

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2022

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Profils démographiques et motifs de recours aux Soins Non
Programmés des patients du Val de Sambre : une étude
descriptive rétrospective.**

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 2022
à 16h00 au pôle Formation.

Par Nesrine BOULGAMH.

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Monsieur le Docteur Jérémy WALLART

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Alain BARDOUX

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

AEG	Altération de l'État Général
ARS	Agence Régionale de Santé
CERIM	Centre d'Étude et de Recherche en Informatique Médicale
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
COVID	CoronaVirus Desease
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSNP	Centre de Soins Non Programmés
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IDEL	Infirmier Diplômé d'État Libéral
MA	Médecin d'Astreinte
MMG	Maison Médicale de Garde
MT	Médecin Traitant
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MV	Médecin Volontaire
PDSA	Permanence des Soins Ambulatoires
SAS	Service d'Accès aux Soins
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SNP	Soins Non Programmés
WONCA	World Organization of Family Doctors

Sommaire

Avertissement	2
Sigles.....	3
Sommaire	4
Introduction	6
1 Contexte.....	6
2 Les Soins Non Programmés	9
3 Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé	10
4 La CPTS du Val de Sambre.....	12
5 Gestion des SNP sur le territoire de la CPTS du Val de Sambre	13
6 Objectif.....	15
Matériels et méthodes	16
1 Type d'étude	16
2 Population étudiée.....	16
3 Critères d'évaluation.....	16
4 Variables relatives aux patients	17
5 Variables relatives à la consultation.....	17
6 Variables relatives aux solutions proposées	18
7 Analyse statistique.....	19
Résultats	20
1 Population étudiée.....	20
1.1 Nombre de patients étudiés	20
1.2 Genre des patients étudiés	21
1.3 Age des patients étudiés.....	22
1.4 Motif d'indisponibilité du médecin traitant.....	23
2 Caractéristiques de la consultation	24
3 Caractéristiques des solutions proposées.....	25
4 Origine de la connaissance du numéro d'appel unique	26
5 Téléconsultation	27
6 Honneur du rendez-vous.....	27
Discussion	28
7 Principaux résultats et analyse	28

8	En Europe	32
9	Discussion de la méthode	35
9.1	Forces de l'étude	35
9.2	Limites de l'étude	36
9.2.1	Biais de classement.....	36
9.2.2	Biais d'information	36
9.2.3	Autres limites	36
10	Perspectives	37
10.1.1	Développement de centres de soins non programmés	37
11	Le secrétariat téléphonique : un rôle clé dans la régulation médicale ?	39
12	Ouvertures sur d'autres sujets de thèse	40
	Conclusion.....	41
	Références bibliographiques	42
	Annexes	46

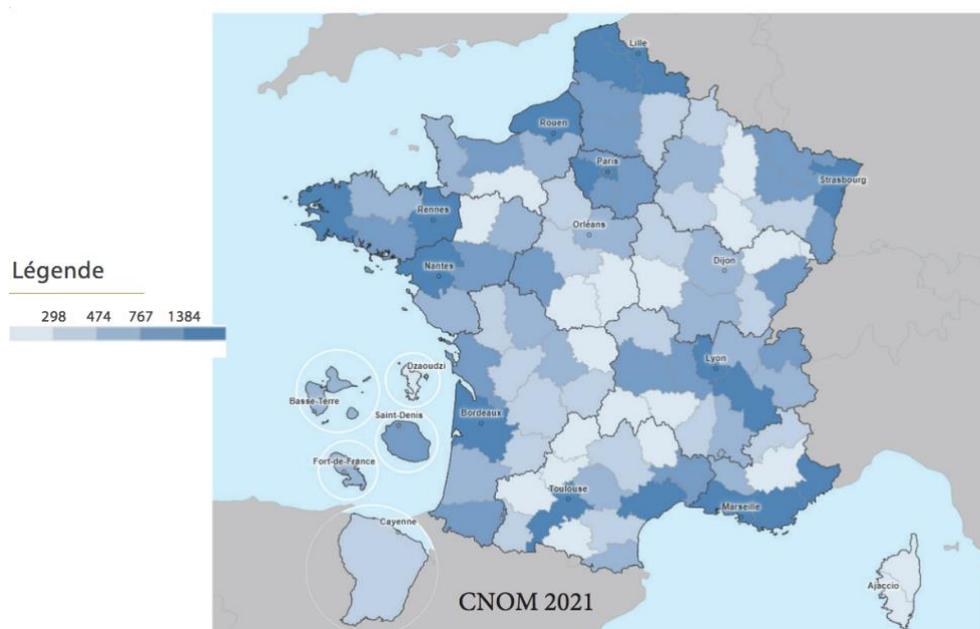
Introduction

1 Contexte

Le système de santé actuel en France repose sur de multiples structures : ambulatoires pour les soins dits « de ville », hospitalières et médico-sociales et sociales pour des publics dits « fragiles », âgés ou handicapés.

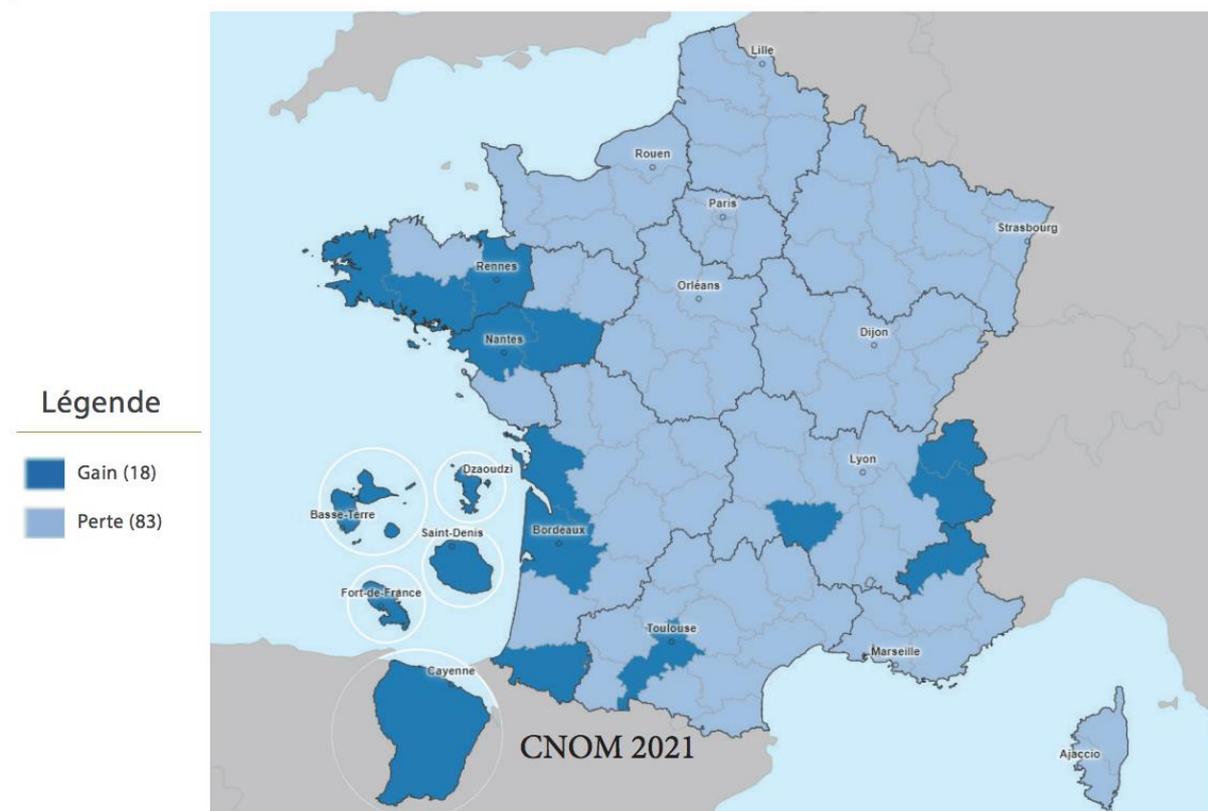
Il repose sur la liberté de choix du patient : chacun est libre de choisir son médecin traitant, un spécialiste en accès direct, son établissement de santé, sa structure d'hébergement, ceci dans le secteur public ou privé (1).

Le médecin généraliste traitant joue un rôle central dans l'accès à la filière de soins de premier recours et la coordination des soins. Cependant, il existe en France depuis plusieurs années une crise concernant la démographie médicale et l'inégalité de la répartition géographique de l'offre de soin, notamment de premier recours (2).



Carte 1. Démographie médicale de la médecine générale en France en 2021. Ordre national des médecins. (2)

S'ajoute à cela une baisse du nombre de médecins généralistes traitant en activité régulière avec une diminution de 9% des effectifs depuis 2010 et une diminution surajoutée de 0.9% depuis 2020 (2).



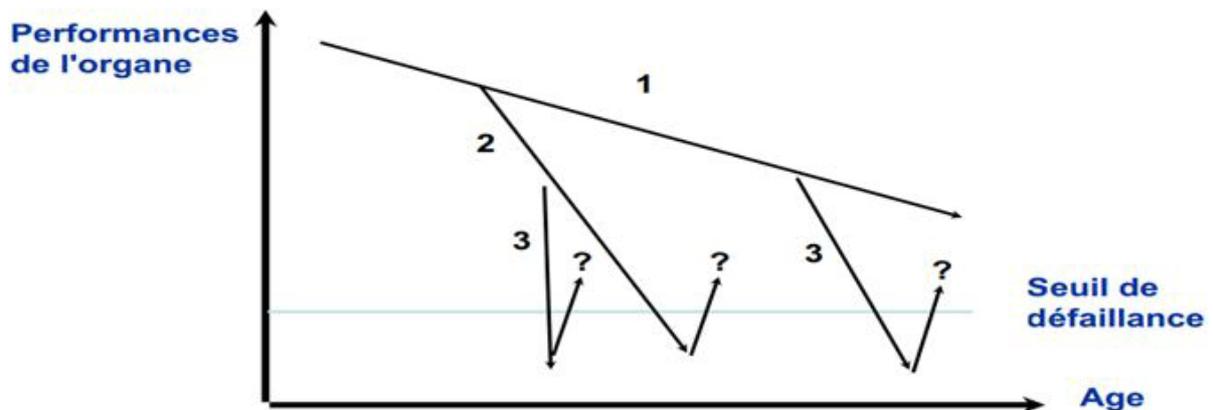
Carte 2. Tendances des départements métropolitains à perdre ou gagner des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2021 (2)

Par ailleurs, la tendance à la féminisation ainsi que le renouvellement de la population des médecins libéraux entraîneront, d'ici quelques années, une baisse globale de l'offre de soins (3).

Cependant les besoins de la population sont eux de plus en plus importants avec pour différentes causes l'augmentation de l'espérance de vie et donc le vieillissement de la population, la fréquence des maladies chroniques ainsi qu'une consommation excessive de soins médicaux (4).

À l'origine de la demande de soins se trouve la notion de « besoins » de santé définis comme la différence entre l'état de santé constaté et l'état de santé souhaité. Au niveau individuel, cette différence résulte le plus souvent d'une dégradation de l'état de santé relativement imprévisible mais aussi d'un besoin de santé jugé prévisible lié au vieillissement tel que le décrit le modèle de Bouchon (37).

Schéma 1+2+3



En effet, le patient seul ne détient pas les connaissances médicales nécessaires pour juger de la nature des soins nécessaires en fonction des besoins qu'il exprime. La demande de soins qui traduit les besoins de santé est donc directement dépendante de l'offre (4).

