

Année 2021/2022

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Clément BERTRAND-CHEVRIER**

Né le 23/06/1995 à Saint-Jean-de-Braye (45)

---

## Soins Non Programmés en Indre-et-Loire (37)

---

Présentée et soutenue publiquement le 24/11/2022 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Frédéric PATAT, Biophysique et Médecine nucléaire, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

- Dr Yves MAROT, Urgences pédiatriques, PH, CHRU –Tours
- Dr Pierre DENEAU, Urgences adultes, PH, CHRU –Tours
- Dr Maxime PAUTRAT, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours
- Dr Frédéric LEBEAU, Médecine Générale – Loches

Directrice de thèse : Docteur Alice PERRAIN, Médecine Générale – La Croix-en-Touraine

# **RÉSUMÉ**

**Introduction** : La gestion ambulatoire des SNP est un problème politique au premier plan face à l'engorgement des urgences et à la désertification médicale. Le Service d'Accès aux Soins (SAS) est expérimenté en Indre-et-Loire, son but est d'organiser une réponse coordonnée aux SNP sur le territoire. L'objectif principal de cette étude était de décrire l'organisation des SNP en cabinet de médecine générale en Indre-et-Loire. L'objectif secondaire était de décrire la connaissance et le souhait d'implication des médecins généralistes (MG) dans le SAS 37.

**Méthode** : Cette étude quantitative descriptive réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne envoyé aux MG installés en Indre-et-Loire, s'est déroulée entre novembre 2021 et mars 2022.

**Résultats** : 76 des 500 médecins généralistes installés en Indre-et-Loire ont répondu. 88% déclaraient s'organiser pour les SNP. 64,2% utilisaient des créneaux isolés dans leur planning, 58% rajoutaient les patients entre deux rendez-vous et 34,3% s'organisaient en plage horaire dédiée. Sur une semaine type, 36% des MG ne travaillaient pas les mercredis. Les créneaux de SNP étaient majoritairement placés les lundis et samedis. En cas d'absence, un confrère du même cabinet (75%) ou un remplaçant (73,6%) étaient les solutions les plus choisies. La médecine semi-rurale, plébiscitée pour l'implantation des MSP, était plus organisée que le secteur urbain pour recevoir les SNP. 40% des MG étaient favorables à devenir effecteur du SAS 37 contre 10% pour la régulation.

**Discussion** : Malgré ce qu'on entend dans les médias, les MG s'organisent pour recevoir les SNP. Il faut avoir une vision plus globale des SNP en améliorant la coopération entre MG d'un secteur et en renforçant le lien ville-hôpital, notamment via le SAS 37. Réaliser une meilleure communication sur les différents rôles du médecin généraliste est aussi nécessaire. Une étude complémentaire qualitative pourrait étudier le ressenti des usagers de SNP.

**Mots clés** : Soins non programmés, Service d'Accès aux Soins, soins primaires, urgences, médecin généraliste, effecteur, Indre-et-Loire

# **ABSTRACT**

**Introduction** : In a context of emergency room overcrowding and medical desertification, the ambulatory management of unscheduled care is a political problem. The department of Indre-et-Loire is experimenting a new healthcare access service named SAS 37. its goal is to organize a coordinated response to unscheduled care in the territory. The primary objective of this study was to describe the organization of unscheduled care in general practices in Indre-et-Loire. The secondary objective was to describe the knowledge and desire for involvement of general practitioners (GPs) in SAS 37.

**Method** : From November 2021 to March 2022, we carried out a descriptive and quantitative study. We sent an online questionnaire to GPs based in Indre-et-Loire.

**Results** : 76 of the 500 GPs based in Indre-et-Loire responded. 88% said they were organized for unscheduled care. 64.2% used isolated slots in their schedule, 58% added patients between appointments and 34.3% organized themselves into dedicated time slots. In a typical week, 36% of GPs did not work on Wednesdays. Unscheduled care slots were mostly placed on Mondays and Saturdays. In the event of GPs absence, a colleague from the same practice (75%) or a replacement (73.6%) were the most chosen solutions. Semi-rural medicine, most chosen for the establishment of multidisciplinary health centers, was more organized than the urban area to receive unscheduled care. 40% of GPs were in favor of becoming a SAS 37 effector against 10% for regulation.

**Discussion** : Despite what is said in the media, GPs organize themselves to receive unscheduled care. It is necessary to have a more global vision of unscheduled care by strengthening cooperation between GPs in a sector and by consolidating the city-hospital link, in particular through SAS 37. A better communication about the different roles of the general practitioner is also necessary. A complementary qualitative study could investigate the feeling of unscheduled care users.

**Keywords** : Unscheduled care, healthcare access service, primary care, emergency, general practitioner, effector, Indre-et-Loire

UNIVERSITE DE TOURS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**  
**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**  
Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**  
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*  
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*  
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**  
Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**  
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972  
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994  
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**  
Pr Daniel ALISON  
Pr Gilles BODY  
Pr Philippe COLOMBAT  
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr Pascal DUMONT  
Pr Bernard FOUQUET  
Pr Yves GRUEL  
Pr Gérard LORETTE  
Pr Dominique PERROTIN  
Pr Philippe ROSSET

**PROFESSEURS HONORAIRES**  
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
APETOH Lionel .....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BAKHOS David .....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas .....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François .....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas .....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DI GUISTO Caroline .....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs  
ROBERT Jean ..... Médecine Générale

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine ..... Anglais

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra ..... Médecine interne  
BARBIER Louise ..... Chirurgie digestive  
BINET Aurélien ..... Chirurgie infantile  
BISSON Arnaud ..... Cardiologie (CHRO)  
BRUNAUT Paul ..... Psychiatrie d'adultes, addictologie  
CAILLE Agnès ..... Biostat., informatique médical et technologies de communication  
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo ..... Rhumatologie (au 01/10/2021)  
CLEMENTY Nicolas ..... Cardiologie  
DENIS Frédéric ..... Odontologie  
DOMELIER Anne-Sophie ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
DUFOR Diane ..... Biophysique et médecine nucléaire  
ELKRIEF Laure ..... Hépatologie – gastroentérologie  
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ..... Anatomie et cytologie pathologiques  
GUILLEUX Valérie ..... Immunologie  
HOARAU Cyrille ..... Immunologie

LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES**

---

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

## **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE**

---

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

## **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

---

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

### ***Pour l'Ethique Médicale***

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.



## **REMERCIEMENTS**

### **À Monsieur le Professeur Frédéric Patat,**

Pour l'honneur que vous nous faites de présider ce jury et pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez recevoir l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

### **À Monsieur le Docteur Yves Marot, à Monsieur le Docteur Pierre Deneau, à Monsieur le Docteur Maxime Pautrat et à Monsieur le Docteur Frédéric Lebeau,**

Vous avez accepté avec bienveillance de prendre connaissance de ce travail. Vous nous faites l'honneur de le juger. Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profond respect.

### **À Madame le Docteur Alice Perrain,**

Merci d'avoir supervisé ce projet, merci de ta bienveillance de tous les instants, de ta disponibilité et de la qualité de tes remarques. Nous sommes très reconnaissants et fiers de t'avoir eu comme directrice de thèse et nous avons hâte de continuer à travailler avec toi.

### **À l'équipe du SAS 37 et aux professionnels de santé qui ont participé à cette étude,**

Merci pour le temps que vous nous avez consacré. Un merci tout particulier à Alix Besson, chargée de missions du SAS 37, pour sa réactivité et son professionnalisme.

### **À Clémence,**

Réaliser cette thèse tous les deux a été encore plus facile que je le pensais, nous nous sommes encore une fois bien complétés en apportant chacun nos qualités ... et nos défauts. Merci pour ce beau travail. Chaque pas de plus est magique à tes côtés. Je suis fier d'épouser une femme comme toi, longue vie à nous. Je t'aime.

### **À maman,**

Merci pour l'amour que tu m'as donné, des valeurs de travail et de persévérance que tu m'as inculquées, et de ton soutien tout au long de mes études médicales. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est aussi grâce à toi. Merci aussi à Eric, que je suis heureux de compter dans la famille.

### **À mon frère Maxime,**

Nous nous sommes toujours suivis dans tout et je suis fier que nous ayons tous les deux réussi. Tu feras un excellent médecin, mais un moins bon tennisman ... Je sais que le Sud est beau, mais reviens voir ton frère de temps en temps.

### **À Papi et à Mamie,**

Vous avez grandement participé à ce que je suis aujourd'hui. Notre bonheur et notre réussite a toujours été une priorité pour vous. J'espère que vous êtes fiers de moi aujourd'hui.

### **À ma belle famille,**

Sophie et Jean-Mi, Camille, Alex et Gautier, vous m'avez accueilli parmi vous comme si j'avais toujours été là, alors merci beaucoup. Vous êtes une famille en or, alors ne changez rien.

**À mes amis de lycée,**

Augustin, Pierre, Josselin, Antoine, Roman, Elorah, Marianne. La distance et les années n'auront pas réussi à nous séparer, j'espère que nous pourrons entretenir cette amitié encore de longues années.

**À tous mes amis de la fac,**

Merci pour tous ces moments. On a partagé des rires, des années difficiles et des soirées arrosées. Vous êtes géniaux.

**À mes maitres de stage et aux médecins qui m'ont formé,**

En particulier à Arnaud, Cindy, Cédric, François, Aurélie, Samuel, Lisa et Éric. Vous m'avez transmis de nombreuses connaissances et valeurs. Vos conseils resteront gravés toute ma longue carrière.

## **GLOSSAIRE**

**ARM** - Assistant de Régulation Médicale

**ARS** - Agence Régionale de Santé

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

**CHRU** - Centre Hospitalier Régional Universitaire

**CPTS** - Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

**DREES** - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

**FMC** - Formation Médicale continue

**GHT** - Groupement Hospitalier de Territoire

**INSEE** - Institut National de la Statistique et des Études Économiques

**MG** - Médecin Généraliste

**MSP** - Maison de Santé Pluriprofessionnelle

**OSNP** - Opératrice de Soins Non Programmés

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

**PDSA** - Permanence Des Soins Ambulatoires

**RDV** - Rendez-vous

**SAMU** - Service d'Aide Médicale d'Urgence

**SAS** - Service d'Accès aux Soins

**SSA** - Service de Santé des Armées

**SNP** - Soins Non Programmés

**URPS** - Union Régionale des Professionnels de Santé

## **SOMMAIRE**

<b>Introduction .....</b>	<b>12</b>
<b>Matériel et Méthode .....</b>	<b>17</b>
<b>Résultats .....</b>	<b>21</b>
<b>Discussion .....</b>	<b>31</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>36</b>
<b>Références .....</b>	<b>37</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>40</b>

# **INTRODUCTION**

## **I. Les Soins Non Programmés (SNP)**

### **1) Définition**

Les SNP sont définis selon la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) par toute demande de consultation, quel qu'en soit le motif, pour le jour même ou le lendemain, adressée à un médecin généraliste pendant les horaires d'ouverture de son cabinet [1]. L'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) Centre-Val de Loire les définit comme une demande de l'utilisateur d'une prise en charge médicale le jour même. Le caractère vital ou non-vital de la demande distingue les soins non programmés des urgences vitales qui doivent alors être prises en charge par les structures compétentes (SAMU, Urgences). Les SNP ne comprennent que les soins dispensés entre 8h et 20h en semaine, et le samedi matin, c'est-à-dire en dehors des horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA) les soirs et week-end, pendant lesquels une organisation spécifique existe.

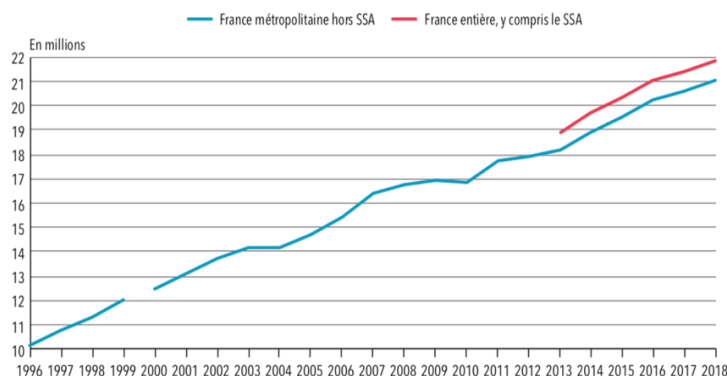
### **2) Panorama de l'offre de prise en charge des SNP ambulatoires**

Pour répondre à cette demande, plusieurs organisations existent en France, mais elles sont disparates en fonction des territoires : organisations à l'échelle d'un cabinet, centres de soins non programmés (type SOS médecin), maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), maisons médicales de garde (ouvrant également en journée), offres de téléconsultation, ou plus localement, PAIS (Plateforme d'Alternative d'Innovation en Santé) actuellement en place dans le département du Loir-et-Cher (41) et permettant une coordination des médecins du territoire pour maintenir l'offre de soins [2].

### **3) Un écosystème fragile et sous tension**

Malgré ces initiatives, la médecine de ville semble aujourd'hui rencontrer de plus en plus de difficultés à subvenir aux besoins de la population, notamment en matière de SNP. La fréquentation aux urgences augmente d'année en année. En 2018, on dénombre 21,8 millions de passages sur les services d'urgence français, en progression de 2,0% par rapport à 2017 [3].

Selon une enquête de la DREES en 2015, la fréquentation des services d'urgence progresse sous l'effet du consumérisme, de la diminution de densité des médecins généralistes sur le territoire, de l'âge de la population ainsi que du revenu médian. La Cour des comptes ajoute que 43% des passages aux urgences relèvent d'une simple consultation médicale, et 35% auraient pu obtenir une réponse auprès d'un médecin généraliste. De plus, la majorité des consultations aux urgences a lieu pendant les horaires d'ouverture théoriques des cabinets libéraux (8H-20h) [4].



