



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Modification des pratiques des médecins généralistes ayant intégré un dispositif de prise en charge des soins non programmés : une enquête exploratoire au sein des CPTS des Hauts-de-France

Présentée et soutenue publiquement le 12 mai 2026 à 16 heures
au Pôle formation
par **Stéphane CRETIN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Sylvain DURIEZ

AVERTISSEMENT

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

Liste des abréviations

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ARM	Assistant de régulation médicale
ARS	Agence régional de Santé
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CSNP	Centre de Soins Non Programmés
DRESS	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRM	Dossier de régulation médicale
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OSNP	Opérateurs de Soins Non Programmés
PDSA	Permanence des Soins Ambulatoires
PRPV	Passages aux urgences Relevant Potentielle ment de la médecine de Ville
RDV	Rendez-Vous
SAS	Service d'Accès aux Soins
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SNP	Soins Non Programmés
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

Table des matières

Introduction.....	5
I. Des services d'urgences en tension au sein d'une démographie médicale en baisse.....	5
II. Une restructuration des soins non programmés nécessitant l'adaptation des médecins généralistes	5
III. Question de recherche et objectifs de la thèse.....	7
Matériels et méthode	8
I. Type d'étude.....	8
II. Population étudiée et recrutement.....	8
III. Recueil et analyse des données.....	9
IV. Cadre légal.....	10
Résultats.....	11
I. Population étudiée	11
II. Résultats principaux	12
a) Une absence de modifications dans les pratiques des médecins généralistes	12
b) Rajouter des consultations de SNP en supplément de ses RDV habituels	12
c) S'aménager un créneau dédié pour recevoir une demande de SNP.....	13
d) Une organisation facilitée par une faible demande et une implication limitée des médecins dans le dispositif	13
Discussion.....	15
I. Forces et limites de la thèse.....	15
a) Limites	15
b) Forces	17
II. Discussion autour des résultats principaux	18
a) Des tensions dans l'accès aux soins limitant l'investissement des médecins généralistes dans les dispositifs de prise en charge des SNP.....	18
b) Priorité aux médecins traitants : la place du médecin généraliste dans la prise en charge des SNP de ses patients	19
c) Une faible sollicitation des médecins généralistes : bilan de l'activité du SAS et des CPTS.....	20
d) Un manque de communication à propos du SAS ?	23
e) D'autres acteurs dans la prise en charge des soins non programmés	26
III. Une nouvelle organisation pour la gestion des soins non programmés	29
a) Schématisation de la gestion des soins non programmés	29
b) Des dysfonctionnements au sein du dispositif.....	30
c) Une analyse coût-efficacité de la gestion des SNP.....	35
IV. Point de vue des patients et du médecin généraliste	39
a) Du côté des patients.....	39
b) Du côté des médecins généralistes	40
c) Perspectives	41
Conclusion	43
Bibliographie :	45
Annexes.....	51

Introduction

I. Des services d'urgences en tension au sein d'une démographie médicale en baisse

Depuis plus de 20 ans, les services d'urgences font face à une augmentation croissante de leur activité chaque année, uniquement interrompue au moment de la pandémie de Covid-19 (1). Pour faire face à cet afflux, certaines structures se retrouvent dans l'obligation de mettre en place un accès régulé, une solution à laquelle 23 % d'entre elles ont eu recours en 2023 selon un rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) (2). Sur ces nombreux passages, un rapport de la cour des comptes de février 2019 estimait qu'environ 20 % d'entre eux auraient pu faire l'objet d'une prise en charge en médecine ambulatoire (3).

La médecine de ville fait également face à des difficultés concernant l'accès aux soins. Un rapport de la DREES de janvier 2020 retrouvait que 7 médecins généralistes sur 10 estimaient l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice insuffisante, avec près de 4 sur 5 qui s'attendaient à une baisse de l'offre dans les années à venir (4). Ce ressenti est également corrélé aux projections démographiques, avec une baisse continue de l'effectif des médecins généralistes sur les dernières années (5).

Afin de répondre à ces défis, une réorganisation de l'accès aux soins a dû être initiée au cours de ces dernières années.

II. Une restructuration des soins non programmés nécessitant l'adaptation des médecins généralistes

C'est sur le constat de la part importante de ces soins non programmés (SNP), définis comme des « urgence[s] ressenti[s] mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil

des urgences » (6), qu'est actée en septembre 2019 la création du Service d'Accès aux Soins (SAS) (7). S'appuyant sur les fondements du rapport Mesnier-Carli (8), il a pour ambition de restructurer la réponse apportée aux soins non programmés, centralisant les demandes et offrant un recours ambulatoire adapté. Afin de mieux structurer cette réponse aux SNP au sein des territoires, il peut s'appuyer sur les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), dont le développement est au cœur de la stratégie Ma Santé 2022 (9). Regroupement de professionnels de santé de premier recours d'un même territoire, l'organisation des soins non programmés est un des axes prioritaires de leur projet de santé (10). Cette mission socle fait partie intégrante de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), contrat tripartite entre l'Agence Régionale de Santé (ARS), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et la CPTS, et principale source de financement de cette dernière (11).

Les médecins généralistes ont su se saisir de cette nouvelle organisation des soins primaires : de 7 % début 2019, ils étaient 20 % à faire partie d'une CPTS en fonctionnement trois ans plus tard (12). On recense actuellement une cinquantaine de CPTS en fonctionnement ou en émergence au sein des Hauts-de-France, couvrant ainsi la majorité du territoire (13).

Après une phase pilote expérimentée dans le Nord et la Somme dès 2021, le SAS est déployé dans l'ensemble des Hauts-de-France depuis décembre 2023. Sa généralisation sur l'ensemble du territoire est actée le 15 juin 2024 (14).

Les médecins généralistes, acteurs de premier plan de ces évolutions dans l'accès aux soins, malgré les défis démographiques qu'ils traversent, vont donc être amenés à se saisir et à s'adapter à ces nouvelles organisations.

III. Question de recherche et objectifs de la thèse

L'objectif de cette étude était de répondre à la question : comment l'intégration à un dispositif de prise en charge des soins non programmés a-t-elle modifié les pratiques des médecins généralistes qui les ont expérimentés ?

Elle avait notamment pour objectif de recueillir leurs premiers retours et leurs ressentis, afin de donner des pistes de réflexion et d'améliorations aux futurs médecins souhaitant intégrer ses dispositifs.

Matériels et méthode

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une thèse qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, avec analyse inspirée de la théorisation ancrée. Le choix d'une thèse qualitative s'est justifié puisqu'il s'agissait d'explorer le champ de prise en charge émergent que constituent les SNP. Cette méthode était plus adaptée pour évaluer l'expérience des médecins généralistes participant à la prise en charge des SNP, et de recueillir leurs ressentis.

II. Population étudiée et recrutement

Les médecins généralistes recrutés étaient des médecins exerçant au sein des Hauts-de-France. Ils effectuaient des consultations de SNP, soit pour des patients orientés après régulation du SAS, soit pour des patients adressés par l'intermédiaire d'un dispositif dédié aux SNP au sein de la CPTS à laquelle ils appartiennent.

Les médecins participants à l'étude ont été recrutés par prise de contact direct auprès de leur cabinet, par téléphone ou par mail, ou par l'intermédiaire des coordinateurs de CPTS, principalement par mail. Les prises de contact par mail étaient accompagnées d'une lettre d'information reprenant toutes les informations concernant la thèse, disponible en annexe. Le recrutement a été conduit de façon empirique en modifiant les caractéristiques des médecins recrutés (alternance SAS/CPTS ; modes et lieux d'exercice différents : Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), cabinet individuel, de groupe ; au sein des différents départements des Hauts-de-France).

III. Recueil et analyse des données

Une partie des entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins généralistes. Pour des raisons d'organisation, certains ont été réalisés par visioconférence. Les entretiens étaient menés à l'aide d'un guide d'entretien comportant des questions ouvertes. Un consentement oral était recueilli avant le début de l'entretien, avec la possibilité laissée aux participants de censurer des éléments des entretiens à posteriori. Aucun des participants ne l'a demandé. Le guide d'entretien était actualisé si nécessaire avant la réalisation de l'entretien suivant. La version finale du guide d'entretien est disponible en tant qu'annexe. Deux sous-questions y ont été ajoutées par rapport à la version initialement utilisée.

Les entretiens ont été menés jusqu'à obtenir la saturation théorique des données, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu de nouvelles propriétés qui ont émergé de l'analyse du dernier entretien réalisé. Cette saturation a été obtenue au 12^{ème} entretien. Un entretien supplémentaire a été réalisé afin de confirmer cette saturation théorique.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement sur Microsoft Word®, et ont fait l'objet d'une anonymisation afin de maintenir la confidentialité des médecins interrogés : M pour médecin, suivi d'un chiffre faisant référence au numéro de l'entretien : M1, M2, M3, etc. Ils ont ensuite été analysés par l'intermédiaire d'un codage expérimental sur Microsoft Excel® par le rédacteur de la thèse, afin de faire émerger les propriétés théoriques. Une triangulation a été réalisée à travers une seconde analyse réalisée par un investigateur tiers, interne en médecine générale. Le travail de réflexion ayant permis la création des catégories a été effectué avec l'aide d'un logiciel d'espace de travail en ligne intitulé Miro®. Le travail de schématisation a été effectué avec l'aide du site draw.io, logiciel gratuit en ligne.

Un journal de bord a été tenu et retranscrit l'ensemble des étapes et des réflexions ayant accompagné la réalisation de la thèse. Ce journal de bord, ainsi que l'intégralité des verbatims et des analyses de l'ensemble des entretiens de la thèse, ont été transmis en tant qu'annexes aux membres du jury sur une clé USB.

IV. Cadre légal

Une déclaration auprès du délégué de la protection des données de l'université de Lille a été effectuée le 15 septembre 2022. L'étude porte le numéro de déclaration n°2022-260.

Il n'a pas été retenu d'indication à consulter un comité de protection des personnes.

Résultats

I. Population étudiée

Un total de 13 entretiens ont été réalisés entre septembre 2022 et septembre 2025. 7 d'entre eux ont été effectués en présentiel, les 6 autres à distance par visio-conférence. Les caractéristiques concernant l'ensemble des entretiens sont détaillées dans le tableau ci-dessous. Il comporte les caractéristiques des médecins interrogés, leur mode et lieu d'exercice, leur modalité de participation aux soins non programmés (par l'intermédiaire du SAS ou bien d'une CPTS), ainsi que la durée des entretiens. La durée moyenne des entretiens est de 27m26.

	Sexe	Tranche d'âge	Mode D'exercice	Département d'Exercice	Milieu d'exercice	Participation aux SNP	Taille des CPTS	Durée d'entretien
M1	F	40-50 ans	MSP	Nord	Péri-urbain	SAS	NC	13m54
M2	F	> 50 ans	Cabinet individuel	Nord	Urbain	CPTS	Taille 3	25m36
M3	H	40-50 ans	MSP	Nord	Urbain	CPTS	Taille 3	23m28
M4	H	30-40 ans	MSP	Nord	Urbain	CPTS	Taille 3	26m49
M5	H	40-50 ans	Cabinet de groupe	Nord	Urbain	CPTS	Taille 3	35m
M6	H	30-40 ans	MSP	Nord	Péri-urbain	SAS	NC	23m58
M7	F	40-50 ans	Cabinet de groupe	Nord	Péri-urbain	SAS	NC	19m29
M8	H	30-40 ans	MSP	Somme	Péri-urbain	SAS	Taille 3	37m28
M9	F	40-50 ans	Cabinet de groupe	Oise	Urbain	CPTS	Taille 3	37m21
M10	H	> 50 ans	MSP	Aisne	Rural	CPTS	Taille 1	47m52

M11	H	30-40 ans	Exercice individuel	Pas-de-Calais	Péri-urbain	CPTS	Taille 2	22m20
M12	H	> 50 ans	Cabinet de groupe	Pas-de-Calais	Péri-urbain	SAS	NC	20m46
M13	H	30-40 ans	Cabinet de groupe	Nord	Urbain	CPTS	Taille 3	22m56

*Tableau 1 : Résumé des caractéristiques des médecins ayant participé à la thèse
(NC : Non concerné – médecin exerçant sur un territoire sans CPTS/n'adhérant pas à la CPTS de leur territoire)*

II. Résultats principaux

a) Une absence de modifications dans les pratiques des médecins généralistes

Les médecins n'ont pas ressenti le besoin d'adapter leur organisation professionnelle pour pouvoir participer à la prise en charge des SNP.

M7 : « D'un côté faut en faire partie, mais quand on fait partie ça change pas grand-chose »

M10 : « Non, ça n'a pas du tout impacté mon organisation »

Cette participation n'a pas entraîné de modifications sur le temps de travail des médecins.

M1 : « Le temps de travail il est pas, il est pas modifié non. »

M4 : « Ce qui remonte c'est essentiellement ça, c'est que finalement ça prend pas de temps que ça, même sur des secteurs en difficulté. »

Deux modalités principales d'organisation pour la gestion des rendez-vous (RDV) de SNP ont été retrouvées au cours de l'analyse.

b) Rajouter des consultations de SNP en supplément de ses RDV habituels

Une partie des médecins n'ont pas ressenti le besoin d'aménager leurs créneaux de RDV pour recevoir des SNP, quitte à ce qu'ils soient vus en doublon d'un RDV déjà programmé.

M3 : « Moi je les case entre deux, entre deux consultations »

Cette organisation était motivée en partie par le souhait de ne pas vouloir bloquer un RDV et de le réserver aux SNP.

M12 : « *Je voulais pas bloquer un RDV en fait pour le SAS. Je trouvais qu'un double RDV c'était quand même assez intelligent.* »

c) S'aménager un créneau dédié pour recevoir une demande de SNP

Au contraire, certains médecins ont préféré réserver une partie de leurs créneaux pour recevoir les demandes de SNP.

M6 : « *Bah j'ai, j'ai entre une demi-heure et une heure tous les vendredis en fonction de ce que j'ai déjà en rendez-vous prévu qui sont réservés au SAS* »

Il était important pour ces médecins de ne pas avoir des RDV de SNP qui puissent être mis en supplément d'un RDV déjà existant.

