaptée et en concordance avec la gravité du motif.

Les pathologies citées ci-dessus sont des motifs connus comme *soins non-programmés* en médecine de soins primaires, mais dénommées *urgence potentielle* lorsque le même patient se présente au SAU. La gravité étant parfois surévaluée par les patients, ceux-ci peuvent se présenter au SAU pour une pathologie pouvant être prise en charge en médecine ambulatoire.

Cela ayant comme conséquence un coût plus élevé et une perte de temps à la fois pour le patient tout comme pour l'équipe médicale du SAU qui n'utiliserait alors pas leurs ressources efficacement pour d'éventuelles urgences vitales. Une affluence plus élevée aux urgences hospitalières ayant comme effet indirect : une perte de temps, de personnel et de matériel, avec à la clé un stress supplémentaire et le surmenage des équipes des SAU. Une majorité des SNP se présentant aux urgences pourraient être efficacement traitées en cabinet de médecine générale, libérant alors l'accès au plateau technique des services d'urgence des hôpitaux pour les urgences vitales.

Plusieurs études effectuées préalablement à la pandémie ont pu mettre en évidence la difficulté de gestion des SNP en médecine ambulatoire, facteur accélérateur d'accès inapproprié aux urgences. À partir du 16 mars 2020, date du tournant national face la pandémie à COVID-19, surgissent des contraintes inédites bouleversant le système de soins tant de la médecine générale que des urgences. Changements qui ont très probablement impacté sur l'accès au système de santé de la population générale.

Ces changements ont-ils impacté sur la pratique des médecins généralistes, et plus spécifiquement sur leur gestion de soins non-programmés au quotidien ?

Comment répondent-ils à la demande suite à une année de pandémie, et comment cela pourrait-il impacter sur leur gestion de la demande des SNP. Si cette première étude a comme objectif d'évaluer cela, des études ultérieures au niveau hospitalier sembleraient essentielles afin de mieux répondre à la demande croissante des SNP des années à venir et de trouver des solutions complémentaires tant au niveau ambulatoire qu'au niveau hospitalier.

I. INTRODUCTION :

A) Contexte

La pandémie à coronavirus

Le 24 janvier 2020, 3 cas d'un nouveau type de coronavirus sont recensés sur le territoire français. Le 5 mars 2021, le nombre de cas confirmés en France est de 3 859 102 personnes dont 88 300 décès (1). Celui-ci, est connu comme COVID-19 ou SARS-CoV-2, et est jusqu'à présent le coronavirus le plus mortel ayant impacté l'espèce humaine. Cela venant du fait d'une activation immunitaire incontrôlée pouvant aller jusqu'à induire un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)(2).

Du fait de sa propagation rapide par sa multi transmissibilité et sa vitesse répliquative élevée, le virus est déclaré par l'OMS comme pandémie le 11 mars 2020, jusqu'à être présent dans 223 pays au monde le 1^{er} mars 2021 (3). Selon l'ARS Grand EST, l'Alsace présente son premier cas le 26 février 2020 et devient très vite un des épicentres français du virus (4). Les équipes médicales hospitalières et ambulatoires se retrouvant très vite assaillies par cette épidémie.

B) Justifications de l'étude

Gestion des SNP par les médecins généralistes en période de crise sanitaire

Les médecins généralistes ont dû faire face au virus au cours de la 1^{ère} année de pandémie à COVID. Ils ont ainsi adapté leur pratique au plus proche des mesures gouvernementales afin de maintenir le suivi médical de leurs patients tout en minimisant le risque de transmission du virus (5). Les cabinets de médecine générale ont été d'abord délaissés, puis au fur et à mesure des mois les patients se sont de nouveau orientés vers les médecins généralistes (6). Beaucoup d'entre eux ayant apporté des modifications dans l'organisation de leurs cabinets, ainsi qu'en instaurant des mesures d'hygiène qui n'avaient jusque-là pas eu lieu d'être aussi scrupuleuses(7,8). Plusieurs mesures gouvernementales visant à éviter la propagation du virus ont été imposés ; telles qu'une limitation du nombre de patients en salle d'attente, la nécessité

d'hygiène des locaux plus régulière et d'instauration de gestes barrières qui ont modifié la gestion des cabinets par rapport à la période de pré pandémie à COVID-19⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾.

Toute modification des pratiques a ses bénéfices et ses inconvénients. Les soins ayant progressivement repris leur cours⁽¹¹⁾, la question de « quel impact sur les soins a pu avoir ses modifications » peut se poser.

A ce jour, aucune étude n'a été entreprise en Alsace afin d'évaluer l'impact de la pandémie à COVID-19 sur la gestion des soins non-programmés par les médecins généralistes.

Plusieurs questions sont soulevées, les problématiques des médecins généralistes sont-elles différentes ? La demande des SNP a-t-elle augmentée ? Les patients ont-ils recours aux services d'urgences et au cabinet de médecine générale de la même manière qu'avant la pandémie pour les soins non-programmés ?

Parmi les grandes thématiques de la médecine de soins primaires, les soins non-programmés sont une part prépondérante et non négligeable du quotidien des médecins généralistes ⁽¹²⁾. Selon un rapport de 2018 remis à Agnès Buzyn (Ministre de la Santé), les soins non programmés représenteraient près de **12 % des consultations** des médecins généralistes. Soit **35 millions de consultations** en 2004 ⁽¹³⁾.

Mais, la pandémie a-t-elle eut un effet sur la gestion de ceux-ci, et si oui, les médecins généralistes arrivent-ils toujours à répondre à la demande grandissante des SNP ⁽¹⁴⁾?

Selon une étude de la DRESS, en 2019, la demande des SNP en médecine générale représentait 30% de l'activité pour 4 médecins généralistes sur 10 ⁽¹⁵⁾. Plus de la moitié des cabinets médicaux offraient une prise en charge des SNP en permanence, avec près de 30% répondants à la totalité des demandes journalières et 45% à plus de la moitié. Lorsque la prise

en charge d'une demande de SNP était impossible, 53% des médecins généralistes avaient tendance à orienter vers un confrère libéral et 27% vers les Urgences ou le SAMU (15).

Ces données datent de 2019. Avec l'arrivée de la Pandémie à COVID-19 et des mesures hygiéniques et organisationnelles qu'elle implique, la question de comment s'organisent les médecins généralistes afin de continuer à prendre en charge ces SNP se pose. Qu'advierait-il si la demande des SNP restait sans réponse ? Ou bien, ces nouvelles pratiques ont-elles permis de mieux pallier à la demande des SNP ? Dans un cas comme dans l'autre, un impact non négligeable peut être attendu sur les systèmes de soins primaires et possiblement hospitaliers, dont la porte d'entrée (les urgences) est de plus en plus saturée (16).

La place des SNP dans la pratique quotidienne est une part prépondérante et non négligeable du quotidien des médecins généralistes. Une étude sur la gestion de ceux-ci à un an du début de la pandémie semble intéressante tant sur les méthodes employées, que sur les difficultés persistantes ressenties par les médecins généralistes. Quelles adaptations ont pu être mises en place ? Quels freins persistent afin de mieux pallier à leur gestion et quelle place ont les structures annexes et SAU afin de les aider dans la gestion quotidienne de ceux-ci ?

Une meilleure connaissance de ces données semble clé afin de mieux répondre à la demande croissante de ces soins inopinés. Une meilleure gestion de ceux-ci en soins primaires aurait-elle un effet de désengorgement des structures d'accueil des urgences vers lesquelles les patients s'orientent de plus en plus fréquemment (17). Avec une augmentation des passages aux urgences de 10.1 Millions de passages en 1996 à 21.33 Millions de passages en 2019 et la pandémie actuelle bouleversant le système de santé, le rôle du médecin généraliste dans la gestion des SNP ambulatoires semble clé afin d'éviter l'implosion d'un système de santé déjà sous-tension.

Comment répondent les médecins généralistes à la demande croissante des SNP à plus d'un an du début de la pandémie ? Les problématiques sont-elles différentes ou sont-elles gérées différemment ? Ces différentes thématiques restent à être étudiées afin d'examiner les difficultés, méthodes de gestion et de prise en charge des SNP à un an du début de la pandémie. Le tout en vue de proposer des alternatives efficaces afin de mieux répondre à la demande quotidienne de ceux-ci. Un système de santé efficace est basé sur des soins primaires performants, au centre desquels se trouve la discipline de la médecine générale (18).

La complémentarité des médecins généralistes et des urgences pour la prise en charge des SNP est essentielle. Les services d'urgences d'une part devant répondre aux situations plus urgentes et d'allure vitale tandis que les médecins généralistes libéraux ont eux comme fonction de répondre aux SNP plus bénins et communs.

La Fédération des Médecins de France (FMF) préfère parler de soins non programmés que d'urgence et précise que l'encombrement des urgences n'est que le reflet d'une désorganisation d'un système de santé qu'il conviendrait de réformer dans sa globalité afin que les rôles des libéraux et des hospitaliers soient clairement définis (19).

C) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les modifications entreprises par les médecins généralistes afin de répondre à la demande des SNP en cabinet, à la suite d'une année de pandémie à COVID-19. Cette étude a été élaborée afin de tenter d'évaluer si la prise en charge des SNP avait été modifiée et si oui, quelles modifications avaient pu être apportées.

L'objectif secondaire de l'étude était d'évaluer si l'orientation post-consultation des patients avait changé suite à cette première année de pandémie, plus spécifiquement si les médecins orientaient davantage les patients vers les services d'urgence qu'auparavant.

En France, 45 % des médecins sont généralistes et sont la porte d'entrée principale au système de santé. Des adaptations de pratique chez les **101 355** médecins généralistes de France auront probablement un effet sur la gestion des soins en ambulatoire (CNOM ; 2020)⁽²⁰⁾.

L'objectif de cette étude est de cibler plus spécifiquement l'impact de la pandémie sur la gestion des SNP en médecine générale en Alsace à plus de 12 mois du début de la pandémie.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE :

A) Type d'étude

Afin de répondre à la question de recherche qui s'intéressait à des facteurs subjectifs et difficilement quantifiables, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative.

Une revue de la littérature existante sur le thème des soins non programmés a eu lieu préalablement à l'initiation du travail de thèse. Les sites Google scholar, PubMed, Embase et CAIRN ayant été les sources principales à ce travail.

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive basée sur 14 entretiens individuels semi-dirigés réalisés en Alsace entre le 16 février 2021 et le 20 mai 2021. Les critères de qualité méthodologiques COREQ ont été utilisés pour la méthodologie ainsi que pour la présentation des résultats (21).

Cette méthode permettait d'avoir le ressenti authentique de chaque médecin sans être influencé par d'éventuels avis extérieurs.

B) Population d'étude

La population ciblée dans l'étude est composée de médecins généralistes exerçants en Alsace (Bas-Rhin ou Haut-Rhin). L'échantillonnage a été élaboré en recherchant la variation maximale sur : le sexe, l'âge, le lieu et le mode d'exercice, si visites effectuées, si présence d'un secrétariat physique ou en ligne et si des créneaux de SNP étaient présents en pré pandémie et depuis.

Le nombre de participants n'ayant pas été défini à l'avance, la taille de l'échantillon a été déterminée par la suffisance des données.

<ul style="list-style-type: none"> • <u>Critères d'inclusions :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Médecins généralistes • Exerçant en Alsace • Installés antérieurement au 1^{er} janvier 2020 • Ayant accepté de participer à l'entretien 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Critères d'exclusions :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Médecins spécialistes (non-généralistes) • Exerçants hors Alsace • Refus de participation à l'étude • Une date d'installation ultérieure au 1^{er} janvier 2021
--	---

C) Recueil des données

Les médecins généralistes étaient contactés majoritairement par téléphone, sauf 2 ayant été contactés sur leur lieu d'exercice. L'investigateur présentait de façon générale le thème du sujet puis une date d'entretien était convenue si l'accord était donné.

Les médecins ayant répondu favorablement étaient ensuite contactés par appels téléphoniques audiovisuels afin d'effectuer l'entretien. Les exceptions étaient les 2 médecins abordés au cabinet qui ont participé à l'entretien dans leurs salles de consultation. Les médecins généralistes étaient alors informés de façon plus précise sur le sujet, à savoir l'impact de la pandémie à COVID sur leur gestion des SNP. Leur *consentement* était demandé, chaque participant ayant donné son accord oralement et était informé du démarrage de l'enregistrement audio ainsi que de l'anonymisation de ses propos.

L'investigateur s'appuyait sur un **guide d'entretien** élaboré préalablement. Composé de 12 questions ouverts avec d'éventuelles relances si le discours semblait entrecoupé ou si certaines thématiques principales n'étaient pas abordées (cf. [Annexe 1](#)).

Le guide d'entretien a été élaboré sur des thématiques principales liées au SNP afin de répondre à la question principale de l'étude. Une étude bibliographique approfondit de la

littérature ayant aidé à façonner ce guide d'entretien. Avant d'initier les entretiens, il a été essayé auprès de 3 médecins généralistes installés puis modifié suite à leurs apports.

Ce guide était évolutif au cours de l'étude et était réévalué suite à chaque entretien.

Le recueil de données a eu lieu jusqu'à saturation des données, définie par l'absence de nouveaux éléments au cours d'un entretien.

L'inclusion de nouveaux participants a cessé lorsqu'il n'apparaissait plus de nouvelle donnée à la suite d'un entretien. La saturation des données a été confirmée par deux entretiens supplémentaires avant d'arrêter le recueil.

D) Analyse des données et matériel utilisé :

L'enregistrement des entretiens était effectué sur l'application Dictaphone d'un iPhone 7. Le logiciel de traitement de texte Microsoft Word de Microsoft Office ® a été utilisé. Les entretiens ont été retranscrits à l'intégralité, puis anonymisés. Le transcrit de chaque médecin participant lui était proposé afin de garantir l'exhaustivité et la véracité des données. Aucun médecin n'a souhaité effectuer de correction.

A la suite de l'anonymisation, les entretiens étaient convertis en verbatim, avant d'être analysés de façon thématique selon le principe de la théorisation ancrée. Le logiciel d'analyse qualitative Nvivo ® version 12 a été utilisé afin d'aider au codage des données, le reste du codage s'est fait de façon manuscrite. L'analyse des données a permis de catégoriser les idées principales en codes. Dénommés « nœuds », ou les idées principales ont été intégrés. Des catégories principales ont découlé de ces analyses, puis les informations contenues dans celles-ci ont été recontextualisées afin de répondre à la question de recherche.

Les données bibliographiques recueillies au cours de l'étude ont été stockées sur le logiciel de gestion bibliographique Zotero ® afin de faciliter leur exploitation ultérieure.

E) Cadre éthique et juridique :

Suite à une fiche de projet de thèse effectuée auprès de la faculté de médecine de Strasbourg, l'étude s'avérait être conforme avec la réglementation française et européenne. L'avis de la commission éthique du département universitaire de médecine générale d'Alsace ayant été favorable. La présente étude - de par la nature de la problématique posée, du profil des personnes interrogées et de l'absence de données dites « sensibles » - n'entre pas dans le champ d'application de la loi Jardé (22).

La soumission du protocole au Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a pas été requise. L'enregistrement de l'étude auprès de la CNIL a été effectué le 19 mai 2021, aucune déclaration n'étant nécessaire car l'étude ne relevait pas de la loi "Informatique et libertés".

III. RÉSULTATS :

A) Description et caractéristiques des participants

- Description des entretiens :

14 entretiens semi-dirigés ont été réalisés au total.

La durée d'entretien variant entre 15 minutes 30 secondes et 53 minutes et 30 secondes, avec une durée moyenne de 32 minutes et 51 secondes.

- Caractéristiques des participants

Les caractéristiques des participants ont été tablés (cf. [Annexe 2](#)). Afin de respecter l'anonymat des participants, ceux-ci ont été identifiés par des numéros de 'Dr 1' à 'Dr 14'.

- Sexe et âge : 7 femmes et 7 hommes, âgés entre 29 et 59 ans.
- Tranche d'âge et âge moyen : 1 ayant entre 20 et 30 ans ; 5 ayant entre 30 et 40 ans, 2 entre 40 et 50 ans et 6 ayant entre 50 et 60 ans. Aucun participant de moins de 29 ans ou de plus de 59 n'a été inclus. La moyenne d'âge étant de 44 ans et demi.
- Zone d'exercice : 3 médecins exerçaient en zone urbaine ; 9 en zone semi-rurale ; 2 en zone rurale.
- Type d'exercice : 3 médecins exerçaient seul ; 8 médecins exerçaient en cabinet groupé ; 3 médecins exerçaient en MSP
- Visites effectuées et type de visites : 1 médecin n'effectuait pas de visite à domicile; 1 médecin faisait exclusivement des visites à domicile ; 12 médecins effectuaient à la fois des visites à domicile et en EHPAD ; Aucun médecin ne faisait de visites en EHPAD exclusivement
- Secrétariat et type de secrétariat : 2 médecins n'avaient pas recours à un secrétariat ; 2 médecins avaient un secrétariat sur place ; 3 médecins avaient recours à du télésecrétariat ; 7 médecins avaient recours à un secrétariat à la fois sur place et en télésecrétariat

L'âge des participants variait de façon homogène. Une majorité de médecins exerçant en zone semi-rurale et/ou en cabinet de groupe ayant participé à l'étude.

B) Saturation des données

La saturation des données a été atteinte à partir du 12^{ème} entretien, puis elle a été confirmée par 2 entretiens supplémentaires.

C) Analyse thématique

Les résultats de l'analyse thématique sont classés par thèmes et justifiés par les extraits de verbatim correspondants.

1. Les soins non-programmés en pratique pour les médecins généralistes

I. Définition d'un SNP pour les médecins généralistes :

Les médecins généralistes interrogés avaient une vision assez semblable de la définition des soins non-programmés.

Il s'agit d'une **demande de soins inattendue, à délai de réponse rapide, pour tout type de motifs médicaux à l'exception du renouvellement d'ordonnance**. Pour eux, il s'agit **rarement d'urgences au sens vital**, même si fréquemment ressenti comme tel par le patient.

- Dr.1) "C'est quelqu'un qui vient le matin et qui veut un rendez-vous tout de suite, quoi que ce soit. Ce n'est pas forcément quelque chose d'urgent. Ça peut l'être, si les gens veulent être vu dans la journée j'imagine que c'est relativement urgent. Mais ce n'est pas forcément une urgence vitale".
- Dr.2) "Un soin non programmé c'est un besoin de rendez-vous le jour même. Nécessitant un délai de réponse courte, pleins de choses : des douleurs, tout symptômes qui pourrait être ou qui pourrait mettre en cause le pronostic vital fonctionnel et dont la prise en charge précoce permet un gain de chance. Ensuite, toutes les douleurs, tous les risques suicidaires, les grandes souffrances morales même sans risque suicidaire".
- Dr.4) "Le soin non programmé n'est pas forcément un soin urgent dans le sens vital du terme, ou fonctionnel. Mais c'est un soin qui nécessite le recours à notre expertise de médecin et qui peut attendre une heure, qui peut attendre deux heures mais qui *ne peut pas attendre le lendemain*".
- Dr.7) "Non programmé, c'est quelqu'un qui vient parce qu'il est malade, pas un renouvellement d'ordonnance. Qui est inattendu et qui ne peut se programmer".
- Dr.9) "Je pense que c'est une demande urgente qui date de moins de 24 heures".

La définition des SNP proposée par l'ARS en 2000 étant concordante avec celle donnée par les participants, la notion de durée de prise en charge n'ayant pas été abordée dans celle-ci.

Par **soins non programmés**, s'entendent des consultations et actes de médecine générale, sans rendez-vous et/ou associés à des actes techniques : ex : « petites » traumatologiques, traitements antalgiques aigus, pansements, sutures, immobilisations, infectiologie, associés éventuellement avec un bilan de type électrocardiogramme, radiographie, biologique...

- Définition des SNP selon l'ARS (23)

La demande de SNP doit émaner le soir d'avant ou le jour même.

Le délai de prise en charge est le facteur sur lequel les points de vue différaient, certains considérant qu'un SNP devait être vu dans la demi-journée, d'autres dans la journée ou à la fin de celle-ci. Certains participants citaient qu'une demande de SNP pouvant être reportée à demain n'était cependant plus un soin non-programmé si celui-ci pouvait être remis à plus tard.

II. Place des SNP dans le quotidien du Médecin Généraliste :

[Une vision globale et récurrente de la place des SNP en médecine générale](#)

Les médecins participants décrivaient la place des SNP comme occupant une place importante et essentielle de la pratique des médecins généralistes. Souvent décrits comme indispensables, quotidiens et indissociables du rôle fondamental du médecin généraliste.

Oscillants entre 20 et 50 % de la demande des soins quotidiens des médecins participants, **la totalité d'entre eux y était confrontée au quotidien.**

La demande pouvant survenir au cabinet, au domicile, par téléphone, par mails. Celle-ci émanant soit du patient, de son entourage, d'autres professionnels de santé médicaux ou paramédicaux et de nombreux autres intermédiaires.

Du fait de la demande perçue comme urgente, les médecins cherchaient toujours à apporter une réponse rapide, dans la journée ou le lendemain si celle-ci pouvait être décalée.

- Dr.4) " Alors effectivement, ça peut être quotidien, avec au moins un patient par jour qui t'appelle et qui nécessite de le voir mais ça peut être des fois un peu plus, (...), **les maux**

- Dr.9) "C'est difficile de donner un ratio, il faudrait prendre une journée et puis regarder quel a été le motif de consultation mais je pense que c'est à peu près de l'ordre de **50 %** probablement. Les visites et consultations libres formant l'ensemble de ma pratique ".

Le type de structure modifie la place de ceux-ci et la conjoncture des SNP

Les médecins travaillant en cabinets de groupe et en maison médicalisée explicitaient l'avantage de travailler à plusieurs afin de répondre de façon plus homogène au flux sur la journée. A l'inverse pour les médecins exerçants seuls, la notion de « contrainte horaire » était bien plus explicitée, avec des consultations débordantes régulièrement sur les pauses repas et s'étendant au-delà des horaires de la permanence des soins (de 20h à 8h00 du matin en semaine, les week-ends et jours fériés).

