

THESE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Alicia Racaj

Le 10 mars 2022

La gestion des soins non programmés aux horaires d'ouverture des cabinets en médecine générale en France métropolitaine : une revue narrative de la littérature

Directeur de thèse : Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Monsieur le Docteur Jean-Richard DUGAST

Madame le Docteur Marie-Agnès FAYE-PICHON

Président du jury

Assesseur

Assesseur

Assesseur

THESE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Alicia Racaj

Le 10 mars 2022

La gestion des soins non programmés aux horaires d'ouverture des cabinets en médecine générale en France métropolitaine : une revue narrative de la littérature

Directeur de thèse : Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Monsieur le Docteur Jean-Richard DUGAST

Madame le Docteur Marie-Agnès FAYE-PICHON

Président du jury

Assesseur

Assesseur

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
		Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
		Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
		Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
		Professeur ARLET Philippe	
		Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
		Professeur BOCCALON Henri	
		Professeur BOUTAULT Franck	
		Professeur BONEU Bernard	
		Professeur CARATERO Claude	
		Professeur CHAMONTIN Bernard	
		Professeur CHAP Hugues	
		Professeur CONTÉ Jean	
		Professeur COSTAGLIOLA Michel	
		Professeur DABERNAT Henri	
		Professeur FRAYSSE Bernard	
		Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
		Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
		Professeur GRAND Alain	
		Professeur JOFFRE Francis	
		Professeur LAGARRIGUE Jacques	
		Professeur LANG Thierry	
		Professeur LAURENT Guy	
		Professeur LAZORTHES Yves	
		Professeur MAGNAVAL Jean-François	
		Professeur MANELFE Claude	
		Professeur MASSIP Patrice	
		Professeur MAZIERES Bernard	
		Professeur MOSCOVICI Jacques	
		Professeur MURAT	
		Professeur RISCHMANN Pascal	
		Professeur RIVIERE Daniel	
		Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET Philippe
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur GRAND Alain
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LANG Thierry
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian

Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Falemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

Mme BONGARD Varina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosina	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie Infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignácio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emille	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biochimie et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VUA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

REMERCIEMENTS

Au Professeur Pierre Mesthé, monsieur le président du jury,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury. Et merci d'avoir toujours accepté de le faire en dépit des changements apportés à ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma plus sincère reconnaissance.

Au Docteur Marie-Agnès Faye-Pichon, membre de ce jury,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury (le premier si j'ai bien compris, c'est pour moi un immense honneur).

Merci de m'accepter comme consœur au sein de notre beau Comminges et au cœur des réunions pour la création de la nouvelle CPTS.

Au Docteur Jean-Richard Dugast, membre de ce jury,

Pour m'avoir accueillie en stage de praticien niveau 1, cherchant encore mes marques dans le monde médical, pour m'avoir prodigué tous ces conseils, pour m'avoir fait découvrir Aspet et ses alentours, pour ton invitation à ton pot de départ à la retraite, pour avoir accepté de juger ce travail, et pour m'avoir confié aujourd'hui une partie de tes patients, tu as toute ma reconnaissance.

Merci de m'accompagner encore aujourd'hui.

Mon seul regret est de ne pas avoir pu exercer quelques temps en ta compagnie.

Au Professeur Jean-Christophe Poutrain, mon directeur de thèse,

Jean-Christophe, nous nous sommes rencontrés je pense à un moment décisif. Tu m'as aidée à rédiger mon mémoire. Tu as accompagné la fin de mon internat. Tu m'as apporté tous les conseils que tu as pu en vue de mon installation. Tu m'as enseigné comment parfaire ma pratique. Tu m'as aidée à rédiger ma thèse. Tu m'as acceptée comme consœur.

Mais surtout, tu m'as soutenue quand j'en ai eu besoin.

Pour toutes ces raisons, et plus encore, je te remercie.

Ce travail est dédié au Docteur Serge Huet, mon directeur de thèse,

Serge, j'aurais aimé que tu puisses être là parmi nous aujourd'hui.

Tu me connaissais depuis toute petite. Tu étais toujours à l'écoute, toujours sincère, toujours de bon conseil. Tu m'as aidée à traverser bien des problèmes.

Quand tu as su que j'avais réussi mon concours de PACES tu as aidé ma mère à acheter mon premier stéthoscope. Tu m'as accompagnée dans mon premier stage de médecine générale, puis dans mon stage de praticien niveau 1. Tu m'as appris à me faire mon propre avis sur les choses, et à exercer une médecine « humaine ». Tu n'as jamais manqué l'occasion d'une pause-café pour prendre des nouvelles, et faire partager un peu de ton savoir

Tu m'as initiée à la problématique des soins non programmés et m'as fait confiance pour en faire ma thèse.

Tu m'as toujours soutenue, même lorsqu'après beaucoup d'hésitations, j'ai décidé de m'installer à Aspet.

En ce jour si particulier et pour toujours, tu as toute ma gratitude, et toute mon amitié.

A mes maîtres de stage, et à ceux qui ont accepté de me recevoir dans le cadre d'un stage annexe : Jean-Christophe Poutrain, Suzanne Marcerou, Choukri Toumi, Hervé Oscar, Marie Galy, Emmanuelle Toigo-Pellat, Ludivine Genre, Nelly Buscaglia, Jean-Richard Dugast, Serge Huet, Céline Jourdan et l'ensemble du cabinet de Saint-Béat (à nos soirées tapas), toute l'équipe de l'HAD Santé Relais Domicile, de l'HDJ de gériatrie de l'hôpital Purpan, du réseau reliance, et de l'USP de Joseph Ducuing,

Merci pour tout votre soutien et vos enseignements précieux.

A Baptiste Martin, mon amour,

A partir de ce jour, nous serons « Docteur et Docteur ». Merci d'être là pour moi chaque jour. Je ne sais pas ce que je ferais sans toi.

A ma sœur et à ma mère,

Sans qui rien de tout cela n'aurait été possible.

*Ainsi qu'à toute ma famille, mes grands-parents, mon père, Veronica et mes petits frères, ma tante, et ma filleule (continue comme ça, tu vas y arriver)
Et à toute ma belle-famille, vous êtes absolument merveilleux.*

A mes deux camarades de PACES : Emilie Pomarede et Marie Vergé,

Sans qui cette année m'aurait sans doute parue autrement plus difficile.

*Aux membres de notre coloc' en face de l'université Paul Sabatier : « Mimu »,
Camille Martinez, Pierre Laurent, et ma sœur bien sûr,*

Ma « Mimu », le « recueil des mimu » peut en témoigner, notre amitié ne connaît pas de limites.

Camille, vivement de nouveaux voyages au bout du monde, mais pourquoi ne pas commencer par Marseille ?

Pierre, peut-être liras-tu ceci un jour. Je ne sais plus ni où tu es, ni ce que tu fais, mais j'espère que tu suis toujours la même voie.

A notre groupe d'amis de la P2 à la fin de l'externat,

Et en particulier à Kim Pasquier qui a su me supporter dès le premier jour.

Aux fiers représentants de la « médecine externe »,

Et à nos plans tirés sur la comète.

A Mélanie Castéran et Doriane Picard, à notre indéfectible amitié.

A tous les membres de la troupe GTAIER,

Ceux avec lesquels j'ai eu le plaisir de jouer et ceux avec lesquels j'aurais aimé pouvoir.

A mes collègues d'Aspet, merci d'être là.

Et à tous les autres avec lesquels j'ai partagé un bout de chemin.

Table des matières

SERMENT D’HIPPOCRATE	7
REMERCIEMENTS	8
LISTE DES ABREVIATIONS	12
PREAMBULE.....	13
INTRODUCTION	14
1. Définition et contextualisation :	14
2. Justification de la recherche :	15
3. Question et objectifs de recherche :	15
MATERIEL ET METHODE	16
1. Protocole de recherche :	16
2. Critères de sélection des articles :	16
3. Stratégie de recherche :	16
4. Procédure de sélection des articles :	18
5. Processus de recueil des données :	18
RESULTATS.....	19
1. Diagramme de flux :	19
2. Les résultats :	20
DISCUSSION	34
1. La population des médecins généralistes :	34
2. Evaluation du nombre de demandes :	35
3. Accessibilité aux SNP :	35
4. Le processus de tri des demandes de SNP :	36
5. L’organisation de la prise en charge :	37
6. La mission du médecin généraliste :	38
7. Impact de la gestion des SNP sur le médecin généraliste :	38
8. Les facteurs favorisant la prise en charge des SNP :	39
9. Le refus de SNP et la définition d’indicateurs :	39
10. Les freins à la prise en charge des SNP :	40
11. Des solutions pour améliorer la prise en charge des SNP :	41
12. Les changements apportés par la pandémie de COVID-19	42
13. Forces et faiblesses de l’étude :	43

14. Ouverture :	44
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE.....	47
TABLE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	53
ANNEXES	54
ANNEXE 1 : Questionnaire sur la gestion des soins non programmés à destination des médecins généralistes du Comminges	54
ANNEXE 2 : Prévion du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (7)	59
ANNEXE 3 : La CCMU modifiée.....	60
ANNEXE 4 : La « marguerite » des 6 compétences génériques du médecin généraliste(13)	61
ANNEXE 5 : Nombre de médecins généralistes en activité régulière par département en 2021(7).....	62
ANNEXE 6 : Moyenne d'âge des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2021(7).....	63
ANNEXE 7 : Implantation des maisons de santé au 1 ^{er} janvier 2020, selon le type de territoire de vie(41)	64

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ;

BD-SP : Base de données de santé publique ;

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences ;

CNGE : Collège national des généralistes enseignants ;

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins ;

COVID-19 : COronaVirus Disease appeared in 2019 ;

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé ;

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques ;

EPHAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

LiSSa : Littérature scientifique en santé ;

MMG : maison(s) médicale(s) de garde ;

MSP : maison(s) de santé pluriprofessionnelle(s) ;

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques ;

ORS : Observatoire Régional de la Santé ;

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires ;

SAU : Service d'Accueil des Urgences ;

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente ;

SAS : Service d'Accès aux Soins ;

SNP : soin(s) non programmé(s) ;

SR : Sex Ratio ;

SUDOC : Système Universitaire de Documentation ;

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé ;

VAD : visite(s) à domicile ;

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians.

PREAMBULE

Dès mes premiers stages d'internat, **j'ai été sensibilisée à la thématique des soins non programmés**. La gestion de ce type de soin particulier est dépendante du territoire dans lequel elle s'opère.

J'ai effectué la plupart de mes stages dans le **Comminges**, territoire duquel je suis originaire et dans lequel j'ai décidé de m'installer.

Le **Docteur Serge Huet**, médecin exerçant dans le Comminges et qui a été mon maître de stage, s'était déjà intéressé à des sujets similaires avec une thèse portant sur la Permanence Des Soins Ambulatoires(1) et sur l'accès aux soins dans le Comminges(2). Nous avons décidé de nous pencher sur le sujet de la gestion des soins non programmés par les médecins généralistes dans le Comminges.

Malheureusement, le Docteur Huet nous a quittés en juin 2021. Par la suite, et pour pouvoir m'installer le plus rapidement possible, j'ai été contrainte de modifier mon sujet de thèse.

La gestion des soins non programmés en médecine générale dans le Comminges reste cependant le **fil conducteur** qui a conduit à la rédaction de ce travail. En effet, le présent travail a été rédigé afin de servir de base pour l'établissement d'un questionnaire qui pourra être utilisé pour une future étude sur le sujet dans le Comminges. Par ailleurs, les résultats de cette revue narrative pourront servir de référence pour comparer les résultats obtenus dans le Comminges aux autres études menées sur le sujet.

Vous trouverez la dernière version dudit questionnaire, toujours susceptible d'être modifiée en annexe (annexe 1).

Sur les bases de ce travail, une étude transversale descriptive de type quantitative pourrait par la suite être menée dans le Comminges. Cette dernière étude pourrait servir dans le cadre du développement de l'axe sur la prise en charge des soins non programmés pour la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du Comminges.

INTRODUCTION

1. Définition et contextualisation :

La définition des soins non programmés (SNP) n'est pas consensuelle.

Elle renvoie à la définition, déjà moins débattue, de l'**urgence ressentie**. Dans le cadre de la médecine générale, on peut classer les différentes urgences de la manière suivante :

- **Vitale** : elle met en jeu le pronostic vital ;
- **Vraie** : elle n'engage pas le pronostic vital mais nécessite des soins rapides ;
- **Ressentie** : le patient peut légitimement penser que son état nécessite des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie grave ;
- **De confort** : le patient majore ses symptômes pour obtenir des soins dont l'urgence n'est pas justifiée.(3)

Ainsi, plusieurs auteurs ont essayé de donner une **définition des SNP** sans qu'aucune ne fasse l'unanimité. L'auteur de ce travail propose donc la définition suivante : une demande de SNP est une demande de réponse rapide (souvent dans la journée) à une urgence ressentie (mais qui n'est pas une urgence vitale) peu importe le motif.

Ces dernières années en France, **la demande de soins non programmés n'a cessé d'augmenter** de même que le nombre de passages aux urgences(4,5), et que la population générale(6), alors même que le nombre de médecins généralistes en activité diminue(7) (annexe 2).

Selon le dernier rapport de la Cour des comptes avant la pandémie de COVID-19 (COronaVirus Disease appeared in 2019), la France est confrontée à une hausse ininterrompue depuis 20 ans **de 3.6% en moyenne par an** de la fréquentation des Services d'Accueil des Urgences (SAU). Le taux d'urgences vitales reste stable. En se fondant sur la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) (annexe 3), il est permis d'estimer que **10 à 20 % des patients n'auraient besoin d'aucun acte complémentaire** (CCMU 1) : ils pourraient donc être reçus en ville. (8) De plus, en 2014 il avait été estimé que la moitié des patients aux urgences y restaient moins de 2 heures(9).

Selon une étude menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en octobre 2004 auprès de 1400 médecins de ville (1304 ont répondu), **les recours urgents représentent 12% de l'activité totale des médecins libéraux**. Ces recours ont lieu essentiellement en journée (18% ont lieu en dehors des horaires d'ouverture des cabinets dont 3% pendant les gardes).(10) Cela correspondrait à **35 millions d'actes par an**, ce qui ne tient pas compte de l'ensemble des contacts téléphoniques.(11)

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) identifie **deux types de facteurs conduisant à l'augmentation des recours aux urgences** : des facteurs liés à la demande (présence sur un même lieu de l'ensemble des services, besoins de santé,

caractéristiques socio-économiques) et des facteurs liés à l'offre (évolution des pratiques médicales comme des examens complémentaires plus systématiques, absence croissante de médecins hors des horaires d'ouverture des cabinets).(12)

2. Justification de la recherche :

Si on parle souvent de l'augmentation des passages aux urgences et si nous disposons de nombreuses données nous permettant de les étudier, il semblerait que **peu d'études s'intéressent à la prise en charge des soins non programmés en médecine générale.**

Le médecin généraliste est pourtant un acteur central de la prise en charge des soins non programmés. Cette prise en charge fait d'ailleurs partie des **rôles du médecin généraliste** définis par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) : « 1. Premier recours, incertitude, urgences ».(13) (annexe 4)

Dans sa **définition de la médecine générale** la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians (WONCA) précise : « Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins »(14) ; ce qui devrait aussi s'appliquer aux SNP.