On observe ainsi une augmentation depuis plus de 10 ans du recours aux Services d'Accueil des Urgences (SAU), avec actuellement une estimation à 22 millions de passages par an en France contre environ 15 millions de passages par an en 2010, ce qui constitue une réelle préoccupation pour le gouvernement d'autant plus qu'il existe une augmentation de demandes de soins non-urgentes pouvant être prises en charge par le secteur libéral (5).

2 Les Soins Non Programmés

Dans son rapport publié en 2018, le député français Thomas Mesnier définit les Soins Non Programmés (SNP) comme « ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences ».

Selon ce même rapport, il relève un « constat unanimement partagé du besoin pressant de structuration de la réponse à la demande de soins non programmés par les acteurs de médecine ambulatoire, pour éviter que celle-ci ne se déporte par défaut sur les urgences hospitalières et n'en altère le bon fonctionnement », évoquant une réponse encore « insuffisante et disparate » (6).

Les soins non programmés permettent donc de répondre, pendant les plages d'ouverture des cabinets médicaux, aux besoins de soins de la population en proximité, sans mobiliser les SAU inutilement (7).

Le volume de ces SNP réalisés par les médecins généralistes est difficilement mesurable en France contrairement au nombre de passage aux urgences.

Néanmoins une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de 2006 les estimait à 12%. Cela correspondrait à ce jour à environ 33 millions d'actes par an, sans tenir compte des demandes résolues ou reprogrammées après contact téléphonique (8).

Toujours d'après une enquête de la DREES de 2020, ces demandes de SNP représentent une part importante de l'activité des médecins généralistes libéraux : en 2019, 4 médecins généralistes sur 10 déclaraient que ces demandes représentaient plus de 30 % de leur activité hebdomadaire. En outre, une organisation spécifique de leur activité était réalisée jour après jour par 8 médecins généralistes sur 10 afin de prendre en charge ces demandes.

Enfin, environ un quart des médecins généralistes interrogés affirment pouvoir répondre favorablement à l'ensemble des demandes de soins non programmés pour le jour même ou le lendemain et 45% d'entre eux estiment pouvoir répondre à plus de la moitié (9,10).

3 Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

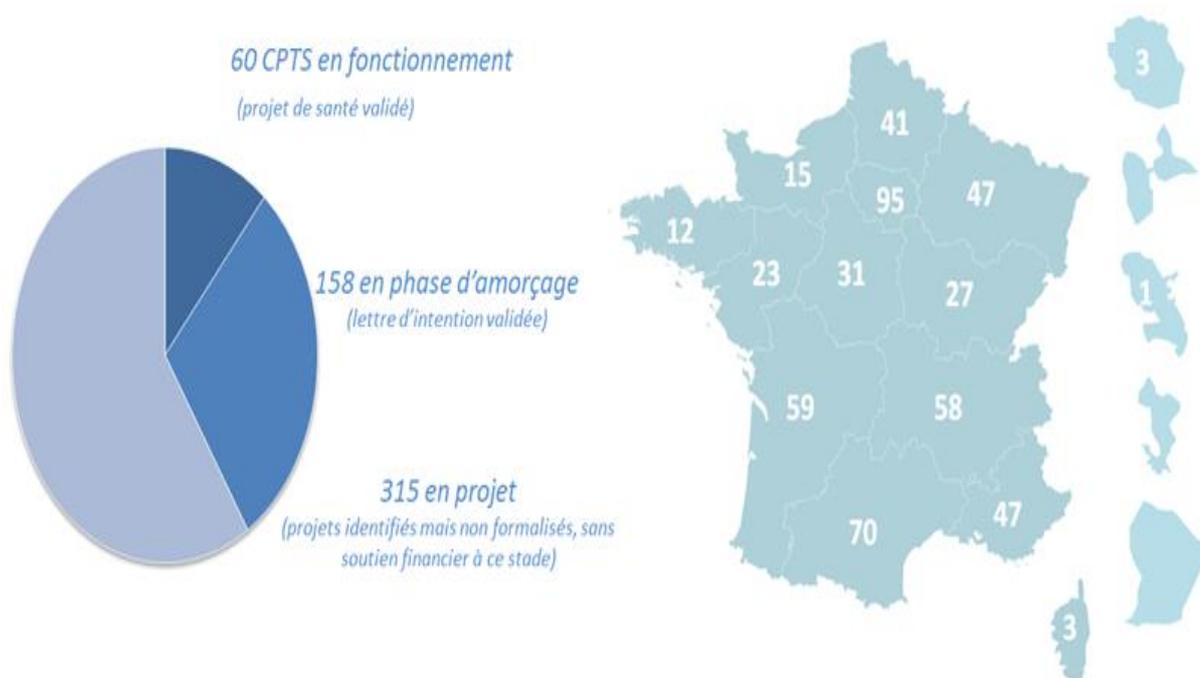
Ces dernières années, les pouvoirs publics ainsi que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ont mené différentes actions afin de structurer l'organisation des acteurs de santé libéraux et de faire de l'accès aux soins non programmés une priorité. La convention médicale du 26 août 2016 a introduit des incitations via une majoration des consultations de SNP permettant une valorisation des prises en charge rapides par les médecins généralistes libéraux.

Parallèlement, les accords conventionnels entre professionnels relatifs aux structures de santé pluri-professionnelles telles que les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont fait de cet enjeu un critère majeur d'éligibilité à des financements par la CPAM.

En septembre 2019, il a été proposé par le député Thomas Mesnier et le Professeur Pierre Carli, président du Conseil National de l'Urgence Hospitalière (CNUH), un pacte de refondation des SAU qui fait du soutien au développement des CPTS un axe central afin d'améliorer la prise en charge des SNP, en cohérence avec l'objectif de « Ma Santé 2022 », projet de réforme proposé en 2019 par l'ancienne ministre de la santé Agnès Buzyn relatif à l'organisation du système de santé et visant à aboutir à la création d'ici 2022 de 1 000 CPTS maillant l'ensemble du territoire (11).

Il a été recensé au dernier bilan de février 2020 près de 530 projets de CPTS (18 % de plus par rapport à novembre 2019), selon des degrés variables de maturité, dont 60 ayant un projet de santé validé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) (10).

533 projets de CPTS recensés - Février 2020-



Carte 3. L'état d'avancement et la répartition des projets de CPTS (situation en février 2020)

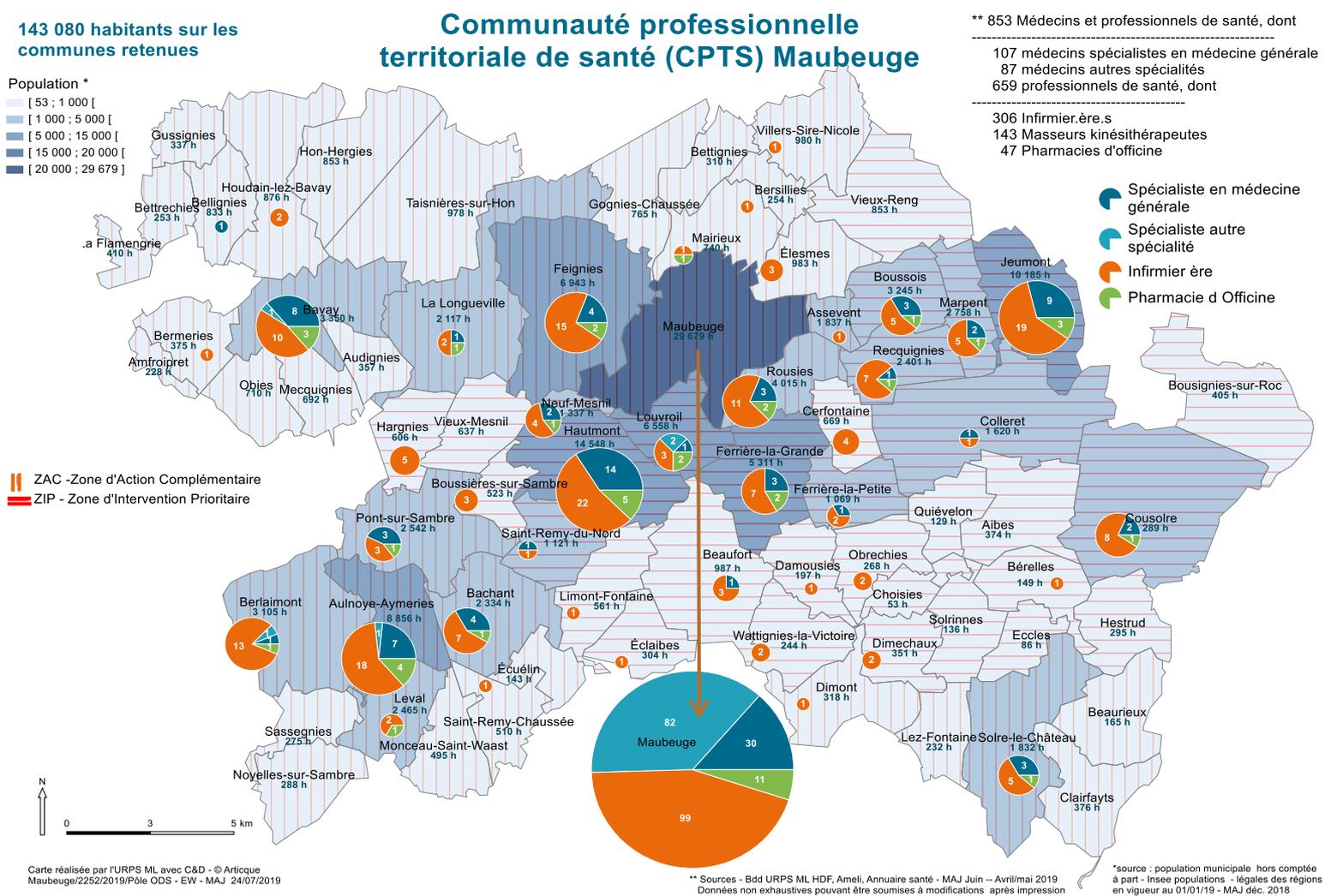
Dans le cadre du pacte de refondation des urgences, des mesures clés ont été proposées aux CPTS dans le but d'améliorer l'offre médicale en amont (11) :

- La mise en place dans tous les territoires d'un numéro d'appel unique pour répondre aux demandes de soins des patients : le Service d'Accès aux Soins (SAS).
- Le renforcement des plages de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé.
- L'attribution à la médecine de ville des mêmes outils de prise en charge que les urgences.
- Offrir aux professionnels de santé para-médicaux des compétences élargies afin de prendre directement en charge certaines situations
- Proposer un parcours de soin dédié aux personnes âgées afin d'éviter le recours aux SAU

4 La CPTS du Val de Sambre

C'est dans ce contexte socio-démographique qu'a été fondée la CPTS du Val de Sambre en Novembre 2019.

Le territoire de la CPTS du Val de Sambre compte 62 communes pour une population totale de 143 080 Habitants [Carte 4].



Carte 4. Cartographie de l'offre de soin sur le territoire de la CPTS du Val de Sambre (12)

Les professionnels de santé qui la constituent travaillaient pour la plupart déjà en coordination de manière formalisée au sein du Pôle Santé Liberté.

