



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

### **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 25 novembre 2016)**

Présentée et soutenue publiquement

Le 19 décembre 2024

Par Madame Jeanne-Elie Guillaud

Organisation des soins non programmés  
chez les médecins généralistes de Charente

#### Composition du Jury

**Président** : Monsieur le Professeur HAUET Thierry

**Membres** : Monsieur le Docteur JEDA Vincent,  
Monsieur le Docteur MOALIC Gilles,  
Monsieur le Docteur DELARUE Louis-Adrien

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur MOALIC Gilles

**LISTE DES ENSEIGNANTS**

Année universitaire 2023 – 2024

**SECTION MEDECINE**
**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesneur 2<sup>nd</sup> cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesneur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesneur 2<sup>nd</sup> cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesneur 1<sup>er</sup> cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesneur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesneur L.AS et 1<sup>er</sup> cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesneur 3<sup>e</sup> cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesneur 1<sup>o</sup> cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **assesneur 1<sup>er</sup> cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie – **assesneur 1<sup>er</sup> cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesneur 2<sup>nd</sup> cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique

- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

***Maître de Conférences des universités de médecine générale***

- MIGNOT Stéphanie

***Professeur associé des universités des disciplines médicales***

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

***Professeur associé des universités des disciplines odontologiques***

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

***Professeurs associés de médecine générale***

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

***Maîtres de Conférences associés de médecine générale***

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

***Professeurs émérites***

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

***Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires***

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)

- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## SECTION PHARMACIE

### *Professeurs des universités-praticiens hospitaliers*

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

### *Professeurs des universités*

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

### *Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers*

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

### *Maîtres de conférences*

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

### *Maîtres de conférences associés - officine*

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

### *A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)*

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

### *Professeur émérite*

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

### *Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires*

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BAUDRY Michel, physiologie (directeur honoraire)
- BOURIANNES Joëlle, physiologie
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAEKER Henri, botanique et cryptogamie
- FORTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

## CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

## ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

## CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

# REMERCIEMENTS

Au Professeur Thierry HAUET, qui me fait l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Au Docteur Vincent JEDA, que je remercie pour sa présence dans le jury de cette thèse.

A mon directeur de thèse, Docteur Gilles MOALIC, pour m'avoir proposé ce sujet de thèse et m'avoir accompagnée pour sa réalisation.

Au docteur Louis-Adrien DELARUE, tout d'abord pour avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse, mais également pour m'avoir formée durant 12 mois de stage, et continuer de le faire encore aujourd'hui.

Aux docteurs Gilles RAYMOND et Marion GLAVIER pour votre aide à la rédaction du questionnaire.

A Anne, Xavier, Mathilde, Martine et Delphine, pour m'avoir intégrée à votre équipe avec autant de bienveillance.

A mes parents et grands-parents, pour m'avoir soutenue et encouragée pendant ces longues années.

A mon frère, pour m'avoir donné l'audace de devenir médecin.

A Antoine, pour ta présence et ton soutien.

A mes amis, Hélène, Jade, Emeline, Marvin, Khady, Océane, Iman, Olivia, Yanis, Antoin, Laure, Bardoul, Elodie, Laure, JB, Laurianne, Anne-Sophie, Manon, Aurelia, Marion.

A Dylan.

A mes maitres de stage : Marie-Lise, Anne, Isabelle et Jean-Louis.

Aux équipes des urgences, de la gériatrie et de la pédiatrie d'Angoulême.

# TABLE DES MATIERES

<b>1. Introduction .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1. Définitions : .....</b>	<b>10</b>
1.1.1. Les soins non programmés.....	10
1.1.2. La médecine générale .....	10
1.1.3. L'exercice coordonné .....	11
1.1.3.1. Les maisons de santé pluridisciplinaires.....	11
1.1.3.2. Les centres de santé.....	12
1.1.4. Les communautés professionnelles territoriales de santé.....	12
1.1.5. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires.....	12
1.1.6. L'assistant(e) médical(e).....	13
1.1.7. L'infirmier(e) en pratique avancée.....	13
1.1.8. La permanence des soins ambulatoires.....	14
1.1.8.1. La PDSA en Charente .....	15
1.1.9. La régulation médicale .....	15
1.1.10. Le service d'accès aux soins .....	15
1.1.11. Logibec .....	16
1.1.12. SOS Médecins.....	16
<b>1.2. Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires.....</b>	<b>17</b>
<b>1.3. Démographie médicale.....</b>	<b>18</b>
<b>1.4. Soins non programmés en France en 2019.....</b>	<b>18</b>
<b>1.5. Objectifs de l'étude.....</b>	<b>19</b>
<b>2. Méthode.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1. Population cible .....</b>	<b>20</b>
<b>2.2. Le questionnaire .....</b>	<b>20</b>
<b>2.3. Déroulement de l'étude .....</b>	<b>21</b>
<b>3. Résultats.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1. Statistiques descriptives (Annexe II).....</b>	<b>22</b>
3.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des participants .....	22
3.1.2. Gestion des consultations .....	23
3.1.3. Pistes d'amélioration (Annexe III) .....	25
<b>3.2. Statistiques analytiques (Annexe IV).....</b>	<b>26</b>
3.2.1. Objectif principal : quantification du volume de soins non programmés.....	26
3.2.2. Objectif secondaire : analyse des pratiques.....	26
3.2.2.1. Pratique et gestion des soins non programmés en fonction de l'âge .....	26
3.2.2.2. Pratique et gestion des soins non programmés en fonction du lieu d'exercice.....	27
3.2.2.3. Pratique et gestion des soins non programmés en fonction du mode d'exercice.....	27
3.2.2.4. Pratique et gestion des soins non programmés en fonction du nombre de médecins dans la structure.....	28

3.2.2.5.	Pratique et gestion des soins non programmés en fonction du volume de la patientèle	28
3.2.2.6.	Pratique et gestion des soins non programmés en fonction du nombre de demi-journées travaillées.....	29
3.2.2.7.	Pratique et gestion des soins non programmés en fonction de la salle de SNP.....	29
3.2.2.8.	Pratique et gestion des soins non programmés en fonction de l'assistant médical.....	30
3.2.2.9.	Pratique et gestion des soins non programmés en fonction de la téléconsultation .....	30
3.2.2.10.	Pratique et gestion des soins non programmés en fonction de la répartition des créneaux de SNP.....	30
3.2.2.11.	Pratique et gestion des soins non programmés en fonction du samedi matin .....	31
<b>4.</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>32</b>
<b>4.1.</b>	<b>Analyse descriptive des participants.....</b>	<b>32</b>
<b>4.2.</b>	<b>Quantification du volume de soins non programmés par les médecins généralistes .....</b>	<b>32</b>
<b>4.3.</b>	<b>Pratique et gestion des soins non programmés.....</b>	<b>33</b>
4.3.1.	En Charente.....	33
4.3.2.	En France.....	34
4.3.2.1.	Organisation des médecins généralistes en France pour la gestion des soins non programmés sur les 20 dernières années.....	34
4.3.2.2.	Assistant(e) médical(e).....	36
4.3.2.3.	Téléconsultation.....	36
4.3.2.4.	Le samedi matin.....	37
4.3.2.5.	Secrétariat.....	37
4.3.2.6.	Exemple de structure de soins non programmés dans la région Nouvelle-Aquitaine : Le centre de soins non programmés de Périgueux.....	38
4.3.2.7.	Exemples dans d'autres territoires .....	38
4.3.2.7.1.	Exemple du Sud Gironde .....	39
4.3.2.7.2.	Plateforme alternative d'innovation en santé (PAÏS) .....	39
4.3.2.7.3.	Médecin d'accueil des pathologies intercurrentes (MAPI).....	40
4.3.2.7.4.	Pôle de Santé libéral et ambulatoire d'Isigny-sur-Mer.....	40
4.3.2.7.5.	La MSP du Véron en Indre et Loire .....	41
4.3.2.7.6.	Les cabinets de médecins généralistes du secteur de Lorient.....	41
<b>4.4.</b>	<b>Pistes d'amélioration .....</b>	<b>42</b>
4.4.1.	Rappel des réponses en Charente.....	42
4.4.2.	Pistes d'amélioration des soins non programmés sur les 20 dernières années en France..	43
4.4.3.	Le SAS.....	44
4.4.3.1.	Articulation du SAS et de la PDSA.....	44
4.4.3.2.	Évaluation du fonctionnement du SAS .....	44
4.4.4.	Intérêt d'une organisation territoriale .....	45
4.4.4.1.	Évaluation des CPTS par les médecins généralistes de Charente.....	45
4.4.4.2.	Évaluation d'un dispositif proposant des consultations de SNP aux patients sans médecin traitant.....	46
4.4.4.3.	Évaluation de la réponse à la demande de soins non programmés par les médecins de la CPTS de l'Entre-deux-Mers, en Gironde .....	46
4.4.5.	Quel mode d'exercice souhaité par les jeunes médecins ?.....	47
<b>4.5.</b>	<b>Forces et limites de l'étude.....</b>	<b>48</b>

4.5.1.	Forces de l'étude .....	48
4.5.2.	Limites de l'étude.....	49
<b>5.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>50</b>
<b>6.</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>52</b>
<b>6.1.</b>	<b>Annexe I : Le questionnaire.....</b>	<b>52</b>
<b>6.2.</b>	<b>Annexe II : Statistiques descriptives .....</b>	<b>55</b>
6.2.1.	Caractéristiques socio-démographiques.....	55
6.2.2.	Organisation des soins.....	58
<b>6.3.</b>	<b>Annexe III : Propositions d'amélioration .....</b>	<b>64</b>
<b>6.4.</b>	<b>Annexe IV : Statistiques analytiques .....</b>	<b>72</b>
6.4.1.	Objectif principal : Pratique en fonction du volume de SNP effectué par semaine.....	72
6.4.2.	Objectif secondaire : analyse des pratiques .....	72
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>80</b>
	<b>Serment d'hippocrate.....</b>	<b>86</b>
	<b>Résumé .....</b>	<b>88</b>

# Liste des abréviations

AM : Assistant(e) médical(e)

AMU : Aide médicale urgente

ARS : Agence régionale de santé

ARM : Assistant de régulation médicale

CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins

CDS : Centre de santé

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CGET : Commissariat général à l'égalité des territoires

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psychopédagogique

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CSP : Code de santé publique

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

IAO : Infirmier(e) d'accueil et d'orientation

IPA : Infirmier(e) de pratique avancée

MAPI : Médecin d'accueil des pathologies intercurrentes

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

PAIS : Plateforme alternative d'innovation en santé

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

RDV : Rendez-vous

SAMU : Service d'aide médicale d'urgence

SAS : Service d'accès aux soins

SAU : Service d'accueil des urgences

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

SNP : Soins non programmés

URPS : Union régionale des professionnels de santé

# 1. INTRODUCTION

## 1.1. Définitions :

### 1.1.1. Les soins non programmés

Les soins non programmés (SNP) désignent les demandes de consultation pour le jour même, le lendemain, voire le surlendemain, correspondant à des situations de « semi-urgences » dont la prise en charge doit intervenir dans des délais courts. Ces soins incluent des cas tels que les viroses, la fièvre chez l'enfant, les petites traumatologies ou les douleurs aiguës. (1)

### 1.1.2. La médecine générale

En 2002, la WONCA Europe (2) (Organisation mondiale des médecins de famille) a défini la médecine générale comme « une spécialité clinique orientée vers les soins primaires » et l'a définie comme « une discipline scientifique et universitaire, avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuve et sa pratique ». La médecine générale regroupe 11 caractéristiques :

- Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

### **1.1.3. L'exercice coordonné**

L'exercice coordonné des soins de premier recours au sein de structures intégrées, permet d'offrir un cadre attractif pour les professionnels de santé, tout en favorisant une meilleure accessibilité aux soins pour les patients. (3)

Il existe deux sortes de structures d'exercice coordonnée, les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et les centres de santé (CDS).

Ce sont des structures sanitaires de premier recours, voire de second recours, exerçant de façon coordonnée sur la base d'un projet de santé.

#### *1.1.3.1. Les maisons de santé pluridisciplinaires*

Les maisons de santé pluridisciplinaires ont été introduites dans le code de santé publique (CSP) en 2007, pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. (4)

Ce sont des structures pluriprofessionnelles constituées de professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens, sur un même site ou non.

Les professionnels de santé exerçant au sein d'une MSP doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné.

Les MSP sont appelées à conclure avec l'agence régionale de santé (ARS) un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'aide financière par l'ARS.

### *1.1.3.2. Les centres de santé*

Les centres de santé (CDS) regroupent des professionnels de santé salariés. Ils sont soit monoprofessionnels, composés uniquement de médecins, infirmiers ou chirurgiens dentaires, soit polyvalents regroupant médecins, chirurgiens-dentistes ou sage-femmes mais aucun auxiliaire médical, à l'instar de la MSP. (3)

Les centres de santé ont également comme objectifs un exercice coordonné autour d'un projet de santé, avec des aides financières.

### **1.1.4. Les communautés professionnelles territoriales de santé**

Créées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent un dispositif permettant aux professionnels de santé (libéraux ou salariés) de mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'un bassin de population.

L'objectif principal est le découplage et la réorganisation des soins autour du patient en optimisant l'organisation des soins non programmés, la coordination ville-hôpital, l'attractivité médicale du territoire, la coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile... (5,6)

### **1.1.5. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires**

La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) est un statut juridique créé en 2011, pour permettre aux structures d'exercice coordonné pluriprofessionnelles (exemples : MSP, CDS) de percevoir collectivement des subventions dans un cadre juridique et fiscal sécurisé, visant à rémunérer les activités réalisées en commun par les professionnels de santé y exerçant. (7)

Les SISA ont pour objectif de répondre aux besoins des MSP avec la mise en commun de moyens nécessaires à l'activité et l'exercice d'activités réalisées en commun par ses membres (coordination, coopération, éducation thérapeutique).

De fait, depuis février 2015, les associés des SISA peuvent, au titre de leurs activités réalisées en commun, percevoir collectivement des rémunérations forfaitaires pouvant s'élever jusqu'à un montant de 76 000 € annuels. Le financement des SISA repose sur un

modèle mixte combinant des financements publics et des contributions des professionnels de santé.

### **1.1.6. L'assistant(e) médical(e)**

La fonction d'assistant(e) médical(e) (AM) a été créée en France en 2019 pour soutenir les médecins généralistes et certains spécialistes dans leurs tâches quotidiennes. Ce rôle vise à alléger la charge administrative et logistique des médecins, permettant ainsi une meilleure prise en charge des patients et une optimisation du temps médical. (8)

L'assistant(e) médical(e) assure des tâches administratives, telles que la gestion des dossiers patients, la mise à jour des informations médicales, la prise de rendez-vous, et la coordination avec d'autres services de santé.

Aussi, leur fonction est d'accueillir les patients, de les informer sur les procédures à suivre, de prendre les constantes de base (poids, tension, température, etc.) et d'assurer une première prise en charge avant la consultation avec le médecin. Cette pré-consultation permet d'optimiser le temps de consultation et de préparer les patients.

L'assistant(e) médical(e) peut également gérer les stocks de matériel médical, préparer les salles de soins, stériliser le matériel et veiller au bon fonctionnement des équipements. Cela garantit un environnement de travail plus fluide et structuré pour le médecin.

L'assistant(e) peut également jouer un rôle dans la sensibilisation des patients aux bonnes pratiques de santé, en diffusant des informations de prévention et en aidant les patients à comprendre les prescriptions et recommandations de leur médecin.

La fonction d'assistant(e) médical(e) est encouragée par l'Assurance Maladie, qui offre des aides financières pour son recrutement, notamment dans les zones sous-dotées en professionnels de santé. Ce soutien vise à promouvoir l'attractivité de ce poste pour répondre aux besoins croissants en soins de santé et améliorer l'accès aux soins.

### **1.1.7. L'infirmier(e) en pratique avancée**

La loi de modernisation de notre système de santé pose le cadre juridique de la « pratique avancée » pour les auxiliaires médicaux.

La fonction d'infirmier(e) en pratique avancée (IPA) vise à améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées.

Cela regroupe (9) :

- Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;

- Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique ;
- Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales

### **1.1.8. La permanence des soins ambulatoires**

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est une mission de service public définie par la loi HPST du 21 juillet 2009. (10)

La permanence des soins ambulatoires est organisée par l'ARS et dépend d'un cahier des charges définissant l'organisation de l'offre de soins aux horaires de fermeture des cabinets médicaux, soit :

- Tous les jours de 20h à 8h ;
- Les samedis à partir de midi ;
- Les dimanches et jours fériés de 8h à 20h ;
- Les lundis s'ils précèdent un jour férié, les vendredis s'ils suivent un jour férié.

Le cahier des charges régional de la PSDA Nouvelle-Aquitaine a pour objectif de préciser :

- L'organisation de la régulation médicale des appels ;
- L'organisation de l'effectif assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés, aux horaires de la permanence des soins ;
- Les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département ;
- Les lieux de consultation ;
- La rémunération forfaitaire des médecins participant à la régulation médicale et aux gardes de permanence des soins ambulatoires ;
- Les modalités de suivi et d'évaluation du dispositif de PDSA.

« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ». (11) Cependant, l'activité de régulation ainsi que la participation à l'activité de régulation se basent sur le volontariat.

### *1.1.8.1. La PDSA en Charente*

La sectorisation est définie en fonction des besoins de soins (démographie, bassin de population, afflux touristique...), des ressources médicales disponibles (démographie médicale, pool de médecins participants à la PDSA...), ainsi que des caractéristiques du territoire (qualité du réseau routier, accessibilité et délai d'intervention...).

La Charente est divisée en 13 territoires aux horaires de la PDSA (il n'y a pas d'effecteur de garde sur la période 00h-8h).

Elle dispose de 5 centres hospitaliers avec un service d'urgences : Angoulême, Barbezieux, Cognac, Confolens et Ruffec.

## **1.1.9. La régulation médicale**

La régulation médicale est définie comme un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin régulateur de permanence. Il s'agit de la première étape de la réponse à la demande de soins non programmés pendant la période de PDSA. (10)

Le personnel assistant de régulation médicale (ARM), en fonction de la nature de l'appel, oriente les appels vers le médecin régulateur libéral ou vers le médecin régulateur hospitalier du SAMU.

Cela doit permettre de garantir une réponse harmonisée et performante dans toute le secteur. La réponse peut être :

- Un conseil médical pouvant être suivi d'une prescription médicamenteuse par téléphone (par le biais d'un contact direct avec le pharmacien) ;
- Une consultation ou une visite médicale sur place ;
- L'envoi d'un moyen de transport sanitaire ;
- Le renvoi de l'appel vers le médecin régulateur de l'aide médicale urgente (AMU).

## **1.1.10. Le service d'accès aux soins**

Le service d'accès aux soins (SAS) a été lancé dans le cadre du Pacte de refondation des urgences (12) et réaffirmé lors du Ségur de la Santé (13).

Il a pour objectif de répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés de l'ensemble de la population, 24/24h et 7/7j, grâce à une chaîne de soins coordonnés entre les acteurs de santé de la ville et de l'hôpital d'un même territoire. (14)

Cela doit permettre aux patients d'optimiser leur prise en charge, de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé ainsi que de contribuer au désengorgement des services d'urgences.

Ce service ne se substitue ni au médecin traitant ni aux CPTS, mais arrive en complément pour la gestion des soins non programmés.

En pratique, un patient ayant un besoin médical non programmé (ex : virose respiratoire non compliquée), et n'obtenant pas de rendez-vous avec son médecin traitant (ou n'ayant pas de médecin traitant), doit appeler le centre 15. Celui-ci l'oriente vers un médecin généraliste du territoire disposant de créneaux de consultations dédiés au SAS dans les 48h.

En Nouvelle-Aquitaine, 3 sites pilotes avaient été identifiés pour mettre en place le SAS en 2021 (Gironde, Vienne et Charente). Cette mise en place a été effective en Vienne et en Gironde en 2021(15), et le sera en Charente fin 2024.