Dans ce contexte, l'auteur de cette recherche a décidé d'effectuer une **revue narrative de la littérature**, afin de réaliser un état des lieux de la **prise en charge des soins non programmés en médecine générale en France**. Cette recherche s'intéresse plus spécifiquement aux SNP :

- Dont la prise en charge a lieu **aux horaires d'ouverture des cabinets**, soit en dehors des horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ;
- En **France métropolitaine**, des différences organisationnelles pouvant être retrouvées hors de ce territoire ;
- **Ces 20 dernières années**, pour avoir accès à des données récentes ;
- Et à leur **gestion par le médecin généraliste**

Nous ne nous intéresserons donc pas tant aux patients et à leurs motifs de consultation qu'à l'organisation de leur prise en charge.

3. Question et objectifs de recherche :

Ceci nous amène à la question de recherche suivante : **au cours de ces 20 dernières années, comment les médecins généralistes de France métropolitaine ont-ils organisé la prise en charge des soins non programmés aux horaires d'ouverture du cabinet ?**

L'objectif principal de cette recherche est donc de décrire **l'organisation pratique** de ces médecins pour prendre en charge les SNP en dehors de la PDSA.

Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence de **potentiels freins ou leviers** à la prise en charge des SNP et de dégager des **pistes pour l'améliorer.**

MATERIEL ET METHODE

1. Protocole de recherche :

Pour répondre à cette question, une **revue narrative de la littérature** a été effectuée par un seul auteur. La recherche bibliographique a eu lieu du mois de **juin au mois d'août 2021**, puis a été **actualisée le 29/12/2021**.

Cette étude ne concernait pas la personne humaine et n'était donc **pas soumise à la loi Jardé**.

2. Critères de sélection des articles :

Avant de débiter ces recherches des critères d'inclusion et d'exclusion des articles ont été définis. Pour cela, le **modèle PICO(TS)** (15) a été utilisé : Patient / Population / Problem, Intervention, Comparison, Outcome, Type of question, type of Study.

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Langue	Française	Autres
Date de publication	2001 ou après	Avant 2001
Population	Médecins généralistes Français Exerçant en métropole	Autres spécialités, ou patients Autres pays Hors métropole
Thème	Gestion des SNP aux horaires d'ouverture du cabinet	Urgence vraie ou vitale PDSA Population particulière (EHPAD*, ...) Motif de prise en charge particulier (douleur thoracique, ...)
Type de publication	Etudes observationnelles, revues de la littérature	Autres

* : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion

3. Stratégie de recherche :

Une recherche préliminaire a tout d'abord été effectuée en utilisant **les mots clés suivants** :

- consultation(s) / soin(s) / recours / visite(s) ;
- urgent(e)(s) / urgence(s) / sans rendez-vous / non programmé(e)(s) / non planifié(e)(s) ;
- médecine générale / médecin(s) généraliste(s) / soin(s) de premier recours / soin(s) primaire(s) / médecine de ville.

J'ai utilisé pour cela les moteurs de recherche de la **base de données de santé publique (BDSP)** <https://bdsp-ehesp.inist.fr>, du CHU de Rouen : Littérature scientifique en santé

(LiSSa) <https://www.lissa.fr>, du Système Universitaire de Documentation (SUDOC) <http://www.sudoc.abes.fr>, ou encore PubMed et Google Scholar.

Ces recherches ont été permises grâce à l'accès au portail informatique de la bibliothèque de l'Université Paul Sabatier Toulouse III et son service d'accès à distance **DOCADIS**.

A cette occasion, j'ai aussi été amenée à consulter les sites web et organismes suivants :

- La base de données des thèses (<http://theses.fr>) ;
- L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL (<https://hal.archives-ouvertes.fr>) ;
- Le Ministère des Solidarités et de la Santé (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>) ;
- Le conseil national de l'Ordre des médecins (<https://www.conseil-national.medecin.fr>) ;
- L'Institut national de la statistique et des études économiques (<https://insee.fr>) ;
- Les Agences régionales de santé (ARS)
- Observatoires régionaux de la santé (ORS)
- L'Assurance maladie (Ameli),
- La Haute autorité de santé (HAS),
- Légifrance

Je n'ai ensuite conservé que les mots-clés et les bases de données qui me semblaient les plus appropriés et j'ai élaboré plusieurs **équations de recherche** :

	Équations de recherche
SUDOC	((soin*) OU (consultation*) OU (visite*) OU ("prise* en charge") OU (recours)) ET ((("non programmé**") OU ("sans rendez-vous") OU (urgent**) OU (urgence*)) ET ((("médecin* général*****") OU ("premier* recours") OU ("soin* primaire**"))
BD-SP	("non programmé" OR "non programmés" OR "non programmées" OR "non programmée" OR "sans rendez-vous" OR "sans rendez vous" OR urgent OR urgente OR urgentes OR urgents OR urgence OR urgences) AND (soin OR soins OR consultation OR consultations OR visite OR visites OR "prise en charge" OR "prises en charge" OR recours) AND ("médecine générale" OR "médecin généraliste" OR "médecins généralistes" OR "premier recours" OR "premiers recours" OR "soin primaire" OR "soins primaires" OR "médecine de ville")
LiSSa	((non programmé**) OU (sans rendez-vous) OU (urgent**) OU (urgence*)) ET ((médecine générale) OU (médecins de premier recours) OU (soins de santé primaires))

Tableau 2 : Les différentes équations de recherche utilisées

L'interrogation des différentes bases de données a donné **les résultats suivants** :

Base de données	SUDOC	BD-SP	LiSSa
Dans tous les mots / champs	3337 résultats	696 résultats	900 résultats
Dans le résumé +/- sommaire	2574 résultats	243 résultats	241 résultats
Dans les mots du sujet / mots clés	940 résultats	354 résultats	419 résultats
Dans les mots du titre	298 résultats	73 résultats	25 résultats

Tableau 3 : Résultat de l'interrogation des bases de données

4. Procédure de sélection des articles :

L'interrogation des bases de données a permis de trouver **396 documents** suite à la recherche dans les mots du titre.

La sélection des articles s'est ensuite déroulée en trois principales étapes au cours desquelles étaient appliqués les différents critères d'inclusion et d'exclusion :

Etape 1 : Sélection sur lecture du titre.

Si le titre de l'article ne permettait pas de conclure, je passais à l'étape suivante.

C'est également à cette étape que les **doublons** ont été exclus.

Etape 2 : Sélection sur lecture du résumé.

Si le résumé de l'article ne permettait pas de conclure, je passais à l'étape suivante.

C'est également à cette étape que les articles qui n'étaient pas **accessibles** ont été exclus.

Etape 3 : Sélection sur lecture de l'intégralité de l'article.

Un **diagramme de flux** a ainsi été élaboré.

5. Processus de recueil des données :

Les articles inclus ont ensuite été lus et analysés selon une **grille de lecture** qui a été construite au fil de mes recherches préliminaires. Les différentes catégories figurant dans cette grille sont :

- Titre, auteur, date ;
- Type d'étude ;
- Description de la population ;
- **La demande de SNP** : nombre de demandes par jour, pourcentage de l'activité du médecin généraliste, périodes de forte affluence ;
- **Accès aux SNP** : pourcentage de médecins les acceptant, pour les patients dont le médecin n'est pas le médecin traitant, pour les visites à domicile (VAD) ;
- **Triage des demandes** et rôle du secrétariat ;
- **L'organisation de la prise en charge** : délai de prise en charge, consultation sur ou sans rendez-vous, créneaux spécifiques aux SNP, box d'urgence ;
- **Impact** des SNP sur le médecin généraliste ;
- **Facteurs pouvant favoriser la prise en charge** des SNP ;
- **Freins principaux** ou difficultés mis en évidence ;
- **Principales solutions** proposées ;
- **Ce qui a changé suite à la pandémie de COVID-19** (catégorie ajoutée après actualisation de la bibliographie).

L'ensemble des données extraites a été regroupé dans un tableau qui sera présenté dans la partie suivante juste après le diagramme de flux.

RESULTATS

1. Diagramme de flux :

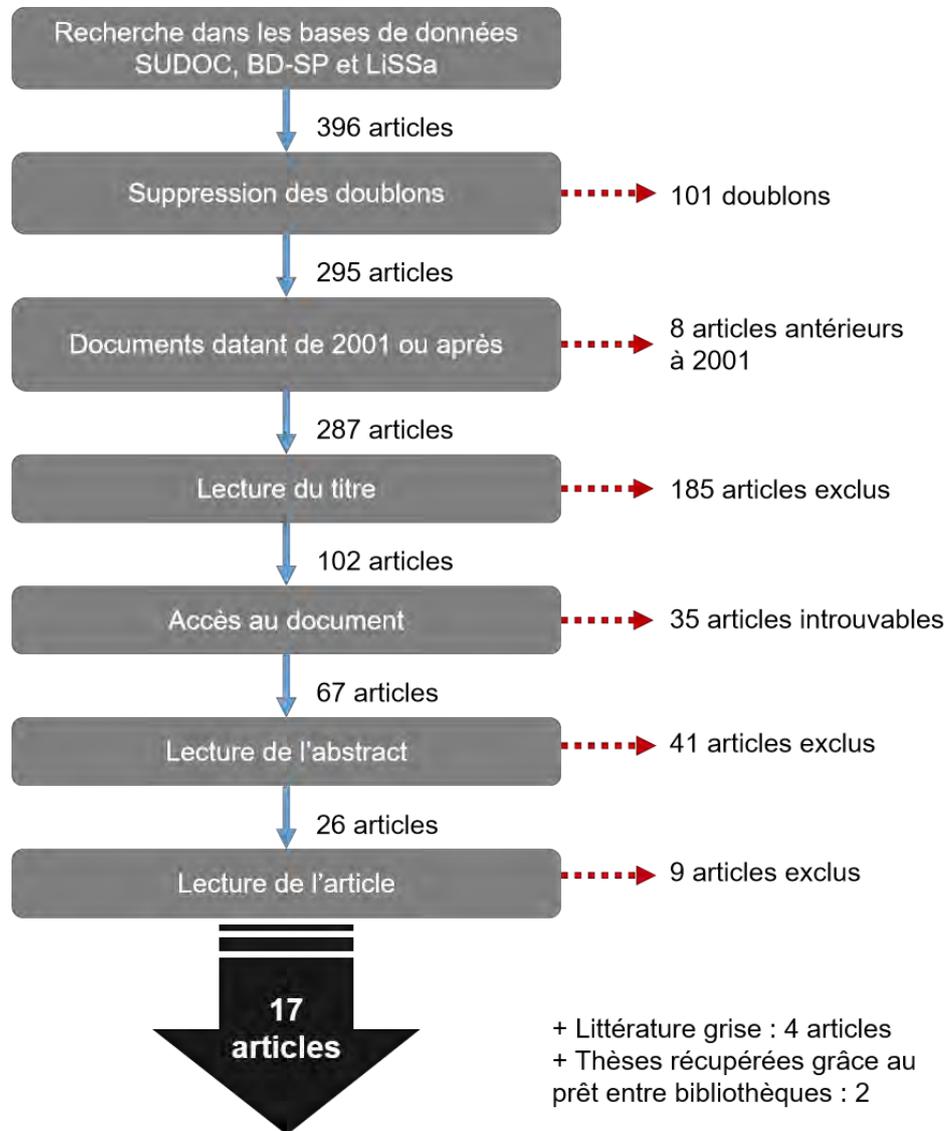


Figure 1 : *Diagramme de flux de la sélection des articles suite à l'interrogation des différentes bases de données*

Le niveau de preuve de ces articles est faible selon la grille de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)(16) : **grade de recommandation C.**

2. Les résultats :

Titre, auteur(s), date	Lieu et type d'étude	Population étudiée	Principaux résultats
<p>(17) « Comment les médecins généralistes répondent-ils à la demande de soins non programmés suite à une année de pandémie à COVID-19 »</p> <p>Victor Paul Kolbe - 2021 -</p>	<p>Alsace - Etude qualitative</p>	<p>14 médecins généralistes</p> <p>Sex Ratio (SR) = 1 Âge moyen : 44.5 ans</p> <p>8 médecins exerçant en groupe dont 3 en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)</p> <p>Secrétariat sur place en majorité (+/- télésecrétariat)</p> <p>Zone d'exercice majoritairement semi-rurale</p>	<p>- Délai de prise en charge : dans la journée ou la demi-journée, grâce par exemple aux créneaux dédiés aux SNP.</p> <p>- La prise en charge des SNP fait partie du rôle du médecin généraliste, d'ailleurs aucun médecin ne refuse de SNP et la plupart souhaitent ne pas surcharger les urgences.</p> <p>- Tous y étaient confrontés au quotidien (entre 20 et 50% de la demande).</p> <p>- Avantage du travail de groupe, pour les autres : « contrainte horaire ».</p> <p><u>Modifications apportées par la pandémie de COVID-19 :</u></p> <p>- Augmentation de l'exercice sur rendez-vous avec des plages dédiées aux SNP : demande du motif de consultation, tri préalable, éducation de la patientèle ;</p> <p>- Mise en place d'un secrétariat sur place, à distance ou mixte ;</p> <p>- Téléconsultations : usage limité pour les SNP en dehors des suivis de patients atteints de COVID-19 ;</p> <p>- Utilité des internes et des assistants médicaux ;</p> <p>- Agrandissement des structures et centralisation des médecins et des paramédicaux : meilleure gestion des soins dont les SNP ;</p> <p>- Echanges favorisés entre médicaux et paramédicaux : permettant un accès facilité aux SNP.</p> <p><u>Difficultés</u> : stress, retard, difficulté d'accès aux avis spécialisés.</p>

<p>(18) Ressenti des médecins généralistes installés sur le territoire de Combourg sur leur offre de soins non programmés et perspectives d'évolution concernant cette offre</p> <p>Mathilde Liard - 2021 -</p>	<p>Combourg - Etude qualitative</p>	<p>12 médecins généralistes participant au planning de garde de la maison médicale de Combourg (dont 11 installés)</p> <p>83% <45 ans 41% de femmes 100% en groupe Secrétariat sur place : 83%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les médecins consultent sur rendez-vous uniquement et disposent de créneaux dédiés aux SNP variables en fonction des médecins, des jours (lundi), des heures (sortie d'école), des saisons. Le planning est malléable (utilisation des temps de pause). C'est une organisation de groupe (certains participent au projet de CPTS) régulièrement actualisée. - Tous les médecins font des VAD programmées ou non (12-14h, plutôt rares). - Lorsque le secrétariat est fermé, un portable d'urgence peut être utilisé. - La téléconsultation semble peu adaptée à la prise en charge des SNP. - Les remplaçants et les internes participent à la prise en charge des SNP. - Ils veulent rendre service à leurs patients, et estiment qu'il s'agit de leur rôle. Plusieurs indicateurs de leur efficacité : le non refus de consultation, peu de courriers des urgences pour des motifs relevant de la médecine générale, le taux d'utilisation des créneaux dédiés. <p><u>Difficultés</u> : retard, complexité du tri des SNP, patients non connus du cabinet, périodes épidémiques, prises en charge parfois longues (orientation vers un spécialiste, les urgences, ou hospitalisation), les VAD non programmées (anxiété, patients non connus, EHPAD, temps de trajet, parfois nécessité d'annuler des consultations).</p> <p><u>Perspectives</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nécessité de tri / régulation des SNP et formation des secrétaires ; - éducation des patients (symptômes, organisation des SNP, soins proposés par leur médecin, prise de rendez-vous à l'avance) ; - trouver l'équilibre entre SNP et programmés (diminuer les créneaux de consultations programmés, augmenter la fréquence des VAD) ; - avoir un volume de patientèle adapté à son offre ; - possible emploi d'un remplaçant dédié aux SNP ou que certains créneaux soient dédiés à faire les papiers et à prendre en charge les SNP ; - demander le motif de consultation au patient ; - regrouper les créneaux de SNP infectieux (suite à la pandémie de COVID-19) ; - aides techniques : salle d'urgence, assistant médical ; - réflexion sur les SNP à l'échelle territoriale, médecin dédié dans les déserts médicaux ; - favoriser la communication avec les urgences et les spécialistes ; - réorienter les patients aux urgences pour des motifs de médecine générale ; - pour le 15 : répertorier les pratiques des différents cabinets, recevoir des patients non suivis sur régulation ; - mettre en place une plateforme pour gérer les demandes d'hospitalisation urgentes.
---	---	--	--

