

**ACADÉMIE DE VERSAILLES
UNIVERSITÉ DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-ENYVELINES
U F R SIMONE VEIL - SANTÉ**

ANNÉE 2025

N°

**THÈSE
POUR LE DIPLOME
D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
D.E.S. Médecine générale**

**PAR
Nom : DALON-CHOULON Prénom : Josany
Née le 25 mai 1989 à Pointe-à-Pitre**

Présentée et soutenue publiquement le

**TITRE : Les médecins généralistes et le SAS en France au printemps
2024 une enquête auprès de 1100 médecins.**

JURY :

Directeur : Monsieur le Docteur Claude BRONNER

Remerciements

Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
ADOPS : l'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins
APUM : Association Pour les Urgences Médicales
ARS : les Agences Régionales de Santé
CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins
CCSU : Centres de Consultations et de Soins Urgents
CPAM : Caisses Primaires d'Assurance Maladie
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer
FMF : Fédération des médecins de France
HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire
MMG : Maisons Médicales de Garde
MRT : Majoration Régulation médecin Traitant
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OSNP : Opérateurs de Soins Non Programmés
PDSA : Permanence De Soins Ambulatoire
RGPD : Règlement Général de Protection des Données
SAMU : Services d'Aide Médicale Urgente
SAS : Service d'Accès aux Soins
SAU : Services d'Accueil des Urgences
SNP : Soins Non Programmés

Table des matières

Remerciements	2
Liste des abréviations	3
I. Introduction	7
II. Contexte et justification	7
A. Définition des Soins Non Programmés (SNP)	7
B. Facteurs contribuant à l'augmentation de la demande	8
C. Réponses aux demandes de Soins Non Programmés	10
1. Pendant la Permanence De Soins Ambulatoire (PDSA)	10
a) Organisation de la Permanence De Soins Ambulatoire	10
b) Responsabilités des médecins généralistes	10
c) Le fonctionnement des Maisons Médicales de Garde (MMG)	11
d) Intervention de SOS Médecin	12
e) Rôle des autres associations de permanence de soins	13
2. Pendant les heures d'ouverture des cabinets médicaux	14
a) Données objectives limitées	14
b) Gestion individuelle des SNP par les médecins généralistes	14
c) Rôle des Structures Pluriprofessionnelles	15
d) Émergence de nouveaux acteurs	16
D. Initiative du Service d'Accès aux Soins	16
1. Les objectifs du SAS	16
2. Fonctionnement du SAS	17
a) Une plateforme numérique	17
b) Une plateforme téléphonique locale	18
3. Rémunération des médecins dans le cadre du SAS	19
III. Objectifs de la Recherche	21
IV. Matériel et Méthodes	21
A. Type d'étude	21
B. Présentation de l'échantillon	21
C. Elaboration du questionnaire	22
D. Recueil des données	23
E. Analyse des données	24

F. Considérations éthiques	25
V. Résultats	26
A. Présentation de la population étudiée.....	26
B. Mode d'organisation des consultations au cabinet médical	31
C. Pratique des Soins Non Programmés (SNP) hors SAS (activité de 8h00 à 20h00 en semaine)	35
D. Permanence De Soins Ambulatoire (PDSA : activité de 20h à 8h et le dimanche/férié)	38
E. Utilisation du Service d'Accès aux Soins (SAS).....	40
F. Perceptions du Service d'Accès aux Soins (SAS)	44
G. Les commentaires libres	46
1. Critiques structurelles du SAS.....	46
2. Difficultés de gestion des créneaux et régulation par le 15.....	47
3. Relations avec les patients et gestion des responsabilités des médecins...	49
4. Questions de rémunération et reconnaissance professionnelle.....	50
5. Suggestions pour améliorer le système.....	51
6. Retours d'expérience positifs ou neutres.....	52
VI. Discussion.....	53
A. Objectifs et résultats principaux	53
B. Forces et limites de l'étude :	53
C. Interprétation des résultats.....	56
1. Le questionnaire	56
a) Caractéristiques des participants.....	56
b) Les Soins Non Programmés : une pratique déjà ancrée	56
c) Le SAS : adhésion, utilisation ses apports et limites selon les résultats obtenus.....	57
(i) <i>Des apports limités mais reconnus</i>	57
(ii) <i>Des limites structurelles et organisationnelles</i>	58
2. Les commentaires libres.....	60
a) Utilisation du SAS et impact perçu sur les pratiques	60
b) Critiques structurelles et autonomie professionnelle.....	60
c) Relations avec les patients et responsabilités accrues.....	60
d) Rémunération et reconnaissance professionnelle	61

- e) Valorisation des consultations complexes et suivi des patients chroniques
61

D.	Perspectives futures :	62
VII.	Conclusion	64
	Bibliographie.....	65
	Annexe.....	69
I.	Annexes 1 : Questionnaire	69
II.	Annexes 2 : Commentaires non régulateurs	69
III.	Annexes 3 : Commentaires régulateurs	69
	Résumé.....	70

I. Introduction

Dans le paysage dynamique de la médecine de ville, socle essentiel de notre système de santé, l'augmentation significative des demandes de Soins Non Programmés (SNP) constitue une réalité palpable. Les consultations non programmées, marquées par leur caractère urgent, connaissent une croissance constante, façonnant ainsi le visage de la prestation des soins primaires (1). Parallèlement, l'évolution sociale, marquée par des contraintes croissantes sur les médecins généralistes, a entraîné une diminution de leurs disponibilités, laissant de nombreux patients sans réponse adaptée à leurs besoins immédiats. Face à cette évolution, les pouvoirs publics, depuis plusieurs années, tentent de définir des stratégies pour répondre à ces demandes pressantes, tout en cherchant à désengorger les services d'urgences hospitaliers (2),(3). Au cœur de ces réflexions, la Permanence de Soins Ambulatoire (PDSA), assumée en partie par les Maisons Médicales de Garde (MMG), SOS médecins et d'autres associations, s'est imposée comme une réponse initiale (4). Cependant, malgré ces efforts, la couverture demeure insatisfaisante, laissant place à de nouveaux défis. C'est dans ce contexte que s'inscrit le Service d'Accès aux Soins (SAS), une proposition visant à compléter et à améliorer les dispositifs existants (5).

II. Contexte et justification

A. Définition des Soins Non Programmés (SNP)

La définition et les caractéristiques des SNP ne sont pas uniformes, nous retiendrons donc la définition suivante. « Un SNP représente une requête pour une réponse dans les 24-48 heures à une situation de soins aigus perçue par le patient, relevant principalement de la médecine de ville (6) ». Cette demande de soins rapides ne doit pas être médicalement considérée comme une urgence immédiate, dite vitale et ne nécessite pas une intervention des Services d'Accueil des Urgences (SAU). L'organisation de la gestion des demandes de SNP varie en fonction de l'heure à laquelle la demande est effectuée, soit pendant les heures d'ouverture des cabinets

ou pendant la permanence de soins ambulatoires (7). Qu'il soit exprimé en journée ou pendant la nuit, le besoin de soins immédiats repose généralement sur des problématiques similaires, telles que la disponibilité des professionnels de santé, la répartition des ressources et la gestion des priorités. Cependant, la distinction PDSA et les SNP tend à en fragmenter l'approche. Cette séparation historique, bien qu'ayant une logique organisationnelle initiale, peut aujourd'hui représenter un frein à la mise en œuvre de solutions intégrées et harmonisées.

B. Facteurs contribuant à l'augmentation de la demande

Cette tendance à la hausse peut être attribuée à une multitude de facteurs complexes qui reflètent l'évolution de notre société et de la pratique médicale :

- Vieillesse de la population

Avec son corollaire de maladies chroniques (8), il prend une part importante de l'activité de consultation des médecins généralistes.

- Changement dans le comportement des patients

Les patients, de plus en plus soucieux de leur bien-être, adoptent de nouvelles habitudes de consommation de soins, impulsant ainsi une demande accrue d'accès immédiat à des services médicaux.

- Diminution de la démographie médicale

La conjoncture médicale actuelle ne se limite pas seulement à la demande croissante de soins. La démographie médicale connaît une diminution, créant un écart entre l'offre et la demande de services de santé (9).

- Modifications des pratiques

Parallèlement, les nouvelles générations de médecins expriment des aspirations différentes, cherchant une meilleure qualité de vie professionnelle et personnelle (10). Cette évolution dans les attentes des professionnels de la santé influence directement la disponibilité et le mode d'exercice des médecins, impactant ainsi la gestion des consultations non programmées.

- Saturations des services d'urgences

Du fait de cette demande accrue, les services d'urgences hospitaliers, conçus pour répondre à des situations médicales urgentes, se trouvent souvent engorgés par un afflux de patients, une augmentation estimée de 3,5% par an (11). Selon une enquête réalisée dans le cadre du Grand débat national en 2019, plus d'un quart des Français ont déclaré avoir fréquenté les urgences au cours de la dernière année. Parmi eux, plus de 40% ont admis avoir eu recours aux urgences pour des raisons jugées inadéquates, telles que des difficultés à obtenir un rendez-vous médical ou la possibilité de réaliser des examens complémentaires sur place (12). Cette utilisation inappropriée des services d'urgence met en lumière de nouvelles fonctions que ces services semblent assurer, allant au-delà de la gestion des véritables urgences. La Cour des comptes, dans ses rapports de 2014 et 2019, souligne que les urgences prennent en charge non seulement les "urgences vraies" mais aussi des demandes de SNP qui pourraient être gérées par d'autres structures et professionnels de santé.

Ainsi on estime que jusqu'à 20% des personnes recourant aux urgences n'auraient pas dû s'y rendre. Mais aussi que la plupart de ces passages se produisent pendant les heures ouvrables et en début de soirée, atteignant des pics en milieu de matinée et entre 18h et 22h (13).

Les SNP représentent une part significative de l'activité des médecins généralistes. Leur prise en charge varie selon le moment de la journée et l'organisation locale des soins. En journée, les cabinets libéraux sont en première ligne, avec des créneaux dédiés ou des consultations sans rendez-vous. En dehors des horaires ouvrables, la

PDSA prend le relais, impliquant divers acteurs comme SOS Médecins, les Maisons Médicales de Garde (MMG) et la régulation du 15. La coexistence de ces dispositifs, ainsi que l'introduction récente du SAS, complexifie l'organisation des SNP.

C. Réponses aux demandes de Soins Non Programmés

La gestion des demandes de SNP s'effectue soit pendant la PDSA soit pendant les heures d'ouverture des cabinets.

1. Pendant la Permanence De Soins Ambulatoire (PDSA)

a) *Organisation de la Permanence De Soins Ambulatoire*

La PDSA, également connue sous le nom de permanence médicale, est un dispositif visant à assurer la continuité des soins en dehors des heures d'ouverture habituelles des cabinets médicaux (activité de 20h à 8h et le dimanche et les jours fériés). Elle repose sur un réseau de médecins de ville qui se relaient pour assurer une disponibilité médicale en dehors des heures normales. Ce dispositif vise à garantir aux patients un accès aux soins en cas d'urgence, contribuant ainsi à maintenir une continuité des services de santé.

