

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Élaboration d'un protocole permettant la prise en charge des soins non programmés de médecine générale au sein de la CPTS Opale Sud.

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 7 juillet 2022 à 16 heures
Au Pôle Formation
Par Lucas DUBOIS

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseur :

Madame le Docteur Muriel VAMPOUILLE-DENERVAUD

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ALD	Affection Longue Durée
ARS	Agence Régionale de Santé
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
DREES	Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et Statistiques
FRU	Forfait de Réorientation des Urgences
FPU	Forfait Patient Urgences
HDF	Hauts de France
IAO	Infirmier d'Accueil et d'Orientation
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IPA	Infirmière à Pratique Avancée
MESH	Medical Subject Headings
MG	Médecin généraliste
MMG	Maison Médicale de Garde
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
PAPS	Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé
PDSA	Permanence De Soins Ambulatoires
PEC	Prise En Charge
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SAS	Service d'Accès aux Soins
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SNP	Soins Non Programmés
URPS	Union Régionales des Professionnels de Santé
VAD	Visite A Domicile

TABLE DES MATIERES

Avertissement	1
Liste des abréviations	3
Table des matières	4
I. Résumé	6
II. Introduction	7
A. Définition des Soins Non Programmés	7
B. Le SNP, un acte quotidien du médecin généraliste	7
C. La gestion individuelle des médecins est insuffisante pour répondre aux demandes de SNP	8
D. Des SNP de ville dans les services d'urgence	9
E. Définition des CPTS	9
F. Les CPTS, la solution pour les SNP ?	10
G. Le déploiement des CPTS	11
H. La CPTS Opale Sud	11
I. Objectif d'étude	12
III. Introduction courte	13
IV. Matériels et méthodes	14
A. Type de recherche	14
B. Récupération des protocoles de SNP	14
1. Population étudiée :	14
2. Recueil de données :	14
3. Analyse des données :	15
4. Recherche bibliographique	15
C. Élaboration d'un protocole pour la CPTS Opale sud	15
D. Mesure du taux de participation par les MG effecteurs du territoire	15
1. Population étudiée :	15
2. Recueil de données :	16
3. Analyse des données :	16
V. Résultats	17
A. Partie 1 : Recueil de données des protocoles sur les SNP des CPTS des Hauts de France	17
1. Caractéristiques de l'échantillon	17
2. Description des CPTS interrogées :	18
3. Résultats principaux : Modalités de gestion des SNP	19
4. Résultats secondaires :	20
B. Partie 2 : Élaboration du protocole pour la CPTS Opale Sud	21
C. Partie 3 : Résultats du taux de participation des médecins généralistes du territoire	24
1. Caractéristiques de l'échantillon :	24
2. Résultats principaux :	24
VI. Discussion	25
A. Résultats principaux	25

B.	Réflexion du groupe de travail de la CPTS : comparaison avec la littérature.	26
C.	Articulation du protocole de la CPTS avec les urgences : comparaison avec la littérature ...	27
D.	Articulation du protocole de la CPTS avec le SAS : comparaison avec la littérature.....	28
E.	Forces et limites	30
F.	Perspectives	30
VII.	Conclusion.....	32
VIII.	Références bibliographiques.....	33
	Annexes.....	36
A.	Annexe 1 : Organisation individuelle des médecins généralistes pour la prise en charge des SNP, Étude DREES 2020.	36
B.	Annexe 2 : Missions socles des CPTS, source PAPS.	36
C.	Annexe 3 : Financement ACI pour les CPTS : en fonction de la taille et des missions, source Amélie.....	37
D.	Annexe 4 : Cartographie des CPTS des Hauts de France, source URPS.	38
E.	Annexe 5 : Territoire CPTS Opale Sud et professionnels de santé du territoire, source URPS janvier 2020.....	39
F.	Annexe 6 : Questionnaire pour les CPTS opérationnelles sur les SNP	40
G.	Annexe 7 : Questionnaire pour les CPTS non opérationnelles sur les SNP.....	42
H.	Annexe 8 : Liste des 18 CPTS en « état de fonctionnement » pour le PAPS	43
I.	Annexe 9 : Exemple d’entretien réalisé avec une CPTS :	44
J.	Annexe 10 : Tableau de recueil de données des dispositifs des CPTS des Hauts de France ..	47
K.	Annexe 11 : Synthèse des réponses des 11 CPTS	48
L.	Annexe 12 : Rédaction du protocole de gestion des SNP pour la CPTS Opale Sud.	52
M.	Annexe 13 : Lettre de présentation du protocole de gestion des SNP de la CPTS Opale Sud aux médecins généralistes du territoire	54
N.	Annexe 14 : Prise de rendez-vous en ligne pour le patient aux SNP de la CPTS Opale Sud ..	56
O.	Annexe 15 : Taux de passages aux urgences, Source SFMU	58
P.	Annexe 16 : Articulation SAS et CPTS, source URPS.....	58
Q.	Annexe 17 : 22 sites pilotes de régulation par le SAS en 2021, source du ministère des Solidarités et de la Santé	59
R.	Annexe 18 : Les différents acteurs de la gestion des SNP de la CPTS Opale Sud	59
S.	Annexe 19 : Indicateur ACI pour la mission SNP	60
T.	Annexe 20 : Répartition des recours urgents ou non programmées en médecine générale et dans les services d’urgences hospitaliers	61

I. RESUME

Introduction : La gestion des Soins Non Programmés (SNP) est un enjeu de santé publique. L'organisation du système de soins ne permet pas de répondre à l'ensemble des demandes, induisant une saturation des urgences. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont pour mission d'assurer la gestion coordonnée des SNP sur un territoire, tout en respectant le parcours de soins. Le déploiement de ce mode d'exercice coordonné créé en 2016 est disparate dans les Hauts de France. Au 1^{er} janvier 2022, 18 CPTS sont en état de fonctionnement sur la région. L'objectif de cette étude est d'élaborer une organisation au sein de la CPTS Opale Sud permettant la prise en charge dans les 24 heures d'une demande d'un patient du territoire en situation d'urgence non vitale.

Matériel et méthode : L'étude se déroule en trois temps : un recueil de données des protocoles des 18 CPTS de la région par entretien téléphonique, puis l'élaboration d'un protocole de prise en charge des Soins Non Programmés adapté à la CPTS Opale Sud, enfin une mesure du taux d'engagement des médecins généralistes du territoire.

Résultats : 11 CPTS ont été incluses dans l'étude. Les SNP étaient sur rendez-vous dans 9 cas sur 11, accessibles par une ligne téléphonique dans 10 CPTS. 6 CPTS utilisaient un agenda partagé. 8 CPTS avaient une articulation avec le SAS. 6 protocoles essayaient une réorientation depuis les services d'urgences. La rémunération des effecteurs avait lieu pour 6 CPTS. Ces données confrontées aux besoins du territoire, ont permis d'élaborer un protocole pour la gestion des SNP de la CPTS Opale Sud. Le taux de participation des médecins était de 37,5%, ce qui représente 18 effecteurs.

Conclusion : L'élaboration de ce protocole assure aux patients du territoire de la CPTS Opale Sud une accessibilité aux demandes de SNP en ville, dans le respect du parcours de soins. Cette offre de soins de santé primaire s'articule avec les acteurs de santé locaux, le service d'urgence du territoire et la régulation téléphonique nationale, qu'est le SAS. Ce dispositif devra être réévalué à partir des retours d'expérience, de l'évolution du territoire, et des prochaines recommandations nationales.

II. INTRODUCTION

En 2018, avec la stratégie « Ma Santé 2022 » l'État liste les défis à relever pour le système de santé Français. L'accès aux soins est un enjeu majeur de ce projet de loi. Si l'accès à un médecin généraliste traitant est un sujet très médiatisé, la gestion des soins non programmés (SNP) en ville est également une des priorités politiques pour limiter la saturation des urgences (1). Le dossier de presse « Ma santé 2022 : un engagement collectif » évoque ces « inégalités dans l'accès aux soins, avec de plus en plus de Français qui connaissent des difficultés à accéder à un médecin dans la journée et sont parfois contraints de se rendre aux urgences par défaut. » (2)

A. Définition des Soins Non Programmés

Un SNP est l'expression d'une demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie par le patient, relevant prioritairement de la médecine de ville (3)(1). Cette demande de soins rapides ne doit pas relever médicalement de l'urgence immédiate, et ne pas nécessiter une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences (4)(5). Liées à leur caractère imprévisible, les demandes de SNP peuvent avoir lieu à n'importe quelle heure : soit pendant les horaires d'ouverture des cabinets (entre 8h et 20h en semaine, et le samedi matin), soit pendant la Permanence De Soins Ambulatoires (PDSA). En PDSA, les territoires ont une organisation mutualisée de gestion des SNP, gérée par l'Agence Régionale de Santé (ARS), tel que les Maisons Médicales de Garde (MMG). Mais, les deux tiers des demandes de SNP ont lieu hors PDSA (1), directement au médecin généraliste.

B. Le SNP, un acte quotidien du médecin généraliste

Le médecin généraliste gère à la fois les problèmes de santé chronique et aiguë. La gestion des SNP fait donc partie des responsabilités du médecin généraliste (6). La quantité de consultations de SNP effectuée par les médecins généralistes représente 12% de leur activité annuelle selon la DREES en 2006, soit 35 millions de consultations par an en France (7). Cela peut même représenter un tiers de l'activité pour 4 médecins généralistes sur 10 (3).

Ces demandes sont en général justifiées : plus de 90 % de ces actes ont été validés a posteriori par le médecin généraliste comme répondant aux critères d'un SNP (1). Le motif le plus fréquent est « une douleur à soulager » (40% des recours urgents). L'infectiologie est la thématique la plus souvent abordée, notamment pour les enfants. 12% des consultations sont associées à une prescription d'arrêt de travail, tandis que 5% débouchent sur une hospitalisation (8).

Le nombre de SNP effectué en ville est probablement sous-estimé, car difficile à quantifier : peu de données objectives sont disponibles pour mesurer l'importance de l'activité des généralistes dédiée à ces recours (9). Cette quantification est très disparate d'une étude à l'autre à cause de l'imprécision du terme SNP. En 2017, une revue de littérature met en avant que cette définition est floue, notamment sur le délai de prise en charge nécessaire, et les motifs de consultation (9). Depuis 2020, la DREES précise que les SNP sont des « demandes de consultation », quel qu'en soit le motif, pour le jour même, ou le lendemain, adressées aux médecins généralistes pendant les horaires d'ouverture de leurs cabinets ». Les médecins peuvent accepter ces demandes avec ou sans rendez-vous selon leur organisation(3).

C. La gestion individuelle des médecins est insuffisante pour répondre aux demandes de SNP

Seulement 28% des médecins généralistes déclarent recevoir la totalité de leurs SNP, tandis que 45% des médecins généralistes réussissent à ne gérer que la moitié des demandes de SNP (3). Cette incapacité à prendre en charge l'ensemble des demandes apparaît d'autant plus préoccupante qu'il existe déjà une réelle volonté d'y répondre : plus de 80% des médecins prévoient une prise en charge quotidienne, sur ou sans rendez-vous des SNP dans leur agenda (3), en vain. (*Annexe 1*). Les demandes de SNP risquent d'augmenter au cours des prochaines années, en lien avec, d'une part, le vieillissement de la population et d'autre part, avec l'évolution de la démographie médicale jusque 2025.(10)(11)

Dans 28% des cas, cette situation amène les médecins à réorienter ces demandes qu'ils ne peuvent recevoir vers les urgences (3).

D. Des SNP de ville dans les services d'urgence

Les services d'urgence n'ont pas pour mission de prendre en charge des soins non programmés « de ville ». Pourtant, plus d'un quart des consultations aux urgences sont classées a posteriori, comme des SNP de médecine générale : 17% des patients auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste le jour même et 12% le lendemain (1)(12).

De par la présence injustifiée de SNP de ville aux urgences, le délai de prise en charge est plus long, induisant une augmentation de la mortalité (13). Cela entraîne un coût économique plus important pour la société, avec un coût moyen global d'un passage aux urgences estimé à 227 euros, pour des actes pouvant être réalisés en médecine de ville (14). Les raisons principales de la présence de SNP de médecine générale aux urgences, évoquées par les patients, sont : le besoin d'immédiateté « délai supérieur à 48 heures pour l'obtention d'un rendez-vous avec son médecin », la gratuité, et la nécessité d'examen paramédicaux (15) (16).

Malgré une volonté de réponse des médecins généralistes, la réorganisation individualisée est insuffisante, incitant certains patients à consulter aux urgences. La lettre de mission du ministère de la santé le 13 octobre 2017 s'engage à « garantir une réponse aux demandes de SNP aux heures d'ouverture des cabinets en s'appuyant sur les initiatives des professionnels ». Si certaines associations comme SOS médecins essaient de prendre en charge les SNP, ils assurent une permanence de soins en zone urbaine, et ne couvrent pas l'ensemble du territoire (17).

Le programme « Santé 2022 » perçoit les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) comme une solution pour favoriser la prise en charge des SNP en ville (2) à travers une gestion mutualisée.

E. Définition des CPTS

Les CPTS ont été créées par l'article 65 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 : « La CPTS est une structure souple permettant aux professionnels de santé libéraux de premier et de second recours de s'organiser dans l'objectif d'améliorer l'accès, la qualité et l'organisation des soins dans leur différentes missions » (18).

La création d'une CPTS est à l'initiative des professionnels de santé sur un territoire qu'ils définissent. Elle a pour vocation de structurer l'offre de santé ambulatoire autour

d'un projet de santé, à travers des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux (19)(20). Ce mode d'exercice coordonné a pour objectif de répondre à trois missions sociales, dont l'accès aux soins (Annexe 2). Cette mission se décline en deux axes : « Faciliter l'accès à un médecin traitant » et « Améliorer la prise en charge des Soins Non Programmés en ville ». (20)(21)

F. Les CPTS, la solution pour les SNP ?

Le travail de groupe est de plus en plus plébiscité par les médecins généralistes avec 61% de regroupements en 2019 (22). Via un exercice coordonné au sein d'un même bâtiment, les SNP peuvent être répartis plus aisément dans les différents agendas, et limiter le refus de soins (23). Mais, un cadre structuré au-delà des murs, à l'échelle territoriale est nécessaire pour apporter une réponse à ces demandes : les CPTS doivent porter cette mission (1).

En dépit de cette structuration, des organisations privées à but lucratif développeront une offre de soins ne respectant pas ces principes, et pouvant amener un accès aux soins inégalitaire (1).

Les CPTS permettent de lutter contre le consumérisme médical via un meilleur respect du parcours de soins (24). Elles portent un projet de santé basé sur leur diagnostic territorial, avec une approche populationnelle (24). Elles identifient l'offre préexistante, les besoins et peuvent alors proposer la réponse la plus adaptée. La gestion administrative de ces SNP à l'échelle territoriale, permet de dégager au médecin généraliste du temps médical (24).

Il manque aux professionnels des CPTS un accès lisible pour l'accessibilité à cette offre de soins (12). Le pacte de refondation des urgences propose d'avoir, en parallèle de cette organisation territoriale, la mise en place au niveau national d'un Service d'Accès aux Soins (SAS) assurant une régulation téléphonique des demandes de SNP (12). A ce jour, il ne couvre pas tout le territoire national. Il faut avant tout développer l'offre de soins ambulatoires territoriale, pour ensuite envisager une articulation avec le SAS. A travers les 19 recommandations du rapport de Thomas Mesnier, il existe une volonté de l'État de faciliter le déploiement des CPTS pour répondre au mieux aux SNP.

G. Le déploiement des CPTS

L'objectif fixé lors du pacte de refondation des urgences était d'avoir 1000 CPTS en fonctionnement au niveau national pour 2022 (12). Au 1^{er} décembre 2021, on recense 486 dynamiques de CPTS dont 238 CPTS en fonctionnement (25).

Afin d'inciter leur déploiement et de favoriser leur pérennité, il faut assurer leur financement via la signature de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI). (24) L'ACI permet des financements annuels avec un volet fixe et un volet variable, différents selon la taille de la CPTS. La CPTS bénéficie d'une enveloppe fixe pour son fonctionnement et pour chaque mission engagée. Un financement supplémentaire, variable est calculé selon l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat : ce sont les indicateurs ACI (26). Parmi ces missions, il existe un montant alloué à la gestion des Soins Non Programmés (Annexe 3). Malgré ces incitations financières, la couverture du territoire des Hauts-de-France par les CPTS est disparate.

H. La CPTS Opale Sud

Au niveau des Hauts-de-France, au 1^{er} janvier 2022, il existe 49 dynamiques de CPTS. 22 sont reconnues avec un projet de santé validé. Pour le moment, 16 ont signé l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (21) (Annexe 4).

