

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2020

N° 2020-24

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Lucie MACÉ

Née le 14 octobre 1991 à Paris XV^{ème}

Présentée et soutenue publiquement le 7 avril 2020

**ÉTUDE D'UNE COORDINATION ENTRE MÉDECINS ET INFIRMIERS LIBÉRAUX
EN SOINS PRIMAIRES NON PROGRAMMÉS ENTRE DÉCEMBRE 2018 ET
JANVIER 2019 : DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE SOS INFIRMIERS NANTES**

Président : Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Ludovic HUCHET

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2020

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Lucie MACÉ

Née le 14 octobre 1991 à Paris XV^{ème}

Présentée et soutenue publiquement le 7 avril 2020

**ÉTUDE D'UNE COORDINATION ENTRE MÉDECINS ET INFIRMIERS LIBÉRAUX
EN SOINS PRIMAIRES NON PROGRAMMÉS ENTRE DÉCEMBRE 2018 ET
JANVIER 2019 : DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE SOS INFIRMIERS NANTES**

Président : Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Ludovic HUCHET

Remerciements

À Monsieur le Professeur Le Conte Philippe, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, soyez assuré de mes sincères remerciements. Je garde en souvenir votre grande sympathie lors de mon premier semestre d'internat dans votre service des Urgences Adultes du CHU de Nantes.

Au Docteur Huchet Ludovic, mon directeur de thèse, merci pour ton énergie, ta fantaisie, ta compréhension, ta gentillesse, ton soutien chaleureux et bienveillant tout au long de ce travail.

Au Docteur Chabanne David, merci de participer à mon jury de thèse, merci pour ce merveilleux stage passé chez SOS Médecins Nantes auprès de toi. Merci pour ta rigueur, ton enthousiasme, ton humanité, merci pour la confiance que tu m'as donnée. Merci pour ton amitié.

Au Docteur Brutus Laurent. Merci de participer à mon jury de thèse. Merci pour les groupes d'échanges de pratiques et votre implication au sein du DMG.

Au Docteur Jourdain Maud. Merci de participer à mon jury de thèse. Merci pour le travail que fait le DMG auquel vous participez activement.

Merci également au Docteur Dumont Boris, pour son aide et sa participation à cette thèse.

Merci à tous les Infirmiers SOS, qui ont tous participé à cette thèse.

Je souhaite remercier toutes les équipes qui ont marqué mes études, les médecins, les infirmiers, les aides-soignants, les secrétaires, les kinés... Merci à ceux qui s'impliquent chaque jour pour soigner, pour leur travail, pour leur profonde humanité.

Merci au service d'hépatologie de l'hôpital Beaujon, au service de MPR de l'hôpital Fernand-Widal, à la PASS de Lariboisière, pour votre investissement, et pour la lueur que vous avez apportée durant mon externat.

Merci au Docteur Kiéné Didier, merci pour tout ce que tu m'as appris, merci d'avoir confirmé mon choix pour la médecine générale, merci pour ton humanité, ta sensibilité, ta bienveillance, ta pédagogie, ton écoute. MERCI. Merci aussi pour les créneaux et la forêt du Gâvre.

Merci au Docteur Moreau Ghislaine, merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale en Vendée. Merci pour ta gentillesse et ta compréhension. Merci aussi pour ces pique-niques face au passage du Gois.

Merci au Docteur Richard Philippe, merci pour ta bienveillance, ta gentillesse, merci pour tout ce que tu m'as appris.

Merci à l'équipe du service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Fort-de-France, pour votre engagement. Merci particulièrement au Docteur Cuzin Lise, notamment pour m'avoir fait découvrir les fonds marins martiniquais, merci au Docteur Pircher Mathilde, pour le bèlè, au Docteur Pierre-François Sandrine, pour Mardi gras. Merci à toutes les infirmières, pour leur accueil chaleureux, leur partage, leur générosité.

Merci au Docteur Ouisse Véronique et au Docteur Grimaud Frank, pour votre confiance et pour tout ce que vous m'avez appris.

Merci à Catherine, pour notre travail d'équipe, pour JLA et CR.

Merci à toute l'équipe de médecine polyvalente et de soins palliatifs de l'hôpital d'Ancenis, pour votre bienveillance et votre humanité.

Je souhaite remercier ma famille, mes amis et mon Maigret, pour leur présence au quotidien, leur soutien pendant toutes ces années d'études, leur patience, leur écoute, leur amour.

Ma Moon, merci, pour m'éclairer même dans la nuit, pour la chaleur de ton soleil.

Chef Papoune, merci, pour les petits plats, les grands, tu mérites les étoiles.

Merci à mes sœurette. Toi ma Clairette, mon hippocampe des airs. Toi ma Carotte, mon ananas du Montana.

À mon Carlo et aux bigorneaux. À Lou et aux p'tits loups. À Bobby mon beau-frère préféré.

Merci Mamie, pour toutes ces noix décortiquées qui m'ont donné un peu de mémoire, pour ton soutien, pour mon enfance.

Merci Marcel, pour ton sourire, ta présence, et pour la recherche des noix.

Merci à mon grand-père, j'ai beaucoup pensé à toi pendant mes études.

Merci Fabien, merci pour ta fibre scientifique et ta douceur. Merci à Inès et Cloclo.

Merci Domi, pour ton soutien.

Merci Nounou, merci Michel, merci pour m'avoir tant donné, surtout le goût de la Bretagne.

Merci à toi mon Beko des Montagnes, parce que gravir l'Himalaya est possible avec toi...
Merci pour ton soutien inébranlable.

Merci à toi mon Bulot-bulle-de-savon, ma Frani Fine, mon indie Barabara, mon Rebou du 17.
A tous nos voyages, en Islande, dans la vallée des papillons, sur la Lune et dans nos têtes.
Merci pour votre Amitié.

Merci à toi mon sociologue Ferdi, merci pour ta présence.

Merci à Louise et Sophie, à Maud, à Valériane. Pour nos chemins liés.

Merci à toi Estelle, pour ta confiance, ton soutien, pour m'avoir pris sous ton aile. Merci à Jeannot, Gabou, Lala et Lélé.

À P7. À Margot, Boris, Jordan, Romain, Elsa.

Aux Nantais : Cléclé, Bébert, Marie-Ange, Ludi-la-Divine, yogi Parenton, Baba, Léa, Valoche.

Aux faux Anglais : Johnny le Suisse, Sophie la Polonaise.

À Paris, Nantes, Rennes, Manchester, Fort-de-France. Brest ?

Merci à mon parisien, mon nantais, mon rennais, mon mancunien, mon martiniquais. À toi, ma thèse et mon anti-thèse.

Lorsque deux forces sont jointes, leur efficacité est double.

Isaac Newton

Liste des abréviations

ADOPS : Associations Départementales pour l'Organisation de la Permanence des Soins

AEG : Altération de l'État Général

AES : Accident d'Exposition Sexuelle et au sang

AIS : Actes Infirmiers de Soins

AMI : Actes Médicaux Infirmiers

ARS : Agences Régionales de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CAPS : Centres d'Accueil et de Permanence des Soins

CIP : Collaboration InterProfessionnelle

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DI : Démarches de soins Infirmiers

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ECBC : Examen CytoBactériologique des Crachats

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FIV : Fécondation In Vitro

HAD : Hospitalisation À Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmiers Diplômés d'État

IM : IntraMusculaire

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IU : Infection Urinaire

IV : IntraVeineux

OAP : Œdème Aigu Pulmonaire

ORS : Observatoires Régionaux de la Santé

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PEC : Prise En Charge

RAU : Rétention Aiguë d'Urine

SAE : Statistique Annuelle des Établissements de santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAS : Service d'Accès aux Soins

SC : Sous-Cutané

SMUR : Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation

SNP : Soins Non Programmés

SSIAD : Services de Soins Infirmiers À Domicile

SU : Structures des Urgences

URML : Unions Régionales des Médecins Libéraux

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

Table des matières

Remerciements	2
Liste des abréviations	6
Table des matières	8
I. INTRODUCTION	11
A. Définitions	11
1. Coordination de soins.....	11
2. Soins primaires	12
3. Soins non programmés.....	12
B. État des lieux de la gestion des soins non programmés en France.....	13
1. Structures spécialisées dans la gestion des soins non programmés.....	13
2. Structures non spécialisées dans la gestion des soins non programmés.....	19
C. Cadre légal et réglementaire	21
1. Devoirs des professionnels de santé dans la gestion des soins non programmés.	21
2. Coordination IDE-médecins.....	22
D. Épidémiologie des soins non programmés en médecine générale en France.....	24
E. SOS Médecins	25
F. SOS Infirmiers Nantes.....	26
G. Problématique.....	27
H. Objectifs	28
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	30
A. Type d'étude.....	30
B. Population étudiée	30
C. Période d'étude.....	31
D. Recueil des données.....	31
E. Logiciel et test statistique.....	33
III. RÉSULTATS	34
A. Description de la population	34
1. Nombre de patients inclus et analysés	34
2. Caractéristiques de la population	35
B. Critère de jugement principal	36
1. Prise en charge médicale initiale.....	36

2.	Activité SOS Infirmiers.....	39
3.	Parcours de soins.....	43
C.	Critère de jugement secondaire.....	45
IV.	DISCUSSION.....	47
A.	Forces et faiblesses de l'étude.....	47
1.	Forces et intérêts de l'étude.....	47
2.	Limites et biais de l'étude.....	48
B.	Discussion des résultats.....	49
1.	Critère de jugement principal.....	49
2.	Critère de jugement secondaire.....	57
C.	Comparaison avec l'international.....	59
1.	Au Royaume-Uni : les « New GP contract », le « NHS Direct » et les « walk-in centers »	60
2.	Au Canada : les Groupes de Médecine de Famille (GMF) et les « Family Health Networks » (FHN).....	61
3.	En Suède et en Finlande : les « district nurses ».....	62
4.	En Belgique : les « Paramedical Intervention Teams ».....	63
D.	Perspectives.....	64
V.	CONCLUSION.....	65
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	67
VII.	ANNEXES.....	75

I. INTRODUCTION

A. Définitions

1. Coordination de soins

Une revue de la littérature publiée en 2007 (1) a recensé plus de quarante définitions différentes de la coordination de soins. À partir des caractéristiques communes de l'ensemble de ces définitions, les auteurs ont défini la coordination de soins comme suivant : « organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins ».

La coordination des soins ne peut avoir lieu que si certains éléments essentiels sont réunis (1) :

- implication des différents intervenants dans la prise en charge d'un patient
- interdépendance
- connaissance des ressources disponibles et du rôle de chacun
- échange d'informations entre les intervenants.

C'est dans ce même esprit que la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a défini la coordination de soins comme une « action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation de suivi » (2).

Dans la littérature, deux autres termes sont également utilisés pour désigner l'action conjointe de plusieurs acteurs du système de santé pour assurer la meilleure qualité des soins à un patient : la « coopération » et la « collaboration interprofessionnelle » (CIP).

La coopération est définie dans l'article 51 du Code de santé publique comme une démarche entre professionnels de santé ayant pour objet d'opérer des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient (3).

La collaboration interprofessionnelle est définie par l'OMS comme suit : « lorsque de nombreux travailleurs de la santé ayant différentes formations professionnelles offrent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, leurs soignants et les collectivités, afin de prodiguer les soins de la plus grande qualité possible dans différents milieux d'intervention » (4).

2. Soins primaires

Le réseau RECaP (Recherche en Epidémiologie Clinique et en Santé Publique) a réalisé une revue de la littérature en 2018 des différentes définitions des soins primaires (5). Le but était d'établir une définition consensuelle des soins primaires afin de développer la recherche dans ce domaine. Au total cet état des lieux de la littérature montre que si la définition des soins primaires peut différer suivant l'échelle choisie (internationale, européenne ou française), les différentes définitions se complètent et ne se contredisent pas.

Ainsi à l'échelle internationale l'OMS a initialement défini les soins de santé primaires comme « le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire » (6).

A l'échelle nationale, en France, la définition des soins primaires est apparue dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 sous le terme de « soins de premiers recours », proposés dans un périmètre géographique de proximité (3). Organisés par les agences régionales de santé (ARS), les soins de premiers recours sont définis dans le code de la santé publique (article L1411-11 (7) en lien avec l'article 36 de la loi HPST) comme comprenant :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- l'éducation pour la santé.

En 2016, l'article 64 de la loi de modernisation de notre système de santé (8) ajoute au Code de la santé publique l'article L1411-11-1 introduisant la notion des « équipes de soins primaires » qui sont définies ainsi : « une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours [...] sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. [...] L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ».

3. Soins non programmés

Le terme « soins non programmés » (SNP) est largement employé, notamment dans des textes réglementaires, administratifs ou scientifiques de référence (Code de la santé

publique, documents divers produits par les ARS, recommandations de la HAS), mais sans précision quant à sa définition. Historiquement le terme « soins non programmés » apparaît d'abord dans la littérature associé à celui d'« urgences », notamment dans l'expression « soins urgents et/ou non programmés ». Il est alors utilisé pour préciser que les soins urgents ne le sont pas toujours d'un point de vue strictement médical, et que les soins urgents constituent un sous-ensemble des soins non programmés. Aujourd'hui, la mention des SNP apparaît plus souvent dans le cadre de documents traitant de la permanence des soins, et notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire.

La commission de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) d'Île-de-France définit les SNP comme des demandes traitées de manière inhabituellement rapide sans être nécessairement urgentes (9). Les SNP répondent aux besoins ressentis par un patient d'accéder à une consultation médicale dans un délai rapide.

Dans notre étude un SNP est un soin qui n'a pas été planifié (sans rendez-vous préalable) pour répondre à une demande inopinée de soin par un patient.

B. État des lieux de la gestion des soins non programmés en France

Les réponses aux demandes de soins non programmés sont plurielles et sont articulées dans le temps et l'espace suivant la réalité de chaque territoire. Une approche segmentée peut être proposée (offre libérale versus offre hospitalière, premier recours versus second recours, heures de permanence des soins versus heures d'ouverture des cabinets) mais il ne s'agit pas pour autant d'opposer ces différentes réponses car leur complémentarité permet d'offrir une réponse efficiente à cette demande de soins non programmés. L'objectif est en effet d'optimiser les ressources médicales afin de garantir aux patients les soins dont ils ont besoin (10).

1. Structures spécialisées dans la gestion des soins non programmés

a) La régulation médicale

La Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle que la régulation médicale est un acte médical (11). Pratiquée au téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication), elle est assurée par un médecin régulateur qui est soit un médecin urgentiste soit un médecin généraliste ayant reçu une formation spécifique. En effet depuis 1974 des médecins généralistes libéraux participent à cette activité de régulation médicale en complément des praticiens hospitaliers. Le médecin régulateur assure une écoute et une réponse permanente aux urgences médicales et/ou aux demandes de soins non programmés. La

fonction de médecin régulateur est, pendant la période où elle est assurée, exclusive de toute autre fonction. Le médecin régulateur travaille au sein d'un centre de régulation médicale qui est soit une structure hospitalière (Samu-Centre 15), soit une structure libérale interconnectée avec le Samu-Centre 15. Un centre de régulation médicale est exclusivement dédié, équipé et adapté à l'activité de régulation médicale. Il est ouvert 24h/24, un relais est organisé lorsqu'un centre est fermé. Les modalités d'accès à la régulation médicale sont multiples sur l'ensemble du territoire et peuvent même se superposer au sein d'un même département. Coexistent le 15, le 116-117, les numéros d'appels départementaux ou régionaux à 4 ou 10 chiffres ainsi que ceux des associations de permanence des soins type SOS Médecins. Le 15, numéro gratuit d'appel national pour les urgences médicales a été créé en 1978 à la suite d'une décision interministérielle. Il permet de contacter le Centre de réception et de régulation des appels du SAMU. Concernant le numéro 116-117, c'est un numéro national spécifiquement consacré à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) introduit en 2016 par la loi de modernisation du système de santé (8). Il a été mis en place dans trois régions pilotes (Corse, Normandie et Pays de la Loire) mais est techniquement opérationnel dans tout le reste de la France, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ayant demandé en 2017 à l'ensemble des ARS que les SAMU assurent le basculement des appels du 116-117 aux plateformes du centre 15. Les ARS ont cependant précisé qu'aucune communication grand public n'avait été mise en œuvre pour accompagner ce dispositif, dans l'attente d'un arbitrage national sur son développement ou son abandon. Le 9 septembre 2019 la ministre de la santé Agnès Buzyn a présenté dans son pacte de refondation des urgences le projet de création d'ici l'été 2020 d'un Service d'accès aux soins (SAS) (12). Ce service permettrait d'obtenir un conseil médical ou paramédical, de prendre rendez-vous pour une consultation avec un médecin généraliste dans les 24 heures, de procéder à une téléconsultation, d'être orienté vers un service d'urgence ou de recevoir une ambulance. Le SAS intégrerait également un outil en ligne cartographiant les structures disponibles à proximité de chez soi pour répondre à sa demande de soins.

Les types de réponses possibles proposés par les centres de régulation en 2019 sont les suivants (11) :

- conseil médical sans mise en œuvre de moyens
- prescription médicamenteuse par téléphone conformément à la loi HPST (3) et selon les recommandations de la HAS (11). Ceci peut correspondre à 3 types de situations : rédaction et transmission d'une ordonnance écrite, prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale, adaptation d'un traitement
- orientation vers une consultation médicale non programmée : les coordonnées du lieu de consultation adapté sont données au patient qui peut se déplacer
- transport sanitaire en ambulance
- envoi d'une équipe de secouristes de proximité et/ou d'une équipe médicale mobile (médecin mobile chargé par l'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanences des Soins, SOS Médecins, SMUR).

b) Le SAMU

Les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) sont des services hospitaliers qui assurent les missions suivantes définies par le Code de santé publique (13) :

- mission de régulation : assurer une écoute médicale permanente 24h/24 et 7j/7 (via le centre de réception et de régulation des appels présenté au paragraphe précédent)
- mission de mise en œuvre des moyens d'intervention primaire : déterminer et déclencher dans les meilleurs délais la réponse la plus adaptée à la nature et à la gravité des appels reçus
- mission d'organisation de l'accueil hospitalier : s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient, et veiller à son admission
- l'organisation des transferts médicaux, par le moyen le plus adapté (services publics : SMUR, pompiers ou service d'ambulance privé), primaires pour l'accueil initial du patient en milieu hospitalier, et secondaires pour les transferts inter-hospitaliers.

Par ailleurs, le SAMU participe à l'élaboration des plans de secours et à la prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles, et contribue à la formation initiale et continue des acteurs en santé au sein des centres d'enseignement des soins d'urgence.

Il y a un SAMU par département français, la Statistique annuelle des établissements répertorie 102 SAMU et 462 SMUR (Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation du SAMU) en 2018 répartis sur l'ensemble du territoire (14). Les équipes de réanimation des SMUR répondent à l'exigence de l'accès aux soins urgents spécialisés en moins de 30 minutes pour tous les Français. Dans les rares zones du territoire situées au-delà de 30 minutes d'accès, des Médecins Correspondants SAMU apportent les premiers soins en attendant l'arrivée du SMUR.

Les SMUR ont pour mission d'apporter 24 heures sur 24, sur décision du médecin régulateur, en tous lieux et sur l'ensemble du territoire, la médicalisation des interventions auprès des patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation (15). Ils assurent la réalisation de soins d'urgence avant et pendant le transport du patient vers l'établissement adapté, désigné par le SAMU. Il est composé d'une équipe médicale, envoyée directement sur les lieux d'une détresse médicale, et est réglementairement composé d'un médecin, d'un infirmier et d'un ambulancier. Chaque intervenant doit être qualifié en médecine d'urgence.

Le décret du 2 décembre 1965 (16) est considéré comme l'acte fondateur du SMUR, en définissant l'organisation hospitalière des secours d'urgence. Les SAMU naissent en 1968 afin de coordonner l'activité des SMUR.

Le SAMU a vu son activité augmenter de manière considérable d'année en année : augmentation de l'activité du SMUR de 7,6% en 5 ans pour atteindre 791 215 interventions en 2018 (données SAE comparée à celles de 2013), alors que l'activité avait déjà augmenté de 12% en 10 ans de 2003 à 2013 ; augmentation du nombre d'appels passés au SAMU Centre 15 de 16,46% pour atteindre 29 millions d'appels en 2018 (données SAE 2018 comparée à celles de 2013) (14,17).

c) Les services hospitaliers de médecine d'urgence

Les Structures des Urgences (SU) ont vu le jour dans les années 1960. Services hospitaliers, les SU assurent la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique.