Elle est formée de 853 médecins et professionnels de santé dont :

- 107 Médecins Généralistes
- 87 Médecins autres spécialités
- 306 Infirmiers Diplômés d'État Libéraux (IDEL)
- 143 Masseurs kinésithérapeutes
- 47 Pharmaciens d'officine

5 Gestion des SNP sur le territoire de la CPTS du Val de Sambre

Depuis Juillet 2020, la CPTS du Val de Sambre a mis en place un numéro d'appel unique sur le territoire afin de répondre aux demandes de SNP de sa population si le recours au Médecin Traitant (MT) n'a pu être réalisé.

Ce numéro de téléphone est diffusé à travers des fiches d'information à l'entrée des urgences du Centre Hospitalier de Maubeuge ainsi que dans les différentes structures de soins (MSP, Maison Médicale de Garde, Pharmacies) et à travers les médias.

Un secrétariat dédié est disponible aux heures d'ouverture habituelles des cabinets, du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 18h soit en dehors des horaires d'ouverture de la Maison Médicale de Garde (MMG) de Maubeuge, afin de diriger au mieux les patients [Annexe 3].

Chaque jour, un médecin généraliste membre de la CPTS est désigné « d'astreinte SNP » et prévoit quatre plages de consultations dédiées dans son agenda avec la possibilité d'accueillir les patients de l'ensemble du territoire nécessitant une consultation en urgence.

Chaque médecin est d'astreinte environ 1 à 2 fois par mois. Il bénéficie d'une rémunération forfaitaire propre à la CPTS du Val de Sambre de 50 euros par demi-journée d'astreinte à laquelle s'ajoute une majoration de 15 euros par patient en plus du tarif de la consultation qu'il se soit présenté ou non au rendez-vous de SNP.

La secrétaire employée à temps plein et rémunérée par la CPTS possède un bureau dédié dans les locaux du service administratif de la structure.

Son rôle est dans un premier temps de récolter les données relatives au patient en remplissant sa fiche correspondante [Figure 5].

FICHE PATIENTS SNP	
Date : Heure :	Nom de votre infirmier :
Médecin de garde :	Lieu d'exercice de l'infirmier :
Numéro :	Nom de votre pharmacien :
Adresse :	Pouvez-vous vous déplacer ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom :	Avez-vous déjà fait des téléconsultations ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom :	Comment le numéro des SNP a été obtenu ?
Né(e) le :	Traitement de la demande :
Commune de résidence :	
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
Nom du médecin traitant :	
Avez-vous contacté votre médecin traitant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Est-il indisponible ? <input type="checkbox"/> Oui, motif :	
<input type="checkbox"/> Non	
A ce jour, quel est votre problème ?	

Figure 5. Exemple d'une fiche patient SNP

On précise par ailleurs que les médecins effectuant la consultation SNP ne disposent pas du dossier de suivi des patients, ni de courrier d'adressage par un confrère.

Ensuite sa mission diffère en fonction de ces deux cas de figure :

- Si le patient n'a pas contacté son médecin traitant :
 - o Elle informe le patient qu'il sera contacté afin de lui proposer un rendez-vous
 - o Elle contacte le MT du patient pour planifier un rendez-vous
 - o Si son MT ne peut pas prendre le rendez-vous : elle contacte le secrétariat du Médecin d'Astreinte (MA) du jour pour planifier un rendez-vous
- Si le patient a contacté son médecin traitant mais que ce dernier est indisponible :
 - o Elle indique le motif d'indisponibilité sur la « fiche patient SNP »
 - o Elle appelle le médecin traitant du patient pour vérifier son indisponibilité
 - o Si indisponible, elle contacte le secrétariat du médecin d'astreinte pour planifier un rendez-vous de consultation
 - o Le patient sera ensuite rappelé pour lui indiquer l'heure, le lieu et le nom du médecin avec qui aura lieu la consultation.
- Elle a également pour rôle de tenter de trouver un médecin traitant proche du domicile des patients qui n'ont pas de MT déclaré.

6 Objectif

L'objectif de ce travail de thèse est de réaliser une étude descriptive portant sur les patients ayant eu recours à ce dispositif sur le territoire du Val de Sambre de Juillet 2020 à Octobre 2021.

Matériels et méthodes

1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive, observationnelle, rétrospective et unicentrique sur le territoire de la CPTS du Val de Sambre portant sur des données du 3 juillet 2020 au 19 octobre 2021.

2 Population étudiée

L'étude de la population était exhaustive, aucun critère d'exclusion n'a été retenu. Elle comprenait tout patient ayant appelé le numéro d'appel unique de la CPTS du Val de Sambre pour une demande de consultation de Soins Non Programmés durant la période d'étude.

3 Critères d'évaluation

Les critères de jugement étaient basés sur l'analyse des variables recueillies à l'aide des fiches de renseignements de chaque patient.

4 Variables relatives aux patients

- 1- Leur âge
- 2- Leur sexe
- 3- Le contact préalable par le patient avec son médecin traitant ainsi que le motif d'indisponibilité du MT.

5 Variables relatives à la consultation

Le motif de consultation était initialement recueilli par la secrétaire en termes non médicaux, par exemple : « bloqué du dos » ou « a envie de vomir ».

Ils ont ensuite été renommés en termes médicaux puis classés en plusieurs groupes :

- 1- Les motifs médicaux :
 - Altération de l'État Général (AEG)
 - Cardio-vasculaire : tachycardie, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, douleur thoracique, suspicion de phlébite
 - COVID : infection avérée ou suspicion
 - Dentaire : suspicion d'abcès dentaire
 - Dermatologique : eczéma, urticaire, varicelle, psoriasis, allergie
 - Douleur : douleur abdominale, lombalgie, céphalée
 - Infection : hyperthermie, otite, rhino-pharyngite, gastro-entérite, angine, syndrome grippal
 - Neurologique : vertige, acouphène, paresthésie
 - Ophtalmologique : conjonctivite, œdème palpébral, glaucome, corps étranger
 - Psychiatrique : anxiété, syndrome dépressif

- Pneumologique : dyspnée, asthme, toux
 - Urologique : hématurie, colique néphrétique
- 2- Les motifs traumatologiques :
- Entorse, déchirure musculaire, plaie, brûlure
 - Autres : piqûre d'insecte, morsure de chat
- 3- Les motifs non médicaux :
- Demande de documents administratifs : expertise, dossier MDPH, certificat de première embauche dans la fonction publique
 - Demande de MT
 - Renouvellement d'ordonnance
 - Résultats de bilan biologique

6 Variables relatives aux solutions proposées

Suite à son appel, le patient se voit proposer, par la secrétaire, différentes solutions en fonction du motif de consultation et du degré « d'urgence » jugé :

- Consultation avec un médecin volontaire (MV) souvent faisant partie de la même MSP que le MT du patient
- Consultation avec le médecin d'astreinte SNP
- Consultation avec le MT du patient, souvent non joint au préalable. C'est la secrétaire elle-même qui prend le rendez-vous de consultation non programmée
- Orientation vers un autre médecin spécialiste
- Orientation vers les urgences
- Orientation vers le centre de dépistage COVID
- Orientation vers la MMG

7 Analyse statistique

L'ensemble des « fiches patient » recueillies sur l'ensemble de la période d'étude ont été informatisées à l'aide du logiciel Excel sous forme de tableaux servant de support à l'analyse statistique.

Celle-ci a été réalisée avec l'aide d'un statisticien du Centre d'Étude et de Recherche en Informatique Médicale (CERIM) de la faculté de Médecine de Lille Henri Warembourg.

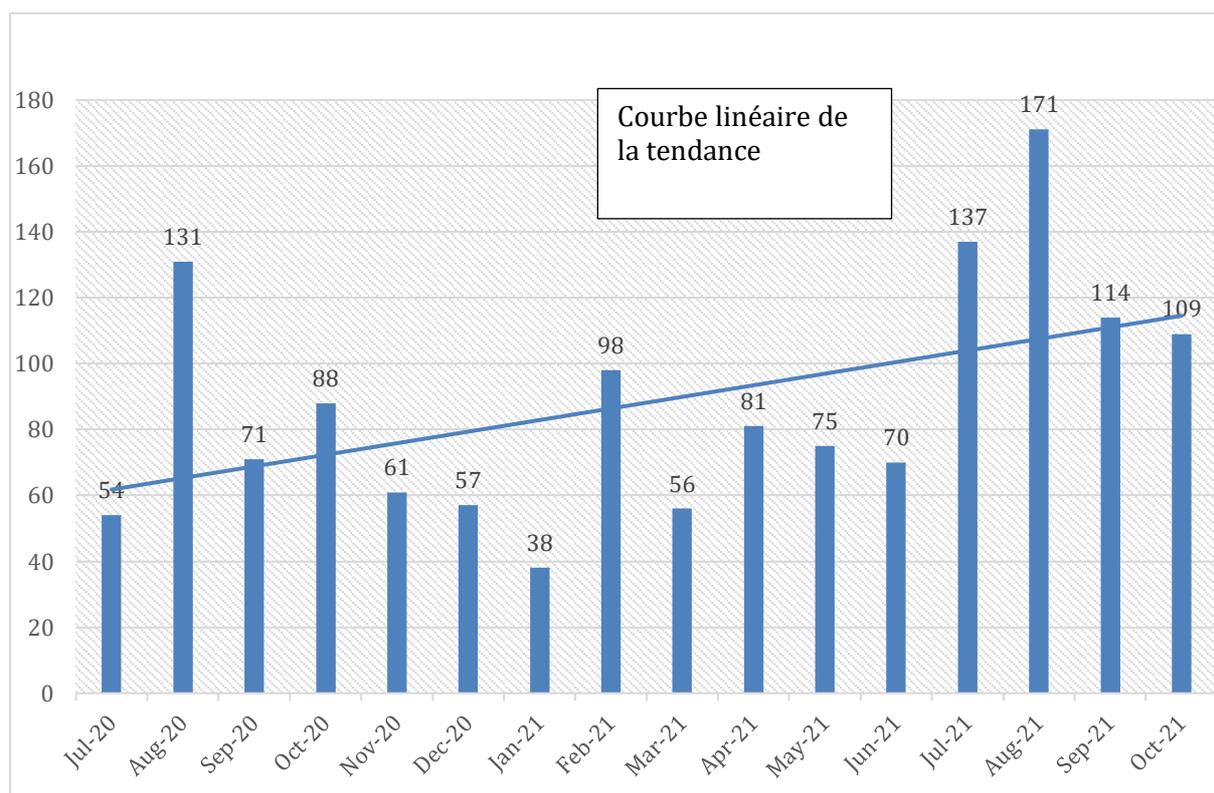
Elle comprenait des variables qualitatives exprimées en représentation graphique ou en pourcentage ainsi que des variables quantitatives exprimées également en représentation graphique ou à l'aide de paramètres de position (moyenne, écart-type, minimum, maximum, médiane).

Résultats

1 Population étudiée

1.1 Nombre de patients étudiés

Le nombre de personne ayant contacté le numéro d'appel unique pour une demande de SNP sur le territoire de la CPTS du Val de Sambre de début juillet 2020 à fin octobre 2021 était de 1411 répartis de la manière suivante :



Graphique 1 : Répartition du nombre d'appel en fonction des mois de l'année

1.2 Genre des patients étudiés

La répartition entre hommes et femmes était homogène dans la population étudiée avec 54 % de femmes et 46 % d'hommes.