La CPTS Opale Sud a été créée en janvier 2020. Le territoire comprend 16 communes, c'est une CPTS de taille 2 car elle regroupe 47 545 habitants. (Annexe 5). Au 9 décembre 2021, elle compte 67 professionnels de santé impliqués dans le projet de santé.

A l'échelle de la CPTS, comme au niveau national, la problématique d'accès aux soins est rapidement identifiée : environ 6% des patients de plus de 17 ans du territoire sont sans médecin traitant (données rezone CPTS 2019), versus 11% pour la moyenne nationale (26). Ce chiffre est à nuancer, car plus de la moitié des 48 médecins du territoire ont plus de 55 ans. Cette dynamique laisse imaginer une augmentation de la population sans médecin traitant, et donc de demandes de SNP. Le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer, limitrophe au territoire de la CPTS, recense 16% de consultations non suivies d'hospitalisation pouvant être considérées comme des SNP de médecine générale.

Le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer participe à une expérimentation : le Forfait de Réorientation des Urgences (FRU) défini par l'arrêté du 23 février 2021 (27). Ce

protocole est effectif en période PDSA avec une réorientation vers la Maison Médicale de Garde, mais il n'existe pas de proposition durant les horaires d'ouverture du cabinet. Une étude menée au sein des cabinets des médecins généralistes du territoire de la CPTS Opale Sud, montre que la gestion des SNP est assurée de manière individuelle par les médecins généralistes, dont nous avons évoqué les limites précédemment. Il existe donc un réel besoin de gestion mutualisée des SNP au sein de la CPTS Opale Sud. D'ailleurs, 7 des 15 médecins généralistes adhérents à la CPTS, ont souhaité participer au groupe de travail sur l'accès aux soins.

I. Objectif d'étude

L'objectif de cette étude est d'élaborer une organisation au sein de la CPTS Opale Sud permettant de prendre en charge dans les 24 heures, une demande d'un patient du territoire en situation d'urgence non vitale.

III. INTRODUCTION COURTE

L'accès aux soins, et notamment la gestion des Soins Non Programmés (SNP) est une des priorités politiques de la stratégie « Ma Santé 2022 ». Les SNP sont des demandes de consultations rapides pour une urgence ressentie par le patient, ne relevant pas médicalement de l'urgence immédiate. L'organisation du système de soins ne permet pas de répondre à l'ensemble de ces demandes, en constante augmentation. Les patients consultent alors aux urgences par défaut, induisant une saturation des urgences. Devant ces problématiques sanitaires et économiques, le pacte de refondation des urgences perçoit les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) comme la solution. Une de leurs missions est d'assurer la gestion coordonnée des SNP sur un territoire, tout en respectant le parcours de soins, et évitant le consumérisme médical. Depuis leur création en 2016, leur déploiement est incité par l'Agence Régionale de Santé (ARS) via l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI). A l'échelle des Hauts-de-France (HDF), au premier janvier 2022, 18 CPTS sont en état de fonctionnement. L'objectif de cette étude est d'élaborer une organisation au sein de la CPTS Opale Sud permettant la prise en charge dans les 24 heures d'une demande d'un patient du territoire en situation d'urgence non vitale.

IV. MATERIELS ET METHODES

A. Type de recherche

L'étude s'est déroulée en trois temps :

- Recueil de données sur des protocoles de SNP déjà mis en place dans les autres CPTS des HDF : étude observationnelle, descriptive et multicentrique.
- Élaboration d'un protocole adapté pour la CPTS Opale sud pour une prise en charge des SNP à partir des données recueillies et du consensus de la commission SNP.
- Recueil du taux de participation à venir des médecins généralistes du territoire.

B. Récupération des protocoles de SNP

1. Population étudiée :

La population étudiée était les CPTS des HDF ayant un protocole élaboré pour la gestion des SNP. Le référent contacté pouvait être le président, vice-président ou coordinateur de la CPTS.

Le nombre de CPTS à contacter a été défini via les données du PAPS : 18 CPTS étaient en état de fonctionnement au 1^{er} janvier 2022 (28). Le mode de recrutement était par courriel ou contact téléphonique, afin de fixer un rendez-vous pour l'entretien.

2. Recueil de données :

Le recueil de données a eu lieu de janvier à février 2022. Un entretien téléphonique a été réalisé par l'investigateur auprès d'un référent de chaque CPTS.

Cet entretien a été dirigé via un questionnaire conçu par un groupe de pairs (membres du bureau des SNP au sein de la CPTS Opale sud) : élaboré à partir des principales problématiques et interrogations du territoire. Deux versions de questionnaires ont été créées : une pour les protocoles de SNP opérationnels, et l'autre pour ceux non opérationnels (Annexe 6 et 7).

Une relecture des réponses a été faite avec le référent à la fin de l'appel pour renforcer la validité interne. Les entretiens enregistrés au dictaphone ont été réécoutés pour s'assurer de l'obtention de toutes les données.

3. Analyse des données :

L'analyse des données était descriptive. Un tableau de recueil de données a regroupé l'ensemble des entretiens classés par item. L'analyse des données avait pour objectif de faire émerger les propositions consensuelles, et celles non significatives de chaque thématique.

4. Recherche bibliographique

La bibliographie a été nécessaire pour déterminer les items du questionnaire.

Les moteurs de recherche utilisés étaient : Pubmed, CAIRN, Google Scholar, Sudoc, Pepite, Exercer ou encore Légifrance.

Les mots MESH étaient les suivants : « Modèles d'organisation », « Accessibilité des services de santé », « Soins de santé primaires » et « Urgences »

C. Élaboration d'un protocole pour la CPTS Opale sud

Le protocole est défini à partir des données régionales obtenues. Les stratégies préexistantes des médecins du territoire et les recommandations nationales ont été prises en compte, elles ont permis d'adapter le protocole au territoire.

Le protocole a été élaboré par le bureau de la CPTS : le président, le vice-président et la coordinatrice de la CPTS, avec la réflexion de l'investigateur. La triangulation a été effectuée pour discuter des axes principaux à prendre en compte pour l'élaboration du protocole de la CPTS Opale Sud.

Cette démarche a également défini le nombre d'effecteurs nécessaires pour la mise en place du protocole.

Les 7 médecins généralistes participant à la mission des Soins Non Programmés de la CPTS ont été consultés. Leurs remarques ont été analysées, conduisant à des modifications. Le protocole a été validé par l'ensemble des participants.

D. Mesure du taux de participation par les MG effecteurs du territoire

1. Population étudiée :

La population étudiée était l'ensemble des médecins généralistes du territoire de la CPTS Opale sud. L'envoi du protocole validé de gestion des SNP pour la CPTS Opale sud a été réalisé par courriel aux 48 médecins généralistes.

2. Recueil de données :

Le recueil des réponses a eu lieu dans un premier temps par courriel, puis dans un second temps par téléphone lorsque nécessaire. En cas de non-réponse, la réponse était considérée comme négative.

3. Analyse des données :

L'objectif principal était le recueil du taux de participation. Celui-ci a permis d'obtenir l'effectif s'engageant à la participation du protocole, permettant de conclure à la viabilité du projet. Le critère secondaire était la prévalence des médecins adhérents parmi ceux acceptant de participer au protocole.

V. RESULTATS

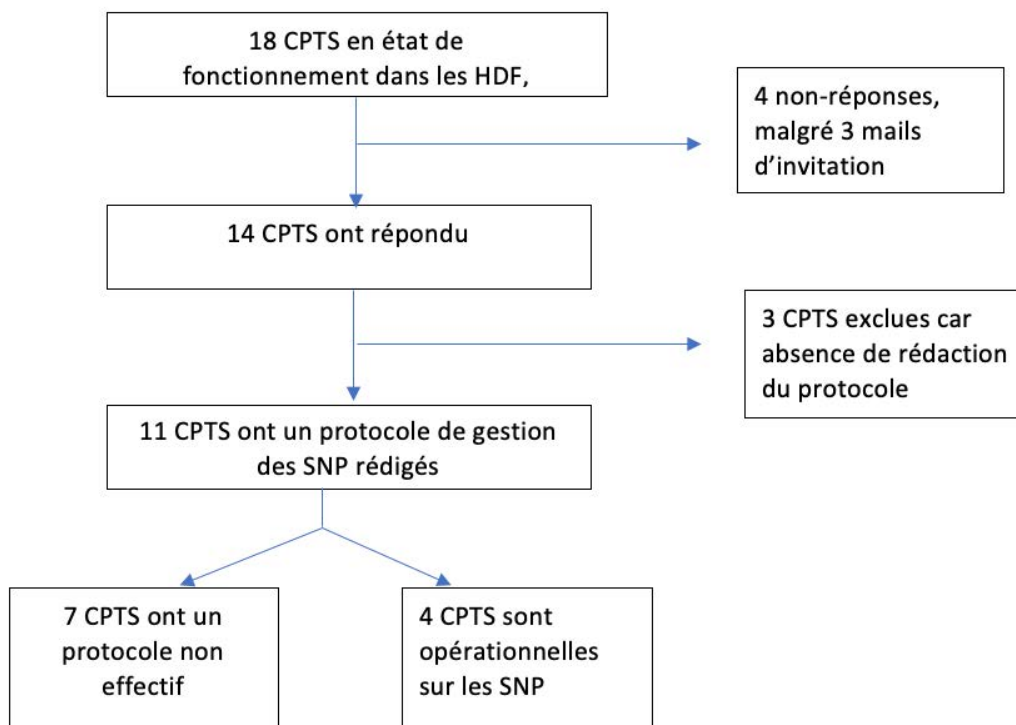
A. Partie 1 : Recueil de données des protocoles sur les SNP des CPTS des Hauts de France

1. Caractéristiques de l'échantillon

La liste des CPTS à contacter a été définie le 1^{er} janvier 2022 : 18 CPTS étaient en fonctionnement selon l'URPS et le PAPS (Annexe 8). Elles étaient susceptibles d'avoir rédigé leur protocole de gestion des SNP. Parmi ces 18 CPTS contactées, 4 n'ont pas répondu, et 3 CPTS ont informé ne pas avoir encore rédigé leur dispositif.

Sur les 11 CPTS éligibles, 7 avaient rédigé leur protocole mais ne l'avaient pas encore mis en place. Tandis que les 4 autres avaient leur protocole opérationnel.

Flowchart :



Les réponses de chaque CPTS ont été inscrites dans leur questionnaire (Annexe 9), puis les données de toutes les CPTS ont été regroupées dans un tableau (Annexe 10) et une synthèse descriptive a été réalisée (Annexe 11).

2. Description des CPTS interrogées :

Les 11 CPTS étaient réparties à travers l'ensemble des départements de la région HDF, plus de la moitié sont de taille 3 (population entre 80 000 et 175 000 habitants). Elles avaient toutes signé l'ACI il y a moins de deux ans.

Voici un tableau présentant le nombre de médecins généralistes (MG) impliqués dans les CPTS.

	CPTS Opérationnelles sur les SNP toutes tailles confondues	CPTS non opérationnelles avec protocole rédigé, toutes tailles confondues	CPTS non opérationnelles avec protocole rédigé, de taille 2	Toutes CPTS confondues
Nombre de CPTS concernées	4	7	2	11
Moyenne de MG adhérents par CPTS	47	19,6	24,5	27,8
Moyenne de MG participants au protocole de SNP par CPTS	20	11,1*	16,5*	14,2*

*Pour les CPTS non opérationnelles, le nombre de participants est basé sur les engagements des médecins généralistes.

Pour les CPTS de taille 2, 67% des médecins adhérents à la CPTS participent à la mission SNP.

3. Résultats principaux : Modalités de gestion des SNP

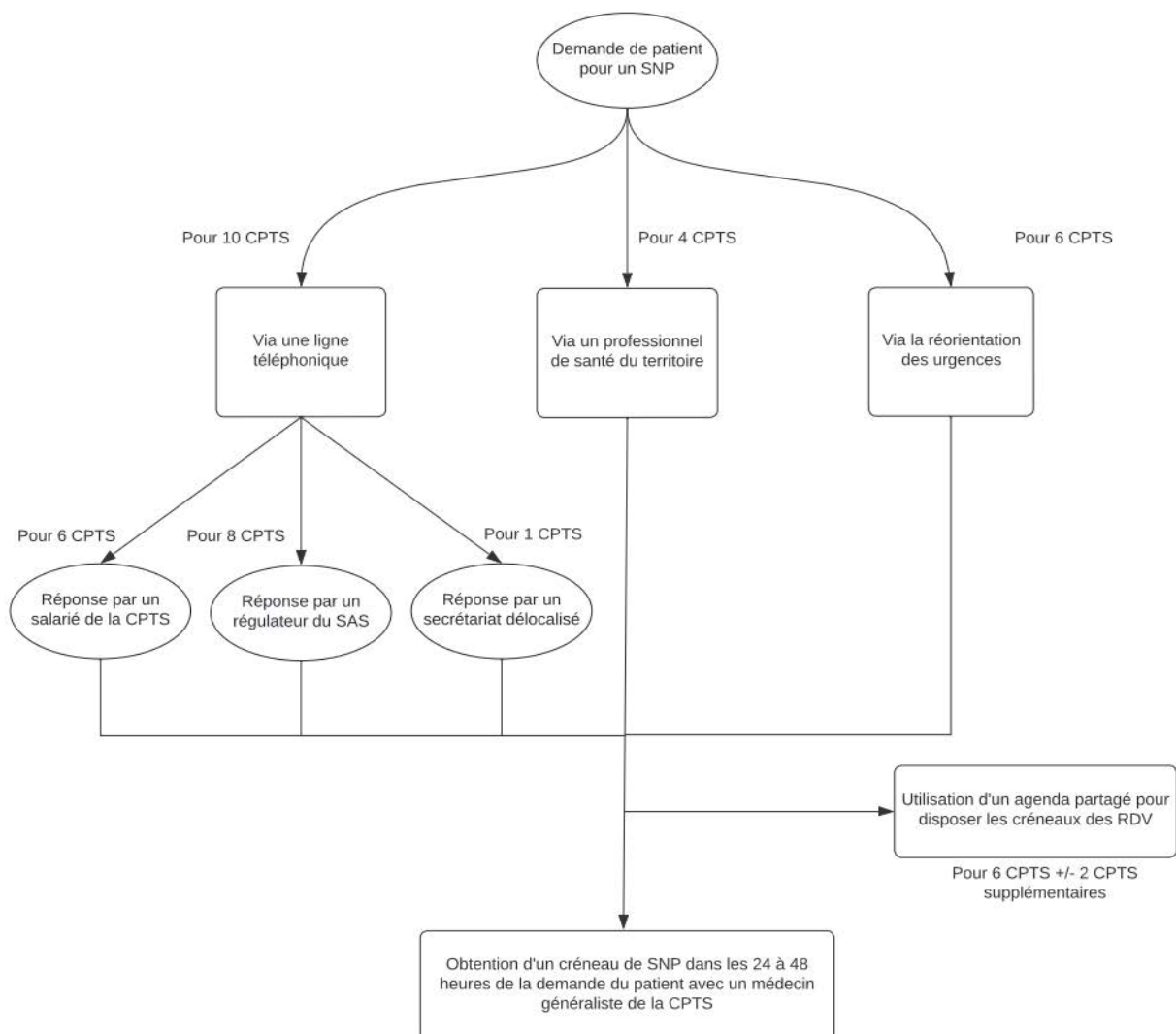
L'organisation des SNP dans les CPTS des HDF : les soins avaient lieu le plus souvent sur rendez-vous : 9 CPTS sur 11 ont des créneaux dédiés à ces consultations. Parmi ces 9 CPTS, 2 les proposaient sur et sans rendez-vous.

Le nombre moyen de créneaux de SNP proposé était environ 8 par jour pour les CPTS opérationnelles, tandis que celles non opérationnelles en prévoient 24 par jour.

Le type de prise de rendez-vous était varié selon la CPTS : ligne téléphonique, professionnel de santé du territoire, réorientation des services d'urgences.

Pour la centralisation des créneaux, l'agenda partagé était utilisé dans 6 CPTS sur les 11, en sachant que 2 CPTS envisageaient de le mettre en place. Aucune CPTS ne donnait un accès en ligne direct aux patients sur l'agenda partagé.

Différents modes d'accès à un SNP pour 11 CPTS des Hauts de France



Dans 10 CPTS, il existait un accès téléphonique. Dans 6 situations, l'accès téléphonique était géré par du personnel salarié de la CPTS : coordinateur, secrétariat, infirmier régulateur. Pour 8 CPTS, la ligne téléphonique du SAS donnait des rendez-vous au patient. Le secrétariat téléphonique délocalisé ou l'utilisation des secrétaires des MSP du territoire étaient peu utilisés.