Sur le plan juridique, la PDSA revêt le caractère d'une mission de service public par la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 (article L.6314-1 du Code de la Santé Publique) (14). Son cadre est défini par les autorités de santé nationales et locales. En France, l'organisation de la PDSA est réglementée par les Agences Régionales de Santé (ARS).

b) *Responsabilités des médecins généralistes*

L'article 77 du code de déontologie médicale concernant la permanence des soins, énonce le devoir pour les médecins d'assurer une disponibilité médicale continue, notamment en participant aux gardes de nuit et de week-end. Il précise les responsabilités éthiques des médecins en matière de continuité des soins, soulignant

l'importance de répondre aux besoins urgents des patients en dehors des heures normales de travail. Ces dispositions visent à garantir une accessibilité aux soins médicaux à tout moment, assurant ainsi la sécurité et le bien-être des patients (14).

Cependant, le 15 novembre 2001, les médecins généralistes ont entamé une grève des gardes de nuit et de week-end (15), remettant en question l'obligation prévue par l'article 77. Cette mobilisation a attiré l'attention sur la nécessité de réformer les conditions de travail des médecins généralistes. Elle a éventuellement conduit à introduire des changements dans l'organisation des gardes et à alléger l'obligation stricte des médecins généralistes à assurer des gardes régulières (16).

C'est dans ce contexte qu'apparaissent les MMG. En avril 2025, une nouvelle proposition législative visant à réintroduire l'obligation de garde pour les médecins généralistes illustre la persistance des débats autour de cette responsabilité professionnelle.

c) Le fonctionnement des Maisons Médicales de Garde (MMG)

Les MMG en France sont des structures mises en place pour assurer la PDSA en dehors des horaires d'ouverture habituels des cabinets médicaux. Elles visent à répondre aux besoins de la population en matière de SNP, tels que les urgences médicales nécessitant une intervention rapide.

Les MMG sont organisées au niveau régional et coordonnées par les ARS. Elles font partie d'un dispositif plus large visant à assurer une permanence des soins efficace et adaptée aux besoins de la population régionale. Chaque région est divisée en secteurs de permanence des soins, définis par un tableau de garde nominatif incluant les médecins généralistes, qu'ils appartiennent ou non à une MMG.

Le fonctionnement de ces maisons médicales repose sur un système de rotation, permettant aux médecins généralistes de partager la charge de travail liée à la permanence des soins et d'offrir ainsi une solution de soins 24h/24 à leur patientèle (17).

Ces structures ne suivent pas toutes le même modèle et il n'est en général pas possible de les contacter directement, les appels se font via le 15 ou un autre numéro de permanence des soins.

d) Intervention de SOS Médecin

SOS Médecins, fondé en 1966 par le Docteur Marcel LASCAR, généraliste à Paris, face aux difficultés rencontrées par les patients pour obtenir des soins médicaux en dehors des heures de consultation habituelles (18).

Organisée sous la forme d'un réseau de centres médicaux d'urgence coordonnés au niveau régional, chaque centre est généralement géré par une équipe de médecins généralistes volontaires.

Un numéro d'appel unique 36 24 a facilité l'accès direct aux services de SOS Médecins, ainsi grâce l'interconnexion avec le 15, SOS Médecins peut transférer le patient qui appelle, après une régulation et une qualification de la demande, et réciproquement. Par ailleurs, certaines antennes locales disposent de numéros spécifiques permettant un contact direct avec les services régionaux, adaptés aux besoins locaux (19).

Tableau 1 : Numéros d'urgence SOS Médecins par département

Association SOS médecin	Numéros accès
Paris (75)	01 47 07 77 77
Yvelines (78)	01 39 58 58 58
Haute-Savoie (74)	09 52 42 48 37
Loire-Atlantique (44)	08 26 46 44 44
Savoie (73)	3624
Val-d'Oise (95)	01 30 40 12 12
Haute-Garonne (31)	05 61 33 00 00
Gard (30)	15 ou 3624
Isère (38)	04 38 70 17 01
Hauts-de-Seine (92)	01 46 03 77 44
Charente-Maritime (17)	09 72 57 99 88 (visite) et 09 72 57 99 66 (consultation)
Nord (59)	0 826 46 91 91
Var (83)	04 94 14 33 33
Bas Rhin	03 88 75 75 75

Cette organisation a ainsi joué un rôle déterminant dans la construction d'une alternative aux services d'urgence hospitaliers pour les SNP, contribuant à désengorger les hôpitaux et à garantir une prise en charge efficace des besoins médicaux urgents de la population.

e) *Rôle des autres associations de permanence de soins*

Certaines associations et structures locales jouent un rôle crucial dans l'organisation des SNP. Ces initiatives répondent aux spécificités des territoires et permettent d'assurer une meilleure couverture des besoins.

Par exemple, les Centres de Consultations et de Soins Urgents (CCSU) se positionnent comme une alternative entre la médecine de ville et les urgences hospitalières. Ils prennent en charge des situations de faible gravité (malaises, infections légères, contusions, etc.), qui constituent une majorité des flux vers les urgences. Dotés de plateaux techniques de premier recours, les CCSU assurent des consultations programmées et non programmées en médecine générale et spécialisée, et peuvent organiser des transferts hospitaliers pour les cas nécessitant des soins plus lourds.

Ce modèle, développé dans plusieurs départements comme l'Essonne, vise à désengorger les urgences tout en offrant une réponse rapide et adaptée aux patients.

D'autres initiatives, comme l'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins des médecins libéraux du Calvados (ADOPS.¹⁴), illustrent l'engagement local dans l'organisation de la permanence des soins.

De même, le Centre d'Accueil et de Permanence des Soins (CAPS), intégré à l'Hôpital de La Roche-Bernard, se distingue par son fonctionnement spécifique. Contrairement aux services d'urgence, le CAPS est accessible uniquement après régulation téléphonique. Les médecins de garde y assurent des consultations sur rendez-vous ou des conseils téléphoniques adaptés, en collaboration avec le centre de régulation. Ce type de structure permet d'éviter des déplacements inutiles et assure une orientation vers la solution la plus appropriée : consultation de garde, hospitalisation pour examens complémentaires, ou prise en charge par le médecin traitant.

Si en dehors des heures d'ouverture des cabinets, la PDSA régule au moins partiellement la demande médicale, la demande de SNP reste problématique en journée.

2. Pendant les heures d'ouverture des cabinets médicaux

a) *Données objectives limitées*

Une revue de littérature publiée en 2017 par l'Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire a examiné la fréquence des SNP en médecine générale, soulignant le manque de données objectives sur l'importance de cette activité et ses modalités d'organisation (20).

Parmi les rares études comparables identifiées entre 2004 et 2017, celle de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2004. Basée sur des questionnaires adressés à 1400 médecins de ville, elle a révélé que les SNP représentaient 12 % de l'activité totale des médecins libéraux (21). Une évaluation plus récente, basée sur le 4ème panel national d'observation des pratiques en médecine générale, a montré que plus de 30 % de l'activité d'une semaine ordinaire était consacrée aux demandes de SNP pour 4 médecins généralistes sur 10 (22).

b) *Gestion individuelle des SNP par les médecins généralistes*

En 2020 toujours selon données de la DREES, la majorité des médecins généralistes déclarent organiser leur activité pour répondre quotidiennement aux demandes de SNP, en proposant des plages de consultations sans rendez-vous. Environ 30 % des médecins parviennent à répondre à l'ensemble de ces demandes et 45 % en traitent plus de la moitié.

Lorsqu'ils ne peuvent pas répondre, la moitié des médecins généralistes réorientent les patients vers le secteur libéral, et un quart vers les urgences ou les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) (22).

Les médecins généralistes assument une part importante de la prise en charge des SNP, surtout lorsqu'ils sont sollicités par leur patientèle habituelle. Une activité facilitée par l'installation en exercice regroupé, la présence d'un secrétariat joignable, permettant d'effectuer un premier tri et de prioriser les besoins. Mais également l'existence d'une collaboration informelle entre les médecins généralistes, les cabinets de radiologie, les laboratoires d'analyse et les pharmacies.

Chaque généraliste organise librement sa pratique, mais son mode de réponse aux demandes de SNP retentit sur l'ensemble de l'organisation du système de santé.

c) Rôle des Structures Pluriprofessionnelles

Les Maisons de Santé pluriprofessionnelles, ont été instaurées par la loi de financement de la sécurité sociale de 2008. Elles favorisent une organisation efficiente grâce à la coordination des pratiques médicales. Bien que ces maisons aient des structures organisationnelles différentes, elles assurent la prise en charge des SNP en dehors de la patientèle des médecins du pôle. Cela peut se traduire par des plages horaires dédiées aux consultations libres ou par la mise en place d'un espace spécifique réservé aux SNP, comprenant une salle d'attente et des salles de consultation dédiées. Sur le plan financier, la prise en charge des SNP par les MSP est garantie par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) des MSP.

Les Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ont été créées par l'article 65 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Ce mode d'exercice coordonné a pour objectif de faciliter l'accès à un médecin traitant et d'améliorer la prise en charge des Soins Non Programmés en ville. Les CPTS perçoivent une compensation financière via la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel, pour assurer la prise en charge des SNP (23).

d) Émergence de nouveaux acteurs

Face à cette demande croissante, de nouveaux acteurs ont émergé.

Les centres de SNP résultant pour certains de services d'urgence à faible activité (<10 000 passages annuels), bénéficient d'un accès au plateau technique et au système d'information de l'établissement auquel ils sont rattachés.

SOS Médecins qui a élargi son champ de compétences pour inclure au-delà des interventions à domicile, des consultations en cabinet, des téléconsultations, et la prise en charge, en horaire d'ouverture des cabinets, des demandes de SNP.

D. Initiative du Service d'Accès aux Soins

L'impact de l'augmentation des demandes urgentes pose des défis majeurs aux pouvoirs publics (2). Le projet de loi « Ma Santé 2022 » met en lumière la nécessité d'explorer des alternatives pour répondre à cette demande croissante en soins de santé primaire.

Lancé dans le cadre du Pacte pour la refondation des urgences, le SAS vise à répondre à la demande de soins urgents et non programmés de la population (3) partout et à toute heure.

1. Les objectifs du SAS

Le SAS a été conçu avec des objectifs visant à améliorer l'accessibilité aux soins et à optimiser l'efficacité du système de santé. L'une des priorités du SAS est de répondre à la demande croissante de SNP pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecins généralistes. En recentrant l'offre de soins sur ces périodes, le SAS vise à désengorger les services d'urgences hospitaliers, tout en assurant une prise en charge rapide et adéquate des demandes médicales urgentes ou non programmées.

De plus, le SAS ambitionne de renforcer la coordination entre les professionnels de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière des SAMU, favorisant ainsi une meilleure répartition des charges de travail et une utilisation plus efficace des ressources médicales.

