



**HAL**  
open science

# Étude du ressenti des patients concernant leur prise en charge dans le cadre de Soins Non Programmés par la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS) de la communauté de communes du Pays de Nay

Justin Belcher

## ► To cite this version:

Justin Belcher. Étude du ressenti des patients concernant leur prise en charge dans le cadre de Soins Non Programmés par la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS) de la communauté de communes du Pays de Nay. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04757064

**HAL Id: dumas-04757064**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04757064v1>**

Submitted on 28 Oct 2024

**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.

## U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2024

Thèse n°89

Thèse pour l'obtention du

### DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 18 octobre 2024 par

**BELCHER Justin**

Né le 24/02/1990 à Maisons-Alfort

**Étude du ressenti des patients concernant leur prise en charge dans le cadre de Soins Non Programmés par la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS) de la communauté de communes du Pays de Nay.**

Sous la direction du Docteur JOUHET Christophe

Membres du jury :

**Président** : Professeur GAY Bernard, médecin généraliste, Professeur honoraire de médecine générale.

**Rapporteur** : Docteur TURCHET Sébastien, médecin généraliste, Maître de Conférence Associé.

**Examineur** : Docteur SERRI Maxime, médecin généraliste, Praticien Hospitalier Contractuel aux urgences.

**Directeur** : Docteur JOUHET Christophe, médecin généraliste, Maître de Conférence Associé.



# Remerciements

## Au président du Jury

~ **À Monsieur le Professeur Bernard GAY.**

Je suis reconnaissant de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury. Je vous remercie pour l'intérêt porté à mon travail. Veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération.

## Aux membres du Jury

~ **À Monsieur le Docteur et Maître de conférence associé Christophe JOUHET.**

Vous avez accepté de me guider dans mes recherches et je vous en suis infiniment reconnaissant. Merci de m'avoir accordé votre soutien afin de mener à bien ce projet et de m'avoir dirigé au cours de mes travaux. J'espère être à la hauteur de la confiance que vous m'avez accordé. Veuillez accepter l'expression de mon respect, ainsi que de ma profonde gratitude.

~ **À Monsieur le Docteur Sébastien TURCHET.**

Vous m'avez accordé le privilège d'être le rapporteur de ma thèse. Je vous remercie d'avoir relu avec attention mon travail et de m'avoir apporté votre aide. Votre expertise aura contribué à parfaire la qualité de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et mes sincères remerciements.

~ **À Monsieur le Docteur et Praticien Hospitalier Contractuel aux urgences Maxime SERRI.**

Vous avez accepté d'être examinateur de ma thèse, et je vous remercie très chaleureusement pour votre disponibilité et votre enthousiasme. Veuillez accepter mes salutations distinguées et aussi toute mon amitié.

## À ma tutrice de SHS

~ Merci au désormais Docteur Raphaëlle BAGGIO pour m'avoir transmis les clés de la réussite en P1.

## Aux médecins ayant guidé mes premiers pas en médecine générale

### **~ Au Docteur Renaud BESNARD**

Merci de m'avoir accueilli à Agen pour mon plongeon dans le grand bain de la médecine générale. J'ai beaucoup apprécié ton authenticité et je n'oublierai ni ta bienveillance, ni ton sens critique. Je garderai en mémoire ton invitation chaleureuse le midi autour de ta table à partager un apéro au pastis suivi d'un bon repas avant d'attaquer à nouveau les consultations de l'après-midi.

### **~ Au Docteur Gilles VERHAEGUE**

Merci pour ton accueil bienveillant dans ton cabinet de la Sauvetat-de-Savères. Je garde le souvenir de ta gentillesse et de ton dévouement à ta patientèle. Merci encore pour ces moments de partage autour d'un café frappé, et bien-sûr merci infiniment pour la table que tu réservais pour moi au routier du village de Beauville perché sur les côteaux agenais.

## Aux médecins ayant participé à ma formation

~ Merci au Docteur Francis LEVY, au Docteur Christian DROMER et au Docteur Christophe KLEIN pour m'avoir laissé accompagner leurs gestes minutieux sous les scialytiques étincelants du bloc opératoire.

~ Merci à toi Babette pour m'avoir montré la tendresse avec laquelle tu soignes les petits périgourdins et petites périgourdines des bords de Dordogne.

~ Merci au Docteur François ZUNINO d'avoir été une lumière bienvenue éclairant les nuits aux urgences de l'hôpital Samuel Pozzi.

~ Merci au Docteur François PEDESPAN pour m'avoir transmis avec entrain quelques remèdes pour soigner les cœurs, et merci aussi à son collègue le Docteur Mario ABINADER tantôt espiègle tantôt soucieux du sort de son Liban natal.

~ Merci au Docteur Christophe AVERSENG pour ton amitié sous le vent polynésien.

## Aux équipes médicales du service de médecine polyvalente de l'hôpital d'Uturoa et du dispensaire de Raiatea

~ Aux aides-soignants et aides-soignantes, aux infirmiers et infirmières, aux patients et aux médecins, un grand merci à tous pour votre gentillesse et votre accueil ; grâce à vous tous, le stage hors subdivision sur l'Île Sacrée fût une expérience hors du commun.

## À ma famille

~ À mes parents, merci pour tout l'amour que vous m'avez donné. Je vous suis profondément reconnaissant du soutien sans pression dont vous avez su faire preuve durant toutes ces années d'études en médecine ; j'espère que cela n'a pas été trop long.

~ À Marc et Sylvie, merci de m'avoir accueilli comme un fils. Merci pour votre générosité sans égale. À Sylvie, merci pour tout, tes madeleines n'ont d'égales que tes cookies. À Marc, merci d'avoir pris quelques relais et de m'avoir mené à plus d'un top 1.

~ À ma famille FA'A'AMU, Carlos et Roina SCHMIDT et à tous leurs enfants et petits-enfants UA HERE VAU IA OE, merci pour votre accueil, votre générosité et votre amour au cœur de l'Île sacrée.

~ À ma tante Monique, merci pour tes innombrables blagues que tu racontes avec un enthousiasme communicatif, je pense bien à toi et t'embrasse fort.

~ To uncle Mike, thank you for having me around, thank you for all the pork pies and for letting me explore my English heritage lying in Burton End.

~ À Ragnar et Freya, que vos pelages sont doux et vos siestes inspirantes, merci pour votre présence.

## À mes amis

~ À Chris, merci pour tous ces moments d'amitié partagés à chacun de nos combo friz & pub, *you ma brotha from another motha*.

~ À Flo, merci pour ton amitié, ton soutien et ta joyeuseté pétillante à chaque retrouvaille.

~ À Romain, merci pour ta loyale amitié, ta malice, et tous tes bons conseils vélocipédiques.

~ À Alejandro, quelle chance de la vie que notre rencontre de l'autre côté du monde, notre complicité m'est chère my hermano, matai roa et shi-ha !

~ À Jean-Philippe, merci de m'avoir pris sous ton aile malgré mes coups droits à la Rafa, si tu me considères comme ton petit frère sache que je te vois comme un grand frère.

~ À mes amies du collège Cassignol, Lison, Clairon et Camcam, merci pour vos amitiés qui résistent à l'épreuve du temps.

~ À Fanomai, merci pour ta bonne humeur et ta générosité, merci infiniment pour m'avoir permis de glisser sur les eaux turquoises du Pacifique.

~ À Maxou et Camille, à leurs trois enfants et aussi à Moka et Gaya, merci de toujours nous recevoir chaleureusement au sein de votre foyer, pour partager des parties d'aventuriers du rail endiablées.

## À mon cœur

~ Ma Luluzépine, merci pour tout, mais surtout merci pour ton soutien depuis le premier jour. Merci pour ton amour, ta tendresse, ta patience, ta générosité, et bien sûr tes papouilles infinies sans lesquelles je n'aurais pas survécu ; Lucie tu es mon rayon de soleil qui réchauffe les galets bretons, je t'aime.

*« No pain no gain »*

*~ Daniel Lugo ~*

*Je dédie ma thèse à  
Mamie Framboise  
qui doit être fière de pouvoir compter de nouveau un médecin généraliste dans la famille.  
Que ton rire communicatif résonne pour toujours.*



## Table des matières

Remerciements.....	3
Liste des cartes.....	12
Liste des tableaux, figures et schémas.....	12
Liste des abréviations.....	13
A/ JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE.....	15
I Contexte.....	15
1 Offre de soin.....	15
a Diminution des effectifs.....	15
b Vers une évolution des pratiques.....	16
Des médecins plus jeunes.....	16
Évolution du mode d'exercice.....	17
c Une répartition inégale de l'offre de soin sur le territoire.....	19
Des effectifs inégalement répartis.....	19
Des différences dans l'offre de soin selon le territoire.....	19
d État des lieux de l'offre de soin dans les Pyrénées-Atlantiques.....	20
2 Demande de soin .....	27
3 Les soins non programmés.....	28
II Coordination de l'offre de soin.....	31
1 Restructurer l'offre de soin.....	31
a Balbutiements : naissance des maisons de santé pluriprofessionnelles.....	31
b Loi Hôpital Patient Santé Territoire : naissance des agences régionales de santé .....	31
c Loi Fourcade : clarification du rôle et du statut juridique des MSP.....	32
d Loi HPST 2.0 : naissance des communautés professionnelles territoriales en santé.....	32
e Bilan actuel et évolutions futures : plan de réformes « Ma Santé 2022 ».....	33
2 « Les bons outils font les bons ouvriers ».....	33
a Virage numérique : les outils de demain.....	33
b Vers un modèle unique de régulation des SNP : le Service d'Accès au Soins.....	34
III Le projet PAIS.....	36
1 Présentation.....	36
2 Objectifs principaux.....	37
3 Fonctionnement.....	37
4 Financement.....	38
5 Parcours patient.....	38
6 Spécificité de la plaine de Nay.....	39
IV Justification de recherche.....	41
V Question de recherche.....	41
VI Objectifs de l'étude.....	41
1 Objectif principal.....	41
2 Objectifs secondaires.....	41
BIBLIOGRAPHIE.....	42
B/ ARTICLE :.....	47
Étude du ressenti des patients concernant leur prise en charge dans le cadre de Soins Non Programmés par la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS) de la communauté de communes du pays de Nay.....	47
INTRODUCTION.....	48
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	50

I Type d'étude.....	50
1 Choix de la méthode qualitative.....	50
2 Choix de l'entretien individuel semi-dirigé.....	50
3 Guide d'entretien.....	50
II Constitution de l'échantillon.....	51
1 Population étudiée.....	51
2 Recrutement des patients.....	51
3 Période et lieu de l'étude.....	51
III Méthode d'entretien.....	51
IV Réglementation éthique.....	52
V Recueil et analyse des données.....	52
RÉSULTATS.....	53
I Déroulement de l'étude.....	53
II Population étudiée.....	54
III Une alternative aux centres de soins d'urgence.....	55
1 Des demandes urgentes de soins.....	55
2 L'indisponibilité du médecin traitant.....	57
3 Une réponse rapide aux SNP.....	58
4 Une solution pour les urgences.....	59
IV Un dispositif simple et efficace.....	60
1 Un accès téléphonique facile et rapide.....	60
2 Un secrétariat coordonné.....	61
3 Une orientation efficace des demandes de SNP.....	62
4 Des dysfonctionnements possibles.....	62
V Un dispositif de proximité mais des locaux méconnus.....	63
1 Difficultés rencontrées.....	63
2 Adaptation des patients.....	64
3 Pour une présence humaine à l'accueil.....	66
VI La réponse médicale.....	67
1 La consultation avec un médecin inconnu .....	67
a Difficultés rencontrées.....	67
b Adaptation des patients.....	68
2 Un médecin de SNP disponible et à l'écoute.....	69
3 Une réponse satisfaisante aux demandes de SNP.....	70
VII Une confiance dans le corps médical.....	72
VIII Coordination des soins.....	72
1 Gestion des données de santé.....	73
a Un consentement pas toujours demandé.....	73
b Une volonté de maîtriser la diffusion des données personnelles.....	74
2 Assurer la continuité des soins.....	75
3 Sécurisation du parcours de soins.....	76
IX Attentes et suggestions.....	77
1 Communiquer sur l'existence de la PAIS et son rôle.....	77
a Méconnaissance du dispositif.....	77
b Modalités d'informations sur l'existence de la PAIS.....	78
2 Rechercher le consentement pour le partage du dossier médical patient.....	79
3 Plus de couverture.....	80
4 Plus d'accessibilité.....	80
5 Plus d'identification.....	80
6 Plus d'effectifs.....	81

X Synthèse et schéma conceptuel.....	81
DISCUSSION.....	83
I Choix du sujet et forces de l'étude.....	83
II Faiblesses de l'étude.....	84
III Principaux résultats.....	85
1 Informer de l'existence et du fonctionnement de la PAIS.....	85
2 La PAIS est accessible et simple d'utilisation.....	86
3 La PAIS répond aux attentes des patients sur les SNP.....	88
4 La PAIS doit informer du partage des données et rechercher le consentement.....	89
IV Perspectives.....	91
CONCLUSION.....	93
BIBLIOGRAPHIE DE L'ARTICLE.....	94
ANNEXES.....	97
I Guide d'entretien.....	97
II Grille COREQ.....	100
1 Domaine 1 : équipe de recherche et réflexion.....	100
2 Domaine 2 : conception de l'étude.....	100
3 Domaine 3 : analyse et résultats.....	102
SERMENT MÉDICAL.....	104
RÉSUMÉ / ABSTRACT.....	105

## Liste des cartes

**Carte 1** : Densité médicale pour 100 000 habitants des médecins généralistes en 2023.

**Carte 2** : Évolution de la densité médicale des médecins généralistes entre 2010 et 2023.

**Carte 3** : Les principaux territoires de proximité des Pyrénées-Atlantiques.

**Carte 4** : Les territoires composant le Béarn.

**Carte 5** : Territoires du Contrat Local de Santé Est-Béarn.

**Carte 6** : Répartition des médecins généralistes libéraux par bassin de vie dans les Pyrénées-Atlantiques en 2022.

## Liste des tableaux, figures et schémas

**Tableau 1** : Densités pour 100 000 habitants des principaux professionnels de santé libéraux selon les territoires de proximité dans Les Pyrénées-Atlantiques en 2016.

**Figure 1** : Représentation schématique des SNP.

**Schéma 1** : Schéma conceptuel de l'étude.

## Liste des abréviations

**ACI** : Accord Conventionnel Interprofessionnel

**AMU** : Aide Médicale d'Urgence

**ANS** : Agence Numérique en Santé

**ARM** : Assistants de Régulation Médicale

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**BPCO** : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

**CCMU** : Classification Clinique des Malades aux Urgences

**CCP** : Comité de Protection des Personnes

**CCPN** : Communauté de Communes de la Plaine de Nay

**CDOM** : Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins

**CLS** : Contrat Local de Santé

**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales en Santé

**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins

**DP** : Dossier Patient

**DMP** : Dossier Médical Partagé

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

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**ENS** : Espace Numérique en Santé

**FIR** : Fonds d'Intervention Régional

**FNPEIS** : Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaires

**HPST** : Hôpital Patient Santé Territoire

**IGA** : Inspection Générale de l'Administration

**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales

**IPA** : Infirmier en Poste Avancé

**IRDES** : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

**MMG** : Maisons Médicales de Garde

**MSP** : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

**MSSanté** : Messagerie Sécurisée en Santé

**OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Économique

**ORS** : Observatoire Régional de Santé

**OTSS** : Organisation et Transformation du Système de Santé

**PACA** : Provence-Alpes-Côte d'Azur

**PAIS** : Plateforme Alternative d'Innovation en Santé

**PDSA** : Permanence Des Soins en Ambulatoire

**PIA** : Privacy Impact Assessment

**RGPD** : Règlement général sur la Protection des Données

**SAMU** : Services d'Aide Médicale Urgente

**SAS** : Service d'Accès aux Soins

**SAU** : Services d'Accueil d'Urgences

**SDIS** : Système Départemental d'Incendie et de Secours

**SISA** : Structure Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

**SMUR** : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

**SNP** : Soins Non Programmés

**URPSML** : Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux

# A/ JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

## I Contexte

### 1 Offre de soin

#### *a Diminution des effectifs*

Depuis 2012, à l'échelle nationale, les effectifs de médecins en activité de moins de 70 ans, toutes spécialités confondues, sont globalement stables : au nombre de 212600 en 2012, la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) les comptabilise à 214200 en 2021. En revanche, sur la même période, ceux de la médecine générale sont en baisse constante avec une diminution de 5,6 % du nombre de médecins généralistes en 2021. Cette tendance s'est aggravée depuis la création en 2017 de la « médecine d'urgence » et de la « gériatrie », deux nouvelles spécialités, auparavant comptabilisées parmi le nombre de généralistes. Si le nombre total de médecins sur le territoire se maintient, c'est par l'augmentation de 6,4 % du pool de spécialistes entre 2012 et 2021, augmentation possible du fait de l'arrivée importante de médecins à diplôme étranger (1-3).

La stagnation des effectifs, cumulée à l'augmentation de la population française, voit la densité médicale toutes spécialités confondues diminuer : actuellement toujours en baisse, elle atteint depuis 2021 un niveau bas, équivalent à celui de 2006 d'environ 318 médecins pour 100000 habitants, contre plus de 330 pour 100000 habitants dix ans plus tôt (3).

Entre 2012 et 2021, la raréfaction de l'offre de soin en médecine générale a fait davantage chuter cette densité médicale, avec 140 médecins généralistes pour 100000 habitants contre 153 pour 100000 neuf ans plus tôt. A contrario cet affaiblissement en densité n'est pas observée chez les médecins spécialistes dont la dynamique démographique a plus que compensé l'augmentation de la population, avec une densité évoluant de 172 à 178 pour 100 000 habitants sur cette même période. Les effectifs de médecins généralistes, à eux-seuls, font pencher la balance vers une baisse globale de la densité médicale sur le territoire (1,2).

D'après les projections de la DREES, sous l'hypothèse de comportements et de législations constants, les effectifs projetés diminueraient jusqu'en 2024. Le nombre de médecins toutes spécialités confondues, atteindrait un point bas de 209 000 médecins en activité, soit 2,7 % de moins qu'en 2020. L'inversion de la courbe ne s'opérerait qu'au milieu de la décennie actuelle, et les effectifs de début 2020 ne seraient retrouvés qu'à l'horizon

2030. Ensuite ils augmenteraient de 18 % par rapport au niveau actuel à l'horizon 2040 et de 36 % à l'horizon 2050, avec 292 000 médecins en activité projetés à cette date (1).

Toujours d'après ce scénario tendanciel, le nombre de médecins spécialistes en médecine générale, continuerait de diminuer plus longtemps par rapport aux autres spécialités : les effectifs de généralistes baisseraient ainsi jusqu'en 2026, passant de 95 400 à 92 300 à cette date, et ne repartiraient à la hausse qu'ensuite, et ce de façon moins dynamique que pour les autres spécialistes (plus 39 % entre 2021 et 2050, contre 35 % pour les médecins généralistes) (1,2).

Cette progression à venir des effectifs est à relativiser comparativement à la population à couvrir. Les projections de la DREES n'entrevoient pas d'amélioration de la densité médicale toutes spécialités confondues avant 2028, où elle retrouverait son niveau de 2015. Partant de là, la densité projetée progresserait de 15 %, seulement à l'horizon 2040 (3).

Cette dynamique est à relativiser une fois de plus en ce qui concerne la médecine générale où les données présentes et projetées sont davantage pessimistes. De fait, il est nécessaire de considérer la densité médicale « standardisée », que nous évoquerons plus loin, concept qui met en relation l'offre et la demande de soin, toujours plus importante.

Ce bilan négatif, présent et à venir, de l'effectif médical semble résulter d'une harmonisation insuffisante entre les comportements du corps médical et les pouvoirs publics. En effet, les fluctuations du *numerus clausus* depuis son instauration en 1971, ainsi que son inadéquation avec le nombre de départs à la retraite en période d'augmentation de la demande de soins due à la croissance démographique, apparaissent en grande partie responsables aujourd'hui de la pénurie de l'offre de soin en France. Si le manque évident de médecins est au cœur des problématiques d'accès au soin, il n'est cependant pas le seul acteur pouvant être impliqué dans son déclin (1,3).

## ***b*** ***Vers une évolution des pratiques***

### *Des médecins plus jeunes*

La décennie passée voit la population des médecins en activité globalement rajeunir : la moyenne d'âge des médecins actifs est de 49,3 ans en 2021, contre 50,7 ans en 2012. Ce rajeunissement est dû à un double phénomène : d'une part, un nombre important de départs à la retraite entre 2012 et 2021, touchant les médecins issus des générations formées avant la mise en place du *numerus clausus*, d'autre part, l'entrée en activité des premières générations correspondant au *numerus clausus* relevé des années 2000. La proportion de médecins de 55 ans ou plus, qui s'élève à 45 % en 2015, ne serait plus que de 22 % en 2040. L'âge moyen des médecins devrait diminuer jusqu'en 2035, passant de 51 à 45 ans (1,3,4).

Une étude menée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2019 sur l'installation des jeunes médecins, révèle que presque la moitié des nouvellement installés ou des médecins remplaçants considèrent le volume horaire comme déterminant dans leur choix d'installation. Chez les futurs jeunes médecins c'est un chiffre qui s'élève même à plus de 80 %. La place prise par l'activité professionnelle dans la vie des jeunes médecins paraît être un élément décisif dans leur installation (5).

D'après les derniers rapports de la DRESS et de l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES), le temps de travail hebdomadaire moyen des médecins généralistes serait stable ces vingt dernières années, voire en légère hausse, avec en moyenne 54 heures de travail déclarées par les généralistes en 2019 contre 51 heures en moyenne début 2000. En 2001, la DRESS publiait que les médecins les plus jeunes, toutes spécialités confondues, ne travaillaient qu'une heure de moins que les médecins âgés de 46 à 54 ans. L'impact du rajeunissement sur les temps de travail hebdomadaire des médecins, observé depuis les années 90, resterait minime. Pour le moment, il semble que l'allègement du temps de travail des jeunes générations n'ait pas d'impact négatif sur l'offre de soin : leurs préoccupations de qualité de vie se traduiraient par la mise en œuvre de stratégies visant à réguler le temps de travail plutôt que de le réduire (6–10).

Cependant, deux thèses récentes en médecine générale, réalisées dans la région nantaise et en Savoie entre 2019 et 2022, sur un total de 283 jeunes médecins, relèvent une diminution significative du temps de travail par rapport à leurs aînés (11,12).

À une époque où le concept d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée chez les jeunes générations évolue, la crainte d'une réduction plus importante de l'offre de soin par réduction du temps de travail semble légitime (13).

Or si le temps de travail hebdomadaire des médecins s'est globalement maintenu au cours de la dernière décennie, c'est peut-être parce-qu'un temps de travail plus important est assuré par une tranche d'âge en milieu de carrière, par exemple les 40-59 ans : la question mériterait d'être posée.

### *Évolution du mode d'exercice*

L'évolution des modes d'exercice chez les jeunes médecins jouerait également un rôle dans la réduction du temps d'activité. Entre 2012 et 2021 la profession médicale observe une baisse significative du nombre de médecins libéraux. Chez les médecins généralistes comme chez les spécialistes, l'exercice libéral a tendance à reculer. En 2012, 109 000 médecins exerçaient en libéral exclusivement ; en 2021, ils ne sont plus que 93 000, soit une diminution de 15 %. Ainsi, majoritaires en 2012 (51 %), les médecins exclusivement libéraux ne

représentent plus que 43 % des médecins en 2021. Cette tendance reflète une désaffection pour la pratique libérale exclusive, au profit du développement de l'exercice mixte, alliant activités libérale et salariée : le nombre de médecins pratiquant ce mode d'exercice a augmenté de 50 % entre 2012 et 2021. Actuellement, la médecine générale reste, avec un peu plus de 58 %, le dernier secteur médical où l'activité libérale est toujours majoritaire (1,3,14).

A l'horizon 2040 la part de médecins libéraux exclusifs reculerait fortement, passant à 38 %, tandis que les proportions de médecins mixtes et salariés continueraient de progresser pour devenir majoritaires. Le secteur libéral recommencerait toutefois à croître à partir de 2030 mais l'écart entre effectifs libéraux et salariés continuerait de grandir. À l'horizon 2050, la profession serait ainsi salariée à 55 % (1,3).

L'exercice salarié non hospitalier offre aux médecins des horaires plus souples que l'activité libérale. À sexe, âge, nombre d'enfants, et organisation du travail identiques, et dans des zones géographiques comparables, un médecin salarié non hospitalier travaille par semaine en moyenne 4 heures de moins qu'un généraliste libéral (6).

Aussi, dans l'exercice salarié, le travail à temps partiel est plus souvent pratiqué que dans l'exercice libéral exclusif. Exercice mixte ou salariat exclusif à temps complet ou partiel sont imbriqués et doivent être considérés conjointement dans l'évolution du temps de travail des jeunes médecins. Un médecin à temps partiel travaille en moyenne 16 heures de moins par semaine qu'un médecin à temps complet de sexe et d'âge identiques et cela dans les mêmes conditions d'exercice. De plus, la durée hebdomadaire de travail est plus élevée pour les médecins participant au dispositif de garde : 59 heures hebdomadaires contre 54 heures pour les autres médecins en 2012 (6,8).

Il est à noter également que l'effectif des médecins actifs en activité régulière a diminué de 1,3 % entre 2010 et 2023 quand ceux des actifs intermittents et des retraités actifs ont respectivement augmenté de 64,4 % et de 259,2 % sur cette même période (14).

