

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

N° 2021-178

T H E S E

pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

par

Daniel, VIEIRA TONI BRAZ

Présentée et soutenue publiquement le *12 Octobre 2021*

**État des lieux de l'organisation de la prise en charge des patients nécessitant
une consultation non programmée dans la journée par les médecins
généralistes français.**

Président : Monsieur le Professeur Eric Batard

Directeur de thèse : Madame le Docteur Laure Abensur Vuillaume

Serment médical

Au moment d'être admis à exercer la Médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Remerciements

À notre Maître et juge, Président du jury,

Monsieur le Professeur Eric Batard,

Docteur en médecine, spécialiste en médecine d'urgence. Praticien Hospitalier et Professeur des Universités, chef de services des urgences du CHU de Nantes.

En acceptant de présider cette thèse, vous nous faites un très grand honneur. Nous vous remercions grandement d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous vous en sommes infiniment reconnaissants. Nous espérons que ce travail saura vous intéresser autant qu'il se doit.

Veillez trouver ici l'expression de mon immense gratitude.

À notre Maître et Juge, membre du jury,

Monsieur le Professeur Philippe Le conte,

Docteur en médecine, spécialiste en médecine d'urgence. Praticien Hospitalier et Professeur des Universités, Pôle Urgences adultes, CHU de Nantes.

Nous vous remercions grandement d'avoir accepté de juger ce travail et de nous offrir l'honneur de votre présence.

Nous vous en sommes considérablement reconnaissants. Nous espérons que ce travail saura vous intéresser autant qu'il se doit.

Veillez trouver ici l'expression de mon immense gratitude.

À notre Juge, membre du jury,

Monsieur le Docteur Laurent Brutus,

*Docteur en médecine, spécialiste de médecine générale, Maître de Conférence Associé au
Département de Médecine Générale, faculté de médecine de Nantes.*

Nous vous remercions grandement d'avoir accepté de juger ce travail et de nous offrir l'honneur de votre présence.

Nous vous sommes considérablement reconnaissants. Nous espérons que ce travail saura vous intéresser autant qu'il se doit.

Veillez trouver ici l'expression de mon immense gratitude.

A notre juge, membre du jury et directrice de thèse,

Madame le Docteur Laure Abensur Vuillaume,

Docteur en médecine Spécialiste en Médecine d'Urgence, Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, Docteur de l'Université de Lorraine en sciences de la vie et de la santé,

Immense est la reconnaissance que j'éprouve à votre égard. Merci de m'avoir accordé votre confiance et d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre dynamisme, vos précieux conseils et votre bienveillance.

J'ai été véritablement honoré de réaliser ce travail avec vous. Puisse ce travail être à la hauteur de nos espérances.

Veillez trouver ici l'expression de mon immense gratitude.

À l'ensemble des médecins généralistes qui ont participé à l'étude : Merci beaucoup d'avoir pris de votre temps pour cette étude et de m'avoir permis de réaliser ce travail.

À l'ensemble des acteurs qui m'ont aidé dans ce travail : A Madame le Docteur Fredeval, à Monsieur le Docteur Foucaud, à Madame le Docteur Lescanf, à Madame le Docteur Benea.

À Madame le Docteur Fredeval et à Monsieur le Docteur Leonard : Un immense merci à vous de m'avoir transmis vos passions pour la médecine générale.

A mes proches

À ma Famille : Je ne vous remercierai jamais assez pour tout le soutien que vous m'avez offert pendant ces longues années. Sans vous je n'en serais pas là. Merci d'avoir toujours été là et d'être aussi exceptionnels. Vous êtes ma force.

À mon frère Victor et ma sœur Camila : Merci de m'avoir donné la force lors de mes coups durs pendant mes révisions.

À mon amour : Je suis tellement heureux et chanceux d'être à tes côtés. Tu as été un soutien capital, un ami indispensable, l'amour de ma vie. Ce travail et tout ce qu'il représente n'aurait pas été possible sans toi. Je te suis reconnaissant à jamais. Je t'aime.

À mes amis : Vous êtes ma seconde famille, ma richesse. Merci.

À Louitozorus et Bertranzorus : Notre amitié traverse les années sans s'éteindre. Merci d'être toujours là. Votre amitié est si précieuse pour moi.

À Alan : Sans toi l'histoire Nantaise n'existerait pas.

À mes Frères lumières, Turtle-Gaet & à cette saison aux Sables : 3 années de folies à vos côtés. Merci.

À mes surfeurs, à mes requins, à mes amis kiteurs : Merci de m'avoir fait découvrir l'amour pour la glisse, l'amour pour la vie.

À Chloé, Pèl, Agathe et Julie : Merci d'avoir toujours été là pour moi, de m'avoir soutenue dans la difficulté mais aussi de m'avoir fait passer des moments incr.

À cette famille Nantaise qui s'agrandit de jour en jour.

À vous, Adrien et Mathieux, pour m'avoir fait découvrir l'amour du voyage.

J'espère que cette folie continuera encore longtemps !

Table des matières

Serment médical.....	3
Remerciements	4
Table des abréviations	11
Introduction	12
De l'urgence aux soins non programmés	12
L'offre de soin en France.....	13
Les acteurs de réponse aux soins urgents et non programmés.....	13
Le système de soins primaires	13
Les Maisons médicales de garde (MMG).....	14
SOS médecin.....	14
Les structures de médecine d'urgence	14
Les Samu-Centre 15.....	14
Le Smur.....	15
Le SAU	15
Une activité en croissance continue, un problème de santé public.....	16
Une politique de réorientation des services d'urgences vers les cabinets de médecine générale ?.....	18
Article scientifique.....	19
Conclusions Générales	35
Les freins à la réorientation depuis les urgences	35
Vers une nouvelle organisation	36
Avenir et modèle « idéal ».....	37
Conclusion.....	40
Références Bibliographiques	41
Annexe I : questionnaire en français	48
Annexes II : preuve de soumission électronique de l'article	52

Table des abréviations

Agence Régionale de Santé (ARS)

Assistant de Régulation Médicale (ARM)

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)

Consultation Non Programmée (CNP)

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS)

Dossier Médical Partagé (DMP)

Infirmière Organisateur de l'Accueil (IOA)

Journal of Medical Internet Research (JMIR)

Maison Médical de Garde (MMG)

Maisons de Soins Pluridisciplinaires (MSP)

Médecins Généralistes (MG)

Médecin Régulateur (MR)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE)

Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA)

Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV)

Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU)

Services d'Accueil des Urgences (SAU)

Service d'Accès aux Soins (SAS)

Soins Primaires (SP)

Services d'Urgence (SAU)

Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR)

Soins Non Programmés (SNP)

Introduction

De l'urgence aux soins non programmés

“L'urgence en matière de santé est définie par le patient lui-même ou par son entourage, inquiet devant des signes d'apparition brutale, mais aussi lorsqu'il ne trouve pas de réponse à son problème de santé”. Samu-Urgences de France (1).

L'urgence n'est pas perçue de la même manière que l'on soit patient, médecin urgentiste ou médecin généraliste. Pour le patient l'urgence est synonyme de rapidité d'intervention, sans nécessairement intégrer une notion de gravité (2–4); pour le médecin urgentiste, l'urgence est avant tout vitale ou s'assimile à une situation clinique pouvant le devenir ; enfin, pour le généraliste il s'agit d'un soin non programmé (SNP) (5): Les soins non programmés représentent les demandes de consultation, quel qu'en soit le motif, pour le jour même ou le lendemain, adressées aux médecins généralistes pendant les horaires d'ouverture de leurs cabinets¹ (Figure 1).

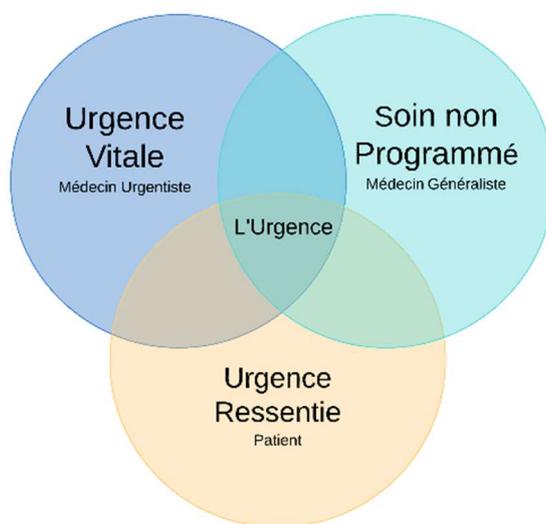


Figure 1: Acteurs et définitions des urgences (source personnelle)

¹ Cette notion ne prend pas en compte les demandes de consultations de médecine générale intervenant aux horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), c'est-à-dire les lundis aux vendredis de 20h à 8h le lendemain, les samedis de 12h aux lundis 8h, et les jours fériés de 8h à 20h. Sur ces plages horaires, une permanence des soins est assurée par les médecins, selon une organisation arrêtée par l'agence régionale de santé. La permanence des soins est hors du champ de cette étude.

Enfin, cette définition sous-entend la notion « d'offre de soins », qui est l'organisation mise en place pour répondre aux besoins, urgents ou non, de santé du patient. Ainsi l'absence d'offre adaptée constitue l'urgence.

L'offre de soin en France

Les acteurs de réponse aux soins urgents et non programmés

Actuellement, les réponses aux soins non programmés ou aux urgences sont assurées par le système de soins primaires (SP) aux heures ouvrées de 8h à 20h, par les maisons médicales de gardes lors de la permanence des soins de 20h à minuit, via l'association SOS Médecins et par les structures de médecine d'urgence 24h/24 7J/7.

Le système de soins primaires

Le système de SP Français est basé sur l'intervention de médecins généralistes majoritairement libéraux, travaillant en cabinet, seuls ou en groupe dans des Maisons de soins pluridisciplinaires « MSP »². Leurs rôles ont été définis au travers de deux lois. Dans un premier temps, en 2004, avec l'instauration du « médecin traitant référent » pour chaque patient, encore appelé "Gatekeeper". Ils sont les portes d'entrées dans le système de soin, ils coordonnent et orientent les patients nécessitant des soins spécialisés en soins secondaires. Les patients doivent choisir et déclarer leur médecin généraliste référent pour être complètement remboursés des consultations. Dans un second temps, en 2009, avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), qui précise ses missions de « soins primaires » ou de « soins de premiers recours ». Ils développent une approche globale biopsychosociale des patients et ils assurent pour les patients, la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Par ailleurs, les médecins généralistes doivent assurer les soins de 8h à 20h, sur des créneaux de consultations allant de 15 à 20 minutes généralement, pouvant être associés à des créneaux de consultations non programmés ou des plages sans rendez-vous pour prendre en charge les « soins urgents ». Ils peuvent aussi donner des conseils téléphoniques ou faire des téléconsultations (6–8).

² MSP : Structures pluriprofessionnelles constituées de professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Les Maisons médicales de garde (MMG)

Une maison médicale de garde se définit comme un lieu fixe, déterminé, délivrant des prestations de médecine générale. Son accès est régulé par le Samu-Centre 15, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins de 20h à minuit et assurant une activité de consultation médicale non programmée.

SOS médecin

SOS Médecins France est une fédération d'associations à but non lucratif reconnue d'utilité publique et un service médical libéral d'urgence à domicile fondé en 1966. Celles-ci travaillent sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Elles couvrent une bonne partie des grandes agglomérations et participent à la permanence des soins dans de nombreux centres urbains et leur périphérie.

Les patients appellent un centre d'appel couvrant leur zone d'habitation. L'appel est pris en compte par un secrétariat médical chargé d'identifier le lieu de la détresse, l'appelant et la nature de l'appel. Cet appel est ensuite pris en charge par un médecin spécialiste en médecine générale qui va aller au domicile de la personne afin de réaliser une consultation à domicile. Ils réalisent 2 600 000 visites à domicile par an.

Les structures de médecine d'urgence

Les structures de médecine d'urgence assurent une mission de service public et s'articulent en trois services : les services d'aide médicale urgente (Samu) - Centre 15, les services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur), et les services d'accueil des urgences (SAU) (1).