M8 : « *Ça c'était une de mes craintes au début aussi. Voilà, le but c'était de garder une médecine de qualité, et pas faire de doublon de consultation.* »

d) Une organisation facilitée par une faible demande et une implication limitée des médecins dans le dispositif

La majorité des médecins interrogés ont fait part du faible nombre de demandes de SNP qui leur étaient adressées.

M9 : « *Et ben pour l'instant c'est pas beaucoup *léger rire*. Pour l'instant c'est un peu difficile...* »

Ce sentiment était partagé avec les autres médecins environnants :

M7 : « *C'est vrai qu'après en en parlant avec des collègues j'avais le retour qu'il y avait pas tant d'appels que ça finalement, donc ça fait un moment que c'est comme ça* »

Certains médecins faisaient part de leur volonté de limiter leur engagement dans le dispositif.

M2 : « *C'est eux qui gèrent, moi je fais mon trip. J'ai, j'essaye de faire bien mon boulot, j'ai... Je suis d'accord pour entendre, qu'ils ont besoin, je fais dans mes limites de possibilité mais c'est tout.* »

Les résultats principaux ont été illustrés sous la forme d'un organigramme reprenant les étiquettes issues du codage expérimental.

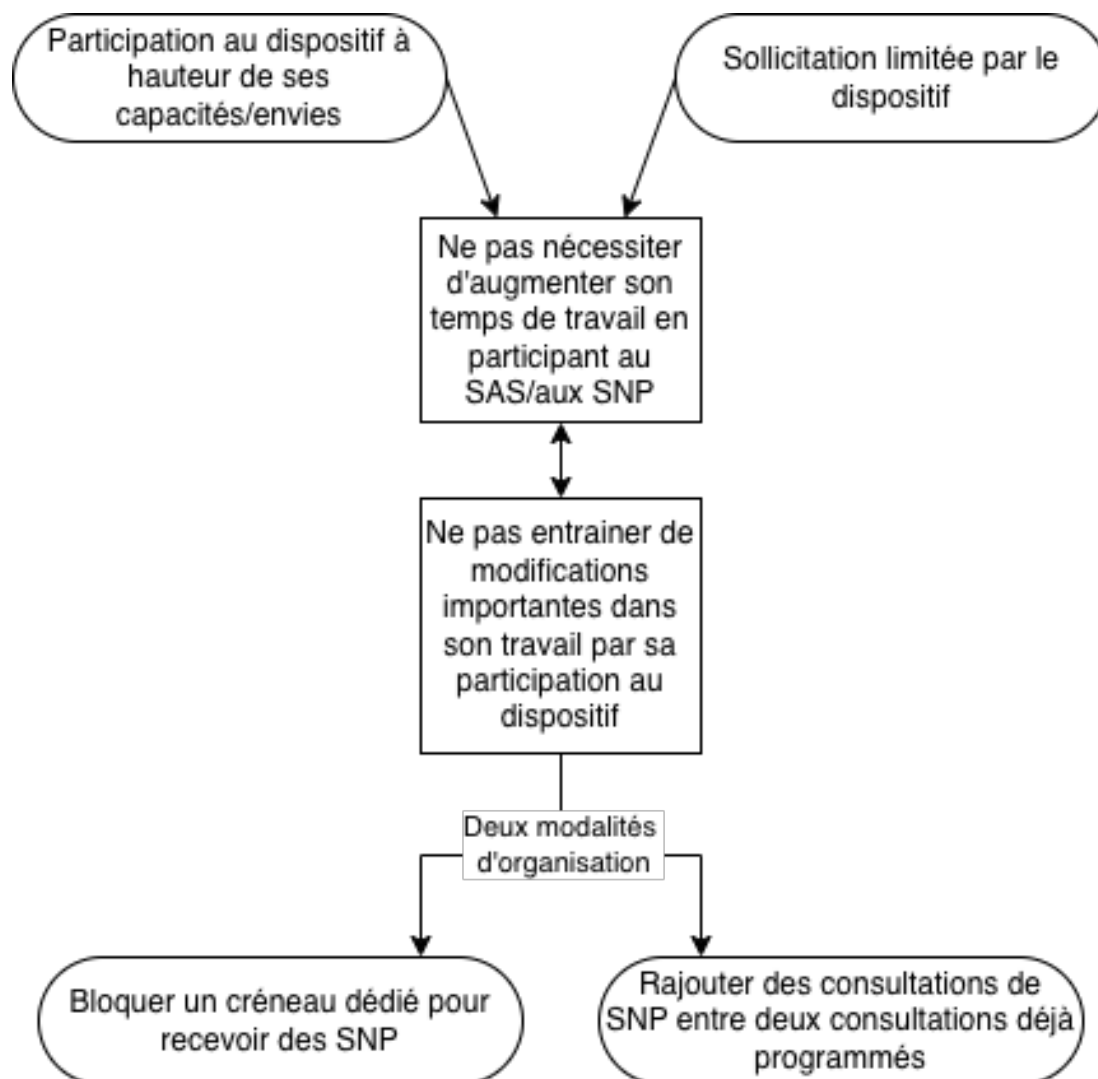


Schéma 1 : Organigramme des principaux résultats de la thèse

Discussion

I. Forces et limites de la thèse

a) Limites

Ce travail de thèse a fait l'objet d'un long processus, comme le suggère le temps qui a été nécessaire à la réalisation de l'ensemble des entretiens de la thèse. Cela est dû en partie à des difficultés dans le recrutement des médecins, particulièrement ceux participant par l'intermédiaire du SAS. L'Agence du Numérique en Santé dénombre plus de 16 000 professionnels de santé participants au SAS sur le territoire français (15), mais il n'existe pas d'annuaire recensant ces médecins. Pour les Hauts-de-France, des données issues du comité de pilotage du SAS ont été transmises par l'ARS après sollicitation auprès de leur équipe¹. En septembre 2024, 1074 médecins généralistes étaient inscrits sur la plateforme en ligne du SAS. Cela représente environ 15 % des médecins généralistes en activité régulière de la région (16). Parmi ces médecins : participent-ils activement aux SNP ou sont-ils simplement inscrits sur la plateforme sans réelle participation ? La faible sollicitation de la part du dispositif a constitué un frein au recrutement. Des médecins avaient été contactés, mais n'ayant jamais reçu de patient en consultations de SNP par l'intermédiaire du SAS, il a été jugé préférable de ne pas procéder à un entretien. L'absence d'expérimentation du dispositif aurait été contraire à l'objectif de la thèse de rechercher des modifications dans les pratiques. Le site Santé.fr a développé une carte des lieux de soins non programmés (17), qui a été utilisée en partie pour procéder au recrutement des médecins généralistes. Cette utilisation est restée limitée devant la surreprésentation des structures pluridisciplinaires (MSP) qui aurait pu restreindre la diversité des profils. Malgré

¹ Devant le caractère non publié du document, celui-ci a été transmis aux membres du jury en tant qu'annexe par l'intermédiaire d'une clé USB

une volonté de recueillir des points de vue de médecins de l'ensemble des Hauts-de-France, il existe une surreprésentation des médecins du Nord sur les premiers entretiens, pour des raisons de proximité géographique.

Une partie du recrutement a été faite par l'intermédiaire de prises de contact avec les CPTS. Une CPTS, malgré plusieurs prises de contact effectuées (mails, appels téléphoniques, appel auprès du centre de régulation des SNP) au cours de la réalisation de la thèse, n'a jamais donné suite pour permettre la réalisation d'un entretien. Devant la présence d'une organisation particulièrement développée concernant la gestion des SNP au sein de son territoire, il aurait été intéressant de pouvoir réaliser un entretien sur ce territoire en particulier.

Il a été décidé de ne pas prendre contact avec les CPTS ayant mis en place un centre de soins non programmés au sein de leur territoire. La thèse souhaitant se concentrer sur l'expérience des médecins généralistes effectuant des SNP au sein de leur cabinet, aucun médecin participant à ce type d'organisation n'a été interrogé. Ce mode d'organisation n'a donc pas fait l'objet d'un recueil d'expérience précis, et a pu entraîner une limitation de l'exploration du champ de recherche que constitue l'organisation des SNP. Il a été cependant mentionné par certains des participants à la thèse. La téléconsultation, solution alternative pour proposer un recours médical, n'a pas été évoquée par les médecins interrogés. Une question à ce sujet aurait pu être intégrée au guide d'entretien afin d'explorer cette thématique. Il a été jugé légitime d'explorer cette solution au sein de la discussion.

L'investigateur n'ayant aucune expérience préalable dans la recherche qualitative, le travail d'analyse s'en retrouve influencé. Des analyses ont dû être recommandées intégralement à plusieurs occasions afin d'obtenir une analyse satisfaisante pour

l'investigateur, majoritairement sur les premiers entretiens. Ces multiples analyses ont pu entraîner un biais, et avoir une influence sur le résultat final. Cela a été en partie corrigé par le processus d'itération, qui consiste en la réévaluation des analyses à la lumière des entretiens suivants. Ce processus constitue un élément essentiel de la recherche qualitative. La triangulation effectuée a permis de réduire ce biais. Le guide d'entretien n'a été que peu modifié au cours de la thèse. Le temps nécessaire à la réalisation des entretiens a pu créer des différences sur l'expérimentation des SNP faites par les médecins. L'organisation des SNP telle qu'explorée dans la thèse étant encore récente, elle est soumise à des évolutions au niveau local et national. On peut citer en exemple les évolutions dans la gestion des SNP à l'échelle des CPTS, ou des conditions de rémunération par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

b) Forces

Les nouvelles modalités d'organisation des SNP sur le territoire constituent un champ de recherche émergent en médecine générale. Peu de travaux de recherche ont été effectués sur le sujet. Il s'agit principalement de thèses de médecine générale, dont une partie sur le territoire des Hauts-de-France (18,19). Ce travail de thèse avait pour ambition de recueillir des avis provenant de médecins situés sur l'ensemble de la région. Un médecin de chaque département a fait l'objet d'un entretien dans ce contexte. Une hétérogénéité de points de vue a été recueillie en faisant varier les modalités d'exercice des médecins : exercice seul/de groupe/en MSP ; exercice rural/urbain ; taille différente de CPTS. Il a été étudié aussi bien la gestion des SNP par l'intermédiaire du SAS que par l'intermédiaire des CPTS afin de permettre une exploration la plus complète de cette problématique. Après un déploiement progressif sur le territoire, le SAS couvre actuellement plus de 95 % de la population française (20). Cette

généralisation renforce la pertinence d'effectuer des travaux de recherche sur le sujet devant la nationalisation à venir de ces questionnements.

Une thèse qualitative semblait le plus appropriée pour réaliser un travail exploratoire sur les SNP et les multiples modalités organisationnelles que cette problématique englobe. L'approche par théorisation ancrée était la plus adaptée pour analyser les phénomènes sociaux influençant la participation des médecins généralistes dans la prise en charge des SNP. Afin de s'assurer de la scientificité de ce travail de recherche, il s'est appuyé sur les critères d'évaluation COREQ dédiés à la recherche qualitative (21), dont une traduction (22) est présentée en annexe.

II. Discussion autour des résultats principaux

Le résultat principal de la thèse était une absence de modifications des pratiques des médecins généralistes suite à l'intégration d'un dispositif de prise en charge des SNP. Ce chapitre de la discussion a pour objectif d'explorer les éléments pouvant expliquer ce résultat.

a) Des tensions dans l'accès aux soins limitant l'investissement des médecins généralistes dans les dispositifs de prise en charge des SNP

Certains médecins ont exprimé la volonté de participer de façon limitée à la prise en charge des SNP afin de rester disponibles pour leurs patients. Il s'agissait d'une crainte que les créneaux mis à disposition pour les SNP viennent « concurrencer » les créneaux pour les patients suivis au cabinet :

M11 : « *On peut pas tous je pense mettre des plages horaires comme ça, et puis ça reporte le problème. Deux plages horaires créées pour quelqu'un d'autre fait qu'on voit pas de patients à nous ce jour-là aussi.* »

Derrière cette « rationalisation » des SNP se pose la question de la disponibilité du médecin traitant. Le médecin généraliste reste disponible plus rapidement que

n'importe quelle autre spécialité, comme le rappelle une enquête de la DRESS de 2018 (23). Les difficultés croissantes dans l'accès aux soins ont nécessité une adaptation des médecins généralistes : « 54 % des médecins généralistes affirment devoir augmenter les délais de prise de rendez-vous et 53 % refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant » (4). Ces difficultés se font ressentir du côté des patients. Le délai d'obtention pour un RDV auprès d'un généraliste aurait doublé entre 2019 et 2024 (4 jours vs 10 jours) d'après un sondage IPSOS réalisé en 2024 (24). Ces éléments tendent à justifier la volonté des médecins généralistes de limiter le nombre de SNP pour des patients extérieurs. Les médecins généralistes libéraux travaillant en moyenne 54 heures par semaine (25), une augmentation de leur temps de travail est difficile à envisager pour répondre à ces demandes.

b) Priorité aux médecins traitants : la place du médecin généraliste dans la prise en charge des SNP de ses patients

Les médecins interrogés ont rappelé à plusieurs reprises la nécessité de s'assurer de l'indisponibilité du médecin traitant avant de proposer un recours en SNP :

M5 : « Avec normalement toujours la logique quand même de s'être assuré que le médecin traitant n'est pas disponible. Hein, ce qui est normalement une consigne de base »

Il s'agit d'un élément inscrit dans le décret d'application du SAS du 15 juin 2024 (26). Le médecin généraliste s'est déjà organisé depuis de nombreuses années pour gérer les SNP de ses patients. Une enquête de la DRESS de janvier 2020 (27) retrouvait que 82 % des médecins proposaient une réponse quotidienne aux SNP dans leur organisation professionnelle. Cela consistait soit en des plages de consultations sans RDV, soit en des plages dédiés aux SNP. 28 % des médecins affirmaient pouvoir répondre à l'ensemble des sollicitations pour un RDV de SNP, et 45 % à plus de la moitié.

L'exercice pluriprofessionnel (MSP ou cabinet de groupe) permettait souvent une meilleure flexibilité dans la gestion des SNP que dans les cabinets individuels. En cas d'impossibilité de répondre à une demande de SNP, une majorité des médecins (53 %) réorientaient les patients vers le secteur libéral : un confrère, une structure d'exercice coordonnée comme une MSP, ou une structure spécialisée dans la prise en charge des SNP. 20 % d'entre eux réorientaient vers un service d'urgence. Seuls 7 % des médecins proposaient de contacter le 15.