Du fait de leur nombre, les médecins travaillant en collaboration (cabinet groupé ou MSP) disaient être plus aptes à répondre à la demande. Cela, du fait de la possibilité de répondre aux demandes de SNP à domicile à court terme, sachant qu'un autre médecin était malgré tout présent au cabinet pour répondre à d'éventuelles urgences. Plusieurs participants estimaient aussi que travailler en groupe diminuait leurs horaires hors de ceux de la permanence de soins et leur permettant d'être moins stressé tout en contribuant à un maintien de la qualité de leurs soins.

➤ Médecins en cabinet seul :

Dr.4) “ Si on peut parler des quantités alors ça peut être 3,4 soit 5 en supplémentaire à une journée de rendez-vous déjà bien rempli avec entre un et cinq par jour en fonction des demandes. Je rentre à 22 heures parfois en semaine ”.

Dr.9) “ Je réponds toujours à la demande dans la journée, hier soir j'ai terminé à 22h. Parce qu'il y avait

encore des visites urgentes, ressenties comme urgentes qui se sont rajoutées. Ce sont des papis mamies

Dr.14) “ s'il y avait trop de monde de non programmé en salle d'attente et que moi j'avais fini mes rendez-vous je n'allais pas dire bon bah salut je vous laisse avec la salle d'attente pleine et donc finalement je faisais les rendez-vous non programmés aussi à la suite de mes rendez-vous si jamais j'avais fini avant ”.

Dr.7) “Avant je rentrais souvent à la maison à 21h, 21h30. Maintenant, c'est moins souvent” et “ Mais je vais, soit lui trouver un rendez-vous avec moi, soit un rendez-vous avec mon collègue d'ici quelques heures”.

Dr.12) “ Certains médecins prennent tous les patients qui se présentent mais à ce moment-là on n'a pas de pause midi, moi j'ai décidé d'en voir 16 au maximum par matinée. (...), si jamais tous les créneaux de tous les médecins sont pleins et que là une personne se présente, soit la secrétaire met en consultation l'après-midi sur les créneaux d'urgence qui sont réservés pour ce genre de cas de figure, soit elle appelle le médecin

[Le caractère urgent des SNP précurseur principal d'une réponse rapide/immédiate](#)

Du fait du caractère stressant et ressenti comme urgent des SNP, les médecins participants avaient systématiquement une possibilité d'intercaler un SNP dans l'heure ou la demi-journée. Aucun SNP n'était ignoré et si le soin semblait trop urgent alors le patient était immédiatement vu ou bien orienté vers un confrère du cabinet qui pouvait l'examiner à court terme. Si la demande de SNP semblait d'ordre vital et que le patient était sur place, il était vu en priorité. S'il s'agissait d'une demande urgente par appel téléphonique, il était orienté directement vers le 15, une clinique ou un hôpital présentant un SAU.

- Dr.7) “Mais je vais, soit lui trouver un rendez-vous avec moi, soit un rendez-vous avec mon collègue d'ici quelques heures. S'il est en train de mourir et bien on va discuter autrement. Ça dépend de l'urgence que lui ressent, mais surtout que moi je ressens. Parce que pour les gens c'est toujours très urgent, mais s'il n'est pas en train de faire un arrêt cardiaque ou d'avoir une grande douleur... ” et “Soit il est vraiment en train de mourir et là je vais lui conseiller de faire le 15 car je ne pourrai rien faire pour lui, soit j'estime que ce n'est pas une urgence vitale et à ce moment-là je lui dis de passer soit en fin de soirée, soit en début de matinée dans les 24 heures quoi”.

- Dr.10) “ Quand il y a une urgence d'allure immédiate, par exemple pour un patient lorsque je suis en consultation et qu'il s'agit d'un patient ne pouvant être vu qu'en visite et qu'il y a une 'vraie urgence' il m'arrive de l'adresser au SAU directement”.

- Dr.11) “ Mais sinon quand nous on ne peut pas y répondre et qu'il y a un caractère urgence alors ça va soit aux **urgences cardio**, soit aux **urgences adultes** soit **SOS main** en gros”.

impliquaient pour beaucoup, plus de contraintes organisationnelles que les soins programmés de type

RDV.

Ces soins imprévus vus comme nécessaires et intrinsèques à la pratique de la médecine générale impliquaient par contre une contrainte de temps et d'organisation non-négligeable, cela s'étant grandement intensifié depuis l'arrivée du virus SARS-COV2. En effet, la nécessité de garder des salles d'attentes aseptisées avec un minimum d'affluence a imposé pour beaucoup une instauration de

créneaux horaires attirés et strictes. Mais comme cité précédemment un soin non-programmé est inattendu et donc les médecins ont dû s'organiser afin de les intercaler dans des emplois du temps dorénavant plus strictes qu'en période pré-pandémique.

- Dr.4) “ En médecine générale, *on ne peut pas toujours prendre rendez-vous. C'est-à-dire, prendre rendez-vous avec la maladie. On tombe malade quand on tombe malade. Donc là effectivement se pose la problématique de notre **cœur de métiers**, car les SNP c'est une bonne thématique puisque c'est notre cœur de métier ”.*

- Dr.5) “ Après c'est sûr que sur une journée ou tu es déjà charrette au niveau de tes rendez-vous, c'est full, là quand c'est vraiment des choses urgentes on le fait, on intercale et on se débrouille. On finit en en retard, on a l'habitude c'est comme ça ”.

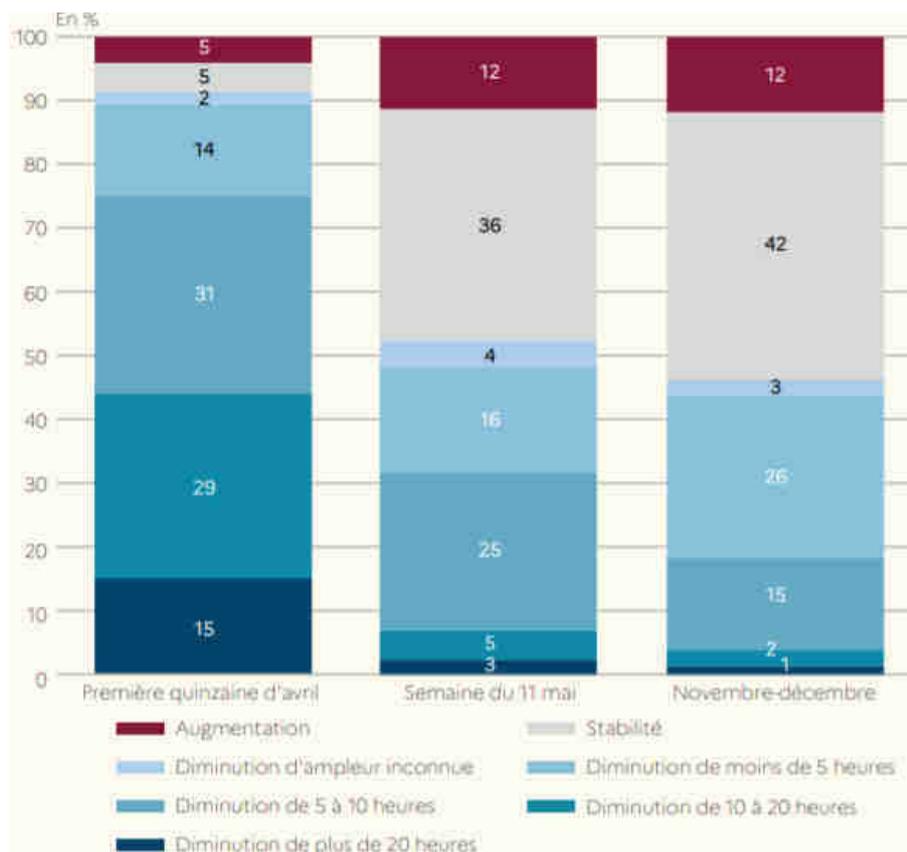
- Dr.11) “ Ce n'est pas quelque chose de compliqué, mais c'est sûr que quand y en a plusieurs qui déboulent dans la journée et qu'ils n'étaient pas forcément prévu c'est plutôt compliqué je dirais au niveau de l'organisation, (...), ils peuvent parfois avoir un caractère plus facile, plus rapide ”.

- Dr.12) “ Mon ressenti par rapport aux soins non programmés c'est qu'ils sont utiles, nécessaires et obligatoires. C'est clair. Ils sont pour moi plus intéressant je trouve que les soins programmés et que les renouvellements ”.

La demande des soins globaux ainsi que des soins non-programmés a fluctué au cours des mois suivant l'annonce de la pandémie par l'OMS et le décret de confinement national au sein du territoire français.

L'évolution de la demande peut se décomposer en 2 périodes distinctes. Une première phase débutant le 16 mars 2020, coïncidant avec le début du premier confinement et une chute drastique de la demande de soins en ambulatoire. Suivi d'une 2^{ème} phase de reprise progressive de cette demande des soins à partir du déconfinement du 11 mai 2020.

Figure 1 : Évolution du volume horaire hebdomadaire de travail des médecins généralistes en 2020 par rapport à une semaine ordinaire (source : DRESS)(24)



- **1^{ère} phase : Du 16 mars au 30 avril (1^{er} confinement) :**

Selon le CNOM l'activité des médecins généralistes libéraux aurait chuté de 40% à partir de la deuxième moitié du mois de mars 2020 et cela jusqu'à la dernière semaine d'avril (25). Le nombre de consultation moyen en fin 2019 était de 22 consultations par jour et par médecin généraliste (26), passant donc à 13 consultations par jour et par médecin généraliste au cours de cette période.

Pour les médecins participants, la demande initiale des SNP avait grandement diminuée durant cette période, se limitant à de rares consultations non-programmées par rapport à la période antérieure au 16 mars. Cette diminution de demande de soins et de soins non-programmés ayant pour beaucoup de participants été vécu comme un soulagement et même une période de répit professionnel.

- Dr.5) "Le fait qu'il y a eu la COVID il y a eu au tout début un peu d'arrêt, plusieurs personnes qui ne venaient plus du tout en consultation. "

- Dr.8) "On n'a pas été plus débordé que ça au début mais il a fallu notamment tenir compte des barrières de protection sanitaires, du temps que cela prend de nettoyer, de préparer par rapport à chaque consultation, mais c'était, je trouve avec du recul, assez gérable".

- Dr.9) "C'est vrai que pendant longtemps, surtout au début il y a eu une grosse chute forcément et c'est tant

Ces données concordent avec les recommandations gouvernementales en vigueur instaurées en mars 2020 (27). Celles-ci incitant à s'isoler et à ne se déplacer qu'en cas d'extrême nécessité afin d'éviter la propagation du virus.

- **2^{ème} phase : A partir du mois de mai 2020 (= déconfinement du 11 mai 2020)**

Cette seconde période coïncidant avec la diminution des taux d'incidence du covid-19 sur le territoire français.

Le déconfinement du 11 mai 2020 a coïncidé avec une hausse des consultations en cabinet de médecine générale. Les patients s'orientant plus vers leurs médecins généralistes pour les demandes de SNP. Le plan de déconfinement du 28 avril présenté par Olivier VERAN incitait vers une réorientation des patients vers les services de soins primaires en priorité. Ce choix ayant été appuyé par le CNOM et le CMG (28).

Les médecins participants ayant tous eu ce ressenti de rebond d'activité à la suite de ces mesures gouvernementales. La même constatation était fait selon une étude de la DRESS analysant le nombre de consultation quotidienne par les médecins généralistes durant le déconfinement (24).

Les chiffres de consultations ne se normalisent pour la plupart dans la seconde partie de 2020(29).

Au moment de l'étude, entre le 16 février 2021 et le 20 mai 2021, seule une partie des médecins interrogés ressentait un retour à l'état antérieur de la demande de SNP. Ceux-ci appréhendaient un retour aux taux antérieurs. En effet, 2020 était la première année en 20 ans où la hausse des SNP/urgences n'avait augmenté dans les services d'urgence.

Les chiffres de consultations pour les SNP n'étant pas accessibles pour l'année 2020 en médecine ambulatoire, un corolaire peut être établi par rapport au nombre de passages des urgences en Alsace sur l'année 2020 dont le nombre de passages était de 1 279 419 (chute de 18.7% par rapport à l'année antérieure)(30). Une chute semblable de la demande de SNP en médecine ambulatoire reste fortement probable.

- Dr.1) "Le message « restez chez vous ça a quand même fonctionné et du coup on voyait quand même moins de monde, il y avait une chute pendant le premier confinement, on a eu moins de consultations, en tout cas moins qu'avant, (...), et maintenant on voit bien que la limite du truc c'est que les gens reviennent, et même si ce n'est pas complètement comme avant, c'est parfois difficile à 7 médecins, même les internes, de caser tout le monde sur un rendez-vous du jour. C'est parfois un peu compliqué mais pour l'instant ça tient bien donc on reste comme ça et on verra à terme ce que ça donne quand on sera revenu à une situation normale.

- Dr.9) j'aurais tendance à te dire **qu'on est revenu à peu près à l'état antérieur comme avant la pandémie**. C'est vrai que pendant longtemps, surtout au début il y a eu une grosse chute forcément et tant mieux. Mais là maintenant c'est revenu comme à l'époque.

- Dr.12) "Après c'était différent car on pouvait, on avait le luxe de faire cela, car les autres personnes avaient peur de fréquenter les soins. Nous avons donc le temps de gérer les personnes qui venaient avec des pathologies aiguës. Pendant la première vague du COVID. Maintenant ça s'est bien normalisé."

2.2) Impact sur le type de SNP :

- Une hausse des dépressions et une baisse des viroses hivernales :

Les motifs de consultations pour SNP ont évolué au cours de l'année 2020 et cela à partir du premier trimestre de 2021. Les motifs au cours de la 1^{ère} moitié de 2020 étant majoritairement des motifs de suspicion COVID (25 % des consultations selon une étude de la DRESS)(24). Cette part qui était plus importante lors du confinement du printemps et avant le confinement de l'automne 2020 a dès fin octobre été une minorité des motifs de consultation (- de 15%). Celles-ci étant liées aux variations de l'intensité épidémique en France depuis avril (Santé publique France, 2021)(24).

Figure 2 : Part des consultations dont le coronavirus est le motif principal en 2020 (DRESS)(24)



Les motifs de consultation pour motifs de santé mentale ont aussi grandement augmenté. Au cours du 1^{er} confinement 55 % des médecins généralistes avaient recensé une augmentation de demande de soins liés à la santé mentale. Au fil du temps la hausse de demande de soins pour stress, troubles anxieux et dépressifs a continué de progresser (72 % des médecins généralistes estiment que ces demandes sont plus fréquentes qu'à l'ordinaire et 16 % que le nombre de ces consultations a augmenté de plus de 50 %)(24,29).

Les infections virales respiratoires et gastro-intestinales (grippes, gastroentérites, rhinites virales, etc...) étant en grande diminution du fait des restrictions sociales appliquées sur le territoire français. Des mesures telles que la distanciation ou l'isolement social, le port du masque et l'introduction des gestes barrières à grande échelle y étant pour beaucoup (31–34) . Les médecins participants à l'étude ont aussi fait ce bilan, les demandes de SNP pour troubles mentaux étant bien plus présent que d'habitude avec une hausse de l'anxiété, des arrêts de travail et des dépressions. Les adaptations introduites aux cabinets afin de minimiser le contact entre les patients ayant selon eux aussi aider à diminuer le risque d'attraper des viroses en cabinet de médecine générale. Par ailleurs, les autres motifs de SNP sont restés pour eux semblables et de proportion identique à l'ère pré-pandémique.

- Dr.3) “ Les problématiques sont plus de gens dépressifs et anxieux. Moi je trouve. Je ne sais pas si c'est lié à la pandémie, mais il y a beaucoup de jeunes femmes qui ont vécu des incestes ou des viols. Peut-être que ça n'est pas lié au COVID, mais il y a beaucoup de choses qui sont dites. Plus de difficultés. Depuis 1 an, plus de difficultés au travail, les licenciements en Suisse, le télétravail ou pas ”.

- Dr.8) “Cette année il y a eu du fait de la période hivernale, grâce aux masques et aux gestes barrières, il y a eu moins d'épidémies par ailleurs. Donc il y a aussi ce biais-là, il y a moins de viroses hivernales qui pullulaient dans la salle d'attente, il y a ça et il y a aussi les gens qui ont peur de venir à cause du COVID. Il en reste très peu maintenant, certaines personnes âgées et les grands anxieux. Mais globalement ça se rééquilibre”.

- Dr.13) “Là où ça a été le plus marquant c'est cet hiver, les motifs psychiatriques ont explosé, (...), ce qui nous a mis en grande peine au niveau de la gestion du temps parce que quand moi on me dit que quelqu'un gère les patients en 10 minutes... Moi les burnout, les dépressions qu'on s'est pris cet hiver et les gérer en 10 minutes je ne sais pas comment faire. Donc c'était totalement infaisable mais pour le coup la pathologie hivernale a quasiment disparu. La grippe je n'en ai pas vu passer, des gastro-entérites j'en ai vu quelques-unes, des rhinopharyngites quelques une, des bronchiolites je n'en ai pas vu. Donc la nature des soins à évoluée”.

3. Modifications entreprises en cabinet de médecine générale afin de maintenir une réponse à la demande des SNP quotidienne :

Nous allons ici tenter d'énumérer pour chaque étape de la demande du SNP, à la fin de la prise médicale de celui-ci, les mesures ayant été entreprises par les participants afin de les prendre en charge.

Cette étude a mis en évidence certains points clés qui ont facilités la gestion des SNP depuis le début de la pandémie à COVID-19.

- Points principaux cités afin de maintenir une prise en charge des SNP :

- I. L'instauration de RDV depuis le début de la Pandémie
- II. La mise en place d'un secrétariat sur place et/ou à distance
- III. Téléconsultations et créneaux d'urgence/ de soins non-programmés
- IV. L'utilité des internes en médecine et des assistants médicaux
- V. Un agrandissement des structures médicales et une centralisation des métiers médicaux et paramédicaux
- VI. Les échanges favorisés entre paramédicaux et médecins

I. L'instauration de RDV depuis le début de la Pandémie :

Le 16 mars 2020, une date de réorganisation complète :

Les médecins participants ont cité le 16 mars 2020 comme une date emblématique de changements. Des adaptations des locaux (salles d'attente, de consultation, etc...) ont été mises en place, la façon de réceptionner les demandes de SNP et d'y répondre ayant elles aussi été remodelés.

Du fait des restrictions imposés par les autorités sanitaires françaises afin de freiner la transmission du virus, les participants ont dû diminuer l'affluence en salle d'attente.

Des soins non programmés dorénavant plus programmés :

Plusieurs participants ont mis en place des créneaux de rendez-vous afin de diminuer l'affluence en salle d'attente, ceux qui avaient déjà des créneaux de rendez-vous en pré-pandémie n'ont pas modifié cela.

100 % des médecins participants à l'étude utilisaient dorénavant des créneaux de rendez-vous sur une partie ou bien l'ensemble de leur semaine. Ceux qui employaient déjà les RDV dans leur organisation ont soit maintenu, soit augmenté leur pourcentage de créneaux horaires sur RDV, aucun ne l'ayant réduit.

Les SNP pouvaient être insérés sur des créneaux de RDV et si nécessaire pouvaient proposer au patient un horaire dans la journée ou la demi-journée en les intercalant entre ou à la suite de rendez-vous (13 des 14 participants proposaient cela).

- Dr.1) “ Ça a modifié chez nous l'organisation du Cabinet. C'est à dire on ne faisait plus que du rendez-vous. Alors qu'avant on ne faisait jamais ça. C'est ça qui a changé pour nous, et maintenant on ne fait plus que du rendez-vous ”.

- Dr.2) “ Donc de sept heures à 8h30 je prends des rendez-vous programmés et puis après on prend des rendez-vous du jours ou trois rendez-vous d'urgence, puis de nouveau des rendez-vous programmés, puis de nouveau des rendez-vous d'urgence ”.

- Dr.3) “ Depuis la pandémie on a beaucoup plus de ça, sur RDV, pour éviter 8 personnes dans la salle d'attente au même moment ”.

de place de RDV. Ce médecin exerçait seul.

- Dr.6) “ Moi je leur dis si j'ai des places ou pas. Et si je n'ai pas de place, je n'ai pas de place”.

Les médecins participants qui employaient déjà un fonctionnement mixte composé de RDV et de SNP intercalés n'ont pas modifié leur fonctionnement. Tous ceux-ci exerçaient en cabinets groupés ou MSP.

- Dr.10) “ **Non, elle n'a pas eu d'impact car on continue sur le même fonctionnement.**

Consultations libres, consultations sur RDV, visites. Ça a eu un impact dans la mesure ou au début de la pandémie les consultations étaient désertées, parce que les gens étaient très inquiets à l'idée de venir dans un cabinet médical qui était considéré comme un endroit de potentielle contamination donc pendant quelques semaines les choses ont été un peu curieuses, mais encore une fois dans **l'organisation à part organiser la salle d'attente avec des zones dédiées, mais sinon ça n'a pas eu d'incidence sur notre organisation des soins”.**

- Dr.11) “ Nous ça n'a rien changé. On est resté organisé de la même manière. Nos plages de

Les avantages et inconvénients suivants ont été cités par les participants quant aux rendez-vous :

➤ Les avantages :

• Résumé des avantages :

- Gain d'organisation
- Gain de confort (pour les patients et le médecin)
- Diminution du stress (pour les patients et le médecin)
- Diminution du temps d'attente au cabinet pour les patients
- Meilleure visualisation et une meilleure surveillance des urgences
- Meilleure flexibilité des horaires

Plusieurs participants ont instauré des RDV dans les premiers mois de la pandémie (1^{er} et 2nd trimestre 2020), ces RDV constituant une partie ou la totalité de leur pratique hebdomadaire. Aucun ne souhaitant revenir sur leur mode de consultation antérieur, ni même ne souhaitait diminuer cette part de RDV par la suite.

