



UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2025

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Etat des lieux des Soins Non Programmés à la Maison de Santé
Pluriprofessionnelle de Râches en 2024-2025**

Présentée et soutenue publiquement le 9 décembre 2025 à 18h
au Pôle Formation
par **Ombeline NIEUWJAER**

JURY

Président :

Madame la Professeure Florence RICHARD

Assesseur :

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Sylvain DURIEZ

Avertissement

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

Liste des abréviations

SNP : Soins Non Programmés

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

SAS : Service d'Accès aux Soins

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ALD : Affection de Longue Durée

CNOM : Conseil National de l'Ordre des médecins

SAU : Service d'Accueil des Urgences

FEDORU : Fédération Des Observatoires Régionaux des Urgences

MG : Médecin Généraliste

ARS : Agence Régionale de Santé

ZAC : Zone d'action complémentaire

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

C2S ou CSS : Complémentaire Santé Solidaire

MT : Médecin Traitant

NC : Non Concerné

CISP-II : Classification internationale des Soins Primaires version 2

WONCA : Organisation mondiale des médecins généralistes

SFU : Signes Fonctionnels Urinaires

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

NCB : Névralgie Cervico-Brachiale

TAD : Trouble Anxio-Dépressif

GEA : Gastro-Entérite Aigüe

OMA : Otite Moyenne Aigüe

PAC : Pneumopathie Aigüe Communautaire

IU : Infection Urinaire

RGO : Reflux Gastro-Œsophagien

VRS : Virus Respiratoire Syncitial

DRP : Désobstruction Rhino-Pharyngée

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

CH : Centre hospitalier

ECG : Electrocardiogramme

DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultation

SFMG : Société Française de Médecine Générale

APA : Activité Physique Adaptée

RCP : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

Table des matières

Introduction.....	1
I. Contexte	1
1. Définitions des Soins Non Programmés (SNP).....	1
2. Part des SNP en médecine de ville	1
3. Organisation des SNP en ville.....	2
a) Organisation par cabinet	2
b) Service d'Accès aux Soins (SAS)	3
II. Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS).....	3
III. Tensions autour des SNP	4
1. Démographie et demande de soins de la population	4
2. Saturation des Services d'Accueil des Urgences (SAU).....	5
IV. Organisation à la MSP de Râches en lien avec la CPTS Pévèle du Douaisis	6
1. Rôle de la CPTS Pévèle du Douaisis	6
2. Spécificités de la MSP de Râches.....	7
V. Question de recherche et objectifs	8
Matériel et Méthode	10
I. Type et cadre de l'étude	10
II. Population d'étude.....	10
III. Méthode de recueil des données.....	10
IV. Variables recueillies	11
V. Regroupement des motifs et des diagnostics en grandes catégories.....	12
VI. Méthode d'analyse des données.....	15
Résultats	16
I. Nombre de consultations et répartition par jour de la semaine	16
II. Répartition géographique des patients selon leur commune de résidence	18
III. Caractéristiques de la population.....	19
1. Age et sexe.....	19
2. C2S et médecin traitant	20
IV. Délais de consultation et nombre de consultations à motifs multiples.....	20
V. Etude des motifs des SNP.....	21
1. Classement des groupes de motifs de consultation par fréquence.....	21
2. Evolution temporelle des motifs de SNP.....	23
3. Distribution des motifs déclarés selon les groupes de motifs	25

VI. Etude des diagnostics des SNP	27
1. Etude des diagnostics par catégorie	27
2. Etude des diagnostics selon la classification CISP-II	30
3. Top 10 des diagnostics posés par le médecin	30
4. Etude des diagnostics en fonction des motifs déclarés	31
a. Motif « toux »	31
b. Motif « état grippal »	32
c. Motif « fièvre »	32
d. Motif : « douleur abdominale »	33
e. Motif « éruption »	34
f. Motif « otalgie »	35
g. Motif « lombalgie »	35
VII. Etude des actes prescrits et des adressages	36
1. Prescription d'ordonnances de pharmacie ou d'actes complémentaires	36
2. Prescription d'un arrêt de travail	37
a. Caractéristiques de la consultation et de la population en fonction de la prescription d'un arrêt de travail	37
3. Adressage	41
4. Caractéristiques sociodémographiques, actes prescrits suivant le motif de consultation	43
VIII. Etude des caractéristiques de la population, des motifs et des actes prescrits en fonction du nombre de consultations par individu	48
Discussion	51
I. Critiques	51
1. Limites	51
2. Forces	53
II. Résultats principaux	53
1. Profil des patients	54
2. Motifs des SNP	54
3. Diagnostics des SNP	55
4. Prescriptions	56
a. Arrêts de travail	57
b. Adressages	57
5. Patients les plus consommateurs de SNP	58
III. Interprétation des principaux résultats	58
1. Part des SNP dans l'activité des médecins généralistes	58
2. Variation hebdomadaire de la demande de SNP	59

3. Profil des patients consultant pour des SNP	60
4. Motifs des SNP et évolution des motifs par mois	63
a. Focus sur le motif toux	64
5. Diagnostics des SNP	66
a. Une majorité des SNP a pour étiologie un épisode infectieux	66
b. Les lombalgies : un enjeu de santé publique majeur	68
c. Focus sur la santé mentale	69
6. Prescriptions d'ordonnances à l'issue des SNP	69
7. Zoom sur les arrêts de travail	70
8. Eclairage sur les adressages	73
9. Caractéristiques des patients les plus consommateurs de SNP	73
IV. Les compétences du médecin généraliste : essentielles dans la gestion complexe des SNP	74
V. La MSP dans son écosystème pour une meilleure gestion des SNP	76
VI. Perspective d'un futur état des lieux : comparer, comprendre, améliorer	78
VII. Plan d'action suite aux résultats de l'étude	79
1. Plan de prévention	79
2. Réorganisation des SNP à la MSP	82
Conclusion	84
Références bibliographiques	87
Annexes	92

Introduction

I. Contexte

1. Définitions des Soins Non Programmés (SNP)

D'après la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), les SNP sont définis comme « des soins qui ne relèvent pas de l'urgence vitale mais pour lesquels une prise en charge par un professionnel de santé est souhaitable en moins de 48h » (1).

Les SNP ont été définis, dans le rapport publié en 2018 par le député Thomas Mesnier, « comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences » (2).

L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des Hauts-de-France complète cette définition en précisant que la prise en charge des SNP « ne peut être ni anticipée ni retardée. Ces demandes de soins peuvent survenir à tout moment : elles ont vocation à être prises en charge par les professionnels de ville pendant la période d'ouverture des cabinets » (3).

2. Part des SNP en médecine de ville

La part des SNP dans l'activité des médecins généralistes est plutôt mal connue et oscillerait entre 12 % et 44,5 % selon les études, la localisation géographique et les types d'exercice.

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) rapportait 12 % de SNP en 2006 (4), tandis qu'une autre étude de 2020 indiquait que, pour 4 généralistes sur 10, les SNP représentaient 30 % ou plus de leur activité (5). D'autres travaux retrouvent des proportions variables : 14 % dans une enquête menée en 2008 auprès de médecins des Pays de la Loire (6), 18 % dans une thèse réalisée en 2016 dans une MSP rurale de Bourgogne (7), et jusqu'à 44,5 % dans une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du Vexin en 2024 (8).

Si on rapporte ces pourcentages au nombre total d'actes réalisés par les médecins généralistes et omnipraticiens en France métropolitaine (468.1 millions de consultations et visites pour l'année 2023) (9), les SNP ont pu représenter entre 56,2 et 208,3 millions d'actes pour cette année.

3. Organisation des SNP en ville

a) Organisation par cabinet

La gestion des demandes de SNP varie selon les cabinets de médecine générale. Certains praticiens ont des créneaux alloués aux SNP sur leurs plannings, d'autres ajoutent des créneaux sur les temps de pause ou entre deux rendez-vous. Dans certains cabinets de groupe ou MSP, un praticien peut être désigné pour gérer les SNP du jour (10).

Les demandes de SNP sont parfois régulées avant la consultation. Cette régulation peut être faite à l'échelle du cabinet via le secrétariat ou par le médecin lui-même (selon la DREES en 2022, un médecin sur 6 assure lui-même son secrétariat

(11)) ou à l'échelle du territoire notamment via le Service d'Accès aux Soins (SAS) et/ou la CPTS (10). Parfois ces dernières ne sont pas régulées notamment s'il existe une solution de prise de rendez-vous en ligne comme c'est le cas pour 36 % des médecins en 2022 (11), ou dans les cabinets qui reçoivent sans rendez-vous. En effet 45 % des médecins proposent des consultations sans rendez-vous, en 2020, selon une étude de la DREES (5).

b) Service d'Accès aux Soins (SAS)

Le SAS, prévu par le Pacte de refondation des urgences en 2019, est un dispositif permettant une régulation téléphonique par l'intermédiaire du 15, accessible 24h/24 7j/7 dans le but « d'apporter une réponse pour les demandes de soins urgents mais aussi les demandes de SNP dans les 48 heures en cas d'indisponibilité du médecin traitant ». Il a été lancé dans le Nord dès 2021 (12).

II. Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)

Les CPTS ont été créées en 2016. Il s'agit d'un regroupement de professionnels sur un territoire donné qui s'organisent et travaillent de manière coordonnée autour d'un projet de santé dans le but de mieux répondre aux besoins de santé de proximité de la population (13).

L'amélioration de la gestion des SNP est l'un des enjeux majeurs de nombre de CPTS avec plusieurs solutions mises en place sur le territoire à savoir :

- La mise à disposition d'un numéro dédié pour les demandes nécessitant un avis médical (14) ;
- L'accroissement de la régulation libérale en collaboration avec le SAS (14) ;
- Une sollicitation des effecteurs afin de mettre à disposition des créneaux de consultation (14).

III. Tensions autour des SNP

1. Démographie et demande de soins de la population

Le vieillissement de la population est inéluctable : selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), en 2070, la France comptera 68,1 millions d'habitants dont 29 % seront âgés de plus de 65 ans (14). En 2050, plus d'une personne sur trois sera âgée de plus de 60 ans, contre une sur cinq en 2000 (16).

Ce vieillissement est surtout expliqué par l'augmentation de l'espérance de vie et une faible natalité. En vingt ans, en France, l'espérance de vie des femmes a augmenté de 2,9 ans et celle des hommes de 4,7 ans (17).

Cependant l'espérance de vie dans les Hauts-de-France est inférieure de deux années en comparaison aux chiffres sur l'ensemble de la France métropolitaine (18) ce qui montre une vulnérabilité plus importante de sa population.

En France il y a un accroissement de la demande de soins sous l'effet de trois facteurs que sont : la croissance démographique (+ 4 millions d'habitants en France

entre 2010 et 2025), le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques (le nombre de patients en Affection de Longue Durée (ALD) a progressé de 2,8 % par an en moyenne entre 2005 et 2022) (19).

En parallèle l'offre de soins est insuffisante sur le territoire, en particulier le nombre de médecins généralistes libéraux a chuté de 5 % entre 2012 et 2022 et le temps de travail des médecins généralistes aurait diminué de 57 à 54h heures par semaine (19).

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), l'effectif des médecins généralistes en activité régulière a diminué de 13% entre 2010 et 2025 (20).

2. Saturation des Services d'Accueil des Urgences (SAU)

Le recours aux SAU a plus que doublé entre 1996 et 2019 en passant de 10,1 millions à 22 millions par an et avec une augmentation moyenne de 3,3 % par an. En raison de la crise sanitaire liée au Covid19, les passages aux SAU ont chuté à 18 millions en 2020 pour ré-augmenter progressivement et atteindre 20,9 millions de passages en 2023 (21).

Plusieurs études ont été menées pour analyser les raisons du recours aux SAU. Elles tendent à démontrer qu'une part importante de ces passages est évitable et aurait pu être gérée en ambulatoire. Selon la Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU), en 2024, les patients relevant d'un simple examen clinique représentaient 13 % de l'ensemble des passages. Ceux dont le

pronostic vital était engagé représentaient seulement 2 % et 21 % des passages aux urgences étaient suivis d'une hospitalisation (22).

Ce recours accru aux SAU peut être expliqué notamment par :

- L'insuffisance de l'offre de soins ambulatoire : selon une étude de la DREES conduite en 2023, 21 % des patients déclarent avoir recouru par défaut à un SAU à cause d'un problème pour obtenir un rendez-vous médical (médecin traitant absent, impossibilité de trouver un rendez-vous médical y compris en cas de besoin d'un examen rapide) contre 14 % en 2013. De plus, 8 % des patients trouvaient plus rapide de patienter aux urgences que de chercher un médecin (23).
- Un accès direct au plateau technique : selon la DREES, en 2023, 21 % des patients déclaraient avoir recouru à un SAU du fait de la possibilité de réaliser des examens complémentaires (23).
- Une augmentation de la préoccupation de la population concernant leur santé : selon la DREES, en 2013, la venue dans un SAU était motivée par l'angoisse chez 10 % des patients, par la gravité présumée pour 20 % (24).

IV. Organisation à la MSP de Râches en lien avec la CPTS Pévèle du Douaisis

1. Rôle de la CPTS Pévèle du Douaisis

La gestion des SNP est l'une des préoccupations majeures de la CPTS Pévèle du Douaisis, dont dépend la commune de Râches, notamment en :

- Mettant à disposition une ligne téléphonique à destination des professionnels et des habitants (25), qui permet, entre autres, de gérer les demandes de SNP (contact direct des patients ou via le SAS) ;
- Sollicitant un pool de jeunes médecins afin de faciliter le remplacement des médecins sur le territoire de la CPTS (25), remplaçants qui pourront ainsi gérer les SNP ;
- Rendant attractif le territoire pour attirer de jeunes professionnels de santé (25), notamment via la maîtrise de stage ;
- Se dotant d'outils comme « CartoDispo », carte interactive des disponibilités des médecins généralistes (MG) pouvant être sollicités en cas de besoin (25).

2. Spécificités de la MSP de Râches

Râches est une ville composée de 2644 habitants en 2022 (26), dans le département du Nord, en région Hauts-de-France. Elle a été classée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en tant que Zone d'Action Complémentaire (ZAC) (27), c'est à dire un territoire dont l'offre de soins pour la profession des médecins est en tension (28).

La MSP des Totems à Râches regroupe en juillet 2024 : deux médecins généralistes et un Infirmier en Pratique Avancée (IPA) installés avec un projet, à terme, de regroupement de neuf professionnels à savoir quatre médecins

généralistes, deux IPA, une orthophoniste, un podologue et un coordinateur de santé.

A la MSP de Râches, les SNP sont assurés quotidiennement par un seul praticien dont l'après-midi est réservée et des créneaux sont alloués aux SNP le samedi matin avec une régulation principale via le télésecrétariat et parfois régulation via le SAS et/ou la CPTS.

L'analyse des SNP au sein de la MSP de Râches pourrait permettre d'anticiper les besoins organisationnels et d'adapter l'offre de soins aux spécificités du territoire. Elle pourrait également contribuer à une meilleure compréhension des dynamiques propres aux SNP, en identifiant leurs caractéristiques, leurs déterminants et les besoins auxquels ils répondent.

V. Question de recherche et objectifs

Quel est l'état des lieux des Soins Non Programmés à la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Râches sur la période 2024-2025 ?

Ce travail vise à décrire le nombre de SNP, le profil des patients concernés, le délai de consultation, les motifs de recours, les diagnostics établis, ainsi que les actes et orientations réalisés.

Deux finalités principales guident ce travail :

- Améliorer l'organisation et la gestion des SNP afin de répondre plus efficacement à la demande de soins ;
- Développer des actions de prévention et d'éducation à la santé susceptibles de réduire la pression liée à ces consultations.

À travers cette double approche, l'étude ambitionne de contribuer à l'optimisation de la prise en charge, à la qualité des soins dispensés et, plus largement, à l'amélioration de la santé de la population du territoire.

Matériel et Méthode

I. Type et cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude d'épidémiologie descriptive, observationnelle, rétrospective et monocentrique réalisée à la MSP de Râches sur un an (entre le 29/07/2024 et le 26/07/2025) et elle concernait l'activité de SNP des deux MG installés.

II. Population d'étude

L'inclusion était systématique et consécutive, elle concernait toutes les consultations de SNP réalisées à la MSP de Râches durant la période d'étude, sans critère d'exclusion.

III. Méthode de recueil des données

Les données étaient recueillies directement sur un tableur Excel à partir du dossier médical informatisé et les consultations de SNP étaient facilement repérables dans l'agenda par le biais d'une code couleur différent de celui des consultations programmées.

IV. Variables recueillies

Les données recueillies pour chaque consultation étaient :

- Numéro anonymisé de dossier du patient
- Date de consultation
- Age
- Sexe
- Commune de résidence
- Complémentaire Santé Solidaire (C2S) : oui / non
- Médecin traitant (MT) : appartenant à la MSP, extérieur à la MSP, aucun ou donnée manquante
- Motif de la consultation ou symptôme principal invoqué par le patient
- Un ou plusieurs motifs : oui / non
- Conclusion ou diagnostic retenu par le médecin à l'issue de la consultation
- Rédaction d'un arrêt de travail : oui / non / non concerné (NC) (patients mineurs, sans emploi ou retraités)
- Prescription d'une ordonnance pour la pharmacie : oui / non
- Prescription d'un examen de laboratoire : oui / non
- Prescription d'un examen d'imagerie : oui / non
- Adressage au SAU, à un autre spécialiste ou à une profession paramédicale
- Délai de consultation depuis l'apparition des symptômes.

Le recueil des motifs et des diagnostics a été réalisé de manière rétrospective à partir des dossiers médicaux, selon ce qui avait été formulé par le médecin ayant effectué la consultation. Aucune classification normalisée des motifs ou des diagnostics n'était utilisée en routine dans le logiciel médical au moment des consultations, ce qui n'a pas permis un codage direct à l'aide d'une classification validée.

V. Regroupement des motifs et des diagnostics en grandes catégories

Les diagnostics ont été regroupés selon les 17 grandes catégories de la CISP-II (*Classification Internationale des Soins Primaires – version 2*), un outil standardisé élaboré par l'Organisation Internationale des médecins généralistes (WONCA) pour classer les motifs de consultation et les diagnostics en soins primaires (29). Parallèlement, des regroupements complémentaires ont été réalisés en grandes catégories définies selon une approche ad hoc jugée pertinente pour l'analyse (afin de réduire le nombre de groupes et qu'ils aient un effectif suffisant pour l'analyse statistique). Les motifs de consultation ont également été organisés selon cette même approche afin de faciliter la comparaison et l'interprétation des données.

Les 15 catégories de motifs établies selon cette approche ad hoc étaient les suivantes :

- Demande ordonnance / document / arrêt de travail
- Douleur abdomino-pelvienne
- Douleur membre ou articulation
- Résultats bilan ou imagerie
- Signe fonctionnel urinaire (SFU)
- Signes généraux
- Symptôme cardiovasculaire
- Symptôme cutané
- Symptôme digestif
- Symptôme génital
- Symptôme neurologique
- Symptôme oculaire
- Symptôme psychologique
- Symptôme respiratoire
- Symptôme de la sphère ORL

Les 17 catégories définies selon cette approche ad hoc pour les diagnostics étaient :

- Asthme / Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) / bronchite
- Demande document / ordonnance / arrêt maladie
- Infection bactérienne
- Infection fongique ou parasitaire
- Infection virale
- Migraine / céphalée / névralgie faciale
- Pathologie cardiovasculaire
- Pathologie cutanée non infectieuse
- Pathologie digestive non infectieuse
- Pathologie gynécologique non infectieuse
- Pathologie oculaire non infectieuse
- Pathologie ORL non infectieuse
- Rachialgie / sciatique / cruralgie / névralgie cervico-brachiale (NCB)
- Traumatologie
- Trouble anxieux / Trouble Anxio-Dépressif (TAD) / burn-out
- Troubles musculosquelettiques
- Autres

VI. Méthode d'analyse des données

L'ensemble des données ont été recueillies sur le logiciel Excel qui a servi de support pour l'analyse statistique.

Une analyse descriptive a été effectuée pour chaque caractéristique de la consultation non programmée. Les résultats sont présentés sous la forme de moyenne et d'écart type et parfois de médiane avec premier et troisième quartile pour les données quantitatives, et sous la forme d'effectif et de pourcentage pour les données qualitatives.

Afin d'étudier les caractéristiques de la consultation non programmée selon le profil des patients, nous avons utilisé le test du Chi2 ou le test de Kruskal-Wallis pour comparer les items qualitatifs, et le test de Student, le test de Fisher ou le test de Mann Whitney pour les variables quantitatives. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel R (version 4.4) et sur Excel (version 2510, build 19328.20178, Microsoft 365).

Les analyses descriptives ont été illustrées à l'aide de tableaux et de graphiques réalisés à partir des logiciels R ou Excel, ainsi que de diagrammes de flux de type Sankey créés sur la plateforme Flourish et d'une carte géographique réalisée grâce au site internet Datawrapper afin de faciliter la visualisation des données.

Résultats

I. Nombre de consultations et répartition par jour de la semaine

Le nombre de patients ayant consulté à la MSP de Râches entre le 29/07/2024 et le 26/07/2025 pour des SNP était de 1760. Les SNP représentaient 31,4% de l'activité des MG à la MSP de Râches (total de 5605 consultations et visites à domicile pour les deux praticiens sur cette période).

