



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Le Service d'Accès aux Soins vu par des médecins effecteurs du Nord

Présentée et soutenue publiquement le 4 décembre 2024 à 16h

au Pôle Formation

par Laura KASPRZAK

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseur :

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Ludovic WILLEMS

Avertissement

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

Table des matières

Introduction.....	7
I. Contexte général : la pression des soins non programmés en France.....	7
II. Contexte spécifique : la mise en place du SAS dans le Nord.....	9
III. Problématique posée : qu'en pensent les médecins généralistes effecteurs ayant testé le SAS en pratique quotidienne ?.....	11
Matériels et méthodes.....	12
I. Étude qualitative.....	12
II. Population.....	12
III. Recueil de données.....	14
a. Entretien individuel semi dirigé et guide d'entretien.....	14
b. Déroulé des entretiens.....	14
c. Retranscription et stockage des données.....	15
IV. Analyse des données.....	16
a. Analyse thématique.....	16
b. L'outil SWOT.....	16
V. Aspects éthiques et réglementaires.....	18
Résultats.....	19
I. Population étudiée.....	19
II. Forces.....	21
a. Satisfaction du dispositif du SAS.....	21
b. Avoir été informé(e) de l'existence du SAS.....	22
c. Choix de l'intégration du SAS.....	23
d. Utilisation d'un logiciel de prise de rendez-vous en ligne (Doctolib).....	25
e. Identifier les rendez-vous non honorés.....	26

f.	Recevoir de vraies urgences relatives grâce à la régulation.....	27
g.	Être rémunéré(e) correctement pour le service rendu.....	28
h.	Être favorable au centre de SNP.....	30
i.	Pas de difficulté d'inscription au SAS.....	31
III.	Faiblesses.....	32
a.	Déception du dispositif du SAS.....	32
b.	Méconnaissance du dispositif du SAS.....	34
c.	Logiciel de prise de rdv en ligne (Doctolib) imposé.....	37
d.	Perte de temps médical des rendez-vous non honorés.....	41
e.	Ne pas toujours recevoir des urgences relatives malgré la régulation.....	42
f.	Ne pas être rémunéré suffisamment pour le service rendu.....	44
g.	Ne pas être favorable au centre de SNP.....	46
h.	Inscription difficile et décourageante.....	48
IV.	Opportunités.....	49
a.	Donner un accès pour tous à la santé.....	49
b.	Développer un système solidaire.....	52
c.	Être un acteur de santé impliqué pour mon territoire.....	54
d.	Demander la vérification de l'indisponibilité/absence de MT.....	56
e.	Développer le lien entre régulateur et effecteur.....	57
f.	Coordination entre CPTS et SAS.....	58
g.	Facilité d'accès à mon cabinet.....	61
V.	Menaces.....	62
a.	Manque de communication.....	62
b.	Ne pas surcharger son emploi du temps.....	68
c.	Participer au SNP avec ou sans le SAS.....	71

d. Ne pas vouloir la vérification de l'indisponibilité/absence de MT.....	74
e. Dégradation du rôle de médecin traitant.....	76
f. Impact de la crise du COVID.....	79
g. Coût important pour la société.....	81
h. Pauvreté limite la mobilité.....	82
Discussion.....	83
I. Résumé des résultats.....	83
II. Validité de l'étude.....	87
a. Forces de l'étude.....	87
b. Limites de l'étude.....	89
III. Discussion des résultats et perspectives.....	91
Conclusion.....	95
Bibliographie.....	97
Annexes.....	98
Guide d'entretien version initiale.....	98
Guide d'entretien version finale.....	99
Mail d'information.....	100

Abréviations

SAS	Service d'accès aux soins
MG	Médecin généraliste
SNP	Soins non programmés
MGR	Médecin généraliste régulateur
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
MT	Médecin traitant
MGE	Médecins généralistes effecteurs
MMG	Maison médicale de garde
SWOT	Strengths, weaknesses, opportunities, threats Forces, faiblesses, opportunités, menaces
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique

Introduction

I. Contexte général : la pression des soins non programmés en France

On constate qu'entre 1997 et 2017, le nombre de passages annuels aux urgences a doublé. 30 à 40% des patients se présentant dans un service d'urgence auraient pu être pris en charge par un Médecin généraliste (MG), sous réserve d'avoir trouvé un rendez-vous dans les 48 heures. Les patients vont aux urgences, faute d'alternative.

En septembre 2019, le pacte de refondation des urgences propose une organisation pour palier à ce manque : le Service d'accès aux soins (SAS). (1)

Le SAS a pour vocation de proposer à chacun un service simple lui permettant d'accéder à un professionnel de santé qui lui fournira au besoin : un conseil, une téléconsultation, un rendez-vous avec un MG dans les 48h, ou une orientation vers un service d'urgence.(2)

En juillet 2020, le Ségur de la Santé a réaffirmé la volonté d'améliorer la gestion des Soins non programmés (SNP) par le développement du SAS.

Le SAS doit être un complément à l'offre de la permanence de soins déjà existante, pour apporter une réponse à tous les patients dans un délai de 48h maximum, 7 jours sur 7 et 24h/24 à un besoin de soins ressenti comme urgent par le patient mais ne nécessitant pas nécessairement une prise en charge dans un service d'urgence. (4)

Il se veut être un complément à la gestion des SNP déjà mis en place au sein des CPTS et ne doit pas être une substitution au Médecin traitant (MT) pour les patients en ayant un.

Le SAS est fondé sur un partenariat étroit entre les MG et les professionnels de l'urgence hospitalière des SAMU. (2)

22 sites pilotes dans 13 régions ont été choisis pour expérimenter dès janvier 2021 le SAS. (3)

Dans ces projets pilotes, la participation des Médecin généraliste régulateur (MGR) comme des Médecins généralistes effecteurs (MGE) est basée sur le volontariat.

Pour les MGE volontaires qui assurent les rendez-vous de SNP en ville, il est prévu une majoration de 15 euros pour tout acte effectué, via la cotation « SNP » dans la limite de 20 consultations par semaine et par médecin. Il faut impérativement que la consultation ait été régulée par le SAS et que le patient ne fasse pas partie de la « patientèle médecin traitant » du MG en question.

Les MGE peuvent également bénéficier d'une rémunération supplémentaire de 1 400 euros par an, grâce à l'indicateur 8. Ils doivent remplir 2 conditions : être inscrit à la plateforme numérique du SAS et donner de la visibilité sur leurs plages de consultations disponibles pour que les patients orientés par le SAS puissent y avoir accès.(4)

II. Contexte spécifique : la mise en place du SAS dans le Nord

La régulation du SAS s'est donc implantée physiquement au sein de la régulation du SAMU 59 du CHRU de Lille.

Le SAS est actif du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi matin de 8h à 12h.

La permanence de soins prend le relais : en semaine de 20h à 8h, et le week-end du samedi à 12h jusqu'au lundi matin à 8h.

Ainsi, il existe un service complémentaire permettant de couvrir la demande 7 jours sur 7 et 24h sur 24.

Dans une volonté de rendre le SAS le plus simple possible, il a été décidé que le numéro d'accès à la régulation par un MG soit le 15.

En cas d'indisponibilité du MT ou pour les patients n'ayant pas de MT, il est donc possible de contacter le 15 pour une demande de SNP.

Lorsque le MGR décide d'orienter le patient vers une consultation de MG, il faut trouver un créneau de consultation vers un MGE.

Afin d'uniformiser le panel d'offre et de faciliter l'orientation du patient vers un MGE, une plateforme numérique nationale a été mise en place.(5)

Cette plateforme numérique nationale est destinée exclusivement à l'usage des professionnels de santé participant au SAS. Elle est un annuaire dans la recherche d'offre de soins pour rendre le plus lisible possible les créneaux de consultations disponibles. Elle va répertorier la disponibilité des médecins grâce à une communication avec leur logiciel de prise de rendez-vous.

Chaque professionnel qui souhaite participer au dispositif du SAS doit donc se créer un compte sur la plateforme numérique du SAS.

Si le MGE a un agenda en ligne compatible avec la plateforme numérique du SAS, il doit cocher la case « je participe au SAS » dans son logiciel, en indiquant s'il participe à titre individuel ou via une structure d'exercice coordonnée ou via une CPTS. Cette information est utile pour savoir par quel biais contacter le MGE en cas d'absence de créneau disponible sur la plateforme.(4)

Si le MGE ne dispose pas d'un agenda en ligne ou qu'il n'est pas compatible avec la plateforme numérique du SAS, il doit renseigner directement sur son espace personnel au sein de la plateforme, 2h de disponibilité par semaine.

Attention, ces 2h minimum de mise en visibilité ne constituent pas des créneaux réservés exclusivement au SAS mais ce sont des plages de rendez-vous sur lesquelles la régulation peut contacter le professionnel pour lui orienter des patients.(4)

III. Problématique posée : qu'en pensent les médecins généralistes effecteurs participant au SAS ?

Lors de l'été 2022, l'importance du déploiement du SAS a été mise en avant dans le cadre de la mission flash pour les urgences et les SNP.(6)

L'un des enseignements majeurs tirés de la phase pilote a été que le SAS repose sur une complémentarité entre les acteurs de soins de ville et hospitalier.

En avril 2023, il n'y avait que 31 SAS d'opérationnels, ce qui ne couvraient que la moitié de la population française. Le ministre de la Santé et de la Prévention, a alors lancé la mission d'accompagnement à la généralisation du SAS. L'objectif était que le SAS soit opérationnel sur l'ensemble du territoire fin 2023.(6)

Si les premières conclusions prônent une complémentarité entre les acteurs de soins, l'investigateur principal de cette étude s'est intéressé au ressenti des MGE du Nord ayant expérimenté le SAS.

Que pensent les MGE du Nord qui ont expérimenté le SAS ? Qu'est-ce que leur participation au SAS à modifier dans leur pratique quotidienne ? Quels sont les aspects positifs ou négatifs de cette participation ?

Matériels et méthodes

I. Étude qualitative

L'étude qui a été réalisée était une étude qualitative. Le choix de la méthode qualitative était la plus adaptée pour explorer l'expérience vécue des participants.

Le but était d'identifier le vécu des participants en effectuant le repérage et l'inventaire des différentes forces, faiblesses, opportunités et menaces que représentaient le SAS d'après les MGE qui l'ont expérimenté grâce à l'outil SWOT.

II. Population

La population d'intérêt était tous les MGE du SAS installés dans le Nord et adhérents à la CPTS de leur secteur.

Le pacte de refondation des urgences reposait sur le lien entre la régulation du SAS et les acteurs locaux des différents secteurs, donc les CPTS, c'est pourquoi le critère « adhérent à la CPTS » a été choisi.

Le secteur du Nord faisait partie de la phase pilote du SAS et représentait le secteur où la plus grande ancienneté de participation pouvait être retrouvée, c'est pourquoi il a été choisi.

L'échantillonnage réalisé avait pour but de sélectionner des participants variés pour recueillir la plus grande diversité d'expérience possible, donc un échantillonnage

raisonné à variation maximale a été réalisé pour permettre d'assurer une diversité maximale des caractéristiques de la population.

Les variations recherchées étaient principalement : le genre, le mode d'exercice, le secteur d'exercice, l'ancienneté d'installation, l'ancienneté de participation au SAS.

Le recrutement des participants s'est fait en lien avec les CPTS : quatre CPTS du Nord où le SAS était mis en place depuis le projet pilote, ont été contactées.

Un mail d'information a été envoyé contenant une présentation et une explication du sujet de l'étude. Mes coordonnées ont été laissées dans ce mail.

Ce mail faisait office de lettre de présentation aux MGE et est disponible en annexe.

Chaque MGE ayant reçu ce message, a pu avoir le temps de réfléchir à la volonté de participer ou non à l'étude, et a recontacté l'investigateur principal s'il le souhaitait.

La recherche qualitative ne nécessitant pas de nombre de sujets nécessaires, le principe de suffisance des données a été retenu : les entretiens étaient poursuivis jusqu'à ce qu'aucun nouvel élément ne soit apporté, suite à quoi, un dernier entretien de confirmation a été réalisé puis le recrutement terminé.

III. Recueil des données

Pour cette étude qualitative, des entretiens individuels semi dirigés ont été réalisés, idéalement en présentiel afin d'obtenir la meilleure qualité d'enregistrement et d'obtenir le climat le plus confidentiel possible avec le participant.

a. Entretien individuel semi-dirigé et guide d'entretien

Le recueil des données a été effectué de manière individuelle pour être le plus à l'écoute possible du récit du participant en lui laissant le temps nécessaire à son expression.

Le choix de l'entretien semi-dirigé a été fait pour permettre une écoute active autour d'un guide d'entretien listant différents aspects à évoquer.

Le guide d'entretien permettait d'avoir des pistes d'exploration, mais les entretiens semi dirigés ont été réalisés avec souplesse et la conversation pouvait s'écarter du guide afin de laisser le participant exprimer une nouvelle idée s'il le souhaitait.

Le guide d'entretien a été retravaillé au fur et à mesure des entretiens et des nouvelles pistes de réflexions ajoutées.

La version initiale et la version finale du guide d'entretien sont proposées en annexe.

b. Déroulé des entretiens

Après envoi d'un mail explicatif aux différentes CPTS, une réponse a été apportée par dix médecins intéressés par l'étude, soit par mail, soit par SMS.

Afin de faciliter au maximum la participation des MGE, les entretiens se sont déroulés dans leur cabinet médical ou à leur domicile, sur leur temps de pause du midi, le soir après leur journée de consultations ou entre leurs consultations, à leur convenance.

Une rencontre a été programmée au cabinet du praticien pour réaliser sept entretiens.

Une rencontre a été programmée au domicile du praticien à sa demande.

Un seul entretien n'a pas pu être réalisé en présentiel et s'est fait par voie téléphonique pour respecter le choix du participant.

Chaque entretien a été enregistré sous format audio-numérique à l'aide d'un dictaphone, et d'un appareil mobile pour avoir une double sauvegarde en cas de problème informatique.

L'anonymisation et la sauvegarde sécurisée des données ont été expliquées oralement à chaque participant, et l'enregistrement a été réalisé avec cet accord.

c. Retranscription et stockage des données

Chaque entretien a été retranscrit ad integrum grâce au logiciel informatique Word. Il s'agissait d'une retranscription mot à mot, en portant attention aux silences, aux rires, et aux hésitations du participant.

La retranscription de l'ensemble des entretiens en verbatim est disponible en annexe.

Les données sont conservées durant l'intégralité de l'étude et de l'analyse des données et seront détruites à la fin de l'étude.

IV. Analyse des données

a. Analyse thématique

Le choix fait était celui de l'étude qualitative en s'appuyant sur l'outil SWOT. Une fois la retranscription ad integrum des entretiens, faite sur Word, une analyse ouverte thématique a été faite.

Les verbatims étaient décortiqués pour identifier d'abord les éléments auxquels on pouvait donner un sens dans les quatre dimensions de l'outil SWOT.

