

Année 2024

2024 TOU3 1037

# THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Quentin TARAYRE**

Le 7 Mai 2024

### État des lieux de l'activité des soins non programmés réalisés par les médecins généralistes aveyronnais

Directrice de thèse : Professeure Motoko DELAHAYE

#### JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC  
Madame la Professeure Motoko DELAHAYE  
Madame la Docteure Marielle PUECH  
Monsieur le Docteur Pierre RODRIGUEZ

Président  
Assesseure  
Assesseure  
Assesseur



**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**
  
**Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine**
  
**2022-2023**

**Professeurs Honoraires**

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

**Professeurs Emérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie maxillo-faciale
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURAI-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

**Professeurs Associés**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

**Professeurs Associés de Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
M. BIREBENT Jordan  
M. BOYER Pierre  
Mme FREYENS Anne  
Mme IRI-DELAHAYE Motoko  
M. POUTRAIN Jean-Christophe  
M. STILLMUNKES André

**Professeurs Associés Honoraires**

Mme MALAUAUD Sandra  
Mme PAVY LE TRACON Anne  
Mme WOISARD Virginie

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Pharmacologie et pneumologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOULAA Bruno  
M. ESCOURROU Emile

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
M. GACHIES Hervé  
Mme LATROUS Leila  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle

## **Remerciements au Jury**

*Au Président du jury :*

Monsieur le Professeur **Stéphane OUSTRIC**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous en suis reconnaissant. Merci également pour votre investissement pour la médecine générale. Je vous prie de croire en l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

*Aux membres du jury :*

Madame la Docteure **Marielle PUECH**

Merci d'être présente aujourd'hui et d'avoir accepté de participer à ce jury, cela me tenait à cœur. Notre rencontre fut le fruit de nombreux stages en Aveyron où vous participez activement à la formation des internes avec bienveillance. Ce fut un plaisir.

Monsieur le Docteur **Pierre RODRIGUEZ**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse et d'y apporter votre regard. C'était un plaisir de travailler avec vous lors de mon internat. Merci pour ce que vous réalisez pour l'Hôpital de Rodez et les patients. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

*A ma directrice de thèse :*

Madame la Professeure **Motoko DELAHAYE**

Merci de m'avoir accompagné pendant ce travail. C'est un réel plaisir d'avoir travaillé avec vous et de m'avoir fait confiance. Votre expérience et regard m'ont été précieux pendant cette étude en espérant que notre travail amène une réflexion. Merci de votre implication pour la médecine générale.

## **Remerciements personnels**

**À toutes les rencontres professionnelles faites dans mon parcours**, je tiens à exprimer ma gratitude et remercier mes maitres de stages : le Dr PASQUIO, le Dr ELASRI, le service des Urgences de Rodez, le Dr SCHMITT, le Dr PECHDO, le service d'infectiologie de Rodez, le Dr PUEL, le Dr LESPINASSE, le Dr SEGUIN, le Dr SERVIERES, le Dr BODAUD, le Dr SAVIGNAC, le Dr DEBILLY ainsi qu'à mes tuteurs, qu'aux enseignants, qu'aux paramédicaux. Merci de m'avoir permis d'évoluer, d'avoir partagé vos expériences professionnelles comme privées et le temps passé avec vous. Je vous suis reconnaissant d'avoir confirmé mon goût pour la médecine générale et de votre dévouement envers les étudiants et les patients. Travailler à vos côtés a été un vrai plaisir.

**À l'internat de Rodez**, de merveilleuses découvertes. Merci pour ces bons moments de partage, de convivialité et de ces soirées de folies. Hugo, Eve, Simon, Louise, PL, Benoit, Gwen, Yue, Vic, Kevin, Noélie, Vic, Marie, Nadia, Paolo, Earvin et trop de monde à citer : la bise.

**À l'internat de Villefranche**, Juju, Léa, Adama, Solène. Merci pour ce dernier semestre.

**Aux Vétérans**, Hubert et Julien. Merci pour ces Games, soirées et repas titanesques.

**Au Dr Coudy** pour ces Week ends de flouze.

**À la Team des Urg**, Ophé, Blanblan, Ariane, Rafou, Bruno, Edwige. Merci pour ces moments d'entraide, de rigolade, de folie.

**À la coloc du Batut**, 6 mois extraordinaires grâce à vous Ju, Ariane, Rafou.

**À la team vin rouge**, Toinou, Max, Manue, Totor, Plechou, Nico du beau monde à ne plus savoir où en donner de la tête. L'externat et ces vacances étaient tellement fous grâce à vous. Des bisous je vous aime.

**À mon frerot Charly**, depuis tout petit on se connaît, encore de belles choses à partager. Merci d'être là ce jour avec **Coralie**. Plein d'amour.

**À ma famille**, ma petite sœur que j'aime embêter. À mes grands-parents qui sont dans mon cœur. A mes oncles, tantes, cousins, cousines pour les moments partagés et il y en aura bien d'autres. La famille c'est sacré.

**À mes parents**, à qui je dois tout, vous m'avez toujours accompagné, soutenu. Je vous aime, je suis fier d'être votre fils.

**À Chloé**, merci à toi d'avoir été là pendant toutes ces années, tu as été un tout pour moi. Nous avons partagé tellement de belles choses merci. Je te souhaite le meilleur pour la suite.



## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

## **TABLE DES MATIERES**

<b><u>TABLE DES FIGURES, DES TABLEAUX, DES ANNEXES, DES ABRÉVIATIONS</u></b>	<b>2</b>
<b><u>INTRODUCTION</u></b>	<b>4</b>
<b><u>MATERIEL ET METHODES</u></b>	<b>7</b>
<b>1) TYPE D'ETUDE :</b>	<b>7</b>
<b>2) POPULATION CIBLE :</b>	<b>7</b>
a) CRITERES D'INCLUSION	7
b) CRITERES D'EXCLUSION	7
<b>3) RECUEIL DES DONNEES :</b>	<b>8</b>
a) ÉLABORATION DE L'AUTO-QUESTIONNAIRE	8
b) RECRUTEMENT DES MG	9
c) DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	9
d) RECUEIL DES DONNEES	10
<b>4) ANALYSE</b>	<b>10</b>
<b>5) ÉTHIQUE</b>	<b>10</b>
<b><u>RESULTATS</u></b>	<b>11</b>
<b><u>DISCUSSION</u></b>	<b>21</b>
<b><u>CONCLUSION</u></b>	<b>38</b>
<b><u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u></b>	<b>40</b>
<b><u>ANNEXES</u></b>	<b>45</b>

## **TABLE DES FIGURES**

Figure 1 : Nombre de réponses des MG aveyronnais par secteur	Page 13
Figure 2 : Participation à la PDSA des MG aveyronnais	Page 13
Figure 3 : Réalisation des SNP par les MG aveyronnais	Page 15
Figure 4 : Place des SNP dans l'emploi du temps des MG	Page 16
Figure 5 : Orientation des patients ne pouvant pas accéder à un rendez-vous	Page 16
Figure 6 : Paramètres médicaux influençant l'acceptation des SNP	Page 17
Figure 7 : Régulation des SNP vue par les MG aveyronnais	Page 17
Figure 8 : Difficultés de l'organisation des SNP par les MG Aveyronnais	Page 18
Figure 9 : Difficultés face aux SNP en fonction des secteurs	Page 18
Figure 10 : Proportion estimée de réponses par les MG Aveyronnais pour les SNP	Page 19
Figure 11 : Triage d'une demande de SNP par le secrétariat du MT	Page 33
Figure 12 : Orientation après régulation d'une demande de SNP	Page 34

## **TABLE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Caractéristiques des MG Aveyronnais	Page 12
---	---------

## **TABLE DES ANNEXES**

Annexe 1 : Cartographie de l'Aveyron	Page 6
Annexe 2 : Activité des urgences de l'Aveyron	Page 6
Annexe 3 : Auto-questionnaire	Page 8
Annexe 4 : Taux de participation des Médecins à la PDSA en 2022	Page 23
Annexe 5 : Protocole d'aide au triage chez les enfants ayant de la fièvre	Page 25
Annexe 6 : Fiche conseil chez l'enfant ayant de la fièvre	Page 28

## **Liste des abréviations**

ARS	Agence Régionale de Santé
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM	Conseil National de L'Ordre Des Médecins
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
MG	Médecin Généraliste
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MT	Médecin Traitant
OSNP	Opérateur de Soins Non Programmés
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoires
RIAP	Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions
ROSP	Rémunération sur Objectif de Santé Publique
SAS	Service d'Accès aux Soins
SNP	Soins Non Programmés
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

## **I. INTRODUCTION**

En France, les Soins Non Programmés (SNP) font l'objet de nombreux débats. On peut les définir comme des soins appelés « soins urgents ». Il n'y a pas de définition exacte mais ils font références aux services de santé fournis aux patients qui nécessitent une attention médicale immédiate, mais dont les besoins ne peuvent être ni anticipés ni planifiés à l'avance, sollicitant la médecine du premier recours. D'après le Docteur Lassoutanie, ce sont « l'ensemble des soins ne pouvant ni être anticipés, ni retardés dans leurs prises en charge, ressentis comme urgents par le patient, qui sollicite la médecine de premier recours. » (1). D'autres études ou articles sont du même ordre par exemple celle du rapport de Thomas Mesnier « d'une demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie, relevant prioritairement de la médecine de ville » (2).

Les principaux acteurs de la réalisation des SNP sont le système de soins primaires avec les Médecins Généralistes (MG), la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), les Maisons Médicales de Garde, des associations type SOS Médecins®, des centres de SNP, la régulation médicale, ainsi que les structures de médecine d'urgence.

Le MG occupe une place fondamentale dans le système de soins et des SNP en France. Le Médecin Traitant (MT) est le fruit de la loi du 13 août 2004 (3) garantissant qu'un MT est désigné pour chaque patient âgé de plus de seize ans. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins et leur coordination. Le MG assume de multiples rôles dont ceux définis par la loi HPST 2009 portant sur la réforme de l'Hôpital, des Patients, de la Santé et des Territoires. Ces rôles comprennent la contribution à l'offre de soins ambulatoires, la participation à la mission de service public de Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) ainsi que la coordination et l'orientation des patients dans leur parcours de soins (4).

Les SNP connaissent une évolution constante, entraînant une augmentation de la fréquentation des services d'urgence qui ne cesse de croître depuis 20 ans. Environ 59 % des patients se rendent aux urgences en raison de problèmes d'accessibilité aux soins ambulatoires. En ce qui concerne la France métropolitaine, le nombre annuel de passages aux urgences s'élevait à 10,1 millions en 1996. Il a ensuite augmenté en moyenne de 3,3 % par an atteignant 21,2 millions de passages en 2019 (5).

En médecine générale, la demande de SNP est estimée à 35 millions par an ce qui équivaut à 12 % du total des consultations annuelles. Cette demande touche deux fois plus les enfants et les jeunes adultes que les personnes âgées, avec des pics en fin de matinée et en fin d'après-midi d'après la DRESS (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) en 2004 (6), (7).

Plusieurs facteurs influencent l'augmentation des demandes de SNP. En France, nous observons une augmentation et un vieillissement de la population ainsi qu'une croissance de la prévalence des maladies chroniques (2). Parallèlement, la démographie médicale connaît une tendance à la baisse prévue au moins jusqu'en 2025 pour les MG (8). Il devient ainsi difficile pour certains patients de trouver un MT et d'accéder aux soins primaires, et difficile pour les MG d'accepter de prendre tout le monde en tant que MT. En 2019, 7 MG sur 10 estimaient que l'offre de soins en MG était insuffisante, et 3 sur 4 rencontraient des difficultés à adresser leurs patients à certains confrères spécialistes (9).

On constate une désaffection relative mais croissante envers l'exercice libéral régulier en médecine générale ce qui explique une baisse plus marquée que prévu du nombre de MG installés depuis 2010. Les MG évoluent en termes de pratiques et d'organisation (2).

Les tendances sociétales actuelles valorisent l'impatience. On constate une augmentation de la demande de soins due à de nouvelles habitudes de consommation ainsi qu'une modification de l'offre de soins en particulier dans le domaine de la santé primaire (1).

En médecine ambulatoire, les MG jouent un rôle central dans la prise en charge des SNP. La médecine de ville s'efforce de s'organiser collectivement pour répondre à cette demande croissante. Cela s'est traduit par la création de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) (10), (11), la formation de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ainsi que la mise en place de centres de SNP. Plus de la moitié des cabinets médicaux assure une prise en charge des SNP en permanence (12). L'État propose diverses solutions à travers le plan « Ma santé 2022 » et la mise en place du Service d'Accès aux Soins (SAS) visant à garantir l'accès aux soins à chaque patient (13), (14). Actuellement, de nombreux patients se retrouvent sans MT ou sont incapables de contacter leur MT, ce qui les place dans une situation difficile lorsqu'ils ont besoin de recourir aux soins premiers. Des études dans d'autres départements ont eu lieu au sujet des SNP pour évaluer leur gestion et leur organisation comme en Rhône Alpes, en Gironde, en Normandie et en Lorraine (6), (10), (11), (15), (16) cependant les SNP réalisés par les MG sont difficilement quantifiables.

L'Aveyron est un département isolé à dominante rurale. La population recensée est d'environ 280 000 habitants, majoritairement vieillissante, avec une espérance de vie de 89,9 ans. Cette démographie peut engendrer une demande de soins élevée en raison de l'âge et d'une prévalence plus élevée de personnes souffrant de pathologies chroniques (17). De plus, le département attire de nombreux touristes. La démographie médicale des MG aveyronnais a diminué depuis 2010 même si l'on observe une légère hausse actuellement (8). En 2020, on comptait 219 MG installés. En 2023, le nombre de MG s'élevait à 390 enregistrés à l'ordre des médecins (18). En retirant les médecins retraités, les médecins non installés et ceux n'exerçant pas la médecine générale, le nombre de MG installés est d'environ 250 avec l'existence de disparités territoriales. On recensait en 2022 42 MSP et 5 CPTS (19). La PDSA est répartie en 16 secteurs qui pourraient évoluer prochainement avec certaines fusions en discussion interne et avec l'ARS.

En Aveyron, les urgences sont réparties sur 5 centres hospitaliers (Annexe 1) : Rodez, Decazeville, Villefranche de Rouergue, Millau et Saint-Affrique avec un nombre estimé de 78 805 passages aux urgences en 2021 (Annexe 2) et un taux de codage « CCMU 1 » (recours aux urgences sans avis spécialisé ni examen complémentaire) de 13 % (20). Ces patients pourraient éventuellement être pris en charge en ambulatoire plutôt qu'aux urgences (14).

Les MG sont sollicités pour participer davantage à la prise en charge des SNP mais il serait intéressant de connaître ce qui est déjà réalisé dans la prise en charge et dans la gestion des SNP. La prise en charge des SNP est donc un sujet d'actualité remettant le MG au cœur du système de santé. Cependant, il n'existe actuellement pas de données précises quant à la part d'activité des SNP réalisée en Aveyron par les MG et les modalités de leur gestion.

Nous nous sommes demandé en quoi consistait l'activité de SNP réalisés par les MG Aveyronnais ? Quelle proportion représentait-elle par rapport à leur activité de soins programmés ?

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'organisation et la part d'activité de SNP réalisés par les MG Aveyronnais dans leurs cabinets.

L'objectif secondaire était d'évaluer la difficulté des MG face à la prise en charge des SNP.

## **II. MATERIEL ET METHODES**

### **1. Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale portant sur l'activité des SNP réalisée par les MG Aveyronnais.

Nous avons choisi de réaliser une méthode quantitative pour l'étude de ce sujet.

### **2. Population cible/inclusion des documents :**

La population étudiée était les MG exerçant en Aveyron.

#### **a) Critères d'inclusion :**

Les médecins interrogés étaient tous des MG installés ou en collaboration exerçant dans le département de l'Aveyron. Ils pouvaient être libéraux, salariés ou en activité mixte.

#### **b) Critères d'exclusion :**

Les MG exclus étaient les médecins remplaçants ou n'exerçant aucunement la médecine générale dans toutes ses composantes et champs d'activité ; comme par exemple : les coordonnateurs d'EHPAD exclusifs, les médecins exerçant seulement une « sur-spécialisation » ou uniquement une médecine alternative, ainsi que les MG ayant refusé d'y participer.



### 3. Recueil des données

#### a) Élaboration de l'auto-questionnaire

Nous avons créé un auto-questionnaire en format papier (Annexe 3) et électronique à partir de Google Forms®. Il comprenait 41 questions, avec une lettre d'introduction : une première partie contenant des informations générales concernant le MG, une deuxième partie portant sur l'activité liée à la médecine générale et enfin une troisième partie consacrée aux SNP.

Les réponses étaient de trois types : à choix simple, à choix multiples et à réponses ouvertes. Chaque question était accompagnée d'instructions explicatives pour guider le répondant dans le choix de la réponse approprié (1 ou plusieurs réponses...) ou pour passer à la question suivante en fonction de la réponse donnée. Les participants pouvaient remplir leurs réponses soit directement sur un questionnaire papier, soit en utilisant un lien pour accéder à un formulaire Google Forms®.

Dans la première partie, le MG devait préciser : son sexe, son âge, son lieu d'exercice, son mode d'exercice, une « sur-spécialisation » le cas échéant (exercice particulier, exemples : médecine du sport, médecin sapeur-pompier etc...), et sa participation à la PDSA.

