

UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Enquête de satisfaction des patients vus en consultation via le
Service d'Accès aux Soins dans le secteur de la CPTS Grand
Valenciennes**

Présentée et soutenue publiquement le 16 octobre 2025 à 14h
au Pôle Formation
Par Pauline RAVAUX

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric Wiel

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Marc Bayen

Monsieur le Docteur Charles Charani

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Vincent Ryckman

Avertissement

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

Conflits d'intérêts

Je déclare ne présenter aucun conflit d'intérêt.

Liste des abréviations

ALD	Affection longue durée
ARS	Agence régionale de santé
CH	Centre hospitalier
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MEP	Médecin généraliste à expertise particulière
MG	Médecin généraliste
OSNP	Opérateur de soins non programmés
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
RDV	Rendez-vous
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAS	Service d'Accès aux Soins
SNP	Soins non programmés

Glossaire

Modalités décrivant la situation générale d'exercice d'un MG (définitions reprises du CNOM) (1) :

MG intermittents : MG remplaçants libéraux, MG aux contrats salariés courts

MG actifs : MG en activité régulière, intermittents et médecins retraités en cumul emploi-retraite

MG actifs réguliers : hors « intermittents » et cumul emploi-retraite

Table des matières

Résumé	11
Introduction	12
I. L'accès aux soins en France	12
1. <i>État des lieux</i>	12
2. <i>Les principaux facteurs expliquant les difficultés d'accès aux soins en médecine générale</i>	12
II. L'accès aux soins dans le regard des patients	15
III. Focus sur certaines réponses apportées à la problématique d'accès aux soins	17
1. <i>La législation</i>	17
2. <i>Le rôle des CPTS</i>	18
3. <i>Les soins non programmés (SNP)</i>	19
4. <i>Le Service d'Accès aux Soins (SAS)</i>	20
IV. L'accès aux soins dans le secteur de la CPTS Grand Valenciennes	22
1. <i>L'accès aux soins dans le département du Nord</i>	22
2. <i>La CPTS Grand Valenciennes</i>	23
3. <i>Le SAS de la CPTS Grand Valenciennes</i>	24
V. Objectifs de la thèse	25
Matériels et Méthodes	26
I. Type d'étude	26
II. Population étudiée	26
III. Recueil des données	27
IV. Critères de jugement	28
V. Analyse des données	29
VI. Aspect éthique et réglementaire	30
Résultats	31
I. Population de l'étude	31
1. <i>Flow chart</i>	31
2. <i>Caractéristiques de la population</i>	32
II. Le parcours du patient avant la consultation	35
1. <i>L'obtention du rendez-vous</i>	35
2. <i>Le degré d'urgence ressentie</i>	37
3. <i>Orientation vers un MG : perception des patients</i>	38
III. L'organisation de la consultation	38
1. <i>Le délai entre l'appel et le rendez-vous</i>	38
2. <i>Le trajet entre le domicile et le rendez vous</i>	39
3. <i>Le coût de la consultation</i>	40
IV. L'état de satisfaction des patients	41
1. <i>L'état de satisfaction globale vis-à-vis du dispositif</i>	41
2. <i>Facteurs qui modulent la satisfaction</i>	43
3. <i>Commentaires libres</i>	44

Discussion.....	47
I. Les forces et les faiblesses de l'étude.....	47
II. Discussion autour des principaux résultats	49
1. <i>L'objectif principal de l'étude : l'état de satisfaction des patients</i>	49
2. <i>Les facteurs modulant la satisfaction.....</i>	49
3. <i>Le délai entre l'appel et le rendez-vous.....</i>	51
4. <i>Le bon usage du Service d'Accès aux Soins.....</i>	51
5. <i>Les caractéristiques de la population</i>	52
6. <i>La méconnaissance du dispositif.....</i>	53
III. Les perspectives de l'étude.....	53
Conclusion	55
Références bibliographiques	56
Annexes.....	60

RESUME

Contexte : Le Service d'Accès aux Soins est un dispositif prévu par le Pacte de refondation des urgences en 2019. Il s'est progressivement généralisé à l'échelle nationale depuis 2021. Il permet d'apporter une réponse aux soins non programmés dans un délai de 48h lorsque le médecin traitant n'est pas disponible. La communauté professionnelle territoriale de santé Grand Valenciennes a été l'un des précurseurs de ce dispositif, au travers d'une collaboration avec les professionnels du SAMU 59. L'objectif de l'étude est d'effectuer un bilan qualité auprès des patients ayant participé à une consultation via le SAS, après les deux années de fonctionnement de ce dispositif dans le territoire de la CPTS Grand Valenciennes.

Méthode : étude de données descriptive, quantitative, rétrospective et territoriale menée au moyen d'une enquête de satisfaction des patients du territoire de la CPTS Grand Valenciennes ayant obtenu une consultation via le SAS.

Résultats : Au total, 103 patients ayant répondu au questionnaire ont été inclus. 70,87% étaient des femmes et 75,73% des participants avaient moins de 45 ans. 37,86% des répondants étaient les parents des enfants pour lesquels le rendez-vous avait été pris. 86,41% des participants avaient un médecin traitant. 7 participants (6,80%) ont été adressés par les urgences. L'orientation vers un médecin généraliste semblait justifiée pour tous les participants hormis une personne. 66,02% n'ont pas été questionnés quant au moyen de transport utilisé pour se rendre au rendez-vous et 10,68% ont jugé la distance comme inadaptée ($p=0,75$). 79,61% des participants n'avaient pas été informés de la majoration forfaitaire et 36,89% trouvaient ce coût trop élevé ($p=0,70$). Les patients sont satisfaits du dispositif avec une note médiane de 10/10 (Q1-Q3 : [8 ; 10]). Selon l'analyse multivariée, le seul facteur de risque d'avoir une faible satisfaction vis-à-vis du dispositif est la perception du coût comme trop élevé ($p=0,009$, avec un OR [IC95%] de 3,64 [1,38 ; 9,57]).

Conclusion : Cette étude met en évidence que les patients sont satisfaits du SAS. Ils le voient comme un moyen d'améliorer l'accès aux soins et d'éviter de surcharger les urgences.

INTRODUCTION

I. L'accès aux soins en France

1. État des lieux

L'accès aux soins est la possibilité, pour chaque individu, de recevoir des soins de santé nécessaires au moment opportun et dans de bonnes conditions (2).

En France, il existe des difficultés d'accès aux soins depuis plusieurs décennies. Les soins de santé primaires, dont la médecine générale, sont les premiers concernés. En 2024, six millions de Français n'avaient pas de médecin traitant, soit 11 % de la population (3).

D'après le service études et recherches statistiques du CNOM, il y a 84,6 MG actifs libéraux pour 100 000 habitants en France dont 67,5 MG actifs réguliers libéraux pour 100 000 habitants. Autrement dit, un MG actif régulier libéral pour 1481 patients (Annexe 1).

Les chiffres présentés ci-dessus peuvent être expliqués par plusieurs facteurs.

2. Les principaux facteurs expliquant les difficultés d'accès aux soins en médecine générale

a) *Les maladies chroniques*

Le premier facteur est l'augmentation du nombre d'actes prodigués, due à l'explosion du nombre de maladies chroniques. Le nombre de personnes souffrant d'affection de longue durée (ALD) est passé en France de 7,7 millions en 2006 à 13,8 millions en 2022, soit environ 20% de la population française (4).

Cette augmentation s'explique d'une part par un dépistage plus fréquent et plus précoce des maladies chroniques, mais elle est surtout une conséquence du vieillissement de la population. En 2020, selon l'INSEE, 26,6% de la population française avaient 60 ans ou plus (contre 22,6% en 2010) (5).

b) *Le nombre de médecins*

De plus, il existe une pénurie des professionnels de santé en ambulatoire et dans les établissements. D'après la DREES, pour la médecine générale, la densité médicale devrait stagner jusqu'en 2030 puis augmenter jusqu'en 2050 suite à la réforme du numerus clausus en application depuis 2020 (6,7).

c) *Contraste entre la médecine générale et les autres spécialités*

Le nombre de médecins actifs réguliers toutes spécialités confondues a augmenté entre le 1^{er} janvier 2024 et le 1^{er} janvier 2025 (balance des entrées et des sorties positive de +2150 médecins). La médecine générale est la spécialité qui rencontre la perte d'actifs réguliers la plus importante ces dernières années. Alors que le nombre de MG en activité régulière a subi une baisse de 13% au cours des 15 dernières années, le nombre de praticiens en exercice dans les autres spécialités médicales et chirurgicales est en nette hausse (respectivement de +12,8% et +12,4%) (1).

d) *Cas particuliers d'exercice chez les MG*

Sont appelés MEP (MG à expertise particulière) les médecins ayant une formation de MG mais ayant un mode d'exercice préférentiel (homéopathie, acupuncture, allergologie, hypnose etc.). De plus, certains MG exercent, exclusivement ou non, une autre spécialité (médecine du sport, médecine d'urgence, gériatrie etc.). Il existe une progression du nombre de ces MG au détriment de la mission de MG de premier recours.

Les médecins remplaçants sont plus nombreux qu'auparavant, passant de 3,8% des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en 2010 à 5,1% en 2025 (1).

En 2014, seuls 67% des diplômés de médecine générale exerçaient "pleinement" leur spécialité en libéral (8).

e) *La répartition des médecins généralistes*

Un "désert médical" est une zone géographique pour laquelle l'offre de santé ne répond pas aux besoins de la population. Il existe des disparités territoriales fortes. Les départements du centre de la métropole sont les plus démunis en MG actifs. Les départements ayant les grandes villes, ainsi que ceux des littoraux et frontières, sont les mieux dotés en MG actifs.

Concernant les variations de densité en MG actifs entre 2010 et 2025, l'Eure-et-Loir et les Yvelines sont les départements présentant les variations de densité négatives les plus fortes. A l'inverse, les Hautes-Alpes, le Morbihan et la Savoie sont les départements qui présentent les variations positives les plus importantes. (1)

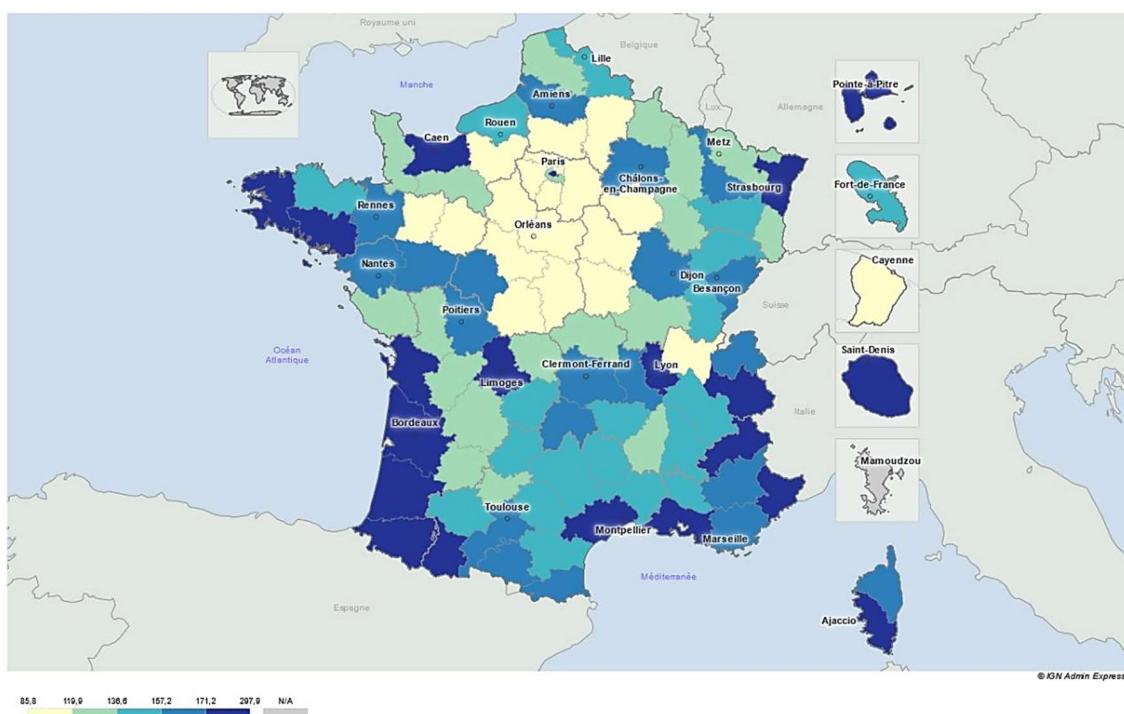


Figure 1 : Densités départementales des MG en activité (libéraux et salariés) au 1^{er} janvier 2025 pour 100 000 habitants (1).

Au sein de chaque département existent aussi de fortes disparités. 57% des MG exercent dans les pôles régionaux (ville de plus de 200 000 habitants, hors Paris) alors que 43% de la population y vit (9). Il existe des zones rurales faiblement peuplées ayant une présence médicale faible, mais aussi des zones péri-urbaines disposant d'un maillage médical insuffisant.

II. L'accès aux soins dans le regard des patients

a) *L'urgence médicale et l'urgence ressentie*

“La notion d’urgence apparaît toujours bien difficile à saisir et à définir, tant elle relève de la subjectivité de celui qui l’exprime ou qui la ressent.” (10) (Charles-Antoine Wanecq, Docteur en histoire, extrait de son mémoire de recherche « Le 15 contre le 18 », page 161).

La notion d'urgence sous-tend de multiples interprétations. Elle est relative et recouvre des réalités différentes en fonction du référentiel de la personne qui la définit (11).

L'urgence médicale est évaluée par le soignant, qui peut la catégoriser comme absolue, immédiate ou relative. Ces urgences correspondent aux situations qui menacent la vie.

L'urgence ressentie est définie comme l'urgence évoquée par le patient. L'académie de médecine la définit comme une urgence qui dépend surtout de la douleur perçue par le patient ou estimée par son entourage (12). Cette définition est cependant incomplète. Au-delà de la douleur, l'urgence ressentie dépend de l'angoisse du patient, de sa sensibilité, de ses représentations de la maladie, de son vécu et de sa culture. Le patient ressent le besoin d'être pris en charge immédiatement.