### **1.1.11. Logibec**

Le Logibec est un logiciel de réorientation, utilisé notamment aux urgences de l'hôpital d'Angoulême depuis l'été 2020. Il permet, pour un patient se présentant au service d'accueil des urgences (SAU) mais ne relevant pas de ce service, d'obtenir un rendez-vous de consultation rapidement auprès de son médecin traitement ou un autre médecin généraliste partenaire du dispositif. (16)

### **1.1.12. SOS Médecins**

SOS médecins est une structure associative auto-financée constituée de médecins généralistes et urgentistes.(17)

Les médecins interviennent pour des soins de médecine générale non programmés, hors urgences vitales, 24h/24 et 7j/7, en visite à domicile ou dans un centre de consultation dédié.

Ce dispositif n'a pas été mis en place en Charente.

## 1.2. Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires

Le rapport de Thomas Mesnier, publié en 2019, aborde les défis et les solutions pour améliorer l'accès aux soins non programmés en France. (18)

Il met en évidence que le système de soins français fait face à une demande croissante de soins non programmés, notamment pour des consultations médicales urgentes mais non vitales. Ce phénomène entraîne une surcharge des services d'urgences, qui sont souvent utilisés comme solution par défaut par les patients, faute d'alternative organisée.

Le rapport souligne la difficulté pour de nombreux patients de trouver rapidement un médecin généraliste disponible, particulièrement en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux.

L'objectif principal du rapport est d'organiser les soins non programmés pour désengorger les services d'urgences et garantir un accès rapide à un médecin pour les situations qui ne nécessitent pas une prise en charge hospitalière immédiate. Cela implique d'améliorer l'accès aux médecins de ville et de mieux coordonner les différents acteurs de santé sur le terrain.

Afin d'améliorer l'accès aux soins non programmés, plusieurs propositions sont formulées :

- La création de « référents SNP » : Un médecin généraliste volontaire dans chaque territoire pour coordonner l'organisation des SNP avec des créneaux spécifiques ;
- La mise en place de plages horaires dédiées aux SNP par les médecins généralistes installés ;
- Favoriser la création des CPTS ;
- Développer des centres d'appels et des plateformes de régulation pour orienter les patients et réduire les visites inutiles aux urgences ;
- Développer la téléconsultation pour les soins non programmés permettant une réponse rapide et une première orientation du patient.

Pour encourager la participation des professionnels de santé aux dispositifs de SNP, le rapport propose également des incitations financières et une revalorisation des actes liés aux consultations non programmées.

### 1.3. Démographie médicale

Au niveau national depuis 2010, la proportion de médecins généralistes en activité régulière est passée de 47% en 2010, à 42% en 2023. Aussi, deux faits caractérisent la composition du corps médical : sa féminisation et son rajeunissement. (19)

L'âge moyen des médecins en activité (généralistes et spécialistes) est passé de 50,2 ans en 2010 à 48,6 ans en 2023, avec une forte augmentation des médecins de moins de 40 ans, ainsi que de ceux de plus de 60 ans (à la suite du numérus clausus des années 80-90). L'analyse de l'évolution de l'âge moyen des médecins met en évidence de fortes disparités territoriales avec un âge moyen différent de 7 ans entre la zone où la population médicale est la plus jeune et celle où elle est la plus âgée. Les zones où l'âge moyen des médecins est le plus jeune sont aussi les zones les plus féminisées.

L'activité libérale exclusive reste le mode d'activité principale chez les généralistes avec 56,3% et 37,3% de salariés. Seuls 8 départements sont majoritairement salariés et ce ne sont que des territoires ultra-marins ainsi que les Hauts de Seine et Paris.

La Charente fait partie des départements qui ont une densité médicale faible avec une densité de 128 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2020 (134,3/100 000 habitants en 2015).(20) Les effectifs médicaux du département (généralistes et spécialistes) ont diminué de 17,8% de 2010 à 2023.

En 2015, les médecins généralistes exerçant en Charentes étaient âgés en moyenne de 53 ans, avec 13% de moins de 40 ans, 29% de plus de 60 ans, et les femmes représentaient 40%. Aussi, 61,1% des généralistes y exerçaient en libéral, 35,6% salariés, et 3,4% avaient une activité mixte.

### 1.4. Soins non programmés en France en 2019

En 2019, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (1) propose une étude portant sur l'organisation des soins non programmés par les médecins généralistes en France.

Il en résulte que la prise en charge de ces SNP représente en moyenne 30% de l'activité pour 4 médecins interrogés sur 10. Aussi, 8 médecins interrogés sur 10 déclarent s'organiser pour prendre en charge ces demandes quotidiennement.

45% d'entre eux gèrent les SNP en proposant des plages de consultations sans RDV au moins une fois par semaine. Il s'agit d'une pratique concernant principalement les médecins plus âgés. Les médecins ayant des enfants en bas âge ainsi que ceux disposant d'un secrétariat proposent moins souvent ce type de service.

Environ 3 médecins répondant sur 10 déclarent répondre à la totalité de ces demandes, et 45% à plus de la moitié. Les patients sont pour la majorité reçus le jour même de la demande s'ils font partie de la patientèle du médecin.

Les patients ne pouvant être reçus sont réorientés, pour 37% vers un confrère libéral ou une structure d'exercice coordonné, pour 20% vers les urgences, pour 16% vers une structure de prise en charge des soins non programmés, 7% vers le 15.

## 1.5. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de la présente étude est de quantifier le volume de soins non programmés effectués dans les cabinets de médecine générale de Charente.

Les objectifs secondaires sont d'étudier et de comparer les différents modes d'organisation de ces médecins, notamment au sujet des soins non programmés, et de définir des pistes d'amélioration.

## 2. METHODE

Il s'agit d'une étude descriptive, quantitative et transversale dont le recueil de données s'est déroulé de Juin 2023 à Septembre 2023.

### 2.1. Population cible

La population cible est l'ensemble des médecins généralistes installés dans le département de la Charente.

La liste des médecins généralistes inscrits au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins a été trouvée sur le site internet, soit 444 médecins. Nous avons sélectionné uniquement ceux qui étaient installés en tant que médecin généraliste dans le département, soit 205 médecins.

### 2.2. Le questionnaire

Une recherche bibliographique portant sur les soins non programmés en France à l'aide du réseau SUDOC avec les mots clés « soins non programmés médecine générale » a mené à la lecture de 13 études réalisées de 2018 à 2023. (21-33)

Ces lectures ont permis l'élaboration du questionnaire, avec pour objectif d'obtenir une analyse pertinente avec le moins de question possible, pour favoriser la participation. Cette sélection a été réalisée avec l'aide de deux médecins généralistes installés en Charente, l'un en zone rurale, l'autre en zone urbaine, et validée par le chef de service des urgences d'Angoulême, qui dirige cette thèse.

Le questionnaire est divisé en deux grandes parties.

La première partie de 20 QCMs est divisée elle-même en deux parties : une première partie constituée de 11 questions concernant les caractéristiques socio-démographiques des répondants et une deuxième partie constituée de 9 questions concernant leur gestion des consultations.

La deuxième partie est une question ouverte interrogeant les participants sur les pistes d'améliorations de la gestion des soins non programmés en Charente.

Il était possible de répondre librement à 6 questions du questionnaire, afin de se rapprocher de la réalité des médecins interrogés.

La participation était anonyme et il était possible de ne pas répondre à toutes les questions. Il s'agissait d'un questionnaire GoogleForm (**Annexe I**).

## 2.3. Déroulement de l'étude

Chaque médecin a été contacté par téléphone (secrétariat ou médecin lui-même), afin d'obtenir leur adresse électronique. 29 médecins n'ont pas reçu le questionnaire pour cause de retraite dans les 3 mois suivant, d'arrêt maladie ou de congé maternité ou bien car ils ont répondu non aux sollicitations. 7 questionnaires ont été envoyés en format papier à la demande des médecins ou de leur secrétaire pour favoriser la participation.

Le questionnaire a été envoyé une première fois et mis en avant sur la liste de diffusion du syndicat MG16 début juin 2023. S'en est suivi deux relances, une mi-juin 2023, et une début septembre 2023.

Au total, 98 réponses ont été recueillies (cf Figure 1).

Les tests de Chi2 et de Fisher ont été utilisés pour les analyses statistiques.

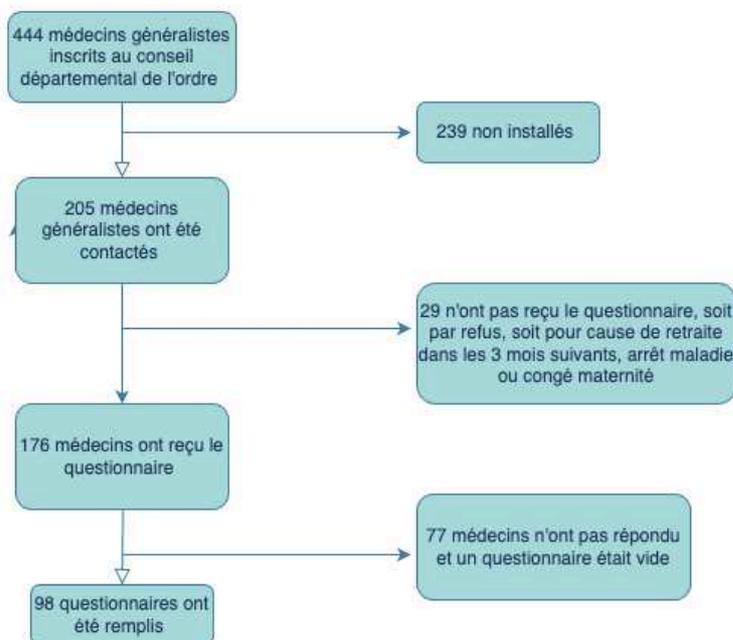


Figure 1 : Diagramme de flux

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Statistiques descriptives (Annexe II)

##### 3.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des participants

<b>Age</b> - < 30 ans - 30-40 ans - 40-50 ans - 50-60 ans - 60-70 ans - > 70 ans <b>Moyenne</b>	<b>98 réponses</b> 0 32 (32,7%) 18 (18,4%) 19 (19,4%) 28 (28,6%) 1 (1%) <b>49,7 ans</b>
<b>Sexe</b> - Homme - Femme	<b>98 réponses</b> 48 (49%) 50 (51%)
<b>Durée d'exercice :</b> - < 10 ans - 10-20 ans - 20-30 ans - 30-40 ans - > 40 ans <b>Moyenne</b>	<b>98 réponses</b> 32 (32,7%) 22 (22,4%) 15 (15,3%) 25 (25,5%) 4 (4,1%) <b>19,6 ans</b>
<b>Secteur d'exercice :</b> - Urbain - Rural - Semi-rural	<b>96 réponses</b> 25 (26%) 40 (41,7%) 31 (32,3%)
<b>Mode d'exercice :</b> - Libéral - Salarié - Mixte - Cabinet seul - Cabinet de groupe - MSP - CPTS - Autre	<b>97 réponses</b> 77 (79,4%) 8 (8,2%) 5 (5,2%) 9 (9,3%) 34 (35,1%) 45 (46,4%) 19 (19,6%) 3 (3%)
<b>Médecins dans la structure :</b> - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 <b>Moyenne</b>	<b>96 réponses</b> 17 (17,7%) 12 (12,5%) 26 (27,1%) 31 (32,3%) 5 (5,2%) 4 (4,2%) 1 (1%) <b>3,11 médecins</b>

<b>Volume de patientèle :</b> - < 500 patients - 500-1000 patients - 1000-1500 patients - 1500-2000 patients - > 2000 patients <b>Moyenne</b>	<b>96 réponses</b> 5 (5,2%) 15 (15,6%) 44 (45,8%) 24 (25%) 8 (8,3%) <b>1349 patients</b>
<b>Nombre de demi-journées travaillées :</b> - ≤ 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - ≥ 11 <b>Moyenne</b>	<b>98 réponses</b> 3 (3,1%) 6 (6,1%) 6 (6,1%) 34 (34,7%) 30 (30,6%) 12 (12,2%) 8 (8,2%) <b>8,5 demi-journées</b>
<b>Salle de SNP :</b> - Oui - Non	<b>98 réponses</b> 14 (14,3%) 84 (85,7%)
<b>Assistant(e) médical(e) :</b> - Oui - Non	<b>98 réponses</b> 13 (13,3%) 85 (86,7%)
<b>Téléconsultation :</b> - Oui - Non	<b>98 réponses</b> 23 (23,5%) 75 (76,5%)

*Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des participants*

### **3.1.2. Gestion des consultations**

<b>Créneaux de SNP :</b> - 0 - ≤ 5 - 5-10 - 10-15 - ≥ 15 <b>Moyenne</b>	<b>97 réponses</b> 6 (6,2%) 18 (18,5%) 51 (52,6%) 13 (13,4%) 9 (9,3%) <b>7,8 créneaux de SNP par jour</b>
<b>Répartition des créneaux de SNP :</b> - Début/fin de demi-journée - Répartis entre les consultations - Demi-journée - Pas de créneaux	<b>100 réponses (4 réponses doubles)</b> 20 (20%) 67 (67%) 7 (7%) 6 (6%)
<b>Consultations par semaine :</b> - ≤ 50 - 50-100 - 100-150 - 150-200	<b>97 réponses</b> 4 (4,1%) 27 (27,8%) 48 (49,5%) 16 (16,5%)

- ≥ 200	2 (2,1%)
<b>Moyenne</b>	<b>119 consultations par semaine</b>
<b>SNP par semaine :</b>	<b>97 réponses</b>
- ≤ 20	23 (23,7%)
- 20-40	50 (51,5%)
- 40-60	21 (21,6%)
- 60-80	2 (2,1%)
- ≥ 80	1 (1%)
<b>Moyenne</b>	<b>31 SNP par semaine</b>
<b>Samedi matin :</b>	<b>98 réponses</b>
- Oui	60 (62%)
- Non	38 (38%)
<b>Régulation de la demande de SNP :</b>	<b>96 réponses</b>
- Secrétariat	87
+ Plateforme en ligne	11
+ Médecins	14
+ Plateforme et médecins	3
- Plateforme en ligne	2
- Médecins	5
- Plateforme et médecins	2
<b>Demandes par téléphone :</b>	<b>97 réponses</b>
- ≤ 10	25 (25,8%)
- 10-20	54 (55,7%)
- 20-30	12 (12,4%)
- 30-40	2 (2,1%)
- ≥ 40	4 (4,1%)
<b>Moyenne</b>	<b>15 demandes</b>
<b>Sentiment de répondre à la demande :</b>	<b>97 réponses</b>
- Oui	44 (45,4%)
- Non	53 (54,6%)
<b>Orientation des patients ne pouvant être reçus :</b>	<b>128 réponses (Réponses multiples)</b>
- Vers un confrère	55 (43%)
- Le centre 15	22 (28%)
- Les urgences	36 (17%)
- Vu dans les 48h	10 (8%)
- Autre	5 (4%)

*Tableau 2 : Gestion des consultations*

### 3.1.3. Pistes d'amélioration (Annexe III)

24 participants n'ont pas répondu à cette question.

<b><u>Pistes d'amélioration</u></b>	<b><u>Nombre de participants ayant fait chaque proposition</u></b>
<b>Installation de plus de médecins</b>	28
<b>Organisation territoriale :</b> - CPTS ; - Planning de SNP commun, demi-journées de SNP, plages de SNP le soir à la place de la garde ; - Relai pour le samedi matin ; Patients du territoire sans médecin traitant vus sur les créneaux de SNP	17
<b>Créneaux de SNP pour les médecins installés</b>	14
<b>Service/centre de SNP</b>	9
<b>Éducation de la population</b>	8
<b>SAS</b>	6
<b>Assistant médical</b>	5
<b>Optimisation de la relation ville-hôpital/spécialiste :</b> - Lien avec le 15 et le SAU pour les soins non programmés ; Accès aux examens complémentaires, spécialistes, hospitalisations	4
<b>Recréer de l'attractivité pour la médecine générale</b>	4
<b>Soutien financier :</b> - Locaux, outils ; - Prime pour l'activité libérale ; Augmentation du tarif de consultation	4
<b>Infirmier(e)s de pratique avancée</b>	4
<b>Locaux pour les SNP</b>	3
<b>Régulation de médecine générale en journée</b>	3
<b>Régulation efficace</b>	3
<b>Respect de la PDSA</b>	2
<b>Sanctionner les patients qui manquent un rendez-vous</b>	1
<b>Logibec</b>	1
<b>Soutien psychologique</b>	1
<b>Remplaçants</b>	1
<b>Entraide entre médecins</b>	1

*Tableau 3 : Résumé des propositions d'amélioration*

## 3.2. Statistiques analytiques (Annexe IV)

### 3.2.1. Objectif principal : quantification du volume de soins non programmés

Les participants prévoient en moyenne 7,8 créneaux de soins non programmés par jour, en travaillant en moyenne 8,5 demi-journées par semaine, ce qui nous permet d'estimer une moyenne de 33 créneaux de SNP prévus par semaine.

Ils réalisent en moyenne 119 consultations par semaine, dont 31 soins non programmés, ce qui représente 26% de leur activité.

Le volume de soins non programmés réalisés par semaine est lié de manière significative au volume de consultations réalisées par semaine ( $p=0,022$ ) ainsi qu'au nombre de créneaux de soins non programmés prévus ( $p=9,95 \times 10^{-8}$ ).

Nous pouvons en conclure que les soins non programmés représentent presque 1/3 de l'activité des médecins généralistes en Charente, et qu'il semble pertinent de s'organiser pour recevoir ces SNP.

### 3.2.2. Objectif secondaire : analyse des pratiques

#### 3.2.2.1. *Pratique et gestion des soins non programmés en fonction de l'âge*

Les participants de moins de 50 ans :

- Ont tendance à exercer plus en zone semi-rurale ( $p=0,014$ ) que les plus âgés qui sont plus nombreux en zone urbaine, cependant la Charente est un département majoritairement rural et le nombre de participants exerçant en zone rurale est équivalent.
- N'exercent jamais en cabinet seul ( $p=0,00004$ ), et on les retrouve plus fréquemment que les participants plus âgés dans des cabinets de groupe avec le plus souvent au moins 3 médecins ( $p=0,0016$ ), des MSP ( $p=3,71 \times 10^{-5}$ ) et des CPTS ( $p=0,039$ ).
- Ont en général une patientèle moins volumineuse ( $p=0,0015$ ), mais réalisent le même nombre de consultation, avec une plus grosse part de soins non programmés (prévus ( $p=0,004$ ) et effectués ( $p=0,008$ )).
-

L'âge n'est pas significativement lié :

- Au mode d'exercice libéral ou salarié (p=0,35) ;
- Au nombre de demi-journée travaillées par semaine (p=0,41) ;
- A la présence d'une salle de SNP (p=0,93) ni d'un(e) assistant(e) médical(e) (p=0,41) ;
- A la réalisation de téléconsultation (p=0,12) ;
- Au sentiment de répondre à la demande de SNP (p=0,31).

### *3.2.2.2. Pratique et gestion des soins non programmés en fonction du lieu d'exercice*

Les participants exerçant en milieu rurale semblent travailler le samedi matin plus systématiquement que les autres (p=0,00009).

Les participants exerçant en milieu urbain semblent réaliser moins de SNP par semaine que les autres (p=0,01).

Le mode d'exercice n'est pas significativement lié :

- Au lieu d'exercice (p=0,34/p=0,59/p=0,11) ;
- Au nombre de médecins dans la structure (p=0,13) ;
- Au volume de la patientèle (p=0,056) ;
- Au nombre de demi-journées travaillées (p=0,63) ;
- A la présence d'une salle de SNP (p=0,62) et d'un(e) assistant(e) médical(e)(p=0,1) ;
- A la réalisation de téléconsultation (p=0,53) ;
- Au volume de créneaux de SNP prévus par jour (p=0,064) ;
- Au sentiment de répondre à la demande de SNP (p=0,14).

### *3.2.2.3. Pratique et gestion des soins non programmés en fonction du mode d'exercice*

Les participants salariés travaillent moins souvent le samedi matin que les libéraux (p=0,03).

