



HAL
open science

Étude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes du territoire Loire-Vendée-Océan concernant le dispositif “ CPTS rendez-vous ” favorisant l'accès aux soins non programmés sur l'été 2021

Gaspard Dupont

► **To cite this version:**

Gaspard Dupont. Étude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes du territoire Loire-Vendée-Océan concernant le dispositif “ CPTS rendez-vous ” favorisant l'accès aux soins non programmés sur l'été 2021. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03982479

HAL Id: dumas-03982479

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03982479>

Submitted on 10 Feb 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2022

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Gaspard DUPONT

Présentée et soutenue publiquement le *1^{er} décembre 2022*

**Etude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes du territoire
Loire-Vendée-Océan concernant le dispositif « CPTS rendez-vous »
favorisant l'accès aux soins non programmés sur l'été 2021.**

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel MONTASSIER
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-François DENINIOLLE

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Remerciements au Jury :

Monsieur le Professeur Emmanuel MONTASSIER,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse, soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère considération et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Jean-François DENINOLLE,

Je tiens à t'exprimer toute ma gratitude pour avoir dirigé ce travail de thèse avec autant de bienveillance. Je te remercie pour ta disponibilité et ton sérieux tout au long de ce travail. J'ai pris un réel plaisir à travailler à tes côtés durant mon « SASPAS », nos échanges étaient toujours agréables et formateurs.

Monsieur le Docteur Jean-Pascal FOURNIER,

Je vous remercie grandement d'avoir accepté de juger ce travail et de me faire l'honneur de votre présence. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur Brice LECLÈRE,

Je vous remercie grandement d'avoir accepté de juger ce travail et de me faire l'honneur de votre présence. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Je tiens à remercier tous les participants de cette étude pour le temps consacré et la qualité de nos échanges.

À mes maîtres de stage

Jean-François, Anne, Valentine, Aurélie, Sylviane, vous avez participé à construire le médecin que je suis aujourd'hui. Je vous en serai éternellement reconnaissant.

À ma famille :

À **Papa**, tu as été d'un soutien indéfectible durant ces nombreuses années. Tu as su m'encourager, me réconforter, me guider. Tu as su m'inculquer des valeurs morales qui ont façonné l'homme que je suis aujourd'hui. Je t'aime.

À **Maman**, merci pour ton amour inconditionnel. Nous avons toujours été ta priorité et n'avons manqué de rien à la maison. Tu es une maman et une confidente formidable. Je t'aime.

À **Candice et Maxime**, quelle enfance joyeuse à vos côtés ! Cette complicité qui nous lie depuis tant d'années est inestimable. Je vous aime ainsi que votre petite famille. J'ai hâte qu'on passe de nouveaux moments tous ensemble.

À **Mimi et Grand-père**, vous êtes un modèle d'humilité et de bienveillance. Nos retrouvailles dans le Nord sont toujours des moments précieux.

À **Mamie**, ta joie de vivre est immense. C'est toujours un plaisir de te rendre visite en Bretagne.

Aux BBQ, qui aurait cru que des torchons et des serviettes puissent si bien s'entendre ? Merci Sophie de rendre cela possible.

À **ma belle-famille**, merci pour votre soutien durant ces années d'étude. Judith a de la chance d'avoir des tantes et des grands-parents aussi attentionnés.

À mes amis :

Aux Moulanes, tellement de bons souvenirs depuis la tendre enfance, c'est une vraie force que de vous avoir à mes côtés depuis tant d'années. Vivement les petits moulanes !

Aux Boulanes et amis lillois, chaque weekend passé ensemble remplit ma jauge de bonheur. Malgré les années qui passent, vous avez toujours ce grain (de folie) qui vous rend unique.

Aux copains BBC, des années d'étude sous pression au Zep ou ailleurs et des vacances chaque hiver qui nous lient un peu plus. Les occasions de se voir sont trop rares mais le plaisir de se retrouver reste eXtrême !

Aux copains nantais, on s'est rencontré il y a peu et on se connaît déjà si bien. Merci pour votre bonne humeur. Tellement de bons moments passés ensemble et encore beaucoup à venir. Vous êtes des vrais potes !

À mes amours :

À Judith, ta simple présence suffit à mon bonheur. Te voir grandir un peu plus chaque jour me comble de joie. Je t'aime plus que tout au monde.

À Jade, mon amie, ma famille, mon amour. Nous avons vécu tellement de belles choses ensemble. Ton soutien, sans faille, m'a permis de tenir pendant ces longues années de travail et de sacrifice. Je ne saurais suffisamment te remercier pour ce cadeau de la vie que tu m'as fait le 20 Juillet dernier. Merci de t'occuper de notre fille avec autant de bienveillance, elle ne manquera jamais d'amour. J'espère juste qu'elle ne sera pas aussi têtue que toi (ou moi, ou nous).

Je suis heureux de faire ma vie avec toi. Je t'aime.

À toutes les belles choses qui nous attendent !!!

Table des matières

I.	INTRODUCTION	9
A.	Définitions des soins non programmés.....	9
B.	Le médecin généraliste : un acteur principal du SNP	9
1.	Les SNP : Une part importante dans l'activité des médecins généralistes	9
2.	L'organisation actuelle de la réponse aux SNP	10
3.	Insuffisance de cette réponse	11
4.	Réorienter les demandes de SNP	12
C.	Les autres acteurs impliqués dans les SNP.....	12
1.	SOS médecins : que pour les grandes agglomérations	12
2.	Le service d'accueil des urgences (SAU) : un acteur malgré lui	13
3.	Le centre 15 du SAMU et 116-117 : maillon essentiel dans les SNP	15
4.	En horaire de PDSA : MMG / CAPS ou Médecin de Garde.....	17
5.	Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	17
D.	Le territoire Loire-Vendée-Océan (LVO)	19
1.	La situation	19
2.	Une population croissante et vieillissante	20
3.	Des variations saisonnières	22
4.	Une démographie médicale insuffisante.....	23
E.	Création du dispositif « CPTS Rendez-vous »	26
F.	Problématique	27
II.	MÉTHODE	28
A.	Choix du type d'étude	28
B.	La Population	28
1.	L'échantillonnage.....	28
2.	Critères de sélection	28
3.	Le recrutement	28
4.	La taille de l'échantillon	29
C.	Le recueil des données	29
1.	Le guide d'entretien.....	29
2.	Réalisation des entretiens	29
D.	L'analyse des données	30
III.	RESULTATS	31
A.	Population	31
B.	Résultats de l'étude.....	32
1.	Définition du SNP	32
2.	Organisation préalable des médecins généralistes	32
3.	Ressenti des médecins concernant l'accès aux soins sur leur territoire	33
4.	Les motivations à participer au dispositif CPTS rendez-vous	34
5.	Un effort possible pour tous les MG ?.....	35
6.	Doutes et réticences à participer au projet.....	36
7.	Adaptation des cabinets à la mise en place du programme « CPTS rendez-vous ».....	36
8.	Ressenti des médecins sur le fonctionnement de l'agenda partagé	37
9.	La problématique des créneaux non pourvus	39
10.	Absence de communication entre effecteurs et régulateurs	40
11.	Le vécu des consultations de SNP :	41
12.	Une régulation difficile à joindre et éventuellement remplaçable.....	42
13.	Un système suffisant pour répondre aux demandes de SNP ?.....	44
14.	Les Centres de soins non programmés (CSNP)	45
IV.	DISCUSSION.....	46
A.	De la méthode	46

1.	Les forces de l'étude.....	46
2.	Les Limites de l'étude	47
B.	Des résultats	48
1.	Ressenti global sur le dispositif et motivation.....	48
2.	Une frustration en lien avec les créneaux non pourvus.....	48
3.	Organisation des médecins	49
4.	Des motifs non graves en adéquation avec les SNP.....	50
5.	Une Démographie médicale insuffisante responsable d'une difficulté d'accès aux soins ..	51
6.	Une régulation parfois « shuntée » et des secrétaires sollicitées.....	52
7.	Education des patients	53
C.	Perspectives.....	54
1.	Généraliser la régulation 24h/24 7j/7	54
2.	La pérennisation du dispositif CPTS-rendez vous.....	54
3.	Le Service d'Accès aux Soins (SAS)	55
4.	Les Centres de Soins Non Programmés (CSNP)	57
5.	Les Consultations d'accès aux soins (CAS).....	58
V.	CONCLUSION.....	59
VI.	Bibliographie	60
VII.	Annexes.....	63
A.	Guide d'entretien.....	64

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel
ADOPS : Association départementale d'organisation de la permanence des soins
ALD : Affection longue durée
AME : Aide médicale de l'État
ARM : Assistants de régulation médicale
ARS : Agence régionale de santé
CAPS : Centre d'accueil et de permanences de soins
CAS : Consultation d'accès aux soins
CCMU : Classification clinique des malades aux urgences
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire
CNIL : Commission nationale de l'information et des libertés
CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé
CSNP : Centre de soins non programmés
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
HAD : Hôpital à domicile
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IPA : Infirmier en pratique avancée
LVO : Loire-Vendée-Océan
MG : médecin(s) généraliste(s)
MMG : Maison médicale de garde
MSP : Maison de santé pluri-professionnelle
MSU : Maître de stage des universités
MT : Médecin traitant
ONSP = OSNP : Opérateur de soins non programmés
PDSA : Permanence des soins ambulatoires
SAMU : Services d'aide médicale urgente
SAS : Service d'accès aux soins
SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SAU : Service d'accueil des urgences
SMUR : Services mobiles d'urgence et de réanimation
SNP : Soins non programmés
SU : Services d'urgences
URPS : Unions régionales de professionnels de santé

I. INTRODUCTION

Préambule :

De fortes tensions s'exercent sur le système de santé français en lien avec le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et une tension démographique pour un certain nombre de catégories de professionnels de santé. La mise en place de mesures structurelles de notre système de soins s'avère nécessaire pour répondre aux enjeux d'accès aux soins et de qualité de prise en charge.

Le développement de l'exercice coordonné des professionnels de santé et plus généralement de l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux sur un territoire constitue un des leviers pour répondre à ces enjeux. Ce mode d'exercice a pour vocation de renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients, de conforter l'offre de soins de premier et second recours, et enfin d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé. (1)

A. Définitions des soins non programmés

La notion de soins non programmés (SNP) correspond aux demandes de consultation des patients, quel qu'en soit le motif, pour le jour même ou pour le lendemain, adressées aux médecins généralistes pendant les horaires d'ouverture de leurs cabinets. Ceux-ci peuvent y répondre en proposant une consultation dans cet intervalle, qu'elle soit avec ou sans rendez-vous.

Stricto sensu, les SNP ne prennent pas en compte les demandes de consultation de médecine générale intervenant aux horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), c'est-à-dire après la fermeture des cabinets médicaux (à partir de 20h en semaine, de 12h les samedis et les dimanches et jours fériés). Sur ces plages horaires, une permanence des soins est assurée par des médecins, selon une organisation arrêtée par l'ARS (Agence Régionale de Santé).(2)

B. Le médecin généraliste : un acteur principal du SNP

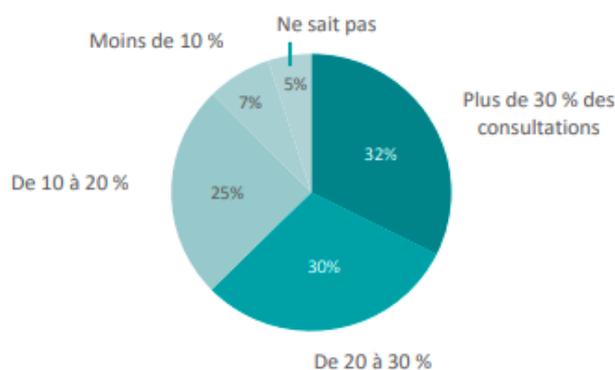
1. Les SNP : Une part importante dans l'activité des médecins généralistes

Les demandes de soins non programmés, constituent une part importante de l'activité des médecins généralistes libéraux. Selon la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) : en 2018-2019, ces demandes représentaient plus de 30 % de l'activité d'une semaine ordinaire pour 4 médecins généralistes français sur 10. (2)

À L'échelle des Pays de la Loire, nous retrouvons des chiffres similaires : 6 médecins sur dix déclarent que plus de 20 % de leur activité est attribuée à la prise en charge des SNP. De manière plus précise, un tiers des médecins ligériens déclarent que plus de 30% de leurs consultations concernent des demandes de SNP et un autre tiers déclare qu'elles représentent 20 à 30 % de leur activité (Figure 1).(3)

Figure 1 : Part des demandes de soins non programmés en Pays de la Loire

« Parmi les consultations que vous avez assurées la semaine dernière, quelle est la part correspondant aux consultations demandées le jour même ou la veille ? »



Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (oct.2018-avr.2019). ORS et URML des Pays de la Loire

(3)

Cette demande de SNP est en augmentation si l'on compare avec les chiffres de 2007. Ils n'étaient que 4 MG ligériens sur 10 (23 %) à consacrer au moins 20 % de leur activité aux consultations de SNP contre 6 médecins sur 10 en 2018-2019.

2. L'organisation actuelle de la réponse aux SNP

À l'échelle nationale ainsi que régionale, 8 médecins généralistes sur 10 déclarent s'organiser quotidiennement pour répondre à ces demandes de SNP (3).

Le généraliste reçoit le plus souvent le jour même les patients dont il est le médecin traitant en proposant soit des plages de consultations sans rendez-vous soit des créneaux de consultations dédiés.

Seuls 4 % des cabinets n'ont mis en place aucune organisation pour répondre aux des demandes de SNP (3)(tableau 1). Bien souvent, le fait d'exercer avec d'autres médecins généralistes dans un même cabinet permet d'offrir une meilleure réponse à ces demandes. Selon la DREES, un exercice individuel, isolé, peut constituer une difficulté en comparaison avec l'exercice en groupe. (2)

Tableau 1 : organisation des médecins généralistes pour répondre aux demandes de SNP

	A l'échelle individuelle		A l'échelle du cabinet	
	Pays de la Loire	National	Pays de la Loire	National
Une prise en charge sans rendez-vous est assurée en permanence	1 %	9 %	5 %	19 %
D'autres dispositions sont prises pour répondre aux demandes de SNP en permanence	29%	28%	49 %	34%
Des dispositions (plages sans rendez-vous ou autres) sont prises une partie du temps	62%	56%	42 %	43 %
- Au moins une fois par jour	(54%)	(44%)		
- Plusieurs fois ou une fois par semaine	(8%)	(12%)		
Aucune organisation n'est prise pour répondre aux demandes de SNP	6 %	5 %	4 %	4%

(3)

3. Insuffisance de cette réponse

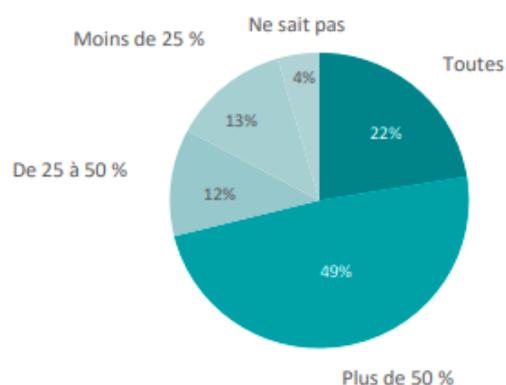
Malgré de nombreux efforts, la plupart des médecins généralistes ne parviennent plus à satisfaire toutes les demandes de rendez-vous. En effet, moins de 3 généralistes français sur 10 prétendent répondre à la totalité des demandes de SNP (Figure 2).

Dès lors que les demandes sont supérieures aux possibilités de rendez-vous, un processus de tri sera opéré par le médecin ou sa secrétaire (selon l'ordre d'arrivée, le degré de gravité et d'urgence, le motif de rendez-vous ou selon les symptômes).

De simples conseils prodigués par le médecin sont parfois suffisants pour permettre de différer ou d'éviter une consultation. Fréquemment, les généralistes n'ont pas d'autre choix que de réorienter les patients.(3)

Figure 2: Part des demandes de SNP auxquelles les médecins peuvent répondre positivement

« Parmi les demande de soins que vous recevez pour le jour même ou le lendemain, quelle est la part à laquelle vous pouvez répondre positivement ? »



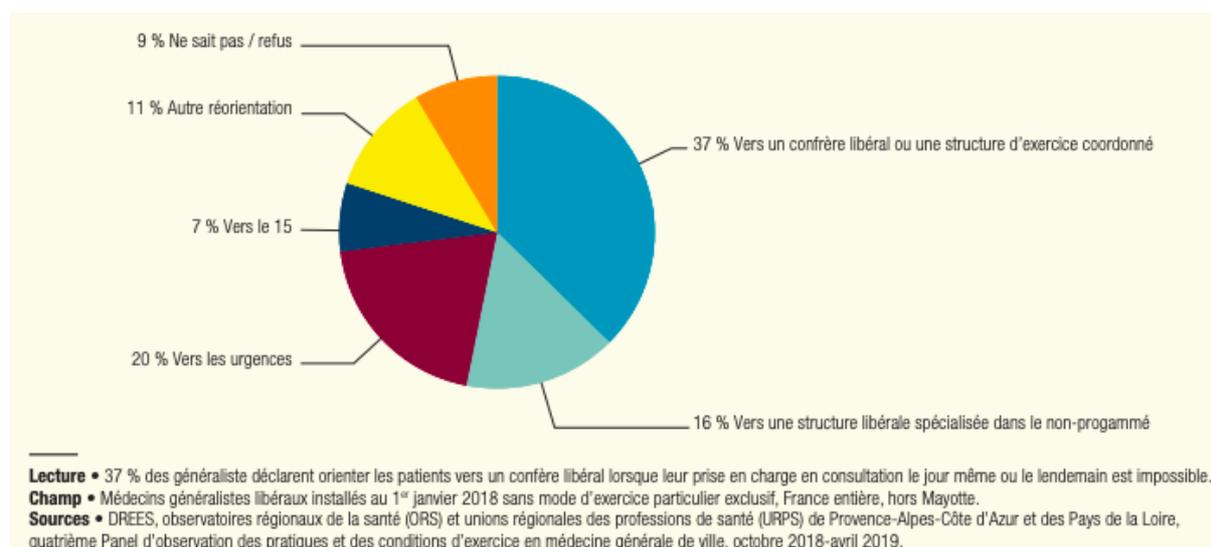
Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (oct.2018-avr.2019). ORS et URML des Pays de la Loire

4. Réorienter les demandes de SNP

Lorsque les capacités de réponse du médecin ne sont pas suffisantes, une réorientation du patient est proposée vers un confrère. Mais lorsque l'offre de soins de premier recours est elle-même insuffisante sur un territoire, une réorientation vers les urgences ou le centre 15 est parfois la seule alternative.