En résumé, le SAS s'inscrit comme une réponse pour pallier les insuffisances de l'organisation actuelle, avec pour objectif d'optimiser la qualité des soins offerts et de garantir une accessibilité accrue aux services médicaux.

2. Fonctionnement du SAS

Conformément aux dispositions du Pacte de refondation des urgences de 2019, le SAS a été initialement mis en place en 2021 dans 22 sites pilotes et a vocation à être généralisé à l'ensemble des départements. Ce dispositif offre aux patients un accès continu, 24h/24 et 7j/7, à un assistant de régulation médicale. L'objectif principal du SAS est d'assister le patient en prenant en charge son appel et en le dirigeant, dans un délai maximal de 48 heures, vers la filière de soins la plus adaptée à sa situation (24).

a) *Une plateforme numérique*

Dans le cadre de la filière de ville, les médecins généralistes sont invités à utiliser une plateforme numérique dédiée pour mettre à disposition des créneaux spécifiques à l'activité du SAS. Cette plateforme permet également de recenser l'ensemble de l'offre de Soins Non Programmée disponible sur un territoire donné. Accessible uniquement par les généralistes et les Opérateurs de Soins Non Programmé (OSNP), elle facilite l'orientation des patients vers l'un des professionnels de santé répertoriés, assurant une réponse rapide et adaptée à leurs besoins.

Les généralistes peuvent s'y inscrire soit de manière individuelle, soit à travers des structures de soins telles que les MSP ou les CPTS. La plateforme est conçue pour s'interfacer avec les logiciels métiers utilisés par les praticiens en ville, tels que MAIA, Keldoc, Doctolib, etc. (24).

Tableau 2 : Logiciels de prise de rendez-vous compatibles avec le SAS et leurs éditeurs

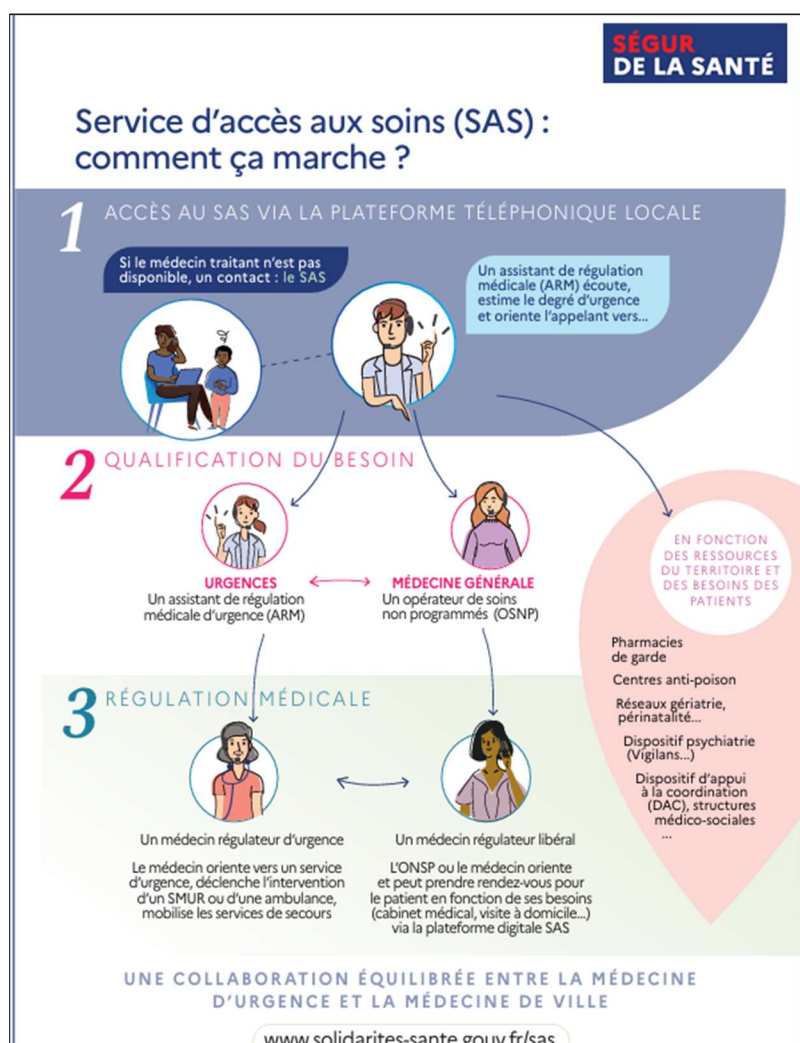
Solution logicielle	Editeur
Agendapro	ITup Keep
Agenda5	CFTS
Callibri	Eurice
Citana	Anamnèse
Clickdoc	CGM France
Clikodoc	Clikodoc
CPTS Rendez-vous	CPTS Services
Divomed	Divoluci
Doctolib	Doctolib
GPS Santé	ACS E-SANTE
H24CARE	H24CARE
i-agenda	Mediarom
Keldoc	NEHS Digital
lemedecin.fr	lemedecin.fr
Logicielnet Sante Site Web	LOGICIELNET
Maïia	Cegedim Santé
Medaviz	Medaviz
MonMédecin.org	Avis2Santé
SimplyMed	SimplyMed
Sms In Situ	CPTS IN SITU
SoDoc Agenda	WARELD
Ubiclic	Ubicentrex
Urgences chrono	Focus Santé
48h chrono	Medin+

b) Une plateforme téléphonique locale

Les patients, quant à eux, accèdent au SAS via une plateforme téléphonique locale unique, assurant une régulation des appels et leur orientation vers la filière appropriée.

Lorsque l'appel est orienté vers la filière de médecine générale, les OSNP gèrent les appels de la filière de ville. Ils analysent les demandes des patients, fournissent des informations, telles que les coordonnées de la pharmacie de garde, et peuvent orienter les appels vers des médecins régulateurs libéraux. L'OSNP après régulation et sur demande du médecin régulateur, facilite la prise d'un rendez-vous avec un médecin généraliste via une plateforme digitale, optimisant ainsi le processus de prise en charge des SNP.

Figure 1 : fonctionnement du dispositif SAS



3. Rémunération des médecins dans le cadre du SAS

La convention médicale et le règlement arbitral de 2023 ont introduit des mesures spécifiques pour valoriser la participation des médecins au SAS. Ces dispositifs visent à inciter les médecins généralistes à s'impliquer dans la prise en charge des SNP tout en leur offrant une reconnaissance financière adaptée.

Les médecins régulateurs libéraux bénéficient d'une rémunération horaire de 100€ / heure pour les heures de régulation en dehors des horaires de la PDSA. Une majoration de 20 % est prévue pour les médecins exerçant dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM).

Les médecins effecteurs de soins bénéficient d'un modèle de financement spécifique. Depuis le 22 décembre 2024 dans le cadre de la Convention Médicale 2024, une rémunération forfaitaire spécifique a été mise en place pour les médecins participant aux SNP via le SAS. Cette rémunération s'intègre au forfait structure et qui comprend un forfait annuel de 1 400€, attribué aux médecins qui remplissent les critères définis dans l'Avenant 9 de la convention 2024, sous l'indicateur 8 :

- Être inscrit sur la plateforme nationale SAS dans un territoire où le SAS est opérationnel,
- Ou participer à un SAS opérationnel dont l'organisation repose sur un logiciel interfacé avec la plateforme SAS.

Le versement du forfait 2024 sera automatique en 2025 pour les médecins inscrits sur la plateforme nationale SAS et pour ceux dont la CPTS atteste de leur participation.

Les médecins effecteurs sont invités à exprimer leur volonté de participation au SAS en deux étapes :

1. Mise à disposition des créneaux via la plateforme numérique, soit manuellement, soit par un logiciel de prise de rendez-vous interfacé.
2. Accepter d'être contacté par le régulateur en dehors de ces créneaux déclarés en cas de besoin urgent.

Le respect de ces deux conditions déclenchera le versement du forfait de rémunération prévu par le règlement arbitral par l'Assurance Maladie.

En plus du forfait structure, les médecins effecteurs bénéficient d'une majoration de 15€ pour chaque consultation orientée par le SAS, plafonnée à 20 prises en charge hebdomadaires.

Une majoration MRT (Majoration Régulation Médecin Traitant) est également prévue pour valoriser les consultations réalisées en urgence par le médecin traitant pour l'un de ses patients. Cette consultation doit avoir lieu dans les 48 heures suivant une demande du SAS et pendant les horaires d'ouverture du cabinet. Elle est soumise à des conditions spécifiques et ne peut être cumulée avec d'autres majorations liées à la PDSA.

Depuis le 22 décembre 2024, une nouvelle majoration cotée « SHE » de 5 euros est instaurée pour les consultations effectuées entre 19 h et 21 h.

À partir du 1er janvier 2026, un nouveau modèle de rémunération sera appliqué aux médecins participant au SAS, 1 000 € par an, attribués sous conditions :

- Exercer dans un département où le SAS est déployé et opérationnel,
- S'inscrire sur la plateforme nationale SAS,
- Accepter d'interfacer leur solution de prise de rendez-vous avec la plateforme SAS ou participer à une organisation territoriale validée.

Ces nouvelles modalités sont régies par l'Article 30-1 de la Convention Médicale 2024.

III. Objectifs de la Recherche

Cette thèse se propose d'analyser l'adoption du SAS par les médecins généralistes et les facteurs influençant son intégration dans leur pratique, notamment en termes, de charge de travail et de gestion des SNP.

IV. Matériel et Méthodes

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle et descriptive, basée sur une analyse quantitative.

B. Présentation de l'échantillon

La population étudiée dans cette recherche comprend tous médecins généralistes exerçant en libéral, quel que soit leur mode d'exercice, seul ou en groupe.

C. Elaboration du questionnaire

Pour recueillir les données, un questionnaire en ligne a été conçu à l'aide de la plateforme Google Forms, en s'inspirant de l'enquête de la DREES (25), sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale, dans sa première version. Le questionnaire a été mis en page par M. TRABELSI, informaticien indépendant ayant réalisé de nombreux questionnaires pour des structures de formation médicale.

Ce questionnaire a été élaboré pour couvrir plusieurs aspects de la pratique médicale, notamment l'organisation des consultations, la gestion des SNP avant et après la mise en place du SAS, l'utilisation du SAS, l'évaluation de son impact sur la vie professionnelle des médecins généralistes, ainsi que les suggestions d'amélioration.

Le questionnaire diffusé était organisé en six parties :

- **La première partie** concernait le profil sociodémographique de la population répondant au questionnaire.
- **La deuxième partie** les interrogeait sur l'organisation de leurs consultations
- **La troisième partie** se consacrait à leur gestion des SNP pendant les heures d'ouverture du cabinet médical en semaine.
- **La quatrième partie** concernait la gestion des SNP pendant la PDSA : activité de 20h à 8h et le dimanche et les jours fériés.
- **La cinquième partie** concernait l'utilisation du SAS

Cette partie explorait le niveau de connaissance et d'utilisation du Service d'Accès aux Soins par les répondants.