Pour 4 CPTS, les professionnels de santé du territoire pouvaient donner un créneau. Dans 6 situations, les CPTS travaillaient pour rendre réalisable la réorientation depuis les urgences par l'infirmier d'accueil.

4. Résultats secondaires :

a) Des SNP spécifiques ?

Les dispositifs étudiés ne mettaient pas en place d'orientation spécifique selon la nature du SNP. Pour 6 CPTS, des Visites A Domicile (VAD) de SNP étaient effectuées. Pour deux dispositifs, ces VAD étaient réalisées en binôme : un infirmier au domicile et un médecin en téléconsultation.

Des téléconsultations étaient réalisées dans 7 CPTS.

b) Articulation avec le SAS et Réorientation des urgences :

L'articulation avec le SAS était effective pour 2 CPTS opérationnelles, et souhaitée par 6 CPTS non opérationnelles. Deux modes d'organisation existaient, soit le SAS appelait les secrétariats des SNP, soit la prise de rendez-vous était basée sur une interopérabilité entre l'agenda du SAS et celui de la CPTS.

6 CPTS avaient organisé la possibilité d'une réorientation des urgences. Cette donnée doit être contrastée car des patients refusaient cette réorientation pendant la pandémie Covid19. La réorientation était réalisée via la ligne téléphonique de la CPTS sans plus de collaboration. Plusieurs services d'urgence avaient émis le souhait d'un agenda partagé.

c) Attractivité du protocole

Une valorisation financière des effecteurs a été mise en place dans 6 CPTS, le plus souvent sous forme de plages horaires de l'astreinte : 50 à 75 euros pour l'heure d'astreinte. L'objectif était d'être attractif pour les effecteurs, et leur assurer un revenu en cas de non prise des rendez-vous. Pour les rendez-vous non honorés, la rémunération n'avait pas lieu pour les modèles basés sur une indemnisation forfaitaire.

Toutes les CPTS avaient présenté leur protocole aux professionnels concernés. 9 d'entre elles avaient informé la population générale via internet, les réseaux sociaux, des conférences de presse et des affichages. Les 2 CPTS opérationnelles n'ayant pas fait cette communication ont eu 0,65 SNP par jour en moyenne versus 4,75 pour les 2 CPTS opérationnelles l'ayant réalisée.

d) Retour d'expérience

Aucune CPTS n'avait réalisé une réévaluation globale de leur protocole. Mais les référents des SNP avaient déjà eu quelques retours.

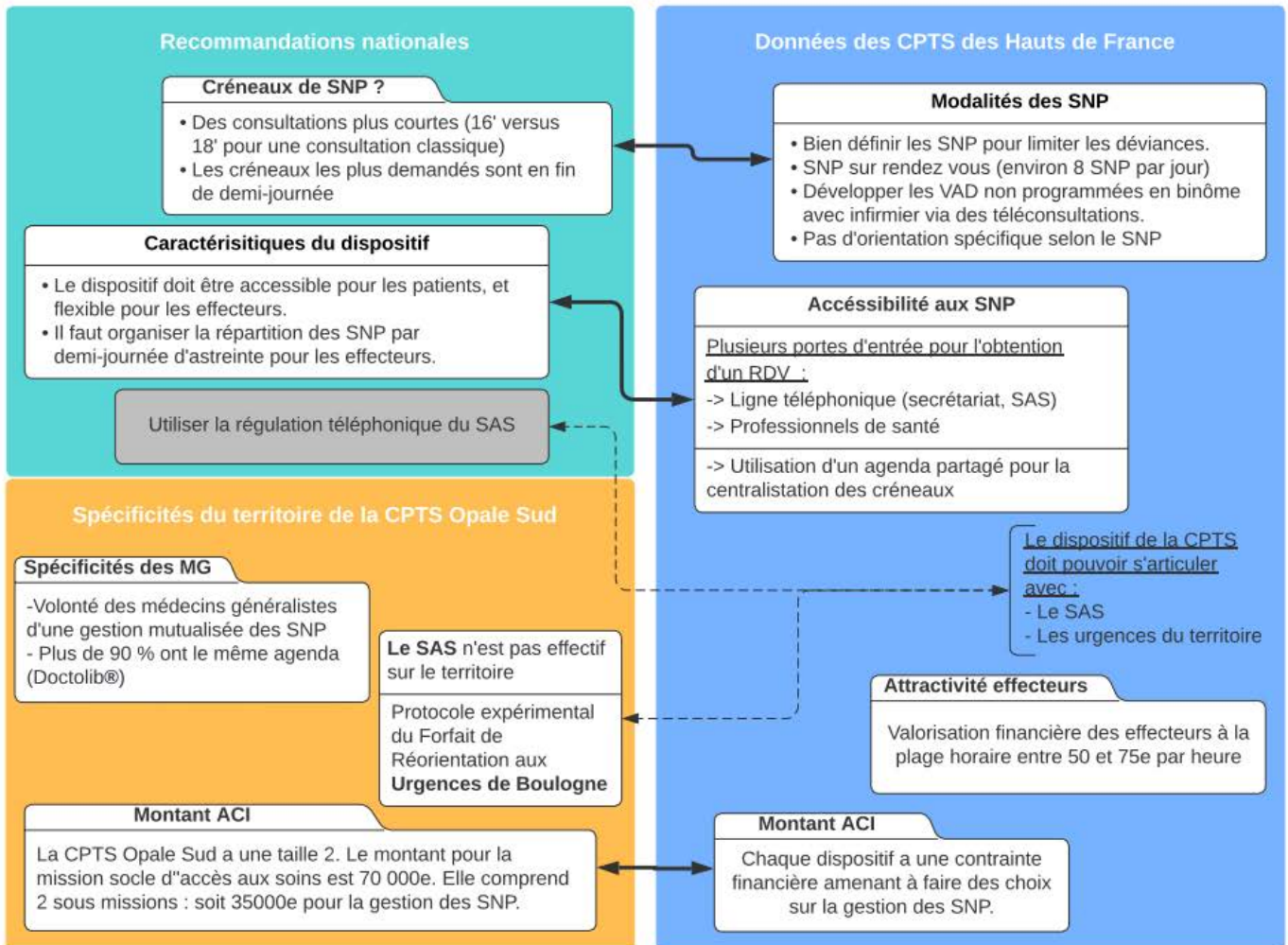
Verbatim	Nombre
Interrogation sur le montant de la compensation financière des effecteurs	4
Risque de déviance des SNP si mal définis	4
Valorisation financière des effecteurs indispensable	3
Pas assez d'effecteurs recrutés en l'absence de valorisation financière	2
Échec de la réorientation des urgences	2
Enveloppe ACI insuffisante pour gérer : Régulation des appels + Gestion des RDV + Valorisation des effecteurs	2
Créneaux de SNP non pourvus	1*

*Pour les CPTS non opérationnelles, aucune donnée ne permettait de conclure à la présence de créneaux non pourvus.

B. Partie 2 : Élaboration du protocole pour la CPTS Opale Sud

A partir de la synthèse des données obtenues des dispositifs des CPTS des HDF, les recommandations nationales du rapport de Thomas Mesnier, et les besoins du territoire, un groupe de pairs a élaboré le protocole adapté à la CPTS Opale Sud. La partie haute du graphique représente la confrontation des données, la partie basse représente les axes retenus pour l'élaboration du protocole de gestion des SNP de la CPTS Opale Sud.

Elaboration du protocole de SNP pour la CPTS Opale Sud



Principaux axes retenus pour le protocole de la CPTS Opale Sud

Modalités de gestion des SNP :

SNP sur rendez-vous uniquement
Centralisation des créneaux sur agenda en ligne partagé.
1 demi-journée d'astreinte par effecteur : 4 créneaux par astreinte, disposition au choix.
Nombre de créneaux par jour pour la CPTS : 8
Nombre minimum de médecin effecteur requis : 10

Revalorisation financière des effecteurs :

Indemnisation forfaitaire : 40e pour l'heure d'astreinte.

Caractéristiques de l'agenda partagé

1/ Interopérabilité avec :

- L'agenda des effecteurs : leurs créneaux de SNP apparaissent sur leur agenda classique.
- L'agenda du SAS : les disponibilités apparaissent sur celui du SAS, les rendez-vous pris apparaissent sur celui du médecin.

2/ Prises de rendez vous diversifiées :

- Professionnels de santé du territoire, secrétaire des cabinets, infirmière d'accueil des urgences, via leur code d'accès professionnels
- Prise direct par le patient en ligne via ses codes d'accès privés.

3/ Limiter le risque de déviance des SNP :

- Questionnaire avant d'arriver à la prise de rendez-vous validant les critères d'un SNP : éliminer l'urgence réelle, médecin traitant indisponible
- Créneau ouvrable 24h avant uniquement
- Possibilité de bloquer les patients ne respectant pas les critères d'un SNP

4/ Choix d'un agenda connu des patients, et utilisé par les effecteurs :

Doctolib®

Budget prévisionnel

=> Coût du protocole estimé : 22 900euros par an

- Revalorisation financière des effecteurs = 20 800euros/an (52 semaines*10astreintes par semaine* 40e l'astreinte)

- Abonnement agenda Doctolib : gratuit pour ceux ayant cet agenda, 29e par mois pour ceux ne l'ayant pas, estimé à maximum 6. Soit maximum 2100e/ an : 6 effecteurs*29e par mois* 12 mois

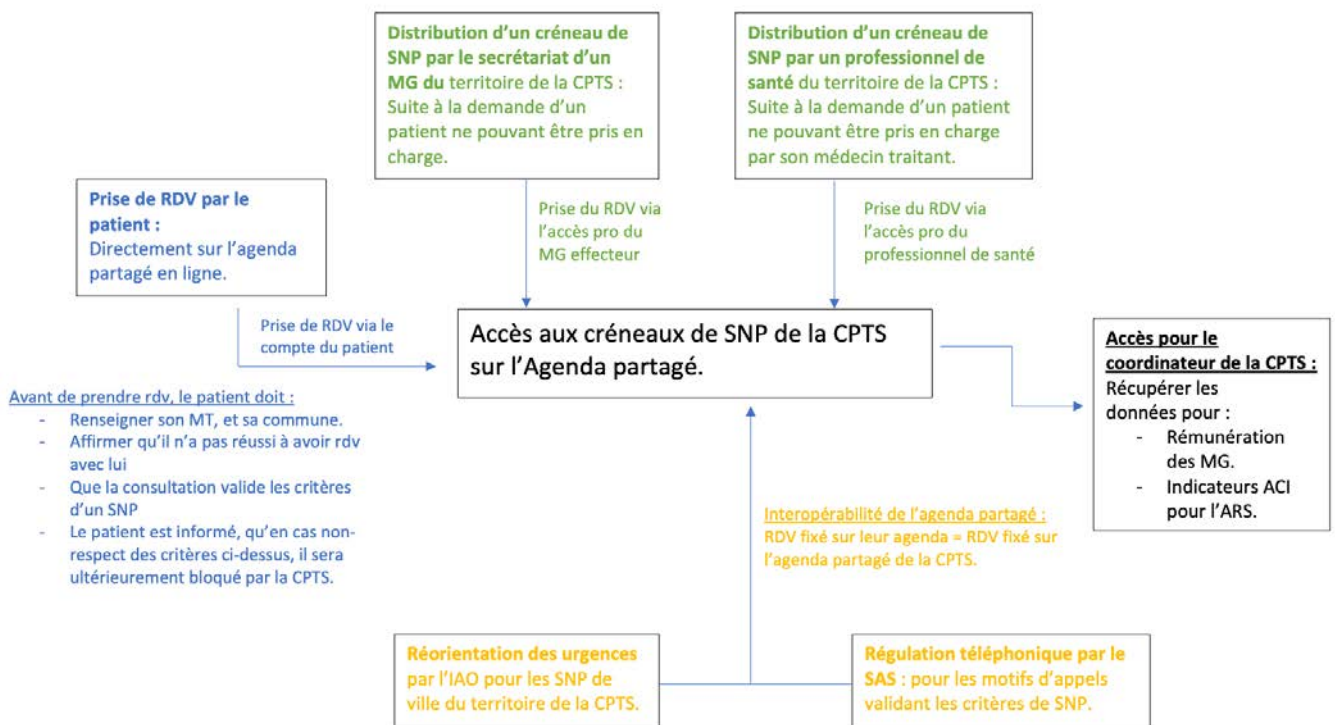
=> Recettes ACI estimées à 35 000euros

Afin d'obtenir les caractéristiques souhaitées de l'agenda, Doctolib® a adapté son outil numérique à la suite des demandes de l'investigateur lors des visioconférences. L'articulation du dispositif avec le SAS, basée sur l'interopérabilité des agendas, a été validée par l'ARS, à la suite d'entretiens en visioconférence. La réorientation des urgences de Boulogne vers ce protocole de gestion des SNP a été acceptée par la direction de l'Hôpital.

A partir de ce travail, le protocole a été rédigé (Annexe 12), puis soumis aux médecins généralistes intégrant la mission des SNP de la CPTS.

Voici un schéma récapitulatif des modes de prise de rendez-vous sur l'agenda partagé de la CPTS Opale Sud.

Qui peut prendre RDV sur cet agenda ? Et Comment ?



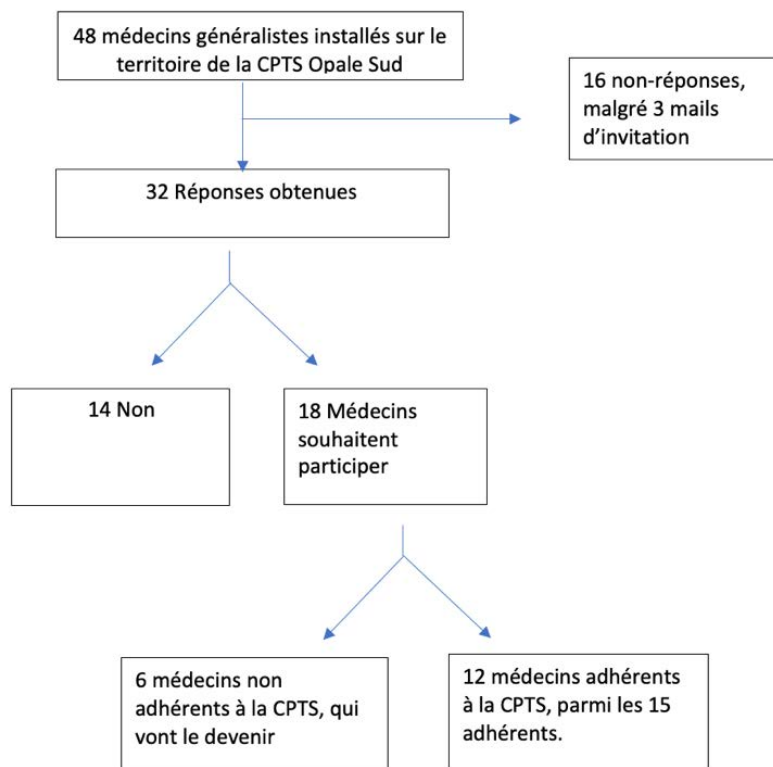
C. Partie 3 : Résultats du taux de participation des médecins généralistes du territoire

1. Caractéristiques de l'échantillon :

La liste des médecins généralistes à contacter, et leurs coordonnées, a été obtenue via le registre de la CPTS. Le courriel comprenait la présentation du protocole validé (Annexe 13), et la question : « Souhaitez-vous participer au dispositif ? » Le recueil de données a été effectué au cours du mois de mai 2022 : 48 médecins généralistes étaient en exercice sur le territoire, 32 ont répondu.

2. Résultats principaux :

Sur les 48 médecins généralistes du territoire, 18 ont souhaité participer à ce protocole. Le nombre nécessaire minimal était de 10 minimum. Ce résultat permet la mise en place du dispositif. Le pourcentage de participation de médecins effecteurs, par rapport au nombre de médecins du territoire était de 37,5%. Parmi les 15 médecins adhérents de la CPTS, 12 ont souhaité participer au protocole. 6 médecins non adhérents s'étaient inscrits au protocole, les amenant à devenir adhérent. La CPTS Opale sud a 21 médecins adhérents, dont 18 inscrits dans la mission SNP, soit 85,7%.



VI. DISCUSSION

A. Résultats principaux

Parmi les 49 dynamiques de CPTS dans les HDF, seulement 4 étaient opérationnelles sur la gestion des SNP, 7 autres avaient rédigé leur protocole. Les entretiens permettaient d'obtenir un retour d'expérience du dispositif de ces 11 CPTS. Ces données ont pu être confrontées aux besoins et attentes du territoire de la CPTS Opale Sud pour rédiger un protocole adapté.