*Graphique n°1 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996*

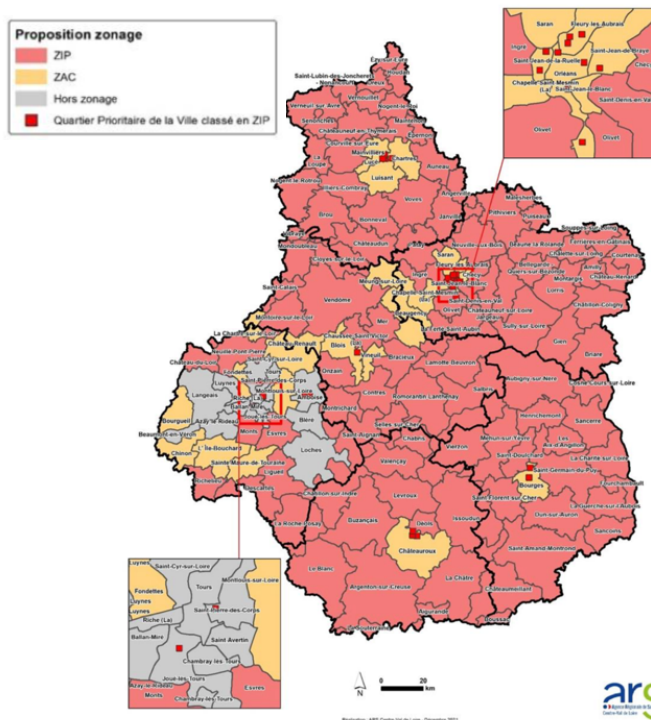
Ces résultats questionnent sur les difficultés d'accès à la médecine de ville. Plusieurs études à l'échelon national [1] et local [5] ont été réalisées sur l'organisation des soins non programmés en médecine générale, montrant globalement une bonne implication des professionnels mais également une importante disparité de l'organisation. En effet selon une étude de 2019, pour 4 médecins généralistes sur 10, les consultations de SNP représentent 30% ou plus de leur activité lors d'une semaine ordinaire. Pour 1 sur 10, elles en représentent moins de 10% [1].

#### **4) Situation en Indre-et-Loire**

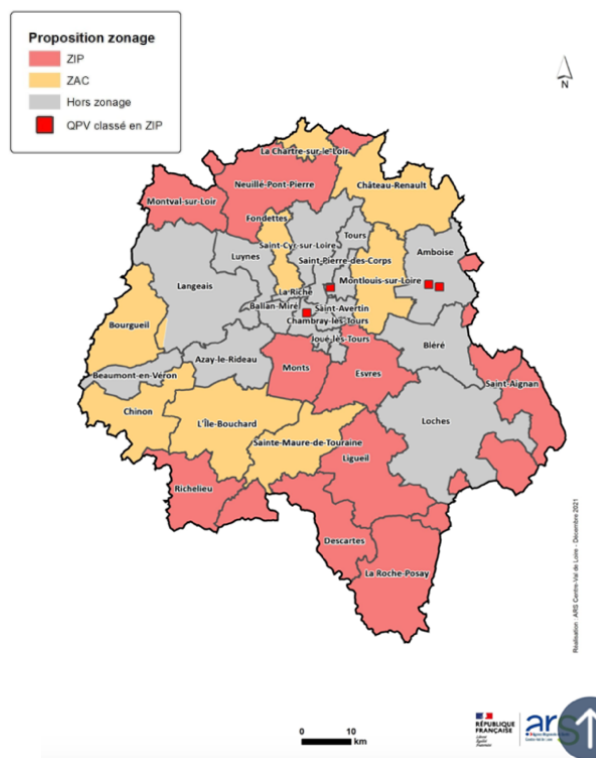
À ce jour, aucune étude sur l'organisation des soins non programmés à l'échelon du département d'Indre-et-Loire n'a été réalisée. Ce territoire n'est pas épargné par ces problématiques d'accroissement de la population et de désertification médicale. On y dénombre 607 760 habitants en 2018 contre 600 252 en 2013, soit une légère augmentation de 0,2% par an (contre +0,3% en France) selon les derniers chiffres de l'INSEE [6].

Il s'agit pourtant du département le moins touché par le manque de médecins en région Centre-Val de Loire avec 98 médecins généralistes pour 100 000 habitants selon les chiffres de décembre 2021 de l'Agence Régionale de Santé (ARS) [7]. C'est d'ailleurs le seul département de la région à posséder un solde positif concernant l'installation de médecins généralistes entre 2017 et 2020 (+17). Il n'en reste pas moins que la couverture du territoire en médecins généralistes est très disparate selon les secteurs.

La dernière cartographie du zonage médical est explicite. Le Nord et le Sud du département souffrent toujours d'une pénurie de médecins généralistes et de nombreux territoires sont classés comme Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP), définies par un nombre de consultation accessible par habitant par an inférieur à 2,5 et éligibles à des aides à l'installation.



Carte n°1 : Zonage médecin en région  
Centre-Val-de-Loire – 12/2021



Carte n°2 : Zonage médecin en  
Indre-et-Loire – 12/2021

## II. Service d'Accès aux Soins (SAS)

### 1) Généralités

La gestion des soins non programmés est un enjeu de santé au cœur du débat politique actuel. C'est ainsi qu'une première réflexion sur la refondation des urgences a eu lieu par Thomas Mesnier (médecin urgentiste et député de Charente) et le Professeur Pierre Carli (chef de service d'anesthésie réanimation à l'hôpital Necker) en décembre 2019 [8]. Ce rapport a servi de base à l'élaboration du Service d'Accès aux Soins réaffirmé parmi les 33 mesures du Ségur de la santé du 21 juillet 2020 [9]. Les problématiques d'accès aux soins ont été un des principaux enjeux des dernières élections présidentielles et le seront probablement au cours des prochains quinquennats.

Le SAS est un nouveau service d'orientation de la population dans le parcours de soins, accessible à tous, sur tout le territoire, qui permet à chacun d'accéder rapidement aux soins dont il a besoin [10].

Il ne vient pas en substitution de l'accès au médecin traitant ou des organisations de SNP existantes sur le territoire, mais en complément. Le médecin traitant reste l'interlocuteur privilégié des patients en journée.

Le SAS permet donc à toute personne ayant un besoin de santé urgent et n'ayant pas de médecin traitant disponible, d'obtenir un conseil médical directement auprès d'un médecin régulateur, ou se voir attribuer un rendez-vous de consultation vers un médecin généraliste dit « effecteur » dans un délai de 24h ou 48h (*annexe 1*).

Il est fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière.

22 départements sont pilotes pour expérimenter le SAS, dont l'Indre-et-Loire. Le projet dans le département 37 est porté par le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) des établissements publics de santé d'Indre-et-Loire et par le Collectif des CPTS 37 (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) regroupant les 6 CPTS d'Indre et Loire : Castel Réseau Santé, la Rabelaisie, O'Tours, Nord Touraine, Sud Lochois, Asclépios (carte n°3).

## **2) Organisation du SAS 37**

Nous avons suivi le projet en Indre-et-Loire depuis sa création jusqu'à sa mise en place le 30 novembre 2021. Nous avons pu assister aux différentes réunions de l'équipe projet.

Ainsi, en Indre-et-Loire, lors d'un besoin de santé urgent et lorsque le médecin traitant n'est pas disponible, le patient peut contacter un numéro unique, le 15. Un Assistant de Régulation Médicale (ARM) décroche et oriente l'appel soit vers l'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) soit vers la filière ambulatoire si cela relève des SNP.

Lorsque l'appel est transmis vers la filière ambulatoire, une Opératrice de Soins Non Programmés (OSNP) continue l'interrogatoire et remplit le dossier administratif. Les OSNP, au nombre de 5, sont des secrétaires médicales, des assistantes dentaires ou des aides-soignantes ayant reçu une formation complémentaire et travaillent à Saint Avertin dans un local spécifique non commun au CETRA (Centre de Traitement de l'Alerte).

L'OSNP s'assure que le patient a bien contacté son médecin traitant et que la demande relève bien des SNP : pas de signe d'alerte évoquant un soin en lien avec une urgence vitale, soin aigu et pas suivi de pathologie chronique.

L'appel est alors dirigé vers un médecin généraliste libéral « régulateur » qui donne un conseil ou oriente vers un créneau de SNP d'un médecin généraliste libéral dit « effecteur » dans son cabinet.

Si le patient n'a pas contacté son médecin traitant, l'OSNP demande au patient de le contacter.

Si le patient présente des signes d'alerte évoquant une urgence vitale, l'appel est rapidement transmis au médecin régulateur libéral qui peut réorienter vers le médecin régulateur hospitalier du SAMU.

Entre le 1<sup>er</sup> décembre 2021 et le 30 septembre 2022, 12505 appels ont été traités par le SAS 37, soit en moyenne 1250 par mois. 10% des appels ont abouti à un rendez-vous. En 10 mois, 1276 rendez-vous ont été donnés auprès d'un médecin effecteur, soit environ 127 rendez-vous par mois.

Par exemple, en septembre 2022, sur 1320 appels, 161 ont abouti à un rendez-vous, 95 appels ont abouti à un transport sanitaire vers les urgences et 1064 ont donné lieu à un simple conseil téléphonique par le régulateur. Aucune prescription ou téléconsultation n'a été réalisée par les médecins régulateurs.



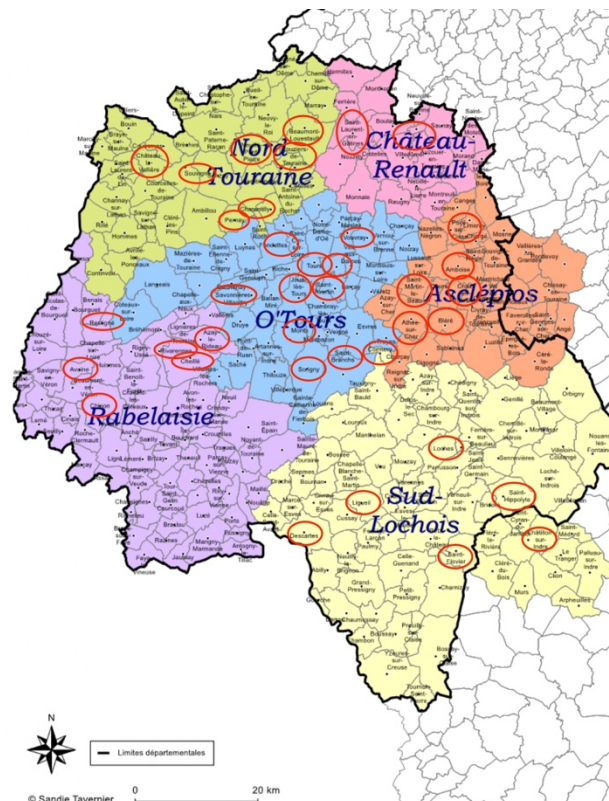
### 3) Les effecteurs du SAS 37

Les effecteurs sont des médecins généralistes libéraux acceptant de recevoir des patients dans le cadre du SAS 37. Ils s'engagent à prévoir 2 heures de créneaux pour les SNP par semaine pour les patients de leur patientèle et pour ceux qui contactent le SAS 37. Il ne s'agit donc pas de "réserver" les créneaux pour le SAS 37.

Le médecin effecteur peut à tout moment arrêter sa participation au SAS (*annexe 2*).

Ils sont rémunérés dans le cadre de l'avenant 9 de la convention médicale soit 1400 euros par an [11]. Si les médecins effecteurs contactés par les OSNP du SAS 37 acceptent de débloquer un créneau supplémentaire (quand ses créneaux de SNP sont tous pris), ce rendez-vous supplémentaire est rémunéré selon une grille spécifique.

Au début du SAS 37, en décembre 2021, le dispositif comptait 38 médecins effecteurs. En mars 2022, il en comptait 90. Il en compte 145 en septembre 2022, répartis sur l'ensemble du département d'Indre-et-Loire.



Carte n°3 : Répartition des effecteurs du SAS en Indre-et-Loire en septembre 2022

### III. Question de recherche

Alors que le SAS 37 était encore en projet, que la communication autour était à ses prémices, nous avons mené une première étude auprès des médecins généralistes installés d'Indre-et-Loire. Nous nous sommes posé la question : comment les médecins généralistes d'Indre-et-Loire s'organisent pour recevoir les SNP ?

# **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

## **I. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude quantitative, de nature observationnelle descriptive, transversale. Elle était réalisée sous la forme d'un auto-questionnaire anonyme adressé par mail à l'ensemble des médecins généralistes installés en Indre-et-Loire.

Le champ étudié était celui de la médecine générale dans la prise en charge des soins non programmés, en dehors des horaires de PDSA.

Il s'agissait d'une étude de pratique, déclarative, avec un recueil transversal des données.

## **II. Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de cette étude était de décrire la prise en charge des soins non programmés par les médecins généralistes installés en Indre-et-Loire dans leurs cabinets (hors PDSA).

L'objectif secondaire était de décrire leur connaissance et leur souhait d'implication dans le SAS 37.

## **III. Population étudiée**

La population source était celle des médecins généralistes installés dans un cabinet libéral sur le territoire d'Indre-et-Loire. N'étaient donc pas inclus dans l'étude les médecins remplaçants thésés ou non, les médecins généralistes exerçant exclusivement en structure hospitalière, ainsi que les médecins généralistes libéraux à exercice particulier.

## **IV. Recueil de données**

Le questionnaire en ligne a été diffusé par mail aux médecins généralistes installés d'Indre-et-Loire à partir du 09/11/2021. La date limite de recueil des réponses avait été fixée au 01/03/2022.

Les 500 médecins généralistes installés ont reçu des mails avec le lien du questionnaire via les 6 CPTS d'Indre-et-Loire, le syndicat MG France d'Indre-et-Loire et l'URPS Médecin Libéraux Région Centre (*annexe 3*). Le questionnaire était consultable depuis le 09/12/2021 sur le site du Conseil de l'Ordre des Médecins d'Indre-et-Loire. Un appel téléphonique de relance a également été effectué les 5 et 6 février 2022 dans la plupart des cabinets de médecine générale d'Indre-et-Loire, en se basant sur la liste de l'ARS sur la démographie des professionnels de santé en Centre-Val de Loire à jour en 2022 [12]. Quand l'échange avec le médecin n'était pas possible, un message a été laissé auprès du secrétariat.

Enfin, une dernière relance a été réalisée le 24/02/2022 aux médecins généralistes présents lors d'une soirée de Formation Médicale Continue (FMC) à la faculté de médecine de Tours (*annexe 4*).

## V. Questionnaire (annexe 5)

Le questionnaire a été réalisé et diffusé sur le site GoogleForm®. Il était introduit par un texte nous présentant et expliquant le but de l'étude.

Le questionnaire était anonyme. Il se composait de 20 questions au maximum et était organisé en trois parties :

- La première concernait les caractéristiques générales des médecins généralistes permettant une analyse en sous-groupes.
- La seconde sur l'organisation actuelle des soins non programmés par le médecin généraliste interrogé.
- La dernière partie introduisait via trois questions le projet SAS 37.

Le questionnaire a été élaboré à partir des données bibliographiques.

Nous avons réalisé le plus possible des questions fermées, facilitant l'analyse à posteriori.

Nous avons principalement utilisé des questions à choix prédéfinis sous forme de variables qualitatives binaires ou ordinales, ou de variables quantitatives continues.