- ✓ Après la question « *À votre connaissance, quelle est la situation de votre département en ce qui concerne le SAS ?* », les participants qui indiquaient ne pas connaître ou ne pas utiliser le SAS étaient directement redirigés vers la cinquième partie du questionnaire.
- ✓ Une deuxième redirection intervenait après la question « *Utilisez-vous le Service d'Accès aux Soins dans votre pratique quotidienne ?* ». Ceux qui répondaient négativement étaient également orientés vers la section suivante.

- **La dernière partie** les interrogeait sur leur perception du SAS ainsi que les commentaires recueillis en texte libre.

Le questionnaire contenait 38 questions au total dont des questions à réponses multiples. Aucune réponse était nécessaire pour valider l'envoi du questionnaire.

Tout au long du questionnaire, pour certaines questions, des réponses libres étaient demandées ou des cases de commentaires libres étaient mises à disposition des médecins pour qu'ils puissent faire part de leurs opinions ou de leurs remarques.

D. Recueil des données

La diffusion du questionnaire s'est faite de manière électronique par l'envoi d'un courriel à la base de généralistes d'Espace Médecine en date du 17 avril 2024, avec une relance effectuée le 13 mai 2024. La période d'enquête s'est clôturée le 29 mai 2024.

Les participants ont été invités à répondre volontairement au questionnaire en ligne. Aucune identification personnelle n'a été demandée afin d'assurer l'anonymat des réponses. Le texte accompagnant le questionnaire expliquait clairement l'objectif de cette enquête dans le cadre de la thèse.

La base Espace Médecine

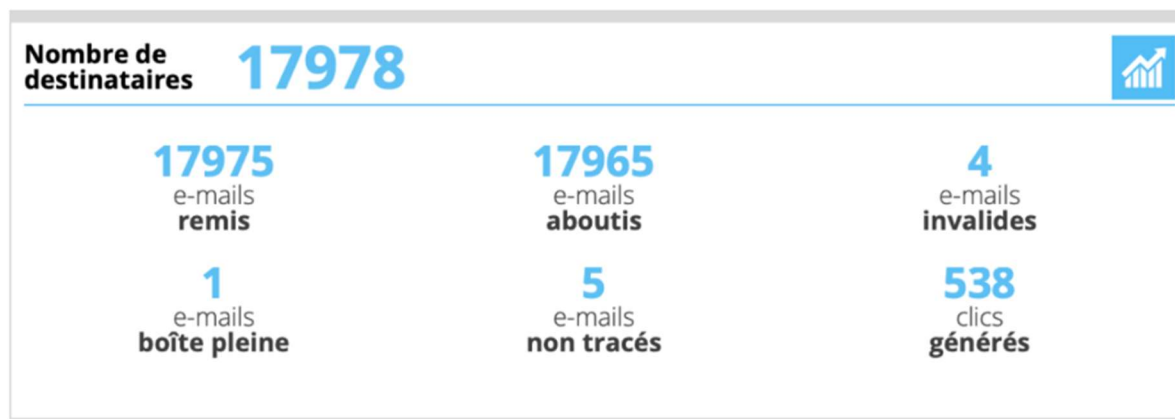
Espace Médecine est une association loi du 1^{er} juillet 1901, présidée par le Dr Claude Bronner, et créée le 30 septembre 1990 à Strasbourg. À l'origine, l'association avait pour but de gérer la participation des médecins généralistes aux réseaux de soins. Au fil des années, son rôle a évolué, et elle est aujourd'hui principalement un support d'annuaire pour les médecins généralistes ou toutes spécialités confondues.

Cet annuaire, actualisé en continu à partir de sources officielles comme l'Annuaire Santé et l'Annuaire Ameli, regroupe les coordonnées professionnelles (adresses, spécialité, secteur d'exercice, téléphones) des médecins libéraux. Espace Médecine enrichit ces données en y ajoutant les numéros de téléphone portable et les adresses électroniques des praticiens, tout en respectant les normes de Règlement Général de Protection des Données (RGPD).

L'annuaire est utilisé par plusieurs structures professionnelles, notamment des associations de formation médicale continue (fmc ActioN, Cotés Soins, A2FM), le

syndicat Fédération des médecins de France FMF (généralistes et spécialistes), la structure Open Rome, et le logiciel médical associatif Almapro. Chaque structure s'engage à gérer les désinscriptions conformément à la réglementation.

Caractéristiques de l'envoi du 17 avril 2024 :



Caractéristiques de la relance du 13 mai 2024 :



E. Analyse des données

Le traitement des données a été fait par Mr TRABELSI, informaticien, et récapitulé sous forme de tableurs.

Les analyses quantitatives seront principalement des statistiques descriptives, telles que les moyennes, les pourcentages et les écarts-types.

Pour analyser les commentaires qualitatifs recueillis dans cette étude, nous avons choisi une analyse thématique. Cette méthode permet d'identifier des motifs récurrents dans les réponses textuelles des participants et de structurer ces motifs en thèmes centraux. Elle offre également un aperçu de l'expérience quotidienne et des

préoccupations des médecins généralistes, ce qui enrichit les résultats quantitatifs en les contextualisant.

Pour garantir l'authenticité des propos, les extraits présentés dans cette thèse ont été retranscrits tels que formulés par les répondants, sans modification de leur contenu.

F. Considérations éthiques

Cette étude a été menée conformément aux principes éthiques de recherche. Les participants ont été informés du but de l'étude et de l'utilisation de leurs réponses à des fins de recherche uniquement. La participation était volontaire, et les données ont été traitées de manière confidentielle. Aucune donnée permettant d'identifier personnellement les participants n'a été collectée.

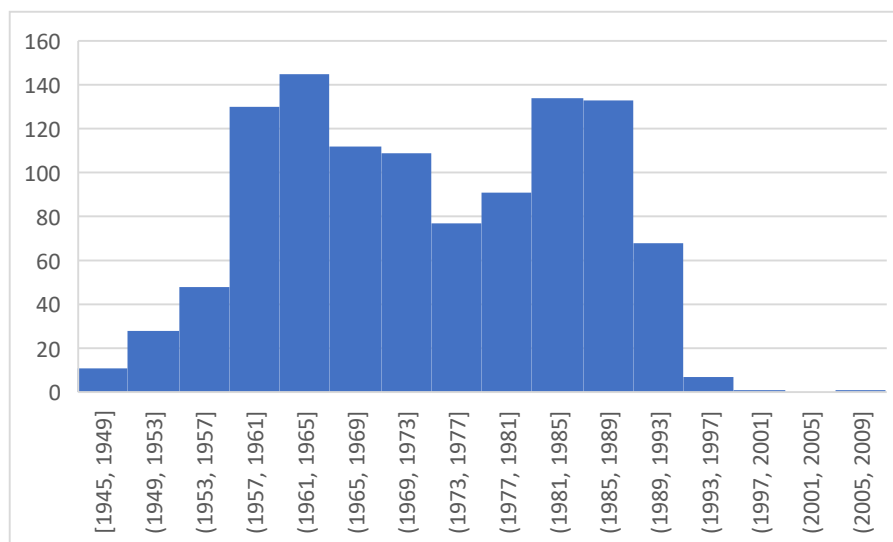
V. Résultats

A. Présentation de la population étudiée

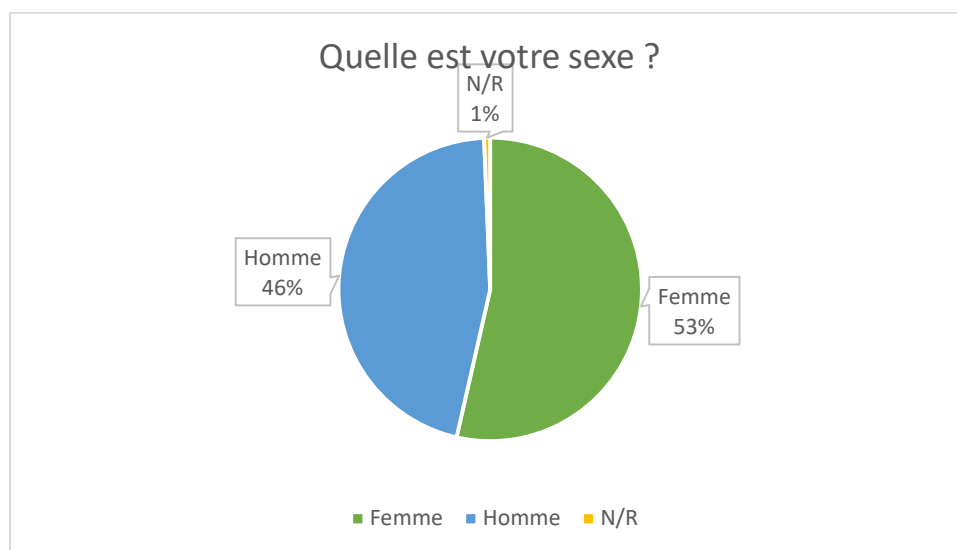
Sur l'ensemble des questionnaires envoyés, 1100 réponses ont été recueillies.

Quelle est votre année de naissance ? :

- Les participants, sont âgés de 26 à 79 ans, avec un âge moyen de 51,04 ans,



Quel est votre sexe ? :



Quelle est votre département d'exercice ? :

- Répartition géographique :

Quelle est votre département d'exercice ?	
01 - Ain	0,45 %
02 - Aisne	0,91 %
03 - Allier	0,55 %
04 - Alpes-de-Haute-Provence	1,09 %
05 - Hautes-alpes	0,09 %
06 - Alpes-maritimes	2,00 %
07 - Ardèche	0,45 %
08 - Ardennes	0,27 %
09 - Ariège	0,45 %
10 - Aube	0,45 %
11 - Aude	0,73 %

Quelle est votre département d'exercice ?	
14 - Calvados	1,18 %
15 - Cantal	0,27 %
16 - Charente	0,09 %
17 - Charente-maritime	0,64 %
18 - Cher	0,45 %
19 - Corrèze	0,18 %
2A - Corse-du-sud	0,18 %
2B - Haute-Corse	0,18 %
21 - Côte-d'Or	0,55 %
22 - Côtes-d'Armor	1,09 %
23 - Creuse	0,09 %

Quelle est votre département d'exercice ?	
26 - Drôme	1,55 %
27 - Eure	0,55 %
28 - Eure-et-Loir	0,09 %
29 - Finistère	0,64 %
30 - Gard	2,45 %
31 - Haute-Garonne	5,36 %
32 - Gers	0,36 %
33 - Gironde	2,36 %
34 - Hérault	1,55 %
35 - Ile-et-Vilaine	1,73 %
36 - Indre	0,55 %