Par ailleurs, si le volume d'activité journalière a tendance à baisser, et ce davantage chez les jeunes médecins, le désengagement pour assurer la Permanence Des Soins en Ambulatoire (PDSA) persiste. Instaurée en 2002 sur la base du volontariat, la participation à la PDSA faiblit sur l'ensemble du territoire, et de façon manifeste chez les médecins libéraux en activité régulière. Ainsi, la PDSA se trouve fragilisée depuis son instauration par la baisse de ses effecteurs, tout particulièrement au sein des Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) où la situation est la plus critique. Le nombre de participants à la permanence se serait toutefois stabilisé ces dernières années, notamment grâce aux médecins retraités actifs, aux médecins remplaçants, et aux étudiants en médecine (15).

Cet équilibre précaire est un élément essentiel dans le maintien global de l'offre de soin en ambulatoire, et se présente comme un défi supplémentaire au cœur des tensions et débats sur l'accès au soin en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux.

## *c Une répartition inégale de l'offre de soin sur le territoire*

### *Des effectifs inégalement répartis*

Toujours sur la période 2012-2021, la répartition territoriale des médecins toutes spécialités confondues, change peu et reste inégale avec une concentration sur la moitié sud de la France et la région Île-de-France. Comme en 2012, la région la mieux dotée en médecins est la région Provence-Alpes-Côte d'Azur qui compte 377 médecins pour 100000 habitants (contre 318 pour 100000 en moyenne sur le territoire). Cependant, si le Bassin parisien bénéficie d'une des plus fortes densités médicales, ce n'est pas grâce à son pool de médecins spécialistes en médecine générale, inférieur de 11 % à la moyenne nationale (1,14).

Dans une approche plus fine, cette disparité territoriale de l'offre de soin s'observe également entre les départements du centre, notamment autour du Bassin parisien, davantage délaissés, et les départements mieux dotés, près des côtes ou des frontières et abritant les métropoles régionales (14).

Pour la médecine générale les inégalités interrégionales observées en 2012 se sont creusées en 2021 : le rapport entre la densité des 25 % de français les mieux dotés et celle des 25 % les moins bien lotis est passé de 1,07 à 1,21. Ainsi, sur la même période, tous les départements français à l'exception de la Bretagne, ont observé une baisse de la densité de spécialistes en médecine générale (1,2).

D'après les chiffres de l'IRDES, en 2017 la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants, dans les espaces les mieux dotés, était en moyenne de 112 médecins généralistes libéraux, alors que pour les moins bien dotés, ce chiffre était de 68 pour les zones périurbaines et de 69 pour les zones rurales. Cette inégalité s'est aggravée depuis 2007, puisque ces densités étaient de 105 pour les espaces les mieux dotés, de 80 pour les zones rurales et de 73 pour les zones périurbaines (2).

### *Des différences dans l'offre de soin selon le territoire*

Cette distribution inégale de l'ensemble des médecins sur le territoire français entraîne une offre de soin disparate, opposant tout particulièrement les médecins exerçant en milieu rural à ceux exerçant en milieu urbain. D'après les données de l'IRDES (2009) et de la DRESS (2012), la durée hebdomadaire moyenne de travail des médecins toutes spécialités confondues s'élève à 60 heures en moyenne en zone rurale contre 56 heures en zone urbaine (7,8).

Le constat est le même pour la participation à la PDSA : selon les chiffres annuels publiés par le Conseil National de l'Ordre de Médecins (CNOM), 81 % des généralistes participent aux gardes dans les Vosges contre seulement 7 % à Paris en 2022 (15).

Afin de compenser des effectifs insuffisants, les médecins de campagne assureraient un volume de travail plus important pour répondre au mieux à la demande. Et à défaut d'organisme de proximité, tel que SOS médecins, pouvant partager les demandes non programmées, les urgences ou participer à la permanence de soin, il incombe à ces mêmes médecins de travailler davantage pour pourvoir à l'offre de soin attendue. Sous un autre angle, cette différence pourrait suggérer que les médecins en milieu urbain, plus nombreux et bénéficiant d'organismes de soutien, ont la possibilité de mieux répartir entre eux la demande de soin, permettant ainsi un temps de travail hebdomadaire moindre.

En 2012 dans la région PACA, la moitié des médecins ont déclaré consulter tous les samedis matin ou un samedi sur deux, contre trois sur quatre en Pays de la Loire et en Bourgogne. A l'échelle nationale les médecins exerçant en zone rurale sont également plus nombreux dans ce cas, avec 72 % contre 60 % en zone urbaine. Un médecin de ville sur deux effectue des gardes, contre près de neuf sur dix en campagne. Parallèlement, l'effectif des médecins généralistes participant à la régulation du 15 est triplé entre région PACA et Pays de la Loire (8).

#### *d État des lieux de l'offre de soin dans les Pyrénées-Atlantiques*

L'offre de soin dans le département des Pyrénées-Atlantiques bénéficie d'une dynamique positive.

Entre 2010 et 2022, d'après les statistiques de la CNOM de 2022, le département 64 a observé une hausse de 21,3 % du nombre de médecins en activité, toutes spécialités confondues. Cette tendance se confirme et ne semble pas sur le point de décliner, puisque dans les recensements les plus récents de 2021 à 2022, les Pyrénées-Atlantiques sont toujours parmi les départements profitant de la plus forte augmentation de médecins en activité régulière, avec plus 2,2 % contre plus 0,3 % pour la moyenne nationale. Ainsi, sur cette même période, le 64 se classe 11ème sur l'ensemble des départements pour la variation annuelle du nombre de médecins en activité régulière.

De surcroît, et en opposition avec l'évolution globalement défavorable précédemment décrite des effectifs nationaux de médecins spécialistes en médecine générale, le 64 jouit d'une des plus fortes progressions du nombre de médecins généralistes, avec plus 9,7 % entre 2010 et 2021 selon les statistiques du CNOM 2022 (16).

Dans le dernier atlas du CNOM de 2023 sur la démographie médicale, cette dynamique positive se maintient puisque les Pyrénées-Atlantiques occupent la deuxième place en région Nouvelle-Aquitaine, derrière la Gironde, département le mieux doté en médecins actifs avec 11,4 % de l'ensemble des actifs toutes spécialités confondues en 2023.

La population médicale du 64 voit sa moyenne d'âge diminuer sur les quatorze dernières années. Elle a perdu 1,7 point entre 2010 et 2023, avec une moyenne estimée en 2023 à 48,5 ans contre 50,5 ans pour la moyenne nationale, cette dernière restant stable depuis 2010. Ainsi, le 64 est l'un des départements où l'effectif des médecins actifs rajeunit le plus, et en

regard de ses effectifs croissants, les Pyrénées-Atlantiques sont de toute évidence un territoire attractif pour l'installation des jeunes médecins. En effet, entre 2010 et 2023, ce département a vu augmenter de 145 % l'ensemble de ses médecins actifs âgés de quarante ans et moins.

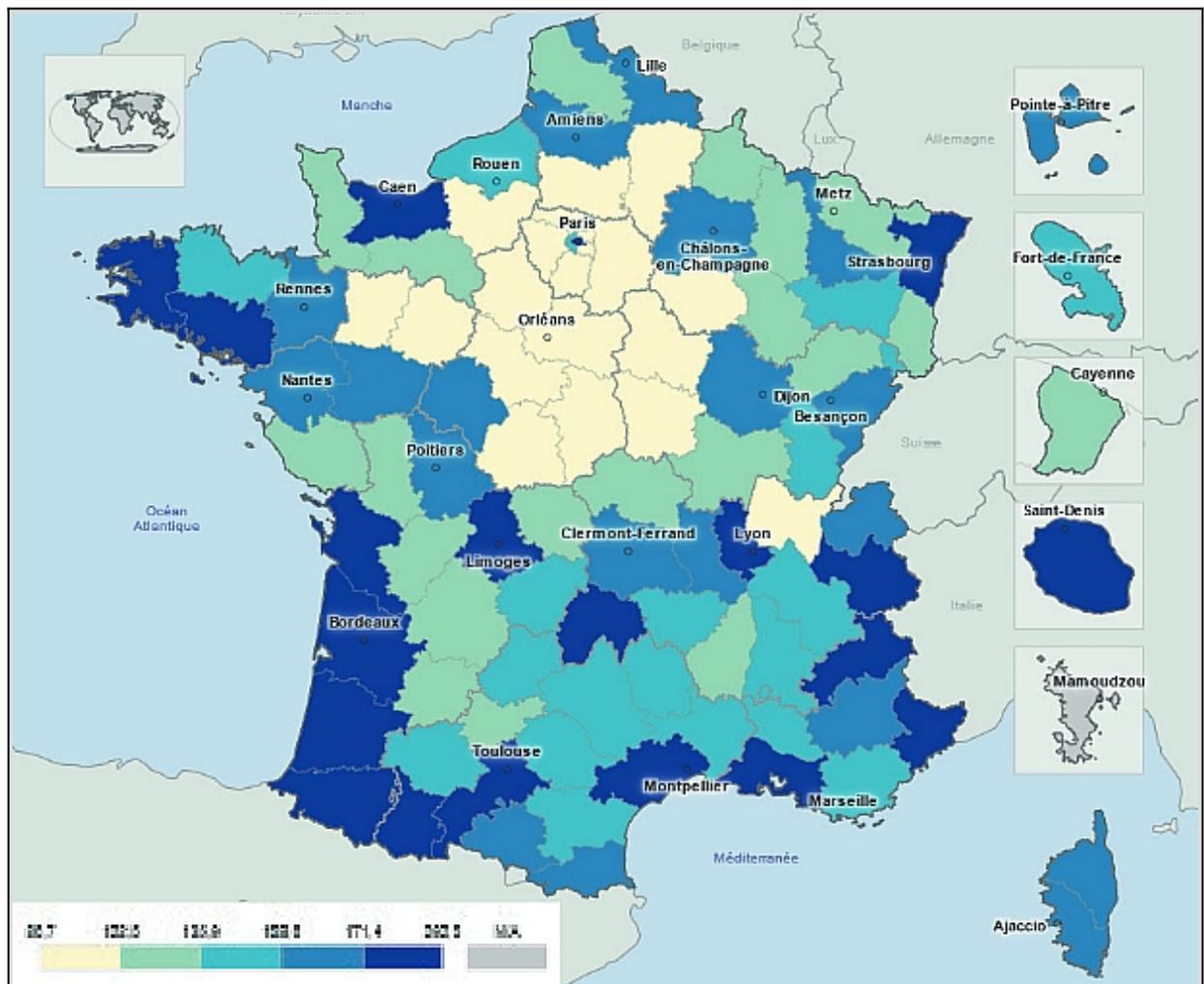
Si ces chiffres placent le 64 parmi les départements qui tirent le mieux leur épingle du jeu étant donné le contexte, ils sont à relativiser si l'on considère le pourcentage de nouveaux médecins à diplôme étranger. Toujours sur la même période, de 2010 à 2023, ce taux a augmenté de 148 % dans ce département. Les principaux pays dont sont originaires ces médecins immigrés sont l'Algérie, la Tunisie et la Syrie.

Il paraît pertinent de noter que ces données démographiques concernent l'ensemble des médecins actifs sur le département, quel que soit le volume d'activité. Cependant, si nous isolons seulement les médecins en activité régulière, en excluant les retraités encore actifs et les médecins remplaçants, il est intéressant d'observer des fluctuations démographiques parfaitement comparables.

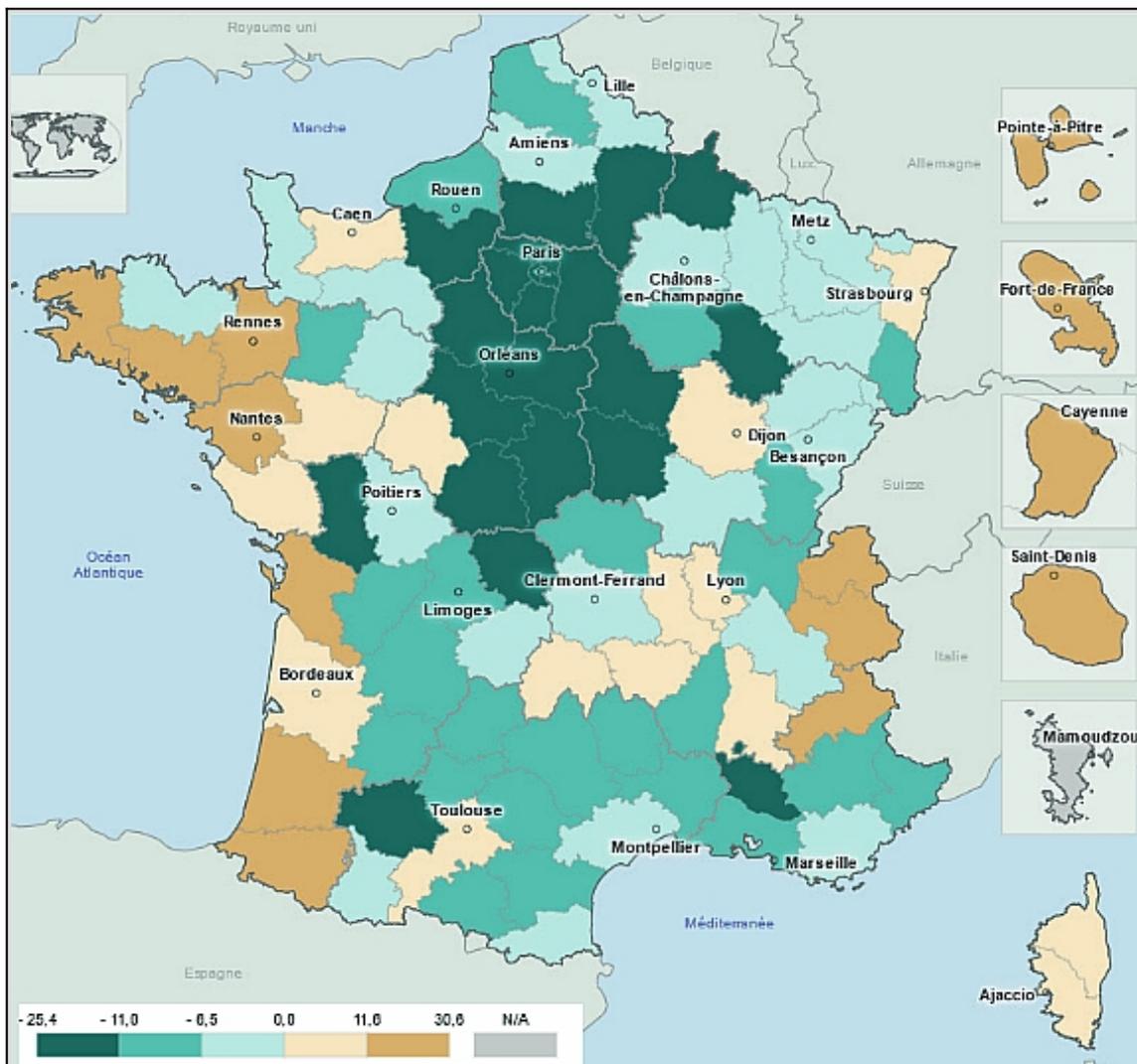
Pour ce qui est du mode d'exercice privilégié, les médecins généralistes en activité régulière du 64 sont encore majoritaires, à 57,8 %, à privilégier la pratique libérale exclusive. 37,7 % d'entre eux sont salariés, et 4,5 % ont une activité mixte.

Enfin, l'ensemble des effectifs des Pyrénées-Atlantiques, rapportés à sa population donnent une densité médicale parmi les plus fortes en France en 2023. Toujours d'après les statistiques du CNOM de cette même année, ce département compte plus de 130 médecins généralistes pour 100 000 habitants, là où la moyenne nationale pointe à 120 généralistes pour 100 000 citoyens. Et si l'on s'attache à l'évolution de cette densité depuis 2010, sa variation est également parmi les plus positives du pays (14).

Ainsi, l'exemple du 64 corrobore le constat que l'offre de soin est nettement plus importante sur les territoires adjacents aux littoraux et aux frontières, en opposition avec les régions du centre autour du Bassin parisien et le long de la « diagonale du vide ».



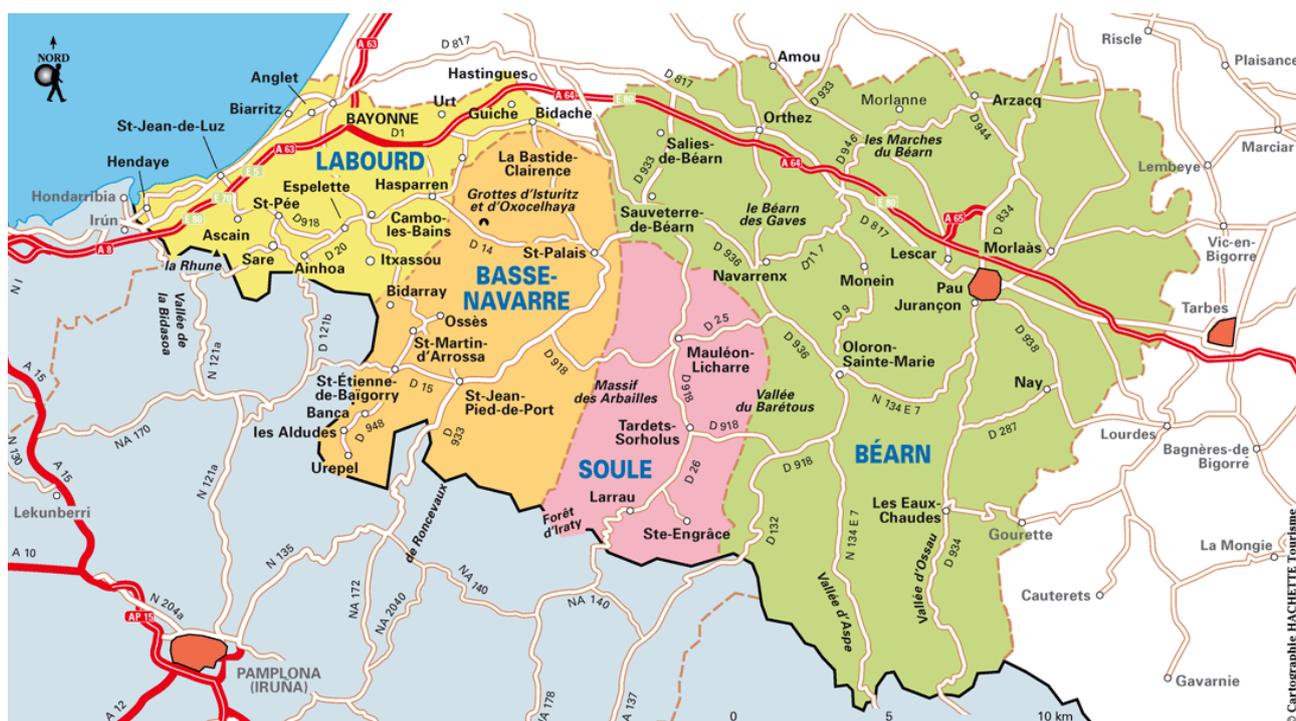
*Carte 1 : Densité médicale pour 100 000 habitants des médecins généralistes en 2023. (14)*



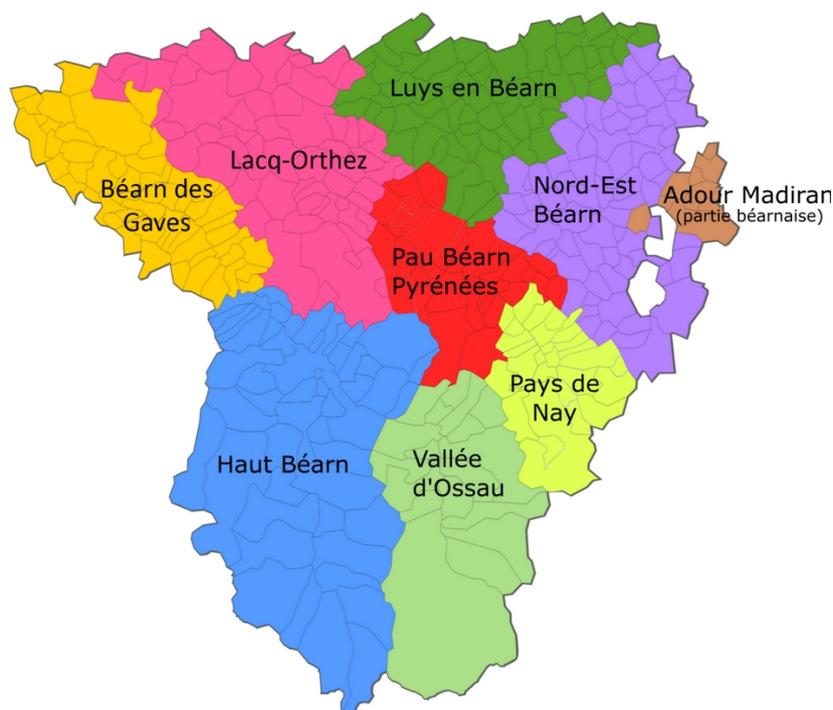
*Carte 2 : Évolution de la densité médicale des médecins généralistes entre 2010 et 2023. (14)*

Cependant, même si à l'échelle départementale les Pyrénées Atlantiques peuvent se féliciter de chiffres positifs sur la démographie médicale, celle-ci n'en reste pas moins inégalement répartie. D'après les observations de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine, de l'Observatoire Régional de Santé (ORS) de Nouvelle-Aquitaine, et plus récemment celles du collectif Présence médicale 64 créé en 2019, la répartition des professionnels en santé sur le département est à l'image des inégalités interrégionales et interdépartementales précédemment décrites. Les médecins généralistes et spécialistes se concentrent principalement à l'ouest du département, le long de la façade maritime du Pays basque. Face à l'Atlantique, ce territoire, le plus richement doté, intègre la côte basque et son arrière-pays, le Labourd, et s'étend de Bayonne au nord, principal centre urbain du département, à Hendaye au sud, ville frontalière avec l'Espagne. Le second territoire le mieux doté en médecins, même s'il est en effectifs largement inférieur à ceux du littoral atlantique, se situe transversalement à l'opposé à l'est du département, à Pau et son agglomération, deuxième pôle urbain après Bayonne (17,18) (carte 3).

Par exemple, les statistiques épidémiologiques de l'ARS Nouvelle-Aquitaine de 2016, révèlent que pour une densité départementale de médecins généralistes estimée à 110 pour 100 000 habitants, la densité du territoire côte basque / Labourd pointe à 133, tandis que celui de Pau et son agglomération pointe à 108. L'ensemble des territoires entre la côte basque / Labourd et l'aire urbaine de Pau, ainsi que les territoires satellites de l'agglomération paloise, présentent des densités de médecins généralistes non seulement en dessous de la moyenne départementale et régionale, mais aussi inférieures à la moyenne nationale, évaluée à 94 pour 100 000 cette même année. Exception faite pour l'Est Béarn, seul territoire du 64 à bénéficier en 2016 d'une densité supérieure à celle de la moyenne nationale, avec 99 médecins généralistes pour 100 000 habitants (17) (carte 3 et 4 ; figure1).