Il est difficile pour un patient de jauger le degré d'urgence de sa problématique de santé. Cela peut amener à des malentendus entre soignant et patient, qui portent des définitions différentes de l'urgence (13,14).

b) *Le recours aux services d'urgence face à l'urgence ressentie*

Ces dernières décennies, les passages aux urgences ont augmenté : ils ont doublé entre 1996 et 2019 (passant de 10,1 millions à 22 millions) puis ont diminué avec la crise sanitaire de la COVID 19 pour revenir à un chiffre d'environ 20,9 millions en 2023 (15).

Les facteurs qui expliquent l'accroissement du nombre de passages aux urgences sont principalement l'augmentation de la demande et l'insuffisance de l'offre de soins en ville. S'ajoute à ces facteurs une méconnaissance par les patients de la gestion des soins non programmés (SNP) et de la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Les patients consultent alors aux urgences hospitalières pour des motifs relevant de la médecine générale. Autrement dit, devant une urgence ressentie, certains patients pensent que leur seule option est d'aller aux urgences hospitalières.

Ces dernières ont aussi un aspect rassurant pour les patients, qui ont comme arguments : la certitude d'avoir un avis médical dans de brefs délais, la présence du plateau technique et la facilité d'accès à la structure (16,17).

c) *La perception des patients sur les difficultés d'accès aux soins*

Les patients sont les principaux concernés par la difficulté de l'accès aux soins, notamment de médecine générale. En avril 2021, les patients percevaient l'accès aux soins comme plus compliqué qu'auparavant et utilisaient déjà le terme de "désert médical" pour mettre en avant le manque de MG. Cette opinion se renforce avec le temps : une étude réalisée en juillet 2024 montre que 38 % des Français estiment qu'il est difficile d'obtenir un rendez-vous rapidement avec un MG (contre 22 % en 2017) (18).

D'après les patients, la distance entre leur domicile et un MG n'est pas la seule cause des difficultés d'accès aux soins. Les principales causes rapportées sont : les délais d'obtention des rendez-vous médicaux, le refus de nouvelle patientèle et le raccourcissement des durées de consultations (19).

Un sondage mené en mai 2024 à l'occasion des « Assises nationales de l'accès aux soins » révèle que 67 % des patients ont déjà renoncé à des soins ou les ont reportés, dont 58 % en raison de l'absence de médecin disponible (18).

III. Focus sur certaines réponses apportées à la problématique d'accès aux soins

1. La législation

Plusieurs lois ont été promulguées pour tenter d'améliorer cette situation. Dès 1989, le rapport du Professeur Steg proposait des alternatives au recours systématique aux urgences, ainsi qu'une restructuration de ces dernières pour pallier les difficultés d'accès aux soins. La réforme fut introduite dans une loi de 1993 (20).

La loi HPST (hôpital, patients, santé et territoire) de 2009 a été mise en place pour renforcer la coopération entre l'hôpital et la médecine de ville, et ainsi désengorger les services d'urgences. Parmi les dispositifs proposés, on trouve une réorganisation de la permanence des soins et la création de maisons médicales pluridisciplinaires (21,22).

Le 26 janvier 2016, une loi ayant pour objectif de moderniser le système de santé, notamment via la création des CPTS, est introduite. En 2019, la loi Organisation et transformation du système de santé amène le plan « Ma Santé 2022 ». Ce dernier vise à lutter contre les déserts médicaux, déployer les CPTS et supprimer le numerus clausus (23).

En 2019 toujours, Thomas Mesnier, député de la Charente, est chargé par la ministre Agnès Buzyn d'une mission pour l'amélioration des SNP. Il met en place le Pacte de refondation des urgences, qui introduit la première proposition du Service d'Accès aux Soins (SAS) (24). Cette initiative pour améliorer l'accès aux soins découle d'un état des lieux des urgences réalisé en amont. En 2020, le Ségur de la santé concrétise le SAS, parmi 32 autres mesures (25).

2. Le rôle des CPTS

Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent une organisation de professionnels de santé sur un territoire donné. Elles visent à renforcer leur coordination autour d'un projet de santé pour répondre aux besoins de la population. Ce sont les professionnels de santé qui gèrent les CPTS. Elles ont été créées en janvier 2016 et les premières ont été fonctionnelles à partir de juin 2019 (26). La grande majorité des CPTS sont donc récentes et n'ont été instaurées que suite à la convention avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) en juin 2019. Depuis cette convention, chaque CPTS adhère à un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) avec l'assurance maladie et l'ARS pour fixer ses missions socles. Cet accord lui permet d'obtenir les financements nécessaires à son fonctionnement.

Les missions principales des CPTS sont d'améliorer l'accès aux SNP et de faciliter l'accès à un médecin traitant.

La couverture territoriale des CPTS est, en juin 2024, de 835 CPTS (contre 644 en juin 2023) dont 64 dans les Hauts-de-France (27). D'après une étude de la DREES parue en 2023, 20% des médecins généralistes font partie d'une CPTS en 2022. Ils étaient 7% en 2019 (28).

3. Les soins non programmés (SNP)

a) *Définition des SNP*

Les SNP sont les soins répondant à une urgence ressentie mais qui ne relèvent pas médicalement de l'urgence vitale, et dont la prise en charge ne peut être ni anticipée ni retardée (29). Les SNP font partie intégrante de la continuité des soins, c'est à dire la capacité à délivrer les soins appropriés au bon moment (30).

b) *La permanence des soins ambulatoires (PDSA)*

Depuis 2003, la PDSA prend en charge les demandes de soins de 20h à 8h tous les jours, le samedi à partir de midi, les dimanches et les jours fériés. Elle fonctionne par le biais d'une régulation et est assurée par le volontariat des MG de garde (31).

c) *Les SNP en pratique*

Les SNP constituent une part importante des consultations des MG. 8 MG sur 10 déclarent organiser leur activité pour prendre en charge des SNP quotidiennement. Dans le cadre d'une demande de SNP, les MG proposent plus facilement une consultation le jour-même lorsqu'ils sont contactés par quelqu'un de leur patientèle (32).

Les demandes de SNP relèvent donc de l'activité habituelle des MG. La plupart des MG n'arrivent pas à répondre seuls à l'ensemble des demandes de SNP. Pour pallier ces difficultés et faciliter la gestion des SNP collectivement, ainsi que pour trouver des solutions pour les patients sans médecin traitant, le SAS a été mis en place.

4. Le Service d'Accès aux Soins (SAS)

a) *La mise en place du SAS*

Le ministère des Solidarités et de la Santé a développé un nouveau modèle de prise en charge des patients : le SAS. C'est un service qui s'adresse aux patients qui ne parviennent à trouver de rendez-vous ni avec leur médecin traitant, ni avec un autre médecin. Il vise à épargner aux patients un passage aux urgences en les maintenant dans le parcours de la médecine de ville.

Le SAS a été proposé dans le cadre du Pacte de refondation des urgences en 2019 (33), puis réaffirmé lors du Ségur de la santé en 2020 (25). Ce dispositif a pour but d'articuler et d'améliorer la gestion des urgences et des demandes de SNP.

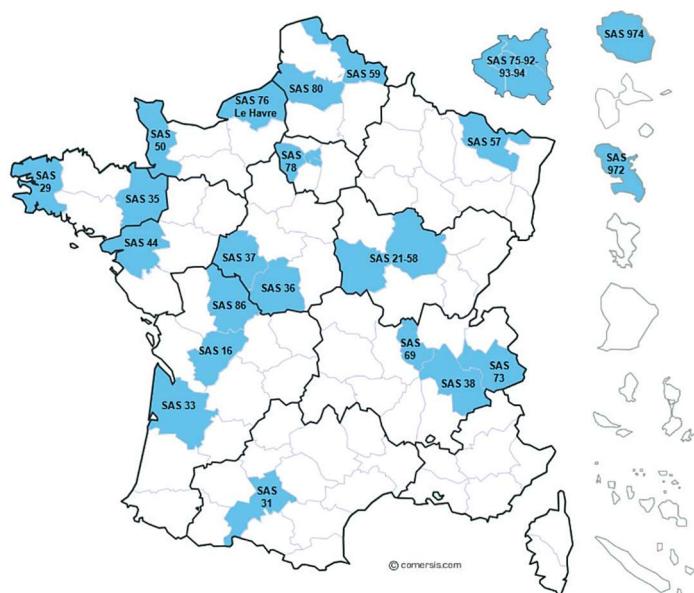


Figure 2 : Carte des 22 sites pilotes, tirée d'un article de journal du Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs élargi aux autres spécialités (34).

Il a été instauré en 2021 avec 22 sites pilotes. Suite à la phase d'essai, le SAS est étendu aux autres régions pour arriver en décembre 2024 à 91 SAS en fonctionnement, avec plusieurs SAS en cours de déploiement dans d'autres départements.

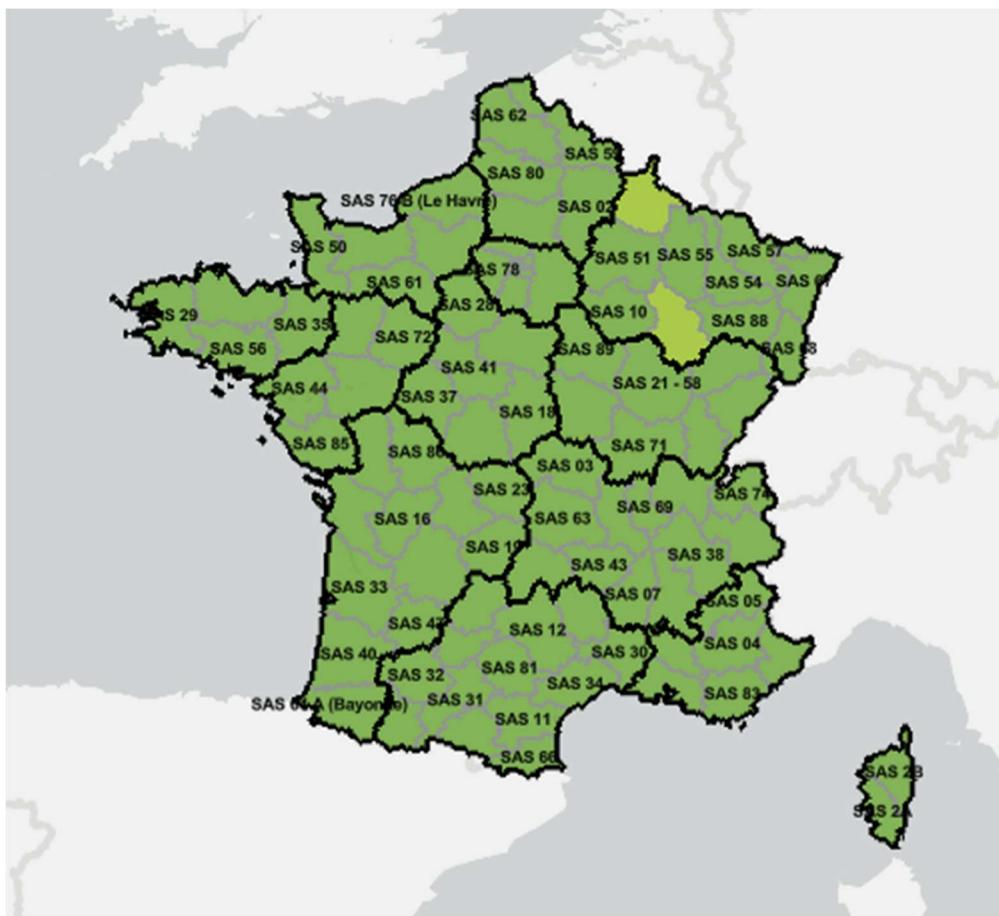


Figure 3 : La carte de France des SAS en fonctionnement (vert foncé) et en cours de conception (vert clair) en date du 16 juillet 2025, issue du site du ministère de la Santé (35).

b) L'organisation du SAS

Le SAS permet au patient confronté à un besoin de soin urgent d'accéder à un professionnel de santé lorsque l'accès à son médecin traitant n'est pas possible. Le patient appelle alors le 15. Son appel est reçu par un assistant de la régulation médicale qui l'oriente, selon son problème, vers la filière d'urgence (aide médicale urgente) ou vers la filière de médecine générale (MG régulateurs aidés par des opérateurs de soins non programmés) (35). Selon la situation, ces derniers peuvent l'orienter vers une consultation de SNP en ville dans les 48 heures (36) (Annexe 2).

Ces consultations concernent les SNP dispensés de 08h00 à 20h00 en semaine et le samedi matin, c'est-à-dire en dehors des horaires de PDSA.

Le SAS est donc accessible à tous par téléphone.

Ce système est basé sur le volontariat des MG effecteurs, qui rendent disponibles des créneaux de consultation via le partage de leur agenda sur une plateforme numérique. En contrepartie, ils sont éligibles à une rémunération de 1400 euros/an complétée par une majoration de 15 euros (cotation « SNP ») pour toute consultation orientée par le SAS (36).

IV. L'accès aux soins dans le secteur de la CPTS Grand Valenciennes

1. L'accès aux soins dans le département du Nord

Le département du Nord a une densité de MG actifs libéraux supérieure à la densité nationale. En janvier 2025, il y a (Annexe 1) :

- 90,6 MG actifs libéraux pour 100 000 habitants
- 74,9 MG actifs réguliers libéraux pour 100 000 habitants soit un MG pour 1335 patients.

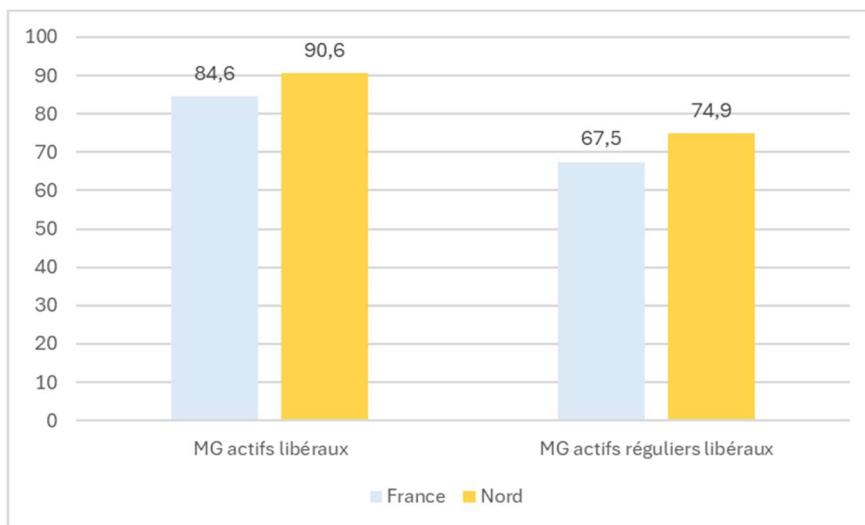


Figure 4 : Densité des MG actifs pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2025 (graphique créé à partir d'un tableau envoyé par le service études et recherches statistiques du CNOM cf Annexe 1).