Quelle est votre département d'exercice ?	
12 - Aveyron	0,00 %
13 - Bouches-du-Rhône	2,91 %
39 - Jura	0,27 %
40 - Landes	0,55 %
41 - Loir-et-Cher	0,45 %
42 - Loire	1,55 %
43 - Haute-Loire	0,73 %
44 - Loire-Atlantique	1,45 %
45 - Loiret	0,18 %
46 - Lot	0,00 %
47 - Lot-et-Garonne	0,36 %
48 - Lozère	0,09 %
49 - Maine-et-Loire	0,64 %
50 - Manche	1,64 %
51 - Marne	0,64 %
52 - Haute-Marne	0,00 %

Quelle est votre département d'exercice ?	
24 - Dordogne	0,36 %
25 - Doubs	0,55 %
60 - Oise	1,09 %
61 - Orne	0,64 %
62 - Pas-de-Calais	1,27 %
63 - Puy-de-Dôme	0,82 %
64 - Pyrénées-Atlantiques	1,55 %
65 - Hautes-Pyrénées	0,73 %
66 - Pyrénées-Orientales	0,55 %
67 - Bas-Rhin	3,91 %
68 - Haut-Rhin	2,45 %
69 - Rhône	3,73 %
70 - Haute-Saône	0,09 %
71 - Saône-et-Loire	0,55 %
72 - Sarthe	0,09 %
73 - Savoie	0,91 %

Quelle est votre département d'exercice ?	
37 - Indre-et-Loire	1,36 %
38 - Isère	4,27 %
81 - Tarn	0,91 %
82 - Tarn-et-Garonne	0,91 %
83 - Var	1,27 %
84 - Vaucluse	0,64 %
85 - Vendée	0,82 %
86 - Vienne	0,09 %
87 - Haute-Vienne	0,55 %
88 - Vosges	0,55 %
89 - Yonne	0,55 %
90 - Territoire de Belfort	0,09 %
91 - Essonne	2,00 %
92 - Hauts-de-Seine	0,82 %
93 - Seine-Saint-Denis	0,64 %
94 - Val-de-Marne	0,55 %

Quelle est votre département d'exercice ?	
53 - Mayenne	0,18 %
54 - Meurthe-et-Moselle	1,82 %
55 - Meuse	0,45 %
56 - Morbihan	1,27 %
57 - Moselle	1,45 %
58 - Nièvre	0,09 %
59 - Nord	3,18 %

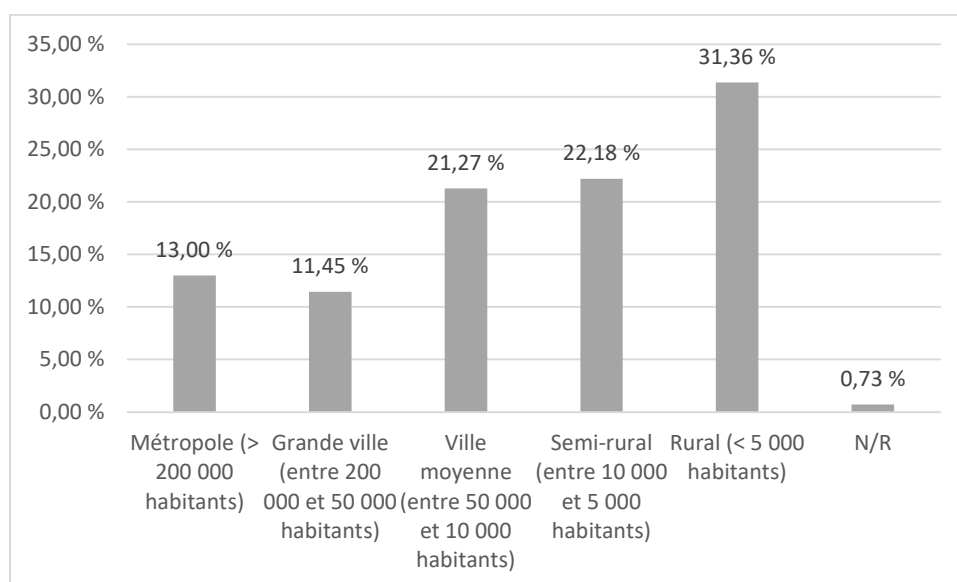
Quelle est votre département d'exercice ?	
74 - Haute-Savoie	2,27 %
75 - Paris	1,45 %
76 - Seine-Maritime	1,45 %
77 - Seine-et-Marne	1,36 %
78 - Yvelines	2,36 %
79 - Deux-Sèvres	0,27 %
80 - Somme	0,73 %

Quelle est votre département d'exercice ?	
95 - Val-d'Oise	0,27 %
971 - Guadeloupe	0,64 %
972 - Martinique	0,73 %
973 - Guyane	0,09 %
974 - La Réunion	0,91 %
976 - Mayotte	0,00 %
N/R	2,73 %
	100,00 %

Etes-vous médecin généraliste ? :

- 96,82% des répondants sont des généralistes

Quelle est la taille de votre commune d'exercice ? :



Quelle est la structure de votre exercice professionnel ? :

- 23,45% exercent seuls, 44,09% en groupe, 26,55% en structure pluriprofessionnelle, 0,64% exercice salarié (en centre de santé de ville), 2,64% en structure de Soins Non Programmées (type SOS), 1,27% mixte , 0,82% remplaçant, non répondant 0,55%.

Organisation en CPTS :

	Non	Oui	Je ne sais pas	N/R	
Votre secteur est-il organisé en CPTS ?	17,09 %	75,09 %	7,00 %	0,82 %	100,00 %

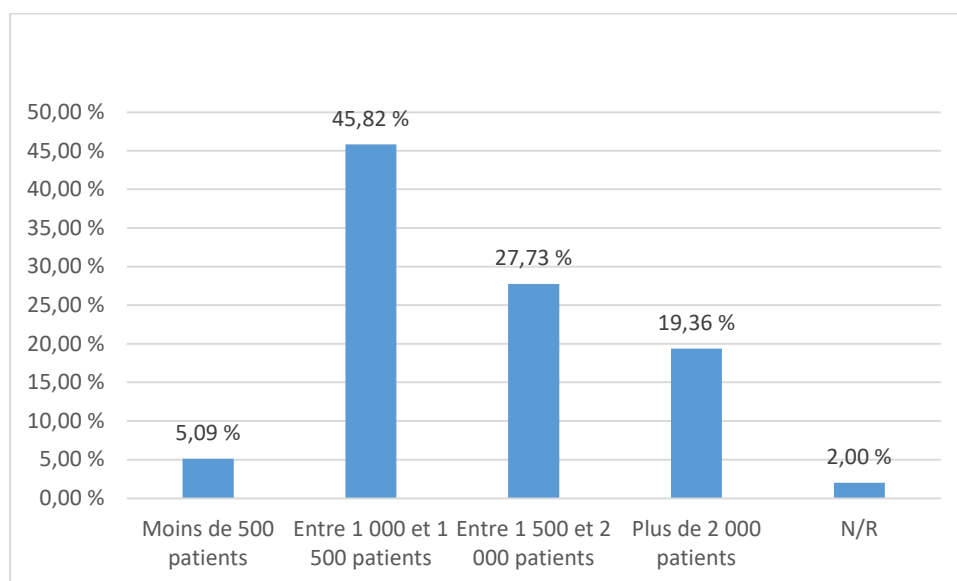
	Non	Oui	Je ne sais pas	N/R	
Avez-vous adhéré à votre CPTS	43,91 %	51,91 %	3,55 %	0,64 %	100,00 %

- 75,09% des répondants indiquent que leur secteur est organisé en CPTS.
- Parmi eux, 51,91% ont adhéré à la CPTS.

Statut de conventionnement :

	En secteur 1	En secteur 2	En secteur 2 OPTAM	Non conventionné	N/R	
Quel est votre statut de conventionnement ?	96,64 %	1,64 %	0,91 %	0,45 %	0,36 %	100,00 %

Combien de patients avez-vous actuellement dans votre file active ? :



Etes-vous actuellement régulateur médical au 15, SAS, ou dans une structure équivalente ? :

- 10,63% sont régulateurs médicaux au 15, SAS, ou dans une structure équivalente.

Parmi les 117 médecins régulateurs, la majorité des répondants participent à la régulation du SAS, du PDSA ou du 15, souvent en combinant plusieurs rôles.

« Régulateur libéral PDSA depuis 2008 et SAS depuis 2023 »

« SAS LIBERAL et PDS au Centre 15 »

« Régulatrice liberale au SAMU en PDSA et SAS depuis le début (région pilote) »

B. Mode d'organisation des consultations au cabinet médical

La gestion de votre planning de RDV patient est-elle informatisée ?

	Oui	Non	N/R	
La gestion de votre planning de RDV patient est-elle informatisée ?	82,55 %	16,82 %	0,64 %	100,00 %

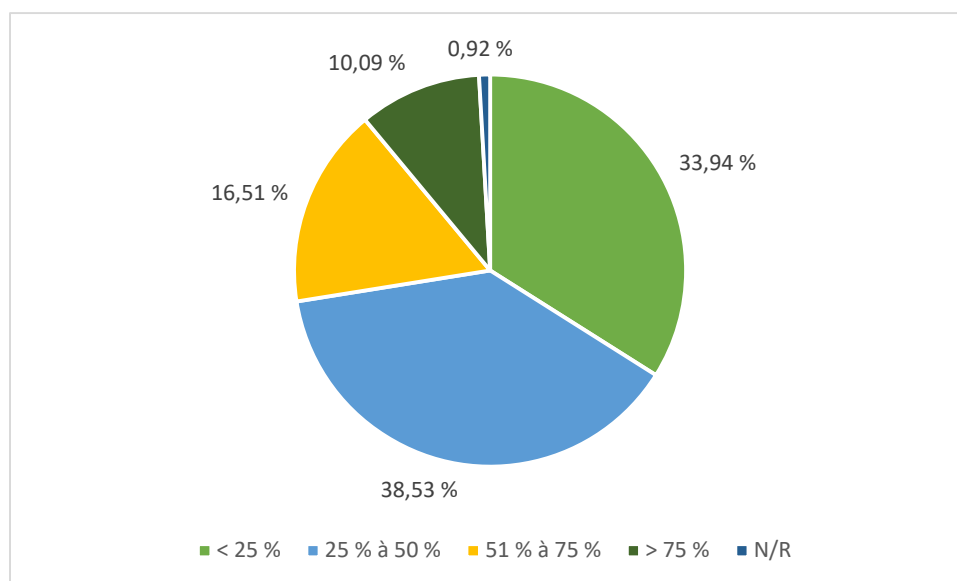
Votre interface de RDV communique-t-elle avec le SAS ?

	Non	Oui	Je ne sais pas	N/R	
Votre interface de RDV communique-t-elle avec le SAS ?	72,69 %	16,63 %	9,91 %	0,77 %	100,00 %

Comment sont organisées vos consultations ?

Comment sont organisées vos consultations ?	
Sur RDV essentiellement	85,18 % (n=937)
A horaires libres essentiellement	4,36 % (n=48)
Organisation mixte (plages sur RDV et plages libres)	9,91 % (n=109)
N/R	0,55 % (n=6)
	100,00 %

Les médecins ayant une organisation mixte étaient invités à détailler le pourcentage des accès libres.