<p>(19) Enquête sur les freins et les solutions à la prise en charge d'urgences relatives par le médecin généraliste organisé en Maison de Santé Pluridisciplinaire, sur le département des Landes</p> <p>Fabien Rodrigues - 2021 -</p>	<p>Landes - Etude qualitative</p>	<p>13 Médecins généralistes installés en libéral dans le département des Landes, coordonnateurs de MSP</p> <p>Âge moyen 52 ans 15% de femmes 100% en groupe 100% en MSP Zone d'exercice : 85% rurale Secrétariat sur place : 85%</p>	<p>- La majorité des médecins dédie des plages horaires aux SNP. - Certaines MSP disposent d'une salle d'urgence.</p> <p><u>Freins à la prise en charge des urgences non vitales / relatives :</u></p> <p>- Le temps : le manque de temps, la peur d'être en retard, certains actes sont chronophages. - Facteurs liés au médecin : ses compétences, sa formation, son expérience, ses envies, ou ses craintes (risque médico-légal). - Facteurs liés à l'organisation : matériel, lieu d'exercice (moins de prises en charge de SNP en ville), le travail seul, le manque de coordination, l'absence de secrétariat sur place, d'infirmier, d'interne, de créneaux dédiés aux SNP... - Facteurs en lien avec les patients : sutures plus difficiles chez les enfants, leur attitude, leur manque d'éducation, leur désir d'immédiateté. - Autres : cotations, changements de la profession, démographie médicale, accessibilité au second recours, organisation de la structure, rémunération.</p> <p><u>Les solutions évoquées sont :</u></p> <p>- un accès simplifié aux spécialistes et aux examens complémentaires ; - les filières dédiées ville-hôpital (par le biais des CPTS par exemple) ; - l'extension des horaires de la maison médicale de garde (MMG) ; - le regroupement des médecins ; - les plages horaires dédiées aux SNP ; - l'éducation des patients ; - autres : l'accueil d'internes, le secrétariat sur place, une permanence téléphonique par les infirmières, les aides financières, la simplification des cotations.</p>
---	---	---	---

<p>(20) Ressenti des médecins généralistes sur leur participation aux soins non programmés : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans des MSP de Seine-Maritime</p> <p>Emmanuel Beaurepaire - 2021 -</p>	<p>Seine Maritime - Etude qualitative</p>	<p>11 médecins généralistes installés ou collaborateurs dans une MSP</p> <p>Age moyen 41 ans SR proche de 100% en MSP Zone d'exercice mixte</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La prise en charge des SNP fait partie de la mission du médecin généraliste, apporte satisfaction au médecin et au patient et diminue les recours non justifiés aux urgences. - Tous les médecins réservent des créneaux dédiés aux SNP, avec une organisation souple en fonction des jours ou des saisons et variable selon les MSP : consultations libres, répartition des créneaux entre médecins. - Organisation du tri des SNP : secrétaire en première ligne, parfois médecin en deuxième ligne. - Peu de refus de SNP en milieu rural, en ville il est plus facile de rediriger les patients. <p><u>Difficultés ressenties :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Limites d'acceptabilité de ce type de demande : au-delà d'un certain nombre de demandes, la gestion de l'imprévu peut être difficile, dépend du motif de consultation, impact sur les soins programmés ; - Complexité : tri des SNP, aspect chronophage (surtout en VAD), retard ; - Manque de reconnaissance et impact sur la vie personnelle ; - Disparités de fonctionnement entre les médecins ; - Avec la réception rapide de résultats d'examens, émergence de nouveaux SNP. <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - exercice coordonné entre médecins (qui facilite la prise de congés) ; - coopération interprofessionnelle (en particulier à domicile) ; - téléconsultation (avec des réserves vis-à-vis de son utilisation pour les SNP) ; - revalorisation financière des soins en général plutôt que des SNP spécifiquement ; - organisation au sein des MSP ou des territoires (CPTS) ; - possibilité d'un lieu dédié aux SNP pour assurer la continuité des soins où les médecins généralistes pourraient se relayer ; - régulation des SNP potentiellement extérieure aux MSP ; - éducation à la santé. <p><u>Ce qui a changé avec la pandémie :</u> renforcement du travail pluriprofessionnel, suppression des consultations libres, circuit spécifique pour les patients suspects, proposition de téléconsultation, mission qui devient pluriprofessionnelle.</p>
---	---	--	---

<p>(21) L'organisation des médecins généralistes de premier recours de la Métropole du Grand-Nancy pour assurer la continuité des soins et la prise en charge des soins non programmés hors permanence des soins ambulatoires : Étude quantitative transversale menée auprès de 182 médecins généralistes du territoire</p> <p>Elise Frisch - 2020 -</p>	<p>Métropole du Grand Nancy - Etude quantitative</p>	<p>182 médecins généralistes</p> <p>Âge moyen 52 ans</p> <p>40% en groupe et 6% en MSP</p> <p>Secrétariat : 16% sur place, 40% à distance, 17% mixte</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 25 % des interrogés n'exerçaient jamais le samedi matin, 10% tous les samedis matin, et le reste des médecins alternaient en fonction des semaines, sans qu'on sache s'il s'agissait d'un système établi entre médecins pour garantir la continuité des soins. - 81% déclaraient que leur cabinet était joignable les samedis matin. - Pour 65% des médecins leur cabinet était joignable de 8h à 20h tous les jours et pour 9% seulement certains jours. - 68% se déclaraient concernés par l'organisation des soins hors PDSA. - 37% des médecins exerçaient uniquement sur rendez-vous^a. - 5% ne prenaient pas en charge les SNP - 50% des médecins prenaient en charge 5 SNP ou moins par jour en moyenne^a. - 51% disaient ne pas pouvoir recevoir de SNP supplémentaire. - 79% des médecins pensaient que la CPTS pouvait jouer un rôle dans la gestion des SNP hors PDSA^b. - 34% des médecins acceptaient d'être contactés par un centre d'appel pour une consultation pour un patient qui n'était pas suivi par leur cabinet, et 3 % en ce qui concerne les VAD^b. - Les jeunes médecins travaillaient sur une amplitude horaire moins importante, surtout sur rendez-vous et prenaient en charge moins de SNP. <p>^a 179 répondants ^b 177 répondants</p>
--	--	---	--

<p>(22) Gestion des soins non programmés par les cabinets de médecine générale du secteur de Lorient</p> <p>Camille Quilleré - 2020 -</p>	<p>Lorient - Etude quantitative</p>	<p>50 Médecins généralistes installés dans le secteur de Lorient (et 24 de leurs secrétaires exerçant sur place)</p> <p>Âge moyen 42 ans SR =1 88% en groupe Zone d'exercice : mixte Secrétariat 82% dont 76% au cabinet</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Selon 66% des médecins, il y a 5 demandes de SNP par jour ou moins. - 90% réservent des créneaux (5 ou moins pour la majorité) pour les SNP, jugés suffisants dans la majorité des cas. Ils sont plus nombreux à en réserver en milieu semi-rural. - 60 % acceptent les patients hors patientèle pour des SNP. - 84% des médecins ne consultent que sur rendez-vous (femmes, jeunes). - Tous les médecins sauf un parvenaient à donner un rendez-vous dans la journée aux patients, et le motif de consultation le justifiait dans 68% des cas. - Les médecins retrouvent un impact des SNP sur leur planning dans 96% des cas, et sur leur vie privée dans 86% des cas. - <u>Propositions pour améliorer les SNP les plus plébiscitées</u> : programmes d'éducation des patients aux symptômes ressentis comme urgents (80%), formation des secrétaires au triage des urgences (68%), revalorisation des SNP (62%), demi-journées dédiées aux SNP (30%). 																								
<p>(23) Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud-Gironde</p> <p>Théo Zamord - 2020 -</p>	<p>Sud Gironde - Etude quantitative puis qualitative</p>	<p>Médecins généralistes du Sud Gironde, sauf dans les communes où SOS médecin intervient 24h/24</p> <table border="1" data-bbox="405 997 875 1316"> <thead> <tr> <th>Etude</th> <th>Quanti.</th> <th>Quali.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médecins</td> <td>102</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Âge moyen</td> <td>45</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>SR</td> <td>proche de 1</td> <td>2% F.¹</td> </tr> <tr> <td>En groupe</td> <td>84%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>En MSP</td> <td>33%</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>Zone</td> <td>mixte</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>Secrétariat</td> <td>81%</td> <td>/</td> </tr> </tbody> </table> <p>¹ : pourcentage de femmes</p>	Etude	Quanti.	Quali.	Médecins	102	5	Âge moyen	45	38	SR	proche de 1	2% F. ¹	En groupe	84%	100%	En MSP	33%	60%	Zone	mixte	/	Secrétariat	81%	/	<ul style="list-style-type: none"> - 21% des médecins consultent au moins en partie sans rendez-vous - 66% acceptent les patients hors patientèle pour des SNP. - 66% des médecins dédient des créneaux spécifiques à la gestion des SNP, surtout ceux qui travaillent en groupe ou qui sont installés depuis moins de 20 ans (différence significative). Sinon, les médecins les reçoivent sur leur temps de pause, à la fin des consultations, les reportent, ou les adressent. - La gestion des SNP est une activité habituelle du médecin généraliste. - L'accès aux SNP n'est pas toujours possible avant 8h30, 12-14h, après 18h. - Le Tri, la régulation et la planification des consultations de SNP sont principalement réalisés par les secrétaires. - Les SNP peuvent désorganiser l'activité du médecin généraliste. - Les médecins essaient de donner accès à des consultations le jour même et acceptent les VAD non programmées, bien que chronophages. - Facteurs favorisant la gestion des SNP : gestion mutualisée, internes. - <u>Perspectives</u> : améliorer la formation des secrétaires, la coordination entre médecins d'un même territoire, avec les plateaux techniques et l'hôpital, et l'éducation des patients.
Etude	Quanti.	Quali.																									
Médecins	102	5																									
Âge moyen	45	38																									
SR	proche de 1	2% F. ¹																									
En groupe	84%	100%																									
En MSP	33%	60%																									
Zone	mixte	/																									
Secrétariat	81%	/																									

<p>(24) Place du médecin dans la priorisation des demandes de soins urgents et/ ou non programmés en médecine générale ambulatoire</p> <p>Laureen Labory, Pauline Patin et Kévin Veron - 2020 -</p>	<p>Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne - Etude qualitative</p>	<p>27 Médecins généralistes de Maine-et-Loire, Sarthe et de Mayenne employant des secrétaires</p> <p>Âge moyen 45.5 ans SR proche de 1 96% en groupe 19% en MSP Zone d'exercice : mixte Secrétariat 100% (59% sur place)</p>	<p>- 3 types de fonctionnements vis-à-vis de la priorisation des SNP ont été identifiés : priorisation par la secrétaire et médecin en 2° ligne, par le médecin lui-même ou prise en charge de toutes les demandes sans priorisation.</p> <p>- Les médecins sont très investis dans leur rôle de gestion des SNP. Ils se donnent pour mission de limiter les passages aux urgences et d'orienter au mieux les patients. Ils évoquent la plus-value de la fonction de médecin traitant comme aide à la priorisation des SNP, et le rôle de l'éducation des patients (sur la façon dont ils doivent prendre leur rendez-vous en fonction du degré d'urgence, la gestion des urgences ressenties, ou le fait de joindre son médecin avant d'aller aux urgences).</p> <p>- Les médecins s'orientent vers une gestion collective des SNP : interprofessionnelle, au sein du cabinet, d'une CPTS...</p> <p>- La gestion des SNP peut être source de stress.</p>
<p>(25) Organisation des consultations de médecine générale non programmées en dehors des horaires de la permanence des soins ambulatoires dans les maisons de santé pluri-professionnelles de la région Hauts-de-France</p> <p>Aline Berthe - 2020 -</p>	<p>Hauts-de-France - Etude quantitative</p>	<p>54 MSP, médecins des Hauts-de-France exerçant dans une MSP</p> <p>Zone d'exercice : mixte</p>	<p>- Dans 86.1% des 43 MSP qui ont au moins un médecin installé, 100% des médecins installés réalisent des SNP (participation des collaborateurs, des assistants des remplaçants et des internes).</p> <p>- 73.6% de ces SNP ne sont pas réalisés dans une salle dédiée.</p> <p>- Les SNP sont accessibles tous les jours ouvrés dans 88.4% des MSP.</p> <p>- 78.6% des MSP peuvent être contactées pour un SNP hors PDSA.</p> <p>- Dans 48.8% des MSP, il n'y a pas de planning spécifique pour organiser les SNP, dans 34.9% des MSP il y a un planning avec des plages horaires dédiées (102.3% au total).</p> <p>- L'accès au SNP se fait par un secrétariat physique ou à distance dans 90.7% des MSP (158.1% au total).</p> <p>- <u>Facteurs favorisant la prise en charge des SNP les plus cités</u> sont : les plages horaires dédiées aux SNP, le tri des demandes par un secrétariat, et l'utilisation de plusieurs types de secrétariat.</p> <p>- <u>Facteurs limitants</u> : faible nombre de créneaux pour les SNP, manque de temps médical et désir d'immédiateté des patients.</p>

<p>(26) Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés</p> <p>Hélène Chaput et al. - 2020-</p>	<p>France hors Mayotte - Enquête quantitative</p>	<p>3300 généralistes libéraux installés au 01/01/18, médecins traitants d'au moins 200 patients et sans mode d'exercice particulier</p> <p>58% en groupe</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En 2019, les demandes de SNP représentent plus de 30 % de l'activité d'une semaine ordinaire pour 4 médecins généralistes sur 10. - 96% des médecins déclarent s'organiser pour prendre en charge les SNP. - 8 généralistes sur 10 déclarent organiser leur activité pour prendre en charge les SNP chaque jour (4/10 en permanence ; favorisé par l'exercice en groupe (1-2 équivalents temps plein), sans secrétariat et les consultations sans rendez-vous). - 45% des médecins consultent au moins en partie sans rendez-vous (hommes plus âgés, en groupe (1-2 équivalents temps plein), sans secrétariat). - Les autres proposent d'autres dispositions pour répondre aux demandes de SNP (exemple : créneaux dédiés) : 33% une partie du temps et 17% en permanence. - Plus de 50% des cabinets prennent en charge des SNP en permanence. - 28% répondent à la totalité des demandes de SNP. - Pour un SNP, le généraliste reçoit plus souvent le jour même les patients dont il est le médecin traitant (médecin plus âgé, consulte sans rendez-vous). - Lorsqu'ils ne peuvent répondre à de telles demandes, 53% des médecins réorientent vers le secteur libéral et 27% vers les urgences ou les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) (surtout seuls, en zone de faible densité médicale). - Durée de consultation : 16 minutes contre 18 en moyenne.
--	---	---	--

