

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Soins non programmés au sein des CPTS du Pas de Calais : avis des  
acteurs du secteur quant à l'intégration du Service d'Accès aux Soins dans  
les pratiques actuellement en place**

Présentée et soutenue publiquement le 4 décembre à 18 heures  
Au Pôle Formation

**Par Alicia GROUX**

---

**JURY)**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Eric WIEL**

**Asseseurs :**

**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 »

## Liste des abréviations

|               |   |
|---------------|---|
| <b>SNP</b>    | Soins Non Programmés  |
| <b>MG</b>     | Médecins Généralistes   |
| <b>MT</b>     | Médecins Traitants  |
| <b>CPTS</b>   | Communautés Professionnelles Territoriales de Santé   |
| <b>SWOT</b>   | Strengths (Forces), Weaknesses (Faiblesses), Opportunities (Opportunités)<br>et Threats (Menaces) |
| <b>SASPAS</b> | Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée                                      |
| <b>OSNP</b>   | Opérateurs de soins non programmés (OSNP)   |
| <b>ACI</b>    | Accords Conventionnels Interprofessionnels  |
| <b>CRAL</b>   | Commission Régionale de l'Activité Libérale   |
| <b>CPAM</b>   | Caisse Primaire d'Assurance Maladie   |
| <b>ZIP</b>    | Zone d'Intervention Prioritaire   |
| <b>IPA</b>    | Infirmière en Pratique Avancée  |
| <b>DGOS</b>   | Direction Générale de l'Offre de Soins  |
| <b>SISA</b>   | Société interprofessionnelle de Soins Ambulatoires  |

# Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Résumé.....</b>   | <b>1</b>  |
| 1) Introduction .....  | 1         |
| 2) Méthode .....   | 1         |
| 3) Résultats .....   | 1         |
| 4) Conclusion .....  | 2         |
| <b>Introduction.....</b>   | <b>3</b>  |
| 1) Contexte général.....   | 3         |
| 2) Le SAS : fonctionnement et mise en place sur les secteurs pilotes ..... | 3         |
| 3) Objectif de l'étude .....   | 4         |
| <b>Matériels et méthodes .....</b>   | <b>5</b>  |
| 1) Choix de la méthode .....   | 5         |
| 2) Population étudiée .....  | 5         |
| 3) Mode de recrutement.....  | 5         |
| 4) Recueil de données .....  | 6         |
| 5) Analyse de données.....   | 6         |
| <b>Résultats.....</b>  | <b>8</b>  |
| 1) Population étudiée .....  | 8         |
| 2) Forces .....  | 9         |
| 3) Faiblesses.....   | 15        |
| 4) Opportunités .....  | 20        |
| 5) Menaces .....   | 25        |
| <b>Discussion.....</b>   | <b>28</b> |
| 1) Résultats principaux.....   | 28        |
| 2) Forces de l'étude.....  | 29        |
| 3) Limites de l'étude .....  | 30        |
| 4) Perspectives .....  | 30        |
| <b>Conclusion .....</b>  | <b>32</b> |
| <b>Références bibliographiques.....</b>                                    | <b>33</b> |

# Résumé

## 1) Introduction

Face à une augmentation de la demande en soins non programmés depuis plusieurs années, le pacte de refondation des urgences de septembre 2019 et le Ségur de la santé de Juillet 2020 ont participé à la création et au développement d'un nouvel outil de gestion des soins non programmés : le Service d'Accès aux Soins. Il s'agit d'une collaboration entre médecine de ville (effecteurs et régulateurs) et médecine d'urgence (régulateurs).

## 2) Méthode

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes thésés et coordinateurs de CPTS du Pas-de-Calais. La retranscription des entretiens a été réalisée sur Word®. Une analyse thématique par SWOT a été utilisée.

## 3) Résultats

Le Services d'Accès aux Soins apparaît comme complémentaire aux différents systèmes de gestion déjà en place au sein des CPTS du Pas-de-Calais. Les forces de cet outil de gestion des soins non programmés résident dans sa facilité d'utilisation, et une inscription flexible en fonction des disponibilités des médecins généralistes effecteurs. Cependant le manque d'information claire sur l'organisation et l'accès aux agendas des médecins est un frein majeur à l'adhésion au Service d'Accès aux Soins. Une campagne de communication avec des réunions explicatives ou la création d'un guide adressé aux médecins effecteurs apparaîtrait comme l'une des mesures principales au développement du Service d'Accès aux Soins.

#### **4) Conclusion**

Le Service d'Accès aux Soins vient en complément des systèmes de gestion des soins non programmés au sein des CPTS. Une communication plus claire et adapté aux médecins généralistes désirant s'inscrire comme effecteur semble nécessaire à mettre en œuvre.

# Introduction

## 1) Contexte général

Les soins non programmés désignent des actes médicaux qui ne sont pas prévus ou planifiés à l'avance. Ils répondent à des situations de santé nécessitant une prise en charge rapide, mais qui ne relèvent pas d'une urgence vitale immédiate.

Les soins non programmés sont en constante augmentation. Une enquête expose qu'entre 1997 et 2017, le nombre de passages annuels aux urgences a doublé (1) (2). Il a été constaté que 30 à 40% des patients consultant aux urgences auraient pu être pris en charge en ville par un MG s'ils avaient pu obtenir un rendez-vous dans les 48 heures (3).

C'est dans ce contexte, qu'en septembre 2019 le pacte de refondation des urgences (4) propose la création du Service d'Accès aux Soins (SAS) qui permettrait de trouver un rendez-vous chez un médecin généraliste dans un délai de 24 à 48 heures.

En Juillet 2020, le Ségur de la Santé a confirmé le développement du SAS dans une volonté d'augmenter l'offre de soin sur l'ensemble des territoires.

## 2) Le SAS : fonctionnement et mise en place sur les secteurs pilotes

Le SAS est une initiative mise en place en France pour faciliter l'accès aux soins, en particulier pour les urgences et les soins non programmés. Son objectif principal est de garantir une prise en charge rapide, adaptée et coordonnée des patients.