37 répondants sur 109 ont indiqué que les accès libres représentent moins de 25% de leurs consultations. En revanche, une proportion significative (42 sur 109) a rapporté que les accès libres constituent entre 25% et 50% de leurs consultations. La moyenne générale est de 38.28%, avec un écart type de 24.01, ce qui montre une certaine dispersion autour de la moyenne.

Qui assure pour l'essentiel la permanence téléphonique pendant les heures d'ouverture de votre cabinet ?

En ce qui concerne la permanence téléphonique pendant les heures d'ouverture du cabinet

- 19,45% (n=214) des médecins répondent eux-mêmes aux appels.
- 49,45% (n=544) ont une personne assurant le secrétariat au cabinet.
- 37,91% (n=417) utilisent un secrétariat téléphonique à distance.
- 5,64% (n=62) ont d'autres arrangements.
- 0,36% (n=4) non répondants

Les autres arrangements englobent diverses solutions, telles que l'utilisation de systèmes robotisés, de plateformes en ligne (Doctolib, Madeformed, etc.), et l'absence totale de permanence téléphonique au profit d'alternatives comme les emails.

« Pas de permanence téléphonique - mail uniquement »

« secretariat virtuel, madeformed »

Pendant les heures d'ouverture de votre cabinet les patients peuvent-ils communiquer directement avec vous ?

La communication directe avec le médecin pendant les heures d'ouverture est possible :

- 19,64% (n=216) sans filtrage.
- 66,82% (n=735) seulement si le secrétariat le juge nécessaire.
- 8% (n=88) jamais.
- 5,09% (n=56) autres.
- 0,45% (n=5) non répondants

Les autres arrangements (5,09%) incluent diverses méthodes alternatives et flexibles, telles que la communication par message (mail, SMS, plateformes en ligne), disponibilité limitée à certaines heures.

« Oui après m'avoir laissé un message. Réponse par SMS ou contact téléphonique »

« Par madeformed »

« Directement, uniquement en début de matinée »

« Telesecretariat, mails pour certains patients, SMS pour certains patients »

Effectuez-vous des téléconsultations dans le cadre de votre pratique médicale?

L'utilisation des téléconsultations est également variée :

Effectuez-vous des téléconsultations dans le cadre de votre pratique médicale ?	
Régulièrement	16,27 % (n=179)
Occasionnellement	21,00 % (n=231)
Exceptionnellement	26,00 % (n=286)
Jamais	35,64 % (n=392)
Sans objet	0,82 % (n=9)
N/R	0,27 % (n=3)
	100,00 %

Effectuez-vous des visites à domicile dans le cadre de votre pratique médicale?

Effectuez-vous des visites à domicile dans le cadre de votre pratique médicale ?	
Oui, régulièrement	68,82 % (n=757)
Oui, occasionnellement	22,82 % (n=251)
Non, je ne pratique pas de visites à domicile	7,82 % (n=86)
N/R	0,55 % (n=6)
	100,00 %

C. Pratique des Soins Non Programmés (SNP) hors SAS (activité de 8h00 à 20h00 en semaine)

Cette section explore les pratiques des médecins concernant les SNP en dehors du (SAS pendant les heures d'ouverture du cabinet médical en semaine. Nous avons préféré rappeler dans le questionnaire la définition des SNP afin d'éviter toutes confusions.

Ma pratique de soins non programmés hors SAS (activité de 8h00 à 20H00 en semaine)

Les soins non programmés (SNP) répondent aux besoins des patients souffrant d'un problème de santé qui ne relève pas de l'urgence vitale mais qui justifie une prise en charge de 24h à 48h maximum.

La gestion des demandes de SNP varie en fonction de l'heure à laquelle la demande est effectuée, pendant les heures d'ouverture des cabinets ou pendant la permanence de soins ambulatoires (PDSA) de 20h à 8h.

Généralement, à quelles demandes de soins non programmés répondez-vous ?

Parmi les médecins interrogés :

- 36.3% (n=399) répondent aux demandes de SNP provenant exclusivement de leur propre patientèle.
- 30.5% (n=335) accepte également les patients en dehors de leur patientèle,
- 32.9% (n=361) répondent également aux sollicitations provenant des patients en dehors de leur patientèle et des patients adressés par la régulation
- 0.5% (n=5) des répondants n'ont pas fourni de réponse à cette question.

Comment traitez-vous ces demandes de soins non programmés ?

Les répondants pouvaient choisir plusieurs options pour indiquer comment ils gèrent les demandes de SNP, ce qui a conduit à un total de 1436 réponses de la part des 1100 répondants.

Comment traitez-vous ces demandes de soins non programmés ?	
Programmation sur des créneaux spécifiquement dédiés aux soins non programmés	66,82 % (n=735)
Absence de créneau dédiés : je rajoute des patients entre les rendez-vous	35,55 % (n=391)
Orientation vers un confrère (notamment dans le même cabinet)	9,64 % (n=106)
Orientation vers le Samu centre 15	5,73 % (n=63)
Report de rendez-vous pour accepter des soins programmés plus urgent	3,55 % (n=39)
Je ne prends pas en charge les soins non programmés	0,82 % (n=9)
Autre	7,91 % (n=87)
N/R	0,55 % (n=6)

Les autres méthodes de gestion révèlent une diversité d'approches. Les créneaux spécifiques et les consultations libres sont largement utilisés, avec des médecins adaptant leurs horaires pour inclure des patients sans rendez-vous ou les ajoutant à la fin des sessions de consultation. D'autres médecins travaillent exclusivement sans rendez-vous.

« Aucun RDV, je reçois tout le monde »

« Si mes RV d'urgence sont complets, je rajoute entre les RV »

« j'ai toujours de la place dans les 48 heures je les inscris donc sur un créneau libre qui existe toujours »

Utilisez-vous les cotations spécifiques pour la facturation des soins non programmés dans votre pratique médicale ?

En ce qui concerne la facturation, les médecins ont également pu choisir plusieurs réponses, ce qui a conduit à un total de 1330 réponses de la part des 1100 répondants:

- Utilisation de la cotation SNP (Soins Non Programmé) : 24.2% (n=266)
- Utilisation de la cotation MRT (majoration médecin traitant de régulation) : 13.3% (n=146)
- Pas d'utilisation de cotations spécifiques : 59.3% (n=652)
- Méconnaissance des cotations MRT ou SNP : 20.0% (n=220)
- Autres pratiques de facturation : 3.6% (n=39)

Faites-vous des visites à domicile en réponse à des demandes de soins non programmés ?

Faites-vous des visites à domicile en réponse à des demandes de soins non programmés ?	
Régulièrement	17,27 % (n=190)
Occasionnellement	22,45 % (n=247)
Exceptionnellement	30,36 % (n=334)
Jamais	27,73 % (n=305)
Sans objet	1,55 % (n=17)
N/R	0,64 % (n=7)
100,00 %	

Faites-vous des téléconsultations dans l'activité de soins non programmés ?

Faites-vous des téléconsultations dans l'activité de soins non programmés ?	
Régulièrement	3,91 % (n=46)
Occasionnellement	9,64 % (n=106)
Exceptionnellement	16,36 % (n=180)
Jamais	67,82 % (n=746)
Sans objet	1,64 % (n=18)
N/R	0,64 % (n=7)
	100,00 %

D. Permanence De Soins Ambulatoire (PDSA : activité de 20h à 8h et le dimanche/férié)

Participation à la PDSA

Quelle est votre participation à la PDSA ?	
Je fais des gardes	59,45 % (n=654)
Je ne fais pas de gardes, mais répons aux appels du 15	5,36 % (n=59)
Je ne fais pas de gardes, mais répons aux appels d'une autre organisation locale que le 15	0,73 % (n=8)
Je ne fais pas de gardes, mais répons à mes patients aux heures de PDSA	8,00 % (n=88)
Je fais partie d'une structure de type SOS ou équivalent	3,73 % (n=41)
Autre	24,64 % (n=271)
N/R	1,36 % (n=15)

Les répondants avaient la possibilité de sélectionner plusieurs options à la question « *Quelle est votre participation à la PDSA ?* », ce qui a entraîné un total de 1136 réponses pour 1100 participants.

Une proportion significative de 24.6% (271 médecins) a indiqué d'autres formes de participation à la PDSA. Les réponses libres montrent qu'une grande majorité des médecins ne participent plus à la garde de manière active, pour diverses raisons.

Beaucoup de médecins mentionnent qu'ils ont arrêté les gardes en raison de leur âge avancé ou de problèmes de santé.

« exempté pour raison d'âge » ou « dispensé de garde pour raison de santé »

Plusieurs médecins déclarent simplement qu'ils ne souhaitent plus participer à la PDSA, sans donner de raisons spécifiques.

De nombreuses réponses mentionnent que la gestion de la PDSA est assurée par des structures externes, comme SOS Médecins, ce qui les dispense d'y participer.

« structure type SOS qui gère sur notre secteur »

Certains médecins se concentrent uniquement sur la régulation téléphonique, sans effectuer de gardes sur le terrain.

« pas de participation PDSA mais régulateur au 15 »

Effectuez-vous des téléconsultations dans votre activité de PDSA ?

Effectuez-vous des téléconsultations dans votre activité de PDSA ?	
Régulièrement	1,09 % (n=12)
Occasionnellement	1,91 % (n=21)
Exceptionnellement	4,55 % (n=50)
Jamais	73,09 % (n=804)
Sans objet	18,45 % (n=203)
N/R	0,91 % (n=10)
	100,00 %

Effectuez-vous des visites à domicile dans votre activité de PDSA ?

Faites-vous des visite à domicile dans votre activité de PDSA ?	
Régulièrement	14,27 % (n=157)
Occasionnellement	12,55 % (n=138)
Exceptionnellement	15,27 % (n=168)
Jamais	38,36 % (n=422)
Sans objet	18,64 % (n=205)
N/R	0,91 % (n=10)
100,00 %	

E. Utilisation du Service d'Accès aux Soins (SAS)

Utilisation du Service d'Accès aux Soins (SAS)

Le service d'accès aux soins est un nouveau service d'orientation de la population dans leur parcours de soins. Le patient confronté à un besoin de soins urgents ou non programmés et pour qui l'accès à son médecin traitant n'est pas possible, doit pouvoir accéder à toute heure et à distance à un professionnel de santé.

Nous nous intéressons ici à la prise en charge des soins non programmés, donc à la filière médecine de ville du SAS.

A votre connaissance quelle est la situation de votre département en ce qui concerne le SAS ?