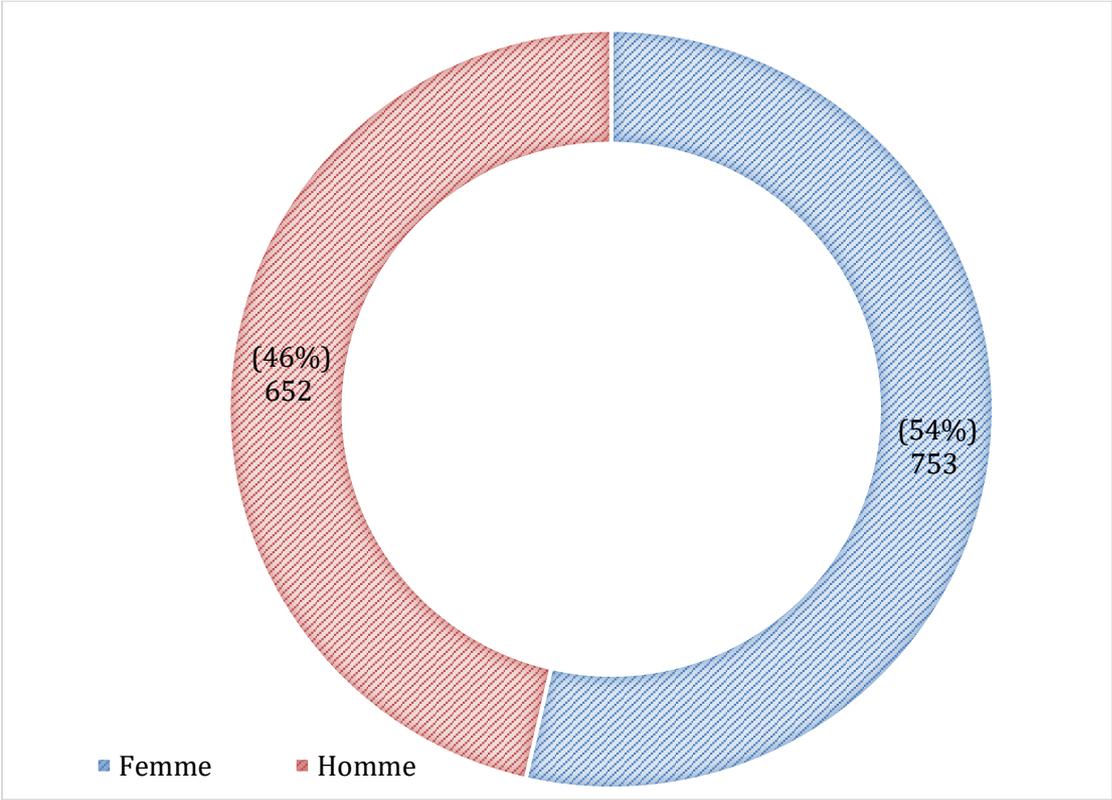


Figure 1. Répartition des patients ayant appelé pour une demande de SNP en fonction du genre

1.3 Age des patients étudiés

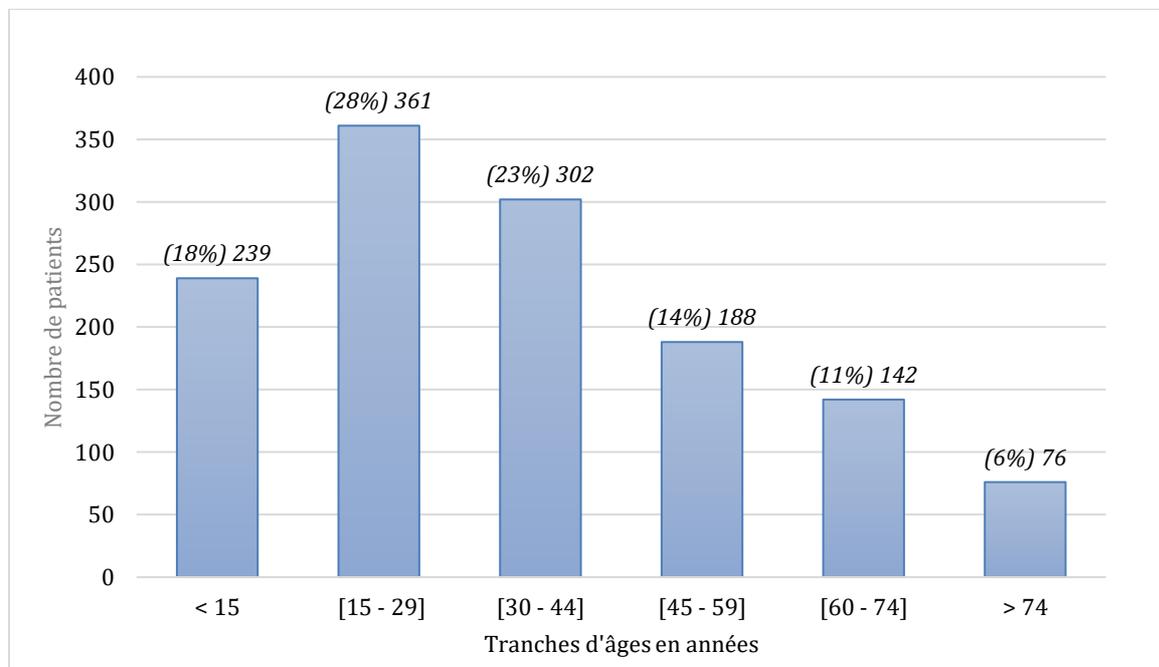
Moyenne	35,17
Ecart-type	22,57
Médiane	52
Minimum	0,08
Maximum	104

Tableau 1. Âge en années des patients étudiés

Le plus jeune patient de l'étude était âgé de 1 mois (Novembre 2020) et le plus âgé avait 104 ans (Juillet 2021).

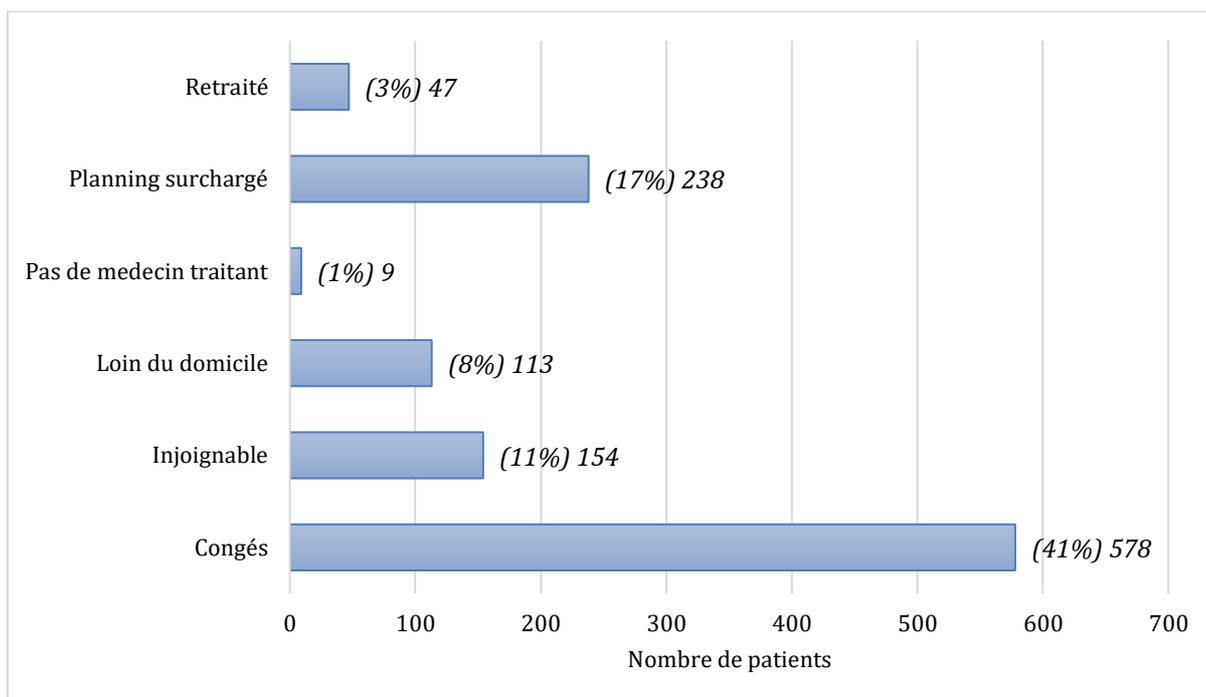
La moyenne d'âge de la population étudiée était de 35 ans.

Une répartition de l'âge des patients par tranches d'âge a été choisie afin de comparer les résultats à d'autres données de la littérature.



Graphique 2. Répartition par tranche d'âge de la population

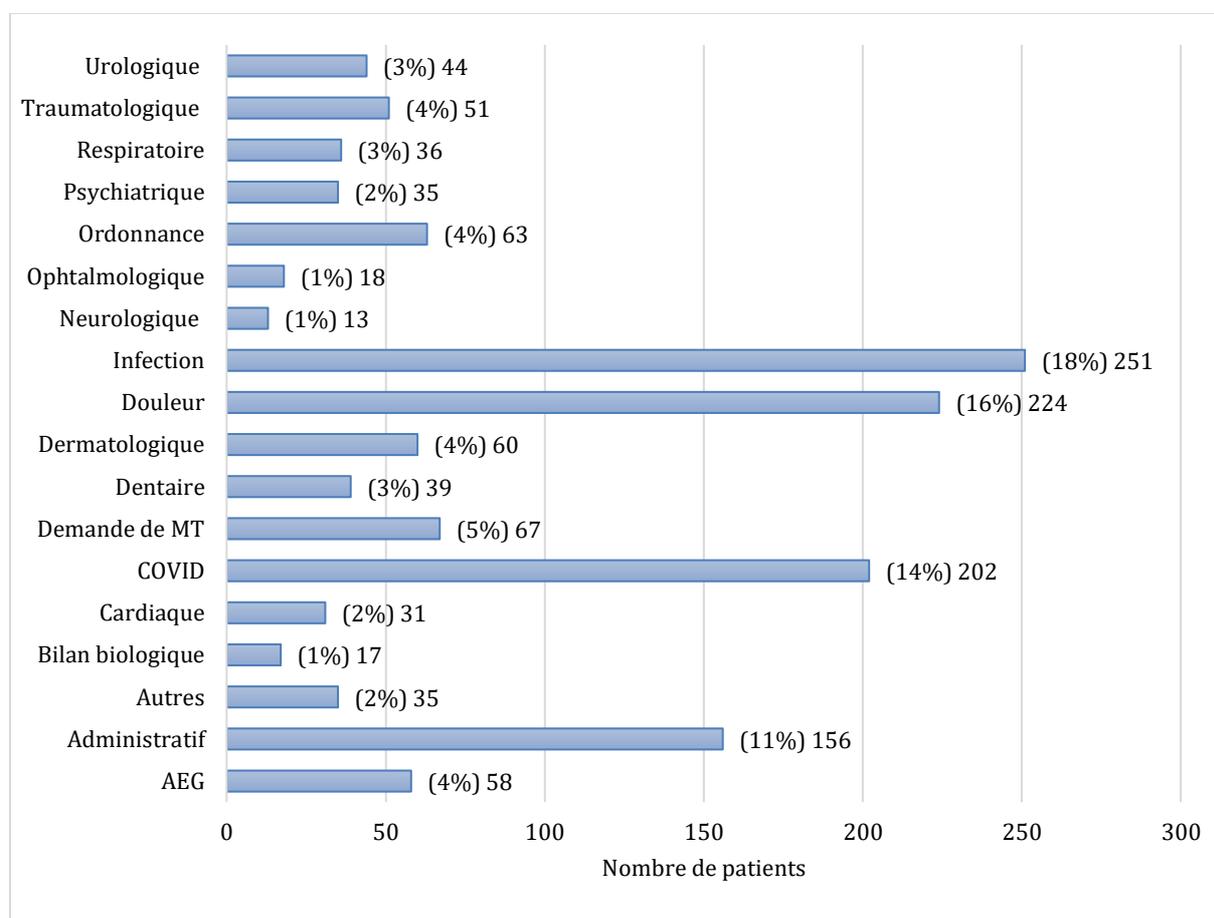
1.4 Motif d'indisponibilité du médecin traitant



Graphique 3. Répartition du motif d'indisponibilité du médecin traitant de la population étudiée

- Le motif principal d'indisponibilité du médecin traitant des patients était le fait d'être en congés sans remplaçant (41 %).
- 17 % des médecins traitant ne pouvait recevoir leur patient en demande de consultation non programmée pour cause de planning surchargé.
- 11% des patients de l'étude ont tenté de joindre leur médecin traitant sans succès.
- Un médecin traitant trop éloigné du domicile (parfois dans une autre région chez les patients seulement de passage dans le territoire du Val de Sambre) représentait 8 % des motifs.
- Les départs en retraite représentaient 3% des motifs.
- Enfin, 1% de la population étudiée n'avait pas de médecin traitant déclaré.
- Les données manquantes étaient de 19% soit 272 patients pour lequel le médecin traitant n'a pas été joint au préalable.