Le dispositif propose des SNP sur rendez-vous, l'ensemble de ces créneaux est centralisé sur un agenda partagé. A l'échelle de la CPTS, 8 SNP par jour sont proposés. Cela équivaut à la moyenne des CPTS opérationnelles de taille 3 du recueil de données. Le nombre n'a pas été diminué pour la CPTS Opale Sud de taille 2, prenant en compte l'afflux touristique saisonnier du territoire.

Cet agenda est accessible pour un maximum d'acteurs du territoire : secrétariat des médecins, professionnels de santé de la CPTS, le SAS, l'accueil des urgences de Boulogne-sur-Mer. Le patient peut également accéder à une prise de rendez-vous en ligne sur la fiche centre de la CPTS (Annexe 14), sans apparaître sur l'agenda du médecin effecteur. Cet accès direct n'existait dans aucune CPTS, ce choix a été guidé par les notions de créneaux non pourvus pour certains protocoles, pouvant motiver le retrait des effecteurs. En cas de déviance des SNP via cet accès, cette fonctionnalité est supprimable.

Le dispositif est flexible pour les effecteurs avec l'interopérabilité des agendas, évitant la multiplication des plateformes. Il est attractif par sa valorisation financière, et par sa traçabilité. 18 médecins se sont engagés, le nombre nécessaire minimal était fixé à 10. L'investissement est plus marqué que dans les CPTS de taille 2 du recueil de données qui avait une moyenne de 14,2 médecins participants. Cela a permis de fédérer des médecins non adhérents, rejoignant la CPTS pour y participer. Parmi les médecins adhérents, la CPTS Opale Sud a 85,7% d'engagement contre 67% pour les autres.

La date programmée de mise en pratique du dispositif est le 1^{er} octobre 2022, le temps de signer l'ACI pour la CPTS Opale Sud.

B. Réflexion du groupe de travail de la CPTS : comparaison avec la littérature.

La consultation des 7 médecins généralistes participant à cette mission de la CPTS a été effectuée par courriel. Certaines interrogations ont été mises en avant : le manque de temps médical pour réaliser cette mission, la subjectivité du terme SNP, le risque de chronicité de SNP pour certains patients, le non-respect du parcours de soins et l'exclusion des personnes âgées.

La subjectivité du terme de SNP laissait craindre que des patients consultent en ville pour une situation relevant d'une prise en charge hospitalière. Lorsque les patients identifient « un état d'urgence », ils se présentent spontanément aux urgences : « l'usager a une démarche cohérente en fonction des horaires d'ouverture des cabinets médicaux et en fonction de ce qu'il ressent comme urgent ou non » (29). En revanche par manque d'informations sur les SNP en ville, si leur médecin traitant est indisponible, même en l'absence « d'urgence ressentie », ils consultent aux urgences (29). Le recueil de données des CPTS des HDF montre que communiquer au sujet du protocole auprès de la population générale est indispensable. En complément à la présentation locale du dispositif, une présentation régionale des SNP est prévue par l'ARS des HDF : « Élaborer une campagne de communication régionale à destination du grand public pour apporter aux patients les informations nécessaires à leur bonne orientation dans le système de soins de la région. » (30)

Le patient étant à la recherche d'immédiateté, le risque de chronicité de prise de rendez-vous à ce dispositif a été mis en avant. Le mésusage du protocole pourrait entraîner un consumérisme médical et un non-respect du parcours de soins. Un questionnaire avant la prise de rendez-vous a été créé (Annexe 14). Il rappelle le cadre d'utilisation : le motif est-il un SNP ? Le médecin traitant est-il réellement indisponible ? Le patient vit-il dans une commune de la CPTS ? En cas de non-respect, les patients risquent d'être bloqués ultérieurement de l'accès en ligne. Deux moyens de surveillance sont établis : le contrôle du médecin effecteur, et le traitement des données mensuelles par le coordinateur pour repérer les mésusages.

La CPTS du Val de Sambre a réorienté vers le médecin traitant 86% des appels grâce à l'IDE régulatrice en 2021. Pour la CPTS Opale Sud, un travail est en cours pour s'assurer de l'indisponibilité du médecin traitant : il pourrait recevoir une notification sur son agenda lorsqu'un de ses patients effectue une prise de rendez-vous sur le dispositif. Si le médecin traitant peut le recevoir, le créneau de SNP peut

alors être libéré. C'est à travers le partage d'informations, une organisation mutualisée, que le contrôle de déviances des SNP est réalisable. Le rapport de Thomas Mesnier insistait sur l'intérêt des CPTS à pouvoir surveiller et assurer le parcours de soins (1).

L'ajout d'une heure par semaine de consultations pour une mission supplémentaire était complexe pour certains médecins. La crainte était que le dispositif soit trop lourd, pas attractif. Ce rythme proposé était équivalent à celui retrouvé dans des CPTS se situant également en zone de désertification médicale. La gestion administrative des SNP par la CPTS procure un gain de temps médical (1).

Concernant l'exclusion des personnes âgées du protocole, ces patients utilisent moins le recours aux SNP (8). Certaines CPTS des HDF ont mis en place des VAD pour les SNP, réalisées en binôme : un infirmier au domicile et un médecin en téléconsultation. Cet axe représente une piste de réflexion pour la CPTS Opale Sud, d'autant plus que l'ARS a une volonté de déploiement des téléconsultations en EHPAD (30).

La réorientation des urgences et l'accès du SAS à l'agenda partagé représentaient également un questionnement sur la nature des SNP orientés.

C. Articulation du protocole de la CPTS avec les urgences : comparaison avec la littérature

En France, le nombre de passages aux urgences est passé de 7 millions en 1990 à plus de 20 millions en 2015 (12). Ces dernières années, l'augmentation se poursuit plus modérément : 0,7% en 2019, 2,1% en 2017 et 1,9% en 2018 (31) (Annexe 15). En 2008, Les urgences de Boulogne recensaient 41 000 passages contre 56 000 en 2021. La réorientation depuis le service des urgences de Boulogne-sur-Mer vers le dispositif de la CPTS Opale Sud a été discutée dans le cadre du FRU.

Le FRU a été défini par l'arrêté préfectoral du 27 décembre 2019, pour répondre à l'augmentation de la fréquentation des services d'urgence, il incite les acteurs du système de soins non programmés à collaborer pour proposer au patient un parcours de soins adapté à sa situation (27).

Cet arrêté a été reconduit le 23 février 2021, il encadre juridiquement les protocoles expérimentaux de réorientation des urgences (27). La réorientation doit être sous la responsabilité d'un médecin sénior, avec un bulletin de réorientation pour assurer la traçabilité. C'est valorisé financièrement : 60 euros par patient réorienté.

Le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer a fait partie des 3 hôpitaux de la région y participant. Jusqu'à présent, la réorientation était appliquée en PDSA vers la MMG. Afin de l'étendre en période d'ouverture des cabinets, des discussions ont eu lieu avec l'investigateur du protocole de la CPTS. Ils ont choisi le logiciel Logibec® qui leur assure l'aspect sécuritaire de la démarche, mais aussi la qualité de la réorientation. Moins de 3% des réorientations effectuées avec ce logiciel ont conduit à un retour précoce aux urgences dans les 48 heures (32). A titre de comparaison, un SNP en France débouche sur 5% d'hospitalisation (8). Le dispositif de la CPTS a pu être intégré à leur protocole expérimental, et débute au dernier trimestre 2022.

Le risque de refus de réorientation par le patient vers la médecine de ville doit être anticipé. Parmi les motivations du patient à aller aux urgences, l'accessibilité a été citée dans 60% des cas (33). Cette accessibilité sous-entend la proximité géographique, l'utilisation du plateau technique, des horaires étendus, et la gratuité.

Le protocole de la CPTS Opale Sud répond aux attentes géographiques, et aux horaires. L'accessibilité à un plateau technique libéral et la possibilité d'hospitalisation directe doivent compléter le protocole. Concernant la gratuité, le tiers payant intégral n'est pas envisagé, cela pourrait être un frein à cette orientation. Depuis le 1^{er} janvier 2022, chaque personne se rendant aux urgences sans être hospitalisée doit régler le « forfait patient urgences (FPU) » d'une valeur de 19,61euros, réduit à 8,49^e pour les patients en ALD. Mais l'hôpital de Boulogne ne demande pas ce règlement lors du passage aux urgences, c'est une piste de réflexion pour pérenniser cette réorientation. Cet argument de gratuité ne représente que 2% des situations de SNP de ville aux urgences (33).

Le meilleur dispositif pour diminuer les SNP de ville aux urgences est probablement celui qui permet d'éviter leurs venues : « Une part importante des demandes de soins non programmés ou urgentes des patients, aujourd'hui, ne passe pas par le système de régulation existant. Il n'est donc pas possible de les orienter vers la prise en charge la plus adaptée à leur état de santé. » (30).

D. Articulation du protocole de la CPTS avec le SAS : comparaison avec la littérature

L'articulation du dispositif de la CPTS Opale Sud avec le SAS a été validée par l'ARS, comme conseillé par le rapport de Thomas Mesnier (1). Le SAS peut utiliser l'agenda de la CPTS sans que le médecin effecteur soit adhérent, via le mode 1

(Annexe 16). En mai 2022, la couverture nationale du SAS était disparate malgré les objectifs fixés (12). Depuis 2021, 22 sites pilotes ont participé à sa mise en place, dont le Nord et la Somme pour les HDF (34) (Annexe 17). L'objectif est une couverture nationale courant 2023 (35), pour le Pas-de-Calais le début d'activité a été programmé courant 2022 (30).

Le protocole de la CPTS Opale Sud a été réfléchi comme interopérable avec le SAS, mais indépendant pour ne pas attendre son effectivité. La régulation des SNP dans le dispositif a été partagée (Annexe 18). La problématique demeure sur la pertinence de la régulation, où certaines études pointent l'absence d'outil algorithmique faisant consensus, et la nécessité de les parfaire (36). Le rapport de Jean Yves le Grall en 2007 évoquait la nécessité d'intégrer à l'enseignement la pratique de cette régulation dans le cursus de formation des médecins (37).

En Suède, le triage des patients est effectué par « le centre d'information sur la santé » : l'interlocuteur est un infirmier spécialisé. Cette organisation a permis de réduire de 16% les SNP en ville, et les consultations aux urgences. En France, les patients adressés par la régulation représentaient 15% des consultations aux urgences. Leurs motifs de consultations étaient 8 fois plus grave, et conduisaient à 3 fois plus d'hospitalisations (38).

Il y a une réelle volonté politique d'avoir un numéro unique de santé pour orienter le patient, selon ses besoins, à la structure de santé la plus adaptée. Cette régulation téléphonique 24h/24h, 7 jours sur 7, permet d'éviter un triage du patient aux urgences (1). La réorientation est moins efficace, et présente une responsabilité majeure, même si le FRU tend à la rendre possible. En conclusion, le rapport de Thomas Mesnier présente « la régulation ainsi généralisée » comme « un élément structurant et obligatoire du parcours de soins ».

L'articulation avec les urgences et le SAS est un enjeu majeur pour les protocoles des CPTS, leur financement en dépend partiellement. Le volet supplémentaire varie selon les résultats aux indicateurs ACI (Annexe 3), or plus de la moitié sont directement liés au SAS ou aux urgences du territoire (Annexe 19). L'avenant 2 a simplifié le volet variable en explicitant certains indicateurs : nombre de consultations via le SAS, nombre de médecins adhérents au SAS, diminution du nombre passage aux urgences sans hospitalisation (source avenant 2).

E. Forces et limites

Cette méthodologie a permis d'élaborer un protocole à partir des retours d'expérience des autres CPTS de la région, et des besoins du territoire comme le préconise le PAPS (20). En revanche, la qualité de ce recueil a été limitée par la taille de l'effectif interrogé. Initialement, le recueil de données devait s'intéresser au territoire du Nord-Pas-de-Calais, l'élargissement au territoire des HDF a permis d'intégrer 2 CPTS supplémentaires. Au total, seulement 11 CPTS avaient rédigé un protocole pour la gestion des SNP, il y avait 2 CPTS de taille 2 comparables à celle d'Opale Sud. La notion de tailles différentes des CPTS a rendu l'analyse complexe, car les données quantitatives du questionnaire n'étaient pas comparables entre les 4 tailles. La seconde difficulté était l'absence d'évaluation de leur protocole, 4 items du questionnaire l'étudiait, ils ont été peu contributifs. L'ensemble des CPTS interrogées expliquait prévoir une évaluation de leur dispositif à distance de leur mise en place.

Ces limites de l'étude mettent en exergue à quel point la gestion des SNP dans une CPTS est un processus récent. Ces données ont pu tout de même orienter les modalités du dispositif pour la CPTS Opale Sud, permettant d'obtenir un des meilleurs ratios de participation des effecteurs sur la région.

F. Perspectives

La désertification médicale du territoire risque de s'accroître au cours des prochaines années (Rezone-CPTS), entraînant une augmentation importante de demandes de SNP. Le protocole doit anticiper, en s'inspirant de solutions alternatives pour réaliser les SNP, et libérer du temps médical.

Comme perçu dans certaines CPTS des HDF, l'apport des chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes et pharmaciens a permis le partage de tâches (1) : séances sans prescription pour les kinésithérapeutes, des dispensations sans prescription pour les pharmaciens (39). Ces actes sont encadrés par des protocoles de coopération nationaux ou locaux. Il existe six protocoles nationaux publiés permettant la prise en charge de soins non programmés en structure d'exercice coordonné : la cystite, la lombalgie, la torsion de cheville...(30)(40)

En parallèle, le déploiement d'Infirmiers à Pratique Avancée (IPA) pour le suivi de maladies chroniques, a permis de libérer du temps médical aux MG (30), sans dégradation sécuritaire des soins (41). La France accuse un retard significatif par rapport à d'autres pays comme le Canada et le Royaume-Uni. A l'échelle des HDF, 12

IPA libéraux exercent (30) sur le territoire de la CPTS Opale Sud, 2 sont en cours de formation.

Au-delà du suivi chronique, l'IPA pourrait devenir un maillon indispensable de cette mission des CPTS : réaliser des SNP dans le cadre des protocoles nationaux (30), effectuer les VAD en binôme avec le médecin à son cabinet (30), réguler et organiser la réponse à ces demandes. La régulation téléphonique locale dans la CPTS Val de Sambre a permis d'assurer la réorientation vers le médecin traitant, d'éviter la déviance des SNP de la prise de rendez-vous en ligne, et d'avoir un interlocuteur pour les demandes supplémentaires du SAS dans le cadre du mode 2 (Annexe 14). La problématique du financement est au premier plan, malgré la signature de l'avenant 7 (42), le salaire de l'IPA reste complexe. Le salariat par la CPTS pourrait être une solution, mais pose la question du budget restant à la gestion des SNP.

L'objectif était d'avoir un protocole de gestion des SNP qui soit flexible, accessible, et réalisable au cours des prochains mois. Son développement pourra avoir lieu à distance. A un an de sa mise en pratique, une évaluation est à mener pour détecter les inconvénients et avantages du protocole. L'aspect financier sera déterminé par les dépenses effectuées, mais aussi les recettes variables liées aux résultats des indicateurs ACI. Le budget restant pourra définir les champs d'actions supplémentaires possibles pour la gestion des SNP.

VII. CONCLUSION

Devant la saturation des centres d'urgence par les SNP de ville, la participation des médecins généralistes à la PDSA est souvent abordée. Or 96% du territoire national est couvert en PDSA par les médecins généralistes (43). Les passages dans les services d'urgence sont essentiellement diurnes : 75 % ont lieu entre 8h et 20h (annexe 20). Les demandes de SNP sont pour 2/3 hors PDSA (1).

La problématique est liée à la gestion des SNP en horaire d'ouverture des cabinets. En ce sens l'élaboration du protocole de la CPTS Opale Sud donne une réponse concrète aux SNP. Les médecins généralistes du territoire y sont sensibles, et ont souhaité participer massivement à cette solution. Ce protocole devra s'adapter à l'évolution du territoire, et aux prochaines recommandations nationales.