Lorsqu'ils ne peuvent répondre favorablement aux demandes de SNP, la moitié des médecins généralistes français réoriente vers le secteur libéral et un quart vers les urgences ou les services d'aide médicale urgente (SAMU centre 15)(figure 3).(2)

Figure 3 : Modalités de réorientation des patients impossibles à prendre en charge le jour même ou le lendemain.



À l'échelle régionale cette fois (3), les données sont similaires, puisque 56% des médecins généralistes Ligériens (53% à l'échelle nationale) réorientent le patient vers une prise en charge libérale :

- 43% vers un confrère libéral, soit dans la même structure, soit dans une structure d'exercice coordonné
- 13 % vers une structure libérale spécialisée dans les SNP.

Près d'un sur quatre oriente le plus souvent vers les urgences (17 %) ou le Centre 15 (6 %).

C. Les autres acteurs impliqués dans les SNP

1. SOS médecins : que pour les grandes agglomérations

« SOS Médecins France » est une fédération, créée en 1966, regroupant 1300 médecins généralistes répartis au sein des 63 associations implantées en France métropolitaine et en

Outre-Mer. Elle forme un réseau de permanence de soins qui couvre près de 90% des grandes agglomérations françaises avec une activité 365j/an et 24h/24.

SOS MÉDECINS est joignable par les patients via le numéro national « 3624 ». Les centres d'appels sont composés d'assistants de régulation médicale (ARM) et de médecins régulateurs, pour proposer une réponse adaptée aux patients sous la forme :

- de simples conseils,
- de visites au domicile du patient,
- de consultations dans un centre SOS médecin
- ou encore de téléconsultations.

C'est au total plus de 6 millions d'appels / an qui vont déboucher sur 2,6 millions de visites à domicile et 1,1 millions de consultations dans des centres SOS médecins chaque année.(4)

Cette permanence de soins a pour but de répondre aux demandes de SNP en complémentarité avec l'offre médicale proposée par les médecins traitants en cabinet mais également de favoriser le maintien à domicile en se rendant au chevet des patients.

Cette permanence des soins, qui permet de lutter contre l'engorgement des urgences est cependant très inégalement répartie dans la région Pays de la Loire. Seul le département de Loire-Atlantique est doté de centres SOS médecins, pour l'agglomération nantaise et nazairienne. Les départements de la Mayenne, de La Sarthe, du Maine-Et-Loire et de la Vendée sont dépourvus d'associations « SOS médecins » sur leur territoire.

2. Le service d'accueil des urgences (SAU) : un acteur malgré lui

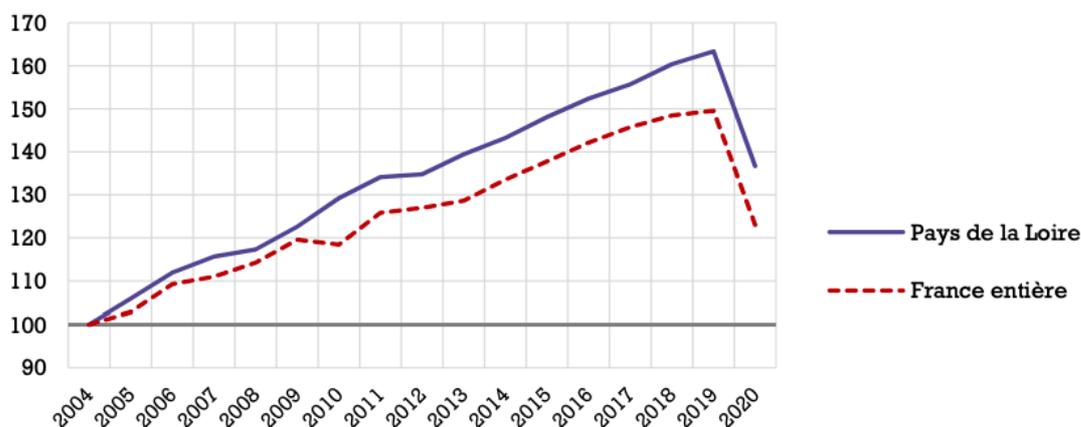
a) *Des urgences toujours plus fréquentées*

Selon un rapport publié en 2018, les SAU hospitaliers français sont confrontés à une hausse ininterrompue de leur fréquentation depuis 20 ans*.(5) Le nombre d'admissions aux urgences augmente de 3,5 % en moyenne chaque année (figure 4). De 13,6 millions d'admissions en 2001, nous avons comptabilisé 20,3 millions d'admissions en 2015, soit une hausse de plus de 49%. (6)

*exception faite en 2020 avec une diminution de la fréquentation des urgences liée à l'épidémie de Covid-19, aux restrictions de déplacements et les mesures barrières mises en place par le gouvernement.

Figure 4 : évolution en base 100 du nombre annuel de passages aux urgences

Services d'urgences des Pays de la Loire et de la France entière (2004-2020)



Source : SAE (Drees)

1. Base 100 : nombre annuel de passages en 2004.

(5)

Cette augmentation constante s'explique surtout par le vieillissement de la population, la croissance de la prévalence des maladies chroniques et la diminution du nombre de médecins généralistes en activité régulière. (7) Néanmoins, face à cette explosion de la demande de soins, la question de la pertinence des admissions dans les SAU peut être soulevée, les problèmes pris en charge sont effectivement loin d'être tous « urgents » sur le plan médical. Ainsi, selon les données de la DREES, 43% des passages aux urgences pourraient être pris en charge par la médecine ambulatoire.(8)

b) Le concept de l'urgence

L'urgence se définit communément par : « *Ce qu'on doit faire ou ce qui est demandé de façon pressante* ». Chaque acteur impliqué dans la réponse à une demande d'urgence est amené à apprécier cette dernière en fonction de sa propre position d'acteur :

- Pour le médecin urgentiste, l'urgence est d'abord vitale ;
- Pour le généraliste, il s'agit d'un soin non programmé qui interrompt son activité
- Pour le patient, l'urgence est synonyme de rapidité d'intervention, la notion de gravité n'étant pas forcément au premier plan et le fait d'être pris en charge rapidement semble être la préoccupation première. (9)

Pour évaluer la gravité des patients admis dans les SAU, les urgentistes utilisent une échelle de gravité appelée CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences.

Il s'agit d'une codification avec cinq classes possibles, évaluant l'état du patient à son entrée dans le SU, à l'issue de l'examen clinique initial incluant les examens complémentaires simples réalisables au lit du patient :

- Les CCMU 1 et 2 correspondent à un état clinique jugé stable, sans (CCMU 1) ou avec (CCMU 2) la réalisation d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques.
- La CCMU 3 correspond à un patient dont l'état clinique est susceptible de s'aggraver aux urgences mais dont le pronostic vital n'est pas engagé.
- Les CCMU 4 et 5 signifient que le pronostic vital est engagé, sans (CCMU 4) ou avec (CCMU 5) indication de gestes de réanimation immédiats. (10)

La majorité des passages aux urgences est évaluée CCMU 1 et 2. Les urgences voient ainsi leur rôle se modifier et « tendent à devenir des services de soins non programmés », souligne la Cour des Comptes.

En 2020, parmi les SU ligériens pour lesquels la répartition des passages selon la CCMU apparaît fiable :

- 14 % des passages sont classés en CCMU 1, soit 1 patient sur 7
- 69 % des passages sont classés en CCMU 2.
- Seul un peu plus d'un patient sur 100 (1,5%) se présente dans un SU avec un pronostic vitale engagé d'emblée. (10)

Dans son rapport annuel de 2019, la Cour des Comptes rapporte des répartitions CCMU identiques à l'échelle nationale. Elle considère qu'environ 20 % des patients actuels des urgences hospitalières ne devraient pas fréquenter ces structures et qu'une médecine de ville mieux organisée, comprenant des structures pratiquant la petite traumatologie ainsi qu'un accès rapide à des examens complémentaires devrait pouvoir accueillir une proportion plus importante de ces patients. Cela permettrait de prendre en charge notamment les patients catégorisés CCMU 2 (60 à 70 % des passages), dont l'état est stable, mais qui ont besoin d'examens complémentaires. (11)

3. Le centre 15 du SAMU et 116-117 : maillon essentiel dans les SNP

Les SAMU (Services d'Aide Médicale Urgente), créés en 1968, sont des services hospitaliers qui organisent le traitement des urgences en dehors de l'hôpital. Il y a un SAMU par département français (en moyenne 500 000 habitants par département) soit une centaine au total, et environ 350 SMUR (Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation) répartis sur l'ensemble du territoire.(12)

Les SAMU comportent un centre de régulation médicale des appels, nommé « centre 15 ». Joignable par le numéro national « 15 », le centre d'appel assure une écoute médicale permanente (24h/24, 7j/7), détermine et déclenche dans les délais les plus brefs la réponse la plus adaptée à la nature de l'appel.

Lors d'un appel au centre 15, un ARM est chargé d'identifier le lieu de la détresse, l'appelant et la nature de l'appel. Suite à un bref échange, il va apprécier le degré d'urgence et mettre en relation l'appelant :

- soit avec un médecin régulateur urgentiste du SAMU (médecin hospitalier urgentiste ou réanimateur) pour tout appel relevant d'une urgence vitale réelle ou potentielle,
- soit avec un médecin régulateur généraliste du centre 15 pour tout appel relevant de la médecine générale.

Suite à un interrogatoire précis, le médecin régulateur va pouvoir apporter à l'appelant la réponse la plus adaptée possible à la problématique médicale :

- un simple conseil médical,
- préconiser une consultation chez le médecin traitant,
- l'envoi du médecin garde ou consultation à la maison médicale de garde (MMG) du secteur (CAPS, SOS médecins ...),
- l'engagement d'une équipe de secouriste (pompiers notamment),
- l'intervention du SMUR en cas d'urgence vitale,
- ou l'envoi d'une ambulance pour le transport vers le service des urgences.

Au sein des Pays de la Loire, on retrouve 5 SAMU, un par département, qui reçoivent via leur « centre 15 » plus d'un million d'appels par an.(13)

Certains appels « de jour » au centre 15, sont renvoyés vers les MMG alors qu'ils devraient être gérés par la médecine de ville. En effet, certains patients, qui n'ont pas la possibilité de trouver un rendez-vous médical le jour même ou le lendemain faute de médecin traitant (disponible) se tournent vers le 15. Les régulateurs n'ont parfois pas d'autre choix que de renvoyer ces patients vers le dispositif de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) aux horaires de fermeture des cabinets médicaux. Cette dérive de l'inclusion des SNP dans le système de la PDSA est parfois la seule solution pour le médecin régulateur afin d'orienter le patient vers la structure la plus adaptée à la gravité de sa problématique médicale.

4. En horaire de PDSA : MMG / CAPS ou Médecin de Garde

La permanence des soins ambulatoire (PDSA) est une mission de service public qui vise à organiser l'offre de soins libérale pour répondre aux demandes de SNP de la population aux horaires de fermeture des cabinets médicaux. Ces horaires de PDSA en médecine générale ambulatoire sont :

- De 20h à minuit les jours ouvrés ;
- Les samedis de 12h à minuit ;
- Les dimanches et jours fériés de 08h à minuit ;

Le dispositif de la permanence des soins ambulatoire repose sur une régulation médicale libérale, assurée par des médecins généralistes libéraux, joignables soit par le numéro "15", soit par un numéro spécifique à certains départements comme le « 116 117 ».

Les réponses apportées par ces régulateurs sont identiques à celles expliquées précédemment (conseil médical, télé prescription, orientation vers une consultation ou visite à domicile avec un médecin de garde, orientation vers un SAU ou envoi d'un vecteur de transport).

Des appels peuvent donner lieu à des consultations situées, selon les départements, soit directement dans le cabinet des médecins généralistes « effecteurs », soit au sein de lieux fixes de consultation (CAPS ou MMG).

Certains appels peuvent également donner lieu à des visites à domicile, assurées par des médecins effecteurs « fixés » ou par des médecins effecteurs dits « médecins mobiles » notamment pour les gardes en nuit profonde (20h-8h).

Chaque ARS est chargée de l'organisation du dispositif de PDSA. Elle confie la gouvernance à une association présente dans chaque département, appelée ADOPS (association départementale d'organisation de la permanence des soins) qui va s'occuper de la gestion et de l'optimisation du dispositif de la permanence des soins sur son territoire.

5. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les CPTS ont été créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pour améliorer le parcours de santé de la population à l'échelle d'un territoire. Elles sont destinées à répondre à plusieurs problématiques de notre système de santé actuel :

- des soins de ville insuffisamment structurés
- un sentiment d'isolement de certains professionnels de santé
- un exercice coordonné insuffisamment développé entre la ville et l'hôpital.

Les CPTS sont créées à l'initiative de professionnels de santé de ville. Les CPTS sont composées de nombreux acteurs du soin comme des médecins libéraux, des établissements de santé (hôpitaux, cliniques, maternité, HAD), des structures médico-sociales et sociales mais aussi des professionnels du social et des acteurs en matière de prévention (ex : centres de dépistage).(1)

Les CPTS signent un contrat « ACI » (Accord Conventionnel Interprofessionnel) avec la CPAM et l'ARS, pour une durée de 5 ans, dans lequel ils déterminent des missions à mettre en place pour répondre aux besoins du territoire. Des indicateurs permettent de mesurer l'avancée de ces missions avec un calendrier spécifique à respecter.

Pour mener à bien les projets de chaque CPTS, des financements sont accordés par la CPAM avec des montants adaptés chaque année selon la taille des territoires concernés et selon les missions de la CPTS.(14)

Une fois créée, chaque CPTS va devoir mettre en place 3 missions « socles » obligatoires. La première est d'améliorer l'accès aux soins, notamment en facilitant l'accès à un médecin traitant (MT), en améliorant la prise en charge des SNP ou encore en développant le recours à la télésanté.

Les 2 autres missions obligatoires concernent l'organisation d'un parcours de soins pluri-professionnel sur le territoire (par exemple en élaborant des protocoles communs ville-hôpital de prise en charge des patients par thématique (imagerie, délégation de tâches...) et le développement d'actions territoriales de prévention (par exemple sous forme d'actions de prévention du risque suicidaire chez les collégiens, ou d'actions sur l'équilibre alimentaire...).

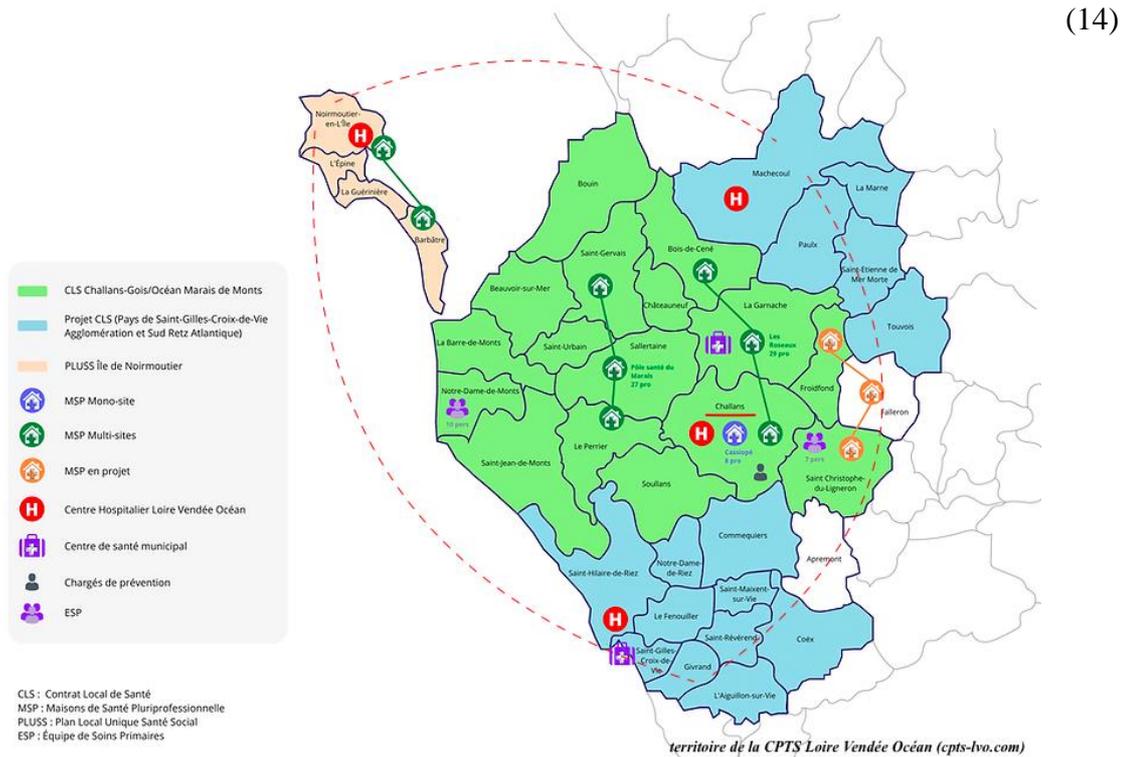
Enfin, chaque CPTS est incitée à proposer 2 missions « complémentaires » qui sont optionnelles (14) :

- d'une part, favoriser la qualité et la pertinence des soins (exemple : création d'un répertoire des professionnels de santé)
- Et d'autre part, accompagner les professionnels de santé sur le territoire (exemple : compagnonnage d'un nouveau professionnel s'installant sur le territoire).