La deuxième partie comprenait des informations sur son activité, notamment le nombre de consultations réalisées par an, y compris en SNP, le nombre de patients dont il était le médecin traitant, le nombre de visites effectuées, le nombre de consultations annuelles et la taille de sa patientèle en file active (d'après le Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions et/ou sur Amelipro le rapport de Rémunération sur Objectif de Santé Publique). Nous distinguons « la patientèle MT » (nombre de patients ayant choisi le MG comme MT et constituant sa patientèle) et la « file active » (nombre de patients différents vus par le MG au cours de l'année civile, qu'ils soient patients-MT habituels de la patientèle ou patients hors patientèle-MT).

La troisième partie portait sur l'organisation, les facteurs et les estimations de réponse face aux SNP.

Cet auto-questionnaire avait été préalablement testé auprès de 5 MG en dehors de l'Aveyron. Ils l'ont analysé afin de le rendre compréhensible pour tous et adapté à sa diffusion. Le temps

évalué pour remplir le questionnaire était de dix minutes. Cela a conduit à l'ajout de l'option "Non pratiqué" à la question 29 portant sur les téléconsultations dans le Google Forms®. De plus, trois médecins ayant répondu ont émis des remarques concernant la pénibilité des questions 14, 15 et 17 (concernaient les chiffres d'activité médicale factuelle d'après RIAP, Ameli-pro) : nous les avons rendues optionnelles.

## **b) Mise en application du recueil des données. Diffusion du questionnaire :**

L'étude s'est déroulée de juin à octobre 2023 avec une première phase d'inclusion d'une durée d'un mois, suivie de la diffusion du questionnaire et de la collecte des données sur une période de trois mois.

### **• Recrutement des MG :**

Nous avons contacté par téléphone l'ensemble des MG ou leur secrétariat, que nous souhaitons inclure dans l'étude. Pour cela, nous avons établi une liste en utilisant les données disponibles sur le site du CNOM, l'annuaire santé Ameli. Lors de cet appel, nous avons obtenu leur accord pour participer à l'étude et avons également recueilli leurs préférences quant au mode d'envoi de l'auto-questionnaire. Une deuxième relance a été effectuée un mois plus tard en cas de non-réponse, suivie d'une troisième relance deux mois après si aucune réponse n'avait été reçue.

### **• Diffusion du questionnaire :**

Le questionnaire a été distribué de différentes façons aux MG. Il a été transmis par courriel avec une pièce jointe, accompagné d'un lien pour accéder directement au Google Forms® à remplir. Il a également été distribué par courrier postal ou remis en main propre avec une enveloppe préimprimée à retourner. Un rappel par courriel a été envoyé à l'ensemble des médecins un mois après l'envoi initial du questionnaire, suivi d'un rappel deux mois plus tard en cas de non-réponse. Pour les médecins ayant reçu le questionnaire par courrier ou en main propre, un nouvel appel téléphonique a été effectué.

- **Recueil des données :**

Les réponses du questionnaire ont été retournées par les MG par courriel, en format papier ou collectées via Google Forms® puis intégrées dans une feuille de calcul Microsoft Excel® tout en garantissant l'anonymat des données. Afin de préserver la confidentialité, aucun élément personnel ni secteur géographique ne sera mentionné dans les résultats. Les secteurs de garde sont identifiés par des numéros aléatoires obtenus au moyen d'un tirage effectué avec trois dés : les numéros des secteurs ne correspondent donc pas aux numéros habituels donnés aux secteurs de PDSA.

#### **4. Analyse**

Les statistiques descriptives ont été réalisées à l'aide des fonctionnalités Microsoft Excel® et du site BiostaTGV.

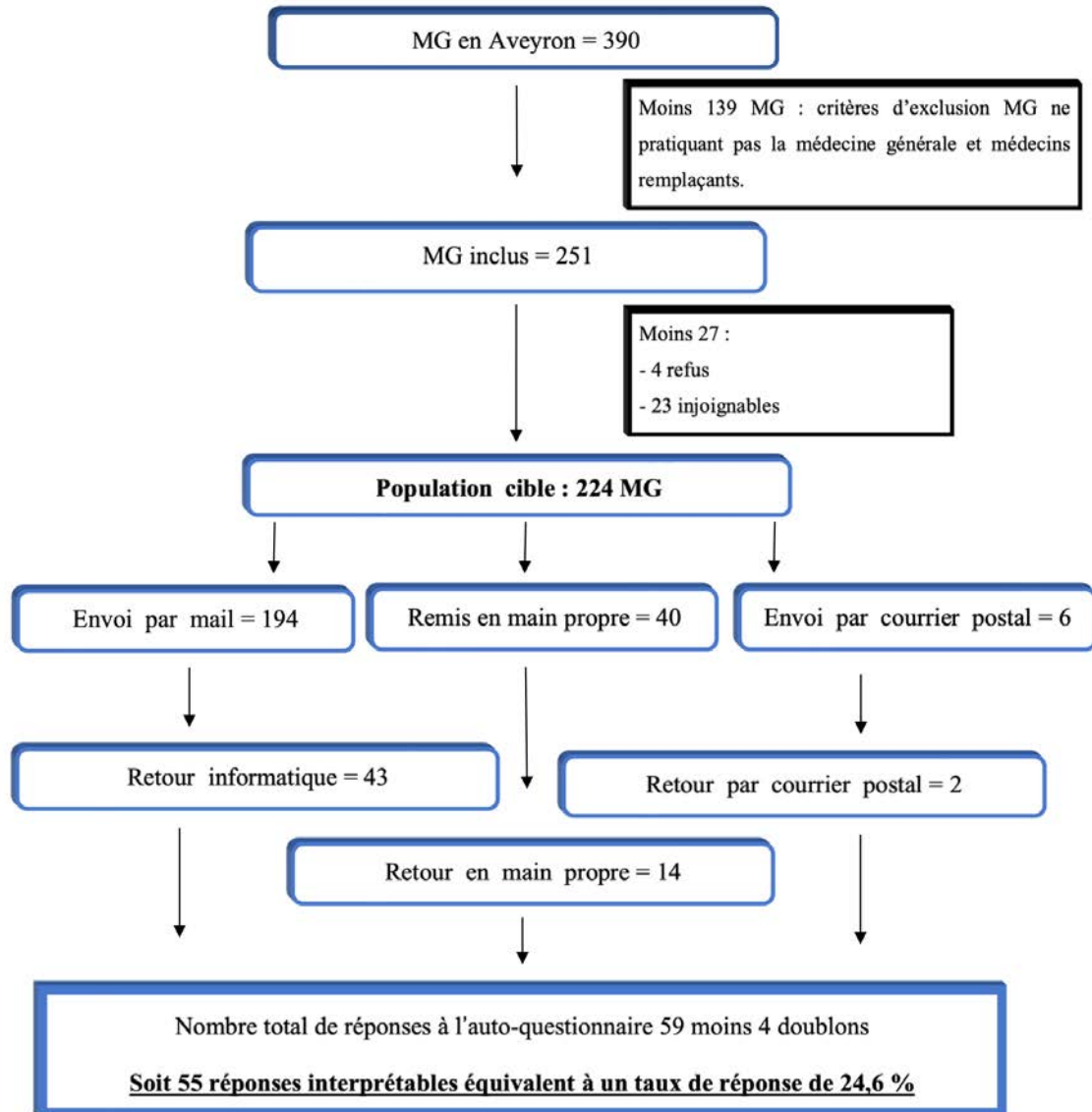
#### **5. Éthique**

Ce travail de thèse a été réalisé dans le respect de la norme MR-004 de la CNIL concernant les données à caractère personnel collectées à des fins d'études, d'évaluation ou de recherche. Nous avons reçu du DPO du DUMG l'attestation de conformité, numérotée 2023TQ85, le 23/6/2023.

### III. RÉSULTATS

#### 1. Échantillon

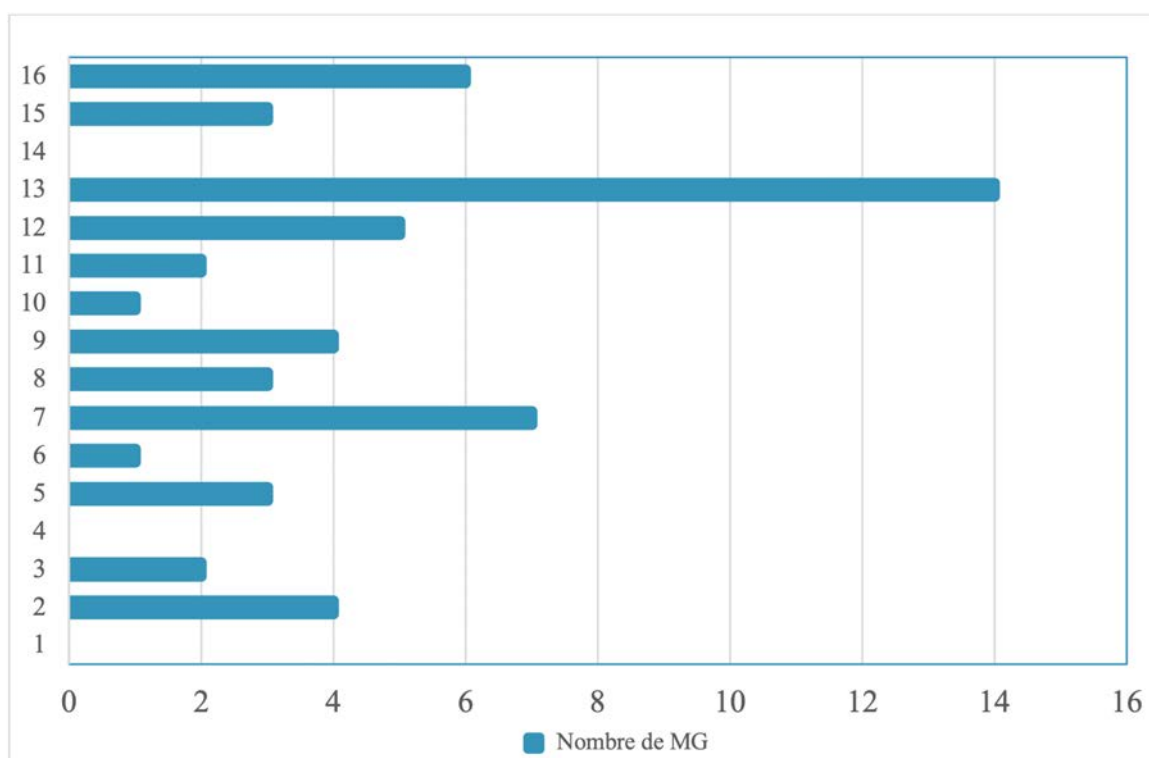
- Inclusion/diagramme de flux



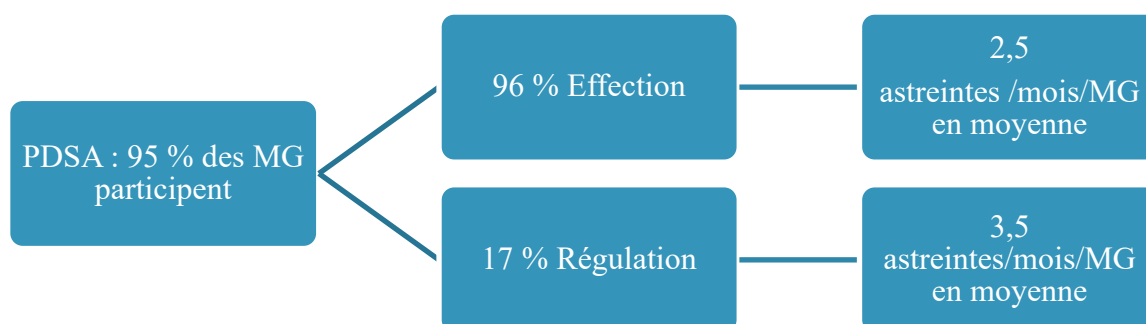
## 2. Résultats

**Tableau 1: Caractéristiques des MG Aveyronnais**

		Total (n)	Total (%)	Moyenne
<b>Genre</b>	Homme	20	36 %	
	Femme	35	64 %	
<b>Âge</b>	Femme			42
	Homme			46
	Total			43
<b>Maître de stage universitaire</b>	Oui	31	56 %	
	Non	24	44 %	
<b>Mode d'exercice</b>	MSP	37	67 %	
	Cabinet de Groupe	14	26 %	
	Seul	4	7 %	
<b>Participation dans une CPTS</b>	Oui	30	55 %	
	Non	25	45 %	
<b>Ancienneté d'installation</b>	Moins de 5 ans	17	31 %	
	5-14 ans	19	35 %	
	15-29 ans	14	25 %	
	Supérieur à 30 ans	5	9 %	
<b>Milieu d'exercice</b>	Rural	17	31 %	
	Semi rural	29	53 %	
	Urbain	9	16 %	
<b>Exercice particulier</b>	Oui	19	35 %	
	Non	36	65 %	
	En lien avec les SNP	13	24 %	
<b>Distance par rapport au service des urgences</b>	Moins de 30 km	45	82 %	
	Plus de 30 km	10	18 %	



**Figure 1 : Nombre de réponses des MG aveyronnais par secteur (numéro aléatoire)**



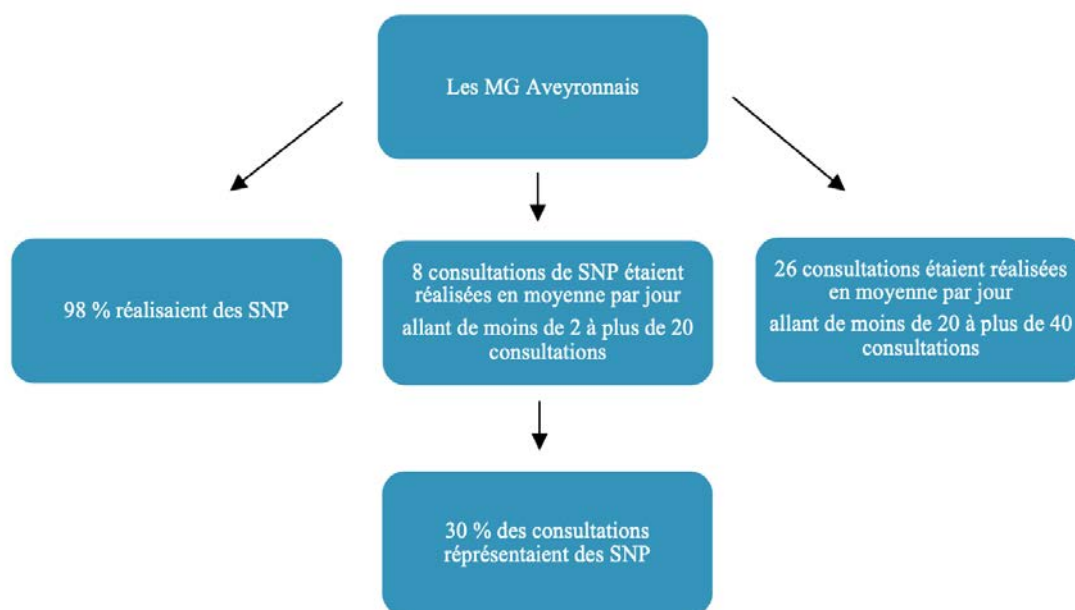
**Figure 2 : Participation à la PDSA des MG aveyronnais**

Les MG déclaraient :

- D'après la ROSP un nombre de « Patient MT » de 1067 en moyenne (patientèle MT allant de 50 pour une installation très récente à 1970).
- Accepter à 65 % des nouveaux patients en tant que MT, (31 % exceptionnellement et 4 % refusaient systématiquement).
- Travailler en moyenne 4 jours par semaine (allant d'une journée et demie à 5 jours et demie par semaine).
- Prendre à 76 % entre 4 et 8 semaines de congés annuels, (7 % prenaient moins de 4 semaines et 17 % prenaient plus de 9 semaines de congés).
- Avoir un mode de consultation exclusivement sur rendez-vous. 97 % des prises de rendez-vous se faisait par un secrétariat présentiel, 29 % par un secrétariat à distance, 16 % par le MG directement, 18 % via une plateforme informatique ; 48 % des MG avaient plusieurs méthodes associées pour la prise de leurs rendez-vous.
- Avoir une prise de rendez-vous pour les SNP par le secrétariat à 95 %, par le MG à 49 %, par une plateforme informatique à 9 %; 45 % avaient plusieurs méthodes.
- Avoir dans 69 % des cas un secrétariat formé face à la demande de SNP.
- Réaliser à 16 % des téléconsultations et 5 % l'utilisaient pour les SNP.
- Avoir 2 rendez-vous non honorés par semaine.
- Accepter à 87 % de prendre des patients hors patientèle pour la réalisation de SNP.