Il a été déployé sur 20 territoires pilotes en 2021, puis étendu à l'ensemble du territoire français en 2022 (5) (6). Il s'appuie sur une collaboration entre régulateur, qu'ils soient

issus de la médecine d'urgence ou de la médecine générale, et des MG effecteurs dispersés sur l'ensemble des territoires.

Concernant la régulation en médecine générale elle est assurée à la fois par des MG régulateurs et des OSNP. Ils ont pour mission de trouver une consultation chez un MG effecteur dans les 48 heures qui suivent l'appel du patient. Les motifs de consultation en soins non programmés sont validés avant par les médecins régulateurs en médecine d'urgence.

Les médecins effecteurs sont des volontaires qui s'inscrivent via la plateforme numérique du SAS. Leur rôle est de proposer au minimum 2 heures de consultation par semaine pour les patients adressés par le SAS.

### **3) Objectif de l'étude**

Le SAS est un outil pour augmenter l'offre de soins non programmés. Sa mise en place étant très récente (2021 pour les secteurs pilotes, 2022 pour le reste du territoire français), il vient s'ajouter aux systèmes de gestion déjà utilisés par de nombreux professionnels de santé.

Sur le territoire du Pas-de-Calais, la plupart des SNP sont gérés par les CPTS. Le SAS étant géré majoritairement par les CPTS, il semblerait intéressant de pouvoir étudier la complémentarité du SAS avec les autres dispositifs déjà en place au sein des CPTS.

# Matériels et méthodes

## 1) Choix de la méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés. L'utilisation de la méthodologie qualitative porte sur l'émergence de nouveaux phénomènes. Cela permet d'explorer le vécu et l'expérience des participants vis-à-vis du phénomène étudié.

L'analyse SWOT permet de mettre en évidence les forces, faiblesses mais également les perspectives d'amélioration (opportunités) et menaces extérieures.

## 2) Population étudiée

La population initialement étudiée était constituée de MG thésés exerçant dans le Pas-de-Calais et adhérant à une CPTS.

Le recrutement n'étant pas celui espéré, la population étudiée a été élargie aux coordinateurs de CPTS implantées dans le Pas-de-Calais.

Les caractéristiques des participants concernant l'âge, le secteur d'activité et le sexe ont été relevées en début d'entretien et détaillées dans les résultats.

## 3) Mode de recrutement

Un courriel d'invitation a été envoyé aux différentes CPTS du Pas-de-Calais. Les coordonnées des participants ont été obtenues qu'une fois leur accord donné.

Trois entretiens ont été réalisés directement lors d'un rendez-vous dans leur cabinet. Pour les deux autres participants, un entretien téléphonique a été réalisé. Les entretiens ont été enregistrés sous format audio-numérique. L'anonymisation des participants et des données a été respectée, ainsi que la sauvegarde sécurisée.

#### **4) Recueil de données**

Ces entretiens reposaient sur un guide composé de questions ouvertes. Ce guide représentait une trame à suivre pour aborder les points essentiels concernant le phénomène étudié. L'investigateur restait souple vis-à-vis de ce guide et pouvait s'en éloigner si besoin en fonction des idées émergentes.

L'investigateur présentait une écoute active pour laisser le participant exprimer sa pensée librement. Les silences ont été respectés et les propos des participants ont été fréquemment reformulés afin d'éviter toute confusion.

Le principe de saturation des données a été appliqué. Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à absence de nouvel élément à analyser. La suffisance des données a été obtenue dès le troisième entretien.

#### **5) Analyse de données**

L'outil SWOT imposait la réalisation d'une analyse thématique L'objectif étant d'identifier au sein des verbatims des éléments porteurs de sens pour constituer un nœud. Ces propos ont été retranscrits ad integrum. Puis une deuxième phase d'analyse permettait de classer ces nœuds en thème via un codage axial.

Les résultats obtenus sont présentés sous forme de tableaux. Chaque tableau présente les codes extraits des verbatims correspondants. Le tout a été regroupé par thèmes et classé selon les quatre axes : forces, faiblesses, opportunités et menaces.

Le consentement sur l'enregistrement était recueilli avant le début de la discussion.

Les participants ont été anonymisés par des codes, « P » pour participant suivi d'un chiffre de 1 à 5 en fonction de l'ordre de réalisation de l'entretien.

L'ensemble des données permettant une quelconque identification du participant ou d'une tierce personne cité, les lieux d'exercice, les noms des CPTS ou centres hospitaliers ont

été anonymisés.

# Résultats

## 1) Population étudiée

Sur les MG du Pas-de-Calais contactés, seuls 3 ont acceptés de participer. Le recrutement a été élargi aux coordinateurs de CPTS du Pas-de-Calais.

Les cinq entretiens ont été réalisés de mai à septembre 2024. Trois entretiens ont été réalisés en présentiel, au cabinet. Deux entretiens ont été réalisés par téléphone. Tous les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits ad integrum (en annexe). La durée moyenne était de 40 minutes. La saturation des données a été obtenue dès le troisième entretien.

|    | Âge    | Sexe  | Secteur d'activité |
|----|--------|-------|--------------------|
| P1 | 34 ans | Homme | Rural              |
| P2 | 39 ans | Homme | Rural              |
| P3 | 36 ans | Homme | Semi Rural         |
| P4 | 35 ans | Homme | Urbain             |
| P5 | 46 ans | Femme | Semi Rural         |

Les résultats de l'étude sont présentés selon l'outil managérial SWOT. Cet outil classe les thématiques retrouvées au cours des entretiens sous forme de forces, faiblesses, opportunités et menaces. Les thématiques dégagées sont présentées sous forme de tableaux.