Ceux faisant partie d'un cabinet de groupe, d'une MSP (p=0,035) et d'une CPTS (p=0,034) travaillent plus souvent le samedi matin que les autres.

Pour rappel, les participants de moins de 50 ans n'exercent jamais en cabinet seul, et font plus souvent partie de cabinet de groupe avec au moins 3 médecins, MSP et CPTS que les participants plus âgés.

Le mode d'exercice n'est pas significativement lié :

- Au lieu d'exercice ( $p=0,34/p=0,59/p=0,11$ ) ;
- Au volume de la patientèle ( $p=0,21/p=1/p=0,61/p=0,83$ ) ;
- Au sentiment de répondre à la demande de SNP ( $p=0,2/p=1/p=0,99/p=0,38$ ).

#### *3.2.2.4. Pratique et gestion des soins non programmés en fonction du nombre de médecins dans la structure*

Les participants exerçant dans de plus grands cabinets (au moins 3 médecins) :

- Ont tendance à faire moins de demi-journées par semaine ( $p=0,0035$ ) et à disposer plus fréquemment d'une salle de soins non programmés ( $p=0,038$ ).
- Disposent tous d'un secrétariat ( $p=0,04$ ), l'association à un autre mode de régulation est non significative ( $p=0,21$ ).
- Ont, pour la majorité, moins de 50 ans ( $p=0,0016$ ).

Uniquement des médecins exerçant en cabinet seuls effectuent eux-mêmes leur régulation, sans autre dispositif ( $p=0,048$ ).

Le nombre de médecins dans la structure n'est pas significativement lié :

- Au volume de la patientèle ( $p=0,64$ ) ;
- A la présence d'un(e) assistant(e) médical(e) ( $p=0,067$ ) ;
- Au volume de SNP prévus par jour ( $p=0,28$ ) ;
- Au volume de SNP effectués par semaine ( $p=0,6$ ) ;
- Au fait de travailler le samedi matin ( $p=0,6$ ) ;
- Au volume de conseils/demandes de SNP par jour ( $p=0,37$ ) ;
- Au sentiment de répondre à la demande de SNP ( $p=0,19$ ) ;
- Au mode d'orientation des patients ne pouvant être reçus ( $p=0,17$ ).

#### *3.2.2.5. Pratique et gestion des soins non programmés en fonction du volume de la patientèle*

Les participants avec une patientèle plus volumineuse semblent :

- Travailler plus de demi-journées ( $p=0,002$ ) ;
- Effectuer plus de consultations par semaine ( $p=0,009$ ) ;
- Avoir majoritairement plus de 50 ans ( $p=0,0016$ ).

Le volume de la patientèle n'est pas significativement lié :

- Au volume de SNP prévus ( $p=0,27$ ) et réalisés ( $p=0,97$ ) ;

- Au volume de conseils/demandes de SNP (p=0,47) ;
- Au sentiment de répondre à la demande de SNP (p=0,6);
- Au lieu d'exercice (p=0,056) ;
- Au mode d'exercice (p=0,21/p=1/p=061/p=0,83) ;
- Au nombre de médecins dans la structure (p=0,64) ;
- A la présence d'un(e) assistant(e) médical(e) (=0,53).

### 3.2.2.6. *Pratique et gestion des soins non programmés en fonction du nombre de demi-journées travaillées*

Pour rappel, les médecins exerçant dans de plus grands cabinets tendent à faire moins de demi-journées, et ceux avec une patientèle plus volumineuse font plus de demi-journées par semaine.

Le nombre de demi-journées travaillées n'est pas significativement lié :

- A l'âge (p=0,41) ;
- Au lieu d'exercice (p=0,63) ;
- Au fait d'avoir le sentiment de répondre à la demande de soins non programmés (p=0,93).

### 3.2.2.7. *Pratique et gestion des soins non programmés en fonction de la salle de SNP*

Le fait d'avoir une salle de SNP est lié à la répartition des créneaux de SNP (p=0,00003), ainsi qu'au fait d'exercer dans un plus grand cabinet (p=0,038).

La présence d'une salle de SNP n'est pas significativement lié à :

- A l'âge (p=0,93) ;
- Au lieu d'exercice (p=0,62) ;
- Au volume de SNP prévus (p=0,16) et effectués (p=0,5) ;
- Au sentiment de répondre à la demande de SNP (p=0,57).

### *3.2.2.8. Pratique et gestion des soins non programmés en fonction de l'assistant médical*

La présence d'un(e) assistant(e) médical est liée à la répartition des créneaux de SNP ( $p=0,001$ ).

La présence d'un(e) assistant(e) médical(e) n'est pas significativement liée :

- A l'âge ( $p=0,41$ ) ;
- Au lieu d'exercice ( $p=0,1$ ) ;
- Au nombre de médecins dans la structure ( $p=0,067$ ) ;
- Au volume de la patientèle ( $p=0,53$ ) ;
- Au volume de consultations réalisées par semaine ( $p=0,54$ ) ;
- Au volume de SNP prévus ( $p=0,16$ ) et réalisés ( $p=1$ ) ;
- Au sentiment de répondre à la demande de SNP ( $p=0,078$ )

### *3.2.2.9. Pratique et gestion des soins non programmés en fonction de la téléconsultation*

Le fait de faire de la téléconsultation n'est pas significativement lié :

- A l'âge ( $p=0,12$ ) ;
- Au lieu d'exercice ( $p=0,53$ ) ;
- Au sentiment de répondre à la demande de soins non programmés ( $p=0,49$ ).

### *3.2.2.10. Pratique et gestion des soins non programmés en fonction de la répartition des créneaux de SNP*

La répartition des créneaux de SNP est liée à la présence d'une salle de SNP ( $p=0,0003$ ) :

- Parmi les participants disposant d'une salle de SNP, 14% ont des créneaux en début ou fin de demi-journée, ou bien n'ont pas de créneaux de prévus, et 35% répartissent les créneaux entre les consultations ou bien effectuent des demi-journées de SNP ;
- 71% des participants réalisant des demi-journées de SNP et 50% de ceux qui ne prévoient pas de créneaux disposent d'une salle de SNP.

Elle est également liée à la présence d'un(e) assistant(e) médical(e) ( $p=0,001$ ) :

- Parmi les participants disposant d'un(e) AM, tous prévoient des créneaux de SNP, 30% qui les prévoient par demi-journées, 30% répartis entre les consultations, et 38% en début/fin de demi-journées ;
- Parmi ceux effectuant des demi-journées de SNP, 57% disposent d'un(e) AM.

Enfin, la répartition des créneaux de SNP est liée au nombre de créneaux de SNP prévus ( $p=0,37$ ) :

- La majorité des participants répartissant les créneaux de SNP entre les consultations ou les prévoyant en début/fin de demi-journées en prévoient moins de 10 par jour ;
- Ceux réalisant des demi-journées de SNP tendent à prévoir plus de 10 créneaux de SNP par jour.

La répartition des créneaux de SNP n'est pas significativement lié :

- Au volume de SNP réalisés ( $p=0,5$ ) ;
- Au sentiment de répondre à la demande de SNP ( $p=0,16$ ).

### *3.2.2.11. Pratique et gestion des soins non programmés en fonction du samedi matin*

Les participants exerçant en zone rurale semblent travailler plus souvent le samedi matin que les autres ( $p=0,00009$ ), et les participants salariés semblent moins souvent travailler le samedi matin ( $p=0,03$ ).

Ceux exerçant dans un cabinet de groupe, MSP ou CPTS semblent travailler plus souvent le samedi matin ( $p=0,035/p=0,034$ ).

Le fait de travailler le samedi matin n'est pas significativement liée :

- Au nombre de médecins dans la structure ( $p=0,6$ ) ;
- Au sentiment de répondre à la demande de SNP ( $p=0,16$ ).

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Analyse descriptive des participants

La moyenne d'âge des participants est proche de celle des médecins en France en 2023, ainsi que de celle des médecins généralistes de Charente en 2015. Ils sont presque autant de femmes que d'hommes.

Le territoire charentais est en grande partie rural, et l'on constate que la majorité des participants exerce en milieu rural ou semi-rural.

Nous avons un faible taux de participation des médecins salariés, qui représentent 8,2% des participants, alors que les médecins salariés représentent 35,6% des médecins en Charente. Cela peut être dû à une faible proportion de médecins généralistes salariés installés en tant que médecin généraliste traitant, mais exerçant plutôt en structure hospitalière.

Les médecins exercent dans des cabinets de groupe avec en moyenne 3 médecins, et travaillent en moyenne 8,5 demi-journées par semaine. La majorité d'entre eux n'a ni salle de SNP, ni assistant(e) médical(e), et ne fait pas de téléconsultation.

Les médecins interrogés prévoient en moyenne 7,8 créneaux de SNP par jour et en réalisent en moyenne 31 par semaine. Seulement 6% ne s'organisent pas pour recevoir les SNP.

Les créneaux sont généralement répartis entre les consultations de la journée ou bien en début/fin de demi-journées, 7% des répondants effectuent des demi-journées de SNP. 62% travaillent le samedi matin.

La grande majorité des participants, 90%, dispose d'un secrétariat. Il est à noter que certains médecins exerçant seuls, sont les seuls à effectuer leur régulation eux même. Ils reçoivent chacun en moyenne 15 demandes de SNP par jour.

Enfin, 51% des SNP sont gérés au cabinet (par un confrère ou vu dans les 48h), et 45% sont orientés vers les urgences ou le centre 15.

### 4.2. Quantification du volume de soins non programmés par les médecins généralistes

Il apparaît que les participants prévoient en moyenne 8 créneaux de soins non programmés par jour, et travaillent en moyenne 8,5 demi-journées par semaine, soit 32 créneaux de SNP prévus par semaine.

Ils réalisent en moyenne 119 consultations par semaine, dont 31 soins non programmés, représentant 26% de leur activité. De plus, 94% des répondants s'organisent pour recevoir les SNP.

Par comparaison, une étude de 2017 menée par Doctolib indiquait que les médecins généralistes réalisaient en moyenne 22 consultations par jour, dont 19 % étaient consacrées aux SNP. (34)

Une enquête transversale réalisée d'Avril 2020 à Mars 2021, interrogeait environ 1500 médecins généralistes français à l'aide d'un questionnaire en ligne au sujet de leur organisation pour les soins non programmés (21). Environ 90% des médecins généralistes réservent des créneaux de consultations non programmées dans la journée, réservés en majorités aux patients du cabinet. Ils réalisent en moyenne une dizaine de soins non programmés par jour. Un peu moins de la moitié, 44% déclarent que plus de 80% des demandes de consultations non programmées sont traitées dans les 48h.

En 2014, l'union régionale des professionnels de santé (URPS) de Franche Comté a interrogé les médecins libéraux (généralistes et spécialistes) concernant la gestion des soins non programmés (35). Il en ressort que 99% des généralistes déclarent accepter de recevoir les patients, ils gèrent 6,6 demandes de consultations non programmées par jour soit environ le tiers de leurs consultations. 46% des médecins interrogés (toutes spécialités confondues) prévoient des créneaux dédiés aux urgences. 64% des généralistes déclarent devoir refuser des patients au-delà d'un certain seuil et ne peuvent donc répondre complètement à la demande.

### 4.3. Pratique et gestion des soins non programmés

#### 4.3.1. En Charente

Les participants plus jeunes favorisent les cabinets de groupe (> 3 médecins), MSP et CPTS. En Charente, ils sont majoritairement installés en zone rurale et semi-rurale. Leur patientèle est moins volumineuse que les médecins plus âgés, mais ils réalisent la même quantité de consultations par semaine, avec une part plus importante de SNP (prévus et effectués).

Les participants exerçant en zone urbaine semblent réaliser une part moins importante de SNP, cela est possiblement en lien avec la proximité des centres hospitaliers.

Les participants exerçant en zone rurale, ainsi que ceux exerçant en cabinet de groupe, MSP ou CPTS semblent travailler plus le samedi matin que les autres. Au contraire, les participants salariés semblent travailler moins le samedi matin que les libéraux.

Le nombre de demi-journées travaillées ainsi que le nombre de consultations par semaine semblent augmenter avec le volume de la patientèle.

Les participants exerçant dans de plus grands cabinets ont tendance à faire moins de demi-journées par semaine, et à disposer plus fréquemment d'une salle de soins non programmés. De plus, ils disposent tous d'un secrétariat. Pour rappel, ce sont uniquement des médecins exerçant seuls qui effectuent eux-mêmes leur régulation.

Cela laisse à penser que l'association de plusieurs médecins, et donc l'augmentation des moyens, permet le financement d'une salle de SNP et d'un secrétariat, et potentiellement d'autres dispositifs ou postes tels qu'un(e) assistant(e) médical(e). Cette association peut permettre également de disposer plus aisément d'un jour de repos dans la semaine.

On peut noter également que la présence d'une salle de soins non programmés semble favoriser les demi-journées de SNP ainsi que la répartition des créneaux de SNP entre les consultations, sans forcément d'organisation au préalable.

Les participants disposant d'un(e) assistant(e) médical(e) s'organisent tous pour répondre aux soins non programmés, avec 1 sur 3 qui prévoit des demi-journées, 1 sur 3 qui les répartit entre les consultations, et presque 1 sur 5 qui les prévoit en début/fin de demi-journée. La majorité de ceux effectuant des demi-journées disposent d'un(e) assistant(e) médical(e).

Les participants répartissant les créneaux de SNP entre les consultations ou les prévoyant en début/fin de demi-journées ont tendance à en prévoir moins de 10 par jour, contrairement à ceux organisant des demi-journées de SNP qui tendent à prévoir plus de 10 créneaux de SNP par jour.

En conséquence, il apparaît qu'une organisation avec des créneaux dédiés, une salle de soins non programmés et un(e) assistant(e) médical(e) semble intéressante à mettre en place afin de prévoir plus de créneaux de SNP par jour. Cependant, en fonction de ces variables, cette étude ne met pas en évidence une augmentation significative du nombre de SNP effectués par semaine.

## **4.3.2. En France**

### *4.3.2.1. Organisation des médecins généralistes en France pour la gestion des soins non programmés sur les 20 dernières années*

En 2021, une revue de la littérature a analysé 17 articles publiés au cours des 20 années précédentes. (31)

L'analyse a révélé que la majorité des médecins reçoivent en moyenne 5 demandes de SNP ou moins par jour dans quatre études, tandis que trois autres études font état de plus de cinq demandes quotidiennes.

Selon les territoires et les médecins, l'activité liée aux SNP représente entre 10 % et 30 % de l'activité totale.

Les jeunes médecins auraient tendance à accorder une part moins importante de leur activité aux SNP. Néanmoins il pourrait s'agir d'un biais de confusion lié au fait que ceux-ci exercent en groupe, ce qui leur permet de s'organiser pour mieux répartir les patients entre les médecins.

Pour ce qui est de l'accessibilité aux SNP, 80% des médecins accepteraient de recevoir des SNP. Cette accessibilité serait plus limitée en fin de matinée et en fin de journée (10h-12h et 18h-20h), cependant il semblerait que ces horaires correspondent également aux périodes de plus forte affluence.

Pour gérer les demandes de SNP, la plupart des médecins disposent d'un secrétariat, souvent sur place, qui peut être complété par la participation du médecin lui-même ou un autre mode de régulation. Cela souligne l'importance de former les secrétaires pour optimiser la régulation des demandes. Les consultations sans rendez-vous restent rares dans les études analysées, bien que cette pratique permette théoriquement de prendre en charge davantage de SNP, au risque de ralentir le flux des consultations.

L'utilisation de créneaux dédiés aux SNP semble devenir plus courante, en particulier chez les jeunes médecins travaillant en groupe, remplaçant ainsi progressivement les consultations sans rendez-vous. Le nombre de créneaux réservés aux SNP avoisinerait les cinq par jour. Ce chiffre peut varier selon les périodes d'affluence et les préférences des médecins, qui peuvent ajuster leur planning pour intégrer des consultations SNP sur leur temps de pause ou en fin de journée. Les médecins ont aussi la possibilité de reporter la consultation ou de rediriger le patient, ce qui leur permet de mieux répondre aux besoins des patients tout en tenant compte de leurs propres contraintes.

Certains cabinets disposent d'une salle dédiée aux SNP mais celle-ci n'est ni essentielle, ni suffisante pour assurer la prise en charge, bien qu'elle puisse en favoriser l'organisation.

Plusieurs éléments sont identifiés comme favorables à la gestion des SNP : l'exercice en groupe, notamment en MSP, la présence d'un secrétariat sur place, la disponibilité de créneaux dédiés aux SNP et l'accueil d'internes.

Les médecins cherchent à minimiser les refus de demandes SNP. Lorsqu'ils ne peuvent pas répondre à ces demandes, ils réorientent souvent les patients vers un collègue (entre 45,4 % et 53 % des cas), vers les urgences ou un centre de régulation (entre 20,2 % et 27 %), surtout lorsqu'ils exercent seuls ou en zone de faible densité médicale. Ils peuvent également fournir des conseils téléphoniques, à raison de 3 à 10 appels par jour.

Le principal frein à la gestion des SNP reste le manque de temps : pénurie de temps médical, flux de travail tendu, difficultés d'organisation des rendez-vous, crainte des retards et consultations chronophages. Ce manque de temps peut être lié à d'autres

facteurs modifiables comme l'exercice en solo, le manque de coordination entre professionnels de santé et l'absence de secrétariat ou d'assistant(e) médical(e).

Deux autres obstacles se dégagent : le nombre limité de créneaux dédiés aux SNP en partie en raison de difficultés pour organiser une hospitalisation directe, obtenir un avis spécialisé ou un examen complémentaire, ainsi que l'exigence d'immédiateté des patients.

Les pistes d'amélioration qui ressortent de cette étude sont citées plus loin (4.2.2).

#### 4.3.2.2. *Assistant(e) médical(e)*

Les médecins généralistes sont de plus en plus nombreux à adopter ce dispositif avec un total de 6000 contrats d'assistants médicaux signés début 2024. (36)

L'assistant médical semble effectivement apporter une amélioration des conditions de travail des médecins généralistes, et une amélioration de la qualité des soins.(37)

Il existe néanmoins des freins à l'embauche d'un(e) assistant(e) médical(e) qui sont tout d'abord des contraintes matérielles avec notamment le manque de place, ainsi que des contraintes économiques et logistiques (désaccord avec les associés, difficultés administratives, problématiques liées à l'embauche d'un employé). Cela modifie également la relation avec le patient.

Ce mode d'exercice nécessite un temps d'adaptation, ainsi qu'une réflexion sur la délégation de tâches.

Au cours d'une étude nationale (38), 98% des médecins interrogés disposant d'un(e) assistant(e) médical(e) se disent satisfaits.

#### 4.3.2.3. *Téléconsultation*

Une étude descriptive rétrospective publiée en 2023 a analysé 1 274 téléconsultations réalisées sur une période de trois mois (39). La moitié des consultations (54 %) portaient sur des infections respiratoires, dont 26 % étaient des infections des voies respiratoires hautes et basses, 17 % concernaient des affections uro-gynécologiques, et 11 % des troubles digestifs. Le taux de résolution des téléconsultations atteignait 77 %.

Par rapport à la médecine générale et aux services d'urgences, la téléconsultation traite moins de personnes âgées et aboutit à une proportion plus élevée de prescriptions d'arrêts de travail.

#### 4.3.2.4. *Le samedi matin*

D'après le rapport 2023 du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) sur la PDSA (40), de moins en moins de cabinets médicaux sont ouverts le samedi matin. L'extension de la PDSA est une demande persistante des conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) et des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux depuis plusieurs années. Lors de cette étude de 2023, 59% des CDOM se sont déclarés favorables à l'extension de la PDSA au samedi matin, comme en 2022. 18% n'y sont pas favorables, et 24% ne se prononcent pas.

Les objectifs de cet élargissement sont de diminuer la masse de patients dès l'ouverture de la garde le samedi midi, de permettre une plus juste rémunération des actes effectués sur cette plage horaire et le repos des médecins qui ne sont pas inscrits sur le tableau de garde.