L'organisation au sein des établissements de santé de l'activité d'accueil et de traitement des urgences est précisée pour la première fois en 1995 par le décret 95-648 (18). Les services des urgences sont alors divisés en trois secteurs (SAU : service d'accueil des urgences, UPATOU : unité de proximité d'accueil de traitement et d'orientation des urgences et POSU : pôle spécialisé des urgences). Ceux-ci ont été supprimés par les décrets du 22 mai 2006 (19,20) instaurant l'appellation unique de « structure des urgences ». Dès lors, tous les services, quelle que soit leur activité, doivent répondre aux mêmes missions et au même cahier des charges.

Ces structures d'urgences sont implantées dans 655 établissements de santé (certains sites disposant de plusieurs structures), dont 76% sont publics, 6% privés à but non lucratif, et 18% privés à but lucratif. 85% des SU sont générales et 15% exclusivement pédiatriques. Chaque département dispose d'au moins une structure d'accueil et de traitement des urgences, rendant ainsi possible un recours sans délai à des soins hospitaliers (21).

Une forte dispersion du nombre moyen de patients pris en charge chaque jour aux urgences est observée : pour 28% des structures il est enregistré moins de 40 passages quotidiens ; pour 43% de 40 à 80 passages quotidiens ; pour 18% de 80 à 120 passages et pour 11% plus de 120 passages quotidiens. Le nombre de passages annuels aux urgences est passé de 13,6 millions en 2001 à 18,5 millions en 2011 soit une augmentation de plus de 25% en 10 ans (21). La fréquentation annuelle des SU a atteint 21,9 millions de passages en 2018 (22). Au total, depuis 1996, le nombre annuel de passages aux urgences est en augmentation de 3,5% chaque année en moyenne (23).

d) La Permanence des Soins Ambulatoires

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est définie par la HAS comme « une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux » (11).

C'est donc une offre de soins libérale qui permet aux patients d'avoir accès à un médecin la nuit de 20 heures à 8 heures, les samedis après-midi (de midi à 20 heures), les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures. C'est une organisation régulée, qui est assurée par les médecins généralistes sur la base du volontariat individuel.

Le décret du 15 septembre 2003 (24) définit l'organisation de la PDSA en détaillant son fonctionnement : horaires, sectorisations, régulation médicale des appels, inscription des médecins au tableau de garde transmis au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). L'article 49 de la loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé, territoires » réforme la PDSA en créant les ARS à qui sont confiées la prise en charge et l'organisation de la PDSA (3). Le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 (25) viendra compléter la loi en précisant les modalités d'organisation de la PDSA.

La PDSA est organisée en liaison avec les établissements de santé publics et privés en fonction des besoins évalués par le comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence de soins et des transports sanitaires. Les principes d'organisation de la PDSA font l'objet d'un cahier des charges régional rédigé par les médecins généralistes libéraux des associations départementales pour l'organisation de la permanence des soins (ADOPS) et de l'ARS, après concertation de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) et conformément à l'article R6315-6 du Code de la santé publique (26). Le cahier des charges régional décrit l'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés et mentionne les lieux fixes de consultation. Il décrit également l'organisation de la régulation des appels. Il précise les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département. Une enveloppe globale de financement de la PDSA est issue du fonds d'intervention régional (FIR) mis en place par l'article 65 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale (27). Cette enveloppe est gérée par les ARS et répartie entre les départements.

Bien que l'organisation de la PDSA se réalise à l'échelle régionale, il existe un fonctionnement commun : présence d'effectifs fixes et d'effectifs mobiles. Chaque département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante. Ces limites peuvent varier selon les périodes de l'année et être adaptées aux besoins de la population. La détermination du nombre et des limites des secteurs est arrêtée par le préfet

du département et, à Paris, par le préfet de police, après consultation du CDOM et avis du comité départemental. Si besoin, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués par arrêté préfectoral, après avis des comités des départements concernés. La carte des secteurs fait l'objet, suivant la même procédure, d'un réexamen annuel selon l'article R6315-1 du Code de la santé publique (28).

➤ L'effectif fixe

Les lieux d'effectif fixe sont les lieux identifiés par le cahier des charges régional où la population peut se rendre aux horaires de la PDSA (29). Le médecin de garde y reçoit en consultation les patients adressés par la régulation du centre 15 de 20 heures à minuit en semaine, de midi à minuit le samedi et de 8 heures à minuit le dimanche et les jours fériés. Ils fonctionnent la semaine, le week-end ou de façon plus intermittente (uniquement le week-end par exemple).

Les points fixes de consultation en horaire de PDS, de types Maisons médicales de garde, Centres d'accueil et de permanence des soins (CAPS) ou centres de consultations gérés par les associations de PDSA, couvrent une grande partie du territoire puisque 85% des départements disposaient de ce type de structures en 2018 (29). Ils peuvent être implantés dans des locaux propres, dédiés et limités à l'activité mais, le plus généralement, ils se trouvent implantés ou accolés à des établissements de santé publics ou privés, au sein d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de maisons de santé pluri-professionnelles ou au sein de centres municipaux de santé. La proximité avec un établissement hospitalier est essentielle pour assurer, dans le cadre de protocoles formalisés, un transfert de la part du service des urgences et un transfert vers ces services lorsque la situation le réclame. Concernant les systèmes d'acheminement des patients vers l'effectif fixe (réservé aux patients mobilisables ne disposant pas de moyen de transport) les solutions mises en place sont encore très minoritaires et reposent sur des systèmes locaux. Il peut s'agir de conventions avec des sociétés de taxis qui sont envoyés sur demande du régulateur (comme c'est notamment le cas dans les départements du Pas-de-Calais, des Hautes-Alpes ou de l'Orne) ou de l'utilisation de transports sociaux. En 2018, au sein des 87 départements disposant de sites dédiés, 25 soit 29%, étaient dotés de systèmes de transport permettant d'acheminer les patients mobilisables ne disposant pas de moyen de transport vers l'effectif fixe (29).

Au total 451 sites ont pu être dénombrés en 2018, soit 11 sites de plus qu'en 2017 (une hausse de 2,5% en un an). Cependant certains départements ont connu une suppression de sites dédiés comme la Marne ou les Hauts-de-Seine (29).

➤ L'effectif mobile

A l'instar de l'effectif fixe, l'effectif mobile est l'ensemble des moyens déployés sur les horaires de PDSA qui permettent aux médecins de garde de se déplacer au domicile des patients. Il s'agit d'assurer les visites dites « incompressibles » correspondant aux situations

où les patients sont dans l'incapacité de se déplacer et pour lesquels il n'est pas possible de mettre en œuvre un transport sanitaire. La notion de « visite incompressible » n'est pas définie dans les textes et peut, en l'absence de définition commune, englober différentes situations selon une région.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) réalise chaque année une enquête sur la permanence des soins ambulatoires. Menée auprès des CDOM, elle permet de faire un état des lieux national de la PDSA en dégagant à la fois les modalités d'organisation en place, leurs évolutions ainsi que les problématiques rencontrées. Le rapport de 2018 révèle que l'organisation de la PDSA est encore très contrastée sur le territoire français (29). En 2017, parmi les 87 départements disposant de sites dédiés, 31% (soit 27 départements) n'étaient pas dotés d'un dispositif de prise en charge des visites incompressibles. Plus problématique encore, 28% (soit 25 départements) ne disposaient, sur certains territoires, ni d'effecteur mobile en mesure de se rendre auprès du patient, ni de système d'acheminement vers l'effecteur fixe des patients mobilisables ne disposant pas de moyen de transport (29). Autrement dit, pour ces secteurs, la PDSA est effective pour une partie seulement de la population, puisqu'aucune solution alternative au site dédié n'est proposée aux patients dans l'incapacité de se déplacer, le SMUR, les pompiers ou une ambulance privée restant alors l'unique solution. À une hétérogénéité d'accès à la PDSA entre départements, entre secteurs de PDSA, s'ajoute ainsi une disparité d'accès au sein même d'un secteur, entre les patients en mesure de se rendre au point fixe de garde et ceux qui ne disposent pas de moyen de transport ou qui ne sont pas mobilisables du fait de leur état de santé.

e) Les associations d'urgentistes de ville

Sont également spécialisées dans la réponse aux demandes de soins non programmés les associations de médecins généralistes comme SOS Médecins (Cf partie I.E) et Urgences Médicales de Paris. Ce sont des organisations médicales libérales travaillant sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre dédiées aux soins non programmés.

2. Structures non spécialisées dans la gestion des soins non programmés

a) La médecine de ville

La DREES estimait en 2004 que la médecine générale de ville avait assuré 35 millions de consultations non programmées dans l'année, alors que les SU hospitalières avaient

enregistré 14 millions de passages (30). Une grande partie de la demande de soins non programmés est donc assurée par la médecine générale de ville. Le médecin généraliste se situe à l'entrée du parcours de soins, notamment par sa proximité géographique. C'est donc à lui que s'adresse le patient en premier devant l'apparition d'un symptôme, d'où la notion de médecin de premier recours.

Selon l'enquête de l'URPS Île-de-France de juin 2015 à laquelle 2 822 professionnels, toutes spécialités confondues, ont répondu, 26% des professionnels organisent des plages horaires sans rendez-vous pour répondre spécifiquement à la demande de soins non programmés (9). L'étude de l'URPS Franche-Comté de juin 2014 déclare elle que 46% des médecins de la région réservent dans leur agenda des plages spécifiques pour l'urgence (31). Elle ajoute que 42% d'entre eux doivent recevoir quand même des patients non programmés supplémentaires en dehors de ces créneaux préférentiels. Toutes spécialités confondues, le nombre moyen de refus pour une prise en charge le jour même est de 1,75 patient par médecin.

Seule une minorité de médecins (4,2%) rejette toute demande de soins non programmés. En Franche-Comté, 99% des généralistes et 90% des spécialistes déclarent accepter de recevoir en urgence des patients. Ils gèrent en moyenne 5,4 demandes de consultations non programmées par jour (et même 6,6 pour les généralistes, soit environ le tiers des consultations du médecin de famille) (31). En Île-de-France, sur les médecins interrogés, 74% reçoivent entre 0 et 5 demandes de soins non programmés par jour et 26% entre 6 et 10 demandes par jour. 40% des médecins répondent aux demandes de soins non programmés sous 24h, 33% y répondent sous 48h et 27% y répondent sous 72h (9).

b) Coopération entre acteurs du système de soins

Des arrangements plus ou moins tacites existent entre les médecins, les cabinets de radiologie, les infirmiers diplômés d'État, les laboratoires d'analyses médicales et les services hospitaliers pour prendre en charge rapidement les patients dans les situations qui le nécessitent. Ces systèmes méritent d'être promus et développés. L'existence de circuits courts permet d'éviter certains recours aux urgences et permet un transfert plus rapide dans les services appropriés quand cela est nécessaire. On constate notamment que certains services hospitaliers réalisent une part importante de leur activité par le biais d'entrées directes dans leurs services.

Ainsi peu de données de la littérature sont disponibles sur la part des soins non programmés assurée par la médecine non spécialisée dans l'urgence. De plus ces études sont centrées sur le corps médical et ne prennent pas, ou peu, en compte les différents acteurs du soin.

C. Cadre légal et réglementaire

1. Devoirs des professionnels de santé dans la gestion des soins non programmés.

a) Médecins

La responsabilité des médecins dans la prise en charge des premiers soins est affirmée par l'article 9 du Code de Déontologie Médicale, transcrit dans le Code de la santé publique par l'article R4127-9 : "Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires" (32). Un médecin qui ne porterait pas assistance à une personne en péril met sa responsabilité civile, pénale et ordinale en jeu.

Les médecins ont de plus l'obligation collective d'assurer la permanence des soins. Le décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifie l'article 77 du Code de déontologie médicale en remplaçant « le devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit » par le « devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent » (33). Ainsi l'obligation individuelle devient une obligation collective reposant sur le volontariat individuel des médecins. Participer à la permanence des soins devient une mission de service public, les conditions sont fixées par l'article L6314-1 du Code de la santé publique (34).

Répondre aux soins non programmés fait donc partie des obligations des médecins, généralistes comme spécialistes.

b) Infirmiers diplômés d'État (IDE)

Un infirmier est habilité par son métier à pratiquer une liste définie d'actes soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, se doit d'être écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin (35).

Selon l'article 13 du Décret de 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier « en l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au

dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état » (35).

Concernant l'organisation des soins non programmés les IDE ne sont pas assujettis à la permanence des soins mais à la continuité des soins selon l'article R. 4312-12 du Code de déontologie des infirmiers : « dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité » (36). La notion de continuité des soins est différente de celle de permanence de soins : il s'agit d'assurer des soins continus et longitudinaux dans le temps selon les besoins du patient. Ainsi les cabinets d'infirmiers libéraux se doivent d'organiser et d'assurer la continuité des soins de leurs patients.

Pendant les pratiques sont multiples et certains cabinets infirmiers fonctionnent sur un schéma de permanence de soins avec une permanence téléphonique et une réponse 24h/24.

c) Autres acteurs du système de soins

Sont tenus de participer à la permanence de soins et donc aux soins non programmés : les pharmaciens (37) et les chirurgiens-dentistes (38,39). La permanence des soins est organisée par les ARS, les Ordres professionnels et les URPS. Elle est basée sur le volontariat et rémunérée en sus des actes réalisés et des consultations.

2. Coordination IDE-médecins

Les missions du médecin généraliste de premier recours sont définies par l'article L4130-1 du Code de la santé publique (40). Parmi ces missions le médecin généraliste se doit d'assurer la coordination des soins nécessaires à ses patients, et de les orienter, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social. La loi place ainsi le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, elle lui confère un rôle pivot dans l'organisation du système de soins, dans le suivi du patient et dans la coordination de son parcours.

L'arrêté du 6 janvier 1962 définit la liste limitative des actes pouvant être délégués par un médecin à un paramédical, ceux-ci étant réalisés soit sous le contrôle direct d'un médecin, soit sur sa prescription (41). Les possibilités légales d'intervention des auxiliaires médicaux sont donc déterminées au regard d'une liste limitative d'actes énumérés par la loi. Ainsi, et comme nous l'avons vu précédemment, un IDE est habilité par son métier à pratiquer une liste définie d'actes en application d'une prescription médicale. Les infirmiers se voient

actuellement reconnaître la possibilité de faire 109 actes, dont un certain nombre liés à leur rôle propre (et donc pour lesquels ils bénéficient d'une plus grande autonomie) ou au contexte organisationnel, la présence d'un médecin immédiatement mobilisable leur permettant d'effectuer certains types d'actes. Dans le cas particulier des infirmiers, selon l'article R. 4311-3 : « relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers » (42).

Selon le décret de 2002 les infirmiers « exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif » (35). Ils ont donc un rôle pivot dans la coordination de soins avec les acteurs de soins dont les médecins.

Cependant l'augmentation mais aussi l'évolution de la demande de soins a montré la nécessité de développer de nouveaux rapports et une nouvelle répartition des tâches entre professionnels de santé. Ces changements impliquent une refondation du cadre juridique de définition des professions et de leurs droits et devoirs.

En 2003, suite à un premier rapport concluant à une baisse de la démographie médicale (43), le professeur Berland présente dans un deuxième rapport une analyse des collaborations interprofessionnelles (44). Il conclut qu'il est indispensable et urgent d'envisager le transfert de compétences médicales vers d'autres auxiliaires médicaux pour faire face à la diminution annoncée de la démographie médicale, mais aussi pour optimiser le système de soins, régulariser des pratiques existantes non reconnues, et apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux. Il affirme qu'il serait souhaitable de créer le métier d'infirmière clinicienne spécialiste à l'instar de ce qui était déjà réalisé au Canada et en Angleterre, pour assurer un transfert de compétences dans le cadre d'activités collaboratives (44).

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a donné une base légale à la mise en place d'expérimentations de coopérations entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de tâches entre professions médicales et autres professionnels de santé, plus particulièrement les paramédicaux (45). La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a abrogé cette dernière et dans son article 51 étend le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortant du cadre expérimental et en

supprimant la notion de durée (3). La loi HPST permet une réorganisation du système de soins en mettant en place un parcours de soins coordonnés. Cette loi précise les missions du médecin de premier recours en particulier celles de coordination et d'organisation de la prise en charge des maladies chroniques en coopération avec les autres professionnels. L'article 51 de la loi HPST permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain (inscrits à l'article L4011-1 du Code de la santé publique), le transfert d'actes ou d'activités de soins et la réorganisation des modes d'intervention auprès des patients. Il faut constater que la coopération des professionnels n'est mentionnée par la loi que pour les maladies chroniques. Plusieurs arrêtés relatifs aux protocoles de coopération entre professionnels de santé virent le jour par la suite (46–49).

La HAS a élaboré des guides méthodologiques pour aider les professionnels de santé à rédiger des protocoles de coopération (50,51).

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a créé les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) (8). L'objectif est de promouvoir les initiatives de tous les professionnels de santé sur les territoires afin d'adapter les réponses aux besoins identifiés localement. Elle renvoie à une volonté d'améliorer la coordination entre professionnels de santé, de renforcer les soins ambulatoires, d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels, et pour les patients, de mieux structurer et fluidifier leurs parcours de santé. Une CPTS se définit par rapport à un territoire qui ne correspond pas nécessairement à une entité géographique administrative existante (commune, communauté de communes, canton ou département) mais à une zone caractérisée par les habitudes de travail en exercice coordonné de divers professionnels, et cohérente avec les parcours de soins des populations. Au 31 décembre 2019, il existe 18 projets de CPTS en Pays de la Loire (52).

Au niveau régional un groupe de travail pluriprofessionnel piloté conjointement par l'URPS Infirmiers et l'URPS Médecins, avec le soutien de l'ARS, a abouti à la création de l'association « ESP CLAP », Équipes de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient. Cette association rémunère des temps de coordination formalisés pour les professionnels de santé constitués en équipe en Pays de la Loire (53).

D. Épidémiologie des soins non programmés en médecine générale en France

Comme nous l'avons vu une grande partie de la demande de soins non programmés est assurée par la médecine générale de ville (30).

Selon l'enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des Solidarités et de la Santé réalisée en 2004 (qui est la dernière étude couvrant la réponse de la médecine générale de ville à la demande de soins non programmés au niveau national), les recours urgents ou non programmés constituent 12% de l'activité totale des médecins libéraux (54). Les données recueillies lors de cette enquête ont également été exploitées à l'échelle régionale par les observatoires régionaux de la santé (ORS), et notamment par celui des Pays de la Loire. Au niveau régional, 14,5% de l'activité des médecins généralistes libéraux est réservée aux SNP (55).

Les médecins généralistes sont les plus sollicités pour les demandes de soins non programmés avec les pédiatres : ils reçoivent 6 à 10 demandes par jour d'après l'URPS d'Île-de-France (9) et 6,6 demandes par jour en moyenne d'après l'URPS de Franche-Comté (31). 64% des généralistes se voient dans l'obligation de refuser les soins en urgence au-delà d'un certain seuil. Deux pics de recours urgents ou non programmés sont observés dans une journée : entre 10 h et 11 h et entre 18 h et 19 h au niveau national, entre 11 h et 12 h et entre 19 h et 20 h dans les Pays de la Loire (54,55).

La prescription d'examen complémentaires concerne 11% des patients vus de façon non programmée. La prescription de soins paramédicaux est nécessaire pour 4% de ces patients. Concernant la prise en charge le médecin doit réaliser un pansement, un prélèvement ou une injection dans 8% des cas (54).

La durée d'une consultation non programmée est en moyenne de 18 minutes alors que pour l'ensemble des consultations de généralistes la durée moyenne est plutôt, en 2002, entre 15 et 16 minutes (54).

Il est important de noter que, selon l'article de la DREES de 2007, dans 90% des cas, tant le médecin que le patient validaient a posteriori le caractère d'urgence (absolu ou relatif) des consultations. L'état somatique du patient est jugé stable dans environ sept cas sur dix (30).