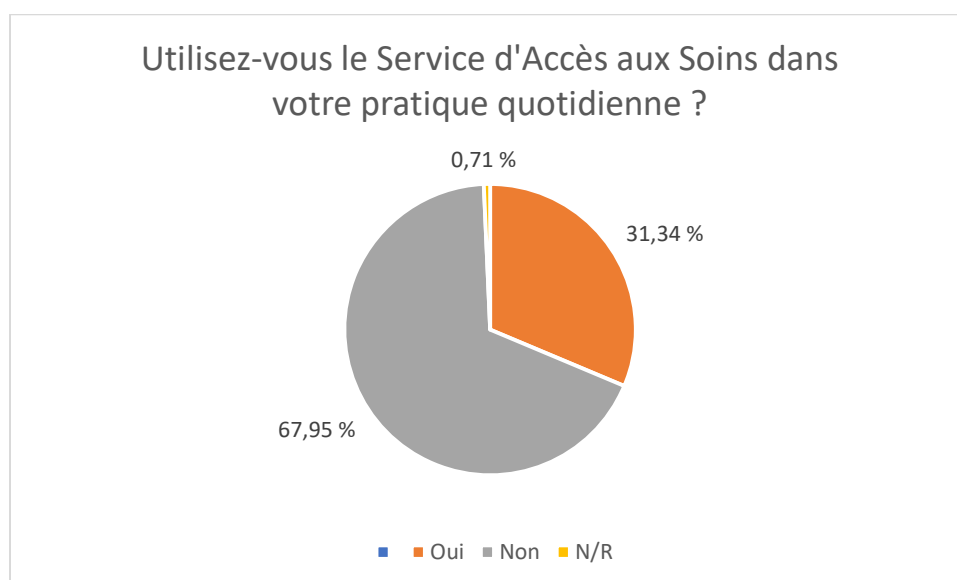
La majorité des répondants (64%) indiquent que le SAS existe dans leur département. 13.4% des répondants rapportent que le SAS est en construction, tandis que 2.1% affirment qu'il n'existe pas encore et qu'aucune construction n'est prévue. 20.4% des répondants ne savent pas, et 0.4% n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les 1100 répondants, les 702 médecins ayant connaissance de l'existence du SAS dans leur département ont poursuivi leurs réponses aux questions spécifiques sur cette activité. Les autres ont été redirigés vers la section « Perception du Service d'Accès aux Soins ».

Depuis quand existe votre SAS ?

Depuis quand existe votre SAS ?	
2021	7,41 %
2022	19,23 %
2023	26,64 %
2024	5,70 %
Je ne sais pas	40,74 %
N/R	0,28 %

Utilisez-vous le Service d'Accès aux Soins dans votre pratique quotidienne ?



A partir de cette question, les médecins utilisant le SAS soit 220/702 continuaient à répondre aux questions relatives à cette activité. Les autres médecins étaient redirigés vers la section « *perception du Service d'Accès aux Soins* »

Pour participer au Service d'Accès aux Soins (SAS), plusieurs modalités sont possibles. Pouvez-vous indiquer comment vous participez au SAS ?

Sur les 220 médecins qui utilisent le SAS,

- 71.8% participent individuellement,
- 26.4% participent au sein d'une structure de soins telle que MSP ou CPTS,
- 8.2% collaborent avec SOS Médecin ou équivalent,
- 4.1% ont indiqué d'autres modalités de participation.

la plupart des médecins participent via des structures formelles, bien que quelques-uns utilisent des modalités plus locales ou spécifiques, comme entr'act ou le CAPS.

Pour accéder au Service d'Accès aux Soins (SAS), les patients doivent passer par une plateforme téléphonique de régulation. Pourriez-vous indiquer le numéro auquel les patients de votre département ont accès pour contacter le SAS ?

Les répondants avaient la possibilité de sélectionner plusieurs options pour répondre à cette, ce qui a entraîné un total de 225 réponses pour 220 participants.

- 85% des médecins indiquent que les patients de leur département peuvent contacter le SAS via le numéro 15 (SAMU)
- 18.2% des répondants mentionnent l'utilisation du numéro 116-117 pour les soins non urgents,
- 6.8% rapportent l'utilisation d'un numéro local spécifique.
- 5% des médecins ne savent pas quel numéro est utilisé,
- 3.6% ont indiqué un autre numéro.

Parmi les autres numéros on retrouve :

« 3966 »

« Entre Actes »

« 320332033 »

« 472330033 »

Pour répondre au SAS, il faut mettre à disposition 2h de consultation par semaine sur la plateforme, quel est votre situation ?

- 65.5% des médecins mettent à disposition des créneaux de consultation sur la plateforme
- 33.6% n'utilisent pas la plateforme.
- 0.9% des répondants n'ont pas répondu à cette question.

Etes-vous sollicité(e) pour effectuer des visites à domicile dans le cadre du SAS ?

Etes-vous sollicité(e) pour effectuer des visites à domicile dans le cadre du SAS ?	
Oui, fréquemment	8,18 % (n=18)
Oui, occasionnellement	11,82 % (n=26)
Oui, mais je ne souhaite pas en faire	7,27 % (n=16)
Non, je ne suis pas sollicité(e) pour des visites à domicile	72,73 % (n=160)
N/R	0,00 %
	100,00 %

Quelles professions paramédicales participent à votre SAS ?

En ce qui concerne la participation des professions paramédicales au SAS, 1.4% des médecins indiquent que toutes les professions paramédicales participent, tandis que 11.8% rapportent que seules quelques professions participent. 28.6% des répondants indiquent qu'aucune profession paramédicale ne participe, et 58.2% ne savent pas.

Parmi les professions paramédicales mentionnées on retrouve :

- Infirmiers
- Pharmaciens
- Masseur-kinésithérapeutes
- Biologistes responsables
- Chirurgiens-dentistes
- Sage-femmes

F. Perceptions du Service d'Accès aux Soins (SAS)

Cette partie du questionnaire s'adressait de nouveau à l'ensemble des répondants, qu'ils utilisent ou non le SAS. Afin de contextualiser leurs réponses, il nous a semblé pertinent de rappeler brièvement le fonctionnement du SAS, tel qu'expliqué dans le questionnaire.

Perceptions du Service d'Accès aux Soins

Que vous ayez ou pas de SAS, nous aimerions recueillir votre opinion sur son utilité potentielle dans votre pratique quotidienne en tant que médecin. Veuillez prendre un moment pour partager vos impressions.

Fonctionnement du SAS

Le service d'accès aux soins est un nouveau service d'orientation de la population dans leur parcours de soins. Le patient confronté à un besoin de soins urgents ou non programmés et pour qui l'accès à son médecin traitant n'est pas possible, doit pouvoir accéder à toute heure et à distance à un professionnel de santé.

En participant au SAS, vous avez la possibilité de mettre à disposition des créneaux horaires sur la plateforme numérique du SAS. Ces créneaux s'ajustent avec les logiciels métiers utilisés, tels que MAIA, Keldoc, Doctolib et restent accessibles en priorité à votre propre patientèle.

Lorsqu'un patient sollicite une consultation via le SAS, l'Opérateur de Soins Non Programmés (OSPN) effectue un tri initial et s'il le juge nécessaire prend rdv via la plateforme avec un professionnel disponible. Ainsi, le SAS est conçu pour offrir des consultations supplémentaires sans ajouter de charge de travail significative.

Ma pratique et mon opinion sur le SAS

Ma pratique et mon opinion sur le SAS	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Je ne sais pas	Non réponse	
La participation au SAS devrait être obligatoire	12,73 % (n=140)	64,91 % (n=714)	11,55 % (n=127)	10,82 % (n=119)	100,00 %
Le SAS permet de réduire la pression sur les urgences hospitalières de mon département	45,64 % (n=502)	26,00 % (n=286)	21,55 % (n=237)	6,82 % (n=75)	100,00 %
Je trouve que les autres systèmes que j'utilise pour répondre aux SNP sont suffisamment efficaces	62,09 % (n=683)	13,91 % (n=153)	13,82 % (n=152)	10,18 % (n=112)	100,00 %
Le partage d'agenda avec le SAS est une bonne chose	19,91 % (n=219)	53,91 % (n=593)	16,09 % (n=177)	10,09 % (n=111)	100,00 %
Le SAS me paraît pertinent pour ma pratique médicale	21,45 % (n=236)	52,55 % (n=578)	15,36 % (n=163)	10,64 % (n=117)	100,00 %
J'utilise d'autres modalités que le système de plateforme	42,64 % (n=469)	15,45 % (n=170)	10,18 % (n=112)	31,73 % (n=349)	100,00 %
Le SAS ne renvoie pas assez sur le médecin traitant	29,91 % (n=329)	13,45 % (n=148)	40,18 % (n=442)	16,45 % (n=181)	100,00 %
J'aurais souhaité que ma participation au SAS soit mieux rémunérée	33,91 % (n=373)	13,55 % (n=149)	22,18 % (n=244)	30,36 % (n=334)	100,00 %
Je trouve que la cotation SNP est pertinente	32,27 % (n=355)	21,91 % (n=241)	23,45 % (n=258)	22,36 % (n=246)	100,00 %
Les actes longs de consultation médecin traitant devraient être mieux valorisés que les actes SNP	79,45 % (n=874)	3,55 % (n=39)	6,36 % (n=70)	10,64 % (n=117)	100,00 %
Je trouve que le SAS pourrait compromettre la relation médecin-patient que j'ai établie	24,45 % (n=269)	41,09 % (n=452)	19,64 % (n=216)	14,82 % (n=163)	100,00 %
Je crains que l'utilisation du SAS n'entraîne une charge administrative ou de travail supplémentaire	51,73 % (n=569)	22,91 % (n=252)	13,00 % (n=143)	12,36 % (n=136)	100,00 %
Le SAS n'a pas changé grand-chose à la réponse aux soins programmés dans mon territoire	41,45 % (n=456)	8,36 % (n=92)	30,36 % (n=334)	19,82 % (n=218)	100,00 %
Le SAS devrait proposer des téléconsultations	14,45 % (n=159)	44,00 % (n=484)	21,45 % (n=236)	20,09 % (n=221)	100,00 %

Une majorité importante des répondants s'oppose à l'obligation de participation au SAS (64.9%), ce qui souligne une réticence notable à rendre ce service obligatoire. Concernant l'impact du SAS sur les urgences hospitalières, près de la moitié des répondants (45.6%) estiment que le SAS contribue à réduire la pression sur les urgences, bien que 26% ne soient pas d'accord et 21.5% restent incertains.

La plupart des médecins (62.1%) trouvent que les systèmes alternatifs qu'ils utilisent pour répondre aux SNP sont suffisamment efficaces, tandis que seulement 19.9% pensent que le partage d'agenda avec le SAS est bénéfique. En revanche, une majorité (53.9%) est en désaccord avec cette idée.

Les opinions sur la pertinence du SAS pour la pratique médicale sont également divisées, avec 52.5% des répondants exprimant leur désaccord. Cependant, 42.6% des répondants utilisent d'autres modalités que le système de plateforme SAS, ce qui pourrait refléter une préférence pour des méthodes de gestion alternatives.

En ce qui concerne la rémunération, 33.9% des médecins souhaitent une meilleure compensation pour leur participation au SAS. Par ailleurs, une majorité significative (79.5%) est d'accord pour dire que les actes longs de consultation du médecin traitant devraient être mieux valorisés que les actes SNP.