Certains CDOM opposants à cette mesure estiment qu'il s'agit d'une mission de médecine générale de ville, d'autres craignent un conflit tarifaire entre les médecins qui seraient de garde et ceux pratiquant habituellement leur activité de cabinet à cet horaire.

En 2023, la PDSA a été étendue au samedi matin pour la régulation et l'effectation pour 10% des départements, et pour 18% des départements, pour la régulation uniquement. Le samedi matin reste en dehors des horaires de PDSA pour 72% des départements.

#### 4.3.2.5. *Secrétariat*

En 2022, une étude de la DREES met en évidence que 84% des médecins généralistes libéraux déclarent disposer d'un secrétariat médical, et ce d'autant plus chez les médecins plus jeunes et chez les femmes (41). Ceux exerçant en groupe sont plus nombreux à disposer d'un secrétariat physique que ceux qui exercent seuls, et il apparaît que disposer d'un secrétariat à distance est une pratique plus répandue chez les jeunes médecins.

Plus d'un tiers des médecins utilise une plateforme de rendez-vous en ligne, le plus souvent associé à d'autres modes de régulation. On la retrouve notamment chez les médecins plus jeunes et ceux exerçant en groupe.

#### *4.3.2.6. Exemple de structure de soins non programmés dans la région Nouvelle-Aquitaine : Le centre de soins non programmés de Périgueux*

En 2017, un centre de soins non programmé affilié au service d'accueil des urgences (SAU) du centre hospitalier de Périgueux a été mis en place (42), en parallèle de la PDSA, avec des médecins généralistes volontaires, de 20h à 23h du lundi au vendredi, de 15 à 19h le samedi, et le dimanche de 10h à 13h et de 15h à 19h.

Le patient se présentait au SAU pour un soin non programmé (et non régulé), était évalué par l'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation (IAO) à l'aide d'une échelle standardisée, puis le cas échéant, orienté vers le médecin généraliste consultant. Ce dernier réalisait sa consultation dans une salle dédiée, à côté du service des urgences, et pouvait par la suite réorienter le patient vers le service des urgences, ou bien demander un examen complémentaire ou un avis spécialisé en urgence.

Au cours de la période d'essai de février à avril 2017, 95% des patients vus sont retournés au domicile sans examen complémentaire ni avis spécialisé. Cependant l'activité totale du médecin généraliste s'est avérée variable et globalement faible avec 10% des patients consultant au SAU.

#### *4.3.2.7. Exemples dans d'autres territoires*

A l'échelle nationale, 44% des médecins généralistes déclarent que plus de 80% des demandes de consultations non programmées sont traitées dans les 48h. (21) Un peu moins de 30% des répondants réorientent vers les urgences quand ils ne peuvent recevoir les patients. Plus de 75% des médecins généralistes sont satisfaits voire très satisfaits de leur organisation. Néanmoins, ils sont majoritairement réfractaires à :

- communiquer leurs plages de consultations non programmées aux urgences (62%),
- une programmation automatique de ces consultations (88%)
- la réalisation de téléconsultations pour des patients nécessitant un avis médical, adressés par les urgences sur un créneau dédié (46%).

#### *4.3.2.7.1. Exemple du Sud Gironde*

Une étude réalisée courant 2021, interrogeant 173 médecins généralistes du Sud Gironde (102 répondants) décrit leurs modalités d'organisation pour la gestion des soins non programmés. (33)

Les caractéristiques socio-démographiques des participants étaient superposables à celles de notre étude.

Deux médecins sur trois déclaraient avoir une organisation spécifique aux soins non programmés, notamment via des créneaux dédiés. Seulement 2% déclaraient orienter vers les urgences, et 2% vers un confrère. Dans le cas où le patient ne pouvait être reçu, 30% géraient les SNP sur leur temps de pause, 15% en fin de demi-journée, 10% orientaient vers les urgences et 10% vers un confrère. Ainsi, environ 90% proposaient une réponse structurée aux demandes de SNP.

Le travail de groupe était mis en avant comme moyen de répartir de façon équitable la réponse aux SNP, cependant difficile à mettre en œuvre lorsqu'elle dépassait les frontières du cabinet.

Un tiers des médecins déclarait refuser les demandes de SNP des patients hors patientèle.

La régulation était effectuée par un secrétariat dans 80% des cas (dont 50% par un secrétariat sur place), et 1 médecin sur 5 effectuait lui-même la permanence téléphonique.

#### *4.3.2.7.2. Plateforme alternative d'innovation en santé (PAÏS)*

PAÏS est un dispositif mis en place en Loir-et-Cher en 2009 avec pour principaux objectifs de préserver et développer la médecine de proximité, attirer des jeunes médecins vers cet exercice et créer de véritables cabinets territoriaux (dans les cantons). (43)

Ainsi, au sein de chaque cabinet cantonal, un médecin différent par jour est désigné pour effectuer les consultations non programmées, de 8h à 20h du lundi au vendredi, et de 8h à 13h le samedi. Les journées de consultations à la PAÏS sont indemnisées sur la base de 100 euros en semaine et de 50 euros le samedi matin.

Les secrétaires ont été formées au préalable par le SAMU au filtrage des appels.

Concernant l'attractivité médicale, l'offre a progressé de 10 médecins sur l'ensemble des secteurs appliquant PAÏS et une nette diminution des transports sanitaires vers les urgences et du nombre d'hospitalisations.

#### *4.3.2.7.3. Médecin d'accueil des pathologies intercurrentes (MAPI)*

En 2016, les deux cabinets de la MSP d'Amou-Pomarez se sont organisés pour assurer des soins non programmés de 8h à 20h la semaine, et de 8h à 12h le samedi. (30)

Par créneaux de 2h, en alternance, chaque médecin du groupe devenait le médecin d'accueil des pathologies intercurrentes (MAPI) pour prendre en charge les soins non programmés, avec la présence d'un secrétariat physique. Ils pouvaient également bénéficier de l'aide des étudiants en médecine du cabinet.

L'analyse de presque 4000 consultations réalisées sur le premier semestre de l'année permet d'observer qu'étonnamment les patients consultent particulièrement le matin, alors que les études montrent qu'à l'inverse, les patients consultent plus en soirée pour les soins non programmés. Aussi, l'âge des patients n'est pas plus élevé que la moyenne d'âge du département. Les pathologies les plus retrouvées sont d'abord infectieuses puis, ORL, rhumatologiques, cardiovasculaires et enfin traumatologiques (à noter un équipement pour la petite traumatologie avec un box dédié).

Il en ressort qu'environ les trois quarts des consultations étaient justifiées, et environ 20% des patients seraient allés aux urgences en l'absence de ce « MAPI ».

#### *4.3.2.7.4. Pôle de santé libéral et ambulatoire d'Isigny-sur-Mer*

A Isigny-sur-Mer, dans le Calvados, un pôle de santé libéral et ambulatoire a été mis en place en 2014. (18) Il comptait en 2018 5 médecins et 14 autres professionnels de santé regroupés physiquement au sein d'une même structure au statut SISA.

La SISA permet de financer la formation d'une infirmière en éducation thérapeutique, ainsi qu'une partie du poste de coordinatrice du pôle (le reste est financé par l'intercommunalité).

Le projet de santé est partagé par les centres médico-psychologique (CMP) et médico-psychopédagogique (CMPP) proches.

Quatre matinées sont dédiées aux consultations sans rendez-vous, avec une quinzaine de consultations réalisée par matinée. En plus, six créneaux par jour (3 le matin, 3 l'après-midi) sont dédiés aux soins non programmés.

Les demandes sont régulées par un secrétariat à distance, et les consultations non programmées sont ouvertes aux patients qui ne sont pas suivis dans le pôle.

D'après les professionnels du pôle, cette organisation est suffisante pour répondre à la demande de soins non programmés.

#### *4.3.2.7.5. La MSP du Véron en Indre et Loire*

La MSP du Véron a été créée en 2010, et une certaine organisation avait été mise en place pour les soins non programmés pendant quelques années. (18) L'analyse des lacunes de cette organisation a permis de repenser la gestion des SNP de manière optimale, et il en ressort que :

- Le secrétariat doit exercer une régulation avec des lignes directives simples en tenant compte du médecin et du patient ;
- Il faut disposer d'un lieu spécifique, avec une salle d'attente et une ou plusieurs salles de consultation dédiées ;
- Il faut également prévoir des plages horaires larges, par demi-journées effectuées par les médecins de la MSP et non par leurs internes ;
- Le temps de consultation doit être optimisé en déléguant les tâches administratives, au secrétariat par exemple ;
- L'éducation à la santé des patients doit être favorisée.

#### *4.3.2.7.6. Les cabinets de médecins généralistes du secteur de Lorient*

Une étude quantitative descriptive transversale a été menée dans le secteur de Lorient afin de décrire l'organisation des cabinets de médecine générale pour répondre aux urgences réelles et ressenties, et secondairement décrire la répercussion de ces organisations, ainsi que les possibilités d'amélioration. (22)

9 médecins sur 10 déclaraient disposer de créneaux dédiés aux soins non programmés. Parmi eux, 45% avaient moins de 5 créneaux par jour, 41% avaient entre 5 et 10 créneaux et 14% avaient plus de 10 créneaux. Aussi, 16% des répondants proposaient des plages de consultations sans rendez-vous.

82% des répondants disposaient d'un secrétariat, dont 76% sur place et dans 20% des cas, ce secrétariat était associé à une autre méthode de régulation.

Concernant les pistes d'amélioration, 80% des répondants étaient favorables au développement de programmes d'éducation des patients, 68% jugeaient nécessaire de former les secrétaires à la régulation, 62% étaient pour une revalorisation des actes de SNP, 30% étaient favorables à la mise en place de demi-journées dédiées aux SNP au sein d'une MSP ou d'une CPTS. Enfin, 20% estimaient que le recours à la téléconsultation était un atout.

Il semble que les médecins plus jeunes travaillaient moins de jours par semaine que les plus âgés, réalisaient moins de consultations par jour, avaient une patientèle moins

volumineuse et exerçaient davantage en milieu semi-rural (alors que les plus âgés exerçaient plutôt en milieu urbain). Aussi, les jeunes médecins semblaient plus nombreux à exercer en cabinets de groupe mais la différence n'était pas significative.

Les consultations sur rendez-vous uniquement étaient majoritaires dans tous les secteurs. La majorité des répondant disposait d'un secrétariat, quel que soit le secteur, cependant, le secrétariat sur place était retrouvé dans tous les cabinets ruraux, contre 71% en secteur semi-rural et urbain, qui avaient plus fréquemment recours au secrétariat à distance.

Tous les médecins exerçant en secteur semi-rural réservaient des créneaux pour les SNP, contre 88% en secteur rural et 76% en secteur urbain.

Les médecins exerçant dans un cabinet seul semblaient davantage proposer des plages de consultations sans RDV que ceux exerçant en groupe, et 50% d'entre eux ne disposaient pas d'un secrétariat (contre 14% des répondants exerçant en groupe).

Sur les 50 répondants, 49 déclaraient répondre aux demandes de SNP et donner RDV au patient le jour même, quelle que soit l'organisation.

## 4.4. Pistes d'amélioration

### 4.4.1. Rappel des réponses en Charente

Trois principales propositions ressortent :

- L'installation de plus de médecins ;
- L'organisation territoriale :
  - o CPTS ;
  - o Planning de SNP commun, demi-journées de SNP, plages de SNP le soir à la place de la garde ;
  - o Relai pour le samedi matin ;
  - o Patients du territoire sans médecin traitant vus sur les créneaux de SNP ;
- Créneaux de SNP prévus pour tous les médecins installés.

On retrouve ensuite :

- La mise en place de services/centres de soins non programmés ;
- Une meilleure éducation de la population ;
- La mise en place du SAS ;
- L'assistant(e) médical(e) ;
- Optimiser la relation ville-hôpital/spécialiste :
  - o Lien avec le 15 et le SAU pour les soins non programmés ;
  - o Accès aux examens complémentaires, spécialistes, hospitalisations ;

- Augmenter l'attractivité de la médecine générale ;
- Apporter un soutien financier à la pratique ;
- Disposer d'un(e) IPA ;
- Disposer de locaux dédiés aux SNP ;
- Disposer d'une régulation de médecine générale en journée ;
- Disposer d'une régulation efficace ;
- Respect de la PDSA pour tous les médecins ;
- Logibec ;
- Entraide entre les médecins.

#### **4.4.2. Pistes d'amélioration des soins non programmés sur les 20 dernières années en France**

Les propositions d'amélioration de la prise en charge des SNP les plus citées sont : (31)

- La gestion collective des SNP à l'échelle territoriale en regroupant et en favorisant la coordination des médecins d'un même territoire, une meilleure coordination avec l'hôpital et les plateaux techniques, l'accueil d'internes, la participation des infirmiers et la délégation des tâches. Il est notamment fait mention des CPTS dans les études les plus récentes ;
- L'éducation des patients via des programmes pour les sensibiliser aux symptômes ressentis comme urgents et au parcours de soin ;
- Les aides financières par une évolution du mode de rémunération ou simplification et/ou revalorisation des cotations ;
- La création de plages horaires dédiées aux SNP ;
- Des modes de gestion alternatifs comme l'extension des horaires des maisons médicales de garde ou la mise en place de centres de SNP ;
- La présence d'un secrétariat sur place avec une amélioration de la formation au triage ;
- La régulation de l'accès aux SAU, en réadressant les patients non urgents vers leur médecin traitant et en maintenant les services d'urgences existants ;
- L'augmentation du nombre de médecins généralistes, surtout en milieu rural.

L'évolution de la pratique des médecins généralistes montre une tendance à privilégier les consultations sur rendez-vous avec des créneaux réservés aux SNP, potentiellement sur des horaires plus restreints. La tendance est également à l'exercice en groupe, à l'intégration dans des MSP, des centres de santé, ou dans des CPTS. L'usage d'un secrétariat tend également à se généraliser.

### **4.4.3. Le SAS**

Au 1<sup>er</sup> octobre 2024, on recense 90 services d'accès aux soins en fonctionnement, couvrant 96% de la population française. (44)

#### *4.4.3.1. Articulation du SAS et de la PDSA*

Le SAS répond aux demandes de soins non programmés en dehors de la PDSA. Ces deux dispositifs doivent s'accorder pour répondre aux demandes de soins en continu. (40)

Certains CDOM disposent de locaux dédiés communs, voire d'outils communs comme les ordinateurs ou les logiciels.

La régulation du SAS et celle de la PDSA peuvent être effectués par les même médecins. Une même association de médecins régulateurs libéraux peut gérer ou cogérer le SAS et la PDSA. En Loire Atlantique, un groupe de coopération sanitaire a été créé pour porter le projet. Cette articulation permet que les demandes de consultations en journée qui ne peuvent être honorées soient reportées sur la PDSA.

Cependant 25 départements ont indiqué qu'il n'existait pas d'articulation entre le SAS et la PDSA, pour certains le SAS est en cours de déploiement, d'autres considèrent qu'il s'agit de deux organisations et deux prises en charges bien distinctes qui n'ont pas nécessairement besoin de s'articuler.

#### *4.4.3.2. Évaluation du fonctionnement du SAS*

Parmi les CDOM disposant du SAS, 22% estiment qu'il fonctionne bien dans l'ensemble du département, notamment grâce à un rapport ville/hôpital efficace, à l'implication des médecins et la bonne coordination entre les différents acteurs.

Ensuite, 20% estiment qu'il fonctionne mais que certaines zones du département rencontrent des difficultés à mettre des créneaux de consultation à disposition du SAS ainsi qu'à mobiliser des professionnels de santé. Cela est parfois dû à la crainte de l'intrusion de la plateforme numérique fournie par la direction générale de l'offre de soin (DGOS) dans leur agenda.

Enfin, 20% estiment que cela ne fonctionne pas correctement, principalement à cause du manque de médecins, que ce soit pour la régulation ou pour l'effectif.

Pour certains, les créneaux mis à disposition en journée ne sont pas pourvus alors que les maisons médicales de garde restent toujours surchargées le soir.

D'autres déplorent que la plateforme numérique de la DGOS n'intègre pas encore les CPTS, et ce malgré leur forte implication dans le dispositif.

Le SAS est parfois jugé inutile dans les zones où les médecins consultent sans rendez-vous. Aussi, il est déploré que le SAS soit principalement pris en charge par des cabinets dédiés qui ne prennent plus en charge les patients polypathologiques.

Enfin certains pensent qu'il est « irréaliste » de gérer toutes les demandes de soins non programmés par le 15 et qu'il serait préférable que le 15 reste dédié à l'expertise du médecin régulateur, et non pas à la prise de rendez-vous.

#### **4.4.4. Intérêt d'une organisation territoriale**

##### *4.4.4.1. Évaluation des CPTS par les médecins généralistes de Charente*

Un travail de recherche a été publié en mai 2024 sur le ressenti des médecins généralistes de Charente face aux CPTS, et met en exergue que les attentes des médecins interviewés ont, pour la majorité, été respectées. (45)

Les médecins généralistes charentais expriment des attentes spécifiques, notamment en termes de reconnaissance professionnelle, de réduction de l'isolement et de soutien logistique pour alléger leur charge administrative.

Les CPTS en Charente cherchent à répondre à ces attentes en proposant des réunions régulières et des formations partagées, en mettant à disposition des outils communs, et en facilitant l'accès à des services de santé spécialisés pour les patients. Cependant, certains médecins restent réticents quant à la mise en place de ces structures, craignant une complexification des tâches administratives et une perte d'autonomie.

La pérennité des CPTS dépendra de la capacité à obtenir des financements stables et à démontrer l'impact positif sur la pratique quotidienne des médecins et sur la qualité des soins.

En Charente, une évaluation à plus long terme serait nécessaire pour déterminer si les CPTS réussissent à atteindre leurs objectifs sur le plan de la démographie médicale et de l'amélioration des conditions de travail des médecins.

#### *4.4.4.2. Évaluation d'un dispositif proposant des consultations de SNP aux patients sans médecin traitant*

Cette étude publiée en Avril 2024 explore l'impact d'une initiative visant à offrir des consultations de médecine générale aux patients sans médecin traitant dans la région de la CPTS Drac Sud, dans l'Isère. (46)

Cette CPTS a mis en œuvre une organisation spécifique pour proposer des créneaux de consultations de soins non programmés, accessibles aux patients sans médecin traitant reposant sur la participation volontaire des médecins généralistes du territoire qui dédient des créneaux horaires spécifiques pour ces consultations. Une plateforme de coordination permet de centraliser les demandes et de répartir les patients vers les médecins disponibles.

Les premiers résultats montrent que le dispositif a permis à de nombreux patients sans médecin traitant d'accéder à des consultations de médecine générale et une baisse de la fréquentation des urgences pour des motifs non urgents a été constatée.

Le dispositif a aussi contribué à une amélioration de la continuité des soins, certains patients ayant été orientés vers un médecin généraliste pour un suivi à long terme.

Les médecins participants ont exprimé une satisfaction mitigée : ils apprécient l'initiative pour sa contribution à l'accès aux soins, mais pointent la charge de travail supplémentaire que cela peut représenter.

L'expérience de la CPTS Drac Sud met en avant le potentiel des CPTS comme outils de réponse aux défis de la médecine générale et des soins de proximité en France. Cependant pour assurer sa pérennité et son extension, il sera nécessaire d'adapter le dispositif aux réalités locales, de mobiliser davantage de professionnels, et de renforcer le soutien logistique et financier.

#### *4.4.4.3. Évaluation de la réponse à la demande de soins non programmés par les médecins de la CPTS de l'Entre-deux-Mers, en Gironde*

La CPTS de l'Entre-deux-Mers a mis en place un système de régulation et d'organisation pour répondre aux demandes de soins non programmés. (47)

Ce dispositif repose sur la participation volontaire des médecins généralistes du territoire, qui s'organisent pour proposer des créneaux de consultations dédiés aux SNP.

Une plateforme de coordination permet d'orienter les patients vers les médecins disponibles, en fonction de la nature de la demande et de l'urgence perçue.

Le dispositif a permis d'augmenter la capacité de réponse aux demandes de SNP sur le territoire, évitant ainsi le recours aux urgences pour de nombreux patients. Une réduction du délai d'attente pour les consultations non programmées a été observée, avec une prise en charge plus rapide pour les problèmes de santé non urgents.