Les Samu-Centre 15

Le Samu a pour mission de répondre aux situations d'urgences et dans cet objectif :

- assure une écoute médicale permanente, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (24/7) au travers d'un numéro d'appel national unique le "15" ;
- détermine et déclenche la réponse la plus adaptée à l'appel dans le délai le plus rapide ;

- s'assure de la disponibilité des moyens d'hospitalisation adaptés à l'état du patient ;
- organise le cas échéant, le transport du patient et son accueil hospitalier.

L'appel est initialement pris en compte par un assistant de régulation médicale (ARM) chargé d'identifier le lieu de la détresse, l'appelant et la nature de l'appel. Cet appel est ensuite pris en charge par un médecin régulateur (MR) qui, tout en questionnant l'appelant et si possible le patient lui-même, va déterminer le besoin de soins et engager les moyens nécessaires. Selon la gravité, le MR sera soit un médecin urgentiste soit un médecin généraliste. Le MR a également un rôle de conseil auprès d'un témoin ou du patient lui-même quant aux gestes à réaliser avant l'arrivée des moyens secouristes et/ou sanitaires : La suite de l'intervention est assurée par les ARM et les MR afin d'organiser le suivi de l'appel et si besoin, le transport et l'admission du patient en établissement de soins. A ce stade, le MR va pouvoir conseiller les équipes sur place et surtout diriger le patient dans la bonne filière de soins.

Le Smur

La mission du Smur, déclenchée par le Samu-Centre 15, est la prise en charge sur place, en dehors de l'hôpital, des détresses médicales et la réalisation de soins d'urgence avant et pendant le transport du patient vers l'établissement adapté désigné par le Samu.

Dans les rares zones situées au-delà des 30 minutes d'accès, les 265 médecins correspondants du Samu apportent les premiers soins en attendant l'arrivée d'une équipe hospitalière.

Le SAU

Le SAU assure 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.

L'infirmière d'organisation de l'accueil (IOA) représente le premier soignant rencontré dès l'arrivée aux urgences à l'exception des patients pris en charge par le Smur. Infirmier(e) expérimenté(e) et formé(e) à ce poste, l'IOA va rapidement, à l'aide d'un examen et d'outils de classification et de triage, évaluer la « charge en soins » nécessaire pour chaque patient afin de déterminer la priorité de prise en charge et l'orientation du patient au sein du service. L'IOA est aidé(e), dans cette mission, par un urgentiste référent.

Le SAU est organisé en filières de prise en charge. La salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) prend en charge les patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle. On retrouve habituellement aussi une filière "courte" de prise en charge rapide, une filière "longue" (patients nécessitant plusieurs examens complémentaires et devant être hospitalisé), une filière de consultation et une filière psychiatrique. D'autres filières selon les hôpitaux se sont développées, comme les filières « HTA-Hypertension Artérielle », « UDT- urgence-douleurs-thoracique » et « gériatriques ». Une telle organisation permet une prise en charge rapide des patients (9).

Une activité en croissance continue, un problème de santé public

Nous assistons à une augmentation continue du nombre de passages dans les services d'urgence (SAU) en France avec 21,1 millions de personnes en 2018, contre 10,1 millions en 1996 (10). Cette croissance annuelle de 2,5% s'inscrit dans celles de l'ensemble des pays occidentaux et ne peut être expliquée que par l'accroissement démographique annuel qui est de 0,52% en moyenne (Figure 2 et 3) (10–12).



Note > Ces évolutions sont à interpréter avec prudence, car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA depuis 2013 ; France métropolitaine hors SSA jusqu'en 2012.

Sources > DREES, SAE 1996-2018, traitements DREES.

Figure 2 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996, DREESS (10).

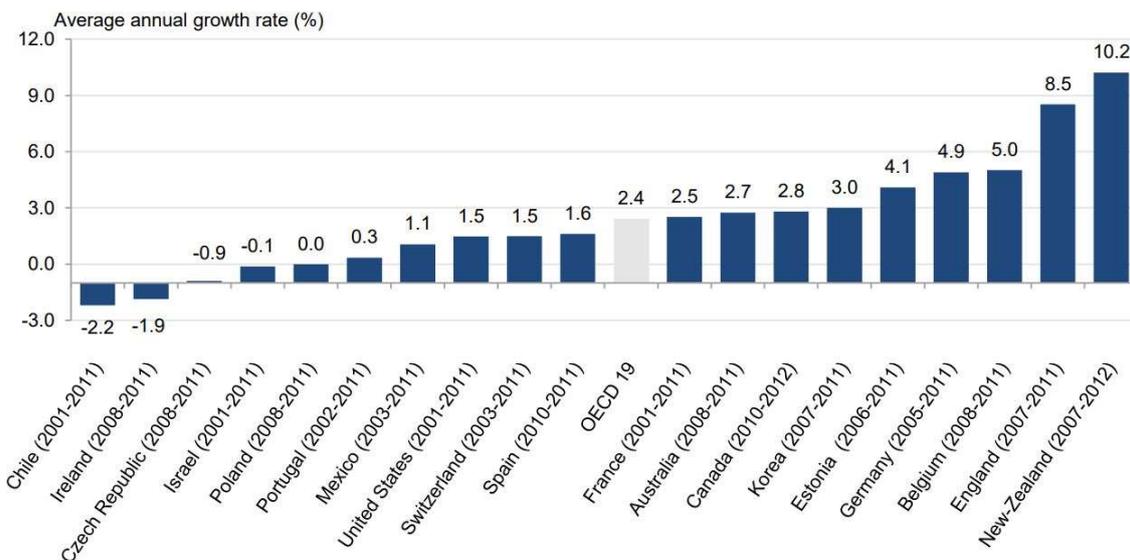


Figure 3 : Augmentation annuelle moyenne du nombre de passages aux urgences entre 2001 et 2011 dans les pays de l'OCDE (11).

Le nombre d'hospitalisations à la suite d'un passage dans les SAU français est resté quasiment stable sur la dernière décennie. Il y a ainsi une augmentation considérable des passages aux urgences sans augmentation des hospitalisations à l'issue de ces consultations (13,14). Par ailleurs, en se basant sur différentes études, et sans prendre en considération l'ensemble de l'offre de soins non programmés et les structures disponibles sur le territoire afin de pouvoir réaliser les actes complémentaires, il est permis de considérer qu'environ 20% à 40% des patients actuels des urgences hospitalières ne relèveraient pas d'un service d'urgence (15–21). En sus, la juxtaposition des dispositifs existant, les maisons de santé pluridisciplinaires, les maisons médicales de garde, SOS Médecins, les services d'urgences, associée à la multiplication des numéros d'appel, sont autant d'éléments perturbants l'accès aux soins pour les patients.

Ces faits ont pour conséquences de provoquer des épisodes dit de « saturation » des services d'urgences dont découlent un délai d'attente important, un débordement en cas de pic épidémique, une dégradation de la qualité des soins, une surconsommation des équipements médicaux, une réduction de l'accès aux soins pour les patients les plus graves et enfin une fatigue physique, mentale et psychologique majeure chez les soignants ; Engendrant alors des états d'insatisfaction chez les patients et exposant ainsi le personnel soignant à davantage de risque de violences verbales et physiques (11,22–37).

Cet accroissement continu du nombre de passages dans les SAU en France et dans le Monde est par conséquent un problème de santé public mondial (25).

Une politique de réorientation des services d'urgences vers les cabinets de médecine générale ?

Une solution pour diminuer la tension des SAU serait de réorienter les patients pouvant être pris en charge par des médecins généralistes, en médecine ambulatoire.

Cependant, face au manque à gagner des SAU, cette hypothèse paraît difficile à mettre en place. En effet, les services d'urgence sont financés à l'acte. Ce mode de financement prévu dans le cadre de la Tarification à l'Acte T2A permet à chacun des services d'obtenir un forfait annuel dont le montant est lié au nombre de passages annuels qu'il comptabilisera.

C'est pourquoi, les politiques de santé ont mis en place un projet pilote en 2020 dans une vingtaine d'établissements au travers d'un forfait de réorientation pour pallier au manque à gagner des SAU. Ce forfait offre une rémunération aux services d'urgence en échange d'une réorientation des patients qui se présentent aux services d'accueil des urgences de manière injustifiée (38,39).

Néanmoins, il n'existe pas à notre connaissance, de données dans la littérature s'agissant de l'organisation des médecins généralistes face aux soins non programmés et a fortiori relatives à leurs capacités d'accueil de nouveaux patients orientés depuis les urgences.

Article scientifique

Synthèse en français

❖ Objectifs de l'étude

L'objectif de notre étude était de déterminer quelle était la prise en charge des patients nécessitant une consultation non programmée (CNP) dans la journée par les médecins généralistes (MG) français. L'objectif secondaire était de savoir si une réorientation à partir des urgences était possible et sous quelle forme.

❖ Méthodes et résultats

Nous avons conduit une enquête du 26 avril 2020 au 1er mars 2021 à l'aide d'un questionnaire en ligne, basé sur la littérature, construit par nos soins et validé par dix MG expérimentés (Annexe I – Questionnaire). Afin d'être représentatif au niveau national, l'échantillon visé (n= 1500) était basé sur les chiffres de 3 bases de données utilisées pour les enquêtes nationale françaises. Sur les 1546 répondants, 325 répondants ont été exclus, dont 77 n'étaient pas des MG exerçant majoritairement en soins primaires (SP) et 248 qui avaient complétés le questionnaire à moins de 75%. Le taux de complétion était de 0,84%. 89,68% des Médecins généralistes réservent des créneaux de CNP dans la journée, réservés en majorité aux patients du cabinet. Ils font en moyenne 9,89 (Quartile 5-12) CNP par jour. Ils sont 41,79% à être satisfaits et 37,09% à être très satisfaits par leur organisation. Plus de 80% des demandes de CNP sont traitées chez 44% des MG dans les 48h. Lors d'une journée sans possibilité d'ajouter un rendez-vous, 28,3% des MG réorientent vers les SAU. Les Médecins généralistes sont majoritairement réfractaires à la communication de leurs plages de CNP disponibles aux SAU (62,02%), à une programmation automatique de ces consultations d'urgences (87,75%) et à la réalisation de téléconsultations pour des patients nécessitant un avis médical adressés par les urgences sur un créneau dédié (46,05%).

❖ Conclusion

Les médecins généralistes français ne souhaitent pas accéder aux demandes de réorientation des patients des urgences. Les récentes réformes valorisant la création de Communautés Professionnelles territoriales de santé et plus largement l'exercice coordonné ont pour objectif de laisser les professionnels des SP s'organiser pour s'appropriier collectivement la gestion des soins non programmés avec des solutions propres à chaque territoire. Cette réforme devra s'accompagner d'un profond remaniement des urgences et de la régulation, où il existe également certainement tout autant de freins que du côté des médecins généralistes.

Article soumis le 13 septembre 2021 au British Journal of General Practice (Annexe II)

Redirection of patients requiring unscheduled primary care admitted in French emergency departments.

Daniel Vieira Toni Braz (Jr)¹, Mathieu Grajoszex (PharmD)², Lauriane Cipolat (MD)³, Christophe Goetz (MD)⁴, Cédric Gil-Jardine (MD, PhD)^{5,6}, Pascal Staccini (MD, PhD.)⁷, Antoine Canton (MD)⁸, Laure Abensur Vuillaume (MD, PhD)^{3*}.

1. Medicine University of Nantes, Nantes, France
2. Digital Medical Hub, APHP, Paris, France
3. Emergency Department, CHR Metz-Thionville, Metz, France
4. Clinical Research Support Unit, CHR Metz-Thionville, Metz; France
5. University Hospital of Bordeaux, Pole of Emergency Medicine, F-33000, Bordeaux, France; INSERM, ISPED, Bordeaux Population Health Research Center INSERM U1219-"Injury Epidemiology Transport Occupation" Team, F-33076 Bordeaux Cedex, France.
6. INSERM, ISPED, Bordeaux Population Health Research Center INSERM U1219-"Injury Epidemiology Transport Occupation" Team, F-33076 Bordeaux Cedex, France.
7. RETINES Research Lab, University Côte d'Azur, Nice, France
8. General physician Department de, Medicine university of Lorraine, Nancy, France

Corresponding Author: Laure Abensur Vuillaume l.abensurvuillaume@chr-metz-thionville.fr

Abstract

Background: The pressures of non-urgent emergency department (ED) presentations continue to be reported worldwide and contribute to ED overcrowding that may affect the quality and access to health care.