<p>(27) Enquête sur les soins non programmés auprès des médecins généralistes libéraux exerçant en Île-de-France</p> <p>Union Régionale des Professionnels de santé (URPS) médecins libéraux Île de France - 2020 -</p>	<p>Île-de-France - Enquête quantitative</p>	<p>1184 médecins généralistes libéraux exerçant en Île-de-France</p> <p>64.9% >45 ans SR proche de 1 62% en groupe (dont 73% utilisent un dossier médical partagé)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 100 consultations par semaine en temps normal contre 140 en période d'épidémie (programmées ou non), les médecins peuvent prolonger leur consultation le soir (42.8%). - 58.7% des consultations pour des SNP ont lieu entre 8 et 10h (14.4% entre 18 et 20h et 4.5% entre midi et deux). - 56% des médecins satisfont l'ensemble des demandes, parmi les autres 70% en prennent au moins la moitié en charge. - 54% ont plus de 6 demandes de SNP par jour (31% entre 3 et 5). - 80% acceptent de nouveaux patients pour des SNP (1-2 par jour 63%). - Les SNP sont pris en charge : sans rendez-vous (25%) lors de créneaux dédiés (49.4%) ou fin de matinée ou de journée (36.9%). - 13% pas de tri des demandes, 48% des médecins font le tri eux même (total >100%). - Les médecins adressent rarement au SAU (87.3%). - 2/3 se font toujours ou en partie remplacer lorsqu'ils partent en congé. <p><u>Perspectives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Coopération avec d'autres professionnels de santé 61% (40.3% mettent en avant des centres de santé) mais dans la pratique ils seraient peu disposés s'organiser sur leur territoire pour prendre en charge des patients qu'ils ne suivent pas habituellement (49%), à faire apparaître leurs disponibilités (2/3) ou à ouvrir des plages supplémentaires dédiées aux SNP(77%). - 2/3 sont défavorables à la téléconsultation pour la gestion des SNP.
<p>(28) État des lieux des soins non programmés sur le territoire Nazairien : enquête auprès des médecins généralistes du secteur et étude auprès des patients du circuit court des urgences du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire Pierre-Simon Tirilly - 2019 -</p>	<p>Loire-Atlantique - Etude prospective observationnelle transversale monocentrique et étude quantitative</p>	<p>57 généralistes du territoire Nazairien, majoritairement participant à la PDSA</p> <p>63.1% : < 45 ans 42% de femmes 74% en groupe 21% en MSP</p> <p>(Et 100 patients du circuit court)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 72% acceptent de recevoir de nouveaux patients pour les SNP. - 40.4% ont un box d'urgence. - 57.9% acceptent de réaliser des VAD pour des SNP. - 77.2% ont des plages dédiées aux SNP. - 16% pouvaient adapter leur planning en plus si besoin. - Les appels entre 12-14h sont pris en charge par 33.3% des médecins, et entre 18 et 20 heures par 21.1% d'entre eux. - Plus de 90% des médecins expriment des difficultés à obtenir une hospitalisation directe (chronophage, pas d'interlocuteur après 18h, difficulté à obtenir le bon interlocuteur). - Il est aussi difficile d'obtenir certains examens complémentaires.

<p>(29) Prise en charge des soins non programmés en médecine générale : Enquête auprès de 445 médecins généralistes en Alsace.</p> <p>Stéphanie Capelle - 2018 -</p>	<p>Alsace - Etude quantitative</p>	<p>445 médecins généralistes libéraux du Haut et du Bas-Rhin, participant à la PDSA</p> <p>35.7% de femmes 61.1% en groupe Zone d'exercice : mixte Secrétariat : 46% sur place</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Créneaux de consultation libres : 73.7% des médecins, 8.5 en moyenne par jour (ces créneaux pourraient être confondus avec des créneaux dédiés aux SNP). - Créneau de forte affluence : lundi matin (81%). - 97.8% des médecins acceptent de recevoir les SNP. - 18.9% des médecins refusent parfois des SNP (les autres n'en refusent jamais), cette proportion est significativement plus importante chez les médecins consultant sur rendez-vous uniquement. - 79.3% des médecins déclarent recevoir 1- 5 demandes de SNP par jour. - 59.3% des médecins déclarent prendre en charge les SNP entre 2 patients (la question ne proposait pas de créneaux dédiés aux SNP). - Si besoin, réorientation vers un confrère (45.2%) ou les urgences (20.2%). - <u>Freins majeurs évoqués</u> : travail à flux tendu 69%, désorganisation des rendez-vous 27.4%. - <u>Les solutions</u> les plus plébiscitées sont l'appui financier (43.3%) et la mise en place d'un centre de SNP (20.4%) (plus de 80% des médecins favorables ne désireraient pas y travailler).
<p>(30) Analyse des perceptions évolutives des médecins généralistes sur la gestion des demandes de soins non programmés de médecine générale au sein du pays Thouarsais</p> <p>Lydie Drean - 2017 -</p>	<p>Pays Thouarsais - Etude qualitative</p>	<p>13 médecins généralistes du Pays Thouarsais</p> <p>46% des médecins ont 55 ans ou plus SR proche de 1 Zone d'exercice : mixte 77% secrétariat sur place</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les médecins font état de 7-8 demandes de SNP en moyenne par jour. - S'il y a des secrétaires, elles trient et planifient les SNP. - Les médecins délivrent entre 3 et 10 conseils téléphoniques par jour en moyenne. Toutes les demandes n'aboutissent pas à une consultation. - Près de la moitié des médecins dédie des créneaux aux SNP. Pour les autres médecins les SNP sont source de désorganisation. - Le regroupement professionnel permet de mieux gérer les SNP. - Certains médecins acceptent de réaliser des VAD non programmées. - La plupart acceptent de nouveaux patients pour des SNP. - Evolution défavorable de la pratique des SNP (désir d'immédiateté des patients, augmentation des appels, augmentation des passages aux urgences). - Les médecins sont globalement satisfaits de leur gestion des SNP sans pour autant pouvoir évaluer leur impact sur leur territoire. - <u>Principales solutions proposées</u> : s'organiser entre eux, un médecin effecteur, qui pourrait être salarié, régulation, éducation des patients, répartition des SNP entre médecins, participation des IDE et des internes, augmentation des médecins ruraux, maintien des SAU.

<p>(31) Gestion des consultations non programmées en cabinet de médecine générale : quels sont les avantages et les inconvénients selon le mode d'exercice ? Etude qualitative menée auprès de 15 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes.</p> <p>Florian Valle - 2017 -</p>	<p>Rhône-Alpes - Etude qualitative</p>	<p>15 médecins de la Région Rhône-Alpes</p> <p>Âge moyen : 51 ans SR proche de 1 53% en groupe 20% en MSP Zone d'exercice : mixte Secrétariat : 87%, sur place 53%</p>	<p>- Gestion des SNP : source de stress, difficile à organiser, encore plus pour les VAD.</p> <p>- Secrétariat physique : élément clé dans la prise en charge des SNP, permet plus d'adaptabilité et de libérer du temps médical, il faut cependant former son secrétariat à la gestion des SNP.</p> <p>- Exercice de groupe (et d'autant plus en MSP) : facilitateur de la prise en charge des SNP, et de la mutualisation des soins, améliorant la qualité de soin et la qualité de vie.</p> <p><u>Propositions d'amélioration :</u></p> <p>- réguler l'accès aux urgences et réadresser les patients non urgents au médecin traitant ;</p> <p>- augmenter la délégation des tâches ;</p> <p>- ouvrir des plages dédiées aux SNP ;</p> <p>- éducation des patients (sur leur parcours de soin, un seul motif par consultation, gestion des SNP) ;</p> <p>- évolution du mode de rémunération (à l'anglaise avec une rémunération fonction de la patientèle gérée en tant que médecin traitant ou à l'américaine avec les nouveaux modes de rémunération).</p>
<p>(32) Eléments décisionnels de la réalisation de visites à domicile non programmées par les médecins généralistes de l'agglomération grenobloise : étude qualitative par entretiens semi-dirigés</p> <p>Aurélie Guillot et Cyrielle Ritter - 2017 -</p>	<p>Grenoble - Etude qualitative</p>	<p>20 médecins généralistes installés dans l'agglomération de Grenoble</p> <p>70% de femmes 75% en groupe Zone d'exercice : urbaine</p>	<p>- Organisation des VAD pour des SNP : les patients appellent au cabinet, l'heure de l'appel influence la réponse, une demande venant du 15 n'est jamais refusée, le tri entre les demandes est difficile, elles sont effectuées sur les créneaux d'urgence, la réponse dépend du patient, en cas d'urgence potentiellement vitale les médecins se déplacent, moins les médecins en acceptent et mieux ils peuvent s'y consacrer, les échanges entre soignants permettent l'adaptation de la prise en charge.</p> <p>- En cas de refus du médecin : report, conseils téléphoniques, sollicitation de l'entourage pour déplacer le patient. En cas d'urgence : 15, SOS médecin, confrères, urgences. Autonomise le patient.</p> <p>- <u>Solutions</u> : organisation en groupe, sectorisation, systèmes de transports professionnels, augmentation des médecins généralistes, revalorisation des cotations.</p>

<p>(33) Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville. Revue de littérature.</p> <p>ORS des Pays de Loire. - 2017 -</p>	<p>France - Revue de la littérature</p>	<p>- Cette revue de la littérature s'intéressant à 5 articles différents avait pour objectif de donner une définition des SNP et d'identifier la fréquence des SNP en médecine générale en France aux horaires d'ouverture des cabinets. La revue conclut sur l'absence de définition consensuelle des SNP et des résultats en termes de fréquence disparates allant de 30 demandes de rendez-vous dans la demi-journée en moyenne par semaine à moins d'un patient par semaine. Elle souligne également le peu de données objectives disponibles.</p> <p>- Le nombre de demandes de SNP semble plus important en zone rurale dans 2 des études analysées.</p> <p>- Dans l'enquête réalisée en Franche-Comté (étude non accessible en ligne dont j'ai pu obtenir quelques résultats à travers cette revue) : les médecins acceptent et refusent en moyenne chaque jour 6.6 et 1.75 demandes de rendez-vous de patient (hors PDSA). 36% des médecins déclarent n'en refuser aucune. 48% réservent des créneaux pour les SNP et 93% rajoutent des consultations pour des SNP en plus sur leur planning.</p>	
<p>(34) Rendez-vous médicaux non honorés, demandes de soins non programmés – Etat des lieux et solutions – Enquête auprès des médecins libéraux d'Île de France</p> <p>URPS médecins libéraux Île-de-France - 2015 -</p>	<p>Île-de-France - Enquête quantitative</p>	<p>2822 médecins libéraux franciliens franciliens (dont 1176 généralistes)</p> <p>45% de femmes 49% 55-64 ans 52% en groupe Secrétariat : 84% (sur place 48%)</p>	<p><u>Concernant les généralistes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 56% répondent à la demande dans les 24h. - 57% reçoivent moins de 5 demandes par jour. - 39% ont des créneaux dédiés aux SNP, 33% ajoutent les demandes en fin de matinée ou d'après-midi et 21% exercent sans rendez-vous (plusieurs réponses possibles) - Lorsque le généraliste ne peut pas répondre à la demande, le patient est orienté vers : des conseils téléphoniques et un rendez-vous ultérieur (52%), un confrère de même spécialité (23%), un centre de régulation (26%) (plusieurs réponses possibles) <p><u>Perspectives les plus citées :</u> éducation des patients (16%) notamment sur la notion d'urgence (14%) et plus de respect envers les médecins (12%), augmentation de la démographie médicale (16%), autres : plus de créneaux pour les urgences, tarif spécifique, secrétariat ou assistantat pour l'organisation des plannings, moins d'administratif...</p>

<p>(35) Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire – Vague d'enquête 4 – 2008</p> <p>ORS et Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire - 2010 -</p>	<p>Pays de la Loire - Enquête quantitative</p>	<p>440 généralistes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 57% des médecins interrogés déclarent avoir réalisé des consultations non programmées lors de la journée de référence dont 35% entre un et cinq. - La part de l'activité que représente les SNP est estimée à 14% en moyenne. - Lors de la journée de référence, 60% des médecins déclarent avoir donné plus de 5 conseils par téléphone (11% plus de 10). - Les médecins plus jeunes accordent une part moins importante de leur activité aux SNP et aux VAD. Concernant les SNP, c'est aussi le cas chez les médecins exerçant en groupe, qui dispensent aussi moins de conseils téléphoniques (pour les deux, la différence est significative).
<p>(36) Les recours urgents ou non programmés en médecine générale en Ile-de-France</p> <p>Corinne Praznoczy-Pépin - 2007 -²</p>	<p>Ile-de-France - Etude quantitative</p>	<p>54 médecins généralistes libéraux, 13 exerçant au sein d'une association d'urgentistes</p> <p>Âge moyen : 49 ans 20% de femmes 88% de libéraux Zone d'exercice : majoritairement urbaine</p> <p>(Et 1022 patients d'Ile-de-France)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les SNP représentent 13% de l'activité totale des médecins généralistes. - 85% de cette activité a lieu aux horaires d'ouverture du cabinet. - 81% des recours ont lieu au cabinet du médecin. - 90% des patients consultent leur médecin habituel. - Un quart des séances ont lieu sur l'avis du médecin après contact préalable avec le patient. - La majorité des recours (83%) ne modifient pas l'organisation de la journée du médecin. 4% des consultations ont nécessité que le médecin interrompe son activité. - Les médecins estiment que le recours était justifié dans 9 cas sur 10. - Une consultation dans les deux semaines suivantes est recommandée pour un quart des patients. - La consultation dure 18 minutes en moyenne (cette durée augmente avec l'âge et la gravité).

² Ces articles concernent à la fois les soins urgents et non programmés qui interviennent aux horaires d'ouverture des cabinets ou en-dehors. J'ai décidé de les inclure tout de même car il s'agit d'études de grande ampleur, qui sont considérées comme des références dans le domaine, et qui apportent des informations complémentaires des précédentes.

<p>(37) Recours urgents ou non programmés en médecine générale dans les Pays de la Loire</p> <p>ORS Pays de la Loire - 2007 -²</p>	<p>Pays de la Loire - Enquête quantitative</p>	<p>66 médecins généralistes installés, 8 faisant partie d'une association d'urgentistes, 1080 séances</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les soins non programmés représentent 14.5% de l'activité des médecins (généralistes en cabinet et en association d'urgentistes). - 80% des recours ont lieu aux horaires d'ouverture des cabinets. - On distingue deux pics d'activité : 11h-12h (12%), 19-20h (10%). - 25% des médecins ont décidé par eux-mêmes de recevoir le patient (ce taux augmente avec l'âge du patient). - 70% des recours ont lieu suite à une prise de rendez-vous préalable. - La consultation dure en moyenne 18 minutes (augmente avec l'âge et la gravité).
<p>(10) Les recours urgents ou non programmés en médecine générale : Premiers résultats</p> <p>Marie Gouyon, Géraldine Labarthe - 2006 -²</p>	<p>France - Enquête quantitative</p>	<p>1304 médecins généralistes installés, 94 médecins faisant partie d'une association d'urgentistes, 17257 séances</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les recours urgents ou non programmés représentent 11% de l'activité des médecins généralistes. - 82% de ces recours ont lieu aux horaires d'ouverture des cabinets (ce qui est plus qu'aux urgences). - On distingue deux pics d'activité dans la journée : entre 10 et 11h (12% de l'activité) et entre 18 et 19h (9% de l'activité). - Le médecin a décidé lui-même de voir le patient dans 25% des cas (ce taux augmente avec l'âge du patient). - 46% des recours font suite à un rendez-vous préalable (diminue avec l'âge). - La consultation dure en moyenne 18 minutes (augmente avec l'âge et la gravité).
<p>(38) Enquête sur les recours urgents ou non programmés à la médecine de ville</p> <p>André Flachs, Elodie Broudin, Pascale Despres - 2006 -²</p>	<p>Basse-Normandie - Enquête quantitative</p>	<p>77 médecins généralistes, 9.1% faisant partie d'une association d'urgentistes et 938 séances</p> <p>18% de femmes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les soins non programmés représentent 5.4% et 5% de l'activité totale des médecins généralistes ruraux et urbains respectivement. - 30% des médecins partent en vacances sans être remplacés. - Les consultations durent 15-16 minutes en moyenne.