2. La CPTS Grand Valenciennes

Les Hauts-de-France comptent 64 CPTS actives (37). La CPTS Grand Valenciennes a été créée en 2020. C'est une CPTS de taille 4 (environ 200 000 habitants).



Figure 5 : Le territoire couvert par la CPTS Grand Valenciennes (38).

D'après les données de la CPTS Grand Valenciennes mises à jour au printemps 2025, le territoire de la CPTS Grand Valenciennes comprend 140 MG actifs réguliers libéraux pour 196 677 habitants soit 71 MG actifs réguliers libéraux pour 100 000 habitants. 11,22% des habitants du territoire n'ont pas de médecin traitant.

3. Le SAS de la CPTS Grand Valenciennes

Le fonctionnement du SAS passe par le numéro 15 avec une régulation médicale. Si un RDV avec un MG est nécessaire, l'appel est transféré à un secrétariat médical téléphonique à distance appelé « Secretel ». Secretel a accès aux disponibilités émises par les professionnels de santé dans un agenda partagé. Il propose un RDV au patient en tenant compte de sa localisation et lui apporte les informations nécessaires pour s'y rendre.

Les urgentistes (des urgences adultes et pédiatriques du CH Valenciennes) ont accès à l'agenda partagé. S'ils souhaitent orienter le patient vers la médecine générale, ils peuvent lui proposer directement un RDV ou passer par le biais de Secretel.

Durant la période du recueil, il y avait 27 médecins effecteurs participant au SAS via la CPTS Grand Valenciennes.

V. Objectifs de la thèse

Le SAS a été intégré dans la gestion des SNP de la CPTS Grand Valenciennes en janvier 2022. Dans le cadre d'une enquête qualité, la CPTS souhaite explorer le dispositif selon 3 axes : la satisfaction des patients, la satisfaction des médecins effecteurs et les rendez-vous non honorés.

Le principal objectif de cette thèse est d'évaluer la satisfaction des patients concernant le dispositif du Service d'Accès aux Soins via la CPTS Grand Valenciennes.

Les objectifs secondaires de la thèse sont les suivants :

- Rechercher un lien éventuel entre questionnement sur le moyen de transport et perception de la distance domicile - cabinet médical
- Rechercher un lien éventuel entre annonce d'une majoration forfaitaire et perception du coût de la consultation
- Rechercher les facteurs modulant la satisfaction des patients

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

C'est une étude quantitative, descriptive, rétrospective et territoriale. Elle est effectuée sous forme d'un questionnaire proposé aux patients ayant participé à une consultation via le Service d'Accès aux Soins et adressés chez un MG faisant partie de la CPTS Grand Valenciennes.

II. Population étudiée

a) *Recrutement des patients*

Tous les patients répondant aux critères de sélection étaient susceptibles d'être inclus dans l'étude.

b) *Critères de sélection*

Ont été inclus les patients ayant participé à une consultation avec un MG de la CPTS Grand Valenciennes en étant préalablement passés par le SAS. Les participants ont été recrutés du 15 octobre 2024 au 15 juin 2025 compris.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les mineurs non accompagnés d'un parent
- Les personnes dans l'incapacité de répondre au questionnaire
- Les patients ne comprenant pas ou peu le français (oral ou écrit)
- Les patients ayant refusé de participer à l'étude

Un accompagnant pouvait répondre au questionnaire (un majeur responsable, l'aidant d'une personne âgée ou d'une personne dans l'incapacité de répondre). Si c'était le cas, le répondant devait le préciser dans la question n°3.

III. Recueil des données

a) *Le questionnaire*

Le questionnaire était disponible sur la plateforme en ligne Limesurvey (Annexe 3). Il est composé de 24 questions. 23 questions sont fermées avec des réponses à choix unique (22 questions) ou multiple (la question n°10). Certaines questions utilisent l'échelle de Likert. La dernière question est ouverte, laissant le patient libre d'y donner son avis ou d'émettre une suggestion. Le questionnaire est divisé en 4 parties :

- informations personnelles ;
- avant le rendez-vous médical ;
- l'organisation de la consultation via le SAS ;
- avis général sur le SAS.

b) *Recueil des résultats*

- *Première méthode : le QR code*

Un QR code renvoyant vers le questionnaire a été transmis aux 27 MG participant au SAS via la CPTS Grand Valenciennes. Il leur était demandé de proposer le QR code aux patients à la fin de la consultation (Annexes 4 et 5).

Le questionnaire a été envoyé par voie postale le 15 octobre 2024. Les médecins ont été notifiés de l'envoi du courrier le jour-même, via un message dans un groupe Doctolib. Ils ont été relancés à deux reprises, le 25 novembre 2024 puis le 10 mars 2025.

Cette première méthode a permis de recueillir 40 réponses dont 12 réponses partielles pour 786 consultations SAS sur la période allant du 15/10/2024 au 02/04/2025. Le taux de réponse au questionnaire, alors de 5 %, était faible. Suite à ce constat, une seconde méthode de recueil a été mise en place, après accord oral du Docteur Sabine Bayen, Maitresse de Conférences des Universités de Médecine Générale.

- *Deuxième méthode : l'entretien téléphonique*

A partir du 03/04/2025, les secrétaires demandaient, avant la prise de rendez-vous, l'accord du patient pour être recontacté en vue d'une étude de satisfaction. Les personnes ayant donné leur accord étaient rappelées le soir ou le lendemain de la consultation. Lors de l'appel téléphonique, l'investigatrice leur donnait des informations sur son identité et sur le périmètre de l'étude. Elle recherchait leur consentement oral afin de pouvoir le retranscrire par écrit. (Annexe 6).

Les patients ayant accepté l'appel téléphonique étaient alors soumis au même questionnaire que les patients interrogés lors de la première session de recueil. Si la personne avait déjà répondu au questionnaire par le biais du QR code, elle n'était pas interrogée de nouveau et l'appel s'arrêtait là.

IV. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la médiane des notes de satisfaction.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- L'analyse des pourcentages croisés entre l'interrogation sur le moyen de transport et la perception de la distance domicile-cabinet médical
- L'analyse des pourcentages croisés entre l'annonce d'une majoration forfaitaire et la perception du coût
- Le pourcentage des participants très satisfaits ou peu satisfaits selon les variables qui nous intéressent :
 - Le genre
 - L'âge
 - Le suivi par un médecin traitant
 - La durée entre l'appel et le RDV
 - La perception de la distance
 - La perception du coût
 - Le problème de transport

V. Analyse des données

Les données ont été collectées via le logiciel LimeSurvey. Elles ont été traitées à l'aide du logiciel Microsoft Excel (version 2507).

Dans l'analyse descriptive, les variables qualitatives nominales ont été décrites sous forme d'effectif et de pourcentage. Du fait d'une distribution non normale (vérifiée graphiquement et par le test de Shapiro-Wilk), les variables quantitatives continues ont été décrites sous forme de médiane et d'espace interquartile (Q1,Q3). L'indépendance entre deux variables qualitatives a été testé à l'aide d'un test du Khi² d'indépendance ou du test exact de Fisher si le test du Khi² était invalide (existence d'effectifs théoriques strictement inférieurs à 5).

Une dichotomisation de la cohorte a été effectuée en utilisant le premier quartile du score de satisfaction comme valeur limite. Les patients ayant un score inférieur ou égal étaient considérés comme peu satisfaits, les autres étaient considérés comme très satisfaits. Les variables ayant recueilli une valeur de p inférieure à 0,2 ont été insérées dans un modèle de régression logistique multivarié selon une procédure pas-à-pas descendante.

Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

Le logiciel R (version 4.5.1) a été utilisé pour effectuer les premières analyses univariées concernant les deux premiers objectifs secondaires. L'utilisation du logiciel a nécessité l'aide d'un statisticien indépendant. L'analyse statistique par régression logistique multivariée a été effectuée à l'aide du logiciel SAS (version 9.4) par un docteur en pharmacie et statisticien du CH de Valenciennes.

Les réponses "tout à fait d'accord" et "plutôt d'accord" ont été considérées comme positives, les réponses "pas du tout d'accord" et "plutôt pas d'accord" comme négatives. Concernant la question n°4 "Avez-vous un médecin traitant ?", les réponses "Autre" ont été considérées comme "oui". En effet, les deux répondants ont confirmé avoir essayé de joindre leur médecin traitant à une question ultérieure. Concernant la question n°8 sur la perception du coût de la consultation, les réponses « pas assez élevé » et « adapté » ont été considérées comme positives, les réponses « trop élevé » comme négatives.

VI. Aspect éthique et réglementaire

Préalablement au recueil des données, une déclaration a été faite auprès du registre des activités de traitement des données personnelles de l'Université de Lille (Annexe 7). Cette étude a bénéficié d'une exonération de déclaration. Il n'a pas été nécessaire de consulter le Comité de protection des personnes car aucune donnée collectée n'est identifiante.

Concernant la première méthode de recueil (QR code), une note d'information était transmise. Les patients étaient présumés consentants s'ils scannaient le QR code après y avoir été invités.

Concernant la seconde méthode (entretien téléphonique), le consentement oral du patient était préalablement recherché par Secretel. Lors de l'appel téléphonique, le consentement était de nouveau recherché et notifié par écrit.

Les données recueillies étaient anonymisées.

RESULTATS

I. Population de l'étude

1. Flow chart

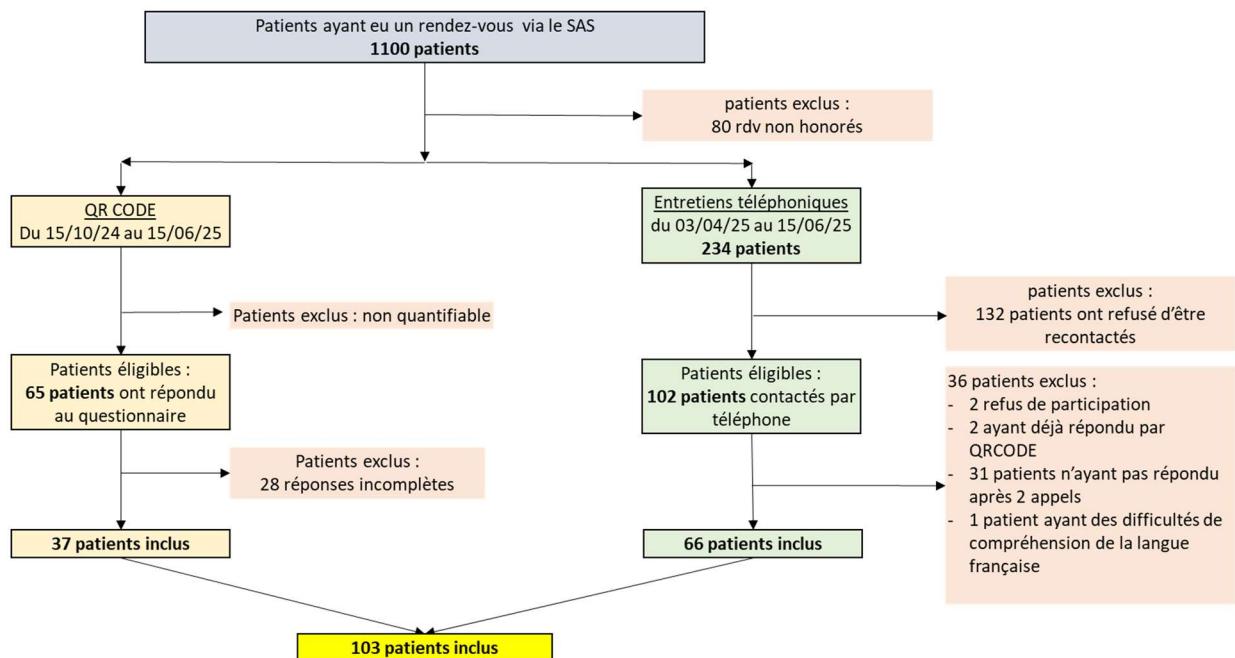


Figure 6 : Diagramme de Flux.

131 réponses au questionnaire ont été collectées, dont 28 réponses partielles. Ces dernières ont été exclues et n'ont pas été analysées.

Tableau 1 : Taux d'abandon par page du questionnaire.

N° de page	Nombre de questionnaires arrêtés à cette page	Pourcentage (%)
0	23	17,56
1	3	2,29
2	1	0,76
3	1	0,76
4	0	0

2. Caractéristiques de la population

a) *Genre*

73 femmes (70,87%) et 30 hommes (29,13%) ont répondu au questionnaire.

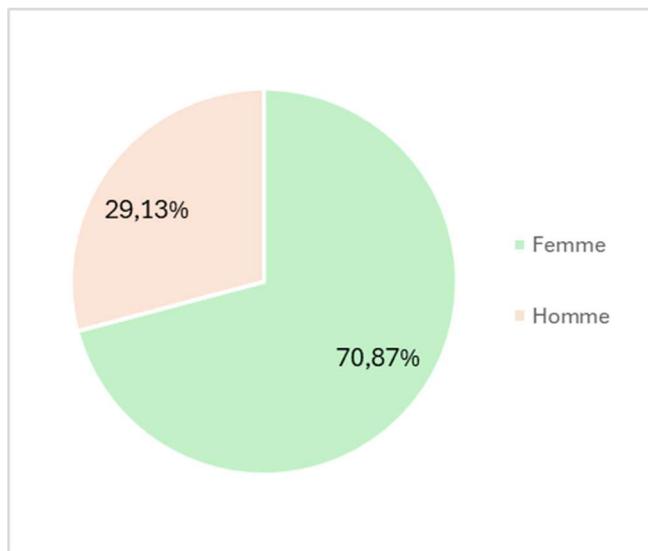


Figure 7 : Répartition du genre de la population.

b) *Âge*

La tranche d'âge [31 ; 45 ans] était la plus représentée dans l'étude ($n= 43$, 41,75%). La tranche d'âge des plus de 75 ans était la moins présente ($n=2$, 1,94%).