Puis, ces idées étaient classées et structurées par thème au cours d'un codage axial.

Les thèmes ont ensuite été retravaillés, puis regroupés et classés.

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux reprenant les codes regroupés par thèmes, classés dans les quatre dimensions de l'outil SWOT en forces, faiblesses, opportunités et menaces.

L'analyse prévoyait une triangulation des données. Chaque entretien a été analysé par l'investigateur principal de l'étude puis une triangulation partielle de quelques entretiens a été réalisée par un investigateur tiers. Une confrontation et une discussion entre les investigateurs a eu lieu pour comparer et croiser les thèmes principaux identifiés.

b. L'outil SWOT

L'acronyme SWOT se décompose en Strengths (=Forces), Weaknesses (=Faiblesses), Opportunities (=Opportunités) et Threats (=Menaces).

Cet outil managérial est intéressant en stratégie d'entreprise pour que les dirigeants puissent élaborer une stratégie de développement avec l'atteinte de nouveaux objectifs.

Les facteurs internes étaient les facteurs liés à l'entreprise directement, et étaient donc modifiables par l'entreprise elle-même.

Les forces étaient les caractéristiques de l'entreprise qui lui donnaient un avantage.

Les faiblesses étaient les caractéristiques de l'entreprise qui lui donnaient un désavantage.

Les facteurs externes étaient les facteurs liés à l'environnement de l'entreprise et qu'elle ne pouvait pas maîtriser directement.

Les opportunités étaient les éléments extérieurs de l'entreprise qui pourraient être exploités à son avantage.

Les menaces étaient les éléments extérieurs de l'entreprise qui pourraient causer des problèmes à son développement.

L'objectif de l'outil SWOT était de permettre de définir un plan d'action qui maximiserait l'emploi des forces, réduirait les ressources identifiées comme des faiblesses, saisirait les opportunités et éviterait les menaces.

Cette méthode semblait la plus adaptée pour étudier le SAS car elle permettait l'identification des facteurs internes et externes, favorables et défavorables, à son développement en cours et futur, d'après les MGE qui l'ont déjà expérimentée.

V. Aspect éthique et réglementaire

À chaque début d'entretien, le consentement et le but de l'enregistrement ont été réexpliqués à chaque participant, ainsi que l'anonymisation de la totalité de l'échange. L'accord a été recueilli directement par voie orale auprès de chaque participant.

L'anonymisation a été assurée dans chaque verbatim. Les participants ont été identifiés comme médecin 1, médecin 2, médecin 3... par ordre chronologique de réalisation des entretiens.

L'identification de personne ou de lieux dans le discours des participants a été remplacée par [nom de ville], [nom de la CPTS], [nom de l'associé]... afin de désidentifier les données au maximum.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL, par le biais du délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Lille, afin de s'assurer de la sécurité de la méthode.

Résultats

I. Population étudiée

Après avoir contacté par mail quatre CPTS du Nord en présentant mon sujet d'étude et en demandant de transférer mon contact aux médecins adhérents de la CPTS, dix médecins ont répondu. Neuf médecins ont répondu et ont accepté de participer.

Un médecin ayant initialement accepté de participer, a souhaité reporter le rendez-vous et n'a jamais donné suite.

Neuf entretiens ont été réalisés de mars à juin 2024.

La suffisance des données a été obtenue à partir du huitième entretien.

Un dernier entretien de confirmation a été réalisé ensuite.

La durée moyenne des entretiens était de 31 minutes 58 secondes.

La retranscription de l'ensemble de ces entretiens ad integrum est disponible en annexe.

Les résultats de l'étude sont présentés sous forme de tableaux présentant les thématiques évoquées par les MGE au sujet de leur ressenti sur le SAS.

Ces thématiques sont classées et répertoriées selon l'outil managérial SWOT en forces, faiblesses, opportunités et menaces.

Entretien	Durée de l'entretien	Genre	Année d'installation	Année de début de participation au SAS	Mode d'exercice	Lieu d'exercice
M1	30min 35sec	F	2007	10/2022	Seule	Semi-rural
M2	24min 03sec	M	1988	2021	Seul	Urbain
M3	36min 49sec	M	1999	07/2022	MSP éclatée	Rural
M4	26min 16sec	M	2001	2022	MSP éclatée	Urbain
M5	32min 10sec	M	2014	2021	MSP éclatée	Semi rural
M6	43min 53sec	M	1993	2022	Seul	Semi rural
M7	42min 05sec	M	2022	2023	Seul	Urbain
M8	25min 49sec	M	01/2024	02/2024	MSP uni site	Semi rural
M9	26min 05sec	F	1999	2023	Cabinet de groupe	Semi rural

Tableau : Caractéristiques des participants.

II. Forces

a. Un bon outil en pratique

Codes	Verbatim
Un bon outil en pratique	<p>M2 :« <i>Oui oui oui, bah, oui satisfait, si ça peut dépanner les gens... Oui bien sûr... C'est satisfaisant hein... »</i></p> <p>M8 :« <i>Moi j'en suis satisfait. »</i></p>
Gérer des demandes justifiées	<p>M3 :« <i>Jusqu'à présent, c'était toujours en adéquation, on n'a jamais eu de choses... Le... les consultations de soins non programmées ont... été tout le temps justifiées. »</i></p> <p>M7 :« <i>Ben dans l'ensemble et dans la grande majorité, c'est justifié. C'est des gens qui avaient vraiment besoin d'une évaluation médicale et d'un examen clinique... Le jour où je les ai reçus... »</i></p>

b. Être informé(e) de l'existence du SAS

Codes	Verbatim
Être informé(e) de l'existence du SAS	<p>M2 :« <i>Ben... bon, je pense qu'il y a une bonne communication. On nous a quand même bien... bien expliqué. On nous a... on nous a euh... sollicité d'abord par mail, et tout ça. »</i></p> <p>M4 :« <i>On a invité les médecins pour qu'on leur explique réellement le fonctionnement des soins non programmés et l'intervention du SAS dans ce contexte. »</i></p> <p>M6 :« <i>Boh oui, globalement oui... (...) Non... Après celui qui veut pas s'intéresser et voilà... il dira que... il a pas eu l'information... »</i></p>
Recevoir de l'information par un représentant du SAS	<p>M4 :« <i>Mais en ce qui concerne quand même l'information sur mon territoire, un responsable du SAS, au début euh... il est venu. »</i></p>

c. Avoir la liberté d'intégrer le SAS comme souhaité

Codes	Verbatim
Organiser l'agenda pour intégrer le SAS/les SNP	<p>M2 :« <i>J'avais 2 euh... 2 consultations euh... par jour, d'ouvertes</i> »</p> <p>« (...) <i>ça nous semblait plus... logique de mettre ça en début d'après-midi, ça laissait le temps aux gens le matin d'appeler un médecin... de chercher...</i> »</p> <p>M5 :« <i>Moi, j'ai réussi à facilement l'intégrer dans ma pratique quotidienne euh... En mettant... des disponibilités de manière ponctuelle. (...) Euh... Et en les mettant en surnuméraire dans... Dans ma journée.</i> »</p> <p>« <i>Du coup je mets 8 disponibilités de 15 minutes que je répartis... À ma sauce...</i> »</p> <p>« <i>Je pense qu'il faut que chaque praticien garde la liberté de son organisation... Un maximum de liberté.</i> »</p> <p>M9 :« <i>Ça dépend des jours... des fois j'en mets 2, des fois j'en mets 0... Ça dépend de mon planning et puis de ce que j'ai à faire à la maison aussi...</i> »</p> <p>« <i>Parce que au début, je bloquais des créneaux, mais comme j'avais jamais personne... je les ai juste intégrés en plus, c'est des doublons...</i> »</p>
Prioriser le rôle de MT	<p>M4 :« <i>Les demandes de soins non programmés de ma patientèle, je les mets en plus. C'est à dire : un de mes patients qui est en demande de soins non</i></p>

	<p><i>programmés, il... Il passe en priorité dans mon planning habituel. Et pas en SAS. »</i></p> <p>M7 :« <i>Après des fois, par contre, c'est que... quand je vois qu'il y a... que ça déborde, euh... je me permets de fermer le créneau de fin matinée du SAS pour y mettre un de mes patients... (...) Forcément (...) je fais un travail de médecin traitant et donc de médecin de famille, donc forcément que mes patients sont prioritaires. »</i></p>
<p>Ne pas être impacté(e) par les rendez-vous non honorés</p>	<p>M3 :« <i>Pour moi il se passe rien puisque j'ai pas perdu de temps. J'ouvre des disponibilités mais en fait j'ai autre chose à faire au cabinet à ce moment-là si jamais... donc il y a aucune conséquence pour moi. »</i></p> <p>M7 :« <i>Et ben... moi ça me donne du temps pour répondre à mes messages ou à... faire mes mails ou à lire mes bios... De toute façon j'ai toujours de quoi m'occuper... »</i></p> <p>M9 :« <i>Bah j'en fait rien, puisque je les mets entre 2 donc euh... je vois mes patients normalement en fait euh... »</i></p>

d. Utilisation d'un logiciel de prise de rendez-vous en ligne

Codes	Verbatim
Utilisation d'un logiciel de prise de rendez-vous en ligne	<p>M1 :« <i>Donc c'est intégré dans [nom du logiciel] »</i> <i>« puisque tous mes rendez-vous sont via [nom du logiciel] »</i></p> <p>M3 :« <i>Donc moi je travaille, dans ma... dans mon activité quotidienne sur le... avec le logiciel [nom du logiciel] »</i></p>
Recevoir une notification quand un rendez-vous est pourvu	<p>M5 :« <i>notre secrétariat envoie un message aux... patients. Et aux praticiens. Ce qui est important... et qui est une demande des praticiens ici. (...) Et d'autre part euh... ça, c'est un défaut qu'on peut... alléguer au... à la plateforme de régulation... c'est qu'on n'est pas forcément tenu au courant... si on n'a pas... si on a rendez-vous qui est envoyé quoi. »</i></p> <p>M7 :« <i>Et si j'ai un créneau d'ouvert... ça... elle prendra rendez-vous sur mon agenda... Et elle m'envoie un SMS quand il y a une prise de rendez-vous, qui a été pris... pour aussi confirmer le fait que j'ai bien vu ça ! Et moi je renvoie un SMS de... d'accusé réception. »</i></p> <p>M8 :« <i>En gros, je demande à ce que la plateforme de télé secrétariat m'envoie un SMS, ou m'appelle pour me dire : on vous a mis quelqu'un, à telle heure. »</i></p>

e. Identifier les rendez-vous non honorés

Codes	Verbatim
<p>Identifier les rendez-vous non honorés</p>	<p>M1 :« <i>Ah bah ça devrait être centralisé puisque moi, je signale quand même que via, [nom du logiciel] puisque tous mes rendez-vous sont via [nom du logiciel], que le patient est... ne s'est pas présenté !</i> »</p> <p>« <i>Donc c'est intégré dans [nom du logiciel] que le patient, dans son dossier [nom du logiciel], que le patient ne s'est pas présenté.</i> »</p> <p>M2 :« <i>Je pense qu'on... on rappelait le... le 15, en disant qu'ils étaient pas venus, mais le 15 bah : bah oui mais nous on... [rire]... On peut pas faire grand-chose, euh... on peut pas les bloquer... on peut rien faire...</i> »</p>

f. Recevoir de vraies urgences relatives grâce à la régulation

Codes	Verbatim
<p>Recevoir de vraies urgences relatives grâce à la régulation</p>	<p>M7 :« <i>Ben dans l'ensemble et dans la grande majorité, c'est justifié. C'est des gens qui avaient vraiment besoin d'une évaluation médicale et d'un examen clinique... Le jour où je les ai reçues... donc je trouve que il y a l'intérêt de passer par le SAS pour avoir une régulation... c'est... J'ai rarement vu des abus... rarement... »</i></p> <p>M8 :« <i>Dans 90% des cas, je les trouve adaptées. »</i></p> <p>M9 :« <i>Bon, en général c'est justifié... (...) Ouais, non je trouve que le motif c'est justifié. »</i></p> <p><i>« Puis on n'est jamais enquiné par (..), des dossiers MDPH, des machins... des certificats ceci... Donc on fait de la vraie médecine... voilà. Donc ça c'est chouette. »</i></p>

g. Être rémunéré(e) correctement pour le service rendu

Codes	Verbatim
<p>Être rémunéré(e) correctement pour le service rendu</p>	<p>M2 :« <i>Ah oui, oui, oui oui, là c'est bien, c'est... c'est bien payé. »</i></p> <p>M8 :« <i>Je pense que c'est bien qu'il y ait une rémunération euh... Une rémunération qui encourage du coup à... à proposer des créneaux... »</i></p> <p>M9 :« <i>Donc je trouve que... là quand tu as fait une consultation du SAS on a l'impression d'être payé à la bonne valeur... »</i></p>
<p>Majoration de rémunération à l'acte plus juste</p>	<p>M2 :« <i>Bon euh je pense que c'est... ça serait peut-être mieux de faire ça à l'acte ? (...) Plutôt qu'un forfait. »</i></p> <p>M5 :« <i>Alors la supplémentation de 15€ par acte, elle est bienvenue, je pense. (...) Moi elle me paraît correcte, c'est un effort supplémentaire qui est demandé au médecin, c'est normal qu'il soit valorisé »</i></p> <p>M8 :« <i>Ça je trouve que c'est normal que ce soit valorisé... la ROSP, je trouve peut-être ça un peu excessif... la majoration de 15€ je trouve que... Bah je trouve que c'est valorisant, ouais. »</i></p>
<p>Limiter la majoration pour limiter les dérives</p>	<p>M4 :« <i>Donc euh... moi je pense que c'est... c'est une bonne chose qu'elle soit plafonnée, parce que nous ne pouvons pas voir que du SAS. On a des patients à suivre, et le fait de donner un coup de main, ça reste</i></p>

	<p><i>une activité solidaire que nous avons vis-à-vis de notre société. »</i></p> <p>M5 :<i>« Bah ça me paraît cohérent. Il faut absolument éviter que... il y ait des médecins qui viennent... ne faire que des consultations majorées quoi en fait... Oh oui, ça me paraît tout à fait cohérent. »</i></p>
--	---

h. Être favorable au centre de SNP

Codes	Verbatim
<p>Regrouper les demandes de SNP dans un seul lieu = centre de SNP</p>	<p>M1 :« on est plus à penser à faire une maison SNP. (...) C'est-à-dire, un local. (...) Où on... prendrait un tour de garde chacun notre tour, en fonction des jours euh... et ça serait euh, sur [nom de la ville] [rire] et où là on se relaierait puis voilà... lundi matin c'est untel, lundi après-midi c'est untel... et euh, voilà, là au moins on serait sûr que on ferait salle comble et pas rester à attendre le patient alors qu'il y en a plein qui ont besoin de nous. »</p> <p>« donc euh... On fait évoluer les tests... et on parle plus du tout du SAS mais plus de... maison SNP... qui là aussi, le SAS peut envoyer bien sûr... (...) ils auraient euh... (...) Cette ville, pour tout le secteur là, c'est : tac la CPTS de... »</p> <p>M4 :« On a aussi créé un centre de soin non programmé physique. »</p>

i. Pas de difficulté d'inscription au SAS

Codes	Verbatim
Pas de difficulté d'inscription au SAS	<p>M2 :« <i>Non, aucun problème. »</i></p> <p>M3 :« <i>Non, parce qu'il y avait un tuto, il y avait un... un... quand on a dû s'inscrire sur la plateforme SAS. (...) Il y avait un... un tutoriel... qui expliquait comment faire, c'était très didactique. Donc... (...)</i></p> <p><i>Facile. »</i></p> <p>M7 :« <i>Oui, parce que je maîtrise un minimum l'outil informatique »</i></p>