Ces éléments soulignent le rôle prépondérant du médecin généraliste dans la réponse aux SNP de ses patients. Il exerce également un rôle de réorientation en cas d'indisponibilité. Le SAS pourrait être en mesure d'apporter une réponse organisationnelle pour faciliter la réorientation des SNP, en soutien aux pratiques déjà ancrées dans les habitudes des médecins généralistes.

c) Une faible sollicitation des médecins généralistes : bilan de l'activité du SAS et des CPTS

Les médecins interrogés étaient volontaires pour recevoir les patients extérieurs qui le nécessitaient, mais les créneaux mis à disposition n'étaient que faiblement sollicités :

M9 (MSU, parlant du planning de son interne) : « *Je dirais que, les internes qui sont là, sur lesquels j'ai ouvert des créneaux plateforme SAS, ça leur arrive d'avoir des trous dans leur agenda. Et... Ils sont pas forcément pris par le SNP* ».

La documentation accessible publiquement concernant l'activité au sein de la régulation de SAS est limitée. Un retour d'expérience sur les 20 SAS pilotes a été produit par le ministère de la Santé à l'issue de la 1^{ère} année d'expérimentation du dispositif (28). On y apprend qu'en moyenne 1200 appels par jour ont été décrochés au sein du SAS 59 sur la période de septembre 2021 à août 2022. Sur les 1000

dossiers de régulation médicale (DRM) quotidiens issus de ces appels, les réponses majoritairement apportées sont sous la forme de conseils médicaux. Une partie marginale aboutit à la prise d'un RDV auprès d'un professionnel de santé par la régulation :

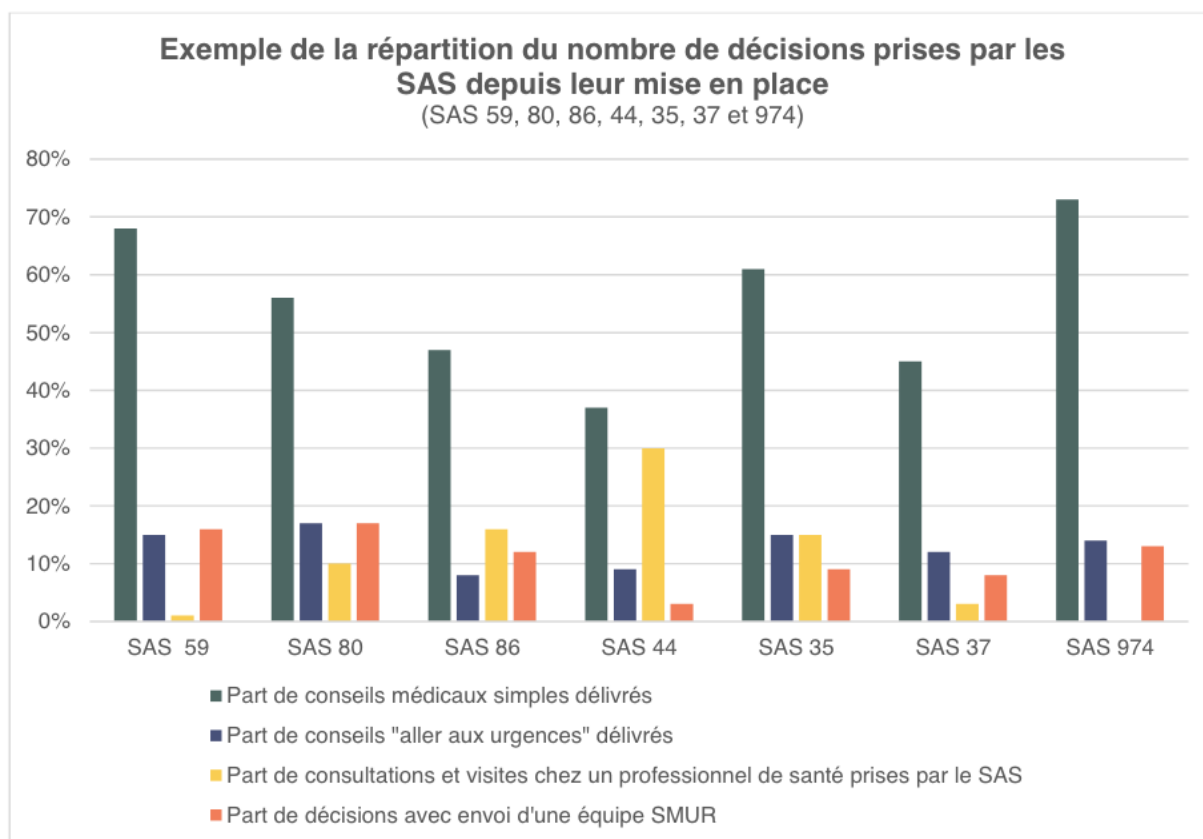


Schéma 2 : Répartition des décisions prises par le SAS d'après le retour d'expérience des 20 SAS pilotes (28)
Cette répartition concerne les deux filières de DRM (AMU pour les urgences et ambulatoire)

Il existe une répartition équivalente à hauteur de 12 % entre la réorientation vers le médecin traitant et l'orientation vers une consultation en ville. Sur les DRM initialement créés, une partie limitée aboutit à une consultation auprès d'un médecin généraliste : en moyenne une centaine chaque mois entre juillet 2022 et février 2023 pour chacun des SAS. Ce nombre est plus important au cours de la période épidémique hivernale. Réparties sur les 290 effecteurs inscrits sur la plateforme numérique pour le SAS 59 sur la même période, cela explique la faible sollicitation ressentie par les médecins interrogés.

Le comité de pilotage du SAS Hauts-de-France rapporte des données plus récentes concernant le taux de transformation, défini comme le nombre de DRM ayant abouti à une orientation en médecine de ville. Sur la période 2023, de grandes disparités étaient retrouvées : d'un taux de 3,8 % en ce qui concerne le SAS 59, il était de 18,8 % pour le SAS 60 et jusqu'à 35 % pour le SAS 62. Dans ces deux départements, le déploiement du SAS a eu lieu respectivement en mai et septembre 2023, et ne constitue pas une analyse sur une année entière. Pour la période janvier-septembre 2024, les taux de transformation s'équilibraient à une moyenne de 20 % pour l'ensemble de la région. Il est nécessaire de préciser que ce taux ne fait pas la distinction entre une orientation vers le médecin traitant ou vers un autre effecteur de SNP. Un rapport sénatorial de novembre 2024 (29) rapportait un nombre de 85 280 RDV pris via la plateforme nationale du SAS depuis son lancement. Il faisait alors part d'un « dispositif encore embryonnaire [qui] gagnerait à monter en puissance » et « en deçà des besoins de soins non programmés ».

Au niveau des CPTS, l'évaluation globale est rendue difficile par l'hétérogénéité des dispositifs en place, et à des stades de développement variables selon les territoires. Une partie du financement des CPTS est liée aux moyens engagés pour assurer sa mission d'amélioration de l'accès aux soins, dont fait partie la gestion des SNP. Il s'agit d'une enveloppe variable dépendant des résultats obtenus. Parmi les critères de suivi définis dans l'avenant 2 des ACI (30), on retrouve le « nombre de médecins participant au SAS » et le « nombre de demandes du SAS ayant abouti à un rendez-vous par la CPTS ». Certains des médecins interrogés avaient par ailleurs fait part de ce suivi d'activité au cours des entretiens.

On peut citer en exemple la thèse du Dr Tryla portant sur les deux premières années de gestion des SNP sur le territoire de la CPTS Grand Valenciennes (31). Il

s'agit d'une organisation en étroite collaboration avec le SAS 59. Les médecins du territoire étaient libres de participer aux SNP à hauteur de leurs envies, et n'avaient pas ressenti le besoin de modifier leur organisation de travail, ni d'augmenter leur temps de travail. Ces éléments sont cohérents avec les résultats de la thèse. Sur l'ensemble des RDV de SNP proposés par les médecins du territoire au cours des deux ans, 28 % avaient été attribués à des patients. L'activité du dispositif dépendait des périodes, avec une majoration de l'activité lors des périodes de congés, et particulièrement lors des vacances de Noël où 61 % des créneaux avaient été pourvus. Plusieurs hypothèses sont émises concernant cette sous-utilisation du dispositif, telles que sa nouveauté, mais des éléments d'orientation du point de vue des patients sont également suggérés.

d) Un manque de communication à propos du SAS ?

Le SAS étant un dispositif émergent, il est nécessaire de s'interroger sur la manière il a été porté à la connaissance des patients et du grand public. Sur le plan de la communication, une partie des médecins interrogés ont souligné des défaillances au moment de sa mise en place :

M3 : « *Il y a pas de communication. Ils ont balancé le SAS, tout le monde est obligé de faire ça. Fin pas obligé mais... Ça a été mis comme ça dans les CPTS, tout, faut faire des SAS, des soins non programmés, puis finalement c'est assez peu connu quoi. »*

La connaissance des patients du dispositif est un prérequis pour permettre la démocratisation de son usage. On peut citer les différentes campagnes de communication sur le dispositif SAS réalisées au moment de la période estivale en 2024 puis reconduites en 2025 (32), mais dont l'impact en population générale est difficilement évaluable. Au niveau des CPTS, chaque organisation communique à sa façon, et rend

difficile l'évaluation de la connaissance des patients des recours existants sur leur territoire. Sur le territoire de la CPTS Grand Valenciennes, la thèse du Dr Ravaux (33) avait évalué la satisfaction des patients vus en consultation de SNP après régulation du SAS. Elle retrouvait une méconnaissance du dispositif pour 84,47 % des interrogés, 3 ans après sa mise en place sur le territoire. Une thèse quantitative effectuée dans le département de la Meuse par les Dr Adrian, Millot et Nullans (34) en novembre 2024 retrouvait une méconnaissance du dispositif SAS pour plus de 80 % de la population interrogée. Cette enquête s'est déroulée de façon simultanée avec le déploiement du SAS sur le territoire, pouvant expliquer en partie la méconnaissance du dispositif.

L'utilisation du dispositif se heurte également aux représentations du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) pour les patients, et de son numéro dédié : le 15. Cette problématique était soulignée par une partie des médecins interrogés :

M8 : « *Pour eux le 15 c'est, c'est, on fait.. C'est une urgence absolue. Il y en a... Pour une grande partie de la population pour qui c'est encore ça. Si on fait le 15, c'est parce qu'on va aller aux urgences et qu'on nous envoie une ambulance. »*

Un rapport de la conférence nationale des URPS (35), réalisé au moment de l'annonce du SAS, soulignait le risque de regrouper les deux filières urgence et médecine générale derrière un numéro unique. Il était craint une augmentation du nombre d'appels, et un risque de décroché tardif face à une potentielle urgence vitale. Un rapport de la DREES de janvier 2025 (36) soulignait l'augmentation du nombre de recours à la suite de la crise sanitaire et de la « mission flash » de l'été 2022 visant à désengorger les services d'urgences. Une diminution du pourcentage d'appels décrochés en moins d'une minute avait été retrouvée : de 86 % en 2018, il était passé à 80 % en 2022. Un numéro distinct aurait pu être mis en place pour séparer les deux filières. Le 116 177 par exemple est déjà identifié et officiellement inscrit en tant que numéro

national de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) (37). Une thèse effectuée au printemps 2024 par le Dr Dalon-Choulon (38), ayant interrogé 1100 médecins du pays à propos du SAS, retrouvait l'usage de ce numéro pour 18,2 % des répondants. Le 15 restait le recours principal pour contacter le SAS pour 85 % des répondants.

Les résultats d'un sondage IFOP réalisé en avril 2025 sur l'accessibilité aux soins (39) permettent d'analyser les usages des patients. A la question des solutions permettant d'améliorer l'accès aux soins, 59 % des personnes interrogées ont répondu « la prise de rendez-vous en ligne », tandis que 22 % évoquaient le recours à un avis médical par téléphone. Les solutions de prise de RDV en ligne ont connu une croissance ces dernières années, et qui s'est d'autant plus majorée à la suite de la pandémie de Covid-19. Une enquête de la DREES d'octobre 2022 (40) rapportait que plus d'un généraliste sur trois y avait recours en 2022 (36 %), contre moins d'un sur quatre en 2019. Le développement de l'interopérabilité entre la plateforme numérique du SAS et ces solutions leur a permis de prendre une place importante dans la gestion des SNP. Le rapport d'impact de 2025 de la plateforme Doctolib® (41), leader du marché, affirme ainsi que « 80 % des rendez-vous d'urgence pris par les opérateurs du 15 le [seraient] via Doctolib », soit 1500 RDV par semaine. Il est également rapporté que la moitié des consultations chez les médecins généralistes sont réservées moins de 48h avant, et en dehors des heures d'ouverture des cabinets pour 50 % d'entre elles. Ces éléments sont à même d'illustrer le ressenti d'un des médecins interrogés sur la place prise par la plateforme dans les SNP :

M1 : « *En fait le système de, de.. de prise de rendez-vous de consultation en médecine générale, c'est de plus en plus par Doctolib ou équivalent. Et qu'en fait Doctolib a déjà un peu dépassé le SAS, dans le sens où j pense que, y a une grande partie de la population quand elle a besoin d'une consultation chez le généraliste, elle va d'abord*

regarder sur Doctolib, quitte à faire vingt bornes pour aller voir un généraliste avant d'appeler le SAS »

e) D'autres acteurs dans la prise en charge des soins non programmés

Devant la faible sollicitation au sein de leur cabinet, certains médecins s'interrogeaient de la place des autres acteurs prenant également en charge les SNP sur leur territoire :

M8 : *« Après, on est pas très loin aussi de, de SOS médecins, il y a pas de... Fin j'suis à 25 km de [ville], 25-30 km de [ville], je sais que les gens vont passer aussi facilement à SOS médecins. Je me demande aussi si, si à la régul ils envoient pas aussi des fois les gens à SOS. »*

L'association SOS Médecins constitue un acteur reconnu dans la prise en charge des SNP. Créée en 1966, elle assure une mission de réponse aux demandes de SNP en journée et aux horaires de PDSA (42). Elle effectue sa propre régulation téléphonique au sein de ses centres d'appels, en partenariat avec le SAMU-Centre 15. 6 relais de l'association sont implantés dans les Hauts-de-France (43). Les centres de consultation sont implantés au cœur des principales zones urbaines de la région, et effectuent des visites en périphérie de ces zones. La présence de l'association sur un territoire est susceptible de modifier la réponse apportée aux SNP. La thèse des Dr Lefort et Mouillac (44) effectuée en Gironde a essayé d'illustrer cette différence par la réalisation de deux focus groups au sujet du SAS. Le premier groupe avait réuni des médecins ayant accès à SOS Médecins sur leur territoire, au contraire du second. Dans une 2ème partie quantitative, la participation au SAS semblait moins importante chez les médecins exerçant sur un territoire où était présente l'association. En ce qui concerne la réorientation des SNP vers l'association, il est évoqué en discussion deux autres thèses : une sur le territoire du SAS 33 (Gironde) par les Drs Degroote-Ferreira

et Lasserre (45), et une autre sur le SAS 64A (moitié des Pyrénées-Atlantiques) par le Dr Iriart (46). Ces thèses retrouvaient une réorientation du SAS vers SOS Médecins pour 23,9 % des demandes dans la première, et jusqu'à 52 % dans la deuxième. La concentration de l'association au niveau des zones urbaines ne permet pas d'offrir ce recours sur l'ensemble des territoires, notamment dans les zones rurales.