Aim: The main goal of this study was to determine whether French general practitioners (GPs) are able to take charge of patients requiring unscheduled care (USc) during working hours.

Methods: We conducted a survey among French GPs. 10 items were about the organizational aspect of their practices, 4 items about their opinions on the redirection and 2 about their satisfaction.

Results: There were 1546 respondents between 04/26/2020 and 03/01/2021. 325 were excluded, of whom 77 were not GPs working mainly in primary care and 248 had completed the questionnaire less than 75%. The completion rate is 0.84%. 89.68% set aside USc slots during working hours, mostly saved for their already known patients. If they have not the possibility of adding an appointment, 28.3% redirect to ED. 62.02% are opposed to communicating their available USc slots to the ED, 87.75% against automatic programming of these emergency consultations and 46.05% against carrying out teleconsultations for patients requiring medical advice addressed by ED on a dedicated slot.

Conclusion: French GPs are currently unable to accommodate requests for redirection of emergency patients. To do so, a reform of primary care, supported by digital developments and the redistribution of the roles of paramedics and doctors seems necessary in order to relieve individual workload, prevent burnout, improve patient care quality, and increase patient access to care.

How this fits in

- Emergency departments around the world are experiencing an increasing number of visits.
- 80% of emergency patients are not in an emergency department.
- One solution would be to redirect these patients to general practitioners, but they are not ready yet.
- This reorientation must be part of a profound change in mentalities and in the organization of the healthcare system.

Introduction

For 20 years, we have seen an annual increase of the number of medical consultations in emergency departments (ED) in all around the world, which makes researchers consider it as a global public health issue (1–3). EDs are “overcrowded” (3–5). This saturation can be associated with delays in care and lack of support that can lead to mortality excess (6–14). In addition to the impact on the care quality level delivered to patients, overcrowding increases the stress of professionals (15). The analysis of these patient flows shows that 20 to 40% consultations at the ED were not related to emergency care (16–21).

The French primary care system is based on GPs working alone or in group medical practice, mostly with a liberal statue, from 8 a.m. to 8 p.m. They have roles of primary care and gatekeeper. Doctors mostly organize slots of 15 to 20 minute per consultation. Some set aside unscheduled consultation slots or walk-in slots to take charge of unscheduled care.

Several initiatives to decrease the ED overload have emerged during the global COVID-19 pandemic via government measures and the development of telemedicine (22–24). These measures, although temporary, enhance the creation in 2019 of the emergency redirection bonus which has given rise to a major national reflection on the assessment of new organizations (25). However, the redirection from the ED is currently struggling to take place and there seem to be obstacles in both city medicine and hospital medicine. In addition, to our knowledge, there is no data in the literature on the organization of GPs for unscheduled care (USc) and their capacity to welcome new patients referred from hospital emergencies.

In this context, the main goal of our study was to describe the current management of patients requiring an unscheduled consultation during working hours by French general practitioners. Secondary goals were to know if a redirection from ED is possible and in what form.

Methods

We conducted a survey among French GPs using an online questionnaire. USc has been defined as a consultation request, for whatever reason, for the same day or the next, addressed to general practitioners during the business hours of their office.

Population study

Physicians able to participate in the survey had to be a specialist in general medicine practicing in metropolitan France, and having a primary care main activity. The study aimed to interview 1500 GPs spread geographically throughout France. This target was based on the figures of the 3 databases used for the French national surveys (26,27). We asked Medical Associations, the

Council of the college of Physicians, Regional Health Agency and physician groups on social networks to disseminate a proposal to participate in the survey.

The questionnaire

In the absence of a validated questionnaire for the research theme, we built an online questionnaire, based on the recommendations of the Journal of Medical Internet Research, on the principles of the Helsinki Declaration, using a questionnaire previously used in an International Commonwealth Fund study (28,29). This questionnaire was validated after being tested on a GP sample (composed of 10 experimented GP) and an expert review (30). Verifications were made to ensure that all the questions were understood. Any comment they may have regarding the understanding of the questionnaire was sought. There were no negative comments, and the answers were precise enough to enable interpretation. The questionnaire consisted of 24 multiple choice questions and 1 qualitative question. The complete questionnaire and its construction are accessible as additional material (Figure 1).

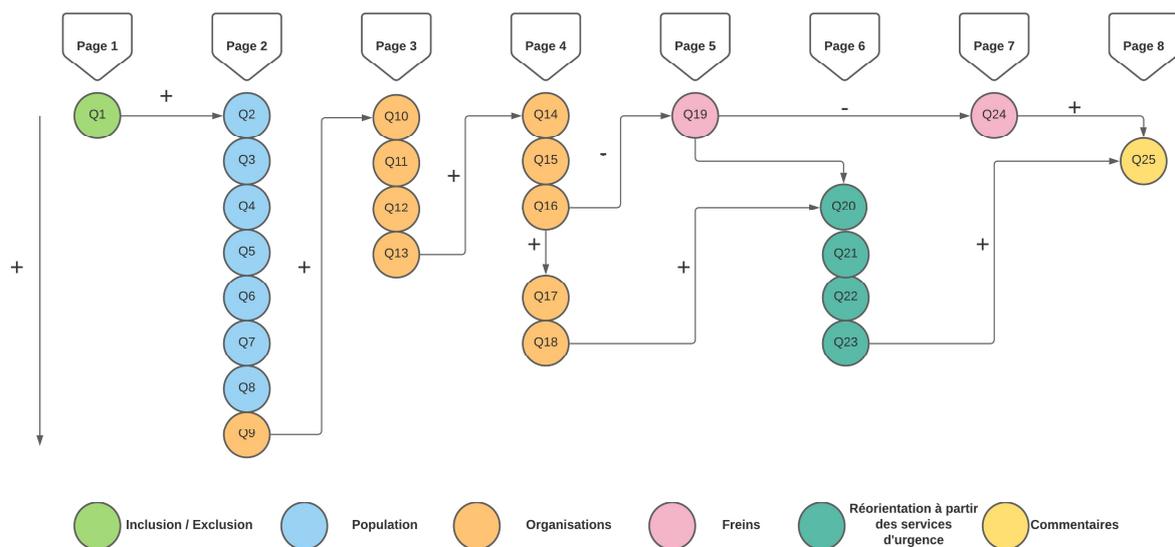


Figure 1 – Survey Flowchart

Statistical Analysis

The answers of each questionnaire item were analyzed, using numbers and percentages for the qualitative datas and means and standard deviations for the quantitative data. The answers of questions 9 to 24 were analyzed according to the characteristics of the respondents (gender, age, seniority, characteristics of the office and satisfaction). All statistical analyses were performed with SAS software (version 9.4, SAS Inst., Cary, NC, USA).

Results

The survey began on April 26, 2020 and ended on March 1, 2021. We received 1,546 responses from GPs. 77 respondents were excluded because they did not have a specific practice in PC, or were physicians other than general medicine or were not physicians at all. The completion rate was 0,84. 248 questionnaires could not be included in the analysis because they were not completed more than 75%. A total of 1298 GPs were included in the analysis.

Part I: Characteristics of participating GPs

The characteristics of GPs are summarized in Table 1. 61% of the respondents were female, most of them aged 31 - 40 (44%). 94% were working in their own office, 42% began working after 2010, 40.5% in semi-rural areas, 85% in group practices and 35% with a customer base of less than 1000 patients.

Caractéristiques		n=1298	
Genre féminin		787	61%
Médecin généraliste installé		1225	94%
En cabinet de groupe		1072	85%
Age (ans)			
Moins de 30		53	4%
31 - 40		576	44%
41 - 50		252	19%
51 - 60		232	18%
Plus de 60		185	14%
Début d'exercice			
1970 à 1979		51	4%
1980 à 1989		165	13%
1990 à 1999		243	19%
2000 à 2009		297	23%
2010 à 2021		542	42%
Taille de patientèle			
Pas de patient		77	6%
Moins de 1000		456	35%
1001 à 1250		298	23%
1251 à 1500		184	14%
1501 à 1750		119	9%
1751 à 2000		83	6%
Plus de 2000		81	6%
Zone d'exercice			
Zone rurale		312	25%
Zone semi-rurale		511	41%
Zone urbaine		437	35%
Par region			
Auvergne-Rhône-Alpes		60	5%
Bourgogne-Franche-Comté		54	4%
Bretagne		49	4%
Centre-Val de Loire		12	1%
Grand Est		166	13%
Hauts-de-France		18	1%
Ile-de-France		38	3%
Normandie		200	15%
Nouvelle-Aquitaine		118	9%
Occitanie		142	11%
Pays de la Loire		411	32%
Provence-Alpes-Côte d'Azur		30	2%

Table 1: Characteristics of participating general practitioners

Part II: Organizational aspect and management of USc by GPs

General aspects

During the on-call service from 8 a.m. to 8 p.m., the practices organized their appointments thanks to an on-site secretary (66%) and / or by a remote secretary (39.29%) and / or by a calendar online (29.51%) and / or via an application (12.63%) and / or by themselves (26.96%). During a day without the possibility of adding an appointment, 74.79% of requests are redirected to doctors in the same practice, 28.3% to ED, 15.65% to doctors from another medical practice and 15.27% to a general home emergency medicine service. 12.1% of physicians do not redirect their patients. During scheduled absences, 69.49% of GPs redirect their patients to a doctor in the same medical practice, 66.02% ensure that they are taken care of by a replacement doctor. 12.79% redirect patients to emergency structures. 5.78% of physicians do not refer their patients. 82.67% inform their patients of their absences from their secretariats, 22.42% from their websites or online calendars, 10.48% of doctors leave a message on their doors, 1.85% of doctors do not inform their patients. Doctors provided on average 25.64 (Quartile 20-30) consultations including 9.89 (Quartile 5-12) unscheduled consultations per day.

Organizational aspects according to demographic data

89.68% of medical practices reserved one or more non-scheduled consultation slots during the day, these are initially reserved for their patients (99.06%) then for those in the same practice (66.55%), to patients without an attending physician (41.4%) and for 15 / emergency calls (16.77%). 78% of physicians are satisfied or very satisfied with their organizations regarding access to this type of slot (Figure 3). More than 80% of USc requests were seen by 44% of GPs within 48 hours.

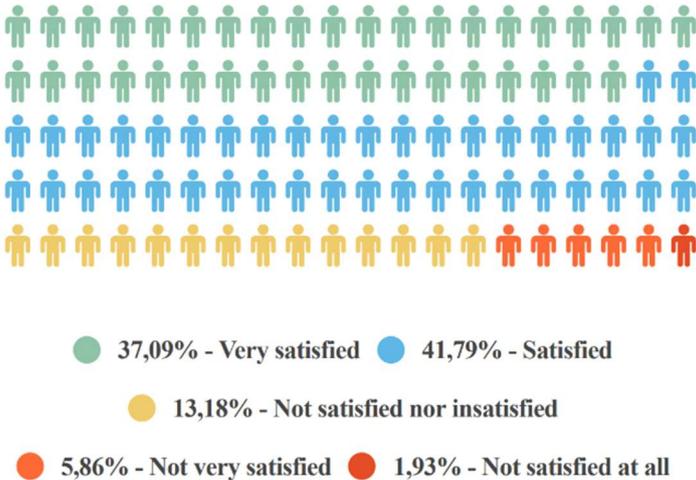


Figure 2: Satisfaction with the organization of the practices and their scheduling of consultations during the day for their patients

Part III: Obstacles to the establishment of USc slots

79.02% of GPs who did not have slots for unscheduled consultations during the day did not want to create one. Most of them are GPs over 50 years, working in rural areas and in private practice, with no difference depending on the size of their customer base (Figure 3).