En 2004, parmi les soins non programmés assurés par la médecine générale de ville, 5% étaient pris en charge par des médecins généralistes exerçant au sein d'une association d'urgentistes telle que SOS Médecins ou Urgences Médicales de Paris (56). En 2018 les associations SOS Médecins ont reçu 6,3 millions d'appels, ouvert 4 millions de dossiers médicaux et réalisé 2,6 millions de visites à domicile et 1,1 millions de consultations dans leurs points fixes d'accueil (57).

E. SOS Médecins

SOS Médecins France a été créé en 1966. C'est un réseau d'associations de médecins généralistes. Il est constitué en 2020 de 63 associations réparties sur l'ensemble du territoire (métropole et outre-mer), employant près de 1500 médecins. 60% de la population française

est couverte par une association SOS Médecins. Les médecins appartenant à ces associations sont des médecins libéraux organisés par un contrat d'exercice en commun. Ils sont conventionnés secteur 1, sans aucune subvention publique (58).

Le rôle principal de l'association est d'assurer la permanence des soins 24 heures sur 24, 365 jours sur 365, pour répondre à la demande des soins non programmés (58). 60 % des actes SOS Médecins sont ainsi réalisés la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. La part de l'activité effectuée aux heures d'ouverture des cabinets médicaux est cependant en augmentation : elle atteint 40% du total des actes. 80 % de la couverture libérale de permanence de soins en milieu urbain et péri-urbain est assurée par SOS Médecins.

Conformément aux décrets du 7 avril 2005 (59) puis du 13 juillet 2010 (25), les associations SOS Médecins sont interconnectées avec les SAMU-Centre 15. SOS Médecins Nantes collabore également avec de nombreuses institutions : hôpitaux, maisons de retraite, mairies, commissariats, gendarmeries, établissements pénitentiaires, instituts de veille sanitaire.

L'association de Nantes a rejoint la fédération SOS Médecins France en 1993. SOS Médecins Nantes compte actuellement 43 médecins (60). Elle intervient à domicile sur 15 des 24 communes de l'agglomération Nantaise, soit sur 92% de la population de l'agglomération. Elle dispose également de deux Centres de Consultation d'Urgence et de Permanence de Soins.

F. SOS Infirmiers Nantes

SOS Infirmiers Nantes est une association d'infirmiers diplômés d'État qui a été créée en novembre 2015. Formée de 2 infirmiers initialement, elle est constituée en 2020 de 10 infirmiers libéraux : 8 associés et 2 remplaçants. Tous ont été formés dans des services d'urgence et/ou de réanimation.

Les SOS Infirmiers réalisent des soins sur prescription médicale au domicile des patients 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Les patients sont également reçus depuis 2016 au Centre de Consultation d'Urgence et de Permanence de Soins de Nantes au sein du centre SOS Médecins Nantes. Les infirmiers y accueillent les patients de 9h à minuit toute la semaine y compris les week-ends et jours fériés, avec ou sans rendez-vous.

L'association coopère majoritairement avec SOS Médecins (99% des recours à SOS Infirmiers) mais aussi avec le SAMU, les maisons médicales de garde, l'HAD, le SSIAD, les maisons de retraite, les médecins généralistes et spécialistes, les infirmiers libéraux et les prestataires de service. Pour éviter tout compérage ces différentes structures n'ont recours à l'association qu'en cas d'indisponibilité de leurs propres IDE et les infirmiers SOS Nantes relaient les soins aux cabinets habituels dès que possible. De plus l'association n'a aucun

monopole puisque certains cabinets d'infirmiers libéraux fonctionnent également sur un schéma de permanence de soins.

Les protocoles de soins sont établis par SOS Médecins.

Les deux associations SOS Médecins et SOS Infirmiers restent indépendantes.

Contrairement à l'association SOS Médecins France l'association SOS Infirmiers n'est pas fédérée au niveau national. Il existe une association SOS Infirmiers à Bordeaux et un centre de consultation avec un unique IDE attaché à l'association SOS Médecins Tours, mais ce sont les seules structures SOS Infirmiers existantes en 2019 avec SOS Infirmiers Nantes.

Comme vu précédemment les IDE libéraux ont l'obligation de continuité des soins mais ne sont pas assujettis à la permanence des soins. Ainsi l'activité SOS Infirmiers se démarque des cabinets d'IDE libéraux classiques par différents points :

- participation à la permanence des soins
- infirmiers formés à l'urgence
- accès à un laboratoire et à un avis médical 24h/24 et 7j/7 (deux cliniques assurent l'accès à un laboratoire de garde 24h/24 : la clinique Jules Verne à Nantes et la Polyclinique de l'Atlantique à Saint-Herblain)
- activité réservée aux soins non programmés, absence de soins chroniques.

Cette coordination infirmiers-médecins vient compléter l'offre de soins ambulatoires sur le territoire nantais pour répondre aux besoins de soins non programmés. Entre 2017 et 2018 l'activité de SOS Infirmiers Nantes a augmenté de 37%. En 2019 il y a eu en moyenne 400 passages répertoriés par mois au centre de consultation SOS Infirmiers Nantes.

Etant une structure innovante plusieurs problèmes sont rencontrés par l'association : l'accessibilité à des molécules dont l'usage est réservé à l'hôpital (tel que le paracétamol IV), demandes ne faisant pas partie de la nomenclature des infirmiers, et difficulté économique (bien qu'une majoration nuit/week-end/jours fériés existe le salaire moyen d'un infirmier SOS est moins important que celui d'un IDE libéral « classique »).

G. Problématique

Comme nous l'avons vu précédemment la France est confrontée à une demande accrue de soins non programmés (14,17,21,22,29). Il est intéressant de comprendre les raisons de cette demande mais surtout d'y répondre.

Les SU françaises sont en grève depuis le 18 mars 2019. La durée de cette grève est inédite. Cette grève est également remarquable car elle est coordonnée au niveau national. Plus de 20% des patients déclarent venir aux urgences par défaut (absence d'autre solution),

l'absence du médecin traitant étant citée par 6% des patients et l'impossibilité de trouver rapidement un rendez-vous pour des examens complémentaires par 5% d'entre eux (61). Pourtant comme nous l'avons vu la majorité des SNP est déjà assurée par la médecine de ville (30).

Alors que l'organisation des soins non programmés en médecine générale constitue un enjeu majeur et récurrent des politiques d'organisation des soins, peu de données de la littérature sont disponibles sur la part des soins non programmés assurée par la médecine ambulatoire. De plus ces études sont centrées sur le corps médical et ne prennent pas ou peu en compte les différents acteurs du soin.

En 2019, en France, les IDE ne sont pas assujettis à la permanence des soins. Il n'y a pas non plus à l'échelle nationale ni même à l'échelle régionale une organisation de soins infirmiers destinée aux soins non programmés. Les IDE représentent 65% des effectifs des auxiliaires médicaux et leur activité reste souvent occultée, dans une organisation et un financement médico-centrés. Il pourrait être intéressant qu'à l'instar des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes, la profession s'organise de façon officielle afin de compléter l'offre de soins ambulatoires des territoires pour répondre aux besoins de soins non programmés.

Peu d'études existent concernant la coordination des professionnels de santé et peu d'entre elles sont statistiquement fiables : aucun paramètre d'évaluation standard ne s'est encore établi à ce jour dans ce domaine de recherche (62). De surcroît, peu d'études s'intéressent à la collaboration interprofessionnelle dans l'aide urgente. Pourtant la littérature suggère que la collaboration interprofessionnelle peut améliorer les processus et les résultats en matière de soins de santé (63). L'impact de cette collaboration infirmiers-médecins dans les SNP est aujourd'hui inconnu. Il faut donc étayer les études portant explicitement sur la CIP pour obtenir des preuves plus concluantes sur son impact.

Les pratiques actuelles de coopération entre professionnels de santé sont organisées de façon officielle par les institutions sanitaires. Cependant un certain nombre de coopérations informelles ont aujourd'hui lieu en France pour répondre aux besoins de santé de la population. L'intervention infirmière dans l'aide urgente en fait partie (64).

L'accès direct à des soins infirmiers sans délai ainsi qu'à des visites infirmières à domicile en aigu, et ce en coordination avec des consultations médicales, une réponse pharmaceutique et un laboratoire de ville 24h/24, pourrait constituer une réponse de plus à la demande de SNP (65).

H. Objectifs

À notre connaissance la collaboration entre SOS Infirmiers et SOS Médecins dans le département de Loire-Atlantique n'a pas fait l'objet d'évaluation.

L'objectif principal de notre étude est de réaliser une description de cette forme innovante de coordination entre médecins et infirmiers dans les soins non programmés au sein des associations SOS Médecins et SOS Infirmiers Nantes.

L'objectif secondaire est d'évaluer si cette coordination de soins a un impact sur le maintien à domicile.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle monocentrique prospective, descriptive de la coordination entre SOS Infirmiers et SOS Médecins.

Nous avons fait le choix de réaliser une étude qualitative car nous voulions décrire une forme innovante de coordination de soins non programmés. Cette méthode est appropriée quand les facteurs étudiés sont subjectifs comme le sujet de la collaboration interprofessionnelle. De plus cette méthodologie est particulièrement pertinente dans les démarches exploratoires, quand les données de la littérature sont peu connues sur un sujet (66), ce qui est le cas ici (62).

B. Population étudiée

Notre étude s'est intéressée aux patients vus par SOS Médecins Nantes en consultation, dans les centres de Consultation d'Urgence ou en visite à domicile, dont la prise en charge a nécessité la prescription de soins SOS Infirmiers.

SOS Médecins et SOS Infirmiers Nantes interviennent à domicile sur 15 des 24 communes de l'agglomération Nantaise : Basse-Goulaine, Bouguenais, Carquefou, Indre, La Chapelle-sur-Erdre, Les Sorinières, Nantes, Orvault, Rezé, Sautron, Saint-Herblain, Saint-Sébastien-sur-Loire, Sainte-Luce-sur-Loire, Thouaré-sur-Loire et Vertou. Les associations interviennent 24h/24 et 7j/7 sur l'ensemble des communes couvertes.

L'association SOS Médecins dispose de deux centres de Consultation d'Urgence et de Permanence de Soins : un à Nantes accolé au centre de consultation SOS Infirmiers, et un à Rezé. Le centre de consultation de Nantes est ouvert 7 jours sur 7 de 9h à minuit. Celui de Rezé est ouvert sur les périodes de fermeture des cabinets médicaux (du lundi au vendredi de 20h à minuit, les samedis de midi à minuit et les dimanches et jours fériés de 9h à minuit).

Tous les patients ayant consulté SOS Médecins Nantes sur la période retenue dont la prise en charge a nécessité la prescription d'un soin SOS Infirmiers ont été inclus dans l'étude. Pour ne pas créer de compérage il était demandé au patient préalablement à l'inclusion s'il était déjà suivi par un infirmier libéral. Les médecins devaient contacter le cabinet infirmier habituel et adresser le patient si tel était le cas. En cas d'impossibilité de prise en charge par

le cabinet habituel les infirmiers SOS devaient en préciser la raison et les patients étaient alors inclus dans notre étude.

Ainsi les critères d'inclusion étaient les suivants :

- tous les patients de SOS Infirmiers Nantes pris en charge avec une prescription de SOS Médecins Nantes sur la période retenue
- patient de tout âge
- patient vu au centre de consultation ou en visite
- consultation en jour ouvré ou dans le contexte de la permanence des soins.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- refus du patient
- impossibilité de joindre le patient (pas de réponse téléphonique, coordonnées incorrectes ou absentes)
- absence de dossier patient
- problème de compréhension rendant la conversation téléphonique impossible.

C. Période d'étude

L'inclusion des patients s'est déroulée entre le 14 décembre 2018 et le 14 janvier 2019 inclus. L'entretien téléphonique était réalisé 30 jours après la consultation SOS Médecins.

D. Recueil des données

Les variables d'intérêt durant cette étude étaient les suivantes :

- motifs de recours à SOS Infirmiers : typologie des consultations médicales aboutissant à une prescription de soins SOS Infirmiers (horaires, localisations), diagnostics établis par SOS Médecins
- soins pratiqués par SOS Infirmiers : nature des soins, délai après la prescription médicale, horaire, localisation, durée, fréquence.

Concernant les données collectées par les investigateurs (annexe 1) : elles étaient recueillies à partir des dossiers informatisés de SOS Médecins. Ces dossiers sont remplis le jour même de la consultation par le médecin faisant la consultation. L'investigateur retranscrivait les données dans un formulaire Google Form de manière anonyme. Trois Investigateurs ont

participé à l'étude : deux médecins SOS titulaires et une interne (moi-même). Le motif de recours à SOS Infirmiers correspondait au diagnostic établi par le médecin SOS le jour de la consultation. Ce diagnostic devait être retranscrit dans le Google Form parmi une liste de choix définis a priori par les investigateurs. Nous avons constitué cette liste à partir de l'expérience des 2 médecins investigateurs travaillant au sein de l'association SOS Médecins : chaque case correspondait à un motif qui leur semblait fréquemment pourvoyeur de soins SOS Infirmiers, et pouvait correspondre aussi bien à une pathologie définie (telle qu'une pyélonéphrite aiguë) qu'à un symptôme (tel qu'une fièvre). Une case « autres » permettait d'ajouter des motifs définis a posteriori à partir des dossiers médicaux.

Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux remplis par tout médecin SOS, titulaire ou remplaçant.

Concernant les données collectées par les infirmiers (annexe 2) : celles-ci étaient collectées le jour même des soins dans le Google Form. Aucune information d'identité des patients n'a été collectée dans le Google Form. La nature des soins SOS Infirmiers était à cocher parmi une liste d'actes de soins Infirmiers répertoriés dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) (67). Nous avons à nouveau constitué cette liste à partir de l'expérience des 2 médecins investigateurs travaillant au sein de l'association SOS Médecins.

Tous les infirmiers de l'association SOS Infirmiers Nantes ont participé à l'étude, ainsi que leurs remplaçants.

Concernant la transmission d'informations entre infirmiers et médecins nous avons respecté le fonctionnement habituel des deux associations :

- en VAD : le médecin appelle l'infirmier sur un numéro unique disponible 24h/24 et 7j/7 pour connaître sa disponibilité, lui donner les informations sur les soins à réaliser et lui préciser le degré d'urgence de l'intervention. L'infirmier valide auprès du médecin la faisabilité des soins. L'ordonnance est laissée au domicile du patient, les données administratives (dont les coordonnées postales et téléphoniques du patient) sont envoyées par mail à l'infirmier (fiche électronique sans donnée médicale)
- au centre de Consultation d'Urgence : le médecin et l'infirmier échangent oralement sur la prescription, son urgence et la faisabilité. L'ordonnance est remise en mains propres.

Concernant notre critère de jugement secondaire, le maintien à domicile, il a été recueilli par questionnaires téléphoniques (annexe 3) 30 jours après la consultation initiale de SOS Médecins. L'investigateur appelait le patient, et notait son devenir dans le Google Form. Si le patient ne répondait pas la première fois une deuxième tentative d'appel téléphonique était effectuée. S'il ne répondait toujours pas alors il était exclu. Les données des résidents en EHPAD et des enfants ont été recueillies par l'intermédiaire du même questionnaire adressé respectivement aux personnels de soins des établissements et à l'un des parents. Pour

établir un comparatif, l'infirmier SOS devait recueillir auprès du médecin prescripteur, le jour de la prescription initiale, s'il aurait hospitalisé le patient en l'absence de SOS Infirmiers (par « hospitaliser » nous entendons adresser à l'hôpital, aux urgences ou à un service spécialisé). L'infirmier notait cette donnée dans le Google Form lors de la première intervention.

Concernant le consentement, il a été recueilli par oral par le médecin lors de la consultation initiale. SOS Infirmiers notait cette information dans le Google Form : si le patient s'opposait à l'utilisation de ses données il était exclu de l'étude.

E. Logiciel et test statistique

Nous avons donc utilisé l'application Google Forms pour collecter les données à partir des différents intervenants.

Le tableur Google Sheets a ensuite été utilisé pour rassembler les données qui ont été transférées sur un tableau Excel pour être analysées.

Concernant le critère de jugement secondaire, l'impact sur le maintien à domicile, les calculs statistiques ont été réalisés grâce à un test bilatéral du Chi², avec un risque alpha établi à 5%. Les résultats ont été considérés comme significatifs pour une valeur de $p < 0.01$.

III. RÉSULTATS

A. Description de la population

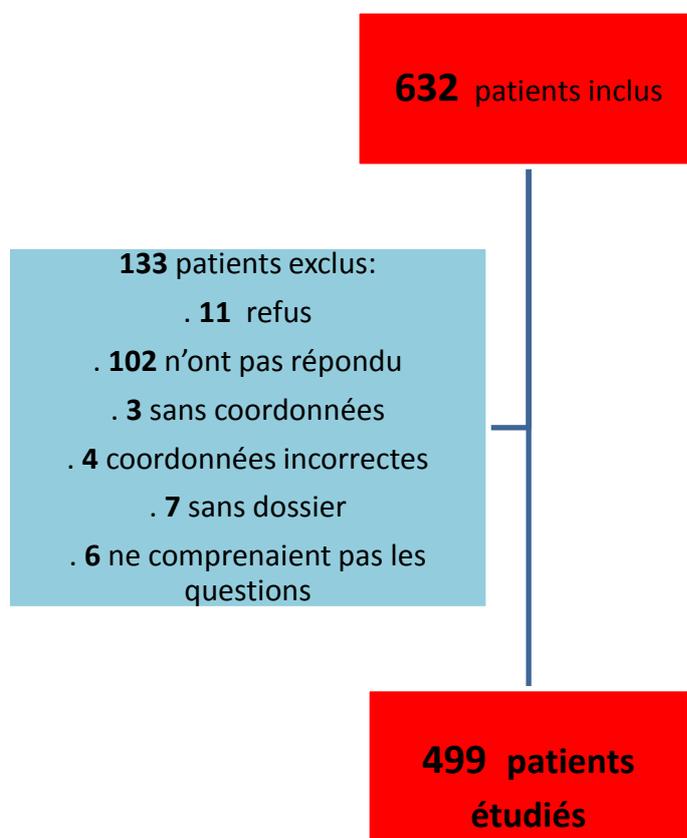
1. Nombre de patients inclus et analysés

Entre le 14 décembre 2018 et le 14 janvier 2019, 632 patients ayant consulté SOS Médecins ont nécessité la prescription d'un soin SOS Infirmiers et ont donc été inclus.

Parmi ces 632 patients inclus 133 ont été exclus :

- 11 patients ont refusé de participer à l'étude
- 109 n'ont pas pu être contactés : 102 n'ont pas répondu au bout de 2 appels, 4 avaient des coordonnées incorrectes, 3 n'avaient aucune coordonnée
- 7 pour lesquels aucun dossier n'a été retrouvé
- 6 car des problèmes de compréhension rendaient la réponse téléphonique impossible (maîtrise insuffisante du français).

Figure 1 : Diagramme de flux



2. Caractéristiques de la population

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques des patients étudiés	Effectifs (N = 499)	Pourcentages (%)
Sexe du patient		
Homme	182	36,5
Femme	317	63,5
Classe d'âge		
0 - 2 mois	0	0
3 mois - 1 an	4	0,8
2 - 14 ans	38	7,6
15 - 44 ans	224	44,9
45 - 69 ans	105	21
70 ans et plus	128	25,7
Lieu d'habitation		
EHPAD	45	9
Autres	454	91
Suivi préalable par un cabinet d'infirmiers libéraux		
Oui	28	5,6
Non	471	94,4

La population étudiée comportait plus de femmes que d'hommes : le sex-ratio était de 0,6.

L'âge moyen de la population était de 47,1 ans. La médiane était de 41 ans. Nous avons défini le regroupement par classes d'âge selon 6 catégories (56) : les nouveau-nés (0 à 3 mois exclus), les nourrissons (3 mois à 2 ans exclus), population pédiatrique (2 ans à 15 ans exclus), jeunes adultes (15 ans à 45 ans exclus), adultes (45 ans à 70 ans exclus), personnes âgées (70 ans et plus).