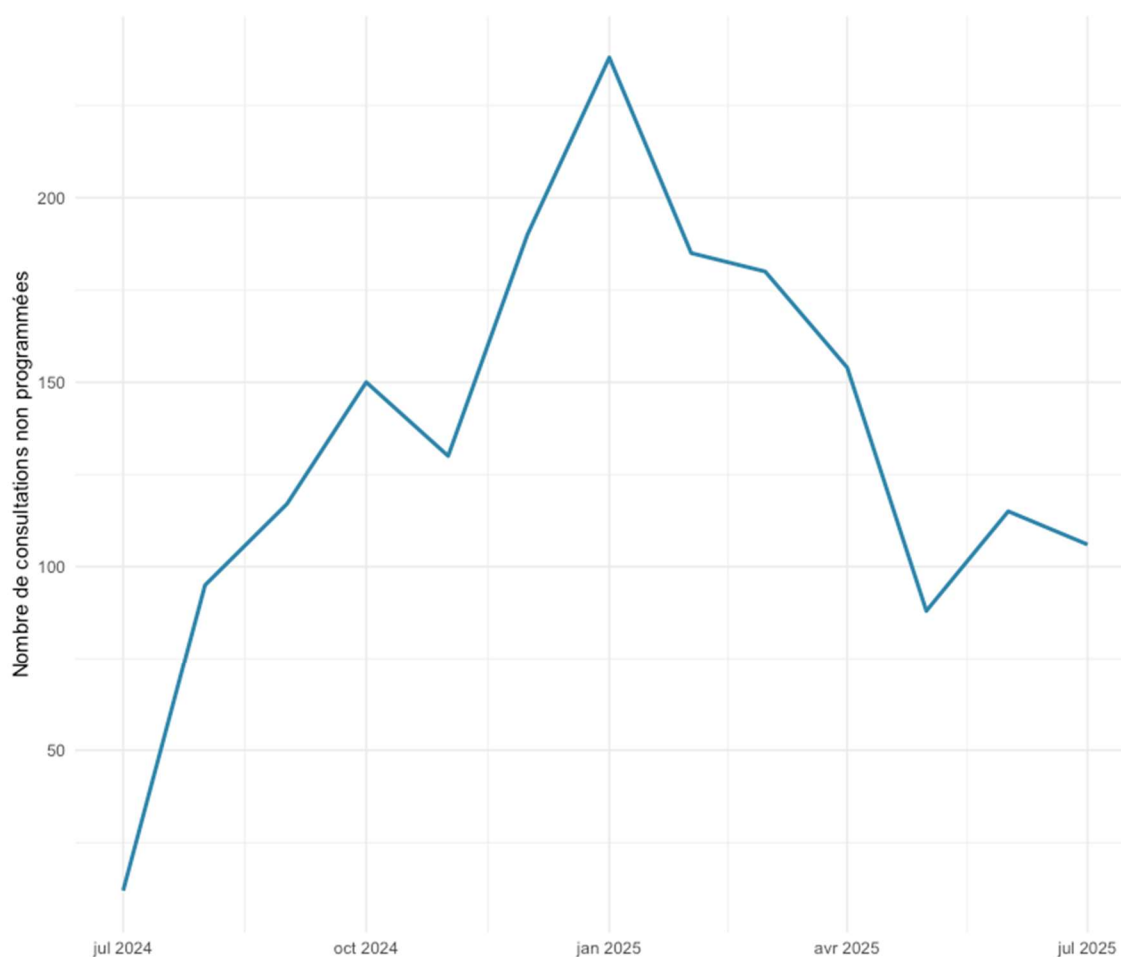


Figure 1 : Nombre mensuel de consultations non programmées entre juillet 2024 et juillet 2025 (n = 1760).

La répartition mensuelle des SNP montrait un pic en janvier 2025 (n = 238) et un nadir au mois de mai 2025 (n = 88) (Figure 1).

Les SNP étaient plus fréquents le lundi (n = 371 soit 21 %) et moins fréquents le jeudi (n = 277 soit 15,7 %) et le samedi (n = 100 soit 5,7 %) (Figure 2).

Il y avait en moyenne 7,4 SNP par lundi et 5,8 SNP par jeudi.

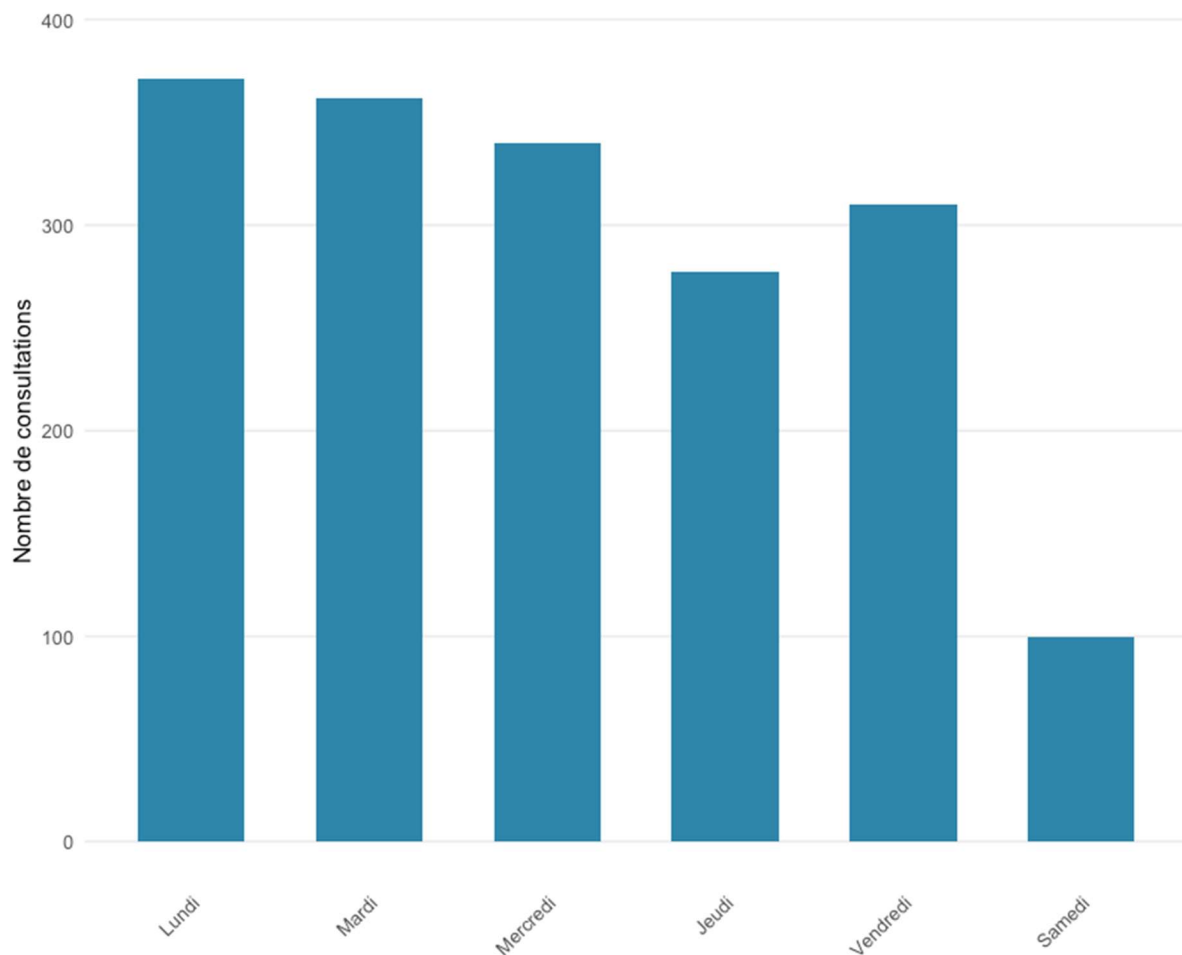


Figure 2 : Nombre de soins non programmés par jour de la semaine entre juillet 2024 et juillet 2025 (n = 1760).

II. Répartition géographique des patients selon leur commune de résidence

La majeure partie des patients consultant pour des SNP à la MSP de Râches étaient originaires de Râches (52,4 %), puis de Douai (12,2 %), Roost-Warendin (5,9 %) et Flines-lez-Raches (5,4 %) ce qui représentait un total de 75,9 % pour ces quatre communes.

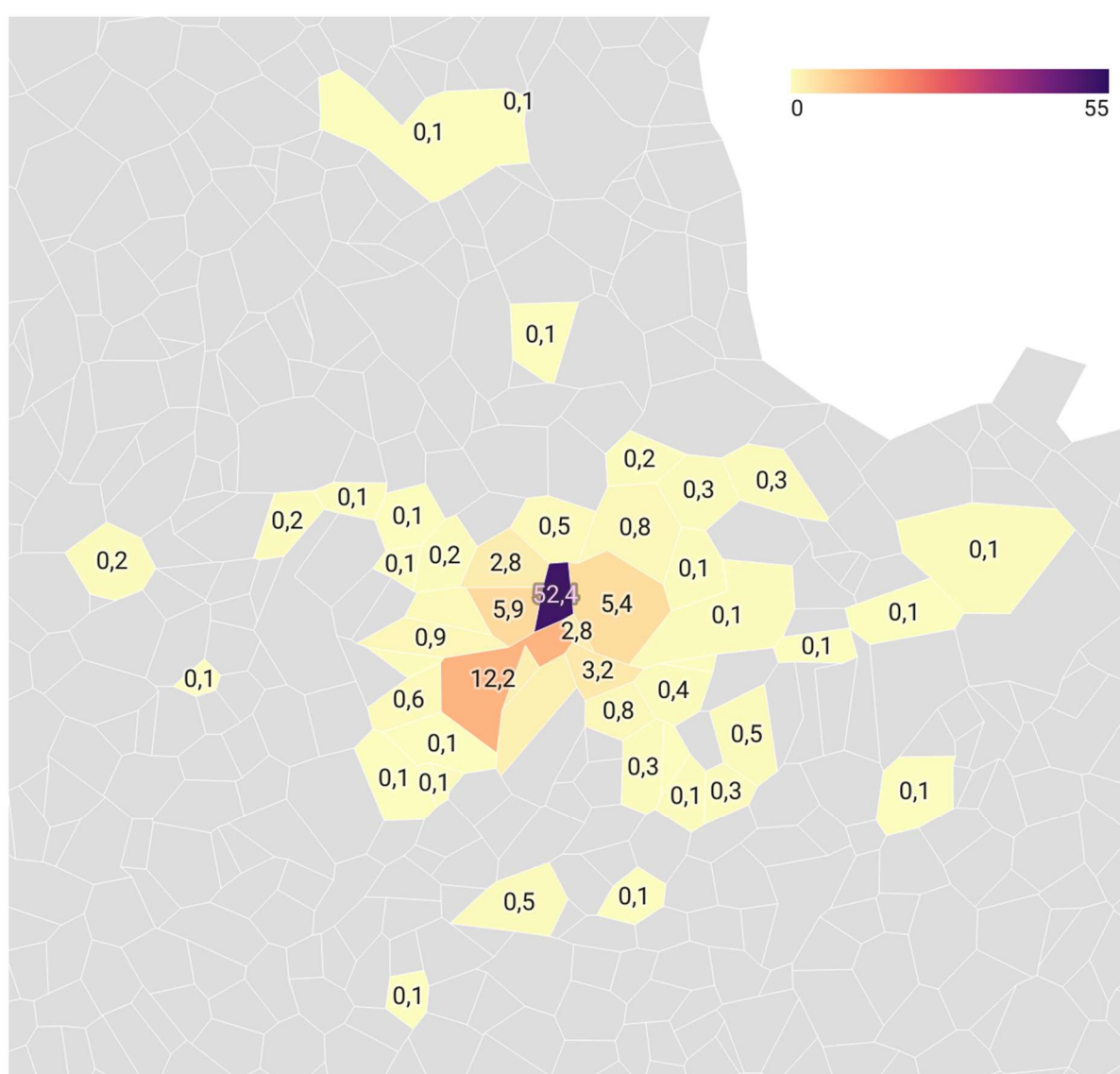


Figure 3 : Carte centrée sur Râches représentant le pourcentage de consultations non programmées entre juillet 2024 et juillet 2025 par commune de résidence des patients.

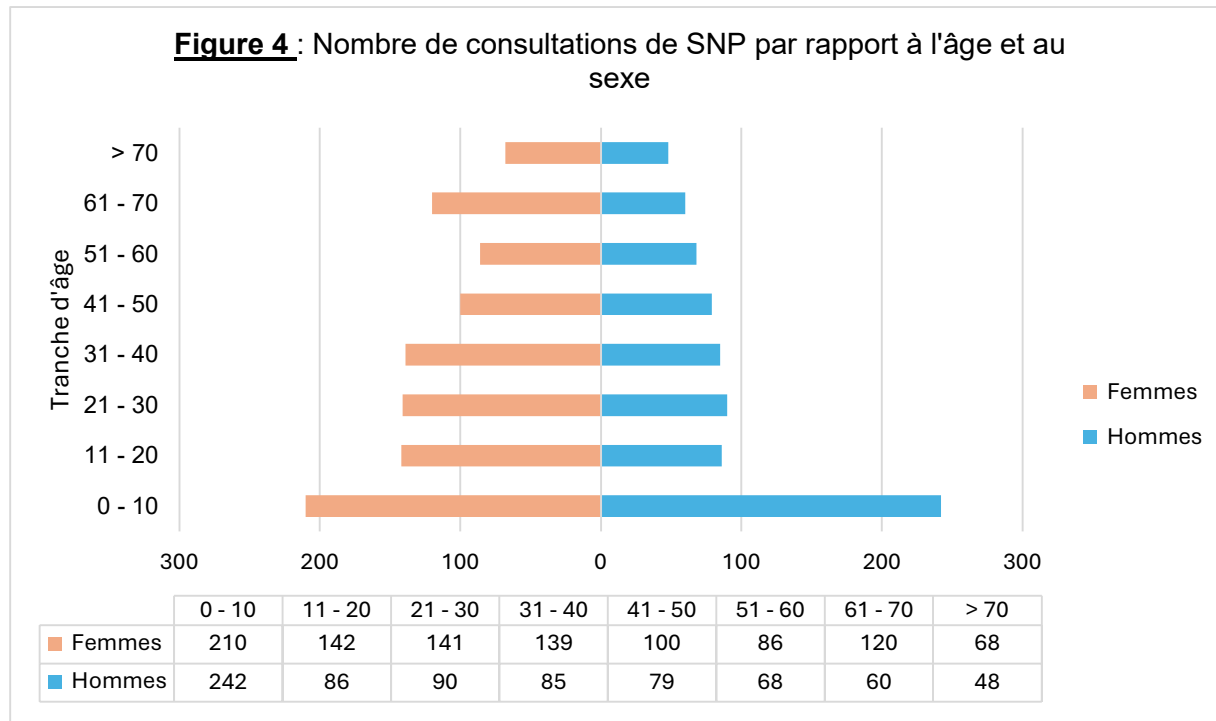
III. Caractéristiques de la population

1. Age et sexe

Les patients ayant consulté pour des SNP à la MSP de Râches avaient un âge médian à 29 ans (1^{er} quartile : 10 ; 3^{eme} quartile : 50.25) et un âge moyen à 31,8 ans avec un écart type de 24,1 traduisant une très forte dispersion des valeurs.

Ces consultations concernaient surtout des femmes à 57,5 % (n = 1012).

La tranche d'âge la plus représentée était la tranche comprise entre 0 et 10 ans avec 25,6 % des consultations et une légère prédominance masculine. Pour toutes les autres tranches d'âge, les femmes étaient plus nombreuses (Figure 4).



2. C2S et médecin traitant

19,9 % (n = 350) des consultations de SNP concernaient des patients couverts par la C2S.

59,8 % (n = 1053) des patients avaient pour MT l'un des médecins de la MSP, 16,3 % (n = 287) avaient un MT extérieur à la MSP et 11,9 % (n = 209) n'avaient pas de MT. (Tableau 1)

		(N = 1760)
Age	Moyenne (écart type)	31,8 (24.1)
	Médiane [Q1 ; Q3]	29 [10 ; 50.25]
Sexe	Femme	1012 (57.5%)
	Homme	748 (42.5%)
C2S	Non	1410 (80.1%)
	Oui	350 (19.9%)
Médecin traitant	Dans la MSP	1053 (59.8%)
	Autre (extérieur à la MSP)	287 (16.3%)
	Aucun	209 (11.9%)
	Données manquantes	211 (12%)

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques et statut médecin traitant des patients ayant consulté pour des SNP

IV. Délais de consultation et nombre de consultations à motifs multiples

Le délai de consultation médian était de 3 jours (1^{er} quartile : 2 ; 3^{eme} quartile : 6) et le délai moyen de consultation était de 5,3 jours, avec un écart type de 8,4 jours, traduisant une forte dispersion des valeurs. Le délai de consultation en jours était connu pour 88 % des consultations (n = 1552).

Pour 2,3 % des consultations (n = 41) le délai était soit de « des années » (n = 4), « des mois » (n = 29) ou « des semaines » (n = 8).

Pour 9,5 % des consultations (n = 167), les données sur le délai de consultation étaient manquantes.

La plupart des consultations de SNP avaient un motif unique (92,5 %, n = 1628).

V. Etude des motifs des SNP

L'analyse mettait en évidence 147 motifs distincts, lesquels ont été regroupés selon une approche ad hoc en 15 catégories pour en faciliter l'analyse.

1. Classement des groupes de motifs de consultation par fréquence

Groupes de motifs de consultation	Effectif (n = 1760)	Pourcentage
Signes généraux	331	18,8
Symptôme respiratoire	275	15,6
Douleur membre ou articulation	272	15,5
Symptôme de la sphère ORL	237	13,5
Symptôme cutané	137	7,8
Symptôme digestif	110	6,3
Douleur abdomino-pelvienne	108	6,1
Symptôme psychologique	56	3,2
Signe fonctionnel urinaire	54	3
Symptôme neurologique	50	2,8
Symptôme oculaire	38	2,1
Demande document / ordonnance / arrêt	27	1,5
Symptôme cardiovasculaire	27	1,5
Résultats bilan ou imagerie	21	1,2
Symptôme génital	17	1

Tableau 2 : Classement des groupes de motifs par fréquence pour le premier motif (n = 1760)

L'analyse du premier motif de consultation mettait en évidence une prédominance des motifs regroupés sous la catégorie *signes généraux* (18,8 %), suivie par les *symptômes respiratoires* (15,6 %), les *douleurs de membre ou articulation* (15,5 %) et enfin les *symptômes de la sphère ORL* (13,5 %). Ces quatre catégories regroupaient quasiment deux tiers des SNP (63,4 %). (Tableau 2)

Groupe de motifs de consultation	Effectif (n =132)	Pourcentage
Douleur membre ou articulation	22	16,7
Demande document / ordonnance / arrêt	20	15,2
Symptôme cutané	18	13,6
Symptôme psychologique	13	9,8
Symptôme respiratoire	9	6,8
Symptôme génital	8	6,1
Signes généraux	8	6,1
Symptôme digestif	7	5,3
Symptôme de la sphère ORL	7	5,3
Symptôme urinaire	6	4,5
Résultat bilan ou imagerie	5	3,8
Douleur abdomino-pelvienne	4	3
Symptôme neurologique	2	1,5
Symptôme oculaire	2	1,5
Symptôme cardiovasculaire	1	0,7

Tableau 3 : Classement des groupes de motifs par fréquence pour le deuxième motif éventuel (n = 132)

L'étude du second motif montre qu'il s'agissait pour 16,7 % de *douleurs de membre ou articulation*, pour 15,2 % d'une *demande de document / ordonnance ou arrêt maladie* (alors que cette catégorie ne représentait que 1,5 % des premiers motifs), pour 13,6 % d'un *symptôme cutané* (7,8 % des premiers motifs) et pour 9,8 % un *symptôme psychologique* (3,2 % des premiers motifs). (Tableau 3)

2. Evolution temporelle des motifs de SNP

On observait un pic en janvier 2025 des consultations avec un motif classé dans *signes généraux* (n = 86), ces motifs étaient prédominants de décembre à février.

On observait un pic plus précoce dans l'hiver pour les motifs classés dans *symptôme respiratoire*, ces motifs étaient prédominants en octobre et novembre 2024.

Les motifs classés dans *douleurs de membre ou articulation* étaient les plus fréquents de mars à juillet 2025. (Figure 5) (Tableau 4)

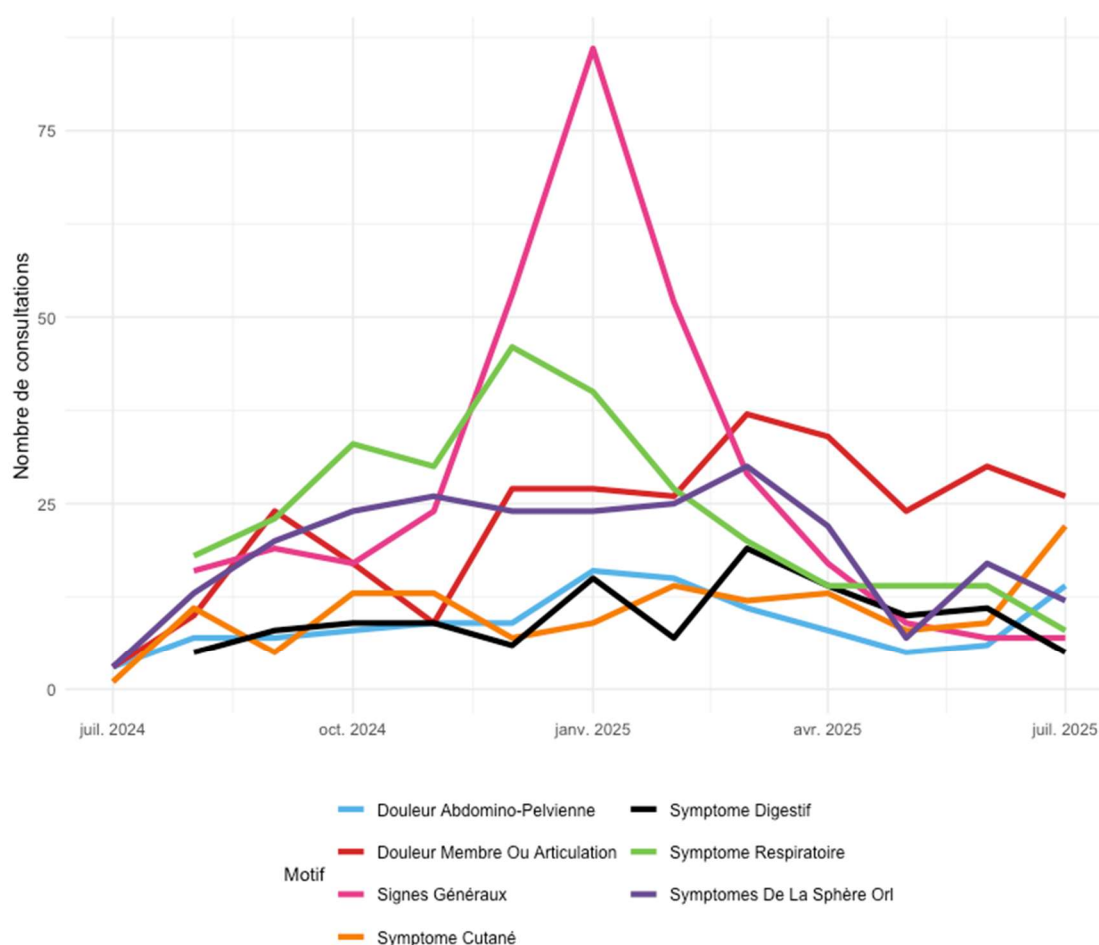


Figure 5 : Évolution temporelle des catégories de motifs de SNP par mois entre juillet 2024 et juillet 2025.

Mois	Groupe de motifs les plus fréquents	Nombre de consultations
Juil.-24	Douleur abdomino-pelvienne	3
	Douleur membre ou articulation	3
	Symptômes de la sphère ORL	3
Août-24	Symptôme respiratoire	18
	Signes généraux	16
	Symptômes de la sphère ORL	13
Sept.-24	Douleur membre ou articulation	24
	Symptôme respiratoire	23
	Symptômes de la sphère ORL	20
Oct.-24	Symptôme respiratoire	33
	Symptômes de la sphère ORL	24
	Douleur membre ou articulation	17
Nov.-24	Symptôme respiratoire	30
	Symptômes de la sphère ORL	26
	Signes généraux	24
Déc.-24	Signes généraux	53
	Symptôme respiratoire	46
	Douleur membre ou articulation	27
Janv.-25	Signes généraux	86
	Symptôme respiratoire	40
	Douleur membre ou articulation	27
Févr.-25	Signes généraux	52
	Symptôme respiratoire	27
	Douleur membre ou articulation	26
Mars-25	Douleur membre ou articulation	37
	Symptômes de la sphère ORL	30
	Signes généraux	29
Avr.-25	Douleur membre ou articulation	34
	Symptômes de la sphère ORL	22
	Signes généraux	17
Mai-25	Douleur membre ou articulation	24
	Symptôme respiratoire	14
	Symptôme digestif	10
Juin-25	Douleur membre ou articulation	30
	Symptômes de la sphère ORL	17
	Symptôme respiratoire	14
Juil.-25	Douleur membre ou articulation	26
	Symptôme cutané	22
	Douleur abdomino-pelvienne	14

Tableau 4 : Groupes de motifs les plus fréquents par mois entre juillet 2024 et juillet 2025 (n = 1760).