Les avantages des RDV étaient multiples et réitérés par de nombreux participants. Travailler avec des plages de soins programmés (ou rendez-vous) facilitait l'organisation des consultations. Les rendez-vous étaient cités comme plus confortables que les consultations libres sans rendez-vous et diminuaient le stress pour les médecins. Cette diminution du stress était selon eux aussi partagé par les patients.

Les RDV permettaient pour beaucoup de mieux réguler leurs horaires de travail afin d'allier leur activité professionnelle (visites à domicile, RCP, FMC, ...) et personnelle (enfants, loisirs, ...). Les participants adaptant le nombre de RDV et de RDV d'urgences en fonction des périodes d'affluence et de la demande des SNP.

- Dr.1) “Au départ on avait mis les rendez-vous du jour en se disant on verra ce que ça donne et comme le retour des patients était plutôt favorable et que nous on trouve ça plus confortable aussi on a décidé de pérenniser après le premier déconfinement, donc après le 11 mai. On a continué en rendez-vous du jour et là maintenant on continue en rendez-vous du jour. Ce qui fait que on ne fonctionne que sur rendez-vous, mais finalement les soins non programmés sont vus en tant que rendez-vous du jour”.

- Dr.4) Parce qu'en salle d'attente on se retrouvait parfois avec des gens qui attendaient avec l'ensemble de la patientèle mais qui avaient quelque chose d'urgent. (...). Ils nous disaient : “écoutez docteur j'ai du mal à respirer depuis trois jours”. Et on leur dit mais pourquoi vous ne me l'avez pas dit tout de suite, je ne vous aurais pas fait attendre trois heures dans la salle d'attente. Et ça on ne l'a plus, parce que la personne a forcément pris rendez-vous, c'est forcément son créneau ou bien elle a appelé et c'est typiquement la personne ou je leur dis : “voilà venez tout de suite je vous prends entre deux consultations”.

- Dr.5) “ Il faut quand même y trouver **un côté positif à cette pandémie** et donc le côté positif c'est que pour nous ça faisait longtemps que l'on parlait de se mettre sur plage de rendez-vous ou de consultation sur rendez-vous et le fait qu'il y a eu la COVID il y a eu au TOUT début un peu d'arrêt, plusieurs personnes qui ne venaient plus du tout en consultation et du coup le rendez-vous s'est presque mis en place naturellement. Ça a beaucoup facilité les choses de ce côté-là, et le fait de libérer des petits créneaux du jour aux urgences c'est ce qui nous permet de rester dans la médecine générale qui est quand même une médecine, pas une médecine d'urgence, mais une médecine où tu ne peux pas savoir ce qui va se passer. (...), je pense qu'on va rester comme ça ouais, comme dit ça nous convient mieux et les patients aussi préfèrent ce système. Plus agréable pour nous et pour les patients. ”

- Dr.7) Quant au fait de maintenir une organisation sur RDV : “ Au début je pensais que non, mais finalement je pense que oui. Parce que c'est un confort pour nous incroyable et je ne pense pas qu'il y ait de perte pour les patients dans les temps d'attente. Et plutôt que les gens attendent 3 ou 4 heures, il y avait des gens qui

La prise de rendez-vous permettait parfois une **connaissance du motif de consultation**, ceci permettant alors de cibler les motifs pouvant relever de l'urgence. Dans certain cas, les motifs semblant plus urgents étant intercalés plus tôt par le médecin.

- Dr.4) "Par contre passer sur rendez-vous **ça m'a permis de faire plus de régulation**, ça veut dire qu'en fonction de l'appel. Régulation médicale, généraliste, en fonction des gens et de ce qu'il vous dise on peut effectivement voir nous s'il s'agit d'un soin non programmé qu'on doit voir maintenant ou alors s'il y a un délai plus long, mais à ce moment-là sans délai immédiat et il prend un rendez-vous demain ou après-demain. **Maintenant on arrive à faire plus de régulation**, parce que l'urgence ressenti n'est pas forcément l'urgence à traiter et ça, finalement, de passer pour ma part suite à la pandémie au COVID sur du rendez-vous ça a permis de sélectionner vraiment au téléphone ce qu'il faut voir ou ne pas voir tout de suite".

- Dr.5) Concernant la prise de RDV à travers le biais du secrétariat : " c'est en partie le travail de la secrétaire qui demande le motif de consultation. Pour ceux qui se présentent directement au cabinet médical on va demander de préciser exactement ce qu'il en est. C'est sûr que le bébé de 6 mois qui a de la fièvre c'est une urgence qui sera vu dans la journée. L'adolescent de 15 ans qui a eu trois épisodes de diarrhée, et il a de l'ultra-levure à la maison : ça peut attendre le lendemain matin par exemple".

Certains médecins employaient des créneaux de rendez-vous d'urgences, spécifiquement pour la prise en charge des SNP.

- Dr.2) "Il y a aussi des places d'urgence sur le site, (...), Même si c'est plein, les gens peuvent appeler la secrétaire qui nous les font valider et on les rajoute alors".

- Dr.5) "Après ce qui se passe c'est que chaque jour on a un créneau de rendez-vous ou « d'urgence du jour » que l'on garde. En général on en a entre 4 et 6. Ces RDV sont justement pour les gens qui appellent le jour même pour ces fameux soins non programmés. Les urgences de dernière minute".

Un des avantages des RDV était de pouvoir reconvoquer certains patients se présentant pour SNP nécessitant une surveillance rapprochée (otites, infections urinaires, pneumopathies, ...).

- Dr.2) “Non, souvent on en manque. On a tendance par exemple quand il y a une lecture d’IDR à 72 heures ou bien que l’on veuille recontrôler un tympan trois jours après, s’il n’y a plus de place alors on va les prendre un petit peu en avance et les utiliser comme soins programmés car il n’y a pas d’autres places ”.

Les RDV permettaient par ailleurs de **mieux gérer le flux de consultation** et de plus facilement intégrer d’éventuels SNP.

- Dr.5) “ Je trouve que c’est mieux comme ça ouais, car si on a un soin non programmé qui arrive et qu’on sait que derrière le rendez-vous c’est juste du renouvellement d’ordonnance et qu’il n’y a rien de particulier ou bien un vaccin de l’enfant et que si on décale les rendez-vous on sera peut-être moins stressé ”.

- Dr.13) “ça a changé la donne parce que à la fois on peut penser que le système de rendez-vous va bloquer quelque part cette prise en charge des soins non programmée, mais en même temps j’ai remarqué que le fait d’avoir ces rendez-vous à indirectement augmenté le volume de consultation parce que c’est en effet très simple c’est que tu vas lisser sur l’ensemble de tes plages horaires, de ta journée les différents patients”.

Pour une des participantes l’instauration des rendez-vous **serait une nécessité en période de pandémie et par la suite**. L’atroupement des patients en salle d’attente étant trop insalubre. Par contre ils instauraient des créneaux spécifiques ouvrables afin de pouvoir répondre aux SNP éventuels.

- Dr.5) “ Je pense qu’en période de pandémie mettre en place des rendez-vous c’est nécessaire. Car notamment pour mes consultations du jeudi après-midi il m’est arrivé d’avoir 19 patients en salle d’attente à 14h. Là en période de COVID ce n’est juste pas possible. Le rendez-vous je trouve pour cela est important, c’est bien de le mettre en place, par contre on est de la médecine générale et la médecine générale reste une médecine du moment, une médecine du soins non programmés quand on ne peut pas, on ne choisit pas quand on a le rhume, quand on avoir une angine, quand on va avoir un problème. Donc il faut garder des créneaux que nous avons appelé rendez-vous du jour et il faut avoir une certaine souplesse quand même ”.

➤ Les inconvénients :

Résumé des inconvénients :

- Horaires à tenir plus strictes, donc moins de souplesse de temps
- RDV parfois non honorés(35)
- Une gestion des rajouts de SNP particulière (temps de demande, d'évaluation de l'urgence et d'insertion dans l'emploi du temps)
- Education et temps d'adaptation de la patientèle
- Degré d'urgence des SNP à évaluer
- Un obstacle pour certains (langue, accès au secrétariat ou aux plateformes en ligne, ...)

- Des RDV souvent plus long que le temps imparti initialement

Malgré un ressenti global d'avantage positif des rendez-vous que des consultations libres sans rendez-vous, plusieurs inconvénients propres à ce mode d'exercice étaient cités.

Ces inconvénients étant en grande partie lié aux caractéristiques propres des SNP. Ce type de soin était régulièrement ajouté entre les rendez-vous, source de stress pour le médecin et d'agacement par les patients du fait du retard engendré.

Les SNP en rajout des RDV prévus rallongeant les journées des médecins, source d'une charge mentale supplémentaire. Les SNP étant donc contraignant tant pour le médecin que pour les autres patients consultants.

- Dr.1) Quant au rajout de SNP entre des RDV préétablis : “ Maintenant on voit bien que la limite du truc c'est que les gens reviennent et même si ce n'est pas complètement revenu comme avant c'est parfois difficile à 7 médecins même les internes de caser tout le monde sur un rendez-vous du jour c'est parfois un peu compliqué mais pour l'instant ça tient bien donc on reste comme ça, (...), quand il n'y aura plus de COVID et que les gens reviendront comme avant je ne sais pas trop comment on fera, il faudra voir ”.

- Dr.3) “ Les gens pour SNP veulent être vu rapidement, ils ne veulent pas beaucoup attendre et ne souhaitent pas qu'il y ait trop de monde dans la salle d'attente ”.

- Dr.4) Par rapport à la possibilité d'insérer un SNP entre 2 RDV : “ Entre chaque rendez-vous et possibilité en fonction de l'urgence et de la demande c'est sûr. Il n'y aura pas de rendez-vous de soins non programmée accordé pour un certificat médical ou certificat du sport. Par contre pour un gamin de six mois qui se plaint soit d'une oreille, soit de vomissements : il sera vu tout de suite. **C'est annoncé en salle d'attente et imposé** ”.

- Dr.5) “Le monsieur qui a 50 ans qui va venir en disant j'ai une oppression dans la poitrine et bien forcément ça va être une urgence nécessitant d'être vu rapidement et on va lui dire de patienter en salle d'attente et que nous allons l'intercaler entre deux ”.

Plusieurs verbatims suscités indiquaient que l'introduction de RDV avec la possibilité d'intercaler des SNP était une alternative **plus efficace** et **moins stressante** malgré tout que les consultations libres sans RDV.

Plusieurs médecins interrogés citaient l'éducation de la patientèle comme un facteur important dans l'instauration des RDV, cela pouvant être une difficulté initialement du fait du temps d'adaptation de celle-ci. Les patients ne sachant pas toujours s'il restait des places d'urgence le jour même ou ne sachant pas toujours comment obtenir un rendez-vous.

- Dr.1) “ Les gens savaient qu'ils pouvaient venir comme ça et d'aller d'ailleurs il y en a certains qui n'ont toujours pas capté qu'on ne fait plus de sans rendez-vous et qu'on fonctionne sur rendez-vous du jour maintenant. Même si parfois on doit le leur rappeler. Avant, avec le sans rendez-vous les gens savaient qu'ils pouvaient venir comme ça. Maintenant c'est un peu différent on donne une heure précise et vous venez à 1h donnée et vous partez si ce n'est pas tout de suite. ”.
- Dr.2) Quant aux difficultés des patients à prendre un RDV pour un SNP : “ C'est un peu dommage car les personnes ne lisent pas forcément, j'ai fait ceci ou cela car il n'y avait plus de rendez-vous sur le site. Je leur demande alors s'ils ont appelé et ils me répondent non. Je leur réponds : « on a toujours des places en plus! ». Mais comme il y a aussi des places d'urgence sur le site, mais ils se disent que s'ils n'en voient pas c'est qu'il n'y en a plus ”.
- Dr.12) “ Il faut éduquer les patients et expliquer aux patients que les consultations libres ce sont des soins urgents. Pour les patients qui ont mal à l'épaule depuis 3 mois ou bien qui ont besoin d'un renouvellement d'ordonnance, ils doivent anticiper et prendre rendez-vous ”.

Le degré d'urgence des demandes de rendez-vous urgents ou non-programmés était souvent différent entre celui ressenti par le médecin, la secrétaire ou le patient. Globalement toute demande ressentie comme urgente par un des acteurs était vue dans la journée. Parfois l'urgence ressentie par le patient était bien moindre que celle ressentie par le médecin.

La prise de RDV était par ailleurs compliquée pour certaines catégories sociales (milieu défavorisé, classes d'âge extrêmes, illettrés, non-francophones), les médecins ressentant que la demande de SNP et la prise de RDV était plus compliquée pour eux.

- Dr.1) Concernant des patients d'origine étrangère et non-francophones : “ Nos patients comme ils ne sont pas très au clair du système, et qu'ils ne comprennent pas forcément qu'ils sont sur un secrétariat électronique et non pas avec nos secrétaires, ça les a perturbés un peu. (...), Mais ce n'est pas du fait de la pandémie mais plutôt de leur précarité ”.

- Dr.9) “ J'essaye d'augmenter cette proportion de rendez-vous, mais pour ça il faut habituer un peu les gens à l'outil informatique de prise de rendez-vous. Il y en a qui sont accros, qui sont addict et qui adorent ça. Par contre le petit papi de 70 ans qui ne parle que Alsaco ça lui passe au-dessus de la tête ”.

Un autre inconvénient des rendez-vous était la difficulté ressentie par les médecins d'arriver à répondre à la demande du patient dans le temps imparti. Les consultations pour la plupart des participants duraient entre 15 et 20 minutes, temps qui était souvent trop court afin de répondre efficacement aux motifs de consultation du patient.

Les SNP à motif unique (cystite, lombalgies, gastro-entérites, otites, angines, etc...) étant cependant ressentis comme 'agréables' et 'simples' par les médecins du fait de cette unique demande exprimée par le patient.

- Dr.11) “ Oui, c'est quand quelqu'un vient effectivement pour une entorse de la cheville ou une rhinopharyngite c'est plus facile que justement le patient polypathologique pour lequel tu dois gérer plusieurs problématiques. **Ils peuvent parfois avoir un caractère plus facile, plus rapide.** Les soins non programmés moi je les prends sur un quart d'heure, les rendez-vous je les prends sur 20 minutes ”.

- Dr.12) “ Les soins non programmés doivent rester de l'aigu, des consultations faciles, rapides, variées et intéressantes qui rythment pas mal la journée. Je trouve qu'elles sont bien franchement ! ”.

II. La mise en place d'un secrétariat sur place ou à distance

La place du secrétariat semblait pour la majorité des participants comme essentielle dans une meilleure gestion des SNP encore plus à la suite de cette première année de pandémie.

- Une augmentation du nombre de secrétaires employées par structure :

Sur les 14 participants, seuls 3 n'employaient pas de secrétariat au moment de l'entretien.

Deux exerçants en cabinet seul et le troisième en cabinet de groupe de 2 médecins.

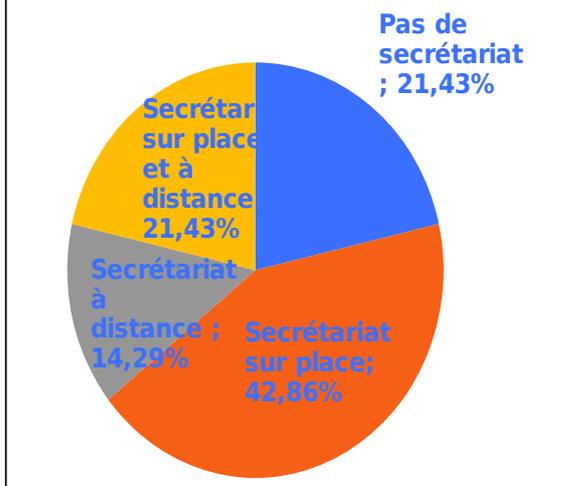
Plusieurs médecins exerçants en cabinet de groupe ou bien en MSP ont fait le choix d'embaucher ou d'augmenter les effectifs de secrétaires sur place, ou bien d'embaucher un secrétariat à distance en supplément.

Pour eux, les avantages étaient nombreux (voir : **tableau 1**) et majorés depuis la pandémie. La demande de SNP téléphonique s'étant accrue depuis l'arrivée du COVID-19, avec des demandes de plus en plus variées et chronophages.

- Dr.2) “ Là où le COVID à quand même modifié les choses depuis deux ans j'avais une secrétaire médicale et que là j'en ai embauché une deuxième ”.

- Dr.3) “ Depuis la COVID on a pris Maya, cela impose que les gens appellent ou bien prennent rendez-vous sur Maya, (...), puis reviennent pour leur rdv. C'est ça qui a changé ”.

Type de secrétariat employé avant la pandémie



Type de secrétariat suite à une année de pandémie

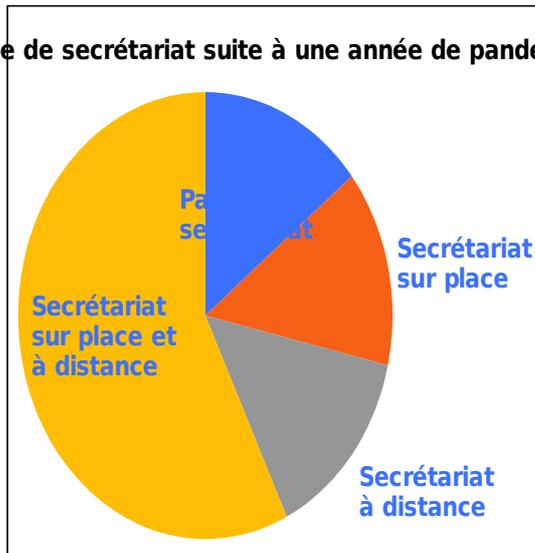


Diagramme 1 : Types de secrétariats employés en cabinet de médecine générale en “ période pré-pandémique” vs “période à 1 an du début de la pandémie ”.

- [L'importance du secrétariat accentué depuis la COVID :](#)

A la suite d'une année de pandémie, le rôle du secrétariat était pour les participants encore plus essentiel dans la gestion des SNP. Ce ressenti était unanime pour 13 des 14 médecins participants.

Les bénéfices des secrétariats soulevés étaient multiples, gain de temps médical et personnel, un gain de confort, une diminution de la charge administrative pour le médecin afin de pouvoir plus s'investir dans sa pratique médicale.

Les secrétaires aidant à diminuer l'affluence en salle d'attente, ce bénéfice hygiénique étant indispensable en période de pandémie face au coronavirus, mais cette baisse d'affluence

Dr.1) “ Je pense effectivement qu'avoir une salle d'attente pleine avec des gens qui sont toutes les deux secondes dès qu'on sort en train de nous demander “quand est-ce que je vais être vu, ça fait deux heures que je suis là”, c'est plus de pression à la fois pour les secrétaires et pour nous. Donc du coup c'est plus confortable car il y a moins de pression dans la salle d'attente ”.

- Dr.2) “ j'avais une secrétaire médicale et que là j'en ai embauché une deuxième et, (...), ce sont des choses qui me font gagner du temps et qui me permettent de prendre un quart d'heure par personne au lieu de 20 minutes avant ”.

- Dr.3) “ Chez nous ce sont les secrétaires qui organisent et dispatchent en fonction du médecin ayant le temps ”.

- Dr.5) “ Donc ça c'est en partie le travail de la secrétaire qui demande le motif de consultation. Pour ceux qui se présentent directement au cabinet médical on va demander de préciser exactement ce qu'il en est ”.

- Dr.11) “ Nous on a un système où les secrétaires ont un cahier et une fois qu'il n'y a plus de place nulle part, elle note sur le cahier le nom du patient et le motif de l'appel et après nous on regarde par la suite si ça peut être dispatchés sur la semaine ou bien si ça doit être vu le jour même. Donc on vérifie quand même qu'il n'y a pas des urgences qui passe à la trappe. Oui ça marche bien”.

- Dr.12) “ Nous avons profité du COVID afin de mettre en place des rendez-vous tous les après-midis. Les matins nous avons des consultations libres avec une heure de passage spécifique donnée par les secrétaires aux patients sur des créneaux de 15 minutes afin qu'ils ne soient pas plusieurs en salle d'attente. La secrétaire leur donne l'horaire de rendez-vous et les patients doivent revenir à l'horaire du rendez-vous qui leur a été donné. ”. et “ la gestion est aussi effectué par les secrétaires, les patients se présentent à la secrétaire et c'est elle ou bien moi qui s'occupe de l'organisation ”.

- Dr.14) “ Alors globalement chez nous c'est les secrétaires qui ont consigne de demander aux patients par qui il est suivi habituellement et de privilégier le praticien qui le suit habituellement, le patient sera privilégié sur ces créneaux d'urgence là. Mais si après il n'y a plus de place chez ce praticien-là, elles vont demander aux patients s'il veut voir quelqu'un d'autre et donc lui proposer les créneaux d'urgence des autres praticiens ”.

La démarche de mise en place d'un secrétariat émanait principalement des médecins, mais était appuyée par les patients.

- Dr.7) Par rapport à l'ajout d'un secrétariat en ligne : “ Ça a été instaurée depuis la pandémie, parce qu'on a augmenté beaucoup les coûts de téléphone, et notre coût de secrétariat téléphonique car ils nous l'ont demandé. On a aussi mis ça en place parce que les gens attendaient parfois au téléphone et ça permettait de soulager et les uns et les autres. Donc les secrétaires et les patients”.

soulignée. Les secrétaires contactant le médecin en cas de doute sur une éventuelle urgence nécessitant d'être vue le jour même. Cette caractéristique étant déjà essentielle avant la COVID-19 et ne cessant de l'être depuis.

- Dr.3) “ Chez nous ce sont les secrétaires qui organisent et dispatchent (les soins non-programmés) en fonction du médecin ayant le temps, peut être notre médecin adjoint qui a le temps et moins de patientèle chronique qui va les prendre. Les gens acceptent plus d'aller pour des choses non programmées, pour des consultations non programmées chez le médecin qui a le temps, pour qu'il n'y ait pas trop de monde en salle d'attente et pas trop d'attente. Au lieu d'aller chez le médecin traitant, ils vont plus chez le médecin disponible pour des soins non programmés et urgents”.