DISCUSSION

1. La population des médecins généralistes :

En France en 2021, le Tableau de l'Ordre recense **85.364 médecins généralistes en activité régulière**. On note une **diminution de 9%** des effectifs depuis 2010 et de **0.9%** depuis 2020. Ils sont très **inégalement répartis** sur le territoire (annexe 5). Ces inégalités de répartition sont en grande partie liées à l'attractivité territoriale. La médiane du nombre de médecins par habitants au niveau national est de **123/100.000 habitants**.(7) Les effectifs de médecins généralistes interrogés dans les articles inclus dans cette étude varient de **11 à 3300**. Les thèses et les analyses des ORS ont été conduites à un **niveau local**, allant de l'échelle d'une agglomération à celle d'un ou plusieurs départements. L'étude de la DREES a été effectuée au **niveau national**. Les territoires étudiés sont souvent mixtes à la fois **ruraux, urbains**, semi-urbains et parfois même iliens(22).

La moyenne d'âge des médecins généralistes en activité régulière baisse régulièrement depuis 2015. En 2021, leur âge moyen est de **49.9 ans**(7) (annexe 6). Dans les études où elle peut être estimée la moyenne d'âge est soit proche de 50 ans (19,21,30,31,36) soit inférieure (17,18,20,22–24,28).

La part de femmes médecins généralistes est de 51.5% (cette part diminue avec l'âge). C'est beaucoup plus que pour les autres spécialités médicales.(7) Dans les études incluses où elle peut être calculée, cette part est souvent proche de 50%(17,20,22–24,27,30,31), inférieure (18,19,28,29,34,36) ou rarement supérieure à 50%(32).

Début 2019, **61% des médecins libéraux exercent en groupe** avec d'autres médecins ou des paramédicaux, selon le quatrième Panel d'observation des pratiques(39). Ce taux a augmenté de 7 points depuis 2010. **Parmi les moins de 50 ans, ce n'est pas moins de 81% de médecins qui exercent en groupe**. Les femmes ont aussi plus tendance à exercer en groupe (40). Ce mode d'exercice est surreprésenté dans la plupart des études (17–19,22–25,27,28,32).

Entre 2008 et 2020, 1300 MSP ont été créées en France majoritairement implantées dans des territoires défavorisés notamment dans les **marges rurales**. Les médecins y exerçant sont jeunes, exercent plus fréquemment une activité salariée et ce sont moins souvent des femmes(41,42)(annexe 7). La population de certaines des études n'est composée que de médecins travaillant en MSP(19,20,25).

Par rapport à la population nationale de médecins généralistes on notera donc dans cette revue : une moyenne d'âge parfois plus faible (surtout dans les études récentes), une population féminine parfois moins présente, et un exercice en groupe (voire en MSP) souvent surreprésenté.

2. Evaluation du nombre de demandes :

Le nombre de demandes de SNP en moyenne par jour est évalué à 5 ou moins par la majorité des médecins dans 4 études(21,22,29,34) et il est supérieur dans 3 autres études(27,30,35). Dans la seule revue de la littérature présentée, le nombre de demandes de SNP déclaré est très variable, et peu interprétable(33) mais elle souligne le fait que le nombre de demandes de SNP semblait **plus important en zone rurale**.

En terme de pourcentage de l'activité totale, les chiffres tournent autour de 10% dans l'enquête de la DREES et ses dérivés régionaux(10,36–38) (pour les médecins généralistes et aux horaires d'ouverture des cabinets), elle est de **14%** dans l'étude de 2010 qui concerne les pays de la Loire(35), mais peut être **beaucoup plus importante** et tourner autour de 30% pour certains médecins(17,26).

A titre de comparaison, dans une étude publiée par Doctolib en 2017, les médecins généralistes assurent en moyenne **22 consultations par jour** et **19% de leur activité** est consacrée aux SNP(43).

C'est donc une **part importante de l'activité** des médecins généralistes aux horaires d'ouverture des cabinets. Par ailleurs, **les jeunes médecins** auraient tendance à accorder une part moins importante de leur activité aux SNP. Néanmoins il pourrait s'agir d'un biais de confusion lié au fait que ceux-ci exercent en groupe, ce qui leur permet de **s'organiser pour mieux répartir les patients entre les médecins**(21,35).

3. Accessibilité aux SNP :

A. En général :

Plus de 80% des médecins acceptent de recevoir des SNP (21,25,26,29), quoique la question ne soit pas posée explicitement dans la plupart des études. Il peut exister un biais de sélection.

B. Lors de certaines périodes :

L'accès au SNP en permanence (ensemble des jours ouvrés, horaires hors PDSA) n'est que peu interrogé, et il est donc difficile de se faire un avis sur le sujet(21,25,26). Les généralistes admettent pourtant que l'accès au SNP n'est pas toujours possible à certaines heures : avant 8h30, entre 12-14h et après 18h (23,28).

Les périodes de plus fortes affluences rapportées sont : les périodes d'épidémie (27), le lundi matin (29), entre 10h et 12h et entre 18 et 20h (ou encore entre 8 et 10h) (10,27,37) Ces créneaux doivent donc faire l'objet d'une surveillance particulière d'autant que l'on constate que l'accès au SNP peut y être plus limité. C'est pourtant précisément autour de ces créneaux que devrait se concentrer l'offre de SNP.

Par ailleurs, les médecins ne sont pas toujours remplacés lorsqu'ils partent en congé(27,38).

C. Pour les patients hors patientèle :

Les patients hors patientèle sont acceptés par la plupart des médecins, 60-80 % lorsque ce pourcentage peut être estimé (22,23,27,28,30). Ces patients peuvent être orientés par un centre d'appel(21). La prise en charge de ces patients est importante, car on sait aujourd'hui que près de **10% de la population n'a pas de médecin traitant dont environ 620 000 patients en ALD**(44,45).

D. En visite à domicile :

Dans trois thèses, **tous les médecins interrogés disent accepter de réaliser des VAD** non programmées (18,23,32) (probable biais de sélection). Dans deux autres thèses, le taux de médecins déclarant les accepter est moindre (28,30).

L'organisation de ces VAD est particulière. Elle est décrite dans la thèse des Dr Guillot et Ritter. Le tri de demandes pour des VAD non programmées semble plus difficile que pour des consultations classiques, la réponse donnée dépend du patient, les demandes venant du 15 ou concernant les urgences vitales ne sont jamais refusées. Les médecins soulignent qu'il faudrait en accepter moins pour mieux s'y consacrer(32). C'est une activité chronophage(23).

C'est donc une **catégorie à part** où l'accessibilité au soin semble plus difficile, du fait des contraintes organisationnelles qu'elle suppose.

4. Le processus de tri des demandes de SNP :

Dans les études qui s'intéressent au sujet, **la majorité des médecins ont un secrétariat, très souvent sur place** (17–19,22–24,29–31,34). Ce mode de secrétariat peut aussi être complété par d'autres. La mise en place d'un secrétariat sur place est souvent **plébiscitée** dans les études, et ce d'autant plus depuis la pandémie de coronavirus.

Dans l'enquête de la DREES, **46% des recours pour des SNP** au niveau national et 70% dans les Pays de la Loire **ont lieu suite à une prise de rendez-vous préalable** (ce taux diminue avec l'âge)(10,37). Ils ont donc pu être triés, par un secrétariat par exemple.

La priorisation des SNP peut être effectuée par le couple médecin-secrétaire, par le médecin seul, ou bien celui-ci reçoit toutes les demandes sans priorisation(24).

Cependant lorsque la question est posée c'est bien souvent **au secrétariat qu'incombe la gestion initiale des demandes de SNP** (tri, régulation, planification)(20,23,25,30). Ce rôle est très important compte tenu de ses conséquences sur la prise en charge des SNP. De plus, le fait qu'il soit dévolu au secrétariat peut avoir des implications comme par exemple la nécessité de formation des secrétaires(46,47). Le médecin peut ensuite intervenir en deuxième ligne(10,36,37). Cette organisation est également retrouvée dans d'autres thèses s'intéressant plus spécifiquement au rôle du secrétariat dans le triage des SNP(47,48).

5. L'organisation de la prise en charge :

A. Délai de prise en charge :

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, les SNP concernent des demandes de soins « rapides ». La quasi-totalité des médecins interrogés à ce sujet essaient donc de **recevoir le patient dans la journée** (17,22,23,26,34), d'autant plus si le médecin est le médecin traitant du patient, s'il est âgé, et s'il consulte au moins en partie sans rendez-vous(17,26).

Ce délai de prise en charge semble justifié a posteriori, c'est en tout cas ce que déclarent entre 68% et 90% des médecins(22,36).

B. De la consultation sans rendez-vous aux créneaux dédiés aux SNP :

En termes de prise en charge des SNP, deux organisations bien distinctes s'affrontent : la consultation sans rendez-vous, et les créneaux dédiés aux SNP.

La **consultation sans rendez-vous** reste plutôt minoritaire dans les études présentées ici (20,22,23,26,27,34). De fait, cette pratique concerne surtout les médecins hommes, plus âgés (22,26). Or, les études présentées ici concernent souvent des médecins jeunes, avec un Sex Ratio proche de 1.

Cette pratique pourrait théoriquement permettre la prise en charge de plus de SNP mais pourrait également ralentir la prise en charge des soins programmés (26).

D'un autre côté, les **créneaux réservés aux SNP** semblent **de plus en plus fréquents**, et pourraient tendre à remplacer les consultations sans rendez-vous chez les jeunes médecins exerçant en groupe(23). Il pourrait cependant exister un **biais de sélection** (notamment dans les études qualitatives à faible effectif, qui sont majoritaires dans les études les plus récentes)(17,18,20). Le nombre de créneaux à attribuer pourrait être proche de **5 par jour**(22), ce qui serait concordant avec le nombre de demandes de SNP évoqué plus haut. Il peut de plus varier en fonction des médecins, et des périodes d'affluence, dans le cadre d'une organisation de groupe régulièrement actualisée(18,20).

Et ce n'est pas tout, les médecins peuvent aussi adapter leur planning et prendre en charge les SNP sur leur temps de pause entre 2 patients ou à la fin de leur consultation (18,23,27–29,33,34). Sinon, ils peuvent reporter la consultation ou adresser le patient ailleurs(23). Ces variations dans les réponses apportées par les médecins aux demandes de SNP permettent de s'adapter à leurs besoins et à ceux de leurs patients, sur leur territoire.

C. Une salle dédiée aux SNP ou aux urgences :

Celle-ci est **parfois retrouvée dans les cabinets des médecins généralistes**(19,25,28). Elle ne semble cependant **ni nécessaire, ni suffisante** à la prise en charge des SNP. Elle pourrait en revanche la favoriser.

6. La mission du médecin généraliste :

La gestion des SNP fait partie de **l'activité habituelle** du médecin généraliste et de son **rôle** (17,18,20,23). Comme le détaille la thèse des Dr Labory, Patin, et Véron, **les médecins sont très investis dans leur rôle de gestion des SNP**. Ils se donnent pour mission de **limiter les passages aux urgences** et d'orienter au mieux les patients. Ils évoquent la **plus-value de la fonction de médecin traitant** comme aide à la priorisation des SNP et le rôle de **l'éducation des patients** (sur la prise de rendez-vous en fonction du degré d'urgence, la gestion des urgences ressenties ou encore le fait de joindre son médecin avant d'aller aux urgences)(24).

Cela rejoint **le rôle de gestion des SNP du généraliste** mis en évidence dans l'introduction.

7. Impact de la gestion des SNP sur le médecin généraliste :

L'impact des SNP sur le médecin est difficile à évaluer. Il ne faut cependant pas le minimiser :

- La gestion des SNP peut être **source de stress et de difficulté d'organisation**, surtout pour les VAD(17,23,24,31) ou pour les médecins qui ne disposent pas de créneaux dédiés aux SNP (17,30) ;
- Interrogés sur la possibilité d'un **impact sur leur planning ou leur vie privée**(20), les médecins la déclarent respectivement dans **96%** et **86%** des cas(22) ;
- **La consultation pour une demande de SNP est plus longue** dans les études les plus anciennes : 18 minutes en moyenne contre 15-16 minutes habituellement à cette période(10,36-38), mais pas dans l'étude plus récente de Chaput et al. (26). Cette tendance pourrait donc s'inverser ces dernières années ;
- Dans l'enquête de la DREES en Ile-de France, lorsqu'on s'intéresse à la **modification de l'organisation de la journée du généraliste** on la retrouve pour **13%** des recours. 4% ont nécessité que le médecin interrompe son activité(36).

Malgré cet impact sur leur vie privée ou professionnelle, les médecins sont globalement satisfaits de leur gestion des SNP. Ils pourraient manquer de recul pour évaluer l'impact de celle-ci sur leur territoire(30).

8. Les facteurs favorisant la prise en charge des SNP :

Plusieurs facteurs sont décrits comme bénéfiques à la prise en charge des SNP (ils sont également cités dans les solutions potentielles, ce qui est concordant) :

- **Le regroupement des médecins**, et surtout au sein d'une MSP (17,30,31);
- **Le secrétariat**, notamment sur place (25,31);
- **Les créneaux dédiés à la prise en charge des SNP** sont aussi cités(25), ainsi que l'accueil d'**internes**(23).

9. Le refus de SNP et la définition d'indicateurs :

Les médecins semblent **vouloir refuser le moins de demande de SNP possible**(17,18,26,27,29,33). Ces refus seraient peut-être plus faciles en ville, avec une possibilité accrue de rediriger les patients(20). Ils peuvent présenter une occasion **d'autonomiser les patients**(32).

En cas de nécessité de refus, les médecins déclarent surtout réorienter vers un **confrère** (45.2-53%), les **urgences ou un centre de régulation** (20.2%-27% surtout si les médecins exercent seuls ou dans une zone de faible densité médicale)(26,29,34).

Ils peuvent également délivrer des **conseils téléphoniques** (entre 3 et 10 par jour)(30,35). Il apparaît que toutes les demandes ne débouchent pas sur une consultation et **qu'une partie non négligeable des demandes de soins non programmées se gèrent par téléphone**(34), ce qui nécessiterait d'être considéré dans plus d'études.

Le nombre de refus de demandes de SNP pourrait faire partie d'une **liste d'indicateurs** à utiliser pour évaluer l'efficacité d'une gestion donnée des SNP. Parmi les autres indicateurs proposés par le Dr Liard on trouve : un nombre moindre de courriers reçus des SAU pour des motifs relevant de la médecine générale ou encore le taux d'utilisation des créneaux dédiés aux SNP(18). Il serait intéressant de pouvoir évaluer la pertinence de ces indicateurs dans de futures études.

10. Les freins à la prise en charge des SNP :

Le frein à la prise en charge des soins non programmés le plus cité (dans les 3 études qui s'intéressent à ce sujet) est le **temps**. Ceci comprend : le manque de temps médical, le travail à flux tendu, la désorganisation des rendez-vous, la peur d'être en retard ou encore leur aspect chronophage en particulier pour certains actes, surtout en VAD(18–20,25,29). Il semble donc être le frein le plus important, sur lequel il paraît pourtant difficile d'agir.

Mais ce manque de temps pourrait aller de pair avec d'autres freins identifiés dans la thèse de Fabien Rodrigues qui **pouvaient contribuer à faire perdre du temps médical au médecin** : le travail seul, le manque de coordination entre médecins, l'absence de secrétariat sur place et d'interne(19). Et il est de plus possible d'agir sur ces facteurs-là.