3. Distribution des motifs déclarés selon les groupes de motifs

Sur la Figure 6, on retrouve un aperçu des motifs de consultation déclarés en fonction des groupes de motifs.

Parmi les *signes généraux* les deux motifs principaux étaient *état grippal* (52,3 %) et *fièvre* (35,3 %).

Parmi les *symptômes respiratoires* le premier motif déclaré était la *toux* (90,9 %).

Parmi les *douleurs d'un membre ou d'une articulation* les motifs principaux étaient une douleur rachidienne dans 37,5 % des cas (comprend *lombalgie* 71,6 %, *cervicalgie* 20,6 %, *dorsalgie* 4,9 % et *rachialgie* 2,9 %), puis *arthralgie* (12,9 %) et *gonalgie* (10,7 %).

Parmi les *symptômes de la sphère ORL* les deux premiers motifs étaient *otalgie* (33,8 %) et *odynophagie* (31,2 %).

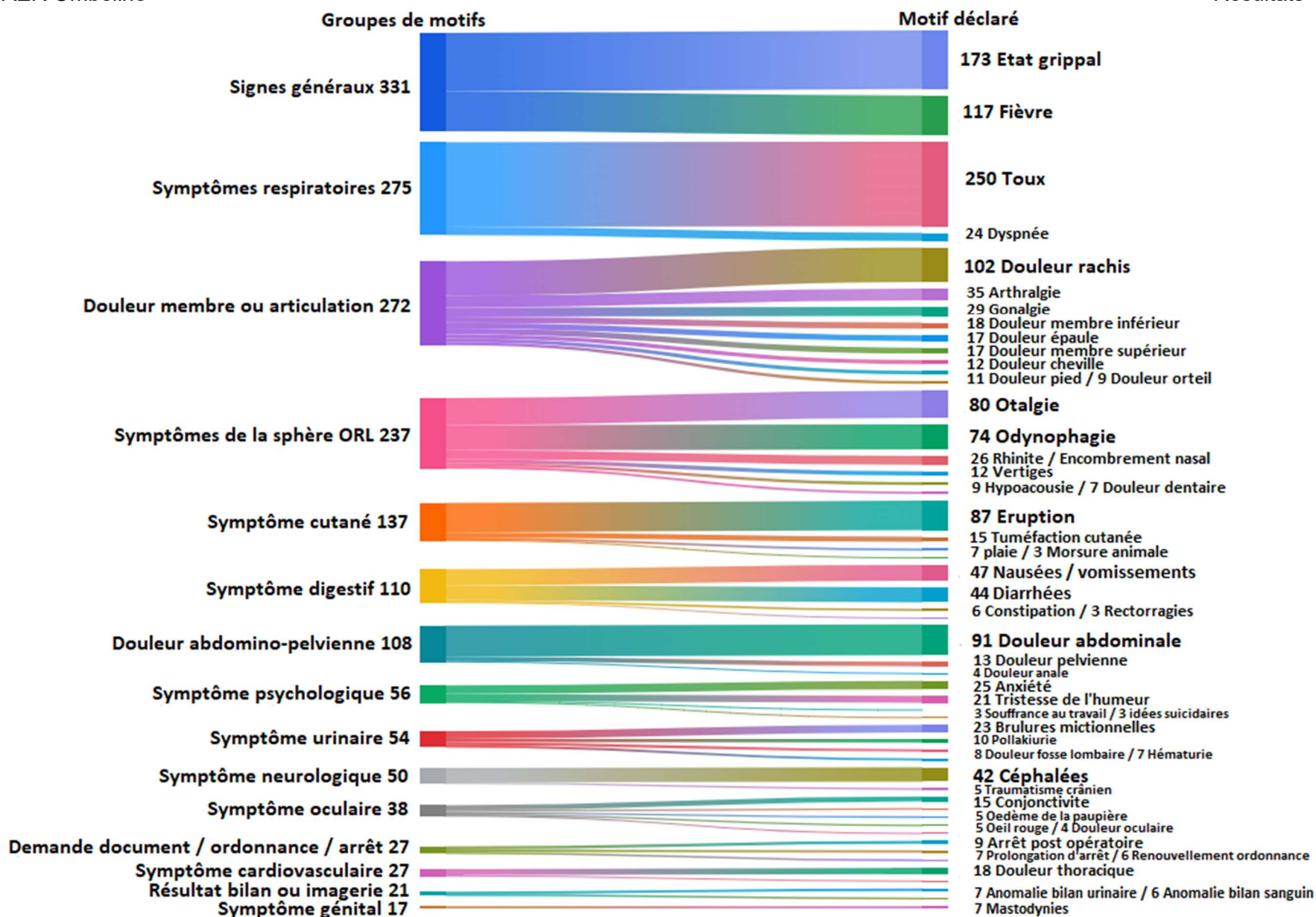


Figure 6 : Diagramme des flux des principaux motifs de consultation déclarés par groupe de motifs.

VI. Etude des diagnostics des SNP

L'analyse a permis de mettre en évidence 301 diagnostics distincts, lesquels ont été regroupés suivant les catégories de la CISP-II et également via une approche ad hoc en 17 catégories pour en faciliter l'analyse.

1. Etude des diagnostics par catégorie

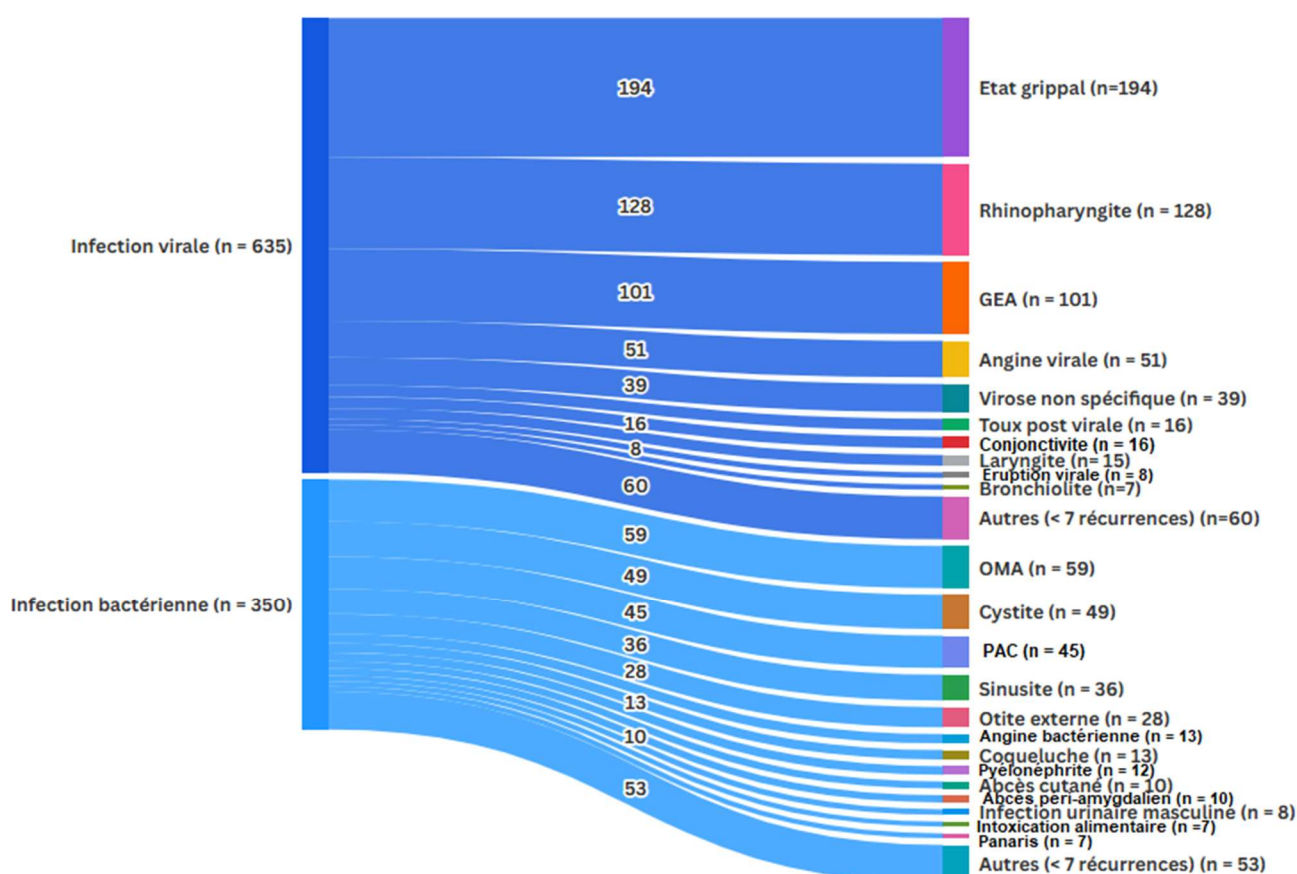


Figure 7 : Diagramme de flux des diagnostics en fonction des catégories de diagnostics « infection virale » et « infection bactérienne ».

La catégorie *infection virale* représentait la majorité des diagnostics (36,1 % de l'ensemble des SNP, n = 635) avec comme diagnostics principaux *état grippal* ou

grippe clinique (30,6 % de la catégorie), *rhinopharyngite* (20,2 %) et *Gastro-Entérite Aigüe* (GEA) (15,9 %). (Figure 7)

La seconde catégorie de diagnostic la plus fréquente était *infection bactérienne* (19,9 % des SNP, n = 350), les principaux diagnostics étant *otite moyenne aigue* (OMA) pour 16,9 % de la catégorie, *cystite* pour 14 %, *pneumopathie aiguë communautaire* (PAC) (comprend *pneumopathie post-grippale* et *pneumopathie atypique*) pour 12,9 %. (Figure 7)

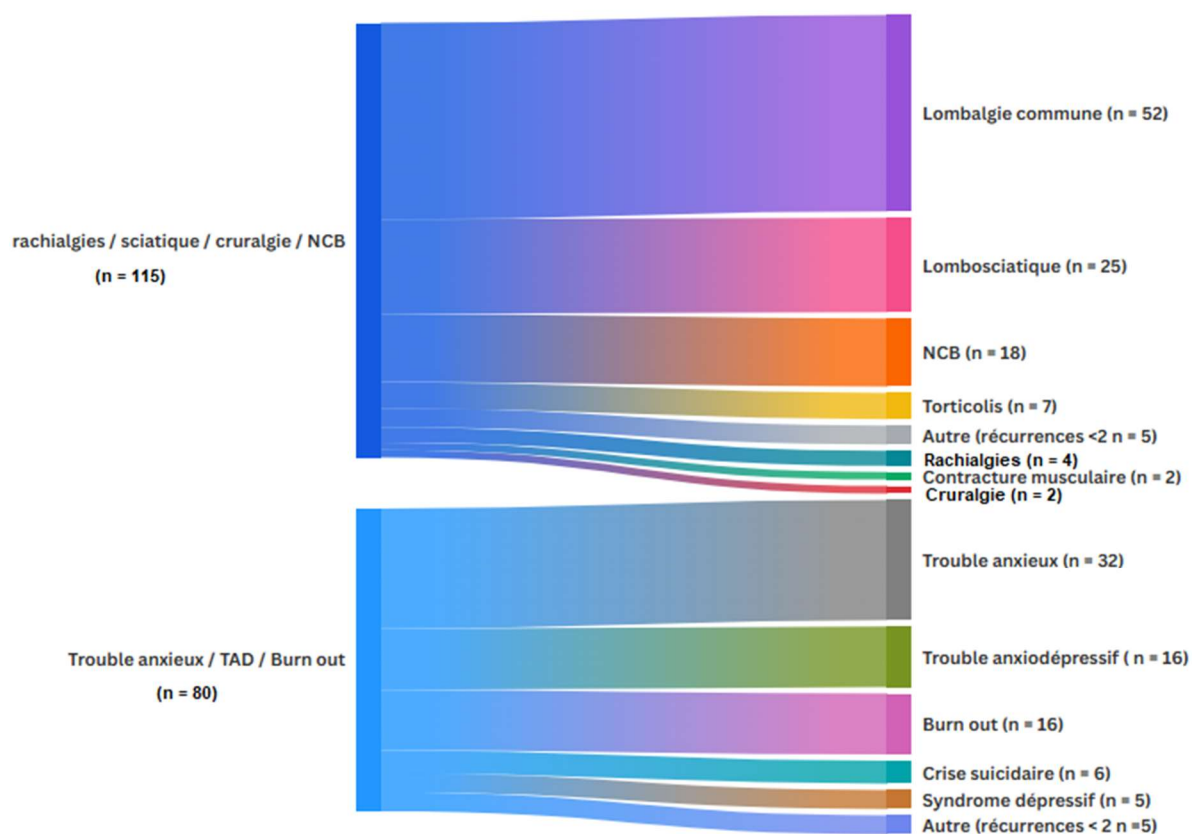


Figure 8 : Diagramme de flux des diagnostics déclarés en fonction des catégories de diagnostics « rachialgies / sciatique / cruralgie / NCB » et « trouble anxieux / TAD / burn-out ».

La catégorie *rachialgie / sciatique / cruralgie / NCB* représentait 6,5 % des diagnostics des SNP (n = 115) avec comme principaux diagnostics pour cette catégorie : *lombalgie commune* à 45,2 % suivi de *lombosciatique* à 21,7 % et de *NCB* à 15,7 %. (Figure 8)

La catégorie *trouble anxieux / TAD / burn-out* représentait 4,5 % (n = 80) des diagnostics des SNP avec les diagnostics déclarés suivants : *trouble anxieux* pour 40 % de la catégorie, *TAD* pour 20 % et *burn-out* pour 20 %. (Figure 8)

Ensuite les catégories de diagnostics par ordre de fréquence étaient : *pathologie cutanée non infectieuse* pour 4,4 % (n = 78), *traumatologie* pour 4,4 % (n = 78), *trouble musculosquelettique* pour 3,9 % (n = 69), *pathologie digestive non infectieuse* pour 3,8 % (n = 67), *asthme / BPCO / bronchite* pour 3,5 % (n = 61), *pathologie ORL non infectieuse* pour 2,6 % (n = 45), *demande document / ordonnance / arrêt maladie* pour 1,8 % (n=32), *pathologie cardiovasculaire* pour 1,4 % (n = 24), *pathologie gynécologique non infectieuse* pour 1,3 % (n =22), *migraine / céphalée / névralgie faciale* pour 1,1 % (n = 20), *infection fongique ou parasitaire* pour 1 % (n = 18) et *pathologie oculaire non infectieuse* pour 0,6 % (n = 11).

2. Etude des diagnostics selon la classification CISP-II

Catégories de la CISP II	Effectif (pourcentage)
Respiratoire	540 (30.7%)
Ostéo-articulaire	263 (14.9%)
Oreille	232 (13.2%)
Système digestif	209 (11.9%)
Peau	143 (8.1%)
Psychologique	86 (4.9%)
Général et non spécifié	67 (3.8%)
Système urinaire	83 (4.8%)
Œil	35 (2.0%)
Neurologie	29 (1.6%)
Cardiovasculaire	23 (1.3%)
Système génital féminin	19 (1.1%)
Sang / système hématopoïétique / immunologie	8 (0.5%)
Grossesse / accouchement	9 (0.5%)
Social	5 (0.3%)
Système génital masculin	5 (0.3%)
Métabolisme / nutrition / endocrinologie	4 (0.2%)

Tableau 5 : Diagnostics des SNP classés par catégorie de la CISP-II (n = 1760)

On remarque que les diagnostics des SNP étaient classés pour quasiment un tiers dans la catégorie *respiratoire* (30,7 %), pour 14,9 % dans *ostéo-articulaire*, pour 13,2 % dans *oreille* et pour 11,9 % dans *système digestif*. (Tableau 5)

3. Top 10 des diagnostics posés par le médecin

Ces dix diagnostics représentaient 43,6 % des SNP. Le plus récurrent était *état grippal* ou *grippe clinique* (11 %), suivi de *rhinopharyngite* (7,4 %) et *GEA* (5,7 %). (Tableau 6)

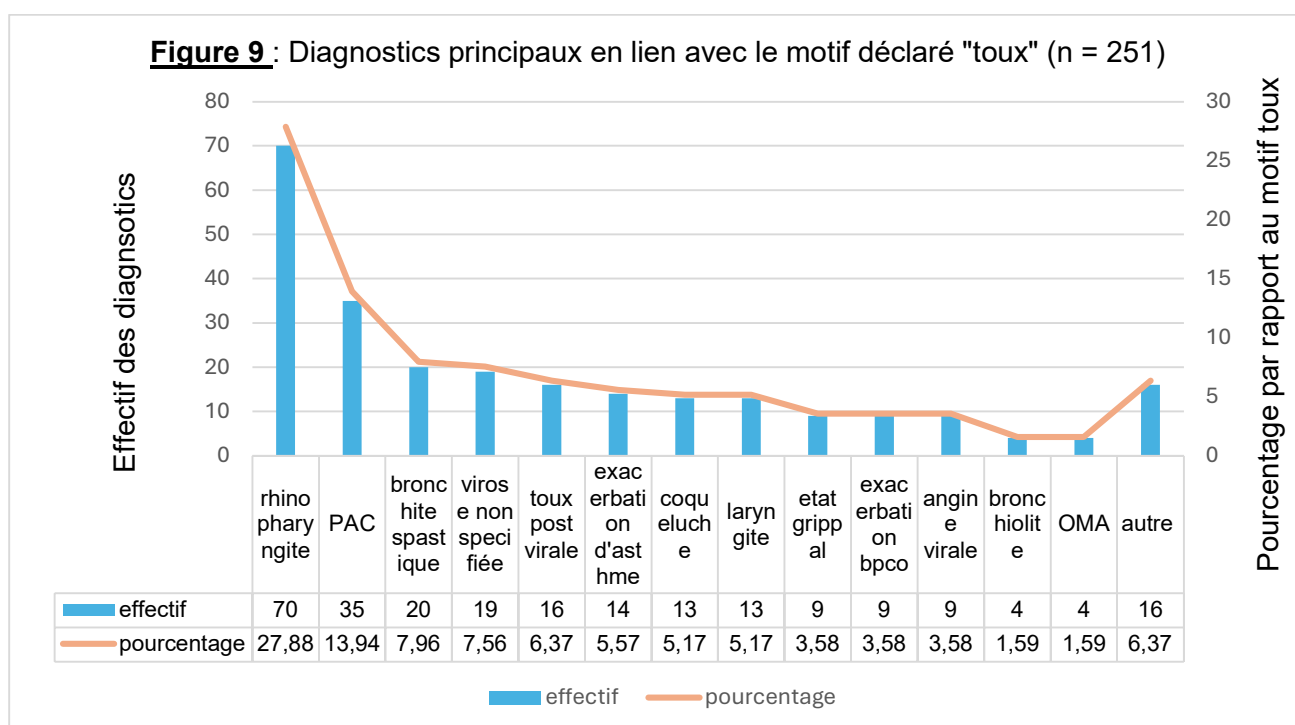
A noter que *pneumopathie* regroupait *pneumopathie aigüe communautaire*, *pneumopathie atypique* et *pneumopathie post grippale*.

Diagnosics déclarés	Effectif	Pourcentage (n =1760)
Etat grippal	194	11 %
Rhinopharyngite	130	7,4 %
GEA	101	5,7 %
OMA	60	3,4 %
Lombalgie commune	54	3,1 %
Angine virale	51	2,9 %
Cystite	51	2,9 %
Pneumopathie	51	2,9 %
Virose non spécifiée	39	2,2 %
Sinusite	36	2 %

Tableau 6 : Effectif et pourcentage des dix premiers diagnostics posés par le médecin

4. Etude des diagnostics en fonction des motifs déclarés

a. Motif « toux »



Le motif *toux* représentait 251 consultations soit 14,3 % de l'ensemble des SNP ce qui en fait le premier motif.

On remarque que les principaux diagnostics étaient *rhinopharyngite* pour 27,9 % (n = 70), *PAC* (comprend *pneumopathie post grippale* et *pneumopathie atypique*) pour 13,9 % (n = 35), *virose non spécifiée* pour 7,6 % (n = 19) et *toux post-virale* pour 5,6 % (n = 16). (Figure 9)

21,9 % (n = 55) des patients consultant pour *toux* se sont vu diagnostiquer une infection bactérienne et 58,6 % (n = 147) une infection virale.

b. Motif « état grippal »

Le motif *état grippal* concernait 9,8 % des consultations de SNP (n = 173) et le diagnostic était dans presque 85 % des cas (n = 147) *état grippal* ou *grippe clinique*, ensuite on retrouvait *angine virale* (3,4 % n = 6) et *Covid19* (2,9 % n = 4).

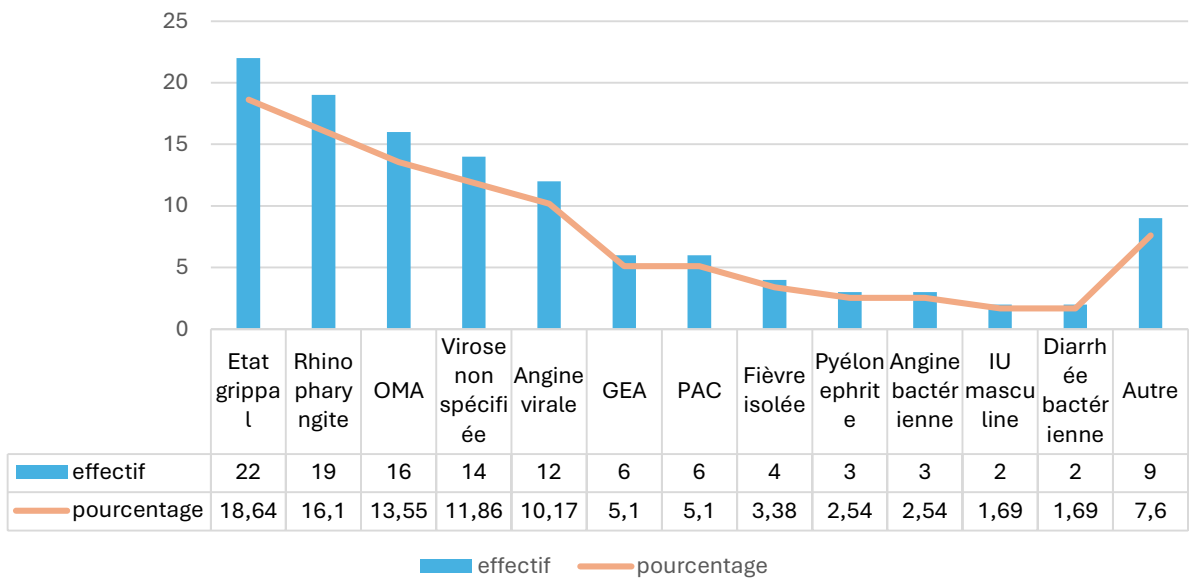
c. Motif « fièvre »

Le motif *fièvre* représentait 6,7 % des motifs des SNP (n = 118).