De nouvelles structures dédiées à la prise en charge des SNP, communément appelées Centres de Soins Non Programmés (CSNP), ont émergé ces dernières années. On peut séparer ces CSNP en deux catégories, comme le proposait le député Thomas Mesnier dans son rapport de mai 2018 (6). Il existe d'une part les centres d'origine hospitalières, auparavant des centres d'urgence mais qui ont réduit leur activité. Les autres centres sont privés, adossés à des cliniques ou créés à l'initiative de médecins urgentistes et fonctionnant sur un modèle libéral. On peut associer à la première catégorie les CSNP gérés par les CPTS, qui ont comme point commun l'aval des ARS pour leur implantation et leur développement. Ce n'est pas le cas de la seconde catégorie, dont l'implantation est susceptible de « de désorganiser les parcours de soins du territoire » comme le suggérait le député Mesnier. Certains des médecins interrogés se montraient critiques vis-à-vis de ces centres :

M4 : « *C'est des personnes qui s'installent, qui font ça toute la journée [des SNP], où il y a zéro régulation, zéro suivi, et qui accueillent quoi.* »

La thèse des Dr Cattiaux et Cotte (47) a illustré l'influence de ces centres sur la demande de soins en comparant deux bassins de population : un avec 2 CSNP implantés et un qui en était dépourvu. Les autrices retrouvaient une diminution du nombre de SNP et une augmentation du nombre de patients déclarés médecins traitants pour les médecins généralistes du premier bassin. Le dénombrement précis de ces centres

est difficilement réalisable devant l'absence de régulation concernant leur implantation, même si la législation tend à évoluer à ce sujet (48).

Bien que non évoqué par les médecins interrogés, il est pertinent d'évaluer le rôle que pourrait avoir la téléconsultation dans la réponse aux SNP. Cette solution a connu un essor important à la suite de la pandémie de Covid-19. Selon la DREES (49), 77 % des médecins généralistes y avaient recours début 2022, contre moins de 5 % avant la pandémie. L'avenant 6 de la convention médicale de 2016 (50) a défini les modalités de mise en œuvre de ces actes. On distingue ainsi les téléconsultations s'inscrivant dans le respect du parcours de soins, effectuées par le médecin traitant ou sur orientation de ce dernier. La thèse du Dr Asset (51) soutenue en 2025 permet de connaître les usages de cette solution par les médecins généralistes de la région Hauts-de-France. Les médecins interrogés s'accordaient à 92 % pour dire que la téléconsultation ne pouvait être utilisée pour tous les motifs. Parmi les motifs évoqués, 7 % d'entre eux considèreraient de réaliser une téléconsultation pour gérer une « pathologie infectieuse courante », motif assimilable à un SNP. 2 médecins interrogés sur 3 dans une enquête de l'URPS Ile-de-France ne pensaient pas que le développement de la téléconsultation pourrait aider à la gestion des SNP (52). Il est prévu par l'avenant 6 des exceptions pour les téléconsultations hors parcours de soins. Elles doivent concerner des patients sans médecin traitant, ou des patients « dont le médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec leur état de santé ». On peut regrouper dans cette catégorie les autres modalités de recours à la téléconsultation, qui incluent les plateformes en ligne dédiées et les cabines/bornes connectées. Une étude de 2023, financée par les acteurs privés de ces solutions, retrouvait que 28 % des personnes interrogées auraient pris la décision de consulter dans un service d'urgences s'ils n'avaient pas eu la possibilité de recourir à une téléconsultation (53). Leur

place reste à définir afin de s'intégrer au sein d'une « organisation territoriale coordonnée » telle que souhaitée par les autorités publiques. Les assises de la télémédecine, lancées en juin 2025, doivent très prochainement apporter des pistes de réflexion pour répondre à ces questions et faire évoluer la législation (54).

III. Une nouvelle organisation pour la gestion des soins non programmés

a) Schématisation de la gestion des soins non programmés

Il est proposé dans cette sous-section une schématisation de la nouvelle organisation des SNP. Elle a pour but d'illustrer l'articulation entre les différents acteurs. Elle s'est en partie appuyée sur les travaux de la thèse du Dr Dubois, qui a analysé les différentes modalités d'organisation des CPTS des Hauts-de-France dans la gestion des SNP (55). Cette thèse avait pour but d'élaborer un protocole pour la prise en charge des SNP au sein de la CPTS Opale Sud.

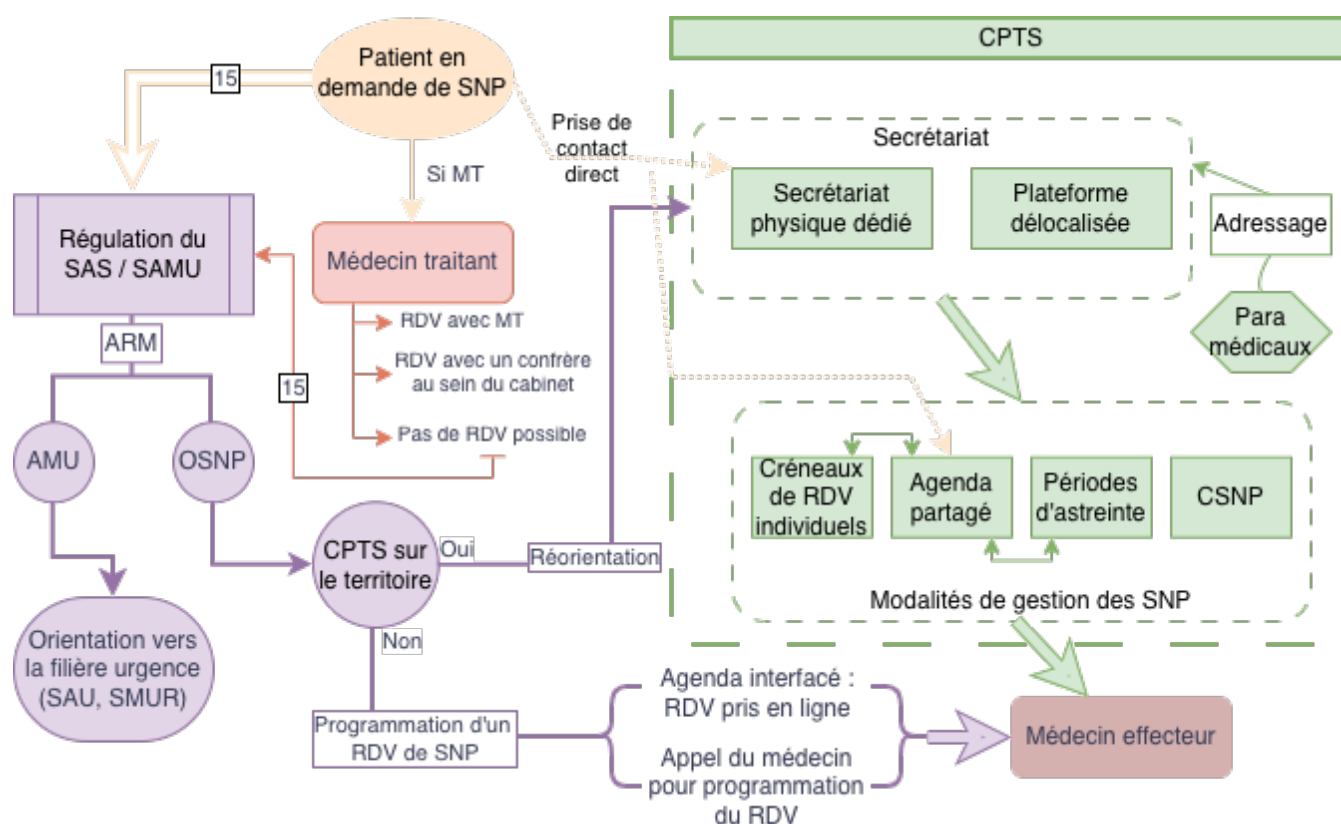


Schéma 3 : Schématisation des dispositifs en place pour répondre à une demande de SNP

SAU : Service d'Accueil de urgences ; ARM : axillaire de régulation médicale
SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation ; AMU : Aide Médical d'Urgente ;
OSNP : Opérateur de Soins Non Programmés ; MT : médecin traitant

Certaines CPTS ont offert la possibilité de réorienter les patients se présentant aux urgences vers une consultation de SNP. Cet axe n'a pas été représenté dans le schéma pour des questions de lisibilité. Il en est de même pour les autres acteurs pouvant prendre en charge un SNP. On peut citer parmi ces acteurs SOS Médecins, les CSNP hors CPTS, et les maisons médicales de garde aux horaires de PDSA.

Au regard de ce schéma, il pourrait être argumenté que le parcours de soins s'est complexifié pour les patients nécessitant un SNP. Bien que complémentaires, le SAS et les CPTS traduisent deux ambitions distinctes. Le SAS souhaite apporter une réponse globale et centralisée, à l'échelle régionale, aux SNP. Les CPTS, au contraire, proposent des solutions locales, adaptées aux moyens et aux besoins de chaque territoire. L'avenant 2 des ACI (30) souligne le rôle des CPTS dans l'analyse des difficultés et des ressources du territoire concernant les SNP, et les modalités d'articulation avec la régulation du SAS. Cette articulation semble encore difficile, comme le souligne le rapport « Tour de France des CPTS » (56). Il existe une crainte que les initiatives mises en place par les CPTS soient fragilisées par une orientation systématique vers le Centre 15. La « Grande Enquête des CPTS » réalisée par la Fédération Nationale des CPTS (57) a montré que les CPTS ont su se saisir de leur mission d'amélioration de l'accès aux soins. Sur les soins non programmés, 69 % des CPTS interrogés ont mis en place une organisation pour y répondre sur leur territoire.

b) Des dysfonctionnements au sein du dispositif

Il est nécessaire d'adresser les dysfonctionnements de cette nouvelle organisation en vue d'essayer de les corriger. Certaines de ses difficultés ont été soulignées dans l'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sur l'état des lieux de la PDSA au 31 décembre 2024 (58). Le retour concernant le

fonctionnement du SAS sur l'ensemble du territoire restait mitigé :

Estimez-vous que le SAS fonctionne bien dans votre département ?

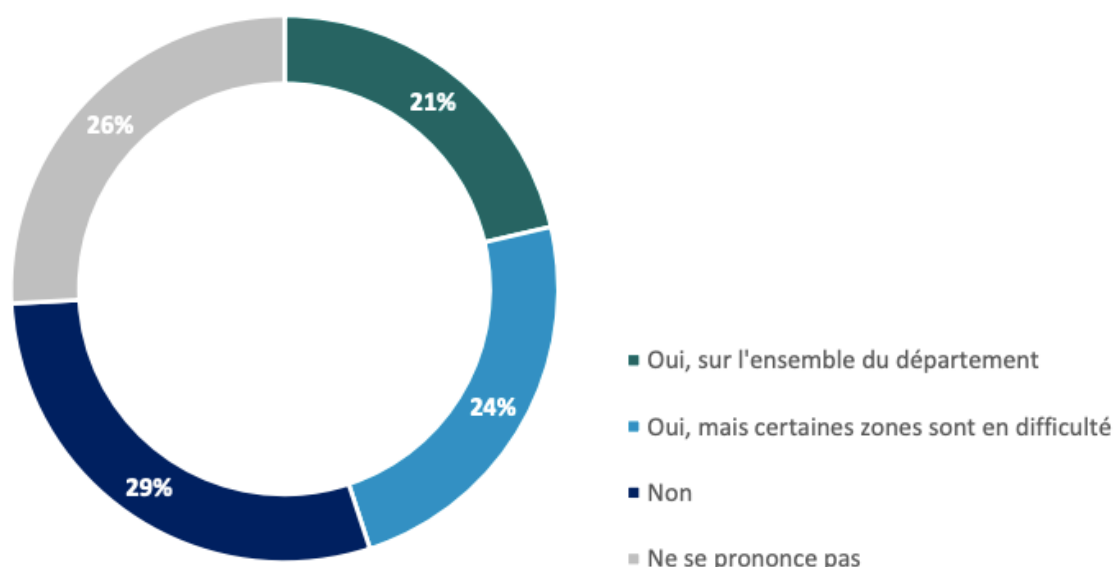


Schéma 4 : Évaluation du bon fonctionnement du SAS par les Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins en 2024, d'après (59)

L'articulation des horaires du SAS et de la PDSA peut être source de difficultés pour les acteurs participant aux SNP :

M8 : « Il commence à y avoir un mélange entre, entre le SAS et PDSA hein. On sait qu'il y a des territoires où les horaires de garde bah on va être en même temps sur des créneaux de garde de PDSA, en même temps des créneaux de, des créneaux de SAS »

La question du samedi matin pose particulièrement problème puisque de moins en moins de médecins exercent le samedi matin. Sur cette période, il est difficile pour les régulateurs du SAS de trouver des créneaux de RDV de SNP. Un report de ces demandes s'effectue alors sur les maisons médicales de garde à partir de l'après-midi. Selon l'enquête du CNOM, 64 % des conseils départementaux seraient demandeurs d'étendre la PDSA au samedi matin. Une partie d'entre eux l'a déjà effectué, à hauteur de 17 % pour la régulation et de 7 % pour la régulation et l'effectation. Une harmonisation

de l'organisation et du financement entre la PDSA et le SAS a été décidée dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2026 (59).