Les questions 14, 15 et 17 se rapportant aux chiffres du RIAP ou de la ROSP étaient devenues optionnelles car 15 MG n'avaient pas répondu à ces questions. Pour les 40 MG y ayant répondu, les résultats étaient :

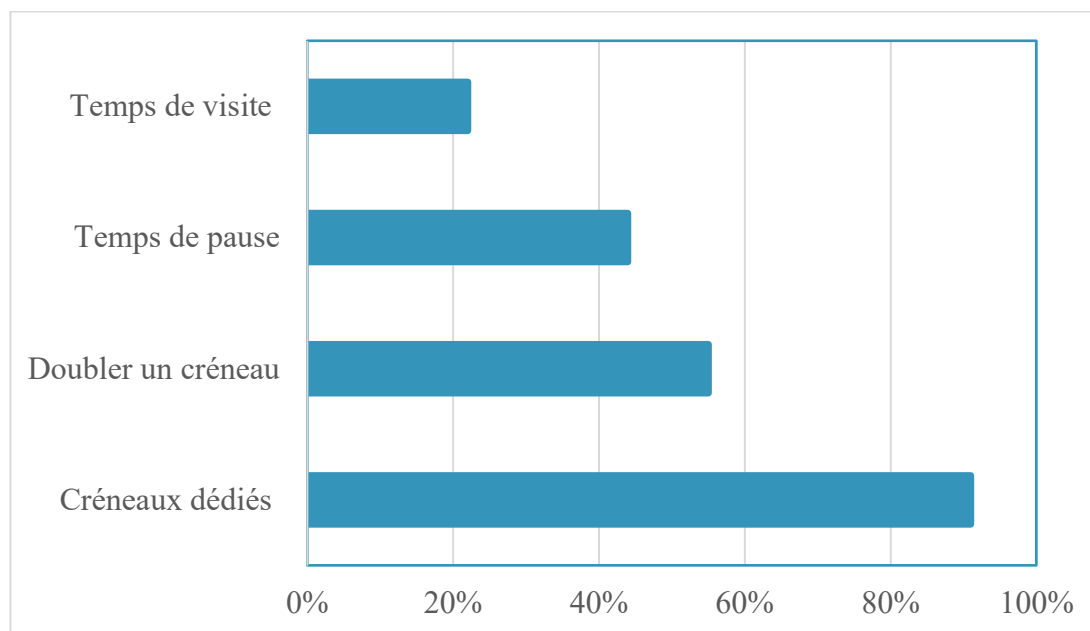
- Une moyenne de 371 visites par an et par MG.
- Une moyenne de 4 000 consultations par an et par MG.
- Une moyenne de 2 000 patients en file active par an et par MG.



*Figure 3 : Réalisation des SNP par les MG aveyronnais.*

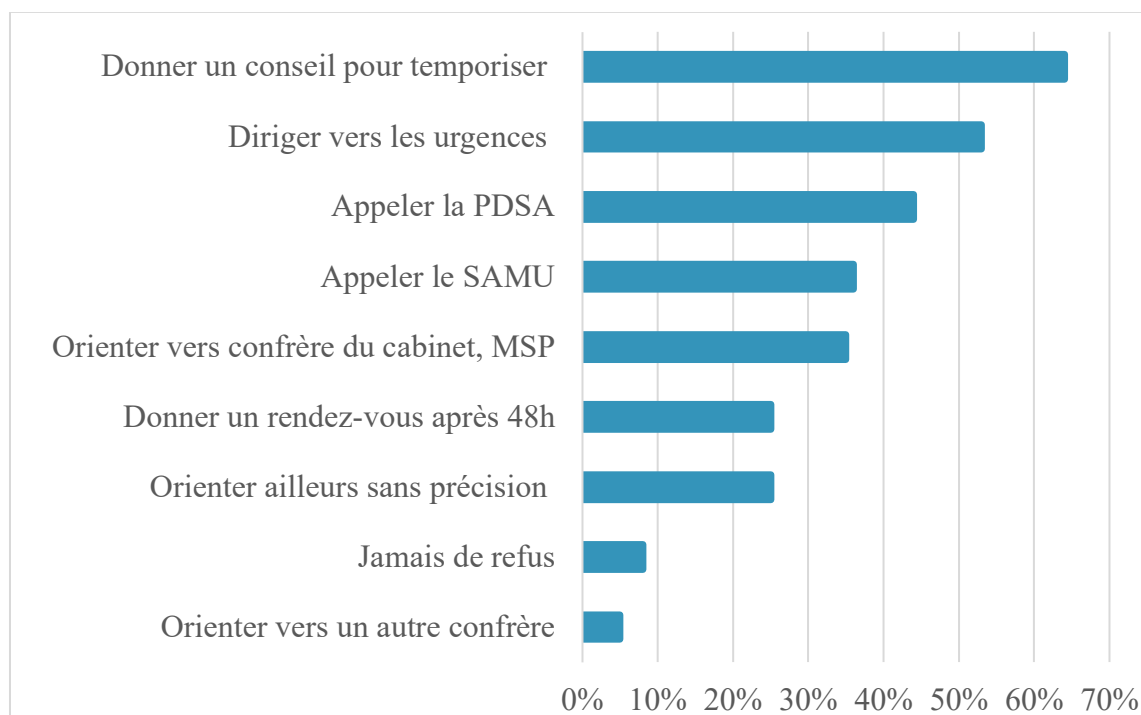


À la question « Comment recevez-vous les patients de SNP urgents ? » les MG recevaient les patients de SNP sur leur :



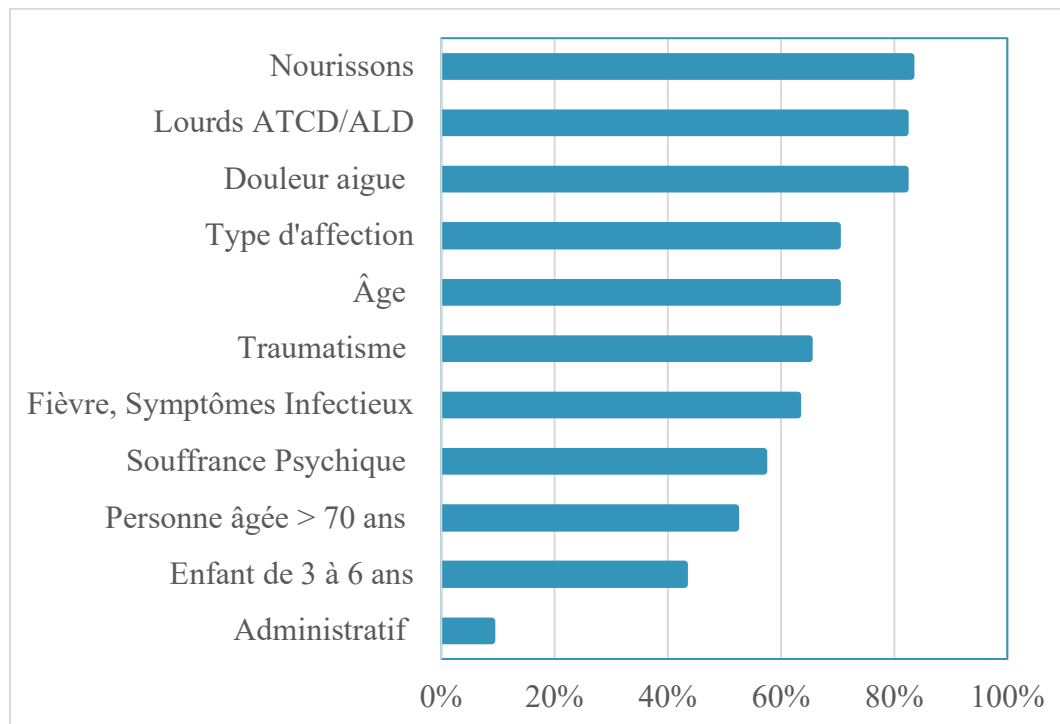
**Figure 4 : Place des SNP dans l'emploi du temps des MG**

« Dans le cas où vous êtes amené à refuser un patient demandeur de SNP urgents, quelle est votre attitude ? (1 ou plusieurs réponses possibles) »



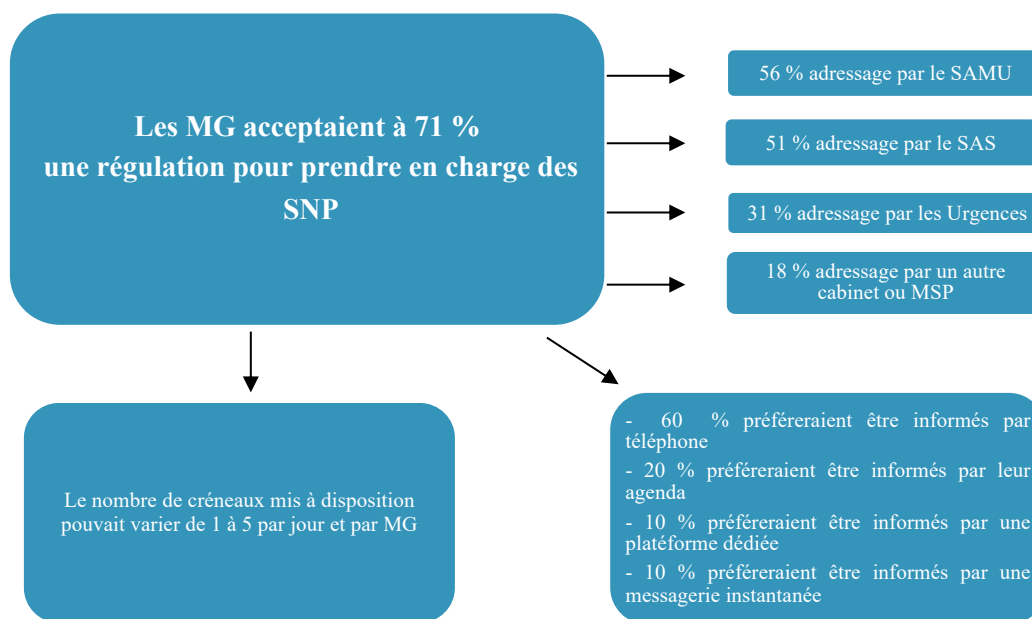
**Figure 5 : Orientation des patients ne pouvant pas accéder à un rendez-vous**

À la question « Quels sont les paramètres que vous prenez en compte pour accepter ou non un SNP urgent ? (1 ou plusieurs réponses possibles) »



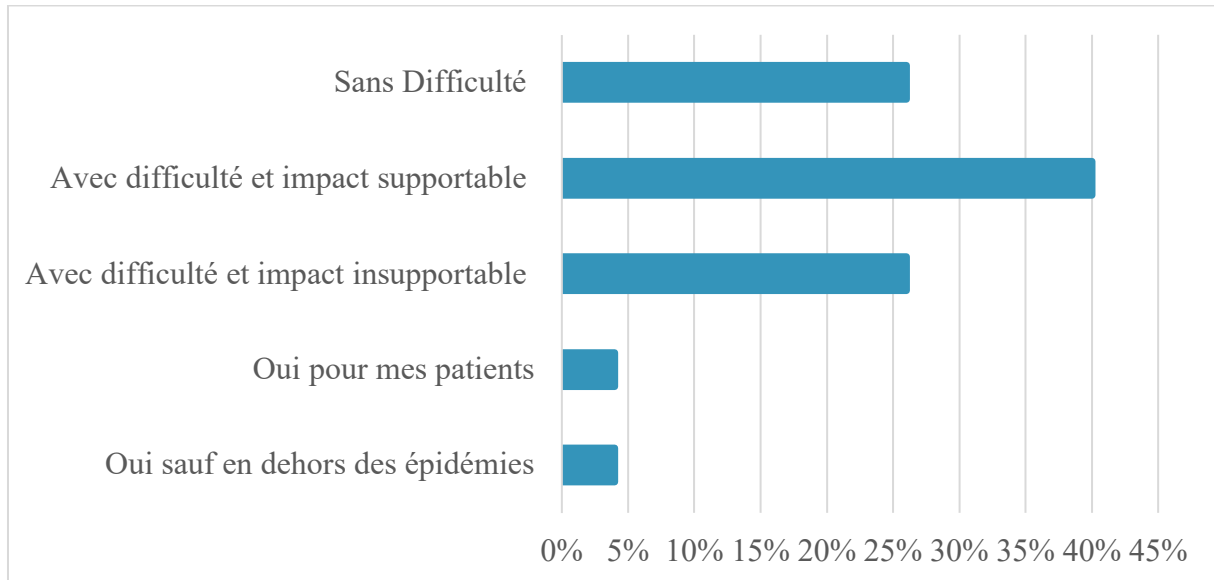
**Figure 6 : Paramètres médicaux influençant l'acceptation des SNP**

En cas d'acceptation de patients en SNP après régulation médicale, les MG déclaraient envisager d'accepter les modalités d'adressage et d'information suivantes :

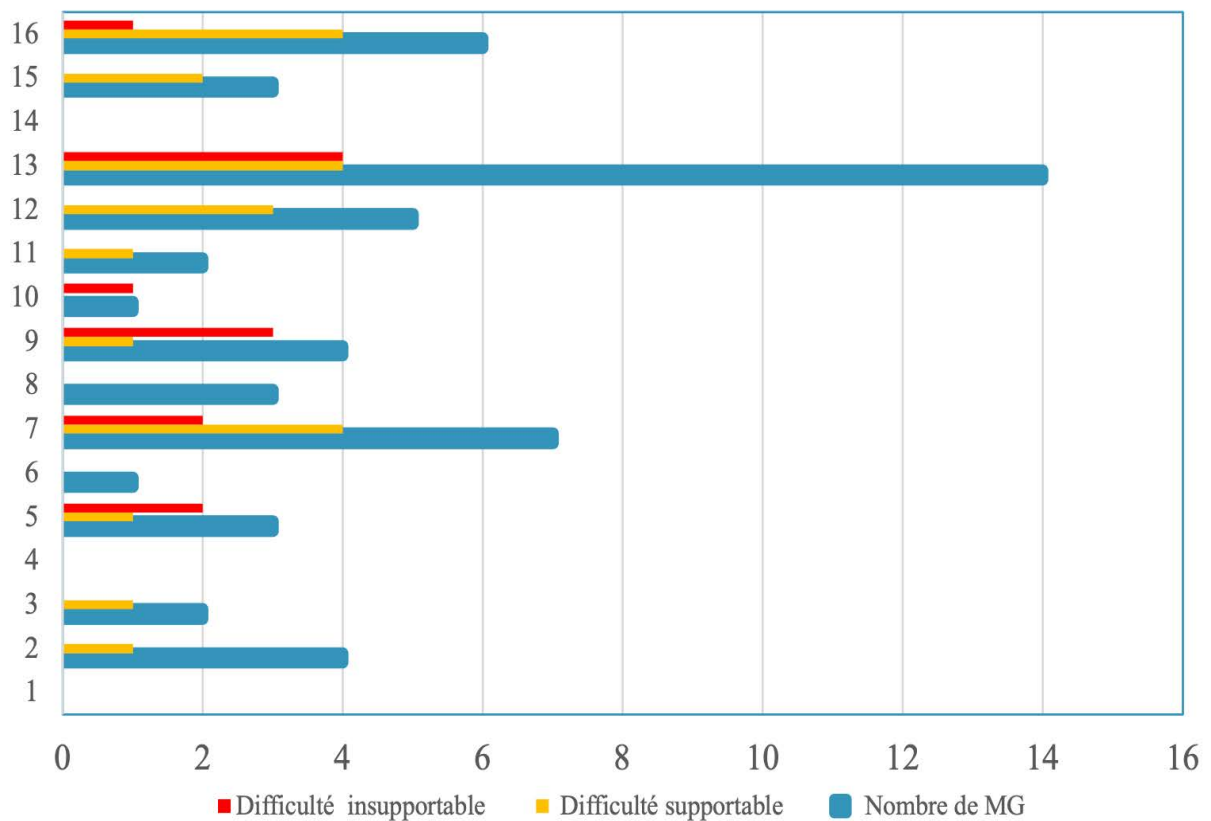


**Figure 7 : Régulation des SNP vue par les MG aveyronnais.**

À la question : « Actuellement vous considérez que votre organisation vous permet de répondre à la demande de SNP », les MG répondaient faire face :

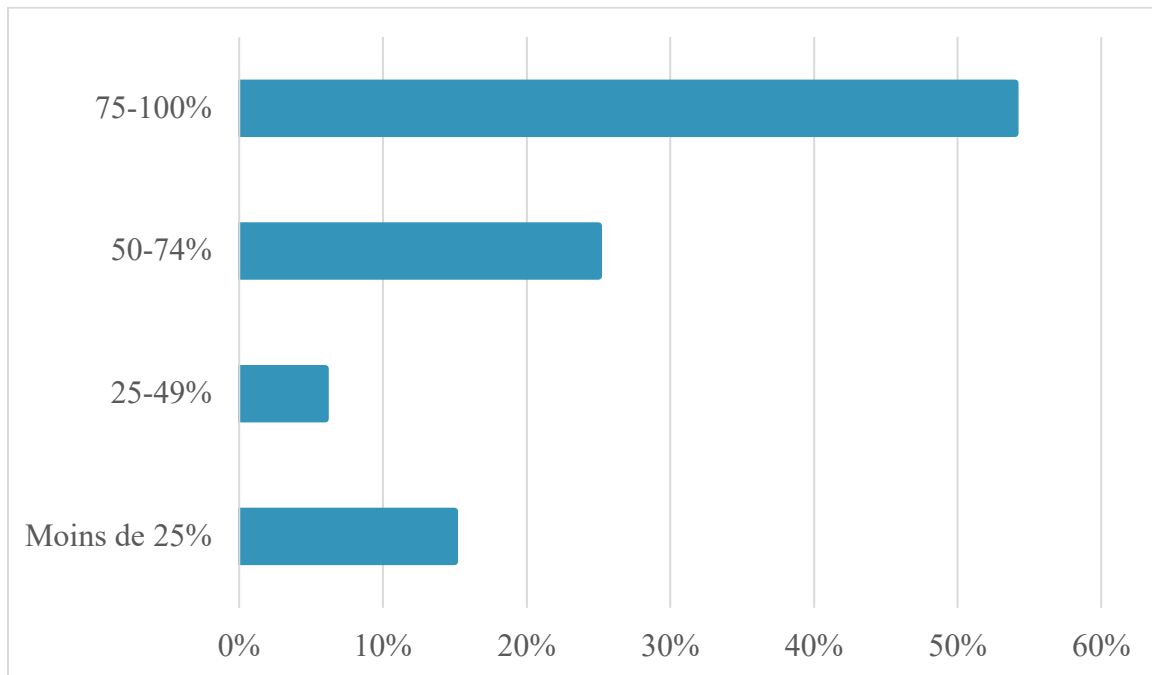


**Figure 8 : Difficultés de l'organisation des SNP par les MG Aveyronnais**



**Figure 9 : Difficultés face aux SNP en fonction des secteurs**

En quelle proportion estimez-vous répondre à la demande de SNP ?