Nous avons différencié les patients vivant en EHPAD des autres car ce critère nous semblait important pour préciser les populations cibles de SOS Infirmiers et pour l'analyse de certaines données (nombre de décès, refus d'hospitalisation, maintien à domicile).

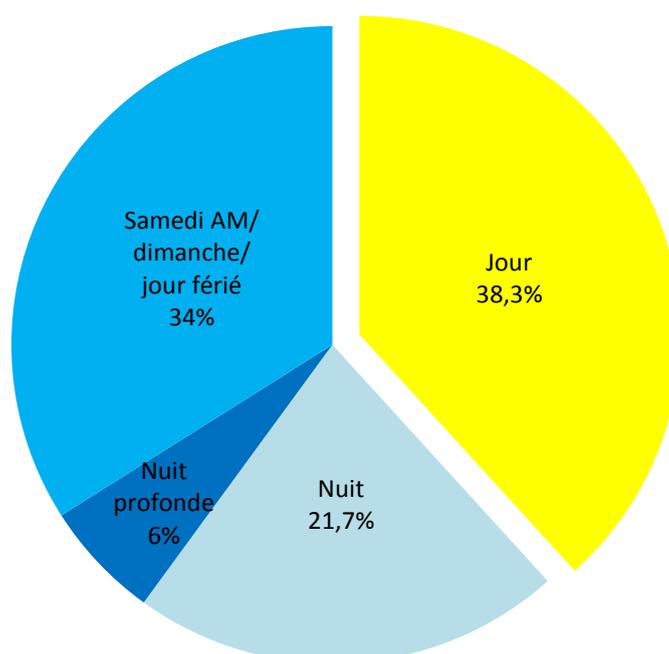
Les patients inclus qui avaient déjà un suivi par un cabinet d'infirmiers libéraux ont représenté 5,6% de la population (n = 28 patients). Pour seulement 5 de ces 28 patients le motif d'impossibilité de la prise en charge par le cabinet habituel a été renseigné : trois cabinets ont refusé de prendre en charge le patient et deux n'ont pas donné de réponse.

B. Critère de jugement principal

1. Prise en charge médicale initiale

a) *Caractéristiques des actes médicaux nécessitant une prescription de soins SOS Infirmiers*

Figure 2 : Typologie des actes médicaux ayant nécessité des soins SOS Infirmiers

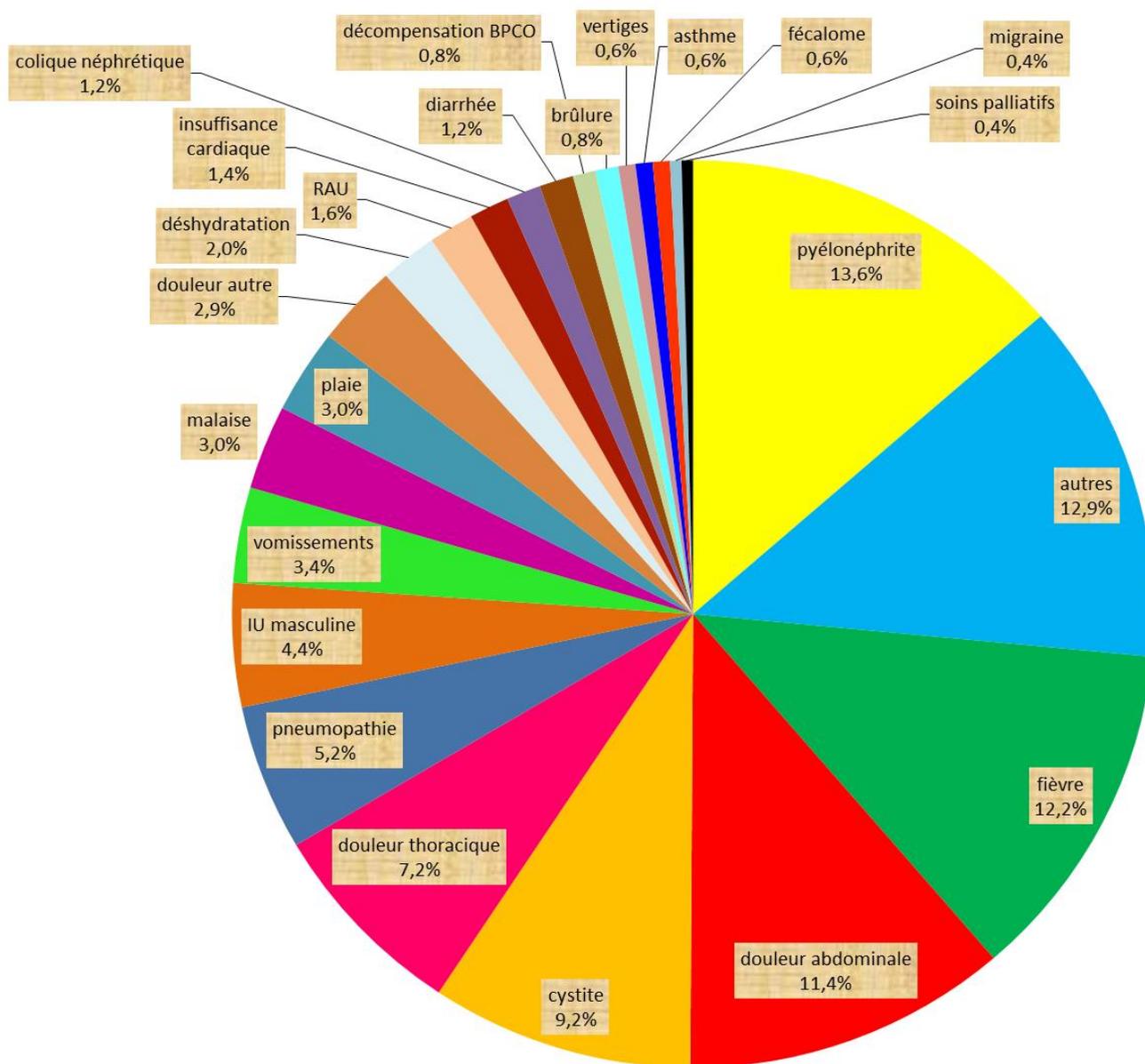


Les actes médicaux ayant nécessité des soins SOS Infirmiers ont été pour la plupart des soins relevant de la PDSA puisque 61,7% d'entre eux ont été effectués durant les heures de fermeture des cabinets : 21,7% durant la nuit (de 20h à minuit et de 6 heures à 8 heures du matin), 6% durant la nuit profonde (de minuit à 6h du matin), et 34% les samedis après-midi, les dimanches et jours fériés.

Par ailleurs, parmi ces consultations, 271 ont été faites au sein des 2 centres de Consultation d'Urgence SOS et 226 en visite à domicile, soit respectivement 54,3% et 45,3% des consultations. Deux soins SOS Infirmiers ont été prescrits lors d'une régulation téléphonique, sans examen médical préalable, par le régulateur SOS Médecin.

b) *Motifs de recours à l'infirmier SOS*

Figure 3 : Motifs de recours à SOS Infirmiers



BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive, RAU : Rétention Aiguë d'Urines

Parmi les motifs définis préalablement à l'enquête, les pathologies infectieuses ont représenté la grande majorité des recours à SOS Infirmiers : 44,6% des patients présentaient une pathologie infectieuse (12,2% une fièvre, 27,2% une infection urinaire, 5,2% une

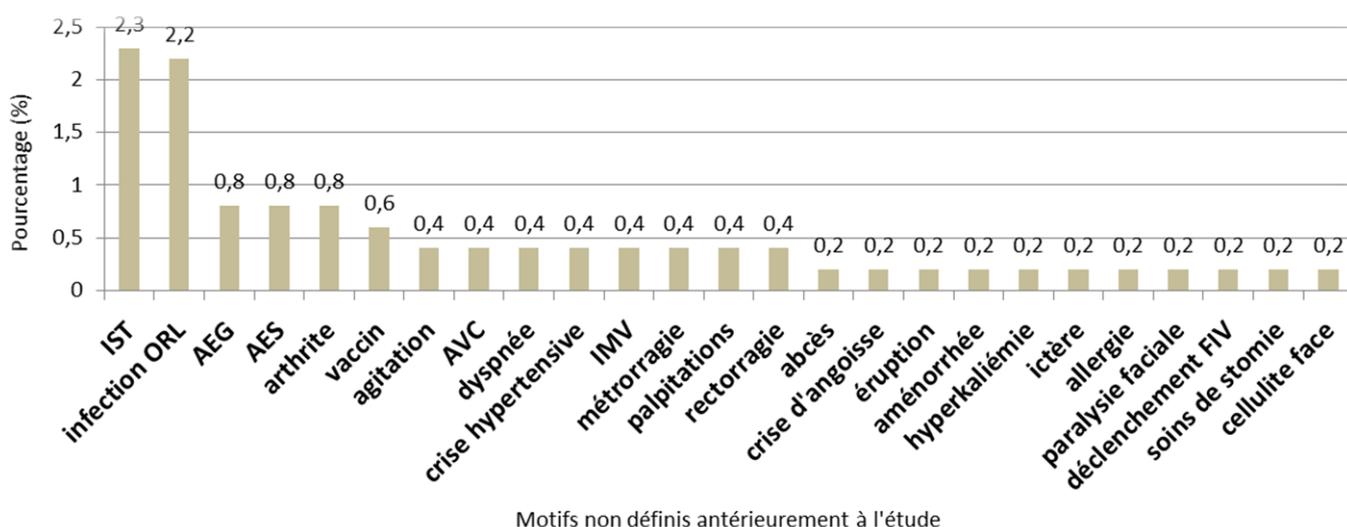
pneumopathie). A ce nombre il faut rajouter les motifs non préalablement définis à l'enquête qui correspondaient à une pathologie infectieuse soit 4,9% de la population (infection sexuellement transmissible, infection ORL, abcès, cellulite faciale), dont les proportions sont représentées sur la figure 4, et les patients présentant une symptomatologie potentiellement en lien avec une infection (telle que des douleurs abdominales, des douleurs d'une autre localisation, des vomissements, une diarrhée, une déshydratation, une altération de l'état général, une arthrite, une agitation, une dyspnée, une éruption, un ictère) mais dont la proportion est impossible à déterminer car le diagnostic final n'était pas précisé dans cette étude.

Le deuxième motif de recours à un SOS Infirmiers en terme de fréquence est la douleur puisque qu'elle a motivé 21,5% des demandes de soins SOS Infirmiers.

Les 40% restants se sont répartis entre des motifs divers d'ordre cardio-pulmonaire, gastro-entérologique, neurologique, urologique et dermatologique.

12,9% des patients ont eu recours à SOS Infirmiers pour un motif qui n'avait pas été prévu a priori (motifs « autres »). L'ensemble de ces motifs est présenté sur la figure suivante.

Figure 4 : Motifs de recours à SOS Infirmiers non définis antérieurement à l'étude



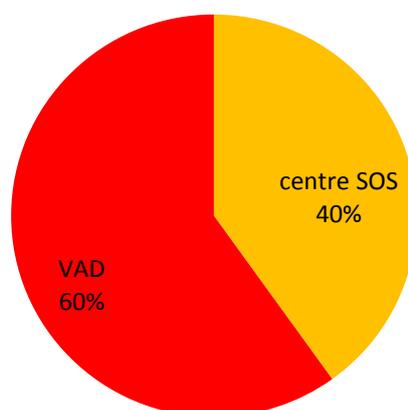
IST : Infection Sexuellement Transmissible, AEG : Altération de l'État Général, AES : Accident d'Exposition Sexuelle ou au sang, AVC : Accident Vasculaire Cérébral, IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire, FIV : Fécondation In Vitro

Les infections sexuellement transmissibles (IST) et les accidents d'exposition sexuelle ou au sang (AES) ont représenté à eux deux 3,1% des motifs de recours à SOS Infirmiers, ce qui est une part non négligeable. Parmi les infections ORL ont figuré 9 angines, une laryngite et une parotidite.

2. Activité SOS Infirmiers

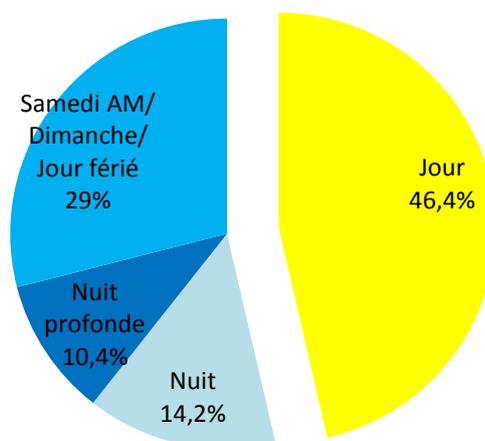
a) Lieux, horaires et délais des soins SOS Infirmiers

Figure 5 : Lieux des soins SOS infirmiers



Concernant le lieu des soins SOS Infirmiers, 60% ont été réalisés au domicile du patient et 40% dans les centres de Consultation d'Urgence SOS. Cependant cette proportion n'a pas été la même entre les soins initiaux et les soins qui ont été réalisés secondairement, lorsque l'infirmier SOS était amené à faire de nouveaux soins au même patient. En effet, concernant les soins initiaux, ils ont été réalisés en majorité au centre SOS (54,5% au centre SOS contre 45,5% au domicile) alors que les soins secondaires ont été réalisés dans la grande majorité des cas au domicile du patient (85,9% des fois).

Figure 6 : Typologie des actes de soins SOS Infirmiers



53,6% des actes infirmiers ont été réalisés sur les horaires de PDSA. Cependant il existait également une différence entre les actes SOS Infirmiers initiaux et les actes SOS Infirmiers secondaires puisque ceux-ci étaient organisés et planifiés. Ainsi 67,9% des actes SOS Infirmiers initiaux ont été réalisés sur les horaires de permanence d'accès aux soins (37,1% les samedis/dimanches/jours fériés, 16,6% la nuit et 14,2% en nuit profonde) alors que seulement 27,5% des soins SOS Infirmiers secondaires l'ont été (14,3% les samedis/dimanches/jours fériés, 9,9% la nuit et 3,3% en nuit profonde).

Tableau II : Comparaison des actes médicaux et infirmiers initiaux

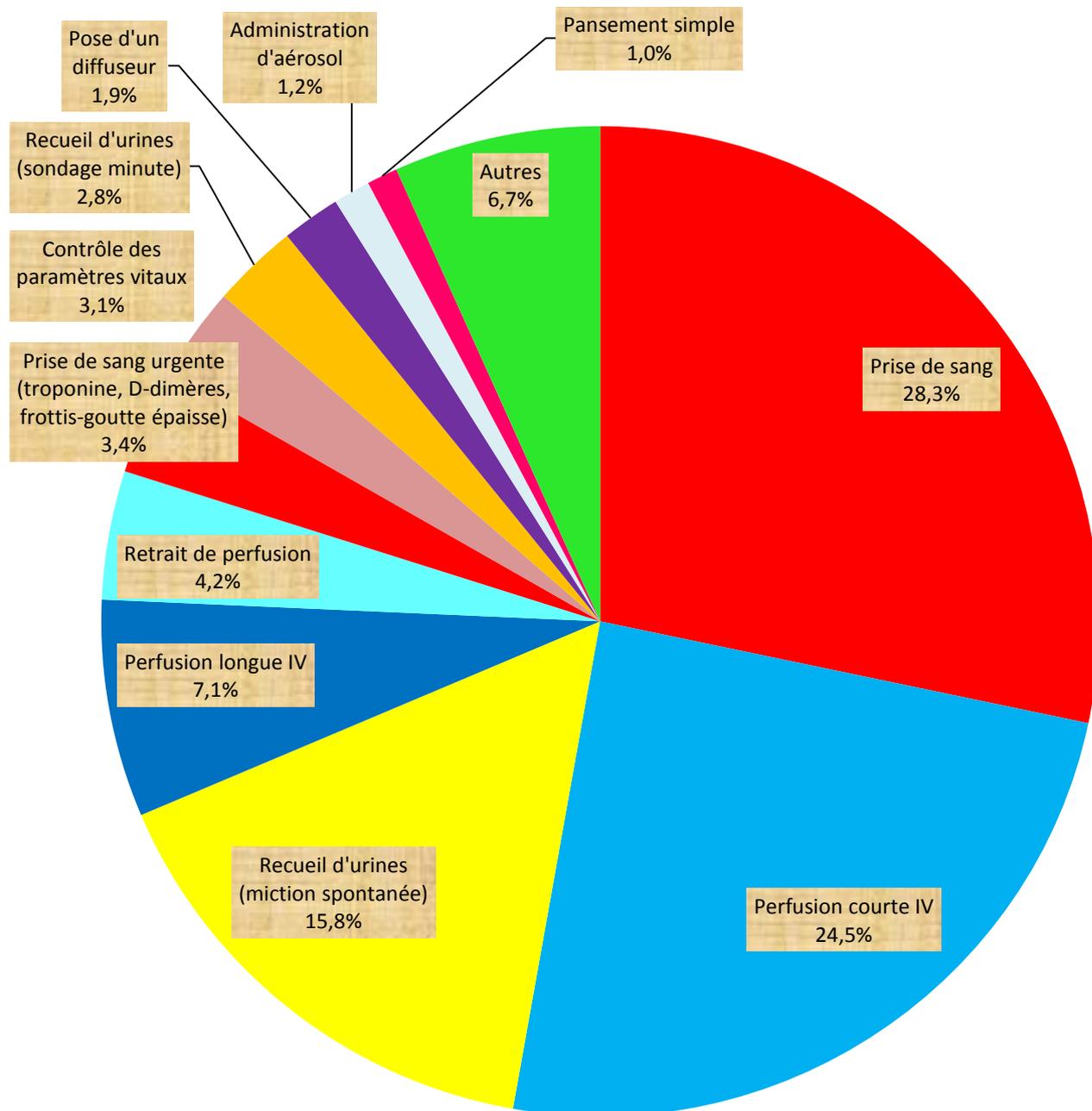
	Soins infirmiers (%)	Soins médicaux (%)
Lieux des soins		
Centres SOS	54,5	54,3
Visite à domicile	45,5	45,3
Type d'acte		
Jour	32,1	38,3
Horaires de permanence d'accès aux soins	67,9	61,7

En comparant la nature des actes SOS Infirmiers initiaux (sans prendre en compte les soins secondaires qui étaient planifiés) et celle des actes SOS Médecins, on remarque qu'elles sont superposables.

Concernant le délai d'intervention des SOS Infirmiers après la consultation médicale : la moyenne a été de 1h19 minutes et la médiane de 1 heure. Ce délai a été calculé seulement pour les soins SOS Infirmiers à domicile. En effet, l'horaire des consultations aux centres SOS n'était pas noté, ce qui rendait le calcul du délai impossible. De plus ce délai nous semblait moins important à calculer car probablement beaucoup plus rapide (car le médecin et l'infirmier se trouvaient au même endroit) et concernant des patients moins graves pouvant se déplacer.

b) *Nature des soins SOS Infirmiers*

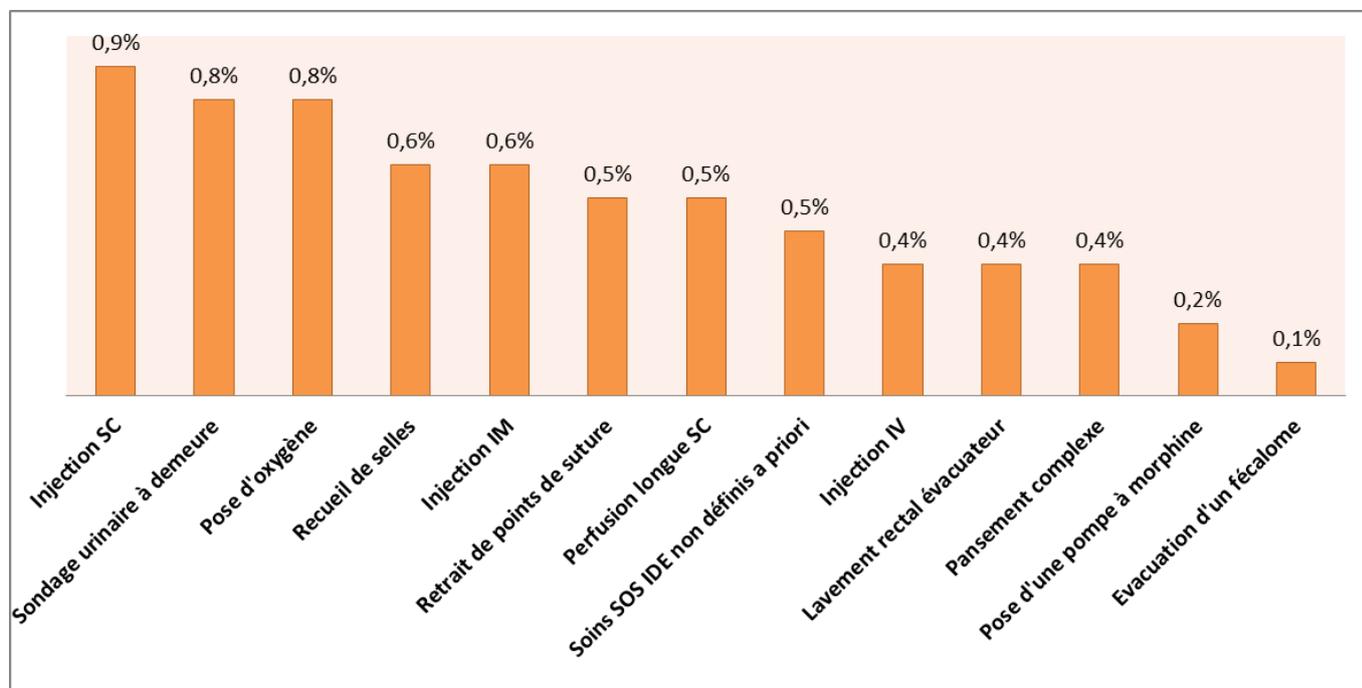
Figure 7 : Nature des soins SOS Infirmiers



51,4% des soins SOS Infirmiers ont été des actes diagnostiques, 45,5% ont été réalisés à visée thérapeutique et 3,1% ont été des soins de surveillance.