Au sein des Pays de la Loire, 27 CPTS sont en activité ou en cours de création à l'été 2022, accompagnées dans leurs démarches par l'Union Régionale de Professionnels de Santé (URPS). (1)

D. Le territoire Loire-Vendée-Océan (LVO)

Figure 5 : Carte du territoire de la CPTS Loire-Vendée-Océan



1. La situation

Le territoire d'action de la CPTS Loire Vendée Océan se limite géographiquement par le triangle « Noirmoutier – Machecoul – Givrand ». Ce territoire est situé sur 2 départements, au sud de la Loire Atlantique et au nord de la Vendée. Il englobe au total 37 communes sur une superficie de 1 162,35km² pour environ 135 000 habitants à l'année (selon l'INSEE en 2016). Il comprend le Centre Hospitalier « Loire Vendée Océan », composé de 3 sites situés sur les communes de Challans, Machecoul et Saint Gilles Croix de Vie, ainsi qu'un hôpital local à Noirmoutier-en-l'Île (figure 5). De par sa situation géographique avec notamment 11 communes situées sur le littoral atlantique, il s'agit d'une zone attractive pour les seniors ainsi que pour les vacanciers. (14)

2. Une population croissante et vieillissante

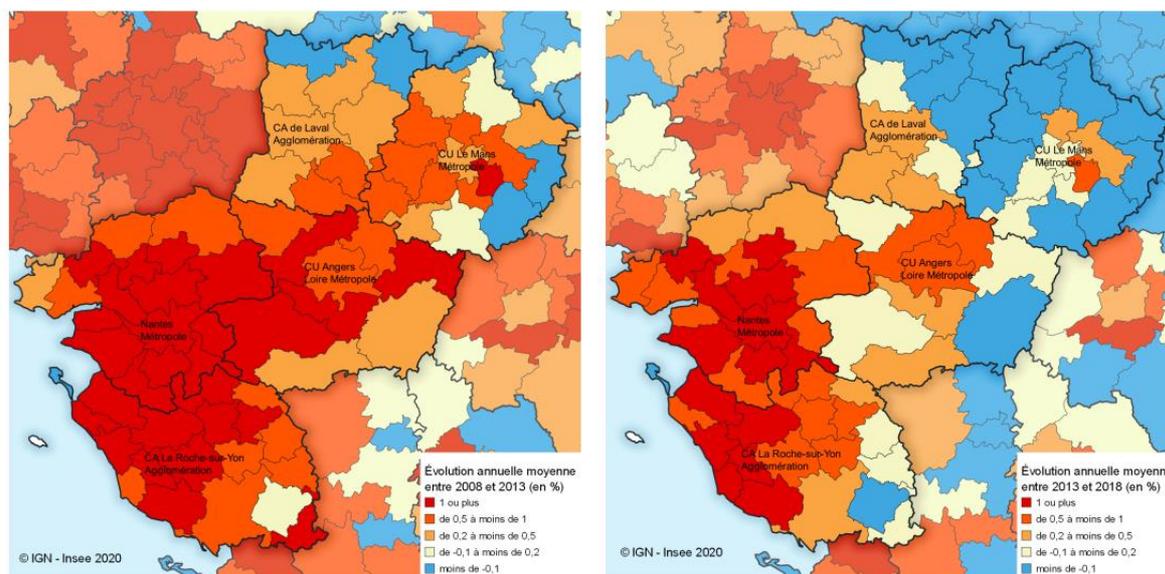
a) Une population croissante

Avec + 0,7 % par an, le rythme de croissance de la population en région Pays de la Loire est supérieur à la moyenne nationale (0,4%).(15) Le gain de population est porté pour les trois quarts par les départements de Loire Atlantique et de Vendée. La dynamique démographique est particulièrement marquée dans l'espace périurbain des grandes villes de la région et sur une bande littorale située au sud de la Loire. (13) La Vendée affichait sur la période 2008-2013 la plus forte croissance de la région avec un taux de croissance annuel moyen de 1,2%. Sur la période 2013-2018, la population vendéenne a progressé de 0,7 % en moyenne chaque année, soit un léger ralentissement mais qui reste presque deux fois supérieur à la croissance moyenne nationale. À noter, en Vendée, la croissance est bien plus importante dans le nord qu'au sud du département où la croissance est négative dans certains territoires (figure 6). Enfin, la Loire Atlantique est le seul des 5 départements à ne pas connaître de ralentissement démographique, avec une croissance de 1,2% entre 2013 et 2018. (15)

NB : La croissance démographique s'érode légèrement en Maine-et-Loire (+ 0,4 %), tandis que La Sarthe et la Mayenne connaissent elles, une phase de relative stabilité entre 2013 et 2018.

Figure 6 : évolution de la population par intercommunalité sur les périodes 2008-2013 et 2013-2018

Évolution de la population par intercommunalité sur les périodes 2008-2013 et 2013-2018



Source : Insee, RP 2008, 2013 et 2018.

Évolution de la population Pays de la Loire selon INSEE (2008 - 2013 ; 2013 - 2018)

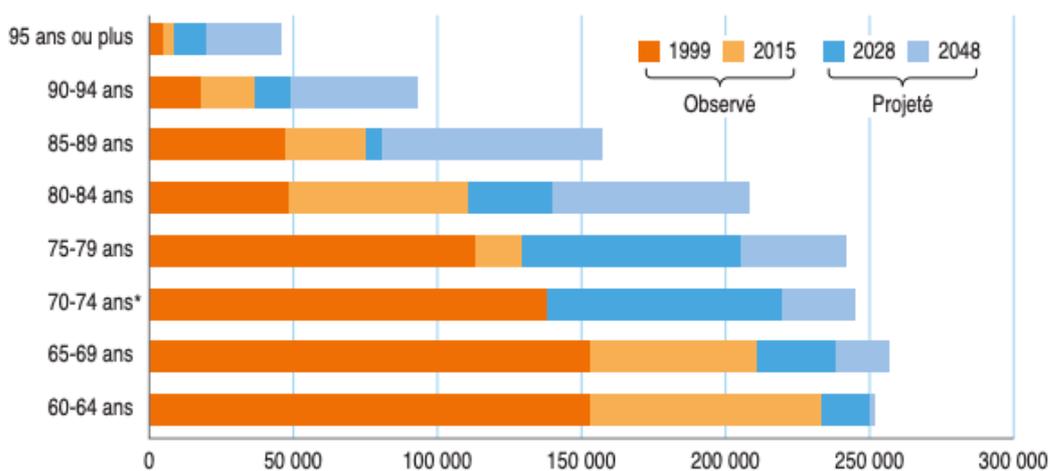
b) Une population vieillissante

En 2015, dans les Pays de la Loire, 25 % de la population est âgée de 60 ans ou plus, avec une proportion similaire à celle de France métropolitaine selon l'INSEE (figure 7).

Avec le vieillissement des générations du « baby-boom » (1946-1973), l'INSEE estime que 3 habitants sur dix auront plus de 60 ans à l'horizon 2028 (soit une augmentation de 20 600 séniors par an).

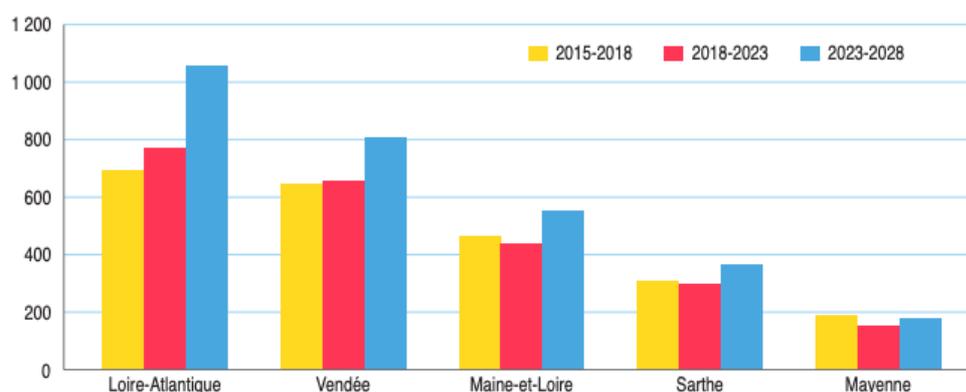
Le vieillissement n'est pas uniforme sur l'ensemble des départements des Pays de la Loire. Entre 1999 et 2015, la hausse du nombre de séniors est plus marquée en Loire-Atlantique, en Maine-et-Loire et en Vendée. Si les tendances démographiques récentes se poursuivaient jusqu'en 2028, l'augmentation atteindrait + 7 100 séniors par an en Loire Atlantique et + 5 100 séniors par an en Vendée.(16)

Figure 7 : Nombre de séniors dans les Pays de la Loire en 1999 et 2015 et projeté en 2028 et 2048



Entre 2015 et 2028, l'augmentation du nombre de personnes âgées concernées par une dépendance modérée ou sévère, irait de pair avec celle du nombre de séniors. Elle serait ainsi la plus élevée en Loire-Atlantique et en Vendée (figure 8).(16)

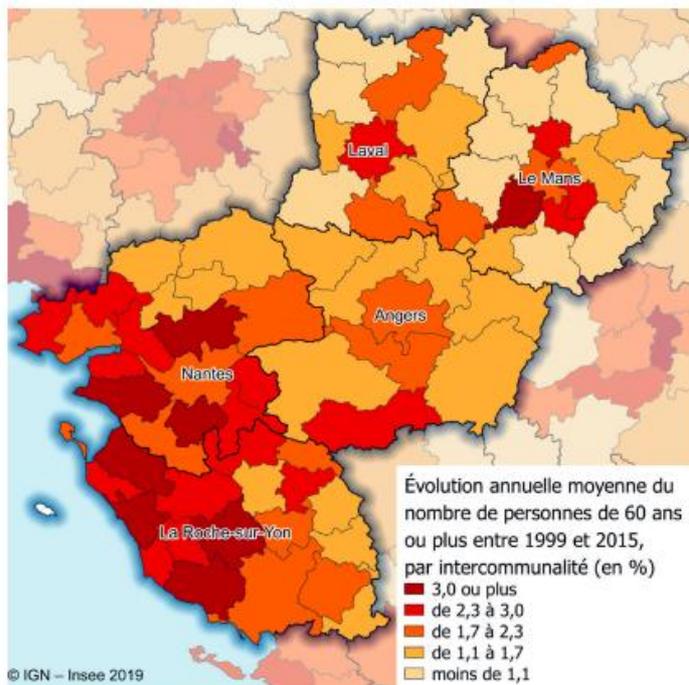
Figure 8 : nombre moyen de séniors dépendants supplémentaires par an en Pays de la Loire.



Source : Insee, Omphale 2017, enquête EHPA 2014, VQS 2015 et CARE 2015.

Augmentation des séniors dépendants en Pays de la Loire, INSEE, Juin 2019

Figure 9 : évolution annuelle du nombre de séniors entre 1999 et 2015



Source : Insee, RP 1999 et 2015. Evolution des séniors (1999 - 2015), INSEE (2019)

Sur le littoral, la population est plus âgée, en Vendée notamment : de Saint-Jean-de-Monts à Talmont-Saint-Hilaire, deux habitants sur cinq sont âgés de 60 ans ou plus, et le nombre de séniors continue d'augmenter sur le littoral (figure 9), ce qui va amplifier les besoins de prise en charge liés au vieillissement. (16)

3. Des variations saisonnières

Avec ses 450 kms de littoral, les Pays de la Loire se placent parmi les principales destinations touristiques françaises.

Au 1er janvier 2017, les Pays de la Loire comptent près de 200 000 résidences secondaires dont deux tiers sont situées sur le littoral.(17).

Celles-ci représentent d'ailleurs 42 % du parc de logements du littoral, et sont possédées pour les trois quarts par des séniors (≥ 60 ans).

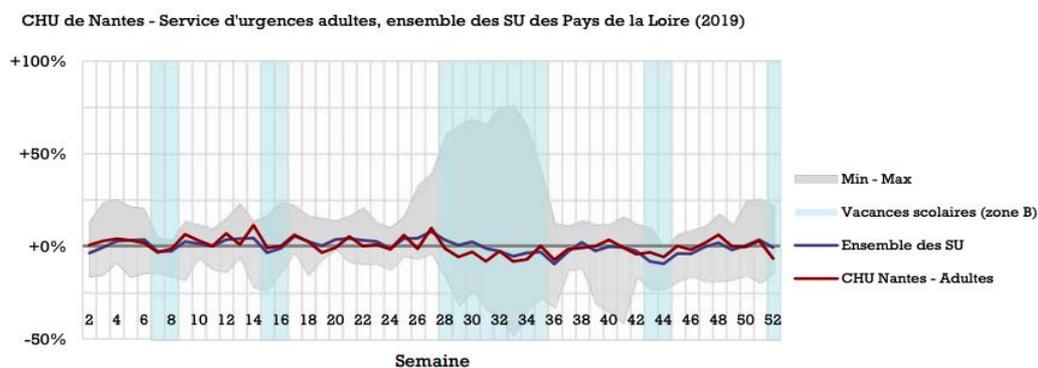
Ainsi, juste sur le territoire LVO, pas moins de 300 000 habitants supplémentaires viennent s'ajouter, 6 mois par an, aux 135 000 habitants résidants à l'année. (18)

Ces variations saisonnières se retrouvent également en termes de fréquentation des services d'urgences (SU). L'été, Les SU des villes « continentales » (ex : Nantes, La Roche-Sur-Yon) voient leur fréquentation diminuer contrairement aux SU proches des villes du littoral (ex : Challans, Les Sables d'Olonne) qui sont fortement sollicités avec des passages en augmentation de plus de 50% en moyenne sur les mois de Juillet-Aout (figures 10 et 11). (19)

Figure 10 : variations sur l'année 2019 du nombre de passage aux urgences de Challans



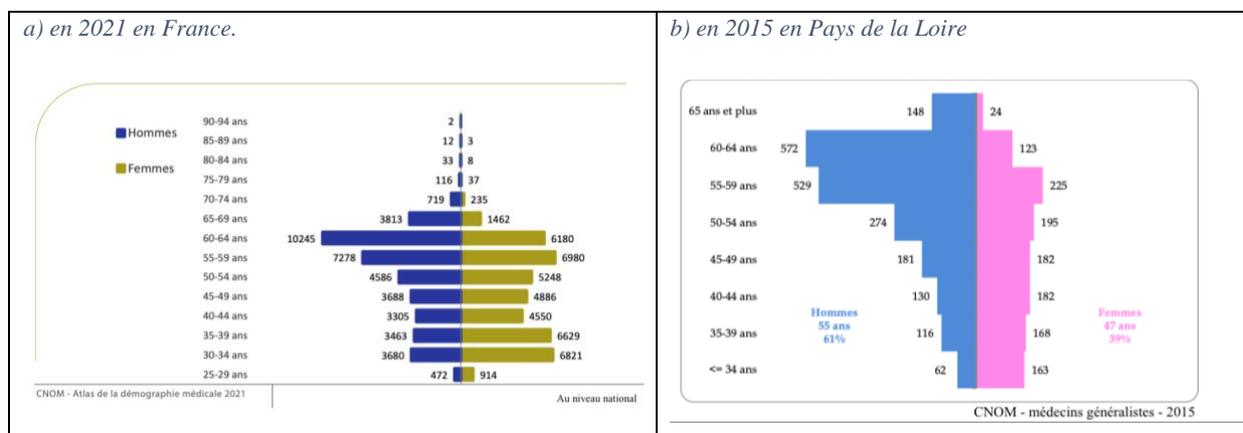
Figure 11 : variations sur l'année 2019 du nombre de passage aux urgences du CHU de Nantes



4. Une démographie médicale insuffisante
 a) De nombreux départs en retraite

Le territoire LVO, à l'image de la région et du pays, doit faire face depuis plusieurs années à une démographie médicale insuffisante. La France fait face à une vague de départs en retraite de ses médecins (+75,5% entre 2010 et 2021 selon le CNOM), non compensés par les nouvelles installations. Ces départs en retraite vont se poursuivre si l'on examine la pyramide des âges des médecins généralistes en France et en région : un quart d'entre eux (26%) ont 60 ans ou plus (Figure 12).

Figure 12 : Pyramides des âges des médecins généralistes en activité régulière.



La France compte une diminution de 9% de ses médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice confondus) entre 2010 et 2020. Avec une croissance annuelle nationale de -0,9%, le nombre de médecins généralistes en activité devrait continuer de baisser jusqu'en 2025 au moins, selon les prévisions du CNOM (Conseil national de l'Ordre des Médecins) (figure 13), et cela malgré le fait que l'âge moyen des médecins généralistes observent un rajeunissement depuis 2015 (figure 14). (7)

Figure 13 : Prévision du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025

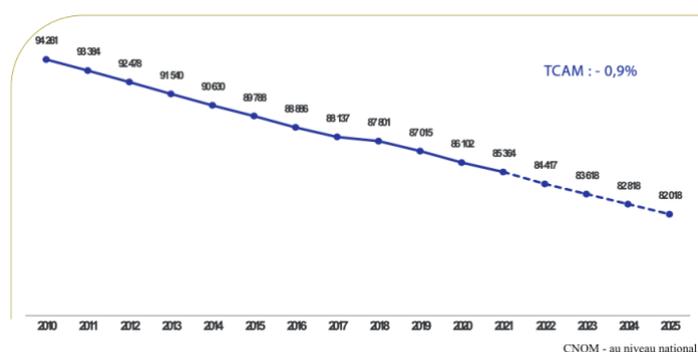
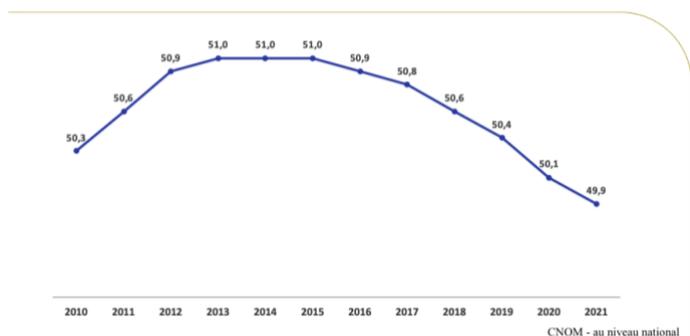


Figure 14 : moyenne d'âge des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2021



La densité de médecins généralistes dans notre région est inférieure à la moyenne nationale : en 2015, nous comptons 88.3 MG pour 100 000 habitants, contre 92.9 MG pour 100 000 habitants à l'échelle nationale. (13)

b) Un « effet agglomération »

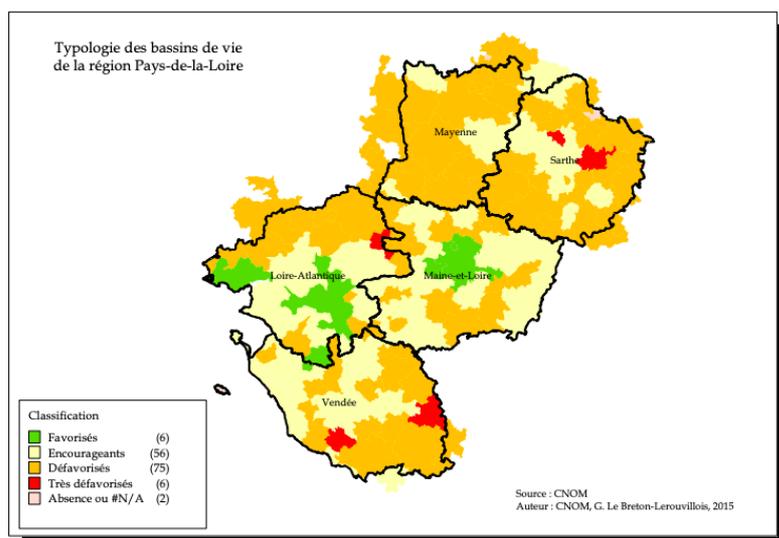
Les grandes agglomérations exercent une attractivité certaine pour les médecins généralistes (en activité régulière) qui se traduit au niveau départemental : entre 2010 et 2021, +12,8% en Loire Atlantique grâce aux agglomérations de Nantes et St Nazaire, +7,1% en Maine et Loire avec l'agglomération Angevine. A Contrario, La Vendée enregistre -4,8% quand la Mayenne et la Sarthe enregistrent respectivement -15,7% et -18,8% sur la même période (tableau 2).