L'enquête du CNOM relève également des dysfonctionnements concernant la plateforme numérique du SAS. Il y est rapporté des difficultés dans l'interfaçage des agendas et la remontée des créneaux de rendez-vous au niveau de la régulation. La thèse du Dr Dalon-Choulon (38) retrouvait une non-utilisation de la plateforme pour 33,6 % des interrogés. 53,9 % des interrogés étaient en désaccord avec le partage de leur agenda avec la plateforme. Depuis le 1^{er} janvier 2026, il s'agit d'une des conditions obligatoires pour pouvoir bénéficier du forfait annuel de 1000€ lié à la participation au SAS (60). La question de la remontée automatique des RDV cristallise de nombreuses tensions (61). Un des médecins interrogés au cours de la thèse avait fermement montré son opposition à cet interfaçage :

M10 : « *On va devoir interfacier notre agenda en 2026 et donc les médecins volontaires, moi le premier, bah je quitterai le SAS, parce qu'il y est hors de question que j'ouvre des plages interfacées comme ça, pour des patients qu'une fois sur deux ils ne viennent pas, ou sur des motifs qui sont fallacieux, donc...* ».

Cette citation fait écho à deux autres dysfonctionnements concernant le dispositif. Une des craintes rapportées par les médecins était que certaines consultations adressées ne relèvent pas d'une prise en charge de type SNP. Plusieurs situations peuvent induire ce sentiment. Il peut s'agir d'un motif inadapté ne nécessitant pas une prise en charge sous 24-48h, comme un renouvellement de traitement ou une demande administrative. Au contraire, il peut s'agir d'un motif relevant d'une prise en charge au sein d'un service d'urgence. Il est difficile d'évaluer précisément dans quelle proportion pourraient avoir lieu ces recours inadaptés. La thèse des Dr Degroote-Ferreira et Lasserre (45) retrouvait que 35,9 % des patients régulés par le SAS et vus en

consultation de SNP avaient été réorientés vers un service d'urgence par le médecin effecteur de la consultation. Dans la thèse du Dr Iriart (46), cela concernait 27 % des patients. Ce taux vient souligner la difficulté que peut représenter la régulation téléphonique. Les centres de régulation doivent faire face à une demande de plus en plus importante, et les effectifs semblent insuffisants pour assurer cette régulation dans les conditions optimales (62). Un des médecins interrogés faisait part de son expérience personnelle :

M12 : « *On est tout seul parfois pour réguler le SAS, donc entre 8h et 20h, il y a des médecins qui régulent tout seul, et c'est infernal. Y'a un appel toutes les minutes hein. »*

L'autre principal retour négatif vis-à-vis du SAS concerne les RDV de SNP non honorés par les patients. Ces « lapins » étaient rapportés par la majorité des médecins interrogés :

M11 : « *C'est juste d'être sûr que les gens viennent, parce que ça je le vous dis, moi voilà, dans mon planning j'ai des absences, ça arrive mais c'est très rare. Là 1 sur 4, 1 sur 3, 1 sur 4, c'est quand même énorme quoi. »*

La problématique des RDV non honorés est malheureusement connue. La thèse du Dr Piérard, réalisée avec le soutien du conseil départemental de l'Ordre des Médecins du Nord, retrouvait en 2022 qu'en moyenne 7,6 % des RDV médicaux n'étaient pas honorés (63). La proportion de RDV non honorés semblait être plus importante pour les patients non suivis au cabinet, ce qui est le cas des patients vus en SNP. La thèse des Dr Degroote-Ferreira et Lasserre (45) retrouvait que 29,2 % des patients n'avaient pas suivi l'orientation du SAS qui leur proposait un recours médical ambulatoire. Parmi les motifs de non-observance, 9,7 % évoquaient l'éloignement géographique. Le dispositif offre peu de solutions pour les patients au domicile et ne

pouvant se déplacer. Il était rapporté dans la thèse du Dr Dalon-Choulon (38) que seulement 20 % des médecins étaient sollicités pour effectuer des visites à domicile dans le cadre du SAS.

L'avis des médecins concernant la rémunération des SNP avait été recueilli au cours des entretiens. Les médecins étaient satisfaits de la rémunération dédiée aux SNP, mais la considéraient comme un simple encouragement plutôt qu'une vraie motivation à participer à la prise en charge des SNP :

M6 : « *Que les consultations elles soient un peu mieux rémunérées qu'une consultation standard ça motive à prendre des consults du SAS mais... D'un autre côté, moi je, je dirais, je suis pas prêt à, à sacrifier mon âme et ma qualité de vie *léger rire* pour les quelques euros de plus, c'est pas ça le, la motivation principale* »

Certains rapportaient des difficultés à appliquer la cotation « SNP », ou « MRT » si médecin traitant). Ils mettaient en avant l'obligation que la consultation soit régulée par le SAS pour pouvoir appliquer ces cotations :

M9 : « *Je trouve injuste de se dire ben, il y a une rémunération s'il passe par le SNP, [...], alors que je fais le même travail et que j'ai déjà régulé en avance et que je vois des patients qui nécessite un SNP que je peux pas coter parce qu'ils ont pas appelé le 15* »

Des conclusions similaires étaient retrouvées au sein d'une enquête réalisée par l'URPS médecins libéraux de Bretagne en mars 2024 (64). Il était évoqué un risque de dérive : certains médecins pourraient être tentés de demander aux patients de contacter le SAS au préalable avant d'accepter de les recevoir pour être en mesure de coter « SNP ». Dans les CPTS, les médecins qui recevaient des SNP par le biais d'une régulation intra-CPTS, non en lien avec le SAS, n'étaient pas toujours en capacité de bénéficier de ces cotations (65).

c) Une analyse coût-efficacité de la gestion des SNP

Au vu de cette nouvelle organisation des SNP et des acteurs qui y sont impliqués, on peut se poser la question du coût que celle-ci peut représenter. Il n'existe malheureusement pas de données précises à propos des coûts de fonctionnement du SAS. Il est ainsi proposé dans ce paragraphe d'estimer le coût de cette organisation. Ce calcul permettra de réfléchir à l'efficacité du dispositif, c'est-à-dire sa capacité à réussir son objectif de diminuer les passages aux urgences, avec des coûts qui restent maîtrisés. Pour des questions de lisibilité et de facilité de compréhension, une partie des calculs a été regroupée dans des tableaux.

Variable étudiée	Justifications	Coût estimé
Rémunération des médecins régulateurs	100€ de l'heure (66) SAS opérationnel de 8h à 20h en semaine et le samedi matin de 8h à 12h = 64h par semaine 64h x 52 semaines = 3328h/an	332 800€ par an
Coût des opérateurs de soins non programmés (OSNP)	30 000€ par an par OSNP (salaire + charges) (67) Besoin de 2,2 équivalents temps-plein pour couvrir l'ensemble du planning	66 000€ par an
Nombre de centres SAS	Couverture de la quasi-totalité du territoire : environ une centaine de centres SAS	Facteur de multiplication : x100
Coût des assistants de régulation médicale supplémentaires (ARM)	L'augmentation des appels à la régulation du SAS nécessite d'augmenter le nombre d'ARM Nombre estimé : 650 (68) ARM : fonction publique hospitalière = environ 4400€ mensuel (avec charges, échelon 1)	34 320 000€ par an
Coût annuel de fonctionnement des centres de régulation SAS = 74 200 000€		

Tableau 2 : Récapitulatif des calculs permettant d'estimer le coût de fonctionnement des centres de régulation du SAS

À ce calcul doivent être ajoutés les frais d'infrastructure permettant d'accueillir ces effectifs supplémentaires. Cette somme est très dépendante selon les SAS et l'augmentation du nombre d'appels attendus. À titre d'exemple, 1,2 million d'euros ont

été investis pour permettre la rénovation du SAMU du Nord (69). Cette somme étant un investissement unique et non répété, elle n'est pas intégrée dans le calcul du coût annuel des centres de régulation.

Variable étudiée	Justifications	Coût estimé
Coût de l'enveloppe de la mission socle « Amélioration de l'accès aux soins »	2 volets à la mission : « Faciliter l'accès à un médecin traitant » et « Améliorer la prise en charge des SNP » en ville L'enveloppe comprend une part fixe (pour les moyens mis en œuvre) et une part variable (selon les objectifs atteints)	Entre 80 000€ et 155 000€ selon la taille de la CPTS
Nombre de CPTS	Environ 600 CPTS actives sur le territoire	Facteur de multiplication : x600
Répartition de la taille des CPTS (d'après la grande enquête des CPTS (57))	Taille 1 : 14 % Taille 2 : 34,9 % Taille 3 : 38,6 % Taille 4 : 12,5 %	Calcul du coût des enveloppes en tenant compte de la répartition des CPTS selon leur taille
Utilisation effective des enveloppes	Les CPTS ont en réalité utilisé plutôt 40 % de leur enveloppe afin de répondre à cette mission socle (57)	Facteur de multiplication : x0,4
Coût estimé des enveloppes utilisées par les CPTS pour accomplir leur mission socle « Amélioration de l'accès aux soins » : 26 000 000 € En considérant à part égale le coût des deux volets : 13 000 000 € pour le volet SNP		

Tableau 3 : Récapitulatif des calculs permettant d'estimer les coûts mis en œuvre par les CPTS pour remplir leur mission « Améliorer la prise en charge des SNP »

En ce qui concerne les médecins effecteurs, les calculs sont estimés sur les 16 000 inscrits sur la plateforme numérique du SAS (15). Avec le nouveau forfait annuel de 1000€ (60), cela représente un coût annuel de 16 000 000 €. Il est également nécessaire de prendre en compte le « surcoût » de 15 € par rapport à une consultation classique pour chaque acte SNP effectué dans le cadre du dispositif.

Additionnés, l'ensemble des coûts représente un budget annuel de 103 200 000 €. Il est nécessaire de mettre ce chiffre en parallèle des potentielles économies liées aux passages évités aux urgences. Le coût d'un passage aux urgences est difficile à

évaluer de façon précise. Le rapport « Charges et produits » (70) de l'assurance maladie estimait le coût global pour un passage aux urgences à 215 €. En comparaison, une prise en charge ambulatoire est estimée à 41 €, soit une différence de 174 €. Combien de passages aux urgences seraient éligibles à une prise en charge ambulatoire ? Pour estimer cela, le rapport s'appuie sur un nouvel indicateur : les « Passages aux urgences Relevant Potentiellement de la médecine de Ville » (PRPV), mis au point par l'Observatoire Régionale de la Santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur. La Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (ORU) estimait à environ 5 000 000 ces PRPV en 2024 (en excluant l'Île de France et la Corse) dans son rapport annuel (71). Ce chiffre représente environ 40 % des passages aux urgences. Il était retrouvé une part plus importante de ces passages aux horaires de la PDSA, et majoritairement en lien avec une problématique traumatologique. Ainsi, si l'ensemble de ces PRPV étaient pris en charge en médecine ambulatoire, l'économie réalisée serait de 870 000 000€. Comparé au budget calculé précédemment de 103 200 000€, l'économie est potentiellement majeure si le dispositif SNP réussit à accomplir ses ambitions.

Plusieurs éléments sont à mettre en perspective concernant ces chiffres. Ce calcul ne prend pas en considération le mode de financement actuel des SAU : la tarification à l'activité. Le rapport de la conférence nationale des URPS (35) soulignait cet élément. Il était cité en exemple qu'un report de 20 000 passages annuels des urgences de l'Hôpital Universitaire Robert Debré vers la médecine de ville entraînerait une perte de ressources de 2.300.000€ pour ce dernier. Une montée en puissance du dispositif SNP et des réorientations vers l'ambulatoire nécessiteraient impérativement de repenser les modalités de financement des services d'urgence. Le rapport « Charges et Produits » (70) souligne la part importante de la traumatologie dans les PRPV. Jusqu'à 8 passages aux urgences pour un motif de traumatologie sur 10

seraient considérés comme un PRPV. Parmi eux, 53 % seraient accessibles à une prise en charge dans un cabinet médical « avec accès différé à la radiologie ». On peut s'interroger sur la capacité des cabinets de radiologie ambulatoire d'absorber cette demande supplémentaire.

Il est par ailleurs difficile d'imaginer qu'une organisation de gestion des SNP, quelle qu'elle soit, puisse conduire à ce que l'ensemble de ces PRPV soit pris en charge en médecine ambulatoire. De nombreux facteurs entrent en considération dans la décision d'un patient de se rendre aux urgences. Le sondage IPSOS (24) de 2024 sur l'accès aux soins interrogeait les patients sur leurs motifs pour se rendre aux urgences. Il y était évoqué les difficultés de lisibilité dans l'offre de soins, la facilité pour obtenir des examens complémentaires, les difficultés et les refus pour obtenir un RDV en ville. L'ensemble de ces paramètres sont en augmentation par rapport à un sondage similaire de 2019. Un rapport de la DREES de 2003 (72) rapportait quant à lui la proximité de l'hôpital, la nécessité d'examens complémentaires ou d'un avis spécialisé, le souhait d'être pris en charge rapidement, ainsi que le sentiment de gravité et le besoin ressentie d'une hospitalisation. Une étude de l'Observatoire Régional des Urgences Occitanie de 2024 (73) a souhaité évaluer si l'accès à un médecin généraliste influençait le recours aux urgences. L'étude s'est appuyée sur l'indicateur de l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL), un indice développé par la DREES et l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES). Celui-ci mesure l'adéquation entre l'offre et la demande de soins de premier recours au niveau des communes. Au sein d'une analyse multivariée, il n'était pas retrouvé de corrélation entre l'indicateur et le taux de recours aux urgences. Ce taux de recours était diminué en cas de présence d'un CSNP à moins de 30 minutes. Il était augmenté en cas de présence d'une maison médicale de garde ou d'au moins un service d'urgence à moins

de 30 minutes. L'ensemble de ces éléments montre à quel point il peut être complexe de réussir à réorienter les soins non programmés vers la médecine de ville. La thèse du Dr Iriard (46) laissait entrevoir la réussite partielle du dispositif SAS pour réorienter les patients. 63,2 % des patients (86 sur 136) n'avaient pas eu la nécessité de consulter aux urgences après avoir été pris en charge par le dispositif. Il est nécessaire de prendre en compte la présence de SOS Médecins sur le territoire, qui a effectué la majorité des recours (52 %). Il est donc difficile de généraliser ce résultat à d'autres territoires, notamment les plus ruraux.