Les principaux diagnostics pour ce motif étaient *état grippal* ou *grippe clinique* à 18,6 % (n = 22), *rhinopharyngite* à 16,1 % (n = 19) et *OMA* à 13,6 % (n = 16). (Figure 10)

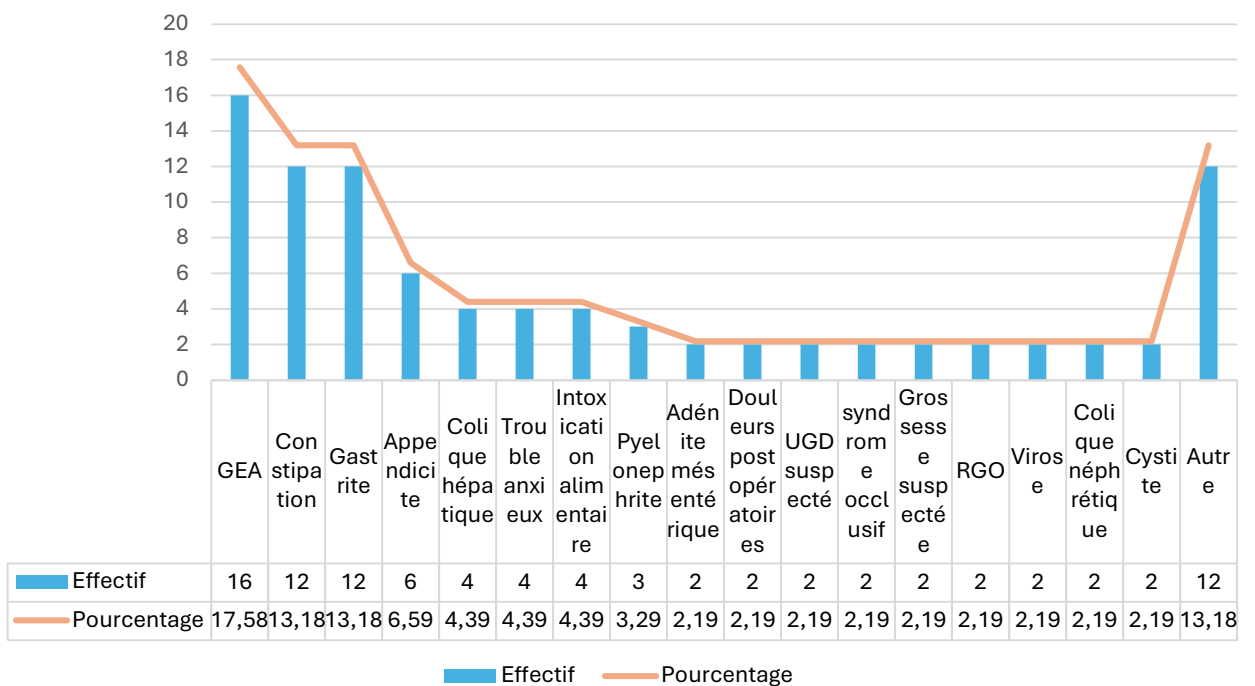
Le diagnostic était une infection virale dans 64,4 % (n = 76) des cas et une infection bactérienne dans 30,5 % (n = 36) des cas.

Figure 10 : Diagnostics principaux en lien avec le motif "fièvre" (n = 118)



d. Motif : « douleur abdominale »

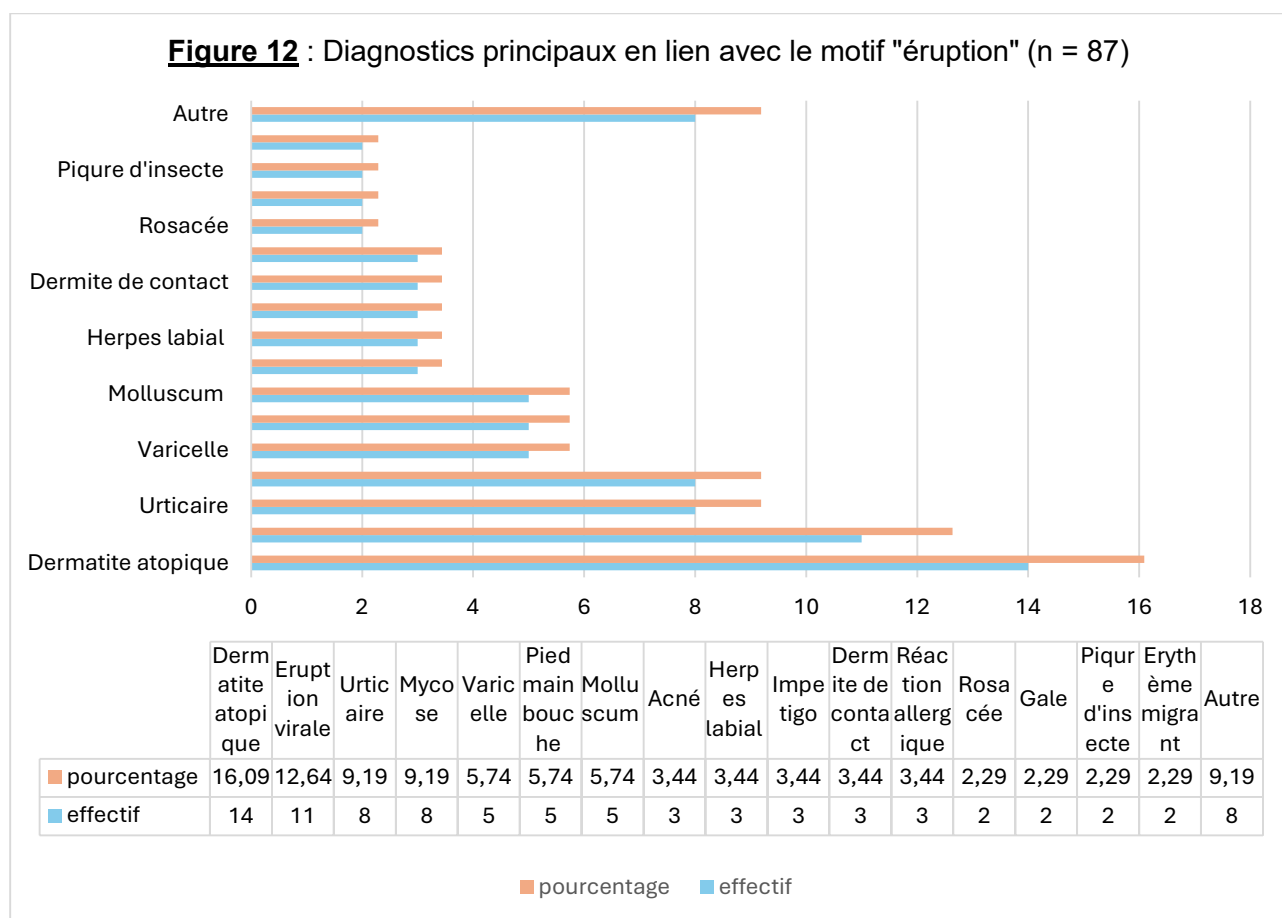
Figure 11 : Diagnostics principaux en lien avec le motif "douleur abdominale" (n = 91)



Le motif *douleur abdominale* représentait 5,2 % des SNP.

Les principaux diagnostics en lien avec ce motif étaient pour 17,6 % (n = 16) *GEA*, pour 13,2 % (n = 12) *constipation*, pour 13,2 % (n = 12) *gastrite* et pour 6,6 % (n=6) *appendicite* ou *suspicion d'appendicite*. (Figure 11)

e. Motif « éruption »



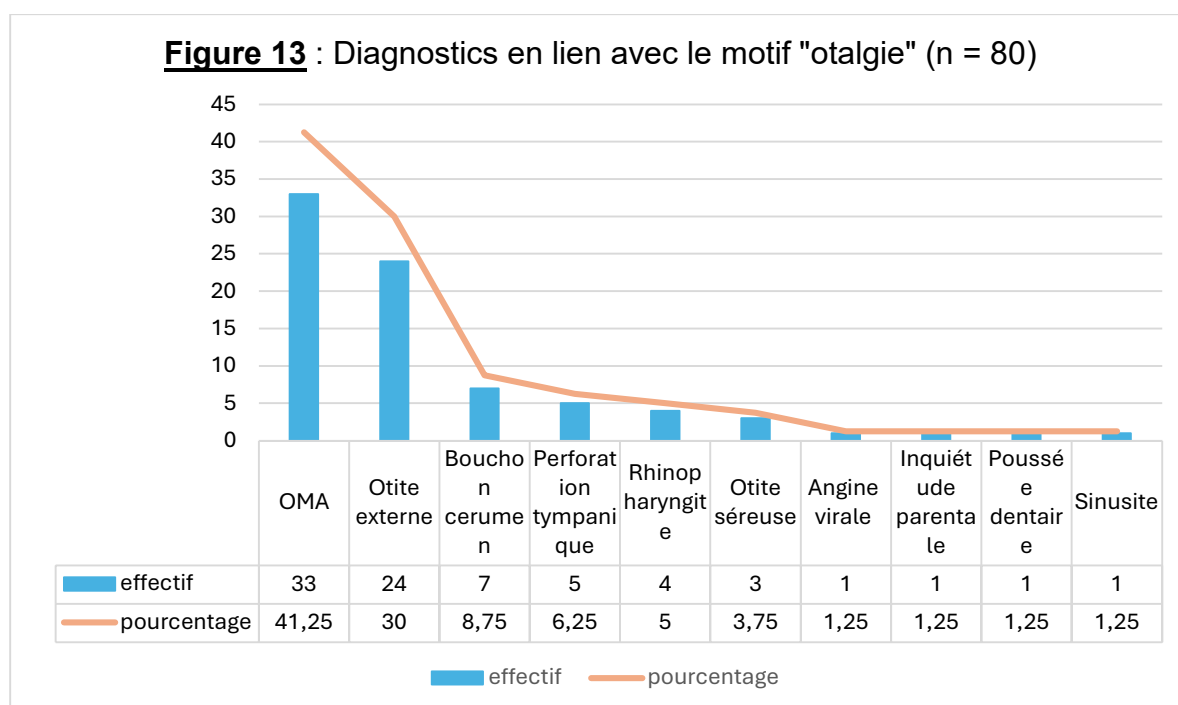
Le motif *éruption* représentait 4,9 % des motifs de SNP (n = 87).

Les diagnostics principaux en lien avec ce motif de consultation étaient *dermatite atopique* à 16,1 % (n = 14), *éruption virale* à 12,6 % (n = 11), *urticaire* à 9,2 % (n = 8) et *mycose* à 9,2 % (n = 8). (Figure 12)

f. Motif « otalgie »

Le motif *otalgie* représentait 4,5 % des motifs de SNP.

Les principaux diagnostics en lien avec ce motif étaient à 41,3 % (n = 33) *OMA*, à 30 % (n = 24) *otite externe*, à 8,8 % (n = 7) *bouchon de cérumen* et à 6,3 % (n = 5) *perforation tympanique*. (Figure 13)



g. Motif « lombalgie »

Le motif *lombalgie* représentait 4,2 % des SNP (n = 73).

Les principaux diagnostics pour le motif *lombalgie* étaient *lombalgie commune* pour 71,3 % (n = 52) et *lombosciatique* pour 19,2 % (n = 14).

VII. Etude des actes prescrits et des adressages

1. Prescription d'ordonnances de pharmacie ou d'actes complémentaires

La grande majorité des consultations de SNP conduisait à la prescription d'une ordonnance de pharmacie (82,1 %). Une prescription d'examen de laboratoire était réalisée dans 13,1 % des consultations et la prescription d'un examen d'imagerie dans 11,6 % des cas. (Tableau 7)

	Effectif	Pourcentage
Prescription d'une biologie ou examen de laboratoire		
Non	1529	86,9
Oui	231	13,1
Rédaction d'une ordonnance de pharmacie		
Oui	1445	82,1
Non	315	17,9
Prescription d'un examen complémentaire (imagerie)		
Non	1556	88,4
Oui	204	11,6

Tableau 7 : Effectif et pourcentage des prescriptions réalisées lors des SNP

8,4 % des patients (n = 146) n'ont eu aucune prescription d'ordonnance (de pharmacie, d'examen de laboratoire ou d'imagerie) ni de courrier d'adressage. Parmi ces patients, 38,3 % (n = 56) ont eu une prescription d'arrêt de travail.

5,1 % des patients (n = 90) ayant consulté pour des SNP n'ont eu aucune prescription (ni ordonnance, ni courrier d'adressage ni arrêt de travail).

2. Prescription d'un arrêt de travail

Une partie des patients (n = 850 soit 48,3 %) ayant consulté pour des SNP n'étaient pas concernés par la prescription d'un arrêt maladie (mineurs, sans emploi ou retraités). Parmi les patients qui pouvaient se voir prescrire un arrêt de travail (n = 910 soit 51,7 %), 38,9 % (n = 354) soit plus d'un tiers ont eu une prescription d'arrêt maladie.

a. Caractéristiques de la consultation et de la population en fonction de la prescription d'un arrêt de travail

On retrouve plusieurs différences significatives entre les consultations amenant à un arrêt de travail ou non. Tout d'abord, les patients avec arrêt étaient plus jeunes (médiane à 34 ans) que ceux sans arrêt (médiane à 42 ans ; $p < 0,01$).

Les arrêts étaient plus souvent délivrés aux hommes qu'aux femmes (48,1 % des hommes vs 32,8 % des femmes se sont vu prescrire un arrêt ; $p < 0,01$).

Plusieurs motifs de consultation se distinguaient fortement dans les consultations avec et sans arrêt de travail. Les motifs les plus fréquents avec arrêt étaient *les douleurs ostéo-articulaires* (27,4 % vs 19,2 % ; $p < 0,01$), *les signes généraux* (26,6 % vs 11,2 % ; $p < 0,01$), *les symptômes psychologiques* (9,9 % vs 2,9 % ; $p < 0,01$),

les *symptômes digestifs* (9,9 % vs 2,7 % ; $p < 0.01$), et les *demandes de documents / ordonnances / arrêts* (6,8 % vs 2,5 % ; $p < 0.01$).

Concernant les diagnostics regroupés selon la classification CISP-II, dans le groupe avec arrêt versus sans arrêt, les diagnostics relevant des catégories *ostéo-articulaire* (26,3 % vs 16,7 % ; $p < 0,01$), *système digestif* (13,0 % vs 6,8 % ; $p < 0,01$), *psychologique* (10,2 % vs 4,1 % ; $p < 0,01$), *général et non spécifié* (5,6 % vs 2,3 % ; $p < 0,01$) et *social* (1,1 % vs 0,0 % ; $p = 0,04$) étaient significativement plus fréquents.

Concernant la prise en charge, la prescription de biologie était significativement moins fréquente dans le groupe avec arrêt (9,0 % vs 17,6 % ; $p < 0,01$), de même que les ordonnances de pharmacie (77,1 % vs 86,0 % ; $p < 0,01$) et les adressages vers un autre professionnel (8,2 % vs 15,5 % ; $p < 0,01$).

Le délai de consultation était significativement plus court dans les consultations avec arrêt (délai moyen de 3,2 jours vs 7,4 jours ; $p < 0,01$ ou délai médian 2 jours vs 4 jours ; $p < 0.01$).

Ainsi, les consultations donnant lieu à un arrêt de travail se distinguaient par un profil de patients plus jeune et majoritairement de sexe masculin, consultant plus fréquemment pour des douleurs ostéo-articulaires, des signes généraux, ou des symptômes d'ordre psychologique ou digestif. Par ailleurs, le délai de recours était

plus court pour ces consultations et les prescriptions complémentaires de pharmacie ou biologie plus rares. (Tableau 8)

Dans le tableau ci-dessous (Tableau 8), afin d'en faciliter la lecture, les p-values sont mises en évidence : en rouge lorsque la catégorie est significativement prédominante dans le groupe *avec arrêt*, et en vert lorsqu'elle l'est dans le groupe *sans arrêt*.

	Prescription d'un Non (n = 556)	arrêt de travail Oui (n = 354)	P-value
Age moyen (écart type)	42.1 (14.9)	36.3 (12.5)	< 0.01
Age médian [Q1 ; Q3]	42 [30 ; 55,2]	34 [27 ; 46]	< 0,01
Sexe			< 0.01
Femme	367 (66.0%)	179 (50.6%)	
Homme	189 (34.0%)	175 (49.4%)	
Plusieurs motifs de consultation			0.21
Non	500 (89.9%)	327 (92.4%)	
Oui	56 (10.1%)	27 (7.6%)	
Motif de consultation			
Douleur membre ou articulation	107 (19.2%)	97 (27.4%)	< 0.01
Symptômes de la sphère ORL	100 (18.0%)	19 (5.4%)	< 0.01
Douleur abdomino-pelvienne	37 (6.7%)	22 (6.2%)	0.79
Symptôme cutané	41 (7.4%)	4 (1.1%)	< 0.01
Symptôme neurologique	27 (4.9%)	6 (1.7%)	0.01
Signe fonctionnel urinaire	34 (6.1%)	2 (0.6%)	< 0.01
Signes généraux	62 (11.2%)	94 (26.6%)	< 0.01
Symptôme respiratoire	100 (18.0%)	25 (7.1%)	< 0.01
Demande document / ordonnance / arrêt	14 (2.5%)	24 (6.8%)	< 0.01
Symptôme psychologique	16 (2.9%)	35 (9.9%)	< 0.01
Symptôme digestif	15 (2.7%)	35 (9.9%)	< 0.01
Symptôme oculaire	15 (2.7%)	7 (2.0%)	0.49
Symptôme génital	8 (1.4%)	5 (1.4%)	0.97
Symptôme cardiovasculaire	12 (2.2%)	4 (1.1%)	0.25
Résultats bilan ou imagerie	14 (2.5%)	1 (0.3%)	< 0.01
C2S			0.04
Non	472 (84.9%)	317 (89.5%)	
Oui	84 (15.1%)	37 (10.5%)	
Catégorie de diagnostic selon CISP-II			
Cardiovasculaire	10 (1.8%)	1 (0.3%)	0,047

Général et non spécifié	13 (2.3%)	20 (5.6%)	<0,01
Grossesse / accouchement	4 (0.7%)	4 (1.1%)	0,74
Métabolisme / nutrition / endocrinologie	1 (0.2%)	1 (0.3%)	1
Neurologie	13 (2.3%)	4 (1.1%)	0,17
Œil	13 (2.3%)	5 (1.4%)	0,37
Oreille	87 (15.6%)	18 (5.1%)	< 0,01
Ostéo-articulaire	93 (16.7%)	93 (26.3%)	< 0,01
Peau	44 (7.9%)	5 (1.4%)	< 0,01
Psychologique	23 (4.1%)	36 (10.2%)	< 0,01
Respiratoire	161 (29.0%)	110 (31.1%)	0,19
Sang / système hématopoïétique / immunologie	2 (0.4%)	0 (0.0%)	0,52
Social	0 (0.0%)	4 (1.1%)	0,04
Système digestif	38 (6.8%)	46 (13.0%)	< 0,01
Système génital féminin	7 (1.3%)	3 (0.8%)	0,57
Système génital masculin	3 (0.5%)	0 (0.0%)	0,55
Système urinaire	44 (7.9%)	4 (1.1%)	< 0,01
Médecin traitant (MT)			0.59
Aucun	68 (13.6%)	34 (11.1%)	
MT dans la MSP	336 (67.3%)	210 (68.9%)	
MT extérieur à la MSP	95 (19.0%)	61 (20.0%)	
Prescription d'un examen de laboratoire			< 0.01
Non	458 (82.4%)	322 (91.0%)	
Oui	98 (17.6%)	32 (9.0%)	
Ordonnance de pharmacie			< 0.01
Non	78 (14.0%)	81 (22.9%)	
Oui	478 (86.0%)	273 (77.1%)	
Prescription d'une imagerie			0.49
Non	473 (85.1%)	307 (86.7%)	
Oui	83 (14.9%)	47 (13.3%)	
Adressage vers un autre professionnel			< 0.01
Non	470 (84.5%)	325 (91.8%)	
Oui	86 (15.5%)	29 (8.2%)	
Professionnel vers qui l'adressage est réalisé			0.1
Autre spécialiste que MG	27 (31.4%)	7 (24.1%)	
Avis Omnidoc	6 (7.0%)	0 (0.0%)	
Dentiste	2 (2.3%)	0 (0.0%)	
Infirmier en Pratique Avancée (IPA)	11 (12.8%)	3 (10.3%)	
Kinésithérapeute	18 (20.9%)	13 (44.8%)	
Podologue	2 (2.3%)	0 (0.0%)	
Psychologue	1 (1.2%)	2 (6.9%)	
Service d'Accueil des Urgences (SAU)	19 (22.1%)	4 (13.8%)	
Délai de consultation moyen (jours)	7.4 (11.8)	3.2 (3.9)	< 0.01
Délai de consultation médian (jours)	4 [2 ; 7]	2 [1 ; 4]	< 0,01

Tableau 8 : Caractéristiques sociodémographiques, motifs de consultation, délai de consultation, prise en charge et adressage des SNP entre juillet 2024 et juillet 2025 selon la prescription d'un arrêt de travail (n = 910).

3. Adressage

11,6 % des consultations de SNP conduisaient à un adressage à un autre professionnel de santé.