Les médecins ont souligné que le dispositif avait permis une meilleure organisation de leur activité, bien que certains aient mentionné une charge de travail accrue.

Pour améliorer la réponse aux soins non programmés, l'étude recommande de renforcer la communication et la coordination entre les acteurs de santé. Il serait pertinent d'intégrer des infirmiers de pratique avancée ou d'autres professionnels pour partager la charge des SNP. L'étude suggère aussi de développer des incitations financières ou organisationnelles pour encourager une plus grande participation des médecins.

Un suivi régulier des résultats et une évaluation continue sont nécessaires pour adapter le dispositif aux évolutions du territoire.

#### **4.4.5. Quel mode d'exercice souhaité par les jeunes médecins ?**

Un rapport de 2024 (48) met en évidence que les jeunes médecins souhaitent un équilibre entre vie personnelle et professionnelle, cherchant à éviter les rythmes de travail trop intense et à garder du temps pour des activités en dehors du cabinet médical. Ils veulent pouvoir choisir leur mode d'exercice ainsi que leur lieu d'installation, avec de l'autonomie et de la flexibilité dans l'organisation de leur travail. Aussi, il est important pour eux de minimiser la charge administrative afin de se concentrer sur le patient. La reconnaissance par les pairs, les patients et les institutions de santé joue un rôle significatif dans l'attractivité de la profession.

Les jeunes médecins privilégient une installation proche de leur lieu de formation, famille ou réseau social, et sont réticents à s'installer dans des zones trop éloignées ou isolées, à moins que des incitations spécifiques soient proposées. La présence d'infrastructure adaptées, comme les MSP est un facteur positif, avec un environnement de travail collaboratif et interprofessionnel.

En effet, ils préfèrent souvent travailler en équipe, l'exercice en groupe est perçu comme un moyen de partager les responsabilités, d'enrichir les pratiques, et de réduire l'isolement. De plus, l'importance d'un accompagnement et de mentors est soulignée, en particulier pour les premières années d'exercice.

Les jeunes médecins sont sensibles aux incitations financières et logistiques (aides à l'installation, primes pour les zones sous-dotées, allègements fiscaux) proposées par les autorités de santé pour encourager l'installation dans des zones rurales ou médicalement désertées. Cependant, ils préfèrent des solutions structurelles (comme la mise en place de MSP et d'une meilleure organisation du système de santé) aux simples incitations financières ponctuelles.

Un rapport du commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) de 2015 (49) évoque les facteurs d'attractivité des jeunes médecins. Ce sont tout d'abord la qualité et le cadre de vie offerts sur un territoire, l'existence et la qualité d'un projet professionnel collectif, avec la présence de confrère, de paramédicaux, et la proximité des soins de second recours, ainsi que les possibilités d'emploi offertes au conjoint et l'accompagnement dans la démarche d'installation.

Des données un peu plus anciennes (50), datant d'une quinzaine d'années sont concordantes, avec plus de 80% des internes de médecine générale interrogés qui souhaitaient s'installer en milieu urbain ou semi-rural. Aussi 4 internes sur 5 souhaitaient une activité en groupe. Presque la moitié ne voulaient consulter que sur RDV et ils désiraient en moyenne travailler 8,7 demi-journées par semaine. Enfin, 80% des internes de médecine estimaient n'être que peu ou pas reconnus à leur juste valeur tout au long de leur cursus.

## 4.5. Forces et limites de l'étude

### 4.5.1. Forces de l'étude

La principale force de cette étude est son taux de réponse de 55%. Cela montre qu'il s'agit d'un sujet d'actualité qui intéresse les médecins généralistes installés. De plus, la moyenne d'âge des participants est concordante avec celle des médecins généralistes en Charente.

Aussi, il n'existe à ce jour pas d'étude quantifiant l'activité de soins non programmés effectués par les médecins généralistes de Charente.

## **4.5.2. Limites de l'étude**

La principale limite de cette étude est l'absence de définition exacte des soins non programmés fournis aux participants avec le questionnaire, ayant permis une certaine subjectivité dans les réponses. Ensuite nous n'avons pas demandé si les participants acceptaient ou non de recevoir des patients hors patientèle, information qui serait pertinente en vue de la mise en place du SAS.

Il existe un biais d'auto-sélection, avec l'influence de l'attrait pour le sujet de la thèse, ainsi qu'un biais de recrutement avec la promotion du questionnaire faite auprès des adhérents du syndicat MG16, ainsi qu'auprès des maîtres de stage.

La proportion de médecins salariés ne semble pas représentative du nombre de médecins salariés exerçant en Charente.

Pour ce qui est du samedi matin, il faut noter un mouvement de grève au moment de l'étude qui a pu fausser le résultat.

Aussi, il existe un biais d'interprétation, avec certaines réponses multiples qui ont été interprétées pour les analyses. Enfin, le format de la thèse expose à un biais de déclaration.

## 5. CONCLUSION

Le contexte démographique actuel est tel qu'il est difficile pour les patients d'avoir rapidement accès à un médecin généraliste. Ainsi, pour une problématique jugée urgente par le patient, il peut être en difficulté pour recevoir des soins et parfois avoir recours de manière inappropriée aux services d'urgences.

Le but de cette étude était de mettre évidence la part de soins non programmés effectuée par les médecins généralistes installés en Charente, et de savoir comment ces derniers étaient organisés pour répondre à la demande. Nous souhaitions également connaître leur avis sur la façon d'optimiser cette prise en charge.

Notre étude met en évidence que les soins non programmés (SNP) représentent une part importante, 26% de l'activité des médecins généralistes. Elle montre aussi la nécessité d'organiser sa pratique afin de répondre à la demande de soins non programmés, et cette organisation nécessite des moyens.

Il semble intéressant de disposer d'un secrétariat pour faire la régulation, ainsi que d'une salle de soins non programmés, pour effectuer des demi-journées de soins non programmés ou bien de recevoir les patients en urgence entre les consultations. La présence d'un(e) assistant(e) médical(e) semble également pertinente, pour réaliser des préconsultations, ou se charger de la coordination des soins (examens complémentaires, rendez-vous rapide chez le spécialiste).

Cela permettrait également de libérer du temps médical et laisse supposer que plus de patients pourraient être reçus en consultation.

Nous remarquons dans l'étude, que ces éléments sont plus fréquemment retrouvés dans les cabinets de groupe, avec notamment plus de 3 médecins (de manière significative pour le secrétariat et la salle de soins non programmés). Cela rejoint l'aspiration des jeunes médecins à travailler en groupe.

Cette mutualisation peut permettre de diminuer le temps de présence de chaque médecin dans le cabinet, avec par exemple une prise en charge des soins non programmés et de la PDSA (permanence des soins ambulatoires) à tour de rôle. Elle permet aussi une augmentation des moyens financiers, facilitant notamment l'accès à un secrétariat ou une structure plus grande.

Cela peut également permettre la création de structures telles que les MSP (maisons de santé pluridisciplinaires) ou la création de SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires), afin de favoriser la coordination des soins, enrichir les pratiques, et de percevoir des subventions autour d'un projet professionnel.

Aussi, une organisation territoriale est nécessaire, avec une meilleure articulation entre les services d'urgences, l'hôpital, et la médecine de ville.

Les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) semblent pertinentes pour permettre une meilleure coordination entre les professionnels de santé d'un même territoire, avec des outils communs, et un relai pour la permanence des soins (par exemple le samedi matin). Elles peuvent également, dans une certaine mesure, favoriser l'accès aux soins des patients sans médecin traitant. Cette structure nécessite des moyens logistiques et financier pour se pérenniser.

Le SAS (service d'accès aux soins) pourrait être un élément d'aide à la prise en charge des SNP, cela nécessite une adaptation du mode de travail de nombreux médecins généralistes.

## 6. ANNEXES

### 6.1. Annexe I : Le questionnaire

Caractéristiques démographiques :

1. Quel âge avez-vous :
  - < 30 ans
  - 30-40 ans
  - 40-50 ans
  - 50-60 ans
  - 60-70 ans
  - > 70 ans
2. Sexe
  - Femme
  - Homme
3. Durée d'exercice :
  - < 10 ans
  - 10-20 ans
  - 20-30 ans
  - 30-40 ans
  - > 40 ans
4. Secteur d'exercice
  - Urbain
  - Rural
  - Semi-rural
5. Mode d'exercice
  - Libéral
  - Salarié
  - Mixte
  - Cabinet seul
  - Cabinet de groupe
  - MSP
  - CPTS
  - Autre
6. Combien y-t-il de médecins en équivalent temps plein dans votre structure ?
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - 6

- 7
  - > 7
7. Quel est le volume de votre patientèle ?
- < 500
  - 500-1000
  - 1000-1500
  - 1500-2000
  - > 2000
8. Combien de ½ journées par semaine travaillez-vous ?
- < ou égal à 5
  - 6
  - 7
  - 6
  - 8
  - 9
  - 10
  - > ou égal à 11
9. Disposez-vous d'une salle de soins non programmés ?
- Oui
  - Non
10. Disposez-vous d'un(e) assistant(e) médical(e)
- Oui
  - Non
11. Faites-vous de la téléconsultation
- Oui
  - Non

#### Gestion des consultations

12. De combien de créneaux pour les consultations non programmées disposez-vous par jour, en moyenne (visites comprises) ?
- < 5
  - 5-10
  - 10-15
  - 15
  - Je ne dispose pas de créneau de consultation non programmées
  - Autre :
13. A quel(s) moment(s) de la journée sont ces créneaux ?
- Début de journée
  - Fin de journée
  - Une demi-journée
  - Répartis entre les consultations de la journée
  - Je ne dispose pas de créneau de consultations non programmées

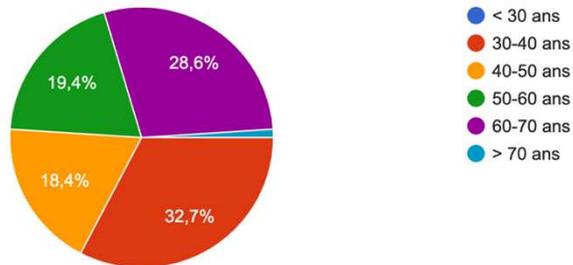
- Autre :
14. En moyenne sur une semaine complète, combien réalisez-vous de consultations/visites ?
- < 50
  - 50-100
  - 100-150
  - 150-200
  - > 200
15. En moyenne sur une semaine complète, combien réalisez-vous de consultations non programmées (visites comprises) ?
- < 20
  - 20-40
  - 40-60
  - 60-80
  - > 80
16. Travaillez-vous le samedi matin ?
- Oui, consultations programmées + SNP
  - Oui, uniquement pour des consultations programmées
  - Oui, uniquement pour des SNP
  - Non
17. Après de qui les patients prennent-ils rendez-vous pour les soins non programmés ?
- Un secrétariat sur place
  - Un secrétariat à distance
  - Le(s) médecin(s) du cabinet
  - Plateforme de RDV en ligne
  - Autre :
18. Combien recevez-vous de demandes téléphoniques pour des SNP ou conseils par jour, en moyenne ? (Par médecin)
- <10
  - 10-20
  - 20-30
  - 30-40
  - > 40
19. Avez-vous le sentiment de répondre à toutes les demandes de soins non programmés
- Oui
  - Non
20. Vers qui orientez-vous vos patients lorsque vous ne pouvez pas les recevoir ?
- Un(des) confrère(s)
  - Le centre 15
  - Les urgences
  - Autre :
21. Selon vous, quelles sont les pistes d'amélioration de la gestion des soins non programmés sur le territoire Charentais ?
- Votre réponse

## 6.2. Annexe II : Statistiques descriptives

### 6.2.1. Caractéristiques socio-démographiques

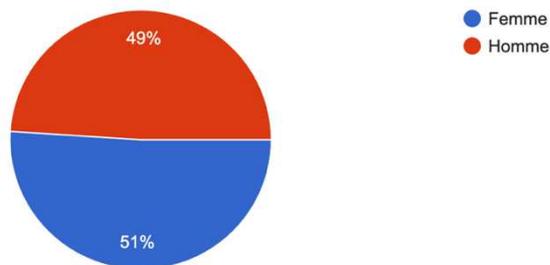
Quel âge avez-vous?

98 réponses



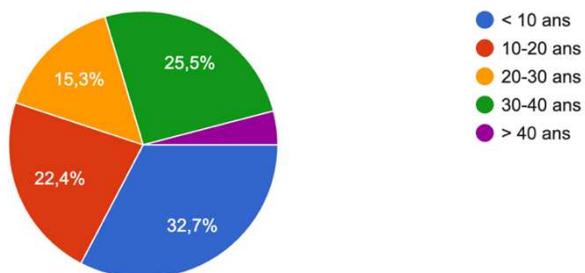
Sexe

98 réponses



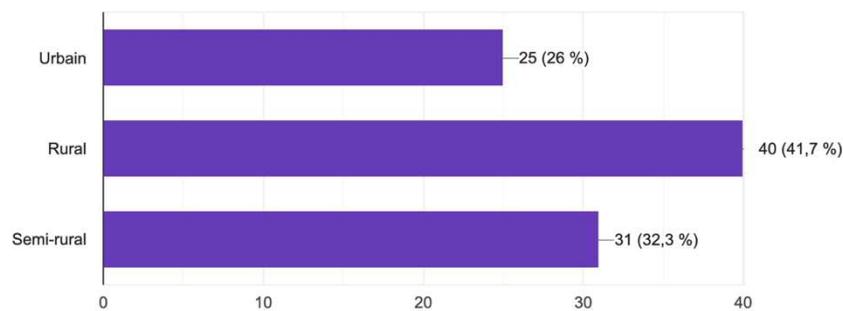
Durée d'exercice

98 réponses



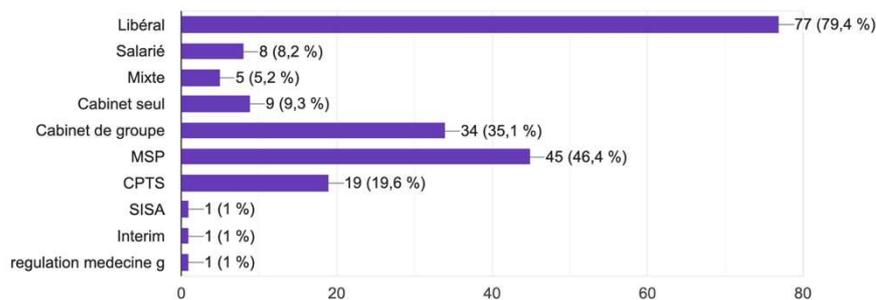
### Secteur d'exercice

96 réponses



### Mode d'exercice

97 réponses



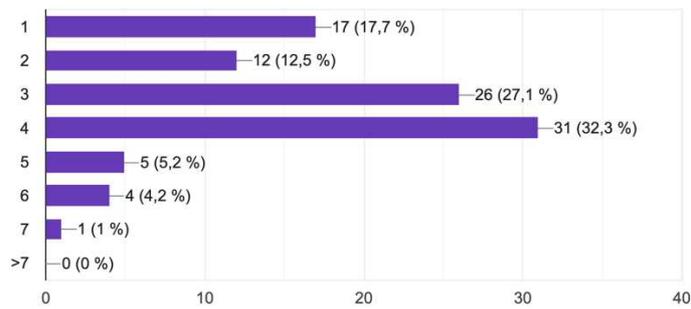
Parmi les participants exerçant dans une CPTS : 16 sont libéraux, 2 n'ont pas précisé leur statut libéral ou salarié et 1 a une activité mixte libérale et salarié. Tous exercent au sein d'une MSP ou d'un cabinet de groupe.

Pour les analyses statistiques, les participants exerçant de manière mixte ont été ajoutés aux deux variables : libéral et salarié. Les participants ayant répondu exercer dans un cabinet de groupe et au sein d'une MSP ont été regroupés.

Le nombre de participant exerçant au sein d'une SISA, intérimaires, ainsi que de ceux participant à la régulation n'est probablement pas représentatif de la réalité puisque ces réponses n'étaient pas proposées. Ils ne seront pas pris en compte dans les analyses statistiques.

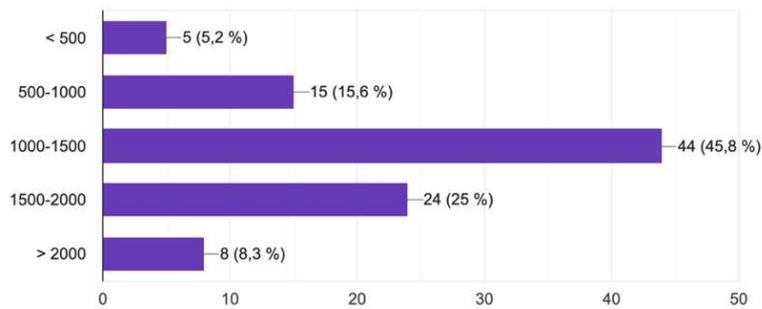
Combien y a t il de médecins en équivalent temps plein dans votre structure ?

96 réponses



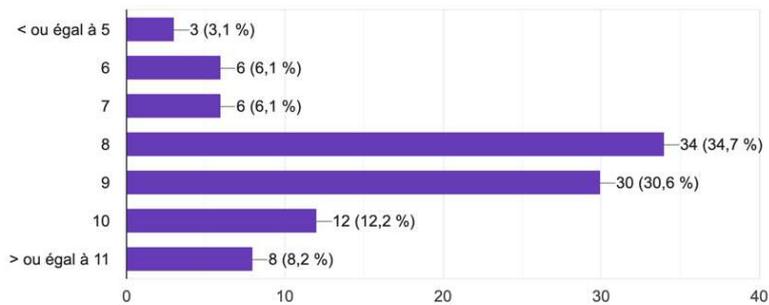
Quel est le volume de votre patientèle ?

96 réponses



Combien de 1/2 journées par semaine travaillez-vous ?

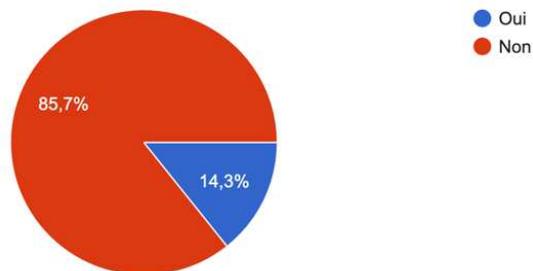
98 réponses



*NB : Un participant a répondu 9 et 10 demi-journées, interprété comme 10 demi-journées.*

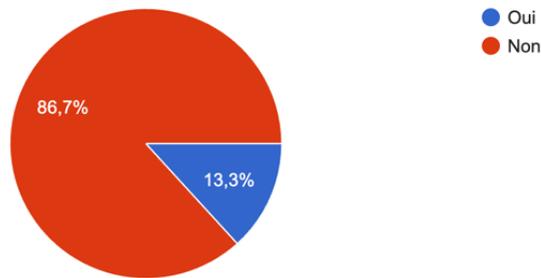
Disposez-vous d'une salle dédiée aux SNP (Soins non programmés) ?

98 réponses



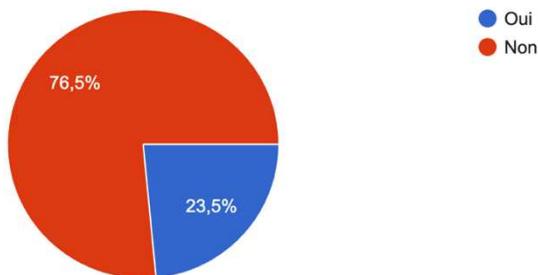
Disposez-vous d'un assistant médical ?

98 réponses



Faites-vous de la téléconsultation ?