The reasons mentioned by the GPs were a lack of interest (46.31%), sufficiently busy consultation days (47.37%) and organizational difficulties (10.53%). There was no difference in results depending on the period of installation, the size of the customer base and the type of practice (Figure 4).

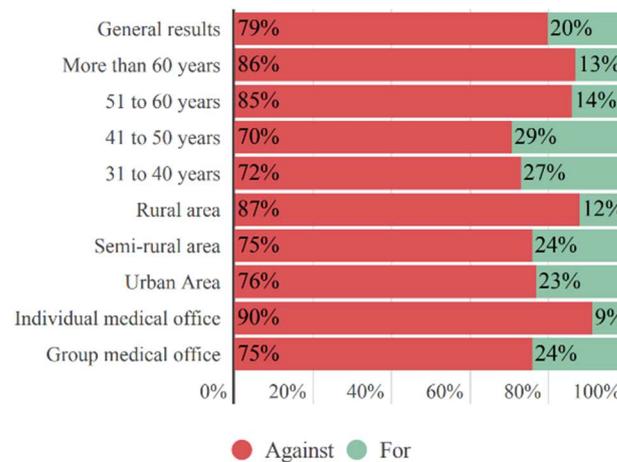


Figure 3 - Creation of unscheduled consultation slots by GPs population (multiple responses were possible)

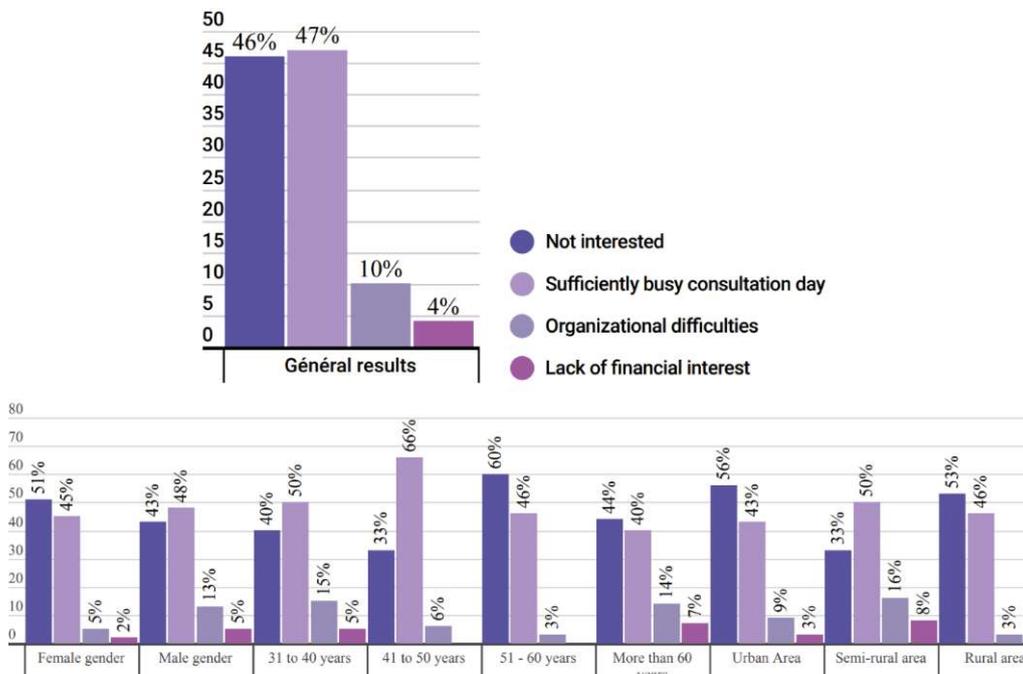


Figure 4 - Barriers to the introduction of unscheduled consultation slots by gender, age, and practice area

Part IV: Redirection of patients requiring medical advice during working hours from EDs to GPs practices on dedicated slots.

The GPs were mainly in favor (62.02%) of communicating their available USc slots to the ED, against an automatic programming of these emergency consultations (87.75%) and against carrying out teleconsultations for patients requiring a medical advice sent by EDs on a dedicated time slot (46.05%). There was no significant difference depending on gender, age, installation period, size of the customer base or the type of practice for these questions. Among the 37.98% of doctors who would accept communication of their available time slots, 67.04% would like to be contacted by telephone, 33.74% by a referral medical telephone secretariat, 15.24% via an application and 8% via electronic mail.

Discussion

Summary

Our survey of 1,298 general practitioners in France shows that nearly 9 out of 10 GPs offer unscheduled primary care slots on a daily basis, largely reserved for their patients and those of the same practice. This proportion shows that the vast majority of general practitioners consider that remaining available for USc is their responsibility. When they cannot answer the demand, 3 out of 10 refer to EDs. However, they are mostly satisfied with their organization and they do not seem ready today for a redirection by the emergency services of patients for whom they are not the attending physician, as French health policies would like (25). This experiment, which was to lead general practitioners to let the hospital take control of a part of their calendar, was not well accepted, especially as financial issues made the discussions more complex.

Strengths and limitations

The present study had several limitations. First, our study shows a selection bias: the population is not representative of the overall GP population in France given that the average age of the participating GPs was younger (31 - 40 years vs. 49,9 years); indeed, the GPs who accepted to fill the questionnaire responded via the Internet and had been contacted through social networks (31). In the same manner, the proportion of men and women also differed from the overall population of French GPs (61% vs. 51.1%) (32). However, these figures are on the one hand similar to other studies and on the other hand reflect the feminization of the profession (31,32). Secondly, a lack of representativeness at the territorial level, with 2 regions over-represented and 3 regions are under-represented. However, the Ile de France region having offers and requests for care specific to its territory, it would be necessary to carry out this study specifically in this region. Finally, our survey remains a survey of opinion and not of actual practice,

descriptive and without causality research. However, our strength was the large number of subjects interviewed.

Comparison with existing literature

The establishment of an attending physician has led to a great improvement of the continuity of care and has led to a reduction in patient morbidity and mortality (33). However, in France, 5.4 million people do not have an attending physician today and find it difficult to get an appointment with a GP within a reasonable delay (34,35). This difficulty is reinforced on the one hand by the increase in the demand for care linked to the aging of the population, and on the other hand, by a decrease in medical staff, a decrease in the number of medical procedures per capita and an overall reduction in working time. Structural transformations in medical work and in the vision of working of the new generations of physicians, who are more aspiring to salaried practices and to a better articulation between private and professional life, are probably one of the sources of this decrease (31,36–40).

However, this development will not be able to guarantee the sustainability of the attending physician - patient relationship (38). It is therefore necessary to work and rethink the methods of organization and coordination of primary care based on different levels of reforms, of which the Nordic countries (Sweden, Denmark, Norway) are the leaders, in order to maintain a provision of primary care accessible throughout the territory in order to meet the demand of the populations and avoid the inappropriate influx to ED (20,40–52). In the models of the Nordic countries, the first contact is made with a reception nurse "Gatekeeper of the Gatekeepers", available during working hours, whose role is to sort patients according to their requests, the emergency degree and the predefined complexity of the case, then to dispatch them, either to Paramedics or GPs in charge of USCs, or to offer them a scheduled consultation or teleconsultation with paramedics, referent nurses or general practitioners.

The GP takes on the role of care coordinator and it is probably necessary in the future to forget the term "family doctor - single attending physician" to work in groups, by creating a "treating network" with different actors, each playing their roles in proportion to patient demand and complexity (41–44). In Denmark, in the Copenhagen region, it is necessary to call 1813 before going to the ED. Only patients whose motive justifies it will actually be able to access it. The others are redirected to General Medicine. In the other regions, general practitioners have organized themselves and consulting a general practitioner is necessary in order to subsequently access ED. On this model, France has devised new structures, the "territorial professional health community" (CPTS), which provide the human and financial resources to city professionals to coordinate. Among the various objectives of the CPTS, a mandatory so-

called "base" mission should lead city professionals to organize themselves to respond to USc (45,46). The vast majority of general practitioners believe that CPTS have a role to play in the management of USc (47).

Implications for practice.

In the current context, a technological solution supporting the organization and efficiency of care could be more easily deployed than previously. However, the existing technological offer makes it possible to provide effective support for the management of flows and the human management of emergency services is too weak and the doctors in our panel clearly show the underuse of the digital tool for their own organization (48–50). In France, the technological offer exists today in personal services (historically focused on transport between the hospital and the city, online appointment booking, home care, hospitalization in home) (51,52). Some models, such as "Doctor Online" in Sweden have already equipped themselves with innovative tools to streamline the symptom checker-type care system, where an artificial intelligence (AI) will ask a set of questions allowing an effective dispatching towards paramedics during working hours, and towards the regulation during the continuity of care hours (53–58). In France, there are currently between 500 and 1000 CPTS which reflect in a city hospital link to the organization of USc around a digital tool (59). The innovation effort must continue and focus on inter-structure and inter-service coordination (hospitals, private doctors, clinics, emergency services and homecare services) to dispatch care and sort patients (60). These solutions are still complex to deploy seeing the multitude of players involved and in particular in the face of individual brakes, including those of the GPs that we described (61,62).

Conclusions

French general practitioners do not wish to accept requests for redirection of emergency patients. The recent reforms promoting the creation of CPTS and more broadly the coordinated exercise are aimed at letting primary care professionals organize themselves to collectively take ownership of the management of USc with specific solutions to each territory. This reform will have to be joined by a deep overhaul of ED and regulation, where there are also certainly just as many obstacles as on the side of general practitioners. The patient, at the heart of the system, must be fully involved in his health, and informed of organizational changes through targeted communication campaigns.

Funding: no funding has been dedicated to this study.

Ethical approval: Ethical committee approval is not required for this type of professional survey in France, and collected data were anonymized.

Competing interests: All authors have nothing to declare.

References

1. Toutlemonde F. Les établissements de santé - édition Juillet 2020. Panoramas de la DREES.
2. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. 2015 août. Report No.: 83.
3. Morley C, Unwin M, Peterson GM, et al. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. Bellolio F, éditeur. PLOS ONE. 30 août 2018;13(8):e0203316.
4. Mullins PM, Pines JM. National ED crowding and hospital quality: results from the 2013 Hospital Compare data. *Am J Emerg Med.* juin 2014;32(6):634-9.
5. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Ann Emerg Med.* août 2008;52(2):126-136.e1.
6. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, et al. The Effect of Emergency Department Crowding on Clinically Oriented Outcomes. *Acad Emerg Med.* janv 2009;16(1):1-10.
7. Sprivulis PC, Da Silva J, Jacobs IG, et al. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust.* juin 2006;184(12):616-616.
8. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, et al. Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients. *Ann Emerg Med.* juin 2013;61(6):605-611.e6.
9. Thibon E, Bobbia X, et al. Association entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étologies médicales. *Ann Fr Médecine D'urgence.* juill 2019;9(4):229-34.
10. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ.* 1 juin 2011;342(jun01 1):d2983-d2983.
11. Pitts SR, Pines JM, Handrigan MT, Kellermann AL. National Trends in Emergency Department Occupancy, 2001 to 2008: Effect of Inpatient Admissions Versus Emergency Department Practice Intensity. *Ann Emerg Med.* déc 2012;60(6):679-686.e3.
12. Singer AJ, Thode Jr HC, Viccellio P, Pines JM. The Association Between Length of Emergency Department Boarding and Mortality: Boarding and Mortality. *Acad Emerg Med.* déc 2011;18(12):1324-9.
13. Fee C, Weber EJ, Maak CA, Bacchetti P. Effect of Emergency Department Crowding on Time to Antibiotics in Patients Admitted With Community-Acquired Pneumonia. *Ann Emerg Med.* nov 2007;50(5):501-509.e1.