Les patients étaient adressés dans 26,6 % des cas à un autre médecin, dans 22,9 % des cas au SAU, dans 22,4 % des cas à un kinésithérapeute et dans 12,6 % des cas à un IPA. (Tableau 9)

Adressage vers un autre professionnel	Effectif	Pourcentage
Non	1555	88,4
Oui	205	11,6
Professionnel vers qui l'adressage est réalisé		
Autre spécialiste que MG	57	26,6
Service d'Accueil des Urgences (SAU)	49	22,9
Kinésithérapeute	48	22,4
Infirmier en Pratique Avancée (IPA)	27	12,6
Podologue	12	5,6
Psychologue	10	4,7
Avis Omnidoc	8	3,7
Dentiste	3	1,4

Tableau 9 : Effectif et pourcentage de l'adressage et professionnels vers qui l'adressage est réalisé

Les adressages étaient plus fréquents pour les *symptômes cardiovasculaires* (48,1 % ; $p < 0,01$), les *résultats bilan ou imagerie* (38,1 % ; $p < 0,01$), les *douleurs de membre ou articulation* (21,3 %), les *symptômes neurologiques* (20 %) et *psychologiques* (17,9 %). (Tableau 11)

	IPA (n = 27)	Kinésithérapeute (n = 48)	SAU (n = 49)	P-value
Age	36.6 (23.8)	41.6 (19.3)	29.3 (26.5)	0.04
Age médian	34 [20.5 ; 51]	44[27.8 ;52.5]	26[4 ; 49]	
Sexe				0.39
Femme	11 (42.3%)	27 (58.7%)	27 (55.1%)	
Homme	15 (57.7%)	19 (41.3%)	22 (44.9%)	
Plusieurs motifs de consultation				-
Non	23 (88.5%)	38 (82.6%)	49 (100.0%)	
Oui	3 (11.5%)	8 (17.4%)	0 (0.0%)	
Motif de consultation				
Douleur membre ou articulation	0 (0.0%)	38 (79.2%)	3 (6.1%)	< 0.01
Symptômes de la sphère orl	4 (14.8%)	3 (6.25%)	6 (12.2%)	0.25
Douleur abdomino-pelvienne	1 (3.7%)	0 (0.0%)	8 (16.3%)	-
Symptôme cutané	1 (3.7%)	2 (4.2%)	1 (2.0%)	0.43
Symptôme neurologique	2 (7.4%)	1 (2.1%)	4 (8.2%)	0.97
Signe Fonctionnel Urinaire	0 (0.0%)	2 (4.2%)	2 (4.1%)	-
Signes généraux	5 (18.5%)	1 (2.1%)	10 (20.4%)	0.03
Symptôme respiratoire	9 (33.3%)	2 (4.2%)	4 (8.2%)	< 0.01
Demande doc / ordo / arrêt	0 (0.0%)	1 (2.1%)	0 (0.0%)	-
Symptôme psychologique	2 (7.4%)	2 (4.2%)	2 (4.1%)	0.77
Symptôme digestif	0 (0.0%)	1 (2.1%)	2 (4.1%)	-
Symptôme oculaire	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	-
Symptôme génital	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (4.1%)	-
Symptôme cardiovasculaire	7 (25.9%)	2 (4.2%)	5 (10.2%)	0.03
Résultats bilan ou imagerie	0 (0.0%)	1 (2.1%)	0 (0.0%)	-

Tableau 10 : Caractéristiques sociodémographiques et motifs de consultation des SNP entre juillet 2024 et juillet 2025 pour les patients orientés vers un IPA, un kinésithérapeute ou le SAU (n = 124).

En comparant les caractéristiques des SNP suivant l'adressage à un IPA, à un kinésithérapeute ou au SAU, on retrouvait une différence significative entre l'âge des patients pour deux groupes : ceux qui étaient adressés au SAU étaient significativement plus jeunes que ceux adressés à un kinésithérapeute ($p = 0.02$).

Tous les patients ayant été adressés au SAU avaient un motif unique.

Les patients adressés à un kinésithérapeute consultaient significativement plus pour une douleur de membre ou d'articulation que les patients adressés au SAU (79,2 % vs 6,1 % ; $p < 0.01$).

Les patients adressés à un IPA l'étaient significativement plus souvent pour des symptômes respiratoires (33,3 % ; $p < 0.01$) ou des symptômes cardiovasculaires (25,9 % ; $p = 0.01$).

Les patients adressés au SAU avaient pour motifs principaux des signes généraux (20,4 %), une douleur abdomino-pelvienne (16,3 %), un symptôme de la sphère ORL (12,2 %) ou un symptôme cardiovasculaire (10,2 %). (Tableau 10)

4. Caractéristiques sociodémographiques, actes prescrits suivant le motif de consultation

L'âge variait significativement selon le motif ($p < 0,01$). Les consultations pour *symptômes cutanés, digestifs* ou *oculaires* concernaient des patients plus jeunes (médiane entre 16 et 19,5 ans) tandis que les motifs classés dans *résultats bilan ou imagerie, cardiovasculaire* ou *ostéo-articulaire* impliquaient des patients plus âgés (médiane entre 44 et 49 ans).

La répartition homme/femme variait significativement ($p < 0,01$) selon le motif. Notamment, les *symptômes génitaux* (80 % de femmes), les *SFU* (84,2 % de femmes), les *symptômes cardiovasculaires* (74,1 % de femmes) et les *douleurs abdomino-pelviennes* (72,3 % de femmes) concernaient surtout des femmes, tandis que les *demandes de documents, ordonnances ou arrêts* concernaient davantage d'hommes (63 %).

La délivrance d'un arrêt maladie dépendait du motif ($p < 0,01$). Les plus fortes proportions d'arrêt étaient observées pour les *demandes de documents / ordonnances / arrêts* (80 %), les *symptômes psychologiques* (71,1 %), les *symptômes digestifs* (71,1 %), les *signes généraux* (61,6 %) et les *douleurs de membre ou articulation* (47,4 %).

La C2S était légèrement plus fréquente dans certains motifs ($p = 0,02$), en particulier pour les *symptômes génitaux* (33,3 %), *cardiovasculaires* (25,9 %) et *psychologiques* (25 %).

Concernant la prise en charge, la prescription de biologie était plus fréquente dans certains motifs ($p < 0,01$), en particulier les *SFU* (50,9 %) et les *douleurs abdomino-pelviennes* (35,7 %) ; les ordonnances de pharmacie moins fréquentes pour les *demandes de document / ordonnance ou arrêt maladie*, les *symptômes cardiovasculaires, génitaux ou psychologiques*, mais très fréquentes pour les autres motifs (> 80 %) ; les examens complémentaires plus souvent prescrits dans les *douleurs ostéo-articulaires* (38,6 % ; $p < 0,01$).

Enfin le délai de consultation était plus court pour les *demandes de document / ordonnance ou arrêt*, les *signes généraux* et les *symptômes cardiovasculaires, digestifs et oculaires* avec des délais médians de 1 ou 2 jours.

Ces résultats soulignent que les caractéristiques démographiques, la prescription et l'orientation variaient fortement suivant le motif initial de consultation. (Tableau 11)

	Motif de consultation															P-value
	Demande doc / ordo / arrêt (n = 27)	Douleur abdomino-pelvienn e (n = 112)	Douleur membre ou articulation (n = 272)	Résultat bilan ou imagerie (n = 21)	Signe fonctionnel urinaire (n = 57)	Signes généraux (n = 328)	Symptôme cardiovasculaire (n = 27)	Symptôme cutané (n = 137)	Symptôme digestif (n = 108)	Symptôme génital (n = 15)	Symptôme neurologique (n = 50)	Symptôme oculaire (n = 38)	Symptôme psychologique (n = 56)	Symptôme respiratoire (n = 275)	Symptômes de la sphère ORL (n = 237)	
Age moyen	42.1 (14.4)	31.2 (22.6)	44.1 (20.0)	44.0 (24.3)	40.9 (23.9)	25.1 (22.2)	45.3 (23.2)	24.1 (25.1)	21.3 (20.7)	27.2 (19.7)	42.5 (24.8)	22.8 (20.6)	36.6 (16.0)	30.6 (27.0)	30.1 (23.4)	< 0.01
Age médian	40 [31.5 ; 49.5]	26 [12.8 ; 48.3]	45 [29 ; 59]	49 [23 ; 60]	38 [23 ; 62]	21 [4 ; 38.5]	44 [28.5 ; 59.5]	16 [3 ; 37]	18 [2.3 ; 35]	27 [12 ; 36]	41 [25 ; 62.8]	19.5 [3.3 ; 34.8]	35 [26 ; 48]	25 [4 ; 57.5]	25 [11 ; 51]	
Sexe																< 0.01
Femme	10 (37.0%)	81 (72.3%)	141 (51.8%)	13 (61.9%)	48 (84.2%)	168 (51.2%)	20 (74.1%)	77 (56.2%)	58 (53.7%)	12 (80.0%)	34 (68.0%)	18 (47.4%)	32 (57.1%)	160 (58.2%)	140 (59.1%)	
Homme	17 (63.0%)	31 (27.7%)	131 (48.2%)	8 (38.1%)	9 (15.8%)	160 (48.8%)	7 (25.9%)	60 (43.8%)	50 (46.3%)	3 (20.0%)	16 (32.0%)	20 (52.6%)	24 (42.9%)	115 (41.8%)	97 (40.9%)	
Plusieurs motifs de consultation																-
Non	25 (92.6%)	98 (87.5%)	235 (86.4%)	19 (90.5%)	50 (87.7%)	314 (95.7%)	27 (100.0%)	125 (91.2%)	99 (91.7%)	15 (100.0%)	44 (88.0%)	36 (94.7)	53 (94.6%)	264 (96.0%)	224 (94.5%)	
Oui	2 (7.4%)	14 (12.5%)	37 (13.6%)	2 (9.5%)	7 (12.3%)	14 (4.3%)	0 (0.0%)	12 (8.8%)	9 (8.3%)	0 (0.0%)	6 (12.0%)	2 (5.3%)	3 (5.4%)	11 (4.0%)	13 (5.5%)	
Arrêt maladie (exclusion des non concernés)																< 0.01
Non	5 (20%)	36 (63,2%)	101 (52,6%)	11 (91,7%)	32 (94,1%)	58 (38,4%)	11 (78,6%)	41 (91,1%)	13 (28,9%)	4 (50%)	25 (80,6%)	14 (73,7%)	13 (28,9%)	94 (79,7%)	98 (86%)	
Oui	20 (80%)	21 (36,8%)	91 (47,4%)	1 (8,3%)	2 (5,9%)	93 (61,6%)	3 (21,4%)	4 (8,9%)	32 (71,1%)	4 (50%)	6 (19,4%)	5 (26,3%)	32 (71,1%)	24 (20,3%)	16 (14%)	
C2S																0.02
Non	24 (88.9%)	90 (80.4%)	241 (88.6%)	20 (95.2%)	49 (86.0%)	251 (76.5%)	20 (74.1%)	104 (75.9%)	86 (79.6%)	10 (66.7%)	39 (78.0%)	29 (76.3%)	42 (75.0%)	219 (79.6%)	186 (78.5%)	
Oui	3 (11.1%)	22 (19.6%)	31 (11.4%)	1 (4.8%)	8 (14.0%)	77 (23.5%)	7 (25.9%)	33 (24.1%)	22 (20.4%)	5 (33.3%)	11 (22.0%)	9 (23.7%)	14 (25.0%)	56 (20.4%)	51 (21.5%)	
Prescription d'un																< 0.0

NIEUWJAER Ombeline

Résultats

examen de laboratoire																	1
Non	25 (92.6%)	72 (64.3%)	251 (92.3%)	16 (76.2%)	28 (49.1%)	293 (89.3%)	20 (74.1%)	130 (94.9%)	82 (75.9%)	12 (80.0%)	44 (88.0%)	37 (97.4%)	51 (91.1%)	243 (88.4%)	225 (94.9%)		
Oui	2 (7.4%)	40 (35.7%)	21 (7.7%)	5 (23.8%)	29 (50.9%)	35 (10.7%)	7 (25.9%)	7 (5.1%)	26 (24.1%)	3 (20.0%)	6 (12.0%)	1 (2.6%)	5 (8.9%)	32 (11.6%)	12 (5.1%)		
Ordonnance de pharmacie																	< 0.01
Non	16 (59.3%)	26 (23.2%)	44 (16.2%)	9 (42.9%)	8 (14.0%)	41 (12.5%)	14 (51.9%)	26 (19.0%)	13 (12.0%)	7 (46.7%)	8 (16.0%)	3 (7.9%)	28 (50.0%)	44 (16.0%)	28 (11.8%)		
Oui	11 (40.7%)	86 (76.8%)	228 (83.8%)	12 (57.1%)	49 (86.0%)	287 (87.5%)	13 (48.1%)	111 (81.0%)	95 (88.0%)	8 (53.3%)	42 (84.0%)	35 (92.1%)	28 (50.0%)	231 (84.0%)	209 (88.2%)		
Prescription d'une imagerie																	< 0.01
Non	24 (88.9%)	92 (82.1%)	167 (61.4%)	19 (90.5%)	57 (100.0%)	316 (96.3%)	21 (77.8%)	130 (94.9%)	107 (99.1%)	10 (66.7%)	41 (82.0%)	37 (97.4%)	55 (98.2%)	248 (90.2%)	232 (97.9%)		
Oui	3 (11.1%)	20 (17.9%)	105 (38.6%)	2 (9.5%)	0 (0.0%)	12 (3.7%)	6 (22.2%)	7 (5.1%)	1 (0.9%)	5 (33.3%)	9 (18.0%)	1 (2.6%)	1 (1.8%)	27 (9.8%)	5 (2.1%)		
Adressage vers autre professionnel																	< 0.01
Non	27 (100.0%)	95 (84.8%)	214 (78.7%)	13 (61.9%)	55 (96.5%)	307 (93.6%)	14 (51.9%)	121 (88.3%)	103 (95.4%)	13 (86.7%)	40 (80.0%)	37 (97.4%)	46 (82.1%)	259 (94.2%)	211 (89.0%)		
Oui	0 (0.0%)	17 (15.2%)	58 (21.3%)	8 (38.1%)	2 (3.5%)	21 (6.4%)	13 (48.1%)	16 (11.7%)	5 (4.6%)	2 (13.3%)	10 (20.0%)	1 (2.6%)	10 (17.9%)	16 (5.8%)	26 (11.0%)		
Délai de consultation moyen (jours)	2.9 (4.8)	4.2 (4.3)	8.2 (12.5)	8.0 (8.3)	4.6 (4.6)	2.8 (3.0)	5.5 (12.0)	5.6 (7.8)	2.7 (2.8)	15.4 (44.0)	6.9 (9.4)	4.3 (7.6)	6.6 (7.0)	7.0 (8.4)	4.0 (3.6)		< 0.01
Délai de consultation médian (jours)	1 [1 ; 2]	3 [1.5 ; 6.5]	4 [2 ; 10]	4 [2 ; 14]	3 [2 ; 6.75]	2 [1 ; 3]	1 [1 ; 3.75]	3 [2 ; 7]	2 [1 ; 4]	3 [1.25 ; 4.75]	4 [2 ; 7]	2 [1 ; 4]	4 [2 ; 7]	4 [2 ; 7]	3 [2 ; 5]		

Tableau 11 : Caractéristiques sociodémographiques, prise en charge et adressage des consultations non programmées entre juillet 2024 et juillet 2025 selon le motif de consultation (n = 1760).

VIII. Etude des caractéristiques de la population, des motifs et des actes prescrits en fonction du nombre de consultations par individu

Plusieurs différences significatives émergent entre les groupes selon le nombre de SNP par patient.

Concernant l'âge, les patients multipliant les consultations (> 5) étaient significativement plus jeunes (24,5 ans) que ceux ayant eu seulement 1 à 2 consultations (36,2 ans ; $p < 0,01$).

La proportion d'arrêts maladie prescrits variait entre les groupes ($p < 0,01$), plus fréquente chez ceux avec 1 à 5 consultations (39 %) et > 5 consultations (50,7 %) contre 35,5 % chez ceux avec 1 à 2 consultations.

Les bénéficiaires de la C2S étaient plus représentés dans le groupe à consultations répétées (38,5 % chez > 5 consultations vs 14,3 % chez 1-2 consultations ; $p < 0,01$).

Les patients qui consultaient le plus grand nombre de fois avaient pour la plupart leur médecin traitant dans la MSP (90,1 % ; $p < 0,01$).

Enfin concernant le motif de consultation, les symptômes digestifs étaient plus fréquents chez les patients multipliant les consultations (9,3 % vs 5,4 % ; $p = 0,05$). Il n'était pas retrouvé de différence significative concernant les autres motifs de consultation.

Ces résultats suggèrent que les patients les plus consommateurs de SNP étaient plus jeunes, plus souvent bénéficiaires de la C2S, et davantage suivis par les médecins de la MSP. Ils présentaient également plus souvent des motifs digestifs et obtenaient plus fréquemment un arrêt de travail. (Tableau 12)

	Nombre de consultations individuelles par patient			p-value
	1-2 (n = 921)	2-5 (n = 538)	6-13 (n = 301)	
Age	36.2 (23.8)	28.3 (24.1)	24.5 (22.0)	< 0.01
Sexe				0.13
Femme	510 (55.4%)	327 (60.8%)	175 (58.1%)	
Homme	411 (44.6%)	211 (39.2%)	126 (41.9%)	
Plusieurs motifs de consultation				0.81
Non	852 (92.5%)	500 (92.9%)	276 (91.7%)	
Oui	69 (7.5%)	38 (7.1%)	25 (8.3%)	
Motif de consultation				
Douleur membre ou articulation	159 (17.3%)	90 (16.7%)	42 (14.0%)	0.40
Symptômes de la sphère ORL	126 (13.7%)	76 (14.1%)	45 (15.0%)	0.86
Douleur abdomino-pelvienne	61 (6.6%)	30 (5.6%)	26 (8.6%)	0.23
Symptôme cutané	62 (6.7%)	48 (8.9%)	27 (9.0%)	0.23
Symptôme neurologique	28 (3.0%)	17 (3.2%)	7 (2.3%)	0.77
Signe Fonctionnel Urinaire	33 (3.6%)	17 (3.2%)	13 (4.3%)	0.69
Signes généraux	191 (20.7%)	92 (17.1%)	53 (17.6%)	0.18
Symptôme respiratoire	147 (16.0%)	90 (16.7%)	50 (16.6%)	0.92
Demande document /	32 (3.5%)	10 (1.9%)	5 (1.7%)	0.09

ordonnance / arrêt				
Symptôme psychologique	34 (3.7%)	21 (3.9%)	13 (4.3%)	0.89
Symptôme digestif	50 (5.4%)	40 (7.4%)	28 (9.3%)	0.05
Symptôme oculaire	20 (2.2%)	13 (2.4%)	10 (3.3%)	0.53
Symptôme génital	14 (1.5%)	7 (1.3%)	3 (1.0%)	0.78
Symptôme cardiovasculaire	17 (1.8%)	9 (1.7%)	6 (2.0%)	0.94
Résultats bilan ou imagerie	12 (1.3%)	12 (2.2%)	1 (0.3%)	0.08
Lésions cutanées	9 (1.0%)	7 (1.3%)	2 (0.7%)	0.67
Arrêt maladie (NC exclus)				< 0.01
Non	329 (64.5%)	155 (61%)	72 (49.3%)	
Oui	181 (35.5%)	99 (39%)	74 (50.7%)	
C2S				< 0.01
Non	789 (85.7%)	436 (81.0%)	185 (61.5%)	
Oui	132 (14.3%)	102 (19.0%)	116 (38.5%)	
Médecin traitant (MT)				< 0.01
Aucun	100 (13.1%)	81 (16.5%)	28 (9.5%)	
Praticien de la MSP	438 (57.4%)	350 (71.1%)	265 (90.1%)	
MT extérieur à la MSP	225 (29.5%)	61 (12.4%)	1 (0.3%)	
Prescription d'une biologie ou examen de laboratoire				0.44
Non	791 (85.9%)	473 (87.9%)	265 (88.0%)	
Oui	130 (14.1%)	65 (12.1%)	36 (12.0%)	
Ordonnance de pharmacie				0.18
Non	165 (17.9%)	106 (19.7%)	44 (14.6%)	
Oui	756 (82.1%)	432 (80.3%)	257 (85.4%)	
Prescription d'un examen complémentaire				0.67
Non	809 (87.8%)	477 (88.7%)	270 (89.7%)	
Oui	112 (12.2%)	61 (11.3%)	31 (10.3%)	
Adressage vers un autre professionnel				0.42
Non	805 (87.4%)	482 (89.6%)	268 (89.0%)	
Oui	116 (12.6%)	56 (10.4%)	33 (11.0%)	
Délai de consultation (jours)	5.5 (8.1)	5.3 (9.4)	4.6 (7.8)	0.38

Tableau 12 : Caractéristiques sociodémographiques, motifs de consultation, prise en charge et adressage des SNP entre juillet 2024 et juillet 2025 selon le nombre de consultations par patient (n = 1760).

NC = Non Concernés

Discussion

I. Critiques

1. Limites

La principale limite de cette étude réside dans la méthode de regroupement des motifs de consultation et des diagnostics. Ces regroupements ont été réalisés à posteriori, de façon manuelle et suivant une approche ad hoc. Cette démarche ne repose pas sur une classification validée ou standardisée.

Pour les diagnostics, seule la classification par grandes catégories de la CISP-II a été utilisée, ce qui assure une certaine cohérence interne mais limite la comparabilité avec d'autres travaux ayant eu recours à des systèmes de codage plus fins.

Le classement des motifs et diagnostics s'est parfois révélé complexe, certains pouvant relever de plusieurs catégories simultanément. Ces choix d'affectation, réalisés de manière arbitraire et subjective, ont pu introduire un biais de classification susceptible d'influencer la répartition observée et l'interprétation des résultats.

Une seconde limite de cette étude provient de l'absence de prise en compte du degré d'urgence. Bien que cette variable ait été prévue initialement, elle n'a pas pu être exploitée. D'une part, il n'existe pas de classification consensuelle ni validée du degré d'urgence en soins primaires : les approches décrites dans la littérature

demeurent le plus souvent empiriques ou spécifiques à des contextes hospitaliers, et sont donc difficilement transposables à la médecine générale. D'autre part, le degré d'urgence ou le degré de justification de la consultation n'était pas renseigné par le praticien dans le dossier médical, ce qui rendait impossible toute évaluation objective à posteriori.

Une troisième limite de l'étude tient à la qualité inégale du recueil des motifs de consultation. Le motif initialement invoqué par le patient n'était pas systématiquement renseigné dans l'agenda, comme prévu, et était souvent recherché dans le dossier médical, mais son identification n'était pas toujours aisée ou explicite. Cette variabilité d'enregistrement du motif expose à un biais d'information (ou de classification) lié à l'interprétation du contenu des dossiers, susceptible d'altérer légèrement la fiabilité de la catégorisation des motifs de SNP.

Enfin une dernière limite de l'étude concerne les données manquantes, en particulier pour la variable « délai de consultation ». Ce délai était connu en jours dans 88 % des cas, dans 2,3 % des cas la donnée n'était pas numérique (exprimée en années, mois ou semaines) en raison du mode de saisie dans le dossier médical et dans 9,5 % des cas il n'était pas connu. La catégorie de motifs *symptômes psychologiques* présentait la proportion la plus élevée de données manquantes ou non numériques, avec respectivement 39,3 % et 16,1 %, ce qui introduit un biais de mesure et limite l'interprétation de cette variable, mais laisse à penser que le délai de consultation était certainement sous-estimé dans cette catégorie.

2. Forces

La principale force de cette étude repose sur son caractère exhaustif : l'ensemble des consultations de SNP réalisées au sein d'une même MSP ont été analysées, sans sélection ni exclusion. La durée d'observation d'une année glissante constitue également un atout majeur, puisqu'elle permet d'apprécier les variations mensuelles de fréquentation ainsi que l'évolution des motifs et diagnostics au fil du temps.

Un autre point fort tient dans la richesse du recueil de données. Peu d'études combinent, au sein d'un même travail, autant de variables tant sociodémographiques que cliniques. Cette approche multidimensionnelle offre une vision détaillée et nuancée du recours aux SNP, de leurs motifs et de leurs enjeux.