Le président de la République, Mr Macron, a ciblé cette problématique en juin 2022, et a ordonné une « Mission flash d'un mois sur les SNP » confiée au Dr Braun. L'objectif est « d'apporter des propositions adaptées à chaque territoire », mais aussi de faire de la régulation téléphonique un maillon clé du parcours de soins.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

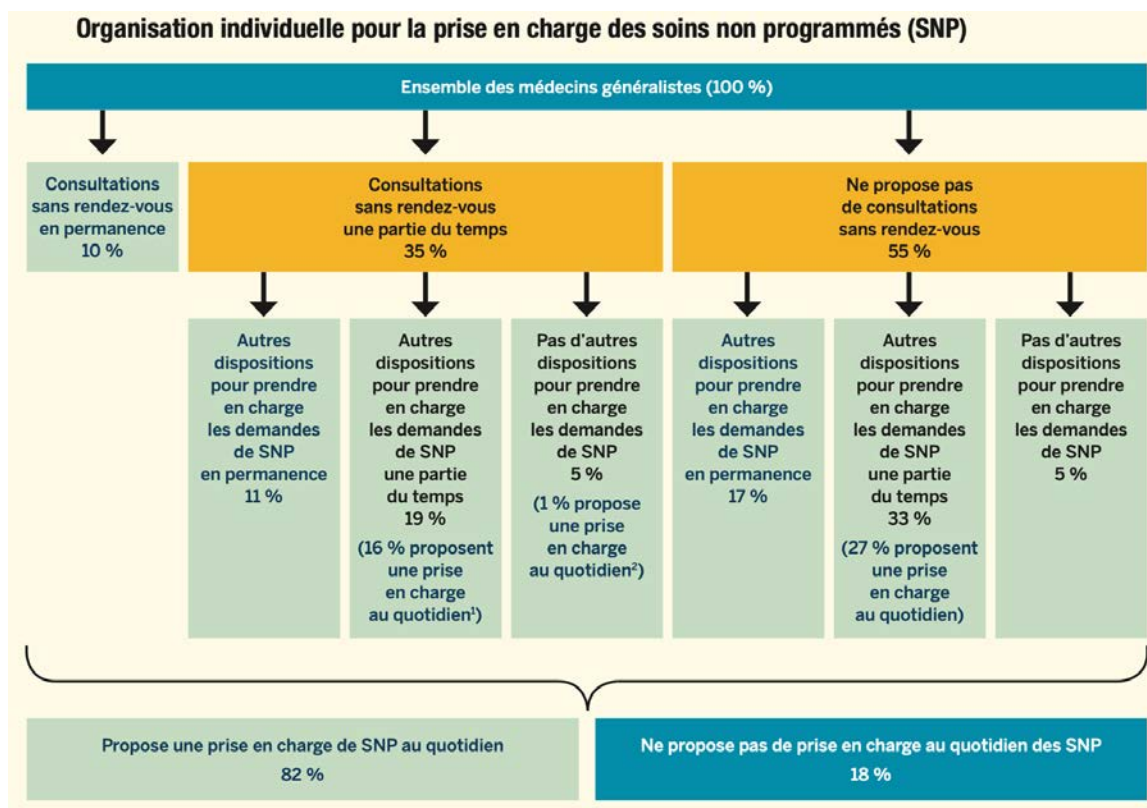
1. rapport_snp_vf.pdf [Internet]. [cited 2021 Dec 22]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
2. ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf [Internet]. [cited 2021 Dec 22]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
3. er1138.pdf [Internet]. [cited 2021 Dec 21]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>
4. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0224 du 25/09/2021 [Internet]. [cited 2022 Jan 31]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=zsY7yl8Tsn9nmWjeeWBvzbcoFJ3G2IRMCFNkaw3NyRI=>
5. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0076 du 31/03/2022 [Internet]. [cited 2022 May 13]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=7_OmLsJvY1Z5ZP7_fR3pyKBVOO4Ees1U922iCwln4_8=
6. Gay B. Actualisation de la définition européenne de la médecine générale. *Presse Médicale*. 2013 Mar;42(3):258–60.
7. Collet G. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine. :8.
8. Gouyon L. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. 2006;8.
9. 2017_frequence_SNP_urml_note.pdf [Internet]. [cited 2021 Dec 22]. Available from: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2017_PDF/2017_frequence_SNP_urml_note.pdf
10. atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf [Internet]. [cited 2022 May 20]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
11. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
12. _urgences_dp_septembre_2019.pdf [Internet]. [cited 2022 May 20]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
13. Jones S, Moulton C, Swift S, Molyneux P, Black S, Mason N, et al. Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. *Emerg Med J*. 2022 Mar 1;39(3):168–73.
14. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6857.html#fn49>
15. La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cited 2021 Dec 21]. Available from: https://www.exercer.fr/full_article/1361
16. Boulenger E. Parcours de soins non programmés: état des lieux des pratiques, du point de vue du patient et du médecin; exemple de l'agglomération d'Orange. :109.

17. Activités et organisation de la fédération - SOS MÉDECINS France [Internet]. SOS MÉDECINS. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://sosmedecins-france.fr/sos-medecins/activites-organisation-federation-sos-medecins/>
18. Article 65 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cited 2022 May 17]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000031916510/
19. Leicher C. CPTS et territoire. *Regards*. 2019;56(2):81–92.
20. Créer une communauté professionnelle territoriale de santé [Internet]. [cited 2021 Dec 21]. Available from: <http://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/creer-une-communauté-professionnelle-territoriale-de-santé-16>
21. GUIDE-CPTS-05-05-2022.pdf [Internet]. [cited 2022 May 20]. Available from: <https://www.urpsml-hdf.fr/wp-content/uploads/2022/05/GUIDE-CPTS-05-05-2022.pdf>
22. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. [cited 2022 May 24]. Available from: <https://www.ars.sante.fr/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en-groupe>
23. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Fur PL, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. 1998;6.
24. IGAS2018-041R_.pdf [Internet]. [cited 2022 May 20]. Available from: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf
25. L'atlas des CPTS - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cited 2022 May 17]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-santé-et-medico-social/structures-de-soins/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-santé-cpts/article/l-atlas-des-cpts>
26. Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé et des 2 avenants [Internet]. [cited 2022 May 21]. Available from: <https://www.ameli.fr/cote-d-opale/medecin/actualites/communautés-professionnelles-territoriales-de-santé-decryptage-de-l'accord-signé-et-des-2-avenants>
27. Arrêté du 23 février 2021 abrogeant l'arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence et fixant la liste des établissements de santé expérimentateurs - Légifrance [Internet]. [cited 2022 May 19]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCTA000043220416>
28. Consulter la carte des CPTS et projets de CPTS en Hauts de France [Internet]. [cited 2022 May 21]. Available from: <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/consulter-la-carte-des-cpts-et-projets-de-cpts-en-hauts-de-france>
29. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Summary. *Santé Publique (Bucur)*. 2004;16(1):63–74.
30. download.pdf [Internet]. [cited 2022 Jun 2]. Available from: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/93930/download?inline>
31. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cited 2022 Jun 3]. Available from: https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/la-hausse-des-passages-aux-urgences-a-ralenti-en-2019-analyse-apmnews/new_id/66734
32. Messier A. COMMENT LE NUMÉRIQUE A PERMIS LA RÉUSSITE D'UN PROJET CLINIQUE CONCRET À L'URGENCE : LA RÉORIENTATION DANS LE CIUSSS DU NORD-DE-L'ILE- DE-MONTRÉAL. :94.
33. dss63.pdf [Internet]. [cited 2022 Jun 3]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss63.pdf>
34. 201123_-_cp_-_segur_-_sas.pdf [Internet]. [cited 2022 Jun 3]. Available from:

- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/201123_-_cp_-_segur_-_sas.pdf
35. download.pdf [Internet]. [cited 2022 Jun 2]. Available from: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/93246/download?inline>
36. Engorgement des centres d'urgences : une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents? [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cited 2022 Jun 4]. Available from: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-75/engorgement-des-centres-d-urgences-une-raison-legitime-de-refuser-l-acces-aux-patients-non-urgents>
37. rap_pds_2007_grall.pdf [Internet]. [cited 2022 Jun 4]. Available from: https://www.pompiers.fr/sites/default/files/text-reference/rap_pds_2007_grall.pdf
38. Mourou H, Latournerie G, Delisle E, Charpentier S. En quoi les patients adressés dans les services d'urgences après avis médical sont-ils différents des patients venant d'eux-mêmes ? Ann Fr Médecine D'urgence. 2021 Nov 1;11(6):357–65.
39. Ruggli M, Iten S, Jordan D, Erni P. netCare, une nouvelle prestation dans les pharmacies suisses. :1.
40. Les protocoles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. [cited 2022 Jun 4]. Available from: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-1>
41. Delamaire ML, Lafortune G. Les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés [Internet]. Paris: OCDE; 2010 Aug [cited 2022 Jun 4]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-pratiques-infirmieres-avancees_5km4hv77vw47-fr
42. avenant_7_convention_nationale_des_infirmiers.pdf [Internet]. [cited 2022 Jun 5]. Available from: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/691225/document/avenant_7_convencion_nationale_des_infirmiers.pdf
43. cnom_rapport_pdsa_2021.pdf [Internet]. [cited 2022 Jun 5]. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1uhurv/cnom_rapport_pdsa_2021.pdf

ANNEXES

A. Annexe 1 : Organisation individuelle des médecins généralistes pour la prise en charge des SNP, Étude DREES 2020.



B. Annexe 2 : Missions socles des CPTS, source PAPS.

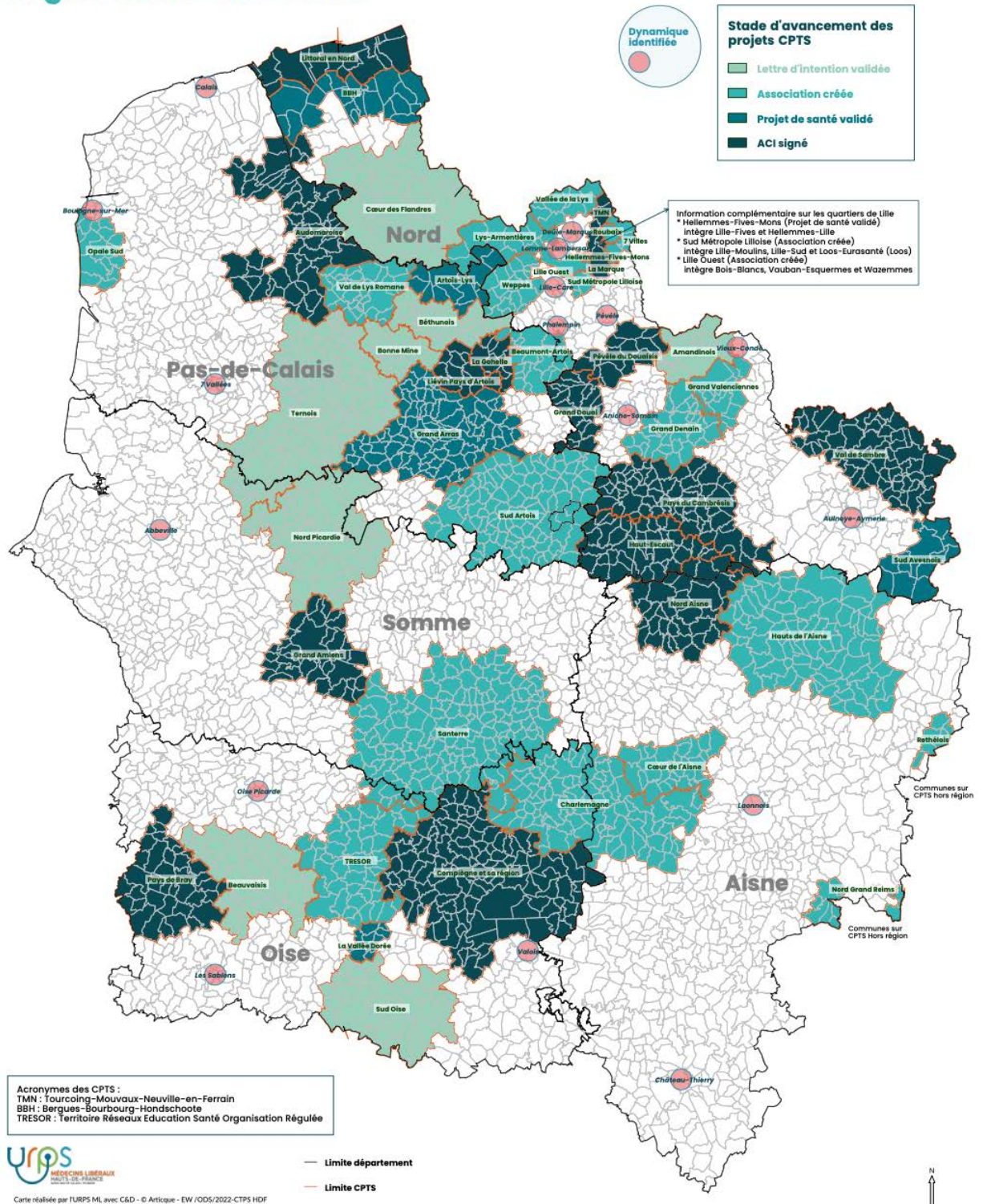


C. Annexe 3 : Financement ACI pour les CPTS : en fonction de la taille et des missions, source Amélie.

Montant annuel		communauté de taille 1	communauté de taille 2	communauté de taille 3	communauté de taille 4
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	Total	50 000 €	60 000 €	75 000 €	90 000 €
	volet fixe/moyens	55 000 €	70 000 €	90 000 €	110 000 €
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle)	volet variable/actions et résultats	25 000 €	30 000 €	35 000 €	45 000 €
	Total	80 000 €	100 000 €	125 000 €	155 000 €
	volet fixe/moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient (socle)	volet variable/actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Total	50 000 €	70 000 €	90 000 €	100 000 €
	volet fixe/moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	volet variable/actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Total	20 000 €	30 000 €	35 000 €	40 000 €
	volet fixe/moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
Mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves (socle)	volet fixe/moyens	12 500 €	17 500 €	22 500 €	25 000 €
	volet variable/survenue d'une crise sanitaire grave	37 500 €	52 500 €	67 500 €	75 000 €
	Total** correspondant à la 1re année de rédaction du plan	62 500 €	87 500 €	112 500 €	125 000 €
	1re rédaction du plan	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)	volet fixe/moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	volet variable/actions et résultats	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Total	15 000 €	20 000 €	30 000 €	40 000 €
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	volet fixe/moyens	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	volet variable/actions et résultats	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Total	10 000 €	15 000 €	20 000 €	30 000 €
Financement total possible **	volets fixe et variable	287 500 €	382 500 €	487 500 €	580 000 €

D. Annexe 4 : Cartographie des CPTS des Hauts de France, source URPS.

Communautés Professionnelles Territoriales de santé (CPTS) Région Hauts-de-France



E. Annexe 5 : Territoire CPTS Opale Sud et professionnels de santé du territoire, source URPS janvier 2020

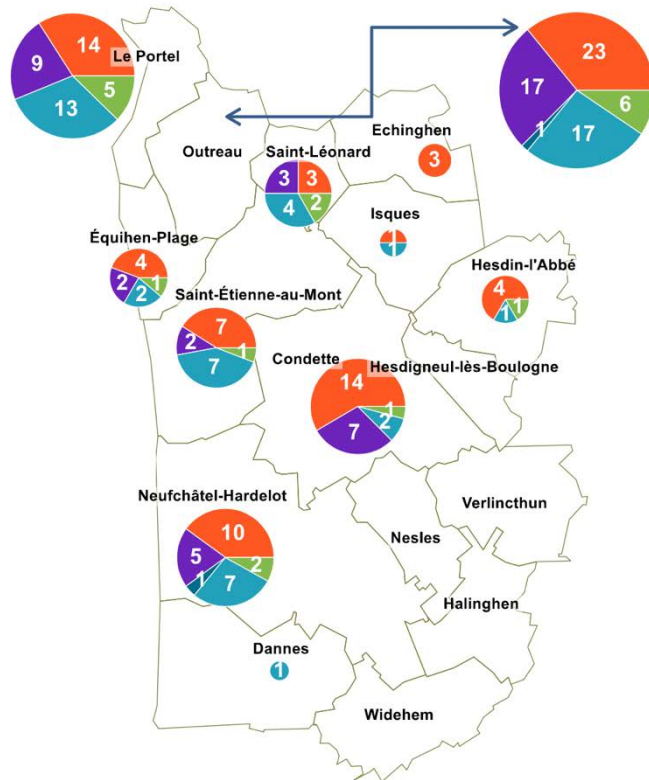
Projet de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) - Outreau

247 médecins et professionnels de santé



- Infirmier.ère (83)
- Masseur Kinésithérapeute (45)
- Médecin spécialiste (2)
- Médecine générale (55)
- Pharmacie d'officine (19)
- 1

Source : BDD URPS ML HDF, Ameli(c), annuaire santé RPPS
 MAJ juillet / Dec 2019 / Janv. 2020
 Non exhaustif, susceptible de rater certains après la publication
 Avec doublons RPPS - 1 PDS peuvent exercer sur plusieurs sites



Carte réalisée par l'URPS ML avec C&D - © Artique - BOutreau / 2251-2020/Pôle ODS - EW - Jan. 2020 - Vdef



F. Annexe 6 : Questionnaire pour les CPTS opérationnelles sur les SNP

Questionnaire pour les CPTS Opérationnelles en SNP :

Nom du référent :

Profession :

Nom de la CPTS représentée :

Présentation globale de la CPTS

- Avez-vous débuté votre protocole d'orientation des SNP au sein de votre CPTS ? Si non, avez-vous déjà élaboré un protocole pour ces SNP ?
- Quelle est la taille de votre CPTS ?
<40K, 40 à 80, 80 à 175, Sup 175
- Combien de médecins généralistes adhérents avez-vous ?
- Parmi ces adhérents, combien participent à la mission de SNP ?