## 2) Forces

- a) Importance de la mise en place d'une collaboration entre professionnels de santé sur un même territoire

| Code  | Verbatim  |
|---|---|
| Développer des structures pour faciliter le travail en équipe         | <p>« Du coup, là, j'ai construit ce cabinet ici pour essayer d'augmenter l'offre de soin. Et puis de permettre aussi de travailler en collaboration » (P2)</p> <p>« Travailler un petit peu avec justement l'ensemble des acteurs de santé et pas rester que dans le mono pro, et je trouvais ça hyper intéressant. » (P4)</p>  |
| Volonté des jeunes médecins de ne plus être isolés dans leur exercice | <p>« Parce que le fait de travailler en coordination, le fait de travailler ensemble, ça va forcément attirer des jeunes médecins sur le territoire parce qu'ils vont se rendre compte que on n'est pas seul dans notre cabinet à ramer à longueur de journée » (P2)</p> <p>« Voilà même quand on est seul maintenant on travaille collectivement quand même. Et je pense que l'avenir c'est ça. Et c'est pour ça que les CPTS c'était important » (P3)</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p>S'appuyer sur les autres professionnels de santé pour déléguer certaines prescriptions</p>                    | <p>« Tu vois par exemple la cystite de la femme jeune avec un protocole mis en place où le pharmacien pourrait gérer, ou l'angine avec le streptatest positif ou négatif, c'est chose là tu vois. Et c'est vrai que sur une journée type je suis certain qu'il y a 10 à 15% de motifs qu'on pourrait enlever » (P2)</p> |
| <p>Travailler à plusieurs médecins permet de proposer une continuité des soins sans surcharger les plannings</p> | <p>« Nos horaires se sont bien compatibles avec mes collègues c'est-à-dire que on fait tous des visites à domicile, on a tous des journées off et des journées administratifs où on n'est pas en cabinet, où on fait d'autres choses à côté » (P3)</p>  |
| <p>Importance d'une communication pluriprofessionnelle pour une meilleure prise en charge des patients</p>       | <p>« Et toutes ces choses-là et depuis que la CPTS est créée. Il y a beaucoup plus de d'entre aide, de communication, même avec les autres professionnels de santé, les pharmaciens, les infirmiers » (P3)</p>  |
| <p>Importance de l'implication de l'ensemble des acteurs d'un même secteur pour optimiser la gestion des SNP</p> | <p>« pour les soins non programmés, je pense que les 2 meilleures solutions, c'est ça c'est de travailler tous ensemble. Les CPTS pour ça, c'est idéal » (P3)</p>   |

b) Les CPTS apportent des solutions adaptées aux professionnels de santé et aux populations pour faciliter la gestion des SNP

| Code  | Verbatim   |
|---|--|
| Les CPTS permettent une gestion facilitée des SNP                                   | « honnêtement je pense que les soins non programmés ils peuvent être super bien faits euh en passant par la CPTS » (P1)  |
| S'appuyer sur les CPTS pour développer des structures pour gérer les SNP            | « Ce qu'on a fait, le centre de soins j'aurais jamais pu le faire sans les CPTS, ça c'est sûr et certain » (P3)  |
| Le plus souvent, une des premières missions demandées aux CPTS : la gestion des SNP | « C'est une des premières missions qui a été démarré à mon arrivée (rires) De mettre en place un dispositif de soins non programmés » (P5)   |
| Les CPTS mettent en place des dispositifs donnant un accès direct aux patients      | « Si il y a un intérêt pour un patient qui n'arrive pas à avoir de rendez-vous avec son médecin, d'appeler directement un coordinateur de CPTS plutôt que d'appeler 15 médecins pour savoir où il peut avoir un rendez-vous, c'est sûr et certain » (P1) |

- c) L'ajout du SAS aux différents modes de gestions des SNP déjà en place au sein des CPTS relève la possibilité d'une complémentarité des systèmes et ainsi proposer l'offre de soin la plus complète possible

| Code   | Verbatim  |
|--|---|
| Mise en place du SAS au sein de la CPTS en plus des systèmes existants                             | <p>« puisque le SAS va se mettre en place tout doucement dans notre CPTS » (P2)</p> <p>« Donc le SAS a un numéro direct de l'opératrice de Paris en fait et donc quand le SAS ne trouve pas de solution, ne trouve pas de rendez-vous pour le patient, du coup il déclenche une notification » (P5)</p>       |
| Intégration du SAS aux dispositifs déjà en place car ces derniers fonctionnaient déjà correctement | <p>« Donc nous on avait déjà le dispositif de soins non programmés. Donc euh, on souhaitait pas modifier un dispositif qui fonctionnait déjà depuis 2 ans » (P5)</p> <p>« C'est qu'au final, bon l'un dans l'autre, ça s'est bien mis en place et finalement le SAS arrive à orienter des patients » (P5)</p> |
| Il existe déjà à l'heure actuelle des dispositifs de gestion des SNP hors SAS et hors CPTS         | <p>« Alors au sein de la CPTS euh on a plusieurs types d'organisations de soins non programmés. »</p> <p>« Dans 90% des cas, ouais. Euh on a. des orga, un peu, euh (blanc) ... Euh, un peu officieuses entre nous, entre groupes de médecins » (P1)</p>  |

|   |  |
|---|--|
| L'existence de dispositifs parallèles au SAS persistera mais tous ces systèmes sont complémentaires | « je pense qu'il va continuer à exister euh un système parallèle où on va s'arranger pour prendre les gens sans passer forcément par le SAS. Et je pense que ça restera peut-être même le système majoritaire » (P1) |
|---|--|

d) Les médecins souhaitent rester décisionnaires concernant la gestion des SNP car ils sont conscients des besoins de la population de leur secteur

| Code   | Verbatim  |
|--|---|
| Proposer des projets de santé en accord avec les désirs et besoins des professionnels de santé concernés | « le but c'est vraiment de proposer des projets de santé pour les pour les professionnels de santé par les professionnels de santé. C'est vraiment ça qui est important à comprendre » (P3)   |
| Les CPTS permettent aux professionnels de santé de rester décisionnaires sur leur territoires            | « je sais comment j'ai envie de travailler et je préfère que ce soit moi le décisionnaire » (P3)<br><br>« mais je pense qu'au final, la meilleure façon de rester 100% en libéral, c'est d'adhérer à des CPTS pour rester les principaux décisionnaires de notre activité. » (P3) |