Enfin, cette étude porte sur le futur lieu d'exercice de l'auteure, ce qui lui confère une utilité directe pour mieux comprendre la place des SNP dans l'activité des médecins généralistes ainsi que leur complexité.

II. Résultats principaux

Les SNP représentaient 31,4 % de l'activité des MG de la MSP (1760 SNP pour un total de 5605 consultations et visites entre juillet 2024 et juillet 2025) avec un

pic en janvier et un nadir en mai. Les SNP étaient plus fréquents le lundi et moins fréquents le jeudi.

Le délai de consultation global était de 3 jours et la plupart des SNP avaient un motif unique (92,5 %).

1. Profil des patients

Concernant le profil des patients consultant pour des SNP à la MSP de Râches :

- Ils habitaient principalement les communes de Râches (52,4 %), Douai (12,2 %), Roost-Warendin (5,9 %) et Flines-lez-Raches (5,4 %) ;
- Les femmes étaient plus nombreuses à y avoir recours (57,5 %) ;
- L'âge médian était de 29 ans. La tranche d'âge 0-10 ans était la plus représentée (25,6 %) ;
- 19,9 % des patients étaient couverts par la C2S ;
- 59,8 % des patients avaient leur MT dans la MSP et 11,9 % des patients n'avaient pas de médecin traitant.

2. Motifs des SNP

Concernant les motifs des SNP, 147 motifs distincts ont été recensés et regroupés en 15 catégories. Les catégories de motifs les plus fréquentes étaient :

- *Signes généraux* (18,8 %) avec comme motifs déclarés prédominants *état grippal* (ou *grippe clinique*) à 52,7 % et *fièvre* à 34,8 % ;

- *Symptômes respiratoires* (15,6 %) avec comme motif déclaré majoritaire *toux* à 90,9 % ;
- *Douleurs de membre ou articulation* (15,5 %) avec comme motifs déclarés principaux *douleur rachis* à 37,5% (dont *lombalgie* 71,6 %, *cervicalgie* 20,6 %), *arthralgie* à 12,9 % et *gonalgie* à 10,7 % ;
- *Symptômes de la sphère ORL* (13,5 %) avec comme motifs déclarés principaux *otalgie* (33,8 %) et *odynophagie* (31,2 %).

La toux était le premier motif déclaré (14,3 % des SNP), suivi par état grippal (9,8 %) et fièvre (6,7 %).

L'évolution des motifs de SNP par mois montrait une acmé des signes généraux en janvier : ils étaient prédominants de décembre 2024 à février 2025. Il y avait un pic plus précoce hivernal des symptômes respiratoires avec prédominance en octobre et novembre 2024 et les douleurs de membre ou articulation étaient stables sur toute l'année mais étaient majoritaires de mars à juillet 2025.

3. Diagnostics des SNP

Concernant les diagnostics des SNP, 301 diagnostics différents ont été recensés et regroupés en 17 catégories et également selon les grandes catégories de la CISP-II.

Les catégories de diagnostics les plus fréquentes étaient :

- *Infections virales* (36,1 %) avec comme principaux diagnostics *état grippal* ou *grippe clinique* (30,6 %), *rhinopharyngite* (20,2 %) et *GEA* (15,9 %) ;
- *Infections bactériennes* (19,9 %) avec comme principaux diagnostics : *OMA* (16,9 %), *cystite* (14 %) et *pneumopathie* (12,9 %) ;
- *Rachialgies / sciatiques / cruralgies / NCB* (6,5 %) avec comme principaux diagnostics *lombalgie commune* (45,2 %), *lombosciatique* (21,7 %) et *NCB* (15,7 %) ;
- *Trouble anxieux / TAD / burn-out* (4,5 %) avec comme principaux diagnostics : *trouble anxieux* (40 %), *TAD* (20 %) et *burn-out* (20 %).

Les diagnostics relevaient principalement des grandes catégories de la CISP-II suivantes : *respiratoire* (30,7 %), *ostéo-articulaire* (14,9 %), *oreille* (13,2 %), *système digestif* (11,9 %) et *peau* (8,1 %).

Pour le motif toux (1^{er} motif déclaré), dans 58,6 % des cas, le diagnostic était une infection virale (rhinopharyngite surtout) alors que dans 21,9 % des cas il s'agissait d'une infection bactérienne (*pneumopathie*, *coqueluche* et *OMA* dans l'ordre).

4. Prescriptions

Une ordonnance de pharmacie était rédigée dans 82,1 % des cas, une prescription d'examen de laboratoire dans 13,1 % des cas, et un examen d'imagerie dans 11,6 % des cas.

38,9 % des consultations amenaient à une prescription d'arrêt de travail.

Dans 5,1 % des cas, il n'y avait aucune prescription (ni pharmacie, ni examen de laboratoire ou d'imagerie, ni arrêt de travail, ni courrier d'adressage).

a. Arrêts de travail

Concernant les arrêts de travail, les patients pour qui un arrêt de travail était prescrit étaient significativement plus jeunes, plus souvent de sexe masculin.

Les motifs conduisant à un arrêt étaient principalement liés à des douleurs ostéo-articulaires (47,4 % d'arrêts parmi ceux ayant consulté pour ce motif, n = 91), des signes généraux (61,6 % d'arrêt parmi ceux ayant consulté pour ce motif, n = 93), ou des symptômes d'ordre psychologique (71,1 % d'arrêt parmi ceux ayant consulté pour ce motif, n = 32) ou digestif (71,1 % d'arrêt parmi ceux ayant consulté pour ce motif, n = 32) et le délai de consultation était plus court.

b. Adressages

11,6 % des patients étaient adressés à un autre professionnel : dans 26,6 % des cas à un autre médecin, dans 22,9 % des cas au SAU, dans 22,4 % des cas à un kinésithérapeute et dans 12,6 % des cas à un IPA.

Les patients adressés à un IPA avaient pour un tiers un motif respiratoire et pour plus d'un quart un motif cardiovasculaire.

5. Patients les plus consommateurs de SNP

Concernant les caractéristiques des patients les plus consommateurs de SNP : ils étaient significativement plus jeunes, plus souvent bénéficiaires de la C2S (14,3 % dans le groupe 1-2 consultations vs 38,5 % chez les > 5 consultations). De plus ils consultaient plus souvent pour des symptômes digestifs et un arrêt de travail leur était plus souvent prescrit (35,5 % dans le groupe 1-2 consultations vs 50,7 % dans le groupe > 5 consultations).

III. Interprétation des principaux résultats

1. Part des SNP dans l'activité des médecins généralistes

Dans notre étude, les SNP représentaient 31,4 % de l'activité des MG. Cette proportion apparaît supérieure aux taux retrouvés dans la littérature, généralement compris entre 12 % et 30 % (4-7) sauf pour une étude qui retrouvait un taux de 44,5 % (8). Plusieurs éléments pourraient expliquer cette surestimation :

Premièrement, le recueil a débuté le même jour que le début d'exercice des deux praticiens dans la MSP, et l'un des médecins ne disposait pas encore de patientèle constituée. Dans ce contexte, les créneaux de SNP étaient accessibles à tous, y compris aux patients ayant déjà un médecin traitant, favorisant ainsi leur recours comme premier point de contact avec la structure.

Deuxièmement, l'organisation interne de la MSP peut également avoir influencé cette proportion. Les consultations programmées de suivi étaient prévues sur des créneaux de 30 minutes, contre 20 minutes pour les SNP, alors que la durée moyenne d'une consultation de médecine générale en France est de 16 minutes (30). Cette durée plus longue pour les consultations programmées a pu limiter leur nombre total, augmentant donc la part des SNP dans l'activité globale.

Enfin, le territoire d'implantation est marqué par une tension importante en soins primaires, avec un nombre élevé de patients sans médecin traitant : 11 % de la population française n'avait pas de médecin traitant en 2021 (31) versus 11,9 % dans notre étude et, dans le secteur du Douaisis : 25 médecins généralistes ont cessé leur activité entre 2021 et 2023 (32). De plus les médecins du territoire semblent être rarement remplacés pendant leurs absences. Cette situation a pu réduire les possibilités de consultations, programmées ou non, et contribuer à un report de la demande vers la MSP, où les SNP pouvaient constituer l'un des principaux modes d'accès aux soins.

2. Variation hebdomadaire de la demande de SNP

Dans notre étude, l'activité de SNP présentait un pic le lundi avec un plateau le mardi suivi d'une diminution progressive jusqu'au jeudi, puis une remontée le vendredi. Ce profil peut s'expliquer par l'accumulation des demandes du week-end, entraînant un afflux important le lundi et le mardi (les demandes du week-end n'étant pas toutes absorbées le lundi). L'augmentation observée le vendredi s'explique

probablement par la volonté d'éviter un week-end sans pouvoir accéder à un rendez-vous.

Dans la littérature, aucune donnée ne quantifie précisément la variation hebdomadaire de l'activité des MG français. Nos résultats apportent donc un nouvel éclairage sur la répartition hebdomadaire de l'activité de SNP.

3. Profil des patients consultant pour des SNP

Les données recueillies permettent de mieux caractériser le profil des patients ayant recours aux SNP au sein de la MSP de Râches.

La majorité d'entre eux résidaient dans la commune de Râches, ce qui confirme le rôle central de la MSP des Totems dans l'offre de soins locale. Les communes voisines : Douai, Roost-Warendin et Flines-lez-Raches, étaient ensuite les plus représentées, montrant une attractivité dépassant le strict bassin de vie immédiat.

Les femmes étaient plus nombreuses à avoir recours aux SNP (57,5%), tendance également décrite dans la littérature puisqu'en 2019, 88 % des femmes avaient consulté un médecin généraliste depuis moins d'un an, contre 80 % des hommes (33) et une autre étude datant de 2024 retrouvait un sexe ratio pour les SNP de 0,69 en faveur des femmes (8).

Bien qu'elles soient plus nombreuses dans la population française (51,6 %) (34), plusieurs facteurs peuvent contribuer à expliquer cette sur-représentation.

D'une part, les femmes se déclarent moins souvent en bonne ou très bonne santé que les hommes (33), ce qui pourrait expliquer un recours aux soins plus fréquent. D'autre part, les conditions de travail semblent apparaître globalement plus défavorables à la santé des femmes. Effectivement, selon Santé publique France, la souffrance psychique liée au travail est deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes et près de 60 % des femmes de 18 à 64 ans déclarent des troubles musculosquelettiques du dos ou du membre supérieur, contre 51 % des hommes (35). Ces éléments suggèrent que la charge physique et psychique est plus importante dans le milieu professionnel féminin et pourrait favoriser la survenue de plaintes aiguës (douleurs, troubles fonctionnels, anxiété), susceptibles d'augmenter leur recours aux SNP. Nos résultats montrent aussi que les motifs de la catégorie *symptômes psychologiques* concernaient plus souvent des femmes (57,1 %), de même pour les *douleurs de membre ou articulation* (51,8 % des consultants pour ce motif étaient des femmes).

La médiane d'âge des consultants était de 29 ans. Cette observation traduit un profil globalement jeune, en cohérence avec le fait que 25,6 % des consultations concernaient des enfants âgés de 0 à 10 ans. Ce public est fréquemment sujet à des épisodes aigus (fièvre, infections virales, traumatismes mineurs...), susceptibles d'inquiéter les parents, qui privilégieraient une prise en charge rapide et ainsi les SNP apparaîtraient comme une alternative accessible et rassurante, permettant d'obtenir un avis médical dans un délai court. Il n'existe pas, à notre connaissance, de données de la littérature décrivant spécifiquement le recours aux SNP dans cette

tranche d'âge. Une analyse approfondie des motifs de consultation, des déterminants sociaux et des parcours patients chez les enfants pourrait ainsi permettre de mieux comprendre cette forte sollicitation des SNP par les familles.

Dans notre étude, 19,9 % des patients qui consultaient en SNP étaient couverts par la C2S. Cette proportion est supérieure à celle observée dans la population générale du département du Nord (14,2 %) et plus particulièrement des communes de Râches (6,2 %), Flines-lez-Raches (5,3 %) et Roost-Warendin (9,6 %), mais inférieure à celle de la commune de Douai (24 %) (36). Ces éléments suggèrent que les patients bénéficiant de la C2S pourraient recourir plus fréquemment aux SNP que leur poids démographique ne le laisserait attendre dans la majorité des communes desservies par la MSP. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette sur-représentation :

- Les populations précaires présentent une prévalence plus élevée de pathologies chroniques, ce qui peut entraîner un recours plus fréquent aux soins. Selon la DREES, les 10 % les plus modestes développent significativement plus de maladies chroniques que les 10 % les plus aisés, à âge et sexe comparables : près de trois fois plus de diabète, plus de deux fois plus de maladies du foie ou du pancréas, deux fois plus de pathologies psychiatriques ainsi qu'une fréquence accrue de maladies respiratoires chroniques, cardiovasculaires et neurologiques (37). Cet état de santé plus fragile pourrait favoriser le recours aux SNP ;
- Des difficultés d'accès aux soins programmés (délais, renoncement aux soins, absence de médecin traitant) ;

- Ou encore le fait que les SNP constitueraient une modalité d'accès au système de santé qui pourrait être perçue comme plus rapide et plus simple.

Ces résultats mériteraient d'être approfondis par une analyse des motifs de recours et du parcours de soins de cette population.

4. Motifs des SNP et évolution des motifs par mois

L'analyse de la répartition mensuelle des motifs de SNP mettait en évidence une nette saisonnalité, surtout concernant les signes généraux. Ceux-ci sont prédominants de décembre à février avec un acmé en janvier qui semble correspondre avec l'épidémie de grippe (pour laquelle le pic a été observé en janvier également) (38). Le motif *état grippal*, largement prédominant au sein de cette catégorie, renforce cette concordance.

On observait également un pic plus précoce hivernal des symptômes respiratoires dominés par la toux (plus de 90 % de cette catégorie) avec prédominance de ces motifs en octobre et novembre 2024, ce qui pourrait concorder avec l'augmentation de la circulation des virus à tropisme respiratoire pendant la phase hivernale (entre octobre et mars) (39).

À l'inverse, un nadir du nombre de consultations était observé au mois de mai. Celui-ci pourrait s'expliquer, non seulement par la diminution attendue de la circulation virale saisonnière, mais également par le contexte particulier de grève des SNP à la MSP, organisée en réaction aux propositions de loi gouvernementales, ainsi que par la présence de trois jours fériés. La diminution d'activité qui en a résulté est

susceptible d'avoir artificiellement réduit le nombre de consultations durant cette période.

Enfin, la stabilité annuelle des *douleurs de membre et articulation*, majoritaires entre mars et juillet 2025, suggère des motifs moins soumis à une saisonnalité. Ils représentent toutefois un volume non négligeable de consultations, constituant la troisième catégorie la plus fréquente dans notre étude.

a. Focus sur le motif *toux*

Rappelons que le motif *toux* était le premier motif déclaré des SNP (14,3 %). La prédominance de la toux comme motif de consultation pourrait trouver son explication dans :

- Un décalage entre l'évolution naturelle de la toux et la durée attendue des symptômes. De fait, une méta-analyse retrouvait une durée moyenne d'évolution de la toux de 17,8 jours, alors qu'un sondage réalisé auprès d'américains montrait qu'ils s'attendaient généralement à guérir plus rapidement, avec une durée médiane estimée entre 5 et 7 jours (moyenne entre 7,2 et 9,3 jours) (40). Par ailleurs, une étude qualitative européenne mettait en évidence que la plupart des patients interrogés jugeaient leur toux inhabituelle lorsqu'elle persistait au-delà d'une semaine, et estimaient alors qu'une consultation médicale devenait nécessaire (41). Ce décalage pourrait conduire les patients à consulter pour une persistance jugée anormale des symptômes.

- Une inquiétude importante vis-à-vis de la toux et un impact sur la vie quotidienne. Cela est corroboré par les résultats d'une étude européenne de 2013 qui rapportent que les patients qui consultaient pour une toux étaient tous très inquiets, ils faisaient surtout référence, pour justifier leur consultation aux troubles du sommeil liés à la toux, à une toux constante ou à la crainte d'une infection potentiellement grave (41). D'autre part, une enquête réalisée en 2015 en Italie montrait que 46,4 % des sondés considéraient la toux non pas comme un symptôme mais comme une maladie à part entière, de plus pour une large majorité des personnes interrogées, l'inquiétude concernant la toux était d'autant plus grande si elle affectait un enfant (42). En parallèle, la confirmation radiologique d'une pneumonie en soins primaires reste rare, estimée à environ 0,4 % selon une étude de cohorte anglaise (43). Dans notre étude, le motif « toux » conduisait dans 58,6 % des cas à un diagnostic d'infection virale, dans 21,9 % à une infection bactérienne, et dans 19,5 % à une origine non infectieuse. Ainsi, la majorité des épisodes de toux restaient à priori bénins, ce qui va dans le même sens que les données de la littérature.
- Des attentes concernant une prescription antibiotique, pourtant le plus souvent injustifiée dans la toux aiguë qui est majoritairement d'origine virale. En France, dès 2002, la campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique » a été mise en place pour limiter les prescriptions inadaptées et informer la population sur l'absence d'intérêt des antibiotiques dans les infections virales (44). Malgré cela, les attentes persistent : une étude anglaise de 2013 montrait que 53,1 % des patients consultant leur médecin généraliste pour une toux s'attendaient à recevoir un antibiotique (45), et une étude

européenne réalisée la même année retrouvait une proportion de 45,1 % (46). Concernant la France, 56 % des français pensent que les antibiotiques sont efficaces contre la grippe (44). Ces fausses croyances pourraient donc participer à un recours injustifié aux SNP.

5. Diagnostics des SNP

a. Une majorité des SNP a pour étiologie un épisode infectieux

Dans notre étude, 56 % des SNP présentaient une étiologie infectieuse, avec 36,1 % des SNP d'origine virale et 19,9 % d'origine bactérienne. Cette prédominance infectieuse est cohérente avec les résultats rapportés dans une étude menée dans le Vexin en 2024, où 55,2 % des SNP étaient attribués à une cause infectieuse, représentant également le premier motif de recours. En revanche, cette proportion apparaît nettement plus élevée que celle décrite par la DREES en 2006, qui rapportait 22 % de motifs infectieux parmi les SNP, bien que ceux-ci demeuraient déjà le motif principal à l'époque (4).

Cette forte proportion d'étiologies infectieuses pourrait s'expliquer par :

- Une épidémie grippale 2024-2025 particulièrement précoce et intense (38) ce qui concorde avec le diagnostic le plus posé dans notre étude à savoir *état grippal* ou *grippe clinique* ;
- Des conséquences potentielles de la pandémie COVID avec la notion de « dette immunitaire » qui correspond à une moindre exposition de la population aux agents infectieux pendant la pandémie du fait des gestes

barrières et des confinements, et donc une moindre immunisation face à ces pathogènes (47), Ainsi cette dette immunitaire a pu être responsable d'une recrudescence de l'incidence des maladies infectieuses. Ce phénomène a été mis en évidence chez l'enfant, avec une augmentation documentée des infections à VRS (48) et entérovirus (49) en 2021, avec des taux supérieurs à ceux observés avant la pandémie. En revanche, il n'existe actuellement pas de données permettant d'affirmer si cette dette immunitaire persiste encore aujourd'hui ;

- Un manque d'éducation vis-à-vis des bonnes pratiques dans la gestion des situations bénignes : en effet, 44,1 % de la population française présentaient en 2021 des difficultés en littératie en santé (capacité à « accéder, comprendre, évaluer et appliquer l'information en santé ») (50). Par exemple pour des gestes basiques comme la désobstruction rhino-pharyngée (DRP) chez le nourrisson, une thèse réalisée dans le Nord en 2017 mettait en évidence que seuls 4 % des parents réalisaient le bon geste (51) alors que ce geste est primordial et pourrait réduire le nombre de consultations pour rhinopharyngite, élevé dans notre étude. De plus, il apparaît que les représentations de la population concernant la gravité d'une fièvre restent souvent erronées (52), et que la maîtrise des gestes adaptés en cas de fièvre est insuffisante (53).
- Une prévention encore à un stade précoce de développement en France, dans un système de soins historiquement structuré autour du curatif davantage que du préventif (54). Bien que la France consacre un montant de l'ordre de 15 milliards d'euros à la prévention (un effort comparable à celui de pays comme l'Allemagne et le Royaume-Unis), un rapport de la Cour des

comptes de 2021 souligne que la politique de prévention française en est encore à un stade relativement peu structuré : les circuits de financement restent peu lisibles, la multiplicité des acteurs rend l'articulation difficile, et de nombreuses actions ne disposent pas de preuves d'efficacité solides ou d'un déploiement suffisant pour produire des effets significatifs (54) (55).

b. Les lombalgies : un enjeu de santé publique majeur

Après les étiologies infectieuses, notre étude met en évidence une fréquence élevée des douleurs rachidiennes et des radiculalgies avec une majorité de lombalgies communes. Il s'agit d'un motif de consultation extrêmement fréquent, car la lombalgie aiguë est au deuxième rang des motifs de recours aux soins en France, ce qui est cohérent avec l'estimation selon laquelle quatre personnes sur cinq souffriront de lombalgie commune au cours de leur vie (56). Cette forte prévalence s'explique par le fait que les facteurs de risques de lombalgie que sont : la sédentarité, l'obésité, les contraintes physiques au travail et le tabagisme (57) sont largement répandus dans la population. Aussi, il s'agit de la première cause d'invalidité dans le monde (57) et le poids des arrêts maladie liés à cette étiologie est majeur (58).

De plus des prévisions pour 2050 suggèrent que la prévalence pourrait encore augmenter à travers le monde (59) ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique, d'autant plus que tous ces facteurs de risques sont accessibles à la prévention.

c. Focus sur la santé mentale

Les étiologies psychologiques des SNP représentaient, dans notre étude, une part non négligeable (4^e rang des diagnostics avec 4,5 %). Ce résultat s'inscrit dans un contexte national où la prévalence des états anxieux en France, globalement stable, avoisine 12-13 %, avec une fréquence plus élevée chez les femmes et une association décrite avec des facteurs socio-économiques tels qu'une situation financière difficile ou un faible niveau d'éducation (60). Parallèlement, l'Episode Dépressif Caractérisé (EDC) concernait 12,5 % des adultes en 2021, en augmentation par rapport à 2017, notamment chez les jeunes adultes (61). Au-delà de leur impact individuel, ces troubles entraînent également des répercussions professionnelles et sociales puisqu'ils contribuent de manière importante à l'absentéisme au travail, représentant jusqu'à 35 à 45 % de celui-ci (62), et sont impliqués dans près d'un quart des arrêts longue durée (plus de 30 jours) (63). Ces observations font donc de la santé mentale un enjeu majeur de santé publique.