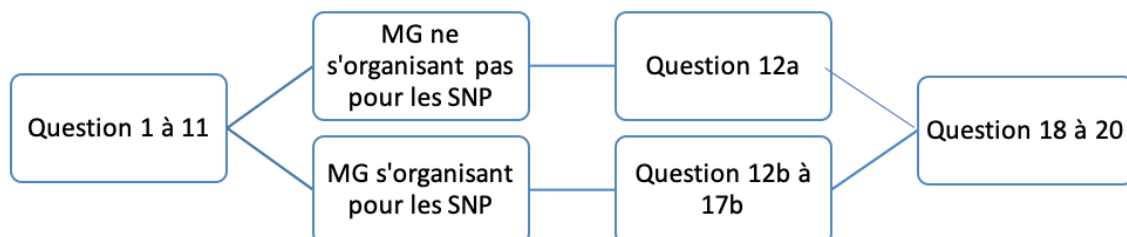
Cependant, afin de recueillir des réponses rares ou imprévues, cinq questions comportaient une réponse ouverte dont trois questions incluaient une possibilité de réponse ouverte via la formulation « autre ».

Les termes de « Soins Non Programmés » et de « Service d'Accès aux Soins » étaient définis dans le questionnaire afin d'éviter le biais d'information.

Le questionnaire a été soumis à l'avis du bureau de l'URPS Centre-Val de Loire et du bureau du SAS 37. Un pré-test a ensuite été réalisé auprès de six médecins généralistes ne faisant pas partie de la population cible (médecins généralistes installés dans d'autres départements) afin d'évaluer sa faisabilité. Ce pré-test a permis de corriger certaines formulations ainsi que certains problèmes de présentation pour davantage de compréhension.

Les médecins généralistes organisés ou non au quotidien pour recevoir des soins non programmés n'ont pas répondu aux mêmes questions, comme le montre le schéma ci-dessous. Le questionnaire était commun des questions 1 à 11, puis en fonction de la réponse à l'interrogation « Êtes-vous déjà organisé pour recevoir les SNP dans votre cabinet ? », deux chemins de question étaient possibles, avant de se rejoindre à la question 18.

A la fin du questionnaire, le médecin pouvait nous contacter s'il souhaitait participer aux entretiens de la thèse qualitative sur la perception des MG effecteurs au sujet du SAS 37 [13].



*Graphique n°2 : Algorithme des questions en fonction des réponses des médecins*

## **VI. Analyse statistique des données**

Les données recueillies sur GoogleForm® ont ensuite été retranscrites sur tableaux Excel. L'analyse des données correspondait à une analyse descriptive.

Les variables quantitatives étaient exprimées sous forme de moyenne. Les variables qualitatives étaient exprimées sous forme de pourcentage. Les variables qualitatives ont été comparées en analyse univariée par un test de Chi2 quand les conditions de validité de ce test étaient respectées ou un test de Fisher si l'effectif du groupe étudié était insuffisant. Les variables quantitatives ont été comparées en analyse univariée par un test de Student (ou ANOVA en cas de groupes multiples) lorsque la distribution des données était normale et par un test de Mann Whitney (ou Kruskal Wallis en cas de groupes multiples) lorsque la distribution des données était non-normale.

Le logiciel de statistiques utilisé était celui développé par le Groupe de Méthodes en Recherche Clinique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg : GMRC Shiny Stats.

Le Dr François LEFEBVRE, médecin en Recherche Clinique et Santé Publique au CHRU de Strasbourg a répondu à nos questions sur l'utilisation du logiciel et sur la méthodologie statistique.

Des différences d'organisation des soins non programmés ainsi que le souhait d'implication dans le SAS étaient recherchés en fonction des caractéristiques suivantes relatives aux médecins généralistes :

- Sexe
- Age
- Nombre de patients ayant signé une déclaration médecin traitant avec le médecin
- Nombre de patients dans la file active du médecin
- Année de première installation
- Milieu d'exercice urbain, rural ou semi-rural
- Exercice seul, en cabinet de groupe ou en MSP
- Distance en kilomètres d'un service d'urgence
- Desserte ou non du territoire par SOS médecin

Ces différences étaient considérées comme statistiquement significatives si le degré de significativité « p »  $\leq 0,05$ .

Dans certains cas (si les différences entre les variables d'au moins trois groupes de données sont statistiquement significatives), une analyse dite « post-hoc » était nécessaire afin d'aller plus loin. Elle consistait en plusieurs comparaisons deux à deux puis en multipliant le « p » par le nombre de test, permettant ainsi de corriger le risque alpha lié à la multiplicité des tests.

## **VII. Aspects éthiques**

Après avis auprès de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) Centre-Val de Loire, notre étude sortait du champ de l'application de la loi Jardé. Cette étude explorant les points de vue de professionnels de santé à partir d'un questionnaire, sans implication de patients et sans intervention, ne nécessitait pas d'autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP).

Notre questionnaire étant complètement anonyme et ne contenant pas de données permettant de remonter à l'identité des participants, il n'était pas nécessaire de faire une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Chaque participant au questionnaire a consenti librement à sa participation et a été prévenu du caractère anonyme de l'étude.

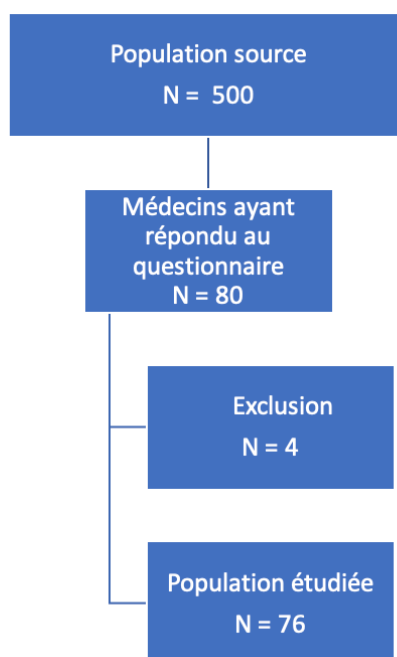
Les données nécessaires à l'analyse ont été conservées sur un ordinateur portable dédié, protégé par un mot de passe.

# RÉSULTATS

## I. Analyse descriptive

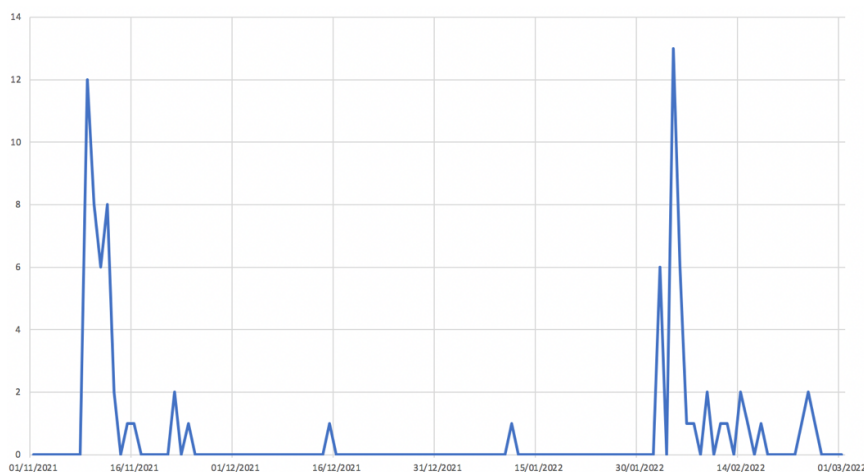
### 1) Analyse des réponses au questionnaire

Sur la population cible d'environ 500 médecins généralistes, 80 personnes ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 16%. Les données aberrantes ont ensuite été exclues, comme une activité exclusive SOS médecin (N=1) ou les médecins ayant une très faible patientèle médecin traitant < 5ème percentile soit < 100 patients (N= 3).



*Graphique n°3 : Diagramme de flux représentant l'évolution des effectifs étudiés*

Concernant l'évolution du nombre de réponse au questionnaire en fonction du temps, le graphique n°4 montre un premier pic corrélé à la première date d'envoi des mails, un second pic corrélé à la date de relance par mail et aux appels téléphoniques, et un tout dernier pic corrélé à notre intervention orale en soirée de Formation Médicale Continue (FMC).



*Graphique n°4 : nombre de réponse au questionnaire en fonction du temps*

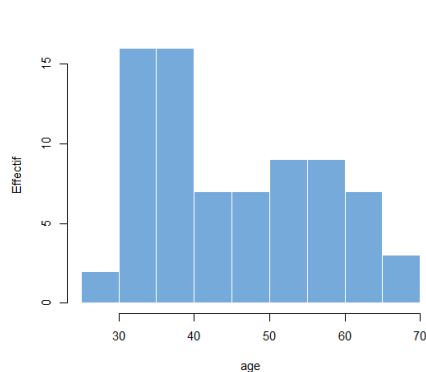
## 2) Caractéristiques générales de la population

L'échantillon était de 76 médecins généralistes. Les caractéristiques de la population étudiée sont rapportées dans le tableau 1.

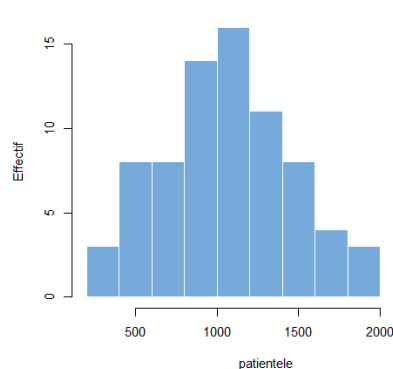
Caractéristique	Effectif	Moyenne	Pourcentage	Etendue
<b>Sexe</b>	76			
Homme	40		53%	
Femme	36		47%	
<b>Age</b>	76	45,6 ans		39 (29-68)
<b>Patientèle</b>	76	1073 patients		2017 (210-2227)
<b>File active</b>	65	1424 patients		3190 ( 210-3400)
<b>Année d'installation</b>	76	2007		37 (1984-2021)
<b>Lieu d'exercice</b>	76			
Urbain	19		25%	
Semi-rural	41		54%	
Rural	16		21%	
<b>Type d'exercice</b>	76			
Seul	3		4%	
Cabinet de groupe	36		47%	
MSP	37		49%	
<b>Jours de travail par semaine</b>	76	4,2 jours		3 (2,5-5,5)
<b>Distance service d'urgence</b>	75	14,4 km		35 ( 0-35)
<b>Présence SOS médecin</b>	76			
Oui	19		25%	
Non	57		75%	

*Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population étudiée*

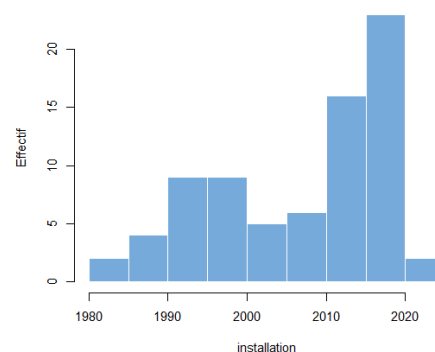
Les graphiques suivants détaillent les caractéristiques générales de la population étudiée :



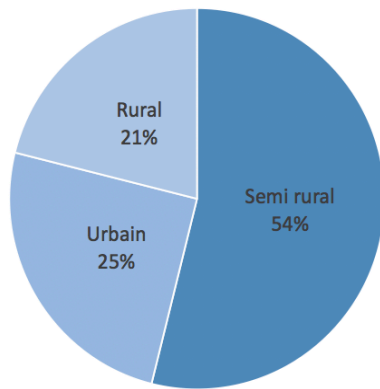
*Graphique n°5 : Âge*



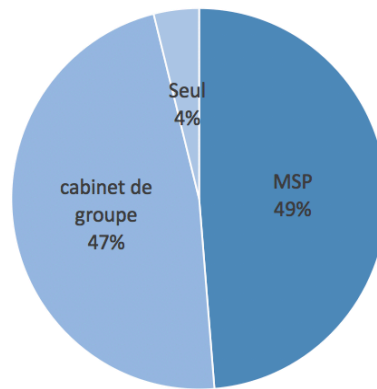
*Graphique n°6 : Patientèle médecin traitant*



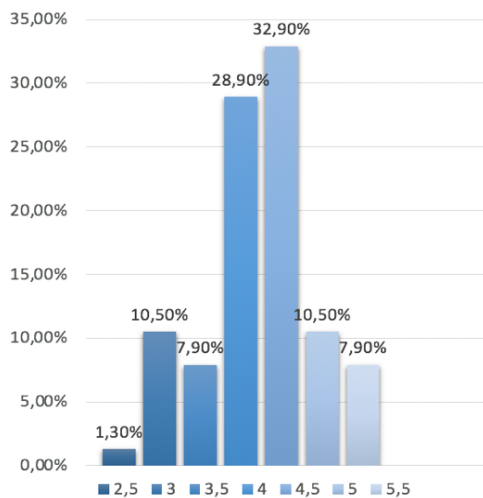
*Graphique n°7 : Année d'installation*



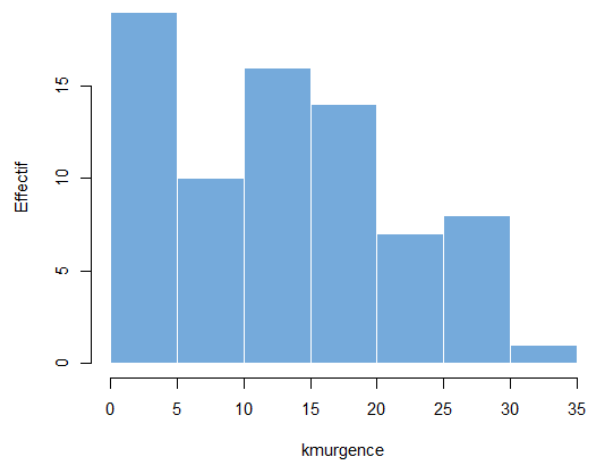
*Graphique n°8 : Lieu d'exercice*



*Graphique n°9 : Type d'exercice*



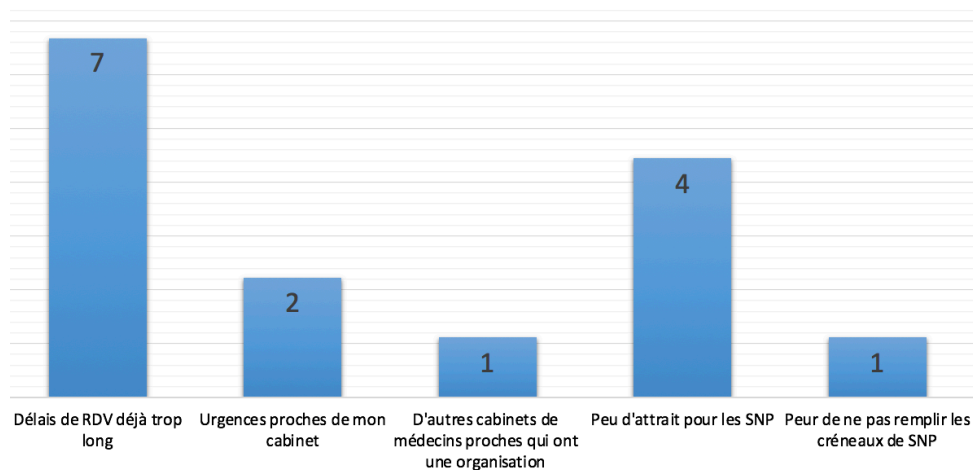
*Graphique n°10 : Nombre de jours travaillés par semaine*