*Figure 10 : Proportion estimée de réponses par les MG Aveyronnais pour les SNP*

**La gestion des SNP était d'autant plus difficile que la patientèle était importante (différence statistiquement significative  $p = 0,01$ ).**

### **Les principaux commentaires libres laissés étaient :**

« Le SNP oui mais territorialisé... Et je crois que nous gérons très bien la demande sur notre territoire en tout cas. »

« Il faut principalement à mon sens investir sur l'éducation à la santé et l'utilisation du système de soins pour réduire l'utilisation peu pertinente (qq cs urgentes sans justification médicale réelle (cf urgence ressentie vs urgence médicale)), et augmenter le nombre de praticiens sur le territoire pour répondre à la demande ; déléguer un effecteur à de la régulation fait tjs perdre une ligne de consultation en direct... »

« Nous faisons déjà du soin non programmé c'est hypocrite de nous l'imposer »

« Il ne faut pas que les SNP hors territoire nous empêche de voir nos SNP. Pour moi les SNP doivent se réguler comme lors des gardes, secteur dépendant. Il semble difficilement concevable de faire faire 1h de route aux patients pour consulter... Et hors période de "crise" il me semble que sur notre territoire nous arrivons à gérer les SNP »

« EDUQUER LES USAGERS EST UNE PRIORITE »

#### **IV. DISCUSSION**

Le principal enseignement de cette étude était que les MG participaient et s'organisaient activement dans la prise en charge des SNP sur leur territoire bien que des disparités et des difficultés subsistassent. Nous avons obtenu un taux de réponse par rapport à la population cible de 24,6 %. Parmi eux, 95 % participaient à la PDSA et 98 % étaient impliqués dans la réalisation des SNP. En moyenne, les MG aveyronnais réalisaient 26 consultations par jour dont 8 étaient dédiées aux SNP représentant ainsi 30 % de l'ensemble de leurs consultations. Les MG aveyronnais avaient un exercice dans un quart des cas en lien avec des SNP. Il existait divers types d'organisations pour la mise en œuvre des SNP, spécifiques aux médecins, à la structure ou au secteur dans lequel ils exerçaient. La majorité travaillait en groupe avec un secrétariat physique et des plages horaires dédiées aux SNP ; cependant il existait des difficultés variant selon les territoires.

L'originalité de notre travail résidait dans l'absence de publications traitant de la participation et de l'organisation des SNP par les MG aveyronnais. Il s'agissait de la première étude fournissant des chiffres concrets sur la réalisation des SNP dans le département de l'Aveyron. Bien qu'il existe des études portant sur les SNP, celles-ci concernent généralement différentes régions, départements où les réponses émanaient des patients. Une des forces de cette étude était le nombre de réponses obtenues représentant presque le quart des effectifs des MG aveyronnais. C'est un résultat représentatif permettant d'avoir une vue d'ensemble des MG dans les SNP. Un biais de sélection existait : les MG qui répondaient étaient plutôt sensibles aux sujets des SNP. Pour obtenir un taux de réponses le plus représentatif possible, nous avons dû relancer plusieurs fois les MG.

Une force ou une limite de cette étude était le contexte créant un biais d'évaluation. Les négociations conventionnelles entre les médecins et la CNAM n'avaient pas encore abouti et étaient toujours en cours à la date d'écriture. Les propositions faites avaient provoqué une forme d'incompréhension et de sentiment d'être méprisés chez les MG ; des appels à la grève avaient été formulés par les représentants syndicaux. Les premières discussions autour d'un projet de SAS aveyronnais avaient été envisagées puis temporairement retardées... C'est pour cela que le

questionnaire a été distribué sans attendre pendant la période estivale de 2023. En période épidémique, les réponses auraient peut-être été différentes ainsi que dans un autre contexte. De plus, en Aveyron, il y avait des discussions sur la PDSA, notamment dans l'optique de réorganiser les secteurs.

Une des limites est que nous nous sommes concentrés et centrés sur le MG. Il serait intéressant de savoir ce que mettent en place les MSP ou les CPTS concernant les SNP, sachant qu'une thèse est en cours sur la CPTS du Nord Aveyron.

Les facteurs influençant l'offre de soins des SNP sont multiples.

Dans un premier temps la démographie médicale en France, au 1<sup>er</sup> janvier 2022, comptait environ 85 000 MG en activité régulière. La moyenne annuelle des effectifs des MG en activité régulière est en baisse de 0,94 % par an sur la période de 2010 à 2022, entraînant la perte de 10 128 médecins en l'espace de 12 ans, soit 11 % de l'effectif (8). Il s'agit d'une constatation que nous ne pouvons changer dans l'immédiat malgré l'augmentation de l'effectif des médecins étrangers venant exercer en France ainsi que les médecins retraités continuant à exercer (21). Il faut désormais 10 ans pour former un MG et un retour à l'équilibre n'est prévu que d'ici 2035 (22). En Aveyron entre 2011 et 2022, nous avons constaté une diminution de 20,9 % de l'effectif suivi d'une légère augmentation de 0,3 % entre 2021 et 2022. Cette tendance à la hausse ne concerne que 23 départements en France ; l'Aveyron est souvent remarqué par sa démographie encourageante malgré le caractère rural et étendu du département (8). De plus, les demandes de SNP sont croissantes depuis des années entraînant une augmentation des demandes de consultations. La population vieillissante, l'augmentation des maladies chroniques nécessitant un suivi, sans compter les difficultés sociales et administratives, amplifient ces demandes (2).

Les caractéristiques des MG jouent aussi un rôle dans l'offre de soins. La tendance nationale connaît une féminisation de la profession atteignant 52,5 % contre 64 % dans notre étude (8) ; environ 55 % en Aveyron sachant que les femmes ainsi que les jeunes médecins consacrent en moyenne moins de temps de consultation hebdomadaire à leurs patients (23), (24). L'âge moyen était de 43 ans dans notre étude contre 50 ans au niveau national (8) ce qui démontre une installation importante de jeunes MG. Cela souligne aussi l'importance que les jeunes MG accordent aux SNP et notamment les femmes. Pour 31 %, l'installation remonte à moins de 5 ans,

montrant l'attractivité de l'Aveyron. La thèse réalisée en 2021 par les Dr Cros et Marquot montrait les motivations à l'installation des MG en Aveyron avec notamment une bonne qualité de vie (25). Les jeunes MG semblent adopter un rythme de travail plus en phase avec la société actuelle, privilégiant un équilibre entre leurs vies professionnelle et privée et se tournant de plus en plus vers une activité salariée et de groupe (2), (6), (7), (10), (26), (27), (28). Les MG aveyronnais travaillaient en moyenne 4 jours par semaine en dehors des gardes (qui s'élevaient à une moyenne de 2 à 3 par mois) avec des variations selon les secteurs, sans compter les réunions et les tâches administratives. Le nombre de semaines de congés était majoritairement compris entre 4 et 8 semaines. En comparaison, en 2012, les MG travaillaient alors 4 jour et demi par semaine avec une proportion plus élevée chez les médecins plus âgés et chez les hommes ce qui est légèrement supérieur comparé à notre étude. En moyenne, 5,7 semaines de congés ont été observées en 2019 selon la littérature ce qui concorde avec notre étude (23), (24). La médecine évolue tout comme les pratiques. Même si la nouvelle génération souhaite trouver un équilibre entre vies privée et professionnelle, ce n'est pas pour autant qu'ils ne réfléchissent pas aux moyens de mieux s'organiser pour répondre aux SNP, la preuve avec la participation à cette étude.

Il est difficile d'évaluer précisément l'activité des SNP par les MG. Selon notre étude, les MG aveyronnais déclaraient participer à la réalisation des SNP à hauteur de 98 % tandis que, selon la DRESS en 2020, 8 médecins sur 10 s'organisaient pour la prise en charge des SNP (12). Les SNP représentaient en moyenne 30 % de l'activité des MG aveyronnais. D'après la DRESS en 2019, les SNP représentaient 30 % de l'activité d'une semaine pour 4 MG sur 10 (12). Un temps de consultation non négligeable est dédié aux SNP et en augmentation durant cette période. Il est important de noter que l'Aveyron présente une population à la fois rurale, polypathologique et vieillissante qui demande du temps de consultation dont les MG doivent tenir compte dans leur agenda (17). La difficulté pragmatique réside donc dans l'organisation de l'agenda de consultations pour équilibrer la proportion des plages dédiées aux SNP et des plages dédiées aux soins programmés : une fois une « trame » approximative arrêtée, il convient encore de l'adapter aux aléas des besoins/demandes (selon l'épidémiologie saisonnière automno-hivernale, la traumatologie et les accidents en zone touristique, etc...).

En ce qui concerne la PDSA, depuis 2002, elle est basée sur le volontariat et la déontologie individuelle. D'après un rapport de la CNOM sur l'année 2022, la participation des MG aveyronnais était entre 50 et 75 % (Annexe 4) (29) un pourcentage nettement plus bas que celui



observé dans notre étude qui indiquait une participation à hauteur de 95 % majoritairement en effecton. Les résultats révèlent qu'un quart des MG aveyronnais avaient un exercice en lien avec les SNP. Cette différence peut résulter de l'engagement des répondants de notre étude plus sensibilisés aux SNP. Selon la DRESS en 2020, 3 MG sur 10 répondaient à la totalité des demandes de SNP et 45 % répondaient à plus de la moitié de ces demandes (12). En Aveyron, la majorité des MG soit 80 % déclaraient répondre à plus de 50 % des demandes de SNP. Cependant, ils rencontraient néanmoins des difficultés face à ces demandes, impactant plus ou moins leur pratique quotidienne, à hauteur de 65 %. Les impacts des SNP retrouvés dans la littérature sont le stress quotidien, la surcharge de travail, la frustration de ne pas pouvoir recevoir tous les patients... ce qui engendrait un raccourcissement du temps de consultations (16).

L'organisation est primordiale pour faire face à ces demandes : dans 90 % des cas, les MG aveyronnais s'organisaient en mettant en place des créneaux dédiés pour la réalisation des SNP principalement pris le jour même. Certains, en fonction de la demande, prenaient du temps sur leur pause, sur leurs visites programmées et doubblaient les créneaux pour s'adapter à la demande quotidienne. Dans la littérature, dans le sud de la Gironde, en Franche-Comté et en Île-de-France, on retrouve également ces créneaux mais en proportion moindre : respectivement 65 %, 46 %, et 39 % (6). Le moyen de prise de rendez-vous pour les SNP se faisait d'abord par le secrétariat puis par le médecin et parfois directement via une plateforme informatique. Le secrétariat était formé dans 70 % des cas pour la prise de rendez-vous des SNP en Aveyron. Dans le travail de thèse du Dr Raffi et du Dr Ung, le processus de tri des SNP par le secrétariat est complexe et subjectif portant sur différents facteurs tels que les consignes des médecins, la disponibilité des plannings, l'expérience du secrétariat et l'attitude du patient (30). De nombreuses études indiquent qu'avoir un secrétariat permet une meilleure gestion des demandes de SNP (6), (10), (16). Actuellement, il n'existe pas de formation spécifique à la gestion de ces demandes par le secrétariat (1).

Le secrétariat joue un rôle primordial dans la prise de rendez-vous avec le filtrage ainsi que dans l'organisation des plannings pour gérer efficacement les SNP.

Le secrétariat devrait disposer d'éléments pour prioriser et utiliser des algorithmes dans des cas généraux afin de gérer les demandes de rendez-vous pour les consultations de médecine générale, même si chaque appel est différent, avec des facteurs intrinsèques et extrinsèques influençant la prise de décision.

Nous avons essayé de synthétiser les ressources et proposer un schéma pragmatique : Nous pouvons envisager, grâce aux protocoles établis par le SAMU pour les appels médicaux d'urgences pour les ARM une première partie comprenant les caractéristiques du patient, nom, prénom, date de naissance, numéro de téléphone, adresse puis le motif de consultation avec des signaux d'alerte concernant certains symptômes présents, comme une douleur thoracique (voir Figure 11), qui nécessite la transmission de l'appel à un médecin. Ensuite, il est évalué si le patient doit être vu en urgence, auquel cas le SAMU est sollicité, ou s'il peut être vu dans la journée par un MG, devant être vu mais une temporisation est possible et dans le dernier cas le rendez-vous peut être remis ultérieurement car non urgent. Pour cela, on demande à nouveau le motif de consultation, les antécédents du patient, ainsi que son état général (perte de poids, diminution de l'appétit, de l'hydratation, présence de fièvre, tolérance), depuis quand les symptômes sont apparus, s'ils évoluent ou non, leur intensité (évaluée sur une échelle de 0 à 10), la présence de symptômes associés et toute prise de médicament éventuelle. Ensuite il faut prioriser les demandes, d'après notre étude les MG aveyronnais priorisaient l'accès aux SNP : aux nourrissons, aux personnes avec des antécédents médicaux lourds ou en affection de longue durée (ALD). Le type d'affection jouait un rôle dans la prise de rendez-vous des SNP, notamment pour les syndromes infectieux et les douleurs aiguës, ce qui correspond également aux constatations de la littérature (11). Il existe donc une priorité en fonction du patient et du motif de la demande qui est globalement similaire entre les MG. Enfin, il est important de résumer la situation au patient de manière éducative, en lui expliquant les différentes étapes ayant conduit à la décision de lui accorder ou non un rendez-vous pour une consultation de SNP, ainsi que les numéros à joindre en cas de besoin, tels que ceux de la MSP, de la CPTS s'il existe une prise en charge spécifique pour les SNP, de la PDSA (116 117), du SAS (15), ou du SAMU (15). Comme le protocole du Dr Godet chez les enfants ayant de la fièvre (Annexe 5). Cela doit donner une conduite à tenir au patient ou au secrétariat. En cas de doute, un avis du MG doit être sollicité au minimum par message (Figure 11). Il est important de rappeler que le secrétariat relève de la responsabilité du MG, mais le secrétariat ne saurait donner des conseils médicaux ni prendre de décision médicale : en ce sens le tri des demandes de SNP par le secrétariat ne constitue pas une régulation médicale.

Dans notre étude, les MG étaient favorables à accepter des rendez-vous pour des SNP hors MT. La file active des MG en moyenne était quasiment le double de leur nombre de patients MT démontrant ainsi la réalité de la prise en charge de patients en dehors de leur patientèle. Le travail en groupe était largement privilégié avec seulement 7 % des MG exerçant seuls et près de 70 % exerçant en MSP ; plus de la moitié travaillait au sein d'une CPTS créée ou en projet

de création. Un taux bien plus élevé que la moyenne nationale selon la littérature en 2022 : 40 % des MG exerçaient en MSP et 70 % en groupe (27).

L'objectif du travail en groupe mis en place par les MSP et CPTS est de collaborer en structurant et mutualisant les ressources disponibles qu'elles soient humaines et matérielles en optimisant le temps ou en en dégageant. L'idée est de proposer une organisation adaptée pour faire face à la demande des SNP. La généralisation d'un roulement entre les médecins d'une structure par demi-journées pourrait être envisagée afin de mieux répondre aux SNP d'une structure ou du territoire proche. Cependant, il arrive parfois que cela soit encore insuffisant.

Dans cette optique, la CPTS intervient avec des moyens plus conséquents en termes d'organisation et d'effectifs.

La délégation de certaines tâches aux paramédicaux vise également en contexte restreint d'offre de soins, à optimiser le temps médical transformant ainsi le MG en un "manager". Il doit gérer la coordination entre les pharmaciens et les différents paramédicaux. De plus, depuis quelques années, de nouveaux intervenants apparaissent comme les assistants médicaux faisant office de « super secrétaire » pouvant réaliser des tâches administratives (bon de transport, arrêt maladie, passage de la carte vitale, prises de rendez-vous chez les spécialistes) mais aussi la réalisation de test Covid, Grippe, Streptotest et la prise des paramètres vitaux sous la responsabilité du MG. Ils pourraient éventuellement participer aux filtrages des demandes de SNP en lien avec le MG. Les infirmiers ASALEE sont une aide supplémentaire réalisant des actes de préventions, de dépistages et d'éducatifs : ils permettent de dégager du temps pour le médecin. De même les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) ont en plus un droit de prescription pour le renouvellement d'ordonnance chez des patients chroniques équilibrés sous la supervision du MG (32). La communication entre la ville et l'hôpital est importante grâce à la mise en place de lignes directes, de messageries instantanées, de réseaux spécifiques qui ont pour objectif de faciliter ce lien ainsi que la prise en charge des patients. Tout cela implique la mise en œuvre de projets, de protocoles définissant le rôle de chaque intervenant tout en gérant les aspects : médical, administratif et financier. Une personne dédiée à la coordination est indispensable pour son bon fonctionnement. Par exemple dans le cas d'une cystite simple chez une patiente apyrétique, sans douleur lombaire avec une bandelette urinaire positive aux leucocytes après la mise en place d'un protocole en lien avec le MG, le pharmacien serait autorisé à délivrer une antibiothérapie.

L'objectif est d'aider les MG dans leur quotidien pour qu'ils puissent gagner du temps de consultation médicale notamment pour la réalisation des SNP, en supplément de leur activité dite basale. Cela implique que les médecins et les autres professionnels de santé acceptent d'adapter leur pratique quotidienne. L'objectif est de prendre en charge des patients supplémentaires en fonction des besoins sans que cela ait un impact négatif sur les patients actuels ni ne déplace le problème ailleurs. C'est une nouvelle façon de s'organiser et de travailler nécessitant un accompagnement avec la participation à des formations, une meilleure communication entre tous les professionnels que ce soit en ville et à l'hôpital (32). Dans notre étude, il n'y a pas eu de question à ce sujet. Il serait intéressant d'étudier l'impact des paramédicaux dans la prise en charge des SNP. Les informations doivent être centralisées pour que chacun ait accès aux données nécessaires à la prise en charge du patient ce qui est en train d'être réalisé avec le Dossier Médical Partagé (DMP). Fin 2023, il y avait 9,6 millions de patients ayant un DMP actif et 33 000 médecins y déposant des documents. C'est une évolution mais encore bien loin des attentes (33).