6. Prescriptions d'ordonnances à l'issue des SNP

Dans notre étude, 17,9 % des patients sortaient de consultation sans ordonnance médicamenteuse. Ce résultat est cohérent avec les données françaises, où la proportion de consultations sans prescription se situe autour de 22 à 24 % (64, 65). Notre taux légèrement inférieur pourrait s'expliquer par le fait que ces études prenaient en compte l'ensemble des consultations de médecine générale, et non uniquement les SNP. Par ailleurs, il a été observé qu'il est plus rare de ne pas prescrire de traitement lors d'une consultation dite « urgente », ou lorsque le patient

exprime l'attente d'un médicament (65), suggérant que les prescripteurs pourraient avoir des difficultés à refuser une ordonnance lorsque le patient pense en avoir besoin, même en l'absence d'indication médicale claire. À titre de comparaison internationale, certains pays européens affichent des taux beaucoup plus élevés : en Suède, près de 70 % des consultations n'aboutissent à aucune prescription médicamenteuse (64), ce qui montre qu'une marge d'amélioration importante existe en France.

D'autre part, dans notre étude, 5,1 % des consultations de SNP se concluaient sans aucune prescription (médicament, examen, arrêt, adressage). Cela suggère que, dans ces situations, la prise en charge semble avoir reposé essentiellement sur l'information et la réassurance, sans qu'une prescription ne soit jugée nécessaire. Cependant, il n'a pas été retrouvé dans la littérature de données estimant la proportion de consultations sans aucun type de prescription, que ce soit en France ou à l'international.

7. Zoom sur les arrêts de travail

Dans notre étude, 38,9 % des consultations de SNP aboutissaient à une prescription d'arrêt de travail. Cette proportion élevée suggère que les SNP répondent fréquemment à des situations ayant un impact fonctionnel immédiat.

Les patients bénéficiant d'un arrêt étaient significativement plus jeunes (médiane à 34 ans vs 42 ans dans le groupe sans arrêt), ce qui est concordant avec les données de la littérature (66, 63). La première cause d'arrêt chez les jeunes actifs

reste les « maladies ordinaires » (grippe, rhume, gastro-entérite...), mais la place des troubles psychologiques est non négligeable (67), et concorde avec l'observation que les populations jeunes présentent une augmentation plus marquée que le reste de la population des EDC (61). Cela pourrait aussi témoigner d'une vision de l'arrêt de travail plus décomplexée chez les jeunes.

Dans notre étude, les arrêts de travail concernaient plus souvent les hommes. Le nombre d'arrêts en valeur absolue était pourtant comparable entre les deux sexes, mais la proportion était plus élevée chez les hommes car les femmes étaient plus nombreuses à consulter, diminuant mécaniquement leur taux d'arrêt. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées.

Premièrement, la population masculine est davantage exposée à des contraintes physiques professionnelles (68), ce qui pourrait augmenter la probabilité d'un arrêt de travail. Il est également possible que, lorsqu'ils consultent, les hommes présentent des tableaux plus avancés ou invalidants, rendant l'arrêt plus fréquent.

Deuxièmement, les données nationales montrent plutôt une tendance inverse : les femmes ont globalement davantage recours aux arrêts de travail que les hommes. Toutefois, une partie significative de cet écart est liée aux conséquences de la grossesse (en dehors des congés maternité et pathologiques) chez les 21-45 ans (69), situation qui pourrait être moins représentée dans notre échantillon, les patientes concernées étant potentiellement suivies dans le cadre de consultations programmées plutôt qu'en SNP.

Enfin, les femmes sont plus fréquemment salariées du secteur tertiaire et des métiers de service, et donc davantage exposées aux risques psychosociaux (68).

Ces contextes professionnels sont associés à des arrêts souvent plus longs (63), ce qui peut contribuer à ce qu'elles cumulent, en population générale, un nombre de jours d'absence plus important que les hommes.

Les principaux motifs d'arrêt retrouvés étaient les *douleurs ostéo-articulaires*, les *signes généraux*, les *troubles psychologiques* et les *symptômes digestifs*. Ces résultats concordent avec la littérature française pour les troubles musculosquelettiques et les affections psychiques, qui figurent parmi les premières causes d'arrêt maladie, en particulier cela a été décrit pour les arrêts de longue durée (70), ceux-ci étant les plus coûteux pour la collectivité (66), et pour les maladies à caractère professionnel (71). De plus, les signes généraux et les symptômes digestifs sont le plus souvent liés à des infections virales, générant des arrêts de courte durée. Or, près de la moitié des arrêts en France relèvent précisément de ces arrêts courts (66).

En Allemagne, certains employeurs autorisent les salariés à s'absenter pour maladie sur simple déclaration, sans consultation médicale immédiate. Le certificat médical n'est alors exigé qu'en cas d'absence dépassant généralement trois jours (72). Un tel dispositif en France pourrait limiter les consultations motivées exclusivement par la délivrance d'un arrêt de courte durée, ce qui pourrait diminuer la charge des SNP et recentrer l'activité des MG sur les situations à enjeu médical.

8. Eclairage sur les adressages

L'orientation de 11,6 % des patients vers d'autres acteurs de santé (autre médecin, SAU, kinésithérapeute ou IPA principalement), met en évidence que la gestion des SNP ne relève pas exclusivement du MG, même s'il y joue un rôle central. Elle nécessite au contraire un recours régulier à l'expertise de multiples professionnels, confirmant l'importance d'une organisation pluriprofessionnelle pour assurer une prise en charge adaptée et efficiente des SNP.

Parmi les patients orientés vers un IPA, un tiers présentaient un motif respiratoire et plus d'un quart un motif cardiovasculaire. Cette répartition s'explique notamment par l'organisation de la MSP, où l'un des IPA réalise des électrocardiogrammes (ECG), des spirométries, met à disposition des tensiomètres et assure l'éducation thérapeutique à l'automesure tensionnelle pour les patients qui en ont besoin. Cela favorise naturellement l'orientation vers l'IPA des patients présentant ces motifs.

9. Caractéristiques des patients les plus consommateurs de SNP

Nos résultats suggèrent que les patients les plus consommateurs de SNP sont plus précaires. Selon les données de la littérature, les jeunes, et particulièrement les 18-24 ans sont les plus touchés par la pauvreté monétaire en France (73), ils sont aussi plus souvent bénéficiaires de la C2S (74). L'état de santé des bénéficiaires de la C2S est plus fragile que le reste de la population avec une plus forte prévalence des maladies chroniques (diabète, maladies cardio-neurovasculaires, psychiatriques

notamment) et une moindre participation aux campagnes de vaccination et de dépistage, ce qui révèle des inégalités d'accès aux soins préventifs (74). De plus, on pourrait émettre l'hypothèse que la barrière financière levée par la C2S facilite la consultation pour urgence ressentie.

IV. Les compétences du médecin généraliste : essentielles dans la gestion complexe des SNP

La prise en charge des SNP en soins primaires est marquée par une grande complexité.

D'une part du fait des motifs et diagnostics qui sont extrêmement variés (pour rappel 147 motifs recensés aboutissant à 301 diagnostics distincts). Cette diversité massive démontre à quel point les SNP couvrent un spectre très large de symptômes, de niveaux de gravité potentiels et de spécialités médicales.

Face à cette diversité, le médecin généraliste est en première ligne, car il est le seul à combiner une expertise clinique polyvalente avec une approche centrée patient c'est à dire une connaissance globale, personnalisée et contextualisée du patient. Sa formation le prépare à gérer des situations très hétérogènes tout en intégrant des dimensions que les autres spécialistes et les autres professionnels de santé n'abordent pas systématiquement : le contexte psychosocial, la prévention, l'éducation en santé, la continuité du suivi et la coordination des soins.

Par ailleurs, la complexité clinique et décisionnelle des SNP ne peut être déléguée aux professions de santé non médicales, qui ne disposent pas, de manière

indépendante, des compétences nécessaires pour évaluer, diagnostiquer et engager une prise en charge thérapeutique complète dans des situations variées et imprévues comme les SNP. Bien que les politiques de santé tendent à élargir la gestion de certaines pathologies à d'autres professionnels (pharmaciens, kinésithérapeutes, orthophonistes) via l'accès direct, cette orientation pourrait exposer à une diminution de la qualité des soins et à un risque accru d'errance médicale.

La gestion des SNP fait partie intégrante de la "marguerite des compétences" du MG, modèle de référence décrivant l'identité et les spécificités de la discipline et celle-ci mobilise simultanément plusieurs pétales : l'approche globale et centrée patient, la complexité, la prévention, l'éducation en santé et la coordination des soins notamment (75) (Annexe 1).

De plus, le MG, dans sa pratique, doit souvent prendre des décisions, et donc engager sa responsabilité dans l'incertitude. Dans le cadre des SNP, l'incertitude est courante du fait notamment : de symptômes parfois débutants ou non spécifiques, de l'absence d'examens complémentaires immédiats, de l'accueil de patients parfois non connus du praticien ou de situations sociales parfois complexes. L'incertitude est inhérente au métier et constitue une compétence complexe du MG, avec laquelle il doit composer et en particulier dans le cadre des SNP (76).

V. La MSP dans son écosystème pour une meilleure gestion des SNP

La gestion des SNP en ville repose sur un écosystème associant différents acteurs : les MSP, les CPTS, le SAS, les services hospitaliers de proximité et les structures de plateau technique en ville (biologie, imagerie). La MSP de Râches s'inscrit pleinement dans cet environnement coordonné et en construction.

La MSP de Râches est rattachée à la CPTS Pévèle du Douaisis, mais son offre de soins rayonne aussi sur le territoire de la CPTS Grand Douai, où la démographie médicale est particulièrement dégradée. Dans ce contexte, la prise en charge des SNP assurée par la MSP attire de nombreux patients et suscite l'intérêt des structures hospitalières environnantes, dont les SAU sont saturés. Le Centre Hospitalier (CH) de Douai et l'équipe de la MSP travaillent d'ailleurs à un projet de réorientation de certains patients du SAU vers la MSP lorsque leur état de santé ne nécessite pas une prise en charge hospitalière, illustrant ainsi une coopération ville-hôpital en cours de réflexion.

Par ailleurs, la MSP reçoit déjà des patients adressés soit par le SAS, soit par la CPTS Pévèle du Douaisis. Le SAS et la CPTS constituent ainsi des acteurs incontournables facilitant l'accès aux SNP pour la population et limitant les recours inappropriés au SAU.

Sur le plan technique, la MSP dispose déjà de certains outils utiles à la prise en charge des SNP, notamment la réalisation de sutures et d'ECG sur place. Toutefois, le développement de relations privilégiées avec les laboratoires de biologie médicale et les cabinets d'imagerie du territoire apparaît nécessaire afin de sécuriser la prise de décision et surtout de limiter les orientations secondaires vers les urgences.

Une autre problématique territoriale majeure identifiée est le manque de kinésithérapeutes, particulièrement au sein de la commune de Râches. Pourtant, leur implication serait essentielle au regard de la proportion importante de troubles ostéo-articulaires retrouvés dans notre étude. Leur présence permettrait non seulement d'améliorer la prise en charge, mais également d'agir en prévention et de réduire la récurrence et l'incapacité fonctionnelle. L'un des enjeux à venir est donc d'attirer des kinésithérapeutes sur le territoire et de les intégrer pleinement dans la dynamique pluriprofessionnelle de la MSP.

Ainsi, la MSP de Râches évolue au cœur d'un écosystème territorial dynamique, facilitant l'accès aux SNP mais encore perfectible. Le renforcement des coopérations, l'optimisation des circuits d'accès au plateau technique et l'élargissement du réseau de professionnels constituent des leviers majeurs pour optimiser la réponse de premier recours et réduire les passages évitables aux urgences.

VI. Perspective d'un futur état des lieux : comparer, comprendre, améliorer

Il serait pertinent de reproduire ce travail dans un futur proche, par exemple dans cinq ans, afin d'évaluer l'évolution de la prise en charge des SNP à la MSP de Râches. Cette réévaluation permettrait de mesurer l'impact des actions menées, qu'il s'agisse de prévention ou d'organisation, et d'apprécier si elles ont entraîné des modifications dans la demande de SNP et de leurs déterminants. Elle constituerait également un outil d'amélioration continue, en offrant la possibilité de réajuster les actions entreprises et d'optimiser l'organisation des SNP au plus près des besoins de la population.

Si ce travail devait être reconduit, plusieurs améliorations méthodologiques pourraient être envisagées :

- Utiliser une classification validée des motifs et diagnostics, telle que le Dictionnaire des Résultats de Consultation (DRC) développé par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) (78). Cet outil pourrait être renseigné directement dans le logiciel médical par le médecin effecteur et présente l'avantage d'intégrer l'incertitude diagnostique, particulièrement pertinente en premiers recours, lorsque le diagnostic définitif n'est pas toujours posé dès la première consultation.
- Mettre à disposition des médecins une fiche de recueil standardisée, à compléter après chaque SNP, permettant de catégoriser différents déterminants de la consultation : profil du patient, motif invoqué, diagnostic retenu, délai de consultation, degré d'urgence, etc. Cette méthode serait

probablement chronophage pour les praticiens, mais offrirait un gain considérable en qualité et en précision pour l'analyse des données et le travail ultérieur du thésard.

- Définir en amont une classification claire et partagée du degré d'urgence, applicable en médecine ambulatoire et renseignée systématiquement à l'issue de chaque consultation de SNP. Une catégorisation simple pourrait être proposée, par exemple : *urgence vraie / urgence relative / urgence ressentie / absence d'urgence*.

L'ensemble de ces améliorations permettrait d'obtenir des données plus robustes, comparables dans le temps et exploitables à des fins de recherche en soins primaires.

VII. Plan d'action suite aux résultats de l'étude

1. Plan de prévention

Afin de réduire la charge liée aux SNP dans l'activité des médecins généralistes, plusieurs pistes de prévention collective peuvent être envisagées, sans toutefois se substituer à la prévention individuelle réalisée lors des consultations.

Premièrement, concernant la toux : premier motif de consultation pour les SNP, il serait pertinent de renforcer la communication auprès du public. Il s'agirait d'expliquer que l'étiologie est le plus souvent virale et donc bénigne, de préciser l'évolution naturelle et la durée prévisible des symptômes, ainsi que les signes qui

doivent conduire à consulter. Il serait également utile de rappeler l'importance des gestes barrières, et d'informer sur les risques liés à l'usage de sirops antitussifs. Cette sensibilisation pourrait passer par des affichages en salle d'attente, par la remise d'une fiche explicative à chaque patient consultant pour ce motif ainsi que par des publications sur les réseaux sociaux. L'utilisation des réseaux sociaux apparaît particulièrement pertinente, compte tenu du profil globalement jeune des patients consultant pour des SNP.

Ensuite, les infections virales représentaient plus d'un tiers des SNP, avec principalement l'état grippal, la rhinopharyngite et la gastro-entérite aiguë. Il serait notamment utile de proposer, à destination des parents, des ateliers :

- De formation sur la bonne réalisation des DRP. Cela pourrait contribuer à réduire le nombre de consultations pour rhinopharyngite, encombrement et toux chez l'enfant, en particulier chez le nourrisson, mais aussi à limiter les complications infectieuses liées à une mauvaise réalisation des DRP.
- D'information sur les symptômes fréquents et non graves chez l'enfant, ainsi que sur les mesures simples permettant de les gérer.

Par ailleurs, une publication sur les réseaux sociaux associée à un lien vers une vidéo explicative, et/ou un affichage en salle d'attente avec QR code renvoyant vers cette vidéo, seraient pertinents pour rappeler l'importance du lavage des mains dans la lutte contre les infections manuportées et en illustrer la bonne réalisation.

Pour les douleurs rachidiennes et les radiculalgies, qui arrivent en troisième position des diagnostics, la mise en place d'ateliers d'éducation aux bonnes

postures, aux facteurs de risque (sédentarité, surpoids...) et aussi à la gestion de la douleur, en particulier non médicamenteuse, pourrait avoir un impact majeur. Ces ateliers pourraient être animés de façon pluriprofessionnelle (médecins généralistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, professeurs d'Activité Physique Adaptée (APA), IPA, podologues).

Concernant la santé mentale, la MSP organise déjà des RCP « pluri-RUD » à intervalles réguliers. Ces réunions permettent aux différents professionnels d'échanger sur des situations de patients en crise suicidaire et de définir, si nécessaire, une conduite à tenir. À l'issue de ces rencontres, une publication est diffusée sur les réseaux sociaux afin de montrer que la santé mentale est une priorité pour la MSP, de contribuer à lever les tabous et d'encourager la population à solliciter l'équipe en cas de besoin.

D'autre part, un IPA spécialisé en santé mentale va prochainement rejoindre l'équipe de la MSP. Il serait envisageable qu'il puisse recevoir, en première intention, les patients consultant pour des SNP à motif psychologique, ce qui permettrait de réduire la charge pesant sur les médecins généralistes, d'autant plus que ces consultations sont souvent chronophages.

Enfin, il serait pertinent de former l'ensemble des professionnels au repérage précoce des signes de souffrance psychologique, afin de faciliter l'organisation d'une prise en charge adaptée. Il serait également utile de développer des liens avec les professionnels et structures du territoire (CMP, CMPP, psychologues libéraux, psychiatres).

Il semble primordial de mettre en œuvre ces actions de prévention collective dans une démarche pluriprofessionnelle, afin de maximiser leur efficacité. Il apparaît également essentiel de se former ensemble pour harmoniser les pratiques, et notamment veiller à ce que les messages de prévention individuelle soient délivrés de manière cohérente par l'ensemble des professionnels.

2. Réorganisation des SNP à la MSP

La MSP s'est déjà organisée pour faire face à la forte demande de SNP, notamment en doublant les plages dédiées le lundi depuis l'arrivée d'un troisième MG. Malgré cette adaptation, ces créneaux sont presque systématiquement complets, ce qui laisse supposer qu'à terme, il pourrait être nécessaire que trois praticiens assurent chacun une demi-journée de SNP par jour, et d'autant plus si le projet de réorientation des patients du CH Douai vers la MSP aboutit. De même, il pourrait être pertinent de mobiliser deux médecins pour les consultations de SNP le mardi et le vendredi, compte tenu de l'affluence observée ces jours-là.

Selon la littérature, le nombre de demandes de SNP par jour et par praticien varie entre 11,2 et 13,2 (9, 79). En se basant sur ces données, la présence de quatre médecins au sein de la MSP impliquerait de proposer plus de 40 créneaux quotidiens pour absorber la totalité des demandes.

Il apparaît donc indispensable d'augmenter la capacité d'accueil des SNP, d'autant plus que les actions de prévention envisagées n'auront probablement pas d'effet immédiat, et qu'il est possible qu'elles n'aboutissent pas à une diminution significative du nombre de consultations.

Par ailleurs, une unité dédiée aux SNP est en projet au sein de la MSP. L'objectif serait de disposer d'un espace spécifiquement destiné aux SNP, clairement distinct des consultations programmées, afin d'améliorer la lisibilité du parcours pour les patients. Cette organisation permettrait également de rappeler le principe « une consultation de SNP = un motif », facilitant la prise en charge et limitant la durée de la consultation. Toutefois, ce projet ne pourra voir le jour qu'à moyen terme, la MSP occupant actuellement un bâtiment temporaire qui ne permet pas d'aménagements supplémentaires.

Conclusion

Les SNP constituent une part importante de l'activité des médecins généralistes. L'objectif de ce travail était de décrire les caractéristiques des SNP pris en charge à la MSP de Râches, et, en observant leurs déterminants, d'adapter l'organisation aux besoins et de mettre en place des actions de prévention visant à limiter leur charge. Sur une année glissante, 1760 consultations de SNP ont été réalisées, soit 31,4 % de l'activité totale, confirmant le poids majeur des SNP dans la pratique quotidienne.

Les résultats montrent que les SNP concernent majoritairement une population jeune, féminine, résidant principalement à Râches et dans les communes limitrophes. La forte proportion de patients bénéficiaires de la C2S suggère que les populations précaires y ont recours plus volontiers, possiblement en lien avec un état de santé plus fragile ou des difficultés d'accès aux consultations programmées. Les motifs étaient variés, mais dominés par les signes généraux, les symptômes respiratoires, les douleurs ostéo-articulaires et les symptômes ORL.

Les diagnostics les plus fréquents étaient les infections virales, reflétant l'importance des consultations pour des pathologies bénignes mais génératrices d'inquiétude ou de retentissement fonctionnel.

Ce travail montre aussi que les SNP ne se limitent pas à des motifs mineurs ou à une simple demande d'avis puisqu'elles entraînent fréquemment une prescription, parfois un arrêt de travail, et peuvent nécessiter l'orientation vers

d'autres professionnels de santé. Leur prise en charge mobilise donc pleinement les compétences du MG, seul à pouvoir évaluer la situation dans sa globalité, trier l'urgence, décider des examens nécessaires et organiser la suite du parcours de soins. La diversité des motifs et diagnostics, la variabilité du retentissement fonctionnel et la part d'incertitude clinique rendent cette activité complexe et difficilement transférable à d'autres professions de santé.

Face à cette complexité, il est essentiel de développer une coordination étroite avec les autres professionnels de santé du territoire, afin d'assurer une prise en charge plus efficiente. La MSP bénéficie déjà du travail pluriprofessionnel, qui constitue un atout pour optimiser la qualité des soins, mais elle ne doit pas rester une structure isolée : elle a vocation à s'articuler avec l'écosystème local. Ainsi, dans le cadre des SNP, des dispositifs territoriaux tels que le SAS et la CPTS facilitent l'accès rapide à des créneaux disponibles et contribuent à limiter les recours inappropriés au SAU. Dans un territoire marqué par une démographie médicale tendue, la MSP des Totems constitue un acteur central de l'accès aux soins et de l'organisation locale des SNP, mais son action ne peut être pleinement efficace que si elle s'appuie sur son écosystème territorial.

Il serait pertinent de répéter ce travail dans quelques années, en intégrant un recueil standardisé et une classification validée, afin d'évaluer l'évolution de la demande et l'impact des actions mises en place. Ce projet ouvre ainsi la voie à une démarche d'amélioration continue, au service de la population du territoire et de la qualité des soins de premier recours.

Ces résultats soulignent l'importance de renforcer la prévention, en particulier pour les motifs récurrents comme la toux, les infections virales, les rachialgies et la santé mentale. Plusieurs pistes sont envisageables : affichages, ateliers, vidéos, publications sur les réseaux sociaux, formations pluriprofessionnelles, mobilisation de nouveaux acteurs tels qu'un IPA en santé mentale, développement de circuits simplifiant l'accès au plateau technique. Sur le plan organisationnel, l'augmentation des plages dédiées aux SNP et la création d'une unité spécifique pourraient contribuer à améliorer la lisibilité du parcours patient et à maintenir une réponse adaptée à la demande.