*Graphique n°11 : Distance des urgences en km*

### 3) Organisation des soins non programmés

Sur les 76 répondants, 88% (n=67) des médecins généralistes déclaraient s'organiser pour les SNP. Nous présentons les réponses des 12% (n=9) qui ont répondu à la négative dans le graphique n°12 :

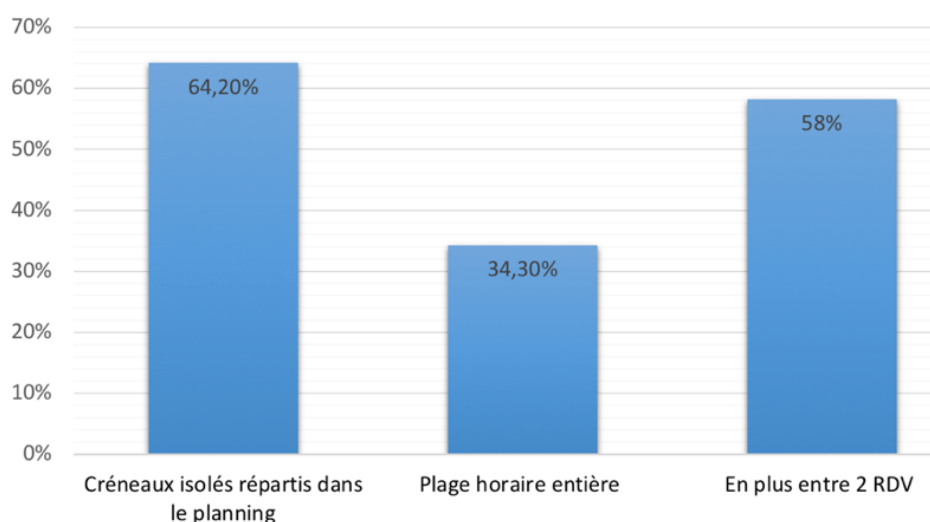


*Graphique n°12 : Freins à l'organisation des SNP*



Pour les 67 médecins ayant déclarés être organisés pour les soins non programmés, des réponses multiples étaient possibles. 64,2% s'organisaient en groupe avec des médecins de leur cabinet ou MSP, 35,8% s'organisaient seuls et 9% avaient une organisation en groupe avec des médecins de leur territoire.

Le graphique n°13 présente l'organisation des créneaux de soins non programmés dans leur planning :



*Graphique n°13 : Types d'organisation de SNP*

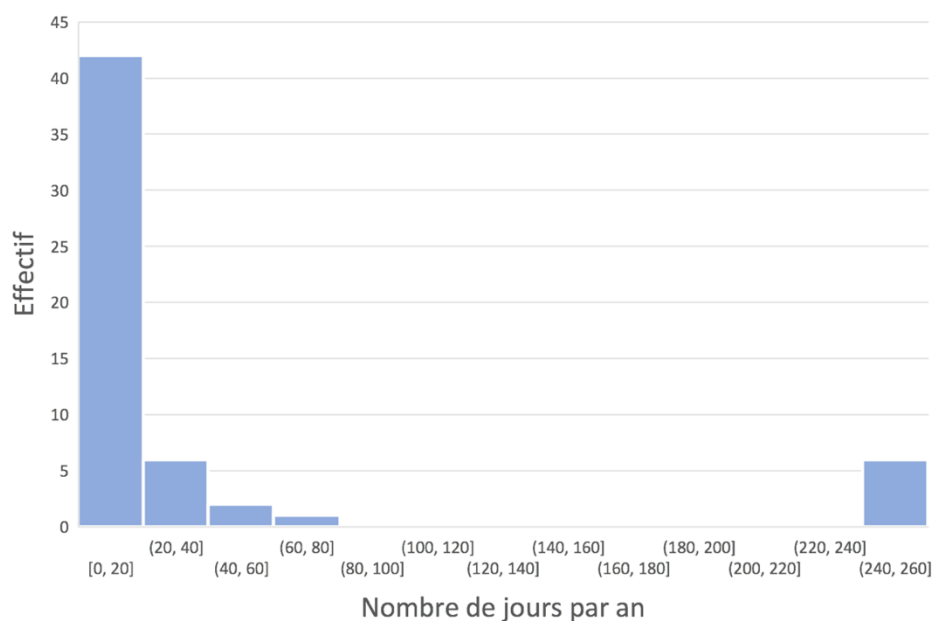
Nous avons eu comme réponse libre : « Je réadapte mon planning journalièrement en fonction de l'activité, annule des visites ou ajoute des rendez-vous. »

Le tableau 2 présente les résultats du nombre de consultations consacrées en moyenne par jour pour chaque répondant aux SNP sur une semaine type :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
<b>Ne travaillent pas</b>	4%	11%	36%	12%	10%	15%
<b>Parmi ceux qui travaillent</b>						
< 5 consultations de SNP	34%	35%	53%	32%	35%	22%
[5-10] consultations de SNP	43%	54%	35%	51%	49%	48%
> 10 consultations de SNP	23%	11%	11%	17%	16%	30%

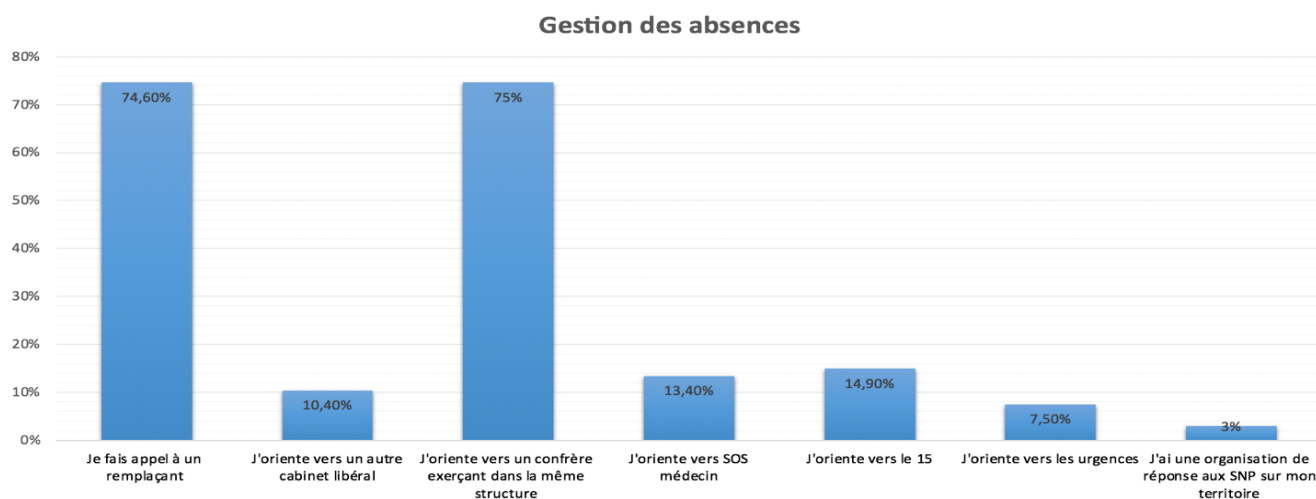
*Tableau n° 2 : Nombre de consultations consacrées en moyenne aux SNP sur une semaine type*

A la question « combien de jour par an en moyenne sur les deux dernières années votre cabinet n'a pas offert de solution aux patients pour les SNP du jour (hors dimanche et jours fériés) ? », 57 réponses étaient interprétables. Elles sont présentées dans le graphique n°14 :



*Graphique n°14 : Nombre de jours par an sans solution pour les SNP*

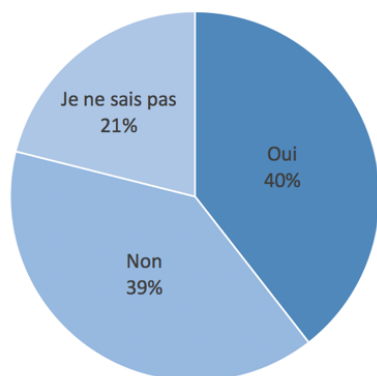
Le graphique n°15 présente la gestion des SNP lors des absences :



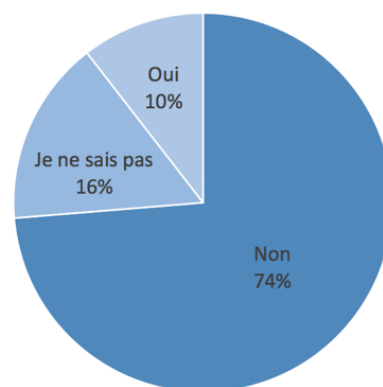
*Graphique n°15 : Gestion des SNP en cas d'absence*

#### 4) Connaissance et souhait d'implication dans le SAS 37

Sur les 76 réponses, 82% déclaraient connaître le SAS 37.



*Graphique n°16 : Souhait de devenir effecteur du SAS 37*



*Graphique n°17 : Souhait de devenir régulateur du SAS 37*

## II. Analyse univariée

### 1) Caractéristiques générales de la population

#### ❖ En fonction du sexe

Sexe	Age (moyenne)	Test statistique
Femme	42,1 ans	p = 0,020 (Mann-Whitney test)
Homme	48,7 ans	

Tableau n°3 : Moyenne d'âge selon le sexe

Sexe	Patientèle MT (moyenne)	Test statistique
Femme	935	p = 0,004 (Student test)
Homme	1197	

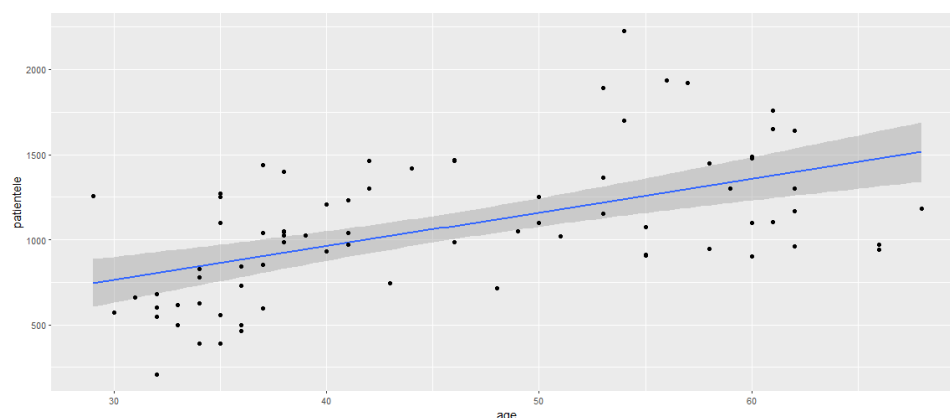
Tableau n°4 : Patientèle médecin traitant selon le sexe

Sexe	Jours travaillés par semaine (moyenne)	Test statistique
Femme	3,8 jours	p < 0,001 (Mann-Whitney test)
Homme	4,6 jours	

Tableau n°5 : Moyenne de jours travaillés par semaine selon le sexe

#### ❖ En fonction de l'âge

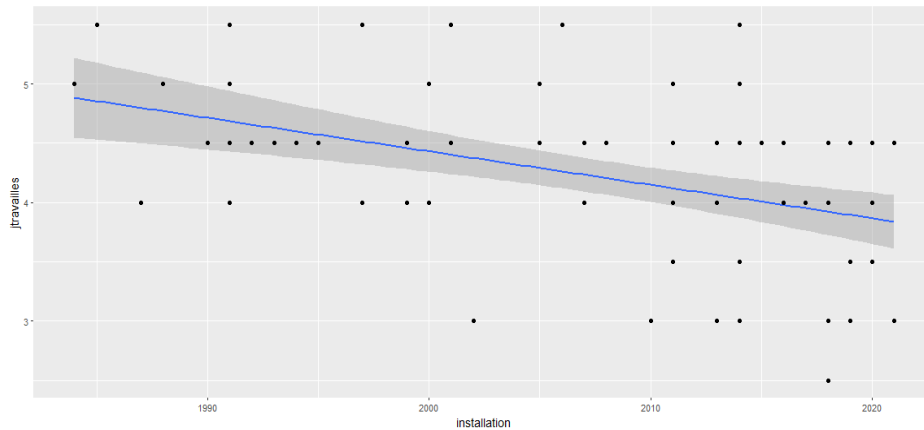
L'âge était corrélé à la patientèle médecin traitant ( $p < 0,001$  selon Pearson) ainsi qu'au nombre de jours travaillés ( $p < 0,001$  selon Pearson). L'âge était significativement relié au nombre de km des urgences. Les jeunes médecins s'installaient plus proche d'un centre d'urgence ( $p = 0,04$  selon Pearson). Cependant l'âge n'était pas corrélé avec le type d'installation (exercice seul, MSP ou groupe) ( $p = 0,054$  selon Kruskal-Wallis).



Graphique n°18 : Patientèle médecin traitant en fonction de l'âge

#### ❖ En fonction de l'année d'installation

Comme le montre le graphique n°19, l'année d'installation était corrélée au nombre de jours travaillés ( $p < 0,001$  selon Pearson), et à la distance des urgences. Les jeunes installés se situaient significativement plus proche d'un centre d'urgence ( $p = 0,03$  selon Pearson). De même les jeunes installés avaient significativement plus SOS médecin sur leur territoire ( $p = 0,03$  selon Mann Whitney).