Tableau 2 : Variations du nombre de médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2021

Département	Variation 2010-2021
Loire Atlantique	+12,8%
Maine et Loire	+7,1%
Mayenne	-15,7%
Sarthe	-18,8%
Vendée	-4,8%

La classification territoriale des médecins généralistes à l'échelle des bassins de vie permet de donner une idée de l'accessibilité aux soins de premiers recours au sein de la région avec la encore un « effet agglomération » retrouvé (figure 15).

Figure 15 : accessibilité aux soins de premiers recours à l'échelle des bassins de vie



c) Une pénurie de spécialistes

Le territoire LVO ne manque pas seulement de médecins généralistes. La pénurie touche de nombreuses autres spécialités, dont les médecins urgentistes. Nous ne disposons pas de chiffres à l'échelle du territoire LVO mais le département de Vendée compte 1 médecin urgentiste pour 5933 passages aux urgences contre 1 pour 2619 au niveau national. (20) En conséquence, les services d'urgence sont désorganisés, engorgés de malades et recourent régulièrement à des médecins intérimaires pour éviter de fermer leurs portes et de mettre en danger la population.

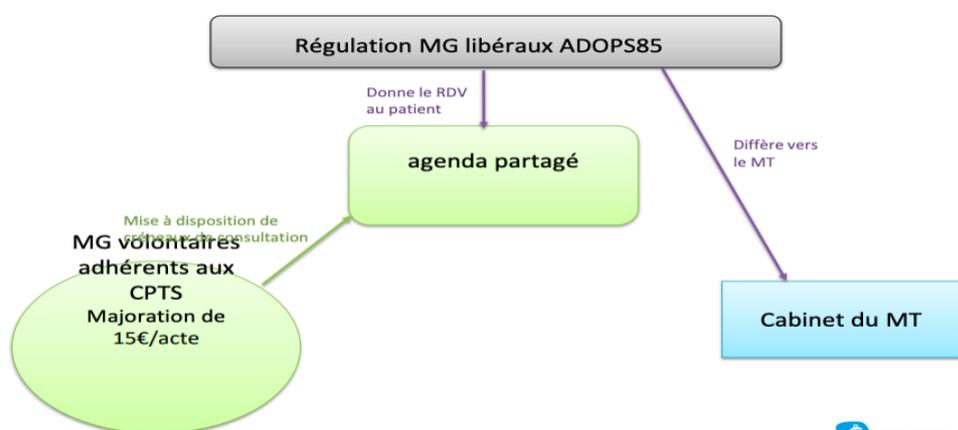
E. Création du dispositif « CPTS Rendez-vous »

Le territoire LVO n'échappe pas à la tendance nationale concernant la diminution de son nombre de médecins généralistes en activité.

Avec des besoins de soins en augmentation en lien avec d'une part une population croissante et vieillissante et d'autre part la spécificité touristique saisonnière, les médecins généralistes ne parviennent pas à répondre favorablement à toutes les demandes de SNP.

Le CPTS LVO s'est organisé durant l'été 2021 pour répondre à ces demandes de SNP à travers un dispositif « CPTS rendez-vous », mis en place pour la 3^{ème} année consécutive (figure 16).

Figure 16 : fonctionnement du dispositif CPTS rendez-vous.



programme CPTS « rendez vous » été 2021  CPTS (21)

17 médecins généralistes volontaires se sont organisés collectivement en proposant des créneaux de consultation sur rendez-vous de juillet à septembre 2021. L'objectif était de pouvoir répondre aux demandes de SNP des vacanciers mais également des 11 000 « locaux » sans médecin traitant présents sur le territoire LVO. Un agenda partagé hébergé sur la plateforme « cptsrendezvous.fr » a servi à réunir les disponibilités des MG participants sous forme de créneaux de consultation de 15 minutes (figure 17). Grâce à cet agenda partagé, les médecins régulateurs pouvaient attribuer des créneaux de consultation aux patients qui exprimaient une demande de SNP en appelant le « 15 » ou le « 116-117 » (figure 18).

La régulation de jour, gérée de manière coordonnée par le Centre 15 et l'ADOPS est née avec la pandémie de covid-19. Les patients ont ainsi pu bénéficier de conseils médicaux et/ou

d'une orientation vers une structure adaptée à leur problématique de santé, en appelant le 116 117 ou le 15.

Une rémunération forfaitaire de 15 euros par consultation de SNP, en plus de la tarification habituelle, a été mis en place pour les médecins participants à ce dispositif CPTS rendez-vous. Au total, entre Juillet et mi-Septembre 2021, 271 créneaux ont été proposés par les médecins participants au dispositif sur le territoire LVO.

Figure 17 : Présentation de l'agenda partagé visible sur « cptsrendezvous.fr ».

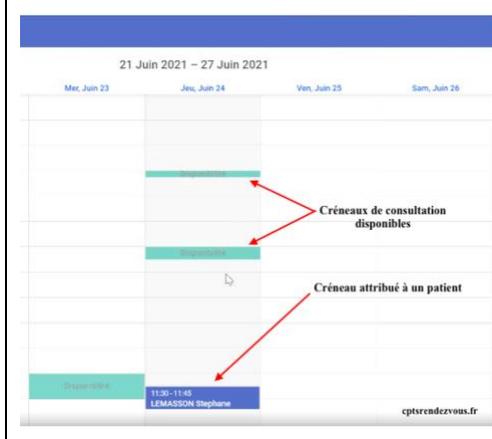
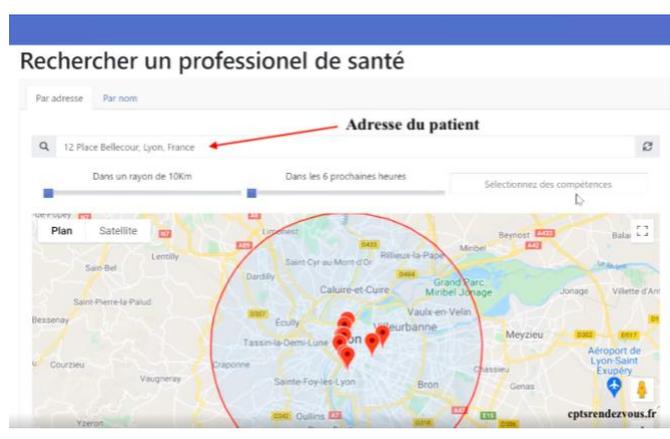


Figure 18 : Recherche d'un créneau de consultation pour un patient sur « cptsrendezvous.fr ».



F. Problématique

Ayant réalisé mon stage « SASPAS » de Mai à novembre 2021 dans plusieurs cabinets de médecins participants au dispositif CPTS rendez-vous, j'ai pu constater un certain nombre de craintes de leur part. Non seulement avant le démarrage du programme en mai et juin 2021, avec la crainte de participer à un projet non optimisé et chronophage, mais également après plusieurs semaines, où certains s'interrogeaient sur l'efficacité de ce programme en raison de dysfonctionnements rencontrés. J'ai pu également, en tant qu'interne « SASPAS », participer moi-même au programme à travers plusieurs consultations de SNP.

Jeune médecin optimiste avec peut-être une pointe de naïveté, j'étais interpellé par le manque d'enthousiasme et le scepticisme à l'égard d'un projet me semblant prometteur, simple, et dans l'air du temps au vu des problématiques actuelles d'accès aux soins.

C'est ainsi que ce projet de thèse est né : aller à la rencontre de ces MG volontaires, avec pour objectif principal de recueillir leur ressenti sur ce programme censé favoriser l'accès aux SNP sur le territoire LVO. Mon objectif secondaire était de trouver des pistes pour améliorer le dispositif et plus largement l'accès aux soins non programmés.

II. MÉTHODE

A. Choix du type d'étude

Pour explorer cette question de recherche, nous avons mené une étude de type qualitative, avec une approche méthodologique basée sur l'analyse interprétative phénoménologique. Comme énoncé précédemment, l'objectif principal était d'obtenir le ressenti et le vécu de ces médecins généralistes concernant le programme CPTS rendez-vous.

En mettant en lumière les points positifs et négatifs de ce dispositif, l'objectif secondaire était de formuler des hypothèses pour améliorer le dispositif et plus largement l'accès aux soins non programmés.

B. La Population

1. L'échantillonnage

Le recrutement s'est restreint aux médecins généralistes travaillant sur le territoire LVO, ayant participé au programme CPTS rendez-vous entre juillet et septembre 2021, et qui ont accepté de participer aux entretiens de thèse.

L'échantillonnage est ainsi ciblé et homogène du fait de la même expérience vécue par chacun des participants, avec des caractéristiques plutôt variées en termes d'âge, de genre, d'ancienneté d'installation ou de volume de patientèle.

2. Critères de sélection

Les critères d'inclusion étaient simples : avoir participé à cette expérimentation en tant que médecin généraliste sur le territoire LVO durant l'été 2021, tandis que les critères d'exclusion étaient l'absence de consentement de participer à cette étude.

3. Le recrutement

Le recrutement des participants a été facilité par le Président de la CPTS LVO, Dr Laurent BRUTUS, qui a gentiment accepté de nous partager les coordonnées des différents médecins généralistes ayant participé au programme d'accès aux SNP sur le territoire LVO. Une

invitation a été envoyée par messagerie électronique à chacun d’entre eux. Parmi les participants volontaires qui ont pu être admis dans l’étude, certains ont répondu favorablement par mail, d’autres par effet boule de neige (collègues d’un même cabinet généralement).

4. La taille de l’échantillon

La taille de l’échantillon n’a pas été fixée préalablement. En l’absence de nouveaux participants suite à des relances par mail et de vive voix lors de rencontres inopinées, le recrutement a été stoppé. Une analyse des données au fur et à mesure de leur recueil montrait cependant une suffisance des données, les derniers entretiens ne permettant pas de faire émerger de nouvelles notions.

C. Le recueil des données

1. Le guide d’entretien

J’ai réalisé le guide d’entretien avec le soutien et l’approbation de mon directeur de thèse. Je me suis aidé de l’ouvrage « Initiation à la recherche qualitative en santé » de Jean-Pierre Lebeau, pour la rédaction de ce guide d’entretien.

Après plusieurs entretiens individuels semi-dirigés, le guide d’entretien a pu évoluer, avec la suppression d’une question dite « brise-glace » en début d’entretien. Il s’agissait de demander au participant s’il pouvait raconter une consultation « marquante » dans le cadre du soins non programmés. L’idée était d’avoir une expérience réelle, concrète, dans un but de « libérer la parole » du participant et d’illustrer des notions soulevées dans la suite de l’entretien. Au bout de 5 entretiens individuels réalisés, seul un participant avait répondu à cette question, les autres n’avaient aucun exemple en tête et cela créait une sorte de malaise au cours de l’entretien.

2. Réalisation des entretiens

J’ai assisté à un entretien collectif en septembre 2021 organisé par le Président de la CPTS LVO, Dr Laurent BRUTUS, en présence de la coordinatrice de la CPTS, Nathalie RICHARD et de plusieurs médecins généralistes. Parmi eux, certains ont accepté d’être inclus dans notre étude. Un « tour de table » a permis à certains de faire remonter des dysfonctionnements rencontrés en lien avec le programme durant l’été 2021. Cet entretien collectif m’a conforté dans la nécessité de réaliser des entretiens individuels, pour que les participants puissent

s'exprimer aisément sans craindre d'être jugé sur un point de vue non partagé par les confrères.

En effet, en tant qu'observateur lors de cet échange, certains ont semblé réticents à prendre la parole pour exprimer leur opinion « en public ».

L'objectif était de recueillir le ressenti le plus authentique possible de la part des participants. Le choix d'entretiens de type individuels semi dirigés était un choix logique pour laisser la parole aux participants afin qu'ils puissent exprimer leurs émotions.

Les entretiens se sont déroulés en 3 temps :

- *une première partie* faisant office d'introduction, expliquant l'objectif de ma thèse et le déroulement de l'entretien. J'ai veillé à obtenir le consentement de chaque participant quant à l'enregistrement audio des entretiens, tout en rappelant que les propos recueillis seraient anonymisés.
- *une deuxième partie* avec des questions fermées, permettant de recueillir les caractéristiques des participants (âge, sexe, ancienneté, mode d'exercice, volume de la patientèle...).
- *une troisième partie*, la plus importante, avec des questions ouvertes pour obtenir le vécu de chaque participant.

Le contact humain paraît essentiel pour un entretien individuel de qualité, c'est pourquoi j'ai privilégié autant que possible des entretiens en direct plutôt que par visioconférence. Seuls 2 entretiens sur les 11 réalisés se sont fait par visioconférence, via le logiciel « Zoom », pour des soucis de disponibilité et de souhait de la part des participants. Les 9 autres se sont déroulés en présentiel, sur le lieu d'exercice du médecin généraliste.

D. L'analyse des données

Les entretiens enregistrés via dictaphone ont été retranscrits sur le logiciel « Word », selon la méthode du « mot pour mot » tout en corrigeant les fautes de langage, afin d'obtenir un verbatim clair et fidèle à chaque entretien.

Les participants ont été désignés par un code « P1 » jusque « P11 » lors de la retranscription des entretiens individuels, afin de conserver l'anonymat de chacun des participants.

Une lecture répétée de chaque entretien a permis de procéder à un étiquetage / codage des propos retranscrits, en utilisant le logiciel « Excel ». Au fur et à mesure de mon analyse, des

notions retrouvées au travers des différents entretiens ont pu être rattachées à des thèmes et des sous thèmes.

Cette thématization du texte a permis de rassembler les ressentis des différents participants, qu'ils soient en accord ou en désaccord, sur un thème évoqué.

Enfin, pour ce travail d'analyse des pratiques professionnelles de médecins, il n'a pas été nécessaire de réaliser une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'information et des libertés (CNIL), ni de réaliser une analyse par un comité d'éthique.

III. RESULTATS

A. Population

11 médecins généralistes ont participé à cette étude, 6 femmes et 5 hommes. L'âge moyen des médecins interrogés est de 43 ans, avec des âges allant de 29 à 60 ans. On retrouve une certaine hétérogénéité en termes de taille de patientèle, de 600 à 1980 patients par médecin généraliste.

Les caractéristiques des participants ont été détaillées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : caractéristiques des participants de l'étude

Participant	Genre	Âge	Années d'installation	Patientèle	Structure	MSU	créneaux pourvus (%)	Intention de poursuivre le programme
P1	F	59	22	1500	Groupe	NON	35%	SRM
P2	H	48	17	1600	MSP	OUI	10%	SRM
P3	F	36	2	1000	Groupe	NON	15%	OUI
P4	F	43	12	1000	Groupe	OUI	60%	OUI
P5	H	50	16	1980	MSP	OUI	25%	SRM
P6	F	47	13	900	MSP	NON	80%	OUI
P7	H	33	1	900	Groupe	NON	75%	OUI
P8	H	60	9	1000	MSP	OUI	75%	OUI
P9	F	30	3	600	MSP	NON	50%	OUI
P10	F	29	< 1	600	MSP	NON	60%	OUI
P11	H	37	1	1000	MSP	NON	60%	OUI

Légende :

H = Homme ; F= Femme

Groupe = Cabinet de groupe monoprofessionnel; MSP = maison de santé pluriprofessionnelle

MSU = Maître de stage des universités

SRM = sous réserve de modifications du programme

Sur les 11 médecins, un était encore remplaçant durant l'été 2021 et sur le point de récupérer la patientèle du médecin remplacé qui partait en retraite.

Les entretiens ont été réalisés entre octobre 2021 et janvier 2022 en se focalisant sur les entretiens réalisés entre juillet et septembre 2021, soit entre 1 et 4 mois après avec les dernières consultations de SNP étudiées dans le cadre du dispositif de SNP.

La durée moyenne des entretiens était de 17 minutes avec des extrêmes allant de 12 à 23 minutes.

B. Résultats de l'étude

1. Définition du SNP

Pour tous, le soin non programmé renvoie à une notion de délai rapide de prise en charge. Ce délai est cependant variable : « *dans les 24 heures* » (P6), « *dans les 48 heures* » (P7, P8, P10).

Trois participants qualifient les demandes de SNP comme des « *urgences ressenties par le patient* » (P5, P8, P9). La plupart s'accordent sur le fait qu'il s'agit d'une « *demande de soins en médecine générale* » (P7) qui ne relève donc pas d'une urgence « *vitale* » (P6) ou « *immédiate* » (P1) ou encore considérée comme une « *semi urgence* » (P5). Le motif de consultation est caractérisé comme « *aigu* » (P6, P8) et « *ne peut être anticipé* » (P9, P11).

2. Organisation préalable des médecins généralistes

Tous les médecins interrogés exercent dans un cabinet de groupe ou en MSP. Parmi eux, 3 utilisent un télé secrétariat pour la prise de rendez-vous, les autres ont un secrétariat physique. Tous fonctionnent uniquement sur rendez-vous, avec pour la plupart des créneaux dédiés quotidiennement aux SNP : « *nous on fonctionne avec des créneaux d'urgence* » (P7), avec respectivement 7 et 8 créneaux quotidiens pour les urgences du jour pour les participants 11 et 1.

Certains médecins expliquent pratiquer régulièrement des « *dépannages* » pour les patients non suivis au cabinet :

- Parfois toute l'année : « On a un fonctionnement toute l'année où si les créneaux d'urgence ne sont pas pourvus, les secrétaires peuvent nous appeler pour qu'on puisse accepter ou non des « dépannages » de patients non suivis au cabinet » (P7),
- Et plus généralement sur la période estivale, jugée plus calme : « l'été, c'est une période un peu plus calme pour nos patients à nous donc on arrive généralement à dépanner plus facilement les gens de l'extérieur » (P11).

Enfin, quatre des médecins sont MSU et ont des internes (SASPAS et/ou 1^{er} niveau) qui exercent au cabinet au moins une fois par semaine, pouvant participer à la prise en charge des SNP.

3. Ressenti des médecins concernant l'accès aux soins sur leur territoire

Tous les médecins sont unanimes sur le sujet : il y a une vraie problématique concernant l'accès aux soins sur le territoire avec un nombre insuffisant de médecins qui doivent faire face à des demandes de soins toujours plus nombreuses :

P2 : « le système de soins est en grande souffrance et il l'est encore plus sur les mois estivaux avec les vacanciers (...) tout le monde le sait depuis des dizaines d'années mais rien n'est absolument prévu pour avoir un renfort sous quelque forme que ce soit. »

P7 : « toute l'année on a des demandes de dépannage pour des demandes de SNP ou pour des suivis, à cause de la démographie médicale actuelle. »

P5 : « il y a beaucoup de gens qui n'ont pas de médecins. »

La plupart des médecins rapportent des spécificités saisonnières en termes d'accès aux soins. Les médecins interrogés ont une activité particulièrement intense l'hiver en lien à une demande conséquente de leurs patients tandis que l'été, ils doivent faire face à l'afflux de vacanciers.