III. Faiblesses

a. Un outil en rodage

Codes	Verbatim
Un outil en rodage	<p>M3 :« <i>Moi je vais vous dire que j'ai le sentiment qu'il fonctionne pas comme il devrait fonctionner. »</i></p> <p>M5 :« <i>Le SAS n'est que en développement actuellement donc euh... il est pas encore abouti. »</i></p> <p><i>« Dire que je suis satisfait, je dirais non. »</i></p> <p>M9 :« <i>c'est un bon outil ! Mais franchement... mal utilisé ou inutilisé ou... il y a un truc qui va pas... entre la conception et la mise en pratique... (...) Voilà la théorie elle est bien... mais la pratique euh... enfin en tout cas, pour moi, je crois que je vais arrêter... »</i></p>
Faible utilisation des créneaux SAS	<p>M1 :« <i>Euh, je n'ai pas trop l'occasion de... euh... de le pratiquer. »</i></p> <p><i>« j'ai très peu de... de rendez-vous pris par le SAS. »</i></p> <p><i>« je me retrouvais... euh... la salle vide, la salle d'attente vide. Donc j'ai supprimé mes créneaux ! »</i></p> <p>M5 :« <i>Sachant que ces disponibilités euh... sont pas, souvent prises finalement. Le taux de remplissage, il est pas très haut... Ce qui me laisse d'ailleurs penser que, on est encore qu'en phase de développement du SAS »</i></p> <p>M6 :« <i>Alors déjà, c'est pas quotidien... »</i></p>

	<p><i>« Et donc des appels directement du SAS... il y en a très peu hein, il y en a quasiment pas... »</i></p>
<p>Périodicité d'activité SAS</p>	<p>M2 :<i>« Il y a des fois où par vagues, ça... c'était, c'était envoyé »</i></p> <p><i>« Et puis... Y avait des périodes où il y avait plus d'appels... »</i></p> <p>M7 :<i>« Mais c'est une moyenne lissée sur toute l'année... Il y a des semaines où ça peut... je peux en avoir 2 par jour... (...) Et puis il y a des semaines où j'en ai aucun... aucun créneau de pris... Cette semaine par exemple, je crois que j'ai aucun créneau qui a été pris... »</i></p>

b. Méconnaissance du dispositif du SAS

Codes	Verbatim
<p>Méconnaissance des patients</p>	<p>M3 :« dans la journée, des patients nous disent : ça fait une semaine qu'on aurait voulu avoir un rendez-vous... On a pas su en avoir... On voulait voir un médecin, il y en avait pas, on n'arrivait pas... Donc il y a une demande sur le territoire, qui n'obtient pas de réponse... »</p> <p>« Alors la demande localement qui n'obtient pas réponse, c'est peut-être par méconnaissance. De... du dispositif, du système d'accès... »</p> <p>« L'ARS a volontairement dit : on ne communique pas, sur le SAS. On ne fait pas de communication. »</p> <p>« On ne communique pas, volontairement, sur le SAS. Parce qu'actuellement, on n'est pas en capacité de pouvoir faire face au nombre d'appels qui pourraient arriver au téléphone... Donc ça c'est juste un petit casse pied, quand on entend ça... »</p> <p>M7 :« à mon avis il y a pas eu beaucoup de... d'affichages... »</p> <p>« Et moi j'ai beaucoup de patients qui me disent : Docteur, si vous êtes pas là, qu'est-ce qu'on fait ? Et le réflexe de passer par : soit le numéro de régulation 15, ou soit le numéro de régulation... Alors il est dans la... Il est dans la salle d'attente, je le connais pas par</p>

	<p><i>cœur, pour passer par des régulations de médecins généralistes, ça c'est pas connu par les patients... »</i></p> <p>M8 :« <i>Alors... mon... de... de mon point de vue, elle a été inexistante ! Clairement... inexistante parce que... j'ai beau... comme c'est une création de patientèle, j'explique à tous mes nouveaux patients comment ça fonctionne, s'il y a une demande de consultation urgente quand je suis pas là... Donc, qui doit se faire réguler par le SAS... Ils n'ont absolument pas notion que ça existe...»</i></p>
<p>Méconnaissance des MGE</p>	<p>M1 :« <i>Mais bon, une fois de plus, je ne connais pas le fonctionnement du SAS... »</i></p> <p><i>« Pour moi par principe, ça veut dire qu'ils ont accès... mais... en pratique, je sais pas du tout comment ils ont accès à notre agenda... »</i></p> <p>M7 :« <i>Les modalités exactes de fonctionnement... C'est un peu flou... C'est une boîte grise hein... Je sais pas exactement ce qui se passe à l'intérieur... »</i></p>
<p>Méconnaissance des médecins non participants</p>	<p>M3 :« <i>Est-ce que la communication a été correctement faite à partir de la CPAM et de l'ARS vers tous les médecins ? Je suis pas certain... Puisque les... Les médecins avaient plutôt l'impression euh... d'avoir énormément de... d'obligations... Sans comprendre que ils avaient aussi des droits. »</i></p>

	<p>M4 :« <i>Euh... Les médecins n'ont peut-être pas compris exactement l'utilité du SAS. »</i></p> <p>M5 :« <i>Pour les médecins ? Bah je pense qu'elle a été très faible... (...) Je me rappelle pas vraiment avoir vu de la communication de la part de... des instances pour ça »</i></p>
<p>Manque de médecins participants au SAS</p>	<p>M1 :« <i>Mais euh... je... je suppose qu'il manque de... de régulateurs, je sais pas, mais enfin en tout cas »</i></p> <p><i>« Je pense que... [rire] on est déjà pas assez de généralistes mais alors là-bas je ne sais pas s'ils sont assez pour répondre aux sollicitations donc euh... »</i></p> <p>M4 :« <i>soit c'est juste une volonté des médecins de ne pas adhérer à un processus collectif. »</i></p>

c. Logiciel de prise de rdv en ligne imposé

Codes	Verbatim
<p>Logiciel de prise de rendez-vous en ligne imposé</p>	<p>M6 :« <i>On nous a imposé [nom du logiciel] »</i></p> <p>M9 :« <i>Non, non, je suis complètement anti [nom du logiciel]... donc j'ai été obligée de me mettre sur [nom du logiciel] uniquement pour... »</i></p> <p><i>« mais je leur... je leur ai dit que je refusais de faire le... de passer par [nom du logiciel]... parce que j'ai horreur des monopoles.... Et puis je veux pas passer par [nom du logiciel]... Donc, c'est un truc spécial... on est quand même une douzaine de médecins à avoir refusé [nom du logiciel] hein...»</i></p> <p><i>« et puis le fait de devoir passer par, [nom du logiciel] c'est... ça me plaît pas du tout... »</i></p>
<p>Double agenda de prise de rendez-vous en ligne</p>	<p>M3 :« <i>on a une visibilité sur les agendas de chacun... (...)</i> On a en plus de ces agendas-là, d'autres agendas, par exemple, j'ai mon agenda de soins non programmés... »</p> <p><i>« Mes agendas de soins nos programmés, ils viennent se chevaucher avec mes agendas normaux. »</i></p> <p>M5 :« <i>En fait, chaque médecin a une deuxième colonne d'agenda. (...)</i> Et il a un agenda dédié soins non programmés de SAS, de CPTS. (...) Donc concrètement sur mon... mon agenda j'ai 2 colonnes. J'ai ma colonne à moi normale et à côté de ça j'ai une</p>

	<p><i>autre colonne où j'ai... bah une ou deux disponibilités par jour pour le SAS. »</i></p> <p>M8 :<i>« Là, il y a le mien où mes patients prennent rendez-vous. (...) Et il y en a un spécifique pour le SAS... Et celui-là, c'est pas moi qui l'ai créé, c'est la CPTS qui me l'a créé... »</i></p>
<p>Oublier de consulter le logiciel de prise de rendez-vous en ligne imposé</p>	<p>M5 :<i>« Parce que... c'est vrai qu'on a pas forcément tendance à avoir sa page d'agenda dédiée SAS en permanence ouverte. Donc on voit pas forcément si un rendez-vous nous est affecté. »</i></p> <p><i>« Mais euh... je pense que il y a encore des médecins qui me disent que... Ouais, ils ont eu un patient qui était en salle d'attente, ils ont... ils avaient pas reçu le message, ils avaient pas l'agenda ouvert... donc ils l'avaient pas vu. Donc ça reste encore une surprise parfois quand même... Il y a quand même encore des médecins qui... qui relatent ça. »</i></p> <p>M8 :<i>« Parce que, comme... c'est... 2 agendas différents... Ben je pense pas systématiquement à regarder... Et s'ils me préviennent pas... Bah en fait je reviens à 14h00... et il y a quelqu'un qui attend depuis 1/4 d'heure dans le cabinet »</i></p> <p><i>« mais y a quand même encore quelques fois, où on me prévient pas et du coup bah... comme je ne pense</i></p>

	<p><i>pas vérifier ce deuxième agenda systématiquement... bah ouais ça peut coïncider de... de temps en temps... »</i></p> <p>M9 :« <i>Et ça c'est une complication en plus en fait hein... parce qu'il faut que j'aïlle me connecter sur [nom du logiciel], uniquement pour les créneaux de (...)... Et c'est toujours le jour où j'oublie d'aller me connecter que j'ai un rendez-vous... euh... Et bon, après, je vois les patients dans la salle d'attente... Mais... Ouais... c'est une complication en plus... »</i></p>
<p>Dysfonction du logiciel de prise de rendez-vous en ligne qui bloque le SAS</p>	<p>M3 :« <i>Pendant 6 mois, on a eu aucun... euh... patient orienté vers... le... nos... nos agendas. (...) Et on s'est aperçu que c'était la plateforme [nom du logiciel] qui n'avait pas fait le lien entre notre agenda SNP et la régulation. »</i></p> <p><i>« Et donc là on s'est aperçu que c'était un bug de chez [nom du logiciel] qui ne faisait pas remonter les agendas. Euh... La disponibilité des agendas au 15. Donc le 15 n'avait pas la visibilité de nos agendas. Donc ça, ça a été rectifié. Non sans mal. Mais ça a été rectifié. »</i></p> <p><i>« À cause de [nom du logiciel] oui, [nom du logiciel] a rectifié son bug. »</i></p> <p>M7 :« <i>En fait, c'est parce que [nom du logiciel] ... voilà, c'est parce que j'ai autorisé [nom du logiciel] à transmettre mes créneaux ouverts, au motif SAS, au</i></p>

	<p><i>SAS directement. Ce qui fonctionnait pas... y a 3 mois de ça... »</i></p>
<p>Plateforme numérique du SAS difficilement utilisable</p>	<p>M5 :« <i>Des questions et des... des mots dans cette plateforme, utilisés... nouveaux... même pour le praticien intéressé que je suis... voilà... Du... du langage technocratique... des questions pour lequel... pour lesquelles on comprend vraiment pas quelle est la réponse qu'il faut qu'on donne... (...) En gros, cette plateforme : nulle, faut être clair, nulle. »</i></p> <p>M7 :« <i>Non... C'est un bazar... C'est très mal fait... (...) Et c'est pas paramétrable... »</i></p> <p>M9 :« <i>Non, non non... Je vais sur [nom du logiciel]... Et c'est le SAS qui accède à... Ah non, de toute façon le SAS, c'est trop compliqué d'accéder à la plateforme hein... là faut le temps de chercher le mot de passe, cliquez sur mot de passe oublié... aller chercher... non franchement c'est... elle est inutili... enfin au quotidien, si on n'a pas de secrétaire à mon avis, elle est inutilisable la plateforme... »</i></p>

d. Perte de temps médical des rendez-vous non honorés

Codes	Verbatim
<p>Perte de temps médical des rendez-vous non honorés</p>	<p>M1 :« <i>Ah ouais ah ouais... pour moi et pour les autres patients à qui j'ai dit non</i> »</p> <p>M7 :« <i>ce qui est sûr, c'est exclure du système les gens qui font pas d'effort... Et ça, pourquoi pas ? On a plus assez malheureusement, de temps... de personne et d'énergie et d'argent... Pour pouvoir se permettre d'accueillir tout le monde et n'importe qui...</i> »</p>
<p>Lassitude des rendez-vous non honorés</p>	<p>M1 :« <i>mais bon les fameux lapins euh... c'est pas... c'est pas possible</i> »</p> <p>« <i>C'est surtout les lapins</i> »</p> <p>« <i>parce que voilà ils prennent la place de quelqu'un d'autre qui veut vraiment se soigner...</i> »</p> <p>M2 :« <i>C'est... Et puis quelquefois il ne venait pas non plus, donc euh... effectivement c'est un peu rageant quoi quand...</i> »</p> <p>« <i>Mais ça fait partie des gros problèmes euh... de la médecine actuellement hein, je pense à l'absentéisme des... des... des patients...</i> »</p> <p>M9 :« <i>A part que ça me mette en rogne ? Bah rien hein... puisque toute façon on a pas de retour... (...)</i> »</p> <p><i>Donc c'est encore plus rageant les gens viennent pas... Préviennent pas... C'est insupportable en fait...</i> »</p>

e. Ne pas toujours recevoir des urgences relatives malgré la régulation

Codes	Verbatim
<p>Ne pas toujours recevoir des urgences relatives malgré la régulation</p>	<p>M2 :« <i>je pense que quelquefois le SAS envoyait des gens, qui ne nécessitait pas... enfin, que c'était pas du tout urgent quoi. »</i></p> <p><i>« une fois où j'ai... où j'ai eu une demande de... constat de décès à 11 km de... (...) de mon cabinet... dans un bled que je connaissais même pas... (...) celui-là on a refusé bien sûr hein... »</i></p> <p><i>« des fois il appelait pour des choses.... Un peu... incongrues. »</i></p> <p><i>« Donc quelquefois ils... sont un petit peu... déconnectés aussi de la réalité... au niveau du SAS »</i></p> <p>M5 :« <i>C'est arrivé au début, je trouve que ça n'arrive plus trop maintenant. »</i></p> <p><i>« Ce motif... soit mais... pourquoi... pourquoi est-ce que c'est moi ? C'est... c'est évident que c'est pour les urgences. Ou l'inverse, pourquoi est-ce qu'on m'appelle, ça a l'air vraiment d'être une connerie... »</i></p> <p>M6 :« <i>Enfin, c'est des soins non programmés... Ben forcément... Mais euh... Je veux dire, avoir un rendez-vous chez le médecin traitant, même dans les 3 jours ou 4 jours, aurait été suffisant... »</i></p>