|   |  |
|---|--|
| Respect des convictions et désirs de chacun des acteurs que ce soit en terme de participation ou de mise en place des dispositifs | « En tant que CPTS, on oblige à rien. » (P4)<br>« auprès des médecins volontaires puisqu'il n'y a aucune obligation pour les médecins de la CPTS de participer. » (P5) |
| Mise en avant de l'intérêt d'une gestion locale des SNP   | « Il faut s'organiser à un niveau local pour euh pour prendre en charge les soins non programmés qui peuvent pas être gérés par le MT » (P1)                           |

e) La flexibilité d'inscription au SAS permet aux effecteurs de proposer des créneaux en fonction de leur activité

| Code   | Verbatim   |
|--|--|
| Pouvoir s'inscrire et se désinscrire en fonction de leur activité                    | « L'avantage du SAS aussi, c'est qu'on peut s'inscrire et se désinscrire facilement. » (P3)  |
| Répartition des créneaux de consultation en fonction de son planning possible        | « c'est pas forcément deux heures d'affilée, ça peut être 30 minutes par jour ça peut être une heure une heure. Enfin c'est à la carte hein, c'est ce qu'on a envie » (P3) |
| S'adapter à l'activité fluctuante des médecins                                       | « plutôt que de rien faire pendant cette période là je peux prendre des patients d'autres médecins » (P1)  |
| Inscription au SAS simplifiée et ne demande pas une charge de travail supplémentaire | « Mais en tout cas c'est une organisation qui demande pas beaucoup de travail, en tout cas pour le point de vue des effecteurs » (P1)                                      |

f) La régulation des SNP par différentes méthodes reste plus efficiente

| Code  | Verbatim   |
|---|--|
| Les consultations sans rendez-vous entraînent bien souvent une surcharge de travail   | « forcément on ouvrait la porte il y avait 12 patients, quoi c'était ingérable » (P1)  |
| Les participants constatent que les consultations sans rendez-vous sont rarement des patients nécessitant réellement des SNP urgents/semi-urgents | « On pouvait aussi bien voir un renouvellement de médicaments qui était absolument pas urgent et qui aurait pu prendre un rendez-vous que un infarctus du myocarde quoi » (P1)<br><br>« Mais avec le rendez-vous, c'est du tout venant, hein, t'es aux portes ouvertes sur la rue hein. » (P2) |

### 3) Faiblesses

- a) Le manque de médecin sur les territoires : l'un des principaux facteurs impactant la discordance entre augmentation de la demande de soin et l'offre qui reste de plus en plus limitée

| Code   | Verbatim   |
|--|--|
| Réelle problématique d'accès aux soins sur les territoires avec de nombreux patients sans MT | « Parce que y a 25% des patients qui ont pas de MT dans le secteur » (P3)<br><br>« dans un contexte bah de démographie médicale je pense, comme un peu partout hein, qui est un petit peu difficile » (P5) |

|   |   |
|---|---|
| <p>Démographie médicale en baisse, population médicale vieillissante avec de nombreux départ en retraite sur les années à venir</p> | <p>« je pense que sur les 5 prochaines années, il y a potentiellement un, deux, trois, quatre, quatre médecins qui pourraient potentiellement partir en retraite avec des patientèles qui sont en moyenne entre 800 ou 1000 » (P2)</p>  |
| <p>Le manque de médecin entraîne l'émergence d'un nouveau type de SNP pour les pathologies chroniques en rupture de suivi</p>       | <p>« le chronique devient urgent au bout d'un moment chez les patients qui ont plus de médecins traitants » (P3)</p> <p>« Penser surtout à ces 25% de patients sans MT je pense que c'est ça surtout la priorité. Donc c'est aussi une autre façon de faire pour le pour les soins non programmés. » (P3)</p> |
| <p>La démographie médicale ne permet pas sur certains secteurs de s'inscrire au SAS</p>   | <p>« En fait, on était pas trop étonnés parce que on sait qu'il y a très peu de médecins inscrits au SAS, et puis la densité médicale sur le secteur est telle que en fait, bah il y a pas de rendez-vous disponible » (P5)</p>   |
| <p>Le principal problème reste le manque de moyen notamment humain pour répondre à la demande de soin</p>                           | <p>« ça reste limité avec les moyens dont on dispose finalement, les moyens humains, les ressources médicales. Voilà, c'est des solutions qui sont apportées aux patients. Mais voilà, c'est un pansement quoi » (P5)</p>   |

b) Surcharge de travail entraînant un planning peu flexible pour se libérer du temps pour les SNP

| Code  | Verbatim   |
|---|--|
| Problématique des plannings très souvent surchargés                                   | « j'ai bien du mal moi à voir mes propres patients, je vais pas commencer à voir des patients qui ne sont pas les miens » (P2)   |
| Des patientèles de plus en plus importantes limitant l'accès aux soins non programmés | « on est déjà tous à flux tendu, c'est déjà compliqué de voir nos propres patients » (P3)<br><br>« c'est qu'ils ont déjà une très grande patientèle. Et donc pour eux, c'est vraiment compliqué de prendre en plus quelques consultations » (P5) |
| Problématique des SNP chez les patients n'ayant pas de MT                             | « Ils comprendraient que l'on voit des patients qui sont pas les nôtres » (P2)   |
| Conditions de travail à flux tendu entraînant un épuisement professionnel             | « J'ai eu deux mois horribles où franchement où c'est deux mois où tu te dis, si tu continues comme ça tu dévisses ta plaque et tu fais autre chose quoi. C'était deux mois impossibles » (P3)   |

c) Intérêt majeur d'éduquer sa patientèle et de changer leur façon de consommer le soin

| Code  | Verbatim   |
|---|--|
| Mettre au fait les patients des conditions d'exercices actuels (VS ancienne médecine)                                 | <p>« Il faut discipliner la patientèle dès le départ. Il faut la, il faut de nouveau l'éduquer différemment en fait, hein. » (P2)</p> <p>« Eduquer ses patients c'est important » (P3)</p>   |
| Apprendre aux patients à gérer certaines pathologies virales ou du moins adopter les bons réflexes avant de consulter | <p>« on pourrait enfin se traiter par soi-même hein. Je veux dire, t'as le nez qui coule, tu tousses un peu ben voilà quoi, tu laves ton nez et c'est tout. Et là maintenant, dès qu'il y a le moindre petit symptôme, pouf les gens viennent tout de suite consulter. » (P2)</p> <p>« faire des actions de communication auprès de nos patients en expliquant dans quel cas il faut consulter ou pas consulter » (P3)</p> |