P5 : « l'hiver l'emploi du temps est plein et il y a en plus 10 demandes que tu sais pas où mettre, l'été (...) on remplit nos emplois du temps mais on a quand même moins d'activité courante pour nos patients réguliers. »

P6 : « trouver des créneaux l'hiver c'est compliqué au vu de l'activité plus importante, l'été c'est plus facile, on a un peu moins de demande de rendez-vous des patients habituels. »

P10 : « l'été c'est toujours compliqué, il y a beaucoup de demande des vacanciers. »

Plus on se rapproche des stations balnéaires, plus les demandes de vacanciers sont conséquentes. Un des participants expliquait que certains locaux, voyant leur médecin assailli par les demandes de vacanciers, n'ont d'autre choix que de s'adapter :

P11 : « *Sur le littoral, les patients habituels savaient pertinemment que c'était compliqué d'être soigné en juillet août du fait de l'afflux estival donc ils évitaient d'aller chez leur médecin et laissaient la place aux estivants.* »

Tant la demande explose durant les mois d'été, certains médecins, exerçant dans les stations balnéaires, cherchent du renfort médical : « *il y a des endroits où il y avait des collaborateurs qui venaient de juin à septembre, ça permettait d'absorber pas mal l'afflux estival* » (P11)

4. Les motivations à participer au dispositif CPTS rendez-vous

Les médecins interrogés expliquent avoir participé à ce projet car ils sont sensibles aux difficultés d'accès aux soins qu'ils côtoient toute l'année et notamment pendant l'été.

P5 : « *J'avais envie de faire partie de ce projet qui pour moi était intéressant* »,

P7 : « *Toute l'année on a des demandes de dépannage pour des demandes de SNP ou pour des suivis. C'est donc un moyen parmi tant d'autres de répondre à ces demandes.* »

La notion d'effort collectif a été exprimée par 7 des 11 médecins interrogés. En effet, les participants pensent que la solution réside dans la mise en place d'actions collectives et la solidarité entre les médecins du territoire :

P9 : « *Je pense que c'est important de participer à l'effort collectif sur un secteur qui en a bien besoin* ».

P10 : « *Si on est beaucoup plus, on peut facilement proposer quelques consultations en plus et ainsi faire face à la demande.* »

P7 : « *Mettre en commun nos disponibilités pour pouvoir répondre à ces demandes (...), ce sera beaucoup plus efficient que chacun dans son coin (...) c'est hyper important de participer à cet effort collectif là.* »

La motivation principale est donc d'améliorer l'accès aux soins pour ces demandes de SNP, mais implique un certain effort à fournir de la part des MG.

Certains MG voient dans ce dispositif des avantages pour leur pratique :

- Pour l'un, il s'agit de contribuer à désengorger les urgences pour pouvoir y adresser des patients :

(P8) : « *Les urgences croulent de patients qui n'ont rien à y faire car ils n'ont probablement pas trouvé de place dans les cabinets médicaux. Mon confort d'exercice passe par le fait d'avoir un service d'urgence fonctionnel qui puisse recevoir mes patients. Donc pour préserver les urgences et pour « mon confort », j'aime bien l'idée de ce dispositif ».*

- Pour l'autre, utiliser ce dispositif permet de remplir le planning des remplaçants :

P11 : « *On a eu de la chance d'avoir des remplaçants tout l'été, ça pouvait être pour eux une manière supplémentaire de travailler un peu plus.* »

Enfin, les participants semblent divisés concernant l'argument financier, avec les 15 euros supplémentaires par consultation de SNP :

- Certains y voient un réel avantage :

(P3) : « *La rémunération des 15 euros par consultation peut inciter les médecins à poursuivre l'utilisation de CPTS rendez-vous et peut même motiver ceux qui ne l'utilisent pas encore.* »

(P6) : « *15 euros de plus par consultation, ce n'est pas négligeable. 25 euros de l'acte, on sait très bien que c'est insuffisant* »

- Tandis que d'autres y sont insensibles :

(P9) : « *L'argument financier pour moi ne joue pas.* »

(P11) : « *C'est franchement pas la carotte, si ça n'avait pas été mis en place, ça n'aurait pas changé grand-chose.* »

5. Un effort possible pour tous les MG ?

Deux médecins interrogés suggéraient que tout médecin devrait être capable de s'organiser pour participer à ce projet :

P8 : « *trouver 1 ou 2 créneaux dans la journée, pour ça, honnêtement, je pense qu'on doit pouvoir le faire, même si on est débordé.* »

P10 : « *Les journées sont toujours pleines. Après, quand c'est une ou 2 consultations par jour, je pense qu'on peut toujours trouver une solution.* »

Cependant, Tous les médecins interrogés travaillaient en groupe (+/- en MSP) et l'un d'entre eux légitimait l'absence de participation des médecins en exercice seul :

P11 : « *Pour les médecins qui sont tous seuls (...) c'est parfois plus compliqué d'accepter ce genre de projet.* »

6. Doutes et réticences à participer au projet

Même si tous sont conscients des difficultés d'accès aux soins, certains participants ont fait part de leurs doutes et réticences, parfois liés à des dysfonctionnements rencontrés sur les éditions précédentes :

P4 : « *Cette année, j'y ai participé car je pouvais justement mettre des rendez-vous quand j'avais des disponibilités (...) il a fallu qu'il (Dr Brutus) prenne le temps de m'expliquer pour que je vois que c'était devenu beaucoup plus facile.* »

P7 : « *l'année dernière, il fallait prendre une demi-journée dans son emploi du temps. Cette année, le fait de pouvoir mettre des rendez-vous comme on veut, c'était une bonne chose.* »

P1 : « *je voulais voir (...), et ne pas juger sans m'être inscrite au préalable en disant d'emblée 'c'est pas intéressant'.* »

P8 : « *Si je compare avec les autres logiciels qu'on a utilisé auparavant, celui-ci est infiniment plus simple (...) les autres années, on avait 50% de patients sans médecin traitant qui avaient « profité » de ce système (...) pour faire le renouvellement de leurs ordonnances, ou pour des demandes relevant de soins chroniques.* »

7. Adaptation des cabinets à la mise en place du programme « CPTS rendez-vous »

La plupart des médecins mettaient à disposition une partie des créneaux d'urgence, déjà existants, pour le dispositif « CPTS rendez-vous » :

P5 : « *Quand la secrétaire voyait qu'il restait de la place parmi les créneaux d'urgence, elle « offrait » aux SNP certains de ces créneaux.* »

P7 : « *Si jamais on voit que ça ne se remplit pas, on peut facilement les mettre à disposition sur l'agenda partagé.* »

P9 : « *je bloquais des rendez-vous que j'ouvrais la veille ou le jour même selon le remplissage des créneaux par les patients suivis au cabinet, afin de dédier des créneaux pour ces SNP* »

P11 : « parmi les 7 créneaux (dédiés aux demandes du jour), certains étaient dédiés à la plateforme »

Seul un médecin se rajoutait des créneaux pour répondre aux demandes de SNP en lien avec le dispositif :

P1 : « En plus de ces 8 créneaux(d'urgence) et de mes rendez-vous habituels, je prenais des créneaux pour la CPTS. »

Trois médecins se sont plaints de la difficulté dans la gestion de deux agendas en simultanée avec d'une part l'agenda médical habituel et d'autre part l'agenda partagé pour la mise en place de créneaux de SNP.

P2 : « Le fait d'avoir un agenda supplémentaire ne facilite pas la prise de rendez-vous en direct (...) toutes les manipulations nécessaires pour avoir une correspondance entre ce qu'on bloquait sur Doctolib et ce qu'on mettait sur l'agenda partagé. »

P11 : « cette gymnastique d'aller mettre des créneaux (...) et de les rebasculer sur notre emploi du temps à nous, ce n'était pas simple, tout n'était pas visible sur une seule et même plateforme. »

Tandis que certains proposaient une synchronisation entre les 2 agendas :

P8 : « Ça aurait été génial que je mette mon créneau dans mon agenda du cabinet, et qu'il apparaisse automatiquement dans CPTS Rendez-vous, et inversement quand on me met un rendez-vous côté régulation, que je le vois apparaître directement dans mon agenda. »

D'autres préféreraient tout simplement fusionner l'agenda partagé et le logiciel de prise de rendez-vous :

P11 : « ce serait beaucoup plus simple pour nous, d'avoir un onglet Doctolib supplémentaire « soin non programmé CPTS » sur une seule et même plateforme sans devoir basculer d'un emploi du temps à l'autre. »

8. Ressenti des médecins sur le fonctionnement de l'agenda partagé

Pour rappel, l'agenda partagé, hébergé sur la plateforme « CPTSrendezvous.fr » avait deux interfaces :

- Une interface dédiée aux médecins généralistes, « effecteurs », qui pouvaient ajouter des créneaux de 15 minutes et recevaient une notification par e-mail quand l'un des créneaux était pourvu.

- Une interface dédiée aux médecins régulateurs qui pouvaient géolocaliser les cabinets de MG disponibles à proximité d'un patient pour lui fixer un rendez-vous médical (à proximité de son lieu de résidence).

a) *Une Interface « effecteur » fonctionnelle*

4 des 11 médecins ont souligné la simplicité et la liberté avec laquelle ils utilisaient l'agenda partagé.

« D'un point de vue effecteur, c'était très simple d'utilisation, pour la mise en place de créneaux » (P9) avec une alerte par e-mail dès qu'un créneau était pourvu « c'était plutôt bien fait, on mettait les créneaux qu'on voulait, on avait un mail confirmant le rendez-vous pris avec l'identité du patient » (P10)

b) *Une interface « régulateur » à peaufiner*

C'est surtout du côté de l'interface « régulateur » que les dysfonctionnements ont découlé :

- Un manque de visibilité des créneaux :

Un des médecins reprochait toute fois un manque de visibilité sur l'agenda partagé « côté régulateur » :

P8 : *« l'affichage des créneaux était trop petit, et dès qu'on mettait un créneau ça cachait les créneaux suivants, donc les régulateurs ne voyaient qu'un créneau disponible au lieu de plusieurs ».*

- Problème de géolocalisation des cabinets :

La visibilité par les régulateurs des cabinets de MG avec de la disponibilité impliquait que ces derniers aient renseigné l'adresse de leur cabinet via Google Maps et non manuellement.

P9 : *« Le soucis de géolocalisation qui exigeait de renseigner l'adresse du cabinet via Google et non juste en tapant l'adresse car l'agenda partagé ne retrouvait plus notre adresse et donc le régulateur ne voyait pas nos créneaux disponibles. »*

P6 : *« Au début, certains médecins mettaient des créneaux mais ce n'était pas visible pour les régulateurs. Ça a été mis à jour au bout de 3 semaines »*

- Absence d'actualisation des créneaux :

Les médecins qui ajoutaient des créneaux pour le jour même étaient bien souvent frustrés de les voir rester libres.

P9 : « *je devais probablement ajouter trop tardivement des créneaux sur la plateforme ce qui fait qu'ils n'étaient pas forcément visibles par la régulation* »

Un des participants interrogés avait une activité à la fois d'effecteur et de régulateur et témoignait de ses difficultés dans l'utilisation de la plateforme « côté régulateur » :

(P6) : « *Au début on pouvait mettre 15 minutes pour fixer un seul rendez-vous. (...) Le problème c'était que quand on prenait un rendez-vous pour un médecin, (...) le créneau ne disparaissait pas après avoir été choisi* »

En conséquent, l'organisation des MG pouvait être fortement perturbée :

P1 « *Quand je dédie un rendez-vous CPTS et qu'on me met 3 personnes, je trouve ça très lourd.* »

9. La problématique des créneaux non pourvus

Avec ces problématiques de géolocalisation, de manque de visibilité des créneaux et d'absence d'actualisation des créneaux, tous les médecins généralistes interrogés ont fait part de leur mécontentement : une proportion variable des créneaux qu'ils bloquaient pour l'agenda partagé n'étaient pas pourvus.

P5 : « *Au départ (...) On avait plus de créneaux disponibles que de rendez-vous pris dans le cadre du programme.* »

P4 : « *Je pouvais mettre des plages de rendez-vous sur $\frac{3}{4}$ d'heure et il n'y avait qu'un seul rendez-vous de pris.* »

P10 : « *Généralement je mettais deux créneaux, à 15h et à 15h15, et la régulation ne voyait qu'un seul créneau sur les deux, donc j'avais un créneau qui n'était pas pris à chaque fois.* »

P9 : « *il restait régulièrement des créneaux non pris.* »

Faire l'effort de bloquer des créneaux de consultation de SNP « en vain » était difficile à vivre pour certains des médecins :

P1 : « *Dire non à quelqu'un alors que j'aurais pu honorer ce rendez-vous, je crois que c'est ça le plus difficile, c'est ça que j'ai le moins bien vécu* »

P3 : « C'était compliqué pour moi de libérer des créneaux pour des patients extérieurs au cabinet et de ne pas pouvoir les proposer à mes patients, d'autant plus que ces créneaux restaient vacants »

D'autres étaient dans l'incompréhension et sont même allés jusqu'à faire leur propre expérience auprès de la régulation :

P5 : « Notre secrétaire a appelé en disant qu'elle avait un problème, qu'elle n'avait pas de MT et qu'elle cherchait à avoir un rendez-vous (...) à 3 reprises nous avons fait ce test, à différents moments dans la semaine, le régulateur n'a jamais proposé un rendez-vous sur la commune alors que nous avions des créneaux disponibles. »

P8 : « J'ai fait la simulation, en me mettant dans la peau du régulateur : j'ai rentré le nom de la commune où je travaille pour géolocaliser des créneaux disponibles au cabinet et il n'y en avait pas ; alors que j'avais ajouté des créneaux sur l'agenda partagé. »

Même si les principaux problèmes ont été corrigés au fur et à mesure des semaines, une lassitude a rapidement gagné certains médecins :

P8 : « Ça a contribué pour certains à les décourager car ils mettaient à disposition des créneaux qui n'étaient pas pris. »

P2 : « On a donc fini par « shunter » l'ADOPS dans le fonctionnement et quand les vacanciers appelaient pour avoir un rendez-vous, on les mettait sur ces créneaux dédiés directement. »

P5 : « Comme on s'est retrouvé de nombreuses fois avec beaucoup de trous, bah un moment, on a décidé de les enlever et de les ouvrir qu'au dernier moment »

10. Absence de communication entre effecteurs et régulateurs

Aucune communication n'était mise en place entre effecteurs et régulateurs concernant les difficultés rencontrées par chaque parti. Lors des entretiens, certains médecins allaient même jusqu'à remettre en cause le professionnalisme et la bienveillance des régulateurs :

P2 : « Il n'y a absolument aucun échange entre les régulateurs et les effecteurs. »

P3 : « Il faut améliorer sans doute leur formation à ces outils ou du moins qu'ils acceptent de se former à ces outils. »

P5 : « Manifestement il y avait plein de médecins régulateurs qui ne voulaient pas

s'embêter avec le projet CPTS rendez-vous (...) ils ont tout fait pour le faire capoter. »

Un des participants préférerait se mettre à la place des régulateurs, sans créneaux disponibles, en imaginant qu'ils devaient blâmer les MG tout autant :

P8 : « Je pense que pour les régulateurs c'était l'enfer, ils devaient avoir le sentiment, erroné, que les effecteurs ne jouaient pas le jeu ou en tout cas qu'ils ne mettaient pas suffisamment de créneaux. »

De cette absence de communication et suites aux dysfonctionnements rencontrés, certains redoutaient d'être critiqués :

P5 : « J'espère juste qu'il n'y aura pas une mauvaise analyse des choses en disant que les médecins généralistes sur le terrain n'ont pas proposé assez de créneaux, que la régulation n'avait pas assez de rendez-vous de disponibles alors qu'on le sait, on avait des rendez-vous disponibles. »

11. Le vécu des consultations de SNP :

a) Un tri de qualité et des motifs adaptés aux SNP

Tous les médecins interrogés ont jugé que les motifs de consultation étaient généralement pertinents et en adéquation avec une demande de SNP, reconnaissant, au passage, une bonne orientation de la part des régulateurs :

P4 : « Il n'y a pas eu de rendez-vous qui n'était pas justifié, (...) les rendez-vous méritaient généralement d'être vu dans la journée ou dans la semaine. »

P7 : « Les consultations que j'ai eu répondaient bien à une demande de SNP (...) les motifs de consultations étaient bien adaptés »

P9 : « Alors oui ça aurait souvent pu attendre 24 – 48h de plus mais les demandes étaient pertinentes et bien régulées »

P11 : « Je n'ai pas eu de motif de consultation qui a conduit à une hospitalisation ou un adressage aux urgences derrière, je pense que le tri était bien fait par la régulation. »

P10 : « c'était souvent très cohérent avec les SNP, il n'y en a aucun que j'ai réorienté, il y avait de la "traumato" et de "l'infectio" surtout. »

b) La complexité des patients sans médecin traitant

4 médecins interrogés ont cependant rapporté avoir été en difficulté lors de certaines consultations de SNP, en lien avec le fait que les patients n'avaient pas de médecin traitant.