	<p><i>« je veux dire : est-ce que si on a le nez qui coule depuis trois jours, c'est une urgence ? Même relative ? »</i></p>
<p>Impact important de la régulation qui peut inquiéter un patient</p>	<p>M3 :<i>« Oui, parce qu'il y a des patients qui ont... qui ont parfois téléphoné en régulation où on leur a dit ça, c'est l'urgence. (...) Ça, c'est de l'urgence en fait. »</i></p> <p>M5 :<i>« peut-être le régulateur a aussi pu finalement les... les inquiéter... et que les gens finissent aux urgences quand même... »</i></p>
<p>Suspecter une filtration excessive à la régulation</p>	<p>M1 :<i>« à moins qu'ils disent à tous les patients : bah non euh... vous attendez la semaine prochaine que votre médecin revient... même si votre enfant à 40 de fièvre euh... (...) je crois qu'il y a un problème au niveau de la régulation... »</i></p> <p>M3 :<i>« Et on a le sentiment qu'il y a un filtrage, une filtration qui est faite au SAS, qui est, peut-être, parfois excessive. »</i></p> <p><i>« on a l'impression que des fois il y a des patients qui sont euh... trop rapidement orientés vers des maisons médicales de garde ou vers le service des urgences, ou à qui on dit vous pourrez attendre le médecin.... »</i></p> <p><i>« Et c'est... c'est des motifs qu'on peut gérer (...). Euh... Il y a des patients qui... qui nécessitaient pas d'aller aux urgences. Qu'on sait prendre en charge en ville. »</i></p>

f. Ne pas être rémunéré suffisamment pour le service rendu

Codes	Verbatim
<p>Ne pas être rémunéré(e) suffisamment pour le service rendu</p>	<p>M3 :« <i>Alors... La rémunération, elle est de... majorée de 15€. Mais je dirais que c'est un petit peu exactement comme notre rémunération. (...)</i> aujourd'hui... la rémunération n'est pas à la hauteur de ce qu'elle devrait être. »</p> <p>« <i>Donc aujourd'hui : être rémunéré 26,50€ + 15€, est ce que c'est à la hauteur du temps passé de nos études ? Non, clairement non. »</i></p> <p>« <i>Donc non, la rémunération n'est pas à la hauteur de notre travail. Mais en fait, ça reste à la hauteur de notre rémunération pitoyable qu'on a depuis des années. »</i></p> <p>M7 :« <i>Ouais... euh... alors... comme toute la rémunération des médecins... elle est insuffisante. Mais ça c'est un problème global en fait hein »</i></p> <p>« <i>Donc oui, en fait elle est insuffisante, mais c'est parce que le système est insuffisant...</i></p>
<p>Être opposé(e) à la rémunération par forfait</p>	<p>M4 :« <i>Ouais, honnêtement... C'est pas... c'est pas ça... 1400€ par an... qu'est-ce que ça vous ramène sur votre chiffre d'affaires ? (...)</i> C'est un montant symbolique. »</p> <p>M5 :« <i>je pense qu'il y a quand même pas mal de médecins qui sont réfractaires au forfait structure... à</i></p>

	<p><i>la forfaitisation... et tous ces... toutes ces idées-là, hein... qui préféreraient avoir un paiement à l'acte brut revalorisé. Nettement revalorisé... »</i></p> <p>M9 :<i>« parce qu'il y a des semaines où on peut une heure il y a des semaines, on peut trois heures donc... enfin je trouve ça... les deux heures par semaine pour moi c'est trop... Enfin deux heures par semaine c'est énorme... J'ai... à mon avis c'est des administratifs qui ont pondu ça... (...) Y a des semaines où on peut une demi-heure et y a des semaines où on peut pas, y a des semaines où on peut 3 h... donc non 2 h par semaine c'est trop pour moi... »</i></p> <p><i>« Je trouve ça infantilisant. Voilà, drastique et infantilisant. »</i></p> <p><i>« Et puis cette espèce de carotte qu'on nous tend... des deux heures ou c'est rien du tout... Ça ne me plaît pas non plus... »</i></p>
<p>Limiter la majoration à l'acte est injuste</p>	<p>M7 :<i>« Parce que si on décide de... si on part du principe que les 15€ supplémentaires sont liés à ce travail d'investigation supplémentaire de nouveaux patients... bah le 21^{ème} il est tout aussi complexe que le 20ème... Donc pourquoi limiter à ça à 20 par semaine ? »</i></p>

g. Ne pas être favorable au centre de SNP

Codes	Verbatim
<p>Être opposé(e) au centre de SNP</p>	<p>M6 :« <i>qu'est-ce qu'on va faire ? Qu'est-ce qu'on nous demande ? Fermer nos cabinets ? (...) De 14h00 à 17h00... (...) pour aller faire des consultations à 44 machins... Ah bah ouais hein ! c'est soins non programmés... Et puis nous ? Nos patients ? On fait quoi ?</i> »</p> <p>« <i>C'est du grand n'importe quoi ! Puisque on nous demande de fermer nos cabinets, pour aller faire du soins non programmés... !</i> »</p> <p>« <i>Enfin, je parle... pour faire des soins non programmés, entre guillemets, professionnaliser les soins non programmés dans une structure dédiée... Eh ben voilà... moi si je suis dans une structure dédiée, je vais pas être ici !</i> »</p> <p>M9 :« <i>parce qu'ils ont ouvert un centre médical... (...)</i></p> <p><i>Donc c'est des médecins qui vont là... c'est des vacataires en fait... (...) C'est... C'est l'usine... et donc eux ont toujours en permanence des créneaux ouverts... Et comme c'est le centre (...), c'est toujours rempli. Sauf que du coup eux ils travaillent avec une consultation à 45€... au lieu de 26,50 en permanence.</i></p> <p><i>Donc c'est complètement biaisé... »</i></p>

	<p><i>« ils utilisent le... le SAS pour gagner plus d'argent, c'est tout. C'est pas en lien... c'est... mercantile en fait... c'est pas du tout en lien... c'est mercantile... donc comme ça, ça leur permet voilà de faire des consultations à 45€... Au lieu de 26, 50 et c'est tout... »</i></p> <p><i>« Ah ben ils prennent la carte vitale du patient... (...) les patients reviennent après et ils disent : bah docteur, on est plus bien remboursé... Comment ça se fait ? Tac, ils vont voir sur la carte vitale... Ah bah oui je suis plus votre médecin traitant... c'est le centre du musée... Donc sans le dire au patient ils switchent les médecins traitants... »</i></p>
--	--

h. Inscription difficile et décourageante

Codes	Verbatim
<p>Inscription difficile et décourageante</p>	<p>M4 :« Ah, c'était un peu scabreux au départ, hein. (...) L'outil informatique n'était pas complètement rodé. (...) Voilà. Donc euh... toutes les MSP, les CPTS n'étaient pas référencées. (...) Euh... et là actuellement, je suis inscrit via la CPTS. (...)Mais au début les MSP n'étaient pas... Toutes les MSP n'étaient pas référencées. Les CPTS n'étaient pas référencées, donc c'était un peu difficile de s'inscrire... Euh... Au nom d'un groupe. (...) Mais il ne sert à rien de s'inscrire au nom propre, alors qu'on fait partie d'une structure (...) De soins coordonnés. »</p> <p>M6 :« Ouais, c'est un peu laborieux quand même ! Parce que vous créez une fiche SAS... faut pas oublier de remplir... Alors les questions sont même pas très claires je crois... »</p> <p>M9 :« Un enfer total ! Donc ça l'inscription au SAS... c'est un parcours du combattant... ça m'a pris je crois plusieurs heures... après, là il a fallu refaire une mise à jour... (...) c'est pareil, j'ai failli abandonner... et moi qui suis pas dégourdie en informatique, je pense que ouais... ça m'a pris 2 ou 3 h... et en plus là où il a fallu refaire la plateforme c'est... non, franchement »</p>

IV. Opportunités

a. Donner un accès pour tous à la santé

Codes	Verbatim
<p>Donner un accès pour tous à la santé</p>	<p>M2 :« Bah... c'est... c'est toujours la même chose... C'est vrai que le SAS, le principe du SAS est bon... parce que... ça peut dépanner des gens qui ne trouvent pas de médecin en urgence. »</p> <p>M4 :« Donc, mais dans tous les cas, un patient qui a besoin de soins non programmés, qu'il soit de [nom du secteur] ou de [nom du secteur], il devrait être pris en... pris en soin. »</p> <p>M7 :« C'est une bonne idée ! Euh... pour essayer de réguler euh... Les demandes et les besoins des patients... Vu les problèmes de démographie médicale et d'accès aux soins. »</p> <p>M9 :« Mais si on continue c'est parce que voilà, quand on... quand on dépanne les patients, souvent c'est des enfants... et puis c'est toujours justifié... et les patients sont super sympas... »</p>
<p>Donner accès au SAS en priorité aux patients sans MT</p>	<p>M1 :« Oui, je pense que l'idéal c'est que le SAS devrait être accessible à ceux qui n'ont plus de médecin... en priorité. »</p> <p>M6 :« Le SAS ? Les soins non programmés ? Bah l'idée est pas... est pas bête, celui qui a vraiment pas de médecin traitant... »</p>

<p>Responsabiliser les patients sur leur consommation de soins</p>	<p>M1 :« Ben... Ils devraient payer d'avance ? (...) Parce que si c'était... euh, généralisé, je pense que... ou au moins un acompte, pas forcément la consultation complète mais, s'il y avait déjà un acompte à mettre ils appelleraient pas pour rien et euh... et... ils prendraient pas un rendez-vous, pour rien. »</p> <p>« Après on arrive toujours avec le problème de hors patientèle quoi... alors je sais pas quelle est la solution... pour ces patients.. Après pour moi ils devaient être fichés. (...) parce que je pense que c'est toujours les mêmes qui... euh... qui se pointent pas à des rendez-vous... Et donc la règle de : une fois, deux fois pas venir et après être black-listés, ne plus pouvoir bénéficier d'un système comme... D'urgence, oui voilà, ils ont toujours la possibilité d'aller à un hôpital, donc euh... Ou d'appeler le SAMU ... »</p> <p>« faut responsabiliser les patients aussi... (...) donc... il y a moyen de faire une blacklist, et en tout cas de... de dire à ses patients, de les sensibiliser, de dire... la sécu les appelle en disant :écoutez... vous avez déjà pris un rendez vous chez des médecins, vous vous êtes pas présentés... (...) enfin voilà ça va peut-être déjà leur faire un électrochoc... »</p>
--	--

M7 :« Ben... un : on les appelle et on leur demande si... il s'est passé quelque chose de grave (...) si c'est pas le cas euh et ben... Allez, on est sympa, on leur laisse une autre possibilité de refaire appel à la CPTS-au SAS ou au 15, ou à être réadressé... Et un 2e rendez-vous non... non honoré, non prévenu... c'est interdiction de réutiliser le système... Ils se débrouillent... (...) On... on a le droit à l'err... à une erreur...au bout de 2 erreurs, c'est qu'on le fait exprès. »

M9 :« Et les patients se rendrait peut-être un peu plus compte que... c'est un service qu'on leur rend en fait... car ce n'est pas une facilité, c'est juste pour nous du travail en plus pour dépanner les gens...
Donc, ça valoriserait l'acte je pense... ça responsabiliserait les patients et ça valoriserait l'acte. »

b. Développer un système solidaire

Codes	Verbatim
<p>Développer un système solidaire pour les patients</p>	<p>M2 :« <i>Je pense que c'est compliqué pour tout le monde mais... (...) Enfin en tout cas dans le secteur, pour l'expérience que j'en ai... locale, euh... les gens trouvent plus de médecins... Y a... y a plein de... de médecins qui sont partis en retraite et les gens n'ont plus de médecins... Y a... y a 12 000... 12 000 patients sans médecin traitant... Donc effectivement, il faut pouvoir les soigner ces gens-là ... et... et c'est quand même un système... même si c'est pas le système idéal... mais c'est quand même un système pour qu'ils aient au moins un accès aux soins... euh... même s'ils ont pas de médecin traitant, mais qu'ils aient au moins un accès aux soins... »</i></p> <p>M4 :« <i>le SAS quand même c'est une activité solidaire hein ! Hein, c'est une activité solidaire. C'est un tout petit peu, un don de soi. (...) Qu'on donne aux patients »</i></p> <p>M8 :« <i>Et ça me donne en tout cas l'impression de... de rendre service...»</i></p> <p><i>« Favoriser l'accès aux soins... et de me dire que... moi typiquement (...), je travaille 4 jours par semaine... Ben, le 5^e... J'ai aucun scrupule à me dire... mes patients, c'est tout, ils passent par le SAS puisque de toute façon moi je reçois... je mets 8 créneaux pour le SAS... les</i></p>

	<p><i>autres jours... Donc c'est plutôt pour garantir cet accès aux soins pour mes patients »</i></p>
<p>Participer à un système d'entraide entre confrères</p>	<p>M4 :« <i>c'est un excellent outil (...) qui va délester un tout petit peu les cabinets médicaux au long terme. (...) Alors plus y aura d'interventions des médecins euh... sur les soins non programmés, plus le SAS aura une utilité, parce que le SAS a vocation de délester un tout petit peu les cabinets médicaux en envoyant (...) Les demandes de consultations non programmées, aux médecins qui veulent bien donner un coup de main. »</i></p> <p><i>« le SAS quand même c'est une activité solidaire hein ! Hein, c'est une activité solidaire. C'est un tout petit peu, un don de soi. (...) qu'on donne aux médecins, au... aux confrères qui sont absents, malades ou... parti à la retraite. »</i></p> <p>M8 :« <i>Donc c'est plutôt pour garantir cet accès aux soins pour mes patients et en contrepartie la garantir pour les patients des autres médecins... »</i></p> <p>M9 :« <i>Et puis c'est un peu aussi parce que c'est mes copains qui s'en occupent... ici sur le secteur.... »</i></p>

c. Être un acteur de santé impliqué(e) pour mon territoire

Codes	Verbatim
Respecter la territorialité des demandes	<p>M3 :« <i>l'orientation qui est faite par le SAS semble ne pas respecter euh... la territorialité de notre euh... de nos secteurs. (...). Ben quand on a, nous des patients... Qui dépendent de notre CPTS, et (...) on s'aperçoit que les patients sont orientés vers les CPTS voisines... Pour quelle raison ? J'en sais rien. »</i></p> <p><i>« c'est pas logique, territorialement, c'est pas logique. Euh... qu'un patient soit obligé de faire 60 km pour venir chez moi, puisque c'est arrivé, euh... C'est absolument pas logique du tout, parce que je suis certain que... il devait y avoir d'autres médecins plus proches de chez lui qui participent au SNP... »</i></p> <p><i>« Non... Moi je... je pense qu'il faut respecter la... la territorialité que nous on a fixé. On travaille en CPTS. (...) Et une CPTS, elle est là pour rendre service. Euh... Pour offrir une... une offre de soins pour offrir une... euh... Un projet de soins, un projet de santé à un territoire. Mais les professionnels de santé du territoire se sont engagés pour les patients de leur territoire. »</i></p> <p><i>« Voilà donc, le respect de la territorialité qui est proposé par les professionnels de santé, ça pourrait être cool si c'était respecté. »</i></p>