Description de l'offre médicale pour la prise en charge des SNP :

- Sous quel format votre CPTS propose-t-elle des SNP : Sur ou sans RDV ?
- Si sans rendez-vous :

Quelle plage horaire et combien de journées avez-vous défini ?

Combien de consultations cela représente ?

- Si sur rendez-vous :

Le nombre de rdv est-il prédéfini ? Combien de créneaux par jour avez-vous proposé ?

Quelles journées comportent des créneaux ?

- Y a-t-il des propositions pour les SNP nécessitant des visites à domicile ? Si oui, lesquelles ?
- Proposez-vous des créneaux de téléconsultation pour certains SNP ? Si oui, pour quel type de SNP ?
- Avez-vous prédéfini des types SNP nécessitant une orientation spécifique (par exemple sutures) ?

Modalités pratiques de l'orientation des SNP :

- Utilisez-vous un agenda numérique mutualisé permettant de recevoir les demandes de SNP du territoire ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi ?
- Comment un patient peut-il prendre rendez-vous sur cet agenda ? En ligne ou par téléphone ?
- En cas de prise de rdv téléphonique, avez-vous une secrétaire physique dédiée pour la CPTS ou une plateforme délocalisée ?
- Utilisez-vous un numéro téléphonique dédié à ces SNP ? Si oui, quels sont les horaires disponibles ?
- Acceptez-vous des SNP hors territoire de la CPTS ? Si oui, savez-vous estimer le % ?

Articulation des SNP avec les urgences ou le SAS

- Le service d'urgence peut-il faire une réorientation vers votre organisation ? Comment le service d'urgences prend-il rdv ?
- Le SAS a-t-il accès à votre organisation pour orienter des SNP en ville ? Si oui, comment le SAS prend-il le rdv ?

Coût du protocole :

- Une compensation financière pour les MG participant à l'offre médicale a-t-elle été mise en place ? Par quelles modalités (au nombre de créneaux de consultation ? Plage horaire ? Participation forfaitaire au projet) ? De quel montant ?
- Existe-il une compensation financière en cas de RDV non honoré ? De quel montant ?
- Avez-vous estimé le coût global de ce projet ?

Communication sur l'existence du protocole :

- Avez-vous informé la population de cette orientation des SNP en ville ? Si oui, comment ?

Efficienc e du protocole :

- Quel est le nombre de SNP réalisés en moyenne par mois ? Quel est le taux de prise de rendez-vous sur les créneaux dédiés ?
- Quel est le taux de rendez-vous non honoré sur ces créneaux ? Approximativement en %.
- Savez-vous si Les médecins participant au protocole sont satisfaits du protocole ? (Avantages / inconvénients)
- En tant que référent des SNP de la CPTS : quelles sont remarques sur votre protocole ?

G. Annexe 7 : Questionnaire pour les CPTS non opérationnelles sur les SNP

Questionnaire pour les CPTS non-Opérationnelles en SNP :

Nom du référent :

Profession :

Nom de la CPTS représentée :

Présentation globale de la CPTS

- Avez-vous débuté votre protocole d'orientation des SNP au sein de votre CPTS ? Si non, avez-vous déjà élaboré un protocole pour ces SNP ?
- Quelle est la taille de votre CPTS ?
<40K, 40 à 80, 80 à 175, Sup 175
- Combien de médecins généralistes adhérents avez-vous ?
- Parmi ces adhérents, combien participent à la mission de SNP ?

Description de l'offre médicale pour la prise en charge des SNP :

- Sous quel format comptez-vous proposer des SNP : Sur ou sans RDV ?
- Si sans rendez-vous :

Quelle plage horaire et combien de journées avez-vous défini ?

Combien de consultations cela représente ?

- Si sur rendez-vous :

Le nombre de rdv est-il prédéfini ? Combien de créneaux par jour avez-vous proposé ?

Quelles journées comportent des créneaux ?

- Y a-t-il des propositions pour les SNP nécessitant des visites à domicile ? Si oui, lesquelles ?
- Comptez-vous proposer des créneaux de téléconsultation pour certains SNP ? Si oui, pour quel type de SNP ?
- Avez-vous prédéfini des types SNP nécessitant une orientation spécifique (par exemple sutures) ?

Modalités pratiques de l'orientation des SNP :

- Utilisez-vous un agenda numérique mutualisé permettant de recevoir les demandes de SNP du territoire ? Si oui, lequel ? Si non, pourquoi ?
- Comment un patient peut-il prendre rendez-vous sur cet agenda ? En ligne ou par téléphone ?
- En cas de prise de rdv téléphonique, avez-vous une secrétaire physique dédiée pour la CPTS ou une plateforme délocalisée ?
- Utilisez-vous un numéro téléphonique dédié à ces SNP ? Si oui, quels sont les horaires disponibles ?
- Comptez-vous accepter des SNP hors territoire de la CPTS ? Si oui, savez-vous estimer le % ?

Articulation des SNP avec les urgences ou le SAS

- Le service d'urgence peut-il faire une réorientation vers votre organisation ? Comment le service d'urgences prend-il rdv ?
- Le SAS a-t-il accès à votre organisation pour orienter des SNP en ville ? Si oui, comment le SAS prend-il le rdv ?

Coût du protocole :

- Une compensation financière pour les MG participant à l'offre médicale va-t-elle être mise en place ? Par quelles modalités (au nombre de créneaux de consultation ? Plage horaire ? Participation forfaitaire au projet) ? De quel montant ?
- Existe-il une compensation financière en cas de RDV non honoré ? De quel montant ?
- Avez-vous estimé le coût global de ce projet ?

Communication sur l'existence du protocole :

- Comptez-vous informer la population de cette orientation des SNP en ville ? Si oui, comment ?

Efficience du protocole :

- En tant que référent SNP de la CPTS : quelles sont les difficultés rencontrées pour l'élaboration du protocole ?

H. Annexe 8 : Liste des 18 CPTS en « état de fonctionnement » pour le PAPS

Nom CPTS	Etat d'avancement du projet	Département(s) couverts par la CPTS
Audomaroise	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI signé)	59 - Nord 62 - Pas-de-Calais
BBH	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI en cours)	59 - Nord
Compiègne et sa région	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI signé)	60 - Oise
Grand Amiens	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI signé)	80 - Somme
Grand Douai	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI signé)	59 - Nord
Haut Escaut	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI signé)	02 - Aisne 59 - Nord 62 - Pas-de-Calais
La Gohelle	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI signé)	62 - Pas-de-Calais
Liévin Pays d'Artois	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI signé)	62 - Pas-de-Calais
Littoral en Nord	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI signé)	59 - Nord
Marque	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI en cours)	59 - Nord

Nord Aisne	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI signé)	02 - Aisne 59 - Nord
Pays de Bray	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI signé)	60 - Oise
Pays du Cambrésis	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI signé)	02 - Aisne 59 - Nord
Pévèle du Douaisis	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI signé)	59 - Nord
Sud Avesnois	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI en cours)	59 - Nord
Tourcoing - Mouvoux - Neuville en Ferrain	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI signé)	59 - Nord
Val de Sambre	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI signé)	59 - Nord
Vallée Dorée	CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI en cours)	60 - Oise

I. Annexe 9 : Exemple d'entretien réalisé avec une CPTS : CPTS numéro 2

Profession du référent : Coordinateur

Nom de la CPTS représentée : Numéro 2

Présentation globale de la CPTS

- Avez-vous débuté votre protocole d'orientation des SNP au sein de votre CPTS ?

Oui

Commentaires : Protocole débuté en juin 2021

- Quelle est la taille de votre CPTS ?

<40K, 40 à 80, 80 à 175, Sup 175

Taille 3

- Combien de médecins généralistes adhérents avez-vous ?

50 adhérents MG

- Parmi ces adhérents, combien participent à la mission de SNP ?

37 MG participants

Commentaires : Fait en binôme avec Pool 20 IDE.

Description de l'offre médicale pour la prise en charge des SNP :

- Sous quel format votre CPTS propose-t-elle des SNP : Sur ou sans RDV ?

Sur rdv et sans rdv selon effecteurs.

- Si sans rendez-vous :

Quelle plage horaire et combien de journées avez-vous défini ? Combien de consultations cela représente ?

Max 2 par semaine par effecteur, le nombre dépend du nombre d'appels.

- Si sur rendez-vous :

Concernant les SNP sur rdv, le nombre de créneaux est-il prédéfini ?

Oui

Combien de créneaux par jour avez-vous proposé ?

Max 2 par semaine par effecteur

- Y a-t-il des propositions pour les SNP nécessitant des visites à domicile ?

Oui

Commentaires : Parfois téléconsultation avec association IDE sur place.

Si oui, pour quel type de SNP faites-vous des VAD ? **Libre appréciation régulateur**

- Proposez-vous des créneaux de téléconsultation pour certains SNP ?

Oui

Si oui, pour quel type de SNP ? Certaines demandes de VAD avec IDE sur place, à la libre appréciation du régulateur

- Avez-vous prédéfini des types de SNP nécessitant une orientation spécifique (par exemple sutures) ?

Non pas encore

Commentaires : Protocole de coopération avec orientation directe avec autres professionnels de santé en cours de rédaction.

Modalités pratiques de l'orientation des SNP sur RDV

- Utilisez-vous un agenda numérique mutualisé permettant de recevoir les demandes de SNP du territoire ?

Non

- Comment un patient peut-il prendre rendez-vous sur cet agenda ? En ligne ou par téléphone ?

RDV par téléphone.

- En cas de prise de rdv téléphonique, avez-vous une secrétaire physique dédiée pour la CPTS ou une plateforme délocalisée ?

IDE régulateur dédié à la CPTS : orientation des SNP**Puis appel du secrétariat effecteur pour prise de rdv.**

- Utilisez-vous un numéro téléphonique dédié à ces SNP ?

Oui

- Acceptez-vous des SNP hors territoire de la CPTS ? Si oui, savez-vous estimer le % ?

Oui : moins d'un quart**Articulation des SNP avec les urgences ou le SAS**

- Avez-vous des créneaux dédiés pour la réorientation depuis un service d'urgence ?

Non

- Avez-vous des créneaux dédiés pour la réorientation depuis le SAS ?

NonCommentaires :

Relais du SAS : encore à définir, probablement le régulateur appellera l'IDE régulateur de la CPTS.

Coût du protocole :

- Une compensation financière pour les MG participant à l'offre médicale a-t-elle été mise en place ?

OuiQuelles modalités ?**Compensation financière par consultation, avec un paiement par la CPTS trimestriel ou semestriel**Quel montant ?**15€ supplémentaire par consultation : 25 + 15euros**

- Existe-il une compensation financière en cas de RDV non honoré ?

Oui : 25€ par créneau non pris.

- Avez-vous estimé le coût global de ce projet ?

Estimation imprécise**IDE embauché CDI 35H****Valorisation MG : 10 000€ sur un trimestre**Commentaires thésard :

Pour estimation coute IDE : salaire moyen annuel IDE 22000euros, charges 11000€, estimation du coût du protocole 43000€.

Communication sur l'existence du protocole :

- Avez-vous informé la population de cette orientation des SNP en ville ?

OuiSi oui, comment ?**Réseaux sociaux // Sous-préfet, maire// Professionnels de santé// TV et journaux**

Efficiencce du protocole :

- Quel est le taux de prise de rendez-vous sur les créneaux dédiés ?
Approximativement en %

Ne sait pas.

Combien de SNP ont-ils été réalisés depuis la mise en place du protocole ?

400 SNP depuis 7 mois soit 57 par mois.

- Quel est le taux de rendez-vous non honoré sur ces créneaux ? Approximativement en %.

0

- Savez-vous si les médecins participant au protocole sont satisfaits du protocole ?
(Avantages / inconvénients)

Étude d'évaluation pas encore réalisée

- En tant que référent SNP de la CPTS : quelles sont les remarques sur votre protocole ?
 - **Créneaux non remplis (mais pas de chiffre)**
 - **Certains créneaux sont non pertinents : donc jamais remplis.**
 - **Certains appels hors SNP : Demande d'infirmiers sur des soins palliatifs ou renouvellement traitement : déviance des SNP donc pas d'intervention réalisée.**

J. Annexe 10 : Tableau de recueil de données des dispositifs des CPTS des Hauts de France

ITEM	CPTS 1	CPTS 2	CPTS 3	CPTS 4	CPTS 5	CPTS 6	CPTS 7	CPTS 8	CPTS 9	CPTS 10	CPTS 11	11 CPTS	4 CPTS Opérationnelles	7 CPTS non opérationnelles
CPTS opérationnelles ?	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Taille de la CPTS ?	3	3	3	3	2	3	3	4	1	2	1	1	27,8	47
Nbre MG adhérents	41	50	Ne sait pas	50	31	15	40	16	6	18	11	11	19,57/142857	20
Nbre MG participants	12	37	ne sait pas	11	15	10	10	10	6	18	9	9	13,8	20
Sur RDV ?	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	9	4
Nbre de SNP proposé par jour pour la CPTS	Ala demande	15	6	4	Ne sait pas	Ne sait pas	8	16	30	90	Ala demande	24,142857/14	8,333333333	36
Visite à domicile pour les SNP ?	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	6	3
Téléconsultation pour les SNP ?	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	7	3
Orientation spécifique pour certains SNP ?	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	2
Agenda partagé en ligne ?	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	6	1
Prise de rdv via ligne téléphonique ?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	10	4
Ligne téléphonique dédiée ?	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	6	4
Intervention du secrétariat ou coordinateur de la CPTS	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	5	2
RDV donnés par IDE régulatrice, salariée CPTS	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
RDV donnés par des professionnels de santé ?	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	4	1
RDV via un secrétariat délocalisé ?	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
RDV pris sur l'agenda partagé en ligne ?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
RDV pris via IAO des urgences ?	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	6	2
RDV via secrétariat du SAS ?	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8	2
Des SNP hors territoire ?	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	4	1
Valorisation financière des effecteurs ?	1	1	1	0	1	1	1	0	Ne sait pas	0	0	0	6	3
Compensation dédiée aux rdv non honorés ?	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Communication du protocole à la population générale ?	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	2
Nbre de SNP par mois ?	6	57	130	20									53,25	53,25
% de rdv non honoré ?	5,60%	0	0	0									1,40%	1,40%
Evaluation protocole déjà faite ?	0	0	0	0									0	0

Légende :
 OUI = 1
 NON = 0

K. Annexe 11 : Synthèse des réponses des 11 CPTS

Résultats : Toutes CPTS confondues

PARTIE 1 : CPTS ET MG des SNP :

1/ Avez-vous débuté votre protocole d'orientation des SNP au sein de votre CPTS ?

4 opérationnelles

7 protocoles rédigés sans application

3 sans protocole, pas de recueil de données

3 non-réponses

2/ Quelle est la taille de votre CPTS ?

CPTS Taille 1 : 2

CPTS Taille 2 : 2

CPTS Taille 3 : 6

CPTS Taille 4 : 1

3/ Combien de médecins généralistes adhérents avez-vous ?

CPTS Taille 1 → 8,5 (6 ;11)

CPTS Taille 2 → 24,5 (31 ;18)

CPTS Taille 3 → 39,2 (41 ;50 ;50 ;40 ;15)

CPTS Taille 4 → 16 (16)

4/ Parmi ces adhérents, combien participent à la mission de SNP ?

CPTS Taille 1 → 7,5 (6 ;9)

CPTS Taille 2 → 16,5 (15 ;18)

CPTS Taille 3 → 16 (12, 37, 11, 10,10)

CPTS Taille 4 → 10 (10)

Au total 60% de participant parmi adhérents, 43% pour celles opérationnelles et 69% pour celles non opérationnelles

PARTIE 2 : Offre médicale pour PEC SNP :

5/ Sous quel format votre CPTS propose t'elle des SNP : Sur ou sans RDV ?

Sur RDV. : 7

Sans RDV : 2

Mixte : 2

Résultats : SNP sur RDV exclusivement : 7/11, SNP avec possibilité RDV : 9/11

6/ Concernant les SNP sans rdv, quelle plage horaire et combien de journées avez-vous définis ? Combien de consultations cela représente ?