2 Caractéristiques de la consultation



Graphique 4. Répartition des motifs de consultation des patients

Les motifs médicaux représentaient 73 % des motifs de consultation avec majoritairement les infections (18 %) et la douleur (16 %). Viennent ensuite les motifs liés au COVID qui représentaient 14%.

Les motifs non médicaux représentaient au total 21 % des motifs de consultation.

Enfin les motifs traumatologiques ne représentaient que 4% des motifs.

3 Caractéristiques des solutions proposées

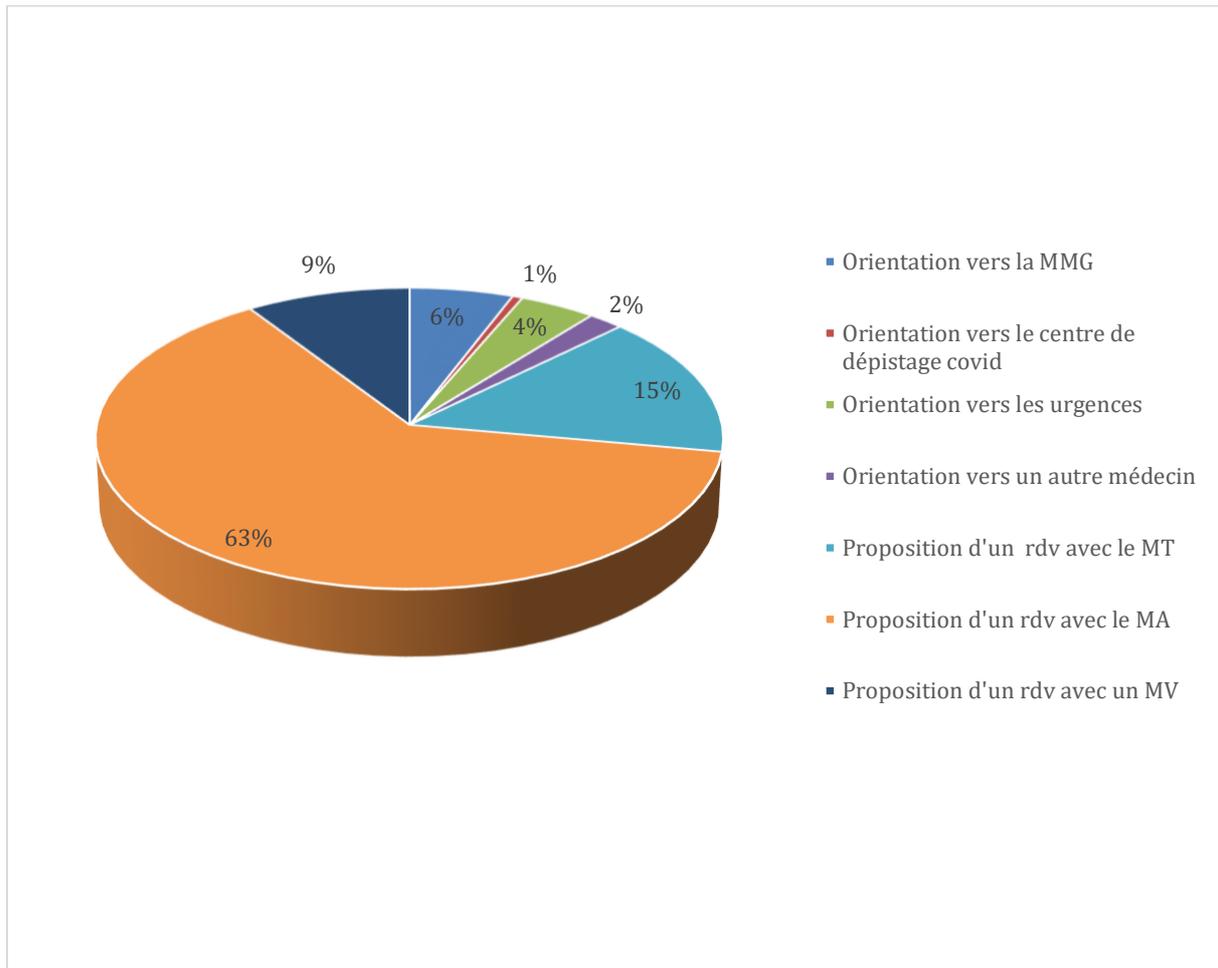


Figure 2. Répartition des patients par type de solutions proposées

Dans la grande majorité des cas (63%), un rendez-vous avec le médecin d'astreinte était proposé aux patients à l'issue de leur demande de SNP.

Un rendez-vous avec leur propre médecin traitant était pris, directement par la secrétaire de la CPTS, dans 15 % des cas.

Dans 9 % des cas, une consultation avec un médecin volontaire (appartenant à la même MSP que le MT du patient dans la majorité des cas) a été proposée.

6 % des patients ont été orientés vers la MMG, 4% vers les urgences (souvent via le 15), 2% vers un autre médecin spécialiste et 1% vers un centre de dépistage COVID.

Les pharmacies représentent une source de connaissance dans 4% des cas.

La presse et les réseaux sociaux représentent quant à eux 3% des cas.

Les 2% restants correspondent à différentes sources telles que la mairie ou la police.

5 Téléconsultation

Aucune téléconsultation n'a été réalisée durant la période de l'étude.

La possibilité de déplacement du patient n'était que très rarement renseignée sur les fiches étudiées rendant l'analyse statistique sur cette donnée non pertinente.

6 Honneur du rendez-vous

Honneur du rdv	Nombre patients	Part de patients
Non	88	6%
Oui	583	41%
Données manquantes	740	52%
Total	1411	100%

Tableau 2. Honneur du rendez-vous avec le médecin d'astreinte

Les données manquantes représentent la majorité des résultats mais on note tout de même que 41% des patients ont assisté à leur consultation de SNP et 6% d'entre eux n'ont pas honoré le rendez-vous.

Discussion

Il existe actuellement peu de données objectives de la littérature qui quantifient l'activité des médecins généralistes libéraux dédiée aux SNP et les modalités d'organisation associées. Ce travail de thèse va ainsi permettre de mettre en lumière plusieurs aspects de l'activité médicale du dispositif de gestion des SNP mis en place par la CPTS du Val de Sambre.

7 Principaux résultats et analyse

Le nombre de demande de SNP au cours de la période de l'étude était de 1411 avec des pics de demande atteint durant les périodes estivales notamment lors des mois d'août avec 131 demandes en août 2020 et 171 demandes en août 2021 pour une moyenne sur les autres mois d'environ 60.

Selon la société IQVIA qui étudie les données de la santé et qui a estimé le nombre moyen de consultation par jour et par médecin à 22 (13), on peut extrapoler ce chiffre sur le territoire de la CPTS en fonction du nombre de médecins durant la période d'étude pour obtenir un total d'environ 753 000 consultations de médecine générale dites « sur rendez-vous ». Les demandes de SNP représentaient donc seulement 0,2 % des consultations réalisées.

Le nombre de passage au SAU Centre Hospitalier Sambre Avesnois était quant à lui de 52 000 par an (urgences adultes et pédiatriques) selon les derniers chiffres communiqués par le CH soit environ 69 300 passages durant la période de l'étude, le nombre de demandes de SNP représente donc environ 2% des passages aux urgences.

On constate donc que le nombre de consultation de SNP ne représente pour l'instant qu'un faible pourcentage de l'activité médicale de premier recours de la région.

Concernant les caractéristiques de la population étudiée, il s'agissait surtout d'une population jeune avec 69 % des patients âgés de moins de 45 ans. Ceci peut s'expliquer par le fait que cette population a plus facilement accès au numéro d'appel unique notamment via les MSP du territoire et les cabinets médicaux mais aussi la presse et les réseaux sociaux. Les personnes plus âgées sont quant à elles plutôt consultées au domicile ou en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) limitant ainsi l'accès à cette information.

En effet 52 % des patients de l'étude ont eu connaissance du numéro d'appel directement dans les cabinets ou MSP, ce chiffre peut sembler étonnant car l'on pourrait s'attendre à ce que la plupart des patients prennent connaissance de ce numéro en se rendant aux urgences ou en MMG.

La répartition hommes/femmes (46% / 54%) était globalement superposables aux chiffres de l'Insee sur le territoire (48% / 52%) (13).

On constate que seulement 9 patients parmi la population étudiée n'avaient pas de médecin traitant déclaré soit moins de 1%, ce résultat se majore à 4% si l'on prend en compte les patients ayant un médecin traitant déclaré mais avec un départ à la retraite au cours de la période d'étude.

Le motif principal d'indisponibilité du médecin traitant est représenté par les congés sans remplacement (41%) pour les médecins n'appartenant pas à l'une des deux MSP du territoire. Cela peut s'expliquer par le fait que le territoire du Val de Sambre est une zone médicale sous-dotée, où trouver un remplaçant pendant ses congés peut s'avérer être d'une grande difficulté pour les médecins généralistes, notamment ceux travaillant de manière non regroupée. Des moyens sont cependant mis en place par la communauté « d'Agglomération Maubeuge Val de Sambre » pour rendre la région attractive notamment auprès des internes de médecine générale pour lesquels il existe des aides financières dont ils peuvent bénéficier durant leur stage de médecine générale ainsi que des bourses à ceux qui s'engagent à exercer sur le territoire du Val de Sambre dès l'obtention de leur diplôme (14). Cela permettrait de ce fait de favoriser les remplacements par les jeunes médecins durant les congés des MG. `

De surcroît, il pourrait être intéressant d'envisager une mutualisation des médecins remplaçants sur le territoire, via une plateforme dédiée, afin d'améliorer la continuité des soins.

On constate ensuite que 17 % de la population étudiée ne pouvait être reçue par leur médecin traitant pour cause de planning surchargé.

Dans l'enquête de l'URPS-Médecins libéraux d'Île-de-France de 2015, 39 % des MG indiquaient maintenir un créneau libre dans leur programme de consultations quotidiennes pour les demandes de SNP (15).