C'est un fait bien connu que le temps des généralistes est précieux, mais qu'il est en partie gâché par **du temps « non médical »**. Ce temps-là pourrait être en partie soulagé par l'usage d'un secrétariat, ou d'un assistant médical par exemple(49–51).

Deux autres freins sont ensuite cités dans 2 des 3 études précédentes :

- **Le faible nombre de créneaux dédiés aux SNP** (ou leur absence) (19,25);
- Et le **désir d'immédiateté des patients**(19,25) : d'après une enquête réalisée par la DREES en 2002, pour 10.000 patients consultant aux urgences **seul un quart des patients qui ont un médecin traitant ont tenté de le joindre**(52).

Les difficultés qu'expriment la plupart des médecins pour **l'obtention d'une hospitalisation directe, d'un avis spécialisé, ou d'un examen complémentaire** pourraient aussi faire partie de cette liste. Ces prises en charge seraient plus longues que la moyenne(17,18,28).

11. Des solutions pour améliorer la prise en charge des SNP :

Nous ne tiendrons compte ici que des plus citées :

- **La gestion collective des SNP, à l'échelle territoriale**(18,24,27) : le regroupement des médecins(19), l'organisation entre les différents généralistes d'un même territoire(20,23,30,32), une meilleure coordination avec l'hôpital et les plateaux techniques(18,19,23), l'accueil d'internes(19,30), la participation des infirmiers(19,20,30) et la délégation des tâches(31). Il semble logique qu'en étant plus nombreux et en s'organisant on puisse mieux répondre à la demande de SNP. Dans les études les plus récentes, il est aussi fait mention des **CPTS**, qu'elles soient déjà en projet où qu'elles apparaissent simplement comme une solution potentielle, elles pourraient avoir toute leur importance dans la gestion des SNP(18–21,24) ;
- **L'éducation des patients** grâce à des programmes d'éducation sur les symptômes ressentis comme urgents et le parcours de soins(18–20,22,23,30,31,34). C'est un élément important, qui revient souvent dans les études, même en dehors de la partie consacrées aux solutions pour améliorer la prise en charge des SNP ;
- **Les aides financières** avec par exemple des évolutions du mode de rémunération ou avec une simplification et/ou revalorisation des cotations(19,20,22,29,31,32,34) ;
- **Les plages horaires dédiées aux SNP**(19,22,31,34) ;
- **Des modes de gestion alternatifs** : l'extension des horaires des MMG, la mise en place d'un centre de SNP(19,20,31). Cela rejoint le projet de loi adopté en deuxième lecture à l'Assemblée Nationale en 2021 qui vise à créer des **Points d'Accueil pour Soins Immédiats (PASI)**(53);
- **Le secrétariat** : avoir un secrétariat sur place(19) et améliorer la formation au triage des secrétaires(18,22,23). En raison du rôle prépondérant du secrétariat dans la gestion des SNP, et même si ce n'est pas la solution la plus citée, elle occupe une place d'importance ;
- **Les urgences** : en réguler l'accès, réadresser les patients non urgents au médecin traitant(31), et maintenir les services des urgences existants(30) ;
- **La démographie médicale** : augmenter les effectifs de médecins généralistes(32,34), notamment en zone rurale(30).

Ces solutions font écho aux recommandations proposées par Thomas Mesnier dans son rapport de 2019 sur les soins non programmés. Sur les 19 recommandations proposées, 9 sont reprises dans ces études(5). En revanche, il est étonnant que la **régulation des soins non programmés**(18,20,30) (surtout) et les modifications dans l'organisation des **transports sanitaires**(32) (dans une moindre mesure), qui font pourtant partie des recommandations, soient si peu citées. La régulation est évoquée surtout dans les études récentes où sont aussi citées les CPTS. De même, les **assistants médicaux**(17,18,34) d'apparition récente ne sont que peu mentionnés.

12. Les changements apportés par la pandémie de COVID-19

L'impact de la pandémie sur la prise en charge des SNP est encore **peu étudié** à ce jour. Au travers de quelques études récentes, on peut tout de même voir se dessiner certaines tendances (17,18,20):

- Augmentation de l'exercice **sur rendez-vous** et avec des **plages dédiées aux SNP**. Cette pratique à plusieurs corollaires : le motif de consultation est plus souvent demandé, les SNP infectieux peuvent être regroupés dans le cadre d'un circuit spécifique, les demandes sont plus souvent triées, et cela peut être l'occasion d'éduquer sa patientèle ;
- Mise en place d'un **secrétariat** sur place ou à distance ou cumul de plusieurs types de secrétariats ;
- Augmentation de l'utilisation des **téléconsultations** : mais dont l'usage paraît plutôt limité pour les SNP en dehors des suivis des personnes contaminées par le coronavirus (ce qui était déjà mis en évidence dans une autre étude qui n'est pas axée sur le sujet(27));
- Mise en valeur de l'utilité des internes et des **assistants médicaux** dans ce domaine ;
- **Agrandissement des structures et centralisation** des médecins et des paramédicaux : meilleure gestion des soins dont les SNP ;
- **Echanges favorisés** entre médicaux et paramédicaux : permettant un accès facilité aux SNP.

Ces points étaient déjà en partie retrouvés dans les solutions pouvant améliorer la prise en charge des SNP. La pandémie de coronavirus n'aurait alors fait qu'accélérer des changements déjà en cours ou à venir.

13. Forces et faiblesses de l'étude :

A. Concernant sa méthode :

Cette recherche consiste en une revue narrative de la littérature par un seul auteur. Il s'agit d'une **analyse subjective** de son auteur dont c'est le **premier travail de revue narrative de la littérature**, ce qui peut conduire à un **biais d'interprétation**.

Le niveau de preuve des articles inclus est faible (grade C) sur la grille de l'ANAES, de même que la puissance de l'étude.

Cette revue a été effectuée avec rigueur. Toutefois, ce travail n'a pas pour volonté de se substituer à une véritable revue systématique de la littérature. Le fait d'avoir choisi une revue narrative est concordant dans un contexte de **problématique complexe** où l'on cherche à développer de nouvelles approches conceptuelles ou à clarifier un sujet.(54)

La principale force de ce travail réside dans son **originalité**. En effet, seule une autre revue de la littérature était retrouvée sur le même thème.

On trouve à l'origine de ce travail une volonté de compiler les données récentes existantes sur le sujet afin peut-être de pouvoir servir de source de comparaison dans le domaine pour de futures études.

B. Concernant son sujet :

Les SNP sont un sujet d'**actualité** depuis quelques années, avec la crise des SAU(55), puis celle de la pandémie. Nombreux sont les intervenants à s'être emparés du sujet : que ce soit les médias, les politiques, la population...

Cependant il semblerait que la prise en charge des SNP soit avant tout une affaire de médecins, et même de **médecins généralistes**.

« Le volume des soins non programmés est mal connu en France. Si le nombre de passage aux urgences est bien connu et souvent évoqué (21,2 millions en 2016, avec +15% en 4 ans), le nombre d'actes non programmés faits en médecine de ville n'est pas mesuré. [...] Ainsi est-il important de souligner que les soins non programmés sont réalisés majoritairement par les acteurs de ville. »

- Boisnault P., président de la Société Française de Médecine Générale, 2019(4).

Ainsi, avec ce travail l'auteur a essayé de se concentrer sur le **point de vue des médecins généralistes**. Le corollaire de ce point de vue très centré est qu'il exclut forcément les études qui s'intéresseraient plutôt aux patients, ou aux SAU.

Ce domaine reste malgré tout encore **peu étudié**. De plus, on constate qu'une majorité d'études sur le sujet sont des études qualitatives, réalisées à une échelle locale. Cette échelle en particulier pourrait être intéressante, puisque la gestion des SNP doit s'adapter à un territoire donné.

14. Ouverture :

A. De l'exercice isolé à la territorialisation de l'offre de soins :

Avec le temps l'**offre de soins évolue**. Cette évolution a lieu dans un contexte de diminution du nombre de médecins généralistes en activité régulière, d'augmentation de la population accompagnée également d'un vieillissement de celle-ci(56), et de l'augmentation du nombre de déclaration d'Affections de Longue Durée (ALD)(57). Ceci impacte directement la prise en charge des SNP.

Les médecins exerçaient d'abord **seuls**, dans des cabinets isolés. Ils se sont ensuite regroupés pour **exercer à plusieurs**.

Les **MSP** ont ensuite fait leur apparition avec la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007(58). Ces structures permettent le rassemblement de professionnels de santé médicaux et paramédicaux par le biais d'un projet de santé. Grâce à la signature d'un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) des rémunérations spécifiques sont accessibles sur certains critères. Leur nombre n'a cessé d'augmenter ces 10 dernières années(41).

Les **centres de santé**, eux, sont des structures anciennes ayant succédé aux dispensaires. Leurs missions ont été actualisées en 2003 suite à l'accord national des centres de santé(59). Ce sont des structures où les professionnels aussi bien médicaux que paramédicaux peuvent se réunir et accéder à des financements spécifiques avec pour objectif principal de réduire les inégalités de santé.

Ces deux types de structures ont permis non seulement un regroupement, mais aussi une coordination des soins centrée sur le patient pour les MSP, ou une population pour les centres de santé.

La loi de modernisation de notre système de santé introduit ensuite les **CPTS**(60) qui ont cette fois pour but d'améliorer l'accès au soin primaire en permettant la coopération des différents professionnels de santé d'un territoire. Parmi les missions sociales des CPTS on retrouve la prise en charge des SNP.

La gestion des SNP s'effectue ainsi petit à petit, non plus à l'échelle d'un individu, mais à celle d'un territoire. Ceci devrait permettre d'abord une mise en commun des moyens, et aussi une harmonisation des pratiques, afin d'en améliorer la gestion.

B. Une réflexion sur la régulation, d'une vision binaire à une approche plus globale :

Historiquement, le rôle de régulation dans le cadre de l'aide médicale urgente était dévolu au **centre de régulation du 15**. Cette régulation a lieu 24h/24 et dépend des SAMU hospitaliers.

Cependant, **les demandes de SNP sont aussi triées directement au cabinet des médecins**, par le biais des secrétariats ou par les médecins eux-mêmes, ce qui peut s'apparenter à de la régulation. Elle concerne majoritairement des soins qui ne sont pas en lien avec une urgence vitale et parmi lesquels on retrouve les soins non programmés.

On peut donc considérer que jusque-là la régulation était scindée en deux parties bien distinctes. Des modifications majeures sont pourtant en cours, qui pourraient bien changer ce paradigme.

La création des **CPTS** va avoir un impact non négligeable sur la régulation des SNP. En effet ces structures pourront avoir pour rôle la régulation de ceux-ci sur un territoire donné. Celle-ci pourra par exemple passer par la création d'un service spécifique : le **Service d'accès aux soins (SAS)**, créé dans le cadre du pacte de refondation des urgences en 2019(61). Ce service, déjà expérimenté dans plusieurs départements, met en jeu les professionnels du secteur pour réguler 24h/24 et 7j/7 les demandes de SNP d'un territoire. Il permettrait ainsi d'améliorer l'accès aux consultations de médecine générale, même pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant. Ceci pose pourtant quelques problèmes, par exemple celui de la démographie médicale, déjà faible, qui devra en plus assumer un rôle de régulation(62). Ainsi, il pourrait être intéressant dans chaque territoire de répertorier les pratiques des différents médecins pour orienter au mieux les patients(18).

C. L'évolution de la gestion des SNP, un témoin de l'évolution de la médecine générale :

Tout au long de ce travail, et au travers des SNP, nous avons pu constater d'une évolution qui s'opère petit à petit dans le monde médical.

Les médecins généralistes semblent aspirer à travailler plutôt sur rendez-vous(63,64) avec des créneaux dédiés aux soins non programmés, et peut-être sur des amplitudes horaires moindres. Ils se regroupent(40), voire intègrent des MSP, des centres de santé ou s'investissent dans des CPTS. L'usage d'un secrétariat pourrait également se généraliser.

Cette évolution ne semble pas spécifique aux SNP, mais il apparaît intéressant de l'étudier comme témoin d'une évolution plus globale de la profession.

CONCLUSION

La prise en charge des soins non programmés en médecine générale est actuellement une **problématique majeure** de notre système de santé. Outre l'impact qu'elle peut avoir sur **l'engorgement des services des urgences**, c'est avant tout un **élément essentiel** de la prise en charge de nos patients. Elle fait partie des missions inhérentes au rôle de médecin généraliste.

Plus de 80% des généralistes répondent à la demande de soins non programmés. Le médecin reçoit environ 5 demandes de SNP par jour. Certains mettent à disposition des créneaux dédiés à la prise en charge des SNP. **L'organisation de celle-ci est variable et adaptable d'un médecin à l'autre et d'un territoire à un autre.** Cette revue a mis en évidence **l'implication des médecins généralistes dans la gestion des SNP.** Les généralistes manquent cependant de temps pour pouvoir se consacrer à cette prise en charge. L'organisation collective entre médecins ou l'éducation des patients pourraient constituer des pistes pour l'améliorer.

Malheureusement, la gestion des soins non programmée en médecine générale reste encore assez **peu étudiée.** A l'avenir, il pourrait aussi être intéressant de parvenir à **évaluer l'impact que peut avoir une gestion donnée des SNP par le généraliste** en usant de certains indicateurs.

Ce travail a mis en évidence une **réelle évolution** dans la prise en charge des SNP. Cette évolution semble s'être accélérée avec l'arrivée de la pandémie de COVID-19. Elle concerne surtout une territorialisation de l'offre de soin et la régulation des SNP qui pourrait bien être dévolue à un service spécifique au sein des CPTS. Elle semble par ailleurs ne pas concerner que la prise en charge des SNP mais témoigner plutôt d'une évolution plus globale de la profession de médecin généraliste.