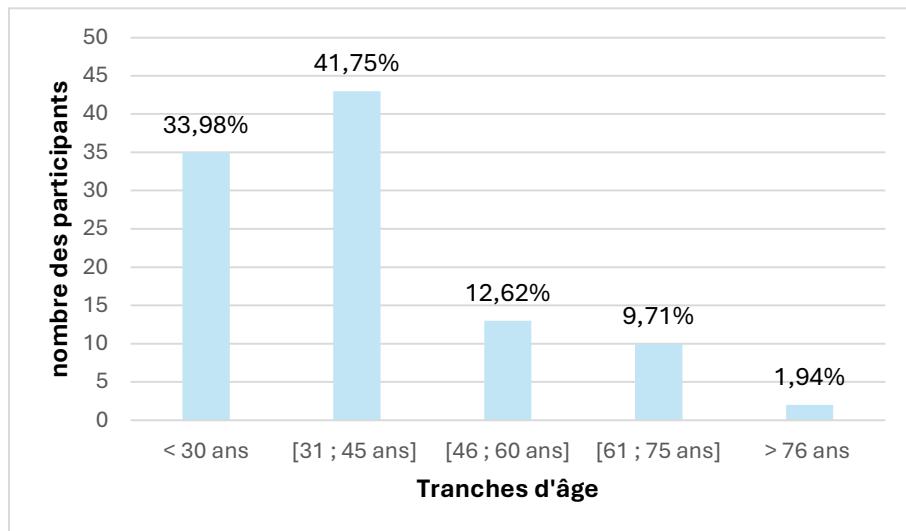


Figure 8 : Répartition de l'âge de la population.

c) Accompagnants

47 (45,63%) répondants étaient des accompagnants :

- 39 répondants étaient les parents d'un enfant ayant eu un RDV (dont 35 mères)
- 6 participants étaient les conjoint(e)s d'un patient ayant eu un RDV
- Une participante à l'étude était la grand-mère du patient
- Une participante était une assistante familiale dont le RDV concernait un enfant confié à l'Aide sociale à l'enfance

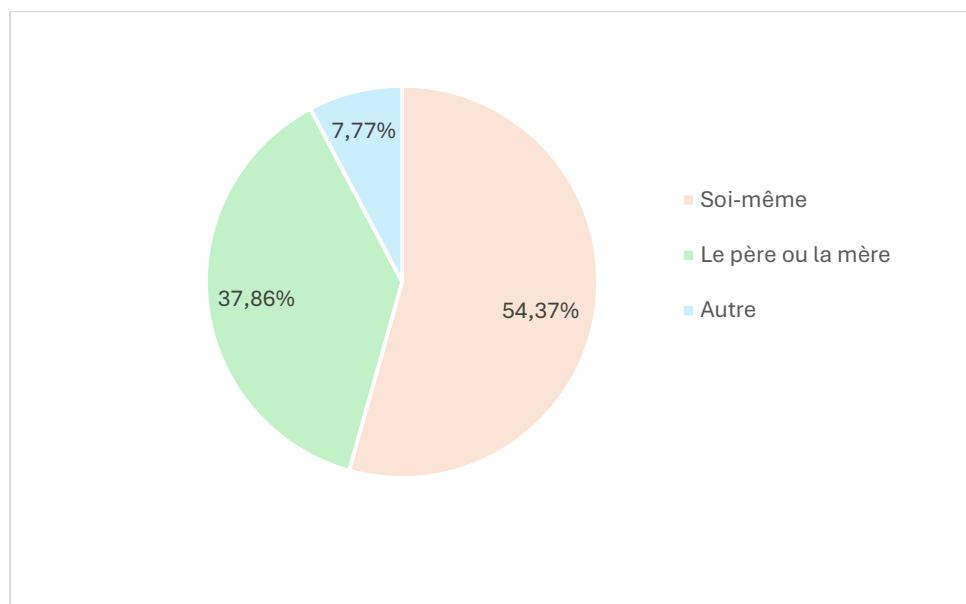


Figure 9 : Répartition des réponses à la question “Qui est la personne concernée par la consultation qui vient de se dérouler ?”.

d) Suivi par un médecin traitant

89 (86,41%) répondants attestaient avoir un médecin traitant. Les 2 personnes ayant répondu “Autre” ont cité des noms de MG.

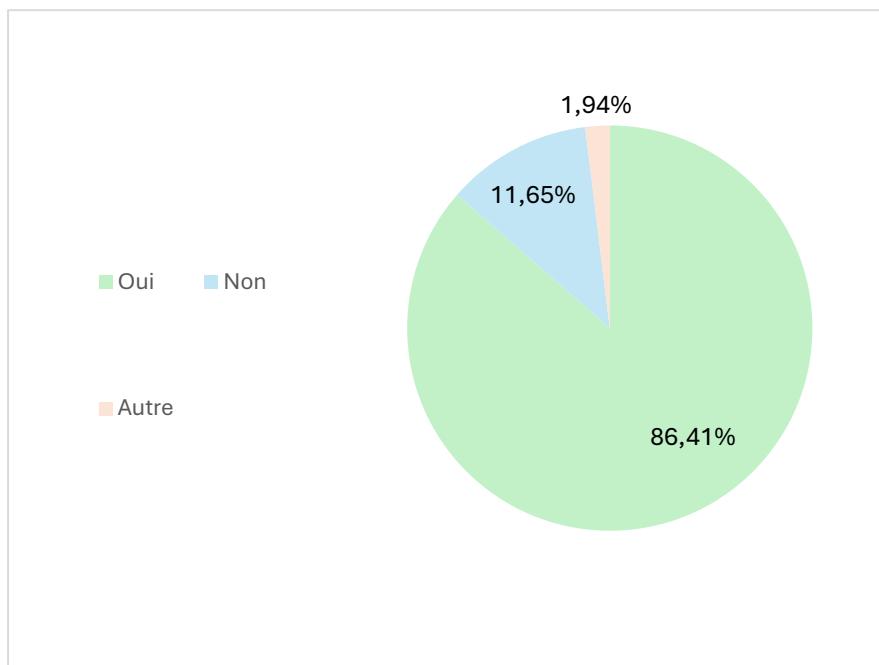


Figure 10 : répartition des réponses à la question “Avez-vous un médecin traitant ?”.

e) Connaissance du SAS

16 patients (15,53%) connaissaient le SAS avant la consultation. Le diagramme à barres ci-dessous montre que la majorité des personnes qui connaissaient le SAS avant la consultation en avait entendu parler par le biais d'un professionnel de santé ou avait déjà consulté via ce dispositif.

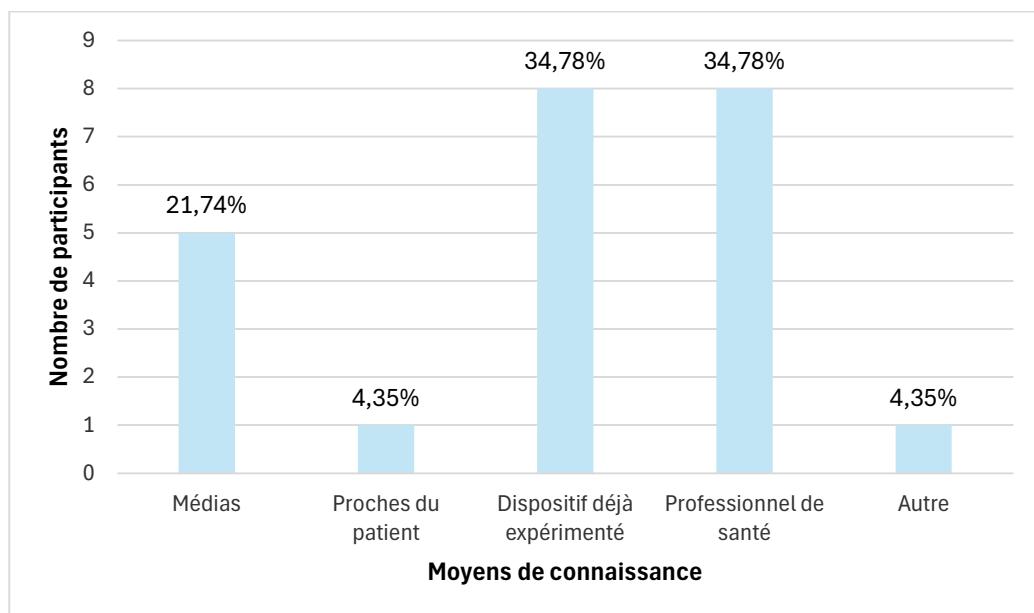


Figure 11 : Répartition des réponses à la question “Comment avez-vous eu connaissance du SAS ?”. Pourcentages (%) réalisés sur le nombre de répondants à la question.

Parmi les participants ayant répondu à la question suivante : “Si oui, comment avez-vous eu connaissance du SAS ?”, 7 avaient cependant attesté ne pas connaître le SAS à la question précédente.

II. Le parcours du patient avant la consultation

1. L'obtention du rendez-vous

10 participants (9,70%) étaient passés par le SAS sans avoir essayé de contacter un MG au préalable.

Tableau 2 : Tentative de RDV avec un MG selon que le patient avait un médecin traitant ou non, exprimé en nombre de participants n (%).

	Avec médecin traitant 91 (88,35)	Sans médecin traitant 12 (11,65)
Tentative RDV médecin traitant	83 (91,2)	0
Tentative RDV autre médecin	47 (51,65)	8 (66,66)
Absence de tentative RDV	6 (6,59)	4 (33,33)

7 participants (6,80%) s'étaient rendus aux urgences sans appeler le 15. Parmi eux, un seul n'avait pas essayé de joindre un médecin avant de s'y rendre.

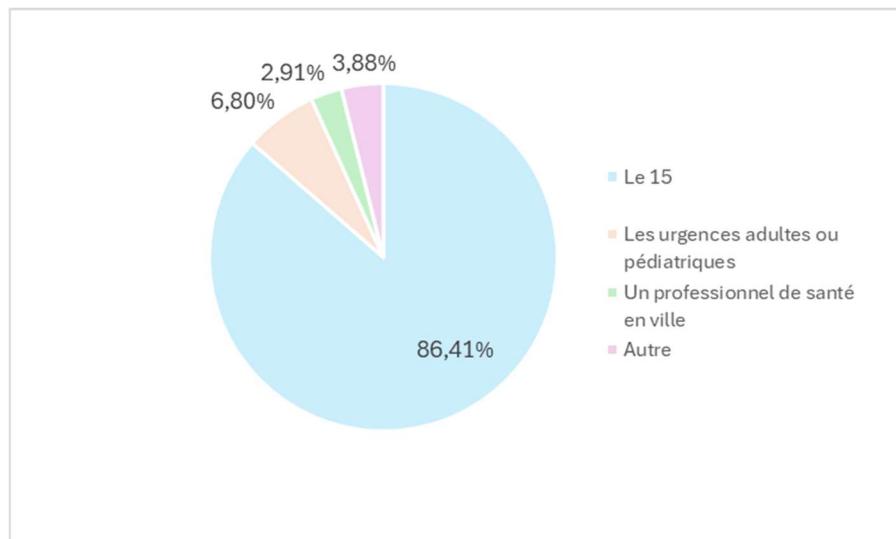


Figure 12 : Taux de réponses à la question "Qui vous a adressé à la consultation ?".

4 participants (3,88%) avaient répondu “Autre” à la question “Qui vous a adressé à la consultation ?”. Ce sont les patients qui avaient eu recours au SAS via le numéro de la médecine de garde.

Parmi les 16 participants (15,53%) qui connaissaient le SAS (dont 8 car ils lavaient déjà expérimenté) :

- Un n'avait pas de médecin traitant et avait essayé de joindre au moins un autre MG avant d'appeler le 15
- 14 avaient essayé de joindre leur médecin traitant. Parmi eux, 8 patients avaient essayé de joindre au moins un autre MG
- Un patient avait appelé directement le 15

Tableau 3 : Objectif recherché des participants en appelant le 15.

But de l'appel	N (%)
Conseil et orientation si nécessaire	28 (27,18)
Conseil sans RDV	1 (0,97)
RDV avec un MG	69 (66,99)
RDV avec un médecin spé	2 (1,94)
Aller aux urgences d'un CH	0

Aucun des participants n'avait pour but d'aller aux urgences d'un CH en appelant le 15.

2. Le degré d'urgence ressentie

La question n°11 est une échelle de Likert en 11 points qui proposait aux patients de jauger leur urgence ressentie face à leur motif de consultation initial.

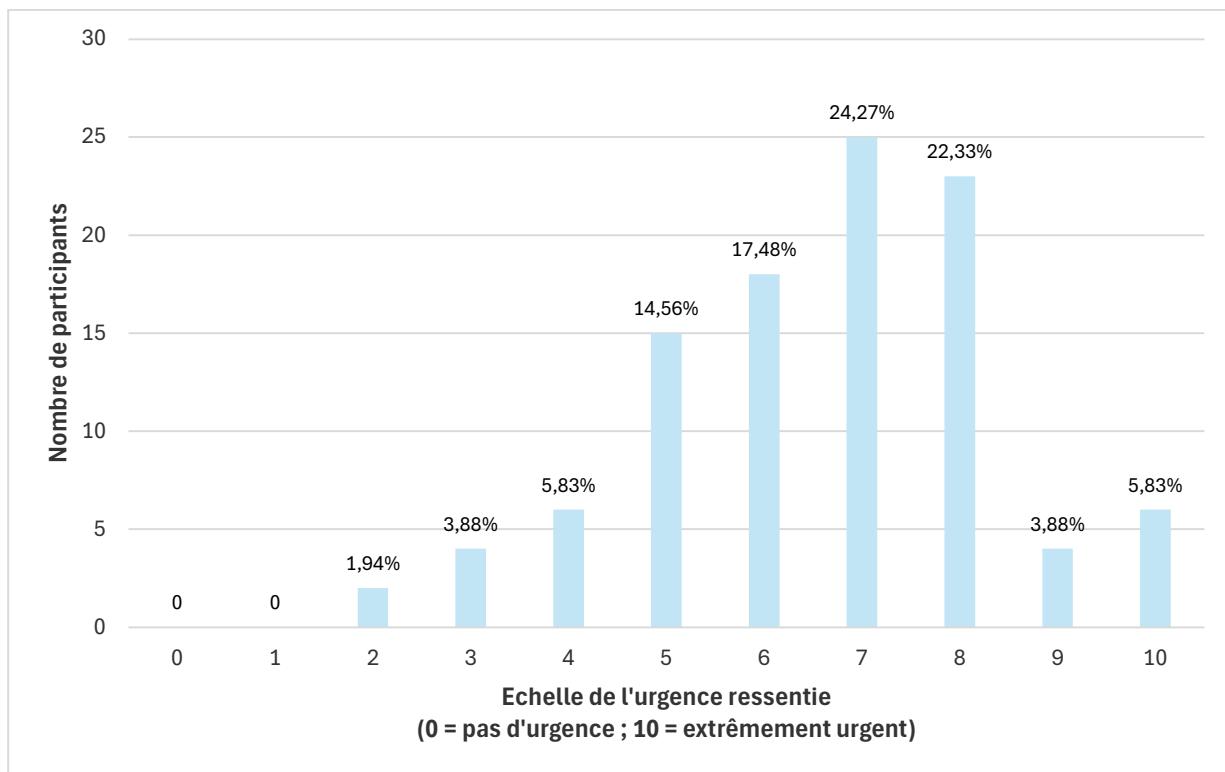


Figure 13 : Répartition des niveaux d'urgence ressentie sur une échelle de 0 à 10.