On peut ainsi estimer que depuis la mise en place du système de gestion des SNP par la CPTS, la majorité des MG du territoire du Val de Sambre gardent un créneau libre pour les « urgences » uniquement lorsqu'ils sont d'astreinte SNP.

Concernant les motifs de consultation, on relève que 73 % des demandes de SNP durant la période de l'étude concernaient des motifs médicaux tels que les infections type virose dont l'infection au COVID et les motifs liés à la douleur.

Les motifs psychiatriques représentaient seulement 2% des demandes.

On remarque que les motifs de consultation liés aux maladies chroniques les plus fréquentes regroupant le diabète, l'HTA et les maladies psychiatriques sont très peu représentées. On peut conclure que les MG du territoire assurent un bon suivi de leurs patients porteurs de maladies chroniques puisque quasiment aucun patient n'a fait de demande de SNP pour ces motifs. Il est cependant possible que de ce fait les MG disposent de moins de temps pour les pathologies aiguës qui seraient ainsi dirigées vers les SNP.

Par ailleurs, il semble intéressant de souligner une probable sur-représentation des pathologies aiguës de type viral en raison de la pandémie liée au COVID.

Les motifs traumatologiques représentaient quant à eux seulement 4% des motifs. Ce chiffre peut s'expliquer par le fait que les patients du Val de Sambre sont habitués à consulter directement dans un centre de soins disposant d'un plateau technique de type radiologie (fréquemment au SAU) qui leur permettra de bénéficier d'examens complémentaires souvent nécessaires en traumatologie.

Tout cela dans des délais plus rapides qu'en médecine libérale comme le montre une étude de la DREES qui conclue que la traumatologie représente 48% des motifs

de consultation aux urgences (16). Il semble cependant que les habitudes de consultation des patients diffèrent en fonction de la zone géographique comme le montre Pauline Gil dans son travail de thèse réalisé en 2016 sur l'activité médicale non programmée à la MSP de Fruges (17), où elle constate que 67,5 % des motifs de consultations des patients étudiés concernaient des motifs traumatologiques.

Les demandes administratives non programmées représentaient 21 % des motifs, ce chiffre englobe les demandes de renouvellement d'arrêts de travail, de certificats médicaux, dossier MDPH... Par ailleurs ces demandes étaient plus importantes en période de congés des MG du territoire.

Concernant le devenir des patients de l'étude, le dispositif semble montrer son efficacité puisque seulement 4 % des patients sont réorientés vers les urgences. En effet, dans une étude URPS Ile de France (18), s'il leur était impossible de répondre à une demande de SNP, les médecins de l'étude réorientaient les patients vers un appel au 15 dans 17% des cas, chiffre comparable au 20% de MG réorientant le patient vers les urgences dans le travail de thèse réalisé en 2018 par Stéphanie Capelle qui étudiait la prise en charge des SNP par les MG en Alsace (19).

Dans 63 % des cas, les patients obtenaient un rendez-vous avec le médecin d'astreinte dans la journée et dans 15 % des cas, le travail de régulation de la secrétaire en amont permettait d'obtenir un rendez-vous avec le médecin traitant du patient dans la même journée via son rôle d'intermédiaire entre le MT et son patient.

L'ensemble de ces résultats font écho aux pistes d'amélioration du parcours de soins non programmés du patient proposées en Février 2020 suite à l'annonce du pacte de refondation des Urgences par le directeur général de l'ARS Hauts-de-France Etienne Champion.

Cette feuille de route se veut évolutive en restant pragmatique afin de pouvoir s'adapter aux spécificités de chaque territoire (24).

Elle repose sur plusieurs leviers :

- Améliorer la communication auprès des usagers car leur connaissance s'avère inégale en matière d'offre de soins la plus adaptée à leur situation. Des campagnes de communication grand public sont ainsi prévues dans le but d'éduquer la population à leur bonne orientation dans le système de soins mais également à la gestion de certaines pathologies bénignes.
- Améliorer la régulation et l'orientation des demandes de SNP en favorisant la coopération entre les structures de ville et les structures hospitalières d'urgence notamment à travers le renforcement du développement des CPTS sur le territoire mais aussi l'instauration d'une régulation de médecine générale en journée.
- Renforcer les liens entre la ville et les établissements de santé à travers des comités « ville-hôpital » et améliorer la formation d'infirmiers en pratique avancée sur le suivi des maladies chroniques les plus fréquentes (diabète, maladies rénales, psychiatrie).
- Améliorer le parcours de soins des personnes âgées en renforçant le personnel médical notamment de nuit dans les EHPAD et en développant la téléconsultation non programmée.

8 En Europe

Tout comme nous avons pu le voir en France, la problématique de régulation des demandes de SNP est un sujet présent dans la plupart des pays d'Europe. La mise en place de réformes a pour but une adaptation aux nouveaux modes d'exercice des médecins ainsi qu'une atténuation des dysfonctionnements des systèmes de permanence des soins.

L'ensemble des données de la littérature montre qu'il existe une tendance à l'accroissement des demandes de soins non programmés, rendant nécessaire dans tous les pays, le rôle des soins primaires de permanence. Celle-ci se doit d'être effective sur l'ensemble d'un territoire, avec néanmoins des modalités d'organisation qui dépendent des caractéristiques démographiques, géographiques ainsi que de la densité médicale de la région.

L'organisation de la permanence des soins dans les pays européens est directement liée aux fondements institutionnels de chaque système de santé avec des principes et objectifs communs notamment faciliter l'adéquation des projets de santé avec les besoins d'un territoire, il existe cependant des inégalités territoriales d'accès aux soins dans les pays les plus régionalisés (Espagne, Italie, Suède) (20).

Par ailleurs, le rôle d'information du patient notamment à travers des campagnes de communication semble être un point important dans le succès des recours aux soins du patient ainsi que dans la coordination ville-hôpital. En outre, le Royaume-Uni et la Suède comptent moins de recours systématiques aux Urgences en raison des populations mieux informées (21).

Tableau 3. État de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède (21)

	Responsabilisation des patients	NTIC	Partage d'activité	Sous-traitance de la permanence des soins	Coordination ville/hôpital
Allemagne	Clivage entre ex-Allemagne de l'Est et l'Ouest sur recours aux soins (recours aux urgences hospitalières plus fréquent dans les nouveaux <i>Länder</i>). Mésusage du système de permanence des soins.	Pas de modèle unique en termes d'accès téléphonique à la permanence des soins. Développement d'une plate-forme intranet pour les offreurs de soins. Carte e-santé introduite en 2006.	Triage médical.	Occasionnelle (dans le cadre du modèle urbain de permanence des soins).	Fragmentation des soins hospitaliers et ambulatoires. Expérimentations en cours.
Espagne	Campagnes de communication régulières impulsées par les Régions autonomes (affichages). Réorientation des patients s'étant rendus inutilement à l'hôpital sans appel préalable.	Centre unique d'appels dans chaque Région autonome, organise la coordination des services sanitaires et non sanitaires (pompiers, police). Transmission de résultats par Internet entre offreurs de soins.	Triage médical ou infirmier.	Dans quelques Régions autonomes, sous-traitance des services de permanence au secteur privé.	Expérimentations de systèmes d'interconnexion entre médecins de soins primaires et spécialistes.
France	Campagnes de communication ponctuelles. Mésusage du système de permanence des soins.	Généralisation des services d'aide médicale urgente (Samu), centres uniques d'appels.	Triage médical (régulation du Samu, pouvant être assuré par le centre d'appel d'une association de permanence des soins si interconnexion Samu).	Occasionnelle (dans le cadre du modèle urbain de permanence des soins).	Engorgement de la régulation des appels et insuffisante coordination ville-hôpital. Phase d'expérimentation.
Italie	Absence de campagne de communication. Mésusage du système de permanence des soins.	Numéro de première urgence unique et numéros multiples de cabinets de permanence des soins.	Triage médical (médecin de permanence des soins selon des <i>guidelines</i>).	Non.	Expérimentations multiples de systèmes de centralisation des appels.
Royaume-Uni	Campagnes de communication ponctuelles (affichage, spots radio). Transfert automatique des appels sur numéro centralisé. Réorientation des patients s'étant rendus inutilement à l'hôpital sans appel préalable.	Permanences téléphoniques : NHS Direct en Angleterre – NHS 24 en Écosse Téléconsultations A & E.	Triage infirmier : prédiagnostic, contrôle de routine, conseils pour problèmes de santé mineurs, orientation vers un médecin de permanence ou un service d'urgence. Infirmières spécialisées dans les maladies chroniques.	Oui. Essentiellement à des coopératives de MG (délégation de services), notamment avant le nouveau contrat GMS.	Centralisation des données relatives au parcours du patient : « traçabilité ».
Suède	Campagnes de communication : « pages bleues », pages Internet, livrets d'information pour contacter numéro de permanence. Ticket modérateur plus élevé en cas d'accès direct aux services hospitaliers et découragement par listes d'attente. Réorientation dans les soins primaires si soins hospitaliers non nécessaires.	Généralisation des centres d'appels d'information sur la santé, joignables en permanence (centralisé pour la moitié des comtés – objectif pour les autres). Contacts électroniques pour prise de rdv ou renouvellement ordonnances. Objectif à terme : interconnexion nationale.	Triage infirmier : prédiagnostic, contrôle de routine, conseils pour problèmes de santé mineurs, orientation vers un médecin de permanence ou un service d'urgence. Infirmières spécialisées dans les maladies chroniques.	Non. Mais expérience ponctuelle d'un système « SOS médecins » récemment supprimé.	Intégration des soins : unités de soins primaires d'urgence accessibles en ville (MG) et unités d'urgence hospitalières (MG-MS).

On peut voir ainsi émerger au niveau européen un modèle de permanence des soins fondé sur le fonctionnement d'un centre d'appels unique qui repose sur le triage des appels lors des horaires de permanence des soins voire en continu notamment au Royaume-Uni et en Suède.

En France, il est actuellement envisagé sous la forme du Service d'Accès aux Soins (SAS).

En Allemagne, il existe 360 centres de contrôle et de coordination avec un numéro de téléphone unique qui permet l'orientation du patient vers la structure de soins la plus adaptée.

9 Discussion de la méthode

9.1 Forces de l'étude

Ce travail de recherche a permis de décrire un dispositif novateur entrant dans la phase pilote du SAS prévu par le pacte de refondation des urgences en 2019 qui portait de la constatation que 30 à 40 % des patients accueillis dans les SAU auraient pu être pris en charge dans un cabinet ou une MSP sans que cela leur soit défavorable (22).

Ce dispositif a pour but de s'étendre sur le territoire national en 2022.

Aucun travail de recherche n'a été retrouvé au sujet des CPTS ayant mis en place un dispositif similaire bien qu'il en existe notamment à Metz (23).

Il s'agit donc d'une étude novatrice, spécifique au territoire du Val de Sambre et de ce fait unique.

Le choix de la méthode quantitative était le plus approprié pour recueillir des données objectives afin de permettre de décrire au mieux la population de l'étude. Cette étude ne comprenait pas de biais de sélection puisqu'il n'y avait aucun critère d'exclusion de la population cible de l'étude.

Cette étude a également permis de décrire un dispositif qui répond à des demandes de santé publique actuelles ainsi qu'aux exigences de l'ARS et qui pourrait amener à développer le projet dans les autres CPTS des Hauts-de-France.