d) Les participants relèvent la nécessité d'une participation collective au SAS sur un même territoire pour obtenir un réel impact sur les SNP

| Code   | Verbatim  |
|--|---|
| <p>Pour proposer une offre de soin correcte concernant les SNP il faut l'implication de plusieurs professionnels de santé sur un même territoire</p> | <p>« pour l'instant je pense pas que ça soit la meilleure des solutions c'est pas deux heures par semaine par ci par là à moi tout seul qui va changer quelque chose. Mais éventuellement s'il y a d'autres médecins qui peuvent le faire aussi » (P2)</p> <p>« ce qui est sûr, c'est que m'inscrire seul au SAS au final il y a peu d'intérêt »</p> <p>« c'est sûr, voilà s'il y a beaucoup de médecins qui participent au SAS ça peut être un plus » (P3)</p> |

e) Problématique concernant l'utilisation du numéro 15 pour la régulation des SNP par le SAS

| Code  | Verbatim   |
|---|--|
| <p>Les professionnels interrogés ont du mal à comprendre l'intérêt de passer par le 15 pour réguler des SNP</p> | <p>« c'est que le cadre réglementaire oblige le patient à passer par une régulation par le 15. C'est aberrant » (P1)</p> |

|  |  |
|--|--|
| Dualité des discours concernant les SNP auprès des patients                    | « Le 15 c'est quand même, c'est, ça doit pas servir à ça et puis en plus c'est donner un super mauvais exemple aux patients » (P1)<br><br>« Et on dit surtout alors aux gens de ne pas aller aux urgences. Sauf que le numéro pour appeler pour avoir accès au SAS, c'est le 15. Comment voulez vous que les gens ne soient pas perdus (rires). » (P4) |
| Surcharger la ligne du 15 pour des motifs ne relevant pas d'une urgence vitale | « on sait tous très bien que le 15 est débordé que le 15 a autre chose à faire que gérer des rhino » (P1)  |

#### 4) Opportunités

- a) S'appuyer sur des logiciels métiers pour faciliter l'exercice au cabinet mais surtout favoriser la coordination des soins au sein des CPTS

| Code   | Verbatim  |
|--|---|
| Utiliser des logiciels partagés au sein des CPTS pour faciliter la gestion des SNP | « Et c'est là peut-être que les CPTS peuvent avoir un rôle via un agenda partagé peut être » (P2) |

|   |  |
|---|--|
| <p>Pouvoir partager les informations des patients pour faciliter leur prise en charge</p>                       | <p>« Mais quand la CPTS sera bien lancée et que on aura un logiciel de coordination avec un dossier patient dans le logiciel de coordination bah là c'est tout bénéf, là ça se gère assez facilement quoi » (P1)</p> <p>« Et du coup en fait nous notre fonctionnement fait que bah on a mis en place en fait ce système un système d'information partagé » (P4)</p> |
| <p>Utiliser des logiciels métiers et agenda électronique pour gagner du temps administratif en consultation</p> | <p>« j'ai un agenda bien entendu électronique hein, en plus du logiciel métier maintenant depuis 2 mois donc j'ai tout centralisé en même temps dessus, un bonheur absolu d'ailleurs pour info » (P2)</p>  |
| <p>L'utilisation de logiciels externes permet une régulation plus efficiente avec du personnel formé</p>        | <p>« c'est aussi pour ça qu'on a choisi ce système de soins non programmés parce qu'on a des gens qualifiés derrière qui vont répondre à la demande, et pouvoir réorienter si besoin » (P5)</p>  |

b) Intérêt financier : valoriser l'implication des professionnels

| Code  | Verbatim  |
|---|---|
| Rémunérer les professionnels de santé qui s'impliquent d'avantages dans la gestion des soins sur leur territoire                      | « Et puis il y a il y a cet attrait économique qui est indéniable » (P1)<br>« les avantages aussi que ça peut avoir au niveau rémunération faut pas se le cacher non plus » (P2)                      |
| Valoriser le temps des professionnels de santé qui s'impliquent dans les SNP  | « Aujourd'hui on indemnise en fait le temps passé » (P4)  |
| Mettre en place des missions au sein des CPTS pour obtenir des subventions  | « Alors après ça fait aussi partie ça des normalement des conditions pour les rémunérations des CPTS. Il faut qu'il y ait des médecins adhérents à la CPTS qui participent au SAS » (P3)              |
| La CPTS permet de créer des structures type centre de soin qui sont attractifs sur le plan rémunération pour les médecins participant | « Ça leur permet du coup à ces remplaçants là de toucher 100% de leurs honoraires sans faire de rétrocession. Et toutes les charges, tous les frais annexes sont pris en charge par la CPTS » (P3)    |
| L'aspect financier est une motivation franche à la réalisation de SNP via le SAS  | « bah à l'heure actuelle je la fais payer 41,50€ avec le avec le soin SNP. Donc bah financièrement ça c'est intéressant » (P1)<br>« Je crois que c'est 1200 euros un truc comme ça pour le SAS » (P4) |