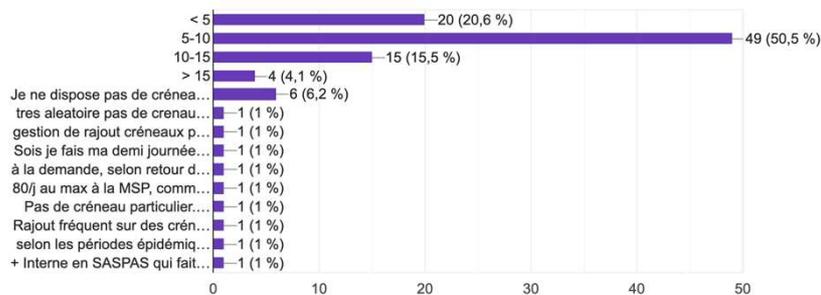
98 réponses



## 6.2.2. Organisation des soins

De combien de créneaux pour les consultations non programmées disposez-vous par jour, en moyenne (visites comprises) ?

97 réponses

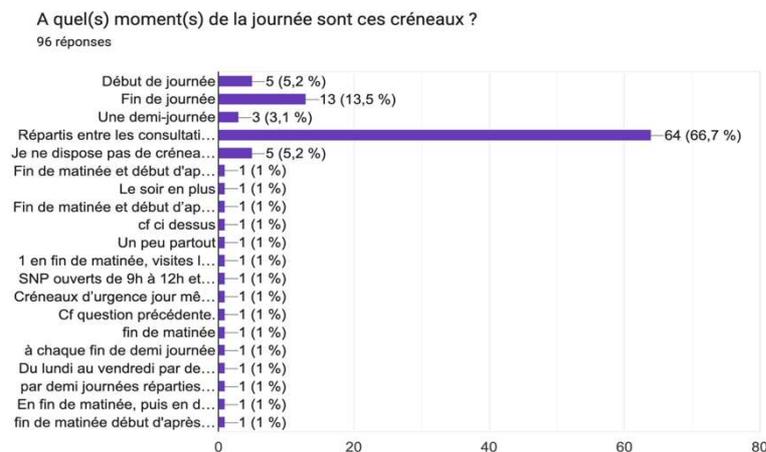


9 participants ont répondu ouvertement à la question (parfois en plus d'une autre réponse) :

- « C'est très aléatoire pas de créneaux fixes mais acceptation très facile notamment via le 15 avec qui je travaille » **Interprété comme « Non défini ».**
- « <5 et gestion de rajout créneaux par secrétaire physique si besoin et possibilités » **Interprété comme « 5-10 ».**
- « Sois je fais ma demi-journée en SNP auquel cas 2 créneaux par quart d'heure, soit je suis en soins programmés et réserve 2 créneaux pour les demandes du jour » **Interprété comme « 5-10 ».**
- « < 5 et à la demande, selon retour de la secrétaire suite appels des patients » **Interprété comme « < 5 ».**
- « 80/j au max à la MSP, commun à tous les médecins » **Interprété comme « > 15 » car 5 médecins dans la structure.**

- « Pas de créneau particulier. Une urgence, on la prend. » **Interprété comme « Non défini ».**
- « 10-15 et rajout Fréquent sur des créneaux non existants » **Interprété comme « > 15 ».**
- « < 5 ; 5-10 et selon les périodes épidémiques » **Interprété comme « 5-10 ».**
- « 10-15 + Interne en SASPAS qui fait principalement des CS de SNP » **Interprété comme « > 15 ».**

Ainsi, 18 participants disposent de moins de 5 créneaux par jour, la majorité, 51 en ont entre 5 et 10, 13 en ont entre 10 et 15 et 7 plus de 15. 6 participants ne disposent pas de créneaux de SNP, et 2 répondants ne peuvent définir ce nombre, cependant à la vue de la réponse libre, cela a été interprété comme > 15.



5 participants ont des créneaux disponibles en début de journée, 13 en fin de journée, 3 ont une demi-journée dédiée. 64 répartissent ces créneaux entre les consultations programmées et 5 ne disposent pas de créneaux de consultations non programmées.

Une personne a répondu « Début de journée, fin de journée et répartis entre les consultations de la journée » interprété comme « **Début/fin de demi-journée** » et « **Répartis entre les consultations de la journée** ». 3 personnes ont répondu « Début de journée et fin de journée », interprété comme « **Début/fin de demi-journée** ». 2 personnes ont répondu « **Une demi-journée** » et « **Répartis entre les consultations de la journée** ».

15 participants ont répondu ouvertement à la question, dont 2 associées à une réponse proposée :

- « Fin de matinée, et début d'après-midi » **Interprété comme « Début/fin de demi-journée ».**
- « Fin de matinée et début d'après-midi » **Interprété comme « Début/fin de demi-journée ».**
- « cf ci-dessus » : « Sois je fais ma demi-journée en SNP auquel cas é créneaux par quart d'heure, soit je suis en soins programmés et réserve 2 créneaux pour les demandes du jour » **Interprété comme « Demi-journée ».**
- « Un peu partout » **Interprété comme « Répartis entre les consultations de la journée ».**

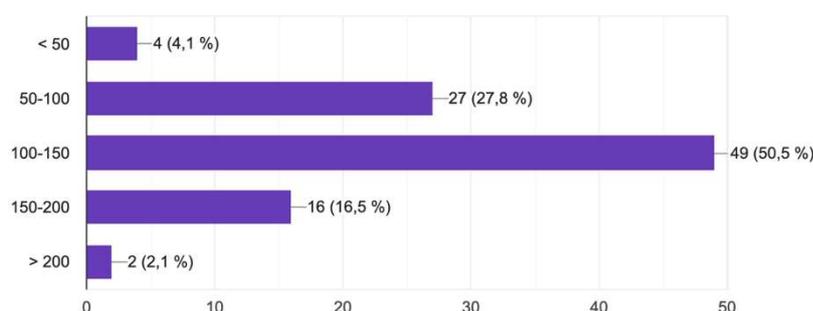
- « 1 en fin de matinée, visite le midi et 4 en début d'après-midi » **Interprété comme « Répartis entre les consultations de la journée ».**
- « SNP Ouverts de 9h à 12h et de 14h à 20h tous les jours » **Interprété comme « Demi-journée ».**
- « Créneaux d'urgence le jour même » **Interprété comme « Répartis entre les consultations de la journée ».**
- « Cf question précédente » : Pas de créneau particulier, une urgence on la prend. **Interprété comme « Je ne dispose pas de créneaux de SNP ».**
- « A chaque fin de demi-journée » **Interprété comme « Début/fin de demi-journée ».**
- « Du lundi au vendredi par demi-journée nous effectuons à tour de rôle les SNP pour la patientèle du territoire, ce qu'il fait qu'il y a des créneaux toute la journée pour les SNP » **Interprété comme « Demi-journée ».**
- « Par demi-journées réparties entre les médecins » **Interprété comme « Demi-journée ».**
- « En fin de matinée puis en début d'après-midi » **Interprété comme « Début/fin de demi-journée ».**
- « En fin de matinée, début d'après-midi et éventuellement en fin de journée » **Interprété comme « Début/fin de demi-journée ».**
- « Le soir en plus » associé à la réponse « Répartis entre les consultations de la journée » **Interprété comme « Début/fin de demi-journée » et « Répartis entre les consultations de la journée »**
- « Fin de matinée » associé à la réponse « Fin de journée » **Interprété comme « Début/fin de demi-journée ».**

Les réponses début de journée, fin de journée, ainsi que les réponses libres mentionnant un début ou une fin de demi-journée ont été regroupées.

On obtient au total 100 réponses, avec 20 participants qui répartissent les consultations non programmées en début ou fin de demi-journée, 67 qui les répartissent entre les consultations de la journée, 7 qui y consacrent une demi-journée et 6 qui ne disposent pas de créneaux de soins non programmés.

En moyenne sur une semaine complète, combien réalisez vous de consultations/visites ?

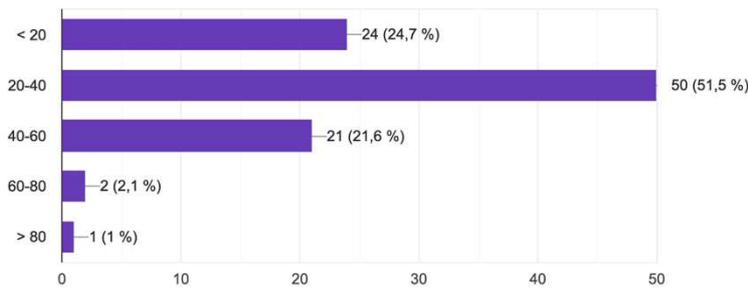
97 réponses



*NB : Une personne a répondu 50-100 et 100-150 : interprété comme 50-100 consultations.*

En moyenne sur une semaine complète, combien réalisez-vous de consultations non programmées (visites comprises) ?

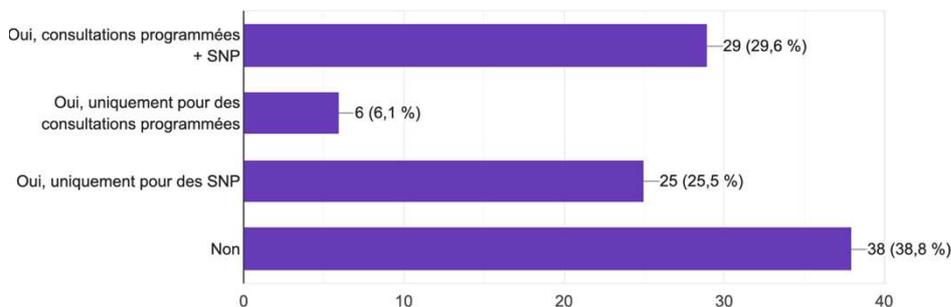
97 réponses



*NB : Une personne a répondu < 20 et 20-40, interprété comme 20-40 consultations non programmées.*

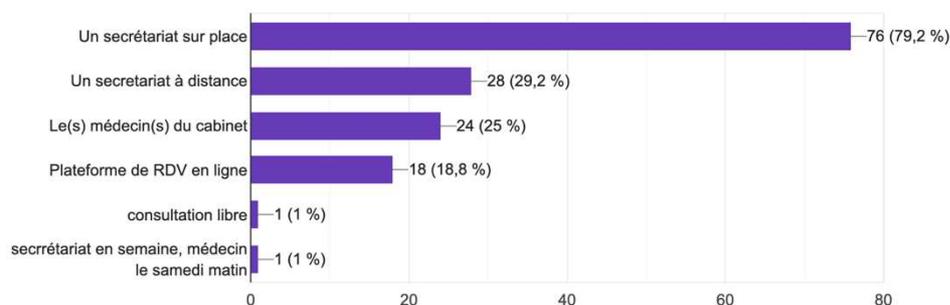
Travaillez-vous le samedi matin ?

98 réponses



Auprès de qui les patients prennent-ils rendez-vous pour les soins non programmés ?

96 réponses



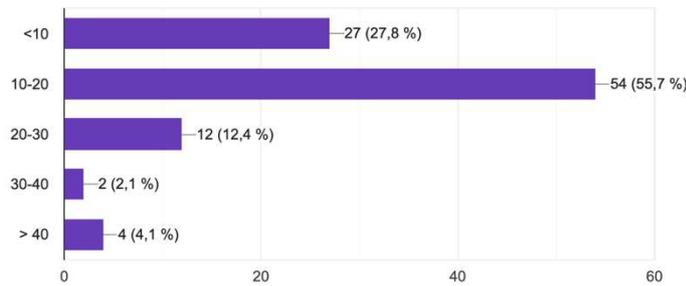
Pour les analyses statistiques, les participants disposant d'un secrétariat sur place et à distance ont été regroupés.

Parmi ceux disposant d'un secrétariat, 11 utilisent une plateforme de RDV en ligne, 14 ont une part de régulation effectuée par les médecins, et 3 ont les deux.

Parmi ceux ne disposant pas d'un secrétariat, 2 utilisent une plateforme de RDV en ligne, 5 effectuent la régulation eux même, et 2 ont les deux. Un participant effectue des consultations libres.

Combien recevez-vous de demandes téléphoniques pour des SNP ou conseils par jour, en moyenne ? (Par médecin)

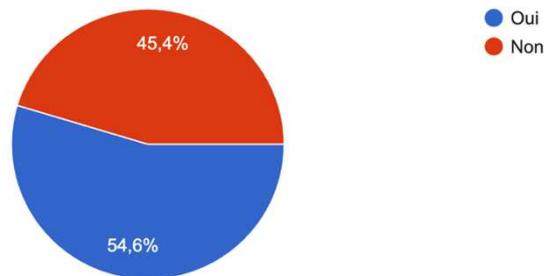
97 réponses



*NB : Deux participants ont répondu « < 10 » et « entre 10 et 20 demandes », interprétés comme « entre 10 et 20 demandes ».*

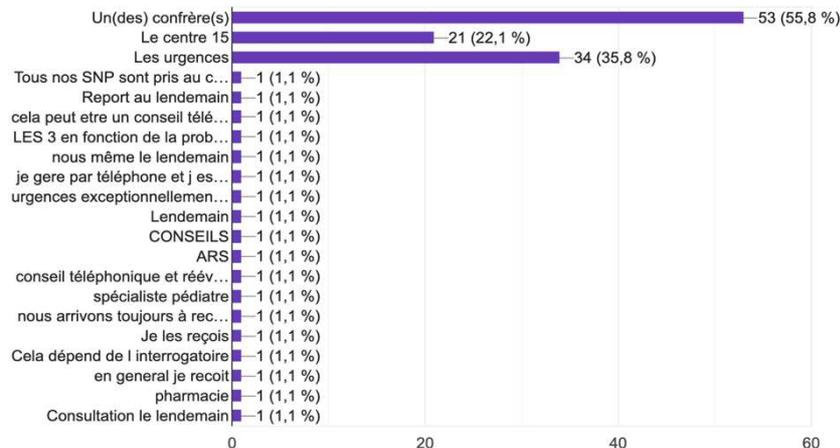
Avez vous le sentiment de répondre à toutes les demandes de SNP ?

97 réponses



Vers qui orientez vous vos patients lorsque vous ne pouvez pas les recevoir ?

95 réponses



Il y a eu plusieurs réponses multiples, et 18 participants ont répondu ouvertement à la question :

- « Tous nos SNP sont pris au cabinet » **Interprété comme « Vers un(des) confrère(s) ».**
- « Report au lendemain » **Interprété comme « Vu dans les 48h ».**
- « Cela peut être un conseil téléphonique ou un RDV donné au-delà de 48 heures » **Interprété comme « Vu dans les 48h ».**
- « Les 3 en fonction de la problématique » **Interprété comme les trois propositions.**
- « Nous même le lendemain » **Interprété comme « Vu dans les 48h ».**

- « Je gère par téléphone et j'essaie de voir le/la patient(e) le lendemain » **Interprété comme « Vu dans les 48h ».**
- « Urgences exceptionnellement, une dizaine de fois par an » **Interprété comme « Les urgences ».**
- « Lendemain » **Interprété comme « Vu dans les 48h ».**
- « Conseils » **Interprété comme « Autre ».**
- « ARS » **Interprété comme « Autre ».**
- « Conseil téléphonique et réévaluation sous 24h » **Interprété comme « Vu dans les 48h ».**
- « Spécialiste, pédiatre » **Interprété comme « Autre ».**
- « Nous arrivons toujours à recevoir les SNP du jour dans les 24h » **Interprété comme « Vu dans les 48h ».**
- « Je les reçois » **Interprété comme « Vu dans les 48h ».**
- « Cela dépend de l'interrogatoire » **Interprété comme « Non défini ».**
- « En général je reçois » **Interprété comme « Vu dans les 48h ».**
- « Pharmacie » **Interprété comme « Autres ».**
- « Consultation le lendemain » **Interprété comme « Vu dans les 48h ».**

Ainsi, on obtient un total de 128 réponses avec 55 (43%) participants qui orientent vers un(des) confrère(s), 22 (17%) qui orientent vers le centre 15, 36 (28%) qui orientent vers les urgences, 10 (8%) qui voient les patients dans les 48h et 5 (4%) qui orientent autrement (l'ARS, un spécialiste ou un pédiatre, la pharmacie ou ont une réponse non définie).

### 6.3. Annexe III : Propositions d'amélioration

<u>Répondant</u>	<u>Réponse textuelle</u>	<u>Mots clés</u>
Répondant 1	Éducation de la population sur la nécessité ou non de demander une consultation de SNP, installation des remplaçants pour augmenter le nombre d'installés et mieux répondre à la demande	Éducation de la population Installation de médecins
Répondant 3	SAS	SAS
Répondant 4	Plus de médecins	Installation de médecins
Répondant 5	Idéalement un service de prise en charge de soins non programmés type SOS médecin	Service/centre de SNP (SOS médecins)
Répondant 6	Organisation intra sectorielle (CPTS) Que tous les médecins aient quotidiennement des créneaux dédiés aux SNP	Organisation territoriale : CPTS  Créneaux de SNP pour les médecins installés
Répondant 9	Meilleure éducation des patients sur urgences ressenties et vraies	Éducation de la population
Répondant 11	Création d'un autre local de consultation que le nôtre à Angoulême, pour pouvoir créer entre autres qq créneaux de SNP pour nos patients ou accueillir de nouveaux patients  Mutualisation des créneaux de SNP, au sein des cabinets médicaux angoumoisins, pour que chaque jour il y a plusieurs possibilités de SNP pour les patients sans MT, et ainsi diminuer les actes faits par les médecins régulateurs (ordonnances de traitements chronique par exemple..) et diminuer les actes des médecins effecteurs, dont leur mission n'est pas de voir des SNP, mais de l'urgence qui ne relèverait ni du SAU, ni des SNP  Planning de SNP à développer avec l'aide des CPTS, comme Logibec	Plus de locaux disponibles pour les SNP  Créneaux de SNP pour les médecins installés  Organisation territoriale : CPTS (Planning de SNP commun) ; Organisation des médecins installés pour voir les patients sans médecin traitant sur des créneaux de SNP  Logibec
Répondant 12	A mon sens les SNP ne sont pas une vraie problématique, le problème est surtout des patients qui n'ont pas de	Éducation de la population  Optimisation de la relation ville-hôpital/spécialiste

	<p>MT et donc pas accès à ces créneaux de SNP ;</p> <p>Je déteste ce discours qui dit « il faut une réponse immédiate à toute demande de soins de tous les malades" sans distinction ; Éduquons nos patients et offrons leur une réponse chacun à notre niveau ! ; Épuiser du temps médical pour des demandes toujours plus saugrenues ne résoudra pas le pb de la démographie.</p> <p>Enfin, il nous faut du second recours accessible FACILEMENT ; tout ce temps à téléphoner ou rédiger des mails des omnidoc etc ce n'est pas du temps patient ...</p>	
Répondant 14	Recréer de l'attractivité pour la médecine générale et favoriser les installations	<p>Installation de médecins</p> <p>Recréer de l'attractivité pour la médecine générale</p>
Répondant 16	<p>Il faut plus de médecins généralistes ! (40% des généralistes formés s'orientent vers d'autres voies =&gt; milieu hospitalier, CPAM, etc....) et donc de meilleures conditions de travail (rémunération, amélioration du rapport ville-hôpital avec des généralistes qui doivent être respectés dans leurs compétences et avis quand ils cherchent à hospitaliser par exemple, moins de paperasses inutiles, etc....)</p> <p>Et une régulation libérale en journée par un secrétariat unique géré par une CPTS qui aura accès aux agendas des divers médecins, pour savoir où il y a de la place (comme cela se fait dans divers départements de France)</p> <p>Une sanction efficace pour tous les patients qui ratent leur RDV SNP et dont les RDV non honorés embolissent du temps médical pour rien au détriment d'autres personnes =&gt; il va falloir que le président Macron et le législateur passe à l'acte sur des sanctions financières.</p> <p>Des campagnes de sensibilisation de la population plus efficaces pour ne pas</p>	<p>Installation de médecins</p> <p>Recréer de l'attractivité pour la médecine générale</p> <p>Organisation territoriale : CPTS (Planning de SNP commun)</p> <p>Sanctionner les patients qui manquent un RDV de SNP</p> <p>Éducation de la population</p>

	emboliser des créneaux pour de simples virose ORL...	
Répondant 18	Meilleure communication entre ville et hôpital, mutualisation d'un secrétariat dédié aux SNP sur un territoire avec la possibilité de voir les patients d'un secteur défini	Optimisation de la relation ville-hôpital/spécialiste  Organisation territoriale : CPTS (Planning de SNP commun)
Répondant 19	Voir les SNP en début de garde de 18h à 20h	Créneaux de SNP par les médecins généralistes installés
Répondant 20	Une organisation locale territoriale avec un soutien des instances pour les outils communs et pris en charges par les instances, pour libérer du temps de soins et moins désorganiser nos agendas, un assistant médical, une pièce dédiée à cela. Améliorer la coordination et la communication avec les services d'urgence. Faciliter la prise en charge des soins secondaires (accès aux spécialistes) et des hospitalisations, et des parcours complexes pour libérer la gestion des soins non programmés. Arrêter de faire culpabiliser les MG de ne jamais en faire assez.	Organisation territoriale  Soutien financier  Assistant médical  Locaux pour les SNP  Optimisation de la relation ville-hôpital/spécialiste  Soutien psychologique
Répondant 21	Il est indispensable que les SNP s'organisent par bassin de population pour faire face à la crise démographique à venir. Par Cabinet / MSP, par CPTS ... avec la mise en place d'un centre de soins quand cela est possible pour que cela soit identifié par les patients, avec logiciel métier partagé et bases de données partagées, quand cela est possible fusion avec maison médicale de garde. Il n'y a qu'en mutualisant la prise en charge des SNP qu'on pourra diminuer leur impact sur les plannings journalier et prendre en charge plus de patients à terme. Le concours d'assistants ou d'IPA est très intéressant aussi.	Organisation territoriale : Planning de SNP commun  Service/centre de SNP  Assistant médical  IPA
Répondant 23	(Pour la question 6 : nous sommes tous à 4 jours par semaine, + 1 à 2 samedi par mois)	Installation de médecins  Optimisation de la relation ville-hôpital/spécialiste :