Vu

Toulouse le 10/02/2022


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTNÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 14/02/2022

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



BIBLIOGRAPHIE

1. Rolland-Marmier I. Permanence des soins ambulatoires en milieu rural en Haute-Garonne. Exemple du bassin du Comminges : état des lieux, enjeux et perspectives [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/534/>
2. Estevez R. Comment améliorer l'accès aux soins dans un désert médical ? Etude basée sur l'investigation menée par l'ARS dans le bassin du Comminges (Midi-Pyrénées) [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 26 janv 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2061/>
3. Hassairi A. Le médecin généraliste Limousin face à l'urgence [Thèse d'exercice]. [Limoges]: Université de Limoges; 1998.
4. Boisnault P. Soins non programmés : il y a urgence ! [Internet]. Société Française de Médecine Générale. 2019 [cité 8 août 2021]. Disponible sur: http://www.sfm.org/actualites/editorial/soins_non_programmes_il_y_a_urgence.html
5. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. 2018 mai p. 1-84. Report No.: Mission IGAS M 2017-177 du 21 décembre 2017. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>
6. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Bilan démographique 2021. INSEE PREMIERE [Internet]. 18 janv 2022 [cité 2 août 2021];(1889). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136>
7. Bouet P, Gérard-Varet J-F. Situation au 1° janvier 2021- Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
8. Cour des comptes. Rapport public annuel [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
9. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Etudes et résultats [Internet]. juill 2014;(889). Disponible sur: https://www.robertholcman.net/public/documents_institutionnels/etudes_et_resultats/drees_2014_etudes_resultats_889_urgences_moitie_patients_moins_deux_heures.pdf
10. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. Etudes et résultats. 2006;(471).
11. Collet M, Gouyon M. Génèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Etudes et résultats [Internet]. 2007;(607). Disponible sur: <https://bdsp->

ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Ministere/Drees/EtudesResultats/2007/607/er607.pdf

12. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. OECD Health Working Papers. 2015;(83).
13. CNGE. Présentation du DES [Internet]. Collège National des Généralistes Enseignants. 2020 [cité 7 juill 2021]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
14. WONCA. La définition européenne de la Médecine Générale - Médecine de famille [Internet]. 2002. Disponible sur: <https://www.woncaeuropa.org/file/afaa93f5-dc46-4b0e-8546-71ebf368f41c/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
15. Evidence Based Medecine [Internet]. University Library - University of Illinois Chicago. [cité 20 juin 2021]. Disponible sur: <https://researchguides.uic.edu/c.php?g=252338&p=3954402>
16. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. 2000.
17. Kolbe VP. Comment les médecins généralistes répondent-ils à la demande de soins non programmés suite à une année de pandémie à COVID-19 [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2021. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_KOLBE_Victor.pdf
18. Liard M. Ressenti des médecins généralistes installés sur le territoire de Combourg sur leur offre de soins non programmés et perspectives d'évolution concernant cette offre. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Rennes]: Université de Rennes 1; 2021. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/580ea259-c611-4500-abf2-d371a13e4c27?inline>
19. Rodrigues F. Enquête sur les freins et les solutions à la prise en charge d'urgences relatives par le médecin généraliste organisé en Maison de Santé Pluridisciplinaire, sur le département des Landes. [Médecine humaine et pathologie]. Université de Bordeaux; 2021.
20. Beaurepaire E. Ressenti des médecins généralistes sur leur participation aux soins non programmés : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes exerçant dans des MSP de Seine-Maritime [Thèse d'exercice]. Université de Rouen Normandie; 2021.
21. Frisch E. L'organisation des médecins généralistes de premier recours de la Métropole du Grand-Nancy pour assurer la continuité des soins et la prise en charge des soins non programmés hors permanence des soins ambulatoires : Étude quantitative transversale menée auprès de 182 médecins généralistes du territoire [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2020.
22. Quilleré C. Gestion des soins non programmés par les cabinets de médecine générale du secteur de Lorient [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2020 [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/e975e5e9-03da-4e4d-95a6-07c24991ba02>

23. Zamord TEA. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud-Gironde [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2020 [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02958965>
24. Labory L, Patin P, Veron K. Place du médecin dans la priorisation des demandes de soins urgents et/ou non programmés en médecine générale ambulatoire [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2020 [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/15008397/2020MCEM11671/fichier/11671F.pdf>
25. Berthe A. Organisation des consultations de médecine générale non programmées en dehors des horaires de la permanence des soins ambulatoires dans les maisons de santé pluriprofessionnelles de la région Hauts-de-France [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille; 2020 [cité 9 août 2021]. Disponible sur: https://pepitem-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM158.pdf
26. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P, et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. Etudes et résultats [Internet]. 2020;(1138). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>
27. URPS médecins libéraux Île-de-France. Enquête sur les soins non programmés auprès des médecins généralistes libéraux exerçant en Île-de-France [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2020/01/Enqu%C3%AAtte-MG-SNP-ARS-URPS-2020.pdf>
28. Tirilly P-S. État des lieux des soins non programmés sur le territoire Nazairien: enquête auprès des médecins généralistes du secteur et étude auprès des patients du circuit court des urgences du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2019.
29. Capelle S. Prise en charge des soins non programmés en médecine générale: enquête auprès de 445 médecins généralistes en Alsace [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg; 2018 [cité 9 août 2021]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2018/2018_CAPELLE_Stephanie.pdf
30. Drean L. Analyse des perceptions évolutives des médecins généralistes sur la gestion des demandes de soins non programmés de médecine générale au sein du pays Thouarsais [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2017 [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/4a10b7a6-87b0-4986-9791-c12e10ab157d>
31. Valle F. Gestion des consultations non programmées en cabinet de médecine générale: quels avantages et inconvénients selon le mode d'exercice ? [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2017.
32. Guillot A, Ritter C. Éléments décisionnels de la réalisation de visites à domicile non programmées par les médecins généralistes de l'agglomération grenobloise: étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2017 [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01617125/document>

33. Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire. Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux horaires d'ouverture des cabinets de ville [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/frequence-des-soins-non-programmes-en-medecine-generale-en-france-aux-heures>
34. URPS médecins libéraux Île-de-France. Rendez-vous médicaux non honorés, demandes de soins non programmés – Etat des lieux et solutions – Enquête auprès des médecins libéraux d'Île de France [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/16197.pdf>
35. ORS et Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) des Pays de la Loire. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire – Vague d'enquête 4 – 2008 [Internet]. 2010. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2010_PDF/2010_p1v4_mg_vie_prof_vecu_travail_etat_sante.pdf
36. Praznocy-Pepin C. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale en Ile-de-France. [Internet]. Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France; 2007. Disponible sur: <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/les-recours-urgents-ou-non-programmes-en-medecine-generale-en-ile-de-france/>
37. Observatoire Régional de la Santé des Pays de Loire. Recours urgents ou non programmés en médecine générale dans les Pays de la Loire. [Internet]. Ministère des Affaires Sociales du Travail et de la Solidarité. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.); 2007. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/recours-urgents-ou-non-programmes-en-medecine-generale-dans-les-pays-de-la-loire>
38. Flachs A, Broudin E, Despres P. Enquête sur les recours urgents ou non programmés à la médecine de ville. LA LETTRE DE L'ORS de Basse-Normandie. 2006;(10):16-8.
39. DREES. Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale [Internet]. DREES. 2020 [cité 3 août 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/00-le-panel-dobservation-des-pratiques-et-des-conditions-dexercice-en#toc-publications>
40. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Ventelou B, Zaytseva A. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. Etudes et résultats [Internet]. 2019;(1114). Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/media/37796/download>
41. Chevillard G, Mousquès J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? Questions d'économie de la Santé [Internet]. 2020;(247). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-zones-sous-dotees-en-offre-de-soins.pdf>
42. Médecins en maisons de santé pluriprofessionnelle : des revenus en hausse et des effets prometteurs pour l'accès aux soins - Communiqué de presse [Internet]. DREES. 2021 [cité 24 août 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-en-maisons-de-sante-pluriprofessionnelle-des-revenus-en-hausse-et-des>

43. Doctolib. « Comment travaillent les médecins généralistes ? » Une étude de Doctolib sur l'activité des médecins généralistes [Internet]. 2017. Disponible sur: https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429_Synth%C3%A8se-Etude_MG.pdf
44. Battistoni J. Editorial - MG France [Internet]. MG France. 2021 [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/medge/323-n-5/2973-editorial>
45. Frappin A. 620 000 patients en affection longue durée sans médecin traitant (Cnam) [Internet]. Le Généraliste. 2021 [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/politique-de-sante/620-000-patients-en-affection-longue-duree-sans-medecin-traitant-cnam>
46. Huntzinger C. Étude des difficultés ressenties par les secrétaires médicales dans le processus de tri des motifs urgents de consultation chez l'adulte en cabinet de médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Caen - Normandie; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03181644/document>
47. Thiberville M. Le triage par les secrétaires médicales des demandes de soins urgents ou non programmés en médecine générale de ville [Internet] [Thèse d'exercice]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/768391/filename/Thiberville_MATHILDE.pdf
48. Raffi T-K-T, Ung C. Comment les secrétaires médicales trient-elles les demandes de soins non programmés [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1339/1/2016TOU31040-1041.pdf>
49. Martos S. L'agenda des généralistes plombé par les tâches non médicales [Internet]. Le Quotidien du Médecin. 2018 [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/lagenda-des-generalistes-plombe-par-les-taches-non-medicales>
50. Cristofari J-J. Nos astuces pour alléger la gestion administrative de votre cabinet [Internet]. MACSF.fr. 2019 [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/exercice-liberal/Exercer-au-quotidien/Gestion-administrative-cabinet>
51. Rakotoarivonina S. Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral; étude observationnelle sur 674 consultations de médecins généralistes des Alpes-Maritimes [Internet]. Université de Nice Sophia Antipolis; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01490528/document>
52. Baudeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoire de recours aux urgences hospitalières. Etudes et résultats [Internet]. 2003;(215). Disponible sur: <https://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/er215.pdf>
53. Isaac-Sibille C. Proposition de loi visant à répondre à la demande des patients par la création de Points d'accueil pour soins immédiats [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/alt/points_accueil_soins_immediats

54. Direction de la valorisation scientifique et qualité. Les revues narratives : fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2780_revues_narratives_fondements_scientifiques_0.pdf
55. Dulieu L. L'histoire des urgences pour en comprendre la crise [Internet]. France Culture. 2019 [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/societe/lhistoire-des-urgences-pour-en-comprendre-la-crise#:~:text=Cr%C3%A9%C3%A9es%20telles%20qu'on%20les,moyens%20du%20syst%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9.&text=Depuis%20pr%C3%A8s%20de%20six%20mois,chiffres%20du%20collectif%20Inter%20Urgences.>
56. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Tableaux de l'économie française Édition 2020 [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). 2020 [cité 7 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
57. DREES. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée. Etudes et résultats [Internet]. sept 2018;(1077). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1077.pdf>
58. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (1). 2007-1786 déc 19, 2007.
59. Journal Officiel. Accord national des centres de santé. JORF n° 93, 19 avril 2003, texte n° 135 : 7080.
60. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Loi de modernisation de notre système de santé - Dossier de presse. 2016.
61. Ministère des solidarités et de la santé. Pacte de refondation des urgences [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>
62. Talbot R. Les propositions de la CNAM pour les soins non-programmés ne sont pas à la hauteur. [Internet]. Fédération des Médecins de France. 2020 [cité 3 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/les-propositions-de-la-cnam-pour-les-soins-non-programmes-ne-sont-pas-a-la.html>
63. Bahut K, Abadie S. Consultations avec ou sans rendez-vous : comprendre le choix des médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2757/1/2019TOU31108-1109.pdf>
64. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>

TABLE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion ;

Tableau 2 : Les différentes équations de recherche utilisées ;

Tableau 3 : Résultat de l'interrogation des bases de données ;

Figure 1 : Diagramme de flux de la sélection des articles suite à l'interrogation des différentes bases de données.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire sur la gestion des soins non programmés à destination des médecins généralistes du Comminges

Partie 1 : Vous et votre pratique

1. Vous êtes :

- 1.1. Un homme
- 1.2. Une femme

2. Quel âge avez-vous ?

3. Depuis combien d'années exercez-vous la médecine dans le Comminges ?

- 3.1. Moins de 10 ans
- 3.2. 10-20 ans
- 3.3. Plus de 20 ans

4. Dans quel canton êtes-vous installé ?

- 4.1. L'isle-en-Dodon
- 4.2. Boulogne-sur-Gesse
- 4.3. Aurignac
- 4.4. Montréjeau
- 4.5. Saint-Gaudens
- 4.6. Saint-Martory
- 4.7. Salies-du-Salat
- 4.8. Aspet
- 4.9. Barbazan
- 4.10. Saint-Béat
- 4.11. Bagnères-de-Luchon

5. Vous exercez :

- 5.1. Seul
- 5.2. En association dans un cabinet de groupe
- 5.3. En association dans une MSP
- 5.4. En tant que salarié dans un centre de santé
- 5.5. Autre : (préciser)

6. Recevez-vous des internes :

- 6.1. Oui
- 6.2. Non

7. Vous consultez :

- 7.1. Sur rendez-vous uniquement
- 7.2. Sans rendez-vous uniquement
- 7.3. Avec ou sans rendez-vous

8. De quel type de secrétariat disposez-vous ? (en cas de gestion de secrétariat mixte, par exemple sur place et en ligne, cocher autre et préciser)

8.1. Secrétariat sur place

8.2. Plateforme téléphonique

8.3. Service de prise de rendez-vous en ligne

8.4. Vous assurez vous-même le secrétariat

8.5. Autre : (préciser).....

9. Acceptez-vous de réaliser des visites à domicile ?

9.1. Oui

9.2. Non

10. Acceptez-vous de recevoir des patients pour des soins non programmés ?

10.1. Oui

10.2. Non

Partie 2 : Les soins non programmés

11. Qui prend la décision de recevoir ou non un patient pour une demande de soin non programmé ?

11.1. Vous

11.2. Votre secrétariat après avis médical

11.3. Votre secrétariat

11.4. Votre assistant médical

11.5. Autre : (préciser).....

12. Combien de demandes pour des soins non programmés recevez-vous en moyenne chaque jour ?

12.1. Moins de 3

12.2. Entre 3 et 5

12.3. Entre 6 et 10

12.4. Plus de 10

13. Avez-vous la sensation de parvenir à répondre à l'ensemble de ces demandes ?

13.1. Oui tout à fait

13.2. Plutôt oui

13.3. Plutôt non

13.4. Non, pas du tout

14. Avez-vous la sensation que vous et/ou votre secrétariat vous parvenez à faire le tri entre les demandes qui doivent être prises en charge le jour même et celles qui peuvent attendre ?

14.1. Oui, tout à fait

14.2. Plutôt oui

14.3. Plutôt non

14.4. Non, pas du tout

15. Avez-vous la sensation que la gestion des soins non programmés désorganise votre activité de tous les jours ?

- 15.1. Oui, tout à fait
- 15.2. Plutôt oui
- 15.3. Plutôt non
- 15.4. Non, pas du tout

16. Pour 10 demandes de soins non programmés, combien environ vous paraissent justifiées ?.....

17. Précisez la période où la demande de soin non programmé est la plus forte :

- 17.1. Lundi matin
- 17.2. Lundi après-midi
- 17.3. Mardi matin
- 17.4. Mardi après-midi
- 17.5. Mercredi matin
- 17.6. Mercredi après-midi
- 17.7. Jeudi matin
- 17.8. Jeudi après-midi
- 17.9. Vendredi matin
- 17.10. Vendredi après-midi
- 17.11. Samedi matin

18. Dans quel délai parvenez-vous le plus souvent à recevoir les patients pour une demande de soin non programmé ?

- 18.1. Le jour-même
- 18.2. Le lendemain
- 18.3. Au-delà de 2 jours

19. Quand recevez-vous les patients pour une demande de soin non programmé ?
(plusieurs réponses possibles)

- 19.1. Lors de demies-journées que vous réservez à la prise en charge des soins non programmés
- 19.2. Lors de créneaux spécifiques aux soins non programmés répartis dans la journée
- 19.3. Entre deux consultations programmées
- 19.4. A la fin de vos plages de consultation
- 19.5. Vous leur donnez un rendez-vous rapide (adapté au degré d'urgence)
- 19.6. Autre : (préciser).....