M5 :« *Donc c'est vrai qu'au début j'ai reçu des patients qui venaient de... de loin (...) Voilà une heure de route quoi... (...) Je trouve que c'est pas logique, ça devrait pas arriver... Après c'est lié probablement à l'absence de développement du SAS quoi.(...) J'espère que ça n'arrivera pas effectivement... On parle aussi de décarbonation de la santé... Faire une heure de route pour aller pour un... pour une angine... c'est quand même ridicule quoi. »*

M7 :« *Bah... Je pense qu'il faut... Réfléchir en terme de CPTS... Donc je pense que c'est... les CPTS qui doivent s'occuper de leur cohérence géographique. (...) je pense que... faut laisser les... la cohérence géographique, faut la laisser aux professionnels du territoire. »*

M8 :« *Mais je pense qu'en effet c'est plus simple de le développer par territoire... Mais faut pas qu'il y ait des zones blanches du coup. »*

« Moi je pense qu'il faudrait faire au plus proche... »

M9 :« *Bah... le secteur des médecins qui participent... (...) La zone qui correspond aux médecins qui participent sur le secteur »*

d. Demander la vérification de l'indisponibilité/absence de MT

Codes	Verbatim
<p>Vérification de l'indisponibilité du MT</p>	<p>M2 :« <i>je sais pas si ça se fait, si c'est... si le SAS le fait systématiquement mais, de contrôler que le médecin peut pas les prendre ! (..) Euh... là je sais pas s'ils le font, mais ça me semble la moindre des choses quoi... »</i></p> <p>M4 :« <i>Ah ben ça c'est... ça doit être fondamental ! (...)</i> <i>Voilà. Un patient ne doit aller en soins non programmés que si son médecin est absent ou s'il n'a pas de médecin. »</i></p> <p>M5 :« <i>Non et ça c'est un point essentiel. (...) Faudrait que ce soit fait systématiquement. »</i> <i>« Mais c'est capital effectivement, parce que, un certain nombre de fois... Le médecin est finalement disponible... »</i></p>

e. Développer le lien entre MGR et MGE

Codes	Verbatim
<p>Développer le lien entre MGE et MGE</p>	<p>M2 :« <i>Et puis, bon après euh... Je sais pas si j'ai vraiment eu le SAS au téléphone directement</i> »</p> <p>« <i>Et puis quelquefois... les... les... les..., les gens qui appelaient du SAS euh... étaient un peu... Pas... pas... agressifs mais... un peu énervés quand on pouvait pas... leur donner satisfaction quoi. Bon... (...) on peut pas toujours....</i> »</p> <p>M3 :« <i>Pendant 6 mois, on a eu aucun... euh... patient orienté vers... le... nos... nos agendas. (...) Et on s'est aperçu que c'était la plateforme [nom du logiciel] qui n'avait pas fait le lien entre notre agenda SNP et la régulation.</i> »</p> <p>« <i>On a fait un appel fictif au SAS. (...) Et à l'issue de ça, le médecin m'a dit : je suis désolé, il y a aucun médecin de soins non programmés sur votre territoire, faut aller aux urgences. (...) Alors qu'il y avait 4 plages. Et donc là on s'est aperçu que c'était un bug de chez [nom du logiciel] qui ne faisait pas remonter les agendas. Euh... La disponibilité des agendas au 15. Donc le 15 n'avait pas la visibilité de nos agendas. Donc ça, ça a été rectifié. Non sans mal. Mais ça a été rectifié.</i> »</p>

f. Coordination entre CPTS et SAS

Codes	Verbatim
<p>Coordination entre CPTS et SAS pour les SNP</p>	<p>M4 :« Alors nous, dans la CPTS, on a mis en place ce qu'on appelle euh... enfin, on intègre déjà la mission de soins non programmée qui est intégrée dans la... dans la CPTS. »</p> <p>M5 :« C'est pour ça d'ailleurs qu'on essaie de... d'améliorer le système en mettant en place un secrétariat euh... dédié pour la CPTS, un secrétariat à distance et en fait, on demande à la régulation de passer par notre secrétariat. (...) le rôle c'est vraiment d'essayer de cibler les disponibilités géographiquement les plus proches des patients. »</p> <p>« Nous quand on a commencé ici, on s'est appuyé sur le pacte de refondation des urgences ou le sens (...) c'était que les CPTS devaient (...) fonctionner avec le SAS. C'était l'évidence. C'est ce que nous on a voulu monter ici, on n'a pas mis de régulation alternative, on n'a pas... on a... fonctionné essentiellement avec le SAS et je pense que plutôt que d'avoir les 2 niveaux de régulation ou les 2 niveaux d'orientation, il faudrait avoir un seul niveau d'orientation, concentrer les moyens sur ce niveau-là et... Soit délocaliser un secrétariat local, territorial, donc... ce qui va être le rôle de la CPTS... »</p>

	<p>M7 :« <i>la CPTS vient vraiment jouer l'intermédiaire entre le SAS et... et le médecin... »</i></p> <p><i>« je préfère qu'il y ait un seul... un seul organisme vers lequel je dois me tourner si jamais il y a un problème. (...) parce que... Ben beaucoup plus accessible. J'ai le numéro de la... J'ai le numéro des intervenants de la CPTS... j'ai le numéro de la secrétaire... je sais quel médecin de mon territoire s'occupe de gérer la CPTS... Donc ouais, s'il y a des trucs à faire monter, ce serait beaucoup plus simple... Là j'ai aucune idée de vers qui me tourner pour dire qu'il y a un problème... »</i></p> <p>M8 :« <i>De toute façon, j'adhérais à la CPTS pour aussi participer au SAS dans tous les cas... »</i></p>
<p>Communication sur le SAS faite grâce à ma CPTS</p>	<p>M3 :« <i>Au sein de notre CPTS nous, on s'est chargé de faire la communication. (...) Donc à partir du moment où au sein de la CPTS, s'il y a une personne, qui est référente pour ce... ce..., cette mission-là charge à elle de bien faire l'information, au sein de la CPTS. C'est comme ça que nous on a procédé. »</i></p> <p><i>« Nous on fait notre propre communication. Donc les gens ont ce flyer, qu'on a mis sur notre Facebook. (...) Qu'on a mis dans les... dans toutes les salles d'attente, qu'on a mis dans toutes les pharmacies... »</i></p>

M5 :« *Donc après... et au niveau CPTS on a fait des communications... sur nos médecins. Mais malheureusement, en tant que CPTS, on ne peut communiquer que aux médecins adhérents et non pas au... à l'ensemble des médecins du territoire. Donc, ce qui limite les capacités de communication... »*

M7 :« *Et par contre, par les acteurs de notre CPTS, moi je trouve que c'est bien fait... mais c'est parce que on a de la chance d'avoir des... les gens qui s'occupent de la CPTS qui sont... (...) un minimum investis, un minimum consciencieux... Et malheureusement, je ne suis pas sûr que ça soit le cas dans toutes les CPTS en France »*

M8 :« *Donc sans la CPTS j'aurais pas été vraiment au courant... Typiquement ma... ma collègue qui elle est installée depuis plus longtemps, elle ne faisait pas partie de la CPTS, c'est moi qui ai insisté pour qu'elle y adhère là quand je me suis installé avec elle... et elle avait pas notion de l'existence du... Enfin en tout cas.... Elle ne... Sur notre territoire, elle avait pas de notion que le SAS fonctionnait. »*

M9 :« *Déjà si on fait pas partie de la CPTS, on n'est pas au courant... Ça c'est un gros problème... parce que tout le monde n'a pas envie forcément d'être dépendant de la CPTS... »*

g. Facilité d'accès à mon cabinet

Codes	Verbatim
Facilité d'accès à mon cabinet	<p>M2 :« <i>Oui, euh... oui c'est dans le centre-ville de [nom de la ville], donc euh... il y avait les bus. Les bus maintenant sont gratuits en plus... (...) Oui oui, il y avait pas de problème... C'était facile d'accès, il y a un grand parking »</i></p> <p>M4 :« <i>Ah oui oui, nous honnêtement c'est... C'est même très facile de s'y rendre. (...) il y a pas de souci d'accès. Au niveau parking, qui est en grande partie à côté, c'est-à-dire les patients peuvent stationner. (...). Il y a des arrêts de bus. Il y a une navette de la ville qui circule, qui passe devant le cabinet. Donc honnêtement, au niveau accessibilité, il y a pas beaucoup de difficultés. »</i></p> <p>M7 :« <i>le fait que je sois directement dans [nom de la ville] même... Et que je sois accessible à pied aux gens qui habitent le centre »</i></p>

V. Menaces

a. Manque de communication sur le SAS

Codes	Verbatim
Devoir mieux informer les patients	<p>M3 :« <i>D'où vient cette méconnaissance ? Est-ce qu'elle est volontaire de la part des services de l'État ?</i> »</p> <p>« <i>l'ARS a volontairement dit : on ne communique pas sur le SAS. On ne fait pas de communication.</i> »</p> <p>« <i>Donc quand euh... les gens nous disent... Ça arrive... Ah bah j'ai essayé de vous avoir la semaine dernière mais euh... impossible. [rire] Pourtant, il existe... Ah bah je savais pas</i> »</p> <p>« <i>Je... je pense que la... la meilleure façon de faire évoluer le... de faire évoluer le... le soin non programmé, ça serait que la population générale, elle puisse avoir une information claire sur l'existence du dispositif.</i> »</p> <p>« <i>Y a juste que les patients qui ont besoin d'avoir l'info. Nous les médecins, on a l'info. L'ARS, la CPAM, elle a l'info. Les seules personnes qui ont pas l'info c'est les personnes concernées : ce sont les patients. Il suffirait juste qu'on fasse une communication pertinente auprès des patients.</i> »</p>

M4 :« *Honnêtement, je sais pas si tous les patients le savent... (...) Mais initialement, je ne pense pas que... Cette commutation était réellement euh... vulgarisée. »*

« il faut adapter cette communication au territoire. »

M7 :« *Insuffisante, ouais. (...) Parce que là, il faut afficher en ville quoi ! Faut afficher en ville, il faut afficher à l'hôpital... (...) des spots de publicité à la télé, à la radio... Mais localement... (...- Et moi j'ai beaucoup de patients qui me disent : Docteur, si vous êtes pas là, qu'est-ce qu'on fait ? »*

« vous avez des patients qui... (...) quand je suis indisponible, et que (...) il souhaiterait être vu rapidement (...) ou alors, que je suis en vacances et que j'ai pas de remplaçant... Ben ils sont perdus... et donc ils se disent bah c'est pas urgentissime je... je vais pas mourir donc je vais pas appeler le 15 (...) Ils vont pas aller aux urgences... Parce que on arrêtait pas de leur dire que ils surchargeaient les urgences... Ils essayent d'appeler des autres médecins, mais ils sont tellement surbookés qu'ils disent non, je prends plus de nouveaux patients... Et justement... parce que ils ont des créneaux SAS ! Pour prendre les urgences ! Et donc ben... vous avez des patients qui attendent avant de consulter... »

	<p>M8 :« en cas d'absence de votre médecin traitant ou si vous n'avez pas de médecin traitant pour des urgences relatives, n'hésitez pas à contacter le 15... qui du coup, ben en journée... soit passera au SAS, si c'est en soirée, c'est tout, il passera à la maison médicale de garde... mais que les gens ils aient notion qu'ils peuvent... qu'ils peuvent appeler »</p> <p>« Ça peut aussi être des grosses campagnes de sensibilisation à la radio hein... (...) Bah on pourrait refaire une campagne en sensibilisant au SAS. Mais le problème des campagnes de radio c'est que c'est national... et je suis pas sûr que le SAS soit développé sur tous... tous, tous les territoires... (...) Et le jour où ça fonctionnera, partout qu'il y aura pas de zone blanche, bah oui, on peut faire des campagnes nationales pour bien réinsister auprès de... de toute la population. »</p>
<p>Confusion autour du 15</p>	<p>M6 :« Ben moi je dis jamais au patient d'appeler le 15 pour une connerie ! (...) Bah sinon on embolise tout hein... c'est... (...)le 15 c'est devenu... bon... Le médecin, il est pas là, je fais le 15... »</p> <p>« Bah après je pense que le problème c'est que... les urgences vitales elles sont... elles arrivent après la rhino quoi... »</p>

	<p>M8 :« ils sont... un peu réfractaires, je pense, à appeler le 15 pour être régulés au SAS... »</p> <p>« Pour eux, le 15, c'est les urgences vitales. »</p> <p>« je pense qu'il faudrait recommuniquer ...pour dire... Que... ouais c'est le numéro, certes pour les urgences vitales, mais aussi pour les demandes de soins non programmés, mais du coup expliquer ce qu'est une demande de soins non programmés... »</p> <p>M9 :« Oui, bien sûr ! Parce que pendant des années on nous a dit 15 égal urg... égal urgence vitale... Donc pour l'instant moi quand je dis ça au patient vous pouvez appeler le 15 pour avoir un médecin généraliste.... Ils me regardent avec des yeux comme des soucoupes hein. »</p>
<p>Devoir mieux informer les médecins</p>	<p>M1 :« via un moyen de communication que on aurait tous déjà... déjà, c'est pas évident. (...) Parce qu'on est inondé de mails, euh... d'infos en tout genre... Donc euh... par courrier papier c'est sûr qu'on en voit, on regarde, on fait la différence. »</p> <p>M3 :« Est-ce que la communication a été correctement faite à partir de la CPAM et de l'ARS vers tous les médecins ? Je suis pas certain... Puisque les... Les médecins avaient plutôt l'impression euh... d'avoir énormément de... d'obligations... Sans comprendre que ils avaient aussi des droits. »</p>

	<p><i>« Par exemple, un spot publicitaire... ou... ou tout autre support de... de communication que la sécu et l'ARS jugeraient pertinents. »</i></p> <p>M4 :<i>« Euh... Les médecins n'ont peut-être pas compris exactement l'utilité du SAS. Euh... Ce qui fait que... Euh... il faut peut-être refaire une communication pour divulguer l'information exacte. »</i></p> <p>M5 :<i>« Pour les médecins ? (...) Je me rappelle pas vraiment avoir vu de la communication de la part de... des instances pour ça »</i></p> <p><i>« je ne saurais plus dire exactement le... le médecin tout venant, comment il a pu avoir une information sur le... sur le SAS. »</i></p>
<p>Besoin d'être informé(e) par les grandes institutions de santé pour les patients et les médecins</p>	<p>M1 :<i>« Euh... ou sinon, moi personnellement, je lis surtout les mails de la sécurité sociale, la CPAM »</i></p> <p><i>« La sécu hein, bien sur, si toujours... puisque la sécurité sociale... mais bon là c'est pareil, tous les patients ne sont pas à la CPAM, et puis le régime de... de sécu... »</i></p> <p>M3 :<i>« Je pense que... Le message devrait être véhiculé de façon nationale... Euh... Par des spots télévisés. On devrait faire un spot télévisé. »</i></p> <p>M4 :<i>« Ben... La CPAM... La CPAM doit avoir un rôle fondamental dans cette communication. L'ARS doit avoir un... un rôle fondamental dans cette</i></p>

commutation. Les URPS doivent avoir un rôle fondamental dans cette commutation. Donc CPAM.