*Carte 3 : Les principaux territoires de proximité des Pyrénées-Atlantiques. (source : cartographie Hachette tourisme)*



Carte 4 : Les territoires composant le Béarn. (source : wikipedia)

Disciplines	Basse-Navarre	Béarn Adour	Côte basque / Labourd	Est Béarn	Oloron / Haut Béarn	Pau et Agglomération	Pyrénées-Atlantiques	Nouvelle-Aquitaine	France métropolitaine	Ecart de densité dans le département par rapport à la Nouvelle-Aquitaine	Ecart de densité dans le département par rapport à la France métropolitaine	
Médecins généralistes	84	86	133	99	91	108	110	103	94	7%	17%	
Médecins spécialistes dont :	16	40	173	12	29	140	106	77	89	37%	20%	
Anesthésistes réanimateurs chirurgicaux	2	1	17	-	-	15	10	6	6	85%	78%	
Cardiologues	2	6	15	-	4	11	9	6	7	53%	28%	
Gynécologues (médicaux et obstétriques) (1)	-	3	26	3	4	25	17	16	19	9%	-8%	
Ophthalmologues	2	3	16	1	2	8	9	7	7	23%	16%	
Pédiatres (2)	-	16	45	19	-	38	29	18	24	64%	23%	
Psychiatres	-	4	18	1	4	11	10	9	10	8%	0%	
Radiologues	4	4	11	-	2	14	8	8	9	5%	-4%	
Chirurgiens-dentistes	Détail non disponible au moment de la rédaction							80	58	57	40%	41%
Sages-femmes (3)	Détail non disponible au moment de la rédaction							53	44	41	22%	29%
Infirmier	256	187	372	239	232	204	273	206	174	32%	58%	
Masseur-Kinésithérapeute	162	92	258	112	166	155	181	110	104	64%	74%	
Orthopédiste-Orthésiste	-	1	0	-	-	1	1	1	1	-43%	-50%	
Orthophoniste	37	14	43	23	18	23	30	25	30	20%	-1%	
Orthoptiste	-	3	12	1	2	7	6	5	4	35%	48%	
Pédicure-Podologue	20	21	43	14	21	39	33	23	21	44%	58%	
Psychologue	10	16	30	14	14	35	25	24	28	6%	-10%	
Psychomotricien	2	7	4	-	2	11	5	3	3	61%	62%	

(1) Densité pour 100 000 femmes âgées de 15 ans ou plus

(2) Densité pour 100 000 jeunes âgés de moins de 15 ans

(3) Densité pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

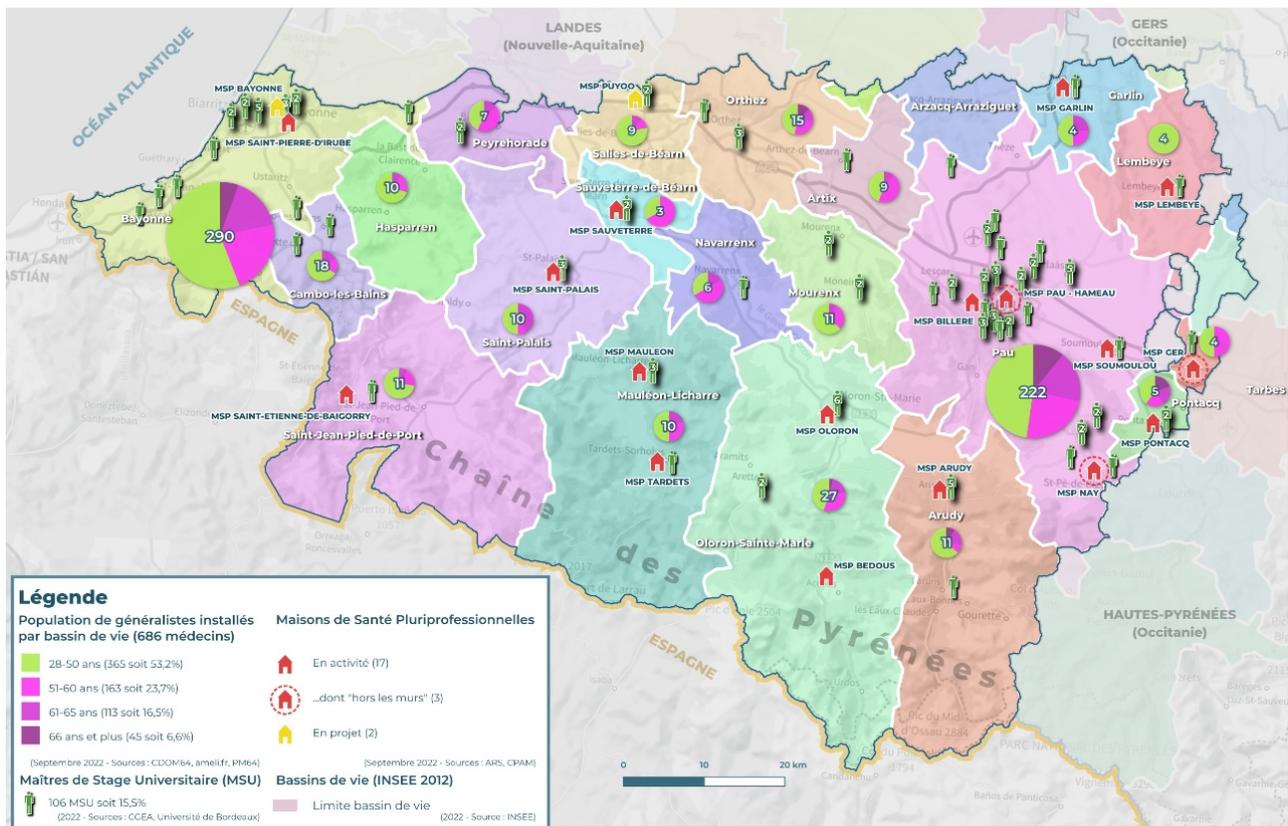
Tableau 1 : Densités pour 100 000 habitants des principaux professionnels de santé libéraux selon les territoires de proximité dans Les Pyrénées-Atlantiques en 2016. (17)

Par ailleurs, il est intéressant de noter, d'après les évaluations statistiques de l'ORS Nouvelle-Aquitaine concernant le Contrat Local de Santé (CLS) Est-Béarn réalisées en 2018, que parmi les trois communautés de communes qui composent ce territoire, celle du Pays de Nay, où se déroule cette étude, est la communauté la mieux dotée en médecins généralistes de l'Est Béarn avec 95 médecins généraliste pour 100 000 habitants. Les deux autres, à savoir la communauté de communes de Luys en Béarn au nord-ouest du et celle du Nord Est Béarn, constituent la plus vaste portion territoriale du CLS. Malheureusement sous doté, ce territoire est répertorié en Zone d'Intervention Complémentaire par l'ARS, voire en zone prioritaire pour les cantons de Garlin et Lembeye situés à l'extrême nord-est (19,20) (carte 6).



*Carte 5 : Territoires du Contrat Local de Santé Est-Béarn. (20)*

Dernièrement, selon les données de la Présence médicale 64 sur la démographie médicale en 2022, les inégalités territoriales des effectifs de médecins généralistes libéraux sur le département des Pyrénées-Atlantiques sont toujours d'actualité et se cartographient selon les mêmes bassins de vie (18).



*Carte 6 : Répartition des médecins généralistes libéraux par bassin de vie dans les Pyrénées-Atlantiques en 2022. (18)*

Quelle que soit l'échelle choisie, le constat systématique d'une répartition inégale de l'offre de soin sur l'ensemble du territoire est source de tensions en raison des inégalités d'accès au soin qu'elle implique.

## 2 Demande de soin

La demande de soin est en constante augmentation, et ce constat n'est pas près de changer. Car la population française continue de croître et de vieillir, requérant ainsi davantage de soins. Cet état de fait s'explique en grande partie par l'avancée en âge des Françaises et des Français nés au cours de la période allant de 1945 à la fin des années 60, communément appelée « baby-boom ». Mais la population vieillit également grâce aux progrès de la médecine qui permettent un allongement de l'espérance de vie significatif depuis les années 70. Jusqu'en 2040, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus progressera fortement, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de l'espérance de vie : à cette date, environ un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus, contre 18 % en 2013 (21,22).

La population Française est donc plus nombreuse, et ce à un âge plus avancé où la demande de soin est plus importante : entre 2011 et 2015 les chiffres de la DREES montrent que la moitié de l'augmentation des dépenses en santé est due à ces deux facteurs démographiques. Si le vieillissement de la population est indéniablement corrélé à un accroissement de la demande de soin, il est intéressant de souligner sur la même période que la consommation de soin à tout âge est plus importante. Cette évolution des besoins en santé serait, dans une moindre mesure, également liée à un effet générationnel (23).

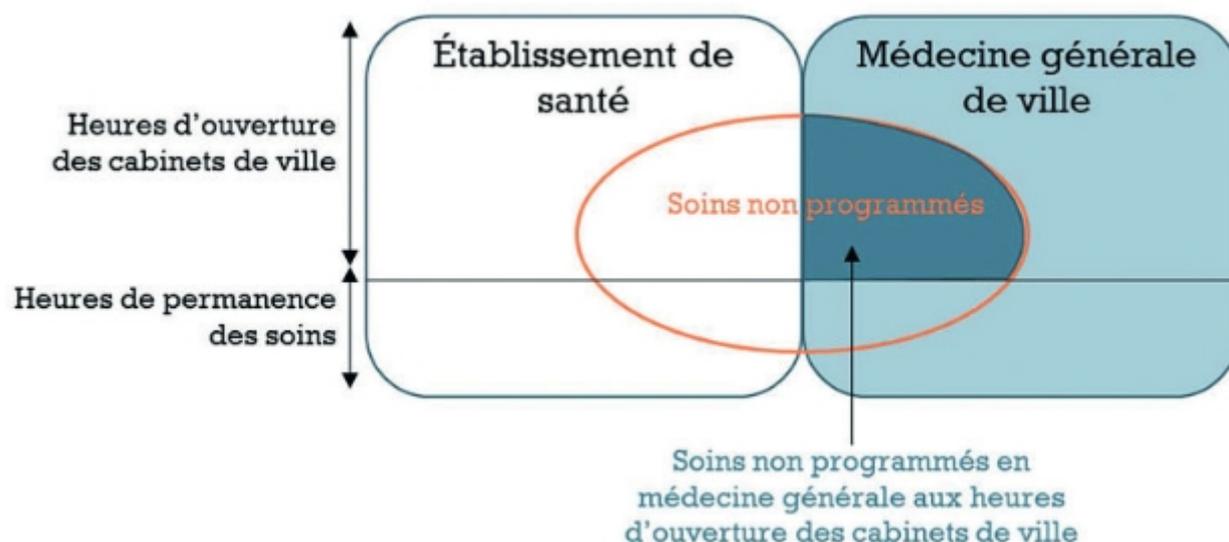
Ainsi, lorsque nous rapportons l'effectif des médecins, non plus à la population seule, mais à la population pondérée par sa consommation de soin, nous obtenons une densité dite standardisée. Entre 2012 et 2021 la densité standardisée pour 100 000 habitants est passée de 331 à 312, illustrant l'inadéquation entre la demande et l'offre de soin. Autrement dit, la consommation de soin augmente davantage que le nombre de médecins, toutes spécialités confondues.

Rapporté à la médecine générale, ce constat est encore plus négatif puisque sur la même période la densité standardisée est passée de 155 à 139. Et selon les projections de la DREES, sous l'hypothèse de comportements et de législations constants, la densité standardisée en médecine générale ne retrouverait son niveau de 2021 qu'à l'horizon 2036 après une diminution de 6 % entre 2021 et 2028 (1-3).

### **3 Les soins non programmés**

La gestion des Soins Non Programmés (SNP) est au centre des problématiques auxquelles les politiques de santé actuelles tentent de faire face. Les SNP sont prépondérants dans la demande toujours croissante de soin et largement responsables de la saturation des services d'urgences, indéniables témoins d'une médecine en déséquilibre entre son offre de soin et la demande (24).

Les SNP regroupent l'urgence véritable et le besoin impératif de soin ressenti par le patient, pour lequel une réponse rapide est souhaitée même si l'urgence n'est pas toujours avérée d'un point de vue strictement médical. S'il n'existe pas encore de définition officielle, d'après les réflexions disponibles à ce jour, nous pouvons néanmoins qualifier les SNP en médecine générale de demandes de soins non planifiées prises en charge par les cabinets des médecins généralistes libéraux pendant les horaires d'ouverture du cabinet, avec ou sans prise de rendez-vous préalable, qu'il s'agisse d'une urgence au sens médical strict ou bien d'une urgence ressentie par le patient, l'incitant à demander une prise en charge rapide (25).



*Figure 1 : Représentation schématique des SNP. (25)*

Selon le rapport 2018 du député Thomas Mesnier se basant sur les résultats de l'enquête 2013 de la DREES portant sur les urgences hospitalières, environ 43 % des passages aux urgences auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste ou spécialiste le jour même ou le lendemain. A condition, pour un peu plus de 8 % d'entre eux, que le médecin ait la possibilité de faire pratiquer des examens complémentaires le jour même (26).

D'après le rapport 2019 de la cour des comptes, près de 20 % des SNP pris en charge dans les Services d'Accueil d'Urgences (SAU), en dehors des horaires de la PDSA, relèveraient de la médecine générale. Les chiffres publiés par l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE) en 2015 retrouvent un taux comparable de consultations inappropriées selon la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) (27,28).

Cette saturation des SAU par des SNP pouvant relever d'une prise en charge ambulatoire fait écho à la thèse de Dr Benamu réalisée sur les SNP aux urgences de Brignoles. Il a constaté que parmi les passages au SAU ayant abouti à un retour à domicile, près de 70 % ont eu lieu pendant les horaires d'ouverture des cabinets. Par ailleurs, parmi ces passages qualifiés d'ambulatoires, ayant lieu en dehors des horaires de PDSA, plus d'un quart n'a pas nécessité d'acte diagnostique ou thérapeutique (26 %). Ainsi, non loin de 13 % des actes auraient pu être assurés par un médecin généraliste. Dr Benamu va plus loin dans une étude complémentaire où il expose que près de la moitié (47 %) des passages ambulatoires en SAU de patients valides auraient pu être pris en charge par une consultation de SNP ouverte en journée et fonctionnant sur le modèle des Maisons Médicales de Garde (MMG). Celles-ci sont fixes, le plus souvent satellites des SAU, créés au début des années 2000 dans le cadre de la restructuration de la permanence des soins et ont pour vocation d'assurer une activité de consultation médicale non programmée, sur la base de prestations de médecine générale, uniquement aux heures de la permanence des soins (29,30).

Finalement, cette étude souligne une nouvelle fois le caractère inapproprié d'une grande majorité des passages aux urgences et suggère que ces patients soient redirigés vers la médecine de ville, a fortiori si l'accès aux examens complémentaires de première nécessité en est facilité.

Par comparaison, d'après les résultats de la DREES de 2007, les demandes de SNP représenteraient 12 % de l'activité totale des médecins libéraux. La gestion du surplus de ce type de demande aux heures d'ouverture des cabinets semble problématique pour une médecine générale déjà très (trop) sollicitée, entraînant une difficulté d'accès aux soins et une saturation des services d'urgences (26,27).

Selon les chiffres de 2019 du panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale mis en place par la DRESS, ces demandes représentent plus de 30 % de l'activité d'une semaine ordinaire pour quatre médecins généralistes sur dix. Huit médecins généralistes sur dix déclarent organiser leur activité afin de prendre en charge ces demandes quotidiennement, en proposant par exemple, des plages de consultations sans rendez-vous : 45 % des médecins généralistes interrogés en proposent au moins une fois par semaine. Plus de la moitié des cabinets offrent une prise en charge des soins non programmés en permanence. Près de trois généralistes sur dix répondent à la totalité des demandes de SNP et 45 % à plus de la moitié. Pour ce type de demandes, les généralistes reçoivent plus souvent le jour même les patients dont ils sont les médecins traitants, que les autres. Lorsqu'ils ne peuvent répondre à de telles demandes, la moitié des médecins généralistes réorientent vers le secteur libéral et un quart d'entre eux vers les urgences ou les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) (31).

Selon le rapport sénatorial de 2017, un indicateur supplémentaire d'une médecine de ville débordée par la demande de SNP, est le développement en continu de l'activité de l'association SOS Médecins. Son cœur de métier résidait traditionnellement dans les prises en charge complémentaires de celles du médecin traitant, c'est-à-dire le soir et le week-end. Les pics d'appel interviennent ainsi entre 8h et 10h puis entre 17h et 20h, c'est à dire avant et après les journées de travail, mais toujours aux horaires d'ouverture des cabinets libéraux. L'activité de continuité des soins de l'association a augmenté de 35 % sur les quatre dernières années (32).

Coordonner l'offre de soin qui s'amenuise afin d'optimiser la réponse à la demande croissante de SNP est un défi essentiel pour l'ensemble des acteurs de la santé dans leur mission d'assurer un accès pérenne aux soins primaires.

## **II Coordination de l'offre de soin**

### **1 Restructurer l'offre de soin**

La réorganisation de l'exercice médical au sein de la médecine générale se présente donc comme une solution incontournable. Elle est fortement encouragée par les pouvoirs publics afin d'assurer l'accessibilité aux soins primaires, d'éviter les recours inappropriés aux urgences et d'améliorer le suivi du nombre grandissant de pathologies chroniques impliquant une prise en charge pluridisciplinaire.

#### ***a Balbutiements : naissance des maisons de santé pluriprofessionnelles***

Les prémices de la restructuration du secteur des soins de premier recours, sont l'incitation parlementaire à la création de maisons de santé dès 2007. Elles résultent de l'équation entre les politiques de santé des pouvoirs publics (susmentionnés) et les modes d'exercice aujourd'hui majoritaires des professionnels en matière d'organisation des soins primaires, à savoir l'exercice en groupe, coordonné, favorisant un parcours de soins fluide pour les patients. Fortement encouragées depuis leur début, notamment au travers de financements alloués par la sécurité sociale, l'identité des maisons de santé ne sera clairement définie que deux ans plus tard, sous l'appellation de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) (33).

#### ***b Loi Hôpital Patient Santé Territoire : naissance des agences régionales de santé***

Cette volonté nationale de mieux coordonner l'offre de soin et de se défaire d'une gestion du système de santé jusqu'à présent trop centralisée, se cristallise en 2009 avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) (34).

Avant tout, cette loi fait émerger une nouvelle entité dans l'espace santé publique, les Agences Régionales de Santé (ARS), chaînon manquant dans un système de soin qui se réorganise pour donner davantage d'autonomie aux territoires, tout en souhaitant conserver une cohésion nationale dans l'exécution des décisions étatiques. Les ARS ont donc pour principales missions l'harmonisation à l'échelle régionale des politiques de santé et l'optimisation de l'offre de soin en tenant compte des spécificités propres à chaque territoire (34,35).

### ***c Loi Fourcade : clarification du rôle et du statut juridique des MSP***

En 2011, la loi Fourcade a clarifié le rôle des MSP parmi les différentes structures d'accès au soin primaire déjà existantes. Désormais, leurs missions sont véritablement définies à travers un projet de santé, élaboré par les professionnels de la structure, et respectant un cahier des charges déterminé par arrêté ministériel. Elles englobent, l'activité de soin de premier, voire de second recours, la participation à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation à la santé (comme la formation du personnel médical en EHPAD) et enfin la participation à des actions sociales déterminées dans le projet de santé des ARS.

Parallèlement, cette loi attribue aux MSP le statut juridique de Structure Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), leur permettant de recevoir des financements collectivement et de les redistribuer entre les professionnels sous la forme d'honoraires ou de salaires (33,34).

### ***d Loi HPST 2.0 : naissance des communautés professionnelles territoriales en santé***

La loi HPST s'est modernisée en 2016 sous l'impulsion des pouvoirs publics souhaitant mettre l'accent sur le décloisonnement du système de soin, avec une coordination plus efficace des acteurs du soin primaire, et adapté aux nécessités de chaque territoire. S'inspirant directement du modèle des MSP susmentionné, une nouvelle structure émane de la loi HPST visant à renforcer l'exercice en groupe des médecins généralistes et à faciliter la coopération interprofessionnelle : les Communautés Professionnelles Territoriales en Santé (CPTS). Ces dernières sont présentées comme principale solution organisationnelle pour répondre de manière homogène sur l'ensemble des territoires au besoin d'accès aux soins de premier recours, tout particulièrement dans la gestion des SNP, et favoriser un parcours de soin efficace pour les patients. C'est dans ce cadre d'action que vient s'inscrire le projet de santé de chaque CPTS, projet indispensable à sa création, et porté par les professionnels du soin qui souhaitent exercer en groupe sur un territoire préalablement défini, en accord avec le projet de soin régional supervisé par l'ARS (34,36).

Au même titre que pour les MSP, l'État encourage le développement des CPTS au travers de financements comme l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) créé en 2017 : en contrepartie de subventions allouées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), les professionnels de la structure signataires du contrat s'engagent à mener à bien un certain nombre d'actions obligatoires inscrites dans le projet de santé des ARS, voulues par les réformes du système de soin. Ces engagements s'articulent autour de trois axes : d'abord l'accès aux soins avec une permanence de 8H à 20H y compris le samedi matin et des plages horaires quotidiennes d'accueil des SNP, puis le travail en équipe et la coordination interprofessionnelle passant par exemple par la création d'un contrat d'Infirmier en Poste Avancé (IPA), et enfin le développement d'un système d'information partagé informatisé et sécurisé (37,38).

## *e Bilan actuel et évolutions futures : plan de réformes « Ma Santé 2022 »*

D'après les chiffres de la DREES début 2022, 20 % des médecins généralistes libéraux déclarent faire partie d'une CPTS en fonctionnement, contre 7 % début 2019. 12 % déclarent faire partie d'une CPTS au stade de projet et 14 % souhaiteraient en faire partie (39).

Selon la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), en décembre 2022, 756 CPTS sont recensées, quelque soit leur niveau de développement, et couvrent 68 % de la population française. Parmi elles, plus de la moitié (389) sont en fonctionnement avec l'ACI signé (40).

Cette dynamique devrait se poursuivre, une nouvelle fois soutenue par les pouvoirs publics et l'entrée en vigueur du plan de réformes « ma santé 2022 ». Ce plan est un des fondements de la nouvelle stratégie relative à l'Organisation et Transformation du Système de Santé initiée en 2018 (loi OTSS), qui a pour projet de réaliser un maillage complet du territoire français, avec un objectif affiché de 1000 structures fonctionnelles à l'horizon 2023 (41).

## **2 « Les bons outils font les bons ouvriers »**

Parallèlement au développement de ces nouvelles structures, pour leur permettre de mener à bien les objectifs en santé et de favoriser le décloisonnement de l'exercice médical, de nouveaux outils sont à l'étude en particulier dans le domaine numérique. Sans détailler l'ensemble des nouvelles aides logistiques déployées pour organiser le système de soin, nous évoquerons l'inevitable virage numérique en santé et les plateformes téléphoniques spécialisées dans la gestion des demandes de SNP.

### *a Virage numérique : les outils de demain*

Le virage numérique en santé opéré depuis 2019 par les pouvoirs publics, accéléré par la pandémie de la COVID-19 avec la création en septembre 2019 de l'Agence Numérique en Santé (ANS), a pour priorité d'encourager le décloisonnement du système de soin, en facilitant l'accès à l'information médicale et la communication interprofessionnelle. L'ANS a pour vocation de piloter la transition vers le numérique du système de santé, aux côtés des acteurs professionnels concernés des secteurs sanitaire, social et médico-social, privés comme publics, mais aussi auprès des usagers (42).

Un canal numérique unique de communication sécurisé offrant un échange rapide d'informations médicales et permettant une véritable coordination interprofessionnelle est mis en place, avec l'espace Messagerie Sécurisée en Santé (MSSanté) (43).

Cet outil facilitant les échanges interprofessionnels a récemment été intégré à l'Espace Numérique en Santé (ENS) , créé par décret ministériel en 2021, qui met à disposition de tous les Français depuis janvier 2022 l'ouverture d'un compte sur le site <https://www.monespacesante.fr/>. Cet ENS se charge de centraliser de manière sécurisée les données de santé des patients, regroupant notamment la MSSanté et surtout le Dossier Médical Partagé (DMP) (44).

Initialement nommé dossier médical personnel lors de sa création en 2004 dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie, il connaît un développement laborieux, et après de nombreux freins techniques et juridiques son déploiement sera même suspendu fin 2012. Le DMP est véritablement relancé en 2016 avec la loi de modernisation du système de santé (HPST). Revalorisé comme carnet de santé numérique, son rôle est avant tout de favoriser la collaboration interprofessionnelle, de fluidifier les parcours de soin, d'éviter les doublons de prescription d'examen complémentaires et les interactions médicamenteuses, et de responsabiliser le patient qui a le droit de regard sur son dossier. Dès lors, le DMP connaît enfin le succès attendu avec un peu plus de 10 % de la population adulte (plus de 16 ans) couverte courant 2021. Soutenu par les réformes successives du virage numérique en santé, le DMP demeure au centre du projet ENS inauguré début 2022 (45,46).

#### ***b Vers un modèle unique de régulation des SNP : le Service d'Accès au Soin***

Vient s'ajouter à la restructuration et à la numérisation, la multiplication des numéros d'appel pour la gestion des demandes de SNP. Les plateformes téléphoniques ont toutes pour principale mission d'absorber, filtrer et orienter la demande de soin, afin d'associer à cette demande la prise en charge la mieux adaptée pour chaque patient. La pluralité de ces numéros d'appel observée aujourd'hui (15, 17, 18, 112, SOS médecin, 116-117...etc) aurait tendance à brouiller davantage la population dans les possibilités de recours aux SNP. Aussi, d'après l'enquête de la DREES en 2013 sur les urgences hospitalières, force est de constater qu'une très large majorité des usagers ne savent pas comment appeler le centre 15 de façon appropriée, puisque seulement 15 % ont composé le numéro du SAMU ou des pompiers avant de se rendre aux urgences (27,47).

D'après le médecin urgentiste et ex-député charentais Thomas Mesnier, rapporteur du plan gouvernemental de refondation des urgences en 2019 aux côtés du professeur Pierre Carli (Président du conseil national de l'urgence hospitalière), cette situation illustre un manquement de la régulation en amont, c'est à dire avant toute sollicitation de la structure de soin par le patient. La refonte de cette régulation est une piste fortement encouragée par les pouvoirs publics afin de remédier au recours inapproprié aux SAU ; elle est également soutenue par la médecine d'urgence qui dénonce une régulation trop peu efficace à l'accueil des services (48).

En avril 2017, dans les Pays-de-la-Loire, en Normandie et en Corse le numéro « 116-117 » est lancé pour tenter de centraliser via un numéro unique les SNP, hors des horaires de la PDSA, afin de soulager les urgences. Ces 3 régions pilotes ont alors pour mission d'expérimenter une plateforme d'appel unique, pour la première fois dédiée spécifiquement à la médecine ambulatoire, et gérée par l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux (URPSML) du Grand-Est avec le soutien financier de l'ARS Grand-Est. Au bout du fil, un médecin généraliste en secteur libéral apporte une réponse à une demande de soin urgent ne relevant pas de l'urgence grave ou vitale (auquel-cas le patient serait redirigé vers le centre 15) (49).

En 2018, bien que 34 % des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM), en dehors des 3 régions pilotes, soient favorables à son déploiement, l'extension du « 116-117 » sur l'ensemble du territoire est suspendue. Et ce, dans l'attente des conclusions de la mission conjointe confiée à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et à l'Inspection Générale de l'Administration (IGA), visant à définir les meilleurs scénarii de plateformes régulant l'accès aux services d'urgence et l'orientation des patients dans le système de santé (27,50).