- Dr.5) Quand interrogé sur l'utilité du secrétariat dans la gestion des demandes de SNP : “ Elles sont formées un petit peu sur le tas quand elle n'est pas sûr ou bien qu'elle hésite elle nous transfère l'appel tout simplement. Mais sinon elle essaye toujours de trouver la meilleure des solutions pour le patient, elle essaie de se dépatouiller mais on ne lui a pas fait une formation spécifique. Après elle sait à peu près dans quel cas nous passer l'appel ou bien dans quel cas ça peut attendre demain. Mais vraiment quand elle ne sait pas ou bien qu'elle hésite elle nous pose la question et on lui répond ”.

- Dr.7) Quant à la gestion des demandes de SNP transférées par le secrétariat à distance : “ Soit il est vraiment en train de mourir et là je vais lui conseiller de faire le 15 car je ne pourrai rien faire pour lui, soit j'estime que ce n'est pas une urgence vitale et à ce moment-là je lui dis de passer soit en fin de soirée, soit en début de matinée dans les 24 heures quoi ”.

- Dr.12) “ Par contre on a quand même des secrétaires relativement qualifiés qui arrivent à faire la part des choses entre ce qui est urgent et ce qui ne l'est pas ”.

Les secrétaires permettant transférer les demandes les plus pertinentes, en fonction de l'urgence apparente elles pouvaient orienter les demandes et appels au médecin.

- [Une délégation des tâches des secrétariats accentuée depuis la pandémie :](#)

Une des participantes employait une secrétaire médicale afin d'effectuer des examens de diagnostic médicaux ne nécessitant pas ou peu de formation préalable, cela dans une optique de gain de temps médical (diagnostic et thérapeutique).

- Dr.2) “ J'en ai embauché une deuxième et que je l'ai formé durant les trois prochaines années au métier d'assistante médicale et que du coup elle participe aux soins. Je leur ai appris à faire les électrocardiogrammes, à effectuer les épreuves fonctionnelles respiratoires. À mettre les dossiers à jour, elles scannent et elles font tout ce qui est facturation. Elles prennent la tension aux poignets, quand c'est des bébés elles peuvent aussi faire le poids et la taille des enfants”.

Un autre participant citait lui aussi le bénéfice des assistants médicaux dans la gestion des soins afin de gagner du temps pour les soins en nécessitant plus (consultations complexes, soins non-programmés et urgences).

- Dr.13) “ Alors on pourra créer toutes les choses qu'on veut, des **assistants médicaux** et faire comme avec les ophtalmologues qui se concentrent aujourd'hui uniquement sur une activité hyper spécialisée et ont délégués à des orthoptistes ou des opticiens médicaux qui sont venus avec des diplômes étrangers ou des ophtalmo étrangers qui ne peuvent pas faire d'opération, etc. Et qui font de la pré consultation ophtalmologique, ils font du tri en fait pour que l'ophtalmologue lui-même n'ait que les cas nécessitant un avis spécialisé complexe ou une chirurgie. Et dans l'idée, (...), cela permet de décharger une partie de l'activité et donc effectivement ça peut faire gagner du temps et du rendement ”.

- [L'absence de secrétariat, deux visions divergentes :](#)

Sur les 3 médecins n'ayant pas de secrétariat :

Deux médecins décriaient l'absence de secrétariat dans leur pratique comme une contrainte, cela s'étant intensifié depuis la COVID avec une augmentation des appels téléphoniques et de

demandes de SNP en relation avec l'anxiété. Les avantages et inconvénients cités des secrétariats dans la gestion des SNP ont été tablés (cf. [Annexe 3](#)).

Malgré un coût non-négligeable, les avantages du secrétariat leur semblaient bien supérieur. Ils souhaitaient par la suite embaucher une secrétaire afin de mieux prendre en charge les soins et indirectement les soins non-programmés.

- Dr.9) “ Ça a été un problème lié au COVID et à toutes ses demandes sans arrêt car du coup le nombre de coups de téléphone par jour à complètement explosé et c'est devenu un enfer le téléphone. Quand tu n'as pas de secrétariat, le téléphone c'est devenu un enfer. (...). Dans les côtés des soins non programmée, toutes ses demandes de soins rapides au téléphone d'ordonnance pour ceci ou pour cela, pour l'orthophoniste ou pour le machin et bien ça oui c'est le côté très pénible oula effectivement il faudrait avoir un secrétariat pour éponger ces choses-là. ”

- Dr.13) Quant interrogé sur les mesures envisageables afin de mieux répondre à la demande des SNP dans son cabinet : “ On pourrait avoir une secrétaire physique. Donc plus de disponibilité au téléphone pour gérer en rendez-vous et on pourrait faire seulement du rendez-vous. On aurait suffisamment de plages horaires pour pouvoir contenter tout le monde ”.

permettait de mieux réguler les appels afin d'organiser lui-même son emploi du temps et de pouvoir intercaler un SNP si et quand cela l'arrangeait.

- Dr.4) “ C'est moi qui répons à la demande, avec l'esprit de régulation. On les a au téléphone et c'est important de ne pas avoir... Moi j'ai cet avantage de ne pas avoir de secrétaire. C'est-à-dire que les gens m'ont moi, et j'ai des gens qui sont venus chez moi avec le seul argument : vous on arrive à vous avoir en direct et quand j'appelle, c'est vous que j'ai au téléphone et pas le passage secrétaire. (...) . Moi, je dis que c'est une chance de ne pas avoir de secrétaire ”.

III. Téléconsultations et créneaux d'urgence/ de soins non-programmés

A- Téléconsultations

- [La téléconsultation à partir du 16 mars 2020 : suivi des patients COVID “+” et fragiles](#)

Depuis l'arrivée de la COVID et l'instauration du premier confinement le 16 mars 2020, la téléconsultation a eu un rôle essentiel dans la gestion des demandes de SNP initiale. Jusque-là peu utilisée, le rebond d'intérêt de cet outil a suscité l'attention de nombreux participants de l'étude, dont les avis divergent quant à l'usage de la téléconsultation dans la prise en charge efficace des SNP.

Les bénéfiques des téléconsultations dans les SNP étaient initialement d'arriver à suivre les patients positifs au Sars-Cov2, d'avoir un suivi des patients réticents à venir consulter au cabinet ou n'arrivant pas à se rendre au cabinet (patients âgés, fragiles, handicapés, etc...).

- Dr.1) "On a eu quelques téléconsultations, mais en tout cas on a vu moins de monde durant cette première partie de l'année 2020 à la suite du 16 mars. (...). Mais c'est vrai que d'avoir pu au départ quand on ne savait pas trop quoi faire avec les gens qui avaient le COVID, on les appelait où ils nous appelaient pour savoir comment ils allaient, ils respiraient. Parce qu'au départ on leur disait il ne faut surtout pas venir pour ne pas risquer de contaminer les gens. On allait moins en visite parce qu'on se disait on voyait des gens malades et on ne veut pas contaminer nos patients".

- Dr.2) "J'en faisais déjà avant des téléconsultations mais je ne suis pas fan. Je trouve ça intéressant d'en faire dans certains cas. (...). On s'organise mieux et ça permet quand même à ce que les gens se croisent le moins possible mais très clairement je veux continuer en faire le moins possible".

- Dr.4) "On l'a tous mis en place, à ce moment-là, à l'époque pour évaluer des gens COVID. Plus pour voir déjà leur tête, rechercher des signes de détresse visible, etc. La majorité avait un saturomètre et donc on pouvait voir la saturation à la maison. Moi initialement je ne l'avais pris que pour ça".

- Dr.7) "Non, ça nous a permis de régler des problèmes de COVID à distance. C'était plus facile plutôt que de faire venir les gens, mais ça ne présente pas grand intérêt pour moi".

- Dr.9) "Comme dit la COVID a seulement permis de se lancer dans la téléconsultation".

Les usages initiaux de la téléconsultation étaient pour les SNP surtout de permettre un diagnostic et un suivi des patients ayant le COVID. Dans certains cas cela permettait aussi d'éviter que les patients fragiles ne se contaminent au cabinet médical.

Certains participants ressentant que sans la pandémie à COVID-19, ils n'auraient pas eu recours à cet outil dans leur pratique, ni dans leur gestion des SNP.

Un participant était réticent quant à l'usage de la téléconsultation pour les SNP autre que la COVID.

- Dr.10) “ Moi sur toute la période j'ai dû en faire entre 10 et 20, il fallait vraiment que le patient ne puisse pas se déplacer, qu'il ne veuille pas venir. Ça a été très peu. J'ai des collègues qui eux en ont fait des centaines. Ça a été surtout utile pour une continuité des soins. Pour les soins aigus je ne faisais pas de TC. Je n'aime pas, je considère que ça ne répond pas à ma conception de ma médecine, j'y ai été très réticent. Très réticent ”.

- [Usages de la téléconsultation dans les SNP à la suite du 1er déconfinement :](#)

Puis, suite aux mesures gouvernementales du 28 avril et avec le déconfinement progressif du pays la téléconsultation a eu une place plus incertaine quant à ses indications et aux motifs de consultation de TCG.

Les SNP en médecine générale étant rarement urgent, les participants citaient qu'une prise en charge efficace des SNP par le biais des téléconsultations semblait compliquée. L'absence de données objectivables à l'examen clinique rendant cette pratique difficilement envisageable pour une prise en charge médicale optimale des SNP.

La téléconsultation n'était pour beaucoup pas vu comme de la “ vraie médecine ”.

La notion “d’abus ” des TC pour des motifs non urgent était cité par un participant. Les patients présentant des critères de gravité cliniques annotés sur les pages de téléconsultation des médecins devaient obligatoirement s’orienter au cabinet et ne relevaient pas des motifs retenus pour télé consulter.

Les avis divergeaient quant à l’utilisation quotidienne de la télémédecine par la suite. Ceux qui souhaitaient continuer à l’employer souhaitaient fixer des motifs très spécifique de téléconsultation (dermatologie, prescription et renouvellement de certains médicaments, ...).

Parfois, la téléconsultation permettait d’identifier un motif de SNP (ex : lombalgie), de traiter la plainte initiale (ex : douleur) et de donner un rendez-vous rapproché afin de pouvoir examiner le patient en présentiel.

- Dr.8) Quant interrogé sur l’usage de la télémédecine par la suite : “ Donc, je vais probablement utiliser ce biais par la suite, moi je ne suis pas fan des TC. Il y a beaucoup d’abus et ce n’est pas de la vraie médecine pour moi ”.

- Dr.13) “ On fait des téléconsultations dans certains cas sur les problèmes de lombalgie par exemple on envoie les ordonnances pour les antalgiques aujourd’hui et on les revoit le lendemain sur un créneau où on peut se prendre le temps de les examiner du fait de la marge qu’on a. On adapte ensuite les différentes stratégies en fonction des besoins et des possibilités. Donc oui, la pandémie a eu un impact sur cette prise en charge mais parce que ça nous a forcé au départ à changer le fonctionnement du cabinet ”.

Plusieurs participants allaient ou avaient cessé les téléconsultations par la suite, citant que les SNP devaient selon eux être vus (au cabinet ou en visite).

- Dr.10) “ Moi sur toute la période j’ai dû en faire entre 10 et 20, il fallait vraiment que le patient ne puisse pas se déplacer, qu’il ne veuille pas venir. Ça a été très peu. Maintenant j’ai arrêté, pour moi le patient il doit se voir et se toucher ”.

- Dr.14) “ J’en ai fait un petit peu en début du premier confinement pour le suivi des patients COVID-19.

B) Les “créneaux d’urgence” ou “ créneaux de soins non-programmés ” :

Sur les 14 participants, 13 d’entre eux avaient la possibilité d’intercaler des créneaux d’urgence.

Aucun des médecins participants n’a fait le choix de retirer ce type de créneau de leur organisation quotidienne, en revanche plusieurs médecins ont fait le choix de les introduire dans leur organisation suite à la pandémie à COVID-19.

Ces créneaux étaient pour certains prédéfini entre les rendez-vous du jour. D’autres participants n’avaient pas de créneaux prédéfinis d’urgence mais avaient la possibilité d’intercaler une demande de SNP entre deux rendez-vous.

- Dr.2) “ On ne les met pas tous en ligne, certains créneaux des urgences du jour sont en ligne mais on en garde encore quelques-uns. Les gens ont la possibilité d’aller en ligne, et s’ils ne trouvent pas ils peuvent nous appeler ”. Et “ Donc voilà on les rajoute à la fin et on les rajoute quand même, mais voilà, pour nous c’est quand même un confort important d’avoir des places en avance. Des places pas prises en avance dont on peut disposer le jour même, ce qui permet de ne pas trop rallonger le soir. (...). Gros horaires, fréquemment au-delà des horaires de la permanence des soins (20h). Du coup si les journées sont à rallonge alors je suis régulièrement là jusqu’à 22 heures. Si on a des places libres dans la journée c’est très bien, pour qu’on puisse, si elles ne sont pas prises, faire les résultats de laboratoire dans la journée au lieu de les faire le soir ”.

- Dr.5) “ Chaque jour on a un créneau de rendez-vous ou « d’urgence du jour » que l’on garde. En général on en a entre 4 et 6. Ces RDV sont justement pour les gens qui appellent le jour même pour ces fameux soins non programmés. Les urgences de dernière minute. La médecine générale forcément tu ne choisis pas quand tu tombes malade ”.

- Dr.13) “ En tout cas, en ayant un système de fonctionnement sur du tout rendez-vous c’est clairement de prévoir des créneaux qui à l’avance peuvent se remplir au dernier moment. Si j’ai des trous, et bien ça me permet de faire de la paperasserie, des biologies tout cela et que peut-être je peux rentrer un peu plutôt chez moi et profiter de mes enfants un peu avant qu’ils ne s’endorment. Donc moi je vois ça presque comme du bonus, j’estime gagner suffisamment bien ma vie pour ne pas avoir le besoin de remplir mes créneaux ”.

- Dr.14) “ Moi, j’ai tous les jours, ça dépend des jours mais j’ai entre 3 et 10 plages de rendez-vous urgent par

Les avantages de ces “créneaux d’urgence” étaient pour les participants de pouvoir répondre à tout moment de la journée aux demandes de SNP (dans l’heure ou la demi-journée). Ils avaient aussi comme rôle indirect de permettre, s’ils n’étaient pas comblés par une demande de soin urgent, d’effectuer d’autres tâches administratives ou de gestion afin de gagner du temps.

La vision des participants de l’étude quant aux créneaux d’urgence était dans l’ensemble positive, aucun médecin ne souhaitant retirer ces créneaux de leur planning depuis leur instauration.

Certains participants affirmaient que l’absence de créneaux de SNP ne collaient pas avec leur définition de la médecine générale, médecine de l’inattendue et du non-programmé. Ces créneaux de soins urgent étant leur façon de répondre à cette demande inattendue et non-programmable.

IV. L’utilité des internes et des assistant médicaux dans la gestion des SNP

A. Les internes et les médecins adjoints :

Parmi les 14 participants, 9 avaient un interne exerçant dans leur cabinet et 2 avaient un médecin adjoint exerçant dans leur structure.

Les bénéfices des internes et des médecins adjoints afin de répondre à la demande des SNP étaient cités à multiples reprises. Le fait d’être plus de médecins aidant à répondre à la

demande de soins. Pour les participants, les patients étant moins regardant quant à la personne répondant à cette demande non-programmée tant qu'ils étaient examinés par un médecin du cabinet.

La contrainte pour que les internes puissent aider à répondre aux demandes de SNP était celle d'avoir un bureau de libre afin de pouvoir consulter. La même contrainte était citée pour le médecin adjoint qui nécessitait lui aussi un bureau.

- Dr.1) "C'est sûr que les internes quand ils sont en autonomie dans un bureau forcément ce sont des soins non programmés, à part quelques fois les SASPAS qui se donnent des rendez-vous d'un jour à l'autre mais sinon c'est vrai que les internes n'ont pas des rendez-vous programmés à distance ". Et : " Lundi si on avait eu un ou deux bureaux de plus on pourrait mettre tous nos internes au boulot alors que là parfois ils tournent, il faut un roulement sur le bureau car en fait on a plus de médecin qui pourrait travailler que de bureaux disponibles".
- Dr.3) "Les gens pour SNP vont vers les internes et chez Sylvain Orsa notre médecin adjoint ".
- Dr.6) "Si je suis tout seul c'est plus compliqué, si je suis avec l'interne de niveau 1 c'est plus souple car j'ai deux bureaux donc à ce moment-là je peux aborder ce qui est non programmé. Ça c'est le lundi et le mardi. Le mercredi, mon SASPAS, 'Antoine' est tout seul".
- Dr.8) Quant au ressenti des SNP : "C'est lourd à gérer, mais pour l'instant on survie on y arrive et notamment grâce aux internes ". Quant à l'aptitude de répondre mieux aux SNP depuis la pandémie : " Non, pas depuis la pandémie. Depuis l'arrivée des internes oui par contre".
- Dr.10) "Comme je suis formaté sur RDV, sachant que mes RDV sont toujours complets, ou complet en général, j'arrive toujours à dupliquer un RDV car on consulte généralement à deux, donc soit je le fais, soit mon interne s'il est là".

B. Les assistant médicaux :

Une des participantes a instauré à la suite du début de la pandémie à COVID-19 l'usage d'assistantes médicales. Celles-ci pouvant effectuer des ECG, des EFR, des mesures de poids et de taille des enfants et la prise des constantes vitales des patients. Cela dans une optique de gain de temps médical.

- Dr.2) "Là où le COVID à quand même modifier les choses depuis deux ans j'avais une secrétaire médicale et que là j'en ai embauché une deuxième et que je l'ai formé durant les trois prochaines années au métier d'assistante médicale et que du coup elle participe aux soins. Je leur ai appris à faire les électrocardiogrammes, à effectuer les épreuves fonctionnelles respiratoires. À mettre les dossiers à jour, elles scannent et elles font tout ce qui est facturation. Elles prennent la tension aux poignets, quand c'est des bébés elles peuvent aussi faire le poids et la taille des enfants. On n'a pas encore eu le temps de mettre en place, mais ça va être dans les tuyaux donc ça ce sont des choses qui me font gagner du temps et qui me permettent de **prendre un quart d'heure par personne au lieu de 20 minutes avant**".

Un second participant a abordé le thème des assistants médicaux en citant le gain de temps de ceux-ci, mais décriant qu'il fallait une structure de taille appropriée pour pouvoir en accueillir. Il citait par ailleurs que la relation médecin-malade serait probablement modifié.

- Dr.13) "Par exemple moi, les consultations pédiatriques je leur réserve toujours un double créneau parce que c'est le temps nécessaire pour bien voir l'enfant, l'examiner et répondre aux questions des parents. Remplir le carnet de santé. Après c'est sûr que si tu as déjà une assistante qui est là, qui mesure l'enfant et prends toutes les mesures qui te remplit le carnet de santé et te prépare les vaccins et toi tu viens juste pour lui triturer les différents membres, que tu vois qu'il grandit bien et que tu lui plante les aiguilles. C'est sûr que ça va plus vite, mais ça demande une infrastructure, ça demande des locaux et puis indirectement ça modifie la relation que tu as avec les gens. Est-ce que c'est souhaitable ? pas forcément. Est-ce qu'on n'y échappera ? Pas forcément non plus".

V. Un agrandissement des structures médicales et une centralisation des médecins et paramédicaux

De nombreuses structures où exerçaient les participants ont connu un agrandissement ces 2 dernières années. A l'exception des secrétariats, ces agrandissements n'étaient pas directement en lien avec la pandémie à COVID-19.

Pour les participants, cette *centralisation des métiers de la santé* favorisait les échanges interdisciplinaires et permettait une meilleure gestion des soins et des soins non-programmés.

Ces échanges étant bénéfiques pour permettre une prise en charge plus fluide et plus efficace.

Ces échanges permettant donc un meilleur suivi, mais aussi une meilleure détection d'éventuelles urgences nécessitant un avis médical rapide.

Un participant indiquait que recourir à des *soins coordonnés* au quotidien **augmenterait l'efficacité des soignants** et pourrait être une **solution au manque de personnel soignant** en France.

- Dr.1) Quant interrogé sur l'utilité des IDE azalée dans les suivis des patients à domicile au cours du 1er confinement : “ On les rappelaient pour savoir comment ils allaient, on faisait rappeler notre infirmière azalée quand elle nous appelait pour savoir un peu comment allaient les patients ”.
- Dr.3) “On a une infirmière Azalée qui prenait en charge en dehors du COVID les patients hypertendus, ou les débuts de diabète. Ce qui m'aide beaucoup, c'est l'infirmière du centre de soins qui m'aide à faire tous les tests PCR et nasopharyngé rapide. Je peux aussi les faire mais ça me prend du temps. C'est l'infirmière qui me fait vraiment tous les tests, et on a depuis janvier en laboratoire d'analyses qui s'est installé à la maison de santé et qui fait les prises de sang. Ça c'est pas mal”.
- Dr.4) “Je travaille en cabinet seul, mais annexé à 2 kinés, un ergothérapeute, une psychothérapeute et nous avons une interaction quotidienne avec les infirmières du secteur. On ne ferait rien sans les infirmières. Par exemple on fait beaucoup de soins palliatifs à domicile, beaucoup de visites à domicile pour les gens avec des incapacités moteurs ou handicap. Les IDE ont un œil sentinelle sur les lésions et également sur les prélèvements. (...). C'est une collaboration pluriprofessionnelle quotidienne dont je suis le seul médecin”.
- Dr.8) “On est en cours de création d'un projet local de soins primaires en coordination avec des infirmiers locaux car les pouvoirs publics souhaitent qu'on se regroupe et qu'on ait recours à des soins coordonnés. Ce genre de chose, des SNP, des pandémies, des problèmes sanitaires. La coordination facilite tout cela et permet de pallier au manque de personnel soignant”.

cibler les patients ayant besoin d'une consultation urgente et d'obtenir une consultation médicale plus rapidement.