*Graphique n°19 : Nombre de jours travaillés par semaine en fonction de l'année d'installation*

### ❖ En fonction du lieu d'installation

Le lieu d'installation était corrélé à l'exercice. L'exercice en MSP semblait surreprésenté en rural et semi-rural par rapport à l'urbain ( $p < 0,001$  selon Fisher). Au moins un lieu d'installation différait des autres, un test post-hoc a donc été nécessaire :

- Urbain MSP vs rural MSP : significatif  $p < 0,001$  (après correction du risque alpha)
- Urbain MSP vs semi-rural MSP : significatif  $p = 0,033$  (après correction du risque alpha)
- Semi-rural MSP vs rural MSP : non significatif  $p < 0,13$  (après correction du risque alpha)

L'exercice en MSP était donc significativement plus fréquent en milieu rural et semi-rural par rapport au milieu urbain.

### ❖ En fonction du mode d'exercice

Au moins un mode d'exercice semblait différer en termes de nombre de jours travaillés ( $p = 0,02$  selon Kruskal-Wallis). Cependant, après analyse post-hoc, aucune différence significative entre les groupes n'a pu être prouvée.

Au moins un mode d'exercice semblait différer en termes de distance des urgences ( $p < 0,001$  selon Kruskal-Wallis). Un test post-hoc a été nécessaire :

- Groupe vs MSP : significatif  $p < 0,001$  (après correction du risque alpha)
- Groupe vs seul : non significatif  $p = 0,1$  (après correction du risque alpha)

L'exercice en groupe était donc statiquement liée à une distance plus proche des urgences que l'exercice en MSP.

## 2) Organisation des soins non programmés

### ❖ En fonction de la réalisation ou non de SNP

Concernant l'organisation ou non pour les SNP, au moins un des lieux entre rural, semi-rural et urbain semblait différer des autres ( $p = 0,007$  selon Fisher). Un test post-hoc a été nécessaire :

- Semi-rural vs urbain : significatif  $p = 0,03$  (après correction du risque alpha)
- Urbain vs rural : non significatif  $p = 2,1$  (après correction du risque alpha)
- Semi-rural vs rural : non significatif  $p = 0,18$  (après correction du risque alpha)

En semi-rural, les médecins généralistes s'organisaient significativement plus pour les SNP qu'en milieu urbain.

Les médecins ayant SOS médecin sur leur territoire étaient significativement moins organisés pour les soins non programmés ( $p = 0,04$  selon Fisher).

Il n'y avait pas de différence significative sur l'organisation des SNP sur les critères d'âge, de patientèle médecin traitant, de type d'exercice (seul, groupe, MSP) et de distance des urgences.

#### ❖ En fonction du type d'organisation

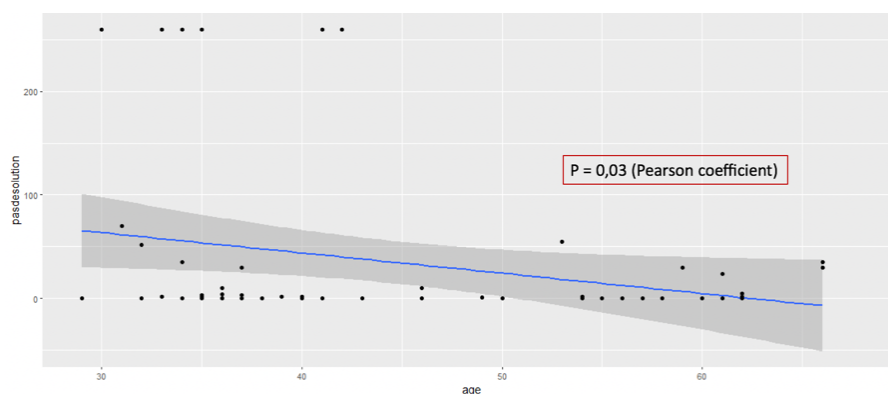
L'organisation des SNP par plage horaire était significativement relié à un âge plus jeune ( $p = 0,015$  selon Mann Whitney), à une patientèle médecin traitant moins importante ( $p = 0,04$  selon Fisher) et à une installation récente ( $p = 0,04$  selon Mann Whitney).

Organisation en plage horaire dédiée	Moyenne d'âge	Test statistique
Oui	40,8	$p = 0,015$ (Mann-Whitney test)
Non	47,5	
	<b>Patientèle MT moyenne</b>	
Oui	919,6	$p = 0,038$ (Fisher test)
Non	1145,3	
	<b>Année d'installation (moyenne)</b>	
Oui	2011	$p = 0,037$ (Mann-Whitney test)
Non	2005	

*Tableau n°6 : Organisation des SNP en plage horaire dédiée en fonction de l'âge, de la patientèle MT et de l'année d'installation*

#### ❖ En fonction du nombre de jour sans solution pour les SNP

Un nombre de jour élevé sans solution pour les SNP était corrélé à l'âge jeune ( $p = 0,03$  selon Pearson, comme le montre le graphique n°20), à une patientèle faible ( $p = 0,02$  selon Pearson), à une installation récente ( $p = 0,04$  selon Pearson) ainsi qu'à un plus faible nombre de jours travaillés par semaine ( $p = 0,003$  selon Pearson).



*Graphique n°20 : Nombre de jours sans solution pour les SNP en fonction de l'âge*

#### ❖ En fonction de la gestion des SNP lors des absences

Les jeunes et nouveaux installés faisaient statistiquement plus appel à un remplaçant que les autres (respectivement  $p = 0,008$  selon Pearson et  $p = 0,006$  selon Pearson).

En cas d'absence, les médecins exerçant seuls semblaient orienter davantage vers d'autres cabinets que les médecins en groupe ou MSP ( $p = 0,005$  selon Kruskal-Wallis). Cependant, après analyse post-hoc et correction du risque alpha, aucune différence significative n'a pu être prouvée entre les groupes.

En cas d'absence, l'orientation vers le SAMU semblait reliée à l'exercice seul ( $p = 0,01$  selon Kruskal-Wallis). Cependant, après analyse post-hoc et correction du risque alpha, aucune différence significative n'a pu être prouvée entre les groupes.

En cas d'absence, l'orientation vers les urgences était significativement liée à la proximité d'un service d'urgence ( $p = 0,004$  selon Pearson).

En cas d'absence, l'orientation vers SOS médecin était significativement liée à un lieu d'exercice urbain ( $p < 0,001$  selon Kruskal-Wallis).

### 3) Connaissance et souhait d'implication dans le SAS 37

Il n'y avait pas de différence significative sur la connaissance du SAS sur les critères d'âge, de type d'exercice (rural, semi-rural ou urbain) et de réalisation de SNP ou non.

Le souhait de devenir effecteur n'était pas statistiquement lié à la patientèle médecin traitant ( $p = 0,058$  selon Student) ni à l'âge ( $p = 0,073$  selon Student).

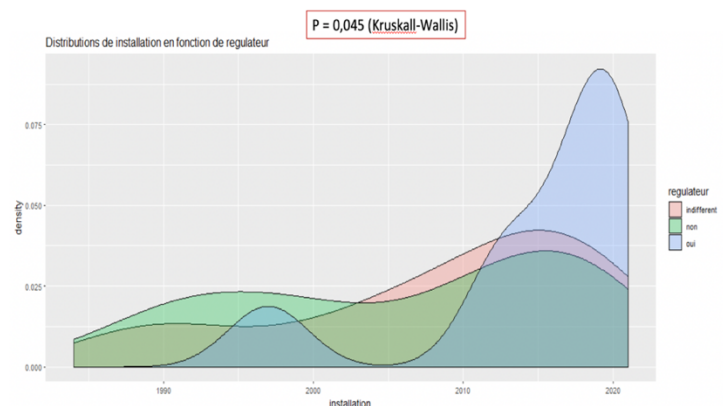
Il semblait qu'au moins un mode d'exercice différait des autres dans le souhait de devenir effecteur ( $p = 0,018$  selon Fisher). Les personnes exerçant seules semblaient souhaiter majoritairement participer à l'effectif, contrairement aux personnes exerçant en groupe. Après analyse post-hoc, aucune différence significative n'a pu être prouvée entre les groupes.

Par ailleurs, les personnes n'ayant pas SOS médecin sur leur territoire souhaitaient statistiquement plus être effecteur ( $p = 0,04$  selon Fisher).

Les personnes ne réalisant pas de SNP étaient statistiquement plus opposées à devenir effecteur ( $p = 0,04$  selon Fisher).

Les personnes ayant une plus faible patientèle et étant installées plus récemment souhaitaient statistiquement plus participer à la régulation libérale (respectivement  $p = 0,01$  selon Student, et  $p = 0,04$  selon Kruskal-Wallis).

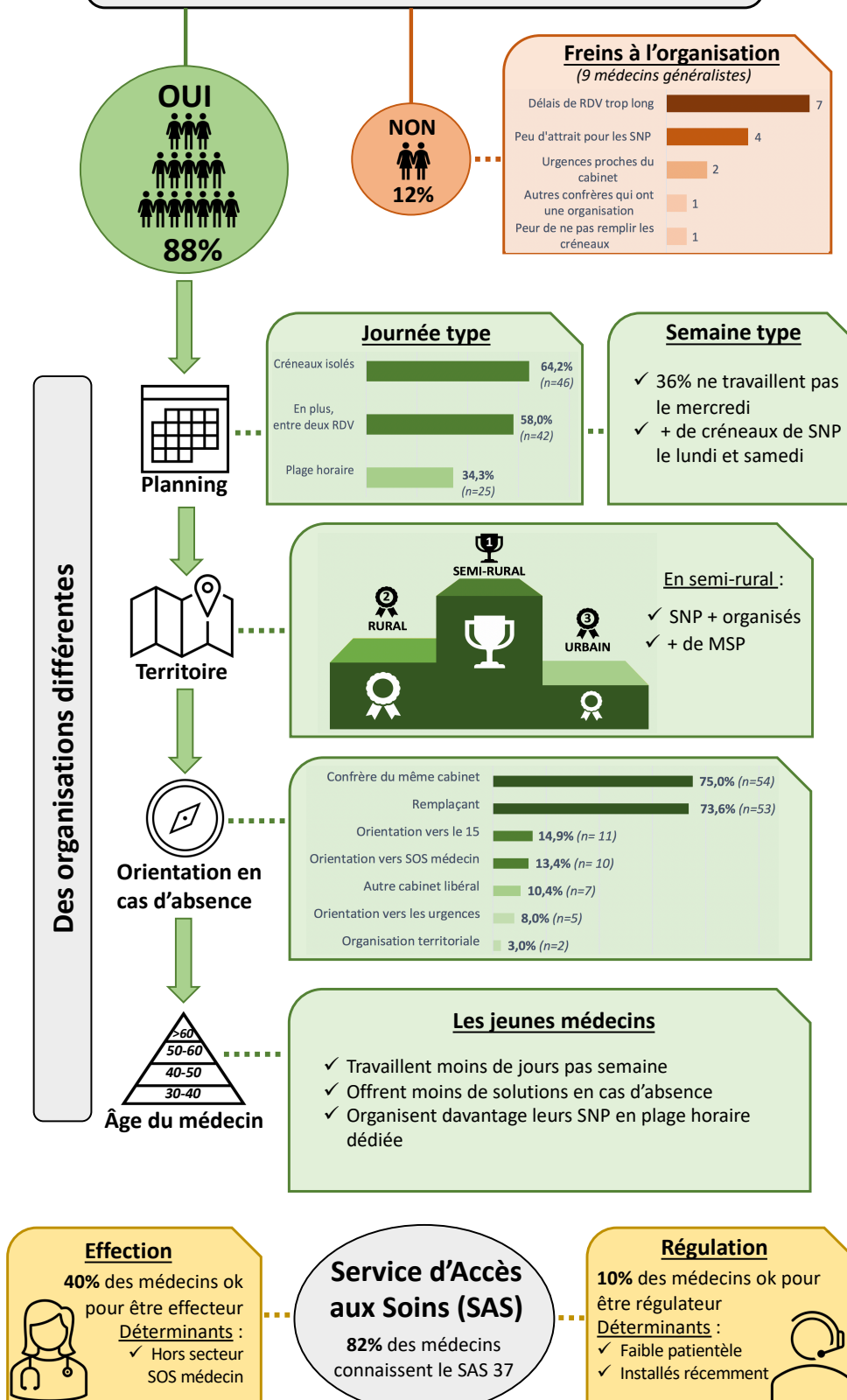
Les personnes ayant répondu oui à la possibilité de devenir effecteur étaient significativement plus ouvertes à la possibilité de devenir régulateur ( $p < 0,001$  selon Fisher).



*Graphique n°21 : Souhait de participer à la régulation du SAS 37 en fonction de l'année d'installation*

# SCHÉMA DE SYNTHÈSE

## Gestion des Soins Non Programmés (SNP) par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire



## **DISCUSSION**

Notre échantillon est représentatif de la population générale de médecins installés sur les critères de sexe (47% de femmes contre 50% en France [14] et 49% en Indre-et-Loire [15]), de nombre jours de travail par semaine (4,2 jours contre 4,5 jours en moyenne en France [16]) et de patientèle médecin traitant (1073 patients contre 965 en moyenne en France [17], mais 1114 en région Centre-Val de Loire selon l'URPS de cette région). En revanche, il diffère sur les critères d'âge (moyenne d'âge 45,6 ans contre 49,3 ans en France [14], et 48 ans en Indre-et-Loire [14]), de lieu d'exercice (25% d'exercice urbain contre 50,3% en France selon l'INSEE), et de type d'exercice (4% seulement d'exercice seul contre 39% en France en 2019 [18]). Il est possible que les médecins jeunes, travaillant en groupe (MSP ou cabinet de groupe) et loin des zones urbaines soient plus disponibles et plus motivés à ce type de questionnaire.