Les conclusions de cette mission, rapportées fin 2018, privilégient soit le maintien des numéros actuels, avec un effort de modernisation technique et organisationnelle, soit la création d'un numéro unique. Ce dernier devrait fusionner le « 15 », le « 17 » et le « 18 » dans le « 112 » (numéro d'appel d'urgence européen unique), à condition d'associer le « 112 » à des plateformes de premier niveau de « dé-bruitage/orientation des appels » capables de déclencher au besoin l'envoi des moyens du Système Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) (51).

En dernière analyse, ces instances ne sont pas parvenues à trancher la question et le débat sur un numéro d'appel unique pour les gouverner tous reste entier.

En revanche, à l'instar de nos voisins européens, un modèle de centre d'appel unique émerge en France sous la forme du Service d'Accès aux Soins (SAS) décrit dans le rapport du Dr Mesnier. Le SAS devient la première mesure du pacte de refondation des urgences lancé par Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn en septembre 2019 (52).

Son rôle est d'apporter 24h/24, 7j/7 et 365j/an une première réponse à la demande urgente de soin sur l'ensemble du territoire, luttant ainsi contre les inégalités territoriales, et il doit devenir un prérequis à toute sollicitation des SAU. Le SAS n'a pas pour mission de se substituer à la médecine de premier recours, mais il doit plutôt proposer une gestion en journée des SNP au sens général, en continuité avec la PDSA déjà présente. Fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les médecins généralistes libéraux et les médecins urgentistes hospitaliers, en lien avec les services de secours, le SAS doit permettre aux citoyens, dès juin 2020, de pouvoir accéder à tout moment et n'importe où en France à un professionnel de santé. Ce dernier, apporte des réponses allant du conseil à la téléconsultation, ou oriente le patient selon son état de santé vers une consultation en médecine ambulatoire

dans les 24 heures ou vers un service d'urgence, et mobilise une Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ou un transport sanitaire si nécessaire.

Telle que décrite par Dr Mesnier, « la régulation ainsi généralisée doit devenir, avec et comme le médecin traitant, un élément structurant et obligatoire du parcours de soin ».

In fine, la vocation du SAS est d'organiser un ensemble de réponses facilement accessibles, structurées en deux volets : d'une part la prise en charge de l'urgence vraie, au sens médical du terme, et d'autre part la prise en charge des demandes de SNP relevant de la médecine ambulatoire, qu'elle soit libérale ou salariée. La facilité d'accès au SAS résidant dans la création d'un numéro d'appel unique, le rapporteur Mesnier Thomas propose le « 113 », permettant de joindre un « guichet [téléphonique] unique », terme emprunté au modèle anglo-saxon « front office ». Des Assistants de Régulation Médicale (ARM) auront à charge d'accueillir les appels, puis de qualifier le degré d'urgence des demandes dans les plus brefs délais, afin d'orienter vers le parcours de soin le plus pertinent, relevant soit de l'Aide Médicale d'Urgence (AMU) soit de l'organisation ambulatoire des SNP (48).

Dans ce climat fluctuant relatif à la réorganisation de l'accès au soin primaire à l'initiative des pouvoirs publics soutenus par le secteur hospitalier, la médecine générale propose depuis quatorze ans un mode organisationnel qui semble faire ses preuves dans la gestion des SNP en journée : la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS).

### **III Le projet PAIS**

#### **1 Présentation**

Ce nouveau mode organisationnel, PAIS, est également nommé Païs variante de « pays ». Cette deuxième appellation illustre sa vocation à organiser l'offre de soin à l'échelle d'un bassin de vie dépassant le cadre traditionnel de la commune. Ce projet s'inscrit parmi les nombreuses propositions de loi de ces vingt dernières années, évoquées précédemment, autour du décloisonnement de notre système de santé par la restructuration de l'accès au soin primaire.

C'est donc en 2008 dans le département du Loir et Cher que le projet PAIS voit le jour. Il a été pensé par deux hospitaliers : le Dr Gbadamassi Isaac, anesthésiste-réanimateur et praticien hospitalier au SAMU 41, et Mr Expert Patrick, directeur adjoint du Centre hospitalier de Blois et spécialiste des questions de financement (53).

A ce jour, le dispositif PAIS est déployé uniquement dans le Loir-et-Cher, sur 3 secteurs distincts impliquant 35 médecins, et dans l'Est-Béarn, ce qui en fait un dispositif totalement innovant et encore méconnu (54).

## 2 Objectifs principaux

Le rôle du dispositif PAIS est avant tout de réorganiser une offre médicale de proximité, permettant d'assurer une permanence des soins hors horaires de la PDSA et de répondre aux demandes de SNP en journée.

Des missions de prévention et d'éducation à la santé de la population couverte par le réseau viennent compléter l'offre médicale de proximité optimisée. Elles s'intègrent dans la prise en charge globale de pathologies chroniques fréquentes telles que la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) ou le diabète.

Une mission de formation par les médecins de la PAIS auprès du personnel des maisons de retraite du territoire est également attendue. Dans ce cadre, la PAIS s'engage également à améliorer l'accès et la qualité des soins envers les personnes âgées, qu'elles soient résidentes en EHPAD ou à domicile.

Ainsi cette offre globale de soin souhaiterait limiter au maximum les recours abusifs au système hospitalier générant des dépenses de santé évitables et lutter contre la désertification médicale en proposant un aménagement attractif de l'exercice médical pour les jeunes médecins (53,54).

## 3 Fonctionnement

Un des atouts majeurs de la plateforme repose sur une organisation déjà existante facilitant son déploiement. La plateforme met en réseau les médecins généralistes d'un même territoire, exerçant en cabinet, seuls ou en groupe. Elle ne nécessite donc pas la création de nouveaux locaux.

Ce regroupement à distance est avant tout rendu possible grâce à la mutualisation du secrétariat qui devient commun aux médecins du dispositif. Ce secrétariat se trouve renforcé par une formation auprès du SAMU (ou centre 15) lui apprenant à filtrer et orienter les demandes de SNP. La mise en réseau des généralistes implique également un partage de l'information médicale : la qualité de la prise en charge des patients quel que soit le médecin, requiert aussi un renforcement des outils numériques facilitant le partage sécurisé des dossiers médicaux entre les professionnels du réseau.

Les médecins généralistes adhérant à la PAIS s'engagent à tour de rôle à exercer dans ces conditions afin d'assurer la prise en charge des demandes imprévues diurnes, selon un calendrier d'« astreintes » prédéfini. Ainsi, par l'aménagement de plages horaires dédiées, le dispositif permet de 8h à 20h en semaine et le samedi matin de 8h à 12h la gestion des patients imprévus ayant pour médecin traitant l'un des membres de la PAIS.

Finalement grâce à ses outils performants et à sa gestion optimale des demandes imprévues, la plateforme doit faciliter l'exercice médical et ainsi libérer pour ses médecins du temps

médical, leur permettant de mener à bien les missions de prévention, d'éducation et de formation définies dans le projet régional de santé (53,54).

## **4 Financement**

La PAIS est financée dans le cadre d'un contrat local de santé signé entre l'ARS, les collectivités territoriales et les médecins généralistes impliqués dans le projet. Ce contrat s'inscrit dans l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé instigateurs de projets améliorant l'offre de soin, voulue par la loi de financement de la sécurité sociale de 2008. Selon des modalités prédéfinies, les financements sont assurés principalement par les acteurs du domaine public mais peuvent aussi venir du domaine privé, comme c'est le cas en Loir-et-Cher (53,55).

Initialement, les financements publics impliquent à la fois l'ARS, les collectivités territoriales avec les communautés de communes et la CPAM. Par l'intermédiaire du Fonds d'Intervention Régional (FIR), l'ARS finance le renforcement du secrétariat (formation SAMU et élargissement de la permanence) et prévoit notamment une aide à l'embauche d'une secrétaire médicale à hauteur de 340 euro par mois et par médecin. Un paiement forfaitaire à hauteur de 100 euro par astreinte est financé d'emblée par les communautés de communes. La CPAM quant à elle, s'engage à financer les actions de prévention et de formation du personnel des maisons de retraite du territoire par l'intermédiaire de son Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaires (FNPEIS). Au bout de trois ans, si la PAIS porte ses fruits, les communautés de communes prennent le relais des financements assurés jusque là par l'ARS (53,56).

Même s'ils ne sont pas comparables à ce jour aux financements publics, il est pertinent de souligner l'existence de financements provenant de structures privées (Mutualité Française Centre-Val de Loire et Harmonie Mutuelle) pour la plateforme du Loir-et-Cher. Ils concernent le pilotage, les études afférentes à l'organisation et apportent une aide matérielle pour les rencontres avec des partenaires médico-sociaux (53,56).

Les exemples de financements susmentionnés ne sont pas exhaustifs, mais permettent d'avoir une idée des acteurs impliqués et de leurs motivations.

## **5 Parcours patient**

Dans un contexte où le bon usage des divers numéros d'appel peut s'avérer complexe pour les patients, l'accès au soin via la PAIS se veut en revanche le plus simple possible.

Un patient bénéficiant d'une consultation d'imprévu va effectuer le parcours suivant :

- comme à son habitude, il appelle d'abord le secrétariat de son médecin traitant
- si ce dernier n'a pas la possibilité de lui proposer une consultation le jour même, il est alors transféré par téléphone vers le secrétariat PAIS du médecin d'astreinte
- le secrétariat PAIS accueille l'appel du patient, l'oriente vers la réponse de soin la plus pertinente et si nécessaire lui propose une consultation avec le médecin PAIS d'astreinte ce jour là
- le patient se rend à la consultation au cabinet du médecin PAIS à l'heure du rendez-vous fixé (54).

## 6 Spécificité de la plaine de Nay

Face à la volonté de certains médecins généralistes de la plaine de Nay de mettre en place un dispositif commun de gestion des patients imprévus, la PAIS a été importée et adaptée aux besoins locaux en accord avec la Communauté de Communes de la Plaine de Nay (CCPN).

Pour ce faire, une MSP avec le statut de SISA multisites a vu le jour en 2017 regroupant 7 cabinets médicaux distincts comprenant 12 médecins généralistes. Un partage des dossiers médicaux des patientèles de chaque médecin membre a été fait grâce à l'utilisation dans chaque cabinet d'un même logiciel médical en ligne sécurisé (WEDA©).

La CCPN étant très étendue avec une superficie de 325 km<sup>2</sup>, l'objectif principal de l'exportation du dispositif était de maintenir le maillage territorial tel qu'il existait avec ses différents cabinets médicaux se situant tous à proximité d'une pharmacie. En d'autres termes l'atout organisationnel majeur, déjà souligné, de la plateforme originale du Loir-et-Cher a permis un déploiement adapté à la structuration médicale de la plaine de Nay. Ainsi la PAIS pérennise l'offre de soin de proximité et évite aux patients de parcourir de nombreux kilomètres pour bénéficier d'une consultation médicale et de l'accès à une pharmacie (54).

Le déploiement de la plateforme sur le territoire nayais a également pour objectif de permettre aux médecins ayant un exercice isolé de mutualiser leurs consultations imprévues afin d'améliorer leurs conditions de travail et de proposer à leurs patients une meilleure continuité des soins (54).

Le financement de la plateforme présente également des spécificités propres au pays nayais. En effet, à la suite de la création de la SISA, la PAIS en tant qu'association loi de 1901, obtient des subventions publiques de l'assurance maladie via l'ARS Nouvelle-Aquitaine. La plateforme de la plaine de Nay a la particularité de bénéficier aussi d'un financement local via la communauté de communes qui reverse 1 € par habitant du canton au dispositif. Ces financements supplémentaires permettent avant tout de développer le secrétariat médical, avec

la formation par le SAMU sur la gestion des SNP et avec l'élargissement horaire de la permanence renforcée du secrétariat de 8 h à 20 h. Cela présente un avantage non négligeable pour les médecins du dispositif qui jusqu'à présent exerçaient de façon isolée, avec un télésecrétariat aux plages horaires réduites (54).

Ainsi en 2018 le déploiement de la PAIS au sein de la CCPN lui a valu le label bronze des territoires innovants (57).

## **IV Justification de recherche**

Compte tenu des difficultés actuelles pour les patients d'accéder dans des délais brefs à une offre de soin, un dispositif tel que la plateforme PAIS, proposant une réponse rapide aux demandes imprévues quotidiennes, devrait offrir aux patients une solution satisfaisante.

Les travaux réalisés jusqu'à maintenant sur le dispositif PAIS ont montré qu'il répond de façon pertinente à la gestion diurne des SNP pour la médecine générale. Il permet de désengorger les SAU, d'apporter une offre de soin de meilleure qualité aux personnes âgées et de moderniser l'exercice médical de proximité selon les codes des jeunes générations de médecins (54,56,58,59).

Il semble donc, aux travers de ces travaux quantitatifs examinant le point de vue des professionnels en santé, que PAIS est une innovation pertinente ayant toute sa place dans l'éventail d'offres de soin.

Cependant, aucune étude ne s'est encore penchée sur le vécu par les patients des consultations d'imprévus proposées par la PAIS.

## **V Question de recherche**

Quelle est la perception par les patients de la plateforme alternative d'innovation en santé déployée dans la communauté de communes de la plaine de Nay pour gérer les demandes imprévues ?

## **VI Objectifs de l'étude**

### **1 Objectif principal**

L'objectif principal de l'étude est d'explorer le ressenti des patients concernant l'ensemble de leur prise en charge dans le cadre de soins non programmés via la PAIS.

### **2 Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires de l'étude sont d'explorer les attentes et les représentations des patients vis à vis de la plateforme PAIS et leurs suggestions d'amélioration afin d'optimiser ce dispositif.

# BIBLIOGRAPHIE

1. DREES, Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. (page consultée le 10/11/2023). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?, [Internet].  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>
2. Assemblée Nationale, Garot G. (page consultée le 12/05/2023). Rapport n°4895 enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 janvier 2022. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi d'urgence contre la désertification médicale, [Internet].  
[https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4895\\_rapport-fond#](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4895_rapport-fond#)
3. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Etud Résult DREES. 2017;(1011):1-6.
4. DREES, Barlet M, Chaput H, Marbot C, Monziols M. (page consultée le 15/05/2023). Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de médecins, [Internet].  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/demographie-des-professionnels-de-sante-qui-sont-les-medecins-en-2018-quelle>
5. CNOM DATA. (page consultée le 10/11/2023). Exercice professionnel – Commission jeunes médecins – Etude sur l'installation des jeunes médecins - 2019, [Internet].  
[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_enquete\\_installation.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_enquete_installation.pdf)
6. Niel X, Vilain A. Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques. Etud Résult DREES. 2001;(114):1-8.
7. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes : une synthèse des données disponibles. Questions d'économie de la santé IRDES. 2009; (144):2-8.
8. Jakoubovitch S, Bournot MCh, CERCIER E, Tuffrau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etud Résult DREES. 2012;(797):1-8.
9. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Etud Résult DREES. 2019;(1113):1-2.
10. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociol Prat. 2007;14(1):19-30.
11. Donnio J. Les déterminants du temps de travail des médecins généralistes en Savoie. Thèse de doctorat en médecine générale : Grenoble : 2019.

12. Dujardin J. Étude descriptive quantitative concernant l'activité des médecins généralistes issus des promotions 2017-2020 et 2018-2021 de l'université de Nantes lors de leurs premières années d'exercice. Thèse de doctorat en médecine générale : Nantes : 2022.
13. Dabi F, Legrand F. (page consultée le 12/11/2023). Les jeunes et la valeur travail. Inst Fr Opin Publique pour Marianne, [Internet]. <https://www.ifop.com/publication/les-jeunes-et-la-valeur-travail/>
14. CNOM, Arnault F. (page consultée le 12/11/2023). Situation au 1er janvier 2023, Atlas de la démographie médicale en France, [Internet]. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/b6i7b6/cnom\\_atlas\\_demographie\\_2023.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf)
15. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 20/11/2023). Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2022, [Internet]. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/ryu87g/cnom\\_rapport\\_pdsa\\_2022.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/ryu87g/cnom_rapport_pdsa_2022.pdf)
16. CNOM, Arnault F. (page consultée le 12/11/2023). Situation au 1er janvier 2022, Atlas de la démographie médicale en France, [Internet]. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/11jksb5/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2022\\_tome\\_1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf)
17. ARS Nouvelle-Aquitaine. Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine, Diagnostic territorial Pyrénées-Atlantiques. Pôle Etudes Statistiques et Evaluation. 2017;1:1-100.
18. Presence medicale 64. (page consulté le 23/05/2024). Chiffres clés du dispositif. [presencemedicale64.fr](https://www.presencemedicale64.fr), [internet]. <https://www.presencemedicale64.fr>
19. Garnier C, Da Silva O. Santé des habitants de l'Est Béarn élaboré dans le cadre du contrat local de santé. Observatoire régional de la santé Nouvelle-Aquitaine. 2018 déc;051:1-31.
20. Contrat Local de Santé Est-Béarn. (page consulté le 23/05/2024). Contrat Local de Santé Est-Béarn 2019-2022, [Internet]. [https://www.cclb64.fr/\\_files/ugd/4486ee\\_1ad545414f4d4993a99557205b556323.pdf](https://www.cclb64.fr/_files/ugd/4486ee_1ad545414f4d4993a99557205b556323.pdf)
21. Athari E, Papon S, Robert-Bobée I. Eclairage - Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers. Insee Références; 2019.
22. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070. Insee Première. 2016;1(1619):1-4.
23. Grangier J, Mikou M, Roussel R, Solard J. Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015. Etud Résult DREES. 2017; (1025):1-6.
24. 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.

25. Union Régional des Médecins Libéraux des Pays de la Loire, ORS Pays de la Loire. (page consulté le 12/11/2023). Décembre 2017, fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville, revue de littérature, [internet].  
[https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2017\\_PDF/2017\\_frequence\\_SNP\\_urml\\_note.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2017_PDF/2017_frequence_SNP_urml_note.pdf)
26. Mesnier T. (page consultée le 12/05/2023). Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires. Rapport de Thomas Mesnier Député de Charente, remis à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé, Paris, mai 2018, [Internet]. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf)
27. Cour des Comptes. (page consultée le 20/11/2023). Rapport public annuel 2019 - Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités, [Internet].  
<https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
28. Berchet C. Emergency Care Services : Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. OCDE. 2015;(83):1-49.
29. Benamu W. Évaluation de la part des soins non programmés qui pourraient relever d'une prise en charge ambulatoire assurée par le Service des Urgences de l'Hôpital de Brignoles (Centre-Var) et impact sur les perspectives d'offres alternatives libérales et ambulatoires pour leur prise en charge. Thèse de doctorat en médecine générale : Marseille : 2020.
30. Sante.gouv.fr, Bulletin Officiel N°2007-4 : annonce N° 68. (page consultée le 12/03/2024). Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/01/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire, [internet].  
<https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
31. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P, et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. Etud Résult DREES. 2020;(1138):1-6.
32. Cohen L, Génisson C, Savary RP. (page consultée le 17/03/2024). Sénat, session extraordinaire de 2016-2017, rapport N° 685 - Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé, [internet]. <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>
33. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. Rev Fr Adm Publique. 2017;164(4):887-902.
34. Calvez C. (page consultée le 103/2024). La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Dossier documentaire de l'Ecole des Hautes Etudes En Santé Publique, [Internet]. <https://documentation.ehesp.fr/ajax.php?module=cms&categ=document&action=render&id=702>

35. ARS.santé. (page consultée le 08/03/2024). Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé, [Internet]. <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
36. Le Bouler S, Raynaud J. (page consultée le 10/03/2024). Concours pluripro, le magazine de l'exercice coordonné. MSP et CPTS, des organisations efficaces pour l'accès aux soins ? 10 mars 2021, [internet]. <https://www.concourspluripro.fr/exercice-pluriprofessionnel/coordination/msp-et-cpts-des-organisations-efficaces-pour-lacces-aux>
37. Fédération des Maisons et Pôles de Santé en Île-de-France. (page consultée le 17/03/2024). L'ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel, [internet]. <https://www.femasif.fr/laci-accord-conventionnel-interprofessionnel/>
38. L'Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire. (page consultée le 17/03/2024). Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI). L'ACI : qu'est ce que c'est ?, [internet]. <https://www.apmsl.fr/ressources/accord-conventionnel-interprofessionnel-aci>
39. Bergeat M, Vergier N, Verger P. Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale. Etud Résult DREES. 2023; (1268):1-5.
40. Santé.gouv, Certain MH, Lautman A, Gilardi H. (page consultée le 10/11/2023). Rapport "Tour de France des CPTS" 2023, [Internet]. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_mission\\_tour\\_de\\_france\\_des\\_cpts\\_28062023\\_vf.2\\_2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_tour_de_france_des_cpts_28062023_vf.2_2.pdf)
41. Calvez C. (page consultée le 10/11/2023). « Ma Santé 2022 » et la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé n°2019-774 du 24 juillet 2019 (dite loi OTSS). Ecole Hautes Etudes En Santé Publique, [Internet]. <https://documentation.ehesp.fr/ajax.php?module=cms&categ=document&action=render&id=847>
42. Ministère du travail, de la santé et des solidarités, Agence du Numérique en Santé. (page consultée le 16/03/2024). L'ANS au cœur de la transformation numérique en santé, [interne]. <https://esante.gouv.fr/lagence>
43. Ministère du travail, de la santé et des solidarités, Agence du Numérique en Santé. (page consultée le 16/03/2024). MSSanté, [internet]. <https://esante.gouv.fr/produits-services/mssante>
44. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (page consultée le 16/03/2024). Mon Espace Santé - Le carnet de santé numérique de tous les citoyens, [internet]. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/e-sante/mon-espace-sante/article/mon-espace-sante-le-carnet-de-sante-numerique-de-tous-les-citoyens>
45. République Française, vie-publique. (page consultée le 16/03/2024). Du dossier médical partagé à Mon espace santé, [Internet]. <http://www.vie-publique.fr/eclairage/18471-du-dossier-medical-partage-mon-espace-sante>
46. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (page consultée le 16/03/2024). Dossier médical partagé (DMP), [internet]. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/e-sante/mon-espace-sante/article/dossier-medical-partage-dmp>

47. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Etud Résult DREES. 2014;(889):1-8.
48. Mesnier T, Carli P. (page consultée le 10/11/2023). Rapport de décembre 2019 : "Pour un Pacte de Refondation des Urgences", [Internet]. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_pour\\_un\\_pacte\\_de\\_refondation\\_des\\_urgences\\_2019-058r.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_pour_un_pacte_de_refondation_des_urgences_2019-058r.pdf)
49. Un Médecin 116 117. (page consultée le 20/03/2024). Un Médecin 116 117, pourquoi , comment ? Un Médecin 116 117 : contre l'engorgement des urgences, [Internet]. <https://www.un-medecin.fr/>
50. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 12/11/2023). Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018, [Internet]. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_rapport\\_pdsa\\_2018.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf)
51. Société Française de médecine d'Urgence. (page consultée le 22/03/2024). Numéros d'urgence : la mission IGAS-IGA privilégie un scénario à un numéro unique, [Internet]. [https://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/numeros-d-urgence-la-mission-igas-iga-privilegie-un-scenario-a-un-numero-unique/new\\_id/61480](https://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/numeros-d-urgence-la-mission-igas-iga-privilegie-un-scenario-a-un-numero-unique/new_id/61480)
52. Buzyn A, Ministère des solidarités et de la santé. (page consultée le 22/11/2023). Pacte de refondation des urgences, 9 septembre 2019, [Internet]. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/\\_urgences\\_dp\\_septembre\\_2019.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf)
53. Thavaud Julien, Fradet Stéphane. Mutualité Française Centre-Val de Loire. (page consultée le 05/12/2023). Pais, un dispositif pour une médecine de proximité en Loir-et-Cher. 16 novembre 2018, [Internet]. <https://centrevaleloire.mutualite.fr/communiqués/dossier-de-presse-pais/>
54. Guine C. Etude descriptive de l'activité de soin du médecin concernant les patients imprévus ayant consulté dans le cadre de la PAIS de la communauté de communes du pays de Nay. Thèse de doctorat en médecine générale : Bordeaux : 2022 ; 90.
55. Légifrance. LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. Dossiers législatifs, 2007.
56. Schick J. Etude comparative de l'incidence de PAIS (plateforme alternative d'innovation en santé) sur le recours aux urgences entre trois communautés de communes en Loir-et-Cher. Thèse de doctorat en médecine générale : Tours : 2016.
57. Les interconnectés Réseau des Territoires Innovants. (page consultée le 06/04/2024). Les Territoires Innovants 2018, [internet]. <https://www.interconnectes.com/intercotour-2018/>
58. Figwer T. Retentissement de la plateforme alternative en innovation santé (PAIS) sur la fréquentation aux services d'urgences de Blois et de Romorantin-Lanthenay entre 2009 et 2012. Thèse de doctorat en médecine générale : Tours : 2013.
59. Maugard P. Impact de PAIS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé) sur l'accès aux soins non-programmés des personnes âgées dans les EHPAD : étude sur trois secteurs en Loir-et-Cher. Thèse de doctorat en médecine générale : Tours : 2021.

## **B/ ARTICLE :**

**Étude du ressenti des patients  
concernant leur prise en charge dans le  
cadre de Soins Non Programmés par la  
Plateforme Alternative d'Innovation en  
Santé (PAIS) de la communauté de  
communes du pays de Nay.**

# INTRODUCTION

Depuis le début des années 2000, la France observe une diminution continue du nombre de ses diplômés en médecine. C'est tout particulièrement le cas dans le secteur de la médecine générale comparée aux autres spécialités médicales, ces dernières s'appuyant entre autres choses sur une proportion plus importante de médecins à diplômés étrangers.