Nous n'avons pas représenté les motifs dont la proportion était inférieure à 1%. Ils ont été classés dans le secteur « autres » de la figure 7 et sont représentés dans la figure 8.

Figure 8 : Soins SOS Infirmiers dont la proportion a été inférieure à 1% des soins pratiqués



Quatre types de soins n'ont pas été définis a priori et ont représenté 0,5% des soins SOS Infirmiers : la réalisation d'un examen cyto bactériologique des crachats (ECBC), de deux écouvillons urétraux, d'un auto-prélèvement vaginal et la pose de bandes de contention.

Lors de leurs soins les infirmiers SOS effectuaient le plus souvent plusieurs gestes auprès du patient : dans 52,8% des cas les infirmiers SOS faisaient plus d'un geste durant leur consultation.

Tableau III : nombre de gestes par soins SOS Infirmier

Nombre de gestes infirmiers lors du soin	Pourcentages des soins SOS IDE (%)
1	47,2
2	30,4
3	19,8
4	2,6

c) Durée et fréquence des soins SOS Infirmiers

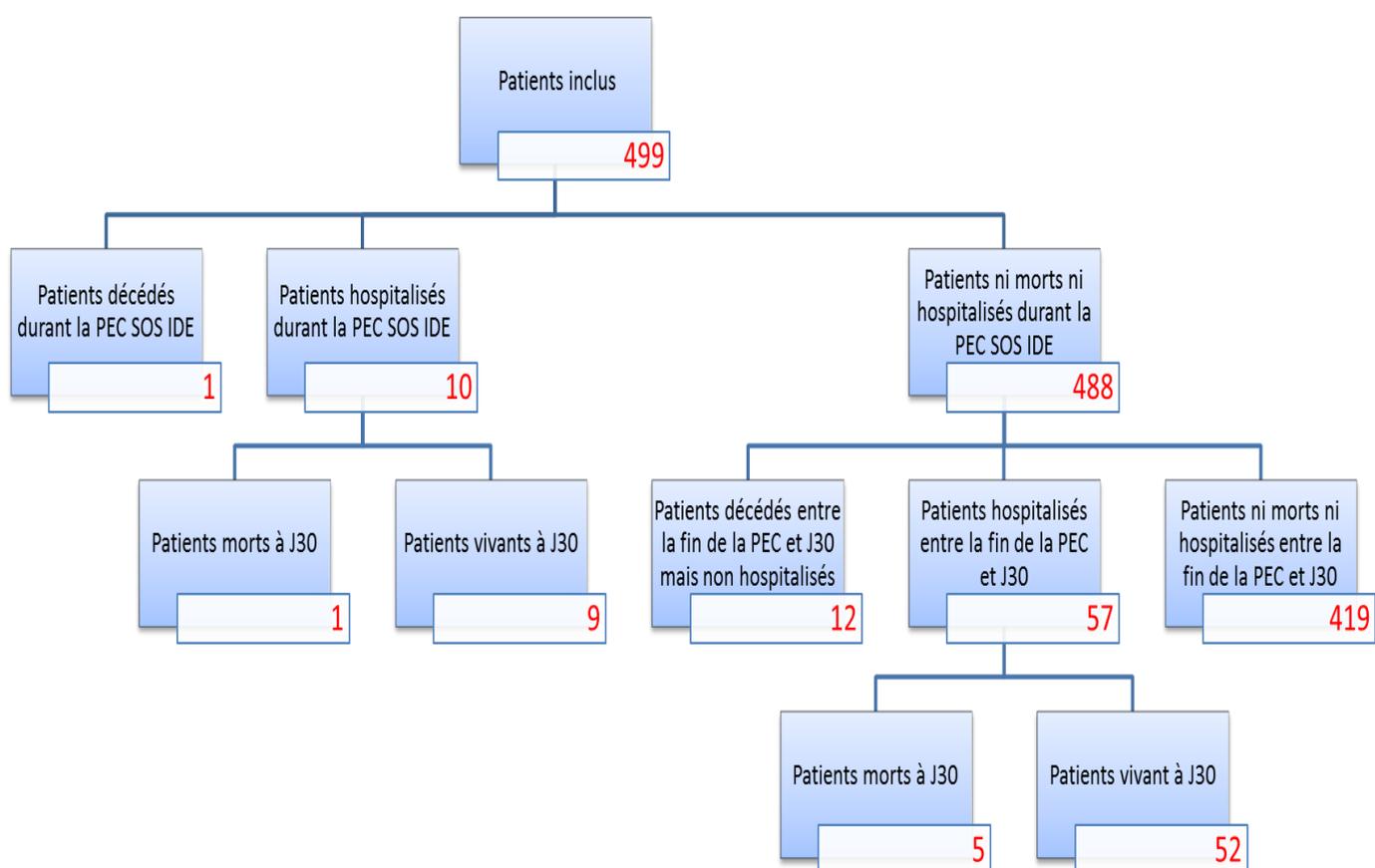
Sur les 499 prescriptions initiales de soins SOS Infirmiers, 492 possédaient une durée déterminée de soins infirmiers. Sur ces ordonnances la durée moyenne des soins SOS Infirmiers demandés était de 1,6 jour. La médiane était de 1 jour. La durée maximale était de 15 jours.

A posteriori la durée moyenne des soins infirmiers a été de 1,4 jour, la médiane est restée à 1 jour. La durée maximale des soins infirmiers s'est étendue sur 13 jours.

100 soins IDE ont été réalisés en série (c'est-à-dire que l'infirmier SOS venait au moins une deuxième fois), mais la fréquence de ces soins secondaires n'a pas été précisée.

3. Parcours de soins

Figure 9 : Parcours de soins des patients inclus



a) *Concernant les patients hospitalisés*

Sur les 499 patients inclus 67 ont été hospitalisés, soit 13,4% de la population incluse : 10 durant la prise en charge SOS Infirmiers et 57 dans les trente jours qui ont suivi la fin de la prise en charge SOS Infirmiers.

Concernant les 10 patients hospitalisés durant la prise en charge SOS Infirmiers : 6 ont été hospitalisés sur demande du médecin prescripteur initial, 3 sur demande du médecin régulateur et 1 suite au deuxième passage d'un médecin SOS. Ces demandes d'hospitalisations ont été faites en majorité sur les horaires de permanence d'accès aux soins (70% des cas) : 4 durant la nuit, 3 un samedi après-midi/dimanche/jour férié et 3 durant un jour de semaine. Les motifs d'hospitalisation ont été les suivants : 3 pour aggravation clinique (respectivement d'une pneumopathie, d'un OAP et de vomissements dans un contexte de pyélonéphrite), 1 pour échec de l'antalgie d'une migraine, 1 pour échec de l'antibiothérapie d'une pyélonéphrite, 1 pour fausse couche, 2 pour échec de sondage sur RAU, 1 pour AVC et 1 pour intoxication poly-médicamenteuse volontaire.

Les infirmiers SOS sont intervenus sur 9 de ces 10 patients dans le cadre de soins pré-hospitaliers, en attendant l'ambulance. 6 soins ont été réalisés à domicile, 4 en cabinet. Les natures des soins SOS Infirmiers pré-hospitaliers ont été les suivantes : 3 recueils d'urines (2 pour pyélonéphrite, 1 dans le contexte d'IMV), 2 sondages urinaires sur RAU, 1 contrôle des paramètres vitaux (dans le contexte d'OAP) et 4 perfusions dont 3 associées à un prélèvement sanguin.

Sur ces 10 patients, seul 1 avait refusé d'être hospitalisé initialement et l'a été pour aggravation clinique de sa pneumopathie.

Concernant les 57 patients hospitalisés entre la fin de la prise en charge SOS Infirmiers et J30, il n'a pas été précisé par qui la demande d'hospitalisation avait été faite ni quand. Le motif d'hospitalisation n'était pas renseigné non plus. Sur ces 57 patients, 5 avaient refusé d'être hospitalisés initialement (soit 8,8%).

Au total sur les 67 patients hospitalisés 6 avaient refusé d'être hospitalisés initialement (8,9%). Ainsi pour 23% des patients refusant l'hospitalisation la demande de ne pas être hospitalisé n'a pas pu être respectée. En effet sur les 499 patients inclus 26 refusaient d'être hospitalisés initialement, 470 étaient d'accord et 3 ne se prononçaient pas.

b) Concernant les patients décédés

19 patients sont décédés au total (soit 3,8% de la population étudiée). Sur ces 19 patients :

- 14 vivaient en institution (soit 73,7%), 5 non (26,3%)
- la moyenne d'âge était de 84,5 ans
- 1 seul patient sur les 19 est décédé durant la prise en charge SOS Infirmiers. Ce patient avait 90 ans et est décédé à l'EHPAD d'un choc septique sur une pneumopathie. Il avait été demandé à l'infirmier SOS de venir la nuit et d'effectuer une perfusion courte IV et une perfusion longue SC. Les 18 autres patients sont décédés entre la fin de la prise en charge et J30.
- 13 n'ont pas été hospitalisés (68,4%) avant de mourir et 6 l'ont été (31,6%)
- Parmi ces 6 patients hospitalisés aucun n'avait refusé initialement de l'être.

c) Consultations SOS Médecins supplémentaires

Pour seulement 10 des 499 patients, un deuxième passage SOS médecins a été nécessaire durant la prise en charge SOS Infirmiers. 50% de ces passages ont été réalisés sur les horaires de permanence d'accès aux soins, 50% en journée. Seul un de ces dix passages a abouti à une demande d'hospitalisation sur un échec d'antibiothérapie ambulatoire dans un contexte de pyélonéphrite aiguë.

d) Relai des soins aux infirmiers non SOS

Pour 33 patients, les soins infirmiers ont été relayés par un cabinet d'infirmiers libéraux non SOS : dans 27 cas par les IDE habituels du patient et dans 6 cas par des IDE de proximité. Ce relai était assuré par le patient s'il en était capable, par l'infirmier dans le cas contraire. Une feuille de transmission était laissée au domicile du patient pour informer l'infirmier prenant le relai des soins réalisés (notamment nom des molécules utilisées, voie et horaires d'administration). L'ordonnance était laissée au domicile.

C. Critère de jugement secondaire

Notre objectif secondaire était de déterminer si cette forme de coordination médecin-infirmier dans les soins non programmés permettait le maintien au domicile du patient.

Pour 202 patients (40,5%) le médecin a déclaré qu'il aurait hospitalisé le patient en l'absence de SOS Infirmiers. Au final seulement 67 des 499 patients inclus (soit 13,4%) ont été hospitalisés. La différence est significative ($p < 0,001$).

En pratique sur les 202 patients qui auraient été hospitalisés en l'absence de SOS Infirmiers 44 patients l'ont été vraiment, soit 21,8% des patients (8 durant la prise en charge SOS Infirmiers, 36 entre la fin de la prise en charge SOS Infirmiers et J30) et 158 ne l'ont pas été (78,2%).

Sur les 297 patients qui n'auraient pas été hospitalisés 265 ne l'ont vraiment pas été (soit 89,2%) et 32 l'ont été tout de même, soit 10,8% (2 durant la prise en charge SOS Infirmiers et 30 entre la fin de la PEC et J30).

IV. DISCUSSION

A. Forces et faiblesses de l'étude

1. Forces et intérêts de l'étude

Un des atouts de notre étude est sa thématique. Peu de données de la littérature sont disponibles sur la gestion des soins non programmés par le secteur libéral et sur la collaboration interprofessionnelle (62). À notre connaissance, l'activité de SOS Infirmiers n'a jamais été étudiée alors qu'elle constitue un mode de coopération innovant. La prise en charge des SNP en médecine libérale est actuellement un enjeu majeur et récurrent des politiques d'organisation de soins dans le contexte d'augmentation de la fréquentation des SU et de ses conséquences préjudiciables (14,21,22). En témoigne encore récemment le « Pacte de Refondation des Urgences » proposé par la ministre de la Santé Mme Agnès Buzyn le 9 septembre 2019 (12).

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive, ce qui était adapté à notre objectif principal : décrire la coordination entre médecins et infirmiers dans les soins non programmés au sein des associations SOS Infirmiers et SOS Médecins Nantes. Cette méthodologie est par ailleurs pertinente dans la démarche exploratoire (66), ce qui est le cas ici puisque qu'il s'agit d'une coopération originale, et que peu de données de la littérature sont disponibles sur la CIP dans l'aide urgente.

Nous avons réalisé une étude prospective, ce qui nous a permis de collecter l'ensemble des données qui nous semblaient pertinentes, sans biais de mémorisation.

Nous avons inclus 632 patients et étudié les caractéristiques de 499 d'entre eux. Cet effectif relativement important confère à notre étude une puissance satisfaisante.

Seulement 1,7% (n = 11) des patients inclus ont refusé de donner leur consentement : ainsi la population étudiée est représentative des patients ayant bénéficié de la coordination SOS Infirmiers-SOS Médecins.

La totalité des médecins et des infirmiers SOS ont participé à l'étude, ce qui permet une bonne représentation de leur coordination au sein de l'association.

L'ensemble de nos données avait l'avantage d'être objectif ainsi que notre critère de jugement secondaire (hospitalisation/décès, oui/non), ce qui évite le biais d'évaluation.

2. Limites et biais de l'étude

Nous avons réalisé une étude monocentrique au sein des associations SOS Infirmiers et SOS Médecins Nantes, ce qui entraîne un biais de sélection. Cet «effet-centre» diminue la validité externe de notre étude. Notre échantillon n'est pas représentatif des soins infirmiers non programmés dispensés en soins primaires.

Pour éviter tout compérage, les patients suivis habituellement par un cabinet d'infirmiers libéraux n'ont pas été inclus. Ceci entraîne un biais d'inclusion car ces patients nécessitaient également une prise en charge infirmière non programmée, et présentaient potentiellement un profil médical différent (on peut supposer que ces patients avaient plus de pathologies chroniques et étaient plus dépendants que ceux inclus).

Nous avons mené cette enquête sur un mois, ce qui limite la représentativité de l'activité SOS Infirmiers sur l'année.

Sur les 632 patients inclus, 122 patients ont été exclus pour répondre à nos critères d'exclusion. Il y a donc eu une perte d'effectif de 19,3%, ce qui a diminué la puissance de notre étude. Cependant ces critères nous ont permis d'éviter un biais de perdus de vue puisque l'ensemble des patients inclus ont été analysés.

Notre étude présente un biais de classement. En effet certains motifs de recours à SOS Infirmiers étaient imprécis et ont pu être classés dans des catégories différentes suivant l'investigateur (exemple : IU masculine fébrile classée dans « IU masculine » ou dans « pyélonéphrite »). Il y a de plus des données manquantes : la raison de la prise en charge des 28 patients suivis habituellement par un cabinet d'infirmiers libéraux n'a été renseignée que pour 5 d'entre eux ; la fréquence des soins SOS Infirmiers secondaires n'a pas été renseignée.

Concernant l'impact sur le maintien à domicile, nous ne pouvons pas conclure à un lien de causalité car il s'agit d'un critère de jugement secondaire. De plus, il existe un biais de confusion car le motif de l'hospitalisation était inconnu dans la majorité des cas. Il n'était donc pas forcément en lien avec les motifs de recours à SOS Infirmiers. Par ailleurs, concernant ce critère de jugement secondaire, il existe également un biais de déclaration : les médecins déclaraient une intention d'hospitaliser et non une action réalisée. On peut supposer qu'une partie des médecins auraient trouvé une autre alternative.

Aucun paramètre d'évaluation standard n'est établi à ce jour dans le domaine de la CIP dans les SNP. Pour cette raison il est difficile de comparer nos résultats à ceux des autres études réalisées.

B. Discussion des résultats

1. Critère de jugement principal

a) Population

Notre population était constituée d'une majorité de femmes puisqu'elles ont constitué 63,5% de notre échantillon. L'enquête menée par la DREES en octobre 2004 sur les recours urgents et non programmés en médecine générale retrouvait également une prédominance féminine, aussi bien chez les médecins généralistes que chez les médecins urgentistes de ville (respectivement 57% et 57,7% de leur patientèle) (56).

Les enfants de moins de 15 ans n'ont représenté que 8,4% de notre population. Les personnes âgées de plus de 70 ans ont constitué 25,7% de notre population. Ainsi un tiers des patients (34,1% exactement) ayant eu recours à SOS Infirmiers appartenaient aux groupes d'âges extrêmes.

L'enquête menée par la DREES en 2004 avait obtenu des résultats différents : la majorité des patients vus en urgence en médecine générale était des patients jeunes. Les moins de 45 ans représentaient 55% des patients traités en urgence. Les enfants de moins de 13 ans représentaient en particulier un tiers de la patientèle des associations d'urgentistes, contre 22% des recours urgents aux généralistes installés en cabinet (56). En revanche, les personnes plus âgées consultaient plus rarement en urgence, en particulier les plus de 70 ans (17% contre 28% des recours programmés) (54).

Ces différences peuvent s'expliquer par l'intervention même de l'infirmier SOS dans les SNP. Notre échantillon de patients jeunes de moins de 15 ans était plus petit que celui habituellement reçu en médecine non programmée car ces enfants étaient probablement hospitalisés d'emblée s'ils nécessitaient des soins infirmiers. A l'inverse, la proportion de patients âgés était plus importante car notre échantillon concentrait les patients fragiles qui nécessitaient des examens complémentaires/des soins paramédicaux.

Parmi ces personnes âgées 33,6% (n = 43) vivaient en EHPAD. Lieux d'hébergement de personnes âgées fragiles et dépendantes particulièrement susceptibles de présenter des besoins en soins non programmés (29), les EHPAD sont pourtant majoritairement sous-dotés en personnel médical. 86% des EHPAD en 2013 ne disposaient pas de personnel soignant ou d'astreinte médicale en horaires de PDS (68). En 2015, selon l'enquête de la DREES, seuls 9% des EHPAD disposaient d'au moins une infirmière présente dans l'établissement 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (69). Hors l'absence d'infirmière accroît la probabilité de décéder à l'hôpital de près de 25% (70).

b) Caractéristiques des actes SOS Médecins nécessitant une prescription de soins SOS Infirmiers

61,7% des actes médicaux ayant nécessité des soins SOS Infirmiers ont été réalisés durant les horaires de PDSA.

Cette proportion est similaire à celle des actes SOS Médecins France : 60 % des actes sont réalisés la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés (60). Cette même répartition est retrouvée par l'étude de la DREES de 2004 auprès des médecins exerçant au sein d'associations d'urgentistes de ville (56).