- Aucun des participants n'estimait son urgence ressentie comme nulle
- 27 (26,21%) considéraient leur urgence ressentie comme plutôt faible (2 à 5) ;
- 70 (67,96%) comme forte (6 à 9) ;
- 6 (5,83%) comme extrêmement urgente (10).

L'urgence ressentie médiane est de 7 (Q1-Q3 : [5 ; 8]) soit une urgence ressentie plutôt forte.

3. Orientation vers un MG : perception des patients

Tableau 4 : Nombre de réponses à la question « Pensez-vous qu'il était approprié de vous orienter vers un MG pour répondre à votre motif de consultation initial ? », exprimé en participants n (%)

Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
92 (89,32)	10 (9,71)	0	1 (0,97)

III. L'organisation de la consultation

1. Le délai entre l'appel et le rendez-vous

88 participants (85,44%) ont eu un RDV dans la demi-journée suivant leur appel téléphonique avec Secretel. 13 participants (12,62%) ont eu un RDV dans la journée.

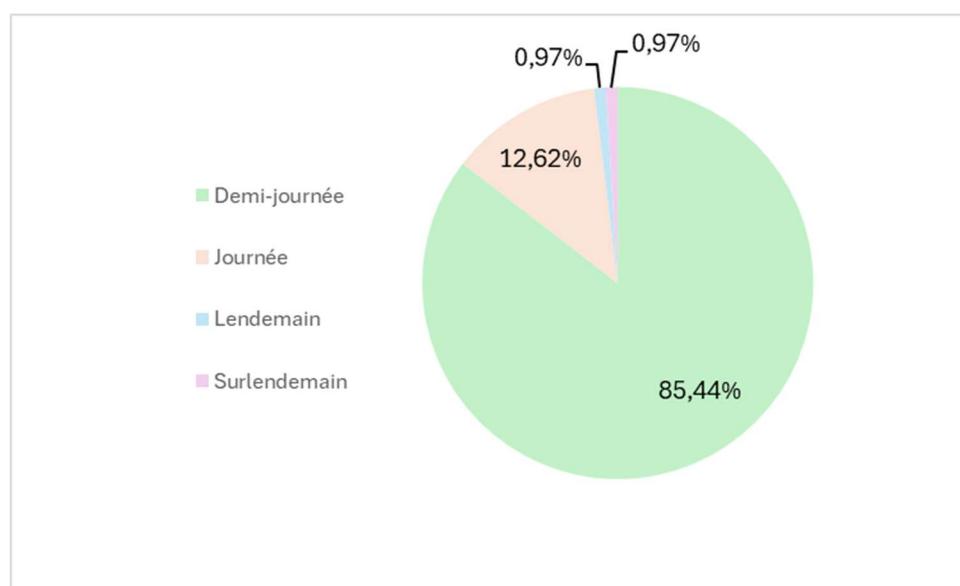


Figure 14 : Réponses à la question “Combien de temps après votre appel avez-vous obtenu ce rendez-vous ?”.

2. Le trajet entre le domicile et le rendez vous

Tableau 5 : Tableau croisé des effectifs cumulés du ressenti vis-à-vis de la distance selon que la question sur les capacités de déplacement avait été posée par les secrétaires, exprimés en participants n (%).

		Ressenti distance	
		Adaptée	Inadaptée
Question sur le moyen de transport posée	Oui	92 (89,32)	11 (10,68)
	Non	35 (33,98)	32 (91,43)
		68 (66,02)	3 (8,57)
		60 (88,24)	8 (11,76)

Aide à la lecture du tableau : les pourcentages non croisés s'appuient sur l'effectif total de l'étude (n=103) tandis que les pourcentages croisés ont été réalisés à partir de l'effectif total par ligne.

La perception de la distance ne varie pas de façon notable selon qu'une question sur le transport a été posée. La proportion du ressenti de la distance comme « adaptée » n'est pas significativement plus élevée dans un groupe que dans l'autre (91,43% pour le groupe auquel la question a été posée contre 88,24% pour l'autre), au seuil de 5% p=0,75.

Parmi les 24 patients (23,30%) pour qui le moyen de transport a posé problème, 18 (75%) n'avaient pas été questionnés sur ce dernier.

Tableau 6 : Tableau croisé des effectifs cumulés, regroupant les perceptions sur le délai et la distance, exprimés en nombre de participants n (%).

	Ressenti délai adapté	Ressenti délai non adapté
	101 (98,06)	2 (1,94)
Ressenti distance adaptée	92 (89,32)	90 (87,38)
Ressenti distance inadaptée	11 (10,68)	11 (10,68)
		0

90 répondants (87,38%) ont un avis positif sur les deux dimensions à la fois.

3. Le coût de la consultation

Tableau 7 : Tableau croisé des effectifs cumulés du ressenti vis-à-vis du coût selon que l'information sur la majoration forfaitaire avait été donnée par les secrétaires, exprimés en participants n (%).

Annonce majoration forfaitaire	Perception coût		
	Oui	Positive	Négative
		65 (63,11)	38 (36,89)
	Oui	21 (20,39)	14 (66,66)
Annonce majoration forfaitaire	Non	82 (79,61)	7 (33,33)
		51 (62,20)	31 (37,80)

Aide à la lecture du tableau : les pourcentages non croisés s'appuient sur l'effectif total de l'étude ($n=103$) tandis que les pourcentages croisés ont été réalisés à partir de l'effectif total par ligne.

Être informé de la majoration forfaitaire n'est pas associé à une perception différente du coût. La proportion de la perception du coût comme positive n'est pas significativement plus élevée dans un groupe que dans l'autre (66,66% pour le groupe qui a eu l'information sur la majoration forfaitaire contre 62,20% pour l'autre), au seuil de 5% $p=0,70$.

IV. L'état de satisfaction des patients

1. L'état de satisfaction globale vis-à-vis du dispositif

a) Objectif principal

A la question “Quel est votre niveau global de satisfaction du dispositif ?”, la médiane des notes données est de 10 (Q1-Q3 : [8 ; 10]). Aucune note donnée est strictement inférieure à 5/10. 102 répondants (99,03%) ont donné une note supérieure ou égale à 7/10.

Concernant les 12 participants (11,65 %) n’ayant pas de médecin traitant, la médiane des notes est aussi de 10 (Q1-Q3 : [8 ; 10]).

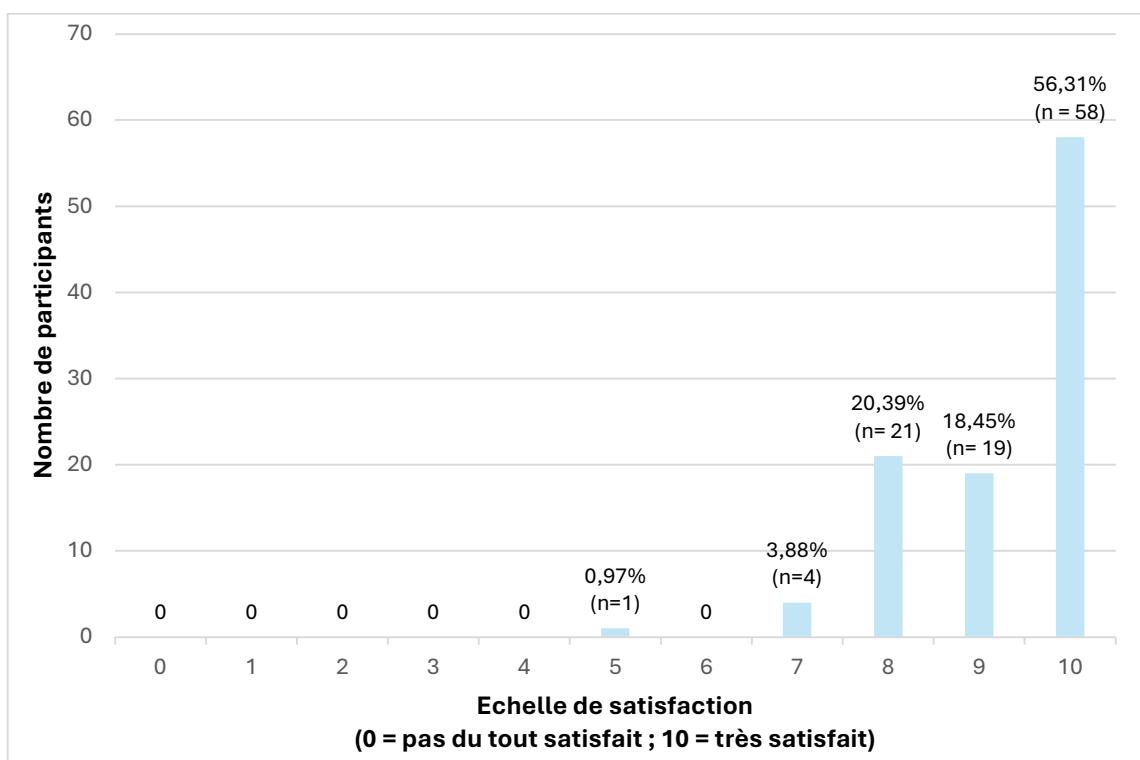


Figure 15 : Satisfaction globale du dispositif.

b) *Perception des patients envers les bénéfices recherchés du SAS*

Tableau 8 : La perception des patients vis-à-vis des bénéfices recherchés du SAS, exprimée en nombre de participants n (%).

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Améliorer l'accès aux soins	82 (79,61)	18 (17,48)	3 (2,91)	0
Éviter surcharge des urgences	80 (77,67)	21 (20,39)	2 (1,94)	0

c) *Réitérer la démarche*

A la question “A l’avenir, en situation d’urgence, et si votre médecin traitant n’est pas disponible, est ce que vous referez appel au SAS ?” :

- 76 participants (73,79%) sont “tout à fait d’accord”
- 26 (25,24%) sont “plutôt d’accord”
- Un participant (0,97%) n’envisageait pas de repasser par ce dispositif, si nécessaire, à l’avenir.

2. Facteurs qui modulent la satisfaction

a) Analyse univariée

77 participants (74,76%) sont considérés comme très satisfaits (note > 8/10) et 26 participants (25,24%) comme peu satisfaits (note ≤ 8/10).

Tableau 9 : Influence de 7 facteurs sur la satisfaction, par analyses univariées, valeurs exprimées en effectif n et pourcentage (%).

	Très satisfait (n = 77)	Peu satisfait (n = 26)	Valeur de p
Age > 45 ans	16 (21)	9 (35)	0,155
Genre féminin	54 (70)	19 (73)	0,775
Suivi par un médecin traitant	69 (90)	22 (85)	0,493
Délai entre l'appel et le RDV : Plus d'une demi-journée	9 (12)	6 (23)	0,198
Perception de la distance comme inadaptée	7 (9)	4 (15)	0,463
Présence d'une problématique de transport	14 (18)	10 (38)	0,038
Perception du cout : trop élevé	23 (30)	15 (58)	0,018

Aide à la lecture : les pourcentages sont effectués en colonne.

Le pourcentage de participants ayant eu un problème de transport pour se rendre au RDV est significativement plus élevé dans le groupe “peu satisfait” que dans l’autre (38% pour le groupe “peu satisfait” contre 18% pour l’autre avec un p=0,038).

Le pourcentage de participants ayant une perception du coût comme “trop élevé” est significativement plus élevé dans le groupe “peu satisfait” que dans l’autre (58% pour le groupe “peu satisfait” contre 30% pour l’autre avec un p=0,018).

b) *Analyse multivariée*

Tableau 10 : Facteurs associés à une faible satisfaction, par analyses multivariées.

	Valeur de p	OR [IC _{95%}]
Age > 45 ans	0,121	
Délai avant le rendez-vous : plus d'une demi-journée	0,062	
Perception du coût : trop élevé	0,009	3,64 [1,38 ; 9,57]

La variable “présence d'une problématique de transport” a dû être retirée (problème avec la répartition des résidus de Pearson empêchant la réalisation de l'analyse multivariée, voir chapitre Discussion).

Percevoir le coût de la consultation comme trop élevé est un facteur de risque d'avoir une faible satisfaction vis-à-vis du dispositif SAS ($p=0,009$).

3. Commentaires libres

La dernière question était : “Merci d'avoir répondu à mon enquête. Avez-vous d'éventuelles remarques à ajouter ?”. Il y a eu 21 réponses (20,39%). 5 de ces commentaires contiennent explicitement des remerciements. 3 de ces commentaires répondent « Non » à la question. Les autres reprennent des notions décrites dans le questionnaire (Annexe 9).

a) *Eviter un passage aux urgences*

3 participants précisait qu'ils voyaient le SAS comme un bon moyen d'éviter d'aller aux urgences.

“Le fait d'avoir contacté le SAMU permet d'éviter les déplacements aux urgences inutiles [...]”

“Service rapide efficace, je recommande pour éviter de courrir aux urgences”

“[...] Enfin, cela evite d'aller aux urgences (et de s'y sentir gênée car ça n'est pas une urgence vitale).”

b) *Rapidité et facilité pour accéder à un rendez-vous*

3 patients mettaient en avant le délai rapide entre l'appel et le RDV, ainsi que la praticité du dispositif.