Du fait de la diminution de la démographie médicale, la délégation de tâches est de plus en plus présente et encouragée par l'État. Cependant des interrogations persistent quant à la formation des professionnels pour ces nouvelles responsabilités qui évoluent rapidement. La prise en charge médicale des patients sera-t-elle efficace ? Il est essentiel de veiller à ne pas instaurer une médecine à deux vitesses susceptible d'entraîner une perte de chance, un retard diagnostique pour certains patients ni de favoriser l'émergence d'un nomadisme médical avec une surconsommation de soins.

Certains professionnels ont l'impression que leur travail leur est dérobé, engendrant des tensions entre différentes professions et créant une forme de frustration et d'incompréhension pouvant nuire à leur collaboration.

D'autres alternatives telles que les téléconsultations ont pu être proposées pour favoriser l'accès aux SNP, mais en Aveyron elles sont encore peu pratiquées : peut-être en raison de leurs inadéquations à la population du territoire. La majorité des patients utilisant la téléconsultation ont moins de 40 ans et résident en milieu urbain, ce qui ne correspond pas à la population aveyronnaise (34). De plus on constate certaines dérives concernant les téléconsultations, ce qui nécessite de nouvelles réglementations : cela concerne notamment les prescriptions d'arrêts de travail excessives, et l'agrément des plateformes médicales dirigées vers l'aspect financier. Il s'agit de discuter une forme de consumérisme médical dans un cadre d'exercice médical potentiellement en mode dégradé. Les téléconsultations réalisées au sein d'une plateforme donnent lieu à une

prescription d'antibiotiques 2,5 fois plus élevée, (soit 14,7 % contre 5,8 %) par rapport aux téléconsultations réalisées par un MG libéral, et le taux de re-consultations dans la semaine y est augmenté de 20 % (35). Cependant, la téléconsultation pourrait être utile dans un objectif de filtrage/régulation et de pré-consultation en présentiel si besoin. Il existe désormais la création de centres de SNP, majoritairement présents dans les grandes agglomérations, ayant pour objectif de réduire le recours aux urgences.

L'augmentation seule des créneaux et des plages horaires résoudra-t-elle véritablement le problème ?

Il est primordial d'assurer un accès aux soins mais il convient de souligner que les SNP réalisés et le degré d'urgence ne sont pas les mêmes selon les perceptions des médecins et des patients : cela nécessite une sensibilisation éducative des patients (1). Par ailleurs, cette approche pourrait engendrer des coûts supplémentaires, une prise en charge plus volatile et des prescriptions excessives d'examens et de médicaments contribuant ainsi à une certaine surconsommation de soins alors que l'objectif est plutôt l'inverse (36).

L'éducation des usagers joue un rôle central car le patient est l'acteur principal de sa santé. Dans l'étude du Dr Lassoutanie, il existe une différence significative entre l'urgence perçue par le patient et celle évaluée par le MG lors des demandes de SNP (1), (36). Depuis quelques années, on remarque une tendance sociétale à l'immédiateté et à la « consommation de soins ». Les patients ont accès à de multiples informations, ils sont de plus en plus informés et sont attentifs à leur état de santé avec une anxiété pouvant naître selon les informations consultées. Chaque patient réagit différemment face à une situation avec un degré d'urgence qui lui est propre. Comme souligné : « en sociologie et en anthropologie, la maladie est appréhendée selon trois facettes en interaction : sa dimension médicale, son expérience subjective et sa réalité socioculturelle. Ainsi, les déterminants qui conduisent le patient à recourir au système de soins sont propres à chaque individu et ne peuvent pas être réduits au seul symptôme » (1). Pour cela, les médecins et les professionnels de santé doivent faire preuve de pédagogie pour éduquer les patients, ce qui passe par des messages clés et une organisation à suivre : affichage dans la structure, distribution de fiches informatives et lors de consultations, ce qui est chronophage (Annexe 6), (37). Le développement de la e-santé participe à cette éducation. Il existe désormais des influenceurs santé présents sur différents réseaux sociaux permettant une diffusion de l'information avec une certification grâce à leur RPPS. Les MG interviennent aussi dans l'édu-

cation des patients au sujet des sources d'informations consultées. L'État doit également intervenir en transmettant des messages simples, des consignes et des numéros à contacter en cas de besoin à une échelle élargie. Il n'existe pas de campagne grand public développée pour éduquer la population au juste accès aux soins. Dernièrement depuis la pandémie Covid, des messages audio/télévisuels tels que « Si vous ne pouvez joindre votre médecin traitant, appelez le 15 » ont été promus, contre productifs car accélérant l'engorgement des centres 15 et négligeant la réflexion individuelle des patients sur un accès aux soins juste et éclairé.

Cependant, si un rendez-vous n'est pas possible à un moment donné ou si le patient n'arrive pas à joindre le secrétariat ou son MT, que peut-il être entrepris ?

Dans notre étude, nous avons observé que lorsque le patient n'avait pas la possibilité de prendre rendez-vous, il recevait en priorité un conseil téléphonique. Ensuite, il lui était recommandé d'aller aux urgences, d'appeler la PDSA ou le SAMU 15 ou encore d'essayer auprès d'un autre MG sans précision. Dans des études plus étendues, la moitié des cas était orientée vers le MG, un tiers vers une structure coordonnée, environ un cinquième vers une structure libérale de SNP et enfin un quart vers les urgences ou le SAMU (8). La PDSA en Aveyron est régulée par un MG qui est disponible en composant anciennement le 3966, devenu le 116 117 depuis janvier 2024 pour toute la région de 20h à 8h. Ce numéro permet d'obtenir un contact avec un MG régulateur et une adaptation de la prise en charge du patient.

Faudrait-il l'étendre sur la journée ?

L'État propose diverses solutions à travers le plan "Ma santé 2022" notamment la mise en place du SAS visant à garantir l'accès aux soins à chaque patient tout en favorisant la collaboration et la mutualisation des ressources. Ces propositions de lois ne font pas l'unanimité chez les MG (32).

Les MG aveyronnais étaient favorables à une régulation, à hauteur de 70 % tandis qu'en 2021, en France, seulement 40 % des MG y étaient favorables d'après l'étude du Dr Vieira Toni Braz (10). Les méthodes de régulation acceptées par les MG aveyronnais de notre étude étaient le SAMU ou le SAS à 50 % si ce dernier était disponible en Aveyron et les urgences à 30 %. Le contact privilégié serait par téléphone directement, puis par les agendas des MG, ou par une plateforme dédiée. Le nombre de créneaux disponibles resterait à définir mais pourrait varier

d'une consultation à cinq par jour et par MG, en fonction des MG. Une chose paraît évidente, si les MG ne sont pas en faveur de cette démarche cela ne pourra pas fonctionner sereinement, ainsi que l'appui de la régulation déjà mise en place par la PDSA.

La mise en place d'une régulation en Aveyron par le SAS ou par un autre moyen pourrait-elle améliorer l'accès aux soins ?

Le SAS n'est pas encore présent sur le territoire aveyronnais. Le SAS a été mis en place dans le but de diminuer le passage par les urgences et de permettre un accès aux soins pour chaque patient par une régulation médicale. En Aveyron, en 2021, le nombre moyen de passages aux urgences était de 215 par jour (20). Il est essentiel de se mettre à la place de chacun et de comprendre les difficultés rencontrées du côté des urgentistes : ils sont confrontés à des augmentations de passages parfois injustifiées avec des difficultés de personnels et de places d'hospitalisations d'aval structurelles, ceci les obligeant désormais à réguler l'accès à certains services d'urgences. De leur côté, les MG subissent également une augmentation des demandes de consultations avec une offre médicale en diminution et l'accroissement des tâches dans une optique d'amélioration de la qualité des soins. Depuis des années nous assistons à une centralisation des soins avec la fermeture de petits centres hospitaliers et de lits d'hospitalisation, compliquant la prise en charge des patients localement (38). Redonner de l'attractivité médicale notamment grâce aux terrains de stages pour les internes de toutes spécialités avec l'encadrement adéquat semble une nécessité. Il est essentiel de travailler ensemble et de collaborer pour prendre en charge les SNP.

D'après notre étude, les MG réalisaient et s'impliquaient dans la prise en charge des SNP. Le filtrage des demandes apparaît comme un des points cruciaux. La régulation médicale des appels doit permettre une meilleure orientation et accessibilité des patients dans le parcours de soins, surtout lorsque ces derniers ne peuvent pas accéder à leur MG. La régulation médicale permet aux MG régulateurs, après avoir identifié la problématique posée par le motif d'appel, de proposer une prise en charge médicale adaptée. Cette prise en charge peut être : un conseil médical, parfois avec télé-prescription médicamenteuse, une consultation auprès d'un MG effecteur, un adressage aux urgences. La participation des MG à la régulation est freinée par la crainte du risque médico-légal (minime en pratique), ainsi qu'un manque d'aisance pour prendre une décision médicale sur les seuls éléments d'interrogatoire sans examen clinique. De plus cet exercice clinique pâtit de son absence d'intégration dans la pratique et la formation de tous les

MG. La formation ainsi qu'une première approche à la régulation ou à l'effecton doivent être généralisées durant les études et les stages pratiques : cela est déjà entrepris dans le DES de médecine générale à Toulouse. Le développement des lieux de régulation délocalisée est à travailler pour permettre une plus grande participation des MG surtout dans un département vaste comme l'Aveyron. Le SAS serait joignable en composant le 15. Attention cependant à la surcharge crainte des appels et au risque de saturation des lignes téléphoniques du 15 : généraliser le 116 117 en journée permettrait de sanctuariser l'accès au centre 15 pour les urgences vitales, sans négliger les appels de SNP. Cela passe encore par l'information et l'éducation auprès des patients pour savoir qui contacter et dans quelle situation : la thèse du Dr Demeure a permis d'élaborer par méthode de consensus une affiche destinée aux salles d'attente des cabinets de MG et des urgences. Elle détaillait les caractéristiques de motifs d'appels nécessitant un recours au 15 ou un recours aux SNP du MT. En Aveyron, un MG sur deux serait favorable au SAS. La Figure 11 permet de visualiser l'articulation entre le triage des demandes de SNP par les secrétariats des MG et un potentiel SAS.

Les SNP sont une problématique présente au-delà des frontières françaises.

En France, en Allemagne, en Espagne ou en Italie, la régulation médicale est dite « simple » (1 « gatekeeper ») : elle est réalisée par le seul médecin régulateur. En Suède et au Royaume-Uni, des centres jouent un rôle différent de filtrage, triage, régulation et consultation : une première analyse situationnelle via une « pré-consultation » voire une consultation est réalisée par un infirmier dédié et spécifiquement formé ; puis les médecins interviennent si besoin dans un second temps. Ces pays donnent donc une plus grande responsabilité aux infirmiers : cela est décrit comme un "double gatekeeping" (39). Ce poste infirmier n'existe pas en France à la régulation : cela pourrait être le rôle d'un « super-ARM », ou par la création d'un nouveau poste d'Infirmier de Régulation (à l'instar de IOA, l'Infirmier d'Orientation et d'Accueil, qui est posté en 1<sup>ère</sup> ligne des services d'accueil d'urgences), sous la supervision d'un MG ou d'un médecin urgentiste régulateur.

Le système de régulation médicale en Europe varie d'un pays à l'autre mais implique généralement des organismes gouvernementaux, des organismes professionnels et des cadres juridiques visant à garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité de la pratique médicale. D'après le tableau ci-dessous la gestion de la régulation médicale en Europe présente des différences d'un pays à l'autre en raison des divers systèmes de santé et des réglementations propres à chaque pays :



- La centralisation et décentralisation : certains pays européens ont une approche centralisée de la régulation médicale (Royaume-Uni) où une autorité nationale unique est responsable de la délivrance des licences, de l'établissement des normes de pratique et de l'application des réglementations dans tout le pays. D'autres pays adoptent une approche décentralisée, où les autorités régionales ou locales jouent un rôle plus important dans la régulation médicale (France, Espagne).
- La structure des organismes de régulation : les structures des organismes de régulation médicale varient également. Certains pays ont des organismes indépendants dédiés à la régulation médicale, tandis que dans d'autres, cette fonction est intégrée dans le ministère de la santé ou d'autres organes gouvernementaux ici l'Allemagne, la France, Suède, Espagne, Italie, Royaume-Uni.
- Le cadre légal et réglementaire : les lois et réglementations régissant la pratique médicale diffèrent d'un pays à l'autre en termes de normes de pratique, de procédures de délivrance des licences, de réglementation des traitements médicaux, de responsabilité médicale.
- La relations professionnelles : les relations entre les organismes de régulation médicale et les associations professionnelles de médecins peuvent varier selon les pays. Dans certains cas, ces organismes collaborent étroitement pour élaborer des politiques et des normes, tandis que dans d'autres, il peut y avoir des tensions ou des désaccords.

	Responsabilisation des patients	NTIC	Partage d'activité	Sous-traitance de la permanence des soins	Coordination ville/hôpital
<b>Allemagne</b>	Clivage entre ex-Allemagne de l'Est et l'Ouest sur recours aux soins (recours aux urgences hospitalières plus fréquent dans les nouveaux <i>Länder</i> ). Mésusage du système de permanence des soins.	Pas de modèle unique en termes d'accès téléphonique à la permanence des soins. Développement d'une plate-forme intranet pour les offreurs de soins. Carte e-santé introduite en 2006.	Triage médical.	Occasionnelle (dans le cadre du modèle urbain de permanence des soins).	Fragmentation des soins hospitaliers et ambulatoires. Expérimentations en cours.
<b>Espagne</b>	Campagnes de communication régulières impulsées par les Régions autonomes (affichage). Réorientation des patients s'étant rendus inutilement à l'hôpital sans appel préalable.	Centre unique d'appels dans chaque Région autonome, organise la coordination des services sanitaires et non sanitaires (pompiers, police). Transmission de résultats par Internet entre offreurs de soins.	Triage médical ou infirmier.	Dans quelques Régions autonomes, sous-traitance des services de permanence de permanence au secteur privé.	Expérimentations de systèmes d'interconnexion entre médecins de soins primaires et spécialistes.
<b>France</b>	Campagnes de communication ponctuelles. Mésusage du système de permanence des soins.	Généralisation des services d'aide médicale urgente (Samu), centres uniques d'appels.	Triage médical (régulation du Samu, pouvant être assuré par le centre d'appel d'une association de permanence des soins si interconnexion Samu).	Occasionnelle (dans le cadre du modèle urbain de permanence des soins).	Engorgement de la régulation des appels et insuffisante coordination ville-hôpital. Phase d'expérimentation.
<b>Italie</b>	Absence de campagne de communication. Mésusage du système de permanence des soins.	Numéro de première urgence unique et numéros multiples de cabinets de permanence des soins.	Triage médical (médecin de permanence des soins selon des <i>guidelines</i> ).	Non.	Expérimentations multiples de systèmes de centralisation des appels.
<b>Royaume-Uni</b>	Campagnes de communication ponctuelles (affichage, spots radio). Transfert automatique des appels sur numéro centralisé. Réorientation des patients s'étant rendus inutilement à l'hôpital sans appel préalable.	Permanences téléphoniques : NHS Direct en Angleterre – NHS 24 en Écosse Téléconsultations A & E.	Triage infirmier : prédiagnostic, contrôle de routine, conseils pour problèmes de santé mineurs, orientation vers un médecin de permanence ou un service d'urgence. Infirmières spécialisées dans les maladies chroniques.	Oui. Essentiellement à des coopératives de MG (délégation de services), notamment avant le nouveau contrat GMS.	Centralisation des données relatives au parcours du patient : « traçabilité ».
<b>Suède</b>	Campagnes de communication : « pages bleues », pages Internet, livrets d'information pour contacter numéro de permanence. Ticket modérateur plus élevé en cas d'accès direct aux services hospitaliers et découragement par listes d'attente Réorientation dans les soins primaires si soins hospitaliers non nécessaires.	Généralisation des centres d'appels d'information sur la santé, joignables en permanence (centralisé pour la moitié des comtés – objectif pour les autres). Contacts électroniques pour prise de rdv ou renouvellement ordonnances. Objectif à terme : interconnexion nationale.	Triage infirmier : prédiagnostic, contrôle de routine, conseils pour problèmes de santé mineurs, orientation vers un médecin de permanence ou un service d'urgence. Infirmières spécialisées dans les maladies chroniques.	Non. Mais expérience ponctuelle d'un système « SOS médecins » récemment supprimé.	Intégration des soins : unités de soins primaires d'urgence accessibles en ville (MG) et unités d'urgence hospitalières (MG-MS).

Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. « Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède ». [Internet] *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3 (2006) : 91-119 ; En ligne : <https://doi.org/10.3917/rfas.062.0091> Consulté le 10 mai 2023

De la ville (en bleu) à l'hôpital (en vert), allant du filtrage par les secrétariats des MG à la régulation par le Médecin régulateur dans le cadre des SNP.