14. Eriksson J, Gellerstedt L, Hillerås P, Craftman ÅG. Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *J Clin Nurs.* mars 2018;27(5-6):e1061-7.
15. Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, MacKinnon NJ, Kovacs G. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf.* 1 juill 2011;20(7):564-9.
16. Taboulet P, Maillard-Acker C. Triage des patients à l'accueil d'une structure d'urgences. Présentation de l'échelle de tri élaborée par la Société française de médecine d'urgence : la French Emergency Nurses Classification in Hospital (FRENCH). *Ann Fr Médecine D'urgence.* janv 2019;9(1):51-9.
17. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, et al. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Qual Saf.* juin 2020;29(6):449-64.
18. Bentley JA, Thakore S, Morrison W, Wang W. Emergency Department redirection to primary care: a prospective evaluation of practice. *Scott Med J.* févr 2017;62(1):2-10.
19. O'Keeffe C, Mason S, Jacques R, Nicholl J. Characterising non-urgent users of the emergency department (ED): A retrospective analysis of routine ED data. van Griensven M, éditeur. *PLOS ONE.* 23 févr 2018;13(2):e0192855.
20. Bahadori M, Mousavi SM, Teymourzadeh E, Ravangard R. Emergency department visits for non-urgent conditions in Iran: a cross-sectional study. *BMJ Open.* oct 2019;9(10):e030927.
21. Oh H, Chow W, Gao Y, et al. Factors associated with inappropriate attendances at the emergency department of a tertiary hospital in Singapore. *Singapore Med J.* févr 2020;61(2):75-80.
22. Wright M, Versteeg R, Hall J. General practice's early response to the COVID-19 pandemic. *Aust Health Rev.* 2020;44(5):733.
23. Kichloo A, Albosta M, Dettloff K, et al. Telemedicine, the current COVID-19 pandemic and the future: a narrative review and perspectives moving forward in the USA. *Fam Med Community Health.* août 2020;8(3):e000530.
24. Vassy C. L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. *Mouvements.* 2004;32(2):67.
25. Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence, [Online]. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/12/27/SSAH1937815A/jo/texte>
26. DRESS. Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale [Online] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/00-le-panel-dobservation-des-pratiques-et-des-conditions-dexercice-en>
27. DRESS. Présentation de la DREES [Internet]. Available on: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/presentation-de-la-drees>
28. Eysenbach G. Improving the Quality of Web Surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res.* 29 sept 2004;6(3):e34.
29. Merçay C. Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale analyse de l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund sur

- mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2015.
30. Bouletreau A, Chouaniere D, Wild P, Fontana JM. Concevoir, traduire et valider un questionnaire. A propos d'un exemple EUROQUEST. Notes scientifiques et techniques de l'INRS NS 178. Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS); 1999.
 31. Bouet, Atlas de de démographie Médicale en France. (2021)
 32. Abensur Vuillaume L, Rossignol P, Lamiral Z, et al. Hyperkalaemia and hypokalaemia outpatient management: a survey of 500 French general practitioners. *ESC Heart Fail.* oct 2020;7(5):2042-50.
 33. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, et al. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract.* sept 2020;70(698):e600-11.
 34. Mutualité Française. Accès territorial aux soins: Les inégalités ne sont pas définitives, 2020.
 35. Sondage BVA pour le Ciss, « Les Français et les déserts médicaux », novembre 2015.
 36. Bras P-L. Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? *Trib Santé.* 2016;n° 50(1):67.
 37. Verger P, Bocquier A, Bournot M-C, et al. Le panel de médecins généralistes de ville : éclairages sur les enjeux de la médecine de premier recours d'aujourd'hui. *Rev Fr Aff Soc.* 2017;1(3):213.
 38. Marion Bachelet, Marie Anguis. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. *DRESS,* 2017;1011.
 39. Focus. *Trib Santé.* 2020;N°63(1):13.
 40. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. :8.
 41. Norful AA, de Jacq K, Carlino R, Poghosyan L. Nurse Practitioner–Physician Comanagement: A Theoretical Model to Alleviate Primary Care Strain. *Ann Fam Med.* mai 2018;16(3):250-6.
 42. Lynn J, Straube BM, Bell KM, et al. Using Population Segmentation to Provide Better Health Care for All: The « Bridges to Health » Model. *Milbank Q.* juin 2007;85(2):185-208.
 43. Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* déc 2017;17(1):295.
 44. Choi BY, Blumberg C, Williams K. Mobile Integrated Health Care and Community Paramedicine: An Emerging Emergency Medical Services Concept. *Ann Emerg Med.* mars 2016;67(3):361-6.
 45. Falcoff H, Gasse A-L, Berraho-Bundhoo Y, Dubois S. Retour d'expérience : la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13e arrondissement de Paris. *Regards.* 2019;N°56(2):93.
 46. Ferru M, Omer J. Les communautés professionnelles territoriales de santé : une relecture du dispositif en termes de proximités: *Innovations.* 20 avr 2021;N° 65(2):21-48.
 47. Leicher C. CPTS et territoire. *Regards.* 2019;N°56(2):81.

48. McCabe A, Brenner M. Capturing data for emergency department performance monitoring purposes. *HRB Open Res.* 13 août 2019;2:18.
49. Cartier T, Bourgueil Y. France. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al., editors. *Building primary care in a changing Europe: Case studies* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (Observatory Studies Series, No. 40.).
50. Amadi-Obi A, Gilligan P, Owens N, O'Donnell C. Telemedicine in pre-hospital care: a review of telemedicine applications in the pre-hospital environment. *Int J Emerg Med.* déc 2014;7(1):29.
51. Oliveira IS de, Lima E de FA. Software development for emergency bed management. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(suppl 5):e20200055.
52. Jennings, PhD EA, Arlikatti, PhD S. What influences the acceptance of emergency management decision-support software? A study of county emergency management officials. *J Emerg Manag.* 25 févr 2016;13(6):539.
53. Acker D. The organization of primary care in Nordic countries. *Rev Fr Aff Soc.* 2020;1(1):313.
54. Raita Y, Goto T, Faridi MK, Brown DFM. Emergency department triage prediction of clinical outcomes using machine learning models. *Crit Care.* déc 2019;23(1):64.
55. Langabeer JR, Champagne-Langabeer T, Alqusairi D. Cost–benefit analysis of telehealth in pre-hospital care. *J Telemed Telecare.* sept 2017;23(8):747-51.
56. Yan Y, Yu G, Yan X. Online Doctor Recommendation with Convolutional Neural Network and Sparse Inputs. Lo Bosco G, éditeur. *Comput Intell Neurosci.* 15 oct 2020;2020:1-10.
57. Obermeyer Z, Emanuel EJ. Predicting the Future — Big Data, Machine Learning, and Clinical Medicine. *N Engl J Med.* 29 sept 2016;375(13):1216-9.
58. Lu AD, Junge M, Garber J, et al. Feasibility of a Telemedicine Urgent Care Program to Address Patient Complaints on First Contact. Nabecker S, éditeur. *Emerg Med Int.* 28 oct 2020;2020:1-4.
59. Rist S, Rogez R. Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale. *Trib Santé.* 2020;N°63(1):51.
60. Ramsay K. Pratique avancée : quelle articulation en équipe ? *Trib Santé.* 2020;N°63(1):57.
61. Ellner AL, Phillips RS. The Coming Primary Care Revolution. *J Gen Intern Med.* avr 2017;32(4):380-6.
62. De Haas P. Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins. *Médecine Mal Métaboliques.* févr 2017;11(1):18-21.

Conclusions Générales

Notre enquête réalisée auprès de 1298 médecins généralistes en France nous montre que près de 9 MG sur 10 proposent quotidiennement des créneaux de soins non programmés, réservés en grande partie, à leurs patients et à ceux du cabinet. Nos résultats sont similaires à ceux d'une étude réalisée par la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS)³ en 2021 (40). Ils sont majoritairement satisfaits de leur organisation et ne semblent pas prêts aujourd'hui à accueillir des patients issus de la réorientation par les services d'urgence dont ils ne sont pas les médecins traitants, comme le voudraient les politiques de santé (38).

Les freins à la réorientation depuis les urgences

Notre étude a révélé un certain nombre de freins à la mise en place d'une réorientation depuis les SAU. Un des principaux freins à cette collaboration, est le fait que les Médecins généralistes ne semblent pas enclins à prendre en charge les patients dont ils ne sont pas le médecin traitant. Le second frein révélé par notre enquête, est qu'il semble exister chez les médecins généralistes français, une organisation non optimisée. D'une part dans la gestion des prises de rendez-vous, où près de 3 médecins généralistes sur 10 ne délèguent qu'en partie cette tâche. D'autre part dans la gestion des réorientations lors de leurs absences ou lorsqu'ils ne peuvent répondre à la demande, où 3 MG sur 10 réorientent vers les services d'urgences, et où 1 MG sur 10 ne réorientent pas leurs patients. Enfin, le troisième obstacle à cette réorientation est une opposition probable des MG de laisser piloter une partie de leur agenda par l'hôpital. Diverses manifestations de ce refus ont pu être mises en exergue par notre étude : le rejet marqué des médecins de l'hypothèse d'une réorientation automatique des patients provenant des SAU et la nécessité de contrôler la situation par le souhait d'être contacté par téléphone lors des possibles réorientations.

D'autant plus que des problématiques financières ont complexifié les discussions : l'hôpital bénéficiait d'un forfait de réorientation pour le travail non effectué alors que, dans le même temps, le médecin généraliste ne pouvait pas utiliser de cotation d'urgence pour cette consultation imprévue.

³ La Drees est un des services de la statistique publique, sa vocation est de fournir des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales.

Vers une nouvelle organisation

La loi « Ma Santé 2022 », associée au Pacte de réforme des urgences de 2020 sont les premiers jalons pour répondre aux besoins des soins de proximité. Ils prévoient le développement de liens entre les différents acteurs des soins primaires et secondaires en créant des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et en développant le numérique dans le domaine de la santé. Ils prévoient également une amélioration de l'accès au parcours de soin en développant le service d'accès aux soins (SAS) (41–46).

Les CPTS ont été créées par la loi de janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Elles sont composées de professionnels de santé, regroupés en équipe de SP, d'acteurs de premier ou de second recours, d'acteurs paramédicaux, médico-sociaux et sociaux. Cette structure doit permettre à ses membres d'organiser plus facilement leur activité professionnelle et d'y ajouter une réponse en trois niveaux de services à rendre par la création d'un projet de santé commun pour le territoire de leur intervention. Le bénéficiaire du premier niveau de service à rendre est le patient, à qui il est apporté une réponse à ses besoins de soins et au profit duquel est réalisé une détermination des facteurs de risque ainsi qu'une personnalisation des démarches de prévention, de dépistage et de promotion de la santé. Le second niveau de service à rendre est celui destiné à l'ensemble de la patientèle avec une organisation de la continuité des soins. Enfin, le troisième niveau de service à rendre est celui destiné à la population avec le développement de démarches collectives (vaccination systématique, campagne de prévention (ex : mois sans tabac), gestion des soins non programmés...). Enfin, les territoires sont définis par les professionnels de santé et en concertation avec l'Agence Régionale de Santé (ARS)⁴ afin de répondre à une couverture de l'ensemble du territoire. Actuellement, 582 projets sont en cours d'élaboration sur les 1000 prévus d'ici à 2022. L'organisation des CPTS va permettre de donner progressivement de la visibilité au secteur ambulatoire de notre système de santé face aux différents acteurs sociaux, hospitaliers, et administratifs. Afin de dégager du temps médical et de prendre en charge des situations nouvelles, complexes et des patients sans médecin traitant, une des solutions consiste à décharger les médecins de tâches non médicales. Une autre solution consiste à confier dans les CPTS la prévention et le suivi de patients chroniques stabilisés à des infirmier(e)s en pratique avancée, les infirmier(e)s Asalée⁵ (47–51).

⁴ Les agences régionales de santé sont des établissements publics administratif de l'État français chargé du pilotage régional du système national de santé.

⁵ Les Infirmier(e)s Asalée : le dispositif Asalée (Action de santé libérale en équipe) a été créé en 2004 afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville. Un protocole de coopération permet des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmières comprenant des dépistages et des suivis de pathologies chroniques.