Entre 2012 et 2021, le nombre de médecins spécialisés en médecine générale a chuté de 5,6 %. Cette pénurie de médecins s'explique avant tout par la baisse du *numerus clausus* entre le début des années 1970 et la fin des années 1990, associée au départ à la retraite des médecins formés avant les restrictions d'effectifs du *numerus clausus*.

Les médecins sont donc moins nombreux et inégalement répartis sur le territoire, mais ils privilégient aussi des modes d'exercice leur assurant un volume de travail moindre. En témoignent l'essor des modes d'exercice salarié ou mixte, mais également l'effectif croissant de retraités actifs et de médecins remplaçants, ces derniers exerçant à temps partiel. Globalement le rapport au travail change chez les jeunes générations, et l'image du médecin de famille exerçant à temps plein a vécu (1).

En parallèle, la population française continue de croître et de vieillir. D'ici 2040, un quart des citoyens auront 65 ans et plus, contre 18 % en 2013. Avec l'avancée en âge, le nombre de pathologies chroniques augmentent, et donc les besoins en santé aussi (2,3).

Ainsi se constitue un déséquilibre entre l'offre et la demande de soin, mettant à mal notre système de santé dans sa mission primordiale de garantir l'accès au soin. L'exemple le plus criant est la saturation des Services d'Accueil d'Urgences (SAU) par des recours inappropriés, où selon la Cour des Comptes, 20 % des passages en 2019 auraient pu relever d'une médecine ambulatoire dotée de moyens suffisants (4).

Afin de pallier ce déséquilibre, les pouvoirs publics et les professionnels en santé vont s'attacher en premier lieu à la restructuration cette offre de soin amoindrie. C'est donc au début des années 2000, également sous l'impulsion des jeunes générations de médecins désirant travailler en groupe, que de nouveaux lieux de soins voient le jour et en particulier avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009.

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) puis les Communautés Pluriprofessionnelles Territoriales en Santé (CPTS) deviennent alors les principales structures de soins de demain. Leur rôle est d'organiser l'offre de soins à l'échelle des territoires, en facilitant notamment le décloisonnement de l'exercice médical, afin d'assurer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge (5,6).

Optimiser l'offre de soin implique également le développement d'outils plus performants. A l'ère du virage numérique, l'Espace numérique en Santé (ENS) propose un échange sécurisé des données de santé, favorisant la communication interprofessionnelle et fluidifiant les parcours de soin. Le gouvernement, épaulé par la médecine d'urgence, défend également la création d'une plateforme téléphonique unique de régulation médicale, sous la forme du Service d'Accès au Soin (SAS). Cette plateforme propose de réorganiser le parcours des appels d'urgence, en se basant sur un partenariat équilibré entre la médecine d'urgence et la médecine générale. In fine, le SAS doit apporter à chaque demande urgente de soin une réponse médicale optimale, sollicitant au mieux le système de santé (7,8).

Dans ce contexte d'optimisation de l'offre médicale afin de contenir la demande de soin, la médecine générale est aussi à l'initiative. Depuis 2008, la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS) du Loir-et-Cher a fait ses preuves dans la gestion des Soins Non Programmés (SNP), réduisant les recours aux services d'urgences, et dans l'accès au soin pour les résidents des maisons de retraite (9–14).

En 2017, la PAIS fut déployée sur la plaine de Nay dans l'Est Béarn, par un collectif de médecins généralistes désireux de coordonner leur exercice pour une meilleure gestion des SNP. Ce territoire de l'Est-Béarn, dont la démographie médicale est proche du niveau national, fait partie des Pyrénées-Atlantiques, le long du littoral atlantique à l'ouest et de la frontière avec l'Espagne au sud. Il dispose de l'une des démographies médicales les plus avantageuses en France, en témoigne la croissance entre 2010 et 2021 de 9,7 % de ses effectifs de médecins généralistes ; ces derniers demeurent toutefois inégalement répartis, étant concentrés sur la côte basque (15–18).

Ne disposant à ce jour que de recherches quantitatives sur les services rendus par la PAIS, nous tenterons d'apporter un premier travail qualitatif par la recherche du vécu par les patients de leur consultation d'imprévu via la PAIS de la communauté de communes du pays de Nay.

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## I Type d'étude

### 1 Choix de la méthode qualitative

En centrant notre travail sur le vécu et son ressenti, nous avons fait le choix de chercher à comprendre plutôt qu'à mesurer, en laissant les patients s'exprimer librement. C'est pourquoi la méthode qualitative nous a semblé la plus pertinente, et plus particulièrement l'approche inductive globale ou encore par analyse thématique. Pour ce faire, nous avons utilisé la méthode décrite par D.R Thomas et reprise par M. Blais et S. Martineau (19,20).

### 2 Choix de l'entretien individuel semi-dirigé

Nous avons choisi de procéder à des entretiens semi-directifs, ce qui nous a permis d'être avant tout à l'écoute des patients, et de les interroger tout en pouvant orienter la conversation si nécessaire.

### 3 Guide d'entretien

Le guide d'entretien est structuré, composé de questions ouvertes, abordant les différents éléments de la prise en charge du patient via le dispositif PAIS. Il a été rédigé avec l'aide de l'investigateur principal et a été testé, en amont des entretiens, à la fois par l'investigateur principal et par un médecin remplaçant en médecine générale en post internat n'ayant pas connaissance de la PAIS. Cette période d'essai nous a permis de nous familiariser avec le rythme des interrogatoires et de nous assurer de l'intelligibilité des questions.

Le contenu du guide a été révisé au fur et à mesure de la collecte des verbatims et certaines des questions ont évolué entre le début et la fin des entretiens. Les premiers interrogatoires nous ont conduits à améliorer la formulation et la structuration des questions ouvertes.

In fine, le guide devait servir de trame afin de garantir une souplesse de réponse et la possibilité d'orienter, voire de recadrer nos interlocuteurs.

## **II Constitution de l'échantillon**

### **1 Population étudiée**

Pour être inclus dans l'étude, les patients devaient être majeurs, suivis par les médecins de la SISA du Pays de Nay, et avoir bénéficié d'une consultation via la plateforme PAIS.

Les critères d'exclusion étaient les patients majeurs protégés sous tutelle/curatelle et les patients mineurs.

### **2 Recrutement des patients**

Nous avons laissé auprès des secrétariats des cabinets médicaux membres de la PAIS une fiche informative sur le projet d'étude, à remettre aux patients ayant bénéficié d'une consultation d'imprévu, afin qu'ils puissent nous contacter.

### **3 Période et lieu de l'étude**

Notre étude s'est déroulée en pays de Nay, dans le territoire de l'Est-Béarn du département 64, et les entretiens ont eu lieu sur une période de 6 mois, de mars à août 2023.

## **III Méthode d'entretien**

Après une rapide remise en contexte du projet d'étude sur la PAIS et le recueil du consentement par signature manuscrite des patients, des questions ouvertes sur les différentes thématiques leur ont été posées à l'aide du guide d'entretien préétabli.

Les thématiques abordées s'articulaient autour du ressenti des patients sur la prise de rendez-vous imprévu, de celui sur la consultation avec le médecin de la PAIS et le cabinet médical où s'est déroulée la consultation, et pour conclure, sur le vécu global de la prise en charge et les suggestions éventuelles en vue d'améliorer le dispositif.

Même si aucune note n'a été prise au cours des entretiens, le but étant de converser de la manière la plus naturelle et fluide possible, la retranscription rapide des verbatims nous a permis d'apporter des éléments de langage non verbal.

Enfin, aucune limite de temps d'enregistrement n'a été imposée.

## **IV Réglementation éthique**

Notre étude n'impliquant aucune intervention sur la personne humaine, elle se situait hors de la loi Jardé et ne nécessitait donc aucune autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP).

Cependant, une analyse d'impact pour les traitements sensibles, ou « Privacy Impact Assessment » en anglais (PIA), conforme au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), a été soumise.

Nous avons simplement délivré une information orale aux participants, leur avons garanti l'anonymat et la suppression des enregistrements vocaux au terme de l'analyse des données, et avons recueilli leur consentement à participer par écrit, avec la possibilité de se rétracter de l'étude à tout moment.

## **V Recueil et analyse des données**

Les questions/réponses ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone et retranscrites intégralement sur un ordinateur portable à l'aide du logiciel de traitement de texte *Libreoffice Writer* sur le mode verbatim, de manière à ne pas dénaturer les propos du participant.

Une fois la collecte anonyme des verbatims obtenue, leur analyse a été faite selon une méthode inductive généralisée.

Nous avons ensuite procédé au double codage et à la triangulation des données, avec la participation pour le premier verbatim de l'investigateur principal, et pour les suivants, d'une médecin généraliste remplaçante en post internat également en cours de rédaction de sa thèse.

Le double codage a été réalisé à l'aide du logiciel de classeur *LibreOffice*.

# RÉSULTATS

## I Dérroulement de l'étude

Nous avons demandé aux secrétaires des cabinets médicaux participant à la PAIS de recueillir les coordonnées des patients, en partant du dernier, ayant bénéficié d'une consultation de SNP.

Ainsi, neuf des dix patients inclus dans l'étude ont été contactés par téléphone grâce aux informations fournies par les secrétariats du réseau, et une patiente nous a directement contactés par courriel pour nous faire part de sa volonté de participer aux entretiens.

Nous avons réalisé en présentiel dix entretiens semi-dirigés de patients. La totalité des entretiens a été réalisée par une seule et même personne.

La durée moyenne des entretiens était de 16 minutes.

Deux entretiens ont été réalisés en dehors de la maison de santé de Coarraze : l'un a été réalisé au domicile d'un patient ayant une mobilité réduite liée à sa maladie de Parkinson, l'autre a été mené directement sur le lieu de travail du patient par souci d'emploi du temps.

Nous sommes arrivés à saturation des données au bout de huit entretiens, c'est à dire lorsqu' aucune nouvelle étiquette n'apparaissait lors de l'étiquetage thématique. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmation.

## II Population étudiée

Les caractéristiques notables de chaque patient interrogé sont répertoriées dans le tableau suivant.

Patients	Sexe	Âge	Situation professionnelle	Situation conjugale	Nombre d'enfants à charge	Durée d'entretien	Lieu de l'entretien
P1	Femme	45	Assistante maternelle	Mariée	2	12 min	Maison de santé de Coarraze
P2	Femme	39	Cadre administratif	Mariée	3	24 min	Lieu de travail
P3	Homme	39	Concessionnaire automobile	Marié	2	17 min	Maison de santé de Coarraze
P4	Femme	75	Retraitée	Mariée	0	8 min	Domicile
P5	Homme	20	Agriculteur	Célibataire	0	16 min	Maison de santé de Coarraze
P6	Femme	72	Retraitée	Mariée	0	17 min	Maison de santé de Coarraze
P7	Homme	49	Garagiste	Marié	1	18 min	Maison de santé de Coarraze
P8	Femme	62	Retraitée	Mariée	0	22 min	Maison de santé de Coarraze
P9	Homme	22	Étudiant	Célibataire	0	7 min	Maison de santé de Coarraze
P10	Femme	73	Retraitée	Mariée	0	21 min	Maison de santé de Coarraze

*Tableau 1 : caractéristiques démographiques des 10 médecins participants*

L'échantillon est constitué d'un total de 10 patients, 5 femmes et 5 hommes, soit une parité parfaite homme/femme. Les patients sont tous majeurs, âgés de 20 à 75 ans, avec une moyenne d'âge de 49,6 ans.

L'ensemble des patients est suivi par les médecins généralistes des cabinets médicaux membres du réseau PAIS de la plaine de Nay.

Les patients actifs représentent 60 % de l'échantillon, 4 patients sur 10 étaient à la retraite, et aucun participant interrogé n'était au chômage.

### **III Une alternative aux centres de soins d'urgence**

La PAIS a été déployée sur la plaine de Nay pour aider les médecins généralistes du canton dans leur souhait d'organiser une réponse médicale efficace aux demandes de SNP de la population de l'Est-Béarn.

#### **1 Des demandes urgentes de soins**

Au cours des entretiens, il est clairement apparu que la prise en charge assurée par la PAIS correspond bien à celle des demandes de SNP des patientèles du réseau.

Certains patients appelaient pour un <b>problème aiguë de santé</b>	
P1	« Quand j'appelle j'attends une prise en compte de ma demande et heu, que voilà qu'il y ait une réponse rapide derrière »
P1	« J'étais très douloureuse au niveau des amygdales donc j'ai demandé un rendez-vous en urgence [...] sinon il aurait fallu que j'attende tout le week-end avec mon angine j'étais, bien contente d'avoir les antibiotiques tout de suite quoi »
P2	« Cela m'est déjà arrivé d'avoir besoin pour un enfant malade »
P4	« Parce que bon ça lui arrive quand même relativement souvent de tomber et d'avoir besoin de points de suture. Donc les médecins de Bordes l'on suturé à plusieurs reprises »
P7	« Alors moi je suis quelqu'un qui consulte finalement assez peu, quand j'appelle c'est que j'ai besoin »
Certains patients attendaient de la PAIS une <b>réponse rapide</b> à leur demande de soin	
P1	« J'ai appelé pile à huit heures pour savoir si je pouvais avoir un rendez-vous dans la journée [...] j'attends d'être suivie rapidement (rire) »
P2	« Mes attentes c'était effectivement d'avoir un rendez-vous rapidement »
P3	« Ça ne me dérangeait pas à partir du moment où je pouvais être consulté au plus tôt »
P7	« Je voulais un rendez-vous le plus vite possible »
P9	« D'avoir un rendez-vous le plus rapidement possible »

Les patients de notre étude appelaient leur médecin traitant avant tout pour un problème de santé aiguë. Et pour y répondre, l'ensemble des patients interrogés, ayant bénéficié d'une consultation d'imprévu, appelaient donc leur médecin traitant dans l'espoir d'obtenir un rendez-vous médical dans les délais les plus brefs.

## 2 L'indisponibilité du médecin traitant

La rapidité de la prise en charge attendue par les patients pour leur demande de SNP se heurtait au manque de disponibilité du médecin traitant.

Certains patients regrettaient le <b>manque de disponibilité</b> de leur médecin traitant	
P2	« Alors quand mon médecin ne peut pas me voir rapidement, à part les urgences effectivement donc après voilà [...] on va pas aller vers les urgences si le petit n'a rien de grave enfin bon voilà »
P3	« J'ai pas été très surpris quoi ça arrive très fréquemment [que mon médecin soit absent] »
P3	« Sur Montaut on avait un médecin généraliste mais qui venait de mémoire deux trois fois par semaine, donc déjà c'était pas tous les jours, après ça a été remplacé, après y en avait plus, donc heu c'était un peu compliqué quoi »
P3	« C'est vrai que comme mon médecin généraliste ne peut pas me recevoir ou n'est pas présent, bon il a quelqu'un derrière pour pouvoir éventuellement consulter en parallèle ou des fois même à sa place quand il est absent »
P4	« Il se trouve que notre médecin était pas là »
P5	« Il est tout le temps occupé donc heu (sourire) [...] maintenant qu'ils ont fait le cabinet à l'Estelle ils ont encore plus de demandes [...] Et depuis ce regroupement il y a des délais un peu plus important »
P6	« Ma médecin était absente parce que le mercredi c'est son congé »
P8	« Parfois notre médecin peut être absent ou en congé et on se dit que ce n'est pas la peine d'appeler, hors là on sait qu'on peut voir quelqu'un si on en a besoin »
P10	« Quand j'ai téléphoné à mon nouveau médecin traitant il n'était pas disponible »

Une majorité de patients rapportaient devoir faire face à l'indisponibilité récurrente de leur médecin traitant pour les demandes de SNP. Les raisons étaient multiples, congés, exercice à temps partiel, agenda déjà surchargé ou demande de soin en dehors des horaires d'ouverture du cabinet.

Pour répondre à cette problématique, la PAIS du pays de Nay offre une solution à la gestion des SNP pour les médecins généralistes ayant des difficultés à proposer des créneaux supplémentaires dans leur emploi du temps.

### 3 Une réponse rapide aux SNP

La PAIS doit ainsi répondre à un besoin de soins urgent et imprévu des patients, ne pouvant pas obtenir de rendez-vous rapidement avec leur médecin traitant.

Certains patients ont obtenu une <b>réponse médicale rapide</b> à leur demande de soins	
P1	« Elle m'a proposé le rendez-vous tout de suite [...] j'ai appelé à huit heures pour un rendez-vous à neuf heures cinquante donc je pense qu'on peut être plus que satisfait quoi »
P2	« Hyper réactif [...] J'ai appelé à huit heures j'ai eu le rendez-vous à dix heures la première fois et onze heures la fois d'après [...] elle m'a donné un rendez-vous de suite »
P4	« Le délai a donc était rapide »
P5	« J'ai eu la consultation le jour même. Je suis arrivé à l'avance il m'a pris à l'avance en plus »
P8	« Cela a été très rapide [...] ça a été vraiment vite fait, vite reçu, vite conclu. Donc là je n'ai rien à redire [...] dans un temps minime. On aurait pas pu faire plus rapidement »
P9	« Très rapide »
P10	« Extrêmement court. J'ai appelé le matin et à ils m'ont dit qu'à dix heures je pouvais venir. Et une fois sur place je n'ai pas attendu et c'était très bien »

Grâce au réseau, les patients de l'Est-Béarn étaient rapidement pris en charge pour leur demande de SNP quand leur médecin traitant ne pouvait pas y répondre.

## 4 Une solution pour les urgences

En cas d'indisponibilité, les médecins généralistes du canton est-béarnais, en choisissant la PAIS, souhaitent éviter l'orientation par défaut de leurs patients vers les services d'urgences pour les demandes de SNP.

Certains patients évitaient de solliciter un service d'urgence	
P4	« Ça nous a évité d'engorger les urgences pour un problème qui n'était pas vital en quelque sorte »
P4	« Ce jour-là il est tombé il a chuté, il s'est ouvert l'arcade sourcilière, on est donc allés tout de suite à notre cabinet médical à Bordes [...] s'il y a avait pas eu ce service là on aurait dû se rendre aux urgences »
P5	« J'ai dû aller vraiment en urgence chez quelqu'un parce que je m'étais fait encorner par une vache, les urgences ne pouvaient pas me recevoir »
P7	« Ça vient suppléer un peu l'urgence en quelque sorte [...] En plus ça va éviter d'engorger le quinze et les urgences »
P8	« Je préférerais toujours savoir qu'il y a un médecin pas très loin de disponible plutôt que de devoir appeler le quinze et aller aux urgences »

La plateforme a permis aux patients d'éviter un appel au centre 15, voire de solliciter un service d'urgences hospitalières, lorsque leur médecin traitant ne pouvait les recevoir faute de créneau de consultation disponible dans les délais souhaités par les patients.

Presque tous les patients interrogés ont trouvé dans ce dispositif une solution pour répondre à leur besoin urgent de soins.

Ainsi, la PAIS leur a proposé une alternative aux centres de soins d'urgence pour les demandes de SNP en journée.

## IV Un dispositif simple et efficace

Le renforcement du secrétariat téléphonique est le pilier central de la PAIS, indispensable au bon fonctionnement de cette plateforme. Nous avons donc recueilli le ressenti des patients concernant le secrétariat téléphonique du réseau.

### 1 Un accès téléphonique facile et rapide

Pour accéder à une consultation imprévue via la PAIS, les patients composent le numéro d'appel de leur médecin traitant.

Certains patients ont accédé <b>sans difficulté</b> à la PAIS	
P1	« Il y a pas eu de difficultés elle m'a proposé le rendez-vous tout de suite »
P2	« Alors j'appelle directement sur le téléphone de mon médecin traitant donc je tombe sur le secrétariat »
P7	« Aucune difficulté »
Certains patients ont procédé de manière <b>habituelle</b> pour prendre rendez-vous	
P2	« Ça correspond à toutes les autres prises de rendez-vous qu'on peut prendre [...] j'appelle directement sur le téléphone de mon médecin traitant et je tombe sur le secrétariat »
P7	« C'est-à-dire comme d'habitude je suis tombé sur la secrétaire qui m'a donné un rendez-vous »
P9	« J'ai appelé mon médecin traitant et la secrétaire m'a donné le rdv, comme d'habitude »
Certains patients ont accédé <b>rapidement</b> à la PAIS	
P1	« Très rapide. On n'a pas à attendre »
P2	« C'est vraiment réactif et on a vraiment un rendez-vous rapidement [...] déjà huit heures c'est rapide, souvent ça décroche »
P3	« Cela a été rapide, ah oui oui ça a été très rapide »
P7	« Oui oui rapide comme d'habitude rien de particulier »
P8	« Très rapide »

Grâce à une procédure d'appel habituelle, la majorité des patients ont accédé sans difficulté et rapidement au secrétariat téléphonique de la plateforme.

Ainsi, la PAIS s'est révélée être un dispositif simple d'utilisation pour les patients et ne leur a demandé aucune adaptation.

## 2 Un secrétariat coordonné

Le renforcement du secrétariat téléphonique de la PAIS doit faciliter la coordination dans la gestion des appels pour les demandes de SNP.

Certains patients ont souligné le <b>travail coordonné du secrétariat</b>	
P1	« La secrétaire m'a dit « beh attendez j'appelle le praticien » donc elle a contacté le médecin qui je suppose pouvait me recevoir »
P1	« Ça a été très fluide les secrétaires elles sont rodées par le système »
P2	« C'est vraiment réactif et on a vraiment un rendez-vous »
P4	« Justement c'est la secrétaire de notre médecin qui a téléphoné directement au cabinet de l'Estelle pour nous prendre le rendez-vous, c'est elle qui a tout organisé »
P5	« Quand j'ai appelé le secrétariat et que mon médecin était pas disponible, et que du coup ils me redirigeaient vers un médecin d'urgence qu'ils appelaient »
P7	« En appelant ici la secrétaire peut me rebasculer sur praticien à l'Estelle (Bétharam) »

La coordination du secrétariat de la PAIS a favorisé un parcours d'appel fluide pour les patients et assuré la rapidité de la prise de rendez-vous avec le médecin d'imprévu.

### 3 Une orientation efficace des demandes de SNP

Le secrétariat renforcé de la PAIS accueille puis oriente la demande urgente de soins du patient vers le médecin d'imprévu

Certains patients se sont sentis <b>efficacement orientés</b> par le secrétariat	
P1	« C'est rapide et efficace, donc une expérience très positive »
P2	« Vraiment adapté et j'ai systématiquement un rendez-vous »
P2	« Elle me propose le rendez-vous qui correspond à ma demande »
P2	« Elles sont vraiment arrangeantes au niveau du secrétariat, il y a une bonne écoute téléphonique, elles essaient vraiment de trouver des solutions »
P2	« Un bon aiguillage »
P3	« Ce qui est bien c'est qu'on nous oriente directement vers un médecin qui est disponible »
P4	« C'est la secrétaire de notre médecin qui a téléphoné directement au cabinet de l'Estelle pour nous prendre le rendez-vous, c'est elle qui a tout organisé »
P4	« La secrétaire donc nous a dirigés sur le cabinet de l'Estelle (Bétharam) qui était je suppose de garde ce jour-là »

Presque tous les patients se sont sentis efficacement orientés par le secrétariat de la PAIS et ont obtenu un rendez-vous médical correspondant à leur besoin de soins.

### 4 Des dysfonctionnements possibles

Un patient (P5) a fait part de certaines difficultés récurrentes pour joindre par téléphone le secrétariat de son médecin traitant.

Un patient a rapporté des <b>difficultés à joindre le secrétariat</b> de la PAIS	
P5	« Trop long non, mais devoir appeler six ou sept fois oui parce qu'on me raccrochait au nez (rires) [...] Bon après je sais pas si c'était à cause du réseau [...] mais bon appeler sept fois... ça sonnait, il y a personne qui décrochait, ça faisait une tonalité et ça raccrochait en suivant »
P5	« D'habitude elle répond au bout de trois ou quatre fois que ça sonne »

Mis à part les dysfonctionnements téléphoniques relevés par un patient, le secrétariat de la PAIS a été rapidement joignable pour tous les autres patients participants à notre étude.

Finalement, la quasi-totalité des patients ont été satisfaits du secrétariat proposé par la PAIS, car il a permis d'orienter rapidement et efficacement les demandes de soins imprévues vers un médecin généraliste disponible.

En somme, c'est un secrétariat facile d'accès, efficace mais qui peut parfois présenter des dysfonctionnements.

## V Un dispositif de proximité mais des locaux méconnus

La PAIS met en réseau les locaux déjà existants des médecins membres du réseau et c'est l'un des principaux avantages de la plateforme. Mais ce réseau de cabinets médicaux représente un environnement inconnu pour les patients. Ainsi, nous souhaitons avoir leur ressenti sur le fait de consulter dans ces lieux de soins inhabituels.

### 1 Difficultés rencontrées

Pour toutes prises de rendez-vous, le secrétariat de la PAIS indique au patient le cabinet médical du médecin généraliste responsable des créneaux de SNP du jour.