- Dr.14) “ Après, nous on a des applications sécurisées avec les infirmières, et ça c'est l'autre créneau possible pour nous joindre et pour un créneau urgent. Par exemple si l'infirmière va à domicile et qu'elle trouve un patient qui effectivement nécessite une consultation urgente elle peut nous envoyer un message par ses applications sécurisé. Et là on va le voir vite et on va intervenir vite. Mais globalement c'est soit ça, soit le secrétariat ”.

Pour un participant, cette centralisation des métiers de la santé en maison de santé serait une des clés afin de mieux répondre à la demande des SNP.

- Dr.8) “Je pense qu’une des clés qui est actuellement à l’ouvrage c’est de mettre des maisons de santé à l’entrée des urgences, même si les problématiques de conflit avec les hospitaliers persistent avec leur fameux T2A et soins de cotation afin de ramener des sous à l’hôpital. Mais le jour où l’on arrivera à régler ce problème-là et que ça sera en partenariat avec l’hôpital, alors c’est clair que la bobologie pourra être traité en amont des urgences et que celles-ci pourront être délestées. Le but c’est ça”.

VI. Les échanges favorisés entre paramédicaux et médecins

Même si de nombreux participants étaient déjà en contact avec de multiples autres professionnels de santé préalablement à la Pandémie à COVID, celle-ci a été une période de communication interdisciplinaire clé et essentielle dans le suivi de leurs patients.

Il ne s’agit pas de nouvelles pratiques, mais plus d’une augmentation des échanges entre les différentes disciplines des métiers de la santé.

- [Echanges favorisés avec les infirmiers diplômés d’état suite à la pandémie à COVID-19 :](#)

Dans les suites de la pandémie à COVID certains médecins généralistes ont instauré des applications sécurisées dans leur pratique quotidienne afin de favoriser les échanges sur certains patients fragiles ou complexes à domicile.

Les bénéfices de cela étaient pour elle de mieux visualiser les SNP à domicile et de pouvoir apporter une réponse à court terme.

- Dr.14) “Après, nous on a mis en place des **applications sécurisées avec les infirmières**, et ça c’est l’autre créneau possible pour nous joindre et pour un créneau urgent. Par exemple si l’infirmière va à domicile et qu’elle trouve un patient qui effectivement nécessite une consultation urgente elle peut nous envoyer un message par ses applications sécurisées. Et là on

Un autre participant avait lui déjà recours à des échanges quotidiens avec les IDE de son secteur, il n'a pas cessé cela. Il indiquait que les bénéfices de ces échanges étaient quotidiens et utiles tant pour les soins programmés que pour les soins non programmés.

- Dr.4) “Nous avons une interaction quotidienne avec les infirmières du secteur. On ne fera rien sans les infirmières. Par exemple on fait beaucoup de soins palliatifs à domicile, beaucoup de visites à domicile pour les gens avec des incapacités moteurs ou handicap. Les IDE ont un œil sentinelle sur les lésions et également sur les prélèvements. On travaille en interaction tous les jours”.

- [Echanges favorisés avec les pharmaciens suite à la pandémie à COVID-19 :](#)

La première année de pandémie et plus particulièrement le premier confinement a été une période d'échange nouvelle entre les pharmaciens et les médecins. Les pharmaciens ayant le droit d'effectuer les renouvellements des traitements chronique de leurs patients habituels.

Un des participants citait que les pharmaciens permettaient d'avancer des traitements à certains patients afin d'éviter les affluences en cabinet de médecine générale. Permettant indirectement de libérer du temps pour des soins d'allure urgente.

- Dr.5) “Après, moi je considère que sur ces quelques créneaux qu'on garde on ne peut pas caler quelqu'un qui appelle le jour même pour des médicaments et que ça soit un renouvellement de traitement. Ils appellent leur pharmacie qui les avancent. Ça pour moi ce sont des choses qui peuvent se prévoir à l'avance, en général ces gens-là on leur donne un rendez-vous pour le lendemain ou pour 2 jours après. On leur dit de **voir avec leur pharmacie habituelle**, ce sont des traitements chroniques donc la pharmacie avance les comprimés ou les boîtes”.

Un autre participant trouvait lui que depuis la pandémie, la possibilité de passer par les pharmaciens dorénavant pour les renouvellements d'ordonnance accentuait le fait que les patients souhaitaient un accès encore plus facilité vers leur médecin traitant. Parfois au détriment de leur santé et avec une envie d'immédiateté excessive mal perçue par ce médecin.

- Dr.13) “ La COVID a fait que du fait de tout nous faire faire à distance et que les gens puissent aller à la pharmacie pour rechercher leur renouvellement sans passer par chez nous en fait les gens se sont mis dans cette espèce d'effet où tu passes un coup de fil comme tu passes ta commande quoi et c'est beaucoup ça en fait. On a beaucoup souffert car les gens nous appellent et nous disent : oui je veux faire du sport il me faut un certificat. Et on leur dit : non, il va falloir passer. Oui docteur, j'ai une infection urinaire il va falloir me faire une ordonnance. Eh bien non, prenez au moins une téléconsultation afin qu'on discute. Dans les côtés des soins non programmés, toutes ses demandes de soins rapides au téléphone d'ordonnance pour ceci ou pour cela, pour l'orthophoniste ou pour le machin et bien ça oui c'est le côté très pénible”.

4. Quelle orientation depuis la pandémie des SNP en post-consultation ?

Afin de pouvoir évaluer comment les participants orientaient leurs patients nécessitant un avis post consultation il leur était demandé dans le questionnaire vers qui ils avaient tendance à orienter leurs patients en post consultation. Il leur était aussi demandé si cette orientation avait changé depuis le début de la pandémie. Qu'il s'agisse d'une demande d'avis spécialisé ou bien d'examen complémentaires.

Comment les médecins généralistes orientent-ils les patients demandeurs de SNP lorsqu'ils nécessitent un avis spécialisé ou des examens complémentaires ?

- [En cas de SNP d'allure vitale, les urgences en 1ère place](#)

L'ensemble des participants avaient recours en priorité aux SAU des hôpitaux et des cliniques privés s'ils étaient confronté à un SNP pour une urgence perçue comme vitale.

- Dr.1) “ Après si quelqu'un nous dit j'ai hyper mal au ventre, je suis plié en deux et que tu penses à quelque chose de vraiment urgent qui nécessiterait de toute façon une fois que tu les as vu d'être orienté dans l'hôpital alors je peux leur dire d'y aller directement. Mais ça n'arrive pas si souvent que cela effectivement, mais oui on oriente, (...), nous envoyons plus facilement Rhéna ou au NHC ”.

- Dr.3) “ les services d'accueil, quand il y a vraiment des gens qui m'appellent du domicile et que je vois que je n'ai pas le temps d'y aller et que ça peut être urgent, pour une suite alors je leur dis d'aller tout de suite aux urgences ”.

- Dr.10) “ La structure qui peut me rendre service, c'est la structure des urgences. Le SAU, il peut m'aider pour cela. Quand il y a une urgence d'allure immédiate, par exemple pour un patient lorsque je suis en consultation et qu'il s'agit d'un patient ne pouvant être vu qu'en visite et qu'il y a une 'vraie urgence' il m'arrive de l'adresser au SAU directement ”.

• generare et dans quel cas ?

Si un avis spécialisé était nécessaire à court terme, les participants pouvaient adresser leurs patients vers un dermatologue, traumatologue, angiologue, cardiologue et/ou un ORL.

Les participants examinaient systématiquement le patient pour une demande de SNP avant de l'adresser chez un confrère spécialiste, ils n'orientaient jamais vers un spécialiste sans avoir vu le patient.

- Dr.1) “ Un spécialiste, c'est difficile d'orienter un spécialiste au téléphone sans avoir vu les gens. Ça je ne fais pas. Si quelqu'un me dit j'ai mal au ventre et que c'est quelque chose d'urgence je ne vais pas orienter vers le gastro-entérologue. Effectivement ce sera plus l'hôpital ou SOS-Médecins. Orienter vers un spécialiste sans avoir vu la personne non. Une épistaxis il faut a priori le voir d'abord dans le parcours de soins que l'orienter dans un deuxième temps avec un courrier pour un spécialiste”.

- Dr.4) “ Sinon c'est surtout vers des spécialistes, cardio, gastro-entérologues, dermato, chirurgien orthopédique beaucoup et O.R.L. pour des bilan de vertige qui durent un peu oui ”.

- Dr.6) “ Ah bah non. Eux (les spécialistes) c'est le contraire, c'est exceptionnel d'avoir la possibilité. Le cas se présente parfois pour la cardiologie ou je découvre par exemple une fibrillation auriculaire ou bien

La difficulté d'accès à cet avis spécialisé était ressentie par les participants comme une difficulté majeure. Arriver à avoir un rendez-vous à court terme et la difficulté ressentie de contacter le spécialiste par le biais de son secrétariat (horaires restreints ou secrétaire non joignable) étaient les motifs principaux cités freinant une orientation à court terme vers un spécialiste.

- Dr.8) “Non, ils ne prennent pas donc ça ne sert à rien. Les spécialistes ne prennent pas en urgence, ou rarement. Ils sont débordés autant que nous et ils veulent qu’il y ait un avis du médecin référent. Donc à part les urgences, il n’y a personne qui prenne vraiment les urgences. L’ORL prend quand il y a une épistaxis mais c’est tout (idem à rep. Hubert). Les ophtalmos peuvent entre 2 mais c’est compliqué. Les dermatos ils n’arrivent pas. Cardio non plus, en ville c’est rare qu’ils puissent prendre une urgence le jour même”.

- Dr.13) “Après s’il y a besoin d’une consultation spécialisée et bien on a eu nos correspondants spécialistes avec qui on travail et à qui on passe un coup de fil pour voir s’ils peuvent prendre les patients dans un délai raisonnable. Après ce qui est compliqué aujourd’hui c’est ce qu’on disait avant. C’est le secrétariat le problème, c’est que beaucoup de spécialistes ont un secrétariat en place mais à des horaires qui font que quand toi tu en a besoin le secrétariat n’est pas forcément ouvert”.

Un des participants travaillait dans une MSP avec accès direct à un cardiologue, cela lui permettait d'avoir un avis rapide et sur place pour une demande de SNP d'origine cardiologique. Elle soulignait les avantages de cette association pluri-spécialiste.

Un autre participant indiquait que connaître personnellement les cardiologues, ou bien qu'avoir un accès direct au cardiologue sans passer par le biais du secrétariat était un vrai bénéfice. Il insistait sur les difficultés qu'il éprouvait d'arriver à contacter les spécialistes du fait des horaires restreints des secrétariats et du défaut d'accessibilité téléphonique de celui-ci.

- Dr.3) "Nous avons dorénavant une cardiologue, mais je fonctionnais déjà avec mon frère cardiologue. Dorénavant nous avons une cardiologue Grecque vers qui j'oriente davantage et qui peut me dépanner le jour même" .

- Dr.13) "Après s'il y a besoin d'une consultation spécialisée et bien on a eu nos correspondants spécialistes avec qui on travail et à qui on passe un coup de fil pour voir s'ils peuvent prendre les patients dans un délai raisonnable. Après ce qui est compliqué aujourd'hui c'est ce qu'on disait avant. C'est le secrétariat le problème, c'est que beaucoup de spécialistes ont un secrétariat en place mais à des horaires qui font que quand toi tu en as besoin le secrétariat n'est pas forcément ouvert. Et donc tu n'as pas de moyen de contacter directement le spécialiste à moins d'avoir son numéro de téléphone privé".

- [Si nécessité d'avis pluridisciplinaires ou d'examens complémentaires à courte terme : les urgences](#)

Le défaut d'accessibilité aux avis spécialisés et aux examens complémentaires était un motif cité par les participants quant au choix d'adresser au SAU.

- Dr.13) Quant à une orientation vers les SAU par défaut d'avis spécialisé : " De base, tu pourrais éviter de passer par les urgences ou par un service hospitalier mais si en face tu ne peux pas avoir accès aux spécialistes pour le leur adresser et bien tu es quand même obligé de les envoyer quelque part et donc ils finissent aux urgences ".

- Quant questionné sur une orientation vers les SAU par difficulté d'accès à des examens radiographiques ou biologiques : "Tu as les problèmes d'imagerie car aujourd'hui, Ça peut avoir des difficultés pour les examens d'imagerie d'avoir des délais raisonnables par exemple pour une sigmoïdite les recommandations demande un scanner dans les 24 à 48 heures qui suivent mais réussir avoir un scanner dans les 24 à 48 heures qui suivent pour le patient c'est chaud patate. La pire consultation c'est les consultations du vendredi soir après 17 heures ou tu es presque seul au monde et qu'il n'y a plus personne. Et donc gérer par exemple la suspicion de pyélonéphrite du vendredi soir c'est la merde, parce

Certains participants déplorait même que pour les SNP cardiologiques il leur était impossible d'adresser vers un cardiologue dans la journée et que seules les urgences hospitalières ou des cliniques leur était possible dans leur secteur d'exercice. Une autre participante n'avait pas accès dans son secteur aux spécialistes à délai court, les spécialistes étant débordés. Elle disait ne pas avoir d'autre solution que les urgences à court terme.

- Dr.2) "Pour des soins primaires non programmés ? Les cardiologues ils ne prennent pas dans la journée des douleurs thoraciques non, non. C'est aux urgences hospitalières ou bien de la clinique au diaconat fonderie pour les urgences cardio".

- Dr.5) "Quand j'envoie directement dans l'immédiat alors ce sont vraiment les deux seules structures qui me sont accessibles. Avoir un avis spécialisé le jour même je n'ai pas ça dans mon secteur. Après parfois quand on a les gens en consultation chez nous et qu'on souhaite un avis téléphonique c'est possible, mais sinon dans l'urgence ça va être soit les urgences adultes soit les urgences pédiatriques et SOS mains".

- Dr.8) "Les spécialistes ne prennent pas en urgence, ou rarement. Ils sont débordés autant que nous et ils veulent qu'il y ait un avis du médecin référent. Donc à part les urgences, il n'y a personne qui prenne vraiment les urgences. L'ORL prend quand il y a une épistaxis mais c'est tout. Les ophtalmos peuvent entre 2 mais c'est compliqué. Les dermatos ils n'arrivent pas. Cardio non plus, en ville c'est rare qu'ils puissent prendre une urgence le jour même".

- [La traumatologie et les sutures, souvent adressé ailleurs :](#)

Les patients se présentant au cabinet pour des sutures, plaies ou traumatologie étaient régulièrement orientés vers des structures de secteur type S.O.S main, polyclinique de chirurgie et les SAU afin d'être soignés. Les raisons étaient principalement que ces types de soins étaient très chronophages et que les médecins dénonçaient le manque de pratique.

Pour un des participants, les sutures et plâtres étaient devenus des soins à effectuer aux urgences et non plus au cabinet médical. Un autre participant citait ne pas être légitime à effectuer des sutures au niveau des mains, se disant ne pas être assez spécialisé.

- Dr.2) "Après, pour les brûlures, les sutures moi j'aime bien faire tout ça pareil mais quand j'ai un patient tous les quarts d'heure avec l'assistante médicale qui les installe et qui fait la préconsultation ou la post-consultation et que ça s'enchaîne et que je sais que je vais passer 1h15 à suturer, même si j'aime bien faire, j'envoie quand même. Il y a la polyclinique Pfastatt qui est bien pour tout ce qui est traumatisme, tout ce qui est ongle incarné aussi, la prise en charge d'une anesthésie locale ils font ça très bien".

- Dr.4) "Par exemple la chirurgie ambulatoire à Colmar si j'ai eu un soin non programmé du sillon fessier en haut et que c'est un kyste pilonidal que je ne peux pas inciser, (...), et bien je téléphone à cette consultation polyclinique de chirurgie ou pareil avec la consultation de polyclinique O.R.L. ou j'adresse parfois, ils le voient assez rapidement".

- Dr.5) " Là où on est amenés à orienter assez rapidement les patients pour des soins non programmés c'est notamment quand il y a les plaies au niveau des doigts ou des mains. Même si on effectue des sutures bien sûr au cabinet médical mais dès lors qu'elle touche les doigts où les mains on a tendance à facilement orienter les gens vers SOS mains parce que moi et mes collègues on estime qu'on est moins légitime, qu'on n'est pas assez spécialisé. Ce sont des choses pour lesquelles on a besoin de temps, il faut s'assurer qu'il n'y ait pas de tendon lésé. Là c'est vrai qu'on ne prend pas forcément le temps de regarder ou d'explorer la plaie. On envoie directement les patients vers SOS mains ".

- Dr.6) " Je pense que les gens ont intégré que les sutures et les plâtres on ne faisait pas ça dans les cabinets. Alors qu'on pourrait, mais c'est compliqué pour moi ".

- Dr.7) " SOS main' systématiquement quand il y a des plaies de la main ".

- [SOS médecins et les urgences, les alternatives les plus fréquentes si impossibilité de réponse à une demande de SNP](#)

Les demandes de *SNP à domicile* sont souvent adressées à S.O.S médecins, voir au SAU si le médecin était en difficulté afin de se rendre au domicile du patient.

La gravité étant le facteur principal d'orientation vers les urgences plutôt que vers S.O.S médecin. Une plainte d'allure sévère était plus souvent orientée vers le SAU par le biais du 15 ou du 116/117 en fonction du secteur d'exercice du médecin.

- Dr.3) “ Les services d'accueil, quand il y a vraiment des gens qui m'appellent du domicile et que je vois que je n'ai pas le temps d'y aller et que ça peut être urgent, pour une suite alors je leur dis d'aller tout de suite aux urgences ”.
- Dr.7) “ Si j'ai quelqu'un qui est à domicile ou bien qui n'est pas dans mon secteur surtout que le domicile j'y vais très peu alors il peut m'arriver de faire appel à 'SOS-Médecins' ou à 'l'ASSUM' pour faire la visite ”.
- Dr.8) “ Le problème est quand tu n'as personne à proximité. Ils ont créé le 116/117, ce genre de chose mais malheureusement il y a des urgences quotidiennes ”.
- Dr.13) “On a recours aux urgences, au 15 pour des situations de personnes âgées à domicile pour des problèmes aigus où on sait que de toute façon on va adresser aux urgences et donc oui dans ces cas-là on leur dit d'appeler directement le 15. SOS-Médecins on n'y a parfois recours en EHPAD parce que clairement quand vous avez un planning de consultation pleine et bien se libérer pour aller à l'EHPAD le jour même dans un délai raisonnable ce n'est pas possible en fait”.

Les participants ont scindé la première année de pandémie en deux périodes distinctes, **une première** durant la période du premier confinement où ils adressaient plus spécifiquement vers les SAU en cas de SNP d'allure urgente. Durant cette période ils adressaient peu vers leurs confrères spécialistes qui pour beaucoup n'acceptaient plus de SNP du fait du risque de contagion du coronavirus.

A la suite du déconfinement et du mois d'avril 2020, **une deuxième période** d'orientation des patients était décrite et l'orientation des patients a de nouveau repris son cours comme en période pré-pandémique. Plusieurs participants citant que les urgences en médecine générale n'avaient pas changés et donc que leur orientation non plus. La seule exception citée était les patients présentant une infection à COVID-19 d'allure grave.

Réponses données quant à l'orientation des patients post-consultation pour SNP :

- Dr.1) “ Non, peut-être au début quand quelqu'un ne respirait pas bien et qu'il avait une mauvaise saturation, (...), c'était des critères assez objectifs, une saturation en dessous de 90 et bien on appelait le SAMU et elle partait. Mais maintenant non ”.
- Dr.2) “ Non, je ne crois pas orienter différemment depuis la pandémie”.
- Dr.3) “ Non, pareil. J'étais déjà très pluridisciplinaire avant. Je gardais rarement un problème que pour moi ”.
- Dr.5) “ Je ne saurais pas te répondre, je ne pense pas qu'il y a forcément de différence entre l'avant ou l'après”.
- Dr.6) “ Non, c'est pareil ”.
- Dr.7) “ Pas plus usage à eux depuis le début de la pandémie ”.
- Dr.13) “ Non, ni plus ni moins. Les urgences en médecine libérale n'ont pas tant changé non plus, on voit toujours les mêmes choses parfois à des degrés divers et tout doucement on revient de plus en plus vers la normale ”.
- Dr.14) “ Non, soit ce sont des cas si graves et là ce sont les urgences, soit si c'est d'autres diagnostics on fait comme avant, un avis cardio pour une ACFA on faisait déjà avant. (...). Effectivement si on devait orienter quelqu'un qui était positif à la COVID-19 là c'était les urgences quand il avait un problème respiratoire”.

Les médecins étaient interrogés si leur orientation en 2021 avait changé par rapport à la période pré-pandémique pour les patients qui consultaient pour un soin non programmé.

Aucun des médecins généralistes ne citait avoir modifié son orientation suite à une année de pandémie. Certains indiquaient que celle-ci avait initialement été modulée au cours des mois de mars, avril et mai 2020. Ils ressentaient dans l'ensemble que leur orientation post-consultation était devenue par la suite la même qu'avant l'arrivée de la COVID-19.

[Le souhait de ne pas surcharger les urgences des hôpitaux régulièrement cité :](#)

Les facteurs cités étaient le souhait de ne pas surcharger les urgences avec des cas ne nécessitant pas d'y être pris en charge.

- Dr.1) “Vu comme les urgences sont saturées on essaye quand même relativement de les épargner et d'éviter de transférer pour n'importe quoi”.
- Dr.12) “J'essaie de faire ça au maximum. Car je sais que ce sera mieux fait qu'aux urgences où ils sont débordés, (...), A Mulhouse aussi ils sont débordés, ils manquent de médecin c'est aussi le bordel je comprends, mais j'essaie de faire au mieux en ambulatoire”.

Des temps d'attente considérés comme trop longs au SAU et une absence de place d'hospitalisation étant des freins supplémentaires :

Par ailleurs, ils citaient aussi que les patients étaient souvent réticents à l'idée d'attendre longtemps aux urgences. L'absence de place à l'hôpital et ce temps d'attente prolongé sur un brancard était aussi citée comme une raison de prendre en charge les patients en ambulatoire. La crainte d'attraper le COVID était aussi un motif cité par leurs patients.