9.2 Limites de l'étude

9.2.1 Biais de classement

Les motifs de consultation étaient classés de la manière la plus précise et homogène possible en fonction de ce que retranscrivait la secrétaire de régulation (Annexe 1 : Exemple d'une fiche patient SNP) mais il était possible que certains motifs puissent être classés dans deux catégories différentes telles que la dyspnée qui peut aussi bien être classée dans les motifs respiratoires que cardiaques ce qui peut amener à sous ou sur estimer certaines catégories.

9.2.2 Biais d'information

Il existait 52 % de données manquantes sur la variable « honneur du rendez-vous » ce qui ne permettait pas d'exploiter de manière optimale les données relatives.

On peut cependant estimer qu'il n'est pas systématiquement notifié lorsque le patient se présente au rendez-vous contrairement à lorsqu'il ne s'y présente pas.

9.2.3 Autres limites

L'étude a été réalisée sur 16 mois, il aurait été intéressant d'avoir une étude de durée plus longue afin de pouvoir comparer les résultats d'une année à une autre.

Par ailleurs, l'étude d'autres paramètres tels que le motif de non présentation à la consultation de SNP aurait été intéressant à prendre en compte afin d'évaluer si la distance entre le domicile du patient et le lieu de consultation peut représenter un frein pour les patients du territoire.

On peut également se demander pourquoi la téléconsultation n'a-t-elle jamais été utilisée et si elle aurait permis de faciliter l'accès aux soins à certaines populations du territoire.

Ensuite, cette étude s'est volontairement voulue descriptive mais il aurait été également intéressant de recueillir le ressenti des patients avant et après la consultation.

Enfin, on aurait pu ajouter une question lors de leur entretien téléphonique avec la secrétaire telle que « auriez-vous consulté aux urgences si vous n'aviez pas eu la possibilité de consulter un médecin d'astreinte ce jour ? » afin de pouvoir estimer l'impact éventuel du dispositif dans le désengorgement du SAU du CH Sambre Avesnois.

10 Perspectives

10.1.1 Développement de centres de soins non programmés

De plus en plus de Centres de Soins non Programmés (CSNP) sont en train de voir le jour sur le territoire.

Le but de ces structures est de proposer une réponse aux demandes de Soins non Programmés de la population en dehors des horaires de PDSA.

Pour rappel, les structures médicales de ville sont définies par la WONCA 2002 comme étant « 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 » (36).

La médecine générale de premier recours doit offrir aux patients des soins continus et longitudinaux à n'importe quel stade du développement des maladies en adoptant une approche centrée sur le patient.

L'article L1411-11 du Code de Santé Publique précise que « l'accès aux soins de premier recours est défini dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance, de temps de parcours, de qualité et de sécurité des soins » (35).

Les structures médicales d'urgence correspondent quant à elles à un service hospitalier qui « assure la venue des urgences non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24h sur 24 et tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale » (Art. R. 712-65 du code de la santé publique (créé par décret n° 95-647)) (34).

Ainsi, les CSNP sont des structures de soin à la limite entre cabinet de ville et structures d'urgence.

Dans la région Normande, le site d'Aunay-sur-Odon propose des consultations de SNP dans son centre annexe au Centre Hospitalier depuis début 2016. La première évaluation de son activité en 2018 était satisfaisante avec une moyenne d'environ 16,5 consultations par jour.

Les prises en charge relevaient principalement de la traumatologie à 44,0 % et de consultations de médecine générale à 38,8 %. (26).

À la Roche-sur-Yon, la CPTS Centre Vendée avec le soutien de l'ARS Pays de la Loire et la CPAM de Vendée a ouvert un des premiers CSNP en Janvier 2022 (25).

Ce centre est accessible du lundi au vendredi de 14h à 18h30 et est implanté dans les locaux de la MMG du CHD de Vendée qui met à disposition matériel médical et personnel paramédical et administratif.

Ce CSNP a pour objectifs de :

- Fluidifier les parcours de soins non programmés
- Permettre une régulation des actes médicaux et un désengorgement des urgences

- Favoriser l'éducation de la population quant au bon usage du système de soins
- Rendre le territoire attractif pour les jeunes médecins

Les demandes de SNP sont régulées par un centre d'appel unique et permet une centralisation des agendas pour tous les centres vendéens (25).

11 Le secrétariat téléphonique : un rôle clé dans la régulation médicale ?

Contrairement aux études réalisées au Royaume-Uni, il existe peu d'études en France s'intéressant aux secrétaires médicales en médecine générale libérale. Des travaux de thèse parus en 2012 ont pu décrire la manière dont fonctionnait le tri des demandes de SNP du point de vue des secrétaires médicales et leur manière d'évaluer le degré d'urgence des demandes de soins (28, 29).

En 2016, Catherine Ung et Raffi ont repris ces éléments d'étude dans leur thèse afin de les adapter en fonction du contexte influençant cette activité de tri (27). Le secrétariat médical jouait un rôle essentiel dans son rôle de planification des consultations de SNP et de régulation des demandes. Cependant, il existait une certaine subjectivité lors de la régulation.

En effet, il existe d'autres études démontrant que le fait de venir en aide aux patients représentait pour les secrétaires une importante fonction au sein de leur travail, leur apportant ainsi un sentiment de satisfaction (32, 33). D'autant plus lorsque le patient insiste sur sa douleur ressentie pour obtenir plus rapidement un rendez-vous.

On pourrait se poser la question de la présence d'un médecin régulateur aux côtés de la secrétaire en lisant les travaux de Hammond et son équipe qui ont observé un effet positif sur les secrétaires de la présence régulière des médecins à la réception (30).

Cependant au vu des projections de la DREES sur l'effectif des médecins actifs ayant baissé de 10 % entre 2009 et 2019, la remontée des chiffres serait seulement prévue pour 2030. Cette possibilité semble alors difficile à envisager.

12 Ouvertures sur d'autres sujets de thèse

Cette étude peut amener à d'autres sujets de thèse pouvant être réalisés sur le territoire :

- Réalisation d'une étude qualitative sur le ressenti des patients ayant bénéficié d'une consultation de SNP afin d'évaluer leur motivation initiale ainsi que leur satisfaction.

- Réalisation d'une thèse qualitative sur le ressenti des médecins généralistes sur le dispositif, cela leur permettra-t-il de dégager plus de temps au suivi des patients porteurs de maladies chroniques ? Cela changera-t-il leur organisation au quotidien ?

- Réalisation d'une étude de cohorte qui permettrait de suivre les patients après leur rendez-vous de SNP afin d'évaluer le nombre de reconsultation dans les jours qui suivent notamment chez leur médecin traitant ou aux urgences.

- Évaluation du retentissement du dispositif sur le désengorgement éventuel du SAU du CH Sambre Avesnois.

Conclusion

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Val de Sambre détient un dispositif novateur sur le territoire répondant aux attentes des politiques de santé publique s'inscrivant dans le plan « Ma Santé 2022 ».

L'organisation de l'ensemble des médecins généralistes de la CPTS permet ainsi de répondre aux besoins de santé de la population en constante croissance alors que le nombre de médecins en exercice ne cesse de diminuer au cours des années.

On constate dans notre étude que ce dispositif est profitable principalement aux patients jeunes consultant pour des pathologies aiguës ainsi qu'aux médecins généralistes n'exerçant pas en cabinet de groupe ou maison médicale de santé.

La secrétaire de la CPTS joue par ailleurs un rôle primordial dans ce dispositif de par sa fonction régulatrice des demandes de soins mais également d'organisation de soins en permettant aux patients d'avoir accès à un rendez-vous de consultation avec le médecin d'astreinte ou directement avec leur médecin traitant.

Des pistes d'amélioration du dispositif sont en discussion avec notamment la mise en place d'un local dédié aux consultations de Soins Non Programmés en heures ouvrables, s'orientant ainsi vers un projet de Centre de Soins Non Programmés.

Références bibliographiques

1. Le système de santé en France [Internet]. Disponible sur: <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html>
2. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2021. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
3. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021:74
4. Chambaretaud S, Hartmann L. Summary. Revue de l'OFCE. 2004;91(4):235-68.
5. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Summary. Sante Publique. 2004;16(1):63-74
6. Thomas MESNIER. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>.
7. Centres de soins non programmés en Grand Est : mieux répondre aux besoins de soins urgents [Internet]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/centres-de-soins-non-programmes-en-grand-est-mieux-repondre-aux-besoins-de-soins-urgents>
8. Société Française de Médecine Générale - Actualités : Soins non programmés : il y a urgence ! Disponible sur http://www.sfmq.org/actualites/editorial/soins_non_programmes_il_y_a_urgence.html
9. Drees, « Études et résultats », n° 1138, janvier 2020. Cette enquête est fondée sur un panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale (les soins non programmés ne faisant pas l'objet d'une traçabilité dans les systèmes d'information de l'assurance maladie).

10. Proposition de loi visant à répondre à la demande des patients par la création de Points d'accueil pour soins immédiats [Internet]. Disponible sur:
http://www.senat.fr/rap/119-461/119-461_mono.html
http://www.sfmq.org/actualites/editorial/soins_non_programmes_il_y_a_urgence.html
11. Pacte de refondation des urgences - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>
12. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé [Internet]. URPS Médecin libéraux Hauts de France. Disponible sur: <https://www.urpsml-hdf.fr/communautés-professionnelles-territoriales-de-santé/>
13. Commune de Maubeuge (59392) | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-59392>
14. L'Agglo met en place des aides financières pour les médecins et les internes en médecine [Internet]. Agglo Maubeuge Val de Sambre. 2017 Disponible sur: <https://agglo-maubeugevaldesambre.fr/aides-installation-medecin-et-internes-medecine/>
15. Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire. Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville : [Revue de littérature. ORS Pays de la Loire, 2017.https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2017_PDF/2017_freguence_SNP_urml_note.pdf.](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2017_PDF/2017_freguence_SNP_urml_note.pdf)
16. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : Premiers résultats d'une enquête nationale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats. 2003;N°212. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/usagers_urgences.pdf
17. Gil P. Description et perspectives de l'activité médicale en consultation d'urgence non programmée à la maison de santé pluridisciplinaire de Fruges : Étude de juin 2013 à juin 2015 [Thèse de Doctorat en Médecine]. Université de Lille. 2016
18. URPS Ile de France. Rendez-vous médicaux non honorés. Demande de soins non programmés : Etat des lieux et solutions. Enquête auprès des médecins libéraux d'Ile-de-France. 2015 Juin. [En ligne] <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/16200.pdf>
19. Capelle S. Prise en charge des soins non programmés en médecine générale : Enquête auprès de 445 médecins généralistes en Alsace [Thèse de Doctorat en Médecine]. Université de Strasbourg . 2018