Certains patients ont eu besoin d' <b>assistance</b> pour se rendre au cabinet médical	
P1	« J'ai dû mettre le GPS, je savais pas du tout où c'était mais j'ai trouvé facilement »
P3	« Si ce n'est peut-être devoir le situer mais bon Google est mon ami (rire), non mais voilà j'ai tapé le nom du docteur et je suis tombé directement dessus »
P4	« On a mis le GPS (rires) »
Un patient a ressenti de l' <b>inconfort</b> en salle d'attente du cabinet PAIS	
P7	« Personne n'aime attendre donc dans tous les cas, et personne n'aime attendre quand on est malade, c'est pas confortable »
Un patient a déploré le <b>manque de repère</b> dans le fait de changer de cabinet	
P1	« Bah au premier abord on a pas nos repères, donc bon on sait pas le fonctionnement si c'est pareil ou voilà »
Un patient a regretté l' <b>absence de secrétariat à l'accueil</b> du cabinet PAIS	
P1	« Mais y avait pas de secrétariat donc on rentre on sait pas trop où on se met »
Un patient a rapporté une <b>affluence conséquente</b> au cabinet PAIS	

P7	« Il y avait beaucoup de monde ce soir là [...] effectivement la salle d'attente était pleine [...] il y avait du monde un peu partout, donc voilà c'était un peu compliqué »
<b>Un patient a fait part d'une attente trop longue au cabinet PAIS</b>	
P7	« Donc il a fallu attendre, il y avait pas mal d'attente, je me rappelle que nous on est arrivé à l'heure et que effectivement il y a quand même eu une attente assez importante »
P7	« J'ai trouvé ça très long je vous avoue, j'ai trouvé ça très long parce qu'encore une fois j'étais pas bien »

Mis à part un patient nouvellement installé sur le territoire, tous les patients ont pu localiser de façon précise ou presque le lieu de rendez-vous pour la consultation d'imprévu.

Plusieurs patients ont tout de même eu recours à un outil de navigation comme un GPS, ou ont fait une recherche informatique, afin de localiser précisément le cabinet indiqué par le secrétariat.

Un patient a déploré avoir attendu trop longtemps en salle d'attente, bondée à son arrivée ; cette affluence importante semble avoir accentué son sentiment d'avoir trop attendu. Mais ce patient a relativisé son expérience désagréable par le fait que son état de santé le rendait très inconfortable.

Un patient a souligné le manque d'indication sur le mode de fonctionnement à son arrivée. Associé à l'absence de présence humaine pouvant délivrer des informations, ce patient a décrit un manque de repère car il ne savait pas comment s'orienter au sein du cabinet.

## 2 Adaptation des patients

Les patients ont très majoritairement fait preuve d'adaptation et n'ont pas ressenti de difficulté à consulter dans un cabinet inconnu.

<b>Certains patients connaissaient le territoire et n'ont eu besoin d'aucune assistance</b>	
P2	« Elle (secrétaire) nous a donné l'adresse et après on connaît un peu quand même l'Estelle et on a trouvé de suite »
P5	« Non pas eu besoin de regarder sur internet ou sur un GPS, je connaissais l'endroit »
P6	« Je suis venu en voiture moi-même. De toute façon, je suis de la région, je suis née à Nay je connais bien les villages »
P10	« J'ai pas eu besoin de regarder sur le GPS, c'était facile d'accès »
<b>Certains patients ont constaté que le cabinet de la consultation PAIS était à proximité</b>	

P1	« Il y a entre cinq et dix minutes en voiture donc c'est plus que correct »
P2	« C'est à côté, ça reste quand même un périmètre avec des distances courtes »
P3	« Très bien, c'était à proximité, parce que moi je suis sur Montaut donc je suis à cinq six minutes donc non très bien »
P4	« Franchement c'est pas loin. Pfff on a mis quoi... vingt minutes je suppose à peu près, pour moi c'est tout à fait correct »
P6	« Distance normale et correcte, j'ai rien à dire, je suis à cinq/six kilomètres »
P7	« En fait on habitait à Coarraze avant donc on était tout près, maintenant on est à l'Estelle (Bétharam) c'est-à-dire qu'on est à cinq minutes de plus même pas, ça reste très proche donc ça ne pose aucun problème »
P8	« C'était même pas à un kilomètre [...] tout était à proximité et dans un temps minime »
Certains patients n'ont <b>pas attendu</b> en salle d'attente et ont été rapidement pris en charge	
P5	« Je suis arrivé à l'avance, il m'a pris à l'avance en plus »
P10	« Et une fois sur place je n'ai pas attendu et c'était très bien [...] J'y suis pas resté beaucoup (rires). J'ai attendu peut-être cinq minutes ça a été très rapide »
Certains patients n'ont eu <b>aucune difficulté à changer</b> de cabinet	
P2	« Pour moi c'est pas un souci »
P3	« Il y avait rien de particulier, il y avait pas de difficulté, j'ai trouvé facilement »
P6	« Moi ça me dérange pas »
P7	« Oui oui oui il n'y avait pas de souci »
P10	« J'ai trouvé que c'était très bien »
Certains patients se sont sentis <b>à l'aise</b> dans le cabinet de la PAIS	
P4	« Dans le cabinet on s'est senti à l'aise »
P5	« Très bien, j'étais à l'aise »
P8	« J'étais à l'aise, tout à fait à l'aise »
P9	« Heu l'environnement tout ça ? Très bien, j'étais à l'aise, au calme »

La plupart des patients connaissent bien le territoire couvert par la PAIS et n'ont éprouvé aucune difficulté pour localiser le cabinet indiqué pour le rendez-vous d'imprévu.

Tous les patients ont qualifié de courte la distance entre leur domicile et le cabinet du rendez-vous, et tous ont décrit un trajet facile à réaliser. La majorité d'entre eux se sont rendus à la consultation par un moyen motorisé (voiture ou moto) et un patient a même pu s'y rendre à pied.

Presque tous les patients interrogés ont rapporté que la consultation dans un cabinet inconnu ne les avait pas dérangés, et plusieurs patients ont même dit s'être sentis d'emblée à l'aise dans un cabinet médical inhabituel.

### 3 Pour une présence humaine à l'accueil

Plusieurs témoignages soulignent l'importance d'une présence humaine à l'accueil du cabinet médical de la PAIS.

Un patient a regretté <b>l'absence de secrétariat physique</b> pour orienter	
P1	« Mais y avait pas de secrétariat donc on rentre on sait pas trop où on se met »
Certains patients se sont sentis <b>bien accueillis</b> dans le cabinet	
P2	« On est bien accueilli »
P10	« Je n'ai pas été laissée seule un moment »
Une patiente a ressenti <b>de la bienveillance</b> de la part des professionnels	
P8	« J'étais accompagnée [...] je n'ai pas été laissée seule un moment et je me suis sentie protégée »

Une présence humaine à l'entrée du cabinet permettrait un aiguillage rassurant du patient désorienté au sein de la structure méconnue.

D'autre part, grâce à cette présence les patients se sentiraient bien accueillis dans un environnement bienveillant.

In fine, les patients ont vécu une expérience positive au sein d'un environnement inconnu. Tous ont apprécié la proximité des cabinets du réseau PAIS, le peu d'attente pour la prise en charge et l'accueil bienveillant des professionnels.

Cependant, le manque d'indication sur le fonctionnement du cabinet, l'inconfort physique du patient malade, et l'absence de présence humaine pour orienter le patient à son arrivée peuvent être source de désagréments.

## VI La réponse médicale

Dans ce chapitre nous explorons un élément majeur dans notre questionnement sur le ressenti des patients concernant la PAIS, à savoir le vécu par les patients d'une consultation de SNP avec un médecin généraliste inhabituel.

### 1 La consultation avec un médecin inconnu

A l'heure où le médecin généraliste déclaré demeure au cœur d'une relation privilégiée avec leurs patients, nous les avons interrogés sur les obstacles potentiels pour consulter un médecin inconnu.

#### a *Difficultés rencontrées*

Certains patients étaient ont été <b>décus</b> de ne pas pouvoir voir leur médecin traitant	
P1	« Bah il y a rien qui m'a vraiment plu parce que forcément c'est un médecin qu'on a jamais vu »
P4	« Bon beh on était un peu déçu »
P6	« Bah je souhaitais plus avoir mon médecin traitant bien sûr (sourire) [...] J'étais un peu déçue mais ça a été bref »
Certains patients <b>appréhendaient</b> l'idée de consulter un médecin inconnu	
P6	« Une sorte de sensation de stress de pas connaître le médecin, me dire comment il va être (rire) »
P9	« Beh j'appréhendais un peu mais après ça ma pas inquiété plus que ça »
Certains patients ont accepté de consulter un médecin inconnu tant que le motif était <b>bénin</b>	
P1	« Si c'est pour quelque chose de ponctuel moi ça ne me dérange pas de voir un autre médecin »
P3	« Mais bon après voilà quand c'est pour des choses bénignes j'ai envie de dire, ce qui était le cas, un autre médecin fait tout à fait l'affaire »

Plusieurs patients se se sont dits initialement déçus à l'idée de consulter un médecin différent de leur médecin traitant. D'autres ont même fait part d'un sentiment d'appréhension à l'idée de rencontrer un médecin inconnu. Cela dit, ces émotions initiales n'ont pas persisté, et une fois passée la consultation, ces patients en ont retenu une expérience avant tout positive.

Pour quelques patients, la consultation avec le médecin de la PAIS ne posait aucune difficulté à condition que le motif de la consultation reste bénin.

**b**      *Adaptation des patients*

Certains patients n'ont eu aucune <b>difficulté</b> à consulter un médecin inconnu	
P2	« Moi ça ne me dérange pas [...] pour moi il y a pas de souci »
P5	« Tant que je voyais quelqu'un moi je m'en fichais (rires) »
P7	« Ça ne m'a pas perturbé outre mesure [...] j'ai pas de souci si c'est pas mon médecin traitant quoi »
P10	« J'ai trouvé très bien (sourire). J'étais contente de savoir qu'il y avait quelqu'un d'autre »
Certains patients n'ont éprouvé aucune difficulté car ils avaient <b>confiance</b>	
P6	« Je fais confiance en général »
P7	« J'ai ressenti rien de particulier parce que j'ai confiance aux médecins qui travaillent ici [...] je pars du principe que les gens que je vais voir sont compétents »
P8	« On fait quand même confiance me semble-t-il au personnel »
P9	« Je fais confiance aux médecins [...] c'est une relation de confiance »

La plupart des patients n'ont pas été perturbés de devoir consulter un autre médecin que leur médecin traitant, même s'il s'agissait d'une première rencontre.

Un certain nombre de patients se sont adaptés à cette situation du médecin inhabituel, voire inconnu, grâce à la confiance qu'ils éprouvent de manière générale vis à vis du corps médical.

## 2 Un médecin de SNP disponible et à l'écoute

Contrairement au médecin traitant qui doit ajouter les demandes imprévues à un programme de consultations déjà bien rempli, le médecin d'astreinte pour la PAIS dispose de créneaux horaires spécifiquement dédiés aux SNP du jour.

Certains patients ont été satisfaits de la <b>disponibilité du médecin de SNP</b>	
P1	« J'ai appelé à huit heures pour un rendez-vous à neuf heures cinquante [...] elle était tout à fait disponible elle m'a reçue comme si j'étais une de ses patientes »
P2	« Des fois j'ai un rendez-vous dans la matinée [...] hyper réactif »
P3	« Ce qui est bien c'est qu'on nous oriente directement vers un médecin qui est disponible quoi »
P4	« On a eu le rendez-vous à dix-sept heures trente et on est passés relativement vite »
P5	« Très bien, j'ai eu la consultation le jour même. Je suis arrivé à l'avance il m'a pris à l'avance en plus, très gentil, parfait »
P8	« A partir du moment où ils ont eu le feu vert ici, le secrétariat a dit « oui vous pouvez venir vous êtes attendue » [...] tout était à proximité et dans un temps minime. On aurait pas pu faire plus rapidement »
P10	« J'ai appelé le matin et ils m'ont dit qu'à dix heures je pouvais venir. Et une fois sur place je n'ai pas attendu et c'était très bien »
Certains patients ont apprécié la <b>communication</b> avec le médecin de la PAIS	
P2	« Des bons conseils avec des bonnes explications [...] oui oui, vraiment des explications claires et rassurantes »
P6	« Il accueille bien les gens, il explique bien, donc déjà j'ai été mise en confiance »
P1	« Très bien, elle s'est bien déroulée, le dialogue passait bien »
P10	JB : « La communication s'est donc bien passée... » Mme L : « Ah oui absolument. »
Un patient a trouvé <b>agréable le temps de consultation</b> du médecin de la PAIS	
P2	« Je trouve ça agréable un médecin qui prend le temps aussi [...] Et je l'ai trouvé carrément sympa, je me suis dit tiens elle est pas speed (rires), c'est agréable aussi (rires) »
Certains patients se sont sentis <b>comme avec leur médecin traitant habituel</b>	
P1	« Elle m'a reçue comme si j'étais une de ses patientes hein, il y a pas de distinction »
P3	« Comme aurait fait j'imagine mon médecin traitant habituel hein, ça s'est passé comme d'habitude »

Presque tous les patients ont souligné la disponibilité du médecin de la PAIS, avec lequel ils ont obtenu systématiquement un rendez-vous dans la journée.

Plusieurs patients ont apprécié l'accueil, la communication agréable, claire et rassurante du médecin d'imprévu.

Un patient, a même comparé favorablement le temps pris par le médecin d'imprévu par rapport au temps de consultation habituellement court de son médecin traitant. Tous ces éléments de communication font partie du temps de consultation dont le médecin d'imprévu dispose, et qu'il peut accorder à chaque patient.

Le temps pris par le médecin d'imprévu pour communiquer avec les patients a contribué à les mettre en confiance et à atténuer leur inquiétude.

Finalement, certains patients ont même considéré, de manière positive, que la consultation de SNP avait ressemblé à une consultation habituelle avec leur médecin traitant.

### **3 Une réponse satisfaisante aux demandes de SNP**

Selon les patients de notre étude, la PAIS en pays de Nay proposerait donc une solution pertinente pour répondre aux demandes de SNP.

Les patients se sont dits <b>satisfaits de la réponse médicale</b> de la PAIS	
P1	« Très bonne prise en charge, [...] je trouve que là, comme ça fonctionne, ça correspond à mes attentes et aux besoins de ma famille »
P2	« Te suis très contente [...] Très très bien. Oui franchement [...] c'est que du positif hein, c'est réactif »
P3	« Dans le concept je trouve ça bien voilà [...] La prise en charge très bien [...] ce qui est bien c'est qu'on nous oriente directement vers un médecin qui est disponible quoi »
P4	« On a eu le rendez-vous à dix-sept heures trente et on est passés relativement vite et le docteur lui a fait les points de suture, ça s'est très très bien passé »
P5	« Très bien, j'ai eu la consultation le jour même. Je suis arrivé à l'avance, il m'a pris à l'avance en plus, très gentil, parfait »
P6	« Oui complètement satisfaite. Puis la prise en charge quoi, parce que il m'a fait un électrocardiogramme tout ça pour vérifier [...] c'était très bien »
P7	« Normalement, enfin ça s'est très bien passé »
P8	« On m'a fait rentrer directement dans ce cabinet, on m'a installé sur la table d'examen, le temps que le médecin sorte de sa consultation et vienne voir rapidement ce qu'il en était, ça a été très rapide et très bien organisé. L'expérience est parfaite »
P9	« Très bien. [...] la consultation s'est bien déroulée, le dialogue passait bien »
P10	« Ah mais très bien, j'ai trouvé très bien (sourire). J'étais contente de savoir qu'il y avait quelqu'un d'autre [...] j'ai été rassurée et c'était le plus important »

Même si certains ont pu exprimer une forme de réticence à consulter un médecin inhabituel, tous les patients interrogés ont eu un avis positif sur leur expérience de la PAIS et tous ont souligné la bonne prise en charge médicale dont ils ont bénéficié.

Le dispositif permet aux patients d'accéder avec simplicité, grâce au secrétariat renforcé, à un médecin disponible pour les recevoir rapidement et dans de bonnes conditions.

Ainsi la plateforme répond aux besoins de SNP des patients, et leur évite une consultation dans un centre de soins d'urgence.

## VII Une confiance dans le corps médical

Lors du questionnement sur la consultation avec un médecin inconnu, plusieurs patients ont fait part de leur confiance générale dans le corps médical, expliquant l'absence de difficulté à changer de médecin pour répondre à des besoins de soins urgents.

Certains patients avaient une <b>confiance de principe dans la compétence</b> des médecins de SNP	
P6	« Je fais confiance en général »
P7	« J'ai ressenti rien de de particulier parce que j'ai confiance aux médecins qui travaillent ici [...] je pars du principe que les gens que je vais voir sont compétents »
P8	« On fait quand même confiance me semble-t-il au personnel »
P9	« Je fais confiance aux médecins [...] c'est une relation de confiance »
Certains patients avaient une <b>confiance de principe dans la gestion des données de santé</b> au sein de la PAIS	
P7	« Je fais confiance au médecin pour garder le secret médical »
P8	« Mais à partir du moment où ça reste au niveau médical, on fait quand même confiance me semble-t-il au personnel »
P9	« Pour moi je pars du principe que tout docteur doit avoir le secret médical donc je fais confiance aux médecins pour avoir le secret, c'est une relation de confiance »

Les patients avaient majoritairement une confiance de principe dans la compétence des médecins de SNP, mais ils faisaient également confiance à leur déontologie médicale, pour garantir le secret médical et la gestion sécurisée des données de santé.

## VIII Coordination des soins

Afin d'assurer une prise en charge efficace pour les demandes de SNP, la PAIS repose dans son fonctionnement sur une coordination des soins par le partage des données de santé entre les médecins membres du réseau.

## 1 Gestion des données de santé

Les données de santé (antécédents, allergies, traitements, etc.) des patients sont renseignées et régulièrement mises à jour par le médecin traitant dans le dossier médical informatique. Ce dernier est accessible depuis les logiciels médicaux par tous les médecins du réseau PAIS.

### a *Un consentement pas toujours demandé*

Certains patients <b>ignoraient que le médecin de la PAIS a accès au dossier médical patient</b>	
P2	« Je l'ai découvert parce que du coup le médecin de samedi m'a dit « ah vous avez rencontré tel médecin ce jour là, vous avez déjà eu ce problème là », et j'ai dit « ah oui vous avez accès... »
P3	« Non ça je savais pas non »
P4	« On était pas du tout au courant »
P7	« Alors au sein du réseau non j'étais pas au courant »
P8	« JB : Étiez-vous au courant du partage de votre dossier médical parmi les médecins de la PAIS ? P8 : Les médecins du réseau non »
P9	« Alors je m'en suis douté après coup »
P10	« Vous voulez dire qu'ils ont tous connaissance du dossier, ah non je ne savais pas du tout »
Certains patients souhaiteraient donner leur <b>consentement</b> pour l'accès partagé au dossier médical	
P3	« Il faudrait peut-être un consentement, signer une charte ou quelque chose et si on est d'accord qu'il soit partagé »
P3	« Si on signe pas pour moi il y a pas de trace voilà, si ça reste du verbal c'est un peu délicat... Donc pour un meilleur suivi moi je préfère que ce soit à l'écrit quand même »
P9	« Alors si on me l'avait demandé par écrit j'aurais préféré »
P10	« Oui oui oui j'aurais aimé le donner, parce que c'est nous que ça concerne, et puis c'est important, c'est la santé, ça nous concerne quoi je veux dire »

Au même titre que les patients ignoraient l'existence et le fonctionnement de la PAIS, nous y reviendrons plus loin, tous les participants à notre étude sauf un ignoraient que le médecin d'imprévu a accès aux données de santé du dossier informatique patient.

Plusieurs patients nous ont fait part de leur étonnement concernant leur méconnaissance du partage du dossier médical. Ces mêmes patients exprimaient le souhait de pouvoir consentir, de préférence par écrit, à l'échange de leurs données de santé entre les médecins membres du réseau.

**b Une volonté de maîtriser la diffusion des données personnelles**

Un patient a émis des <b>réserves quant au partage sécurisé</b> des données de santé	
P3	« Parce que bon ça concerne quand même notre santé, aujourd'hui on sait pas trop comment les info elles tournent justement, là vous dites entre médecin mais bon heu... voilà (rire gêné) »
Un patient <b>ne souhaitait pas que son dossier médical soit accessible</b> par le médecin de la PAIS	
P10	« Enfin moi je trouve quand même qu'il y a des secrets, enfin c'est personnel, c'est privé, ça n'a pas besoin d'être divulgué à vingt médecins. C'est mon avis. »
P10	« JB : Que pensez-vous de ce partage ? Mme : Beh je trouve que c'est pas très bien »
P10	« Que ceux qui soient dans une même structure ils soient au courant je trouve ça normal, pour le reste heu... non. Parce que je me dis qu'ils ont pas besoin de savoir, tout le monde n'a pas besoin de savoir. »
Certains patients souhaitaient <b>définir dans quel cadre</b> les données médical sont partagées	
P5	« Tant que ça reste dans le cadre professionnel médical »
P8	« À partir du moment où ça reste au niveau médical »
P3	« Moi je serais pour si ça reste parmi les médecins du réseau »
Certains patients étaient favorables à l'accès du dossier médical <b>dans les situations d'urgences</b>	
P1	« Moi ça me pose pas de souci, enfin dans les cas d'urgences »
P3	« [si] Je dois être traité en urgence, heu bon, j'aimerais bien que la personne ait mon dossier quand même »

Au cours des entretiens, plusieurs patients ont rapidement émis des réserves quand à l'accessibilité des données de santé par le médecin de la PAIS.

L'un d'entre eux s'opposait même à la diffusion de ses informations en les qualifiant de personnelles, et plusieurs patients s'y disaient favorables à condition d'avoir la garantie que leur dossier médical soit sécurisé au sein du réseau.

Enfin, certains patients étaient favorables à l'accès de leur données de santé à conditions que cet accès soit réservé aux situations médicales urgentes les concernant.

## 2 Assurer la continuité des soins

La PAIS permet d'intégrer la consultation de SNP dans le parcours de santé du patient avec son médecin traitant.

Certains patients ont salué <b>la continuité des soins</b> assurée par la PAIS	
P1	« Moi ça me pose pas de souci [...] ce qui est rassurant c'est de savoir qu'il y a un suivi »
P2	« Après y a un suivi, il y a une continuité, enfin voilà, il y a un suivi au niveau du logiciel »
P2	« Il y a une bonne continuité du suivi des dossiers d'un médecin à un autre »
P4	« Je pense qu'avant de nous recevoir il a pris le temps de relire tout dossier médical, parce qu'il était au courant de tout, il savait que j'étais sous anticoagulant »
P6	« On arrive avec notre dossier mais bon, il peut être correct le dossier ou on peut avoir oublié certaines choses, alors que là l'essentiel est dans l'ordinateur »
P7	« Ce médecin connaît mon dossier, sait ce que je prends donc me connaît finalement »
Certains patients ont apprécié la continuité des soins <b>pour son gain de temps</b>	
P2	« Cela évite au patient de raconter ce qu'il a eu la dernière fois [...] c'est un gain de temps je trouve »
P5	« Si c'est que un seul médecin qui a mon dossier si je vais vers un autre médecin ça veut dire qu'il va demander au premier mon dossier il y a un délai d'attente »
P6	« Il a tout de suite vu l'essentiel, il a été droit au but »
P7	« C'est un moyen de gagner du temps »
P8	« On a pas à répéter trente six fois la même chose »
P9	« Ça permet d'aller plus vite »

Tous les patients ont apprécié la continuité des soins avec les médecins du réseau. Celle-ci les rassurait quant à la qualité de la prise en charge, et ils y voyaient aussi un gain de temps favorisant la rapidité de la réponse médicale.

### 3 Sécurisation du parcours de soins

La PAIS facilite un exercice coordonné des médecins généralistes membres du réseau, avec comme objectif d'apporter la meilleure réponse possible aux demandes de SNP. .

Certains patients considéraient l'accès aux données de santé comme une <b>sécurité</b>	
P1	« Ce qui est rassurant c'est de savoir qu'il y a un suivi au niveau du dossier médical »
P7	« Si je viens voir un médecin et que je suis pas bien je peux oublier de lui dire des choses, alors qu'avec le dossier médical [partagé] lui le médecin lui il oublie rien quoi »
Certains patients considéraient l'accès au dossier médical <b>indispensable pour assurer l'urgence</b>	
P1	« Dans les cas d'urgences pour qu'il y ait une prise en charge rapide »
P1	« Si jamais je venais consulter en urgence pour les enfants ça me rassurerait de savoir qu'il y a un partage de dossier »
P3	« Si un jour il m'arrive quelque chose plus ou moins grave et que je dois être traité en urgence heu bon j'aimerais bien que la personne ait mon dossier quand même »
P8	« Si on est dans un état avancé et qu'on ne sait pas répondre au moins les données sont là et le médecin qui ne connaît pas le patient a des éléments importants »
Pour un patient le partage des données de santé permet d' <b>éviter les erreurs médicales</b>	
P3	« Que je dois être traité en urgence heu bon j'aimerais bien que la personne ait mon dossier quand même, que ce soit les risques d'allergie ou autres... »

En règle générale, grâce à l'exercice coordonné des médecins du réseau et au partage de l'information, les patients de notre étude se sentaient en sécurité en cas de situation médicale urgente et étaient rassuré sur l'efficacité de la prise en charge.

## IX Attentes et suggestions

Ce dernier chapitre rassemble les suggestions faites par les patients pour améliorer la plateforme.

### 1 Communiquer sur l'existence de la PAIS et son rôle

Dès les premiers entretiens est apparu une méconnaissance de l'existence de la PAIS et donc aussi de son mode de fonctionnement pour répondre aux SNP.