En effet, les médecins pouvaient se retrouver en difficulté, devant gérer à la fois des problèmes « aigus » mais aussi « chroniques » :

P5 : « ils utilisent ce système là car ils ne peuvent pas faire autrement. Ils viennent sur une demande de SNP et puis en fait sur ton créneau de 15 minutes, tu vas devoir gérer des choses qui ne sont pas gérées depuis des mois. (...) Ça me met juste la pression en tant que médecin qui va sortir de sa zone de confort. »

P10 : « j'ai vu une dame 3 fois, à chaque fois dans le cadre du SNP. Elle utilisait un motif aigu pour ensuite demander des renouvellements et à chaque fois essayait de tourner les choses pour que je puisse la prendre en tant que MT »

Un des médecins expliquait avoir été contraint de suivre plusieurs patients ayant consulté pour un motif aigu :

P1 : « Plusieurs fois des gens du secteur qui n'ont pas de MT, bah je suis leur MT maintenant parce qu'il fallait les revoir. J'étais coincé quelque part. J'étais obligé de les inclure dans mes patients pour faire une bonne surveillance. »

D'autres ont refusé de les suivre mais avec une certaine amertume :

P6 : « pour ceux qui n'ont pas de médecin je trouve ça bien (le dispositif) en dépannage et en même temps je suis peinée pour eux car ils trouvent toujours pas de médecin et je les prends pas »

Un des participants avoue favoriser les demandes directes (ne passant pas par la régulation) de vacanciers plutôt que celles des locaux sans MT, qu'il craint de devoir suivre au long cours :

P11 : « On aura plus facilement tendance à donner un rendez-vous pour quelqu'un de passage plutôt qu'à des gens du coin sans MT car on ne les reverra certainement pas. On va être plus réticent avec les gens du coin sans MT car même si on essaye de mettre une limite et de leur faire comprendre que c'est du ponctuel, ils ont mis un pied dans le cabinet et vont être susceptible après de revenir et essayer d'intégrer notre patientèle. »

12. Une régulation difficile à joindre et éventuellement remplaçable
 - a) Mauvaise connaissance du numéro 116 117

Certains médecins étaient dans l'incompréhension concernant le numéro d'appel dédié aux demandes de SNP :

P1 : « *Sur le numéro, moi ce que je n'ai pas compris c'est qu'on m'avait dit "il faut appeler le numéro 116 117" puis après on nous a dit "non il ne faut pas", par rapport au fait qu'ils étaient surchargés. Ça j'avoue l'histoire de quel numéro appeler, comment faire, ça je n'ai pas trop compris.* »

Certains cabinets, fonctionnant avec un télé-secrétariat, ont appris après plusieurs semaines l'existence de ce numéro :

P4 : « *Les secrétaires n'étaient pas au courant de ce numéro dans les différents cabinets médicaux* »

b) Prise de rendez-vous : entre régulation et secrétariat

Nombreux sont donc les patients, qui, ne connaissant ni ce numéro, ni l'existence d'un tel dispositif, appelaient les cabinets ou s'y rendaient directement dans l'objectif d'obtenir un rendez-vous le jour même :

P7 : « *Le point négatif, ça a été un nombre important de demande de dépannage en direct, les gens passaient parfois et demandaient un rendez vous* »

Dans les premières semaines, les cabinets ont joué le jeu en renvoyant les demandes directes vers la régulation, en communiquant le n° 116-117 :

P2 : « *au début on renvoyait ces appels à l'ADOPS (116 117) mais nous n'avions jamais de retour* »

Mais au vu des délais d'appel à la régulation « *pouvant aller d'une demi-heure à 3 heures* » (P6) et des nombreux créneaux non pourvus, plusieurs cabinets ont repris leur organisation préalable au dispositif :

P2 : « *On a donc fini par « shunter » l'ADOPS dans le fonctionnement et quand les vacanciers appelaient pour avoir un rendez-vous, on les mettait sur ces créneaux dédiés directement.* »

P7 : « *je ne me voyais pas leur dire d'appeler le 116 117 pour avoir au final un rendez-vous sur le même créneau que je pouvais leur proposer directement* »

C'est d'ailleurs sur ce constat que 5 des 11 participants remettaient en cause la nécessité de passer par la régulation pour orienter ces demandes de SNP, avec la proposition d'utiliser des

secrétaires plutôt que des médecins régulateurs pour orienter les patients vers les cabinets de ville.

P4 : « Je pense qu'il n'y a pas nécessairement besoin de passer par un médecin de la régulation pour fixer un rendez-vous dans le cadre du soin non programmé, nos secrétaires le font régulièrement et ça fait partie de leurs compétences ».

P6 : « ce qui est compliqué au niveau de la régulation, c'est que tout passe par les régulateurs (...) par exemple une cystite, je pense qu'un permanencier ou un ONSP (Opérateur de SNP), s'il est formé pourrait très bien le gérer ».

P7 : « On n'a pas nécessairement besoin d'un médecin régulateur à mon sens, c'est un peu le boulot que font nos secrétaires toute la journée. »

P 10 : « la secrétaire juge du critère d'urgence ou pas et les ajoute sur ces créneaux-là. »

P11 : « S'il y a un créneau disponible et qu'elle juge utile et opportun de proposer un rendez-vous (...), elle le fait sans me demander et elle est tout à fait compétente pour ça. »

13. Un système suffisant pour répondre aux demandes de SNP ?

Plusieurs médecins se sont interrogés sur la capacité de ce système à absorber la demande de soins non programmés :

P4 : « J'ai l'impression qu'il y a eu plus de rendez-vous disponible que de rendez-vous pris, si ça se trouve, en termes de nombre de médecins, on est peut-être suffisant. A voir si l'offre et la demande correspond. »

P11 : « perso, j'ai mis des créneaux au compte-goutte. Je ne sais pas si ça couvre totalement la demande de consultation chaque jour. Sur la totalité des médecins participants, je ne me rends pas compte du nombre de rendez-vous proposés sur la journée. »

Un des médecins, travaillant à la fois en tant qu'effecteur et régulateur, rapportait une certaine irrégularité concernant le nombre de créneaux proposés par les effecteurs :

P6 : « Il y avait des jours où il y avait très peu de créneaux disponibles, et des jours où il y avait plein de créneaux. Du coup les médecins étaient déçus ces jours-là car leurs créneaux n'étaient pas remplis. »

Deux des participants interrogés souhaitait qu'une permanence soit mise en place pour homogénéiser le nombre de créneaux chaque jour :

P1 : *« peut être que pour améliorer le dispositif, il aurait fallu remettre toujours le même médecin tel jour à telle heure. »*

P6 : *« si j'ouvre des créneaux le même jour que les collègues et que le lendemain il n'y en a pas, c'est problématique. Ce serait d'harmoniser les créneaux mis en place par les effecteurs, ou mettre des jours de permanence pour chacun, avec des référents. »*

Enfin, deux médecins évoquaient la nécessité de s'organiser pour répondre aux demandes de SNP tout en soulevant le fait qu'une partie de la population était tombé dans un consumérisme médical avec un besoin d'être pris en charge sans délai :

P8 : *« Certains patients obtiennent des créneaux de SNP pour le lendemain, mais (..) ne sont pas « patients ». Donc ils vont chercher à avoir un rendez plus rapidement en téléphonant ou en se pointant chez d'autres médecins ou alors ils vont aux urgences et ils embouteillent les urgences alors qu'ils ont un rendez-vous programmé le lendemain. »*

P1 : *« Je ne suis pas pour le nomadisme médical, je ne suis pas pour la surconsommation, je ne suis pas pour le supermarché médical, mais il peut y avoir des besoins et il faut qu'on arrive à trouver des solutions »*

14. Les Centres de soins non programmés (CSNP)

Plusieurs médecins voyaient dans les CSNP des avantages non négligeables en termes de réponses face aux demandes de SNP.

Tout d'abord, le fait d'avoir un médecin dédié par demi-journée, toujours sur le même lieu, simplifierait la tâche des régulateurs :

P11 : *« Sur un seul et même site de consultation, ce sera plus simple à gérer pour les régulateurs, et peut-être plus compréhensible pour les patients qui bénéficient de ces consultations car toujours au même endroit. »*

Ensuite, la possibilité d'y renvoyer tous les patients des urgences dont le motif n'est pas adapté avec une prise en charge dans les SAU :

P8 : *« Je pense que finalement, la solution c'est la mise en place de CSNP. Ça permettrait de mettre directement dans cette « file » les patients qui n'ont rien à faire aux urgences, qui seraient vus par des médecins généralistes. »*

D'autres médecins s'interrogent sur leur capacité à se rendre disponible toute une demi-journée et doutent du nombre suffisant de consultations pour absorber toutes les demandes de SNP :

P10 : « *Sur le projet des CSNP, Je suis en réflexion. Je trouve ça compliqué en termes d'organisation car il faudrait bloquer une demi-journée.* »

P11 : « *Après je me pose la question de savoir si le CNSP pourrait absorber toute la demande de SNP, avec un seul médecin par demi-journée.* »

IV. DISCUSSION

A. De la méthode

1. Les forces de l'étude

L'accès aux SNP en France est une problématique de santé publique qui revient régulièrement dans les médias depuis plusieurs années. Le gouvernement actuel voit dans la gestion des demandes de SNP une des solutions à l'engorgement des urgences en France.

Ils représentent une part grandissante dans l'activité des MG. Notre population d'étude s'est donc naturellement porté sur ces acteurs de premier recours pour étudier leur ressenti, face à ce dispositif d'accès aux SNP créé à l'échelle d'un territoire de santé.

Afin d'explorer leur vécu, la recherche qualitative est apparue comme la méthode la plus adaptée. Le choix d'utiliser des entretiens semi-dirigés individuels a permis aux participants de s'exprimer plus librement et d'obtenir des réponses plus authentiques que sous forme d'entretiens collectifs où la peur du jugement par les confrères aurait pu omettre certaines notions importantes.

Enfin, l'échantillon de la population étudiée peut être considéré comme diversifié. Il présente une bonne hétérogénéité en termes d'âge, de sexe, d'ancienneté d'installation et de taille de patientèle.

2. Les Limites de l'étude

a) *Biais de sélection*

Tous les médecins généralistes interrogés lors de cette étude ont préalablement accepté de participer au dispositif d'accès aux SNP durant l'été 2021. Ils se sentent donc particulièrement concernés par la question de l'accès aux soins et l'organisation pour prendre en charge les SNP. Certains participants ont été recrutés par « effet boule de neige », avec des profils similaires, travaillant parfois dans le même cabinet.

Même s'il existe une bonne variabilité dans les caractéristiques des participants, ils exercent tous en cabinet de groupe ou MSP, ce qui peut faciliter nettement l'organisation d'un cabinet pour répondre aux demandes de SNP.

Cependant, aucun des MG participants au dispositif CPTS Rendez-vous sur le territoire LVO n'exerçait seul.

b) *Biais de mémorisation*

Tous les participants ont été interrogés entre octobre 2021 et janvier 2022. Certains des participants n'ont pas poursuivi l'expérience CPTS rendez-vous après septembre 2021. Pour ceux auditionnés en octobre, le vécu des consultations réalisées entre juillet et septembre pouvait sembler encore « frais ». Pour les participants interrogés en Janvier 2022, ils ont pu oublier certains détails qui auraient pu être bénéfiques à cette étude.

c) *Biais de réalisation*

C'était pour l'enquêteur la première expérience menée dans le domaine de la recherche qualitative ainsi que dans la réalisation d'entretiens individuels. Les premiers entretiens ont pu manquer de spontanéité et l'enquêteur a pu être moins sensible aux comportements non verbaux, se focalisant davantage sur son guide d'entretien.

Pour compenser cette inexpérience, le chercheur s'est documenté dans la littérature à travers de nombreuses études qualitatives ainsi que dans des ouvrages spécialisés sur la méthodologie en recherche qualitative.

d) *Biais d'interprétation*

Il est inévitable et inhérent à ce type d'étude et a pu être majoré par le fait que la situation de recherche n'était pas totalement neutre pour l'enquêteur. Il exerçait dans le secteur de l'étude en tant que SASPAS de mai à novembre 2021 et avait utilisé ce programme CPTS rendez-vous ponctuellement durant la période juillet-septembre 2021.

La conduite des entretiens ainsi que l'interprétation des données ont pu être influencées par ses propres préjugés. Il a toutefois tenté de rester le plus neutre possible au cours des entretiens et de l'interprétation des données. Par ailleurs, L'analyse thématique par un seul chercheur a pu exposer à des approximations d'interprétation, que le recours à un double codage des données aurait pu limiter.

B. Des résultats

1. Ressenti global sur le dispositif et motivation

Pour rappel, l'objectif principal de cette étude qualitative est de recueillir le ressenti des MG participants au dispositif favorisant l'accès aux SNP sur le territoire LVO durant l'été 2021.

Au cours de ces entretiens individuels semi-dirigés, les médecins généralistes interrogés ont globalement exprimé un ressenti plutôt positif concernant ce dispositif d'accès aux SNP mis en place sur l'été 2021. À la question « avez-vous l'intention de continuer à participer au dispositif d'accès aux SNP l'été prochain », aucun des participants n'a exprimé son refus, 8 ont répondu « oui », et 3 ont accepté à condition qu'il y ait des améliorations apportées au dispositif.

7 des 11 médecins expliquaient avoir participé au dispositif en raison d'un sentiment de responsabilité envers les patients de leur territoire et d'un désir de se joindre à l'effort collectif pour favoriser l'accès aux soins de la population.

2. Une frustration en lien avec les créneaux non pourvus

Tandis que l'agenda partagé mis à disposition des effecteurs a su convaincre par sa simplicité, l'interface proposée aux médecins régulateurs n'était, elle, pas à la hauteur. Une géolocalisation non fonctionnelle, une visibilité insuffisante et une absence de mise à jour des créneaux de consultation ont eu pour conséquence un nombre important de créneaux de consultation non pourvus. Frustrés de voir rester vacants des créneaux qu'ils auraient pu donner à leur propre patientèle, certains médecins ont fini par se désinvestir de ce programme en diminuant le nombre de créneaux ajoutés sur l'agenda partagé. Enfin, Certains voyaient dans le nombre de créneaux non pourvus un manque de formation et d'engagement de la part des régulateurs dans l'utilisation de ce programme.

3. Organisation des médecins

a) Créneaux d'urgences

Nous l'avons vu au cours de cette étude, la plupart des MG interrogés s'organisaient quotidiennement pour répondre aux demandes de SNP émanant de leur patientèle, avec une proportion de « créneaux d'urgence » pouvant aller jusqu'à 8 par jour pour l'un des MG. Ce constat vient illustrer le rapport 2020 de la DREES qui fait état de 8 MG sur 10 qui s'organisent quotidiennement pour répondre aux demandes de SNP. (2)

b) Exercice en groupe et développement des MSP

Parmi tous les MG participants au dispositif « CPTS rendez-vous » sur le territoire LVO, et pas seulement ceux interrogés, aucun n'avait une pratique en exercice isolé.

En effet, cela confirme la tendance actuelle de la diminution du nombre de médecins en exercice isolé au profit de cabinets de groupe. Chez les moins de 50 ans, plus de 80% des MG libéraux exercent en groupe selon le rapport 2019 de la DREES.(22)

100% des participants à notre étude exerçaient en groupe, dont 63% en MSP. C'est plus qu'au niveau national où 61 % des médecins généralistes libéraux exerçaient en groupe en 2019.

Tous les médecins rencontrés exerçant en MSP avaient une organisation préalable à la mise en place du dispositif de SNP, sous la forme de créneaux d'urgence pour les demandes du jour.

Selon la DRESS, l'exercice individuel, isolé, peut constituer une difficulté à répondre aux demandes de SNP en comparaison avec l'exercice en groupe.(2)

Une thèse réalisée en 2021 auprès de MG exerçant dans des MSP en île de France étudiait leur gestion des SNP.(23) La présence de plusieurs médecins améliorait la permanence et la continuité des soins et permettait la mise en place d'une organisation de qualité pour gérer les demandes de SNP. Enfin, Ces structures attireraient davantage les remplaçants et internes, susceptibles de participer eux aussi aux SNP.(23)

L'exercice en groupe pluriprofessionnel se développe de plus en plus à l'image des MSP, dont le nombre a doublé en 4 ans : passant de 981 en 2017 à 1800 en 2021. (24)(25)

Parmi les MSP en activité, 20 % sont conventionnées, c'est-à-dire qu'elles ont signé un accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Cela a pour but d'allouer une rémunération à ces structures en contrepartie d'objectifs visant à l'amélioration des soins avec notamment :

- une plus grande amplitude horaire d'accueil des patients.
- des plages réservées aux soins non programmés.

Enfin, les médecins exerçant en groupe déclareraient un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, surtout lié à un temps de travail moindre :

- 50h/semaine pour un exercice en groupe mono disciplinaire,
- 53h/semaine pour un exercice en groupe pluri professionnel,
- et près de 55h/semaine pour les MG en exercice individuel. (24)

4. Des motifs non graves en adéquation avec les SNP

Les médecins interrogés étaient globalement raccord concernant la définition du SNP avec :

- une notion de délai rapide de prise en charge, oscillant entre 24 et 48h,
- pour un motif de consultation qui ne peut être anticipé et qui relève d'une pathologie aiguë, comme de l'infectiologie ou de la traumatologie,
- en lien avec une « urgence ressentie » par le patient, adaptée à la médecine générale dans le sens où cela ne relève pas d'une urgence vitale, immédiate.

Les motifs étaient pertinents et conformes à leur vision du SNP et aucun médecin n'a rapporté devoir réorienter un patient aux urgences. Toutefois, plusieurs médecins ont rapporté que ces consultations auraient très bien pu être reportés à la fin de semaine ou décalées de 24 à 48h, les jugeant « non urgentes ».

Un travail de thèse de 2021 suggérait un décalage entre le degré d'urgence ressentie par les patients en début de consultation de SNP et le degré d'urgence objectivé par des MG libéraux.(26) Les différences de cotations d'urgence moyennes étaient statistiquement significative entre patients et médecins (6,1/10 vs. 4,8/10). Pour les patients, 41,1 % des consultations étaient nécessaires sans délai, tandis que les médecins estimaient ce chiffre à 20,5 %.

Un autre travail de thèse récent ciblant les MG exerçant en MSP d'île de France révélait que la plupart considéraient les SNP comme des recours bénins, voire administratifs, et que très peu y voyaient la possibilité d'une « urgence vraie ». (23)

Concernant les motifs de consultations, les médecins ont été confrontés principalement à de l'infectiologie et de la traumatologie. La littérature fait état de données semblables :

- En 2006, le rapport de la DREES remontait principalement de l'infectiologie pour les enfants et jeunes adultes, et de la rhumatologie et de la cardiologie pour les plus âgés. Une douleur était à soulager dans 40% des cas. (27)
- En 2016, une étude quantitative analysait plus de 3000 consultations de SNP au sein d'une MSP d'île de France : plus de 60% étaient liées à une symptomatologie

infectieuse, dont la moitié relative à la sphère ORL. En deuxième position, on retrouvait à nouveau une plainte ostéo-articulaire, pour 15% des patients.(28)

5. Une Démographie médicale insuffisante responsable d'une difficulté d'accès aux soins

Les médecins interrogés dans l'étude affirmaient exercer dans un territoire où le système de soins était en souffrance toute l'année en lien notamment avec une démographie médicale insuffisante. À cela s'ajoutait des sollicitations quotidiennes pendant les mois d'été avec les vacanciers.

Ces notions sont partagées par la DREES qui rapporte qu'en 2019, 70 % de médecins généralistes français estimaient que l'offre de médecine générale sur leur territoire était insuffisante (29). Néanmoins, ce constat était partagé dans toutes les zones, y compris dans celles où l'accessibilité est la plus forte : près d'1 médecin sur 2 qui exerçait dans une commune dont la population fait actuellement partie des 10 % de la population française avec le meilleur accès aux généralistes, estimait que l'offre était insuffisante ou très insuffisante dans sa zone. (29)

Dans notre étude, nous avons vu que la plupart des médecins avaient, dans leur organisation habituelle, mis en place des créneaux d'urgence pour leur patientèle. Sur l'été 2021, certains médecins ont rapporté attendre le dernier moment pour attribuer des créneaux vacants à l'agenda partagé, privilégiant l'attribution de leurs créneaux d'urgence aux patients habituels. Ce constat est corroboré par la DREES qui exposait le fait que les médecins avaient plus tendance à proposer une consultation le jour même lorsqu'ils étaient le MT du patient. (2)

Cette notion est retrouvée dans l'étude des SNP au sein des MSP d'île de France(23). Là encore, les patients déjà suivis étaient vus en priorité, même si la grande majorité des MSP acceptait les patients non suivis pour les demandes de SNP.