- **6,75 par jour par CPTS**

7/ Concernant les SNP sur rdv, Les nombre de créneaux est-il prédéfini ?

Non ouverture à la demande : 2

Oui : 6

Ne sait pas : 1

Si oui, combien de créneaux par jours avez-vous proposez ?

- **Moyenne SNP par jour = 24 → non représentative** (5 // 8 // 5,5 // 8 // 11 // 30 // 90)

- **Moyenne CPTS opérationnelles : 8,1 (6//15//5,5)**

- **Moyenne CPTS non opérationnelles : 36 (8//16//30//90)**

-

Quelles journées comportent des créneaux ? 5 jours sur 5 pour tous. Parfois samedi matin pour 3 CPTS

8/ Y a-t-il des propositions pour les SNP nécessitant des visites à domicile ?

- Oui : 6

Non : 5

Résultat VAD pour SNP : 6/11 dont 2 organisations : binôme IDE-MG pour les VAD

9/ Proposez-vous des créneaux de téléconsultation pour certains SNP ?

- Oui : 7 Non : 4

Résultat TCG pour SNP : 7/11, à la libre appréciation effecteur/régulateur.

10/ Avez-vous prédéfini des types SNP nécessitant une orientation spécifique (par exemple sutures) ?

Oui : 3 Non : 8

SNP spécifique : 3/11

PARTIE 3 Organisation de l'orientation des SNP :

11/ Utilisez-vous un agenda numérique mutualisé permettant de recevoir les demandes de SNP du territoire ? Si oui lequel ? Si non pourquoi ?

Non : 5 Oui : 6

Agenda partagé = 6 /11 Agenda utilisés : Doctolib, Predice, Entr'actes.

12/ Comment un patient peut-il prendre rendez-vous sur cet agenda ? En ligne ou par téléphone ?

Téléphone : 10 cas sur 11

Via IAO des urgences : 6 cas sur 11

Via un professionnel de santé libéral : 4 cas sur 11

Agenda partagé en ligne : 0

13/ En cas de prise de rdv téléphonique, avez-vous une secrétaire physique dédiée pour la CPTS ou une plateforme délocalisée ?

Parmi les 10 réponses téléphoniques, qui répond ?

- Secrétariat du SAS : 8
- Personnel salarié par la CPTS : 6 → secrétaire CPTS, coordinatrice, IDE régulatrice.
- Secrétaire MSP du territoire : 1
- Plateforme délocalisée : 1

14/ Utilisez-vous un numéro téléphonique dédiée à ces SNP ? Si oui, quels horaires sont disponibles ?

Oui : 6 Non : 5

Résultat 6/11

Récapitulatif agenda partagé et ligne téléphonique dédiée :

3 CPTS utilisent uniquement un agenda partagé

3 CPTS utilisent une ligne téléphonique dédiée sans agenda partagé

3 CPTS utilisent un agenda partagé et une ligne téléphonique.

2 CPTS utilisent aucun des deux, elles utilisent uniquement le SAS, ceux sont 2 CPTS non opérationnelles.

15/ Acceptez-vous des SNP hors territoire de la CPTS ? Si oui, savez-vous estimer le % ?

Oui : 4 Non : 7

Résultat 4/11, estimation inférieure à un quart.

PARTIE 4 Articulation des SNP avec SAS/ Urgences

16/ Avez-vous des créneaux dédiés pour la réorientation depuis un service d'urgence ? Si oui, comment les urgences prennent ils rdv ?

Oui : 6 Non : 5

**Résultat Articulation avec urgences 6/11, prise de rdv possible par téléphone.
Souhait de certaines urgences d'un agenda partagé plutôt que le téléphone.**

Attention chiffre à nuancer : Car bcp disent « l'envisager » ou « juste donné le numéro sans réunion ou protocole associé »

17/ Avez-vous des créneaux dédiés pour la réorientation depuis le SAS ? Si oui, comment le SAS prend il le rdv ?

Oui : 8 Non : 3

Résultat : Articulation avec le SAS : 8/11

PARTIE 5 : Coût du protocole :

18/ Une compensation financière pour les MG participant à l'offre médicale a-t-elle été mise en place ? Si oui quelles modalités et quel montant ?

Oui : 6 Non : 4 Ne sait pas : 1

Si oui, quelles sont les modalités :

Par nombre de consultations : 2 Par participation plage horaire de l'astreinte : 4

Montant :

Par consultation : 15^e supplémentaire (identique pour les 2)

Par plage horaire : Variable entre 50^e /H et 75^e/H.

Résultats 6/11 compensation financière

2/6 en consultation et 4/6 en plage horaire

19/ Existe-il une compensation financière en cas de RDV non honoré ?

Oui : 2 Non : 9

De quel montant ? 25^e ou 15^e

Résultat : 2/11 compensation financière pour rdv non honoré

20/ Avez-vous estimé le coût global de ce projet ?

Oui : 4 Non : 7

Si oui combien ? Toutes les réponses étaient imprécises.

Varie entre 24000^e et 65 000^e.

La revalorisation des MG pour 3 CPTS coûte 40 000^e.

Résultat : 4/11 (peu d'estimation..., peu de chiffres concrets donnés)

Question non pertinente

PARTIE 6 : Communication sur l'existence du protocole :

21/ Avez-vous informé la population de cette orientation des SNP en ville ?

Oui : 11 Non : 0

Si oui, qui avez-vous informé et comment ?

Soit Toute la population : 9 Soit uniquement professionnel de santé : 2

Communication pour les professionnels de santé : Messagerie sécurisée, téléphone.

Communication pour la population : Réseaux sociaux// Mairie // Prof de santé // Médias

Résultats : Communication grand public : 9/11

Partie 7 : Efficience du protocole : (pour les 4 CPTS opérationnelles)

22 / Quel est le taux de prise de rendez-vous sur les créneaux dédiés ? Approximativement en %

Ouverture à la demande, donc pas de chiffre : 2 Ne sait pas 2

⇒ **Question non pertinente, mais du coup adaptation autre question :**

Question 22 bis :

Combien de SNP ont-ils été réalisés depuis la mise en place du protocole en moyenne par

mois ?

Moyenne : 53,25 SNP par mois (6, 57, 130, 20)

23/ Quel est le taux de rendez-vous non honoré sur ces créneaux ? Approximativement en %.

Résultat : Inférieur à 6 % au maximum : 5,6%, 0, « faible »

24/ Savez-vous si les médecins participants au protocole sont satisfaits du protocole ?

(Avantages / inconvénients)

- Retour pas encore connu, études prévues à un an de mise en place : 1
- Pas assez de MG effecteur : 1
- Pas d'inconvénients : 2

Résultat : Réponses non contributives

25/ En tant que référent SNP de la CPTS : quelles sont les remarques sur votre protocole ?

Pour celles non opérationnelles

- **Quelle compensation financière pour MG effecteurs (4)**
- **Compensation financière Effecteurs : une nécessité : (3)**
- **Échec de la réorientation des urgences vers MG (2)**
- **Coût financier trop élevé si CPTS s'occupe (2)**
- **Risque de déviance de définition SNP (2)**
- **Partir des besoins du territoire pour créer adhésion effecteurs (1)**

Pour celles opérationnelles :

- **Risque de déviance de définition des SNP (2)**
- **Pas assez d'effecteur (2) et absence de valorisation effecteurs : (2)**
- **Créneaux de SNP non pourvus : (1)**
- **Non pertinence d'un créneau proposé par un effecteur : (1) :**
- **Souhait de travail avec réorientation depuis les urgences (1)**
- **N'a pas encore d'outil partagé mais souhaite le faire (1)**

L. Annexe 12 : Rédaction du protocole de gestion des SNP pour la CPTS Opale Sud.

Présentation du protocole de prise en charge des SNP au sein de la CPTS Opale sud Version CPTS

Description de l'offre de soins :

- Soins non programmés sur RDV uniquement
- Organisation :
 - o Demi-journée d'astreinte par médecin généraliste effecteur
 - o **1H par semaine** = 4 créneaux sur la même demi-journée.
 - o **Possibilité d'organiser les 4 créneaux au choix** : à la suite, séparés...
- Objectif : **recrutement de 10 à 20 MG effecteurs** parmi les 51 médecins du territoire, dont les 17 médecins adhérents de la CPTS (données 2022)
Si plus de 10 MG, doubler les demi-journées fortement sollicitées en SNP (lundi, vendredi, ou même samedi matin ?)
- Estimation du nombre de RDV SNP proposés : Environ 2000 SNP par an proposés. (8 SNP par jour, fois 5 par semaine, fois 52)

Détails de la prise de RDV :

- Comment prendre RDV sur l'agenda partagé ? :
 - o **En ligne** sur l'agenda partagé **par le patient**.
 - o Via une ligne **téléphonique** : soit **celle du SAS** soit celle **des secrétariats des MG** du territoire participant au dispositif // Pas de ligne téléphonique dédiée.
 - ⇒ Les secrétariats prennent alors rdv sur l'agenda partagé via code d'accès.
 - o Via un **Professionnel de santé** de la **CPTS**, ou **réorientation des urgences** de Boulogne sur mer.
 - ⇒ Les professionnels de santé prennent alors rdv sur l'agenda partagé via code d'accès.
- Caractéristiques de l'agenda partagé Doctolib :
 - o **Interopérabilité avec le SAS :**
 - Les créneaux sur Doctolib apparaissent sur le logiciel du SAS, et les RDV pris par le SAS apparaissent sur l'agenda Doctolib.
 - o **Possibilité de limiter la déviance des SNP :**
 - Soins < 24h : Modalité ouverture créneaux 48h avant possible
 - Si indisponibilité MT
 - Éliminer les urgences réelles
 - Si non respect des critères SNP : possibilité de cocher case « SNP non justifiés » au bout deux situations : patient bloqué.
 - o **Inclusion des médecins généralistes** : agenda Doctolib mis à disposition pour les médecins généralistes n'ayant pas cet agenda.
 - o Différents niveaux d'accès à l'agenda :
 - Le médecin peut moduler l'ouverture de ses créneaux.
 - Les autres acteurs peuvent uniquement remplir les créneaux.

- Données statistiques annuelles pour la CPTS fournies par Doctolib (indicateurs ACI)

Coût du projet : 2 composantes :

1/ Paiement du logiciel Doctolib :

- Fonctionnalité CPTS gratuite pour ceux l'ayant. (1 accès gratuit pour la CPTS)
- **29 euros/mois** pour ceux n'ayant pas de contrat avec Doctolib (cf liste des MG adhérents de la CPTS = 90% MG adhérents CPTS ont Doctolib)

Estimation coût : si 6 MG parmi les 20 effecteurs n'ont pas Doctolib : $29 * 12 * 6 \Rightarrow$ environ **2100€/an**

2/ Rémunération des MG par forfait d'astreinte :

Proposition : 1h = 40€ pour le médecin. A raison de 10 astreintes par semaine : $40 * 10 * 52 = 20\ 800^E/\text{an}$

→ COUT DU PROJET < 35 000 euros / an

PS : *La rémunération de la CPTS provient essentiellement de l'ACI, mais il peut être aussi discuté d'un forfait de réorientation avec les urgences...*

M. Annexe 13 : Lettre de présentation du protocole de gestion des SNP de la CPTS Opale Sud aux médecins généralistes du territoire

Objet :

Proposition de participation à la prise en charge des soins non programmés (SNP) au sein de la CPTS Opale Sud.

Définition :

Les SNP sont des actes de médecine générale, relevant d'une urgence ressentie par le patient motivant un RDV dans les 24 heures, excluant des actes complexes.

Contexte :

La prise en charge des SNP par la CPTS est une mission socle : obligatoire pour la CPTS, en revanche la participation des médecins généralistes est **sur la base du volontariat**.

L'objectif est **de valoriser des consultations que vous réalisez déjà** : la prise en charge des soins non programmés de patients ne faisant pas partie de votre patientèle.

Cela n'a pas vocation à se substituer à vos organisations individuelles.

Modalités pratiques :

- **Combien de temps cela prend ?**

1H par semaine de RDV de SNP par médecin généraliste, répartie en 4 créneaux au cours de la demi-journée de votre choix.

Vous organisez les RDV dédiés aux SNP selon votre choix : 4 créneaux à la suite, intercalés entre vos créneaux, ...

- **Gestion administrative par la CPTS :**

La prise de RDV est gérée par la CPTS via l'agenda Doctolib. Pour les médecins n'ayant pas cet agenda, la CPTS vous donne des codes d'accès pour modifier/consulter vos créneaux depuis votre ordinateur.

- **Qui peut prendre le RDV ? (cf annexe 1 ci-dessous)**

Les RDV peuvent être pris par : les patients en ligne, les professionnels de santé du secteur, les différents secrétariats des médecins généralistes du secteur, les urgences de Boulogne, et la régulation du SAS.

- **Un dispositif flexible :**

⇒ **Possibilité de changer l'horaire** tout en restant dans la même demi-journée,

⇒ Si vous êtes indisponible : **possibilité de bloquer les créneaux**.

- **Un accès aux SNP uniquement :**

La prise de RDV permet **uniquement des RDV pris 24h avant** pour des urgences ressenties **de médecine générale**, si **le médecin traitant n'est pas disponible**. S'il existe des abus de certains patients, vous avez la possibilité de les bloquer.

- **Libérer du temps médical :**

A terme, cette organisation a pour **objectif de faciliter la coordination et délégation de compétences des professionnels de santé de la CPTS** et libérer du temps médical aux MG : par exemple création de binôme IDE au domicile et MG en téléconsultation pour les VAD non programmées, protocole paramédicaux (protocoles : entorse-Kiné, plaies-infirmiers...), SNP dentaires, ...

Une démonstration du fonctionnement du logiciel sera organisée pour ceux intéressés.

Valorisation financière :

Tout d'abord, la cotation de la consultation est « G » pour un acte à 25euros. Mais certains dispositifs financiers majorent la participation :

⇒ Via la CPTS :

C'est un **forfait participatif** => **40 euros pour l'heure effectuée.**

C'est payé par la CPTS, via un versement trimestriel par la CPTS

⇒ A noter, que la participation aux SNP amène une majoration du forfait structure dans les ROSP, et un possible financement du SAS.

Adhésion au protocole ?

Nous vous remercions de nous communiquer votre volonté de participer/ ou non à ce protocole → **Réponse par mail OUI ou NON**

- Si vous le souhaitez, il faut être (ou devenir) adhérent à la CPTS (15€/an)
- Pas d'engagement : vous pouvez arrêter votre participation si cela ne vous convient plus

→ Si OUI, sur quelle demi-journée souhaitez-vous proposer vos 4 créneaux de SNP ?

N. Annexe 14 : Prise de rendez-vous en ligne pour le patient aux SNP de la CPTS Opale Sud

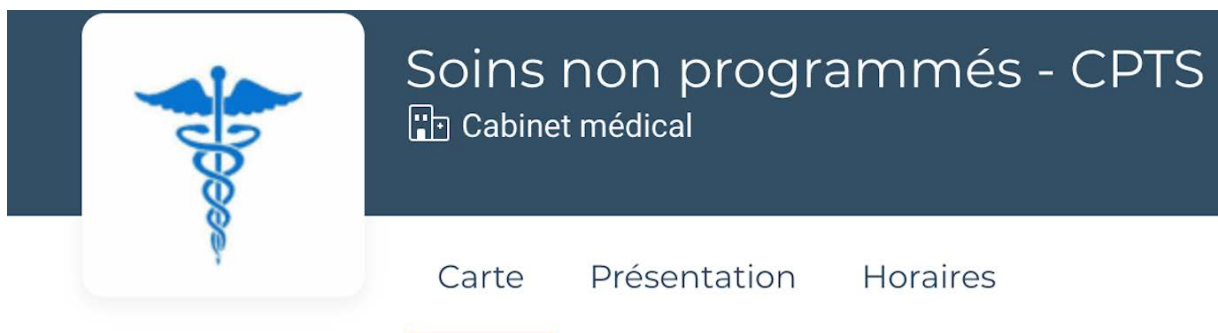
1/ Étape 1 : Le patient souhaite trouver un rendez-vous de SNP de la CPTS Opale Sud.

Il doit aller sur le site Doctolib, et inscrire dans la barre de recherche le mot clé « CPTS Opale Sud »



En amont la communication de la CPTS aura expliqué aux patients de rechercher un rendez-vous via ce mot clé, et l'URL direct sera également communiqué passant cette étape.