À notre surprise, la proportion des actes SOS Médecins relevant de la PDSA durant notre étude était superposable à celle observée habituellement. Nous pensions que cette proportion serait plus importante pour deux raisons : les pathologies dans les horaires de « nuit noire » entre 0 et 6h étant plus « lourdes » que celles de soirée (60), elles auraient pu nécessiter plus de soins infirmiers ; fermeture des cabinets infirmiers libéraux à ces horaires.

De la même manière nous pensions que la majorité des prescriptions de soins SOS Infirmiers viendraient de VAD, hors 54,3% d'entre elles venaient des centres de consultation SOS Médecins.

c) Motifs de recours à SOS Infirmiers

Le motif de recours à SOS Infirmiers était à choisir par nos investigateurs dans une liste de choix définis a priori à partir du diagnostic établi librement par le médecin SOS le jour de la consultation. Si ce diagnostic ne correspondait à aucun des diagnostics préétablis l'investigateur pouvait ajouter un motif de recours à l'infirmier SOS. Nous avons constitué cette liste à partir de l'expérience des deux médecins investigateurs travaillant au sein de l'association SOS Médecins: chaque case correspondait à un motif qui leur semblait fréquemment pourvoyeur de soins SOS Infirmiers. Ce motif pouvait correspondre aussi bien à une pathologie définie (telle qu'une pyélonéphrite aigüe) qu'à un symptôme (tel qu'une fièvre).

Cette méthodologie est critiquable pour plusieurs raisons.

Premièrement, la liste de motifs définie a priori n'est basée que sur les hypothèses de deux médecins et ne se base pas sur l'étude de la littérature des motifs de SNP infirmiers.

Deuxièmement, le recueil de données était soumis à un biais de classement car il était difficile de classer de façon catégorique un patient dans un motif défini : les motifs de

recours à SOS Infirmiers étant des symptômes ou des diagnostics ils ont pu être classés dans des catégories différentes suivant l'investigateur (exemple : gastro-entérite virale aiguë classée dans « vomissements », « diarrhées », ou « douleurs abdominales »).

Troisièmement, le résultat est compliqué à interpréter car nous n'avons pu établir qu'une approximation des motifs de recours aux soins SOS Infirmiers.

Concernant nos résultats, les pathologies infectieuses ont représenté le motif principal de recours à SOS Infirmiers puisque qu'elles concernaient au moins 49,5% des patients. Il s'agit également du motif de recours non programmé le plus fréquent auprès des associations d'urgentistes de ville et des médecins généralistes en cabinet mais dans des proportions bien moins importantes : respectivement 20,1% et 21,8% (56). Cette différence de proportions peut s'expliquer par le rôle central assuré par les infirmiers dans la prise en charge des maladies infectieuses : réalisation d'actes complémentaires diagnostiques (ECBU, ECBC, coprocultures, hémocultures, prises de sang, frottis-gouttes épaisses) et thérapeutiques (injections d'antibiotiques, perfusions IV).

La douleur a représenté le deuxième motif de recours à SOS Infirmiers dans notre étude : elle a motivé 21,5% des demandes de soins. Dans les enquêtes menées par la DREES sur les recours urgents ou non programmés, les médecins déclarent qu'une douleur est à soulager dans 43 % des séances auprès des médecins urgentistes de ville et dans 39% des séances auprès des médecins généralistes de cabinet (56). Au niveau des Pays de la Loire 36 % des patients ayant recours en urgence à un médecin généraliste se plaignent d'une douleur à soulager rapidement (55). L'implication d'un infirmier dans la prise en charge d'une douleur sous-entend l'utilisation d'une thérapeutique injectable et constitue donc un niveau de réponse plus invasif pour soulager la douleur. Ceci peut expliquer notre plus faible proportion de recours pour douleur comparativement aux recours non programmés aux médecins sans IDE.

Les symptômes gastro-intestinaux ont représenté le troisième motif en proportion puisqu'ils représentaient 5,2% des recours à SOS Infirmiers (3,4% pour vomissements, 1,2% pour diarrhées, 0,6% pour fécalomes). C'est également le troisième motif de diagnostic le plus fréquemment signalé par les médecins généralistes après l'infectiologie et les maladies ORL-ophtalmologiques et stomatologiques, et ce que le médecin exerce au sein d'une association d'urgentistes ou en cabinet (respectivement 10% et 16%) (56).

Les motifs relevant d'autres pathologies ont constitué chacun moins de 5% des recours à SOS Infirmiers. Ces résultats sont superposables aux données obtenues auprès des urgentistes de ville hormis pour la pneumologie (7,4%), la rhumatologie (7%), la cardiologie (6,6%) et la traumatologie (6%). Ces proportions restent cependant en dessous de 10% (56).

Concernant la traumatologie dans notre étude, les plaies, qui n'étaient pas nécessairement d'origine traumatologique, n'ont représenté que 3% des recours à SOS Infirmiers. La DREES avait déjà montré que la médecine de ville n'était que relativement peu sollicitée de façon

non programmée pour les problèmes traumatiques contrairement aux urgences hospitalières : la traumatologie représentait 6% des recours aux médecins urgentistes de ville contre 45% des troubles diagnostiqués par les services d'urgence hospitaliers (71).

A ces différences s'ajoute la proportion des recours relevant de la psychiatrie ou de la toxicomanie : ils constituent 6% des recours non programmés auprès des médecins généralistes de ville, 4 % de ceux auprès des urgentistes de ville (54) et seulement 0,6% des recours dans notre étude, en prenant en compte les crises d'angoisse (0,2%) et les IMV (0,4%).

À notre surprise, les soins palliatifs et la fin de vie n'ont constitué que 0,4% des recours à SOS Infirmiers. Cependant ce motif a pu être sous-estimé par biais de classement, notamment une partie des recours relevant de soins palliatifs a pu être classée dans « douleurs ». On peut supposer de plus que l'intervention d'un médecin ou d'un IDE ne connaissant pas le patient était difficile dans un contexte palliatif et limitait leurs recours, a contrario des médecins et infirmiers connaissant le patient.

Les études réalisées par la DREES sur les recours urgents et non programmés demandaient aux médecins de préciser pour chacun de ces recours s'il était relatif à une affection aiguë, chronique, stable ou déstabilisée. Les affections aiguës sont citées dans 81% des cas par les médecins exerçant en cabinet et 92% des cas par les associations d'urgentistes (71). Il aurait été intéressant que nous fassions de même pour évaluer la participation aux soins véritablement aigus de notre coordination infirmiers-médecins.

d) Caractéristiques des actes SOS Infirmiers

En comparant la nature des actes SOS Infirmiers initiaux (sans prendre en compte les soins secondaires qui étaient planifiés) et celle des actes SOS Médecins nous avons montré qu'elles étaient superposables. Ceci suppose que le lieu et l'heure de prise en charge par le médecin étaient jugés adaptés par celui-ci à l'état du patient : l'infirmier SOS devait se plier aux mêmes contraintes de lieu et d'horaire.

Les infirmiers libéraux ont l'obligation d'assurer la continuité des soins mais non d'assurer la permanence des soins (36). Ainsi peu de données de la littérature sont disponibles sur la part des soins infirmiers libéraux assurés durant les horaires de permanence des soins. L'URPS des Infirmiers libéraux des Pays de la Loire a réalisé un premier Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux en 2014 (72). Selon cette étude 80% des infirmiers libéraux travaillent un week-end sur deux et 60% d'entre eux effectuent au moins une nuit d'astreinte par semaine. Durant ces nuits d'astreinte, ils sont rarement amenés à répondre au téléphone (une nuit d'astreinte sur vingt) ni à se déplacer (une nuit sur soixante-dix). 40% des infirmiers ne font aucune astreinte de nuit. Dans cette activité il faut cependant prendre en compte qu'une journée de travail « classique » s'étend

sur les horaires de permanence de soins puisque 77% des infirmiers déclarent commencer les soins avant 7h30 et 42% déclarent terminer à 20h ou au-delà.

Concernant la dichotomie VAD/soins en cabinet, 97% des infirmiers libéraux effectuent des soins à leur cabinet, mais l'essentiel de leur activité se déroule au domicile des patients puisqu'ils y consacrent en moyenne huit heures et quarante-cinq minutes par jour et parcourent 22 500 km en moyenne par an. Ces données sont difficilement comparables avec les nôtres mais nous ne disposons pas d'autres sources sur l'activité récente des soins infirmiers libéraux en Pays de la Loire.

e) Nature des soins SOS Infirmiers

Nous avons montré que les soins SOS Infirmiers étaient surtout des actes diagnostiques et thérapeutiques. Peu de soins de surveillance ont été réalisés.

Les actes infirmiers sont répertoriés dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) qui distingue (67) :

- les actes médicaux infirmiers (AMI), qui correspondent aux actes techniques tels que prélèvements, injections, pansements, poses de sondes, perfusions
- les actes infirmiers de soins (AIS), contribuant au maintien de la personne dans son cadre de vie : "séances de soins infirmiers", "séances d'aide mises en œuvre dans le cadre d'un programme d'aide personnalisée", "gardes à domicile"
- les démarches de soins infirmiers (DI), dont l'objectif est d'ajuster au mieux la nature et la fréquence des actes de soins contribuant au maintien de la personne dans son cadre de vie, aux besoins des personnes âgées dépendantes.

Pour près de la moitié des infirmiers de Loire-Atlantique (45%), les actes cotés AIS représentent moins de 15% du volume global de leur activité. Pour 36% des professionnels, ils représentent entre 15 et 40% de ce volume, et pour 18% des professionnels, plus de 40% (72). Dans notre étude les AIS ont représenté seulement 3,2% de l'ensemble des actes SOS Infirmiers réalisés (3,1% pour contrôle des paramètres vitaux, 0,1% pour pose de bas de contention). On peut expliquer l'importante proportion des soins AMI (96,8%) dans notre étude par le caractère aigu des soins non programmés qui sélectionne des actes techniques médicaux et moins de soins infirmiers de suivi. Cette observation suggère que la nature des soins est modifiée par leur caractère non programmé.

Dans cette partie nous n'avons pas détaillé pour quel motif les soins SOS Infirmiers étaient réalisés. Cela nous semblait peu pertinent dans notre problématique. Il pourrait cependant être intéressant de décrire pour quel diagnostic est réalisé chaque soin infirmier dans une autre étude, notamment pour déterminer si la présence d'infirmiers dans les soins non programmés permet de respecter les recommandations de bonnes pratiques ou non, et

pour déterminer si certains soins délivrés en milieu hospitalier peuvent l'être en ambulatoire grâce à la présence d'infirmiers SOS ou non.

Nos résultats ont soulevé ces interrogations car nous avons été surpris par la proportion importante de recours aux infirmiers SOS pour des IU : 27,2% des recours à SOS Infirmiers étaient motivés par une infection urinaire (13,6% pour des pyélonéphrites, 9,2% pour des cystites et 4,4 % pour des infections urinaires masculines). 18,6% des soins SOS Infirmiers ont consisté à recueillir des urines (15,8% sur mictions spontanées, 2,8% par sondages minutes).

Dans un contexte d'IU on peut supposer que l'intervention d'un infirmier est nécessaire pour la réalisation d'un ECBU, d'un prélèvement sanguin ou pour l'administration d'une antibiothérapie IV. Ces éléments sont indiqués selon les dernières recommandations de la SPILF sur la prise en charge des IU dans les situations suivantes (73) (nous ne présentons pas ici la prise en charge des IU relevant d'une hospitalisation) :

- un ECBU est indiqué devant toute suspicion clinique d'IU à l'exception des cystites simples où la BU suffit. Il est recommandé de ne pas faire d'ECBU de contrôle dans le suivi des IU si l'évolution clinique est favorable. En cas d'incontinence totale, on aura recours à un sondage "aller-retour" chez la femme, et à la pose d'un collecteur pénien chez l'homme.
- la réalisation d'un prélèvement sanguin (NFS, CRP, créatininémie) doit être systématique en cas de pyélonéphrite à risque de complication. Les hémocultures sont indiquées en cas de doute diagnostique ou d'IU masculine fébrile.
- un traitement antibiotique IV est recommandé (céfotaxime, ceftriaxone) en cas de pyélonéphrite aiguë simple si une fluoroquinolone a été utilisée dans les six derniers mois, et en cas de pyélonéphrite à risque de complication et d'infection urinaire masculine avec fièvre ou mauvaise tolérance des SFU (en alternative aux fluoroquinolones si elles n'ont pas été utilisées dans les six derniers mois). Le traitement IV est maintenu jusqu'à obtention des résultats de l'antibiogramme où un relai par un traitement per os est réalisé si possible.

Le recours à un IDE serait donc indiqué pour les IU prises en charge en ambulatoire dans les situations citées ci-dessus. Il serait intéressant de comparer ces indications avec la pratique. Pour cela il faudrait un recueil de diagnostics plus précis (pyélonéphrite aiguë simple/à risque de complication/grave) et ne comportant pas de simples symptômes.

Nous avons montré que 52,8% des SOS Infirmiers réalisaient au moins 2 gestes concomitamment auprès d'un même patient. Nous n'avons pas trouvé de données dans la littérature permettant de comparer ces données. Il est rapporté cependant dans le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux des Pays de la Loire que lorsque les soins d'hygiène sont assurés par des infirmiers auprès des personnes âgées dépendantes ils sont associés dans 98% des cas à la pratique d'autres actes relevant de la stricte compétence des infirmiers (72).

La durée moyenne des soins infirmiers prescrits comme ceux réalisés était courte : respectivement 1,6 et 1,4 jours. La médiane était de 1 jour. Ces durées de soins SOS Infirmiers valident leur utilisation dans un contexte aigu.

f) Parcours de soins

➤ **Patients hospitalisés**

13,4% de la population incluse a été hospitalisée, dont 2% (n = 10) durant la prise en charge SOS Infirmiers. Après des médecins généralistes de ville, 5% des consultations non programmées débouchent sur une hospitalisation : 4% immédiatement et 1% dans les deux semaines qui suivent la consultation (54,71). Après des médecins urgentistes de ville les hospitalisations sont plus nombreuses puisque 9% des patients sont hospitalisés : 8% immédiatement et 1% dans les deux semaines qui suivent la séance (56,71). Le taux d'hospitalisation de patients par SOS Médecins Nantes est de 7% (60). Ainsi le taux d'hospitalisation immédiate a été moins important dans notre étude mais celui à distance a été plus conséquent. Concernant les hospitalisations immédiates nous pouvons supposer que les patients qui en relevaient étaient hospitalisés d'emblée, l'intervention d'un SOS Infirmier aurait retardé leur prise en charge. Ceci peut expliquer pourquoi la proportion d'hospitalisations immédiates observée dans notre étude est moins importante. Concernant les hospitalisations à distance, il est difficile de comparer ces données entre elles car nous avons utilisé un délai d'un mois et non pas de 2 semaines. De plus il existe un biais de confusion car le motif de l'hospitalisation était inconnu dans la majorité des cas, il n'était donc pas forcément en lien avec les motifs de recours à SOS Infirmiers.

Chez les médecins généralistes ce sont les problèmes traumatiques et psychiques qui semblent favoriser la décision du médecin d'hospitaliser immédiatement le patient (l'hospitalisation a lieu 1,3 fois plus souvent qu'en présence de tout autre motif) (54,71). Les urgentistes tendent à hospitaliser plus fréquemment les patients dont l'état somatique est critique ou peut s'aggraver, ceux dont l'état psychologique implique une prise en charge spécifique ainsi que les patients ayant besoin d'un certificat médical ou pour lesquels la douleur doit être soulagée (56,71). 6 de nos 10 patients hospitalisés durant la prise en charge SOS Infirmiers relevaient également de ces motifs d'hospitalisation : 4 pour état critique/aggravation clinique, 1 pour IMV, et 1 pour migraine.

Nous avons demandé aux patients s'ils étaient en accord ou non avec une hospitalisation car cela nous semblait être un critère important à prendre en compte dans la décision d'hospitaliser, et pour déterminer si la population prise en charge par SOS Infirmiers était une population particulière, qui refusait l'hospitalisation. Ceci n'a pas été le cas puisque 94,2% de la population incluse (n = 470) était en accord avec une hospitalisation.

➤ **Patients décédés**

Dans notre étude 19 patients sont décédés : 1 durant la prise en charge SOS Infirmiers (soit 0,2%) et 18 entre la fin de la prise en charge et J30 (soit 3,6%). En médecine générale de ville un décès est signalé dans 0,2 % des séances de soins non programmés assurées par les médecins généralistes et dans 0,5% de celles assurées par les urgentistes de ville (71). Nous avons donc retrouvé la même proportion que les médecins généralistes de ville.

➤ **Nouvelle consultation SOS Médecins**

Dans notre étude il était demandé aux SOS Infirmiers de renseigner si des consultations SOS Médecins supplémentaires avaient lieu, et si oui le nombre et le type de ces consultations. Il aurait été pertinent de préciser par qui et pourquoi de telles consultations étaient demandées pour enrichir nos données sur la coordination entre SOS Médecins et SOS Infirmiers. Il aurait également été intéressant de documenter si un recours à un autre médecin (non SOS) avait lieu en lien avec le motif de recours à SOS Infirmiers. Cela nous aurait donné des informations complémentaires sur la consommation de soins dans le cadre de demandes non programmées.

D'après l'étude de la DREES réalisée en 2004, la moitié (51,6%) des recours urgents ou non programmés auprès d'un urgentiste de ville se conclut par des suites médicales, qu'elles soient immédiates ou programmées dans les deux semaines qui suivent la séance (35,4% auprès d'un généraliste, 16,2% auprès d'un spécialiste). Cette proportion est moindre lorsque la séance urgente relève d'un autre généraliste puisque ce sont alors 34,5% des recours qui donnent lieu à des suites médicales (23,1% auprès d'un généraliste, 11,4% auprès d'un spécialiste) (71).

➤ **Transfert des soins SOS Infirmiers aux cabinets d'infirmiers libéraux**

Pour seulement 6,6% des patients inclus (n = 33) les soins infirmiers ont été relayés à un cabinet d'infirmiers libéraux non SOS : dans 27 cas aux IDE habituels du patient et dans 6 cas à des IDE de proximité. Ainsi sur les 28 patients inclus qui avaient déjà un suivi par un cabinet infirmier, 27 ont poursuivi leurs soins dans leur cabinet habituel.

On peut expliquer cette faible proportion par le caractère aigu des soins SOS Infirmiers dont la durée moyenne était de 1,4 jours et la médiane de 1 jour. Ils ont ainsi peu nécessité de relai de soins infirmiers.

g) Coordination SOS Médecins-SOS Infirmiers

D'après le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux des Pays de la Loire réalisé en 2014, les prescriptions médicales constituent le premier vecteur de coordination entre médecins et infirmiers (72). Ceci a été le cas dans notre étude puisque pour chaque prescription d'un soin SOS Infirmiers un échange oral avait systématiquement lieu entre les deux intervenants. D'après ce panel 59 % des infirmiers déclarent avoir eu des échanges avec le médecin généraliste prescripteur à propos de leur dernier patient vu, et 85 % des infirmiers sont à l'initiative de ce contact. 16% des infirmiers jugent les prescriptions des généralistes insuffisamment explicites pour assurer la prise en charge (72).

Les infirmiers échangent des informations à propos de leurs patients avec les prescripteurs le plus souvent de manière informelle par téléphone ou à travers d'autres supports : 55% des infirmiers déclarent la présence, au domicile du dernier patient âgé dépendant vu, d'un document de liaison et de transmission des informations commun à tous les intervenants, et restant physiquement au domicile du patient (72). Dans notre étude l'échange d'informations était également réalisé de manière informelle par téléphone ou discussion orale directe.

Les motifs pour lesquels l'infirmier avait contacté le médecin généraliste lors du dernier contact étaient les suivants (l'infirmier pouvait choisir plusieurs réponses possibles) : informer ou alerter d'un problème médical (65% des cas), renouvellement d'une prescription (30%), demande d'informations médicales (22%). Les infirmiers prennent plus rarement contact avec le prescripteur pour discuter de la coordination entre les différents intervenants (9%) (72). Dans notre étude, nous n'avons pas décrit les échanges d'informations qui avaient lieu après l'intervention de SOS Infirmiers, cela aurait été intéressant pour enrichir nos données sur la coordination entre SOS Médecins et SOS Infirmiers.