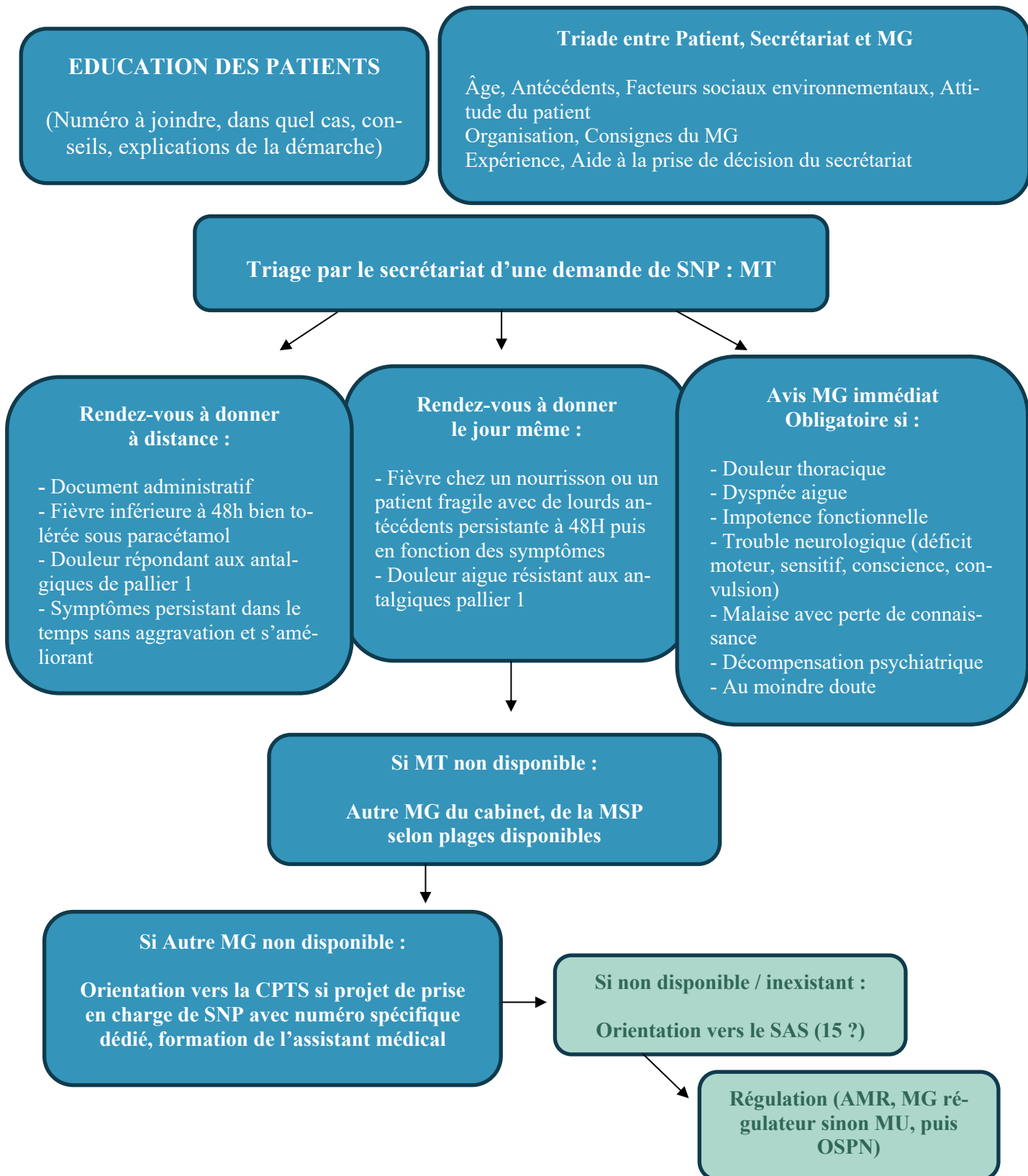


Figure 11 : Triage d'une demande de SNP par le secrétariat du MT

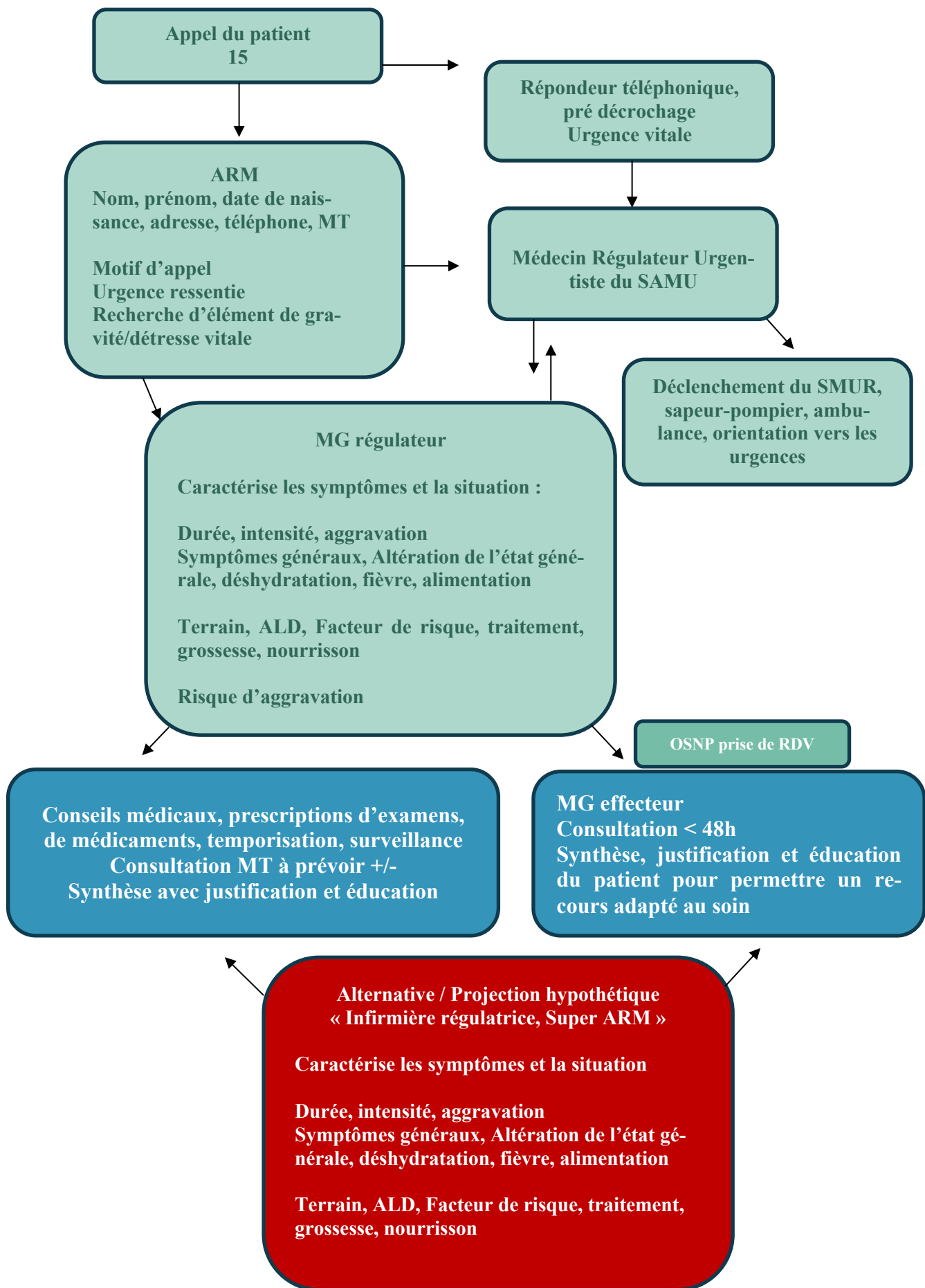


Figure 12 : Orientation après régulation d'une demande de SNP

L'objectif est qu'à chaque niveau il y ait un protocole avec une décision, une orientation pour le patient et sa prise en charge. Pour cela, il faut une organisation avec des créneaux dédiés pour les SNP. D'après des premiers retours, moins de 10 % des appels du SAS se concrétisent en une consultation en présentiel, ce qui montre que la majorité des demandes ne sont pas urgentes et que le conseil ainsi que la temporisation sont prédominants (40). Une personne spécialement dédiée - l'Opérateur de Soins Non Programmés (OSNP) - est prévue pour fixer ensuite le rendez-vous afin d'éviter une perte de temps pour le médecin régulateur. La communication est essentielle entre l'OSNP et le MG. La régulation par un MG est privilégiée car il est plus familier avec les conseils téléphoniques et le recours aux soins primaires.

Cependant de nombreuses interrogations subsistent notamment sur le temps médical à dédier que ce soit pour la participation à la régulation ou pour les créneaux mis à disposition. L'intégration des médecins retraités et des médecins remplaçants pourrait être une aide supplémentaire mais des contraintes réglementaires rendent cela complexe et laborieux. Le bon fonctionnement du SAS dépendra essentiellement du nombre de participants MG et des possibilités de chacun. On peut craindre une surcharge des demandes et des lignes téléphoniques, des demandes injustifiées des patients, si la mise en place du SAS ne s'accompagne pas d'une campagne d'information et d'éducation des usagers sur le juste soin. Par ailleurs on peut également craindre un nomadisme médical et des distances de consultation trop importantes. Ce parcours de soins peut venir compliquer la prise en charge des patients ayant un MT avec la crainte d'une diminution des créneaux disponibles. Une attention particulière doit être portée afin de ne pas fragiliser ou mettre en difficulté les patients et les MG d'un secteur, d'une structure ce qui pourrait expliquer le refus de certains médecins déjà submergés par les demandes. Cependant, d'un point de vue plus global, ne serait-ce pas une aide pour mieux gérer les demandes de SNP pour ceux qui éprouvent des difficultés notamment sur certains territoires permettant une vraie régulation et pas un simple triage ?

L'objectif du SAS est de rendre accessibles les soins à tous avec les moyens humains et matériels disponibles du territoire. Pour cela il n'y a pas de méthode unique mais une organisation est à acquérir en fonction des moyens disponibles. La démographie médicale joue un rôle central dans cette difficulté. On pourrait essayer d'y pallier en déléguant ce qui est possible et raisonnable, et que chacun y participe. Il est certes important de soulager les structures d'urgences mais force est de reconnaître l'importance des soins premiers non programmés réalisés par les MG. Si les soins premiers sont surchargés et n'arrivent plus à gérer l'offre de soins, une

répercussion directe sur les services d'urgences et hospitaliers pourrait se faire ressentir. Les MG aveyronnais participent à cette prise en charge des SNP du territoire et sont même prêts à fournir des efforts supplémentaires qui doivent être partagés et valorisés. Toutefois la qualité de travail est une chose primordiale, voire essentielle aujourd'hui : un juste équilibre individuel est recherché entre la réponse aux enjeux de santé publique locaux et les capacités de charge de travail individuelles. La spécialité de MG doit recevoir toute l'attention qu'elle mérite pour la prise en charge des patients sous peine de déséquilibrer notre système de santé.

Une nouvelle étude sur le SAS pourrait être réalisée en Aveyron - si celui-ci était mis en place - pour réaliser une évaluation de son impact sur les SNP. Une étude qualitative serait également intéressante pour étudier les difficultés des MG face aux SNP. Il serait intéressant de se pencher sur les fonctionnements de différentes MSP, CPTS et les protocoles en place pour permettre une meilleure organisation et prise en charge des SNP.

Les points importants sont :

- Le secrétariat avec l'organisation, le filtrage, la formation, au sein des cabinets de MG
- L'éducation des patients
- Le travail en collaboration et en mutualisant les ressources disponibles
- La régulation des demandes de SNP
- La valorisation du travail de chacun et l'attractivité du territoire.

## V. CONCLUSION

Les SNP occupent une place prépondérante dans les discussions du système de santé français avec les MG en tant qu'acteurs clés de leur prise en charge. Plusieurs facteurs influent sur ces demandes mais la principale raison demeure la démographie médicale. Bien que l'État et les structures d'urgences encouragent les MG à accroître leur prise en charge, il serait intéressant de connaître les actions déjà entreprises par les MG. L'objectif de notre étude était d'évaluer si les MG aveyronnais effectuaient des consultations de SNP ? Dans quelle mesure ? S'il existait une organisation pour y faire face ? À cette fin, nous avons mené une étude quantitative, descriptive, observationnelle et transversale en interrogeant les MG aveyronnais.

Selon nos résultats, avec un taux de réponse de 24,6 % par les MG aveyronnais, les SNP représentaient 30 % des consultations, 98 % des MG en réalisaient. La majorité affirmait répondre à plus de 50 % des demandes et la moitié à plus de 75%. Pour près des deux tiers d'entre eux, des difficultés liées aux SNP impactaient leur pratique quotidienne variant selon les territoires. Nous pouvons dire que les MG aveyronnais participaient et s'organisaient activement à la prise en charge des SNP de leur territoire.

L'organisation en groupe, via les MSP au niveau local et les CPTS à un autre niveau, était plébiscitée pour faciliter la prise en charge des SNP. L'objectif était de libérer du temps médical grâce à une meilleure organisation et délégation des tâches. La plupart des MG avaient des créneaux dédiés aux demandes de SNP impliquant une adaptation de leur mode de travail. Le rôle du secrétariat et de sa formation est central dans la réponse aux demandes de SNP tout comme la sensibilisation et l'éducation des patients. La régulation médicale émerge comme une alternative pour prioriser les demandes et améliorer l'accès aux soins, 70 % des MG aveyronnais y étaient favorables. Il faut pour cela recruter des Médecins régulateurs notamment MG. Nous pourrions créer un nouveau poste « d'infirmier d'accueil et de régulation » à l'instar de l'IOA à l'accueil des urgences, comme mis en place dans certains pays notamment en Suède et au Royaume-Uni.

Il n'existe pas de solution unique. Si la démographie médicale était suffisante, le problème serait moins complexe et essentiel. Il est important de tenir compte des ressources disponibles du

territoire, notamment à l'échelle locale, afin de réaliser des améliorations objectives. Cela implique des échanges entre les MG, l'hôpital et les administrations. Bien que cette étude se soit concentrée sur les MG, une extrapolation à l'organisation d'une MSP ou d'une CPTS pourrait être envisagée pour évaluer les pratiques en place et leurs inconvénients.

Des questions subsistent quant à l'efficacité du SAS en journée pour améliorer la prise en charge des patients et leur accès aux soins. D'autres études, si le SAS était en place, seraient envisageables à des fins d'évaluation du dispositif.

Pour finir, le développement de l'intelligence artificielle pourrait-elle jouer un rôle dans l'amélioration de l'accès aux soins et la prise en charge des patients ?

**Signatures et tampons :**

**Doyen de la Faculté**

Vu + Permis d'imprimer  
À Toulouse, le 17/04/2024

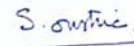
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation, le Doyen - Directeur du Département de  
Médecine, Maïeutique et Paramédical  
Pr Thomas GEERAERTS



**Président de Jury**

Faculté de Santé  
Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical

Professeur Stéphane OUSTRIC  
Coordonnateur du D.E.S de Médecine Générale





## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES SELON VANCOUVER**

1. Lassoutanie N. « Urgence estimée par le patient versus urgence évaluée par le médecin dans le cadre des soins non programmés en médecine générale. » Thèse d'exercice de médecine ; Toulouse ; Université Paul Sabatier 3 ; 2021-1102
2. Mesnier T. « Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires » [Internet] Mai 2018 ; En ligne : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf) Consulté le 19 mars 2023
3. Ministère de la santé et des sports « Parcours de soins coordonnés » [Internet] Septembre 2009 ; En ligne : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours\\_de\\_soins\\_coordonne\\_a\\_1\\_hopital-3.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_1_hopital-3.pdf) Consulté le 4 avril 2023
4. Légifrance « Article 36 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance ». [Internet] ; En ligne : [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000020879483](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483). Consulté le 26 mars 2023
5. Les établissements de santé édition 2021 « DREES La médecine d'urgence 25 » [Internet] ; En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2025%20-%20La%20m%C3%A9decine%20d%E2%80%99urgence.pdf> Consulté le 16 mai 2023
6. Chevillot D, Zamord T, Durieux W « Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde » [Internet] Santé Publique 33, no 4 (2021) : 517-26. Aout 2022 ; En ligne : <https://doi.org/10.3917/spub.214.0517> Consulté le 23 avril 2023
7. Gouyon M, Labarthe G, « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats », [Internet] Études et résultats, DREES, n° 471, Mars 2006 ; En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er471.pdf> Consulté le 11 avril 2023
8. François A. « Atlas de la démographie médicale en France » [Internet] ; En ligne : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/11jksb5/cnom\\_atlas\\_demographie\\_medicale\\_2022\\_tome\\_1.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf) Consulté le 10 avril 2023

9. Chaput H, Monziols M, Ventelou B. « Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale » [Internet] DRESS n°1140, Janvier 2020 ; En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf> Consulté le 11 avril 2023
10. Vieira Toni Braz D. « État des lieux de l'organisation de la prise en charge des patients nécessitant une consultation non programmée dans la journée par les médecins généralistes français » Thèse d'exercice de médecine ; Nantes ; Université de Nantes ; 2021-178
11. Valle F. « Gestion des consultations non programmées en cabinet de médecine générale : Quels avantages et inconvénients selon le mode d'exercice » Thèse d'exercice de médecine ; Lyon est Claude Bernard ; 2017-385
12. Chaput H, Monziols M, Ventelou B. « Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés » [Internet] DRESS n°1138, Janvier 2020 ; En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf> Consulté le 16 mars 2023
13. Bouet P. « Ma santé 2022 des paroles aux actes » mars 2019 ; [Internet] ; En ligne : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_synthese\\_ma\\_sante2022.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_synthese_ma_sante2022.pdf) Consulté le 21 mars 2023
14. Légifrance « Arrêté du 23 février 2021 abrogeant l'arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence et fixant la liste des établissements de santé expérimentateurs ». N°30 [Internet] ; En ligne : [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000043220420](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000043220420) Consulté le 26 mars 2023
15. Bondel B. « Satisfaction des patients sur les soins non programmés : étude quantitative en maisons de santé pluriprofessionnelle universitaires normandes » Thèse d'exercice de médecine ; Rouen ; 2022
16. Sander C. « Le médecin généraliste et les soins non programmés. Une étude concernant le ressenti des médecins généralistes libéraux meusiens face à la prise en charge des urgences » Thèse d'exercice de médecine ; Nancy ; 2010
17. Agence régionale de santé « Portraits de territoires - AVEYRON » Novembre 2022, [Internet] ; En ligne : <https://www.prs-occitanie.ars.sante.fr/media/105417/download?inline> Consulté le 21 octobre 2023