“Je ne connaissais pas ce service mais suis bien content d'en avoir bénéficié. Un rdv chez mon médecin traitant prend entre 4 et 5 semaines, là j'ai eu un rdv le soir même”

“C'est vraiment très rassurant de pouvoir avoir accès à un avis médical et consultation ensuite lorsque notre médecin traitant ne peut nous prendre en charge. Nous proposer un rdv rapidement et nous rappeler pour nous le proposer est vraiment une bonne idée. Cela évite d'appeler tous les cabinets des environs [...]”

“Ce dispositif est très pratique pour nous et nous permet sans aucun doute d'avoir accès plus facilement aux soins”

c) *Intérêt d'un bon usage du dispositif*

Un patient exprimait ses craintes quant au risque de saturation du dispositif si le 15 devenait le premier interlocuteur lors d'une urgence ressentie.

“ce dispositif peut être un bon moyen d'accès aux soins s'il est utilisé à bon escient. En effet, il ne faudrait pas que ... vous savez... tout le monde utilise ce système pour un oui ou un non et qu'il soit vite saturé.”

d) *Avis négatifs à propos de la majoration forfaitaire*

Un patient exprimait sa déception de ne pas avoir été informé du coût de la consultation. 3 patients insistaient sur la majoration forfaitaire qu'ils trouvaient trop élevée.

"J'aurais aimé être informée de la majoration de la consultation."

"[...] je n'est pas été informée du dépassement d'honoraires dans le cadre du SAS et je ne suis pas d'accord avec ce principe. Si on va consulter un médecin dans l'urgence c'est qu'il y a une réelle raison médicale et donc selon moi pas de raison de payer davantage."

"le seul point négatif est le coût de la consultation qui est selon moi un peu trop élevé"

"les 15 euros supplémentaires peuvent poser problème pour certains, ce pourquoi j'ai répondu que je n'étais pas d'accord totalement avec le fait que ça améliore l'accès aux soins."

e) *Avis négatifs à propos de l'information donnée par téléphone sur la distance domicile – cabinet médical*

Deux avis demandent une meilleure information quant au moyen de transport et à l'adresse du médecin généraliste.

"il faudrait préciser l'adresse du médecin généraliste par téléphone, j'ai dû la chercher moi-même sur internet"

"il serait judicieux de demander systématiquement le moyen de transport car selon la distance et le rendez-vous rapide il était difficile pour moi d'y être à l'heure"

DISCUSSION

I. Les forces et les faiblesses de l'étude

a) *Les forces de l'étude*

La principale force de l'étude réside dans son unicité. Cette étude est, à ma connaissance, la première étude qui vise à recueillir l'avis des patients concernant le SAS, suite à l'obtention d'un rendez-vous avec un MG qui n'est pas leur médecin traitant. Le choix de la méthode s'est porté sur l'étude quantitative dans le but de pouvoir mesurer la satisfaction des patients de façon objective et de pouvoir la comparer avec d'autres études à l'avenir.

La question ouverte à la fin du questionnaire permettait aux patients d'expliquer, s'ils le souhaitaient, leur avis. Elle donne un aperçu des préoccupations des patients en complétant les résultats de l'étude.

Les patients étaient appelés le soir-même ou le lendemain du rendez-vous ce qui a permis de limiter le biais de mémorisation.

b) *Les limites de l'étude*

Il existe des biais de sélection. Il y a un taux de réponses incomplètes, non analysées, de 21,37% sur la totalité des réponses au questionnaire. Le taux d'abandon en fonction du numéro de page (Tableau 1) nous informe que 17,56% des répondants au questionnaire se sont arrêtés à la page de présentation, avant même d'ouvrir la première question du questionnaire. La majorité des réponses partielles s'explique donc par un refus de participation après lecture de l'introduction ou par un manque de temps à la sortie de la consultation. Ce taux aurait pu être abaissé voire supprimé si la méthode par entretien téléphonique avait été la seule utilisée.

Concernant la première méthode par QR code, l'enquête en ligne nécessite une connexion internet et la capacité d'utiliser son téléphone. Cela a pu représenter un frein à la collecte de données, notamment pour les patients plus âgés.

Il n'a pas été demandé aux médecins participant à ce dispositif via la CPTS Grand Valenciennes de confirmer leur participation à la suite du premier contact. L'oubli de proposer le QR code ou le manque de temps, ont pu être des facteurs expliquant le faible taux de participation. Les médecins généralistes ont probablement eu des difficultés à proposer le QR code aux patients plus « urgents », pour qui la proposition de répondre à un questionnaire n'était pas la priorité.

Il existe un biais de classement à la question n°4 “Avez-vous un médecin traitant ?”. Deux participants ont répondu “Autre” en citant des noms de MG sans préciser s'ils étaient leur médecin traitant. Seules deux réponses auraient dû être disponibles à cette question, oui ou non, pour éviter tout biais. Comme précisé dans le chapitre Méthode, pour l'analyse de cette question, les réponses “Autre” ont été considérées comme “oui”. En effet, les deux répondants ont confirmé avoir essayé de joindre leur médecin traitant à une question ultérieure.

Il existe un biais de subjectivité. Participant moi-même aux consultations SAS chez les médecins généralistes que je remplace, les patients ont pu être incités involontairement à répondre positivement. De même, nous devons prendre en compte un biais de complaisance lors des réponses par téléphone, les patients ont pu majorer leur état de satisfaction par sympathie. Aucun élément recueilli dans le questionnaire ne permettait de savoir si ce dernier avait été complété via le QR Code ou par entretien téléphonique. Nous n'avons pas pu mettre en relation le type de recueil et la satisfaction, ce biais n'a donc pu être exclu.

II. Discussion autour des principaux résultats

1. L'objectif principal de l'étude : l'état de satisfaction des patients

La note médiane de satisfaction des patients ayant eu recours au SAS est de 10 (Q1-Q3 : [8 ; 10]). Les patients ayant eu recours au SAS sont très satisfaits du dispositif. Pour les patients, le SAS est une réponse adaptée à leur demande de soin. Le SAS est un moyen d'avoir une consultation rapidement lorsque le médecin traitant est indisponible mais aussi en l'absence de médecin traitant. 12 participants (11,65 %) n'ont pas de médecin traitant, ils sont tous très satisfaits du dispositif avec une médiane de 10 (Q1-Q3 : [8 ; 10]).

Le recours renouvelé (effectif ou envisagé) est une démonstration supplémentaire de la satisfaction. Pour 8 patients (7,77%), cette consultation via le SAS n'était pas la première, et 102 participants (99,93%) pensent refaire appel au SAS s'ils en ont besoin à l'avenir.

Ces constatations nous assurent que le SAS, conçu et pensé par les institutions de santé, peut répondre aux besoins des patients. Ce dispositif est utile aux patients qui y trouvent, eux aussi, une piste d'amélioration pour l'accès aux soins.

2. Les facteurs modulant la satisfaction

a) *La perception du coût de la consultation*

Selon l'analyse multivariée, le seul facteur de risque d'avoir une faible satisfaction vis-à-vis du dispositif SAS est la perception du coût comme trop élevé ($p=0,009$ avec un OR [IC95%] de 3,64 [1,38 ; 9,57]).

Les consultations SAS sont des consultations de SNP qui viennent s'ajouter au planning des MG effecteurs volontaires. Cette adaptation justifie une majoration forfaitaire de 15 euros. 38 patients (36,89 %) estiment qu'un coût total de 45 euros est trop élevé pour une consultation. Aucun lien n'a été retrouvé dans l'étude concernant les patients non-informés de la majoration forfaitaire et la perception du coût comme trop élevé. Cependant, il pourrait être intéressant que les secrétaires informent systématiquement les patients en amont du rendez-vous pour éviter les incompréhensions lors du paiement.

Le tarif reste un obstacle pour certains patients qui ne comprennent pas son fondement. Les patients ne sont probablement pas informés que ce sont des créneaux supplémentaires, ajoutés pour eux, en plus du planning du MG. Cette majoration forfaitaire n'est pas un dépassement d'honoraire, elle est donc remboursée par la sécurité sociale. Il pourrait être important d'informer davantage les patients sur les possibilités de remboursement, du tiers payant et d'exonération, pour favoriser son acceptation.

b) *Problème de transport pour aller au rendez-vous*

Pour 68 patients (66,02%), la question à propos du moyen de transport n'avait pas été posée par le secrétariat à distance.

Le territoire de la CPTS Grand Valenciennes s'étend jusque 30 km sur son plus grand axe (entre Artres et Vieux-Condé, les deux villes les plus éloignées). Il apparaît donc judicieux de questionner les patients sur leur adresse et sur leur moyen de transport, afin de pouvoir les orienter au mieux et de garantir que le rendez-vous sera honoré. Le but est de trouver un RDV dans le lieu le plus accessible possible pour le patient. Il semble important que le personnel de Secretel réalise cette enquête en amont du rendez-vous.

Dans cette étude, il n'y a pas de lien significatif retrouvé entre le fait de poser la question du moyen de transport et l'appréciation de la distance domicile - cabinet médical par le patient. Cependant, selon l'analyse univariée, le pourcentage de

participant ayant eu un problème de transport pour se rendre au RDV est significativement plus élevé dans le groupe “peu satisfait” que dans l’autre (38% pour le groupe “peu satisfait” contre 18% pour l’autre avec un $p=0,038$).

Le premier modèle multivarié envisagé avec la variable “présence d'un problème de transport” avait une bonne aire sous la courbe (AUC). Malheureusement cette variable n'a pu être analysé du fait d'un problème avec la répartition des résidus de Pearson, lié au faible nombre d'effectif de la cohorte. Le deuxième modèle multivarié, qui a été repris dans cette étude, a une moins bonne AUC (0,698 pour le modèle utilisé contre 0,759 pour le premier modèle testé). La présence d'un problème de transport est donc un facteur de confusion potentiel que l'on n'a malheureusement pu inclure dans l'analyse multivariée.

3. Le délai entre l'appel et le rendez-vous

88 RDV (85,44%) sont donnés dans la demi-journée après l'appel et 13 RDV (12,62%) dans la journée. 101 répondants (98,06%) considèrent le délai comme adapté. On peut considérer que le SAS remplit bien son rôle de gestion des SNP en proposant un rendez-vous dans les 24h. Pour cela, il est nécessaire que les MG effecteurs continuent de proposer un certain nombre de plages de consultation. L'augmentation du nombre de MG participants permettrait de bénéficier de davantage de créneaux horaires, ce qui améliorerait encore la prise en charge des SNP.

4. Le bon usage du Service d'Accès aux Soins

Le SAS est bien utilisé par les patients. 83 patients ayant un médecin traitant (91,21%) l'ont appelé avant d'appeler le 15. 8 patients n'ayant pas de médecin traitant (66,66%) ont essayé de joindre un autre MG avant de passer par le 15. Les patients ayant connaissance du SAS ont, eux aussi, respecté ce parcours.

Il est nécessaire de préciser qu'avant de proposer une consultation avec un MG effecteur, la régulation du SAMU 59 réoriente vers le médecin traitant si ce dernier est disponible. Suite au retour d'expérience des 20 premiers SAS lancés, 12% des patients étaient réorientés vers leur médecin traitant suite à leur appel au 15 (39).

La médiane des niveaux d'urgence ressentie est de 7 (Q1-Q3 : [5 ; 8]) soit une urgence ressentie considérée comme forte. Pour autant, tous les participants sauf une personne ont jugé l'orientation vers un MG adaptée pour répondre à leur motif de consultation initial. Cette constatation confirme bien que l'urgence ressentie correspond à un besoin urgent d'être pris en charge, sans toutefois nécessiter davantage que ce que la médecine de ville a à offrir.

5. Les caractéristiques de la population

Il y a 73 femmes (70,87%) participant à l'étude dont 35 mères qui accompagnaient leur enfant (33,98%). Ce sont majoritairement les patients jeunes ayant moins de 46 ans qui consultent au SAS (75,73%, n=78). On peut raisonnablement supposer que les patients plus âgés, qui présentent davantage de comorbidités, sont plus facilement adressés vers les urgences.

A l'échelle du département du Nord, il n'existe pas de statistiques concernant le genre et l'âge des patients consultant au SAS. Cette étude ne reflète pas la réalité du profil des patients consultant un MG par le biais du SAS car 47 répondants (45,63%) sont des accompagnants. De plus, il est possible que les femmes soient plus enclines à répondre à une enquête de satisfaction que le reste de la population (40).

Nous avons tenté d'établir un profil type des patients qui consultent via le SAS de la CPTS Grand Valenciennes. Néanmoins cela s'est avéré impossible car l'âge et le genre des patients ne sont pas systématiquement consignés par le personnel de Secretel.

6. La méconnaissance du dispositif

Dans un article de revue “Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie”, les auteurs expliquaient que le recours inapproprié aux urgences n'est pas lié à un désintérêt pour la médecine libérale mais plutôt à un manque de visibilité de la médecine de garde. Cette étude conforte l'idée que ce n'est pas uniquement la PDSA qui est méconnue des patients mais la gestion des SNP dans son ensemble (16).

Le SAS est effectif depuis 2021 mais il reste méconnu. 87 participants (84,47%) n'avaient pas connaissance du SAS. Il est pourtant devenu un dispositif important dans la régulation des SNP dans le secteur de la CPTS Grand Valenciennes. Sur les années 2022 et 2023, 1951 patients s'étaient rendus à une consultation via le SAS de la CPTS Grand Valenciennes (41). Cette méconnaissance s'explique par un manque de communication sur le dispositif. Il pourrait lui-même s'expliquer par la crainte d'un mésusage du SAS. Un mésusage de ce dispositif pourrait entraîner une saturation, autant de la régulation du SAS, que des créneaux laissés par les médecins effecteurs.

La diffusion, à l'échelle nationale, d'informations sur le SAS pourrait permettre un recours judicieux au dispositif par les patients ainsi qu'un recrutement de nouveaux médecins effecteurs. Une campagne nationale est en cours de mise en place à la date de juillet 2025 (42) (Annexe 10).

III. Les perspectives de l'étude

Cette étude quantitative a été réalisée dans le cadre d'une enquête qualité du SAS de la CPTS Grand Valenciennes. Elle s'ajoute à l'étude de satisfaction des médecins effecteurs du SAS de la CPTS Grand Valenciennes réalisée par Dr Lucie Tryla en 2024 (41). Une thèse à propos des RDV non honorés du SAS est en cours. En plus de l'intérêt d'observer un retour positif des patients concernant le SAS de la CPTS Grand Valenciennes, cette étude a pour but d'apporter des pistes d'amélioration à la gestion du dispositif.