Plusieurs biais méthodologiques sont à signaler, diminuant ainsi la validité interne et externe de notre étude. Notre questionnaire ayant été envoyé à l'ensemble de la population cible et la réponse étant dépendante du volontariat, il y a un biais de sélection évident. Le risque étant que les répondants aient une plus grande appétence pour les SNP. S'agissant d'une étude descriptive, il existe aussi un biais déclaratif. Dépendant de la sincérité de chaque répondant, le biais de prévarication est en effet probable. Dans notre étude, plusieurs termes ont été utilisés, parfois peu connus des professionnels de santé, et n'offrant pas de définition précise et consensuelle, exposant à un biais d'information. Le terme de « Soins Non Programmés (SNP) », a fait l'objet de nombreuses définitions. Nous avons choisi la définition des SNP de l'URPS Centre-Val de Loire : « Les SNP correspondent à une demande de patient d'une prise en charge médicale le jour même ». Cette définition a été soumise aux répondants au début de notre questionnaire afin de limiter au maximum le biais de confusion. De même, chaque répondant devait estimer son lieu d'exercice comme appartenant à « rural », « semi-rural », ou « urbain ». Or, aucune définition claire adaptée à la démographie médicale n'existe à ce jour. Le recueil des questionnaires a été réalisé sur une période d'environ 4 mois. Les médecins ayant répondu au début ou à la fin de cette période n'avaient donc pas les mêmes chances de connaître le SAS 37, dispositif tout nouveau. Nous n'avons pas exploré le rôle du secrétariat téléphonique ou présentiel pour aider à la gestion des SNP. Une étude de 2020 a montré son rôle primordial en aidant à réguler les demandes ou en planifiant les consultations de SNP [19]. Nous n'avons pas non plus estimé la charge que représente les SNP dans l'agenda des médecins généralistes. En 2019, la DREES estimait à 30 % ou plus la part de SNP de l'activité du médecin généraliste pour 4 médecins sur 10 [1]. Enfin, nous n'avons pas évoqué le type de SNP réalisés, intégrant la notion « d'urgence ressentie » par le patient ainsi que le ressenti du médecin généraliste vis-à-vis de ces consultations. L'étude qualitative se prêtant plus à étudier ce dernier point, nous l'avons étudié dans la thèse « La perception des médecins généralistes effecteurs au sujet du SAS 37 » [13].

Le taux de participation à notre étude de 16% est supérieur à la plupart des thèses impliquant des questionnaires proposés aux médecins généralistes (souvent inférieur à 10%), malgré une certaine difficulté de mobilisation, expliquée par de multiples facteurs : manque de temps, sur-sollicitation, désintérêt ... Le défi de la prise en charge des SNP par la médecine libérale est un enjeu majeur de santé publique. Aucune étude n'existait sur l'organisation des SNP en médecine générale sur notre territoire d'Indre-et-Loire. Enfin, afin de corriger certaines



formulations et d'optimiser la compréhension, nous avons préalablement soumis notre questionnaire à l'avis du bureau de l'URPS Centre-Val de Loire et du bureau du SAS 37. Un pré-test a ensuite été réalisé auprès de six médecins généralistes ne faisant pas partie de la population cible (médecins généralistes installés dans d'autres départements) afin d'évaluer sa faisabilité. Notre questionnaire était principalement composé de questions fermées, permettant à la fois d'offrir une rapidité de réponse aux médecins interrogés, d'augmenter le taux de participation et de faciliter le recueil des données. Nous nous sommes appuyés au maximum sur la littérature pour définir chaque élément de réponse. Nous avons toutefois essayé, chaque fois que c'était possible, de proposer une réponse libre afin de donner la possibilité d'ajouter ou de préciser certains points, et ainsi de se rapprocher de la réalité du médecin.

Le résultat principal de notre étude était que 88% des médecins généralistes interrogés d'Indre-et-Loire s'organisaient au quotidien pour recevoir les SNP. Ces résultats sont confirmés par de nombreuses études : selon une étude de la DREES de janvier 2020 au niveau national, plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent pour recevoir les SNP [1]. Selon une autre étude de 2020, la plupart des médecins (88 %) proposent une réponse structurée aux SNP [19]. Selon une enquête menée par l'URPS Franche-Comté en 2014, seuls 4,2% des médecins généralistes rejettent toute demande de SNP [20]. Ainsi, La médecine libérale tient un rôle primordial dans la gestion des SNP, à l'inverse des nombreuses critiques qui ont pu être faites et relayées dans les médias ces dernières années. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ces critiques. L'engorgement des services d'urgence pourrait laisser penser que les médecins généralistes ne jouent pas leur rôle dans les SNP. La diminution du temps de travail des médecins généralistes pourrait là aussi laisser penser qu'ils ne sont pas disponibles en cas d'urgence. Le recours important aux urgences pour des situations relevant d'un « état lésionnel jugés stables ne nécessitant pas d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique » (CCMU 1 selon la classification des services d'urgences) pourrait être lié à un défaut d'information de la population sur les missions du médecin généraliste et le recours au bon interlocuteur en cas d'urgence ressentie.

Dans notre étude, les médecins exerçant en semi-rural s'organisaient significativement plus pour les SNP qu'en milieu urbain, et notamment sur les territoires non desservis par SOS médecin. Dans une étude réalisée en Alsace, parmi les médecins généralistes refusant de manière systématique les SNP, tous exercent en milieu urbain [5]. Selon une autre étude, les médecins exerçant dans une commune de moins de 10 000 habitants reçoivent en moyenne plus de demandes de soins non programmés que les praticiens exerçant dans les communes urbaines [20]. Cette forte demande de SNP ainsi que l'absence de structures de SNP comme SOS médecin pourrait donc avoir obligé les médecins exerçant en zone semi-rurale à s'organiser au quotidien. Dans notre étude, l'exercice en MSP était surreprésenté en milieu semi-rural par rapport au milieu urbain. C'est d'ailleurs ce que confirment les cartographies d'Indre-et-Loire, les MSP étant uniquement représentées en zone rurale et semi-rurale (*annexe 6*), peut-être à cause d'une moindre disponibilité de locaux vastes et adaptés à l'accueil du public. Une meilleure gestion des SNP en secteur semi-rural pourrait être expliquée par le fait que l'organisation des SNP fait partie du cahier des charges des MSP et que les communes en semi-rural présentent une offre de soins plus dense que les zones rurales (carte n°2). D'autre part, en rural, très peu de généralistes exercent seuls,

contrairement à l'urbain. Le regroupement de médecins au sein des mêmes locaux (MSP ou simple cabinet de groupe) facilite la prise en charge des SNP par un confrère du même cabinet, comme retrouvé dans notre étude. Un véritable développement de programmes immobiliers dans l'agglomération tourangelles par les pouvoirs publics, en lien avec les professionnels de santé libéraux, pourrait améliorer la prise en charge des SNP pour une partie importante de la population du département d'Indre-et-Loire.

Concernant l'organisation des créneaux de SNP, 64% utilisaient des créneaux isolés, 58% rajoutaient des patients en plus entre deux rendez-vous, et seulement 34% organisaient leurs SNP par plages horaires dédiées de plusieurs rendez-vous. L'organisation des SNP par plage horaire était significativement reliée à un âge plus jeune, à une patientèle médecin traitant moins importante, et à une installation récente. Les études à ce sujet affichent des résultats disparates : dans l'enquête de l'URPS d'Ile-de-France de 2015, 39% des médecins généralistes indiquent garder un créneau libre dans leur programme quotidien pour les demandes de soins non programmés, 33 % ajoutent ces demandes en fin de matinée ou en fin de journée, et 21% les traitent au cours de plages de consultations sans rendez-vous [21]. Selon l'enquête de l'URPS de Franche-Comté de 2014, 46 % des médecins réservent dans leur agenda des plages spécifiques pour l'urgence [20]. Au contraire, selon une étude de la DREES, les médecins qui proposent le plus de plages de consultations sans rendez-vous sont les médecins plus âgés avec un volume d'activité plus élevé [1]. Ces variations pourraient dépendre des attentes à la fois des patients et des médecins. Les patients sont en demande de rendez-vous rapide, et considèrent peut-être que certains motifs peuvent difficilement attendre la fin de journée. Le médecin généraliste est libéral, il est libre de s'organiser comme il le souhaite. Les médecins peuvent craindre que les créneaux réservés ne soient pas remplis. Une étude des attentes des patients concernant les horaires et l'organisation des créneaux de SNP pourrait orienter l'offre des médecins pour une meilleure réponse aux besoins de la population.

Notre étude identifiait des créneaux de SNP plus nombreux le lundi et le samedi. Beaucoup de médecins ne travaillaient pas le mercredi. Selon une étude de 2016 réalisée en Ille-et-Vilaine sur le temps de travail des médecins généralistes, le lundi est la journée de travail la plus chargée de la semaine pour 53,85% des médecins [22]. Selon une autre étude de la DREES datant de 2010, « le lundi est le jour le plus chargé en raison des urgences du week-end » et « les journées entières non travaillées sont le plus souvent les mercredis » [23]. Le mercredi serait la journée de repos privilégiée par les médecins généralistes. C'est en effet la journée en plein milieu de la semaine mais également la « journée des enfants ». Le fait d'avoir un échantillon de médecins plus jeunes pourrait donc favoriser l'absence les mercredis. Le peu de littérature sur le sujet ne nous permet pas de conclure à un manque de créneaux de SNP les mercredis. Nous avons eu accès à la liste de l'activité journalière des urgences adultes du CHU de Tours depuis début 2022 : nous ne retrouvons pas un nombre de passage plus élevé les mercredis. Une hypothèse pourrait être que les médecins généralistes sont remplacés lors de leurs absences le mercredi, donc que les patients peuvent trouver une offre de SNP le mercredi. Pour compléter, il faudrait évaluer le nombre d'actes des médecins généralistes selon les jours de la semaine auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Lors de leurs absences, les médecins répondant s'organisaient davantage vers les confrères du cabinet ou un remplaçant (75% et 73,6% respectivement). Très peu orientaient vers SOS médecin, les urgences ou vers un autre cabinet médical. Deux autres études retrouvaient les mêmes résultats, montrant l'orientation des SNP vers le secteur ambulatoire en cas d'absence [5, 21]. L'orientation en cas d'absence bénéficie d'un cadre réglementaire. Selon l'article L.6315-1 du code de la santé publique [24] : "Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence". L'organisation de groupe par auto-remplacement entre collègues, à condition de ne pas prendre le même jour de repos, permet un exercice plus serein et attire les jeunes médecins généralistes. Cela permet d'allier continuité de soins et équilibre de vie. L'organisation du secteur ambulatoire au sein d'un même territoire (hors cabinet) pour la gestion des SNP semblait cependant minoritaire. PAIS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé) déployé dans le Loir-et-Cher depuis 2009, permet l'organisation des médecins d'un même territoire, ou bassin de vie, afin de prendre en charge en semaine de 8h à 20h, et le samedi de 8h à 12h, les consultations de SNP [2]. Les CPTS peuvent aussi porter des organisations locales pour répondre aux demandes de soins non programmés. Par exemple, la CPTS Centre Vendée a initié début 2022 un centre de soins non programmés pour faire face à l'augmentation de l'activité des urgences et des difficultés des patients à trouver une réponse rapide à leurs besoins médicaux sur leur territoire [25]. Un système de coordination des SNP à l'échelle du département comme le SAS 37 permet à tous les médecins, notamment en exercice isolé de pouvoir participer à une organisation collective et solidaire, au service de la population. Ces dispositifs nécessitent un financement pérenne et suffisant des tutelles, pour venir en appui du travail de terrain des médecins généralistes porteurs de projet.

Pour les médecins ayant répondu ne pas être organisés pour les SNP, les motifs invoqués dans notre étude étaient principalement un délai de rendez-vous déjà trop long et l'absence d'attrait pour les soins non programmés. Selon une thèse de 2018, le travail à flux tendu est la principale raison de refus de prise en charge des demandes de SNP (70%) [5]. Selon une autre étude, le principal frein à la participation à la PDSA est la charge de travail des médecins généralistes pour 93,8% d'entre eux [26]. Cette même étude retrouve l'absence d'intérêt pour le travail en garde comme frein à participer à la PDSA pour près de 40% des répondants. Certains médecins ont des représentations biaisées des SNP. Ils peuvent penser que les SNP nécessitent la réalisation d'actes techniques (plâtres, sutures par exemple) pour lesquels ils ne se sentiraient pas équipés. Certains au contraire peuvent avoir une crainte de l'erreur médicale dans un contexte où les recours juridiques sont de plus en plus fréquents. Enfin les médecins généralistes pourraient avoir plus d'intérêt pour les consultations complexes programmées plutôt que des consultations de SNP jugées simples et moins intéressantes. La reconnaissance de la médecine générale comme spécialité, le développement d'un enseignement universitaire structuré avec une pédagogie spécifique, pourraient être à l'origine d'une préférence des médecins généralistes pour le suivi de pathologies chroniques avec des situations complexes, notamment sur le plan médico-social.

40% des médecins interrogés se disaient prêts à devenir effecteurs du SAS 37. Les médecins loin géographiquement de SOS médecin étaient statistiquement plus nombreux à vouloir participer à l'effectif. De nombreux chiffres existent sur la participation des MG à la PDSA mais pas spécifiquement à l'effectif dans le cadre d'un dispositif comme le SAS. Les

chiffres des effecteurs du SAS montrent une augmentation croissante dans les mois qui ont suivi sa mise en place. On dénombrait en effet 31 médecins effecteurs en 2021, contre 70 en avril 2022 et 145 en septembre 2022. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce recrutement progressif. Les médecins auraient attendu de voir comment se passe la mise en place du dispositif, de bons retours de certains collègues sur le fonctionnement et sur l'absence de répercussion sur leur temps de travail auraient motivé certains médecins et enfin la communication par l'Assurance Maladie auprès des médecins généralistes aurait joué un rôle dans le recrutement des effecteurs. L'équipe projet du SAS 37 a en effet travaillé sur des outils de communication distribués par les délégués d'assurance maladie auprès des médecins généralistes et des webinaires pour les généralistes ont été organisés avec le concours de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie). Enfin, comme dans tout nouveau dispositif, un temps est nécessaire pour s'informer puis décider de changer son organisation de travail, surtout dans une période de surcroît d'activité et après la période compliquée de 2020 et 2021 liée au COVID.

Enfin, seuls 10% des répondants souhaitent devenir régulateurs du SAS 37. Selon une étude de 2021, 5,6% des médecins généralistes libéraux participent à la régulation de la PDSA en France [27]. En y ajoutant les retraités, on constate une hausse de 4,1% par rapport aux chiffres constatés en 2020. Selon une thèse qualitative de 2012 réalisée dans l'Eure, l'un des principaux freins à la régulation libérale au sein de la PDSA est la trop grande responsabilité médico-légale [28]. Les 41 recommandations du ministère de la santé émises durant l'été 2022 pour préserver la réponse aux soins non programmés permettraient d'octroyer durablement le statut de collaborateur occasionnel du service public aux médecins régulateurs libéraux en journée, au même titre qu'en PDSA [29]. Ce statut permet d'obtenir une couverture assurantielle de ces praticiens et pourrait aider au recrutement de médecins généralistes pour devenir régulateur. Par ailleurs, proposer une formation spécifique à la régulation aux étudiants en médecine pourrait peut-être permettre une meilleure participation à la régulation libérale lors de leur exercice de médecin installé. Afin de comprendre d'avantage les freins à la participation à la régulation libérale dans le cadre du SAS 37, il serait intéressant d'explorer le point de vue des médecins généralistes exerçant la régulation libérale au sein du SAS 37.