#### a Méconnaissance du dispositif

Certains patients <b>ne connaissent pas</b> l'existence du dispositif PAIS	
P3	« Alors non vous me l'apprenez. Enfin honnêtement pas du tout »
P4	« Le problème c'était qu'on était pas au courant de ce service là »
P5	« Beh je le connaissais pas du tout du coup »
P6	« J'ignorais jusqu'à maintenant totalement son existence »
P7	« Le souci c'est que je sais que ça existe que depuis dix minutes (rire) »
P8	« Absolument pas, je n'ai pas reçu d'informations sur le dispositif dont vous parlez »
P9	« Je savais juste qu'il y avait une association entre les cabinets mais après j'en savais pas plus »
P10	« Eh beh écoutez je ne connaissais pas »
Un patient connaissait la PAIS mais <b>ne savait pas que son MT faisait partie du réseau</b>	
P2	« Au début je savais pas que mon médecin faisait partie du dispositif PAIS »

Seul un patient avait été mis au courant du dispositif par son médecin traitant. Un autre connaissait le réseau par son travail dans l'administration territoriale, mais ne savait pas que son médecin traitant en faisait partie.

Donc presque tous les patients interrogés ignoraient l'existence de la PAIS et ces patients auraient souhaité recevoir une information détaillant la présence et le rôle de la plateforme sur l'Est-Béarn.

**b**      *Modalités d'informations sur l'existence de la PAIS*

Certains patients souhaiteraient être informés sur la PAIS par <b>affichage</b>	
P3	« Que ce soit affiché à notre cabinet médical même, une affiche informative que l'on pourrait consulter en salle d'attente par exemple »
P7	« Alors en fait on passe tous un certain temps dans la salle d'attente c'est vrai que ç'aurait été bien d'avoir une affiche »
P8	« Je sais pas, à la limite une publicité pour vous faire connaître sur différents supports, que ce soit des affiches »
Certains patients souhaiteraient être informés sur la PAIS sous la forme d'une <b>brochure</b>	
P3	« Peut-être une brochure qui explique que justement si notre médecin est pas disponible on peut être redirigé vers un autre médecin »
P4	« Sous forme de brochure par exemple »
P10	« Voilà sous forme de brochure [...] Quelque chose de tape à l'œil, facile à lire »
Certains patients souhaiteraient être informés sur la PAIS par leur <b>médecin traitant</b>	
P3	« Mais même que notre médecin fasse un peu de pédagogie en nous expliquant un peu »
P7	« Mais après pourquoi pas aussi mon médecin traitant qui me dit « au fait je fais partie d'un réseau, la prochaine fois que tu appelles ne sois pas étonné peut-être que tu seras basculé sur quelqu'un d'autre si moi je suis complet », voilà c'est deux phrases et je pense que ç'aurait été pas mal »
Certains patients souhaiteraient être informés par <b>outils numériques</b> (courriel, site web)	
P7	« Après on est quand même dans une société où il y a énormément de choses qui se passent en numérique, donc je pense qu'un mail c'est bien »
P8	« Ou même un e-mail à condition que l'on puisse le différencier d'un e-mail publicitaire »
P2	« Taper sur internet réseau PAIS et vous allez peut-être trouver les médecins qui y sont rattachés »
Un patient souhaiterait être informé sur la PAIS par la <b>mairie</b>	
P10	« C'est les mairies qui devraient avertir parce que quand vous avez un bulletin municipal vous le lisez [...] vous le feuillotez et puis vous tombez sur ça. Après faut que ce soit compréhensible de tous les gens »
Un patient souhaiterait voir une information sur la PAIS dans les <b>lieux de vie</b> souvent fréquentés	
P8	« Et peut-être mettre cette information aussi dans les salles de sport, dans des lieux passant, au niveau des grandes surfaces je ne sais pas si c'est envisageable, mais au niveau des bureaux de poste... les endroits où vont les personnes, [...] et plus pour ceux qui vont rarement chez le médecin »
Un patient souhaiterait voir une information sur la PAIS dans les <b>lieux en rapport avec le soin</b>	

P8	« Les pharmacies ! Tout ce qui est infirmière, pharmacie, sage femmes, dentiste, enfin voilà tous les endroits en rapport avec le soin »
Un patient souhaiterait être informé sur la PAIS par le <b>secrétariat du réseau</b>	
P3	« Mais voilà peut-être au niveau du secrétariat faire un peu de pédagogie en expliquant aux gens voilà on travaille avec une nouvelle plateforme »

La majorité des patients ont proposé d'être mis au courant de l'existence et du fonctionnement de la plateforme sous un format papier facile à lire et visuellement accrocheur : par exemple une affiche explicative visible dans la salle d'attente, ou une brochure / prospectus en libre service.

Plusieurs patients ont suggéré que cette information soit également diffusée à l'extérieur des cabinets médicaux. Par exemple, sur des lieux de passage régulièrement fréquentés comme les mairies, les bureaux de poste, les grandes surfaces, etc. Ou encore, sur des lieux en rapport avec le soin, comme les pharmacies, les cabinets infirmiers et dentaires, et les laboratoires.

La diffusion de l'information sous format numérique a aussi été suggérée à plusieurs reprises. Par exemple sous la forme d'un courriel électronique adressé aux patients d'un cabinet membre du réseau. A été également proposé la création d'un site internet dédié à la PAIS du pays de Nay, facilement accessible par les outils connectés des patients.

Certains patients auraient aussi apprécié être informés par les professionnels de santé directement, que ce soit par leur médecin traitant, ou par le secrétariat médical du réseau.

## 2 Rechercher le consentement pour le partage du dossier médical patient

La PAIS devrait rechercher le <b>consentement</b> pour l'accès partagé au dossier médical	
P3	« Il faudrait peut-être un consentement, signer une charte ou quelque chose et si on est d'accord qu'il soit partagé »
P3	« Si on signe pas pour moi il y a pas de trace voilà, si ça reste du verbal c'est un peu délicat... Donc pour un meilleur suivi moi je préfère que ce soit à l'écrit quand même »
P9	« Alors si on me l'avait demandé par écrit j'aurais préféré »
P10	« Oui oui oui j'aurais aimé le donner, parce que c'est nous que ça concerne, et puis c'est important, c'est la santé, ça nous concerne quoi je veux dire »

Certains patients souhaiteraient donner un consentement officiel au partage du dossier médical au sein du réseau.

### 3 Plus de couverture

La PAIS devrait <b>élargir ses plages horaires</b> de fonctionnement	
P1	« Juste tirer jusqu'au samedi après-midi (sourire) »
P1	« Le dimanche aussi si possible (rires) »
P6	« Si on pouvait mettre en place un dispositif la nuit »

Certains patients souhaiteraient pouvoir bénéficier d'une continuité des soins à tout moment.

### 4 Plus d'accessibilité

La consultation PAIS devrait être <b>accessible numériquement</b>	
P5	« Ben un peu comme Doctolib du coup, faire un site ou une application. Ce serait pas mal vu que tout le monde se met à la technologie (rire), ça évite de déranger quelqu'un pour rien »

Un patient souhaiterait pouvoir accéder à la PAIS en toute circonstance.

### 5 Plus d'identification

Le médecin de SNP devrait être un <b>médecin de substitution</b> connu et choisi par le patient	
P3	« Une solution de recours pour voir un médecin qui nous connaisse quoi et quelque part qu'on ait choisi aussi »

Un patient souhaiterait avoir affaire à une équipe médicale clairement identifiée, avec laquelle il serait familiarisé et dans laquelle il aurait confiance.

## 6 Plus d'effectifs

La PAIS devrait <b>recruter</b> plus de médecins généralistes	
P8	« Élargir la quantité de médecins qui pourraient adhérer à la plateforme (sourire) »

Un patient souhaiterait que la PAIS renforce ses effectifs et puisse concerner plus de patients.

## X Synthèse et schéma conceptuel

La PAIS semble apporter aux patientèles des cabinets médicaux de la MSP multisite de la plaine de Nay une réponse satisfaisante aux demandes de SNP. Ainsi cette plateforme offrirait aux patients une alternative aux structures de soins d'urgences.

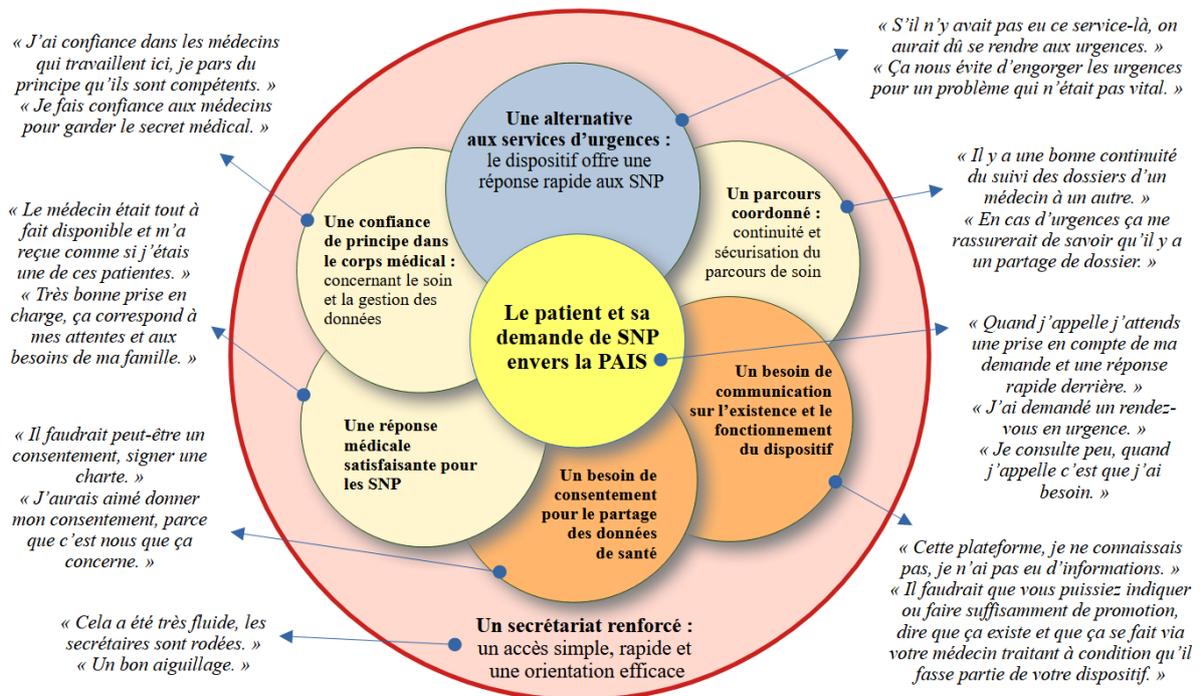
Il semblerait que du point de vue des patients, l'accessibilité au dispositif soit facile.

Ils ont efficacement été orientés vers un médecin d'astreinte responsable des SNP et ont eu une bonne expérience de la consultation malgré leur appréhension initiale de changer de médecin et de cabinet.

A priori les patients semblent accorder leur confiance au corps médical pour ce qui est des soins et de la gestion de leurs données de santé.

La coordination autour du dossier médical et le partage des données de santé renforce le sentiment de continuité des soins et permet une sécurisation du parcours.

Cependant, les patients manquent globalement d'informations, aussi bien sur la structure du dispositif que sur l'existence d'un partage de leur dossier médical patient au sein de la PAIS. Ils souhaiteraient pouvoir consentir à l'accessibilité du dossier médical patient et garder une maîtrise du partage de leurs données de santé.



*Schéma 1 : Schéma conceptuel de l'étude.*

# DISCUSSION

## I Choix du sujet et forces de l'étude

Nous avons opté pour ce sujet en réaction au déploiement récent (2017) de la PAIS au sein de la Communauté de Communes du Pays de Nay (CCPN). Elle propose une solution de proximité, organisée par la médecine générale libérale, pour la gestion des soins non programmés. Ainsi, ce travail s'inscrit au cœur du débat actuel sur la refonte de notre système de santé, dans lequel le besoin de réponse aux demandes de soins non programmés est l'une des problématiques majeures.

Depuis sa création en 2008, la plateforme est opérationnelle sur un total de quatre territoires seulement, trois en Loir-et-Cher et un dans les Pyrénées-Atlantiques. Cela explique une large méconnaissance du dispositif à la fois des usagers du système de santé et des acteurs du soin, qu'ils soient médecins, fonctionnaires des collectivités territoriales ou membres des instances médicales décisionnaires telles que les Agences Régionales en Santé (ARS).

Jusqu'en 2021, les travaux universitaires relatifs à la PAIS concernaient le département du Loir-et-Cher, ce dernier étant le berceau du dispositif. Ces études évaluaient principalement l'impact de la PAIS sur la fréquentation des services d'urgences de proximité, mais aussi son impact sur l'accès aux soins non programmés pour les personnes âgées dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), ainsi que sur les économies potentielles réalisées grâce à la plateforme (9–12,14).

En 2022, un étudiant bordelais a publié la première étude en dehors du département 41, évaluant l'activité de soin du médecin de la PAIS au sein de la CCPN. Notre travail se propose de renforcer les recherches hors du Loir-et-Cher, en étant la deuxième étude concernant la PAIS sur le département 64 (15).

À la suite de l'ensemble de ces données quantitatives explorant l'impact du dispositif sur les professionnels de santé, nous avons souhaité dans notre étude porter le regard pour la première fois sur le point de vue des usagers concernant la PAIS. Et grâce au sujet choisi, notre réflexion permet de fournir un premier travail s'appuyant sur une démarche qualitative.

Le recours régulier à la PAIS par les patientèles des médecins membres du réseau en pays de Nay, nous a permis de recueillir entre mars et août 2023 des données récentes pour analyser le ressenti des patients sur le dispositif. Aussi, l'échantillon des participants à cette étude présente une parité parfaite entre hommes et femmes, et un large éventail des âges allant de 20 ans à 75 ans.

Enfin, notre étude respecte les critères COREQ et nous avons obtenu la saturation des données qui a été confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires. Elle a été réalisée en double codage avec triangulation des données.

## II Faiblesses de l'étude

Un certain nombre de biais, fréquemment observés sur ce type d'étude qualitative, doivent être soulignés.

Tout d'abord, notre recueil de données pourrait être sujet à un biais de sélection. Les 10 patients ayant participé à cette étude ne peuvent pas constituer un échantillon représentatif de la population française. Cela dit, dans le cadre de la recherche qualitative, la représentativité statistique n'est pas un critère méthodologique nécessaire. La recherche de saturation des données, qui a d'ailleurs été confirmée par la réalisation de 2 entretiens supplémentaires, assure la validité externe de ce travail.

De plus, le recrutement des patients s'étant fait sur la base du volontariat, leurs réponses auraient donc pu être influencées par l'intérêt qu'ils portaient au sujet de notre étude. Il s'agit ici potentiellement d'un second biais de sélection ou biais de volontariat.

Ensuite, nos recherches pourraient relever d'un biais de l'observateur. En effet, la subjectivité étant indissociable de l'enquêteur, l'influence qu'elle exerce sur son travail est à prendre en considération.

Par ailleurs, les entretiens ayant été menés a posteriori, notre travail pourrait être sujet au biais de mémoire des patients.

En outre, les patients voulant trouver grâce aux yeux de l'enquêteur, auraient pu donner des réponses ne reflétant pas leur véritable ressenti. Il s'agirait alors d'un biais de désirabilité sociale.

Enfin, un biais d'interprétation est possible face à l'analyse de données relevant du vécu et qui par nature ne peuvent être quantifiées.

### III Principaux résultats

#### 1 Informer de l'existence et du fonctionnement de la PAIS

Une très large majorité de patients ignoraient l'existence de la PAIS. Ils ne savaient donc pas que leur médecin traitant fait partie d'un réseau leur donnant accès à un rendez-vous rapidement pour une demande de soin qu'ils jugent urgente. Nombre de patients pensaient que leur seule alternative face à l'indisponibilité du médecin traitant était d'avoir recours au centre 15 ou de solliciter directement un service d'urgences hospitalières. Cette représentation était source d'inquiétude pour les patients, qui sont au fait de la saturation des services d'urgence et de tout ce que cela implique en termes de délais et de conditions de prise en charge.

Informé sur le réseau, c'est-à-dire faire la promotion de son existence et de son fonctionnement, permettrait aux patients de soulager leurs attentes au moment de faire leur demande de soin non programmé. Ainsi, cette connaissance de la PAIS permettrait aux patients de mieux s'orienter d'emblée dans le parcours de soin, d'être plus autonomes dans la gestion de leur demande, et d'éviter la sollicitation inappropriée des services d'urgences. C'est d'ailleurs ce que concluaient les trois études évaluant l'impact de la PAIS sur la fréquentation des services d'urgences en Loir-et-Cher (9,10,14).

Cette notion d'autonomie renvoie directement aux critères d'Ottawa élaborés en 1986 pour définir le concept de promotion de la santé. Ce concept, dans lequel s'intègre la communication sur la PAIS, se résume ainsi : « *La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé* » (21).

Les patients de cette étude auraient donc souhaité recevoir de l'information sur la PAIS et son rôle. Ils aimeraient accéder à l'information essentiellement sous un format papier. Étant donné le temps régulièrement passé en salle d'attente, une affiche explicative percutante est un moyen de communication suggéré à plusieurs reprises. Il s'agit d'une méthode connue des patients pour communiquer sur la santé, depuis longtemps largement utilisée notamment par les campagnes de prévention. L'intérêt également du format papier est qu'il est facilement diffusible en dehors du cabinet médical.

Comme le suggéraient plusieurs patients, rendre l'information accessible en dehors du cabinet permettrait d'augmenter le nombre de patients sensibilisés. A l'heure du « tout numérique » et d'un monde ultra connecté, délivrer l'information sur la PAIS pourrait être réalisée via les outils connectés. Pour certains patients, cela semblait être un moyen de diffusion évident, car tous ou presque disposent d'outils numériques exploitables comme canaux de diffusion.

Cependant, ces supports étant source de sollicitations abusives (spams, publicités, etc.), il faudrait, ainsi que le souligne un patient, pouvoir aisément différencier le message informatif sur la PAIS des autres notifications indésirables, au risque de le voir noyé dans la masse.

Par ailleurs, comme le souligne Brigitte Sandrin-Berthon, docteur en santé publique et spécialiste de l'éducation à la santé, informer les patients sur la PAIS « *ne peut se réduire à l'élaboration et à la diffusion de messages scientifiquement validés* ». Communiquer à travers divers supports est une chose, mais éduquer les patientèles du pays de Nay sur la PAIS ne saurait se faire sans placer la relation médecin/patient au cœur du processus. Ce rôle des professionnels de santé dans l'éducation à la PAIS a été évoqué par plusieurs patients qui auraient souhaité discuter du sujet avec leur médecin traitant directement, ou encore avec le secrétariat de la plateforme (22).

En somme, la communication sur la PAIS afin de répondre au besoin d'autonomie en santé des patients de la plaine de Nay, bénéficierait d'une diffusion de l'information au travers de supports couramment utilisés et d'une éducation à la santé basée sur l'alliance soignant/patient.

## **2 La PAIS est accessible et simple d'utilisation**

Dans notre étude, les patients se sont montrés très majoritairement satisfaits de la gestion des appels de demandes imprévues. Aucun n'a évoqué l'organisation sous-jacente nécessaire à la fluidité du dispositif. On pourrait supposer que cette mécanique bien huilée est le fruit d'un dispositif qui met en réseau des cabinets déjà fonctionnels, disposant de secrétariats éprouvés et renforcés.

Ces secrétariats des médecins membres sont mutualisés, y compris pour les médecins intégrant le dispositif lorsqu'ils exercent seuls, sans secrétaire. Ensemble ils constituent le secrétariat de la PAIS, qui filtre et oriente les demandes de Soins Non Programmés (SNP), sans que le patient n'ait de démarche supplémentaire à réaliser. Ce mode opératoire de la PAIS en pays de Nay semble être l'un de ses principaux atouts, qui fait de la plateforme un outil simple d'utilisation. Ainsi, le patient accède à la plateforme selon une démarche dont il a parfaitement l'habitude, à savoir qu'il doit tout simplement contacter le cabinet de son médecin traitant avec le numéro habituel.

Cette simplicité du parcours téléphonique de la PAIS fait écho aux désirs des pouvoirs publics, soutenus par la médecine d'urgence, de simplifier le recours à la régulation médicale. Effectivement, en France les numéros d'appel pour les urgences sont multiples, ce qui peut prêter à confusion pour une population qui n'est pas assez éduquée sur leur bon usage.

Rappelons que selon les chiffres fournis par l'enquête de grande envergure sur les services d'urgences hospitalières en 2013, seuls 15 % des patients ayant sollicité les urgences avaient composé le 15 ou les pompiers (le 18). Face à ce besoin de simplifier la régulation médicale, le gouvernement a lancé en 2019 le pacte de refondation des urgences avec pour socle la création du Service d'Accès aux Soins (SAS). Comme le souligne le rapport de l'ancien député Mr Mesnier Thomas, il s'agit d'un projet aux moyens pharaoniques, visant à recentrer toutes les régulations existantes autour d'une seule et même plateforme téléphonique avec un numéro d'appel unique.

Dans ce contexte, le travail que nous présentons, en continuité avec les précédentes études sur la PAIS, défend l'idée que le SAS n'est pas l'unique solution envisageable par les pouvoirs publics face au défi de la régulation des SNP. Puisque la PAIS propose depuis 2008 un parcours déjà existant, maîtrisé par les patients, et qu'elle ne nécessite aucune création de moyens nouveaux, cette plateforme mérite toute notre attention comme alternative au SAS. Ainsi, elle s'imposerait comme une solution d'apparence plus simple à mettre en place et moins onéreuse, pour réguler les SNP aux heures d'ouverture des cabinets de médecine générale. De surcroît, et toujours par comparaison avec le SAS, la PAIS possède l'avantage d'une sécurisation du parcours de soins des patients grâce au partage du dossier médical patient, et l'assurance d'une véritable continuité des soins. (8,23,24).

Cette organisation donne lieu à une prise de rendez-vous familière, fluide et donc rapide. Effectivement, les patients se sont dits très largement satisfaits de la rapidité avec laquelle le secrétariat leur avait donné un rendez-vous de consultation. Nous pensons que ces délais courts sont également rendus possible par une organisation en amont du réseau : un planning d'astreintes prédéfini pour l'année, est mis à disposition du secrétariat de la PAIS, avec pour chaque jour, un médecin disponible de 8H à 20h pour répondre aux demandes de SNP des patientèles du réseau. La disponibilité du médecin généraliste d'astreinte, rendue possible grâce au mode de fonctionnement de la plateforme, permet au patient d'accéder rapidement à une consultation.

Par comparaison avec les délais de prise en charge téléphoniques des SNP par les centres 15, la PAIS propose une alternative intéressante car la quasi-totalité des patients de notre étude n'ont pas rapporté de délai d'attente pour accéder au secrétariat téléphonique de la plateforme. Or, selon les propos du sénateur Rojouan Bruno en 2023, le temps d'attente pour les patients composant le 15 serait de l'ordre de 3 à 4 minutes, ce qui est nettement supérieur au délais de 1 minute recommandé par les normes internationales. De plus, si l'on considère les délais de prise en charge par un médecin, là encore la PAIS offre des avantages. Puisque la plateforme a donné à tous les patients un rendez-vous dans la journée avec un médecin disponible, ils n'ont donc pas eu à attendre d'être pris en charge sur un lieu de soin. En comparaison, selon la dernière grande enquête de la DREES en 2013 sur les services d'urgences, plus de la moitié des patients ont fait l'expérience d'une prise en charge dépassant les 2h, et la moitié des patients n'ayant nécessité ni actes ni soins ont attendus plus de 76 minutes (25,26).

Globalement, il est permis de considérer que la plateforme prend en charge les patients simplement et rapidement, et dispose d'atouts indéniables pour une meilleure régulation des SNP.

### **3 La PAIS répond aux attentes des patients sur les SNP**

Si certains ont été initialement déçus à l'idée de ne pas consulter avec leur médecin traitant habituel, tous les patients ont rapporté un vécu positif de la consultation avec le médecin de la PAIS dans son cabinet médical.

Avant nos recherches, nous avions pour hypothèse que la consultation avec un médecin inconnu pourrait être une source d'obstacle dans la communication et représenter un frein dans la prise en charge. Mais aucun entretien n'a soulevé de difficulté dans la relation médecin patient.

Certains patients ont même apprécié la bienveillance avec laquelle ils ont été accueillis, l'écoute et le dialogue avec le médecin PAIS, qui s'est montré rassurant par ses explications ou ses conseils, et par le temps consacré à la consultation. Si le médecin de la PAIS peut prendre le temps de délivrer des informations claires et rassurantes pour des patients en situation de stress, nous pensons que cela est en grande partie possible grâce au fonctionnement de la plateforme. Effectivement, le médecin, sachant qu'il est d'astreinte pour la PAIS, a pu organiser son temps de travail sur la journée, se rendant disponible pour absorber les demandes de SNP, sans être contraint par le temps.

Un autre élément ayant probablement contribué à un échange aisé avec le médecin PAIS, est la confiance que les patients éprouvent de manière générale vis à vis du corps médical. Plusieurs patients ont souligné leur confiance dans les compétences des médecins et dans leur respect de la déontologie médicale.

L'environnement où se déroule la consultation PAIS contribuerait également à la satisfaction des patients. Le rendez-vous a lieu au cabinet médical du médecin d'astreinte, et l'adresse est communiquée au patient par le secrétariat téléphonique. La plateforme est un dispositif de proximité, qui met en réseau des cabinets médicaux déjà opérationnels sur la plaine de Nay.

Les distances entre les structures de soins sont donc courtes, et comme il ne s'agit pas de nouvelles installations, les lieux de consultations sont le plus souvent connus des patients habitants le territoire. Si certains ont utilisé des outils de navigation, nous pensons que c'est avant tout par commodité qu'ils y ont eu recours. Ainsi, pour les patients interrogés, le cabinet médical de la consultation PAIS a été toujours rapidement accessible.