20. **Si vous réservez des créneaux spécifiques sur votre planning pour répondre aux demandes de soins non programmés, de combien de ces créneaux disposez-vous par jour ?**
- 20.1. Moins de 3
 - 20.2. Entre 3 et 5
 - 20.3. Entre 6 et 10
 - 20.4. Plus de 10
 - 20.5. Non concerné
21. **Est-il possible, à votre cabinet, d'avoir accès à une prise en charge non programmée sur l'ensemble des plages horaires suivantes (les médecins et/ou le secrétariat doivent donc être joignables à ces horaires là et le cabinet ouvert) :**
- 21.1. Du lundi au vendredi de 8h à 20h
 - 21.2. Le samedi de 8h à 12h
 - 21.3. Non concerné
22. **Si vous devez refuser une demande de prise en charge non programmée et/ou en-dehors des horaires où il est possible d'y avoir accès à votre cabinet, vers quelle solution le patient est-il orienté préférentiellement ?.....**
23. **Acceptez-vous de recevoir des patients qui ne sont pas suivis à votre cabinet pour une consultation / visite non programmée ?**
- 23.1. Oui
 - 23.2. Non
24. **Acceptez-vous de réaliser une visite à domicile non programmée ?**
- 24.1. Oui
 - 24.2. Non
25. **Si vous êtes maître de stage, les internes participent-ils à la prise en charge des soins non programmés à votre cabinet ?**
- 25.1. Oui
 - 25.2. Non
 - 25.3. Non concerné

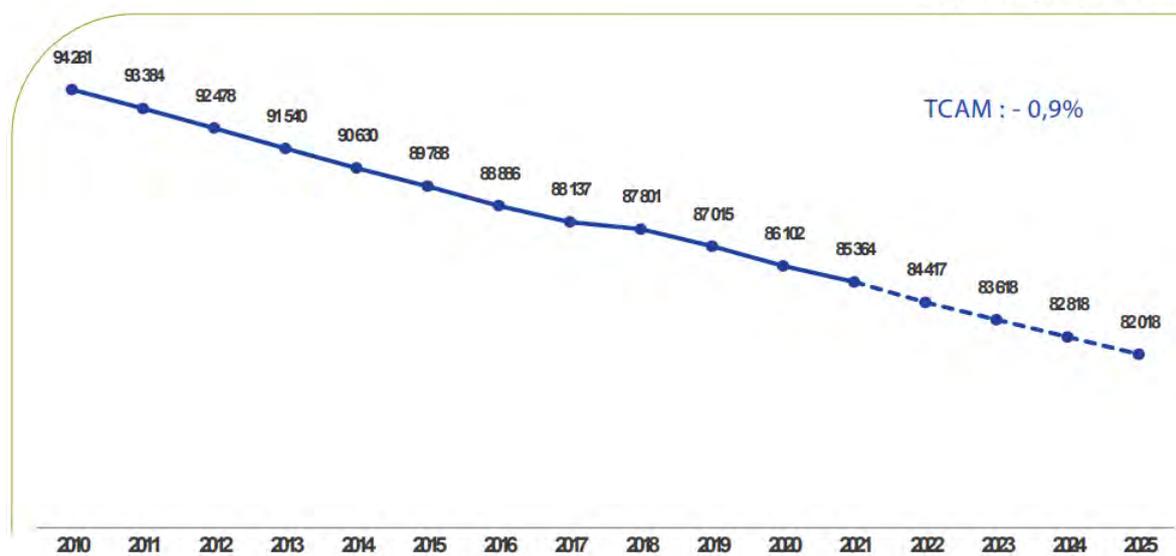
Partie 3 : Des solutions pour améliorer la gestion des soins non programmés dans le Comminges

26. **Quelles solutions permettraient selon vous d'améliorer la prise en charge des soins non programmés dans le Comminges ?** (sélectionnez les 3 propositions qui vous paraissent les plus intéressantes)
- 26.1. La mise en place d'un système de régulation pour les soins non programmés
 - 26.2. Renforcer la gestion des soins non programmés par des filières alternatives spécifiques (centres de soins non programmés, ouverture des maisons médicales de garde la journée, consultation de médecine générale aux urgences)
 - 26.3. Une aide financière / une cotation spécifique pour la prise en charge des soins non programmés dans les 24 heures
 - 26.4. Le développement de soutiens logistiques plus adaptés (ex : secrétariat, logiciels...)
 - 26.5. Le développement de la téléconsultation
 - 26.6. L'emploi d'un assistant médical et/ou d'une infirmière de pratique avancée
 - 26.7. Une meilleure coordination entre généralistes, urgentistes, et spécialistes d'un même territoire
 - 26.8. La création d'une CPTS
 - 26.9. Une plus grande valorisation politique du territoire pour favoriser l'installation de nouveaux médecins
 - 26.10. Une campagne d'information pour les patients sur les soins non programmés
 - 26.11. Un accès plus facile au salariat en médecine générale
 - 26.12. Autoriser les pharmaciens / infirmiers à réaliser quelques consultations simples dans le cadre d'une délégation de tâche et à l'aide d'arbres décisionnels
 - 26.13. Améliorer l'accès aux examens complémentaires (ex : laboratoire, radio...)
 - 26.14. Améliorer la formation au triage des urgences par les secrétaires
 - 26.15. Equiper certains cabinets de petits plateaux techniques réservés à la prise en charge des soins non programmés
 - 26.16. Améliorer l'accès à l'hospitalisation pour les patients
 - 26.17. Que l'ensemble des médecins disposent de créneaux de consultation sans rendez-vous ou spécifiques à la prise en charge des soins non programmés

Le questionnaire en question a été adapté pour la création d'un document de type Google Forms.

ANNEXE 2 : Prévision du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (7)

Figure 12. Prévision du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025



TCAM : Taux de croissance annuel moyen

ANNEXE 3 : La CCMU modifiée

La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée

La CCMU modifiée classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré. L'examen clinique comprend interrogatoire, examen physique et éventuellement E.C.G, SpO2, glycémie capillaire, bandelette urinaire ou hématocrite par micro méthode.

Cette classification est issue de la CCMU à 5 classes à laquelle a été ajoutée 2 nouvelles classes :
- CCMU D, patients déjà décédés à l'arrivée du SMUR ou aux urgences, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise
- CCMU P, patients souffrant d'une pathologie psychiatrique dominante sans atteinte somatique instable associée.

Définitions :

CCMUP : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

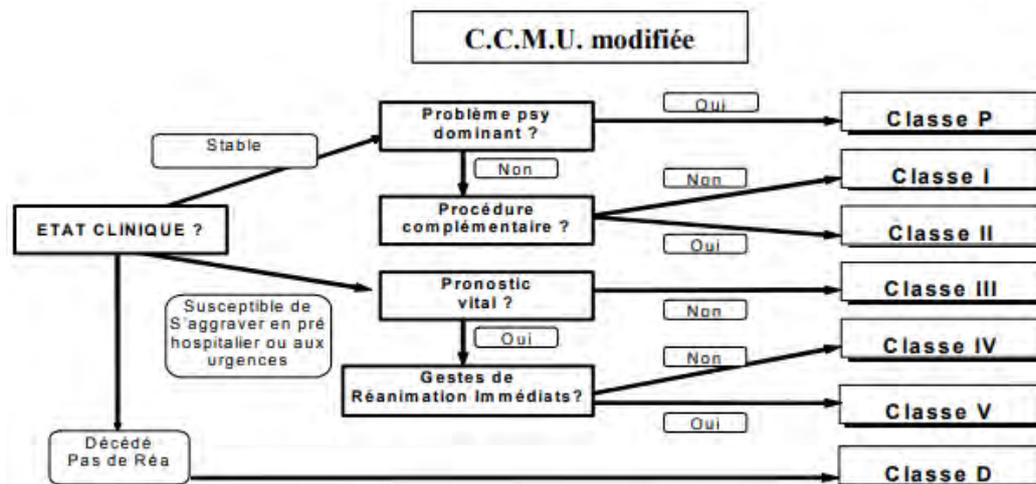
CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

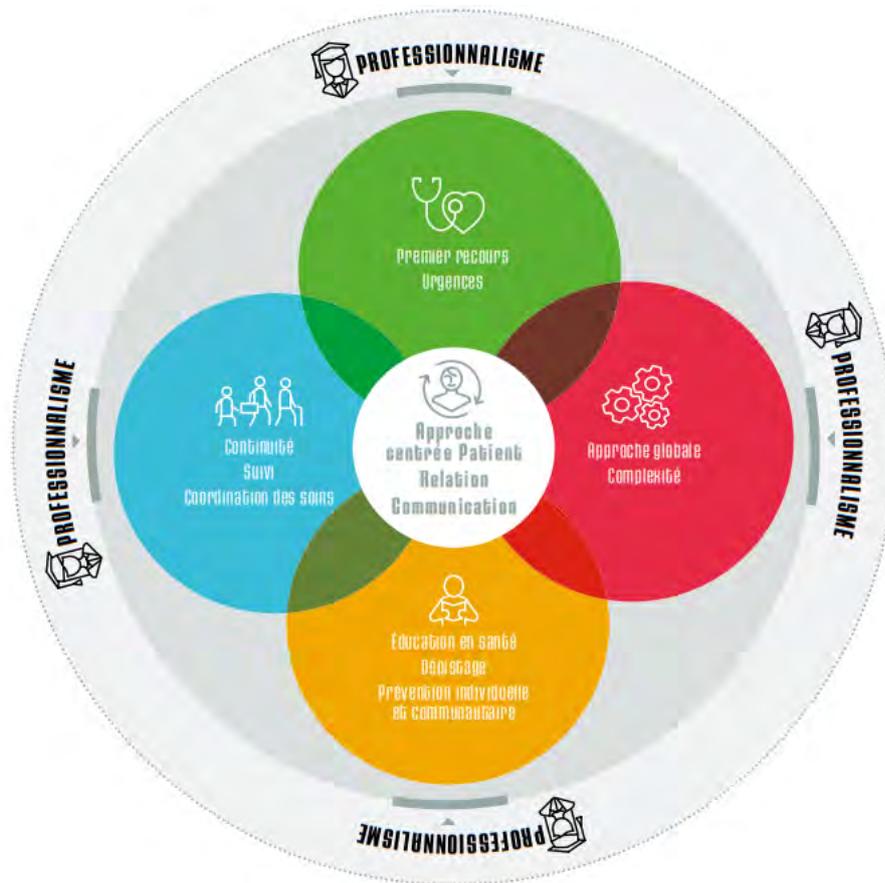


Evaluation à réaliser à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique qui peut comprendre aussi :

E.C.G, SpO2, glycémie capillaire, Hématocrite par microméthode.

Les procédures complémentaires sont réalisées par le SMUR ou doivent l'être au sein d'un service d'urgence : Sutures, ponctions, drainages, traitement parentéral, radiographies, bilans biologiques, consultations spécialisées somatiques

ANNEXE 4 : La « marguerite » des 6 compétences génériques du médecin généraliste(13)



Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les **6 compétences principales** de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.



SOURCE : d'après C. ATTALI, P. BAIL et al. groupe « niveaux de compétences » du CNGE

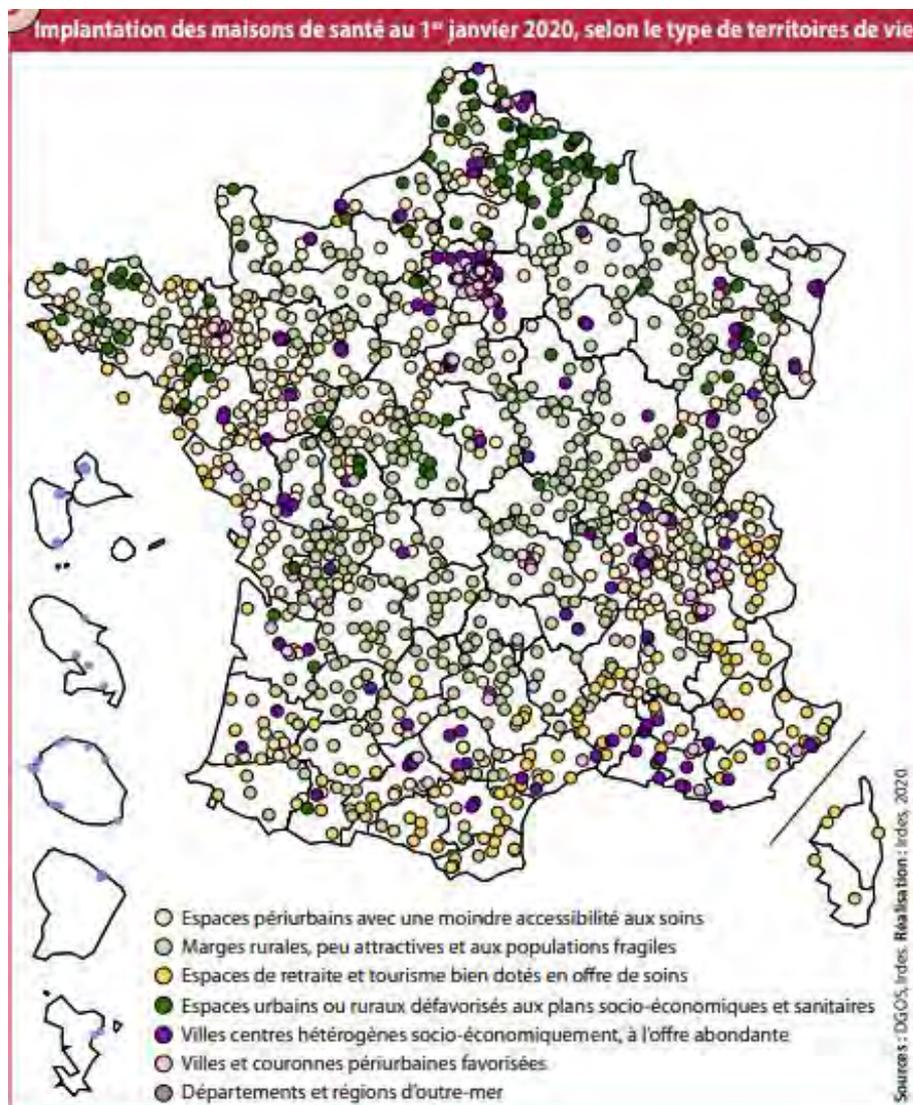
www.collegehospitalier.fr

ANNEXE 6 : Moyenne d'âge des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2021(7)

Figure 14. Moyenne d'âge (année) des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2021



ANNEXE 7 : Implantation des maisons de santé au 1^{er} janvier 2020, selon le type de territoire de vie(41)



Alicia Racaj, Toulouse, le jeudi 10 mars 2022

TITRE : La gestion des soins non programmés aux horaires d'ouverture des cabinets en médecine générale en France métropolitaine : une revue narrative de la littérature

DIRECTEUR DE THÈSE : Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le jeudi 10 mars 2022

RESUME :

Introduction : Les demandes de soins non programmés (SNP) et les passages aux urgences augmentent régulièrement. 10-20% de ces derniers ne seraient pas justifiés. La prise en charge des SNP fait partie des rôles du médecin généraliste.

Méthode : Revue narrative de la littérature. Recherche conduite de juin à décembre 2021.

Résultats : 23 articles inclus. Plus de 80% des médecins acceptent de recevoir des SNP mais leur accès peut être limité en visite ou pour les patients hors patientèle. Les médecins reçoivent environ 5 demandes par jour. Ils peuvent réserver des créneaux dédiés à la prise en charge des SNP.

Conclusion : La prise en charge des SNP en médecine générale est une problématique majeure du système de santé. Son organisation est variable et adaptable en fonction des médecins et des territoires. Elle a connu une forte évolution, accélérée par l'arrivée du virus SARS-CoV2.

TITLE : The management of unscheduled care at general practice opening hours in metropolitan France : a narrative literature review.

ABSTRACT :

Background : Requests for unscheduled care (USC) and emergency department visits are increasing steadily. 10-20% of these are not justified. Managing USCs is part of the role of the general practitioner.

Methods : Narrative literature review. Research conducted from June to December 2021.

Results : 23 articles included. More than 80% of general practitioners agree to receive USCs but their access may be limited during visits or for patients outside the patients base. Practitioners receive approximately 5 requests per day. They can book slots dedicated to USC management.

Conclusion : The management of USC in general practice is a major problem for the health system. Its organization is variable and adaptable to physicians and jurisdictions. It has undergone a strong evolution, accelerated by the arrival of the SARS-CoV-2 virus.

Mots-clés : Soins non programmés, urgence ressentie, consultation sans rendez-vous, visite à domicile, médecine générale, médecins généralistes, soins de santé primaire, soins de premier recours, COVID-19.

Key words : unscheduled care, sense of urgency, walk-ins, home visits, general practice, general practitioner, primary care, COVID-19.

Discipline administrative : MÉDECINE GENERALE

Faculté de Médecine de Rangueil - 133 route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 4 - FRANCE