## **CONCLUSION**

La gestion ambulatoire des Soins Non Programmés est un problème politique au premier plan, au moment où la désertification médicale s'accroît, où la demande de soins est de plus en plus importante et où l'encombrement des urgences atteint ses limites. Pour répondre à ces problématiques et développer les bons outils, il est nécessaire de bien connaître l'organisation et les spécificités du territoire. L'Indre-et-Loire a été choisi comme département pilote pour expérimenter le Service d'Accès aux Soins (SAS), mesure phare du Ségur de la santé de juillet 2020, dont le but est de mieux répondre aux demandes de soins primaires via une chaîne de soins lisible et coordonnée ville-hôpital.

Notre étude était la première visant à décrire l'organisation des SNP par les médecins généralistes à l'échelle locale de l'Indre-et-Loire. Cette étude quantitative descriptive s'est déroulée de novembre 2021 à février 2022, soit au moment-même de la mise en place du SAS 37. Un auto-questionnaire a été adressé par mail aux médecins généralistes traitants installés en Indre-et-Loire. 76 médecins généralistes ont répondu.

Une grande majorité de médecins généralistes d'Indre-et-Loire sont organisés au quotidien pour recevoir les SNP dans leur cabinet. Ceci confirme d'autres études réalisées à l'échelon national. Le médecin généraliste, ancré comme premier maillon du parcours de soins, tient déjà son rôle dans la gestion des SNP. Les campagnes d'information de la population sur le recours au bon interlocuteur en cas d'urgence ressentie ne mentionnent pas toujours l'appel au médecin traitant. Une meilleure communication auprès des patients du rôle et du champ de compétence du médecin généraliste est nécessaire. De plus, l'organisation des créneaux de SNP était disparate, notamment en termes d'organisation du planning et de gestion des absences. Il faut mieux prendre en compte les attentes des patients en termes d'horaire et d'organisation des créneaux de SNP. Il existe des différences territoriales en matière d'organisation des SNP. La médecine semi-rurale, où le développement des maisons de santé pluridisciplinaires s'est accéléré ces dernières années, est plus organisée que la médecine urbaine pour recevoir les SNP. Ce constat montre l'importance de développer à la fois, des programmes immobiliers de MSP accessibles en centre-ville, mais également une organisation coordonnée des SNP entre les médecins d'un territoire restreint, comme le SAS 37 le propose aujourd'hui.

La solution passera ainsi par une meilleure coopération entre médecins généralistes d'un même secteur, mais également par un lien ville-hôpital renforcé, permettant d'adopter une vision plus globale et mutualisée de la gestion des SNP. Les CPTS ont aujourd'hui un rôle majeur à jouer pour assurer ce lien entre ces différents acteurs de soins. Il serait par ailleurs intéressant de réaliser une étude qualitative étudiant le ressenti des usagers de SNP, leurs représentations du rôle du médecin généraliste dans les SNP et du recours aux systèmes d'urgence.

## **RÉFÉRENCES**

1. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. Études & Résultats Janvier 2020;1138.
2. Département du Loir-et-Cher. Plateforme d'Alternative d'Innovation en Santé (PAIS). 2013. [En ligne].<https://www.departement41.fr/services-en-ligne/etre-accompagne/enfance-famille/pais/>
3. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Les établissements de santé - la Médecine d'urgence. 2020:137-139.
4. Sénat. Session extraordinaire de 2016-2017. Rapport d'information Juillet 2017;685:38.
5. CAPELLE S. Prise en charge des soins non programmés en médecine générale, enquête auprès de 445 médecins généralistes en Alsace. Thèse de médecine. Université de Strasbourg. 2018.
6. Institut National de la Statistiques et des Études Économiques. Dossier complet - Département d'Indre et Loire. Janvier 2022.
7. Agence Régionale de Santé Centre Val de Loire. L'ARS a actualisé le zonage médecin en Centre-Val de Loire. Février 2022. [En ligne].<https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/lars-actualise-le-zonage-medecin-en-centre-val-de-loire>
8. Mesnier T, Carli P. Pour un pacte de refondation des urgences. Décembre 2019.
9. Ministère des solidarités et de la santé. Ségur de la santé - les conclusions. Juillet 2020. [En ligne].<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/article/segur-de-la-sante-les-conclusions>
10. Ministère des solidarités et de la santé. Service d'accès aux soins (SAS) : la garantie d'un accès aux soins par tous et à toute heure. Novembre 2020. [En ligne].<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/article/service-d-acces-aux-soins-garantie-d-un-acces-aux-soins-partout-a-toute-heure>
11. République Française. Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. Journal Officiel, n°0224. Septembre 2021.
12. Agence Régionale de Santé Centre-Val-de-Loire. Démographie des médecins. Février 2022. [En ligne] <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/demographie-des-professionnels-de-sante-2>

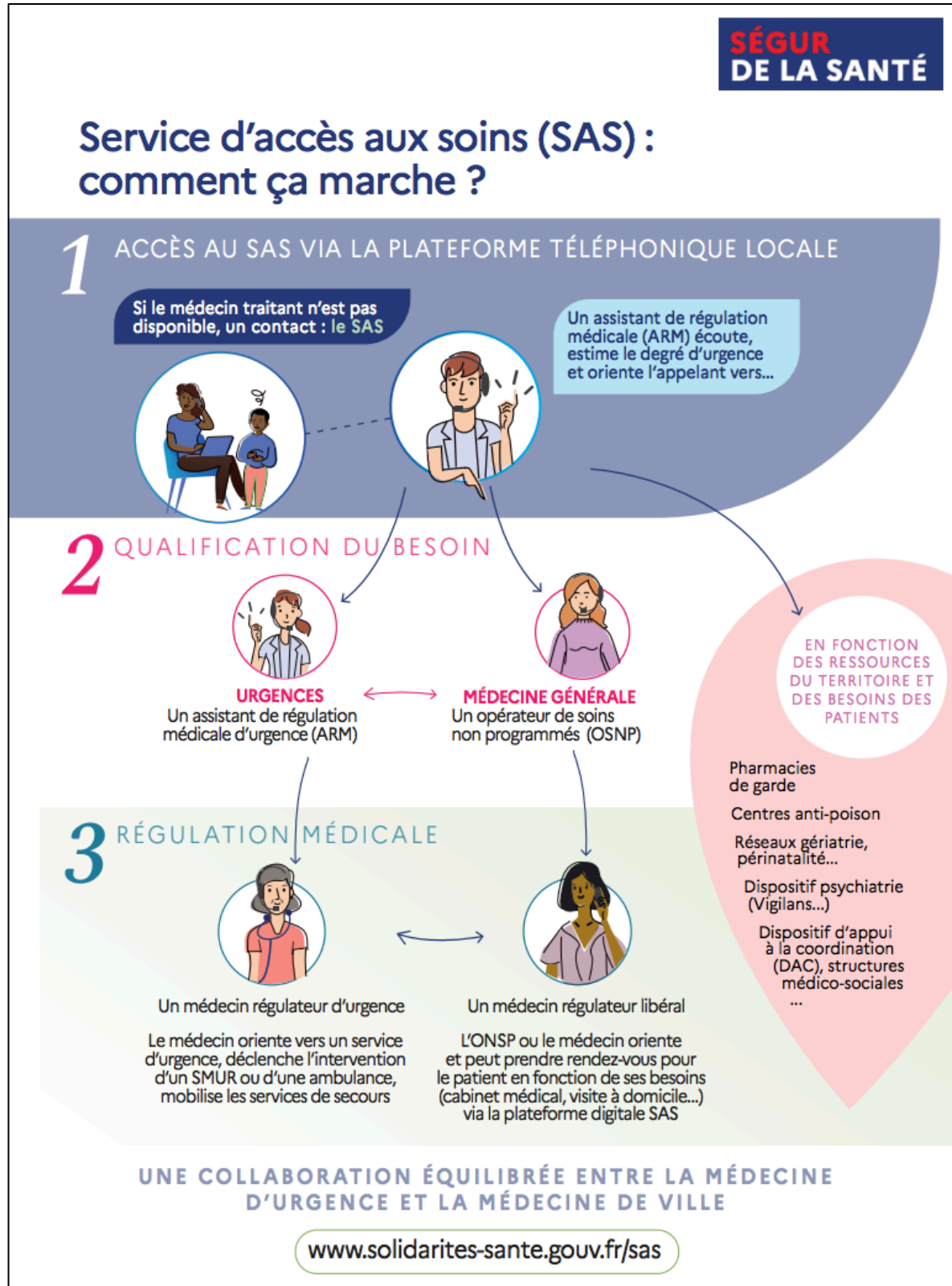
13. Berthoux C. Perception des médecins généralistes effecteurs au sujet du SAS 37. Thèse de médecine. Université de Tours. Novembre 2022.
14. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. Les dossiers de la DREES Mars 2021;76.
15. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Janvier 2020.
16. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Etudes & Résultats Mai 2019;1113.
17. Assurance Maladie. Médecins généralistes (hors médecins à exercice particulier) libéraux. Février 2022. [En ligne].[https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020\\_fiche\\_medecins-generalistes-hors-medecins-a-exercice-particulier-liberaux\\_0.pdf](https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020_fiche_medecins-generalistes-hors-medecins-a-exercice-particulier-liberaux_0.pdf)
18. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Plus de 80% des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. Etudes & Résultats Mai 2019;1114.
19. Zamord T, Chevillot D, Durieux W. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde. Thèse de médecine. Université de Bordeaux. Octobre 2020.
20. Union Régionale des Professionnels de Santé Franche Comté. Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les consultations de soins non programmés. 2014:20.
21. Union Régionale des Professionnels de Santé Ile-de-France. Rendez-vous médicaux non honorés, demandes de soins non programmés : état des lieux et solutions. Enquête auprès des médecins libéraux d'Ile-de-France. Juin 2015:42.
22. Me Hu F. Organisation du temps de travail en médecine générale : étude transversale menée auprès des médecins généralistes libéraux et mixtes en Ile-et-Vilaine. Thèse de médecine. Université de Rennes. Avril 2016.
23. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. L'emploi du temps des médecins libéraux. Solidarité et Santé 2010;15.
24. Code de Santé Publique. Continuité des soins en médecine ambulatoire. Article L6315-1. Aout 2011.

25. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Un centre de soins non programmés expérimenté à La Roche-sur-Yon pour améliorer la réponse aux besoins de santé des habitants. Janvier 2022. [En ligne]. <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/un-centre-de-soins-non-programmes-experimente-la-roche-sur-yon-pour-ameliorer-la-reponse-aux>
26. Bry L, Maurin M . Freins et motivations des médecins généralistes à la participation à la permanence des soins ambulatoire en Sarthe. Thèse de médecine. Université d'Angers. Mai 2019.
27. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Etat des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale. Décembre 2021.
28. Boucher C. La régulation libérale de la permanence des soins : enquête qualitative auprès des médecins de l'Eure. Thèse de médecine. Université de Rouen. Juillet 2012.
29. Braun F. Mission flash sur les urgences et Soins Non Programmés. Juin 2022. [En ligne].[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_du\\_docteur\\_braun\\_-\\_mission\\_flash\\_sur\\_les\\_urgences\\_et\\_soins\\_non\\_programmes.pdf?TSPD\\_101\\_R0=087dc22938ab2000eefda2063e0120ee3086483bcee7f1dcbeac10f642859ca95e70d74c33a0558f086abb256c14300034598ce0ecaa8bf16e30dbfd0ef97ee999618c27c2df1d6f0a5e5c762519dd9f1d60c66e3519f0350af31d2ec0f1b61e](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000eefda2063e0120ee3086483bcee7f1dcbeac10f642859ca95e70d74c33a0558f086abb256c14300034598ce0ecaa8bf16e30dbfd0ef97ee999618c27c2df1d6f0a5e5c762519dd9f1d60c66e3519f0350af31d2ec0f1b61e)



## ANNEXES

### Annexe 1 : Ministère des solidarités et de la santé. Service d'accès aux soins (SAS). Comment ça marche ?



## **Annexe 2 : Médecin effecteur dans le cadre du Service d'Accès aux Soins (SAS)**



### **Médecin Effecteur**

#### **dans le cadre du Service d'Accès aux Soins (SAS)**

Le médecin effecteur est un médecin généraliste libéral qui accepte de recevoir des patients dans son cabinet sur des créneaux d'urgence (dit aussi Soins Non Programmés : SNP). Cela permettra au Service d'Accès aux Soins d'organiser les RDV pour les patients sans médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible, après régulation.

Pour couvrir tout le territoire d'Indre et Loire et avoir une offre de soins cohérente, nous recherchons des médecins libéraux pour recevoir des patients orientés par le SAS en journée.

Le médecin effecteur s'engage à prévoir 2 heures de créneaux pour les SNP par semaine pour sa patientèle et pour ceux qui contactent le SAS. Il ne s'agit donc pas de "réserver" les créneaux pour le SAS.

Le médecin effecteur reçoit un forfait annuel de 1400 euros de la CPAM pour sa participation au SAS (via le forfait structure).

Si vous êtes intéressé pour participer ou si vous avez des interrogations sur le SAS, n'hésitez pas à contacter :

Alix Besson, chargée de mission du SAS Ambulatoire 37  
07 67 20 47 69 ou [sasambulatoire37@gmail.com](mailto:sasambulatoire37@gmail.com)

### **Annexe 3 : Mail envoyé aux médecins généralistes installés d'Indre et Loire**

Objet : Thèse SAS

Bonjour, nous sommes Clémence BERTHOUX et Clément BERTRAND, internes en médecine générale à la Faculté de médecine de Tours.

Souhaitant nous installer en Indre-et-Loire et soucieux de l'organisation de la médecine générale pour recevoir les soins non programmés, nous vous proposons aujourd'hui de répondre à notre questionnaire de thèse.

Anonyme, il s'adresse aux médecins généralistes installés. Ne pourront donc pas y répondre les médecins remplaçants thésés ou non, ainsi que les médecins généralistes exerçant uniquement en milieu hospitalier ou en exercice particulier.

Ce questionnaire ne comporte que 20 questions, il vous prendra moins de 5 minutes.

Les trois dernières questions concernent le projet Service d'Accès aux Soins et nous serviront d'introduction à la deuxième partie de notre thèse concernant le point de vue des médecins généralistes sur le projet SAS en Indre-et-Loire.

Un grand merci d'avance pour votre aide.