18. Conseil National de l'Ordre des Médecins. « Résultats de recherche » [Internet] ; En ligne : <https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire/resultats>. Consulté le 26 mars 2023
19. Fédération nationale CPTS. « Cartographie Aveyron » [Internet] ; En ligne : <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-departementale-des-cpts/cartographie-aveyron/>. Consulté le 29 mai 2023
20. Bonnet E, Delisle E, Ganichot M. Panorama Occitanie 2021 « Activité des structures d'urgence » [Internet] Panorama Occitanie 2021 ; En ligne : [https://oruoccitanie.fr/wp-content/uploads/2022/10/Panorama-2021\\_oct2022.pdf](https://oruoccitanie.fr/wp-content/uploads/2022/10/Panorama-2021_oct2022.pdf) Consulté le 21 mars 2023
21. Ordre national des médecins « Démographie médicale : situation 1<sup>er</sup> janvier 2023 » [Internet] Juin 2023 ; En ligne : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_presentation\\_atlas\\_2023.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_presentation_atlas_2023.pdf) Consulté le 22 octobre 2023
22. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J. « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? » [Internet] DRESS Mars 2021 n°76 ; En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf> Consulté le 15 septembre 2023
23. Chaput H, Monziols M, Fressard L. « Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine » [Internet] DRESS 2019 n°1113 ; En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf> Consulté le 3 avril 2023
24. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E. « Les emplois du temps des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques » [Internet] DRESS. Mars 2012 n°797 ; En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-emplois-du-temps-des-medecins-generalistes> Consulté le 3 avril 2023
25. Cros E, Marquot L. « Déterminants et motivations à l'installation des médecins généralistes ambulatoires en Aveyron » Thèse d'exercice en médecine, Toulouse ; Université Paul Sabatier 3 ; 2021 097
26. Bachelet M, Anguis L. « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. » [Internet] DREES. 2017 ; n°1011 ; En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1011.pdf> Consulté le 12 septembre 2023

27. Bergeat M, Vergier N, Verger P. « Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 » [Internet] DRESS octobre 2022 ; n°1244 ; En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/er1244EMB.pdf> Consulté le 13 avril 2023
28. Ghirdidlian Salvarelli T. « Soins non-programmés au sein d'une CPTS : vision des médecins libéraux de premier recours du territoire » Thèse d'exercice de médecine, Université Côte d'Azur ; Nice, 2022
29. Conseil National de l'Ordre des Médecins « Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2022 » [Internet] ; En ligne : [https://www.conseil-national-medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/ryu87g/cnom\\_rapport\\_pdsa\\_2022.pdf](https://www.conseil-national-medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/ryu87g/cnom_rapport_pdsa_2022.pdf) Consulté le 13 octobre 2023
30. Raffi T, Ung C. « Comment les secrétaires médicales en cabinets de médecine générale trient-elles les demandes de soins non programmés ? » Thèse d'exercice de médecine générale, Toulouse Paul Sabatier 3, 2016-1041.
31. Godet C « Impact d'un protocole de conseils pour les fièvres non graves de l'enfant en régulation médicale » octobre 2023 ; Thèse d'exercice de médecine ; Grenoble
32. Lesage AL. « Ressenti de médecins généralistes sur les mesures proposées dans le plan : "Ma santé 2022 » pour favoriser l'accès aux soins en médecine ambulatoire », septembre 2020 ; Thèse d'exercice de médecine ; Amiens ; 2020-45
33. Ameli « Mon espace santé : la dynamique est lancée » [Internet] Octobre 2023 ; En ligne : <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/mon-espace-sante-la-dynamique-est-lancee> Consulté le 10 novembre
34. URPS Médecin Occitanie « Vaste étude sur la pratique de la téléconsultation en région île de France » [Internet] Décembre 2023 ; En ligne : <https://www.medecin-occitanie.org/vaste-etude-sur-la-pratique-de-la-teleconsultation-en-region-ile-de-france/> Consulté le 8 janvier 2024
35. MG France « Plateformes et cabines de télé consultation » [Internet] décembre 2023 ; En ligne : <https://www.mgfrance.org/publication/communiquedepresse/3426-plateformes-et-cabines-de-tele-consultation-mg-france-demande-des-contrôles-accrus> Consulté le 17 mars 2024.
36. Blasi C. « Actualités de l'Urgence - Soins non programmés : l'éducation des patients pointée du doigt ». [Internet] Société Française de Médecine d'Urgence, Septembre

- 2016 ; En ligne : [https://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/soins-non-programmes-l-education-des-patients-pointee-du-doigt/new\\_id/58811](https://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/soins-non-programmes-l-education-des-patients-pointee-du-doigt/new_id/58811) Consulté le 20 mars 2023
37. Corrad F, Werner A. « Fièvre enfant : que faire si votre enfant a une température élevée ? » [Internet] septembre 2023 ; En ligne : <https://www.mpedia.fr/art-fievre-enfant/> Consulté le 29 mars 2024
38. DRESS « Les capacités d'accueil à l'hôpital » [Internet] 2021 ; En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/Fiche%2002%20%20Les%20capacités%20d'accueil%20à%20l'hôpital.pdf> Consulté le 17 novembre 2023
39. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. « Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède ». [Internet] Revue française des affaires sociales, n° 2-3 (2006) : 91-119 ; En ligne : <https://doi.org/10.3917/rfas.062.0091> Consulté le 10 mai 2023
40. Ourliac M « La place du médecin généraliste régulateur au sein du SAS 86 » avril 2022 ; Thèse d'exercice de médecine ; Poitiers
41. Praznocy-Pépin C. « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale en Ile-de-France », [Internet] juin 2007 ; En ligne : [https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2007/Etude2007\\_7/2007\\_recoursSoins\\_urgences\\_1\\_.pdf](https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2007/Etude2007_7/2007_recoursSoins_urgences_1_.pdf) Consulté le 11 avril 2023
42. Cohen L, Génisson C, Savary RP « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé » [Internet] Sénat n°685. En ligne : [http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html) Consulté le 6 avril 2023
43. Leicher C. « CPTS et territoire » [Internet] N°56 p.81-92, 2019 ; En ligne : <https://doi.org/10.3917/regar.056.0081> Consulté le 21 février 2023
44. Rist S. « Ma proposition de loi » [Internet] ; En ligne : <http://stephanierist.fr/ma-proposition-de-loi/> Consulté le 16 février 2023
45. Ministère de la santé et de la Prévention, Esante.gouv.fr. « Service d'accès aux soins (SAS) » [Internet] ; En ligne : <https://esante.gouv.fr/sas> Consulté le 23 mars 2023
46. Agence Régionale de Santé Occitanie « Éléments de contexte pour un diagnostic régional » [Internet] avril 2017 ; En ligne : [https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/DIAGNOSTIC\\_REGIONAL\\_PRS\\_20170427.pdf](https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/DIAGNOSTIC_REGIONAL_PRS_20170427.pdf) Consulté le 3 avril 2023

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : Cartographie de l'Aveyron



Agence régionale de santé « Portraits de territoires - AVEYRON » Novembre 2022, [Internet] En ligne : <https://www.prs-occitanie.ars.sante.fr/media/105417/download?inline>

## ANNEXE 2 : Activité des urgences de l'Aveyron.

	12	CH de Rodez	CH de Millau	CH de Villefranche-de-Rouergue	CH de Decazeville	CH de Saint-Affrique
<b>ACTIVITÉ SMUR</b>						
Nombre de lignes						
Nombre de missions primaires						
Évolution 2020/2021						
Nombre de transferts secondaires						
Évolution 2020/2021						
<b>ACCUEIL DES URGENCES</b>						
Nombre de passages	78 805	30 771	15 407	13 389	10 596	8 642
Évolution 2020/2021	+12,4%	+14,3%	+8,0%	+10,4%	+15,3%	+13,6%
Médiane de passages par jour	216	84	41	36	29	24
Nombre de RPU transmis	78 805	30 771	15 407	13 389	10 596	8 642
Exhaustivité du recueil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Score qualité	161,5	147,4	144,8	144,7	177,2	193,2
<b>Selon le type de patient</b>						
Age médian (ans)	46	44	44	48	50	45
Part des patients hors région (en %)	5,1	3,9	7,5	5,1	5,4	5,0
Part des patients < 15 ans (en %)	16,5	19,6	16,3	12,6	13,7	15,8
Évolution 2020/2021 pour les < 15 ans	+27,4%	+33,6%	+28,1%	+13,7%	+25,9%	+20,7%
Part des patients ≥ 75 ans (en %)	19,6	20,3	16,9	21,2	20,8	17,8
Évolution 2020/2021 pour les ≥ 75 ans	+8,0%	+6,0%	+10,6%	+8,4%	+13,0%	+4,6%
<b>Selon l'arrivée aux urgences (en %)</b>						
Horaires PDSA	43,1	44,8	43,3	43,9	40,6	38,9
Nuit [20h-08h]	23,7	26,0	23,0	24,8	20,8	18,9
Nuit profonde [00h-08h]	10,3	11,3	9,2	11,6	8,9	8,2
CCMU Exploitable	51,0	66,9	22,2	0,0	72,8	98,9
CCMU 1	13,0	13,9	-	-	9,0	14,8
CCMU 4-5	1,3	1,5	-	-	0,8	1,6
Transport exploitable	92,8	83,4	98,6	99,9	98,0	98,7
Smur	1,7	2,4	1,2	1,5	1,4	1,2
VSAV	4,3	0,9	1,2	9,4	7,1	8,7
Ambulance	13,9	14,4	18,8	11,9	12,4	8,6
<b>Selon le type d'urgences (en %)</b>						
Diagnostic principal exploitable	51,9	66,9	21,9	0,0	80,7	97,4
Traumatologie	37,7	38,3	-	-	38,1	38,1
<b>Selon le mode de sortie (en %)</b>						
Mode de sortie exploitable	99,2	99,6	99,7	99,9	97,4	98,6
Hospitalisation	24,4	32,8	18,1	23,1	14,7	19,1
dont transfert vers un autre établissement	1,5	0,5	3,2	0,5	3,9	0,7
<b>Durée de passage</b>						
Durée de passage exploitable (en %)	99,8	99,8	99,8	100,0	99,9	99,0
Durée médiane	2h26	3h43	1h59	2h05	1h39	1h21
Durée médiane lors d'un RAD	2h06	3h14	1h41	2h01	1h30	1h11
Durée médiane lors d'une hospitalisation	4h05	5h01	4h12	2h20	3h02	2h42
Part pris en charge en moins de 4h (en %)	70,7	53,8	76,0	81,9	84,3	88,1

Hausse d'activité pour tous les SU du département avec une augmentation plus importante pour le CH de Rodez en lien avec la forte hausse pédiatrique et pour le CH de Decazeville qui enregistre la plus forte hausse gériatrique du département

Les données dont les taux d'exploitabilité sont < à 50% ne sont pas présentées

Bonnet E, Delisle E, Ganichot M. Panorama Occitanie 2021 « Activité des structures d'urgence » Panorama Occitanie 2021

## ANNEXE 3 : Auto-questionnaire



### **État des lieux de l'activité de soins non programmés, réalisés par les médecins généralistes aveyronnais.**

Bonjour

Vous êtes médecin généraliste, installé ou en collaboration en Aveyron : ce questionnaire est pour vous.

Ce questionnaire a été élaboré dans le cadre de mon travail de thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en médecine sous la direction du Pr DELAHAYE portant sur les soins non programmés en médecine générale et en particulier sur l'activité que vous y consacrez.

L'objectif de cette étude est de savoir quelle est l'activité des soins non programmés réalisée par les médecins généralistes aveyronnais et donc de montrer si les médecins aveyronnais participent activement à la prise en charge des soins non programmés sur leur territoire.

Pour la réalisation de ce travail votre participation est essentielle : ceci pour obtenir le meilleur reflet possible de votre engagement quotidien sur le terrain et recueillir vos difficultés.

Pour participer à cette étude, il vous suffit de remplir ce questionnaire où les données seront **anonymisées (les réponses n'apparaîtront que sous forme globale par secteur et non par médecin)**.

Il est possible d'y répondre soit :

- Informatiquement via un lien GoogleForm® adressé par mail [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScV9J8ALPnrizgpTaVdQ39Z9li8yCbdQi9owO3LVaE9OX\\_IGg/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScV9J8ALPnrizgpTaVdQ39Z9li8yCbdQi9owO3LVaE9OX_IGg/viewform?usp=sf_link)
- Par questionnaire papier, avec retour par enveloppe timbrée fournie
- Par téléphone.

**Les questions 14, 15 et 17 sont devenues optionnelles.**

Merci d'avance pour le temps que vous y accorderez et de votre participation.

**Tarayre Quentin**

*Interne en médecine générale*

*Université Paul Sabatier Toulouse*

*Mail de contact : [thesedumg.quentin@gmail.com](mailto:thesedumg.quentin@gmail.com)*



**Questionnaire :**  
**Activité de Soins Non Programmés des Médecins généralistes aveyronnais**

**1<sup>ère</sup> Partie**

1. Êtes-vous ? (1 seule réponse possible) :  Une femme  Un homme  Sans précision
2. Quel âge avez-vous ? .....
3. Depuis quand êtes-vous installé en Aveyron ? (1 seule réponse possible)  
 < 5 ans  5-14 ans  15-29 ans  > 30 ans
4. Quel est votre mode d'exercice ? (1 seule réponse possible)  
 En cabinet Seul  En cabinet de groupe  MSP (Maison de santé pluriprofessionnelle)
5. Êtes-vous membre d'une CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) en place ou en cours de construction ?  OUI  NON
6. Vous exercez en milieu (1 seule réponse possible) :  
 Rural  Semi-rural  Urbain
7. Êtes-vous maître de stage universitaire ?  OUI  NON
8. Avez-vous une activité particulière ? Par exemple : Médecin Pompier, urgentiste ....  OUI  NON  
Si oui merci de préciser quelle activité ? .....
9. Le service d'accueil d'urgence le plus proche est à moins de 30 minutes en voiture ?  OUI  NON
10. Quel est votre secteur de garde PDSA (Permanence Des Soins Ambulatoires) (1 seule réponse possible)  
.....
11. Effectuez-vous des gardes de PDSA (Permanence Des Soins Ambulatoires) ?  OUI  NON
12. Si oui :  
 En Régulation (par l'APPNUM12) → Combien par mois en moyenne ? ..... /mois en moyenne  
 En Effectif (Consultations et Visites à domicile) → Combien par mois en moyenne ? ..... /mois en moyenne

**2<sup>ème</sup> partie :**

13. Combien de consultations réalisez-vous en moyenne par jour au cabinet ? (1 seule réponse possible)  
 Moins de 20  20-24  25-29  30-34  35 et plus
14. Combien de consultations réalisez-vous par an environ ? (Voir votre RIAP, Relevé Individuel d'Activité et de Prescription)  
.....
15. Combien de visites à domicile effectuez-vous par an environ ? (Voir votre RIAP) .....
16. Combien de patients avez-vous déclarés en tant que médecin traitant environ ? (Voir Amelipro) .....
17. Combien de patients avez-vous en file active sur 2022 ou 2021 environ (Voir Amelipro) ? .....
18. Acceptez-vous de nouveaux patients en tant que médecin traitant ?  OUI  NON  Exceptionnellement
19. Combien de demi-journées travaillez-vous par semaine ? .....
20. Combien de semaines de congés prenez-vous par an ? (1 seule réponse possible)  
 Moins 4 semaines  4 à 8 semaines  9 semaines et plus
21. Réalisez-vous des SNP ? (Appel de patient demandant une consultation dans les 24 à 48 heures) :  OUI  NON
22. Combien de consultations de SNP réalisez-vous par jour en moyenne au cabinet ? (1 seule réponse possible)  
 Moins de 2  2 à 5  6 à 10  11 à 19  20 et plus