ARS. URPS. Ça, c'est fondamental. »

M7 :*« Il faudrait trouver le moyen pour que ça soit le plus rapidement... lu ou entendu... et le plus facilement et le plus efficacement pour que ça coupe le moins cher possible... Alors euh... oui, si la CPAM a accès à une messagerie chez les patients... (...) Alors oui, on envoie un message électronique à tout le monde, on envoie un mail à tout le monde, ça coûte pas cher et puis voilà... Est-ce que ça sera lu ? J'en sais rien... (...) mais il faut trouver le juste milieu entre pas assez de canaux, et on touche personne et trop de canaux, et là ça fait doublons, ça coûte trop cher... »*

M8 :*« On a nos délégués médicaux qui viennent quand même nous voir régulièrement... pour, je trouve, nous parler de choses... Pas essentiels... pas toujours essentiels... Alors que ça, c'est quelque chose qu'il aurait fallu vraiment promouvoir auprès de chaque médecin du secteur. »*

b. Ne pas surcharger son emploi du temps

Codes	Verbatim
<p>Ne pas surcharger son emploi du temps</p>	<p>M1 :« voilà, je suis un peu fatiguée et puis j'ai déjà trop de patients pour l'instant, donc pour l'instant j'ai arrêté »</p> <p>M6 :« Euh, et puis... et puis au bout d'un moment, on s'épuise un peu quand même... Parce que finalement c'est sur le... sur le volontariat... Donc bah c'est toujours les mêmes hein... »</p>
<p>Travail supplémentaire des examens complémentaires</p>	<p>M3 :« Un patient qui vient en soins non programmés nous prend plus de temps qu'un patient qu'on connaît habituellement. Parce qu'il faut faire l'analyse du dossier, il faut faire l'analyse des antécédents. Il faut comprendre l'histoire du patient, donc ça demande beaucoup plus de temps, ça demande parfois un suivi. C'est à dire qu'on va voir un patient en soins non programmé, on a besoin d'un bilan sanguin. Qui va gérer ce bilan sanguin ? Nous. C'est nous qui allons gérer les résultats. »</p> <p>M5 :« parfois quand il faut prescrire un examen complémentaire type, par exemple ECBU... prise de sang... (...) Si les gens ont un médecin traitant, bah il faut faire en sorte que les résultats lui parviennent, ou en tout cas que ce soit le médecin traitant qui assure quand même la suite si possible. Et si les gens n'ont</p>

	<p><i>pas de médecin traitant, c'est là que ça devient problématique parce que quelque part, c'est une porte d'entrée pour les patients pour que... on commence à les suivre quoi... »</i></p>
<p>Visite à domicile inadaptée au SAS</p>	<p>M2 :« <i>Après je peux comprendre que les gens soient... démunis hein... mais... mais... effectivement on peut pas faire une visite (...) Non c'est pas du tout faisable... »</i></p> <p>M5 :« <i>Ben... Le SAS déjà on est dans... dans des consultations euh.... Consultations euh... au cabinet donc euh... le déplacement non. Alors en plus on m'a... je me rappelle qu'on m'avait demandé effectivement, et c'était à 40 minutes de mon cabinet ! Donc euh... j'aurais encore pu faire un effort si vraiment c'était à proximité géographique peut-être..... »</i></p> <p><i>« Non, en tout cas... aller faire une visite à domicile, ça s'intègre pas dans une journée comme une consultation de soins non programmés donc euh... (...) Ca me paraît pas adapté. »</i></p> <p>M9 :« <i>Non, non, non, on n'est pas là pour aller faire les visites des autres médecins... (...) C'est quand même exceptionnel les visites. Donc non, ça franchement hein, c'est le truc rédhibitoire. »</i></p>

<p>Ne pas pouvoir suivre de nouveaux patients</p>	<p>M2 :« <i>Les médecins sont surbookés, ils ont... pour la plupart, ils peuvent plus prendre de patients supplémentaires quoi... ils dépannent quoi (...) On fait une médecine de dépannage actuellement... »</i></p> <p>M5 :« <i>Est arrivé une fois ou deux quand même de... Bah de découvrir une pathologie grave et... du coup de... bah de... de... d'avoir suivi les patients derrière puisque... (...) Globalement, ça, ça reste quand même l'exception. »</i></p> <p><i>« Donc ça c'est un... un... un fait qui est remonté par un certain nombre de professionnels, qui fait peur aux professionnels puisque y a quand même plus de 10% des gens qui ont pas de médecin traitant maintenant donc euh... Ça, ça fait peur pour, je pense, l'investissement des gens en tant que... enfin des professionnels dans... dans... dans le dispositif. »</i></p> <p>M7 :« <i>parce que j'en suis arrivé à un stade où j'arrête de prendre des nouveaux patients... et de devoir dire non, c'est dur... »</i></p>
---	---

c. Participer au SNP avec ou sans le SAS

Codes	Verbatim
<p>Participer au SNP avec ou sans le SAS</p>	<p>M1 :« finalement, j'ai créé un nouveau motif de consultation. (...) Mais là, c'est moi personnellement, et non plus via aucun autre intermédiaire. »</p> <p>« Moi je préfère reprendre des nouveaux patients (...) Après je fais du bouche à oreille avec mes patients ! (...) ils savent, parce qu'il y a un engagement, ils me connaissent, ils savent que... donc je fais plus du bouche à oreille, et en fait euh... Pour voir les patients quand ils ont besoin de moi, que de passer par une structure... »</p> <p>« j'ai trouvé un autre système pour être joignable rapidement. »</p> <p>M3 :« Comme le mode d'organisation nationale ne fonctionne pas, on organise nous-même, notre propre orientation, puisqu'on sait que ça ne fonctionne pas »</p> <p>« Donc on est soit d'accord : soit les patients de la CPTS passent par le 15... (...) Soit, ils vont pouvoir bénéficier de l'organisation interne dans notre CPTS et donc ils vont, par l'intermédiaire d'un professionnel de santé, pouvoir avoir un rendez-vous sur l'agenda SNP »</p> <p>M5 :« je trouve dommage c'est que... Il y ait... une superposition des dispositifs, avec les dispositifs</p>

attendus par les CPTS et les dispositifs... le dispositif SAS en lui-même. Puisque les 2 se mettent un peu en place en même temps, et finalement euh... Je trouve que ça crée des... c'est un peu confusiogène pour les gens, et pour les professionnels... »

M7 :*« Et après il y a également les urgences, de [nom de la ville] qui peuvent aussi m'envoyer des patients sur ces créneaux-là... (...) Et pour l'instant... (...) factuellement je n'ai vu que les urgences enfants... »*

« quand j'ai un patient qui vient ici, et que je vois qu'il s'affiche sur mon planning : soit il est adressé par le 15, donc il a fait le 15 et ensuite il a contacté la secrétaire de machin hein et puis elle apparaît dessus.... Soit il me dit sinon : c'est les urgences pédiatriques qui m'envoie. »

M9 :*« là par exemple, la CPTS a été obligée de mettre un numéro parallèle, en fonction, parce qu'en passant par... par Lille, ça marche pas en fait... nous ici sur le secteur en passant par Lille, ça marche pas... »*

« Alors que la CPTS leur a dit : comme le SAS, la plateforme de Lille, ça marche pas terrible, on a mis en place un numéro... (...) pour que les pharmacies puissent appeler directement la secrétaire qui, pour la CPTS, gère les plages... »

	<p><i>« Mais par contre le pharmacien... s'il voit quelqu'un avec une réaction allergique à je sais pas quoi... il peut dire : bah voilà j'ai tel numéro, je vais appeler pour vous trouver un rendez-vous... Moi je pense qu'il faut passer par les professionnels de santé. »</i></p>
<p>Manque de coordination dans la gestion des SNP</p>	<p>M2 :<i>« Alors quelquefois par contre, il y avait des... des gags entre le SAS et le 15... (...) la CPTS n'était pas au courant que le 15 avait déjà donné les appels, donc il... on avait l'impression qu'il avait un double. Euh... une double demande, qui n'était pas toujours coordonnée. »</i></p> <p><i>« Bah je pense qu'ils ne communiquaient pas du tout. »</i></p> <p>M3 :<i>« Il y a eu une erreur d'orientation, où le patient on lui a donné rendez-vous avec le docteur A mais on lui a donné l'adresse du docteur B. (...) Donc en fait c'est casse pieds pour tout le monde »</i></p> <p>M6 :<i>« c'est pas une CPTS qui doit réguler. »</i></p> <p><i>« Avant bah les... au début j'étais que avec le SAS hein. C'était pas régulé par la CPTS... je crois que c'était mieux hein ! Mais bon... »</i></p> <p><i>« Alors nous, on... c'est un secrétariat privé (...) Mais c'est pas des régulateurs de soins ! Même des soins non programmés ou urgents entre guillemets... C'est pas des gens formés à ça hein... »</i></p>

d. Ne pas vouloir la vérification de l'indisponibilité/absence du MT

Codes	Verbatim
<p>Ne pas vouloir la vérification de l'indisponibilité du MT</p>	<p>M6 :« <i>Ah bah non ! (...) Voilà, j'ai plus de médecin... Bon... Mais au SAS, s'ils vont pas commencer à... donnez-moi vos coordonnées, on va regarder si vous avez un médecin traitant déclaré... on va regarder le planning de vacances de votre médecin traitant et... je... non non... »</i></p> <p><i>« Le SAS va pas passer (...) des coups de fil au médecin traitant pour voir si réellement le médecin traitant est disponible ou pas... »</i></p> <p>M8 :« <i>Je pense pas que ce soit du travail... à rajouter... ni à la régulation, ni à... ni aux plateformes de SAS parce que c'est pas leur boulot... faut... faut qu'on fasse un peu confiance aux gens... Je pense que les gens vont préférer aller voir leur médecin traitant que de devoir appeler le 15, être en attente, être rappelé une demi-heure après pour leur dire qu'on a trouvé quelqu'un... donc je pense pas que ce soit nécessaire de le vérifier. »</i></p> <p>M9 :« <i>mon mari à [nom de la ville], il y a une secrétaire qui appelle systématiquement le médecin traitant et que quand on est en vacances, c'est hyper désagréable (...) Docteur, vous êtes sûr que vous pouvez pas voir Madame machin parce qu'elle a la</i></p>

	<p><i>diarrhée depuis 3 jours ? Bah non... là, je suis à la montagne... donc non c'est insupportable en fait...</i></p> <p><i>Des deux côtés c'est insupportable mais euh... je trouve que c'est encore pire pour le médecin traitant... »</i></p> <p><i>« Parce que c'est du flicage en fait. »</i></p>
--	--

e. Dégradation du rôle de MT

Codes	Verbatim
<p>Dégradation du rôle de MT</p>	<p>M2 :« <i>la mauvaise chose du... de, de ce principe là ce serait que les patients appellent euh... plus que le SAS quoi... pour avoir un rendez-vous parce que leur médecin il prend pas tout de suite euh... Donc voilà... Et ça devient du soin non programmé... de confort quoi. »</i></p> <p><i>« Le problème c'est l'embolisation qui peut être faite par des gens qui... qui veulent juste avoir un rendez-vous plus rapide que celui que leur médecin traitant leur donne... Ça se voit de plus en plus, donc euh... »</i></p> <p>M5 :« <i>Mais c'est capital effectivement, parce que, un certain nombre de fois... Le médecin est finalement disponible... (...) On se dit que là on déraile complètement... Quand on fait ça, le système il déraile complètement puisque... Il détourne le système du médecin traitant... il détourne l'organisation de soins actuels donc... Donc ça déraile. »</i></p> <p>M6 :« <i>tout est fait, pour que l'électeur, le Français, puisse continuer à consommer du soin médical ! Quelle que soit l'heure du jour et maintenant de la nuit »</i></p> <p><i>« En fait, tout est fait, pour faire une médecine dégradée, une médecine au rabais... Une médecine</i></p>

	<p><i>au rabais, et une (...) médecine (...) bien payée. C'est à dire que... un soin non programmé... grosso modo... c'est deux fois plus cher qu'une consultation normale... »</i></p> <p><i>« Donc soigner le cancéreux, soigner le diabétique avec des consultations longues, bah c'est pas intéressant... »</i></p> <p><i>« Soigner des patients malades, ça a jamais été un problème. (...) Mais je suis au service de leur santé ! Pas de leur emploi du temps... »</i></p>
<p>Défendre la revalorisation des honoraires</p>	<p>M3 :<i>« la rémunération n'est pas à la hauteur de ce qu'elle devrait être. (...) Moi je suis... je suis un fervent défenseur de... d'une revalorisation des honoraires. »</i></p> <p><i>« Donc non, la rémunération n'est pas à la hauteur de notre travail. Mais en fait, ça reste à la hauteur de notre rémunération pitoyable qu'on a depuis des années. »</i></p> <p>M6 :<i>« Et encore une fois, si on avait une consultation décente ! (...) mais c'est tout, il y aura pas... il y aurait pas de problème... il y aurait pas de débat... Il y aurait pas de professionnel du soin non programmé... »</i></p> <p>M7 :<i>« comme toute la rémunération des médecins... elle est insuffisante. Mais ça c'est un problème global</i></p>