Voici le lien du questionnaire :

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdXFen5DCteToNO7hXeflmx61mL38fsj8BF2Wd8nI1oUh9qBA/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdXFen5DCteToNO7hXeflmx61mL38fsj8BF2Wd8nI1oUh9qBA/viewform?usp=sf_link)

## **Annexe 4 : Relance lors de la soirée de FMC à la faculté de Tours**

### **Thèse : Organisation des soins non programmés en Indre et Loire**

Bonjour, nous sommes Clémence BERTHOUX et Clément BERTRAND, internes en médecine générale à la Faculté de médecine de Tours.

Souhaitant nous installer en Indre-et-Loire et soucieux de l'organisation de la médecine générale pour recevoir les soins non programmés, nous vous proposons aujourd'hui de répondre à notre questionnaire de thèse.

Anonyme, il s'adresse aux médecins généralistes installés. Ne pourront donc pas y répondre les médecins remplaçants thésés ou non, ainsi que les médecins généralistes exerçant uniquement en milieu hospitalier.

Ce questionnaire ne comporte que 20 questions, il vous prendra moins de 5 minutes.

Les trois dernières questions concernent le projet Service d'Accès aux Soins et nous serviront d'introduction à la deuxième partie de notre thèse concernant le point de vue des médecins généralistes sur le projet SAS en Indre-et-Loire.

Un grand merci d'avance pour votre aide.

Vous arriverez sur la page web de notre questionnaire en scannant directement le QR code avec votre téléphone :

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdXFen5DCteToNO7hXeflmx61mL38fsj8BF2Wd8nI1oUh9qBA/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdXFen5DCteToNO7hXeflmx61mL38fsj8BF2Wd8nI1oUh9qBA/viewform?usp=sf_link)



Scannez le code QR

## **Annexe 5 : questionnaire adressé en ligne aux médecins généralistes installés en Indre et Loire.**

### **Organisation des soins non programmés en cabinet de médecine générale en Indre-et-Loire.**

Bonjour, nous sommes Clémence BERTHOUX et Clément BERTRAND, internes en médecine générale à la faculté de Tours. Souhaitant nous installer en Indre-et-Loire et soucieux de l'organisation de la médecine générale pour recevoir les soins non programmés, nous vous proposons aujourd'hui de répondre à notre questionnaire de thèse.

Anonyme, il s'adresse aux médecins généralistes installés. Ne pourront donc pas y répondre les médecins remplaçants thésés ou non, ainsi que les médecins généralistes exerçant uniquement en milieu hospitalier.

PS : Ce questionnaire ne comporte que 20 questions, il vous prendra moins de 5 minutes. Les trois dernières questions concernent le projet SAS et nous serviront d'introduction à la deuxième partie de notre thèse concernant le point de vue des médecins généralistes sur le projet SAS en Indre-et-Loire.

Un grand merci d'avance pour votre aide.

#### **I- Informations générales**

**1. Quel est votre sexe ?**

- Femme
- Homme

**2. Indiquez votre âge.**

- Menu déroulant de 25 ans à 80 ans avec intervalle de 1

**3. Indiquez le nombre de votre patientèle médecin traitant (adulte + enfant) à ce jour (A trouver sur Amelipro dans la rubrique "ma patientèle médecin traitant").**

- Réponse ouverte

**2. Quelle est la taille de votre file active en nombre de patients ? (A trouver sur Amelipro dans la rubrique "convention la ROSP")**

- Réponse ouverte

**5. Indiquez l'année de votre première installation.**

- Menu déroulant de 1965 à 2021 avec intervalle de 1

**6. Caractérisez votre lieu d'installation ?**

- Urbain
- Rural
- Semi-rural

**7. Exercez-vous ?**

- Seul
- En cabinet de groupe
- En MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle)

**8. Combien de jours par semaine travaillez vous en moyenne ?**

- Menu déroulant de 1 à 7 avec intervalle de 0,5

**9. Quelle est la distance en km vous séparant d'un service d'urgence ?**

- Réponse ouverte

**10. SOS médecin dessert-il votre commune ?**

- Oui
- Non

**II- Organisation des soins non programmés**

*Les soins non-programmés en Centre Val de Loire correspondent à une demande de l'utilisateur d'une prise en charge médicale le jour même. Le caractère vital ou non-vital de la demande distingue les soins non programmés des urgences vitales qui doivent alors être prises en charge par les structures compétentes (Samu, Urgences).*

**11. Êtes-vous déjà organisé pour recevoir les SNP dans votre cabinet ?**

- Oui
- Non

SI REPONSE NON à la question 11 :

**12a. Si non, pour quelle(s) raison(s) ? (une ou plusieurs réponses)**

- J'ai des délais de rendez-vous qui sont déjà trop long
- J'ai peur de ne pas remplir les créneaux pour les SNP
- Je ne dispose pas de secrétaire (ni téléphonique ni au cabinet)
- J'ai des urgences hospitalières proches de mon cabinet
- J'ai d'autres cabinets de médecins (SOS médecin, MSP...) proches du mien qui ont une organisation de SNP
- J'ai peu d'attrait pour les SNP
- Autre : Réponse ouverte

Puis directement à la question 18.

SI REPONSE OUI à la question 11 :

**12b. Comment vous organisez-vous pour recevoir les soins non programmés ? (une ou plusieurs réponses)**

- Seul
- En groupe avec des médecins de mon cabinet ou de ma maison de santé pluriprofessionnelle
- En groupe avec des médecins de mon territoire (ex : CPTS)

**13b. De quel type d'organisation s'agit-il ? (une ou plusieurs réponses)**

- Créneaux isolés de SNP répartis dans le planning
- Plage horaires entière (composée de plusieurs créneaux d'affilé) dédiée aux SNP (avec ou sans RDV)
- Je prends les patients en plus entre deux RDV
- Autre : Réponse ouverte

**14b. Combien de consultation consacrez-vous en moyenne aux SNP sur une semaine type ?**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Aucun car je ne travaille pas						
Aucun mais je travaille						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
>10						

**15b. Avez vous des commentaires/remarques par rapport à la question précédente : "Combien de consultation consacrez-vous personnellement en moyenne aux SNP sur une semaine type ? "**

- Réponse ouverte

**16b. Combien de jours par an en moyenne sur les 2 dernières années votre cabinet n'a pas offert de solution aux patients pour les SNP du jour (hors dimanche et jour férié) ?**

- Réponse ouverte

**17b. Comment gérez-vous les soins non programmés lors de vos absences ? (une ou plusieurs réponses)**

- Je fais appel à un remplaçant
- J'oriente vers un(e) confrère libéral(e) exerçant dans la même structure
- J'oriente vers un autre cabinet libéral
- J'oriente vers une structure spécialisée dans les SNP type SOS médecin
- Je donne comme consigne d'appeler le 15
- J'oriente vers une structure d'urgence
- Je ne propose pas de réorientation
- J'ai une organisation de réponse aux SNP sur mon territoire
- Autre : Réponse ouverte

**III. Le SAS (« Service d'accès aux soins »)**

**18. Connaissez-vous le SAS ?**

- Oui
- Non

*Le SAS permettra à toute personne ayant un besoin de santé urgent et n'ayant pas de médecin traitant disponible d'avoir une possibilité de RV avec un médecin généraliste. Il faudra appeler le 15.*

*Pour une demande de soins non programmés, si l'accès au médecin traitant n'est pas possible, le médecin régulateur libéral pourra :*

- Donner un conseil médical, rassurer, orienter.
- Faire patienter jusqu'à l'ouverture du cabinet de son médecin traitant.
- L'orienter vers une consultation par un médecin généraliste effecteur qui aura des créneaux dédiés aux SNP.
- L'orienter vers les urgences s'il juge que la situation est urgente.

**19. Seriez-vous prêt mettre à disposition des créneaux pour les SNP en tant qu'effecteur du SAS ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**20. Seriez-vous prêt à participer à la régulation libérale au sein du projet SAS ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

*Si vous souhaitez être recontacté pour mettre à disposition des créneaux et/ou pour faire de la régulation, envoyez un mail avec vos coordonnées à l'adresse suivante :*

*sasambulatoire37@gmail.com*

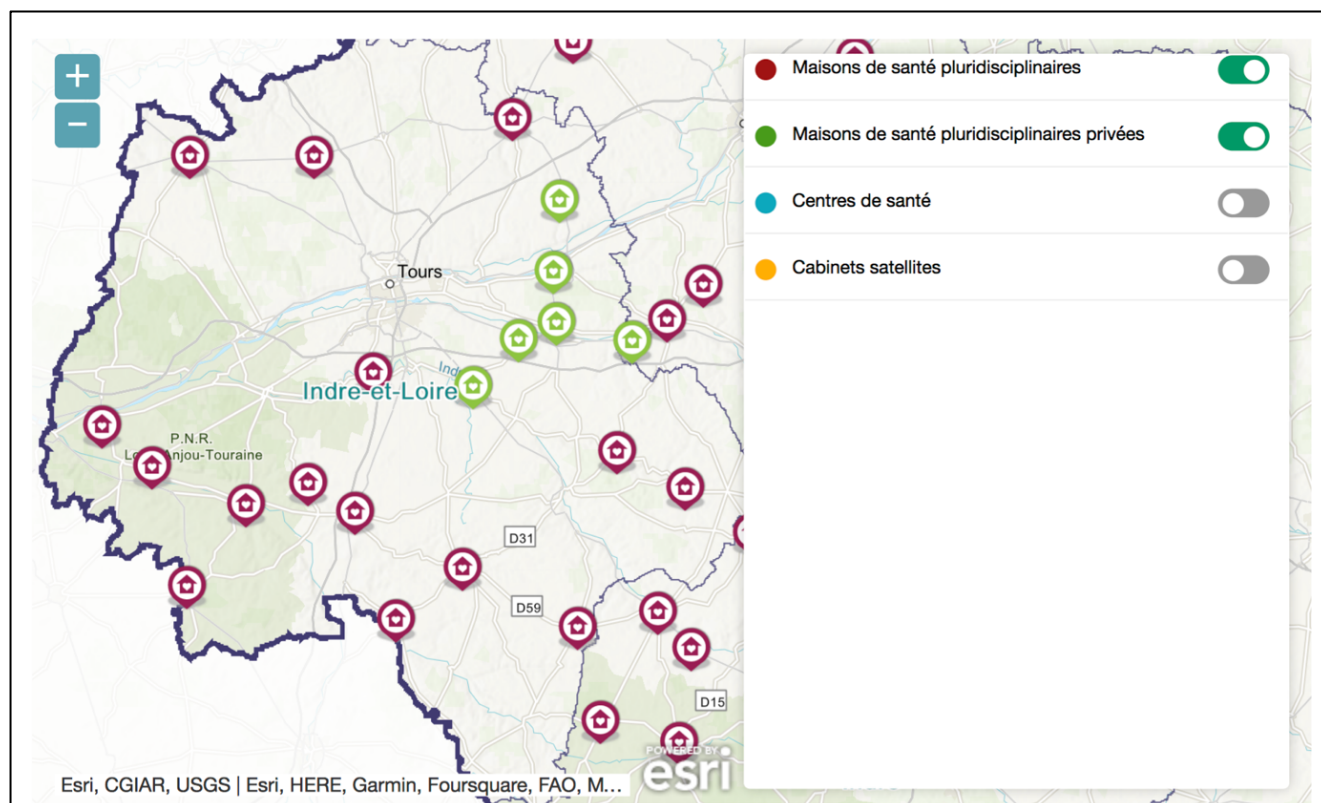
*07 67 20 47 69*

*Si le sujet des soins non programmés et du SAS vous intéresse (que vous soyez pour ou contre) et que vous êtes partant(e) pour participer à un rapide entretien semi-dirigé avec nous (constituant la seconde partie de notre thèse), merci de nous envoyer un mail à l'adresse suivante :*

*clement.bertrand-chevrier@etu.univ-tours.fr*



## Annexe 6 : Carte des MSP en Indre-et-Loire (Instal Toi Doc)



**Vu, le Directeur de Thèse**



Docteur Alice PERRAIN  
01 - Médecine générale Conventionné  
27 Rue d'Artoise  
37150 LA CROIX EN TOURAINE  
37 1 03 189 7 00 1 20 1 01

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

**BERTRAND-CHEVRIER Clément**

**51 pages – 6 tableaux – 3 cartes – 1 synthèse – 21 graphiques – 6 annexes**

**Résumé :**

**Introduction :** La gestion ambulatoire des SNP est un problème politique au premier plan face à l'engorgement des urgences et à la désertification médicale. Le Service d'Accès aux Soins (SAS) est expérimenté en Indre-et-Loire, son but est d'organiser une réponse coordonnée aux SNP sur le territoire. L'objectif principal de cette étude était de décrire l'organisation des SNP en cabinet de médecine générale en Indre-et-Loire. L'objectif secondaire était de décrire la connaissance et le souhait d'implication des médecins généralistes (MG) dans le SAS 37.

**Méthode :** Cette étude quantitative descriptive réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne envoyé aux MG installés en Indre-et-Loire, s'est déroulée entre novembre 2021 et mars 2022.

**Résultats :** 76 des 500 médecins généralistes installés en Indre-et-Loire ont répondu. 88% déclaraient s'organiser pour les SNP. 64,2% utilisaient des créneaux isolés dans leur planning, 58% rajoutaient les patients entre deux rendez-vous et 34,3% s'organisaient en plage horaire dédiée. Sur une semaine type, 36% des MG ne travaillaient pas les mercredis. Les créneaux de SNP étaient majoritairement placés les lundis et samedis. En cas d'absence, un confrère du même cabinet (75%) ou un remplaçant (73,6%) étaient les solutions les plus choisies. La médecine semi-rurale, plébiscitée pour l'implantation des MSP était plus organisée que le secteur urbain pour recevoir les SNP. 40% des MG étaient favorables à devenir effecteur du SAS 37 contre 10% pour la régulation.

**Discussion :** Malgré ce qu'on entend dans les médias, les MG s'organisent pour recevoir les SNP. Il faut avoir une vision plus globale des SNP en améliorant la coopération entre MG d'un secteur et en renforçant le lien ville-hôpital, notamment via le SAS 37. Réaliser une meilleure communication sur les différents rôles du médecin généraliste est aussi nécessaire. Une étude complémentaire qualitative pourrait étudier le ressenti des usagers de SNP.

**Mots clés :** Soins non programmés, Service d'Accès aux Soins, soins primaires, urgences, médecin généraliste, effecteur, Indre-et-Loire

**Jury :**

Président du Jury : Professeur Frédéric PATAT

Directeur de thèse : Docteur Alice PERRAIN

Membres du Jury : Docteur Yves MAROT  
Docteur Pierre DENEAU  
Docteur Maxime PAUTRAT  
Docteur Frédéric LEBEAU

Date de soutenance : 24/11/2022