Cependant, un des patients avec lequel nous nous sommes entretenus a fait part d'un manque de repère une fois à l'intérieur du cabinet médical. Il ne savait pas où se mettre pour attendre la consultation, par manque d'information visuelle sur le fonctionnement du cabinet et par l'absence de secrétariat physique. Il serait donc intéressant d'assurer la présence d'indications claires à l'entrée des cabinets médicaux de la PAIS, voire d'assurer une présence humaine pouvant se charger de l'accueil, afin que les patients puissent s'orienter sans difficulté.

En résumé, la disponibilité du médecin de la PAIS et un environnement familial, sont des facteurs facilitant la qualité de la relation qui expliqueraient en grande partie pourquoi l'ensemble des patients interrogés ont été satisfaits de leur prise en charge par la PAIS. Ils sont plusieurs à conclure que cette plateforme répond à leurs besoins de SNP, et qu'elle leur offre une meilleure alternative que celle de solliciter les services d'urgences face à l'indisponibilité du médecin traitant.

Nos observations sont similaires aux résultats d'une étude de la DREES parue en 2008 sur les recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville. Là aussi, la très large majorité des patients se disait satisfaite de la prise en charge des SNP par le médecin traitant. Effectivement, sur les 4000 patients contactés par téléphone, 89 % rapportaient être « très satisfait » et 10 % « plutôt satisfaits ». Par comparaison, les chiffres de prise en charge par les services d'urgences hospitalières étaient respectivement de 66 % et 29 %. Aussi, il est intéressant de souligner dans cette étude concernant la gestion des demandes de SNP par le médecin traitant, que 15 % des patients trouvaient le temps d'attente excessif. Nous pouvons supposer, que ces 15 % de mécontents du délai de prise en charge, reflètent la difficulté pour le médecin traitant de répondre, en plus des consultations déjà programmées, aux demandes imprévues. Par ailleurs, le temps d'attente était considéré d'autant plus long que les symptômes étaient inconfortables, ce qui correspond au ressenti d'un patient de notre étude, le seul ayant trouvé le temps long en salle d'attente du fait de l'inconfort qu'engendrait ses symptômes (27).

A travers ces résultats, il semblerait que les patients soient davantage favorables à une prise en charge de leur demande de SNP par la médecine générale que par les services d'urgences. Qui plus est, la prise en charge des imprévus par un dispositif comme celui de la PAIS, offre l'avantage de délais moindres pour les patients.

#### **4 La PAIS doit informer du partage des données et rechercher le consentement**

Il n'est pas étonnant, de même que presque tous les patients ignoraient l'existence de la PAIS, de retrouver dès les premiers entretiens une méconnaissance du partage du Dossier

Patient (DP) entre les médecins du réseau. Toujours par manque d'information sur le fonctionnement de la plateforme, la majorité des patients se sont rendus compte au cours de la consultation avec le médecin de la PAIS, que ce dernier avait accès à leur dossier médical. Très rapidement nous avons ressenti lors des échanges avec les patients des interrogations autour du DP, ce qui nous a amené à modifier le guide d'entretien pour y incorporer une question ouverte à ce sujet : « Que pensez-vous du partage du dossier médical? ».

Globalement, la prise de conscience de l'existence du partage des données de santé au sein de la PAIS a été bien accueillie par les patients. Comme évoqué précédemment, la confiance des patients envers le corps médical, y compris dans son respect du secret médical, nous semble jouer en faveur de l'acceptation du partage du DP par une majorité de patients. Surtout, la plupart des d'entre eux ont estimé que la rapidité de la prise en charge, largement appréciée, reposait sur la connaissance du dossier médical par le médecin de la PAIS.

De plus, ils ont attribué à la possibilité d'accéder au DP un certain nombre d'avantages favorisant la continuité des soins, la qualité et la sécurisation de la prise en charge. En ce sens, la thèse qualitative du Dr Perin Mathilde, explorant les ressentis sur le Dossier Médical Partagé (DMP) à travers 12 entretiens réalisés entre 2020 et 2021 en Ille-et-Vilaine, fait état des mêmes observations. Dans cette étude, une large majorité de patients partageaient l'avis favorable du corps médical sur l'utilisation du DMP, et reconnaissaient en lui un outil incontournable pour une meilleure qualité de prise en charge (28,29).

Cependant, certains patients de notre étude ont fait part de leurs conditions quand à l'utilisation du DP. Tout d'abord, plusieurs patients auraient voulu donner leur consentement à l'accessibilité de leur dossier médical par le médecin d'imprévu. Ce faisant, plusieurs d'entre eux souhaiteraient que la PAIS définisse le cercle de diffusion de ces données sensibles, garantissant leur utilisation par les médecins du réseau uniquement et dans l'intérêt des patients.

Au même titre que le DMP de l'Espace Numérique en Santé (ENS) qui est régi par le code de la sécurité sociale, le DP, déterminé par le code de déontologie médicale, suit une réglementation exhaustive. Tout particulièrement concernant le respect du secret médical. Selon les recommandations du CNOM s'appuyant sur l'article 45 du code de déontologie médicale tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins. De plus, chaque professionnel de santé habilité doit reporter dans le dossier médical, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins et doit en informer le patient. Pour autant, cela ne signifie pas qu'il puisse accéder au dossier librement. Pour ce faire, il se doit, sauf cas particuliers (incapacité, urgences vitales, médecin régulateur), de recueillir le consentement du patient. Ce consentement préalable à la consultation du dossier médical doit être expressément formulé par le titulaire, cependant il ne requiert pas nécessairement une formulation écrite. En définitive, les réglementations

stipulent que l'alimentation du dossier médical ne nécessite pas de consentement mais le patient doit en être informé, en revanche la consultation du dossier nécessite de recueillir son consentement. (30, 31, 32).

Finalement, nos observations confirment que le partage du dossier médical se fait dans l'intérêt des patients et assure le bon fonctionnement de la PAIS. Toutefois, elles soulignent également le besoin de clarification pour les patients sur son utilisation au sein du dispositif.

## **IV Perspectives**

La perspective prédominante de cette étude est de promouvoir l'existence et le fonctionnement de la PAIS auprès des patientèles des médecins membres du réseau en pays de Nay. La communication sur la plateforme pourrait être réalisée selon des supports traditionnels, déjà éprouvés et connus des patients. Par exemple, des affiches ou des brochures dans la salle d'attente des cabinets médicaux ou en dehors, dans les autres lieux de soins (pharmacie, laboratoire, etc.) ou encore dans les mairies.

L'information sur la PAIS pourrait également être délivrée par le médecin traitant au cours d'une consultation, dans une démarche de prévention et d'éducation à la santé, ou par le secrétariat lors d'une première consultation d'imprévu. Dans le cadre de la prévention et de l'éducation à la santé, informer sur la PAIS pourrait aussi être une mission des infirmières Asalées ou des Infirmières en Pratique Avancée (IPA).

L'ensemble de ces canaux de communication participerait à l'éducation des patientèles sur l'orientation optimale de leurs demandes de SNP, et contribuerait à améliorer leur autonomie en santé, évitant ainsi des recours inappropriés aux urgences.

Une deuxième perspective est la recherche du consentement des patients sur le partage du dossier médical au sein de la PAIS. Ce recueil devrait être collecté simplement par oral, puisque qu'il n'est pas obligatoire d'avoir une trace écrite, et devrait être ajouté systématiquement au dossier informatique. Cette étape pourrait se faire lors de la première demande d'imprévu par le secrétariat, ou lors de la première consultation d'imprévu par le médecin de la PAIS.

Une troisième perspective conséquente à notre étude sur le ressenti des patients serait de sonder celui des médecins participant au dispositif. Nos recherches révèlent un certain succès de la PAIS auprès des patients pour répondre à leurs demandes pressantes de soins. Il serait intéressant d'adopter une réflexion selon une démarche qualitative similaire vis à vis des médecins du réseau, afin de connaître leurs impressions sur la plateforme, en particulier sur la gestion des SNP en journée.

Une quatrième perspective serait de réaliser un travail identique, basé sur une démarche qualitative explorant le ressenti des patients, sur la PAIS en Loir-et-Cher. Au cours des seize dernières années, le département 41 a connu une évolution de la plateforme sur trois territoires impliquant aujourd'hui environ trente-cinq médecins généralistes. L'étude du ressenti des Loir-et-Chériens apporterait des données, portant sur une expérience de la PAIS plus ancienne, qui pourraient être intéressantes à comparer avec nos observations sur le dispositif en Est-Béarn.

# CONCLUSION

Notre travail de recherche qualitatif a permis de mettre en lumière un premier ressenti des patients sur la PAIS déployée sur le territoire de l'Est-Béarn depuis 2017, afin de répondre au besoin de certains médecins généralistes du canton en matière de gestion des demandes de SNP.

Les patients ayant participé à cette étude dressent un bilan positif de leur expérience de consultation pour une demande imprévue auprès de la PAIS. Ils semblent accorder leur confiance a priori au corps médical concernant les soins et la gestion de leurs données de santé. Ils sont d'avis que cette plateforme répond de manière satisfaisante à leurs besoins de soins urgents, lorsque leur médecin traitant est indisponible. La PAIS de la plaine de Nay est donc utile pour les patients, en plus d'être utile pour les médecins comme le montre le travail de thèse du Dr Guine en 2022.

Nos observations font état d'un dispositif de proximité efficace qui repose sur des moyens déjà opérationnels, un secrétariat renforcé et la continuité des soins. Il nécessite donc très peu d'adaptation pour les patients et sécurise le parcours de soins grâce à la coordination autour du dossier médical patient. Ainsi la PAIS présente des avantages uniques par rapport aux autres structures de gestion des SNP en France (SOS médecin, maison médicale de garde, Service d'Accès aux Soins) et mérite la considération des ARS dans leur mission d'organiser l'accès au soin.

La PAIS étant encore méconnue des patientèles du réseau béarnais, la gestion de l'accès au soin en Est-Béarn bénéficierait d'une démarche de promotion de la santé concernant la plateforme. Ceci dans le but d'améliorer l'autonomie en santé des patients, de recueillir leur consentement sur le partage du dossier médical patient, de soulager leurs attentes en terme de SNP, et d'éviter un repli par défaut sur des structures de soins hospitalières situées à distance.

Au sein d'un système de santé en déséquilibre entre l'offre et la demande, où les inégalités d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire se creusent, et où les services d'urgences hospitalières sont saturés par des recours inappropriés, la PAIS offre à la médecine générale un outil de gestion pertinent des SNP en journée, qui rend service aux patients et au système de santé.

# BIBLIOGRAPHIE DE L'ARTICLE

1. DREES, Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. (page consultée le 10/11/2023). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?, [Internet].  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>
2. Athari E, Papon S, Robert-Bobée I. Eclairage - Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers. Insee Références; 2019.
3. Grangier J, Mikou M, Roussel R, Solard J. Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015. Etud Résult DREES. 2017; (1025):1-6.
4. Cour des Comptes. (page consultée le 20/11/2023). Rapport public annuel 2019 - Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités, [Internet].  
<https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
5. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. Rev Fr Adm Publique. 2017;164(4):887-902.
6. Calvez C. (page consultée le 10/03/2024). La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Dossier documentaire de l'Ecole des Hautes Etudes En Santé Publique, [Internet]. <https://documentation.ehesp.fr/ajax.php?module=cms&categ=document&action=render&id=702>
7. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. (page consultée le 16/03/2024). Mon Espace Santé - Le carnet de santé numérique de tous les citoyens, [internet].  
<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/e-sante/mon-espace-sante/article/mon-espace-sante-le-carnet-de-sante-numerique-de-tous-les-citoyens>
8. Mesnier T, Carli P. (page consultée le 10/11/2023). Rapport de décembre 2019 : "Pour un Pacte de Refondation des Urgences", [Internet].  
[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_pour\\_un\\_pacte\\_de\\_refondation\\_des\\_urgences\\_2019-058r.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_pour_un_pacte_de_refondation_des_urgences_2019-058r.pdf)
9. Figwer T. Retentissement de la plateforme alternative en innovation santé (PAIS) sur la fréquentation aux services d'urgences de Blois et de Romorantin-Lanthenay entre 2009 et 2012. Thèse de doctorat en médecine générale : Tours : 2013.
10. Schick J. Etude comparative de l'incidence de PAIS (plateforme alternative d'innovation en santé) sur le recours aux urgences entre trois communautés de communes en Loir-et-Cher. Thèse de doctorat en médecine générale : Tours : 2016.

11. Gauthier C. Les urgences à Chartres en 2017 et la permanence des soins ambulatoires (PDSA) : état des lieux – optimisation des soins avec l'apport de PAIS (plateforme alternative d'innovation en santé). Thèse de doctorat en médecine générale : Tours : 2019.
12. Maugard P. Impact de PAIS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé) sur l'accès aux soins non-programmés des personnes âgées dans les EHPAD : étude sur trois secteurs en Loir-et-Cher. Thèse de doctorat en médecine générale : Tours : 2021.
13. Thavaud Julien, Fradet Stéphane. Mutualité Française Centre-Val de Loire. (page consultée le 05/12/2023). Pais, un dispositif pour une médecine de proximité en Loir-et-Cher. 16 novembre 2018, [Internet].  
<https://centrevallaloire.mutualite.fr/communiqués/dossier-de-presse-pais/>
14. Trabut F. Impact de la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS) sur la fréquentation des services d'urgences des hôpitaux de Blois, Amboise et Tours. Thèse de doctorat en médecine générale : Tours : 2012.
15. Guine C. Etude descriptive de l'activité de soin du médecin concernant les patients imprévus ayant consulté dans le cadre de la PAIS de la communauté de communes du pays de Nay. Thèse de doctorat en médecine générale : Bordeaux : 2022 ; 90.
16. CNOM, Arnault F. (page consultée le 12/11/2023). Situation au 1er janvier 2022, Atlas de la démographie médicale en France, [Internet].  
[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/11jksb5/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2022\\_tome\\_1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf)
17. ARS Nouvelle-Aquitaine. Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine, Diagnostic territorial Pyrénées-Atlantiques. Pôle Etudes Statistiques et Evaluation. 2017;1:1-100.
18. Presence medicale 64. (page consulté le 23/05/2024). Chiffres clés du dispositif. [presencemedicale64.fr](http://presencemedicale64.fr), [internet]. <https://www.presencemedicale64.fr>
19. Thomas DR. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. Am J Eval. juin 2006;27(2):237-46.
20. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Rech Qual. 2006;26(2):1.
21. OMS, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. (page consultée le 12/11/2023). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, [Internet].  
<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>
22. Sandrin B. Promotion de la santé, éducation pour la santé en périnatalité. Spirale. 2006;1(37):43-50.
23. Buzyn A, Ministère des solidarités et de la santé. (page consultée le 22/11/2023). Pacte de refondation des urgences, 9 septembre 2019, [Internet].  
[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/\\_urgences\\_dp\\_septembre\\_2019.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf)

24. Société Française de médecine d'Urgence. (page consultée le 22/03/2024). Numéros d'urgence : la mission IGAS-IGA privilégie un scénario à un numéro unique, [Internet]. [https://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/numeros-d-urgence-la-mission-igas-iga-privilegie-un-scenario-a-un-numero-unique/new\\_id/61480](https://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/numeros-d-urgence-la-mission-igas-iga-privilegie-un-scenario-a-un-numero-unique/new_id/61480)
25. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Etud Résult DREES. 2014;(889):1-8.
26. Ricoch L, Vuagnat A. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. Etud Résult DREES. 2015;(929):1-8.
27. Collet M, Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. Etud Résult DREES. 2018;(625):1-8.
28. Perrin M. Ressentis et attentes des patients ayant créé un Dossier Médical Partagé. Etude qualitative sur une population d'Ille-et-Vilaine. Thèse de doctorat en médecine générale : Rennes : 2021.
29. Multon Cécile. Le dossier médical partagé : perception par les internes de médecine générale et sensibilisation à son utilisation. Thèse de doctorat en médecine générale : Franche-Comté. 2021.
30. Légifrance. Articles L1111-13 à L1111-24. Code de la santé publique, 2020.
31. Légifrance. Article 45. Code de déontologie médicale, 2004.
32. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 31/08/2024). Le dossier patient, [Internet]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/dossier-patient>

^

# ANNEXES

## I Guide d'entretien

« Vous avez bénéficié d'une consultation imprévue via le réseau PAIS, ce questionnaire a pour objectif de recueillir votre expérience sur ce dispositif.

### *I - Parlez-moi du dispositif PAIS*

- *Que savez-vous de ce dispositif de consultations imprévues ?*

Réponse attendue :

Absence de connaissance préalable à l'entretien sur la PAIS.

### **I - 1 - Accueil téléphonique**

- *Comment s'est déroulée la prise de rendez-vous ?*

Questions de relance :

- *Quelles étaient vos attentes au moment de prendre rdv par téléphone ?*
- *Comment avez-vous trouvé le délai pour avoir le secrétariat téléphonique ?*
- *Qu'avez-vous ressenti quand le secrétariat vous a dit que votre médecin ne pouvait pas vous recevoir ce jour ?*
- *Qu'avez-vous pensé du transfert téléphonique vers un autre secrétariat médical ?*
- *Quelles ont été vos difficultés par rapport à l'accueil téléphonique ?*

Réponses attendues :

Prise de rdv sans difficultés.

Attente d'un rdv rapide avec le médecin traitant.

Délai pour l'accueil téléphonique plus ou moins satisfaisant.

Déception de ne pas pouvoir voir son médecin traitant.

Transfert téléphonique vers le secrétariat PAIS passé inaperçu.

Accueil téléphonique par le secrétariat globalement satisfaisant.

### **I - 2 - Consultation avec un médecin différent**

- *Comment s'est déroulée votre consultation ?*

Questions de relance :

- *Connaissiez-vous le médecin avec lequel vous avez consulté ?*
- *Quels ont été selon vous les éléments facilitateurs lors de la consultation avec*

*un médecin inconnu?*

- *Quelles en ont été en revanche les difficultés ?*
- *Comment avez-vous trouvé le délai entre la prise du rdv avec le secrétariat téléphonique et votre consultation ?*
- *Saviez-vous que votre dossier médical est accessible par les médecins de la PAIS ?*
- *Qu'en pensez-vous ?*

Réponses attendues :

Consultation satisfaisante.

Méconnaissance du médecin PAIS.

Aucun élément facilitateur dans la méconnaissance du médecin.

Difficulté de dialoguer et de faire confiance à un médecin inconnu.

Délai rapide.

Méconnaissance du partage du dossier médical patient au sein de la PAIS.

Ce partage facilite la prise en charge médicale, le partage du dossier patient nécessite un consentement préalable.

### **I -3 - Consultation dans un cabinet différent**

- *Qu'avez-vous pensé du changement de cabinet ?*

Questions de relance :

- *Connaissiez-vous le cabinet où s'est déroulée votre consultation ?*
- *Comment avez-vous fait pour vous y rendre ?*
- *Comment jugez-vous la distance entre votre domicile et le cabinet où on vous a donné le rdv ?*
- *Pouvez-vous nous décrire les difficultés à consulter dans un cabinet inconnu ?*
- *Étiez-vous à l'aise ?*

Réponses attendues

Difficulté pour trouver le cabinet.

Méconnaissance du cabinet.

Utilisation d'une voiture et d'un GPS.

Distance courte.

Difficulté pour se garer, pour trouver le bureau de consultation une fois sur place.

Satisfaction globale.

### **I – 4- Synthèse**

- *Finalement qu'avez vous pensé de l'ensemble de votre prise en charge ?*

Réponse attendue :

Prise en charge satisfaisante.

## ***II – Selon vous quel serait le dispositif idéal ?***

- Quelles suggestions pourriez-vous faire pour améliorer le dispositif PAIS ?*
- A l'avenir sur quel support souhaiteriez-vous avoir des informations concernant la PAIS ?*
- Comment souhaiteriez-vous faire part de votre consentement pour le DMP ?*

Réponses attendues :

Partager des informations sur l'existence, et/ou sur le fonctionnement de la plateforme.  
Avoir des informations par affichage dans les salles d'attente, et/ou via le médecin traitant.  
Donner un consentement au partage du dossier médical. »

## II Grille COREQ

### 1 Domaine 1 : équipe de recherche et réflexion

#### Caractéristiques personnelles

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
1	Enquêteur	Quel auteur a mené les entretiens individuels ?	BELCHER Justin
2	Titre académique	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Médecin généraliste remplaçant non thésé
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Médecin remplaçant
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Homme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

#### Relation avec les participants

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Aucune relation antérieure
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation rapide avant chaque entretien lors de la présentation du projet
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflit d'intérêt

### 2 Domaine 2 : conception de l'étude

#### Cadre théorique

Numéro	Item	Guides questions/description	Réponse
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Approche inductive généralisée et compréhensive

### Sélection des participants

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	A partir de la liste des consultations PAIS
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	10 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	Aucun abandon. 2 refus 4 non-réponses

### Contexte

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	8 au cabinet de Coarraze, 1 sur le lieu de travail du patient, 1 au domicile du patient
15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes outre les participants et le chercheur ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Présentées dans le tableau 1

## Recueil des données

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui Testé en amont de l'étude
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio après consentement sur dictaphone
20	Cahier de terrain	Des notes de terrains ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Non
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	6 mois de mars à août 2023
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation obtenu à 8 entretiens
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretiens ont-elles été retournées aux participants pour commentaires et/ou corrections ?	Non

### **3 Domaine 3 : analyse et résultats**

#### Analyse des données

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont participé au codage des données ?	L'enquêteur, le Dr Jouhet, et le médecin remplaçant en MG Benderitter Lucie
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou à partir des	Identifiés à l'avance et

		données ?	adaptés secondairement aux données
27	Logiciel	Quel logiciel a été utilisé pour gérer les données ?	LibreOfficeWriter
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

### Rédaction

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes et résultats ? Chaque citation était- elle identifiée ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

# SERMENT MÉDICAL

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 leurs 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 sont 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.

# RÉSUMÉ / ABSTRACT

**Titre :** Étude du ressenti des patients concernant leur prise en charge dans le cadre de Soins Non Programmés par la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS) de la communauté de communes du pays de Nay.

**Résumé :** Depuis les années 2000 la France observe une baisse de ses effectifs de médecins toutes spécialités confondues, et cet appauvrissement est encore plus marqué en médecine générale. En parallèle, la population française continuant de croître et de vieillir, la demande de soins progresse. De plus, le changement de pratique des nouvelles générations de médecins, conjugué aux inégalités de leur répartition sur le territoire, accentue le déséquilibre entre l'offre et la demande de soins, notamment pour les Soins Non Programmés (SNP), comme en témoignent les recours inappropriés aux services d'urgences. Il s'agit ici d'une étude qualitative reposant sur une analyse thématique des données obtenues par entretiens individuels semi-dirigés de patients des cabinets médicaux participants à la PAIS de l'Est-Béarn. L'objectif est de sonder leur ressenti sur l'ensemble de leur prise en charge via la PAIS. Nos résultats montrent que la plateforme semble être une réponse satisfaisante aux demandes de SNP, et donc une alternative aux structures d'urgences. Grâce à un secrétariat renforcé, le dispositif paraît facilement accessible et efficace. Les patients semblent avoir confiance dans le corps médical concernant les soins et la gestion de leurs données de santé. La coordination autour du dossier médical et le partage des données de santé renforce le sentiment de continuité des soins et permet une sécurisation du parcours. Cependant, on constate un manque d'information chez les patients, tant sur la structure du dispositif que sur le partage des données médicales au sein du réseau. Il conviendrait donc de renforcer la communication sur la PAIS et de rechercher le consentement des patients sur le partage des données de santé. Dans le contexte actuel de restructuration de la régulation médicale et de la gestion problématique des SNP, la PAIS offre à la médecine générale un outil de gestion pertinent des SNP en journée, bénéficiant tant aux patients qu'au système de santé.

**Mots clés :** médecine générale ; soins non programmés ; gestion des soins aux patients ; modèle d'organisation ; PAIS

---

**Subject :** Study of patients' assessment of PAIS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé/Alternative Platform of Health Innovation/APHI) concerning unscheduled care, in and around the town of Nay.

**Abstract :** Since the 2000s, France has seen a reduction in its number of doctors, all specialties included; this decline is especially noticeable amongst General Practitioners (GPs). As the French population continues to increase and age, so the need for health care grows accordingly. Moreover, changes to the new generation of doctors' working practices, coupled with an uneven national spread, exacerbate imbalance between supply and demand of care, notably for 'unscheduled care' (UC) as witnessed by inappropriate use of emergency services (A&E). This is a qualitative study based on the thematic analysis of data from partly directed individual interview of patients in surgeries which are members of East-Béarn A PHI. The aim is to gauge their assessment of overall care provided by A PHI. Our results show that the platform appears an adequate response to the needs of UC, thus an alternative to A&E structures. Thanks to reinforced office back-up, the structure appears easily accessible and efficient. Patients seem to trust the medical corps regarding the treatment they receive and use of their health data. Coordination around medical records and sharing of health data reinforces the feeling of continuity of care and enables a secure follow-up. However, one observes a lack of information among patients on the structural set-up and sharing of medical data via the internal network. The idea would be to reinforce communication on A PHI and seek greater patient consent to the sharing of medical data. In the current context of restructuring medical regulation and UC management problems, A PHI provides GPs a relevant way of dealing with daytime UC, beneficial both to patients and health system alike.

**Key words :** General practice ; unscheduled care ; patient care management ; organisational model ; PAIS