Références bibliographiques

- 1) Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. DGOS. CNAM. « L'organisation et la facturation des soins non programmés en ambulatoire ». [Internet]. [cité 18 sept 2025]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/l-organisation-et-la-facturation-des-soins-non-programmes-en-ambulatoire>
- 2) MESNIER T., Rapport « Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires ». Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. [Internet]. [cité 18 sept 2025]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
- 3) URPS ML HDF. « Soins Non Programmés (SNP) ». [Internet]. [cité 18 sept 2025]. Disponible sur : <https://www.urpsml-hdf.fr/thematiques/soins-non-programmes-snp/>
- 4) Gouyon M., Labarthe G., 2006, « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats », *Études et résultats*, DREES, n° 471, mars. [Internet]. [cité 19 sept 2025]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er471.pdf>
- 5) DREES. « Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés ». *Études et Résultats*. Numéro 1138. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2020. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-8-medecins-generalistes-sur-10-sorganisent-au-quotidien>
- 6) ORS Pays de la Loire, URPS médecins libéraux Pays de la Loire. (2010). « Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2008. Rapport détaillé. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale ». *Vague d'enquête 4* (novembre 2008-février 2009). 92 p.
- 7) Vacheresse Z. « Consultations d'urgence en médecine générale : spécificité des besoins en zone rurale et morbidité morphologique ». 2016. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine. Université de Dijon. 71 p
- 8) Chevallier F, Chambrion C, Fuasset JV, Senebier B, Smedt S de, Lebreton J, et al. État des lieux des soins non programmés en soins primaires. Une étude descriptive prospective dans le Vexin. *Santé Publique*. 12 nov 2024;36(5):109-17.
- 9) Assurance Maladie. *Activité des médecins libéraux par département - 2016 à 2023 | L'Assurance Maladie* [Internet]. [cité 20 sept 2025]. Mai 2025. Disponible sur : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/activite-medecins-liberaux-departement>
- 10) Collège de la Médecine générale (CMG). *Soins Non Programmés (SNP) en médecine générale sur les horaires et la continuité des soins*. [Internet] Mai 2025. Disponible sur : <https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2025/05/Synthese-atelier-Soins-Non-Programmes-20250527.pdf>
- 11) Bergeat M, Vergier N, Verger P. Un médecin généraliste sur six assure lui-même son secrétariat en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Études et Résultats*. N° 1245 [Internet]. Octobre 2022 [cité 10 oct 2025]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-medecin-generaliste-sur-six-assure-lui-meme-son-secretariat-en>
- 12) ARS Hauts de France. *Le Service d'Accès aux Soins (SAS)*. [Internet]. 2025. [cité 10 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-1>
- 13) ARS. *Les communautés professionnelles territoriales de santé* [Internet]. 2025 [cité 9 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
- 14) Certain MH, Lautman A, Gilardi H. Rapport « Tour de France des CPTS ». [Internet]. 28 juin 2023. 2025. [cité 9 oct 2025]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_tour_de_france_des_cpts_28062023_vf.2_2.pdf

- 15) Brutel C. La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable – Économie et Statistique n° 355-356 - 2002 | Insee [Internet]. [cité 10 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1375921?sommaire=1375935>
- 16) INSEE. Évolution et structure de la population - France - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE [Internet]. [cité 7 oct 2025]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/21_POP
- 17) INSEE. Espérance de vie - Mortalité – Tableaux de l'économie française. Insee Références, édition 2019 [Internet]. [cité 7 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676610?sommaire=3696937>
- 18) Fédération Hospitalière de France. Hauts de France. « Quelles spécificités en région Hauts-de-France ? » [Internet]. Mai 2022. [cité 7 oct 2025]. Disponible sur : https://www.fhf.fr/sites/default/files/2022-08/Sant%C3%A9%20et%20Autonomie%20-%20quelles%20sp%C3%A9cificit%C3%A9s%20dans%20les%20Hauts-de-France_mai%202022.pdf
- 19) Mouillier P, Imbert C. Améliorer l'accès aux soins dans les territoires première lecture. Commission des affaires sociales. Sénat. [Internet]. 6 mai 2025. [cité 10 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/lessentiel/pp124-494.pdf>
- 20) Arnault F. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. Situation au 1er janvier 2025. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [Internet] Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/publication-atlas-demographie-medicale-2025>
- 21) DREES. « Passages aux urgences entre 2017 et 2023 : des dynamiques contrastées selon les départements » Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [Internet]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/241212_ER_passages-aux-urgences
- 22) FEDODRU. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence – SFMU. [Internet] 2025. Disponible sur : https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/urgences-hausse-de-5-du-nombre-de-passages-de-personnes-agees-en-2024-fedoru-new_id/70336
- 23) Demoly. E, Deroyon. T, « Urgences : la moitié des patients y restent plus de 3 heures en 2023, 45 minutes de plus qu'en 2013 » | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes et résultats. N°1334. [Internet]. 2025. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250319_ER_urgences-la-moitie-des-patients-y-restent-plus-de-trois-heures-en-2023
- 24) Boiguesrin. B, Valdelièvre. H. « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation » | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes et résultats. N° 889. [Internet]. 2014. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/urgences-la-moitie-des-patients-restent-moins-de-deux-heures>
- 25) CPTS Pévèle du Douaisis. Accès aux soins. [Internet] Disponible sur : <https://cpts-peveledouaisis.fr/acces-soins/>
- 26) INSEE. Dossier complet – Commune de Râches (59486) | Insee [Internet]. [cité 10 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-59486#chiffre-cle-1>
- 27) ARS Hauts de France. Zonage médecins généralistes Nord. [Internet]. Disponible sur : https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2020-01/Nord_ZIP_ZAC_ZAR_0.pdf
- 28) DGOS. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. [Internet]. 2024 [cité 10 oct 2025]. Les zones sous-denses en médecins. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin>
- 29) Letrilliart L. « CISP-2 : quésaco ? ». Exercer 2014;114:158-61. [Internet]. Disponible sur : https://www.exercer.fr/full_article/614
- 30) Breuil-Genier P. La durée des séances des médecins généralistes | Etudes et Résultats N° 481 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) [Internet]. 2006 [cité 30 oct 2025]. Disponible sur : <https://drees.solidarites->

sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes

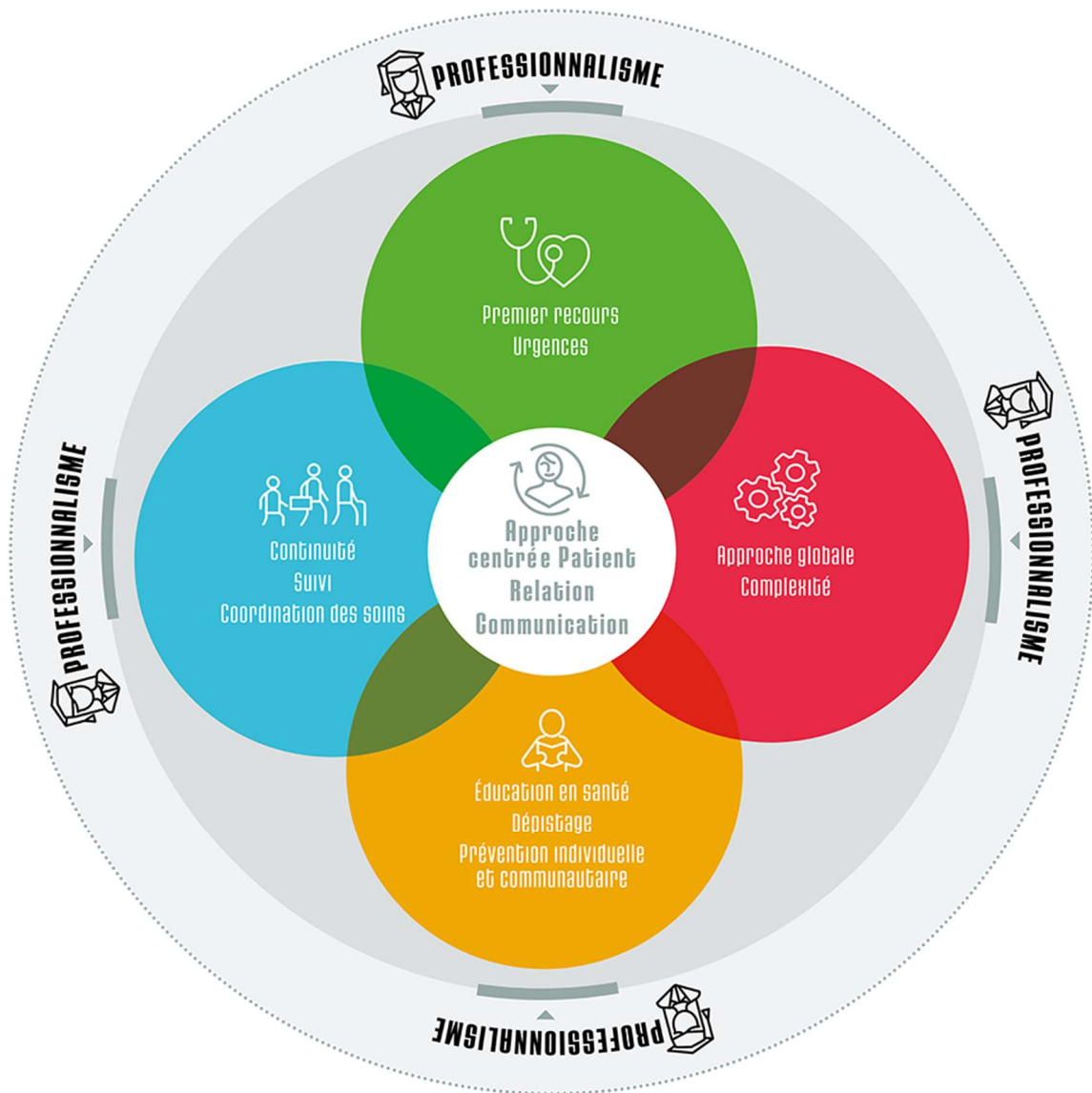
- 31) Rojouan B. Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard - Sénat. Rapport d'information n° 589 (2021-2022) [Internet]. 2022 [cité 31 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-589.html>
- 32) Coëvoët B. La Maison Nord Santé du Douaisis contente autant les patients que les soignants [Internet]. 2024 [cité 31 oct 2025]. Disponible sur : <https://info.lenord.fr/la-maison-nord-sante-du-douaisis-contente-autant-les-patients-que-les-soignants>
- 33) INSEE. Santé et recours aux soins – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee Références – Édition 2022 [Internet]. 2022 [cité 31 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047751?sommaire=6047805>
- 34) Institut national d'études démographiques (INED). L'évolution démographique récente de la France - Espace presse [Internet]. 2023 [cité 31 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/levolution-demographique-recente-de-la-france/>
- 35) Santé Publique France. Des inégalités de santé persistantes entre les femmes et les hommes [Internet]. 2024 [cité 31 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/des-inegalites-de-sante-persistantes-entre-les-femmes-et-les-hommes>
- 36) L'Assurance Maladie. REZONE CPTS [Internet]. [cité 31 oct 2025]. Disponible sur : <http://rezone.ameli.fr/rezone/cartoCpts.html>
- 37) Allain S, Costemalle V. Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie | DREES. Etudes et Résultats n° 1243 [Internet]. 2022 [cité 31 oct 2025]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-maladies-chroniques-touchent-plus-souvent>
- 38) Santé Publique France. Infections respiratoires aiguës (grippe, bronchiolite, COVID-19). Bilan de la saison 2024-2025. [Internet]. 2025 [cité 15 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/infections-respiratoires-aigues-grippe-bronchiolite-covid-19-.bilan-de-la-saison-2024-2025>
- 39) Santé Publique France. Infections respiratoires aiguës [Internet]. 2024 [cité 1 nov 2025]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-respiratoires-aigues>
- 40) Ebell MH, Lundgren J, Youngpairoj S. How Long Does a Cough Last? Comparing Patients' Expectations With Data From a Systematic Review of the Literature. *Ann Fam Med*. janv 2013;11(1):5-13.
- 41) Tonkin-Crine S, Anthierens S, Francis NA, Brugman C, Fernandez-Vandellos P, Krawczyk J, et al. Exploring patients' views of primary care consultations with contrasting interventions for acute cough: a six-country European qualitative study. *NPJ Prim Care Respir Med*. 17 juill 2014;24:14026.
- 42) Dal Negro RW, Mazzolini M, Turco P, Zanasi A. Cough: impact, beliefs, and expectations from a national survey. *Multidiscip Respir Med*. 27 sept 2016;11:34.
- 43) Moore M, Stuart B, Little P, Smith S, Thompson MJ, Knox K, et al. Predictors of pneumonia in lower respiratory tract infections: 3C prospective cough complication cohort study. *European Respiratory Journal* [Internet]. 22 nov 2017 [cité 2 nov 2025];50(5). Disponible sur : <https://publications.ersnet.org/content/erj/50/5/1700434>
- 44) Lanoix JP. « Les antibiotiques c'est pas automatique »®: qu'en reste-t-il 22 ans plus tard ? *Médecine et Maladies Infectieuses Formation*. 1 juin 2025;4(2, Supplement):S43.
- 45) McNulty CA, Nichols T, French DP, Joshi P, Butler CC. Expectations for consultations and antibiotics for respiratory tract infection in primary care: the RTI clinical iceberg. *Br J Gen Pract*. 1 juill 2013;63(612):e429-36.
- 46) Coenen S, Francis N, Kelly M, Hood K, Nuttall J, Little P, et al. Are Patient Views about Antibiotics Related to Clinician Perceptions, Management and Outcome? A Multi-Country Study in Outpatients with Acute Cough. *PLoS One*. 23 oct 2013;8(10):e76691.

- 47) Infovac France. D comme « Dette immunitaire » – Abécédaire [Internet]. InfoVac-France. 2025 [cité 3 nov 2025]. Disponible sur : <https://www.infovac.fr/abecedaire/d-comme-dette-immunitaire/>
- 48) Hatter L, Eathorne A, Hills T, Bruce P, Beasley R. Respiratory syncytial virus: paying the immunity debt with interest. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 1 déc 2021;5(12):e44-5.
- 49) Mirand A, Cohen R, Bisseux M, Tomba S, Sellem FC, Gelbert N, et al. A large-scale outbreak of hand, foot and mouth disease, France, as at 28 September 2021. *Eurosurveillance*. 28 oct 2021;26(43):2100978.
- 50) Santé Publique France / Littératie en santé : rapport de l'étude Health Literacy Survey France 2020-2021. [Internet] [cité 3 nov 2025]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/639192/4335847?version=1>
- 51) Vigneron-Fournier M. Les parents face à la désobstruction rhino-pharyngée (DRP) : quid ? : évaluation des besoins éducatifs des parents consultant à la PMI de Gravelines-Bourbourg [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
- 52) Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics*. juin 2001;107(6):1241-6.
- 53) Bertille N, Fournier-Charrière E, Pons G, Chalumeau M. Managing Fever in Children: A National Survey of Parents' Knowledge and Practices in France. *PLOS ONE*. 31 déc 2013;8(12):e83469.
- 54) Jan PF, Millet L. Institut Montaigne. [Internet] 2022 [cité 5 nov 2025]. Prévention santé : comment la France peut rattraper son retard. Disponible sur : <https://www.institutmontaigne.org/expressions/prevention-sante-comment-la-france-peut-rattraper-son-retard>
- 55) Cour de comptes. La politique de prévention en santé. Les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies. Communication au comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale. [Internet]. Novembre 2021. [cité 11 nov 2025]. Disponible sur : https://www.fncc.org/sites/default/files/2021-politique-prevention-en-sante_rapport_cour_des_comptes.pdf
- 56) L'Assurance Maladie. La lombalgie, un enjeu de santé publique [Internet]. 2025 [cité 5 nov 2025]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/lombalgies/enjeu-sante-publique>
- 57) Organisation mondiale de la santé (OMS). Lombalgie [Internet]. 2023 [cité 5 nov 2025]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>
- 58) L'Assurance Maladie. Campagne de prévention contre le mal de dos au travail [Internet]. 2018 [cité 5 nov 2025]. Disponible sur : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2018-11-06-dp-campagne-mal-de-dos>
- 59) GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. juin 2023;5(6):e316-29.
- 60) Léon C, Gillaizeau I, du Roscoät E, Pelissolo A, Beck F. Santé Publique France. Prévalence des états anxieux chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre Santé publique France (2017-2021). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2025, n°. 14, p. 246-255
- 61) Léon C, du Roscoät E, Beck F. Santé Publique France. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 202. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2023, n°. 2, p. 28-40
- 62) Santé Publique France. « Santé mentale » [Internet]. 2025 [cité 5 nov 2025]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
- 63) Malakoff Humanis. Baromètre Absentéisme 2024 : Les TPE et PME plus que jamais concernées | Malakoff Humanis [Internet]. [cité 5 nov 2025]. Disponible sur : <https://www.malakoffhumanis.com/groupe/lecomptoir/barometre-absenteisme-2024/>
- 64) Richard A, Mariotti B, Piñol-Domenech N, Vorilhon P, Vaillant-Roussel H. Prescription-free consultation in France and Europe: Rates' evolution, physicians' and patients' perceptions from 2005 to 2019, a systematic review. *Therapies*. 1 nov 2023;78(6):733-41.
- 65) Richard A, Charuel E, Cambier S, Turpin M, Baudin B, Moreno JP, Vaillant-Roussel H. 1. EM-Consulte. [cité 5 nov 2025]. Prescription-free consultation: A cross-sectional study in general

- practice. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1667826/prescription-free-consultation-a-cross-sectional-s>
- 66) Colinot N, Debeugny G (CNAM), Pollak C (DREES). Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études et résultats N° 1321 [Internet]. 2024 [cité 6 nov 2025]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/241211_ER_Arrets-Maladie
- 67) Godon-Rensonnet AS. Décryptage : mieux comprendre l'absentéisme des jeunes salariés | Malakoff Humanis [Internet]. 2025 [cité 6 nov 2025]. Disponible sur : <https://www.malakoffhumanis.com/groupe/lecomptoir/decryptage-mieux-comprendre-absenteisme-jeunes-salaries/>
- 68) Briard K. Métiers « de femmes », métiers « d'hommes » : en quoi les conditions de travail des femmes et des hommes diffèrent-elles ? – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee Références [Internet]. 2022 [cité 6 nov 2025]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047793?sommaire=6047805>
- 69) Marbot C, Pollak C (DREES). Les grossesses expliquent 37 % des différences d'arrêt maladie indemnisés entre femmes et hommes âgés de 21 à 45 ans. Les Dépenses de santé en 2014. [Internet] [cité 6 nov 2025]
- 70) Caisse Nationale D'assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Arrêts maladie : une étude dresse le profil des patients en arrêt de travail de 2 à 4 mois. [Internet]. 2004 [cité 7 nov 2025]. Disponible sur : <https://www.caducee.net/actualite-medicale/12172/arrets-maladie-une-etude-dresse-le-profil-des-patients-en-arret-de-travail-de-2-a-4-mois.html>
- 71) Santé Publique France. Troubles musculo-squelettiques et souffrance psychique : maladies à caractère professionnel les plus fréquemment signalées et en augmentation [Internet]. 2023 [cité 7 nov 2025]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/troubles-musculo-squelettiques-et-souffrance-psychique-maladies-a-caractere-professionnel-les-plus-frequemment-signalees-et-en-augmentation>
- 72) Abel JB. iamExpat in Germany. Things to be aware of under German labour law when you get sick. [Internet]. 2023 [cité 7 nov 2025] Disponible sur : <https://www.iamexpat.de/career/employment-news/things-be-aware-under-german-labour-law-when-you-get-sick>
- 73) Marteau B, Pinel L, Echegu O, Nauze-Fichet E (DREES). Synthèse : Mesurer le niveau de vie et la pauvreté des jeunes adultes de 18 à 24 ans Une population particulièrement confrontée à la vulnérabilité économique. Les dossiers de la DREES N° 106 Février 2023 [cité 7 nov 2025].
- 74) Thomas M, Constantinou P, Debeugny G. Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S) en 2023. Points de repère n°57 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2025 [cité 7 nov 2025]. Disponible sur : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2025-beneficiaires-complementaire-sante-solidaire-c2s-2023>
- 75) Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer* 2013;108:148-55.
- 76) Pavageau S, Bredillet A, Lopez A, Glondu-Lassis M. La tolérance à l'incertitude lors d'une prise de décision est une compétence complexe du médecin généraliste. *exercer* 2023;195:312-21.
- 77) Collège National des Généralistes Enseignants. DES de Médecine Générale – CNGE [Internet]. [cité 7 nov 2025]. Disponible sur : <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>
- 78) Société Française de Médecine Générale. SFMG. Le Dictionnaire des résultats de consultation (DRC). Disponible sur : <https://www.sfmfg.fr/theme/la-pratique-medicale/le-dictionnaire-des-resultats-de-consultation-drc>
- 79) ORS URML Pays de la Loire. Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville. *Revue de littérature* [Internet]. 2017 [cité 8 nov 2025]. Disponible sur : <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/frequence-des-soins-non-programmes-en-medecine-generale-en-france-aux-heures>

Annexes

Annexe 1 : Marguerite des compétences du Médecin généraliste (source : collège national des généralistes enseignants) (77)



AUTEURE : Nom : NIEUWJAER

Prénom : Ombeline

Date de soutenance : 9 décembre 2025

Titre de la thèse : Etat des lieux des Soins Non Programmés à la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Râches en 2024-2025

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES de Médecine Générale

Mots-clés : Soins de santé primaires ; Médecine de premier recours ; Urgences ;

Médecine générale ; éducation du patient comme sujet

Résumé :

Contexte : Les SNP représentent une part importante de l'activité des médecins généralistes, mais restent mal quantifiés. Dans un contexte d'augmentation de la demande de soins, de baisse de l'offre médicale et de surcharge des urgences, les médecins de premier recours sont fortement sollicités. La MSP de Râches, située en zone sous-dotée, assure quotidiennement des SNP. Mieux connaître leur volume et leurs caractéristiques permettrait d'adapter l'organisation interne et de mieux répondre aux besoins du territoire, mais aussi de mettre en œuvre des actions de prévention.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle, rétrospective et monocentrique menée à la MSP de Râches sur un an. Tous les SNP réalisées au sein de la MSP ont été inclus. Les données ont été recueillies à partir du dossier médical informatisé et analysées sous Excel et R. Le recueil portait sur le profil des patients, les motifs, les diagnostics posés et les prescriptions réalisées (ordonnances, arrêts de travail et adressages). Les motifs et diagnostics ont été regroupés à posteriori en grandes catégories suivant une démarche ad hoc afin de faciliter l'analyse statistique.

Résultats : Sur un an, 1760 SNP ont été réalisés, soit 31,4 % de l'activité. L'âge médian était de 29 ans, 57,5 % des patients étaient des femmes et 19,9 % bénéficiaient de la C2S. Le délai médian de consultation était de 3 jours. Les motifs les plus fréquents étaient les signes généraux, les symptômes respiratoires, les douleurs ostéo-articulaires et les symptômes de la sphère ORL, la toux étant le premier motif déclaré. Les diagnostics étaient dominés par les infections virales (36,1 %) puis bactériennes (19,9 %), suivies des rachialgies et des troubles anxieux/dépressifs. Une ordonnance de pharmacie était délivrée dans 82,1 % des cas.

Conclusion : Une organisation interne adaptée, au sein de la MSP et une meilleure articulation territoriale semblent nécessaires pour orienter correctement les patients mais aussi permettre une prise en charge complète ambulatoire. La mise en œuvre d'actions de prévention, en particulier pour la gestion des affections bénignes, pourrait permettre aux patients de gagner en autonomie et de limiter le recours aux SNP.

Composition du Jury :

Président : Madame la Professeure Florence RICHARD

Assesseurs : Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Sylvain DURIEZ