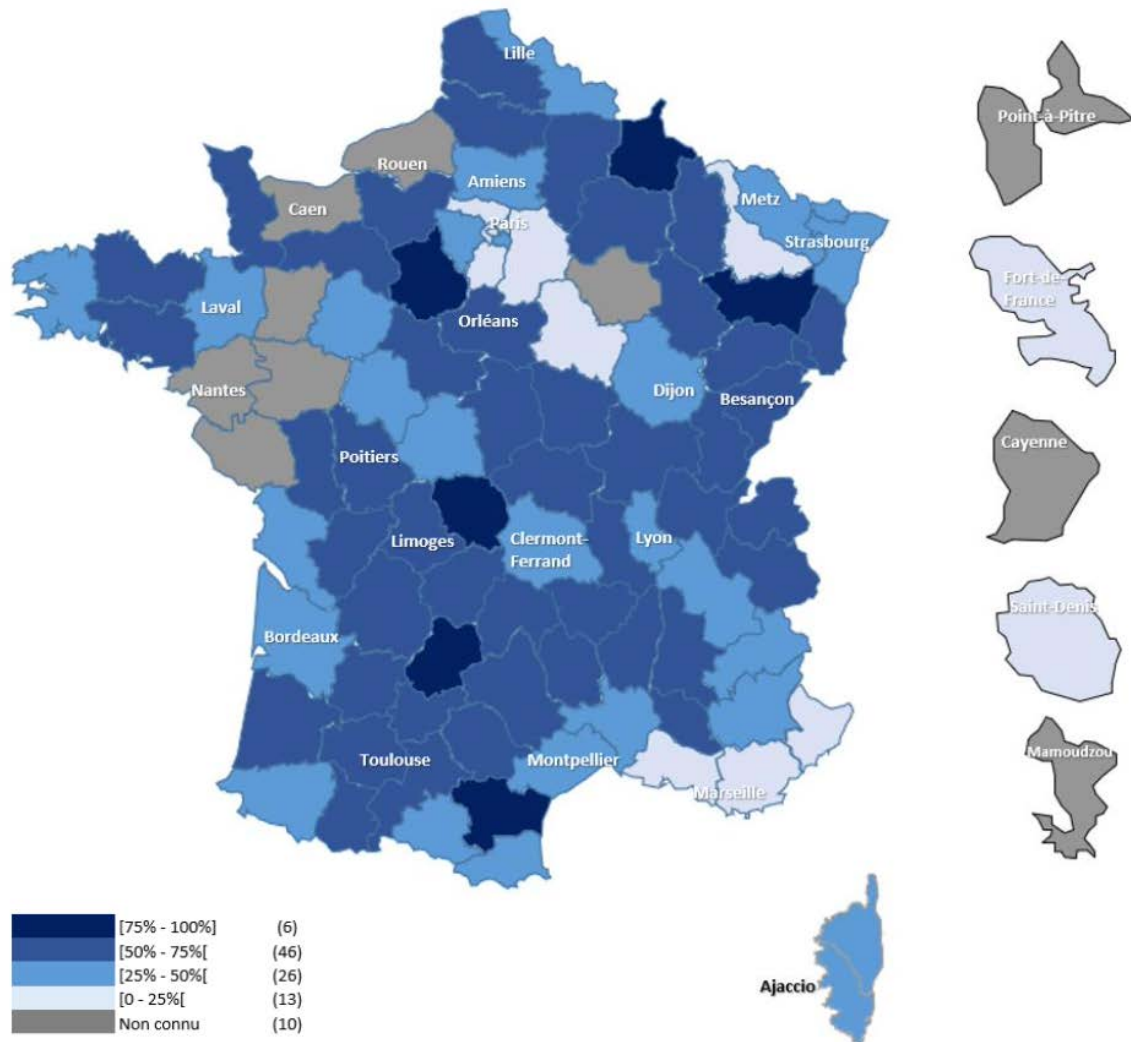
**3<sup>ème</sup> Partie :**

23. Quel est votre mode de consultation en général ? (1 seule réponse possible)  
 Sur rendez  Sans rendez-vous  Mixte
24. Combien de demi-journée(s) par semaine avez-vous réservée(s) aux consultations sans rendez-vous ? .....
25. Comment les patients prennent-ils rendez-vous pour les consultations programmées non urgentes ? (Plusieurs réponses sont possibles)
  - Secrétariat présentiel
  - Secrétariat téléphonique à distance.
  - Plateforme informatique
  - Vous-même
  - Autre (Précisez SVP) :
25. Avez-vous formé votre secrétaire au triage des demandes de SNP urgentes (formation, liste de critères/mots clés, arbre décisionnel...) ?  OUI  NON
26. Comment recevez-vous les patients de SNP urgents ? (Plusieurs réponses possibles)
  - Sur rdv : certains créneaux de rdv sont dédiés spécifiquement
  - Sur votre temps de pause (déjeuner ou le soir après les rdv programmés non urgents)
  - Sur le temps des visites à domicile
  - Sur rdv : entre deux rdv programmés, ou en doublant un créneau de consultation programmée
  - Sans rdv sur une plage horaire spécifiquement dédiée (préciser nombre de demi-journée ou horaire).....

27. Comment le patient peut-il accéder à ces plages/créneaux de SNP urgents ? (*Plusieurs réponses possibles*)
- Accès direct par plateforme informatique, motif de « rdv urgent »
  - Filtrage/triage par le secrétariat téléphonique ou présentiel
  - Filtrage/régulation par le médecin généraliste
  - Autre (Préciser) :
28. Combien de téléconsultations réalisez-vous par semaine en moyenne ? (*1 seule réponse possible*)
- 0 (allez à la question 30)       1 à 4       5 à 9       10 et plus
29. Les recours aux téléconsultations sont-elles plutôt liés à des demandes de :  SNP urgents       SP non urgents
30. Combien de rendez-vous sont non-honorés par semaine en moyenne ?
- Moins de 2       2-4       5 à 9       10 et plus
31. Acceptez-vous des patients hors patientèle pour des SNP urgents ?     OUI     NON
32. Dans le cas où vous êtes amené à refuser un patient demandeur de SNP urgent, quel conseil est donné au patient ? (*Plusieurs réponses possibles*)
- Diriger vers un confrère du même cabinet/MSP
  - Diriger spécifiquement vers un confrère d'un autre cabinet (accord entre vous)
  - Conseil « d'essayer ailleurs » sans précision
  - Diriger le patient vers les urgences
  - Diriger le patient vers le SAMU / appel du 15
  - Diriger le patient vers la PDSA après 20h / appel du 3966
  - Un conseil médical est donné au téléphone pour temporiser
  - Le rendez-vous est donné dans un délai supérieur à 48h
  - Autre : .....
33. Quels sont les paramètres que vous prenez en compte pour accepter ou non un SNP urgent ? (*Plusieurs réponses possibles*)
- L'âge :       Nourissons < 2 ans       Jeune Enfant 3 à 6 ans       Personne âgée > 70 ans
- Antécédents lourds / ALD
- Type de motif ou de symptôme :  Douleur intense aiguë
- Fièvre et symptômes infectieux aigus
  - Administratif (prolongation d'arrêt de travail, certificats...)
  - Traumatisme
  - Souffrance psychique aigue
  - Autre : .....
  - Autre paramètre : préciser .....
34. Accepteriez-vous de recevoir des patients réorientés après régulation médicale par un autre médecin ?
- OUI     NON
35. Si oui : (*plusieurs réponses possibles*), après réorientation par le médecin :
- Du SAMU
  - Du SAS (service d'accès au soin) s'il était créé (régulation par médecin généraliste)
  - Des Urgences
  - D'un cabinet médical sur le territoire
  - Autre (préciser) :
37. Si oui : Comment souhaiteriez-vous être informé du rdv de SNP urgents ? (*Plusieurs réponses possibles*)
- Par téléphone systématiquement
  - Par mail
  - Directement sur votre plateforme informatique de rdv (créneaux dédiés)
  - Sur une plateforme informatique dédiée à ce service
  - Par Messagerie instantanée / SMS
  - Autre : .....
38. Si oui : Sur quels créneaux horaires ? ..... Combien maximum de créneaux par jour ?.....
39. Actuellement vous considérez que votre organisation vous permet de répondre à la demande de SNP : (*1 seule réponse possible*)
- Sans difficulté organisationnelle
  - Avec difficulté organisationnelle mais impact supportable sur la pratique (rogne sur le temps de consultation programmée et/ou le temps libre de façon supportable)
  - Avec difficulté organisationnelle et fort impact sur votre pratique (rogne sur le temps de consultation programmée et/ou sur le temps libre de façon « pesante » )
  - Autre (Préciser) :
40. En quelle proportion estimez-vous répondre à la demande de soins non programmés ? Actuellement, vous parvenez à répondre à la demande de SNP à hauteur de : % (*1 seule réponse possible*)
- Moins de 25       25-49       50-74       75-100
41. Souhaitez-vous laisser un commentaire à propos de la gestion des SNP, du SAS ou de l'actualité ?

## ANNEXE 4 : Taux de participation des Médecins à la PDSA en 2022

Cartographie 6 - Taux de participation des médecins à la PDSA en 2022



Sources : CNOM, Ordigard, Ordinal, 2022

*CNOM « Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2022 »*

## ANNEXE 5 : Protocole d'aide à la régulation chez les enfants ayant de la fièvre

### Protocole de régulation médicale des fièvres de < 72h chez l'enfant âgé entre 3 mois et 10 ans

#### 1. Éliminer les signes de gravité qui doivent faire **consulter aux urgences**

- **Troubles neurologiques** : conscience altérée, absence de réponse aux stimulations, cris faibles ou grognement
- **Détresse respiratoire** : signe de lutte, polypnée, cyanose
- Pâleur, marbrures, teint gris, frissons
- Purpura, céphalées intenses
- Pour les < 1 an : **prise alimentaire** (< 50% habituel)
- **Terrain** : uropathie, insuffisance d'organe, déficit immunitaire

#### 2. Prise en charge non médicamenteuse

- Proposer fréquemment à boire en fractionné
- Découvrir l'enfant
- Ne pas augmenter la température de la pièce
- **Pas de bain froid** (risque de convulsion)

#### 3. Prise en charge médicamenteuse

- **En 1<sup>ère</sup> intention** : PARACETAMOL 15mg/kg (1 dose poids) si inconfort, maximum 4 prises en 24h avec minimum 4h entre deux prises
- **Jamais d'AINS sans examen médical préalable.**

#### 4. Consignes de surveillance

- Si apparition de trouble de la conscience, signe de lutte respiratoire, teint gris, marbrures, purpura → **consultation aux urgences**
- Si persistance de la fièvre à 48-72h → **consultation sans urgences en ambulatoire (médecin généraliste, pédiatre)**

#### 5. Réassurance des parents :

- Explication physiologique de la fièvre : mécanisme de défense du corps contre infection
- Caractère bénin du symptôme si bonne tolérance

#### 6. S'assurer de la bonne compréhension de la prise en charge et des consignes (reformulation)

#### 7. Informer les parents qu'un SMS avec résumé des conseils sera envoyé dans les 24h et qu'ils seront rappelés dans les 7 jours dans le cadre d'une étude



*Godet C « Impact d'un protocole de conseils pour les fièvres non graves de l'enfant en régulation médicale »*

## ANNEXE 6 : Fiche conseil chez l'enfant ayant de la fièvre

### MON ENFANT A DE LA FIÈVRE, QUE FAIRE ?

Un enfant a de la fièvre lorsque sa température rectale dépasse 38°C.

Elle est le signe d'un enfant qui réagit bien à un problème de santé et active ses défenses immunitaires face à l'agression.

> 38°

#### RÈGLE D'OR

Si le confort de l'enfant n'est pas ou peu modifié (il ne paraît pas avoir mal, ne pleure pas, n'est pas irritable),  
il n'est pas nécessaire de faire baisser la fièvre !

#### Comment prendre efficacement la température ?

- Chez le tout-petit (< 2-3 ans) : en **prise rectale**, avec un thermomètre électronique à sonde molle.
- Chez l'enfant plus grand (> 2-3 ans) : à l'aide d'un **thermomètre auriculaire** à infra-rouge.

Les autres modes de mesures (sous l'aisselle, sur le front, sur l'artère temporale), bien que **moins fiables**, peuvent être utilisés pour un **premier dépistage**, notamment en **crèche**.



#### Comment réagir en cas de fièvre ?

- Lui proposer **régulièrement à boire** et le mettre au sein plus souvent en cas d'allaitement.
- **Ne pas le forcer à manger** et lui proposer des choses qu'il aime, même si ce ne sont que des desserts.
- Chez le petit (< 3 ans), **ne pas le sur-habiller**. Pour l'enfant plus grand (> 3 ans), le couvrir ou le découvrir selon les sensations qu'il exprime.
- Laisser la température habituelle de la chambre de l'enfant entre **18 et 20°**.
- **En cas d'inconfort**, donner du paracétamol en première intention ou de l'ibuprofène\* si insuccès au bout de 6h (\*contre-indiqué en cas de varicelle ou de gastroentérite).

### QUAND CONSULTER UN MÉDECIN ?

Bébé > 3 mois  
et comportement normal

Je consulte un médecin  
si la fièvre persiste > 3 jours

Bébé < 3 mois

Je consulte un médecin  
dans la journée en urgence

Quel que soit son âge,  
s'il présente ces signes

- Il est **essoufflé**
- Il est **geignard**
- Il est **dououreux**
- Il est **pâle**
- Il a des **petits points rouges** qui ne disparaissent pas en étirant la peau de part et d'autre
- Il vomit **en jet**
- Son comportement est **inhabituel** et/ou **inquiétant**

Je consulte un médecin en urgence ou je contacte le 15



mpedia.  
spécialité de l'enfant



© Conception graphique Agence do la / Illustrations Lina Prou

Corrard F, Werner A. « Fièvre enfant : que faire si votre enfant a une température élevée ? » En ligne :

<https://www.mpedia.fr/art-fièvre-enfant/>

**AUTEUR :** Quentin TARAYRE

**TITRE :** État des lieux de l'activité des soins non programmés réalisés par les médecins généralistes aveyronnais

**DIRECTEUR DE THESE :** Pr Motoko DELAHAYE

---

**RESUME :**

**Introduction :** En France le système de soins et les soins non programmés (SNP) font l'objet de nombreux débats. Les demandes de SNP sont en augmentation constante depuis des années. Il existe différents facteurs influençant l'accès aux soins. Ceci engendre une saturation et une pression sur les services d'urgences et de ville. Les médecins généralistes jouent un rôle central dans cette prise en charge. Certains souhaiteraient que les médecins généralistes (MG) participent davantage à la prise en charge des SNP mais il serait intéressant de connaître ce qui est déjà réalisé à ce niveau. Cependant, il n'existe actuellement pas de données précises quant à la part d'activité des SNP réalisés en Aveyron par les MG et les modalités de leur gestion. Nous nous sommes demandé en quoi consistait l'activité des SNP réalisés par les MG Aveyronnais ? Quelle proportion représentait-elle par rapport à leur activité de soins programmés ?

**Objectif :** L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'organisation et la part d'activité de SNP réalisées par les MG Aveyronnais dans leurs cabinets. L'objectif secondaire était d'évaluer la difficulté des MG face à la prise en charge des SNP.

**Méthode :** Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale portant sur l'activité des SNP réalisés par les MG Aveyronnais. Nous avons choisi de réaliser une méthode quantitative pour l'étude de ce sujet. Nous avons créé un auto-questionnaire distribué auprès des médecins généralistes aveyronnais.

**Résultats :** Nous avons eu 55 réponses soit un taux de réponse de 24,6 %, 95 % participaient à la PDSA et 98% étaient impliqués dans la réalisation des SNP. En moyenne, les MG aveyronnais réalisaient 26 consultations par jour dont 8 étaient dédiées aux SNP représentant ainsi 30 % de l'ensemble de leurs consultations. Il existe des difficultés face aux SNP variant en fonction des territoires aveyronnais.

**Discussion :** Du fait des différents facteurs influant les SNP, la formation du secrétariat avec un rôle de filtrage et d'organisation des plannings ainsi que l'éducation des patients apparaissent comme essentielles. Le travail en collaboration et en mutualisant les ressources disponibles doivent avoir pour objectif de dégager du temps médical en fonction des moyens disponibles. L'utilisation de la régulation des demandes de SNP notamment grâce aux SAS pourrait permettre une meilleure gestion des SNP. Il faut valoriser le travail de chacun, cela passe par la reconnaissance et l'aspect économique. En conclusion, les MG aveyronnais participaient, s'organisaient pour prendre en charge les SNP de leur territoire et serait prêt à en faire davantage.



---

**SUMMARY:**

**Introduction:** In France the healthcare system and unscheduled care are subjects of numerous debates. The demand for unscheduled care has been steadily increasing for years. Various factors influence access to care. This leads to saturation and pressure on emergency and primary care services. General practitioners (GPs) play a central role in managing this. Some advocate for increased involvement of GPs in managing unscheduled care but it would be interesting to know what is currently done in this area. However, there are currently no precise data on the proportion of unscheduled care activities carried out by GPs in Aveyron and their management modalities. We wondered about the nature of unscheduled care activities performed by Aveyron GPs and their proportion compared to scheduled care. The main objective of this study was to evaluate the organization and share of unscheduled care activities performed by Aveyron GPs in their practices. The secondary objective was to assess GPs' difficulties in managing unscheduled care.

**Method:** This was a cross-sectional descriptive observational study on the unscheduled care activities of Aveyron GPs. We chose a quantitative method for studying this topic. We created a self-administered questionnaire distributed to Aveyron GPs.

**Results:** We received 55 responses yielding a response rate of 24.6% with 95% participating in PDSA and 98% involved in providing unscheduled care. On average, Aveyron GPs conducted 26 consultations per day, of which 8 were dedicated to unscheduled care, representing 30% of their total consultations. There are difficulties with primary healthcare needs varying depending on the Aveyron regions.

**Discussion:** Due to various factors influencing unscheduled care, secretary training involving filtering and organizing schedules, as well as patient education, appear crucial. Collaborative work and pooling available resources should aim to free up medical time according to available means. The use of unscheduled care demand regulation, particularly through Shared Medical Appointments (SAS) could improve unscheduled care management. Recognizing and addressing economic aspects are essential for valuing everyone's work. In conclusion, the Aveyron GP were participating and organizing themselves to take care of the primary healthcare needs of their region and would be ready to do more.

---

**MOTS CLES :**

En français, Mots MeSH choisis et vérifiés sur HeTOP de Doc Cis'Mef

Accès aux soins de santé ; Soins de santé primaires ; Gestion des soins ; Urgences ; Médecine générale

---

**KEY WORDS:**

En anglais, mots Mesh Access to Care Health; Primary health care; managed care program; emergency; General practice

---

**Discipline administrative :** Médecine Générale

Faculté de Médecine Ranguelil : 133 Route de Narbonne, 31062 Toulouse Cedex 04, France