- Dr.1) “Et d’ailleurs les gens en plus ne veulent pas y aller. On aimerait bien parfois les envoyer là-bas et ils nous disent non je n’ai pas envie d’y aller, je n’ai pas envie d’attraper le COVID. Mais je pense que là à l’heure actuelle c’est de nouveau compliqué. J’ai hospitalisé une patiente mardi soir parce que j’ai eu ses résultats biologiques en fin de journée. Une dame que j’avais vue en fin de visite en matinée à qui j’avais demandé une biologie et quand je l’ai eu en fin de journée elle avait une pro BNP à 12 000 et un D-dimère à 5000, une CRP à 174 et quand j’ai essayé de l’hospitaliser pour moi c’était des critères et quand j’ai appelé le régulateur du SAMU du fait qu’il était 20h30 et que je n’avais pas le choix il m’a dit vous êtes sûre que vous ne pouvez pas gérer à la maison parce que vraiment je n’ai plus de place. C’est l’enfer, je ne saurais pas où vous la mettre, elle va être sur un brancard. Donc je pense que c’est un peu chaud au niveau des urgences donc si je peux ne pas le faire j’essaie de ne pas le faire”.

- Dr.12) “Non, non car pendant le COVID quand tu voulais orienter des patients graves on se faisait régulièrement refuser. Les patients étant jugés insuffisamment graves pour être hospitalisés. (...). Mais non je n'ai pas plus recours à l'hôpital, justement j'évite au maximum d'envoyer les patients aux urgences habituellement”.

Une orientation vers les spécialistes semblable à la période pré-pandémique :

L'orientation vers les spécialistes n'avait-elle pas non plus changé depuis la pandémie, les participants adressant leurs patients vers des confrères spécialistes en fonction de la disponibilité de celui-ci afin d'aider dans une prise en charge d'un SNP.

IV. ANALYSE ET DISCUSSION

A) Discussion de la Méthode :

1. Forces de l'étude

L'objectif de ce travail était d'analyser les pratiques des médecins généralistes afin de répondre à la demande des SNP en ambulatoire suite à une année de pandémie à COVID-19. Aucune étude antérieure n'a été retrouvée lors de la bibliographie suite à l'arrivée du variant « Sars-Cov-2 » du coronavirus. Des études antérieures pré-2020 avaient eu lieu mais avec une méthodologie différente.

L'une des forces de ce travail réside donc dans son originalité.

Le manque de données antérieures nous a donc incité à effectuer une recherche qualitative, celle-ci s'avérant plus adapté dans un premier temps. Le choix des entretiens individuel semble plus adéquat du fait de la variabilité interprofessionnelle des pratiques entre les participants, un échange avec un seul participant étant plus prospère à une réponse personnelle afin de minimiser le biais de jugement. Les caractéristiques sociodémographiques

des médecins étaient hétérogènes, ce qui avait pour objectif de tendre à une représentativité qualitative de la population concernée. Le questionnaire d'entretien étant standardisé et la méthode de récolte des données ayant été semblable pour chaque entretien a permis d'accroître la validité interne de l'étude.

L'ensemble des médecins inclus rencontraient des demandes de soin non-programmé au quotidien et exerçaient en cabinet avant la pandémie. Ceci leur permettait de posséder une expérience pratique sur le thème de l'étude. Le fait que les participants n'aient pas eu connaissance des questions en amont de l'entretien a préservé la spontanéité de leurs réponses et permis d'éviter l'écueil de déclarations conformistes.

L'échantillonnage a été raisonné de façon à faire varier le profil des médecins généralistes interrogés.

L'effectif de médecins généralistes était relativement intéressant puisque 14 médecins ont été inclus dans cette étude. L'obtention de la saturation des données renforce la validité intrinsèque de l'étude.

2. Limites de l'étude

Plusieurs limites de l'étude doivent être formulées afin de pondérer l'interprétation des résultats.

Certaines limites sont liées à la méthodologie adoptée. Les médecins contactés et volontaires ayant pour la majorité un lien direct avec la formation des internes et donc un lien à minima indirect avec l'enquêteur qui était lui-même interne (MSU, médecins faisant partie du DMG, tuteurs universitaires). Au total dix des quatorze participants faisaient partie de cette catégorie, il s'agit donc d'un biais de sélection. Les médecins généralistes interrogés étant donc plus probablement sujets à répondre à une demande d'entretien. Ils ont aussi plus tendance à accueillir des internes pouvant être une aide supplémentaire à une gestion de SNP inopinés. Leurs pratiques varieraient possiblement de celle des médecins non habilités à former des internes.

Cette étude n'a pas bénéficié d'une triangulation des résultats, diminuant donc la validité des résultats.

La population inclus dans l'étude variait par rapport à la population cible. Par genre (50% de médecins hommes dans notre étude, vs 66% à l'échelle de l'Alsace), par distribution géographique (57 % de médecins installés dans le Bas-Rhin et 43 % dans le Haut-Rhin dans notre étude, vs respectivement 65 et 35 % relevés en Alsace), la moyenne d'âge étant plus jeune à celle de la population cible (44.5 ans, vs 51 ans) le nombre de médecins exerçants seuls y est sous-représenté (21.4%, vs 50%)(36).

Un biais d'information peut être rapporté chez les deux derniers participants interrogés, les pratiques des participants précédents leurs ayant été décrits, cela a pu influencer leurs réponses.

Enfin, il peut exister un biais d'interprétation dans cette étude qualitative. L'absence de double aveugle diminuant la validité intrinsèque de l'étude.

B) Discussion des résultats :

Les entretiens menés dans le cadre de cette étude ont fait apparaître un certain nombre de points de vue, certains consensuels, d'autres plus controversés, mais toujours empreints du vécu individuel de leurs auteurs. Des points de vue qui ont été forgés au travers de leur quotidien et de leur vécu sur leur gestion des SNP depuis le début de la pandémie à COVID-19.

Nous reprenons ici les thèmes principaux qui nous ont semblé essentiels et tenterons, à l'aide de nos relectures, de laisser transparaître les thématiques principales.

1. Un contexte pré-pandémique sous-tension

Les soins non programmés sont régis autour de 3 axes principaux. Les demandeurs de soins non-programmés (les patients), les pourvoyeurs des dits soins (les médecins) et le système de soins adjacent permettant d’octroyer des résultats biologiques/examens complémentaires/avis spécialisés à travers des structures publiques et privées régis par le gouvernement. Notre discussion va chercher à axer sur les problématiques principales, ainsi que sur les solutions employées par les participants de l’étude afin de répondre à cette demande sociétale.

A- Une hausse constante de la population et de l’âge médian des français

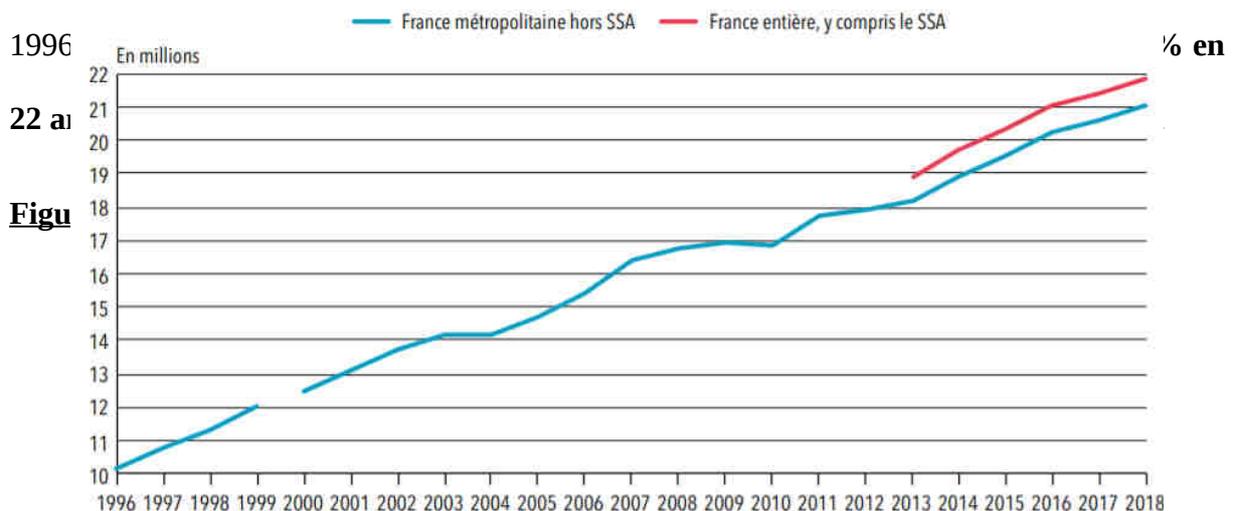
Le patient est le principal usager du système de soins, de lui émane directement ou indirectement les demandes de soins non-programmés en cas de nécessité d’avis médical à court terme. A travers les entretiens, les participants ont cerné une nette diminution de la demande de SNP au cours du second trimestre de 2020. Celle-ci ayant un an plus tard atteint des taux semblables à la période pré-pandémique.

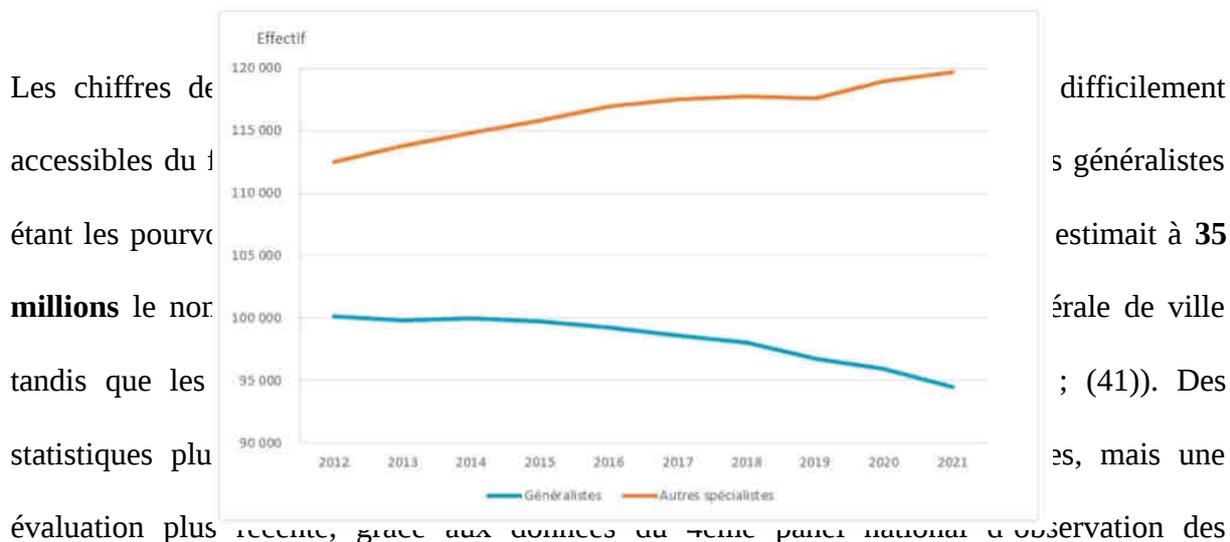
La **population française** a augmenté de 60 508 150 personnes en 2000 à 67 407 241 personnes en 2021(Source : INSEE ; (37,38)) . Soit une augmentation de + **11.4%**.

L’âge moyen des français a lui aussi progressé de **38.6 ans** à **42.1 ans**, tout sexe confondus (39).

B- Une demande de SNP en hausse, tandis que les effectifs médicaux diminuent

Le patient a comme principales possibilités pour les SNP de s’orienter vers un médecin (médecin traitant de préférence ; S.O.S médecin) ou des structures de SNP (Cliniques ; SAU ; centres de SNP). Les chiffres de passages aux SAU en France s’élevaient à 10.1 millions en





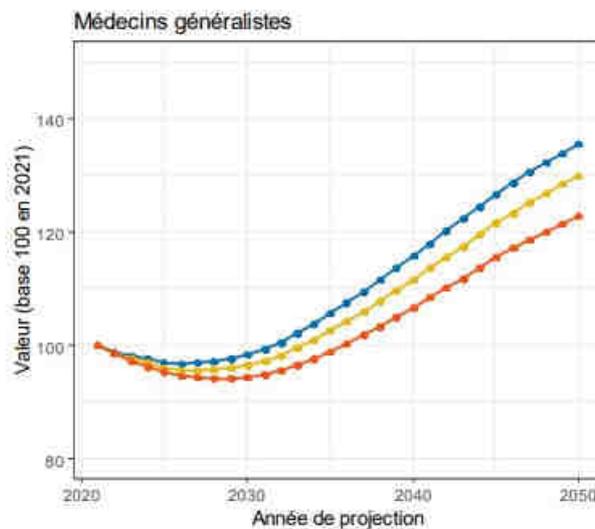
recense, grâce aux données du Service national d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, auprès de 3076 médecins généralistes libéraux, montrait que les demandes de SNP représentaient plus de 30 % de l'activité d'une semaine ordinaire pour 4 médecins généralistes sur 10.

Le **nombre de médecins généralistes actifs en France** continue de décroître ces dernières années, le nombre de médecins actifs était de **101 896** en 2012 alors qu'il chute à **94 500** médecins généralistes en activité en 2021 (42).

Figure 4 : Effectif des médecins en activité par spécialité, de 2012 à 2021 (DRESS ;(42))

Selon l'INSEE, la densité médicale devrait diminuer jusqu'en 2026 (-5% par rapport à 2021) avant d'atteindre des chiffres semblables puis plus élevés à partir de 2032(43). Cette augmentation de la densité médicale étant due à une augmentation du numerus clausus à compter de l'année 1998(20).

Figure 5 : Effectif et densité médicale en France (MG/100 000 habitants par année ; DRESS⁽⁴²⁾)



Ces baisses d'effectifs de médecins généralistes et urgentistes sont une grande contrainte face à la demande grandissante des SNP des dernières vingt années. Par ailleurs de multiples autres facteurs rentrent en compte dans les contraintes telles que les zones de désertification médicale ou l'offre des soins est amoindrie, l'âge grandissant de la population, l'augmentation des patients polypathologiques et un amoindrissement du nombre d'heures travaillées par semaine par les médecins généralistes⁽¹⁷⁾.

2. Quels changements à partir de mars 2020 pour les SNP :

A- Une demande modulée depuis un an, pourquoi et pour combien de temps ?

Les entretiens ont permis de mettre en évidence une modification quant à la demande de SNP ayant été perturbée en 2020, celle-ci allant vers une normalisation quant au nombre

de demandes lors du déroulement de cette étude (1^{er} semestre de 2021). Les chiffres de consultations de médecine générale n'étant pas disponibles, nous avons décidé d'analyser les remboursements de médecine générale sur l'année 2020 qui miment les résultats explicités précédemment dans l'étude. Les remboursements de frais de consultations pour le régime général baissant de 220 Millions d'euros et de 6.1% par rapport à l'année 2019⁽⁴⁴⁾.

Pour les médecins interrogés, cette baisse était due à plusieurs facteurs : une crainte d'attraper le coronavirus mais aussi une efficacité des autorités sanitaires territoriales quant à une meilleure communication sur les motifs nécessitant ou non de consulter un médecin. Les mesures barrières ont quant à elles permis de diminuer le nombre de consultations pour des pathologies saisonnières telles que les gastro-entérites virales, bronchiolites, rhinopharyngites, gripes, etc. ^(32-34,45-47) Ces virus ayant une période d'incubation courte, aidant donc à cesser les chaînes de contamination.

L'année 2020 était la première année depuis plus de vingt ans où le nombre de consultations pour SNP n'avait pas augmenté. La quasi-normalisation en novembre et décembre 2020 laisse paraître que cette tendance n'était que transitoire et que la demande devrait se normaliser voire augmenter courant 2021/2022⁽⁴⁴⁾.

La normalisation des chiffres est-elle due à une augmentation des SNP d'origine psychique ou bien à une augmentation globale pour d'autres motifs ? Une étude de la DRESS publiée en mars 2021 faisait le constat d'une augmentation franche pour des motifs de santé mentale à partir du 1^{er} confinement de mars 2020, ce ressenti s'étant accentué au fur et à mesure de l'année 2020⁽⁴⁸⁾.

Des statistiques numériques n'étant pas disponibles afin de quantifier cette diminution de demande de SNP. Elles seraient d'une grande utilité afin de réévaluer objectivement le ressenti des participants.

B- L'éducation des patients, une nécessité pour les rendez-vous :

L'éducation des patientèles semble être pour plusieurs participants une des clés afin de mieux organiser et prendre en charge les SNP. Plusieurs des participants ayant mis en place une organisation sur rendez-vous indiquaient que le temps d'éducation des patients était indispensable. Les médecins fonctionnant auparavant sur un système de rendez-vous n'avaient dans l'ensemble pas modifiés leur mode de fonctionnement. Par contre, les médecins qui n'avaient pas d'organisation sur rendez-vous avaient **tous** fait le choix **d'introduire des rendez-vous** pour une partie ou l'intégralité de leurs consultations.

Certaines spécificités avaient pu être notées quant à la gestion des patients présentant des symptômes de viroses, ceux-ci étaient maintenant installés dans des chaises spécifiques de la salle d'attente ou bien vus en fin de demi-journée/journée.

Certaines contraintes avaient été mises en évidence au cours des entretiens, la barrière de la langue complexifiait la bonne mise en pratique des modifications introduites depuis la pandémie. La précarité rendait l'instauration et la prise de rendez-vous difficile pour les patients n'ayant pas accès à internet ou de ligne téléphonique. Les personnes âgées avaient pour certaines des difficultés avec la prise de rendez-vous en ligne ?

L'instauration des rendez-vous avait permis pour les médecins de mieux cibler le motif de consultation, les demandes de soins non-programmés surnuméraires nécessitant souvent l'accord du médecin afin d'être rajoutées. Ce gain d'organisation avait selon un des participants le bénéfice de lisser les demandes sur l'entièreté de la journée.

Une information des patients semblait essentielle quant aux gestions propres des SNP dans chaque structure de soins primaire. Un temps d'adaptation est par ailleurs indispensable, celui-ci étant plus long pour les patients âgés et/ou non-francophones.

C- Des pratiques novatrices pour certains et habituelles pour d'autres :

La gestion des SNP a changé pour plusieurs participants suite à cette première année de pandémie. Pour certains, elle est restée semblable.

- Pratiques semblables :

Les participants pour lesquels la gestion des soins non-programmés n'avait pas changé avaient des caractéristiques semblables sur plusieurs aspects de leur mode d'exercice. Il s'agissait de médecins exerçant en **cabinets groupés** ou bien en MSP, ces médecins employaient déjà avant la pandémie un fonctionnement hebdomadaire mixte composé de **rendez-vous (au cabinet) et de visites à domicile**. Ces médecins avaient déjà introduit une possibilité de **rajout de SNP** entre des rendez-vous ou bien en fin de demi-journée. Le fait d'exercer en structures de groupe permettait de répondre aux demandes de SNP se présentant au cabinet et d'adresser une demande urgente de SNP à domicile à un médecin du même cabinet effectuant des visites cette demi-journée-là. Plus le nombre de médecins exerçant dans la structure était élevé plus les possibilités de prise en charge de la demande étaient élevées. Cette organisation de groupes permettait selon eux de palier à l'absence éventuelle d'un médecin de la structure tout en apportant une réponse aux demandes de soins et de SNP quotidiennes.

Les mêmes thématiques avaient été citées dans le **dossier de presse d'Agnès BUZYN** présenté en octobre 2017, les modes d'exercice coordonnés favorisent les échanges de paires, facilitent l'accès au dossier médical au moment où cela s'avèrerait nécessaire tout en

garantissant une réponse aux demandes de soins non programmées aux heures d'ouverture des cabinets (13).

- Pratiques modifiées :

Les médecins ayant cité des modifications dans leur gestion des SNP et dans leur organisation afin de répondre à la demande avaient des pratiques très hétérogènes, ces pratiques semblent s'être homogénéisées suite à une année de pandémie.

Aucun des 3 participants qui fonctionnait sur un système de consultations libres uniquement **n'a gardé cette organisation.** Deux d'entre eux étaient passés uniquement sur rendez-vous avec possibilité de rajout et le troisième était majoritairement en consultations libres avec des plages de rendez-vous. Ils indiquaient que cela avait amélioré leur organisation, augmenté leur qualité de vie au travail et permis de mieux dissocier les demandes de soins non programmés des demandes de soins programmés. Cette organisation leur permettait souvent de connaître le motif de consultation plus fréquemment qu'avant et donc de prioriser certaines demandes d'allure plus urgente. Malgré tout, aucun des trois participants ne se sentait plus apte à répondre à la demande des soins non programmés. Ils indiquaient que cela dépendait majoritairement de la quantité de demandes quotidiennes. La particularité de ces 3 participants est qu'ils exerçaient seuls. Deux d'entre eux disaient répondre à la totalité des demandes de SNP de la journée, le 3^{ème} lui ne prenait aucune demande de SNP supplémentaire s'il n'avait pas de place de rendez-vous de libre.

D- La télémédecine et les applications de communication interprofessionnelles, une efficacité partielle :

- Sur le plan de la législation :

La restructuration du système de santé est une des thématiques principales des dernières années dont un des objectifs est d'améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

Il s'agissait d'une des 4 thématiques principales de ma loi HPST du 21 juillet 2009(49),

cette même thématique était aussi abordée dans le plan “Renforcer l’accès territorial aux soins” d’Agnès BUZYN datant du 13 octobre 2017⁽¹³⁾.

Le plan “Renforcer l’accès territorial aux soins” avait 4 priorités citées afin de garantir dans le territoire français un accès à des soins de qualité.

- 1) Renforcer l’offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue.
- 2) Mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances.
- 3) Favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue.
- 4) Une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover.

- Sur le plan pratique :

Il semble que la pandémie ait été un tremplin pour plusieurs des participants, ils étaient nombreux à souhaiter modifier leurs pratiques ces dernières années mais ne l’avaient pas fait. Certains craignaient un refus de la part de leur patientèle et n’avaient pas entrepris de modifications dans leur pratique malgré ce souhait de changement et des projets de lois les y incitant.