- c) Innover pour faire avancer les pratiques : essayer des nouveaux modes d'exercices tels que les CPTS ou le SAS pour proposer une meilleure offre de soin

| Code  | Verbatim  |
|---|---|
| Essayer de diversifier son exercice et innover dans sa pratique médicale pour proposer des solutions aux patients | « Après, avec de SAS qui se met en place aussi, c'est pareil hein, je veux dire il y a, est ce que ça va fonctionner ? J'en ai aucune idée mais il faut essayer » (P2)  |
| Augmenter l'offre de soin en utilisant l'ensemble des outils à disposition (SAS/CPTS/MSP ...)                     | « Est-ce que la CPT va pouvoir améliorer l'offre de soins ? Je l'espère » (P2)<br>« De toute façon, il faut trouver toutes les solutions pour aider les gens ça c'est sûr » (P2)  |
| Innover via la CPTS et mettre en place des structures entièrement dédiés à la gestion des SNP                     | « Donc pour proposer une solution pour les soins non programmés. Euh ... (blanc), à la place du SAS plutôt que de solliciter les médecins installés du secteur, nous on a mis en place un centre de soins non programmés par le biais de la CPTS » (P3) |
| Moderniser l'exercice médical en créant de nouveau statut pour augmenter l'offre de soin                          | « Donc on a obtenu avec le Conseil de l'ordre, avec la CPAM, avec l'ARS, on a réussi à leur obtenir le statut de médecins installés avec autorisation de remplacement. Ils ont un statut mixte qui est inédit » (P3)                                    |

|  |  |
|--|--|
| Les CPTS permettent d'élargir l'offre de soin sur d'autres champs médicaux que les SNP (exemple : la prévention) | « les CPTS vont permettre de mettre en place des soins que à l'heure actuelle nous en tant que médecins libéraux on n'a pas le temps d'effectuer notamment de la prévention » (P1) |
|--|--|

d) Rendre les territoires attractifs pour favoriser l'installation des jeunes médecins et ainsi répondre à la demande de soin de la population locale

| Code  | Verbatim  |
|---|---|
| Dynamiser les territoires ruraux et semi ruraux pour les rendre plus intéressant aux yeux des jeunes médecins | « Dynamiser tout à fait, et attirer effectivement les jeunes médecins et leur montrer que ce qu'on est capable de faire, même dans les campagnes » (P2)                                   |
| Proposer des solutions adaptées à la volonté des jeunes médecins de ne plus être isolés dans leur exercice    | « Parce que le fait de travailler en coordination, le fait de travailler ensemble, ça va forcément attirer des jeunes médecins sur le territoire» (P2)                                    |
| Le développement des CPTS sur les territoires permet de proposer une offre de soin plus attractive            | « c'est après ça fait un effet boule de neige, un territoire où il y a des jeunes médecins, où il y a des choses qui sont déjà mise en place, où les médecins travaillent ensemble » (P3) |

|  |   |
|--|---|
| Faire connaître les territoires et leur offre de soin pour attirer des jeunes médecins | « Mais ceux qui sont jamais venus savent pas exactement, savent pas comment ça circule, connaissent pas la proximité avec les hôpitaux, connaissent pas le réseau. C'est dur de se projeter dans quelque chose qu'on connaît pas » (P3) |
|--|---|

## 5) Menaces

- a) Manque d'informations claires et transparentes sur le fonctionnement du SAS du côté des effecteurs

| Code   | Verbatim   |
|--|--|
| Manque d'information claire même de la part des organisations de santé responsable du développement du SAS | « le défaut, ce que je reproche au SAS et j'ai eu un rendez-vous avec la CPAM et avec l'ARS par rapport à la CPTS, en fait c'est vrai que même elles étaient un peu bon, elles ont du mal à nous renseigner plus en détail. » (P3)<br><br>« c'est très très opaque parfois en fait au niveau de l'organisation du SAS » (P4) |
| Manque de transparence sur la gestion du planning et des créneaux du SAS                                   | « ça au moins ça serait plus clair parce que ça reste pour l'instant trop flou quand même le système. » (P3)   |
| Il s'agit d'un nouvel outil, il est normal que certaines questions persistent                              | « C'est très récent, donc pour l'instant on ne sait pas trop comment ça fonctionne » (P3)  |

|   |  |
|---|--|
| <p>Médecins effecteurs mal guidés au moment de leur inscription</p> | <p>« Franchement l'inscription au SAS le site d'inscription au SAS il est incompréhensible » (P1)</p> <p>« j'ai des copains hein qui ont donné accès à leur agenda et ils ont pas compris que en fait à ce moment-là le 15 pouvait mettre des gens sans leur demander leur accord et du coup ils se sont retrouvés avec des journées entières de consultation SAS » (P1)</p> |
| <p>Manque de transparence sur l'accès aux données des médecins</p>  | <p>« vous voulez donner accès à vos données de votre euh, de votre emploi du temps vous voulez pas donner accès. On sait pas en fait ce qu'on doit faire, on sait pas ce que ça implique » (P1)</p>  |

b) Communiquer d'avantage autour des CPTS et de leur fonctionnement pour déconstruire des à priori qui limitent l'adhésion de nombreux médecins à ce jour

| Code  | Verbatim   |
|---|--|
| <p>Communiquer auprès de l'ensemble des professionnels de santé pour expliquer les missions des CPTS et le rôle de chacun</p> | <p>« il faut qu'on se fasse connaître aussi, qu'on se fasse des réunions pour nous, pour montrer un petit peu qu'elle est notre volonté au sein du territoire. Et puis à quoi on sert » (P2) »</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p>Il y a encore de nombreux à priori sur l'influence des organisations de santé sur les CPTS et leur fonctionnement</p> | <p>« Parce que pour l'instant c'est un peu diaboliser tout ça, hein ? La CPTS, le SAS, c'est l'ARS, la Sécu qui met ça en place a encore une contrainte supplémentaire. Y a beaucoup de médecins à l'heure actuelle qui sont dans cet état d'esprit là » (P2)</p> <p>« Mais forcément au début j'avais plus d'écho négatif là-dessus de mes connaissances, de gens qui disaient on aura des comptes à rendre à l'ARS, on aura des comptes à rendre à la CPAM, faudra faire ci, faudra faire ça » (P3)</p> |
|--|---|

# Discussion

## 1) Résultats principaux

Le SAS apparait séduisant pour la gestion des SNP mais peu efficient en pratique. Il a été mis en place en 2022 et reste peu développé sur le secteur du Pas-de-Calais.

Les MG n'y sont pas réfractaires mais relèvent certains freins.

Le manque d'informations précises pour s'inscrire en tant qu'effecteur mais également sur la mise à disposition de leurs plannings semble poser problème. Les participants ont proposé d'organiser des réunions avec les MG intéressés pour expliquer clairement les différentes modalités d'inscription (effecteur libre vs effecteur pour une CPTS), l'accès à leurs agendas et surtout l'organisation des créneaux dédiés au SAS (deux heures d'affilée ou fractionnées sur la semaine).