	<p><i>en fait hein, c'est parce que la consultation du médecin en France est dévalorisée sur plein de domaines... »</i></p>
<p>Injuste de ne pas percevoir de majoration pour un SNP non envoyé par le SAS</p>	<p>M5 :« <i>la filière CPTS, quand on a une régulation ou une... pseudo régulation interne ou un dispositif intra CPTS, les... les... les actes sont pas valorisés de la même manière, et du coup ça crée des différences qui sont pas forcément justifiées (...) j'ai bien conscience que c'est pas exactement le même niveau de régulation... (...) Néanmoins dans la pratique on voit la même chose. Donc... moi je pense que pour l'effecteur, l'effort c'est le même... Donc... Je trouve que... il devrait pas y avoir de différence entre un... un acte qui vient de la régulation du SAS ou de la... de la régulation interne. »</i></p> <p>M6 :« <i>Et eux ! Le paradoxe du système ! C'est pas régulé, donc eux, on peut pas les majorer ! (...) C'est injuste ! C'est injuste ! »</i></p>

f. Impact de la crise du COVID

Codes	Verbatim
<p>Crise du COVID a changé nos habitudes de travail</p>	<p>M6 :« ça c'est un truc qui marche bien ! (...) C'est le COVID ! C'est la faute au COVID ! Avant, il y avait plein de médecins, moi le premier... (...) J'étais en consultation libre ! (...) Donc les soins non programmés... on... on en a jamais parlé ! C'est que depuis le COVID qu'on parle de soins non programmés ! Donc ça c'est aussi... le... le retour de bâton... On nous a obligés... (...) Moi j'avais pas de secrétariat avant hein ! (...) les gens venaient en consultation libre ! »</p> <p>« Ah et puis maintenant... on me demande de revenir en arrière et de faire de la consultation libre et des soins non programmés ? Bon faut savoir hein ! »</p> <p>« Eh ben moi je vois sur le territoire, c'est pas un peu ! Enfin y a... y a ça, ça a été bien plus que l'histoire du manque de médecins, les congés... C'est qu'on est tous sur rendez-vous maintenant ! Avant, non ! »</p>
<p>Crise du COVID et communication sur le 15</p>	<p>M7 :« Oui ! Et alors, c'est pas le numéro en lui-même qui crée une confusion... C'est toute la communication qu'il y a eu pendant le COVID ! Qui a créé une confusion ! »</p> <p>« après COVID (...) on a dit au patient : non le 15 c'est que si vous allez mourir, c'est que si c'est</p>

	<p><i>urgentissime... (...) Donc, ils ont bien retenu la leçon...</i></p> <p><i>Et puis même ce message-là, il était là avant aussi hein... Et puis après... alors on leur a dit : non, non, non, non, maintenant il faut passer par le 15 parce que... voilà. Et puis à d'autres moments, vous avez d'autres journalistes et d'autres reportages télé qui disent : non en fait le 15 il galère hein... il y a pas assez de régulateurs ! Donc ils ont un message qui est très flou... (...) Donc... ils savent pas quoi faire... »</i></p>
--	---

g. Cout important pour la société

Codes	Verbatim
Cout important pour la société	<p>M6 :« <i>donc là ça passe par un secrétariat privé, ça coûte des sous à la CPTS, mais c'est pas grave... (...)</i> <i>C'est rien, il y a des sous ! Faut les dépenser hein »</i> <i>« c'est une gabegie financière incroyable. (...) Les trucs gérés par les CPTS... »</i> <i>« moi si je suis dans une structure dédiée, je vais pas être ici ! Bon c'est tout hein... Sauf si je suis maître de stage, je fais bosser un interne ici et puis je m'en vais faire du pognon à 44€ (...) Je mettrai un interne ici qui fera tourner la boutique... Il y en a hein aussi, qui ont... qui ont compris le truc hein. »</i></p> <p>M7 :« <i>Mais ça c'est la problématique des... des forfaits (...)</i> <i>Il y a un coût invisible du soin ! Et le coût invisible fait que l'acte perd en valeur et du coup, on se permet de ne pas venir en consultation et on se permet de... d'avoir une attitude d'irrespect petit à petit, et donc on... et on se permet de surutiliser le soin... »</i></p> <p>M9 :« <i>ils utilisent le... le SAS pour gagner plus d'argent, c'est tout. (...) c'est mercantile en fait... c'est pas du tout en lien... c'est mercantile... donc comme ça, ça leur permet voilà de faire des consultations à 45€... Au lieu de 26, 50 et c'est tout... »</i> <i>« C'est une utilisation abusive du système. »</i></p>

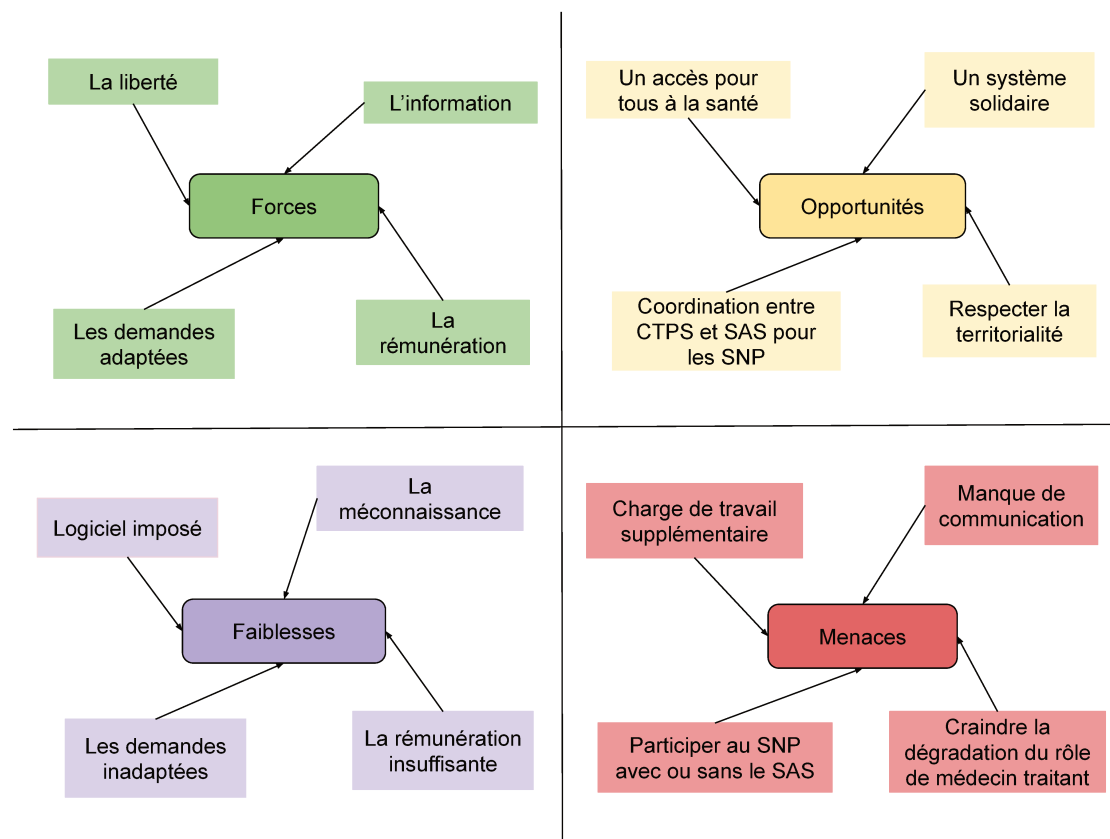
h. Pauvreté limite la mobilité

Codes	Verbatim
Pauvreté limité la mobilité	<p>M1 :« <i>Après, nous les villages un peu plus excentrés euh... on se retrouvait, on était plusieurs à se retrouver avec des plages où personne ne venait... où il n'y avait pas de créneau de pris !</i> »</p> <p>« <i>vraiment ceux qui sont dans les villages excentrés à [nom de la ville] on avait plus de mal à remplir nos plages horaires (...) après, il y a peut-être beaucoup plus de populations qui a moins les moyens de se déplacer, je sais pas</i> »</p> <p>« <i>Alors après il y a aussi une population peut être pauvre, oui qui... qui peut pas se déplacer euh...</i> »</p> <p>M5 :« <i>même si on a un arrêt de tram à 300 mètres, ça... Reste une petite rue... Pas forcément facile d'accès (...) Maintenant, je crois pas que ce soit vraiment l'accessibilité de mon cabinet en lui-même qui soit vraiment un obstacle... C'est plutôt éventuellement la géographie. C'est à dire que si on prend un patient qui vient de l'autre côté de [nom de la ville], il y a peut-être déjà 10 km sur le territoire... Donc même en tram, je pense que ça doit décourager un certain nombre de... de personnes. (...) Notamment probablement les plus... Défavorisés socialement et intellectuellement.</i> »</p>

Discussion

I. Résumé des résultats

Pour résumer les résultats principaux, un logigramme a été proposé :



Les forces principales du SAS étaient : la **liberté** pour chaque MGE d'intégrer ses disponibilités comme il le souhaitait en fonction de sa charge de travail et des demandes de ses propres patients comme rapporté par tous les participants. **L'information** claire qui avait été faite par les CTPS pour expliquer aux médecins le fonctionnement et l'intérêt du SAS comme rapporté par seulement 3 participants.

La **rémunération** à l'acte attractive qui permettait de se sentir valorisés de participer à la gestion des SNP comme relevé par 5 participants.

La gestion de **demandes adaptées** ressenties comme urgentes par les patients et qui avaient réellement un besoin d'évaluation clinique médicale comme relevé par 7 participants.

Les faiblesses principales du SAS étaient : le **logiciel imposé** de prise de rendez-vous en ligne que certains ne souhaitaient pas utiliser mais qui ont été contraints de le faire pour pouvoir communiquer leurs disponibilités au SAS.

La **méconnaissance** des patients comme indiqué par 6 participants qui n'utilisaient par conséquent pas ce système mais aussi des médecins et notamment des confrères non-adhérents à la CPTS qui n'avaient pas été informés de l'existence et du fonctionnement du SAS comme indiqué par tous les participants.

La **rémunération insuffisante** en contrepartie du service rendu mais surtout insuffisante compte tenu du niveau d'études des médecins ainsi que comparée aux salaires des médecins généralistes des pays voisins comme souligné par 2 participants.

Les **demandes inadaptées** envoyées par le SAS rapportées par 5 participants, comme les demandes de constats de décès ou de visites à domicile qui ne s'intégraient pas facilement dans une journée de consultations car trop chronophage pour le praticien et considérées comme rédhitoires pour certains participants de l'étude.

Les principales opportunités du SAS étaient : d'offrir **un accès pour tous à la santé** comme indiqué par 6 participants, en pensant aux patients sans MT qui étaient de plus en plus nombreux dans certains territoires où les médecins partaient en retraite et n'étaient pas remplacés entraînant une augmentation du nombre de patients sans suivi et qui n'avaient plus la possibilité d'avoir une consultation médicale en dehors d'un service d'urgences.

De participer à un **système solidaire** envers les patients d'une part comme souligné par 7 participants mais aussi envers les confrères médecins qui étaient indisponibles

ou absents en recevant leurs patients en contrepartie de quoi ces confrères s'engageaient à voir également les patients des autres MGE dans un système de donnant-donnant et d'entre aides comme souligné par 4 participants.

L'importance de **respecter la territorialité** des demandes et l'envie d'être un acteur engagé pour leur secteur proche et pour les patients de ces secteurs qui pourraient être limités aux territoires des CPTS par exemple comme indiqué par 8 participants.

La **coordination entre CPTS et SAS pour les SNP** comme voulu dans le pacte de refondation des urgences avec la plateforme de régulation du SAS qui régulaient les appels et les CPTS localement qui attribuaient les rendez-vous sur le territoire en fonction des lieux d'habitation des patients et des lieux de consultations des médecins afin de faciliter le plus possible la venue du patient comme souligné par 5 participants.

Les principales menaces du SAS étaient : la **charge de travail supplémentaire** que pouvait représenter le SAS comme indiqué par 4 participants, avec notamment la gestion des examens complémentaires demandés lors de la consultation de SNP ou la possibilité pour certains patients de venir s'intégrer dans la patientèle déjà pleine des MGE.

Le **manque de communication** sur le SAS et l'absence de développement du SAS qui en découlait avec peu de MGE et de MGR et peu de patients contactant la plateforme de régulation du SAS comme souligné par tous les participants.

Craindre la dégradation du rôle de médecin traitant comme relevé par 4 participants, avec la peur de voir se développer une professionnalisation du SNP par certains MG qui ne feraient que du SNP au détriment du suivi de patients mais aussi de voir les patients contacter le SAS avant leur MT pour obtenir un rendez-vous plus

rapidement et perdre petit à petit le rôle de premier recours pour les MT vis à vis de leurs propres patientèles.

La possibilité de **participer au SNP avec ou sans le SAS** comme indiqué par 8 participants, avec la volonté de certains médecins de trouver par eux-mêmes une solution plus adaptée que le SAS pour les patients de leur territoire en ouvrant de nouveaux motifs de consultations par exemple. Mais aussi par le développement de différentes possibilités de gestion des SNP qui se sont mis en place parallèlement à l'instauration du SAS, avec par exemple certaines CPTS qui proposaient leurs propres circuits de gestion des SNP, ce qui a pu apporter de la confusion dans l'esprit des médecins et des patients.

II. Validité de l'étude

a. Forces de l'étude

Lancé dans le Nord comme projet pilote en 2021, l'intérêt de cette étude était d'identifier les retours d'expérience des MGE ayant utilisé ce nouvel outil en pratique.

Les entretiens ont tous été réalisés par l'investigateur principal. 8 entretiens ont pu se réaliser en présentiel tandis que l'un d'entre eux a été réalisé en distanciel à la demande du médecin interrogé.

L'investigateur principal ne connaissait aucun participant de l'étude avant leur participation à l'entretien.

Les participants avaient été contactés via leur CPTS, par la diffusion d'un mail expliquant qu'un entretien pour discuter du SAS était proposé pour les médecins souhaitant participer à l'étude.

Dans un premier temps, une approche par analyse interprétative phénoménologique avait été envisagée. Cependant, au fur et à mesure de la réalisation des entretiens et de leurs analyses, une analyse des données et un classement basé sur l'outil SWOT a semblé plus pertinent.

L'étude a tenté de recueillir un maximum de points de vue différents, d'après des profils de MGE les plus variés possible : 7 hommes et 2 femmes ont été interrogés.

Tous les secteurs d'activité ont été représentés : ainsi 5 médecins exerçaient en territoire semi-rural, 3 médecins exerçaient en territoire urbain et 1 médecin en territoire rural.

1 participant avait répondu positivement initialement mais n'a pas donné suite.

Certains médecins participaient au SAS depuis son lancement et avaient pu observer ces améliorations au fur et à mesure avec un maximum de reculs et d'autres participaient au SAS depuis seulement quelques mois au moment de l'entretien.

4 CPTS différentes ont été représentées dans ces entretiens, permettant d'avoir 4 points de vue différents sur le SAS et la gestion locale des SNP.

Les entretiens ont été réalisés le plus souvent au cabinet du médecin, au moment de la journée qui lui convenait le mieux. Un entretien a été réalisé au domicile du médecin et un entretien a été réalisé par communication téléphonique.

Les médecins interrogés n'avaient pas connaissance du guide d'entretien préalablement au rendez-vous.

La suffisance des données a été obtenue à partir du huitième entretien. Un dernier entretien de confirmation a été réalisé ensuite.