	<p>En premier lieu : qu'il y ait plus de médecins sur le territoire (3 départs en retraite prévu sur notre secteur dans les 3 ans à venir...)</p> <p>Une meilleure communication et relation entre urgentistes et médecins généralistes basée sur le respect mutuel de nos spécialités et sur une confiance réciproque.</p> <p>Prévoir dans notre semaine des créneaux de consultation ou une matinée (par exemple) dédiée à recevoir les patients (habitant sur notre secteur ou bientôt du territoire de notre CPTS) du 15 ou des urgences et qui relèvent de SNP en médecine générale</p>	<p>Travail avec le 15 et les urgences pour recevoir les SNP → SAS ?</p> <p>Organisation territoriale</p> <p>Créneaux de SNP pour les médecins installés</p>
Répondant 24	Régulation de MG en journée + SAS	<p>SAS</p> <p>Régulation de médecine général en journée</p>
Répondant 25	cf projet CPTS du territoire	Organisation territoriale : CPTS
Répondant 27	CPTS en gardant quelques créneaux chez chaque médecin de la CPTS, un samedi matin par médecin en alternance (avec consultations programmées + des créneaux de SNP )	<p>Organisation territoriale : CPTS (Samedi matin en alternance)</p> <p>Créneaux de SNP pour les médecins installés</p>
Répondant 28	Une implication de tous les médecins pour la SNP de leur patient dans un premier temps / puis une application de tous les médecins pour proposer quelques créneaux par semaine de SNP pour des patients SANS MT	<p>Créneaux de SNP pour les médecins installés</p> <p>Organisation territoriale : Organisation des médecins installés pour voir les patients sans médecin traitant sur des créneaux de SNP</p>
Répondant 29	Éduquer les patients à reconnaître une nécessité de soins urgents. Malheureusement la politique actuelle de favoriser / catégoriser les SNP afin de répondre à l'urgence ressentie des patients va à l'encontre de cette éducation. La création de centre de SNP va encore aggraver ce constat. Recrutement de professionnels (médecins généralistes, IPA, assistants médicaux). Susciter un engagement des jeunes confrères à l'installation et à la prise de responsabilité d'une patientèle.	<p>Éducation des patients</p> <p>Assistant médical</p> <p>IPA</p> <p>Installation de médecins</p> <p>Recréer de l'attractivité pour la médecine générale</p>

Répondant 30	Service libéral type SOS médecins	Service/centre de SNP (SOS médecin)
Répondant 31	Chaque praticien doit se laisser des créneaux de SNP	Créneaux de SNP pour les médecins installés
Répondant 32	Création de dispensaires ou maisons médicales permettant l'accès à des contrats salariés de courte ou longue durée pour des jeunes médecins qui ne souhaitent pas encore s'installer.	Service/centre de SNP
Répondant 33	Réguler pour faire la différence entre SNP urgent et non urgent. Plutôt que de parler de SNP, il vaudrait mieux parler de DMP (Demandes Non Programmées) car la demande ne justifie pas toujours des soins et surtout souvent pas de façon urgente.	Régulation efficace
Répondant 35	Nous sommes en constitution de CPTS. Les SNP sont une priorité du territoire, nous avons un projet visant à remplacer les gardes du soir par des plages de SNP. (Un médecin pour la CPTS, soit 4 MSP). Je veux bien les conclusions de votre enquête pour étayer notre réflexion	Organisation territoriale : CPTS  Remplacer les gardes du soir par des plages de SNP
Répondant 36	Augmenter le nombre de médecins dans les cabinets. Créer des créneaux spécifiques de SNP	Installation de médecins Créneaux de SNP pour les médecins installés
Répondant 39	Plus de toubibs	Installation de médecins
Répondant 40	Que tous les médecins respectent la PDS	Respect de la PDSA
Répondant 42	Recrutement de nouveaux médecins sur le centre de santé ce qui s'avère très compliqué...	Installation de médecins
Répondant 43	Déficit en médecins généralistes par rapport à la population. Meilleure répartition entre MG (certains jouent plus le jeu que d'autres...)	Installation de médecins Créneaux de SNP pour les médecins installés Respect de la PDSA
Répondant 44	? bon courage, si chacun garde des places pour ses patients c'est bien.	Créneaux de SNP pour les médecins installés
Répondant 45	La CPTS sera peut-être un outil pertinent selon ce que l'on en fera	Organisation territoriale : CPTS
Répondant 47	CPTS logiciel entractes et le SAS	Organisation territoriale : CPTS SAS
Répondant 48	Que chaque "territoire" réponde à ces propres demandes	Organisation territoriale
Répondant 49	Avoir plus de médecins !	Installation de médecins
Répondant 50	Installation de jeunes praticiens	Installation de médecins

Répondant 51	Installation de jeunes praticiens	Installation de médecins
Répondant 52	Amélioration dans la gestion des appels : mieux cerner quels sont les patients qui ont vraiment besoin d'une consultation, donc meilleure régulation par la secrétaire qui prend les appels	Régulation efficace
Répondant 54	Déjà avoir un volume de professionnel suffisant :) - éduquer la population : savoir ce qui est problématique ou urgent - remettre les cours d'éducation civique aux collèges et lycées	Installation de médecins Éducation de la population
Répondant 55	Mise en place des SAS	SAS
Répondant 56	Avoir plus de médecins libéraux sur le terrain donc former des médecins !!! Pour l'instant, pour compenser les erreurs politiques des 25 dernières années, faire passer les SNP aux urgences par un système de médecins dédiés, sur place .	Installation de médecins Service/centre de SNP
Répondant 58	BOOSTER L'ATTRACTIVITE D'INSTALLATION DEVELOPPER SAS PAR RECRUTEMENT NX REGULATEURS LIBERAUX PAIEMENT ACCEPATBLE DES ACTES DE SNP PAR INSTANCES POUR LES EFFECTEURS	Recréer de l'attractivité pour la médecine générale SAS Soutien financier
Répondant 59	CPTS	Organisation territoriale : CPTS
Répondant 60	Trouver des remplaçants ; plus s'entraider entres médecins (de façon officielle, idée d'un agenda commun (de présences et absences seulement) pour que chacun sache les absences de chacun (et s'attende à des appels de tel ou tel cabinet) plutôt que le bouche à oreilles)	Disposer de remplaçants Entraide entre médecins : Informer des absences de chacun
Répondant 61	Manque de médecins	Installation de médecins
Répondant 64	Prime pour les libéraux	Soutien financier : prime activité libérale
Répondant 65	Une cohésion entre les professionnels sur une zone géographique donnée réduite	Organisation territoriale
Répondant 66	Augmenter la densité médicale	Installation de médecins
Répondant 67	L'éducation des patients, rendez-vous tout de suite et très souvent ça peut attendre	Éducation de la population
Répondant 70	Augmenter le nombre de médecins formés et installés	Installation de médecins

Répondant 71	Création d'un pôle médical dédié aux soins non programmés	Service/centre de SNP
Répondant 72	Une augmentation du nombre de médecin généraliste	Installation de médecins
Répondant 73	Davantage de centre tels que le nôtre, mutualisés entre plusieurs cabinets si besoin (il faut être au moins 5) permettrait d'optimiser les agendas (seul le médecin de SNP a des "trous") et de voir tous les SNP du jour y compris patients du territoire mais non suivi dans le cabinet si besoin.	Organisation territoriale : Planning de SNP commun avec des demi-journées de SNP
Répondant 74	Aide pour des locaux de SNP.	Soutien financier : locaux
Répondant 75	Augmenter le nombre de médecins, nous sommes déjà au maximum de nos possibilités	Installation de médecins
Répondant 76	Organisation spécifique, aménagement avec IPA et Assistant médical pour augmenter le temps médical	Créneaux de SNP pour les médecins installés Assistant médical IPA
Répondant 77	Augmentation du nombre de médecins	Installation de médecins
Répondant 78	Augmentation du nombre de médecins généralistes	Installation de médecins
Répondant 79	Qu'il y ait une réponse pour les demandes de RV examens complémentaires et spécialistes dans des délais raisonnables et que les rares fois où l'on adresse les patients à l'hôpital qu'ils soient examinés et ne ressortent pas seulement avec paracétamol médicament qui soigne tout!!!!	Optimisation de la relation ville-hôpital/spécialiste
Répondant 80	Assistant médical avec salle de consultation (nous n'avons pas la place pour le moment) mais il faut augmenter le tarif des consultations (car plus de travail et salaire à payer!)	Assistant médical Soutien financier : Augmentation du tarif de consultation
Répondant 81	Augmentation du nombre de médecins	Installation de médecins
Répondant 82	Ingérables en l'état actuel sauf IPA : très bien formée +++ (pas en 18 mois!!!) ; en binôme avec le MG	IPA
Répondant 83	Plus de médecins que l'ARS et nos gouvernants écoutent enfin	Installation de médecins Soutien financier : moyens
Répondant 84	Virer les administrateurs/ assureurs/justice sectaires puisque cela marchait parfaitement dans mon	

	jeune temps depuis la 2' guerre mondiale..	
Répondant 86	Plus de médecins et plus de régulation	Installation de médecins Régulation efficace
Répondant 88	Réserver un nombre adapté de créneaux quotidien en fonction de la demande se SNP Sur mon secteur nous avons 98 en 2022, actes régulés en PDSA ce qui prouve que nos SNP ne débordent pas sur la PDSA	Créneaux de SNP par les médecins généralistes installés
Répondant 90	Partenariat avec le 15 SAS et régulateur MG h24	SAS Régulation de médecine générale en journée
Répondant 91	Éducation des patients, ne pas consulter pour une rhinopharyngite banale, ne pas prendre de créneaux d'urgence pour des motifs non urgent ou pour des motifs multiples.	Éducation de la population
Répondant 92	Plus de médecins	Installation de médecins
Répondant 93	Créer des unités de SNP	Service/centre de soins non programmés
Répondant 94	Augmentation des moyens humains	Installation de médecins
Répondant 95	Que tous les médecins aient des créneaux pour + création maison médicale sur les différents hôpitaux	Créneaux de SNP par les médecins généralistes installés Service/centre de soins non programmés
Répondant 96	Salle et créneaux dédiés	Créneaux de SNP par les médecins généralistes installés Salle de SNP
Répondant 98	Augmentation du nombre de médecins généralistes, ET régulation de médecine générale (pas par des urgentistes) dans la journée	Installation de médecins Régulation de médecine générale dans la journée
Répondant 99	Centre dédié pour les SNP	Service/centre de soins non programmés

*Tableau 16 : Propositions d'amélioration*

## 6.4. Annexe IV : Statistiques analytiques

### 6.4.1. Objectif principal : Pratique en fonction du volume de SNP effectué par semaine

	≤ 40 SNP/semaine	> 40 SNP/semaine	P	
<u>Volume de SNP prévus par jour :</u>				Un participant sans créneau de SNP n'a pas répondu.
- ≤ 10 créneaux/jour	65	9	P = 9,95x10e-8	
- > 10 créneaux/jour	7	15		
<u>Volume de consultations effectuées par semaine :</u>				Un participant effectuant entre 20 et 40 SNP par semaine et un effectuant entre 150 et 200 consultations n'ont pas répondu.
- ≤ 100 consultations	28	3	P = 0,022	
- > 100 consultations	44	21		

*Annexe IV.1 : Pratique en fonction du volume de SNP effectué par semaine*

### 6.4.2. Objectif secondaire : analyse des pratiques

	< 50 ans	> 50 ans	P	
<u>Lieu de travail</u>				Deux participants < 50 ans n'ont pas répondu.
- Urbain	8	17	P = 0,014	
- Rural	20	20		
- Semi-rural	22	9		
<u>Mode de travail :</u>				Un participant < 50 ans n'a pas répondu.
- Libéral	43	39	P = 0,35	
- Salarié	5	8		
- Cabinet de groupe/MSP	47	30	P = 3,71x10e-5	
- Non	2	18		
- CTPS	14	5	P = 0,039	
- Non	35	43		
<u>Nombre de médecins dans la structure :</u>				Deux participants > 50 ans n'ont pas répondu.
- ≤ 3 médecins	21	34	P = 0,0016	
- > 3 médecins	29	12		

<u>Volume de patientèle :</u>				
- < 1500 patients	40	24	P = 0,0015	Un participant < 50 ans, et un > 50 ans n'ont pas répondu.
- > 1500 patients	9	23		
<u>Demi-journées travaillées :</u>				
- ≤ 8 demi-journées	11	16	P = 0,41	
- > 8 demi-journées	15	33		
<u>Salle de SNP :</u>				
- Oui	7	7	P = 0,93	
- Non	43	41		
<u>Assistant(e) médical(e) :</u>				
- Oui	8	5	P = 0,41	
- Non	42	43		
<u>Téléconsultation :</u>				
- Oui	15	8	P = 0,12	
- Non	35	40		
<u>SNP prévus par jour :</u>				
- ≤ 10 créneaux/jour	33	42	P = 0,004	Un participant > 50 ans n'a pas répondu.
- > 10 créneaux/jour	18	5		
<u>SNP réalisés par semaine :</u>				
- ≤ 40 SNP/semaine	32	41	P = 0,008	Un participant > 50 ans n'a pas répondu.
- > 40 SNP/semaine	18	6		
<u>Volume de consultations par semaine :</u>				
- ≤ 100 consultations	17	14	P = 0,87	Un participant > 50 ans n'a pas répondu.
- > 100 consultations	35	31		
<u>Sentiment de répondre à la demande :</u>				
- Oui	29	23	P = 0,31	Un participant > 50 ans n'a pas répondu.
- Non	21	25		

*Annexe IV.2 : Pratique en fonction de l'âge*

	Urbain	Rural	Semi-rural	P	
<u>Mode d'exercice :</u>					
- Libéral	23	29	29	P = 0,34	1 exerçant en milieu rural, un libéral et un salarié n'ont pas répondu.
- Salarié	6	3	3		
- Cabinet seul	2	5	2	P = 0,59	
- Cabinet de groupe/MSP	13	23	24		
- Cabinet de groupe/MSP	13	23	24	P = 0,11	
- Non	12	16	7		
- CPTS	5	10	4	P = 0,4	
- Non	20	29	27		
<u>Nombre de médecins dans la structure :</u>					
- ≤ 3 médecins	18	21	14	P = 0,13	2 exerçant en milieu rural n'ont pas répondu.
- > 3 médecins	7	17	17		
<u>Volume de patientèle :</u>					
	12	25	25		1 en zone urbaine et un en

- < 1500 patients - > 1500 patients	12	14	6	P = 0,056	rurale n'ont pas répondu.
<u>Demi-journées travaillées :</u> - ≤ 8 demi-journées - > 8 demi-journées	13 12	18 23	17 14	P = 0,63	
<u>Salle de SNP :</u> - Oui - Non	2 23	7 33	5 26	P = 0,62	2 n'ayant pas de salle de SNP n'ont pas répondu.
<u>Assistant(e) médical(e) :</u> - Oui - Non	5 20	2 38	6 25	P = 0,1	2 participants n'ayant pas d'AM n'ont pas répondu.
<u>Téléconsultation :</u> - Oui - Non	8 17	8 32	7 24	P = 0,53	2 ne faisant pas de téléconsultations n'ont pas répondu.
<u>SNP prévus par jour :</u> - ≤ 10 créneaux/jour - > 10 créneaux/jour	21 4	29 11	23 7	P = 0,64	1 en zone semi-rurale, 1 < 5 et 1 entre 5 et 10 créneaux de SNP n'ont pas répondu.
<u>SNP réalisés par semaine :</u> - ≤ 40 SNP/semaine - > 40 SNP/semaine	24 1	28 11	20 11	P = 0,01	1 en zone rurale, 1 < 20 et entre 40 et 60 SNP n'ont pas répondu.
<u>Samedi matin :</u> - Oui - Non	10 15	35 5	15 16	P = 8,69x10 <sup>-5</sup>	2 n'exerçant pas le samedi matin n'ont pas répondu.
<u>Sentiment de répondre à la demande :</u> - Oui - Non	11 14	26 13	15 16	P = 0,14	1 pensent répondre à la demande et 1 en zone rurale n'ont pas répondu.