L'un des participants de l'étude préférait attribuer des créneaux de SNP à des vacanciers « hors résidence », plutôt qu'à des patients locaux sans MT, de peur de devoir les suivre par la suite. De plus, nombreux étaient les médecins qui se retrouvaient en difficulté lors des consultations de SNP, soulevant de nombreuses problématiques chroniques, qu'ils ne pouvaient résoudre sans suivre ces patients au long cours. Ils se retrouvaient alors embarrassés, faute de pouvoir les accepter dans leur patientèle, justifiant avoir une activité

intense et un emploi du temps déjà rempli.

Cette tendance est vérifiée au niveau national : en 2019, 53 % des MG refusaient de nouveaux patients en tant que médecin traitant, risquant de devoir davantage augmenter leurs délais de prise de rendez-vous. La majorité des MG déclarait déjà faire des journées plus longues que souhaitées, et la moitié écourtait le temps dédié à la formation professionnelle. (29)

6. Une régulation parfois « shuntée » et des secrétaires sollicitées

a) *Une régulation de qualité*

Les médecins interrogés dans notre étude ont salué la qualité de l'adressage fait en amont par la régulation, aucun d'entre eux n'a déclaré avoir réorienté de patients aux urgences. Même constat à travers l'étude quantitative citée précédemment (28), Seuls 1,4 % des patients avaient été orientés vers les urgences sur plus de 3000 consultations de SNP.

Cependant, de nombreuses consultations de SNP n'ont pas été régulées par la régulation médicale, en raison des centres d'appels saturés et d'une mauvaise connaissance par les patients du dispositif CPTS rendez-vous ou du numéro dédié « 116 117 ».

b) *L'idée d'une régulation par les secrétariats médicaux*

Ainsi, certains patients se sont présentés spontanément dans les cabinets, laissant aux médecins et surtout aux secrétaires le soin de faire le « tri » dans ces demandes de SNP. Près de la moitié des médecins ne voyait pas de nécessité à ce que les demandes de SNP soient régulées par un médecin régulateur, leur secrétaire exerçant cette fonction de tri tout au long de l'année, en intégrant selon eux la notion d'urgence.

Les Dr Raffi et Ung(30), en s'intéressant au tri des demandes de SNP par les secrétaires médicales en ville, révélaient chez les secrétaires des limites en matière de compétence pour évaluer et repérer les urgences potentielles. De plus, en imposant leur sentiment d'urgence aux secrétaires, les patients réussissaient souvent à obtenir un rendez-vous le jour même pour une demande de SNP.

Le Dr Faure s'est consacré, dans son travail de thèse (31), au triage effectué par les secrétaires médicales face aux demandes de SNP : environ 90% des 197 secrétaires médicales interrogées considéraient leur niveau de compétence en matière de tri des urgences comme « assez bon » ou « très bon ». Pourtant, deux tiers des secrétaires interrogées ressentaient le besoin d'une formation relative au tri des demandes urgentes.

Nous l'avons vu au cours de notre étude, les secrétaires médicales constituent une profession incontournable dans la gestion des demandes de SNP tout au long de l'année. Leur formation à la régulation téléphonique, en se basant des critères médicaux standardisés, pourrait s'avérer très utile.

c) *Communication sur le numéro d'appel*

Plusieurs médecins ont rapporté une mauvaise communication sur l'existence du numéro « 116 117 » et sur l'existence de ce dispositif, responsable de nombreuses demandes de consultations directement auprès des médecins ou de leur secrétariat, sans passer par la régulation de jour.

Dans un rapport rédigé en 2018 par le député Thomas Mesnier chargé de revoir l'organisation des SNP dans les territoires, il était souligné l'importance d'une « une campagne massive d'information sur le numéro d'appel » dans les grands médias audio-visuels, sur les réseaux sociaux, dans les bulletins municipaux ainsi qu'un affichage par les établissements de santé, CPAM et les professionnels de santé dans leur salle d'attente, pour assurer le bon développement des systèmes de SNP par les CPTS (8).

L'affichage des numéros d'urgence « 15 » et « 116 117 » inscrits en bas des ordonnances des médecins généralistes pourrait également permettre de diffuser plus largement ces numéros d'appels.

7. *Education des patients*

Deux médecins de l'étude l'ont évoqué : en essayant d'offrir une réponse organisée face aux nombreuses demandes de SNP, le risque est d'alimenter cette tendance de la surconsommation de soins de la part de certains patients. Ce consumérisme médical et ce besoin d'immédiateté de la part des patients participent à l'engorgement des SAU français.

Comme le montre plusieurs thèses ou articles de revues récentes (32)(33), l'éducation thérapeutique apparaît comme nécessaire pour désengorger les SAU mais aussi pour éviter les consultations « inutiles » chez les MG libéraux.

B. Gay proposait dans « *La revue d'épidémiologie et de santé publique* » (34) une sensibilisation des patients à l'utilisation pertinente du système de santé. Il suggérait la création d'un mode d'emploi des soins de santé primaires ambulatoires, diffusé par des campagnes d'information « grand public » pour permettre aux patients de choisir le recours médical le plus adapté à leur problème.

Pour éviter des consultations « inutiles », le rôle du médecin généraliste est primordial, notamment en rappelant qu'il n'est pas nécessaire de consulter au moindre symptôme et que certaines maladies peuvent évoluer favorablement de manière spontanée.

C. Perspectives

1. Généraliser la régulation 24h/24 7j/7

Généraliser l'extension à la journée de la régulation téléphonique des centres 15 dans tous les départements apparaît nécessaire pour apporter de façon constante une première réponse pertinente aux demandes de SNP. Cela permettrait d'orienter les patients vers la structure de soin la plus adaptée à leur demande. Les expériences étrangères le prouvent, notamment en Suède (35), « cela permettrait dans deux tiers de cas de prodiguer un conseil téléphonique, évitant une consultation médicale voire un passage par les urgences », selon le rapport de Thomas Mesnier. (8)

Avoir une régulation disponible 24h sur 24 sur tout le territoire implique de former davantage d'ARM et de régulateurs, d'autant plus que les centres d'appels sont déjà très sollicités. Un enseignement à la régulation pourrait être proposé dans la formation des internes et jeunes médecins généralistes. De plus, comme le soulignait en 2017 le cahier des charges de la PDSA des Pays de la Loire (13), il est impératif de veiller à ce que les médecins régulateurs soient régulièrement formés selon les recommandations en vigueur. Une formation aux recommandations de bonne pratique est essentielle mais il faut également se former aux outils numériques. En effet, de nouveaux outils se mettent en place, notamment pour fournir une information en temps réel sur la disponibilité de l'offre de soins d'un territoire. Une bonne prise en main de ces outils par les régulateurs permettrait une orientation facilitée et optimale des demandes de SNP.

2. La pérennisation du dispositif CPTS-rendez vous

Sur le territoire LVO, après une interruption du programme « CPTS rendez-vous » après l'été 2021 en raison de difficultés rencontrées par la régulation de jour, des solutions ont été trouvées pour pérenniser ce dispositif toute l'année, y compris durant l'été 2022.

Il serait bon de savoir si les problèmes rapportés dans notre étude ont pu être résolus avec le redémarrage du dispositif. Il serait également intéressant de connaître l'évolution du nombre

de MG participants à ce programme ainsi que le nombre de créneaux renseignés « hors saison » par ses derniers en comparaison à la période estivale.

3. Le Service d'Accès aux Soins (SAS)

Mis en place pendant les étés 2019, 2020 et 2021, ce système d'agenda partagé mettant en lien les cabinets de ville et la régulation de jour a permis d'améliorer la prise en charge des SNP à l'échelle d'un territoire. Un autre système, reprenant les mêmes fondements, ambitionne de devenir fonctionnel à l'échelle nationale.

Proposé dans le cadre du Pacte pour la refondation des urgences en 2019 et réaffirmé lors du Ségur de la santé en 2020, le SAS vise à proposer une solution à tout patient confronté à un besoin de SNP, lorsque l'accès à son MT n'est pas possible dans les 48h (ou ne disposant pas d'un MT). Selon la situation, le SAS a pour objectif de fournir un conseil médical, d'orienter vers une consultation de SNP en ville, vers un SAU ou de déclencher l'intervention d'un SMUR (figure 19).

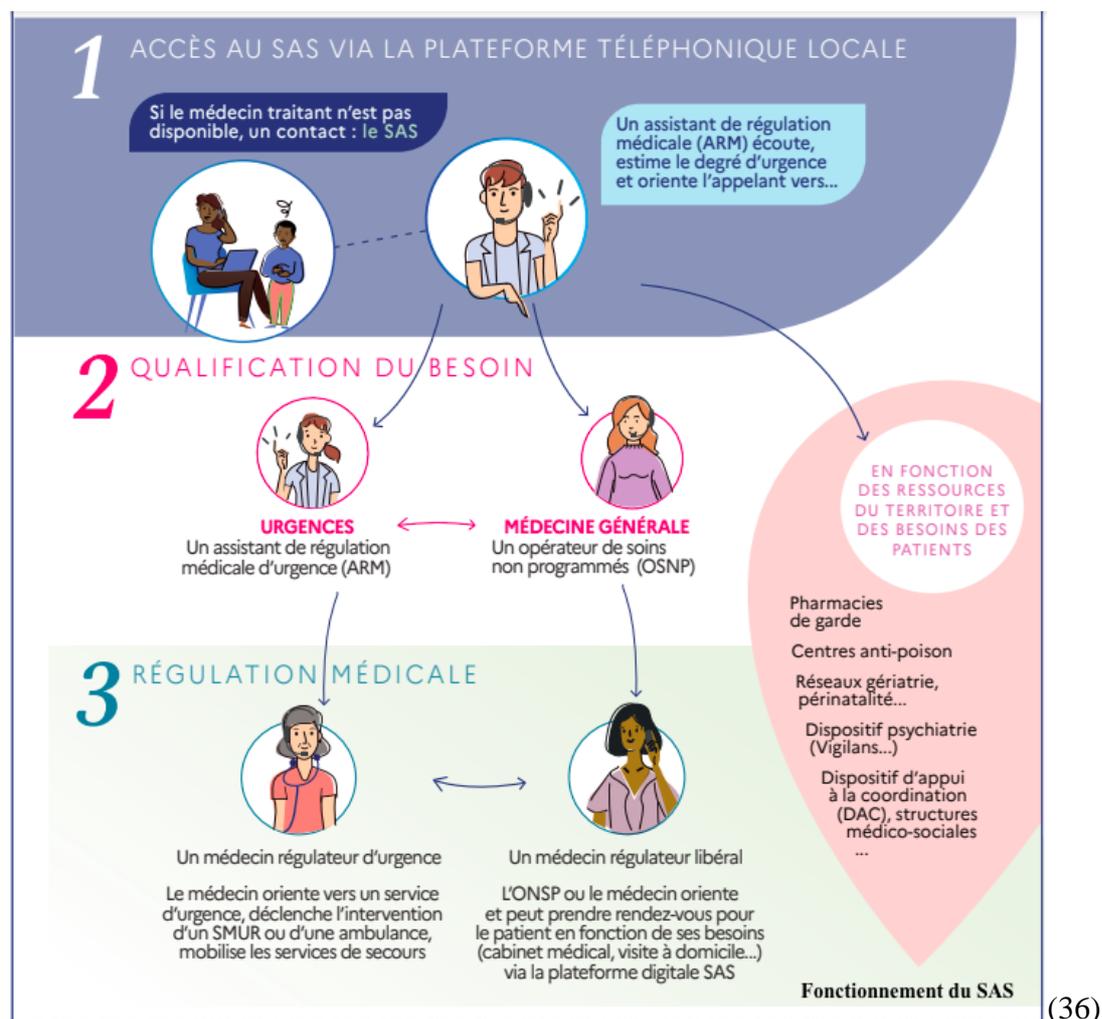
Fondé sur un partenariat entre la médecine de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière des SAMU, une plateforme numérique nationale « SAS » (<https://sas.sante.fr/>) a été spécialement créée pour agréger les disponibilités des médecins effecteurs d'un territoire.

Elle permet aux acteurs de la chaîne de régulation (médecins régulateurs et ONSP) :

- De visualiser les créneaux disponibles des effecteurs de soins participants au SAS ;
- De réserver pour le patient une consultation de SNP, au plus proche de ses besoins (localisation, horaire, spécialité).

Nouvel acteur clé dans le dispositif SAS, l'Opérateur de Soins non programmés (ONSP) a pour mission d'assister les médecins régulateurs. Situé en post-régulation, c'est lui qui est chargé de solliciter le médecin traitant, ou à défaut de trouver le professionnel de santé et la structure de santé adaptée à la décision médicale du médecin. Il aura la possibilité de prendre rendez-vous avec les professionnels de santé et d'être directement en contact avec eux pour assurer le suivi du patient.

Figure 19 : présentation du programme "Service d'accès aux Soins" :



Des travaux d'interopérabilité avec les éditeurs de logiciels de gestion d'agenda (ex : Doctolib, Maiaia, Clickdoc...) ont été réalisés pour que les rendez-vous fixés par la régulation soient directement affichés dans les logiciels utilisés par les cabinets de MG.

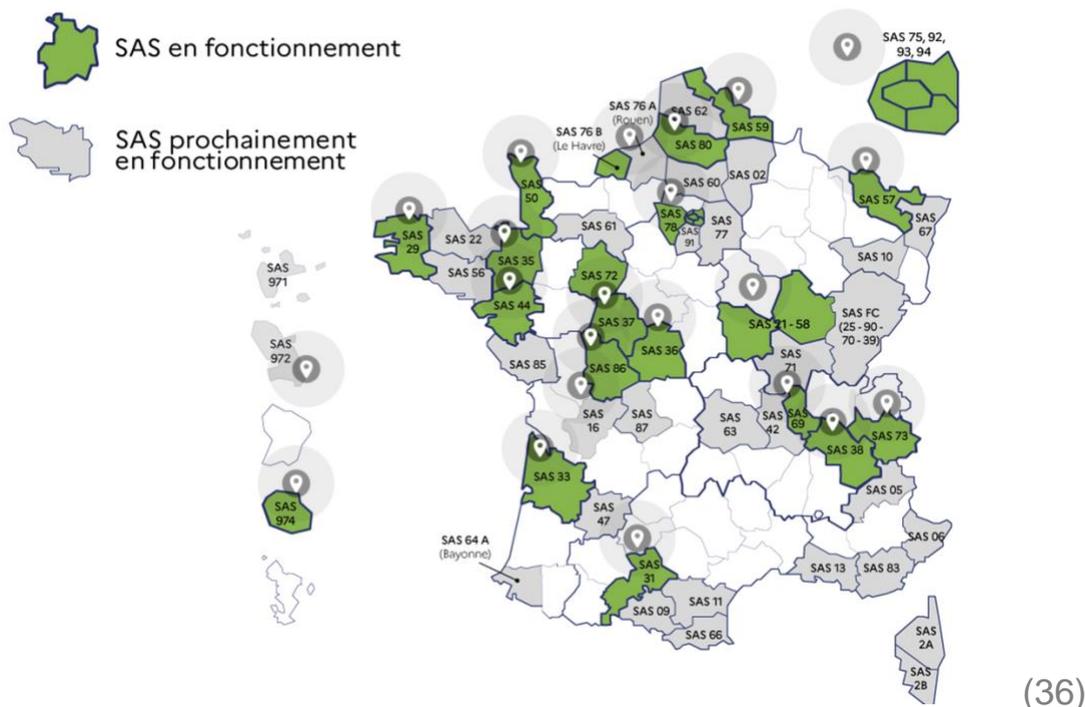
De plus, un modèle de rémunération des médecins généralistes effecteurs a été mis en place pour favoriser leur adhésion au SAS :

- Un forfait annuel de 1400 euros,
- Un forfait trimestriel échelonné par paliers d'actes (de 70 à 630 euros/ trimestre) (37)

Après une phase pilote menée courant 2021 par 22 SAS dans 13 régions différentes, un test en situation réelle a eu lieu dès Avril 2022 (figure 20). Une généralisation se fait progressivement pour couvrir tout le territoire à l'horizon mi-2023.

Déjà en place en Loire-Atlantique, le SAS devrait prochainement être fonctionnel en Vendée.

Figure 20 : carte des "SAS" en cours de fonctionnement au 10/10/2022 :



4. Les Centres de Soins Non Programmés (CSNP)

En plus du dispositif CPTS rendez-vous qui repose sur la mise en place de créneaux de SNP par les cabinets de médecine de ville, le territoire LVO s'est doté en janvier 2022 d'un centre de soins non programmés. Ce centre, situé à Challans, propose des consultations de SNP du lundi au vendredi de 13h30 à 17h30 avec un médecin généraliste libéral dédié par demi-journée.

Avec l'aide de l'ARS des Pays de la Loire, de la CPAM de Vendée, du Conseil départemental de Vendée et du Ministère des Solidarités et de la Santé, un maillage constitué de 6 CSNP a été mis en place en Vendée en 2022.

Comme pour le dispositif « CPTS rendez-vous », les rendez-vous au sein des CSNP sont fixés par la régulation de jour, joignable via le numéro « 116 117 ». Les médecins exerçant dans ces CSNP sont salariés par le CHD Vendée et ce sont les CPTS qui sont chargés de promouvoir ces centres auprès des MG libéraux et de gérer les plannings.

Il serait intéressant de comparer la proportion de patients consultant aux urgences et qui auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste sur la période avant et après la création de ces CSNP. Cela permettrait de mesurer l'impact de ces CSNP sur leur capacité à « désengorger » les urgences.

5. Les Consultations d'accès aux soins (CAS)

De nombreuses mesures sont prises pour améliorer l'accès aux soins non programmés en France. Cependant, la proportion importante de patients sans MT consultant dans ces centres ne trouve qu'une solution transitoire. De nombreuses problématiques de santé relevant des soins chroniques ne sont pas traitées. C'est ce que relatait un travail de thèse sur une maison médicale d'urgence, créée par améliorer l'accès aux SNP en Normandie (38). 7% des 1382 consultations réalisées servaient finalement au suivi des pathologies chroniques. Le chercheur de l'étude déplorait l'absence de création de centres de soins programmés pour gérer le suivi médical chronique de ces patients qui ne trouvaient pas de médecin traitant.