En outre, l'amélioration de la prise en charge des patients passe par la continuité des parcours de soins entre les différents acteurs de SP et secondaires, et ce, notamment grâce au déploiement de solutions digitales telle que le dossier médical partagé (DMP). Le DMP est un dossier informatique rassemblant les données médicales des patients qui permettra à terme de rendre le système de soin plus efficient. Il améliorera les échanges entre les différents acteurs, diminuera la redondance des demandes d'examens complémentaires, telles que les imageries et les biologies et pourra diminuer le temps de prise en charge de chacun dans les différentes structures (SAU, MMG, hospitalisation).

Pour finir, le SAS vise à améliorer les conditions d'accès au système de soins par le développement d'un centre de renseignement et d'orientation en complément à la régulation médicale du SAMU-15. Il s'agit d'un dispositif d'orientation médicale, en réponse à une demande de soins et / ou de renseignement, répondant aux questions de santé. Ils seront accessibles à tout moment et par différents moyens tels que des appels téléphoniques et des téléconsultations. Ils seront conduits par le personnel des CPTS et du SAMU-15 de chacun de ces territoires (52). L'appel, au travers d'un numéro unique de gestion des SNP et des urgences, sera initialement pris en compte par un assistant de régulation médicale (ARM) chargé d'identifier le lieu de la détresse, l'appelant et la nature de l'appel. Cet appel est ensuite réorienté soit vers un ARM de la filière d'aide médicale urgente devant une urgence médicale, soit réorienté vers un médecin régulateur libéral de la filière de SNP (53). Actuellement en déploiement dans 22 sites pilotes⁶, qui couvrent plus de 40 % de la population Française, permet d'assurer un maillage territorial le plus large possible, en métropole et en outre-mer, concernant aussi bien des pôles urbains que des territoires moins denses ou connaissant des problématiques de désertification médicale.

Avenir et modèle « idéal »

Avoir un médecin traitant référent est une bonne chose pour la continuité des soins et la réduction de la morbi-mortalité (54). Or, 5,4 Millions de personnes en France sont aujourd'hui sans médecin traitant et éprouvent des difficultés pour obtenir un rendez-vous chez un généraliste dans un délai raisonnable (55,56).

⁶ En Isère, au Rhône, en Savoie, en Côte d'Or, en Nièvre, au Finistère, en Ile et Vilaine, en Indre, en Indre et Loire, en Moselle, au Nord, en Somme, à Paris et petite couronne, en Yvelines, à la Réunion, en Martinique, dans la Manche, au Havre, en Charente, en Gironde, en Vienne, en Haute Garonne et en Loire-Atlantique.

En se basant sur les projections de la DRESS, la pérennité de cette relation (Médecin traitant – Patient) ne peut être garantie aux cours des années à venir (57,58). Ce constat est basé d’une part sur l’accroissement de la demande de soins, dû à la croissance démographique et au vieillissement de la population. Il repose d’autre part sur la raréfaction de l’offre associée à une diminution des effectifs médicaux, une féminisation de la profession, une baisse du nombre d’actes de médecin généraliste par habitant, et sur une transformation dans le rapport au travail des nouvelles générations. Ces dernières aspirent en effet plus fortement à des modes d’exercice salarié, avec une réduction du temps de travail et à une meilleure articulation entre vie privée et vie professionnelle. Ces différents aspects d’évolutions vont conduire à une majoration des difficultés d’accès aux soins et à l’impossibilité pour de nouveaux patients à avoir recours à des médecins traitants référent (12,57–62).

En comparant notre modèle à celui des pays du Nord, d’outre-Manche et d’outre-Atlantique, il apparaît nécessaire de remettre en cause certaines frontières de nos champs traditionnels d’intervention afin de répondre aux demandes des patients (63–70). Tout d’abord, le parcours de soins des patients en SP devrait être réorganisé, et cette réorganisation devrait être associée à une redistribution des rôles et des responsabilités des paramédicaux dans les CPTS (Figure 5).

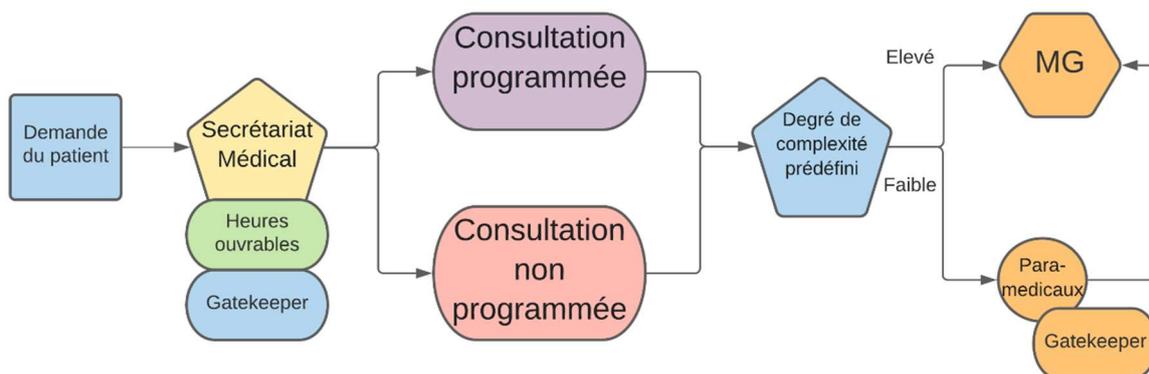


Figure 5 – Réorganisation du parcours de soin des patients en soins primaire – MG : Médecin généraliste ; IDE : Infirmièr(e) diplômé(e) d’état ; (source personnelle)

Un secrétariat médical de réorientation pourrait agir comme premier niveau de contact avec le patient et serait chargé de programmer un rendez-vous ou de proposer une CNP selon l’urgence et la complexité de la situation, soit vers le second niveau de contact qui serait les paramédicaux en pratiques avancées (infirmières de pratiques avancées ou autres acteurs en

fonction du champ d'action), soit vers le troisième niveau de contact constitué par les Médecins généralistes de la CPTS. Les paramédicaux en pratiques avancées auraient pour rôles de prendre en charge les soins programmés et non programmés non complexes, en consultation ou en téléconsultation des patients et de réaliser les missions de préventions et de suivis de patients stabilisés (71–85).

En parallèle, il faudrait poursuivre la transition digitale en développant un parcours de soins 100%-numérique, avec un DMP accessible et avec différents niveaux de restrictions par les médecins, les paramédicaux, les pharmacies, les maisons médicales de gardes, la régulation et les services d'urgences du réseau de la CPTS. Cela permettrait de tracer le parcours de soins des patients, de responsabiliser le patient et les prises en charge de chacun, d'abolir les ordonnances, les comptes rendus et les résultats papiers ; de développer la gestion des données de numériques et l'intelligence artificielle (86–89).

Dans cette dynamique, le SAS se devrait, comme les CPTS, aller plus loin, en redistribuant les rôles de chacun, accompagné du développement de support informatique, au regard de la diminution à long terme de l'offre médicale (Figure 6).

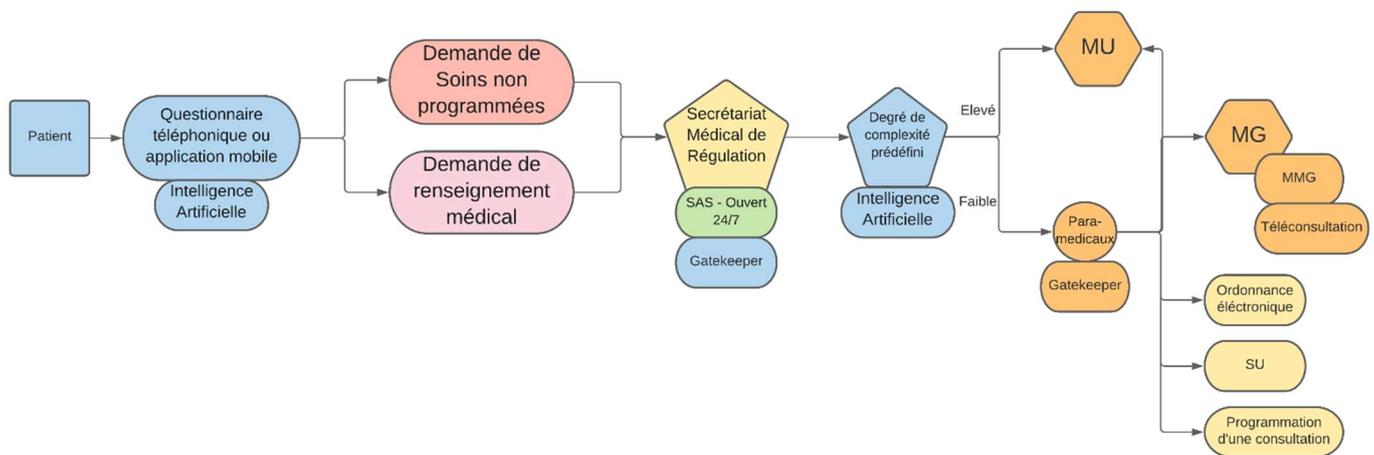


Figure 6 – Réorganisation des SAS / Régulation face à des patients nécessitant une consultation non programmée ou un avis médical – (source personnelle)

MU : Médecin urgentiste ; MG : Médecin généraliste ; MMG : Maison médicale de garde ; SAU : Service d'urgence

Il serait dès lors pertinent, comme l'attestent différentes études et systèmes de soins (Suède et Danemark), former des paramédicaux spécialisés pour répondre aux besoins téléphoniques des patients, se défausser du recours des médecins généralistes régulateurs et

permettre un accès aux services d'urgences seulement après un premier contact avec des paramédicaux « Gatekeeper » des SAU associé à un développement de la réorientation prédictive par l'intelligence artificielle. Les futures infirmières en pratiques avancées en médecine d'urgence devraient pouvoir parfaitement intégrer ce type de mission dans leur futur exercice (66,75,90–101).

Conclusion

Notre étude révèle que les médecins généralistes français organisent leurs activités afin de prendre en charge les demandes de soins non programmés à leurs cabinets et ne souhaitent pas accéder aux demandes de réorientation des patients en provenance des services d'urgences comme le voudraient les politiques de santé.

Malgré cela, les récentes réformes valorisant l'exercice coordonné par la création de CPTS ont l'objectif de laisser les professionnels de soins primaires s'organiser pour s'approprier collectivement la gestion des soins non programmés avec des solutions propres à chaque territoire.

Au regard de la raréfaction de l'offre médicale dans les années à venir, le partage du temps médical de manière interprofessionnelle selon la complexité et le niveau de compétence de chacun, accompagné d'une aide médicale informatisée permettrait non seulement de dégager du temps médical utile, mais également de diminuer la charge hospitalière, d'améliorer l'état de santé de la population suivie sans dégradation de la sécurité des soins.

Il est évident qu'une augmentation plus ambitieuse du nombre de médecins généralistes permettrait de modifier les termes du débat.