Au regard de ces données la coordination entre SOS Médecins et SOS Infirmiers a donc ses spécificités :

- il existe systématiquement un échange oral entre médecin et infirmier
- elle est disponible 24h/24 et 7j/7.

2. Critère de jugement secondaire

Notre objectif secondaire était de déterminer si la coordination de soins SOS Médecins-SOS Infirmiers avait un impact sur le maintien à domicile.

Notre étude a permis de répondre à cet objectif secondaire. Elle suggère que la CIP SOS Médecins-SOS Infirmiers permet le maintien au domicile. Il s'agit cependant d'une hypothèse non vérifiable car notre méthodologie présente un biais de confusion et un biais de déclaration comme nous l'avons expliqué au paragraphe « limites et biais de l'étude ». De plus nous ne pouvons conclure sur un critère de jugement secondaire, basé sur un seul test bilatéral du Chi 2.

Nous avons décidé d'évaluer l'impact sur le maintien au domicile et non sur l'hospitalisation car cet objectif nous semblait plus clair. L'hospitalisation pouvait sous-entendre un passage aux urgences comme l'entrée dans un service hospitalier spécialisé.

La problématique sous-jacente ici est de mesurer l'efficacité de la coordination SOS Infirmiers-SOS Médecins, de mesurer les résultats de santé qui lui sont attribuables.

Plusieurs revues de la littérature se sont intéressées à l'évaluation de l'efficacité des coordinations de soins (1,74,75). Il est difficile d'identifier les stratégies optimales de coordination de soins tant par le manque de cadre théorique guidant l'évaluation des interventions de coordination, que par l'incertitude quant à la meilleure façon de mesurer la coordination elle-même. Certaines études évaluent l'efficacité des coordinations de soins en fonction de l'impact sur les patients : changements dans la mortalité, les symptômes, le maintien en contact avec les services et l'observance des médicaments. D'autres s'intéressent au coût et au parcours de soins : hospitalisations, passage par les services d'urgence. D'autres utilisent la satisfaction des patients et des familles. Au total de nombreux instruments mesurent les CIP mais chacun est conçu pour des populations et des objectifs spécifiques, et sont utilisés dans un contexte précis. Il est extrêmement difficile de tirer des conclusions de ces études en raison de leur disparité : le cadre, l'intensité et la durée de l'intervention pluridisciplinaire y sont très variables. En conclusion la validité des instruments utilisés pour mesurer les coordinations des soins doit être clarifiée.

De plus peu d'études sur l'interdisciplinarité ont été conduites en soins primaires. Trois études de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) suggèrent que l'exercice pluriprofessionnel coordonné en soins primaires permet des gains en matière de productivité et de dépenses, et une meilleure qualité des pratiques dans les domaines suivant : suivi des diabétiques, vaccination et prévention du risque iatrogénique (76–78). L'enquête de l'IRDES publiée en 2014 s'est intéressée à l'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé sur l'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (76). Elle ne met pas en évidence d'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur l'hospitalisation ni sur son caractère potentiellement évitable comparé aux patients dont le médecin traitant exerce de manière isolée ou dans un cabinet monodisciplinaire. Cependant plusieurs limites sont explicitées par les auteurs dans l'interprétation de ces résultats. La proportion d'hospitalisations potentiellement évitables a été déterminée en considérant l'ensemble des admissions, qu'elles soient programmées ou urgentes. Il pourrait être souhaitable de se restreindre à

l'hospitalisation urgente et/ou non programmée. Il conviendrait également d'étendre les analyses à d'autres catégories d'hospitalisation, comme l'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation.

Une étude réalisée en 2017 sur la collaboration médecin-infirmier dans la prise en charge des douleurs post-traumatiques est également intéressante à citer en lien avec notre étude : la présence d'un IDE permettait de raccourcir le délai de prise en charge de la douleur, faisant passer le délai médian de 26,5 à 12 minutes (79).

Des analyses complémentaires sont donc nécessaires dans ce domaine, l'interdisciplinarité a un coût, ne serait-ce qu'en terme du temps investi pour instituer et maintenir cette collaboration au quotidien.

C. Comparaison avec l'international

La DREES a réalisé en 2006 une étude sur le rôle des infirmiers en soins primaires et sur leur coopération avec les médecins dans 7 pays différant par leur organisation d'offres de soins, en Europe et au Canada (80). L'étude montre que le modèle de délivrance de soins dessine les configurations de la collaboration entre médecins et infirmiers. Une opposition très nette existe, d'une part, entre les pays où, comme en France, les médecins généralistes exercent majoritairement en cabinets individuels ou en groupes monodisciplinaires (Allemagne, Italie, Pays-Bas, Canada), et, d'autre part entre les pays caractérisés par une pratique majoritaire en groupes pluriprofessionnels (Finlande, Royaume-Uni, Suède).

Ainsi, l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas et le Canada sont majoritairement caractérisés par l'absence de cadre d'exercice en commun entre médecins et infirmiers. En Allemagne et aux Pays-Bas, c'est avec une autre profession, les assistants médicaux, que les médecins collaborent de préférence au sein de leurs cabinets. Les infirmiers interviennent peu dans les soins primaires (Italie, Pays-Bas) ou essentiellement au domicile, notamment pour les patients dépendants (Allemagne). Au Canada, si les infirmiers sont bien présents dans le secteur des soins primaires, les modes d'exercice en commun avec les médecins ne se sont développés que récemment et de manière limitée : en 2006 si six médecins généralistes sur sept exerçaient en groupes, seuls 17% de ces cabinets comptaient un ou plusieurs infirmiers au sein de leur personnel. La Finlande, le Royaume-Uni et la Suède sont, en revanche, marqués par la prédominance de structures d'exercice favorisant une collaboration intégrée entre médecins et infirmiers. Au Royaume-Uni, si les infirmiers occupent une place ancienne dans les soins primaires, la collaboration avec les médecins, qui semble aujourd'hui être la règle, est relativement récente, dans le cadre des groupes de soins primaires, les « Primary Care Groups », qui jouent un rôle pivot dans le système. En Suède et en Finlande, l'offre de soins primaires repose historiquement sur les centres de santé qui constituent la base du système, offrant une large gamme de soins et de

services médicaux, sociaux et communautaires et au sein desquels les infirmiers jouent un rôle primordial.

Voici quelques exemples d'expérimentations internationales intéressantes.

1. Au Royaume-Uni : les « New GP contract », le « NHS Direct » et les « walk-in centers »

Depuis le début des années quatre-vingt-dix le système de santé publique du Royaume-Uni, le National Health Service (NHS), est caractérisé par une diversification de l'offre de services dans les cabinets de médecins généralistes. La mise en place du « GP fundholding » a constitué un tournant dans la collaboration entre les médecins généralistes et les infirmiers : dans ce nouveau système, les médecins reçoivent un supplément de rémunération s'ils parviennent à atteindre des objectifs de couverture de leur population. Dans un objectif de gain de productivité, un nombre croissant de médecins généralistes ont employé des infirmiers dans leur cabinet. Ainsi déjà en 2006 seuls 8 % des médecins généralistes y exerçaient en cabinet individuel. Par ailleurs, depuis avril 2004, un nouveau contrat entre les médecins généralistes et le NHS a été mis en place, le « New GP Contract », qui introduit notamment des objectifs de qualité pouvant porter sur l'extension des services, sur des critères de performance clinique ou sur des critères d'organisation du cabinet. Désormais le revenu des cabinets de médecins dépend du nombre de patients inscrits et des services fournis. Les généralistes ont ainsi développé de nouvelles formes d'organisation de soins de premier recours reposant sur des équipes pluriprofessionnelles. Les infirmiers exercent dans les cabinets de groupe selon deux modalités principales très différentes. Soit ils sont salariés des autorités locales pour effectuer des soins au domicile des patients et exercer des responsabilités de consultants en coordination avec les équipes des cabinets : ces infirmiers, qui ont suivi une formation complémentaire, sont parmi les plus qualifiés et ont des compétences en matière de prescription. Soit ils sont salariés des cabinets médicaux et sont placés sous l'autorité hiérarchique du responsable du cabinet, en général un médecin. Leurs tâches sont nombreuses. Ils peuvent assurer des consultations de premier recours pour des problèmes mineurs, suivre les malades chroniques, développer l'éducation et la promotion de la santé. Ils peuvent aussi prescrire, dans la mesure où ils possèdent une qualification spécifique, ou si un cadre de prescription limité a été défini localement.

Cet objectif de diversification s'est traduit également par la mise en place de deux dispositifs, créés respectivement en 1998 et en 2000, offrant des consultations de première ligne effectuées par des infirmiers : le « NHS Direct » et les « NHS walk-in centers ». Le « NHS direct » est un service de garde téléphonique ouvert 24h/24 où des infirmiers assistés par un logiciel d'aide au diagnostic orientent les patients vers les services sanitaires appropriés. Les « NHS walk-in centers », sont des centres d'accès aux soins primaires ouverts sept jours sur sept avec des horaires larges (7h-22h), dans des endroits fréquentés, qui proposent un

bilan réalisé par un infirmier pour des motifs sans gravité. Ces derniers offrent un accès rapide et sans rendez-vous aux soins primaires et sont également des centres d'information sur les services de garde en médecine générale et en soins dentaires ou sur les pharmacies de garde. Les « walk-in centers » ont des liens étroits avec les médecins généralistes : chaque consultation est suivie d'un envoi automatique par fax au médecin généraliste auprès duquel est inscrit le patient comportant des informations détaillées sur la consultation. Les « walk-in centers » ont été créés avec l'ambition de diminuer la charge de travail des cabinets de médecine générale et des services d'urgence ou de permanence des soins. Plusieurs études visant à mesurer l'effet de la création de ces centres sur l'activité de l'offre environnante (cabinets de médecine générale, centres d'accueil et d'urgences, permanence des soins) montrent une tendance à la diminution des consultations mais qui n'est pas statistiquement significative (80).

2. Au Canada : les Groupes de Médecine de Famille (GMF) et les « Family Health Networks » (FHN)

Au Québec deux événements ont été à l'origine des modifications des rôles et des tâches des infirmiers : d'une part la loi du 30 janvier 2003 concernant les professionnels de la santé modifiant le Code des professions, et d'autre part la mise en place des Groupes de médecine de famille (GMF) en 2000 (80). L'Ontario a introduit un dispositif similaire, sur le même mode expérimental, les Family Health Networks (FHN).

Au Québec, la loi de 2003 établit que les infirmiers ont des activités cliniques réservées, elle leur reconnaît un jugement clinique et une capacité de mise en œuvre, et renforce leur rôle en première ligne.

Les GMF ont été créés pour offrir un meilleur suivi à la clientèle qui souffre de maladies chroniques mais aussi pour augmenter l'accessibilité aux médecins de famille, pour améliorer la permanence et l'accès aux soins de première ligne. Le modèle GMF introduit les infirmiers au sein des cabinets médicaux où leur présence était jusqu'alors marginale. Un GMF regroupe généralement de six à dix médecins qui travaillent avec deux infirmiers. Ces équipes sont responsables d'une clientèle d'environ 2 000 patients par médecin, fidélisés par une inscription, et de 3 000 patients pour les infirmiers. Ils regroupent des médecins provenant de cabinets médicaux privés et de centres locaux de services communautaires (CLSC). En effet au Québec, les soins primaires sont dispensés principalement à partir de deux types d'organisation : d'une part, par les CLSC et d'autre part, par les médecins de ville dans des cabinets médicaux individuels ou de groupe. Au sein des GMF/FHN les infirmiers relèvent administrativement du CLSC et sont donc payés par l'État. Les soins primaires en CLSC sont divisés en programmes dont l'un des principaux est celui des services généraux. Le programme des services généraux, aussi appelé services de première ligne, répond aux besoins de santé d'une clientèle qui consulte pour des problèmes simples et ponctuels

de santé, des urgences mineures et des infections ou pour un suivi de maladies chroniques, ou toute autre condition qui demande un suivi médical à court ou long terme. Les médecins y reçoivent la patientèle sur rendez-vous alors que les infirmiers la reçoivent avec ou sans rendez-vous. Le sans rendez-vous vise à faciliter l'accessibilité.

Ces structures favorisent le travail en équipe et la délégation aux infirmiers de certaines activités de conseil et de suivi. Les GMF offrent une gamme de services médicaux de première ligne, vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, incluant les aspects préventifs, curatifs et de réadaptation. Les infirmiers exercent surtout une fonction d'auxiliaire du médecin (recueil des constantes vitales, interrogatoire, analyse des appels et orientation selon les cas) et éventuellement une fonction autonome de soins (qu'ils assurent surtout pour des patients venant sans rendez-vous). Le Collège des médecins du Québec a accepté l'élargissement des tâches déléguées aux infirmières praticiennes spécialisées (IPS), tel que souhaité par le ministère de la Santé afin d'améliorer l'accessibilité aux soins primaires. Il a par ailleurs émis le souhait que l'activité des IPS ne soit plus encadrée par la loi médicale mais par une législation propre dont l'application serait sous la responsabilité de l'Ordre infirmier.

Ainsi il existe au Québec des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne qui peuvent accomplir une partie des tâches réalisées par des médecins généralistes. Elles sont en mesure de faire certaines prescriptions et certains examens diagnostiques. Elles peuvent aussi pratiquer certains traitements et certaines procédures, comme des sutures de plaies ou des drainages d'abcès. En conséquence, le GMF est un milieu propice et bien adapté à la pratique des infirmières praticiennes. Il existe même quelques FHN uniquement gérés par des infirmières praticiennes (81).

Un autre service a été mis en place sous la responsabilité des infirmières des services généraux des CLSC. Il s'agit d'un service infirmier d'évaluation et d'orientation téléphonique, « Info-santé », mis en place en 1995 dans tout le Québec. Ce service permet l'accès à un infirmier 24 heures/24 et 7 jours/7. L'infirmier reçoit les appels téléphoniques et, à l'aide d'un arbre décisionnel, répond aux questions du patient ou le réfère à la ressource la plus appropriée.

3. En Suède et en Finlande : les « district nurses »

Dans les centres de santé suédois et finlandais il existe des infirmiers de santé publique, les « district nurses », qui font les premières évaluations de l'état de santé du patient, et qui l'orientent, si nécessaire, vers le médecin généraliste du centre ou vers l'hôpital (80). Au-delà de ce rôle essentiel d'orientation du malade dans le système de santé, les infirmiers assistent le médecin généraliste et ils ont également leurs propres heures de consultations.

4. En Belgique : les « Paramedical Intervention Teams »

La « Paramedical Intervention Team » (PIT) est l'un des vecteurs de l'aide médicale urgente en Belgique. C'est un moyen intermédiaire dans la chaîne des secours en milieu extrahospitalier, situé entre l'ambulance et le SMUR (82). L'équipe du PIT se compose au minimum d'un secouriste-ambulancier et d'un infirmier agréé en soins intensifs et aide médicale urgente (ce qui signifie que ce dernier a fait une année de spécialisation en soins intensifs et aide médicale urgente qui est une quatrième année des études d'infirmier en Belgique). Ils se déplacent en ambulance ou en voiture. L'équipe dispose d'une radio permettant de communiquer avec la centrale de secours et de contacter un médecin référent. Certains disposent également d'appareils médicaux équipés d'un système de télémédecine permettant de transmettre des examens, via Internet, à l'hôpital de base ou au médecin référent, permettant d'aider à la prise en charge.

Le PIT est envoyé par la centrale des secours sur base de critères repris dans le Manuel belge de la régulation médicale. Il peut intervenir pour des missions qui lui sont dédiées mais aussi quand le SMUR n'est pas disponible. L'équipe du PIT suit un cahier d'ordre permanent qui est un schéma de traitement établi préalablement par le médecin qui indique les conditions dans lesquelles l'infirmier peut réaliser ses actes.

Au total, les différences constatées dans les rôles et la coordination des activités entre médecins généralistes et infirmiers sont liées tant à l'organisation du système de santé qu'à l'organisation de la profession infirmière elle-même. La coopération étroite entre médecins généralistes et infirmiers est loin d'être un modèle spontanément pratiqué dans la plupart des pays. Là où ce modèle existe, soit à titre expérimental, soit de façon plus globale, c'est à la suite de politiques volontaristes menées par les pouvoirs publics pour faire évoluer le mode d'exercice individuel traditionnel des professionnels vers une pratique d'équipe. Le type de collaboration entre médecins et infirmiers en soins primaires influe sur l'évolution des domaines de compétences des infirmiers. Deux logiques qui ne sont pas exclusives l'une de l'autre sont observées : la diversification des services assurés par les IDE et le transfert d'activités médicales vers l'infirmier. Ces logiques sont intéressantes car la littérature suggère que les soins dispensés par les infirmiers, en comparaison des soins dispensés par les médecins, produisent des résultats similaires ou meilleurs pour un large éventail d'états de santé des patients (83). Les actions doivent porter à la fois sur le soutien juridique et financier des nouvelles formes d'organisations et de pratiques, sur l'adaptation de la réglementation professionnelle, et sur le renforcement des compétences professionnelles par l'élaboration de formations adéquates.

D. Perspectives

Notre étude suggère que la coordination entre médecins et infirmiers a tout à fait sa place dans la réponse aux demandes de soins non programmés. Une des perspectives pourrait être d'étendre cette coordination en soins primaires, notamment durant les horaires de permanence des soins.

Cependant, plus d'études rigoureuses, et portant explicitement sur la collaboration interprofessionnelle et sa mesure, sont nécessaires pour obtenir des preuves sur l'impact des collaborations interprofessionnelles (leur efficacité, la manière dont elles modifient les soins de santé), et pour comprendre la gamme des interventions possibles et les circonstances dans lesquelles ces interventions sont les plus utiles (63).

Nous avons décrit la coordination de SOS Infirmiers avec SOS Médecins. Nous n'avons pas pris en compte la coordination avec les autres interlocuteurs de l'association : pharmacies, laboratoires, paramédicaux, autres prescripteurs. Ce sujet pourrait faire l'objet d'une étude intéressante pour obtenir une description plus complète de l'activité de SOS Infirmiers.

La réalisation d'une enquête sur la gestion des soins non programmés par les cabinets infirmiers libéraux serait nécessaire pour compléter la description de la réponse infirmière aux SNP commencée dans notre étude.

V. CONCLUSION

Dans un contexte où les structures d'offre de soins sont soumises à une demande accrue de soins non programmés, et devant la saturation des services d'urgences, nous avons voulu décrire une forme innovante de coordination entre médecins et infirmiers libéraux en soins primaires. La réduction des passages aux urgences est un objectif gouvernemental. L'optimisation de l'offre de soins non programmés, qui est assurée majoritairement par la médecine de ville, est primordiale pour améliorer la qualité des soins.

L'association entre SOS Médecins et SOS Infirmiers sur Nantes est originale pour plusieurs raisons :

- participation quotidienne à la permanence des soins alors même que les IDE n'en ont pas l'obligation professionnelle
- professionnels formés à l'urgence
- coopération entre médecins et infirmiers, mais également avec les laboratoires et les pharmacies, 24h/24 et 7j/7
- activité réservée aux pathologies aiguës non programmées.

Notre étude prospective observationnelle montre que SOS Médecins et SOS Infirmiers sont amenés à collaborer principalement pour des pathologies infectieuses et pour soulager des douleurs. Ces raisons attribuent un rôle important à cette association dans les problématiques actuelles d'amélioration de la qualité du système de soins et dans l'utilisation adaptée des antibiotiques. Et ce d'autant plus que la population concernée est une population jeune. Le recours à un infirmier dans les soins non programmés participe aussi bien à préciser un diagnostic (51,4% des cas) qu'à participer à une prise en charge thérapeutique (45,5% des cas). La majorité des actes sont réalisés durant les horaires de permanence d'accès aux soins. La durée moyenne des soins infirmiers à 1,4 jour, le délai d'intervention moyen de 1h19 et une consultation médicale unique sont autant d'éléments qui valident l'utilisation de cette coordination pour des soins aigus.