Une étude qualitative sur l'avis des patients ayant eu recours au SAS pourrait être intéressante pour compléter cette dernière. De même, une étude à l'échelle régionale ou nationale aurait probablement une meilleure représentativité.

Il n'y a pas d'étude prouvant que le SAS a permis de diminuer les recours inadaptés aux urgences d'un CH. Dans le cadre d'une thèse quantitative, interroger les patients sur leur action si le RDV n'avait pas pu avoir lieu pourrait nous donner une idée du nombre de passages aux urgences évités. Une thèse de médecine du Dr Liliana Iriart soutenue en mars 2025 concluait que 37 % des patients pris en charge par le SAS ont consulté un service d'urgence dans les 15 jours suivant l'appel : 27 % adressés par le médecin effecteur et 10% ont consulté spontanément malgré la prise en charge par le SAS. (43)

Le but premier du SAS est de prévenir les passages aux urgences. Cependant, les urgentistes peuvent aussi adresser les patients au SAS en leur proposant, dès l'accueil des urgences, un RDV avec un MG en ville. Dans cette étude, seuls 7 (6,80%) patients sont concernés par ce cheminement. Il serait intéressant de connaître les freins des urgentistes à l'utilisation de ce dispositif. Existe-t-il des difficultés en pratique à la mise en place du RDV ? Est-ce chronophage ? Est-il compliqué, une fois que le patient a passé la porte de l'hôpital, de lui proposer un retour vers la médecine de ville ?

CONCLUSION

C'est dans un contexte de difficultés d'accès aux soins en médecine générale que le SAS a été mis en place. Il répond à la demande de SNP, en évitant un passage injustifié aux urgences. Dans le territoire Valenciennois, le SAS repose sur la collaboration entre le SAMU 59 et les médecins généralistes de la CPTS.

Pour la gestion du SAS de la CPTS Grand Valenciennes, les résultats de cette étude sont prometteurs. Les patients sont satisfaits de ce dispositif. Ils sont reconnaissants d'avoir trouvé réponse à leur urgence ressentie tout en restant dans le cadre de la médecine de ville.

D'après l'analyse multivariée, le seul facteur de risque retrouvé d'avoir une faible satisfaction vis-à-vis du dispositif SAS est la perception du coût comme trop élevé.

Pour que le SAS soit utilisé de façon optimale, il faut informer les médecins généralistes et les patients de son existence. L'objectif est de maintenir un nombre suffisant de créneaux libres pour satisfaire un maximum de patients dans le besoin sans saturer le dispositif.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Dr Arnault F, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 1 janv 2025;81, 112, 136.
2. Accès aux soins : définition, enjeux et engagement de Handicap International [Internet]. Disponible à: <https://www.handicap-international.fr/fr/blog-solidarite/sante-et-droits/l-engagement-de-handicap-international-pour-l-acces-aux-soins-pour-tous>
3. Gouvernement. Pacte de lutte contre les déserts médicaux [Internet]. 2025 avr. Disponible à: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_desertsmedicaux_planche.pdf
4. L'assurance Maladie. Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée (ALD) en 2022 et les évolutions depuis 2005 [Internet]. 2024. Disponible à: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2024-beneficiaires-affections-longue-duree-ald-2022>
5. Institut national de la statistique et des études économiques. Population par âge – Tableaux de l'économie française [Internet]. 2020. Disponible à: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
6. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Projections d'effectifs de médecins [Internet]. Disponible à: <https://drees.shinyapps.io/Projection-effectifs-medecins/>
7. Anguis M, Bergeat M, Pizarik J, Vergier N, Chaput N. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2021. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques. Disponible à: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>
8. Conseil national de l'Ordre des médecins. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale [Internet]. 2014. Disponible à: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pzp6w1/cnomrepartitionmg.pdf
9. Institut national de la statistique et des études économiques. Les médecins généralistes libéraux s'installent souvent à proximité de leurs lieux de naissance ou d'internat [Internet]. 2024. Disponible à: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8281726>
10. Wanecq CA. Le 15 contre le 18. Institut d'Etudes Politiques de Paris, Science Po; 2012.
11. Wolff V. Le sens de l'urgence à l'hôpital. BioéthiqueOnline [Internet]. 2016;5. Disponible à: <https://www.erudit.org/en/journals/bo/2016-v5-bo03553/1044295ar/>
12. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. Disponible à:

<https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=urgence+ressentie>

13. Valette P. Quelle plateforme pour quelles urgences ? J Eur Urgences Réanimation. 1 sept 2022;34(2):64-9.
14. Joly LM, Damm C. Politiques d'accès aux soins et données épidémiologiques. Ann Fr Médecine D'urgence. nov 2021;11(6):353-5.
15. Khaoua H, Suarez Castillo M. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2024. Passages aux urgences entre 2017 et 2023 : des dynamiques contrastées selon les départements. Disponible à: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/241212_ER_passages-aux-urgences
16. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;16(1):63-74.
17. Gentile S, Durand AC, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 févr 2009;57(1):3-9.
18. Dr Arnault F, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 1 janv 2024;
19. Forzy L, Titli L, Carpezat M. Accès aux soins et pratiques de recours. avr 2021;
20. Le professeur Steg présente son rapport sur les urgences à l'hôpital [Internet]. Institut National de l'Audiovisuel; 1989. Disponible à: <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/video/cab89013817/le-professeur-steg-presente-son-rapport-sur-les-urgences-a-l-hopital>
21. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) [Internet]. 2017. Disponible à: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>
22. Direction de l'information légale et administrative. Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 23 juill 2009; Disponible à: <https://www.vie-publique.fr/loi/20546-loi-hpst-hopital-patients-sante-agences-regionales-de-sante>
23. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. 2018. Disponible à: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
24. Mesnier T, Pr Carli P. Pour un Pacte de Refondation des Urgences. 2019 déc.
25. Ministère des solidarités et de la santé. Sécur De La Santé Les Conclusions. juill 2020;
26. Dr Certain MH, Dr Lautman A, Dr Gilardi H. Tour de France des CPTS. Ministère de la

Santé; 2023 juin.

27. Moussa S. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. 2024. Le plan 100 % CPTS. Disponible à: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/article/le-plan-100-cpts>
28. Bergeat M, Vergier N, Verger P. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2023. Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale. Disponible à: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/medecins-generalistes-debut-2022-un-sur-cinq>
29. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. 2025. L'organisation et la facturation des soins non programmés en ambulatoire. Disponible à: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/l-organisation-et-la-facturation-des-soins-non-programmés-en-ambulatoire>
30. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2014. Axe : Projet de santé et accès aux soins. Disponible à: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757251/fr/axe-projet-de-sante-et-acces-aux-soins
31. Code de la Santé Publique. Chapitre V : Permanence des soins (Articles R6315-1 à R6315-10) - Légifrance [Internet]. 2025. Disponible à: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00006178721/
32. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P, et al. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2020. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. Disponible à: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-8-medecins-generalistes-sur-10-sorganisent-au-quotidien>
33. Buzyn A. Discours d'Agnès Buzyn - Pacte de refondation des urgences. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 9 sept 2019; Disponible à: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-discours/article/discours-d-agnes-buzyn-pacte-de-refondation-des-urgences>
34. Ben Hellal A. Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs Élargi aux autres spécialités. 2021. Le Service d'Accès aux Soins : comment et pourquoi ? Disponible à: <https://snphare.fr/assets/media/actu-phare-92.pdf>
35. Tout savoir sur le SAS - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 6 sept 2022]. Disponible à: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/secur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas>
36. Ministère de la santé et de la prévention. SAS kit de communication V3 [Internet]. 2024 févr. Disponible à: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20231213_sas_kit_de_communication_v3_4.pdf
37. Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. Cartographie des CPTS en région [Internet]. FCPTS. 2024. Disponible à: <https://www.fcpts.org/la-cartographie/cartographie-des-cpts-en-region/>

38. Administrateurs CPTS Grand Valenciennes. La CPTS, c'est quoi ? [Internet]. CPTS Grand Valenciennes. Disponible à: <https://cptsgrandvalenciennes.fr/cest-quoi-la-cpts/>
39. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. SAS : retour d'expérience des 20 premiers SAS lancés [Internet]. 2024. Disponible à:
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/retex_sas_janvier_2024.pdf
40. Smith WG. Does Gender Influence Online Survey Participation? A Record-Linkage Analysis of University Faculty Online Survey Response Behavior [Internet]. Online Submission. 2008 juin. Disponible à: <https://eric.ed.gov/?id=ED501717>
41. Tryla L. Bilan des deux premières années de gestion des consultations de Soins Non Programmés en lien avec le SAS de la CPTS Grand Valenciennes, étude de données et enquête de satisfaction auprès des médecins effecteurs. 2024.
42. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Nouvelle campagne nationale sur l'accès aux soins pour l'été 2025 « Besoin d'un médecin ? Suivez le bon chemin » [Internet]. 2025. Disponible à:
<https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/nouvelle-campagne-nationale-sur-l-acces-aux-soins-pour-l-ete-2025-besoin-d-un>
43. Liliana I. Impact de l'orientation des patients par le SAS 64A: influence sur la fréquentation dans un service d'urgence. 27 mars 2025;

ANNEXES

Annexe 1 : Document PDF envoyé par mail le 22 juillet 2025 par le Service études et recherches du CNOM

Densité de médecins généralistes libéraux en 2025 en France et dans le département du Nord

Données actualisées au 1^{er} janvier 2025

Définitions

Actifs – En activité : Les médecins actifs, ou en activité, regroupent tous les médecins qui ont un exercice, c'est-à-dire les actifs réguliers, les intermittents et les retraités actifs

Actifs réguliers : Par convention le CNOM utilise la notion d'activité régulière en référence à l'activité qualifiée de pleine par les médecins (hors activité intermittente, sans condition de cumul emploi-retraite). Dans nos travaux actuels l'activité régulière n'est pas valorisée en Equivalent Temps Plein (ETP)

Densité des médecins généralistes actifs et actifs réguliers en activité libérale en 2025 pour 100 000 habitants

Au 1^{er} janvier 2025, on compte 84,6 médecins généralistes actifs libéraux en France pour 100 000 habitants. Le département du Nord présente une densité supérieure à la densité nationale, avec 90,6 médecins généralistes actifs libéraux pour 100 000 habitants (Tableau 1).

Tableau 1 : Densité des médecins généralistes actifs et actifs libéraux au 1^{er} janvier 2025

2025	France	Nord
Densité* de médecins généralistes actifs libéraux	84,6	90,6
Densité* de médecins généralistes actifs réguliers libéraux	67,5	74,9

*pour 100 000 habitants

Annexe 2 : « SAS Comment ça marche ? » D'après le ministère des Solidarités et de la Santé (36)

**SÉGUR
DE LA SANTÉ**

Service d'accès aux soins (SAS) : comment ça marche ?

1 ACCÈS AU SAS VIA LA PLATEFORME TÉLÉPHONIQUE LOCALE

Si le médecin traitant n'est pas disponible, un contact : le SAS



Un assistant de régulation médicale (ARM) écoute, estime le degré d'urgence et oriente l'appelant vers...

2 QUALIFICATION DU BESOIN



URGENCES

Un assistant de régulation médicale d'urgence (ARM)



MÉDECINE GÉNÉRALE

Un opérateur de soins non programmés (OSNP)

EN FONCTION DES RESSOURCES DU TERRITOIRE ET DES BESOINS DES PATIENTS :

- Pharmacies de garde
- Centres anti-poison
- Réseaux gériatrie, périnatalité...
- Dispositif psychiatrie (Vigilans...)
- Dispositif d'appui à la coordination (DAC), structures médico-sociales
- ...

3 RÉGULATION MÉDICALE



Un médecin régulateur d'urgence



Un médecin régulateur libéral

Le médecin oriente vers un service d'urgence, déclenche l'intervention d'un SMUR ou d'une ambulance, mobilise les services de secours

L'ONSP ou le médecin oriente et peut prendre rendez-vous pour le patient en fonction de ses besoins (cabinet médical, visite à domicile...) via la plateforme digitale SAS

UNE COLLABORATION ÉQUILIBRÉE ENTRE LA MÉDECINE D'URGENCE ET LA MÉDECINE DE VILLE

www.solidarites-sante.gouv.fr/sas

Annexe 3 : Le Questionnaire

Enquête de satisfaction des patients vus en consultation via le Service d'Accès aux Soins dans le secteur Valenciennois

Bonjour,

Je m'appelle Pauline Ravaux, je suis actuellement médecin généraliste remplaçant en année de thèse rattachée à la faculté de médecine de Lille. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la satisfaction des patients concernant le dispositif du Service d'Accès aux Soins (SAS). Le SAS a pour vocation de répondre aux demandes de soins ressentis comme urgents lorsque le médecin traitant n'est pas disponible sans avoir à passer par les urgences.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez avoir consulté un médecin généraliste qui participe au SAS, être majeur et avoir une bonne compréhension des questions posées.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et ne vous prendra que 5 minutes. N'étant pas identifiant, il ne sera pas possible d'exercer vos droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification. Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Ce questionnaire contient des champs d'expression libre, afin de préserver le caractère confidentiel et anonyme de la recherche, je vous prie d'être particulièrement vigilant, et de ne pas communiquer de données directement identifiantes lors de vos réponses.

Merci à vous !

Il y a 24 questions dans ce questionnaire.