Plusieurs des participants ont instauré des changements au cours du premier confinement, dont plusieurs coïncidaient avec ce plan.

- *Mettre en œuvre la révolution numérique en santé* a été une des réussites de cette période. Plusieurs des participants ayant mis en place **la téléconsultation** dans leur pratique quotidienne, près d’un tiers d’entre eux allaient y recourir par la suite. D’autres participants ont aussi saisi cette période afin de mettre en place des applications de télécommunication et d’échange avec les paramédicaux de leur secteur.
- *Favoriser une meilleure organisation des professions de santé afin d’assurer une présence soignante pérenne et continue* : les médecins travaillant en cabinets de groupe ou en association ont une meilleure aptitude à répondre aux demandes de SNP au cabinet et à domicile. Le fait de favoriser les **échanges interdisciplinaires par le biais de plateformes numériques** (ex : Lifem, TeamDoc, MonkeyDoc, etc.)

a permis d'améliorer la surveillance des patients, de faciliter les demandes

d'examens complémentaires et d'avis médicaux spécialisés.

- *Faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover :*
La plupart des participants ont changé d'organisation au cours de l'année 2020, ils tentaient de s'aligner aux recommandations gouvernementales tout en introduisant des modes de fonctionnement qui leurs étaient propres. Suite aux modifications entreprises afin de mieux gérer la demande de soins et de soins non programmés, aucun participant n'a souhaité revenir à leur mode de gestion antérieur des demandes de SNP. Ceux-ci se disant plus satisfaits, moins stressés et avoir une pratique plus homogène qu'avant.

L'année 2020 a permis l'instauration de la téléconsultation et/ou de plateformes de communication interdisciplinaires qui semble avoir été avantageux dans la gestion des SNP. Elles ont permis de favoriser la surveillance de patients fragiles, d'améliorer l'accès aux soins (EHPAD ; patients grabataires ; patients vivants dans des déserts médicaux) et d'éviter les prises de risque infectieuse pour les patients à risque de COVID sévères. Les inconvénients des téléconsultations sont multiples, les demandes de SNP d'allure sévère sont difficilement gérables par ce biais du fait de la nécessité de constantes et d'un examen clinique étendu. Les motifs de consultation sont parfois abusifs du fait de la simplicité des démarches pour les patients afin d'avoir un rendez-vous médical. La relation médecin malade peut-elle aussi s'appauvrir du fait de la distanciation physique⁽⁵⁰⁾.

E- L'importance des internes et des médecins adjoints soulignés :

Les participants accueillait pour certains des **internes** dans leurs cabinets (12 des 14 participants), certains d'entre eux étaient d'ailleurs MSU de la faculté de médecine de Strasbourg (8 des 14 participants) et travaillaient quotidiennement avec des internes. Deux des participants avaient entrepris au cours de l'année de la pandémie les démarches administratives afin de pouvoir former un interne de médecine générale dans leur cabinet. Ce

souhait était pour eux de pouvoir former un médecin, tout en se maintenant à jour sur les dernières recommandations. La gestion des SNP ou l'espoir de pouvoir effectuer plus de consultations n'ayant pas été cité.

Les bénéfices communs énumérés étaient l'aptitude à mieux répondre à d'éventuelles demandes simultanées de SNP. Malgré le manque d'expérience parfois cité, les internes étaient vus comme une aide afin de pouvoir répondre à une demande prolongée de SNP et de gérer certains gestes chronophages (sutures, bandages, soins de plaies, ECG) inattendus sans avoir à moduler l'organisation des consultations de la journée. Cela ayant comme effet de diminuer le stress, de répondre plus vite et mieux à d'éventuelles urgences. Du point de vue des patients, les internes étaient vus comme qualifiés, certains internes étant très compétents en urgence ayant eu une formation récente de 6 mois en service d'urgence au cours de leur internat.

En février 2017, une réforme a été introduite par le CNGE afin de remodeler la maquette des internes de spécialité de Médecine Générale. L'un des objectifs de cette réforme était d'améliorer la formation en soins primaires des internes de cette spécialité, mais aussi de mieux répondre à la demande de soins ambulatoire⁽⁵¹⁾. Cette réforme appuyait celle du plan de renforcement d'accès territorial aux soins du 13 octobre 2017 dont une des thématiques était de favoriser les stages ambulatoires des professionnels de santé en formation⁽¹³⁾. Un des bénéfices pouvant être soulevé par une augmentation des effectifs médicaux ambulatoire est l'aspect économique, les soins et SNP pris en charge en ambulatoire ayant un coût moindre qu'en hospitalier. Une augmentation des effectifs ambulatoires permet aussi de répondre à une plus grande demande de soins.

Un médecin d'une MSP du Haut-Rhin explicitait que depuis l'arrivée de leur **médecin adjoint** leur aptitude à prendre en charge les SNP était meilleure. Ce médecin ayant comme principale fonction d'effectuer des consultations de soins non-programmés dans leur structure.

Celui-ci exerçait déjà dans cette structure avant la pandémie, aucun autre participant n'a envisagé la possibilité d'embaucher un médecin adjoint afin de prendre en charge les SNP.

F- Vers une structuration des cabinets de médecine générale ?

Avec la pandémie à COVID-19 et à partir de mars 2020, les médecins exerçants en cabinets de groupe ou en MSP ont ressenti un réel avantage à l'exercice de la médecine générale en groupe. L'incertitude des premiers mois quant à la gravité du virus Sars-COV-2, à son mode de transmissibilité et les arrêts de travail de certains médecins liés au virus ont été une période où l'exercice de la médecine groupée a diminué la perte de suivi médical, les dossiers médicaux étant partagés dans les structures de soins et les patients s'orientant parfois vers d'autres médecins de la structure ont permis d'amoindrir la perte de contact médical. Plusieurs des participants ont cité qu'en cas d'absence d'un des médecins de la structure, une demande de soins non programmés était presque systématiquement prise en charge par un des confrères de la structure. Cela ayant comme bénéfice que les patients se dirigent moins vers les services d'urgence, si le patient a une nécessité d'avis spécialisé post consultation pour un SNP il y aura moins de perte d'informations du fait des dossiers médicaux communs à la structure. Le médecin traitant aura par la suite notion de la consultation, permettant d'ajuster certaines prises en charge du fait de sa connaissance approfondie du dossier du patient.

Les médecins travaillant dans des structures munies de médecins spécialistes avaient accès à des avis spécialisés et à des examens complémentaires à court délai. Si le cabinet avait des infirmières sur place alors des examens biologiques (prises de sang, PCR, BU/ECBU, etc.) étaient souvent plus vite disponibles, améliorant donc la vitesse et la qualité de la prise en charge tout en amoindrissant le risque de perte de chance. Pour 2 participants, la première année de pandémie a été une année où les IDE du cabinet ont décuplé leur nombre d'actes (PCR, bio, ECG, Peek-Flow) du fait de l'augmentation de la prescription de ceux-ci. Le

bénéfice d'avoir une IDE sur place était que ces examens pouvaient être effectués sur place, en post-consultation et d'ajuster la prise en charge à court terme. Certains patients pouvant les procrastiner et mener à une perte de chance médicale et à une absence de résultats tangibles pour le médecin.

Le développement des MSP, centres de santé et de modes d'exercices coordonnés permet d'améliorer la prise en charge des SNP tout en **augmentant la qualité de vie des médecins**.

Le travail en équipe et l'exercice pluri-professionnel permettent aux professionnels de santé d'échanger avec ses pairs, de continuer à se former et de progresser professionnellement. Cela permet aussi de libérer du temps médical en dotant les professionnels de santé de moyens d'appui administratif et d'outils informatiques. Pour le patient, être suivi par des professionnels travaillant en équipe facilite son accès aux soins au moment où cela s'avère nécessaire. Cela lui permet de bénéficier d'une coordination des soins qui allie qualité et sécurité(13).

Ces bénéfices permettent d'optimiser le temps médical avec les patients, d'amoindrir la perte d'informations et de favoriser le suivi chronique tout en répondant efficacement aux demandes de soins aigües non programmés.

G- Une intensification des règles d'hygiène depuis la pandémie, quel impact sur les SNP ?

Les participants comme tous les médecins français ont eu la nécessité d'instaurer des règles d'hygiène plus stricte qu'en période pré-pandémique. Ceci était fait à travers : l'instauration de créneaux horaires de consultations plus strictes, la diminution du nombre de chaises et la mise en place d'éventuelles séparations en salle d'attente, la mise à disposition de SHA en salle d'attente, le port du masque pour tous en cabinet, le retrait de jouets et revues en salle

d'attente, l'utilisation plus systématique des blouses et des gants et la désinfection des salles de consultation et des salles d'attente ont eu des effets notables sur les SNP selon notre étude. Ces pratiques concordantes avec les consignes d'hygiène proposées par le ministère des solidarités et de la santé le 20 mars 2020⁽⁵²⁾.

Certains participants faisaient patienter les patients suspects de COVID-19 dans des espaces isolés (salle d'attente à part, attente hors de la structure) et leur réservaient des créneaux spécifiques.

Cette intensification hygiénique en sus de son **obligation déontologique** (Article 71 du code de déontologie médicale) et **réglementaire** (articles R.44-1 et R.44-2 du code de la santé publique) semble avoir ⁽⁵³⁾:

- Diminué le délai d'attente en salle d'attente des patients. Réduit le temps de consultation de certains médecins, permettant donc de voir plus de patients et donc de prendre en charge plus de SNP.
- Permis la connaissance du motif de consultation préalablement pour le médecin, permettant dans certains cas d'intercaler celle-ci plus précocement si nécessaire (patient pluri-morbide, à état de santé instable, motif de consultation d'allure urgente).
- Diminué le risque de transmission de viroses, COVID-19 inclus dans les structures de soins primaires. Evitant donc les contagions en espace clos et à incidence de maladie plus élevée. Ceci ayant un rôle double, les patients tombants moins souvent malades et les médecins exerçant contractant aussi moins souvent ces mêmes viroses. Diminuant donc d'éventuels arrêts de travail pour les médecins, tout en diminuant le nombre de viroses en circulation dans la société⁽⁵⁴⁾.

3. Quelles solutions envisager par la suite afin d'améliorer la prise en charge des SNP en médecine générale ?

La majorité des thèmes ayant été abordés ultérieurement, l'aspect post-pandémique ciblera les solutions déjà abordés ultérieurement de façon plus concrète et conclusive.

A- Favoriser la mise en place de structures de soins pluridisciplinaires :

➤ Avantages des MSP et structures médicales groupées dans la gestion des SNP :

Notre étude a mis en évidence à travers les résultats une meilleure gestion des SNP par les médecins exerçants en structure de groupe. Les **délais d'attente y étant raccourcis, l'accès aux soins étant meilleur** avec une meilleure continuité des soins et la permanence des soins au cabinet et en dehors concomitante. L'accès éventuel à un **avis spécialisé sur place** si la structure en est pourvue. Tout ceci dans une optique de meilleure coordination des soins et diminution de pertes de suivi, essentiel dans la gestion des SNP.

- **Les bénéfices étant :** une couverture géographique élargie ; une permanence des soins facilitée avec une amplitude horaire plus importante ; des logiciels médicaux permettant le partage de données ; le partage des tâches administratives ; les possibilités de réunion interprofessionnelle afin d'aviser sur certains cas ; l'élargissement de l'offre de soins et une meilleure gestion des SNP du fait d'une coopération interprofessionnelle accrue^(55,56).

➤ Inconvénients de l'exercice en MSP et en structures groupées dans la gestion des SNP :

Malgré tout, la construction de cabinets groupés et de maisons de santé pluridisciplinaires a aussi des inconvénients qui méritent d'être cités.

- **Les inconvénients étant :** des distances d'accès aux soins plus importantes pouvant être pénalisantes pour les SNP d'allure urgentes ; des distances à parcourir plus importantes en cas de visites à domicile ^(55,56).

B- Maintenir une mixité de la formation et des pratiques des médecins généralistes actuels et futurs :

Le diplôme de médecine générale offre la possibilité d'exercice libéral et hospitalier, de ce fait un même médecin a la possibilité de participer à l'offre de soin dans plusieurs secteurs, ainsi il aiderait à pallier les déficits tant ambulatoires qu'hospitaliers. Cet exercice double offre la possibilité d'acquérir des compétences pouvant être bénéfiques pour la gestion des demandes de SNP en soins primaires tout en élargissant le réseau des confrères avec lequel il travaille. Il aurait alors un accès plus direct à d'éventuels avis spécialisés intra-hospitaliers, tout en apportant une meilleure compréhension du système de soin de son secteur afin d'optimiser ses prises en charges médicales dans le cadre des SNP.

L'exercice en médecine hospitalière permet de rester à jour dans de nombreux domaines et permet d'effectuer certains gestes pratiques utiles dans la gestion des SNP ambulatoires (pose de perfusion, analyse de l'ECG, sutures et pose de bandages).

Les mêmes bénéfices peuvent-être cités de l'internat de médecine générale avec une mixité des stages ambulatoires et hospitaliers. La coopération globale des deux versants des SNP, tant hospitalière qu'ambulatoire semble une nécessité afin de mieux prendre en charge la demande globale des soins.

La mixité d'exercice des médecins généralistes favoriserait ainsi la coopération entre la médecine ambulatoire et hospitalière. Ceci étant d'une importance catégorique afin de mieux répondre à la demande de santé globale, les SNP sévères et plus urgents pouvant ainsi être pris en charge aux SAU tandis que les SNP pouvant être palliés en médecine de premier recours y seraient plus facilement adressés.

C- Favoriser la révolution numérique afin d'abolir les distances :

Il semble que la télémédecine ait permis de maintenir un suivi chez de nombreuses personnes et parfois même de réintroduire un suivi ou d'offrir une réponse à des demandes de SNP auparavant impossibles. L'aspect vidéographique intégré à cette méthode permettant d'objectiver certaines situations à travers l'inspection médicale qu'elle permet. Ce bénéfice permettant de mieux prendre en charge les situations nécessitant d'un avis médical à court terme et de repousser celles pouvant être décalées.

Les bénéfices des plateformes d'échanges interprofessionnels ont été explicités par l'Agence française de la santé numérique afin de mieux prendre en charge les patients. Ces bénéfices s'étendent bien entendu aux soins non-programmés, afin d'instaurer des prises en charge spécialisées à court terme. L'instauration de ces plateformes permettrait des échanges interdisciplinaires qui faciliteraient le diagnostic et le suivi de décompensations, douleurs, infections ou autres situations relevant des SNP (57,58).

Les dossiers médicaux partagés au sein des structures et accessibles à distance permettent une prise en charge plus efficace des SNP avec un accès direct aux antécédents, traitements et résultats récents des patients (57,58). Cela améliorerait les prises en charges des SNP du fait de l'accès aux données facilité.

D- Former des secrétaires à la régulation médicale des SNP :

Les secrétaires n'ayant pas de **formation médicale** elles ne sont pas habilitées à reconnaître efficacement, ni à prendre en charge les SNP au cabinet. Leur déléguer des actes médicaux ou des examens complémentaires (BU ; ECG ; ...) est illégal et impossible, mais avec une formation diplômante ne serait-il pas envisageable

d'améliorer leur aptitude à reconnaître les situations nécessitant un avis médical dans la journée ? Une telle formation est déjà proposée pour les assistantes de régulation médicale du SAMU-Centre 15⁽⁵⁹⁾, une formation semblable semblerait utile dans les structures de taille conséquente afin d'optimiser la gestion des demandes de SNP. Ainsi, l'on pourrait s'attendre à des bénéfices de gain de temps, à une diminution du stress ressenti par les secrétaires et retransmis aux médecins, ainsi qu'à une meilleure gestion des SNP.

E- Favoriser l'éducation de la population française à travers des plateformes informatives :

L'année 2020 à travers la pandémie à COVID-19 a permis de mettre en évidence l'adaptation rapide de la population à des modifications drastiques tant sur les normes hygiéniques et sanitaires que sociétales. Le confinement, les gestes barrières et l'application des multiples mesures incitées par les autorités sanitaires ont pour la majeure partie de la population été respectés. Ceci nous réconfortant dans l'aptitude des français à intégrer de nouvelles démarches, ceci renforçant l'idée de **l'importance qu'à l'éducation thérapeutique**⁽⁶⁰⁾.

L'éducation thérapeutique est un des aspects clé de la médecine. Malheureusement les professionnels de santé ont rarement le temps nécessaire pour être exhaustifs.

Le manque d'information, ressenti comme anxiogène, peut multiplier le nombre de consultations pour un même motif. Ceci pouvant être chronophage, coûteux et stressant tant pour le patient que pour le médecin.

Ainsi, la mise en place de plateformes informatives par des autorités sanitaires gouvernementales semblerait être une piste à développer. Le site de Santé Publique France offre déjà des informations pour le grand public sur certaines pathologies fréquentes et pourvoyeuses de demandes de SNP en cabinet et aux SAU⁽⁶¹⁾. Favoriser une information de qualité sur les moteurs de recherche et évincer les sites d'informations frauduleuses

permettrait à la fois d'apporter des réponses de qualité à des patients qui dans certains cas ne consulteraient pas pour des motifs ne nécessitant pas de consulter et à la fois d'inciter les patients nécessitant d'un avis à s'orienter vers un professionnel de santé.

Le site internet <https://www.sante.fr/> en est un bon exemple⁽⁶²⁾.

Informé les médecins de l'existence des sites de recherche adaptés à conseiller à leur patientèle serait aussi essentiel.

“L'éducation est l'arme la plus puissante qu'on puisse utiliser pour changer le monde.” ;
Nelson Mandela

IV. CONCLUSION

L'apparition du virus Sars-Cov-2 a suscité une période d'adaptation indispensable du système de soins et plus particulièrement des médecins généralistes dans la gestion des demandes de soins non-programmées en médecine ambulatoire.

L'année 2020 a eu un impact résonnant en médecine générale tant sur le type de soin non-programmés, que sur la gestion de ceux-ci. Avec près de 48 millions de consultations pour soins non programmés en médecine générale en 2020 (représentant près de 12% des consultations de Médecine Générale), les médecins généralistes ont dû faire face à cette demande tout en s'adaptant aux contraintes sanitaires. Ceci a incité des modifications pratiques et organisationnelles en médecine de soins primaires.

Avec une diminution d'affluence au cours du deuxième trimestre de 2020, plusieurs médecins ont vu ça comme une opportunité afin d'apporter des modifications dans leur cabinet. Les secrétaires se sont avérés plus que jamais indispensables avec l'augmentation des demandes de soins non programmé par téléphone, mail ou téléconsultations. Celles-ci s'étant décuplés du fait de la distanciation sociale et des mesures hygiéniques imposées par les autorités gouvernementales et sanitaires.

Les médecins généralistes interrogés arrivaient pour la plupart à répondre à la majorité des demandes de soins non-programmées quotidiennes se présentant en consultation. Cette année semble avoir été, pour plusieurs, une période clé d'instauration de créneaux de rendez-vous, pour l'ensemble ou une partie de leurs consultations quotidiennes. Treize des quatorze médecins généralistes interrogés au cours de cette étude disaient répondre à une demande de soin non programmé leur semblant urgente dans les 24 heures qui suivaient. Ceux qui ressentaient être apte à répondre à la demande de SNP avaient des caractéristiques similaires sur certains aspects ; il s'agissait de médecins exerçants en structure de groupe, avec accès à des avis spécialisés à l'intérieur ou à proximité de leur structure. Ces médecins travaillaient avec un secrétariat à distance ou sur place, parfois même les deux. La présence d'internes dans la structure, de médecin adjoint ou d'assistantes médicales permettaient selon eux de mieux réguler le flux de demandes de SNP, tout en favorisant la délégation d'actes médicaux souvent nécessaires à leur prise en charge.

La nécessité d'un tri préalable des demandes de soin non programmé a été évoquée, les secrétaires ayant parfois une fonction de tri des demandes de soins non programmé. Celles d'allures plus sévères étaient orientés en priorité au médecin. Le manque de formation spécialisée des secrétaires pouvait mener à d'éventuelles erreurs. Une formation spécialisée dans ce domaine leur permettrait probablement de mieux cibler les demandes nécessitant une consultation à court terme.

L'exercice de la médecine groupée semble être une des solutions majeures à une meilleure gestion des SNP. Les avantages et les inconvénients de l'exercice groupé étant à pondérer en fonction de la densité médicale locale et du nombre de soignants présents dans les structures.

L'ensemble des participants souhaitait maintenir des rendez-vous dans leur pratique future, leur qualité de vie au travail. De plus, les patients semblent également préférer ce mode de fonctionnement. La possibilité presque systématique d'insertion d'une demande de SNP entre 2 rendez-vous ou en fin de journée permettait de mieux rythmer le flux sur la journée.

Suite à cette année de Pandémie, les participants de l'étude n'ont pas perçu d'amélioration dans leur aptitude à répondre à la demande de soin non programmé. Pour eux elle serait davantage dépendante du flux quotidien que de leur ressort. L'instauration des RDV, la mise en place de secrétariats additionnels, l'exercice en groupe ayant été cités comme des bénéfiques organisationnels leur permettant plus de marge de manœuvre sans fondamentalement augmenter leur rendement quotidien.

Il semblerait qu'entre le 16 mars 2020 et le 16 mars 2021 la gestion des SNP ait été modifiée tant sur la façon dont était traitée la demande, que sur le plan organisationnel. Les SNP sont paradoxalement devenus d'avantage programmés.

Face à la diminution du nombre de médecin attendue d'ici 2026 et l'augmentation succincte de l'âge et de la population française, un doute plane quant à l'aptitude des médecins à

répondre à la demande des SNP. Vers qui iraient les patients en requête d'avis médical ? Il se pourrait que les médecins de ville soient obligés de majorer leurs horaires ou bien que les soins non programmés soient davantage dirigés aux urgences.