IV. Point de vue des patients et du médecin généraliste

a) Du côté des patients

Les médecins interrogés au cours de la thèse faisaient part de la satisfaction des patients d'avoir eu une consultation de SNP dans le cadre du dispositif :

M4 : *« Les patients qui viennent ils sont contents, ils trouvent ça pratique. [...] Un enfant qui chauffe, ils ont pas rendez-vous avec leur médecin traitant, ils savent qu'ils sont reçus, la réponse elle est quand même faite dans la demi-journée en général, donc... C'est, c'est plutôt sim... C'est plutôt confortable pour eux quoi. »*

Ce résultat est cohérent avec les données de la littérature. La thèse des Dr Degroote-Ferreira et Lasserre (45) et celle du Dr Iriard (46) retrouvait une satisfaction des patients à respectivement 89,1 % et 88,2 % après orientation du SAS. Mais qu'en est-il des patients qui n'ont pas eu la possibilité ou la connaissance pour obtenir ce recours ? Comme vu précédemment, la connaissance du dispositif SAS semble limitée au sein de la population générale. L'étude « Match », enquête sociologique réalisée par l'institut de recherche Jean-François Rey, s'est intéressée aux représentations des patients et des professionnels de santé concernant les SNP. Les premiers résultats de l'enquête (74) soulignent le caractère « démunis » des patients confrontés à un

problème de santé non programmé. Le système de santé est perçu comme fragile et surchargé par les patients. Cela les incite à rationaliser leur recours au système de soins. Ils s'organisent à l'avance pour obtenir un RDV médical. En cas de demande de SNP, ils s'auto-médicalisent, ils reportent leur prise en charge si possible, ou se présentent aux structures de soins primaires environnantes qu'ils connaissent. Pour obtenir un RDV rapidement, les patients se doivent de légitimer leur demande de soins envers les médecins, contraints de trier les sollicitations car dans l'incapacité d'accepter toutes les demandes. Ce tri est soumis aux attentes et aux représentations de chaque médecin, avec l'idée encore fortement ancrée de devoir « responsabiliser » le patient dans sa consommation de soins. Au-delà de cette nouvelle organisation des SNP, est-ce qu'un travail sur ces représentations, et la place du patient dans le système de santé, ne serait-il pas également nécessaire ?

b) Du côté des médecins généralistes

L'enquête de l'Union Nationale des Professionnels de santé et la Fédération Nationale des CPTS (75) retrouvait quasiment autant de ressentis positifs (52 %) que négatifs (48 %) envers le SAS. La thèse du Dr Dalon-Choulon (38) soulignait l'importance « d'une gouvernance claire et d'une coordination efficace avec les acteurs de terrain » afin d'assurer une expérience positive du SAS. Est-ce que la généralisation rapide du dispositif a permis d'intégrer suffisamment les acteurs de santé des territoires pour assurer cette coordination ?

L'enquête sociologique de l'étude Match (74) évoquait un sentiment de méfiance envers la capacité du SAS et des CPTS à désengorger les urgences et prendre en charge les SNP. Ce sentiment provient de la crainte que ces dispositifs, créés par les autorités publiques, viennent contribuer à augmenter une charge de travail déjà importante. Pourtant, ils sont nécessaires pour répondre aux difficultés traversées par

le système de santé. Actuellement, la médecine générale fonctionne principalement par la prise de RDV, sans coordination entre les acteurs. Ce « modèle professionnel non hiérarchisé » tel que le décrit l'étude n'est pas en capacité de répondre aux défis démographiques et aux objectifs de santé publique. C'est particulièrement face à la problématique des SNP que cette réorganisation s'avère nécessaire. Pour parvenir à cela, le médecin ne doit-il pas réévaluer sa place dans le système de santé, dans une logique de coordination et de pluriprofessionnalité ? Un médecin interrogé au cours de la thèse soulignait ce besoin d'évolution du rôle du médecin généraliste :

M5 : « *La notion de médecin de famille, elle est insuffisante. Je pense que comme en période de carence de médecins comme on l'est aujourd'hui. Euh, je, je préfère avoir une idée de médecin de famille et de population, c'est-à-dire que j'ai ma responsabilité populationnelle pour les gens qui sont autour de moi, avec mes limites, c'est-à-dire que moi je mets mes limites en termes d'horaires, et je pense qu'on est un petit peu au bout du système du médecin traitant qui est limitant et... Voilà je pense qu'il faut inclure la, la responsabilité populationnelle dans notre travail* »

c) Perspectives

Il faudra encore plusieurs années pour faire le bilan de cette nouvelle organisation des SNP. On peut regretter le manque de données publiques disponibles concernant le SAS, à l'opposé de celles plus accessibles comme les données concernant les services d'urgences par exemple. Certains médecins interrogés soulignaient l'importance que l'évaluation de ces organisations soit faite :

M10 : « *Et que ce soit évalué pour savoir si ça porte ses fruits. Est-ce que c'est là justement juste pour répondre à une demande pour dire : « Voilà ! » [...] ou est-ce que véritablement ça répond à un besoin* »

Ce travail sera nécessaire pour connaître les solutions qui auront su faire preuve de leur efficacité, et celles qui nécessiteront d'être repensées. Dans sa forme actuelle, le SAS nécessite encore des ajustements afin de devenir la plateforme d'orientation dans le système de soins qu'elle aspire à devenir. Pour permettre sa montée en puissance, des moyens humains supplémentaires et un travail de communication d'ampleur seront nécessaires. Ce développement devra laisser la possibilité aux acteurs de santé de s'organiser au sein des territoires, car orienter sans effecteur n'aurait pas de sens. Les médecins généralistes ont accepté pour certains de prendre part à cette organisation.

Comme vu dans les résultats principaux, cette participation n'a eu que peu d'impact sur leur organisation professionnelle : peu de demandes, liberté de participer selon ses envies, avec à la clé une rémunération « bonus ». Mais est-ce que cette participation individuelle des médecins sera à même d'améliorer durablement l'accessibilité aux soins, au-delà de l'occasionnel dépannage ? Les SNP, par leur nature imprévisible, viennent cristalliser les difficultés présentes au sein du système de santé. C'est au niveau des territoires, et de ces acteurs, que des solutions peuvent émerger pour répondre durablement à celles-ci. Dans le rapport de la DREES (4) cité en introduction, les médecins évoquaient des solutions comme le travail en pluridisciplinarité ou l'éducation thérapeutique. À l'échelon des territoires, c'est le travail collaboratif des CPTS qui serait en mesure d'apporter des solutions locales pérennes et efficaces. C'est du moins mon ressenti à la suite de ces entretiens. Les médecins participant à l'organisation des SNP par l'intermédiaire de leur CPTS le percevaient comme un réel engagement pour améliorer l'accès aux soins sur leur territoire.

Conclusion

Les services d'urgences constituent la porte d'entrée dans le système hospitalier français. Dans un système de soins en tension, ils sont également une ressource identifiée pour les patients présentant un problème de santé aigu et imprévu. Dans les dernières années, ces éléments ont abouti à un engorgement de ces services et une situation de crise. C'est sur ce constat que le SAS a été créé pour alléger cette surcharge, et réorienter vers la médecine de ville les patients relevant des soins ambulatoires. Afin de structurer cette réponse à l'échelle des territoires, la médecine de ville s'est regroupée autour des CPTS. Dans cette nouvelle organisation, il incombe au médecin généraliste de devenir effecteur de SNP.

L'objectif de la thèse était d'évaluer comment les médecins généralistes avaient modifié leurs pratiques pour remplir ce rôle. La méthode qualitative était la plus adaptée pour explorer ces changements dans les différentes organisations professionnelles des médecins des Hauts-de-France, et de recueillir des opinions variées.

Finalement, cette nouvelle organisation n'a pas entraîné de modifications dans les pratiques des médecins généralistes. Dans un contexte de pénurie médicale, ils s'étaient déjà organisés pour répondre aux besoins de SNP de leurs patients. La liberté qui leur a été laissée dans leur participation au dispositif, associée à une faible sollicitation, leur a permis de poursuivre leur organisation habituelle. Plusieurs éléments viennent expliquer cette faible sollicitation des médecins généralistes : un travail de communication insuffisamment réalisé auprès de la population, la présence d'autres acteurs prenant en charge les SNP dont la place reste encore à définir, une articulation imparfaite avec les organisations locales mises en place par les CPTS. Il en résulte un dispositif encore imparfait, et dont l'efficacité reste à démontrer.

Ce travail vient enrichir une littérature naissante sur l'organisation des SNP dans le système de soins français. Les recherches sur le sujet nécessiteront à l'avenir d'être appuyées par des données institutionnelles afin d'évaluer plus précisément les réussites et les échecs de cette organisation. Des travaux de recherche complémentaires au sein des régulations du SAS permettraient de mieux comprendre comment favoriser l'articulation avec la médecine de ville. D'autres travaux sur la gestion des SNP à l'échelle des CPTS permettraient d'accompagner les territoires dans la mise en place et le développement de ces organisations.

Bibliographie :

1. DREES. Les établissements de santé en 2022 - Édition 2024 - Fiche 23 - La médecine d'urgence.pdf [Internet]. juill 2024 [cité 25 mars 2025]. Rapport No. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/ES24%20-%20Fiche%2023%20-%20La%20m%C3%A9decine%20d%E2%80%99urgence.pdf>
2. Demoly E, Bara W, Naouri D, Boisguerin B, Bianchi C. Urgences hospitalières en 2023 : quelles organisations pour la prise en charge des patients ? [Internet]. DREES; [cité 16 mai 2025]. Rapport No. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/ER1305_0.pdf
3. Cours des Comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités [Internet]. [cité 29 juin 2024]. Rapport No. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
4. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale [Internet]. DRESS; janv 2020 [cité 4 févr 2024]. (Études et résultats). Rapport No.: 1140. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM, Dr Arnault F. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE - Situation au 1er janvier 2022.
6. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. mai 2018 [cité 29 juin 2024]. Rapport No. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
7. Buzyn A. Pacte de refondation des urgences [Internet]. sept 2019 [cité 25 mars 2025]. Rapport No. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
8. Mesnier T, Carli P, Fillion S, Siahmed H. Pour un pacte de refondation des urgences [Internet]. déc 2019 [cité 1 mai 2022]. Rapport No. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/272424.pdf>
9. sante.gouv.fr. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. [cité 25 mars 2025]. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/masante2022/>
10. Légifrance. Code de la santé publique - Section 4 : Communautés professionnelles territoriales de santé (Articles L1434-12 à L1434-13) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000031917906>
11. Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé - Haut-de-France. Le financement de la CPTS : l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) [Internet]. [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/le-financement-de-la-cpts-laccord-conventionnel-interprofessionnel-aci>
12. Bergeat M, Vergier N (DRESS), Verger P (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur), et al. Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 25 mars 2025]. Rapport No. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/medecins-generalistes-debut-2022-un-sur-cinq>
13. Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé - Haut-de-France. Consulter la carte des CPTS et projets de CPTS en Hauts de France [Internet]. [cité 25 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/consulter-la-carte-des-cpts-et-projets-de-cpts-en-hauts-de-france>

14. sante.gouv.fr. Publication du décret de généralisation des services d'accès aux soins [Internet]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/publication-du-decret-de-generalisation-des-services-d-acces-aux-soins>
15. Agence du Numérique en Santé. esanté.gouv.fr [Internet]. [cité 5 févr 2026]. Plateforme numérique du Service d'Accès aux soins (SAS). Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/domaine-urgences/sas>
16. Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 24 mars 2026]. Disponible sur: https://demographie.medicin.fr/#bbox=536594,7141756,301023,313260&c=indicateur&i=demo_gen_tot.mg_act_regul&s=2024&selcodgeo=32&view=map11
17. Santé.fr. Votre médecin traitant n'est pas disponible et vous avez besoin d'une consultation rapidement ? | Santé.fr [Internet]. 2023 [cité 10 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.sante.fr/carte-des-lieux-de-soins>
18. KASPRZAK L. Le Service d'Accès aux Soins vu par des médecins effecteurs du Nord [Internet]. [cité 17 mars 2025]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2024/2024ULILM493.pdf
19. GROUX A. Soins non programmés au sein des CPTS du Pas de Calais : avis des acteurs du secteur quant à l'intégration du Service d'Accès aux Soins dans les pratiques actuellement en place [Internet]. [cité 17 mars 2025]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2024/2024ULILM494.pdf
20. AMELI. Part de la population couverte par le service d'accès aux soins (SAS) par année [Internet]. [cité 17 déc 2025]. Disponible sur: <https://data.ameli.fr/pages/acces-aux-soins-indicateurs/id8#id8>
21. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. déc 2007;19(6):349-57. doi:10.1093/intqhc/mzm042 PubMed PMID: 17872937.
22. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-4. doi:10.1016/j.kine.2014.11.005
23. Millien C, Chaput H, Cavillon M. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste [Internet]. DREES; oct 2018 [cité 24 déc 2025]. Rapport No. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1085-2.pdf>
24. IPSOS. Santé : un accès aux soins de plus en plus difficile en France | Ipsos [Internet]. 18 mars 2024 [cité 27 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/sante-un-acces-aux-soins-de-plus-en-plus-difficile-en-france>
25. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine [Internet]. DREES; [cité 3 févr 2026]. Rapport No. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>
26. Décret n° 2024-541 du 14 juin 2024 relatif à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins. 2024-541. 14 juin 2024.
27. Chaput H, Monziols M (DRESS). Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. [Études et résultats] [Internet]. DRESS; janv 2020 [cité 29 juin 2022]. Rapport No.: 1138. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>