Tous les participants ont relevé le problème de l'accès au SAS par le 15. Ils ont évoqué une fluctuation des discours auprès des patients à l'origine de confusions mais surtout un recours au « 15 » et aux urgences inadaptées. Un numéro dédié en lien avec les CPTS apparaîtrait comme plus adapté.

La complémentarité du SAS aux autres systèmes de gestion des SNP semble possible et nécessaire. Les autres systèmes en place sont un centre de soins non programmés, une plateforme téléphonique privée (relayé par la CPTS) ou une infirmière indemnisée par la CPTS pour la gestion des SNP. Peu importe l'organisation des CPTS, le SAS s'intègre dans leur fonctionnement. Tous les participants exposent l'intérêt d'utiliser les différents systèmes pour multiplier les possibilités d'accès aux soins.

Les CPTS sont des structures émergentes dont l'objectif est la mise en place à l'échelle

d'un territoire une collaboration entre les professionnels de santé qui apparaît comme essentielle pour les participants interrogés.

Les CPTS ont pour but de promouvoir un territoire avec le désir d'augmenter le nombre de nouvelles installations.

Les participants évoquent la volonté de rester décisionnaires dans leurs pratiques. Ils connaissent les besoins des populations, variables d'un territoire à l'autre.

Tous les participants soulignent le problème majeur : le manque de MG Sur les secteurs étudiés, les participants rapportent une nouvelle demande de SNP en lien avec des pathologies chroniques non suivies.

## **2) Forces de l'étude**

Le choix d'une étude qualitative permet de comprendre et d'analyser de manière descriptive des phénomènes subjectifs, difficiles à faire émerger. Cette méthode s'imposait pour comprendre les liens entre les différents systèmes de gestion des SNP.

Les entretiens effectués ont été écoutés de manière intégrale à plusieurs reprises avant et après la retranscription ce qui permet de garantir l'authenticité des propos recueillis.

L'utilisation d'un guide d'entretien semi-directif a permis de vérifier que tous les sujets ont été évoqués.

Les participants exercent sur des territoires hétérogènes dans le Pas-de-Calais. Chaque participant adhère ou travaille au sein d'une CPTS différente. Il y avait une diversité d'âge et de secteurs d'activité (rural VS urbain).

La question de recherche n'a pas été dévoilée au cours des entretiens. Seuls les propos se rapportant à l'organisation du SAS ont fait l'objet d'une analyse.

### **3) Limites de l'étude**

L'analyse implique une interprétation propre au chercheur.

Pour limiter cet aspect une triangulation des données a été réalisée avec une interne de médecine générale ainsi que par le directeur de thèse mais cette triangulation n'a pas été réalisée pour tous les entretiens.

Deux entretiens ont été réalisés par téléphone. Cela empêche l'analyse du non verbal.

Il aurait été possible de faire relire et valider la retranscription par les participants afin de confirmer sa fidélité.

Le nombre restreint d'entretiens (cinq) limite les données recueillies. Pour autant l'absence de nouveaux arguments a été obtenue après le 3<sup>ème</sup> entretien.

Un déséquilibre au niveau des sexes des participants avec quatre hommes pour une femme.

### **4) Perspectives**

Au cours de l'étude seuls les résultats en lien avec l'organisation du SAS ont fait l'objet d'une analyse. Cependant d'autres résultats ont émergé.

Tous les participants ont exposé l'intérêt d'une collaboration ville-hôpital. Ce sont des projets qui peuvent être choisis par les CPTS comme axe de travail. Il serait intéressant d'étudier les systèmes de collaboration déjà en place entre ville et hôpital et ainsi analyser leur impact.

L'éducation des patients apparaîtrait comme un deuxième axe à développer. Trois participants ont relevé l'importance de communiquer avec ses patients sur les symptômes ne nécessitant pas une consultation en urgence et les gestes à adopter dans ces circonstances. Réaliser une étude sur les MG qui communiquent auprès de leurs patientèles pourrait permettre de comprendre l'impact de cette pratique sur les SNP.

## Conclusion

Le SAS est une plateforme qui, par le biais de médecins régulateurs et effecteurs, permet une régulation des SNP sur les différents territoires. Il s'agit d'un outil mis en place depuis 2022 dans le Pas-de-Calais. Les médecins généralistes n'y semblent pas réfractaires bien qu'ils soient encore peu nombreux à y être inscrits. Cela s'explique par l'existence de certains freins comme le manque d'informations claires et précises sur les modalités d'inscriptions ou de mise à disposition de leur agenda.

Le manque de communication autour du SAS ainsi que sur son mode de fonctionnement semblerait être la raison principale de l'hésitation des médecins généralistes quant à leur inscription. L'organisation de réunions, la création d'un guide à l'intention des professionnels de santé ou encore la clarification du processus d'inscription via le site internet ont été proposés par les participants.

Le SAS reste complémentaire de l'ensemble de système de gestion des SNP déjà en place au sein des CPTS. Les dispositifs déjà en place (centres de soins non programmés, plateforme téléphonique privées ou régulation par une infirmière au sein des CPTS) pourraient être complétés par le SAS puisque sa régulation s'adapte au fonctionnement des CPTS. L'objectif serait de multiplier les outils pour faciliter l'accès aux soins des populations.

Cette étude a permis de dégager d'autres axes de réflexion notamment celui d'amélioration l'éducation des patients ou bien améliorer la collaboration ville-hôpital. Il apparaît que ces deux notions soient importantes. Il semblerait que ces deux notions soient intéressantes à analyser au cours de travaux ultérieurs

## Références bibliographiques

1. Enquête Urgences 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 20 nov 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-urgences-2023>
2. [cité 20 nov 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss63.pdf>
3. Ministère de la santé et de l'accès aux soins [Internet]. 2024 [cité 20 nov 2024]. Ministère de la santé et de l'accès aux soins -. Disponible sur: <http://sante.gouv.fr/>
4. \_urgences\_dp\_septembre\_2019.pdf [Internet]. [cité 20 nov 2024]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/\\_urgences\\_dp\\_septembre\\_2019.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf)
5. retex\_sas\_janvier\_2024.pdf [Internet]. [cité 20 nov 2024]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/retex\\_sas\\_janvier\\_2024.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/retex_sas_janvier_2024.pdf)
6. Le Service d'Accès aux Soins (SAS) [Internet]. 2024 [cité 20 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-1>

# Annexes

## Annexe 1 : Guide d'entretien initial

Question brise-glace : Quelle est l'organisation des SNP au sein de votre CPTS ?