Nos résultats suggèrent que cette forme de coordination entre médecins et infirmiers dans les soins non programmés permet le maintien au domicile du patient. Le travail en réseau permettrait d'assurer la prise en charge initiale ambulatoire et le maintien à domicile d'un certain nombre de patients pour lesquels, sans cette collaboration, l'hospitalisation aurait été inévitable.

Notre étude montre que la coordination médecins-infirmiers a toute sa place dans la réponse aux demandes de soins non programmés. En 2019, 61% des médecins généralistes sont en exercice regroupé mais seulement 21% sont regroupés avec des IDE (84). Bien que la profession d'IDE joue un rôle crucial dans le système de santé et qu'elle représente à elle seule 65% des effectifs des auxiliaires médicaux, son activité reste souvent occultée, dans une organisation et un financement médico-centrés. Les IDE ont pourtant un rôle pivot, en

complémentarité avec le médecin, dans l'analyse des besoins et la prise en charge globale des patients. L'extension de cette coordination médecins-infirmiers en soins primaires, notamment durant les horaires de permanence des soins pourrait être une réponse à la demande de soins non programmés à étudier.

Des études complémentaires sont cependant nécessaires. Notre étude qualitative monocentrique présente de nombreux biais et peu de données objectives sont aujourd'hui disponibles dans la littérature pour mesurer l'efficacité des collaborations interprofessionnelles, en particulier pour les soins aigus.

Nous cherchons tous à fournir les meilleurs soins de santé avec les ressources limitées dont nous disposons. Le travail infirmier restera une partie importante de la solution.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination) [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007 [cité 27 janv 2019]. (Technical Reviews, No. 9.7). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/>
2. Direction Générale de l'offre de soins. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Paris : Ministère chargé de la santé ; 2012 [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf
3. République française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009 [cité 30 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/texte>
4. WHO. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice [Internet]. 2010. Disponible sur: https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
5. Verga-Gérard A, Afonso M, Bénard A, Chapron A, Chau K, Doussiet E, et al. Les soins primaires : une définition du champ pour développer la recherche. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* [Internet]. mars 2018 [cité 28 janv 2019];66(2):157-62. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398762017304996>
6. OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. 1978 [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
7. République française. Code de la santé publique - Article L1411-11 [Internet]. 2016 [cité 30 janv 2019]. Disponible sur: <https://beta.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000031930722/2016-01-28>
8. République française. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016 [cité 30 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/2016-41/jo/texte>
9. URPS Ile-de-France. Rendez-vous médicaux non honorés, demandes de soins non programmés. Etat des lieux et solutions. Enquête auprès des médecins libéraux d'Ile-de-France. 2015. [Internet]. [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/16200.pdf>
10. Braun F, Berthier F, Boudénia K, Carli P, Chollet-Xémard C, et al. Livre Blanc. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. SAMU-Urgences France. 2015. p. 1-48. [Internet]. [cité 11 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
11. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Mars 2011 [Internet]. [cité 8 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf

12. Buzyn A. Pacte de Refondation des Urgences [Internet]. 2019. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
13. République française. Code de santé publique. Art R6311-1 à R6311-5. [Internet]. 2005 [cité 11 juin 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=BAB56182235CEAC108D2398383B38156.tplgfr26s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006196849&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20050726
14. S.A.E Diffusion. Statistique annuelle des établissements de santé. SMUR et SAMU. Enquête 2018 [Internet]. 2018 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>
15. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapés. Décret no 97-619 du 30 mai 1997 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique. [Internet]. 1997 [cité 11 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000566936&categorieLien=id>
16. République Française. Décret n°65-1045 du 2 décembre 1965 complétant le décret 59957 du 3 août 1959 par un art. 6-1 (institution de l'obligation pour certains établissements hospitaliers de se doter de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence). Journal Officiel du 3 décembre 1965. p. 10843.
17. S.A.E Diffusion. Statistique annuelle des établissements de santé. SMUR et SAMU. Enquête 2013 [Internet]. 2013 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>
18. République française. Décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de soins Accueil et traitement des urgences et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets) [Internet]. 1995 [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000512359&dateTexte=20050725>
19. République française. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [Internet]. 2006 [cité 12 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/22/2006-576/jo/texte>
20. République française. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [Internet]. 2006 [cité 12 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/22/2006-577/jo/texte>
21. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? [Internet]. Le panorama des établissements de santé édition 2013. DREES; 2013. 11-28 p. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf
22. S.A.E Diffusion. Statistique annuelle des établissements de santé. Structure des urgences. Enquête 2018 [Internet]. 2018 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>

23. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les établissements de santé - Édition 2016. Fiche 29- La médecine d'urgence [Internet]. 2016 [cité 8 déc 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2016>
24. République française. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) [Internet]. 2003 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2003/9/15/2003-880/jo/texte>
25. République française. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins [Internet]. 2010 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/7/13/2010-809/jo/texte>
26. République française. Code de la santé publique - Article R6315-6 [Internet]. [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038946943&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190823>
27. République française. LOI n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 [Internet]. 2011 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2011/12/21/2011-1906/jo/texte>
28. République française. Code de la santé publique - Article R6315-1 [Internet]. [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038444077&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190505>
29. Ordre National des Médecins. Conseil National de l'Ordre. Enquête du conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018. 2018. p. 1-66. [Internet]. [cité 12 juin 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf
30. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Études et Résultats, DREES. nov 2007 [cité 3 déc 2019];(607). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er607.pdf>
31. Bayle-Iniguez A. Soins non programmés cinq fois par jour : comment les médecins libéraux relèvent le défi [Internet]. Le Quotidien du médecin. 2014 [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/soins-non-programmes-cinq-fois-par-jour-comment-les-medecins-liberaux-relevant-le-defi>
32. République française. Code de la santé publique - Article R4127-9 [Internet]. 2004 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912870&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>
33. République française. Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale [Internet]. 2003 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2003/9/15/2003-881/jo/texte>

34. République française. Code de la santé publique - Article L6314-1 [Internet]. 2018 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=C3949995A3AB9AECAEFC0350F56A75C6.tplgfr36s_2?idArticle=LEGIARTI000036516239&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=
35. République française. Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier [Internet]. 2002 [cité 6 déc 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2002/2/11/2002-194/jo/texte>
36. République française. Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers [Internet]. 2016 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/2016-1605/jo/texte>
37. République française. Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Internet]. [cité 4 déc 2019]. Disponible sur:
https://beta.legifrance.gouv.fr/loda/texte_lc/LEGITEXT000005634331/
38. République française. Code de la santé publique - Article R4127-245 [Internet]. [cité 4 déc 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913049&dateTexte=&categorieLien=cid>
39. République française. Décret n° 2015-75 du 27 janvier 2015 relatif à l'organisation de la permanence des soins des chirurgiens-dentistes en ville et des médecins dans les centres de santé [Internet]. 2015 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/1/27/2015-75/jo/texte>
40. République française. Code de la santé publique - Article L4130-1 [Internet]. [cité 4 déc 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>
41. République française. Arrêté du 6 janvier 1962 fixant liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales non médecins [Internet]. [cité 6 déc 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000802880>
42. République française. Code de la santé publique - Article R4311-3 [Internet]. [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: <https://beta.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000019416833/2008-09-03>
43. Berland Y. Mission « Démographie des professions de santé » [Internet]. 2002 nov [cité 7 févr 2020]. Report No.: 2002135. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/024000643.pdf>
44. Berland Y. Mission «Coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et des compétences ». 2003. [Internet]. [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000619.pdf>

45. République française. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. 2004 [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/9/2004-806/jo/texte>
46. République française. Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2009/12/31/SASH0931982A/jo/texte>
47. République française. Arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin [Internet]. [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2010/7/21/SASH1019846A/jo/texte>
48. République française. Décret n° 2010-1204 du 11 octobre 2010 relatif aux modalités d'intégration des protocoles de coopération étendus dans le développement professionnel continu et la formation initiale des professionnels de santé [Internet]. 2010 [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/10/11/2010-1204/jo/texte>
49. République française. Arrêté du 28 mars 2012 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2012/3/28/ETSH1209189A/jo/texte>
50. Haute Autorité de Santé. Coopération entre professionnels de santé : Élaboration d'un protocole de coopération – Article 51 de la loi HPST [Internet]. 2010 [cité 21 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_980069/fr/cooperation-entre-professionnels-de-sante-elaboration-d-un-protocole-de-cooperation-article-51-de-la-loi-hpst
51. Haute Autorité de Santé. Protocole de coopération entre professionnels de santé [Internet]. 2012 [cité 21 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante
52. URPS Infirmiers Libéraux Pays de la Loire. Synthèse bilan d'activité 2018-2019. 2019. [Internet]. [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.urps-infirmiers-paysdelaloire.fr/files/00/03/14/00031419-afd509b5bb3af414878a305e5724db99/ra-2018-synthese.pdf>
53. ESP CLAP. L'association des ESP CLAP Pays de la Loire [Internet]. [cité 24 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.esp-clap.org/association-des-esp-clap-pays-de-la-loire/>
54. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats. Études et Résultats, DREES [Internet]. mars 2006 [cité 3 déc 2019];(471):1-8. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er471.pdf>
55. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. Recours urgents ou non programmés en médecine générale dans les Pays de la Loire. 2017. 15 p. [Internet]. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/ParcoursSoins/2007urgences_mg.pdf
56. Gouyon M. Les recours aux médecins urgentistes de ville. Études et Résultats, DREES [Internet]. 2006 [cité 4 déc 2019];(480):1-8. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er480.pdf>

57. Guérin P. SOS Médecins dans la permanence des soins ambulatoires (PDSA) [Internet]. SOS Médecins France. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: <https://sosmedecins-france.fr/actualite/sos-medecins-dans-la-permanence-des-soins-ambulatoires-pdsa/>
58. SOS Médecins France. Activités et organisation [Internet]. [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: <https://sosmedecins-france.fr/sos-medecins/activites-organisation-federation-sos-medecins/>
59. République française. Décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) [Internet]. 2005 [cité 24 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2005/4/7/2005-328/jo/texte>
60. SOS Médecins Nantes. Présentation [Internet]. [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.sosmedecins-nantes.fr/presentation.php>
61. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Etudes et Résultats, DREES [Internet]. 2014 [cité 8 déc 2019];(889):1-8. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf>
62. Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, Huber-Geismann F, Markun S, Wensing M, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res [Internet]. 12 mai 2014 [cité 26 mars 2019];14:214. Disponible sur: <https://doi.org/doi:10.1186/1472-6963-14-214>
63. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017 [cité 29 janv 2020];(6). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000072.pub3/full>
64. Haute Autorité de Santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? [Internet]. 2008 [cité 21 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante
65. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. Paris; 2018 mai. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
66. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.
67. Assurance Maladie. Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005. Janvier 2020. [Internet]. [cité 8 févr 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/636184/document/ngap_1er_janvier_2020_assurance_maladie.pdf
68. Observatoire National de la Fin de Vie. La fin de vie en EHPAD. Premiers résultats d'une étude nationale (2013) [Internet]. 2013 [cité 26 déc 2019]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie//EHPAD>

69. DREES. L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) [Internet]. 2014 [cité 26 déc 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa>
70. Muller M, Roy D. L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015. Etudes et Résultats, DREES [Internet]. nov 2018 [cité 26 déc 2019];(1094). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1094_toile.pdf
71. Gouyon M. Les urgences en médecine générale. Document de Travail, Série Statistiques. DREES [Internet]. avr 2006 [cité 4 déc 2019];(94):51. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat94.pdf>
72. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. Conditions d'exercice et activité des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. Mars 2014. [Internet]. [cité 28 déc 2019]. Disponible sur: https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelCHIK/2014_rapport_panel_infirmiers.pdf
73. Caron F, Galperine T, Flateau C, Azria R, Bonacorsi S, Bruyère F, et al. Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections. Médecine Mal Infect [Internet]. 1 août 2018 [cité 1 févr 2020];48(5):327-58. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2018.03.005>
74. Zlateva I, Anderson D, Coman E, Khatri K, Tian T, Fifield J. Development and validation of the Medical Home Care Coordination Survey for assessing care coordination in the primary care setting from the patient and provider perspectives. BMC Health Serv Res [Internet]. 7 juin 2015 [cité 15 déc 2019];15. Disponible sur: <https://doi.org/doi:10.1186/s12913-015-0893-1>
75. Walters SJ, Stern C, Robertson-Malt S. The measurement of collaboration within healthcare settings: a systematic review of measurement properties of instruments. JBI Database Syst Rev Implement Rep. 2016;14(4):138-97.
76. Mousquès J, Bourgueil Y. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 [Internet]. Paris: IRDES; 2014 p. 1-157. Report No.: 559. Disponible sur: www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf
77. Mousquès J, Daniel F. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Questions d'économie de la santé IRDES [Internet]. 2015;(210):6. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/210-lexercice-regroupe-pluriprofessionnel-en-maisons-poles-et-centres-desante-genere-des-gains-en-matiere-de-productivite-et-de-depenses.pdf>
78. Mousquès J, Daniel F. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Questions d'économie de la santé IRDES [Internet]. 2015;(211):6. Disponible sur:

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-lasante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-surla-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf>

79. Navarre M, Chabridon L. Étude de l'influence de la présence d'un infirmier en cabinet de station de sports d'hiver sur le délai de prise en charge de la douleur en traumatologie dans 14 cabinets Nord-Alpins [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Grenoble Alpes; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01623863v1>
80. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes. IRDES, DREES [Internet]. 2006 [cité 21 janv 2019];(57). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/soins-primaires-vers-une-cooperation-entre-medecins-et-infirmieres-l-apport-d>
81. Breton M, Levesque J-F, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Prat Organ Soins* [Internet]. 1 déc 2011 [cité 11 janv 2020];Vol. 42(2):101-9. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2011-2-page-101.htm>
82. SPF Santé Publique. PIT (paramedical intervention team) [Internet]. 2016 [cité 18 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.health.belgium.be/fr/pit-paramedical-intervention-team>
83. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 [cité 3 févr 2020];7(CD001271):1-123. Disponible sur: <https://doi.org/doi:10.1002/14651858.CD001271.pub3>
84. Chaput H, Monziols M, Fressard L, et al. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. *Etudes et résultats, DRESS*. 2019; ((1114)). [Internet]. [cité 8 janv 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1114.pdf>

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Données collectées par l'investigateur à partir du dossier médical informatisé (rempli par le médecin ayant fait la consultation initiale) :

- Type d'acte réalisé (jour, nuit, nuit profonde, samedi/dimanche/jour férié)
- Motif(s) de recours à SOS Infirmiers à cocher parmi: pyélonéphrite aiguë, pneumopathie, insuffisance cardiaque, rétention aiguë d'urine, plaie, brûlure, vomissement, déshydratation, constipation/fécalome, vertiges, colique néphrétique, migraine, asthme, soins palliatifs/fin de vie, décompensation de BPCO, fièvre, douleur thoracique, douleur abdominale, douleur autre, diarrhée, prostatite aiguë, malaise, cystite, autre (saisie libre)
- Commentaire sur l'acte médical initial (saisie libre)

Annexe 2 : Données collectées par l'infirmier SOS

- Consentement
- Sexe du patient
- Âge
- Lieu de vie en institution : oui ou non
- Date de la consultation initiale
- Nom du médecin prescripteur
- Type d'acte réalisé par le médecin prescripteur (visite, consultation, régulation)
- Refus d'hospitalisation du patient initialement
- En l'absence de SOS Infirmiers, le médecin prescripteur aurait-il hospitalisé le patient ?
- Durée de la prescription de soins infirmiers (déterminée, et si oui nombre de soins, ou indéterminée)
- Le patient est-il suivi par un cabinet infirmier libéral ?
 - Si oui : le médecin prescripteur a-t'il tenté de joindre le cabinet infirmier libéral habituel du patient ?
 - Si oui : résultat de la tentative par le médecin prescripteur de joindre le cabinet infirmier libéral habituel du patient : pas de réponse ou répondeur téléphonique ou refus de prise en charge
 - Si non, passer à la question suivante
- Concernant le passage infirmier initial :
 - . heure,
 - . délai après demande du médecin prescripteur,
 - . type (cabinet/domicile, jour/nuit/nuit profonde/samedi-dimanche-jour férié),

- . s'agit-il d'une PEC pré-hospitalière (en attendant ambulance et hospitalisation) ?,
- . acte pratiqués à cocher parmi : prise de sang, prise de sang urgente (troponine, D-dimères, frottis-goutte épaisse), recueil d'urines (miction spontanée), perfusion courte IV, perfusion longue IV, perfusion longue SC, retrait de perfusion, pose d'un diffuseur, pansement simple, pansement complexe, contrôle des paramètres vitaux, recueil des selles, recueil d'urines (sondage minute), sondage urinaire à demeure, injection IV, injection IM, injection SC, évacuation d'un fécalome, lavement rectal évacuateur, pose de pompe à morphine, administration d'aérosol, pose d'oxygène, retrait de points de suture, autre (saisie libre)
- . Commentaire passage infirmier initial (saisie libre)
- . Passage en série ? oui/non
- Durée totale de la prise en charge par SOS Infirmiers
- Actes médicaux SOS Médecins supplémentaires pendant la prise en charge SOS Infirmiers ? Si oui nombres d'actes et type (jour/nuit/nuit profonde/samedi-dimanche-jour férié)
- Hospitalisation pendant la prise en charge SOS Infirmiers ?
Si oui : décision d'hospitalisation par : patient, médecin prescripteur initial, régulateur SOS médecin, médecin traitant, autre (saisie libre)
 - . Horaire d'hospitalisation (jour/nuit etc)
 - . Indication d'hospitalisation : échec perfusion, échec traitement antibiotique ambulatoire, échec antalgique, échec traitement symptomatique, aggravation clinique, autre (saisie libre)
- Décès du patient durant la prise en charge SOS Infirmiers ?
- Relais des soins prescrits à l'infirmier habituel du patient ? (IDE habituel, IDE de proximité, non)

Annexe 3 : Questionnaire de suivi 1 mois après la consultation initiale :

- Hospitalisation du patient entre la fin de la prise en charge SOS Infirmiers et J30 ?
Oui/non
- Décès du patient entre la fin de la prise en charge SOS Infirmiers et J30 ? Oui/non
- Commentaire libre sur le devenir du patient

Vu, le Président du Jury,
Professeur LE CONTE Philippe, PU-PH

Vu, le Directeur de Thèse,
Docteur HUCHET Ludovic, Docteur en médecine

Vu, le Doyen de la Faculté,
Professeur JOLLIET Pascale

NOM : MACÉ

PRÉNOM : Lucie

Titre de Thèse :

ÉTUDE D'UNE COORDINATION ENTRE MÉDECINS ET INFIRMIERS LIBÉRAUX EN SOINS PRIMAIRES NON PROGRAMMÉS ENTRE DÉCEMBRE 2018 ET JANVIER 2019 : DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ DE SOS INFIRMIERS NANTES

RÉSUMÉ

La demande en soins non programmés augmente chaque année en France depuis 1996. Devant la saturation des services hospitaliers d'urgences, il est primordial de proposer de nouvelles réponses organisées et efficaces. Nous avons réalisé une étude prospective observationnelle dont l'objectif principal était de décrire une forme innovante de réponse aux soins non programmés : la coordination entre SOS Médecins et SOS Infirmiers à Nantes. L'objectif secondaire était d'évaluer si cette coordination de soins avait un impact sur le maintien à domicile. Nous avons analysé les données de 499 patients inclus entre décembre 2018 et janvier 2019. 61,7% des actes SOS Médecins et 67,9% des actes SOS Infirmiers ont eu lieu sur les horaires de permanence d'accès aux soins. Les pathologies infectieuses et le soulagement d'une douleur ont constitué les deux motifs principaux de recours à la coordination SOS Médecins-SOS Infirmiers. Les actes infirmiers ont été dans 51,4% des cas des actes diagnostiques, et dans 45,5% des soins thérapeutiques. Nos résultats ont suggéré que cette forme de coordination entre médecins et infirmiers dans les soins non programmés permettait le maintien au domicile du patient. Notre étude montre que la coordination entre médecins et infirmiers a toute sa place dans la réponse aux demandes de soins non programmés. Des études complémentaires sont cependant nécessaires.

MOTS-CLÉS

Collaboration interprofessionnelle - Relations médecin-infirmier - Soins non programmés - Urgences en médecine générale - Permanence de soins - Soins primaires