2/ Étape 2 : Le patient arrive sur la fiche centre de la CPTS :



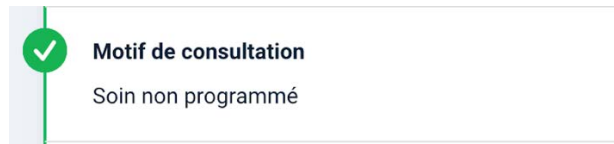
☰ Présentation de l'établissement

La réservation d'un rendez-vous pour un soins non programmé est accessible en ligne pour les patients habitant sur le territoire de la CPTS Opale Sud. Le créneau obtenu sera avec un médecin du territoire de la CPTS Opale Sud, son identité et son adresse vous sera communiqué avant la confirmation du rendez-vous.

Cette description aura été faite également à travers les moyens de communication de la CPTS, une carte du territoire de la CPTS sera jointe.

Étape 3 : Le patient remplit le questionnaire interactif sur la droite de cette même page.

- Motif de consultation : choisir dans le menu déroulant « soins non programmés »



Motif de consultation
Soin non programmé

- Qui est votre médecin traitant ? Choisir dans le menu déroulant le nom d'un des 48 MG du territoire ou « je n'ai pas de médecin traitant »
- Votre médecin traitant est-il indisponible ? Cocher oui
- Dans quelle commune vivez-vous ? Saisie libre

Enfin, sélection du créneau :

Sélectionnez votre rendez-vous

	mer. 15 juin	jeu. 16 juin	ven. 17 juin	sam. 18 juin
10:10		—	—	—
10:30		—	—	—
10:40		—	—	—

Étape 4 : Avant de valider son rendez-vous, le patient lit les rappels et accepte les consignes :

Il y est rappelé la définition d'un SNP, et le patient est informé qu'en cas de non-respect des règles, il risque d'être bloqué lors d'une prise d'un rdv ultérieure.

Le patient doit confirmer et accepter les consignes :

J'AI LU ET J'ACCEPTÉ LES CONSIGNES

Étape 5 : Le patient est informé du médecin généraliste effecteur, et de l'adresse de son cabinet.

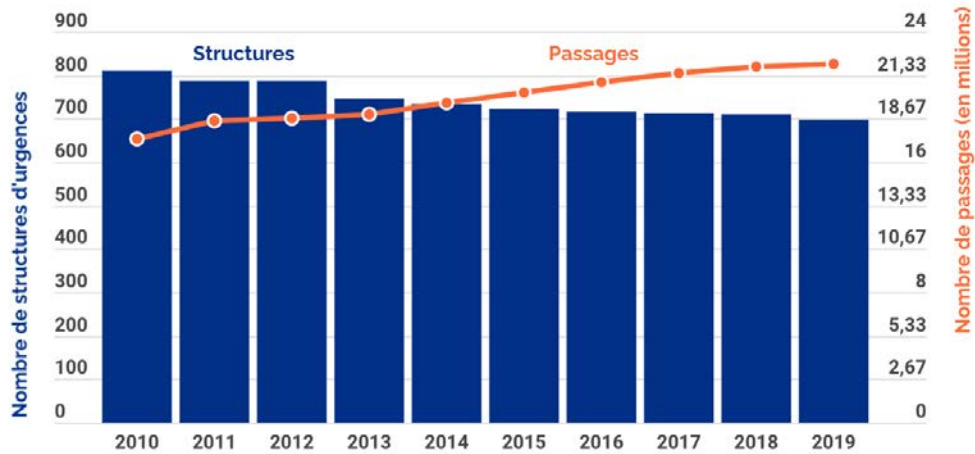
Étape 6 : Après confirmation du patient, le créneau est réservé.

O. Annexe 15 : Taux de passages aux urgences, Source SFMU

Urgences : nombre de structures et de passages

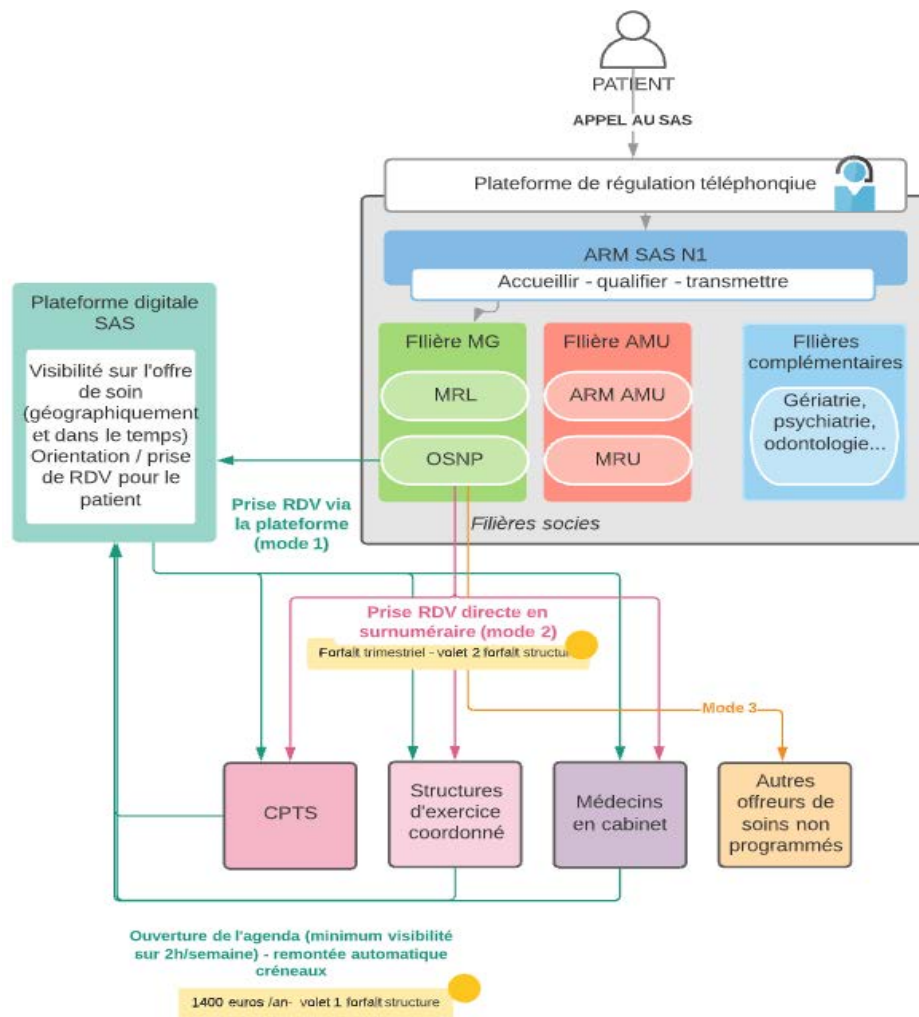


Dans les établissements de santé publics et privés

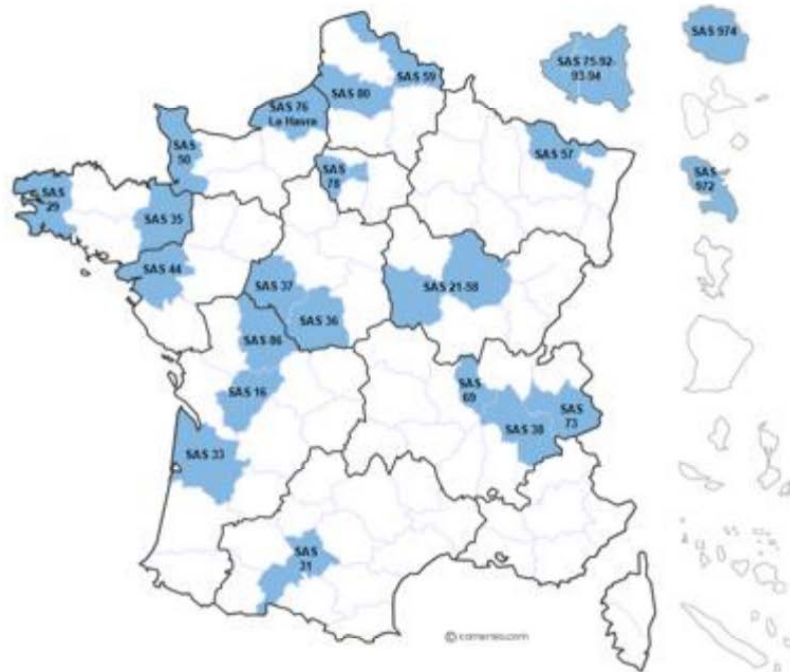


Source : Drees-SAE (statistique annuelle des établissements) 2010-2019

P. Annexe 16 : Articulation SAS et CPTS, source URPS.



Q. Annexe 17 : 22 sites pilotes de régulation par le SAS en 2021, source du ministère des Solidarités et de la Santé



R. Annexe 18 : Les différents acteurs de la gestion des SNP de la CPTS Opale Sud



S. Annexe 19 : Indicateur ACI pour la mission SNP

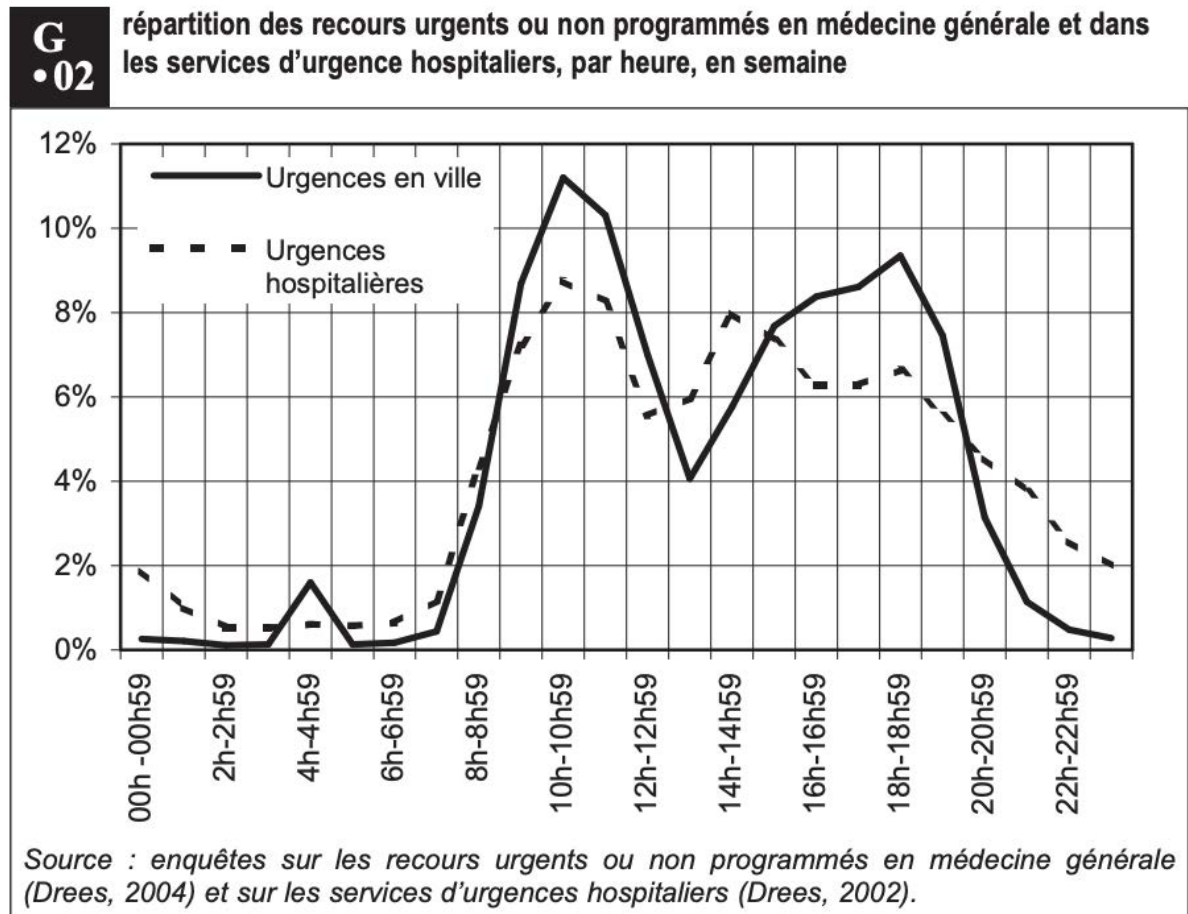
Mise en page par la CPTS Opale Sud, à partir des données de l'Avenant 2



Intitulé de l'indicateur	Niveau de définition	Moyen de recueil des indicateurs	Source
Taux de passages aux urgences générales, pédiatriques, et de gynécologie obstétrique non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant)	National	Données chiffrées	CNAM
Part des admissions directes en hospitalisation de médecine (indicateur croissant)	National	Données chiffrées	CNAM
Augmentation du nombre de consultations enregistrées dans le cadre de l'organisation de régulation territoriale mise en place pour prendre en charge les soins non programmés.	National	Données chiffrées	CNAM
Synthèse des organisations de CPTs, synthèse des organisations existantes auprès de MG du territoire	Local	Synthèse thèse Lucas Dubois Synthèse Thèse Pierre Morieux	CPTS
mise en place d'un plan d'actions/process d'organisation territoriale et partenariale pour améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville d'abord avec les médecins généralistes puis avec les autres PS (chir d'enti, ide, kiné..)	Local	Groupe de travail : émargement, nombre de participants protocole Convention dans le cadre du SAS..	CPTS
Mise en place d'un dispositif de traitement et orientations des demandes de SNP : planning partagé identifiant les plages de SNP toute l'année	Local	Choix outil numérique D'Agenda partagé	CPTS
Mise en place d'une communication/information au public sur l'offre/organisation de soins non programmés sur le territoire	Local	Supports de communication Diffusion réalisée	CPTS
Mise en place d'une communication sur l'organisation mise en place auprès des établissements	Local	Supports de communication Diffusion réalisée	CPTS
Taux de professionnels de santé du territoire participant à la gestion des SNP /adhérents à la CPTS par profession - nombre de SNP via la CPTS	Local	Données chiffrées	CPTS
Nombre de MG participant au SAS	National		Nouvel indicateur avenant 2
Nombre de demandes du SAS ayant abouti à un RDV SAS	National		Nouvel aindicateur Avenant 2

T. Annexe 20 : Répartition des recours urgents ou non programmés en médecine générale et dans les services d'urgences hospitaliers

Source DREES



AUTEUR : Nom : DUBOIS

Prénom : Lucas

Date de soutenance : Jeudi 7 juillet 2022

Titre de la thèse : Élaboration d'un protocole permettant la prise en charge des soins non programmés de médecine générale au sein de la CPTS Opale Sud.

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Modèles d'organisation, Accessibilité des services de santé, Soins de santé primaires, Urgences

Résumé :

Introduction : La gestion des Soins Non Programmés (SNP) est un enjeu de santé publique. L'organisation du système de soins ne permet pas de répondre à l'ensemble des demandes, induisant une saturation des urgences. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont pour mission d'assurer la gestion coordonnée des SNP sur un territoire, tout en respectant le parcours de soins. Ce mode d'exercice coordonné créé en 2016, a un déploiement à l'échelle des Hauts de France disparate. Au 1^{er} janvier 2022, 18 CPTS sont en état de fonctionnement sur la région. L'objectif de cette étude est d'élaborer une organisation au sein de la CPTS Opale Sud permettant la prise en charge dans les 24 heures, une demande d'un patient du territoire en situation d'urgence non vitale.

Matériel et méthodes : L'étude se déroule en trois temps : un recueil de données des protocoles des 18 CPTS de la région par entretien téléphonique, puis l'élaboration d'un protocole de prise en charge des Soins Non Programmés adaptée à la CPTS Opale Sud, enfin une mesure du taux d'engagement des médecins généralistes du territoire.

Résultats : 11 CPTS ont été incluses dans l'étude. Les SNP étaient sur rendez-vous dans 9 cas sur 11, accessible via une ligne téléphonique dans 10 CPTS. 6 CPTS utilisaient un agenda partagé. 8 CPTS avaient une articulation avec le SAS. 6 protocoles essayaient une réorientation depuis les services d'urgences. La rémunération des effecteurs avait lieu pour 6 CPTS. Ces données confrontées aux besoins du territoire, ont permis d'élaborer un protocole pour la gestion des SNP de la CPTS Opale Sud. Le taux de participation des médecins était de 37,5%, ce qui représente 18 effecteurs.

Conclusion : L'élaboration de ce protocole assure aux patients du territoire de la CPTS Opale Sud une accessibilité aux demandes de SNP en ville, dans le respect du parcours de soins. Cette offre de soins de santé primaire s'articule avec les acteurs de santé locaux, le service d'urgence du territoire et la régulation téléphonique nationale, qu'est le SAS. Ce dispositif devra être réévalué à partir de ses retours d'expérience, de l'évolution de son territoire, et des prochaines recommandations nationales.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseur : Madame le Docteur Muriel VAMPOUILLE-DENERVAUD

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Denis Deleplanque