20. Zamord T. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur Sud-Gironde. :111.
21. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. GPs and Access to out of Hours services in six European Countries (Germany, Spain, France, Italy, the United Kingdom and Sweden). *Revue française des affaires sociales*. 2006;(2):91-119.
22. Le Service d'Accès aux Soins (SAS) [Internet]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-1>
23. Article | Se faire soigner quand les Médecins ne répondent plus [Internet]. CPTS Metz et environs. 2021 Disponible sur: <https://www.cpts-metz.fr/article-se-faire-soigner-quand-les-medecins-ne-repondent-plus/>
24. Agence régionale de santé Hauts-de-France | Hauts-de-France [Internet]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/>
25. Un centre de soins non programmés expérimenté à La Roche-sur-Yon pour améliorer la réponse aux besoins de santé des habitants [Internet]. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/un-centre-de-soins-non-programmes-experimete-la-roche-sur-yon>
26. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires. Rapport remis à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé. 2018 Mai. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
27. Raffi TKT, Ung C. Comment les secrétaires médicales en cabinets de médecine générale trient-elles les demandes de soins non programmés ? [Thèse de médecine]. Toulouse : Université Toulouse III – Paul-Sabatier ; 2016.
28. Faure Y, Guillaume C. Triage par la secrétaire médicale des recours urgents et non programmés en médecine générale: étude des déterminants de l'obtention d'un rendezvous pour le jour même. France; 2012.
29. Thiberville M. Le triage par les secrétaires médicales des demandes de soins urgents ou non programmés en médecine générale de ville [Reproduction de]. [France]: Université de Rouen; 2012.
30. Hammond J, Gravenhorst K, Funnell E, Beatty S, Hibbert D, Lamb J, et al. Slaying the dragon myth: an ethnographic study of receptionists in UK general practice. *Br J Gen Pract*. 1 mars 2013;63(608):177-84

31. Barlet M, Fauvet L, Guillaumat-Taillier F, Oliet L. Quelles perspectives pour la démographie médicale. Insee Réf Fr Ses Régions Éditions [Internet]. 2010 Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/fsr10g.PDF
32. Copeman JP, Van Zwanenberg TD. Practice receptionists: poorly trained and taken for granted? J R Coll Gen Pract. janv 1988;38(306):14-6.
33. Eisner M, Britten N. What do general practice receptionists think and feel about their work? Br J Gen Pract. 1999;49(439):103–106.
34. Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville. Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique. [en ligne]. http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1090/d%C3%A9cret_95-647.htm.
35. Article L1411-11 du Code de la Santé Publique Modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 158 (V).
36. WONCA Europe, La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille, 2002.
37. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. Haute Autorité de Santé. [Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires

Annexes

Annexe 1. Exemple d'une fiche patient SNP

Sc **FICHE PATIENTS SNP**

Date : 28/12/2020	Heure : 9h15
Médecin de garde : Dr Tulin Bagnant	
Numéro : 06-85-14-19-51	
Adresse : Salle Louis XIV Hautage	

Nom : Demarbaix
Prénom : Evyline
Né(e) le : 12.06.1962
Commune de résidence : Boussais
Adresse :
Numéro de téléphone : 03-22-68-93-67

Nom du médecin traitant : Dr Canion

Avez-vous contacté votre médecin traitant ?
 Oui Non

Est-il indisponible ?
 Oui, motif : Congé
 Non

A ce jour, quel est votre problème ?
Essoufflé, vomissement
Toux, Fièvre (37,3)
Pas de test COVID

Nom de votre infirmier : /
Lieu d'exercice de l'infirmier : /
Nom de votre pharmacien : /
Pouvez-vous vous déplacer ?
 Oui Non
Avez-vous déjà fait des téléconsultations ?
 Oui Non
Comment le numéro des SNP a été obtenu ?
Dr Canion

Traitement de la demande : RDV = 19h

Annexe 2. Article de presse relatant du précurseur dispositif de SNP mis en place durant l'été 2019

Vendredi 14 juin 2019 | La Sambre

Maubeuge

UNE ASTREINTE MÉDICALE CET ÉTÉ

Toujours un médecin dispo



Les médecins aussi ont droit à des vacances. Ça paraît logique, mais pour certains patients, c'est presque incongru ! Mais sur un territoire où l'on manque déjà de praticiens, il suffit que l'un d'eux s'absente pour que la mécanique se grippe... et que les urgences s'engorgent.

Une situation que ne connaît que trop bien Pierre-Marie Coquet, médecin généraliste maubeugeois et président de l'association Liberté pôle santé. Il est notamment l'initiateur, avec le docteur Philippe Alarcon, chef des urgences du centre hospitalier de Sambre-Avesnois, de la maison médicale de garde installée dans le couloir des dites urgences et qui permet d'absorber une partie du flux de visiteurs.

Alors que l'été se profile (ne vous fiez pas trop au temps...) et avec lui les départs en congés, une trentaine de médecins, pour la plupart membres d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), ont accepté de participer à un dispositif d'astreintes tous les après-midi, de 14h à 18h, d'ici à la fin du mois d'août. Cela concerne les soins non-programmés, c'est-à-dire sans rendez-vous.

DES MÉDECINS DE LOUVROIL À BAVAY

Le principe est simple : « les personnes qui souhaitent consulter un médecin pourront composer le numéro du service d'astreinte* ou se rendre sur l'application Vitodoc avec leur téléphone portable. Elles prendront alors connaissance des cabinets qui peuvent les recevoir » explique le docteur Coquet.

Maubeuge, Louvroil, Feignies, Jeumont, mais aussi Bavay : les praticiens qui jouent le jeu sont disséminés sur tout le secteur. Hautmont pourrait s'y ajouter, si un ou des médecins acceptent à leur tour de participer au dispositif. Il est donc tout à fait possible qu'une personne habitant Rousies,

Comme l'an dernier, des généralistes participent à un dispositif destiné aux patients de la Sambre et du Bavais.

Astreinte, garde, quelles différences ?

Le système des gardes de médecins est une obligation légale, régie par des textes bien spécifiques. « Ne pas assurer une garde peut coûter très cher à un médecin » souligne le docteur Pierre-Marie Coquet. Quant aux astreintes, elles sont du bon vouloir des praticiens. Elles n'ont pas le caractère obligatoire des gardes et sont entièrement sur la base du volontariat.

par exemple, doit se déplacer jusqu'à Bavay. « La distance ne nous paraît pas être un obstacle, surtout avec la 4 voies qui permet de se rendre à Bavay en 10 minutes depuis Maubeuge » souligne encore le médecin maubeugeois.

S'il est mis en place durant une période particulièrement compliquée, ce dispositif pourrait, à l'avenir, être élargi à toute l'année. « Certains confrères ne sont pas contre. Reste à voir dans quelles conditions cela peut se faire » précise toutefois le docteur Coquet.

MAUBEUGE A PERDU SEPT MÉDECINS

Au-delà du fait qu'aujourd'hui, de plus en plus de médecins aspirent à une vie plus « normale » que celle des anciennes générations, la mise en place d'un tel dispositif met en lumière le manque chronique de généralistes sur le secteur. « Sur la seule ville de Maubeuge, on en a perdu sept ces dernières années » note Pierre-Marie Coquet, qui a vu la maison de santé pluridisciplinaire qu'il dirige, rue de la Liberté, récupérer près de 2 000 patients supplémentaires dans le même laps de temps.

Le médecin veut pourtant rester optimiste, d'autant que deux jeunes généralistes viennent récemment de s'installer, à Marpent et Hautmont. Et que plusieurs maisons médicales ont vu le jour ces derniers temps, tandis que d'autres sont en projet.

* Le répondant du service d'astreinte est consultable au 03.27.62.21.80.

Matthias Dormigny

Une trentaine de praticiens ont accepté de participer à ce système d'astreintes qui fonctionnera jusque fin août.

Du bon usage des urgences

« Lorsque l'on va aux urgences, c'est soit parce qu'on n'est pas satisfait d'une première réponse de son médecin, soit parce que son problème n'a pas été solutionné, soit parce que l'on souhaite une prise en charge plus technique, avec perfusion et examens... » explique le docteur Coquet.

Si nombre de consultations sont justifiées, le médecin maubeugeois reconnaît aussi qu'une grosse part ne relève pas des urgences. « Il y a une véritable nécessité d'éduquer la population » pour éviter les abus. Education qui « ne relève pas uniquement des médecins, mais aussi de l'Etat ».

« On ne va pas aux urgences pour une rhino sans fièvre » cite en exemple Pierre-Marie Coquet. En revanche, la question ne se pose plus dès lors que l'on présente des signes cardiaques ou les symptômes d'un accident vasculaire cérébral...

Annexe 3. Fiche affichée à la MMG de Maubeuge informant du numéro d'appel unique

LA MAISON MÉDICALE DE GARDE (MMG) LES INFOS PRATIQUES

Où ? Dans les locaux du Nouvel Hôpital, rue Simone Veil, 59600 Maubeuge (entrée Urgences Adultes)

Quand ?
Du lundi au vendredi : 20h-23 h
Samedi : 9h-12 h / 16 h -18 h / 20h -23 h
Dimanche et jours fériés : 10h-12 h / 16 h -18 h et 20 h -23 h

Pour quoi ? Pour les consultations urgentes non vitales en dehors des horaires de consultations de votre médecin généraliste

Par qui ? Par la médecine de ville des secteurs de Maubeuge, Jeumont, Aulnoye- Aymeries et Bavay

Stop Info



J'ai besoin de voir un médecin en dehors de ces horaires d'ouverture de la MMG pour une consultation non urgente. Que faire ?

Je contacte le numéro unique :  03 27 62 21 80
secretariat disponible
du **lundi au vendredi de 9 h à 12 h et de 14 h à 18 h**

Un cabinet de médecine générale est de permanence du lundi au vendredi de 14 h à 18 h pour vous recevoir

Le Jeudi 11 novembre	10H-12H	16H00-18H	20H-23H
Le vendredi 12 novembre	10H-12H	16H00-18H	20H-23H
Le lundi 18 avril	10H-12H	16H00-18H	20H-23H



Attention :

du jeudi 11 au dimanche 14 novembre il n'y a pas de soins non programmés, vous pourrez vous rendre à la maison médicale de garde aux heures indiquées ci-dessus. Les appels au 03 27 62 21 80 reprendront à partir du lundi 15 novembre dès 9 heures.

AUTEUR : Nom : BOULGAMH **Prénom :** Nesrine

Date de Soutenance : 29/06/2022

Titre de la Thèse : Profils démographiques et motifs de recours aux Soins Non Programmés des patients du Val de Sambre : une étude descriptive rétrospective.

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : Soins Non programmés, médecine générale, CPTS, soins primaires, Hauts-de-France

Résumé

Contexte : La CPTS du Val de Sambre a mis en place un numéro d'appel unique afin d'apporter une solution rapide aux patients en demande de consultation urgente qui n'ont pas pu entrer en contact avec leur médecin traitant ou qui n'en n'ont pas.

L'objectif de ce travail de thèse était de réaliser une étude descriptive portant sur les patients ayant eu recours à ce dispositif sur le territoire du Val de Sambre de Juillet 2020 à Octobre 2021.

Matériel et Méthodes : Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive rétrospective, menée de Juillet 2020 à Octobre 2021. La population étudiée était exhaustive et comprenait tout patient en demande de SNP via le dispositif.

Résultats : 1411 patients ont bénéficié du dispositif durant la période d'étude. Les demandes étaient plus fortes durant la période estivale lors des congés des médecins n'exerçant pas dans un cabinet de groupe. Il s'agissait d'une population jeune avec un âge moyen de 35 ans.

La majorité des motifs de consultation concernaient les pathologies aiguës de type viral.

Conclusion : La CPTS du Val de Sambre détient un dispositif novateur sur le territoire répondant aux attentes des politiques de santé publique s'inscrivant dans le plan Ma Santé 2022.

L'organisation de l'ensemble des médecins généralistes de la CPTS permet ainsi de répondre aux besoins de santé de la population en constante croissance alors que le nombre de médecins en exercice ne cesse de diminuer au cours des années.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Asseseurs : Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT
Monsieur le Docteur Jérémy WALLART

Directeur : Monsieur le Docteur Alain BARDOUX