Annexe IV.3 : Pratique en fonction du lieu d'exercice

	< 1500 patients	> 1500 patients	P	
- Libéral - Salarié	53 11	28 2	P = 0,21	1 libéral en MSP, 1 libéral en cabinet seul, et 1 avec 1000-1500 patients n'ont pas répondu.
- Cabinet seul - Cabinet de groupe/MSP	5 38	3 21	P = 1	
- Cabinet de groupe/MSP - Non	38 25	21 11	P = 0,61	
- CPTS - Non	13 50	6 26	P = 0,83	

Annexe IV.4 : Volume de patientèle en fonction du mode d'exercice

	Samedi matin	Non	P	
- Libéral	50	33	P = 0,03	1 ne travaillant pas le samedi matin n'a pas répondu
- Salarié	3	9		
- Cabinet seul	7	2	P = 1	
- Cabinet de groupe/MSP	42	18		
- Cabinet de groupe/MSP	42	18	P = 0,035	
- Non	18	29		
- CPTS	16	3	P = 0,034	
- Non	44	34		

*Annexe IV.5 : Samedi matin en fonction du mode d'exercice*

	Oui	Non	P	
- Libéral	45	38	P = 0,2	1 exerçant en cabinet seul et 1 ayant le sentiment de répondre à la demande n'ont pas répondu.
- Salarié	5	9		
- Cabinet seul	4	4	P = 1	
- Cabinet de groupe/MSP	32	27		
- Cabinet de groupe/MSP	32	27	P = 0,99	
- Non	20	17		
- CPTS	12	7	P = 0,38	
- Non	40	37		

*Annexe IV.6 : Sentiment de répondre à la demande en fonction du mode d'exercice*

	≤ 3 médecins	> 3 médecins	P	
<u>Volume de patientèle :</u>				
- ≤ 1500 patients	36	28	P = 0,64	1 dans un cabinet de 4 et 1 avec > 2000 patients n'ont pas répondu.
- > 1500 patients	19	12		
<u>Demi-journées travaillées :</u>				
- ≤ 8 demi-journées	21	28	P = 0,0035	1 faisant 9 demi-journées et 1 en faisant 10 n'ont pas répondu.
- > 8 demi-journées	34	13		
<u>Salle de SNP :</u>				
- Oui	4	10	P = 0,038	2 n'ayant pas de salle de SNP n'ont pas répondu.
- Non	51	31		
<u>Assistant(e) médical(e) :</u>				
- Oui	4	9	P = 0,067	2 n'ayant pas d'AM n'ont pas répondu.
- Non	51	32		
<u>SNP prévus par jour :</u>				
- ≤ 10 créneaux/jour	45	29	P = 0,28	1 dans un cabinet de 4, et un avec 5-10 créneaux n'ont pas répondu.
- > 10 créneaux/jour	10	11		
<u>SNP réalisés par semaine :</u>				
- ≤ 40 SNP/semaine	42	30	P = 0,6	1 exerçant seul, 1 faisant < 20 et 1 faisant > 80 SNP n'ont pas répondu.
- > 40 SNP/semaine	12	11		

<u>Samedi matin :</u> - Oui - Non	32	26	P = 0,6	2 travaillant le samedi matin n'ont pas répondu.
	23	15		
<u>Demandes conseils/SNP :</u> - ≤ 20/jour - > 20/jour	46	32	P = 0,37	1 exerçant seul, 1 avec <10 et 1 avec > 40 demandes n'ont pas répondu.
	8	9		
<u>Sentiment de répondre à la demande :</u> - Oui - Non	33	19	P = 0,19	1 exerçant seul, 1 pensant et 1 ne pensant pas répondre à la demande n'ont pas répondu.
	21	21		
<u>Orientation des patients ne pouvant être vus :</u> Vu au cabinet : - <i>Un confrère</i> - <i>Dans les 48</i> Orienté ailleurs - <i>Centre 15</i> - <i>SAU</i> - <i>Autre</i>	<b>31</b>	<b>35</b>	P = 0,17	1 exerçant seul, un dans un cabinet de 3 et un de 4, un orientant vers les urgences et un vers un confrère n'ont pas répondu.
	25	31		
	6	4		
	<b>36</b>	<b>25</b>		
	10	12		
	22	14		
4	1			
<u>Régulation des SNP :</u> - Secrétariat - Pas de secrétariat	43	41	P = 0,004	1 exerçant seul, 1 dans un cabinet de 2, ainsi qu'1 disposant d'un secrétariat à distance et 1 disposant à la fois d'un secrétariat à distance et d'une régulation par les médecins généralistes, n'ont pas répondu.
	10	0		
Parmi ceux disposant d'un secrétariat : - Seul - Et médecins - Et plateforme - + med + plateforme	31	26	P = 0,21	La réponse « consultation libre" n'a pas été prise en compte.
	8	5		
	4	7		
	0	3		
Parmi ceux ne disposant pas d'un secrétariat : - Médecins - Plateforme - Med + plateforme	1 med	2 med	3 med	P = 0,048
	5	0	0	
	0	1	1	
	1	0	1	

Annexe IV.7 : Pratique en fonction du nombre de médecins dans la structure

	< 1500 patients	> 1500 patients	P	
<u>Demi-journées travaillées :</u>				
- ≤ 8 demi-journées	39	9	P = 0,002	1 effectuant 8 et un 9 demi-journées n'ont pas répondu.
- > 8 demi-journées	25	23		
<u>Consultations par semaine :</u>				
- ≤ 100 consultations	26	4	P = 0,009	1 avec 1500-2000 patients, 1 avec entre 50-100 et 100-150 consultations n'ont pas répondu.
- > 100 consultations	38	27		
<u>SNP prévus par jour :</u>				
- ≤ 10 créneaux/jour	51	22	P = 0,27	1 avec 1500-2000 patients, 1 avec > 15 et 5-10 créneaux n'ont pas répondu.
- > 10 créneaux/jour	12	9		
<u>SNP réalisés par semaine :</u>				
- ≤ 40 SNP/semaine	47	24	P = 0,97	1 avec 1000-1500 patients, 2 avec < 20 et 20-40 SNP n'ont pas répondu.
- > 40 SNP/semaine	16	8		
<u>Demande de conseils/SNP :</u>				
- ≤ 20 demandes	53	25	P = 0,47	1 avec 1000-1500 patients et 1 avec < 10 demandes par jour n'ont pas répondu.
- > 20 demandes	10	7		
<u>Sentiment de répondre à la demande :</u>				
- Oui	35	16	P = 0,6	2 ayant le sentiment de répondre à la demande, et 1 avec 1000-1500 patients n'ont pas répondu.
- Non	28	16		

*Annexe IV.8 : Pratique en fonction du volume de patientèle*

	≤ 8 demi-journées	> 8 demi-journées	P	
<u>Sentiment de répondre à la demande :</u>				
- Oui	27	26	P = 0,93	1 travaillant > 11 demi-journées n'a pas répondu.
- Non	22	22		

*Annexe IV.9 : Réponse à la demande en fonction du nombre de demi-journées travaillées*

	Salle de SNP	Pas de salle	P	
<u>SNP prévus par jour :</u>				
- ≤ 10 créneaux/jour	8	67	P = 0,16	1 avec une salle de SNP n'a pas répondu.
- > 10 créneaux /jour	5	17		
<u>SNP réalisés par semaine :</u>				
- ≤ 40 SNP/semaine	12	61	P = 0,5	1 sans salle de SNP n'a pas répondu.
- > 40 SNP/semaine	2	22		
<u>Sentiment de répondre à la demande :</u>				
- Oui	9	44	P = 0,57	1 sans salle de SNP n'a pas répondu.
- Non	5	39		

*Annexe IV.10 : Pratique en fonction de la salle de SNP*

	Assistant(e)	Pas d'assistant(e)	P	
<u>Volume de patientèle :</u>				
- ≤ 1500 patients	7	57	P = 0,53	1 avec et 1 sans AM n'ont pas répondu.
- > 1500 patients	5	27		
<u>Consultations par semaine :</u>				
- ≤ 100 consultations	3	28	P = 0,54	1 sans AM n'a pas répondu.
- > 100 consultations	10	56		
<u>SNP prévus par jour :</u>				
- ≤ 10 créneaux/jour	8	67	P = 0,16	1 sans AM n'a pas répondu.
- > 10 créneaux/jour	5	17		
<u>SNP réalisés par semaine :</u>				
- ≤ 40 SNP/semaine	10	63	P = 1	1 sans AM n'a pas répondu
- > 40 SNP/semaine	3	21		
<u>Sentiment de répondre à la demande :</u>				
- Oui	4	49	P = 0,078	1 sans AM n'a pas répondu.
- Non	9	35		

*Annexe IV.11 : Pratique en fonction de l'assistant(e) médical(e) (AM)*

	Téléconsultation	Pas de téléconsultation	P	
<u>Sentiment de répondre à la demande :</u>				
- Oui	14	39	P = 0,49	1 ne faisant pas de téléconsultation n'a pas répondu.
- Non	9	35		

*Annexe IV.12 : Sentiment de répondre à la demande en fonction de la téléconsultation*

	Début/fin de demi-journée	Répartis entre les consultations	Demi-journée	Pas de créneaux	P	
<u>Salle de SNP :</u>						
- Oui	2	5	5	2	P = 0,0003	1 avec et 1 sans salle de SNP n'ont pas répondu
- Non	18	62	2	4		
<u>Assistant(e) médical(e) :</u>						
- Oui	5	4	4	0	P = 0,001	1 sans AM n'a pas répondu.
- Non	15	63	3	6		
<u>SNP prévus :</u>						
≤ 10/jour	16	53	2	5	P = 0,037	1 avec < 5 créneaux de SNP n'a pas répondu.
> 10/jour	4	14	5	1		
<u>SNP réalisés :</u>						
≤ 40/semaine	15	49	4	5	P = 0,5	1 avec 0 et 1 avec < 20 SNP/semaine n'ont pas répondu.
> 40/semaine	5	18	3	0		
<u>Sentiment de répondre à la demande :</u>						
- Oui	10	38	6	1	P = 0,16	1 ayant répondu oui, 1 non et un avec 0 créneaux n'ont pas répondu.
- Non	10	29	1	4		

Annexe IV.13 : Pratique en fonction de la répartition des SNP

	Samedi matin	Non	P	
Sentiment de répondre à la demande :				
- Oui	36	17	P = 0,16	
- Non	23	21		

Annexe IV.14 : Sentiment de répondre à la demande en fonction du samedi matin

# BIBLIOGRAPHIE

1. H. Chaput, M. Monziols (DREES), B. Ventelou, A. Zaytseva (AMSE), L. Fressard, P. Verger (ORS Paca), M-C. Bournot, J-F. Buyck, A. Jolivet (ORS Pays de la Loire), F. Zemour (URPS-ML Provence-Alpes-Côte d'Azur), T. Hérault (URML Pays de Loire) D. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>
2. Allen. WONCA - LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE - MEDECINE DE FAMILLE. 2002;
3. DGOS. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. L'exercice coordonné. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
4. DGOS, DGOS. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Les maisons de santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
5. ARS. Les communautés professionnelles territoriales de santé | National [Internet]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communaut-es-professionnelles-territoriales-de-sante>
6. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. 2024. CPTS : s'organiser sur un même territoire pour renforcer les soins aux patients. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/>
7. DGOS. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 8 nov 2024]. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires - SISA. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa>
8. CPAM. L'aide à l'emploi d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/charente/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux>
9. DGOS, DGOS. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. L'infirmier en pratique avancée. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/grands-dossiers/un-meilleur-acces-aux-soins-pour-tous-sur-le-territoire/cooperations-interprofessionnelles/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
10. ARS Nouvelle-Aquitaine. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires. 2024 févr.
11. CNOM. Code de Déontologie médicale - Article 77 [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-7#:~:text=Le%20devoir%20des%20m%C3%A9decins%20vis,modalit%C3%A9s%20paraissant%20les%20plus%20appropri%C3%A9es.>
12. Mesnier T, Carli P. Pour un pact de refondation des urgences. 2019 déc.

13. Notat N, Ministère des solidarités et de la santé. Ségur de la santé - Recommandations. 2020 juill.
14. Ministère de la santé et de l'accès aux soins, Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. 2024. Tout savoir sur le SAS (service d'accès aux soins). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas-le-service-d-acces-aux-soins>
15. ARS Nouvelle-Aquitaine. Service d'accès aux soins (SAS) [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/service-dacces-aux-soins-sas>
16. Caravagna L. Urgences: le CH d'Angoulême s'équipe du logiciel Logibec Réorientation. 12 nov 2020; Disponible sur: <https://www.ticsante.com/story?ID=5425&story=5425>
17. SOS MEDECINS. SOS MEDECINS. SOS Médecins France. Disponible sur: <https://sosmedecins-france.fr/>
18. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins, Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. France; 2018. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf)
19. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE - CNOM. 2023; Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/b6i7b6/cnom\\_atlas\\_demographie\\_2023.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf)
20. LE BRETON-LEROUVILLOIS G, RAULT JF. La démographie médicale en région Poitou-Charente - Situation en 2015 [Internet]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1ih4c2w/atlas\\_poitou\\_charentes\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1ih4c2w/atlas_poitou_charentes_2015.pdf)
21. Vieira Toni Braz D, Abensur L, Batard É. 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 [Internet]. Université de Nantes; 2022. Disponible sur: <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=3b6047ac-9148-449d-800d-32c3281a859a>
22. Quilleré C. Gestion des soins non programmés par les cabinets de médecine générale du secteur de Lorient [Internet]. Université de Rennes; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03243274v1/document>
23. Sander C. Le médecin généraliste et les soins non programmés. Une étude concernant le ressenti des médecins généralistes libéraux meusiens face à la prise en charge des urgences [Internet]. Université de Lorraine; 2010. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732418v1/document>
24. Enquête-MG-SNP-ARS-URPS-2020.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2020/01/Enqu%C3%AAte-MG-SNP-ARS-URPS-2020.pdf>
25. Berthe A. Organisation des consultations de médecine générale non programmées en dehors des horaires de la permanence des soins ambulatoires dans les maisons de santé pluriprofessionnelles de la région Hauts-de-France [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Lille; 2020. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2020/2020LILUM158.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM158.pdf)

26. Capelle S. Prise en charge des soins non programmés en médecine générale: enquête auprès de 445 médecins généralistes en Alsace [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2018. Disponible sur: [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2018/2018\\_CAPELLE\\_Stephanie.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2018/2018_CAPELLE_Stephanie.pdf)
27. Ehret B. Description de l'activité des Centres de Soins Non Programmés de Mulhouse Alsace Agglomération: thèse présentée pour le diplôme d'État de docteur en médecine, diplôme d'État, mention D.E.S médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2022. Disponible sur: [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2022/2022\\_EHRET\\_Bastien.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2022/2022_EHRET_Bastien.pdf)
28. Gastineau J. L'organisation des soins programmés en médecine générale: étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 9 médecins généralistes d'Aquitaine [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03931228>
29. Liard M. Ressenti des médecins généralistes installés sur le territoire de Combourg sur leur offre de soins non programmés et perspectives d'évolution concernant cette offre [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2021. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/580ea259-c611-4500-abf2-d371a13e4c27>
30. Pache F. Description d'une organisation de prise en charge des soins non programmés par les cabinets médicaux d'Amou-Pomarez (40) [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02951001>
31. Racaj A, Poutrain JC. La gestion des soins non programmés aux horaires d'ouverture des cabinets en médecine générale en France métropolitaine: une revue narrative de la littérature [Internet]. France; 2022. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3906/>
32. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 7 févr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-8-medecins-generalistes-sur-10-sorganisent-au-quotidien>
33. Chevillot D, Zamord T, Durieux W, Gay B. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde. Santé Publique. 2021;33(4):517-26.
34. Doctolib. Comment travaillent les médecins généralistes ? [Internet]. 2017 avr. Disponible sur: [https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429\\_Synth%C3%A8se-Etude\\_MG.pdf](https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429_Synth%C3%A8se-Etude_MG.pdf)
35. Bayle-Iniguez A. Soins non programmés cinq fois par jour : comment les médecins libéraux relèvent le défi. Le Quotidien du Médecin [Internet]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/soins-non-programmes-cinq-fois-par-jour-comment-les-medecins-liberaux-relevant-le-defi>
36. CPAM. Le cap des 6 000 assistants médicaux franchi : un soutien essentiel pour les médecins libéraux au quotidien [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2024-01-22-cp-6000-assistants-medicaux>
37. D'Aversa M. Emploi des assistants médicaux par les médecins généralistes: apports et limites : Etude qualitative en Bourgogne-Franche-Comté [Thèse d'exercice]. Université de Bourgogne; 2024.

38. Perrin A. Assistant médical, infirmier Asalée, infirmier en pratique avancée : une assistance pour le médecin généraliste ? Enquête auprès de 1032 médecins généralistes [Internet]. Université de Strasbourg; 2023. Disponible sur: [https://publication-theses.unistra.fr/public/theses\\_exercice/MED/2023/2023\\_PERRIN\\_Alix.pdf](https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2023/2023_PERRIN_Alix.pdf)
39. Marchand S. Téléconsultation dans les soins non programmés : spécificité des patients et facteurs prédictifs à un recours au présentiel. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2023.
40. CNOM. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2023 [Internet]. 2023. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hmd61x/cnom\\_rapport\\_pdsa\\_2023.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hmd61x/cnom_rapport_pdsa_2023.pdf)
41. Bergeat M, Vergier N, Verger P. Un médecin généraliste sur six assure lui-même son secrétariat en 2022 - DREES [Internet]. 2022 oct. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/ER1245MAJ.pdf>
42. Gellibert GR. Évaluation du dispositif des Consultations Non Programmées assurées par les médecins généralistes au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux (24) [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01676405>
43. DREAN L. Analyse des perceptions évolutives des médecins généralistes sur la gestion des demandes de soins non programmés de médecine générale au sein du pays Thouarsais [Internet]. Université de Poitiers; 2017. Disponible sur: <https://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/4a10b7a6-87b0-4986-9791-c12e10ab157d>
44. DGOS. Sercive d'Accès Aux Soins (SAS) Plateforme numérique [Internet]. 2024 nov. Disponible sur: [https://industriels.esante.gouv.fr/sites/default/files/media/document/SAS\\_Support-Comite-Editeurs\\_20241107.pdf](https://industriels.esante.gouv.fr/sites/default/files/media/document/SAS_Support-Comite-Editeurs_20241107.pdf)
45. Vivien A. CPTS : Au rendez-vous des attentes des médecins généralistes de Charente ? [Internet]. Université de Poitiers; 2024. Disponible sur: <https://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/47c2343c-abc8-4936-9e10-839f668ccd46>
46. Descombes J. Évaluation de la mise en place d'un dispositif permettant de proposer des consultations de soins programmés de médecine générale aux patients sans médecin traitant sur le territoire de la CPTS Drac Sud [Internet]. Université Grenoble Alpes; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04557583v1/document>
47. Hyllaire A, Binet M. Évaluation de la réponse à la demande de soins non programmés par les médecins du secteur de la CPTS de l'Entre-deux-mers [Internet]. Université de Bordeaux; 2023. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04035233v1/document>
48. RéaGJIR, ISNARIMG, ANEMF. Déterminants du projet professionnel des jeunes médecins généralistes [Internet]. 2024 sept. Disponible sur: [https://reagjir.org/wp-content/uploads/2024/10/determinants\\_du\\_projet\\_professionnel\\_des\\_jeunes\\_medecins.pdf](https://reagjir.org/wp-content/uploads/2024/10/determinants_du_projet_professionnel_des_jeunes_medecins.pdf)
49. Hurel K, Jerber M, Le Guyader S, CGET. Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires [Internet]. 2015 sept. Disponible sur:

[https://www.aurbse.org/wp-content/uploads/2017/12/NUM2269\\_ty09g4.pdf](https://www.aurbse.org/wp-content/uploads/2017/12/NUM2269_ty09g4.pdf)

50. Tourneur AL, Komly V. Burn out des internes en médecine générale: état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Internet]. Université de Grenoble; 2011.

Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00650693v1/document>



## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



# RESUME

Introduction : L'évolution de la démographie médicale en France est telle que les patients ont de plus en plus de mal à avoir accès aux soins, notamment aux soins de premier recours, avec des délais d'attente qui s'allongent. Pour les soins non programmés, il est indispensable que ce délai soit court, sans pour autant passer par les services d'urgences. Le but de cette étude est de mettre évidence la part de soins non programmés effectuée par les médecins généralistes installés en Charente, et de savoir comment ces derniers sont organisés pour répondre à la demande. Nous souhaitons également connaître leur avis sur la façon d'optimiser cette prise en charge.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive, quantitative, transversale dont le recueil de données s'est déroulé de Juin à Septembre 2023. 205 médecins généralistes installés en Charente ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire en ligne.

Résultats : 98 médecins ont répondu à l'étude. Il ressort que les médecins prévoient en moyenne 8 créneaux de soins non programmés (SNP) par jour et en réalisent en moyenne 31 par semaine. Cela représente 26% de leur activité totale, et 94% des répondants s'organisent pour recevoir les SNP. 51% des SNP sont gérés aux cabinets (par un confrère ou vu dans les 48h), et 45% sont orientés vers les urgences ou le centre 15. Les participants plus jeunes favorisent le travail de groupe, maison de santé pluridisciplinaires (MSP) ou communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), et effectuent un plus grand nombre de SNP. Le travail en groupe semble permettre d'alléger le temps de travail, et d'augmenter les moyens humains et matériels à disposition des médecins. Ces moyens, tels que le secrétariat, la salle de SNP ou l'assistant(e) médical(e) pourraient permettre une optimisation de la gestion des soins non programmés au sein des cabinets, libérant ainsi du temps médical pour le médecin.

Conclusion : Les médecins généralistes en Charente se sont pour la plupart organisés afin de répondre à la demande de soins non programmés et cela représente une part importante de leur activité. Cependant, la demande est croissante et le nombre de médecins est en baisse. Cette étude met en évidence l'intérêt de la mise en place de moyens spécifiques pour les cabinets ainsi que celui d'une organisation territoriale pour répondre à la demande.

Mots-clés : Soins non programmés, médecine générale.