Informations personnelles

1 Êtes-vous :

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Une femme
- Un homme
- Autre

2 Quel âge avez-vous ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 30 ans
- Entre 31 et 45 ans
- Entre 46 et 60 ans
- Entre 61 et 75 ans
- Au-delà de 76 ans

3 La personne concernée par la consultation qui vient de se dérouler est :

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Vous-même
- Votre enfant
- Votre parent
- Autre

4 Avez-vous un médecin traitant ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Autre

Avant le rendez-vous médical

5 Avant d'effectuer cette consultation, aviez-vous déjà entendu parler du SAS (Service d'Accès aux Soins) ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

6 Si oui, comment avez-vous eu connaissance du SAS ? (Si vous avez répondu « Non » à la question précédente, veuillez cocher "sans réponse")

Cochez tout ce qui s'applique. Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Par les médias (internet, télévision, radio, journal - prospectus)
- Par vos proches
- Dispositif déjà expérimenté lors d'une autre consultation
- Par votre médecin traitant ou par un autre professionnel de santé
- Sans réponse
- Autre:

7 Avez-vous essayé de joindre votre médecin traitant avant d'être dirigé vers le SAS ? (Si absence de médecin traitant, veuillez cocher "sans réponse")

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui mais il était indisponible
- Oui et il m'a conseillé d'appeler le 15
- Oui mais j'estimais le délai de rendez-vous trop long
- Non

8 Avez-vous essayé de prendre rendez-vous chez un autre médecin que votre médecin traitant avant d'être dirigé vers le SAS ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

9 Qui vous a adressé à cette consultation ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Le 15
- Les urgences adultes ou pédiatriques
- Un professionnel de santé en ville (infirmier(ère), pharmacien(ne) ou autre)
- Autre

10 Si vous avez été adressé par le 15, quel était votre but en les appelant ? (Si vous n'avez pas été adressé par le 15, veuillez cocher "sans réponse")

Cochez tout ce qui s'applique. Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Avoir un conseil téléphonique et être orienté(e) si nécessaire
- Avoir un conseil téléphonique sans rendez-vous médical
- Avoir un rendez-vous rapidement avec un médecin généraliste
- Avoir l'avis d'un médecin spécialiste dans le domaine qui vous intéresse
- Aller aux urgences d'un Centre Hospitalier
- Sans réponse
- Autre:

**11 D'après votre ressenti, votre motif de consultation relève de quel degré d'urgence ?
Sur une échelle de 0 (pas d'urgence) à 10 (extrêmement urgent)**

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Urgence ressentie											

L'organisation de la consultation avec le médecin généraliste

12 Combien de temps après votre appel avez-vous obtenu ce rendez-vous ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Dans la demi-journée
- Dans la journée
- Le lendemain
- Le surlendemain ou au-delà

13 Estimez-vous que le délai entre l'appel téléphonique et la consultation était adapté à la situation ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

14 Estimez-vous que la distance entre le cabinet médical et votre domicile était adaptée à la situation ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

15 Est-ce que la question du moyen de transport vous a été posée par la personne qui vous a adressé à la consultation ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

16 Est-ce que le moyen de transport a posé problème pour venir à cette consultation ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

17 Concernant le coût de la consultation, avez-vous été informé de la majoration forfaitaire de celle-ci ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

18 Le coût d'une consultation via le SAS est majorée de 15 euros par rapport à une consultation chez votre médecin traitant, vous trouvez que le tarif est : *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas assez élevé
- Adapté
- Trop élevé

19 Pensez-vous qu'il était approprié de vous orienter vers un médecin généraliste pour répondre à votre motif de consultation initial ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Avis général sur le SAS

20 Pour rappel, le SAS est le service qui vous a permis d'obtenir une consultation avec ce médecin généraliste. Selon vous, le SAS est-il un bon moyen pour améliorer l'accès aux soins ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

21 Selon vous, le SAS est-il un bon moyen pour éviter de surcharger les urgences ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

22 A l'avenir, en situation d'urgence et si votre médecin traitant n'est pas disponible, est-ce que vous referez appel au SAS (par le 15) ?

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous. Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

23 Le SAS vient de vous faire bénéficier rapidement d'une consultation chez un médecin généraliste de votre territoire alors que vous étiez en situation d'urgence ressentie. Sur une échelle de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (très satisfait), quel est votre niveau global de satisfaction du dispositif ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Niveau global de satisfaction	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24 Merci d'avoir répondu à mon en quête. Avez-vous d'éventuelles remarques à ajouter ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : pauline.ravaux.etu@univ-lille.fr

Envoyer votre questionnaire.
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe 4 : Le courrier postal envoyé aux MG effecteurs participant au SAS via la CPTS Grand Valenciennes

Bonjour à tous,

Je m'appelle Pauline Ravaux, je suis actuellement médecin généraliste remplaçant en année de thèse rattachée à la faculté de médecine de Lille. À l'occasion de mon travail de thèse, je m'interroge sur la satisfaction des patients concernant le dispositif du Service d'Accès aux Soins (SAS) dans le secteur du Valenciennois.

Pour cela, je souhaite diffuser un questionnaire sous forme de QR Code aux patients ayant obtenu une consultation via le SAS. Pour pouvoir répondre au questionnaire, il est nécessaire que celui-ci soit diffusé à un(e) patient(e) :

- majeur(e) (patient ou accompagnant),
- venant de participer à une consultation en passant par le 15, via le SAS, et
- capable de comprendre les différentes questions et d'y répondre

Je vous sollicite pour transmettre ce questionnaire aux patients concernés en leur proposant de scanner le QR code et d'y répondre après la consultation. Pour ce faire, je peux venir à votre rencontre pour vous expliquer les objectifs de ma thèse ainsi que vous déposer ce QR Code sur présentoir, pour être mis plus facilement à disposition du patient. De plus, vous trouverez en pièce jointe un document qu'il vous sera possible d'afficher en salle d'attente si vous le souhaitez.

Je vous remercie par avance et vous souhaite une très bonne journée,

Cordialement,

Pauline Ravaux

Annexe 5 : Fiche d'information sur la thèse à mettre en salle d'attente

Si vous êtes majeur(e) et adressé(e) par le biais du SAS (le 15) à cette consultation, je vous invite à répondre à ce questionnaire !

Il ne vous prendra que 5 minutes de votre temps.



<https://accesauxsoins.limesurvey.net/442423?lang=fr>

Merci d'avance pour votre participation !

Pauline Ravaux

Annexe 6 : Questionnaire pour le consentement à l'utilisation des données personnelles

Consentement pour utilisation des données personnelles pour participer au questionnaire sur le SAS

Il y a 2 questions dans ce questionnaire.

Consentement en vue de la participation au questionnaire sur le SAS

Je suis Pauline Ravaux, remplaçante en médecine générale, en année de thèse, et membre de la CPTS Grand Valenciennes. Dans le cadre d'une démarche qualité, j'effectue une thèse sur l'état de satisfaction des patients ayant participé au Service d'Accès aux Soins. Conformément au RGPD, je sollicite votre accord pour utiliser vos données personnelles (dans ce cas uniquement votre numéro de téléphone), à la seule fin de vous proposer un questionnaire téléphonique.

*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Le numéro de téléphone avec lequel je peux vous joindre est le : *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Veuillez trouver ci-joint le lien vers le questionnaire "Enquête de satisfaction des patients vus en consultations par le Service d'Accès aux Soins dans le secteur de la CPTS Grand Valenciennes" : <https://accesauxsoins.limesurvey.net/442423?lang=fr>

Merci d'avance pour votre participation !

27/07/2025 – 11:00

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe 7 : DPO



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Évaluation de la satisfaction des patients concernant le dispositif du service d'accès aux soins (SAS) dans le territoire Valenciennois via une méthode quantitative

Responsable chargé de la mise en œuvre : M. Vincent RYCKMAN

Interlocuteur (s) : Mme Pauline RAVAUX

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille.
- Vous gardez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 31 mai 2023

Délégué à la Protection des Données

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Jean-Luc TESSIER".

Annexe 8 : Tableau de synthèse des caractéristiques de la population de l'étude

Caractéristiques	N (%)
Sexe féminin	73 (70,87)
Age (années)	
≤ 30	35 (33,98)
[31 ; 45]	43 (41,75)
[46 ; 60]	13 (12,62)
[61 ; 75]	10 (9,71)
≥ 76	2 (1,94)
Accompagnants	
Parent	39 (37,86)
Conjoint	6 (5,82)
Autres	2 (1,94)
Suivi médecin traitant	91 (88,35)
Connaissance SAS	16 (15,53)

Annexe 9 : Réponses à la Question n°24, les commentaires libres

- 1) « Non. »
- 2) « *Heureusement que le médecin m'a proposé le tiers payant donc par rapport à ce tarif le coût est moins élevé donc c'est parfait. Le fait d'avoir contacté le SAMU permet d'éviter les déplacements aux urgences inutiles et permet aussi de remplir les plannings des médecins qui en ont envie ou besoin. Merci à vous.* »
- 3) « *J'aurais aimé être informée de la majoration de la consultation. J'aimerais également que tous les professionnels soient équipés pour le paiement par carte bancaire. Bonne réception de ce questionnaire. Bonne continuation.* »
- 4) « Non »
- 5) Commentaire supprimé car présente un jugement concernant le MG
- 6) « *Je ne connaissais pas ce service mais suis bien content d'en avoir bénéficié. Un rdv chez mon médecin traitant prend entre 4 et 5 semaines, là j'ai eu un rdv le soir même* »
- 7) « *Service rapide efficace, je recommande pour éviter de courrir aux urgences* »
- 8) « *Merci au docteur de m avoir accepté en consultation* »
- 9) « Non »
- 10) « *Je suis assez satisfaite du SAS que je ne connaissais pas. Le médecin a été à l'écoute et bienveillante. Par contre je n'est pas été informée du dépassement d'honoraires dans le cadre du SAS et je ne suis pas d'accord avec ce principe. Si on va consulter un médecin dans l'urgence c'est qu'il y a une réelle raison médicale et donc selon moi pas de raison de payer d'avantage. Merci* »
- 11) « *Merci beaucoup pour ce service qui m'a bien aidé* »

- 12) « les 15 euros supplémentaires peuvent poser problème pour certains, ce pourquoi j'ai répondu que je n'étais pas d'accord totalement avec le fait que ça améliore l'accès aux soins. Il faudrait préciser l'adresse du médecin généraliste par téléphone, j'ai dû la chercher moi même sur internet »
- 13) « ce dispositif peut être un bon moyen d'accès aux soins si il est utilisé à bon escient. En effet, il ne faudrait pas que ... vous savez... tout le monde utilise ce système pour un oui ou un non et qu'il soit vite saturé »
- 14) « C'est vraiment très rassurant de pouvoir avoir accès à un avis médical et consultation ensuite lorsque notre médecin traitant ne peut nous prendre en charge. Nous proposer un rdv rapidement et nous rappeler pour nous le proposer est vraiment une bonne idée. Cela évite d'appeler tous les cabinets des environs (les secrétaires médicales étant de plus dérangées sans cesse et travaillent surtout en matinée) Enfin, cela évite d'aller aux urgences (et de s'y sentir gênée car ça n'est pas une urgence vitale). Je remercie beaucoup ce service. Bonne continuation. »
- 15) « Ce dispositif est très pratique pour nous et nous permet sans aucun doute d'avoir accès plus facilement aux soins »
- 16) « mon nivz »
- 17) « Merci beaucoup pour ce dispositif qui m'a été d'une grande aide »
- 18) « il serait judicieux de demander systématiquement le moyen de transport car selon la distance et le rendez vous rapide il était difficile pour moi d'y être à l'heure »
- 19) « Ce dispositif peut être en effet un bon moyen d'accès aux soins mais il est très judicieux de le réserver aux "urgences de ville" car il pourrait ... j'imagine ... y avoir des abus »
- 20) « nous sommes très satisfait de ce dispositif, les secrétaires nous ont proposées plusieurs rendez-vous à plusieurs lieux différents nous avons donc pu choisir le plus proche de chez nous »
- 21) « le seul point négatif est le coût de la consultation qui est selon moi un peu trop élevé »

Annexe 10 : Affiche « Besoin d'un médecin ? Suivez le bon chemin ! »
de la campagne de juillet 2025 du ministère de la Santé (42)



Besoin d'un médecin ? Suivez le bon chemin.

1

Appelez
prioritairement
votre **médecin**
traitant.



2

S'il n'est pas
disponible,
consultez la
carte des lieux
de soins sur
[Santé.fr](#).

3

Si aucune
offre n'est
disponible,
appelez le 15
avant d'aller
aux urgences.



Plus d'infos



AUTEUR : Nom : Ravaux Prénom : Pauline

Date de Soutenance : le 16 octobre 2025

Titre de la Thèse : Enquête de satisfaction des patients vus en consultation via le Service d'Accès aux Soins dans le secteur de la CPTS Grand Valenciennes

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : accessibilité des services de santé ; médecins généralistes ; patients ; soins de santé primaires ; soins ambulatoires

Résumé

Contexte : Le Service d'Accès aux Soins est un dispositif prévu par le Pacte de refondation des urgences en 2019. Il s'est progressivement généralisé à l'échelle nationale depuis 2021. Il permet d'apporter une réponse aux soins non programmés dans un délai de 48h lorsque le médecin traitant n'est pas disponible. La communauté professionnelle territoriale de santé Grand Valenciennes a été l'un des précurseurs de ce dispositif, au travers d'une collaboration avec les professionnels du SAMU 59. L'objectif de l'étude est d'effectuer un bilan qualité auprès des patients ayant participé à une consultation via le SAS, après les deux années de fonctionnement de ce dispositif dans le territoire de la CPTS Grand Valenciennes.

Méthode : étude de données descriptive, quantitative, rétrospective et territoriale menée au moyen d'une enquête de satisfaction des patients du territoire de la CPTS Grand Valenciennes ayant obtenu une consultation via le SAS.

Résultats : Au total, 103 patients ayant répondu au questionnaire ont été inclus. 70,87% étaient des femmes et 75,73% des participants avaient moins de 45 ans. 37,86% des répondants étaient les parents des enfants pour lesquels le rendez-vous avait été pris. 86,41% des participants avaient un médecin traitant. 7 participants (6,80%) ont été adressés par les urgences. L'orientation vers un médecin généraliste semblait justifiée pour tous les participants hormis une personne. 66,02% n'ont pas été questionnés quant au moyen de transport utilisé pour se rendre au rendez-vous et 10,68% ont jugé la distance comme inadaptée ($p=0,75$). 79,61% des participants n'avaient pas été informés de la majoration forfaitaire et 36,89% trouvaient ce coût trop élevé ($p=0,70$). Les patients sont satisfaits du dispositif avec une note médiane de 10/10 (Q1-Q3 : [8 ; 10]). Selon l'analyse multivariée, le seul facteur de risque d'avoir une faible satisfaction vis-à-vis du dispositif est la perception du coût comme trop élevé ($p=0,009$ avec un OR [IC95%] de 3,64 [1,38 ; 9,57]).

Conclusion : Cette étude met en évidence que les patients sont satisfaits du SAS. Ils le voient comme un moyen d'améliorer l'accès aux soins et d'éviter de surcharger les urgences.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Eric Wiel

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Marc Bayen

Monsieur le Docteur Charles Charani

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Vincent Ryckman