Question de relance :

Quel est votre ressenti concernant la demande de SNP sur votre secteur ?

- Que pensez-vous de la demande de SNP actuellement ?
- Pourquoi pensez-vous que la demande de SNP est plus importante à l'heure actuelle ?

Comment organisez-vous les soins non programmés en dehors du SAS ?

- Comment organisez-vous votre planning à la journée ?
- Comment intégrez-vous les demandes de SNP dans votre emploi du temps ? (Concernant votre patientèle, concernant la patientèle des confrères)
- Quelle est l'organisation des SNP au sein de votre CPTS ?
- Que pensez-vous des consultations sans RDV ?

Pourquoi avez-vous adhéré à une CPTS ?

- Comment selon vous l'adhésion à une CPTS peut vous aider à gérer vos SNP ?
- Quel est votre ressenti sur votre exercice de la médecine générale depuis votre adhésion à une CPTS ?
- Pourquoi pensez-vous que certains modèles d'organisation au sein des CPTS peuvent faciliter la gestion de SNP ? Pourquoi ?

Pourquoi avoir adhéré au SAS ?

- Quel est votre ressenti concernant le SAS ?
- Que pensez-vous des motifs de consultation des patients adressés par le SAS ? Avez-vous ressenti une réelle nécessité/urgence dans le motif ?
- Que pensez-vous de la provenance géographique des patients adressés par le SAS ?

Comment positionnez-vous le SAS au sein de votre CPTS ?

- Pensez-vous que le SAS peut être complémentaire d'une organisation d'une CPTS ? Pourquoi ?
- Comment devrait s'améliorer le SAS pour être complémentaire des CPTS ?
- Pourquoi privilégier une organisation interne au sein des CPTS selon vous ? Sur quels arguments ?
- Pourquoi privilégier le développement du SAS ? Sur quels arguments ?

## **Annexe 2 : Guide d'entretien adapté aux nouveaux participants de l'étude**

Question brise-glace : Quelle est l'organisation des SNP au sein de votre CPTS ?

Question de relance :

Quel est votre ressenti concernant la demande de SNP sur votre secteur ?

- Que pensez-vous de la demande de SNP actuellement ?
- Pourquoi pensez-vous que la demande de SNP est plus importante à l'heure actuelle ?

Comment positionnez-vous le SAS au sein de votre CPTS ?

- Pensez-vous que le SAS peut être complémentaire d'une organisation d'une CPTS ? Pourquoi ?
- Comment devrait s'améliorer le SAS pour être complémentaire des CPTS ?
- Pourquoi privilégier une organisation interne au sein des CPTS selon vous ? Sur quels arguments ?
- Pourquoi privilégier le développement du SAS ? Sur quels arguments ?

Pourquoi travailler pour une CPTS ?

- Avez-vous une sensibilité particulière pour le travail en coordination ?
- Etes-vous issus d'un parcours totalement administratif ou avez-vous exercé en tant que professionnel de santé (libéral ou à l'hôpital)

Comment avez-vous communiqué pour développer vos dispositifs de SNP ?

- Comment avez-vous recruté des médecins ?
- Quels dispositifs de gestion des SNP avez-vous mis en place ?
- Quelle place les professionnels de santé de votre CPTS ont-ils eu dans la mise en place des missions sur leur secteur ?

**AUTEUR : Nom :** GROUX

**Prénom :** Alicia

**Date de soutenance :** 04/12/2024

**Titre de la thèse :** Soins non programmés au sein des CPTS du Pas de Calais : avis des acteurs du secteur quant à l'intégration du Service d'Accès aux Soins dans les pratiques actuellement en place.

**Thèse - Médecine - Lille 2024**

**Cadre de classement :** Médecine générale

**DES + FST/option :** Médecine générale

**Mots-clés :** Soins non programmés – Médecine générale – Service d'Accès aux Soins – CPTS

**Résumé :**

**Introduction :** Face à une augmentation de la demande en soins non programmés depuis plusieurs années, le pacte de refondation des urgences de septembre 2019 et le Ségur de la santé de Juillet 2020 ont participé à la création et au développement d'un nouvel outil de gestion des soins non programmés : le Service d'Accès aux Soins. Il s'agit d'une collaboration entre médecine de ville (effecteurs et régulateurs) et médecine d'urgence (régulateurs).

**Méthode :** Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes thésés et coordinateurs de CPTS du Pas-de-Calais. La retranscription des entretiens a été réalisé sur Word®. Une analyse thématique par SWOT a été utilisée.

**Résultats :** Le Services d'Accès aux Soins apparait comme complémentaire aux différents systèmes de gestion déjà en place au sein des CPTS du Pas-de-Calais. Les forces de cet outil de gestion des soins non programmés résident dans sa facilité d'utilisation, et une inscription flexible en fonction des disponibilités des médecins généralistes effecteurs. Cependant le manque d'information claire sur l'organisation et l'accès aux agendas des médecins est un frein majeur à l'adhésion au Service d'Accès aux Soins. Une campagne de communication avec des réunions explicatives ou la création d'un guide adressé aux médecins effecteurs apparaîtrait comme l'une des mesures principales au développement du Service d'Accès aux Soins.

**Conclusion :** Le Service d'Accès aux Soins vient en complément des systèmes de gestion des soins non programmés au sein des CPTS. Une communication plus claire et adapté aux médecins généralistes désirant s'inscrire comme effecteur semble nécessaire à mettre en œuvre.

**Composition du Jury :**

**Président :** Professeur Eric WIEL

**Assesseurs :** Docteur Isabelle BODEIN

**Directeur de thèse :** Docteur Ludovic WILLEMS