Les résultats de cette étude sont malgré tout à pondérer. L'absence de recul et de statistiques précises en médecine ambulatoire sur le thème sont à citer. Cette étude qualitative porte sur un sujet d'actualité sous une perspective novatrice. Il serait intéressant d'étudier son pendant hospitalier pour ainsi comprendre quels facteurs poussent les patients à consulter en médecine générale ou aux urgences pour des demandes de SNP. Ainsi, des alternatives moins chronophages ou coûteuses pour les demandes d'allure non urgentes et ne nécessitant pas d'avis médical à court terme pourraient être envisagées.

Il semble que l'amointrissement des demandes de SNP en 2020 n'ai été que passagère, les taux de consultations quotidiennes ayant en mars 2021 déjà atteint les taux pré-pandémiques. Les efforts ambulatoires entrepris afin de répondre à la demande de soin programmée et non-programmée quotidienne sont-ils suffisants ? L'augmentation exponentielle de la population française, de son âge et du nombre de patients comorbides, associé à l'amointrissement des effectifs médicaux au cours de la prochaine décennie laisse planer un doute considérable sur cela.

Une période future de délégation des tâches semble plus que jamais essentielle. Les structures médicales associant plusieurs généralistes, d'éventuelles spécialistes avec un secrétariat double semblant être une solution probante. Ainsi, les médecins généralistes pourraient se concentrer sur des problématiques préventives, diagnostiques et thérapeutiques afin de pouvoir mieux prendre en charge les demandes de soin programmés et non programmés. Une diminution du stress lié à la charge de travail annexe qui accable la médecine ambulatoire permettrait une meilleure gestion des demandes de soin non-programmé dans un milieu de travail favorable et sain.

VU et approuvé
 Strasbourg, le **06 SEP. 2021**
 Administrateur provisoire de la Faculté de
 Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
 Professeur Jean SIBILLA



VU

Strasbourg, le **29 août 2021**
 Le président du jury de thèse
 Professeur **P. Bilbault**


Professeur P. BILBAULT
 Chef de Pôle et Responsable de Service
 Pôle Urgences / SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation
 Service des Urgences Médico - Chirurgicales Adultes
NOUVEL HOPITAL CIVIL
 1 Place de l'Hôpital - BP 426 - 67091 STRASBOURG Cedex
 Tél. : 03 69 55 04 86 - 03 69 55 03 86 - Fax : 03 69 55 18 56

V. ANNEXES :

[Annexe 1 : Guide d'entretien – Questionnaire de thèse](#)

1) **Introduction et données quantitatives : Sexe ? Tranche d'âge ? Lieu d'exercice ? Mode d'exercice ? Visites effectuées ? secrétariat ? Créneaux dédiés SNP ?**

- Sexe : Homme Femme
- Tranche d'âge : 20-30 : 30 – 40 : 40 – 50 : 50 – 60 : 60 ou + :

- Lieu d'exercice : Urbain : Semi-rural : Rural :
- Mode d'exercice : Cabinet seul : Cabinet de groupe : MSP :
- Visites effectuées : Non : Oui, à domicile : Oui, en EHPAD : Oui, à domicile et en EHPAD :
- Secrétariat : Non : Oui, sur place : Oui, téléphonique : Oui, sur place et téléphonique :
- Créneaux dédiés SNP pré-pandémie : Non : Oui
- Créneaux dédiés SNP maintenant : Non : Oui

2) **Que-ce qu'un soin non-programmé pour vous ?**

Relance : pathologies aiguës, urgences réelles ou ressenties, prises en charge rapidement, notion de durée de prise en charge (courte, moyenne, longue).

- Pouvez-vous me parler d'une de vos consultations de soins non-programmées récente ?

3) **Quelle place ont les SNP dans votre pratique ? Quelle ressenti avez-vous de ceux-ci ?**

Relance : quotidiens, dérangeants, plaisants ? Simples ou compliqués à gérer ?

4) **Comment répondez-vous aux demandes des SNP dans votre activité quotidienne ?**

Relance : Qui ? vous, vos associés, un interne ? Quand ? Comment ? Autre ? une structure adjacente ou proche sur laquelle vous pouvez vous appuyer ou vers laquelle vous pouvez orienter vos patients ? Y arrivez-vous toujours, et dans quels conditions (en fonction de l'urgence réelle/ressenti) ?

5) **Quel impact a pu avoir la pandémie sur votre gestion des SNP ?**

Relance : organisation modifiée, si oui, comment ? Difficultés des SNP depuis la COVID (difficultés initiales et par la suite) ? Problématiques différentes qu'auparavant (hygiène, salles d'attente,) ? Instauration de créneaux de RDV, téléconsultation, de SNP ?

6) **Depuis l'arrivée de la COVID, les SNP ont-ils été mis autant en avant que les SP (en termes de priorité ? de proportion ? de demande) ? Pourquoi cela ?**

Relance : Oui/Non ? délaissés ou bien mis en avant ? Pourquoi : raisons d'hygiène ?

7) **Quelles méthodes employez-vous face à la demande des SNP qui vous semblent efficace ?**

Relance : Secrétariat, Internes, assistants médicaux, téléconsultations, autres ?

8) **Pensez-vous pérenniser votre mode actuel de gestion des SNP ?**

Relance : rester telle quelle ou pensez-vous revenir en arrière ?

9) Vous sentez-vous plus apte à répondre à la demande des SNP depuis l'arrivée de la COVID ?

Relance : oui/non ; Augmentation du nombre d'actes que les années précédentes ? ; meilleurs délais de prise en charge ?

10) Idéalement, quelles seraient les mesures envisageables dans votre cabinet ou structure pour mieux pallier aux SNP ?

11) Qu'est-ce qui vous freine à le faire ?

Relance : temps ; argent ; difficultés organisationnelles ; faute de matériel ?

12) Quelle place ont les structures de votre secteur dans votre gestion des SNP ?

Relance : Avez-vous recours à des structures dans votre secteur d'exercices afin de pallier aux SNP ? Si oui : lesquelles ? CSNP, SOS médecin, services d'urgences, cliniques de secteur ou autres structures de Soins primaires du territoire, spécialistes ? fréquemment ? Quels sont les facteurs vous incitant à y recourir ?

- **Y-avez-vous plus recours qu'avant la pandémie ?**

Merci pour votre participation.

Si vous le souhaitez, je vous ferai parvenir les résultats de mes recherches une fois celles-ci retranscrites et analysées.

Annexe 2 : Caractéristiques des participants

Participant	Sexe	Tranche d'âge	Zone d'exercice	Type d'exercice	Visites effectuées (si oui : EHPAD et/ou domicile)	Présence et type de secrétariat	Créneaux dédiés aux SNP en pré pandémie et en 2021
Dr 1	F	30 - 40	Urbaine	MSP	Oui, domicile et EHPAD	Oui, sur place et téléphonique	Oui ; Oui
Dr 2	F	30 - 40	Semi-rurale	Cabinet de groupe	Oui, domicile et EHPAD	Oui, sur place et téléphonique	Oui ; Oui
Dr 3	F	50 - 60	Semi-rurale	MSP	Oui, domicile et EHPAD	Oui, sur place et téléphonique	Oui ; Oui
Dr 4	H	40 - 50	Semi-rurale	Cabinet seul	Oui, domicile et EHPAD	Non	Oui ; Oui
Dr 5	F	30 - 40	Rurale	Cabinet de groupe	Oui, domicile et EHPAD	Oui, sur place	Oui ; Non
Dr 6	H	50 - 60	Urbaine	Cabinet seul	Oui, domicile et EHPAD	Oui, sur place	Oui ; Non
Dr 7	F	50 - 60	Urbaine	Cabinet de groupe	Oui, domicile	Oui, téléphonique	Oui ; Oui
Dr 8	H	40 - 50	Semi-rurale	Cabinet de groupe	Oui, domicile et EHPAD	Oui, sur place et téléphonique	Oui ; Oui
Dr 9	H	50 - 60	Rurale	Cabinet seul	Oui, domicile et EHPAD	Oui, téléphonique	Oui ; Oui
Dr 10	H	50 - 60	Semi-rurale	Cabinet de groupe	Oui, domicile et EHPAD	Oui, sur place et téléphonique	Oui ; Oui
Dr 11	F	30 - 40	Semi-rurale	Cabinet de groupe	Oui, domicile et EHPAD	Oui, sur place et téléphonique	Oui ; Oui
Dr 12	H	30 - 40	Semi-rurale	MSP	Non	Oui, sur place et téléphonique	Oui ; Oui
Dr 13	F	40 - 30	Semi-rurale	Cabinet de groupe	Oui, domicile et EHPAD	Non	Oui ; Oui
Dr 14		40 - 30 - 40	Semi-rurale	Cabinet de groupe	Oui, domicile et EHPAD	Oui, téléphonique	

Annexe 3 : Avantages et désavantages du secrétariat (sur place et téléphonique) dans une meilleure gestion des SNP

<u>Avantages :</u>	<u>Inconvénients :</u>
<ul style="list-style-type: none">• Gestion des tâches administratives, RDV, afin d'optimiser le temps médical pour les médecins et de faciliter la continuité de la consultation médicale• Rôle d'aide et de réassurance des patients• Gestion et transfert des documents administratifs vers les spécialistes, laboratoires et SAU si nécessaire• Des plages horaires plus larges, cela étant donc bénéfique pour la prise en charge des demandes et la gestion des SNP (télésecrétariats)• Une possibilité d'effectuer certains actes (poids, taille, prise de T.A, de T°, voir ECG si nécessaire)	<ul style="list-style-type: none">• Une formation inadaptée afin de cibler les SNP d'allure urgente• Des horaires restreints ne permettant pas une gestion homogène des SNP au cours de la journée (secrétariats sur place)• Si inaptitude franche d'évaluation de la gravité, le secrétariat peut devenir un facteur stressant pour le médecin

BIBLIOGRAPHIE :

1. Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde [Internet]. [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: /dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde
2. Asselah T, Durantel D, Pasmant E, Lau G, Schinazi RF. COVID-19: Discovery, diagnostics and drug development. J Hepatol. janv 2021;74(1):168-84.
3. Coronavirus disease (COVID-19) – World Health Organization [Internet]. [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
4. CP_Coronavirus cas validé en Grand Est.pdf [Internet]. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: https://www.haut-rhin.gouv.fr/content/download/29866/184044/file/CP_Coronavirus%20cas%20valid%C3%A9%20en%20Grand%20Est.pdf
5. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. En ambulatoire : recommandations Covid-19 et prise en charge [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/en-ambulatoire-recommandations-covid-19-et-prise-en-charge>
6. SPF. COVID-19 : point épidémiologique du 24 mars 2020 [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-24-mars-2020
7. hygiene_au_cabinet_medical_-_recommandations_2007_11_27_18_45_21_278.pdf [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/hygiene_au_cabinet_medical_-_recommandations_2007_11_27_18_45_21_278.pdf
8. COVID-19 : Gestes Barrières en cabinet médical | AFPA [Internet]. AFPA Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: <https://afpa.org/gestes-barrieres-en-cabinet-medical/>
9. DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Dans les établissements de santé : recommandations Covid-19 et prise en charge [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/dans-les-etablissements-de-sante-recommandations-covid-19-et-prise-en-charge>

10. Snapshot [Internet]. [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/dans-les-etablissements-de-sante-recommandations-covid-19-et-prise-en-charge>
11. A D, A D. Préserver les capacités hospitalières et assurer la continuité des soins : des recommandations aux professionnels face à la Covid-19 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/etat-des-lieux-et-actualites/article/preserver-les-capacites-hospitalieres-et-assurer-la-continuite-des-soins>
12. SFMG - Roles du médecin traitant en soins primaires [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_t_medtrait_vf0af76.pdf
13. 2017-10-13_DP Plan Renforcer l'accès territorial aux soins.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/system/files/2017-10/2017-10-13_DP%20Plan%20Renforcer%20%27acc%C3%A8s%20territorial%20aux%20soins.pdf
14. Synthèse du rapport gouvernementale sur l'organisation des soins non programmés [Internet]. [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
15. Rapport de la DRESS 2019 - gestion des SNP par médecins généralistes.
16. Panorama-2016-hyperliens_Version-corrigée-15Dec17.pdf [Internet]. [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: https://www.est-rescue.fr/wp-content/uploads/2017/12/Panorama-2016-hyperliens_Version-corrig%C3%A9e-15Dec17.pdf
17. Rapport de Thomas Mesnier - Assurer le premier accès aux soins [Internet]. [cité 16 mars 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
18. Aïm-Eusébi A, Cussac F, Aubin-Auger I. Place des médecins généralistes dans le dispositif de prévention/dépistage des cancers en France. Bulletin du Cancer. 1 juill 2019;106(7):707-13.
19. Propositions de la FMF pour les soins non programmés [Internet]. Fédération des Médecins de France. [cité 22 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/propositions-de-la-fmf-pour-les-soins-non-programmes.html>
20. cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external->

package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

21. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.

22. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Recherches impliquant la personne humaine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 24 juill 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/recherches-impliquant-la-personne-humaine/>

23. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/soins-non-programmes-l-education-des-patients-pointee-du-doigt/new_id/58811

24. DRESS - Après le confinement, les médecins généralistes ne reviennent que progressivement à une activité normale [Internet]. [cité 1 juill 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER%201160%20COVID1%20medecins-generalistes%20BAT.pdf>

25. Snapshot [Internet]. [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/newsletters-mensuelles/newsletter-davril-2020>

26. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes | Le Quotidien du médecin [Internet]. [cité 16 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>

27. Covid - PREPARATION A LA PHASE ÉPIDÉMIQUE.pdf [Internet]. [cité 16 juin 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-covid-19-phase-epidemique-v15-16032020.pdf>

28. Newsletter d'avril 2020 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2020 [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/newsletters-mensuelles/newsletter-davril-2020>

29. DRESS - Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? [Internet]. [cité 25 juill 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1150.pdf>

30. Panorama-RPU-2020-GE.pdf [Internet]. [cité 16 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.est-rescue.fr/wp-content/uploads/2021/06/Panorama-RPU-2020-GE.pdf>
31. Cowling BJ et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. *Lancet Public Health*. 2020 May;5(5):e279-e288.
32. Tang JW et al. Where have all the viruses gone? Disappearance of seasonal respiratory viruses during the COVID-19 pandemic. *J Med Virol*. 2021 Mar 24. doi: 10.1002/jmv.26964.
33. Spencer JA et al. Epidemiological parameter review and comparative dynamics of influenza, respiratory syncytial virus, rhinovirus, human coronavirus, and adenovirus. 5 février 2020. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.02.04.20020404>.
34. Poole S et al. Physical distancing in schools for SARS-CoV-2 and the resurgence of rhinovirus. *Lancet Respir Med*. 2020 Dec ;8(12) :e92-e93.
35. Thèse - Consultations avec ou sans rendez-vous : comprendre le choix des médecins généralistes [Internet]. [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2757/1/2019TOU31108-1109.pdf>
36. Francione R, Bissonnier C. La démographie médicale En Région Alsace 2015 - CNOM. :63.
37. Évolution de la population – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>
38. Population par sexe et groupe d'âges 2021 | Insee [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
39. Âge moyen et âge médian de la population | Insee [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>
40. DRESS 2018 Fiche 26 - La médecine d'urgence .pdf [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/Fiche%2026%20-%20La%20m%C3%A9decine%20d%E2%80%99urgence%20.pdf>
41. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/genese-des-recours-urgents-ou-non-programmes-la-medecine-0>
42. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. DRESS 2021 - Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales ? 2021;74.

43. DRESS - Les médecins d'ici 2040 projections [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/61776/1/er1011.pdf>
44. Remboursements regime général 2020 - Assurance maladie [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/2020-12_communique-mensuel-depenses-remboursees-regime-general_assurance-maladie.pdf
45. Souty C, Guerrisi C, Masse S, Lina B, van der Werf S, Bernard-Stoecklin S, et al. Impact of the lockdown on the burden of COVID-19 in outpatient care in France, spring 2020. *Infectious Diseases*. 4 mai 2021;53(5):376-81.
46. SPF. Bulletin épidémiologique grippe, semaine 44. Saison 2020-2021. [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/bulletin-epidemiologique-grippe-semaine-44.-saison-2020-2021>
47. Olsen SL et al. Decreased Influenza Activity During the COVID-19 Pandemic — United States, Australia, Chile, and South Africa, 2020. *MMWR*. 2020 / 69(37);1305–1309.
48. DRESS 2020 - Confinement de novembre-décembre 2020 : une hausse des demandes de soins liés à la santé mentale [Internet]. [cité 8 août 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/ER1186.pdf>
49. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 12 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>
50. Jaury P, Larangot-Rouffet C, Gay B, Gonthier R, Ourabah R, Queneau P. Rapport 21-08. La téléconsultation en médecine générale : une transformation en profondeur dans la façon de soigner. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* [Internet]. 14 juill 2021 [cité 14 août 2021]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407921002806>
51. 170228-DES-de-médecine-générale-La-maquette.pdf [Internet]. [cité 14 août 2021]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/170228-DES-de-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale-La-maquette.pdf>

52. consignes-hygiene-cabinets-ville-covid19.pdf [Internet]. [cité 15 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/consignes-hygiene-cabinets-ville-covid19.pdf>
53. L'hygiène et la prévention du risque infectieux au cabinet [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 15 août 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/sante-publique/lhygiene-prevention-risque-infectieux-cabinet>
54. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 6 juin 2021]. Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/soins-non-programmes-l-education-des-patients-pointee-du-doigt/new_id/58811
55. SJNMG - Exercer en groupe : quels en sont les avantages et les inconvénients ? [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://api.reseauprosante.fr/files/revues/file-86.pdf>
56. motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux synthèse de la littérature - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/33368411-Motivations-et-freins-a-l-installation-des-medecins-generalistes-liberaux-synthese-de-la-litterature.html>
57. Bili MA-B. e-santé numérique : ma santé 2022. 2019;63.
58. ASIP_CNSA_RETEX_échange et partage_VF.pdf [Internet]. [cité 16 août 2021]. Disponible sur: https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ASIP_CNSA_RETEX_%C3%A9change%20et%20partage_VF.pdf
59. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. SAMU-centres 15 : vers une formation diplômante pour les assistants de régulation médicale [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/samu-centres-15-vers-une-formation-diplomante-pour-les-assistants-de-regulation>
60. Margat A, Pétré B, d'Ivernois J-F, Lombrail P, Cailhol J, Gagnayre R. COVID-19 : Proposition d'un modèle d'éducation d'urgence. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ. 2020;12(1):10402.
61. Lombalgie et hernie discale [Internet]. [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/troubles-musculo-squelettiques/donnees/lombalgie-et-hernie-discale>
62. Santé.fr [Internet]. Santé.fr. [cité 18 août 2021]. Disponible sur: <https://www.sante.fr/>

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : KOLBE Prénom : Victor

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

« J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

Signature originale :



A Strasbourg, le 02/09/21

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

TITRE DE LA THESE : Comment les médecins généralistes répondent-ils à la demande des soins non programmés suite à une année de pandémie à COVID-19

RÉSUMÉ :

Introduction : L'importance de la prise en charge des demandes de soins non-programmés est depuis toujours une des priorités du médecin généraliste. Depuis l'arrivée du virus Sars-COV2 en début d'année 2020 le système de soins a été impacté grandement qu'il s'agisse de la demande, la gestion ou bien la prise en charge des soins non-programmés. Comment les médecins généralistes arrivent-ils à répondre à cette demande en période de crise sanitaire ?

Méthodes : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés effectués auprès de médecins généralistes installés en Alsace entre février 2021 et mai 2021. L'échantillonnage était raisonné et constitué en variation maximale. L'analyse thématique a été réalisée selon le principe de la théorisation ancrée, par un investigateur unique.

Résultats : 14 médecins généralistes ont été interrogés sur le thème, cela jusqu'à saturation des données. La gestion des soins non-programmés était hétérogène en pré-pandémie, la pandémie semblait pour grand nombre d'entre eux, avoir été une période d'introduction de mode de gestion novatrice. Les médecins citant arriver à mieux répondre à cette demande semblaient avoir de nombreux points communs. L'exercice en groupe, la présence de secrétariats, des salles d'attente et de consultations adaptées, la présence d'internes et de médecins collaborateurs semblant être d'une grande aide.

Les participants ayant peu modifiés t leur organisation à la suite de cette année de pandémie rassemblaient plusieurs de ces critères. Plusieurs médecins ont au cours du premier confinement mis en place une organisation sur rendez-vous afin de mieux régulariser le flux de soins non-programmés et d'intercaler plus aisément des demandes de SNP. Malgré ces modifications au cours de l'année 2020, il leur semblait que l'aptitude des médecins généralistes à répondre à la demande des soins non-programmés ne soit pas meilleure qu'avant. Leur qualité de vie au travail semblerait par contre s'être améliorée, motif pour lequel ils ne souhaitaient pas revenir à leur pratique pré-pandémique.

Discussion : Les adaptations des pratiques des médecins généralistes ont déjà été cité à maintes reprises dans les projets de lois et de santé régionaux et nationaux récents. La pandémie semble à travers cette étude avoir permis aux médecins généralistes d'introduire des modifications dans leur pratique médicale, celles-ci permettraient de répondre à la demande des soins non-programmés de manière plus fluide et continue au cours de la journée. Avec l'augmentation de la demande de soins non-programmés et une diminution du nombre de médecins il semblerait que le regroupement des professionnels de santé libéraux (actifs et en formation) puisse être une des solutions la plus efficace, ce qui succinctement aurait un effet bénéfique sur le système de santé et le désengorgement des SAU hospitaliers.

Rubrique de classement :

Médecine générale

Mots-clés :

« soins non programmés » ; « médecins généralistes » ; « soins de santé primaires » ; « COVID-19 »

Président :

Professeur BILBAULT Pascal (PU-PH de médecine d'Urgence)

Assesseurs :

Dr DEMARE Nicolas (Docteur en médecine générale - Directeur de thèse) ; Dr KERNEIS Antoine (Docteur en médecine générale) ; Dr SCHMITT Yannick (Docteur en médecine générale - Maître de conférences des Universités de Médecine Générale)

Adresse de l'auteur : Mr KOLBE Victor, Paul ; 3, Place de Zurich 67000 Strasbourg