Références Bibliographiques

1. Samu Urgences de France, Paris. FRA. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. Livre blanc 2015.
2. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique*. 2004;16(1):63-74.
3. Vassy C. L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. *Mouvements*. 2004;32(2):67.
4. Royer-Poncin C; D Romain. L'angoisse plus forte que la raison ? analyse de la trajectoire de soins des patients consultant aux urgences de Maubeuge pour un motif ambulatoire quels sont les facteurs déterminants de cette consultation ? 2015.
5. Collet G. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. :8.
6. Cartier T, Bourgueil Y. et al., editors. Building primary care in a changing Europe: Case studies [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (Observatory Studies Series, No. 40.).
7. Hassenteufel P, Naiditch M, Schweyer F-X. Appel à contribution pluridisciplinaire sur : « Les réformes de l'organisation des soins primaires »: Pour le numéro de janvier-mars 2020. *Rev Fr Aff Soc*. 2020;1(1):353.
8. Crismer A, Belche J-L, Van der Vennet J-L. Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne. *Santé Publique*. 2016;28(3):375.
9. Chrusciel J, Fontaine X, Devillard A, et al. Effet de la mise en place d'un circuit court sur les temps de passage et les indicateurs de qualité des soins aux urgences : une étude en région Champagne-Ardenne. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. mars 2019;67:S108.
10. Sous la direction de Fabien Toutlemonde (2020, juillet). Les établissements de santé - édition 2020. Panoramas de la DREES.
11. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. 2015 août. Report No.: 83.
12. Athari E, Papon S, Robert-Bobée I. Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers. 2019;17.
13. ATIH Analyse de l'activité hospitalière 2018, 2019 Septembre.
14. L'Hostis N. Les Urgences françaises font-elles de la « bobologie »? une analyse des passages aux urgences et des hospitalisations qui s'en suivent, Pilar Institute, juillet 2017.
15. Taboulet P, Maillard-Acker C. Triage des patients à l'accueil d'une structure d'urgences. Présentation de l'échelle de tri élaborée par la Société française de médecine d'urgence :

- la French Emergency Nurses Classification in Hospital (FRENCH). *Ann Fr Médecine D'urgence*. janv 2019;9(1):51-9.
16. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, et al. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Qual Saf*. juin 2020;29(6):449-64.
 17. Bentley JA, Thakore S, Morrison W, Wang W. Emergency Department redirection to primary care: a prospective evaluation of practice. *Scott Med J*. févr 2017;62(1):2-10.
 18. O'Keeffe C, Mason S, Jacques R, Nicholl J. Characterising non-urgent users of the emergency department (ED): A retrospective analysis of routine ED data. van Griensven M, éditeur. *PLOS ONE*. 23 févr 2018;13(2):e0192855.
 19. Bahadori M, Mousavi SM, Teymourzadeh E, Ravangard R. Emergency department visits for non-urgent conditions in Iran: a cross-sectional study. *BMJ Open*. oct 2019;9(10):e030927.
 20. Oh H, Chow W, Gao Y, et al. Factors associated with inappropriate attendances at the emergency department of a tertiary hospital in Singapore. *Singapore Med J*. févr 2020;61(2):75-80.
 21. O'Cathain A, Connell J, Long J, Coster J. 'Clinically unnecessary' use of emergency and urgent care: A realist review of patients' decision making. *Health Expect*. févr 2020;23(1):19-40.
 22. Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, MacKinnon NJ, Kovacs G. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf*. 1 juill 2011;20(7):564-9.
 23. Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, et al. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *Am J Emerg Med*. mars 2010;28(3):304-9.
 24. Oberlin M, Andrès E, Behr M, et al. La saturation de la structure des urgences et le rôle de l'organisation hospitalière : réflexions sur les causes et les solutions. *Rev Médecine Interne*. oct 2020;41(10):693-9.
 25. Morley C, Unwin M, Peterson GM, et al. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. Bellolio F, éditeur. *PLOS ONE*. 30 août 2018;13(8):e0203316.
 26. Mullins PM, Pines JM. National ED crowding and hospital quality: results from the 2013 Hospital Compare data. *Am J Emerg Med*. juin 2014;32(6):634-9.
 27. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. *Ann Emerg Med*. août 2008;52(2):126-136.e1.
 28. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, et al. The Effect of Emergency Department Crowding on Clinically Oriented Outcomes. *Acad Emerg Med*. janv 2009;16(1):1-10.

29. Sprivulis PC, Da Silva J, Jacobs IG, Frazer ARL, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust.* juin 2006;184(12):616-616.
30. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang L-J, Han W, et al. Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients. *Ann Emerg Med.* juin 2013;61(6):605-611.e6.
31. Thibon E, Bobbia X, Blanchard B, Masia T, Palmier L, Tendron L, et al. Association entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étiologies médicales. *Ann Fr Médecine D'urgence.* juill 2019;9(4):229-34.
32. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ.* 1 juin 2011;342(jun01 1):d2983-d2983.
33. Pitts SR, Pines JM, Handrigan MT, Kellermann AL. National Trends in Emergency Department Occupancy, 2001 to 2008: Effect of Inpatient Admissions Versus Emergency Department Practice Intensity. *Ann Emerg Med.* déc 2012;60(6):679-686.e3.
34. Singer AJ, Thode Jr HC, Viccellio P, Pines JM. The Association Between Length of Emergency Department Boarding and Mortality: Bording and Mortality. *Acad Emerg Med.* déc 2011;18(12):1324-9.
35. Fee C, Weber EJ, Maak CA, Bacchetti P. Effect of Emergency Department Crowding on Time to Antibiotics in Patients Admitted With Community-Acquired Pneumonia. *Ann Emerg Med.* nov 2007;50(5):501-509.e1.
36. Eriksson J, Gellerstedt L, Hillerås P, Craftman ÅG. Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *J Clin Nurs.* mars 2018;27(5-6):e1061-7.
37. Chastonay OJ, Bodenmann P. Grands consommateurs des services d'urgence, un défi pour le système de santé : une mise au point. *J Eur Urgences Réanimation.* juill 2021;S2211423821000742.
38. Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/12/27/SSAH1937815A/jo/texte>
39. Ministère des Solidarités et de la Santé. Pacte de refondation des urgences : parce que chacun détient sa part de solution 2019.
40. Chaput et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. *Études et résultats*, 1138.
41. Vezinat N. La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles : une « communauté d'intérêt » entre association professionnelle et autorités sanitaires. *Rev Fr Aff Soc.* 2020;1(1):79.

42. Ray M, Bourgueil Y, Sicotte C. French multi-professional healthcare homes: An organizational model at the interface of multiple logics. *Rev Fr Aff Soc.* 2020;1(1):57.
43. Granger B. «Ma santé 2022 » : un plan ambitieux, des moyens limités. *Le Débat.* 2019;203(1):98.
44. Safon M-O. La loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé. 2022;55.
45. De Haas P. Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins. *Médecine Mal Métaboliques.* févr 2017;11(1):18-21.
46. Stratégie de Transformation du Système de Santé : Ma Santé 2022. *Rev Francoph Orthopt.* oct 2018;11(4):203-4.
47. Ferru M, Omer J. Les communautés professionnelles territoriales de santé : une relecture du dispositif en termes de proximités: *Innovations.* 20 avr 2021;N° 65(2):21-48.
48. Rist S, Rogez R. Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale. *Trib Santé.* 2020;N°63(1):51.
49. Leicher C. CPTS et territoire. *Regards.* 2019;N°56(2):81.
50. Falcoff H, Gasse A-L, Berraho-Bundhoo Y, Dubois S. Retour d'expérience : la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13^e arrondissement de Paris. *Regards.* 2019;N°56(2):93.
51. Kuo Y-F, Chen N-W, Baillargeon J, Raji MA, Goodwin JS. Potentially Preventable Hospitalizations in Medicare Patients With Diabetes: A Comparison of Primary Care Provided by Nurse Practitioners Versus Physicians. *Med Care.* sept 2015;53(9):776-83.
52. Pribile P, Nabet N. Repenser l'organisation territoriale des soins. 2018;22.
53. APHP (2021) - Service d'accès aux soins (SAS).
54. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract.* sept 2020;70(698):e600-11.
55. Mutualité Française (2020). Accès territorial aux soins: Les inégalités ne sont pas définitives.
56. Sondage BVA pour le Ciss, « Les Français et les déserts médicaux », novembre 2015.
57. Marion Bachelet, Marie Anguis (2017). Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. *Études et résultats*, 1011.
58. Focus. *Trib Santé.* 2020;N°63(1):13.
59. Bras P-L. Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? *Trib Santé.* 2016;n° 50(1):67.
60. Bouet (2021), Atlas de de démographie Médicale en France.

61. Verger P, Bocquier A, Bournot M-C, et al. Le panel de médecins généralistes de ville : éclairages sur les enjeux de la médecine de premier recours d'aujourd'hui. *Rev Fr Aff Soc.* 2017;1(3):213.
62. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. :8.
63. Merçay C. Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale. :193.
64. Chabot J-M. Les soins primaires en Europe. *Concours Méd.* 2016;138(7):534.
65. Borgne N, Boiron F. Parcours de soins, un défi sanitaire entre innovation et créativité. *Soins Cadres.* sept 2018;27(107):21-4.
66. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe: Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. *Rev Fr Aff Soc.* 2006;1(2):91.
67. Palier B. Chapitre IV. Les réformes des systèmes de santé. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2021. p. 68-90. (Que sais-je ?; vol. 9e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-reforme-des-systemes-de-sante--9782715406711-p-68.htm>
68. Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients' Needs. *Health Aff (Millwood).* mars 2013;32(3):516-25.
69. Ellner AL, Phillips RS. The Coming Primary Care Revolution. *J Gen Intern Med.* avr 2017;32(4):380-6.
70. Glass DP, Kanter MH. The impact of improving access to primary care. *J Eval Clin Pract.* déc 2017;23(6):1451-8.
71. Kichloo A, Albosta M, Dettloff K, et al. Telemedicine, the current COVID-19 pandemic and the future: a narrative review and perspectives moving forward in the USA. *Fam Med Community Health.* août 2020;8(3):e000530.
72. Ramsay K. Pratique avancée: quelle articulation en équipe? *Trib Santé.* 2020;N°63(1):57.
73. Pomey M-P, Menear M, et al. Amélioration des soins et des services en première ligne pour la gestion des maladies chroniques : le programme COMPAS+ au Québec. *Rev Fr Aff Soc.* 2020;1(1):325.
74. Schütz M, Senn N, Cohidon C. Le projet pilote MOCCA : une nouvelle organisation des cabinets de médecine de famille dans le canton de Vaud, Suisse. *Rev Fr Aff Soc.* 2020;1(1):337.
75. Acker D. The organization of primary care in Nordic countries. *Rev Fr Aff Soc.* 2020;1(1):313.

76. Rasku T, Kaunonen M. Community nurse-paramedics' sphere of practice in primary care; an ethnographic study. *BMC Health Serv Res.* déc 2021;21(1):710.
77. Mafi JN, Wee CC, Davis RB. Comparing Use of Low-Value Health Care Services Among U.S. Advanced Practice Clinicians and Physicians. *Ann Intern Med.* 16 août 2016;165(4):237.
78. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Pavón Rodríguez F, et al. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria. *Aten Primaria.* mars 2016;48(3):159-65.
79. Leask CF, Tennant H. Evaluation of an unscheduled care model delivered by advanced nurse practitioners in a primary-care setting. *J Res Nurs.* déc 2019;24(8):696-709.
80. Dillon D, Gary F. Full Practice Authority for Nurse Practitioners. *Nurs Adm Q.* janv 2017;41(1):86-93.
81. Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* déc 2017;17(1):295.
82. Choi BY, Blumberg C, Williams K. Mobile Integrated Health Care and Community Paramedicine: An Emerging Emergency Medical Services Concept. *Ann Emerg Med.* mars 2016;67(3):361-6.
83. Norful AA, de Jacq K, Carlino R, Poghosyan L. Nurse Practitioner–Physician Comanagement: A Theoretical Model to Alleviate Primary Care Strain. *Ann Fam Med.* mai 2018;16(3):250-6.
84. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, et al. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 16 juill 2018 [cité 28 août 2021];2019(2). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001271.pub3>
85. Lynn J, Straube BM, Bell KM, et al. Using Population Segmentation to Provide Better Health Care for All: The «Bridges to Health» Model. *Milbank Q.* juin 2007;85(2):185-208.
86. McCabe A, Brenner M. Capturing data for emergency department performance monitoring purposes. *HRB Open Res.* 13 août 2019;2:18.
87. Obermeyer Z, Emanuel EJ. Predicting the Future — Big Data, Machine Learning, and Clinical Medicine. *N Engl J Med.* 29 sept 2016;375(13):1216-9.
88. Oliveira IS de, Lima E de FA. Software development for emergency bed management. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(suppl 5):e20200055.
89. Bowden T, Coiera E. The role and benefits of accessing primary care patient records during unscheduled care: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak.* déc 2017;17(1):138.
90. Dubois-Roquette A; C Juliette. Motivations et motifs des patients consultant aux urgences du CHU de Lille sans contact médical au préalable [Internet]. 2018. Disponible

sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/41f9cb96-fff9-4162-a029-ee01b14ecf59>

91. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. GPs and access to out-of-hours services in six European countries (Germany, Spain, France, Italy, the United Kingdom and Sweden). *Rev Fr Aff Soc.* 2006;1(2):91.
92. Langabeer JR, Champagne-Langabeer T, Alqusairi D. Cost–benefit analysis of telehealth in pre-hospital care. *J Telemed Telecare.* sept 2017;23(8):747-51.
93. Langabeer J, Gonzalez M, Alqusairi D, et al. Telehealth-Enabled Emergency Medical Services Program Reduces Ambulance Transport to Urban Emergency Departments. *West J Emerg Med.* 1 nov 2016;17(6):713-20.
94. Tolia V, Castillo E, Guss D. EDTITRATE (Emergency Department Telemedicine Initiative to Rapidly Accommodate in Times of Emergency). *J Telemed Telecare.* mai 2017;23(4):484-8.
95. Raita Y, Goto T, Faridi MK, Brown DFM. Emergency department triage prediction of clinical outcomes using machine learning models. *Crit Care.* déc 2019;23(1):64.
96. Lu AD, Junge M, Garber J, et al. Feasibility of a Telemedicine Urgent Care Program to Address Patient Complaints on First Contact. Nabecker S, éditeur. *Emerg Med Int.* 28 oct 2020;2020:1-4.
97. Bahadori M, Mousavi SM, Teymourzadeh E, Ravangard R. Non-urgent visits to emergency departments: a qualitative study in Iran exploring causes, consequences and solutions. *BMJ Open.* févr 2020;10(2):e028257.
98. Huibers L, Carlsen AH, Moth G, et al. Patient motives for contacting out-of-hours care in Denmark: a cross-sectional study. *BMC Emerg Med.* déc 2020;20(1):20.
99. Ablard S, O’Keeffe C, Ramlakhan S, Mason SM. Primary care services co-located with Emergency Departments across a UK region: early views on their development. *Emerg Med J.* oct 2017;34(10):672-6.
100. Russo JE, McCool RR, Davies L. VA Telemedicine: An Analysis of Cost and Time Savings. *Telemed E-Health.* mars 2016;22(3):209-15.
101. Jennings, PhD EA, Arlikatti, PhD S. What influences the acceptance of emergency management decision-support software? A study of county emergency management officials. *J Emerg Manag.* 25 févr 2016;13(6):539.

Annexe I : questionnaire en français

1- Question préliminaire avant de débiter le questionnaire.

- Vous êtes médecin spécialiste en médecine générale ayant une activité principalement de médecine générale.

- Vous êtes médecin spécialiste en médecine générale avec une activité orientée majoritairement vers l'acupuncture, la gynécologie, l'ostéopathie, la médecine du sport, la médecine vasculaire ou chez SOS médecin.

- Vous êtes médecin d'une autre spécialité.

- Vous n'êtes pas médecin.

2- Êtes-vous :

- Un homme

- Une femme

3- Quel est votre âge ?

- Moins de 30 ans

- 41 - 50 ans

- Plus de 60 ans

- 31 - 40 ans

- 51 - 60 ans

4- En quelle année avez-vous commencé à exercer ?

5- Travaillez-vous en tant que :

- Médecin remplaçant

- Médecin titulaire

6- Quelle est la taille de votre patientèle ?

7- Quel est la ville et le code postal de votre cabinet principal ?

8- Dans quelle(s) structure(s) de soins travaillez-vous ?

- Cabinet individuel

- Cabinet de groupe

- En Zone Urbaine

- En zone Semi-rurale

- En zone rurale

9- Dans votre cabinet médical, combien de consultations réalisez-vous par jour ?

10- Qui assure la prise de rendez-vous lors de la permanence des soins de 8h à 20h ? (Plusieurs choix sont possibles)

- Vous-même
- Via une application
- Via un site internet
- Un secrétariat sur place
- Un secrétariat à distance

11- Lors de vos absences programmées, qui prend en charge vos patients en priorité ? (Plusieurs choix sont possibles)

- Personne
- Un ou des médecins d'un autre cabinet
- Un médecin remplaçant
- Les urgences / le 15
- Le Centre Médical de Soins Immédiats
- SOS Médecins
- Un secrétariat téléphonique médical de réorientation

12- Lors de vos absences programmées, par quel(s) moyen(s) orientez-vous vos patients ?

- Aucun
- Un message sur le répondeur
- Votre secrétaire
- Un message sur la porte
- Un site internet ou un agenda en ligne
- Vous-même (vous restez joignable par vos patients même pendant vos absences)

13- Lors d'une journée sans possibilité d'ajouter un rendez-vous, qui prend en charge vos patients en priorité ? (Plusieurs choix sont possibles)

- Personne
- Un ou des médecins du même cabinet
- Un ou des médecins d'un autre cabinet
- Les urgences / le 15
- Le Centre Médical de Soins Immédiats
- SOS Médecins
- Un secrétariat téléphonique médical de réorientation

Concernant les rendez-vous programmés dans la journée pour des patients nécessitant une consultation médicale dans les 24h.

14- Quelle proportion de vos patients qui demandent un rendez-vous le jour même ou le jour suivant peuvent l'obtenir ?

15- Êtes-vous satisfait de votre organisation concernant les possibilités de programmer une consultation dans la journée pour votre patientèle ?

16- Votre cabinet réserve-t-il un créneau journalier pour des rendez-vous programmés dans la journée à des patients nécessitant une consultation médicale ?

- Oui - Non

17- Si vous avez répondu oui à la question précédente, combien de consultations programmées dans la journée réalisez-vous par jour ?

18- A qui s'adresse cette possibilité ?

- Votre patientèle
- Patientèle d'un(e) confrère du même cabinet
- Des urgences / le 15
- Le Centre Médical de Soins Immédiats
- SOS Médecins
- A partir d'un secrétariat téléphonique médical de réorientation
- Patientèle sans médecin traitant

19- Si vous n'avez pas de créneau de consultations à programmer dans la journée, seriez-vous intéressé par la création d'un tel créneau ?

- Oui - Non

Si vous acceptez la prise en charge de patients réorientés à partir des urgences nécessitant un avis médical dans la journée sur des créneaux dédiés.

20- Accepteriez-vous de communiquer vos plages disponibles ?

- Oui - Non

21- Par quel moyen voudriez-vous être contacté pour programmer les consultations ?

- Via un secrétariat téléphonique médical de réorientation
- Via une application
- Via APICRYPT
- Via un mail
- Via un fax
- Via téléphone

22- Voudriez-vous que les consultations soient programmées de manière automatique ?

- Oui
- Non

23- Accepteriez-vous de réaliser des téléconsultations pour des patients nécessitant un avis médical adressés par les urgences sur un créneau dédié ?

- Oui
- Non
- Pas intéressé

24- Concernant les freins à l'instauration de consultations programmées dans la journée.

- Vous n'êtes pas intéressé
- Vos journées de consultation sont déjà bien chargées
- Délai d'accès aux consultations de suivi trop long
- Vous rencontrez des difficultés organisationnelles
- Un manque d'intérêt financier
- Un manque de compétence

25- Question ouverte : commentaire

Annexes II : preuve de soumission électronique de l'article



Redirection of patients requiring unscheduled primary care admitted in French emergency departments.

Journal:	<i>British Journal of General Practice</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Article {RCT} - Open Access
Date Submitted by the Author:	n/a
Complete List of Authors:	Vieira Toni Braz , Daniel; Université de Nantes Grajoszex, Mathieu; APHP, Digital Medical Hub Cipolat, Lauriane; CHR Metz-Thionville Goetz, Christophe; CHR Metz-Thionville Gil-Jardine, Cédric; CHU de Bordeaux Staccini, Pascal; University of Nice Sophia Antipolis University Institute of Technology Nice Côte d'Azur Library Canton, Antoine; Université de Lorraine Abensur Vuillaume, Laure; CHR Metz-Thionville, Emergency Department; IRL 2958, 2 rue marconi
Keywords:	primary care, general practice, unscheduled care

SCHOLARONE™
Manuscripts

Titre de Thèse : État des lieux de l'organisation de la prise en charge des patients nécessitant une consultation non programmée dans la journée par les médecins généralistes français.

RESUME

Objectif – Le but de notre étude était de déterminer quelle était la prise en charge des patients nécessitant une consultation non programmée (CNP) dans la journée par les médecins généralistes (MG) français. Le second but était de savoir si une réorientation à partir des services urgences (SAU) était possible et sous quelle forme.

Méthodologie – Nous avons conduit une enquête à l'aide d'un questionnaire en ligne de 25 items. Pour être inclus, il fallait être un MG exerçant sur le territoire français métropolitain et ayant une activité principale de soins primaires (SP). Afin d'être représentatif au niveau national, l'échantillon visé était de 1500 répondants.

Résultats – Il y a eu 1546 répondants entre le 26/04/2020 et le 01/03/2021. 325 répondants ont été exclus. Le taux de complétion était de 0,84%. 89,68% des MG réservent des créneaux de CNP dans la journée, réservés en majorité aux patients du cabinet. Ils font en moyenne 9,89 (Quartile 5-12) CNP par jour. Ils sont 37,09% à être très satisfaits par leur organisation. Plus de 80% des demandes de CNP sont traitées chez 44% des MG dans les 48h. Lors d'une journée sans possibilité d'ajouter un rendez-vous, 28,3% des MG réorientent vers les SAU.

Les MG sont majoritairement réfractaires à la communication de leurs plages de CNP disponibles aux SAU (62,02%), à une programmation automatique de ces consultations d'urgences (87,75%) et à la réalisation de téléconsultations pour des patients nécessitant un avis médical adressés par les SAU sur un créneau dédié (46,05%).

Discussion – Notre étude a révélé un certain nombre de freins à la mise en place d'une réorientation depuis les SAU. La loi « Ma Santé 2022 » associée au Pacte de réforme des urgences de 2020 sont les premiers jalons pour répondre aux besoins des soins de proximité en créant des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et en développant le numérique dans le domaine de la santé. Ils prévoient également une amélioration de l'accès au parcours de soin en développant le Service d'Accès aux Soins (SAS). Cependant, selon les projections de la DRESS, avoir recours à un MG sera du parcours du combattant dans les années à venir, c'est pourquoi nous avons comparé notre modèle de SP à ceux d'autres pays occidentaux. Il apparaît nécessaire de remettre en cause certaines frontières de nos champs traditionnels d'intervention en redistribuant les rôles et les responsabilités des paramédicaux dans les CPTS et dans les SAS afin de répondre aux demandes des patients.

MOTS-CLES : Soins non programmés, Soins primaires, Paramédicaux en pratique avancé, Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), Service d'accès aux soins (SAS), Dossier médical Partagé (DMP), Ma Santé 2022, Médecine générale

Thesis title: Redirection of patients requiring unscheduled primary care admitted in French emergency departments.

Objective: The main goal of this study was to determine whether French general practitioners (GPs) are able to take charge of patients requiring unscheduled care (USc) during working hours.

Methods & Results: We conducted a survey among French GPs. 10 items were about the organizational aspect of their practices, 4 items about their opinions on the redirection and 2 about their satisfaction. There were 1546 respondents between 04/26/2020 and 03/01/2021. 325 were excluded, of whom 77 were not GPs working mainly in primary care and 248 had completed the questionnaire less than 75%. The completion rate is 0.84%. 89.68% set aside USc slots during working hours, mostly saved for their already known patients. If they have not the possibility of adding an appointment, 28.3% redirect to ED. 62.02% are opposed to communicating their available USc slots to the ED, 87.75% against automatic programming of these emergency consultations and 46.05% against carrying out teleconsultations for patients requiring medical advice addressed by ED on a dedicated slot.

Conclusion: French GPs are currently unable to accommodate requests for redirection of emergency patients. To do so, a reform of primary care, supported by digital developments and the redistribution of the roles of paramedics and doctors seems necessary in order to relieve individual workload, prevent burnout, improve patient care quality, and increase patient access to care.

Keywords: primary health care, general practice, unscheduled care, ED, ED overcrowding, Family doctor