28. Ministère du travail, de la Santé et des solidarités. Retour d'expérience des 20 premiers SAS lancés [Internet]. [cité 4 févr 2024]. Rapport No. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/retex_sas_janvier_2024.pdf
29. ROJOUAN B. RAPPORT D'INFORMATION FAIT au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable (1) relatif aux inégalités territoriales d'accès aux soins, [Internet]. Sénat; [cité 31 déc 2025]. Rapport No. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r24-137/r24-1371.pdf>
30. AMELI. Comprendre l'avenant 2 à l'ACI CPTS [Internet]. [cité 28 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/textes-reference/accord-conventionnel-interprofessionnel-pour-les-cpts/avenant-2>
31. TRYLA L. Bilan des deux premières années de gestion des consultations de soins non programmés en lien avec le SAS de la CPTS Grand Valenciennes, étude de données et enquête de satisfaction auprès des médecins effecteurs [Internet]. Université de Lille (2022-...); 2024 [cité 17 mars 2025]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-44671>
32. DGOS_Marie.R, DGOS_Marie.R. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [Internet]. [cité 8 janv 2026]. Nouvelle campagne nationale sur l'accès aux soins pour l'été 2025 « Besoin d'un médecin ? Suivez le bon chemin ». Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/presse/communiques-de-presse/article/nouvelle-campagne-nationale-sur-l-acces-aux-soins-pour-l-ete-2025-besoin-d-un>
33. Ravaux P. Enquête de satisfaction des patients vus en consultation via le service d'accès aux soins dans le secteur de la CPTS Grand Valenciennes [Internet]. Université de Lille (2022-...); 2025 [cité 23 janv 2026]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-48029>
34. Adrian A, Millot M, Nullans M. Enquête prospective et descriptive auprès des médecins généralistes et de la population dans le département de la Meuse: connaître leurs attentes vis-à-vis du Service d'Accès aux Soins (SAS) et la gestion des soins non programmés avant la création du SAS [Thèse d'exercice] [Internet]. [2012-..., France]: Université de Lorraine; 2024 [cité 10 janv 2026]. Disponible sur: https://docnum.univ-lorraine.fr/public/MED_T_2024_1256_NULLANS_MA-THIEU_ADRIAN_ADELE_MILLOT_MATHIEU.pdf
35. Conférence Nationale des URPS Médecins libéraux. Les réponses des Médecins Libéraux à l'engorgement des Services d'Urgences [Internet]. [cité 27 janv 2026]. Rapport No. Disponible sur: https://cn-urps-ml.org/wp-content/uploads/2022/07/CP_Engorgement_Urgences.pdf
36. Delort L, Delage S. Samu : un taux de recours en hausse à la suite de la crise sanitaire et des mesures de régulation des urgences [Internet]. DREES; [cité 7 févr 2026]. Rapport No. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-01/ER%201325%20SAMU_MEL.pdf
37. Legifrance. Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires. 2016-1012. 22 juill 2016.
38. Dalon-Choulon J. Les médecins généralistes et le SAS en France au printemps 2024 une enquête auprès de 1100 médecins. [Internet]. Versailles; 2025 [cité 18 janv 2026]. Disponible sur: https://www.urpsmlgrandest.fr/data/doc-358/20251015/18287_1.pdf
39. Chasles-Parot M, Deffain MA. Le regard des Français sur l'accessibilité aux services essentiels - Ifop Group [Internet]. 2025 [cité 8 janv 2026]. Disponible sur:

<https://www.ifop.com/article/le-regard-des-francais-sur-laccessibilite-aux-services-essentiels>

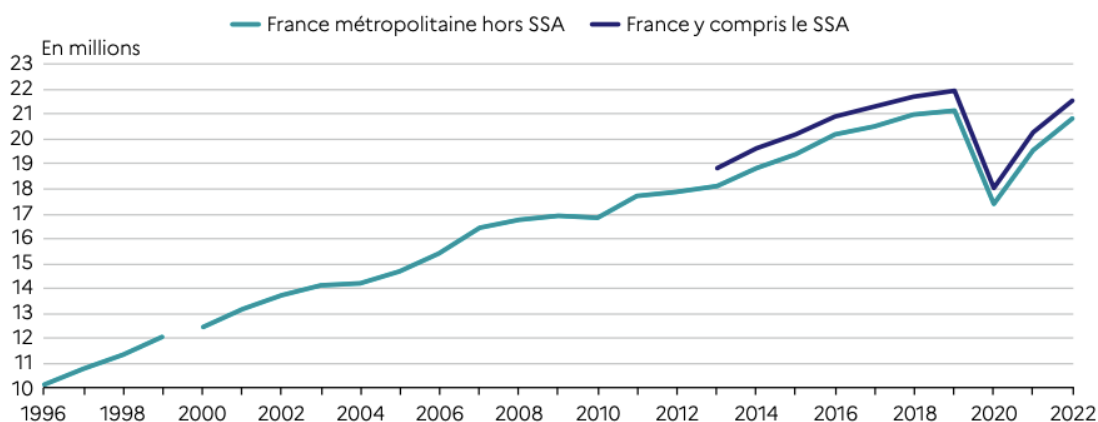
40. Bergeat Maxime (DREES), Vergier Noémie (DREES), Verger Pierre (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur), Romain Lutaud (département universitaire de médecine générale, Aix-Marseille Université), Élisabeth Fery-Lemonnier, Benoît Ourliac (DREES), Bruno Ventelou (AMSE), Marie-Christine Bournot (ORS Pays de la Loire), Thomas Hérault, (URML Pays de la Loire), Florence Zemour (URPS-ML Provence-Alpes-Côte d'Azur). Un médecin généraliste sur six assure lui-même son secrétariat en 2022 [Internet]. DREES; [cité 19 janv 2026]. Rapport No. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-medecin-generaliste-sur-six-assure-lui-meme-son-secretariat-en>
41. Doctolib. Rapport d'impact 2025 [Internet]. [cité 19 janv 2026]. Rapport No. Disponible sur: https://media.doctolib.com/image/upload/mkg/file/impact_report_fr_digital.pdf
42. Patrick Guérin. SOS Médecins dans la permanence des soins ambulatoires (PDSA). SOS MÉDECINS [Internet]. [cité 23 janv 2026]. Disponible sur: <https://sosmedecins-france.fr/actualite/sos-medecins-dans-la-permanence-des-soins-ambulatoires-pdsa/>
43. SOS médecins. sosmedecins.com/patient/carte [Internet]. [cité 23 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.sosmedecins.com/patient/carte>
44. Lefort X, Mouillac E. Implication dans le SAS (service d'accès aux soins) des médecins généralistes de Gironde [Internet]. 2025 [cité 9 janv 2026]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05381042>
45. Degroote-Ferreira Z, Lasserre S. Description du parcours de soins des patients orientés en médecine ambulatoire par le Service d'Accès aux Soins (SAS) en Gironde. 7 janv 2025;85.
46. Iriart L. Impact de l'orientation des patients par le SAS 64A: influence sur la fréquentation dans un service d'urgence.
47. Cotte M, Cattiaux L. Retentissement des centres de soins non programmés sur l'organisation de l'offre de soins des médecins généralistes, à partir d'une étude comparative ici et ailleurs sur deux territoires de santé [Thèse d'exercice] [Internet]. [Lyon ; 1971-...., France]: Université Claude Bernard; 2024 [cité 10 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.sudoc.abes.fr/cbs//DB=2.1/SET=2/TTL=1/URL>
48. Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU, APM. LA LFSS RÉGULE L'IMPLANTATION DES CENTRES DE SOINS NON PROGRAMMÉS [Internet]. 18 févr 2025 [cité 23 janv 2026]. Disponible sur: https://www.sfmur.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/la-lfss-regule-l-implantation-des-centres-de-soins-non-programmes/new_id/70310
49. Kamionka J, Bergeat M. Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent en 2021 des patients des grands pôles urbains | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. DREES; [cité 23 janv 2026]. Rapport No. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/sept-teleconsultations-de-medicine-generale>
50. AMELI. La téléconsultation [Internet]. [cité 24 janv 2026]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/483246/document/cir-21-2018-anexe_2_avril_2020.pdf
51. Asset M. Avantages et freins à la pratique de la téléconsultation en médecine générale : une étude quantitative dans les Hauts-De-France [Internet]. Université de

- Lille (2022-...); 2025 [cité 24 janv 2026]. Disponible sur: <https://pepите.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-46709>
52. URPS ML IDF. ENQUÊTE SUR LES SOINS NON PROGRAMMÉS AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX EXERÇANT EN ÎLE-DE-FRANCE [Internet]. 2019 [cité 31 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2020/01/Enqu%C3%AAte-MG-SNP-ARS-URPS-2020.pdf>
 53. Ohannessian R, Lamarche D, Brugnaux S, Ghazarian S, Cheniour J, Martin Gousset P, et al. Knowledge, Attitudes, and Practices of Teleconsultation in France Among General Population and Physicians: A National Survey. *Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc.* oct 2025;31(10):1267-76. doi:10.1089/tmj.2025.0079 Pub-Med PMID: 40512586.
 54. AMELI. Lancement des Assises de la télémédecine [Internet]. 2025 [cité 24 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2025-06-27-cp-lancement-assises-telemedecine>
 55. Dubois L. Élaboration d'un protocole permettant la prise en charge des soins non programmés de médecine générale au sein de la CPTS Opale Sud [Internet]. Université de Lille (2022-...); 2022 [cité 17 mars 2025]. Disponible sur: <https://pepите.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-35915>
 56. Dr CERTAIN Marie-Hélène, LAUTMAN A, GILARDI H. Tour de France des CPTS. juin 2023. Rapport No.
 57. Résultats de la Grande Enquête des CPTS [Internet]. FNCPTS; [cité 15 janv 2026]. Rapport No. Disponible sur: <https://www.fcpts.org/wp-content/uploads/2025/03/La-grande-enquete-des-CPTS-rapport.pdf>
 58. CNOM. ENQUÊTE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS SUR L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 31 DÉCEMBRE 2024 [Internet]. [cité 30 déc 2025]. Rapport No. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2024.pdf
 59. DICOM_Raphaelle.B, DICOM_Raphaelle.B. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [Internet]. [cité 27 janv 2026]. PLFSS 2026 : des mesures structurantes pour renforcer la prévention, les soins et l'innovation. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites-presse/actualites-du-ministere/article/plfss-2026-des-mesures-structurantes-pour-renforcer-la-prevention-les-soins-et>
 60. AMELI. Des missions spécifiques valorisées [Internet]. [cité 29 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medicale-2024-2029/grands-axes-convention-detail/mesures-attractivite-exercice-liberal/missions-specifiques-valorisees>
 61. Marques A. « Le SAS, c'est fini pour moi » : pourquoi les médecins refusent d'ouvrir leur agenda | Egora. Egora [Internet]. [cité 28 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/acces-aux-soins/le-sas-cest-fini-pour-moi-pourquoi-les-medecins-refusent-douvrir-leur>
 62. Bonin S. « Le SAS est en train de devenir un danger pour les patients » : noyés sous les appels, ces médecins ont décidé de dire stop | Egora. Egora [Internet]. 4 févr 2025 [cité 3 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/acces-aux-soins/cest-dangereux-pour-les-patients-comme-pour-nous-noyes-sous-les-appels>
 63. Piérard PC. Les rendez-vous non-honorés par les patients chez les médecins du département du Nord : caractéristiques et impact sur l'offre de soins.

64. URPS-ML Bretagne. Enquête Flash SNP : Résultats [Internet]. mars 2024 [cité 19 janv 2026]. Rapport No. Disponible sur: <https://urpsmlb.org/app/uploads/2025/09/URPS-MLB-Resultats-enquete-flash-SNP-mars-2024-vf.pdf>
65. Moutel A, Bouvrais M, Déturche LG et C. Accès aux soins : pourquoi opposer SAS et SNP des CPTS ? Des CPTS poussent un coup de gueule. Concours pluripro [Internet]. 3 mai 2023 [cité 4 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.concourspluri-pro.fr/exercice-pluriprofessionnel/cpts/acces-aux-soins-pourquoi-opposer-sas-et-snp-des-cpts-des-cpts>
66. ARS Haut-de-France. Le Service d'Accès aux Soins (SAS) [Internet]. 2025 [cité 4 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-1>
67. URPS médecins d'Occitanie. Déploiement des SAS en Occitanie : Décryptage & enjeux pour la médecine libérale [Internet]. août 2023 [cité 4 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2023/09/deploiement-des-sas-en-occitanie-vf.pdf>
68. Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU, APM. LES SAMU ET LES SAS NÉCESSITERAIENT 40% D'EFFECTIFS SUPPLÉMENTAIRES D'ASSISTANTS DE RÉGULATION MÉDICALE. Société Française de Médecine d'Urgences (SFMU) [Internet]. [cité 5 févr 2026]. Disponible sur: https://www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/les-samu-et-les-sas-necessiteraient-40-d-effectifs-supplementaires-d-assistants-de-regulation-medicale/new_id/68707
69. ARS Hauts-de-France. Nouvelle salle de régulation pour le SAMU du Nord | Agence régionale de santé Hauts-de-France [Internet]. [cité 5 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/nouvelle-salle-de-regulation-pour-le-samu-du-nord>
70. Assurance Maladie. AMÉLIORER LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET MAÎTRISER LES DÉPENSES RAPPORT SOUMIS AU VOTE DU CONSEIL DE LA CNAM [Internet]. Assurance Maladie; [cité 5 févr 2026]. Rapport No. Disponible sur: https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2025-06_rapport-propositions-pour-2026_assurance-maladie.pdf
71. FEDORU. PANORAMA DES ORU Activités des structures de médecine d'urgence [Internet]. FEDORU; [cité 5 févr 2026]. Rapport No. Disponible sur: https://fedoru.fr/wp-content/uploads/2025/12/PANORAMA_FEDORU_complet_2024.pdf
72. Baubeau C. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DREES; 2003. Rapport No.
73. ORU Occitanie. ACCESSIBILITÉ À UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET TAUX DE RECOURS AUX URGENCES [Internet]. [cité 23 déc 2025]. Rapport No. Disponible sur: https://oruoccitanie.fr/wp-content/uploads/2025/02/OVDP_APL_CU-.pdf
74. Limousin M. Premiers enseignements de l'étude Match réalisée par l'Institut Jean-François Rey. Les cahiers de santé et de protection sociale [Internet]. 20 juin 2023 [cité 27 janv 2026]. Disponible sur: <https://cahiersdesante.fr/editions/premiers-enseignements-de-letude-match-realisee-par-linstitut-jean-francois-rey/>
75. UNPS, FCPTS. QUESTIONNAIRE UNPS ET FCPTS SUR le SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS (SAS) : RESULTATS [Internet]. nov 2024 [cité 15 janv 2026]. Rapport No. Disponible sur: <https://www.unps-sante.org/medias/docs/infos/resultats-questionnaire-sas-wjf7.pdf>

Annexes

Graphique 1 Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



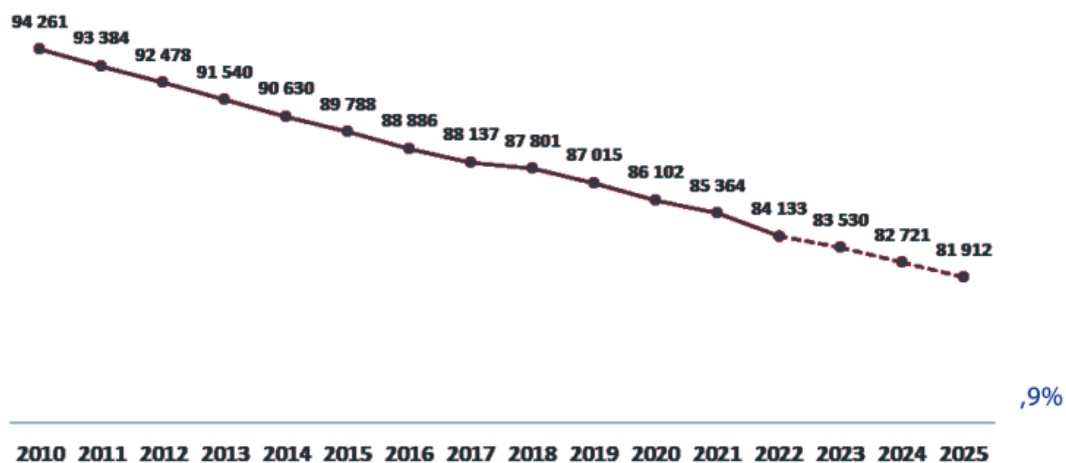
Note > La modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.