Tous les entretiens ont été retranscrits ad integrum et codés entièrement par l'investigateur principal via le logiciel Word. Une triangulation partielle de quelques entretiens a été réalisée par un investigateur tiers.

Les thèmes n'étaient pas prédéfinis à l'avance et ont émergé au fur et à mesure de l'analyse des données.

Les coordonnées de l'investigateur principal ont été laissées à chaque participant pour permettre d'apporter une nouvelle idée à la suite de l'entretien si nécessaire, mais aucun médecin n'a recontacté l'investigateur principal.

b. Limites de l'étude

L'utilisation de la méthode SWOT induit nécessairement une part de subjectivité de la part de l'investigateur principal. Certains thèmes ont été difficiles à classer en forces ou opportunités, tout comme il a été difficile de classer certains thèmes en faiblesses ou menaces.

La triangulation des données par un investigateur tiers a tenté de réduire cette subjectivité, mais cette triangulation n'a été que partielle.

L'investigateur principal n'avait aucune expérience en recherche qualitative avant cette étude.

Concernant les profils des médecins participants, il aurait pu être intéressant de pallier le manque de parité et au manque d'homogénéisation des territoires, en recueillant plus de point de vue féminin et plus de territoires ruraux.

Seulement 4 CPTS du Nord ont pu être représentées dans cette étude.

Par définition, les médecins participants au SAS depuis seulement quelques mois avaient moins de recul sur l'impact dans leur pratique quotidienne que les médecins participants depuis le lancement du SAS en tant que projet pilote.

Concernant la réalisation des entretiens : il aurait pu être intéressant de réaliser la totalité des entretiens en présentiel. L'entretien téléphonique a été le plus difficile à retranscrire du fait d'une plus mauvaise qualité audio de l'enregistrement.

Le guide d'entretien n'a pas pu être testé sur un MGE avant le début des entretiens, ce qui aurait pu être intéressant.

Lors des entretiens, il était parfois difficile de distinguer le ressenti de la participation au SAS de celle de la participation à la gestion des SNP proposés localement.

Il était aussi difficile de distinguer le ressenti de la participation au SAS de celle de la participation à la permanence de soins et des gardes car les MGE volontaires du SAS étaient souvent les mêmes volontaires pour participer à la permanence des soins.

Le choix de changement de méthode en cours d'étude, d'approche par analyse interprétative phénoménologique à analyse des données et classement basé sur l'outil SWOT a impacté et repensé le codage des données.

III. Discussion des résultats et perspectives

Cette étude a pu mettre en lumière différentes forces et opportunités du SAS ainsi que différentes faiblesses et menaces qu'il faut prendre en compte.

On remarque que la méconnaissance du SAS par les patients comme les médecins est évoquée comme le principal obstacle à son développement.

Il faut donc développer une communication adaptée auprès de l'ensemble des médecins, adhérents ou non aux CPTS des différents territoires, sur l'existence et le fonctionnement du SAS. Cette communication pour les médecins doit mettre l'accent sur la possibilité de rendre service aux patients en offrant à tous un accès à la santé en participant au SAS, dans une dynamique de solidarité envers les patients mais également de solidarité envers les confrères médecins.

Il faut également informer les patients que le SAS existe comme alternative à un service d'urgences pour les SNP et que le numéro du 15 peut être utilisé pour des urgences autres que les urgences vitales. Mais il faut veiller à continuer à valoriser le rôle de MT auprès des patients, et rappeler qu'il doit rester leur interlocuteur privilégié en cas de demandes de soins urgents.

Cette communication globale doit se faire avec l'aide de grandes instances comme la sécurité sociale ou les ARS, mais doit rester adaptée localement à chaque territoire.

On peut aussi en déduire qu'il faut préserver la liberté que dispose chaque médecin de participer à la hauteur de ce qu'il peut et de ce que son emploi du temps lui permet,

afin de lui permettre de rester le plus disponible possible pour ses propres patients comme cela est demandé par les MGE interrogés dans cette étude.

Il faut développer la possibilité d'utiliser n'importe quel logiciel de prise de rendez-vous en ligne pour communiquer ses disponibilités avec le SAS afin de faire disparaître l'obligation de passer par certains logiciels, ce qui est vécu comme une contrainte pouvant freiner la participation au SAS par certains MGE de l'étude.

Il faut continuer à s'appuyer sur la régulation du SAS qui filtre efficacement les appels et adresse uniquement les patients ayant besoin d'une évaluation clinique médicale.

Il faut filtrer les demandes inadaptées et proscrire les demandes de visite à domicile qui sont inenvisageables pour les MGE car sont trop chronophages et complexes à intégrer dans les emplois du temps.

Il faut proposer une rémunération suffisante pour que chaque MGE se sente valorisé pour sa participation au SAS. La majoration de la rémunération à l'acte est davantage plébiscitée car considérée comme plus juste que le forfait annuel par les participants de l'étude. Il faut également veiller à limiter la possibilité des dérives et la possibilité pour certains MGE de ne faire que du SNP en limitant cette majoration.

Il faut davantage respecter la territorialité des demandes car les participants souhaitent surtout être un acteur de santé impliqué pour leur territoire local, et renforcer le lien entre la régulation du SAS et les différents territoires, à l'aide des CPTS, qui semblent plus accessibles pour les MGE comme cela est évoqué par les participants de l'étude.

Il faut développer les liens entre les gestions de SNP proposées localement sur les territoires, et le SAS, et les harmoniser sans les opposer ou les scinder en différentes options distinctes pour les patients, ce qui peut créer de la confusion actuellement.

D'autres études pourraient être menées ultérieurement, notamment pour mieux comprendre le lien et l'interconnectivité entre les CPTS et le SAS, mais aussi pour mieux connaître le profil des patients qui utilisent le SAS et ce qu'ils pensent de son utilité.

Par ailleurs, les premières conclusions sur le SAS avaient souligné l'importance du partenariat entre acteurs de villes et acteurs hospitaliers. Cette notion a été évoquée dans les entretiens, quand il a été mentionné que certains centres hospitaliers avaient la possibilité de renvoyer directement des patients du service d'accueil des urgences vers les cabinets de villes en plaçant les patients sur des rendez-vous de SNP ou du SAS par le moyen de la CPTS.

Cette notion est intéressante et il pourrait être intéressant de l'explorer davantage : que pensent les médecins urgentistes de cette possibilité de renvoyer des patients directement vers les cabinets de ville en journée ? Sont-ils satisfaits de ce partenariat ?

Une autre idée évoquée dans les entretiens était la création de centre de SNP au sein de MMG déjà existantes pour ainsi ouvrir une structure en continu dédiée aux patients en demandes de soins : la journée en SNP et lors de la permanence de soins en MMG. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude autour de cette idée d'ouvrir des centres de SNP au sein des MMG déjà existantes, surtout pour les MMG déjà

existantes au sein des centres hospitaliers : on pourrait se demander si cela ne pourrait pas permettre de renforcer davantage le lien entre acteurs de villes et hospitaliers ? Et si cela pourrait être une chance supplémentaire pour les patients dont la situation clinique est parfois complexe et nécessiterait peut-être d'être réorientés rapidement vers un centre hospitalier si leur état l'imposerait ?

Conclusion

Le SAS est un outil perçu comme utile dans la pratique quotidienne des MGE mais qui n'est pas encore optimal dans sa mise en pratique.

Cet outil devrait avoir la capacité d'apporter une solution pour désengorger les services d'urgences des consultations de médecine générale pouvant être traitées en ville en offrant à tous un accès à la santé, mais n'est pas encore en mesure d'y répondre.

Les MGE l'ayant expérimenté soulignent l'importance de ce système qui se veut solidaire envers les patients n'ayant pas accès à leur médecin ou n'ayant pas de MT et aussi solidaire envers les confrères médecins qui ne peuvent recevoir leur patient en demande urgente de soins. La volonté de rendre service aux patients mais aussi à ses confrères en participant à un système d'entre aide est à valoriser.

Ils insistent sur la nécessité de se reposer sur les acteurs locaux pour répondre de manière la plus adaptée et proche possible aux demandes de soins, en s'appuyant sur les CPTS déjà mises en place ou en cours de création.

Le développement du SAS est freiné par la méconnaissance des médecins qui entraîne un manque de participation des médecins, et part la méconnaissance des patients qui entraîne un manque d'utilisation.

Il est donc fondamental de communiquer efficacement auprès des médecins pour les informer de l'existence et de l'importance du développement du SAS, en soulignant l'idée d'être engagés pour leur territoire, en insistant sur la flexibilité d'intégrer le SAS

en fonction de leur possibilité et en valorisant leur participation grâce à la rémunération proposée.

Il est aussi important d'informer correctement les patients sur la notion de SNP afin d'obtenir un rendez-vous rapidement grâce au SAS, et sur l'existence et le fonctionnement du dispositif proposé localement dans leur territoire, pour qu'il continue d'être utilisé à bon escient et surtout suffisamment pour atteindre son objectif : renvoyer les consultations de médecine générale vers les cabinets de ville, plutôt que laisser des patients sans réponse à leur demande de soins ou laisser des patients s'orienter vers des services d'urgence faute de mieux.

Bibliographie

1. PACTE DE REFONDATION DES URGENCES [Internet]. [cité 18 déc 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
2. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 18 déc 2023]. Le service d'accès aux soins (SAS). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/>
3. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 18 déc 2023]. Ségur de la santé : 22 sites pilotes retenus pour préfigurer le service d'accès aux soins (SAS). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/segur-de-la-sante-sites-pilotes-service-d-acces-aux-soins-SAS>
4. ARS Haut de France. Le Service d'Accès aux Soins (SAS) [Internet]. 2023 [cité 18 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-d-acces-aux-soins-sas-1>
5. Agence du numérique en santé. Agence du Numérique en Santé. [cité 18 déc 2023]. Service d'accès aux soins (SAS). Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/sas>
6. Ministère de la santé et de la prévention. Généralisation du Service d'Accès aux Soins (SAS). 2023.

Annexes

Première version du guide d'entretien

Que pensez-vous du SAS dans votre pratique quotidienne ?

-Comment intégrez-vous le SAS dans votre emploi du temps ?

-Comment intégrez-vous la demande de SNP de votre patientèle dans votre emploi du temps ?

-Que pensez-vous de la rémunération proposée pour le SAS ?

-Que se passe-t-il si un patient ne vient pas à un rdv donné par le SAS ?

-De quel secteur géographique sont les patients que vous recevez par le SAS ?

-Que pensez-vous des motifs de consultations annoncés par le SAS par rapport aux motifs de consultations réels des patients que vous recevez ?

-Que pensez-vous de la communication qu'il y a eu autour du SAS ?

Dernière version du guide d'entretien

Que pensez-vous du SAS dans votre pratique quotidienne ?

-Comment intégrez-vous le SAS dans votre emploi du temps ?

-Comment intégrez-vous la demande de SNP de votre patientèle dans votre emploi du temps ?

-Que se passe-t-il pour vous si un patient ne vient pas à un rendez-vous donné par le SAS ?

-Que devrait-il se passer pour les patients qui ne se présentent pas à un rendez-vous donné par le SAS ?

-De quel secteur géographique proviennent les patients que vous recevez par le SAS ?

-Que diriez-vous de l'accessibilité de votre cabinet médical ?

-Que diriez-vous des motifs de consultations adressés par le SAS ?

-Que pensez-vous de la communication qu'il y a eu autour du SAS pour les médecins ?

-Comment s'est passé votre inscription au SAS ?

-Que pensez-vous de la communication qu'il y a eu autour du SAS pour les patients ?

-Que pensez-vous de la rémunération proposée pour le SAS ?

-Que diriez-vous à propos de votre expérience globale du SAS ?

Mail d'informations

Bonjour,

Je m'appelle Laura, et je suis médecin généraliste en fin de parcours universitaire.

Je réalise ma thèse de fin d'études sur le Service d'Accès aux Soins (= le SAS).

Je recherche des médecins généralistes adhérents à la CPTS et qui donnent des créneaux de consultation au SAS, qui pourraient être intéressés pour participer à mon étude.

Pour cela je souhaiterais les rencontrer, lors d'un entretien idéalement en présentiel, mais au besoin également téléphonique, pour discuter du SAS. Si vous connaissez des personnes qui pourraient être intéressées ou si vous pouviez transmettre mon message, je vous en serai très reconnaissante.

Il est possible de me contacter au 06.77.32.55.65 ou par mail à l'adresse : laura.kasprzak.etu@univ-lille.fr pour plus de renseignements.

Je vous remercie pour votre aide et vous souhaite une bonne journée,

Laura KASPRZAK.

Bonjour, je suis Laura KASPRZAK, étudiante en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur le Service d'Accès aux Soins. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier le Service d'Accès aux Soins. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste installé, adhérent à la CPTS de votre territoire, et participant au SAS en tant qu'effecteur du SAS. Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les

données vous concernant. Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de ma thèse. Cette étude fait l'objet d'une déclaration au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : laura.kasprzak.etu@univ-lille.fr.

AUTEUR : Nom : KASPRZAK Prénom : Laura

Date de soutenance : mercredi 4 décembre 2024

Titre de la thèse : Le Service d'Accès aux Soins vu par des médecins effecteurs du Nord

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

Cadre de classement : *Doctorat*

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Service d'accès aux soins, Soins non programmés, Continuité de soins

Résumé :

Ces dernières années, l'activité au sein des services d'urgences n'a cessé d'augmenter. En réponse, le pacte de refondation des urgences de septembre 2019, a créé le Service d'Accès aux Soins (SAS) pour désengorger les urgences. Dès 2021, une phase pilote a été mise en place dans le Nord. Après quelques années, il a semblé intéressant de recueillir l'avis de médecins généralistes effecteurs volontaires du Nord sur leur pratique quotidienne. Une étude qualitative a été menée, en s'appuyant sur l'analyse SWOT afin d'identifier les forces, faiblesses, opportunités et menaces du SAS. Une force du SAS réside dans sa flexibilité, permettant aux médecins de l'intégrer facilement dans leur agenda. L'opportunité est donnée aux médecins d'offrir un accès pour tous à la santé, de développer un système solidaire, pour les patients comme pour les collègues médecins.

La méconnaissance du SAS, par les patients et par certains médecins limitant son utilisation est considérée comme une faiblesse.

Le SAS menace d'affaiblir le rôle de médecin traitant, en permettant aux patients de contourner le médecin habituel en obtenant un rendez-vous plus rapidement. Cela devrait être théoriquement impossible. Autre menace, que certains médecins privilégient (pour des raisons financières et de charge mentale) les soins non programmés, au détriment du suivi de leur patientèle.

Il est essentiel de préserver sa flexibilité tout en encadrant les éventuelles dérives. Une information adaptée à chaque territoire est utile.

Composition du Jury :

Président : Pr WIEL Éric

Assesseur : Dr BODEIN Isabelle

Directeur de thèse : Dr WILLEMS Ludovic