Plusieurs médecins dans notre étude ont soulevé le problème des patients sans MT lors des consultations de SNP. Ils ont fait part des difficultés rencontrées face à ces patients parfois sans suivi médical depuis plusieurs mois ou années. L'un des médecins avait même rapporté avoir reçu plusieurs fois une dame en consultation, qui prétextait un motif aigu pour obtenir notamment des renouvellements d'ordonnance.

Aujourd'hui, 11% des français de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant, soit environ 6 millions de personnes. C'est un chiffre qui malheureusement ne cesse de croître. (39)

À l'initiative des CPTS et plus particulièrement de la CPTS LVO, des « consultations d'accès aux soins » ont été mis en place depuis novembre 2021 pour permettre de réenclencher un suivi pour des personnes âgées en ALD et/ou de plus de 70 ans qui n'ont pas de médecin traitant. En gérant de multiples problématiques de santé qui ne relèvent pas des SNP, deux internes « SASPAS » et un infirmier de pratique avancée (IPA) permettent à ces patients de retrouver un accès aux soins. A l'issue des 4 premiers mois d'expérimentation, sur les 111 patients qui ont pu bénéficier de ces consultations, un tiers a pu retrouver un MT et presque la moitié (44%) a pu être réinscrite dans un parcours de soins.(40)

À noter le rôle important des pharmacies qui ont permis de recruter 38,9% des patients se retrouvant dans ces CAS, loin devant la CPAM (18,5%) et les services du CH Loire Vendée Océan (8,3%).

V. CONCLUSION

Les carences de notre système de santé se font cruellement ressentir depuis plusieurs années sur notre territoire à l'image des services d'urgences saturés.

Les médecins généralistes libéraux sont confrontés de manière quotidienne aux difficultés d'accès aux soins des patients, dans un pays où 6 millions de personnes n'ont pas de médecin traitant.

Ils sont conscients d'avoir un rôle primordial à jouer dans l'amélioration de l'accès aux SNP, qui passe par des actions non plus individuelles mais collectives et territoriales. Les CPTS, en mettant en lien les différents acteurs de santé d'un territoire, semblent indispensables à la mise en place de mesures efficaces sur un territoire.

Au niveau du territoire Loire Vendée Océan, des cabinets de médecine générale se sont organisés collectivement pendant la saison touristique pour répondre aux demandes de SNP. À travers ce dispositif « CPTS rendez-vous », ils ont pu mettre à disposition de la régulation des créneaux de consultation sur un agenda partagé pour offrir une réponse adaptée aux patients qui composaient le 15 ou le 116 117. Exerçant tous en groupe, avec une organisation comprenant des créneaux d'urgence, ils n'ont pas eu de difficulté à s'adapter au programme mis en place. Les médecins ont exprimé un ressenti globalement positif de ce dispositif. Ils étaient satisfaits du tri effectué par les régulateurs et les consultations étaient en adéquation avec leur vision du SNP.

Nous l'avons vu dans notre étude, la coordination entre médecins effecteurs et régulateurs est essentielle à la réussite du dispositif.

Cependant, l'utilisation d'outils numériques non optimisés par les régulateurs a eu un impact négatif sur l'efficacité du dispositif avec une proportion non négligeable de créneaux de consultation non pourvus. Pour certains participants, une frustration est née, les conduisant à sous-utiliser le système CPTS rendez-vous et à revenir à leur organisation habituelle, basée sur un tri des demandes de SNP par les secrétaires.

À l'image du programme « CPTS rendez-vous » et des CSNP, les CPTS sont capables de mettre en place des mesures efficaces dans l'accès aux SNP, sans attendre la mise en place de programmes nationaux comme le « SAS », qui accuse des délais conséquents pour être opérationnel sur tous les territoires.

Toutes ces mesures semblent capables d'apporter une réponse efficace face aux demandes croissantes de SNP. Elles visent à soulager les services d'urgence en réorientent vers la médecine de ville une partie de la demande qui ne relève pas de l'urgence et qui encombre les SAU au détriment de patients présentant des tableaux cliniques plus graves. En parallèle, l'accent doit être mis sur une éducation rigoureuse des patients afin d'éviter des demandes de soins inutiles.

Enfin, Ces dispositifs, destinés à traiter « l'aigu » ne permettent pas d'assurer le suivi au long cours des patients, notamment pour ceux qui n'ont pas de médecin traitant.

Même si le problème de fond reste le nombre insuffisant de médecins généralistes en activité en France, des projets comme les consultations d'accès aux soins semblent prometteurs afin d'inclure ces patients dans un parcours de soin.

VI. Bibliographie

1. CPTS pdl. Les CPTS en Pays de la Loire [Internet]. [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: <https://cpts-pdl.org/>
2. DREES. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2020 [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-8-medecins-generalistes-sur-10-sorganisent-au-quotidien>
3. ORS Pays de la Loire. Soins non programmés. Perceptions et pratiques des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire. N° 24. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale | ORS Pays de la Loire [Internet]. 2020 [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/soins-non-programmes-perceptions-et-pratiques-des-medecins-generalistes-liberaux-des>
4. SOS Médecins. SOS Médecins France [Internet]. SOS MÉDECINS. [cité 7 juin 2022]. Disponible sur: <https://sosmedecins-france.fr/>
5. ORU Pays de la Loire. Panorama Urgences 2020 | Observatoire Régional des Urgences [Internet]. [cité 13 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.oru-paysdelaloire.fr/nos-publications/toutes-les-publications-de-loru/panorama-urgences-2020>
6. Capelle S. Prise en charge des soins non programmés en médecine générale: enquête auprès de 445 médecins généralistes en Alsace [Internet] [Thèse d'exercice : médecine générale]. [2009-....., France]: Université de Strasbourg; 2018 [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2018/2018_CAPELLE_Stephanie.pdf
7. CNOM. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2021 [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
8. Thomas Mesnier. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>
9. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Sante Publique (Bucur). 2004;16(1):63-74.
10. l'ORU Pays de la Loire. Panorama Urgences 2020. Activité des services d'urgences des Pays de la Loire [Internet]. 2021 [cité 13 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/panorama-urgences-2020-activite-des-services-durgences-des-pays-de-la-loire>
11. Cour des Comptes. Le rapport public annuel 2019 | Cour des comptes [Internet]. 2019 [cité 13 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019>
12. SAMU. Samu - Urgences de France [Internet]. [cité 14 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr>
13. ARS, Pays de la Loire. Joindre un médecin de garde ? Faites le 116 117 ! Permanence des soins ambulatoire. [Internet]. 2022 [cité 19 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/permanence-des-soins-ambulatoires-9>
14. CPTS LVO. Vendée | Cpts LVO | Challans [Internet]. Cpts Lvo. [cité 2 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.cpts-lvo.com>
15. Élodie Lalande (insee), Matthieu Vahé (Insee). Pays de la Loire : une dynamique démographique soutenue - Insee Analyses Pays de la Loire - 84 [Internet]. 2020 [cité 17 juill 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/5005318?fbclid=IwAR2fMMPMIE0vrpT-HX3iLRYNfeRA_JHWb5WBuYO1Tkq46jgPQ911qgXGsTc

16. Martine Barré (Insee), Hélène Chesnel (Insee). La hausse du nombre de seniors dépendants accélérerait à partir de 2023 - Insee Analyses Pays de la Loire - 75 [Internet]. 2019 [cité 17 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4169347>
17. DREAL Pays de la. Les résidences secondaires en Pays de la Loire selon la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement [Internet]. 2021 [cité 17 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.pays-de-la-loire.developpement-durable.gouv.fr/les-residences-secondaires-en-pays-de-la-loire-a5717.html>
18. BESSON M. Nord Ouest Vendée. Santé : en collectif, les professionnels peuvent améliorer la situation [Internet]. Ouest-France.fr. 2022 [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/challans-85300/nord-ouest-vendee-sante-en-collectif-les-professionnels-peuvent-ameliorer-la-situation-e69bac74-cc79-11ec-8f48-fa6c2245d8ea>
19. ORU Pays de la Loire. Panorama Urgences 2019 | Observatoire Régional des Urgences [Internet]. [cité 17 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.oru-paysdelaloire.fr/nos-publications/toutes-les-publications-de-loru/panorama-urgences-2019>
20. ROBELET G. Vendée. Aux urgences, il n'y a qu'un seul médecin pour... 5 933 passages ! [Internet]. Ouest-France.fr. 2021 [cité 22 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/vendee/vendee-aux-urgences-il-n-y-a-qu-un-seul-medecin-pour-5-933-passages-fcbd8148-1d25-11ec-b443-821185c78bbd>
21. COUNY P. Webinaire Inter-URPS sur les CPTS, décembre 2020 [Internet]. URPS Masseurs-Kinésithérapeutes des Pays de la Loire. 2021 [cité 1 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.urps-mk-paysdelaloire.fr/retour-webinaire-inter-urps-cpts-10-12-2020/>
22. CHAPUT H, MONZIOLS M, FRESSARD L, VERGER P. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2019 [cité 11 oct 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans>
23. Dubois S. La gestion des soins non programmés par les Maisons de santé pluri professionnelles en Ile de France, point de vue des médecins généralistes [Internet]. Paris Est Créteil; 2021 [cité 11 oct 2022]. Disponible sur: https://athena.u-pec.fr/view/delivery/33BUCRET_INST/12148484420004611
24. BIAIS M, CASSOU M, FRANC C. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe [Internet]. 2022 [cité 11 oct 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/documents-de-reference/etudes-et-resultats/des-conditions-de-travail-plus-satisfaisantes-pour-les>
25. Ministère de la Santé et de la Prévention. Exercice coordonné des soins de premier recours [Internet]. [cité 11 oct 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
26. Lassoutanie N. Urgence estimée par le patient versus urgence évaluée par le médecin dans le cadre des soins non programmés en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2021 [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt//DB=2.1/SET=13/TTL=1/SHW?FRST=9>
27. GOUYON M, LABARTHE G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats [Internet]. 2006 [cité 11 oct 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-recours-urgents-ou-non-programmes-en-medecine-generale>
28. Boin C, Bercier S, Clement C. Enquête prospective sur la typologie des consultations dédiées aux soins non programmés au sein de la maison de santé universitaire de coulommiers en 2016 [Internet]. France; 2017 [cité 11 oct 2022]. Disponible sur: https://athena.u-pec.fr/view/delivery/33BUCRET_INST/1294099480004611

29. CHAPUT H, VENTELOU, Zaytseva, Chevillard, MONZIOLS M. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2024 apr. J.-C. [cité 11 oct 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-loffre-de>
30. Raffi TKT, Ung C, Puech M. Comment les secrétaires médicales en cabinets de médecine générale trient-elles les demandes de soins non programmés ? [Internet]. Toulouse, France: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2016 [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1339/>
31. Faure Y. Triage par la secrétaire médicale des recours urgents et non programmés en médecine générale : étude des déterminants de l'obtention d'un rendez-vous pour le jour même [Internet]. 2012 [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00767624>
32. Tirilly PS. État des lieux des soins non programmés sur le territoire Nazairien : enquête auprès des médecins généralistes du secteur et étude auprès des patients du circuit court des urgences du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire [Internet]. Nantes; 2019 [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=d968b902-c279-42d0-a627-c892e1f1b325>
33. Chevillot D, Zamord T, Durieux W, Gay B. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde. *Santé Publique*. 2021;33(4):517-26.
34. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 juin 2013;61(3):193-8.
35. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. L'accès aux soins de premier recours en Europe. Éléments de présentation. *Rev Fr Aff Soc*. 2006;(2-3):121-39.
36. Ministère de la Santé et de la Prévention. Tout savoir sur le SAS - [Internet]. 2022 [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas>
37. Ministère de la Santé et de la Prévention. La rémunération des professionnels engagés dans le SAS [Internet]. 2022 [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/la-remuneration-des-professionnels-engages-dans-le-sas>
38. Andere Benjamin. Expérience dieppoise d'une organisation ville-hôpital pour améliorer l'accès aux soins non programmés de premier recours en situation de crise démographique en médecine générale / Benjamin Andere ; sous la direction de Jean-Marc Kerleau. Thèse d'exercice Médecine générale Rouen 2020; 2020.
39. Magny M. Avec la pénurie de généralistes, 11 % de personnes n'ont pas de médecin traitant en France. *Le Monde.fr* [Internet]. 30 sept 2022 [cité 22 oct 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/09/30/sante-plus-de-10-des-francais-n-ont-pas-de-medecins-traitants_6143817_3224.html
40. CPTS LVO. Les bilans d'activité de la CPTS LVO [Internet]. Cpts Lvo. [cité 1 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.cpts-lvo.com/les-bilans-d-activit%C3%A9-de-la-cpts>

VII. Annexes

A. Guide d'entretien

1^{ère} partie : introduction concernant l'étude :

Ce Programme d'accès aux soins non programmés a été mis en place pour la 3^{ème} année consécutive. Vous avez dédié des créneaux de consultation pour des patients extérieurs à votre patientèle, pour apporter une réponse médicale à leurs problèmes de santé.

L'objectif de cet entretien vise à recueillir le ressenti des médecins généralistes ayant participé au projet CPTS rendez-vous durant l'été 2021 et de trouver des pistes pour améliorer le programme et plus largement l'accès aux SNP

Les Props recueillis seront bien évidemment rendus anonymes.

Acceptez-vous l'enregistrement audio de cet échange ?

2^{ème} partie : caractéristiques des participants aux entretiens :

- Genre
- Age
- Année d'installation
- Taille de la patientèle
- Mode d'exercice
- Encadrement d'internes :
- Quel est le pourcentage de créneaux honorés par une consultation sur le nombre de créneaux ajoutés sur l'agenda partagé ?
- Avez-vous l'intention de continuer à participer au dispositif d'accès aux Soins non programmés l'été prochain ?

3^{ème} partie : questions ouvertes guidant l'entretien :

1. Pouvez-vous me définir ce qu'est pour vous le soin non programmé ?
2. Comment avez-vous connu ce dispositif ?
3. Qu'est-ce qui vous a décidé/motivé à participer au dispositif CPTS rendez-vous ?
4. Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontré dans le cadre du programme CPTS rendez vous ? (Relance : Organisation préalable, adaptation, vécu des consultations, ...)
5. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le programme CPTS rendez-vous ? et plus largement l'accès aux soins non programmés ?
6. Quels sont les arguments à évoquer pour faire participer les confrères médecins n'ayant pas participé au programme ?

Figure 1 : part des demandes de soins non programmés en Pays de la Loire

Tableau 1 : mode d'organisation des médecins généralistes Libéraux pour répondre aux demandes de SNP

Figure 2 : part des demandes de SNP auxquelles les médecins peuvent répondre positivement

Figure 3 : modalités de réorientation des patients impossibles à prendre en charge le jour même ou le lendemain.

Figure 4 : évolution en base 100 du nombre annuel de passages aux urgences

Figure 5 : carte du territoire de la CPTS Loire-Vendée-Océan

Figure 6 : évolution de la population par intercommunalité sur les périodes 2008-2013 et 2013-2018

Figure 7 : nombre de séniors dans les Pays de la Loire, observé en 1999 et 2015 et projeté en 2028 et 2048

Figure 8 : nombre moyen de séniors dépendants supplémentaires par an en Pays de la Loire.

Figure 9 : évolution annuelle du nombre de séniors entre 1999 et 2015

Figure 10 : variations sur l'année 2019 du nombre de passage aux urgences de Challans

Figure 11 : variations sur l'année 2019 du nombre de passage aux urgences du CHU de Nantes

Figure 12 : pyramides des âges des médecins généralistes en activité

Figure 13 : prévision du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025

Figure 14 : moyenne d'âge des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2021

Tableau 2 : variations départementales du nombre de médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2021

Figure 16 : fonctionnement du dispositif CPTS rendez-vous.

Figure 17 : présentation de l'agenda partagé visible sur « cptsrendezvous.fr ».

Figure 18 : recherche d'un créneau de consultation pour un patient sur « cptsrendezvous.fr ».

Tableau 3 : caractéristiques des participants de l'étude

Figure 19 : présentation du programme "Service d'accès aux Soins" :

Figure 20 : carte des "SAS" en cours de fonctionnement au 10/10/2022

Titre de Thèse :

« Etude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes du territoire Loire-Vendée-Océan concernant le dispositif « CPTS rendez-vous » favorisant l'accès aux soins non programmés sur l'été 2021. »

RESUME

Introduction : les soins non programmés représentent une part grandissante dans l'activité des médecins généralistes en France. Du fait de la démographie médicale insuffisante, la médecine de ville n'arrive plus à répondre à toutes les demandes de soins non programmés. En conséquence, les services d'urgences se retrouvent régulièrement saturés, avec une proportion non négligeable de patients qui ne relèvent pas de l'urgence. L'accent est mis depuis quelques années sur les CPTS, chargées d'identifier les besoins d'un territoire pour améliorer l'accès aux soins de sa population.

La CPTS Loire-Vendée-Océan a mis en place un dispositif d'accès aux SNP de Juillet à Septembre 2021, pour faire face aux demandes de soins non programmés pendant la saison touristique. 17 médecins généralistes ont renseigné des créneaux de rendez-vous sur un agenda partagé accessible à la régulation afin qu'elle puisse orienter les patients en demande de SNP vers les cabinets de ville. L'objectif de notre étude est de recueillir le ressenti de ces médecins généralistes concernant ce dispositif de SNP, et plus largement sur l'accès aux SNP.

Méthode : Une étude qualitative a été menée par des entretiens individuels semi-dirigés, auprès de 11 médecins généralistes ayant accepté de participer au dispositif « CPTS Rendez-vous » lors de l'été 2021.

Résultats : les médecins ont exprimé un ressenti global positif concernant ce dispositif avec une simplicité d'utilisation de l'agenda partagé et des consultations en adéquation avec les SNP. En raison des difficultés rencontrées par les régulateurs liées à une interface non optimisée, de nombreux créneaux n'ont pas été pourvus et une frustration s'est fait ressentir chez la plupart des médecins. Près de la moitié des médecins estimait qu'il n'était pas indispensable de recourir à des médecins régulateurs pour orienter les demandes de SNP, proposant l'utilisation de secrétaires ou d'ONSP. Les consultations avec des patients sans médecin traitant étaient considérées comme difficiles par certains médecins interrogés en raison de l'absence de suivi médical et de problématiques chroniques multiples.

Conclusion : Par leurs initiatives et leur capacité de coordination, les CPTS sont devenus les acteurs indispensables dans la gestion des SNP. D'autres programmes prometteurs comme les CSNP et le développement du SAS se mettent en place pour répondre aux demandes de SNP et faire face à l'engorgement des services d'urgences. Un travail sur l'éducation des patients et l'inclusion des patients sans suivi médical dans un parcours de soins semble néanmoins indispensable pour contenir l'augmentation des demandes de SNP.

MOTS-CLES

Soins non programmés, médecine générale, démographie médicale, CPTS.