Champ > France métropolitaine hors SSA de 1996 à 2022, France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy) y compris le SSA de 2013 à 2022.

Sources > DREES, SAE 1996-2022, traitements DREES.

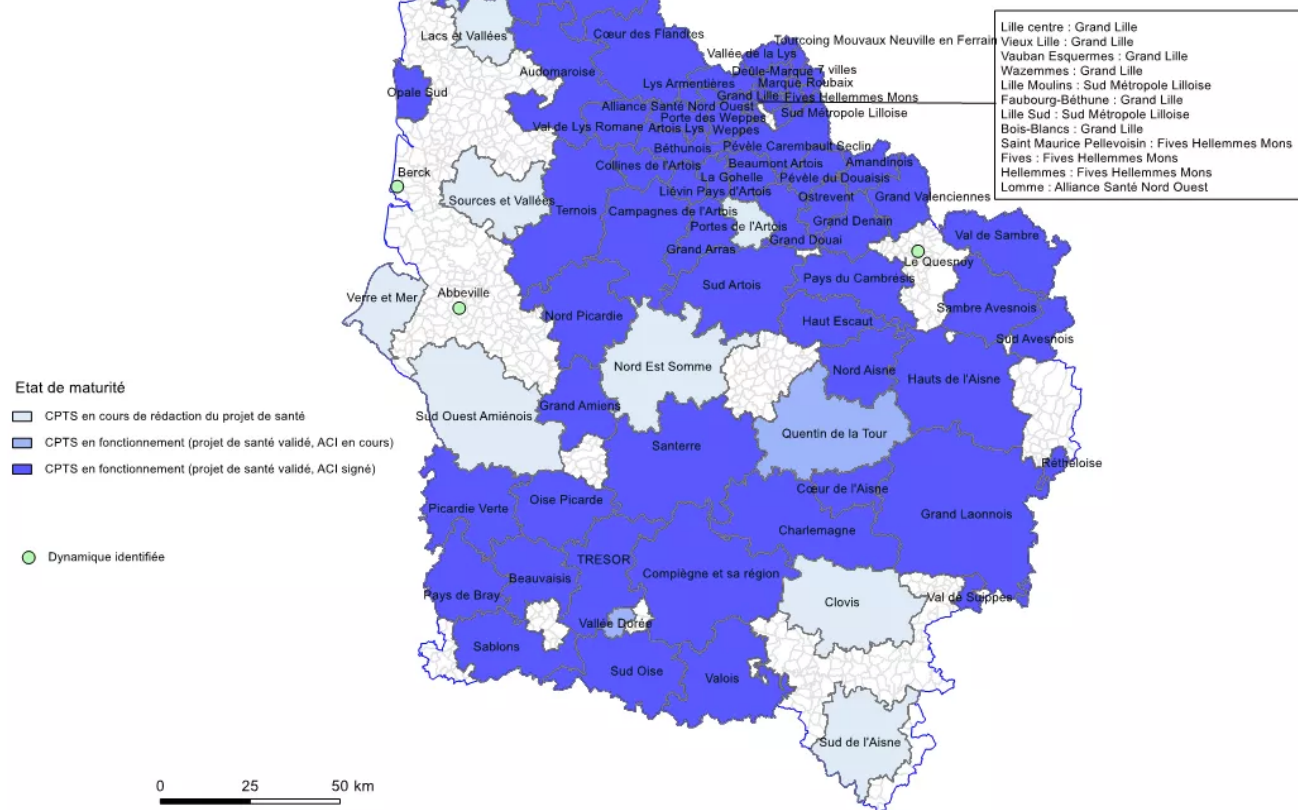
Annexe 1 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996 – DREES (1)

Figure 11. Préviction du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025



Annexe 2 : Préviction du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 - Atlas de de la démographie médicale (5)

CPTS en région Hauts-de-France Janvier 2026



Source : ARS_HDF/DOS/DST/Observation&Etudes/LP/01-2026

Annexe 3 : Cartographie des CPTS en région Hauts-de-France - Janvier 2026 (13)

Lettre d'information :

Bonjour, je suis Stéphane CRETIN, médecin généraliste remplaçant. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser avec vous un entretien semi-dirigé portant sur les soins non programmés. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les pratiques des médecins généralistes en rapport avec les nouveaux dispositifs de réponse aux soins non programmés. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude.

Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste en cours d'exercice, participant à un dispositif d'accès aux soins (SAS et/ou CPTS), et effectuant des actes de soins non programmés par l'intermédiaire de ces dispositifs.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

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

Aussi pour assurer une sécurité optimale ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2022-260 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr.

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation !
Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : stephane.cretin@hotmail.fr.

Annexe 4 : Lettre d'information accompagnant les mails destinés aux médecins souhaitant participer à la thèse/aux coordinateurs des CPTS contactées

Guide d'entretien :

I. Introduction :

Bonjour, tout d'abord merci du temps que vous prenez pour effectuer cet entretien.

Comme j'en avais discuté avec vous au préalable, il s'agit d'un entretien pour une thèse portant sur l'accès aux soins, notamment sur les dispositifs émergents de prise en charge des soins non programmés, et qui sera centré sur votre pratique.

J'aurais besoin de quelques informations vous concernant : *nombre d'années d'installations, mode d'exercice*

Afin de permettre la retranscription de cet entretien et son analyse, j'aurais besoin que ce dernier soit enregistré, est-ce que cela vous convient ? Il sera par la suite anonymisé, et si vous souhaitez que certains éléments de la discussion n'apparaissent pas dans la retranscription, n'hésitez surtout pas à me le signaler après l'entretien.

Avez-vous des questions avant de débiter ?

II. Questionnaire

- A. Pouvez-vous me raconter vos dernières consultations non programmées avec des patients adressés par le Service d'Accès aux Soins (SAS)/la CPTS ?
 - 1. Une en particulière qui vous a marqué ?
- B. Pourquoi avez-vous décidé d'intégrer la CPTS de [...] ?
B bis : Pourquoi avez-vous décidé de participer au SAS ?
 - 1. Aviez-vous des craintes particulières ?
- C. Quels sont vos premiers retours sur l'expérimentation du SAS/du dispositif d'accès aux soins de la CPTS ?
 - 1. Etes-vous beaucoup sollicité ? Des idées de pourquoi il y a beaucoup/peu de demandes ?
 - 2. Quel avis portez-vous sur les motifs de consultation qui vous sont adressés ?
 - 3. Trouvez-vous votre rôle de médecin généraliste pertinent pour répondre à ces demandes de soins ?
- D. Comment ce dispositif s'intègre-t-il dans votre organisation professionnelle ?
 - 1. Comment êtes-vous contacté par le SAS/la CPTS pour une demande de SNP ? Comment y répondez-vous ? Qu'est ce qui a motivé la mise en place de ce fonctionnement ?
 - 2. Quelles modifications avez-vous dû réaliser en ce qui concerne votre agenda/planning de travail ? Votre temps de travail ?

3. Quelle est votre avis concernant la (mise en place d'une) rémunération spécifique de ces actes non programmés ?

E. Est-ce que vous auriez des changements ou des améliorations à apporter à ce dispositif ?

1. Avez-vous des retours des patients concernant ce dispositif ?
2. Avez-vous des retours d'autres professionnels de santé qui expérimentent le dispositif ?
3. Pensez-vous poursuivre votre participation à ce dispositif ? Qu'est-ce qui vous motive à poursuivre/à arrêter ?

Souhaiteriez-vous rajouter des éléments à cet entretien ?
Avez-vous des questions ?

Merci beaucoup encore une fois pour cet entretien et le temps que vous m'avez accordé. En vous souhaitant une bonne journée.

Annexe 5 : Version finale du guide d'entretien

Domaine 1 : Équipe de recherche et réflexion

Items	Description	Réponse
1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	CRETIN Stéphane
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en médecine générale/médecin remplaçant
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale/médecin remplaçant
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Homme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	1 ^{ère} expérience en recherche qualitative
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	1 participant (entretien supplémentaire après saturation théorique)
7. Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet de l'enquêteur ?	Interne en médecine générale/médecin remplaçant effectuant une thèse sur les soins non programmés
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Interne de médecine générale/médecin remplaçant

Domaine 2 : Conception de l'étude

9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse qualitative inspirée de la théorisation ancrée
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Prise de contact direct/par l'intermédiaire des CPTS avec échantillonnage de convenance, variation des modalités/lieux d'exercice (échantillonnage dirigé)
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone ou mail
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	13
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	3 personnes (1 par manque de temps, 2 par manque de sollicitations suffisantes)

14. Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au cabinet des participants
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Étudiants en médecine sur 2 entretiens (1 externe et 1 interne)
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Détails des participants regroupés dans le tableau dans la partie résultats
17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guides étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien non fourni aux participants. Pas de réalisation de test au préalable
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio / visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio après accord des participants
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Moyenne de durée des entretiens de 27m26
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui : seuil de saturation théorique au 12 ^{ème} entretien, réalisation d'un entretien supplémentaire pour confirmation
23. Retour des transcriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats		
24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2 (auteur de la thèse + autre interne pour triangulation)
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27. Logiciel	Quel logiciel a été utilisé pour gérer les données ?	Microsoft Word + Excel + Logiciel en ligne Miro
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non, information de la possibilité de le faire

		+ 1 médecin souhaitant être recontacté afin de partager le travail de thèse
29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes / résultats ?	Oui
30. Cohérence des données et des résultats	Y'avait-il une cohérence entre les thèmes présentés et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes présentés ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y'avait-il une description des cas particuliers et une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 6 : Grille méthodologique COREQ

AUTEUR : Nom : CRETIN	Prénom : Stéphane
Date de soutenance : 16 mai 2026	
Titre de la thèse : Modification des pratiques des médecins généralistes ayant intégré un dispositif de prise en charge des soins non programmés : une enquête exploratoire au sein des CPTS des Hauts-de-France	
Thèse - Médecine - Lille 2026	
Cadre de classement : <i>Médecine générale</i>	
DES + FST/option : <i>Médecine générale</i>	
Mots-clés : Soins non programmés, Service d'accès aux soins, CPTS, accès aux soins, organisation des soins	
Résumé : Contexte : Les services d'urgences sont confrontés à une hausse de leurs fréquentations depuis de nombreuses années. 20 % des passages pourraient faire l'objet d'une prise en charge en médecine de ville. La création du Service d'accès aux Soins (SAS) en 2019 avait pour objectif de réorienter ces soins non programmés (SNP) vers les médecins généralistes, notamment avec l'appui des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). L'objectif de la thèse était d'évaluer comment les médecins généralistes avaient modifié leurs pratiques face à ces nouvelles organisations, et de recueillir leurs ressentis. Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins exerçant dans les Haut-de-France, participant à la prise en charge des SNP dans le cadre du SAS ou par l'intermédiaire de leur CPTS. Les entretiens ont été retranscrits puis analysés par une méthodologie inspirée de la théorisation ancrée. Résultats : Les médecins interrogés n'ont pas ressenti le besoin de modifier leur organisation professionnelle pour participer à la prise en charge des SNP. Ils participent de façon limitée, à hauteur de leurs capacités, et ne sont que peu sollicités. Deux modalités d'organisation ont été retrouvés : soit en rajoutant une consultation de SNP entre deux RDV déjà programmées, soit en bloquant un créneau dédié. Discussion : Les médecins généralistes sont déjà fortement sollicités pour les SNP de leurs patients. Ils se sont organisés pour répondre à cette demande, et le dispositif s'assure que le médecin traitant reste prioritaire pour recevoir son patient. Malgré une sollicitation importante, le SAS adresse un nombre limité de patients en consultation de SNP. Le manque de communication reste un frein à son développement. La place d'autres acteurs de santé est à interroger : effecteurs spécialisés dans la prise en charge des SNP, logiciels de prise de RDV en ligne, offre de téléconsultation. L'organisation de la régulation s'est complexifiée, et questionne l'efficacité du dispositif à diminuer le recours aux urgences. Les SNP restent un vécu difficile pour les patients, et questionnent de façon générale le rôle du médecin généraliste au sein du système de santé. Conclusion : Malgré la participation des médecins généralistes, des améliorations restent à envisager pour permettre au SAS de remplir ses objectifs. Il est nécessaire que les CPTS soient en capacité de faire le relais de cette organisation centrale.	
Composition du Jury :	
Président : Pr Eric WIEL	
Assesseur : Dr Jan BARAN	
Directeur de thèse : Dr Sylvain DURIEZ	