G. Les commentaires libres

En complément des données quantitatives, une analyse thématique des 378 commentaires a mis en évidence plusieurs thèmes récurrents concernant à l'impact du SAS sur leur pratique quotidienne.

Les principales thématiques identifiées sont les suivantes :

1. Critiques structurelles du SAS

Cette thématique regroupe les retours portant sur la conception générale du SAS. De nombreux médecins qualifient le système « d'usine à gaz » et remettent en question son adéquation avec les réalités du terrain. Ces critiques s'étendent à la mise en œuvre nationale du SAS, jugée déconnectée des besoins spécifiques des territoires.

Une organisation perçue comme complexe et inefficace

De nombreux praticiens jugent que les démarches administratives et les contraintes imposées par le dispositif alourdissent inutilement leur charge de travail.

« Le SAS est une organisation inutilement complexe, qui ajoute des couches administratives alors que nous avons déjà des systèmes efficaces pour gérer les SNP au niveau local. »

« Le SAS ne fait que dupliquer des structures qui fonctionnent déjà bien dans certains territoires, sans apporter de réelle valeur ajoutée. »

Une ingérence perçue dans l'autonomie professionnelle

La gestion centralisée des créneaux par le SAS, notamment via la régulation par le 15, est perçue comme une intrusion dans l'organisation autonome des cabinets médicaux.

« Nous collaborons avec le SAS, mais nous devons rester maîtres de nos plannings et de nos décisions. Aucune entité externe ne devrait pouvoir imposer des créneaux ou des patients. »

« Le SAS aurait dû être piloté par des structures locales comme les CPTS, en collaboration directe avec les médecins de terrain. Les ARS et le 15 sont trop éloignés des réalités pratiques. »

2. Difficultés de gestion des créneaux et régulation par le 15.

Une gestion des créneaux perçue comme inadéquate

Un grand nombre de participants signalent des dysfonctionnements dans la gestion des créneaux, notamment des doublons ou un manque de flexibilité.

« Les rendez-vous de la plate-forme SAS se superposent aux rendez-vous de mon agenda en ligne, ce qui engendre des doublons et des erreurs. Cela complique encore davantage la gestion de mon emploi du temps. »

« En deux ans, j'ai eu à peine quatre créneaux pris par le SAS, alors que j'ajoute quotidiennement 10 SNP via mon secrétariat. Cela me semble sous-utilisé et inefficace. »

Critiques envers la régulation par le 15

La régulation par le 15 est également critiquée, les médecins soulignant un manque de compréhension des contraintes locales par les régulateurs.

« Le 15 devient une sorte de secrétariat médical qui manque de discernement dans l'orientation des patients. Je reçois parfois des demandes pour des cas qui pourraient attendre, ce qui surcharge inutilement mon planning. »

Ils expriment également des frustrations liées au choix aléatoire ou inéquitable des praticiens contactés, ce qui génère un sentiment d'injustice.

« Mon associée inscrite au SAS est appelée environ une fois par mois, mais comme elle n'a jamais de disponibilité, c'est moi qui prends les patients. Je me demande comment le choix des médecins est fait par le 15. »

Impact sur la charge de travail

Les difficultés liées à la gestion des créneaux entraînent une augmentation de la charge de travail, souvent ressentie comme disproportionnée par rapport à l'apport réel du SAS.

« Je dois souvent bloquer des créneaux pour le SAS, mais cela réduit le nombre de rendez-vous que je peux offrir à mes patients habituels. Au final, cela augmente ma charge de travail sans résoudre les problèmes d'accès aux soins. »

« Je trouve difficile de voir des patients inconnus envoyés par le SAS, alors que je dois refuser mes propres patients faute de créneaux. »

« Entre mes consultations habituelles et les créneaux SAS, je n'ai plus de temps pour gérer les tâches administratives ou les urgences de mes propres patients. »

3. Relations avec les patients et gestion des responsabilités des médecins

Cette catégorie met en lumière les difficultés liées à la prise en charge de patients inconnus, aux consultations jugées non urgentes, et aux absences de certains patients aux rendez-vous. Ces problèmes affectent la relation médecin-patient.

Déresponsabilisation des patients

Un point fréquemment soulevé est l'impact du SAS sur le comportement des patients. De nombreux médecins estiment que le système encourage une forme de consumérisme médical, où les patients exigent des soins immédiats, souvent pour des motifs non urgents.

« Le SAS déresponsabilise les patients. Ils savent qu'ils pourront obtenir un rendez-vous rapidement, même si leur demande ne relève pas d'une urgence réelle. »

« J'ai reçu un patient pour un simple rhume envoyé par le SAS. Ce genre de situation est une perte de temps pour tout le monde. »

« Un tiers des patients adressés par le SAS ne se présentent même pas à leur rendez-vous, ce qui représente une perte de temps et de ressources. »

« Le SAS, tel qu'il est conçu, ne fait qu'encourager les patients à exiger des consultations en urgence pour des motifs non urgents. Cela surcharge inutilement le système. »

Difficultés liées à la gestion des patients hors patientèle

Certains médecins soulignent les défis particuliers liés à la prise en charge de patients qu'ils ne connaissent pas, notamment en termes :

- De collecte des antécédents médicaux.
- De continuité des soins, en l'absence de suivi par un médecin traitant.

« Lorsqu'un patient sans médecin traitant vient pour une urgence, la gestion du suivi devient problématique. Qui s'occupe de lui après ? »

4. Questions de rémunération et reconnaissance professionnelle.

Les médecins interrogés expriment également un sentiment général de sous-valorisation de leur rôle dans le système de santé.

Un sentiment de non-reconnaissance professionnelle

Certains médecins estiment que cette approche dévalorise le travail de fond des médecins généralistes, notamment dans la prise en charge des patients polypathologiques et des consultations longues et complexes.

« Plutôt que d'encourager des consultations rapides et superficielles via le SAS, il serait plus pertinent de revaloriser les consultations de suivi pour les patients atteints de maladies chroniques. Ces actes sont beaucoup plus exigeants et essentiels pour la santé publique. »

« Il est incohérent que la cotation SNP ne soit valable que pour les patients orientés par le 15. Cela dévalorise les soins que je prodigue à ma propre patientèle, alors que ce sont eux qui nécessitent le plus de suivi. »

Une rémunération jugée non incitative

« Je gagne à peine plus pour une consultation SAS, alors que cela me demande beaucoup plus de gestion administrative. C'est loin d'être motivant. »

5. Suggestions pour améliorer le système.

Certains commentaires proposent des pistes pour rendre le SAS plus efficace. Ces suggestions incluent une meilleure coordination locale, une éducation accrue des patients, et des ajustements dans la régulation.

Renforcer la régulation locale et réduire les contraintes administratives

« Il serait préférable que la régulation soit assurée par des médecins locaux, qui connaissent mieux les besoins de la population et les disponibilités des professionnels. »

« Plutôt que d'imposer une organisation nationale uniforme, le SAS devrait s'appuyer sur les solutions locales qui fonctionnent déjà, comme les CPTS ou SOS Médecins. »

Développer des outils numériques plus performants

« La plateforme utilisée par le SAS pourrait être simplifiée pour faciliter la réservation des créneaux et éviter les doublons avec nos propres agendas. »

« Il faudrait une plateforme plus ergonomique, qui puisse synchroniser les agendas en temps réel et éviter les incohérences. Cela réduirait les erreurs et les frustrations. »

« Il faudrait permettre aux médecins de définir eux-mêmes les créneaux qu'ils souhaitent dédier au SAS, tout en respectant leur organisation existante. »

Améliorer la communication autour du SAS

« Il faudrait davantage communiquer sur le SAS, aussi bien auprès des médecins que des patients, pour clarifier son rôle et éviter les malentendus. »

Revoir la valorisation financière et élargir les cotations

« Il serait plus juste que la cotation SNP soit également applicable aux consultations urgentes de notre propre patientèle, et pas seulement aux patients régulés par le 15. »

6. Retours d'expérience positifs ou neutres

« Le SAS m'aide à mieux gérer les demandes non programmées en filtrant les motifs de consultation. Cela m'a permis de me concentrer davantage sur ma patientèle habituelle. »

« Nous avons intégré le SAS à notre organisation existante, et cela fonctionne bien en lien avec notre CPTS. Les créneaux proposés sont souvent utilisés pour des consultations pertinentes. »

« Le SAS a permis à des patients sans médecin traitant ou en situation d'urgence de trouver une consultation rapidement. Cela apporte une solution là où il n'y en avait pas auparavant. »

« Le SAS n'a pas révolutionné ma pratique, mais il ne la complique pas non plus. Je continue à gérer mes soins non programmés comme avant, en réservant quelques créneaux pour les urgences SAS. »

Ces perspectives qualitatives permettent de mieux comprendre les enjeux soulevés par l'intégration du SAS dans la pratique médicale. Elles soulignent à la fois les avantages et les défis que cette réforme présente, et ouvrent la voie à une réflexion sur les ajustements nécessaires.

VI. Discussion

A. Objectifs et résultats principaux

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les facteurs influençant l'adhésion au SAS par les médecins généralistes, en se concentrant sur la charge de travail et la gestion des SNP.

Face aux enjeux posés par la demande croissante de SNP, il nous semblait intéressant d'analyser le déploiement du SAS en particulier à travers l'organisation de la médecine de ville depuis sa mise en place.

Les objectifs secondaires visent à identifier les obstacles organisationnels, et à recueillir des suggestions d'amélioration pour le SAS.

B. Forces et limites de l'étude :

Cette étude présente plusieurs forces qui renforcent la validité et la pertinence des résultats. Tout d'abord, elle repose sur un large échantillon de 1100 médecins généralistes répartis sur l'ensemble du territoire français, ce qui permet d'obtenir une vision nationale de l'impact du SAS. La diversité des zones géographiques représentées, incluant des zones rurales, semi-rurales et urbaines, offre un éclairage sur les spécificités locales dans la gestion des SNP. De plus, l'inclusion de questions ouvertes a permis de recueillir des témoignages qualitatifs riches, apportant des nuances aux analyses quantitatives et mettant en évidence des enjeux complexes, tels que le ressentiment envers le système de santé ou les inégalités de valorisation des actes.

Cependant, cette étude n'est pas exempte de limites. L'étude a ciblé spécifiquement les médecins généralistes, mais 3 % des répondants n'appartenaient pas à cette population cible, ce qui pourrait introduire un biais de sélection. Ce biais reste limité en raison de la faible proportion des répondants concernés et de l'analyse des données qui s'est majoritairement concentrée sur les retours provenant de médecins

généralistes. Toutefois, il illustre l'importance d'une diffusion ciblée et d'une identification stricte des répondants pour éviter toute dilution des résultats dans les études futures.

Le mode de diffusion du questionnaire, principalement par voie électronique, pourrait également introduire un biais de sélection. En effet, les médecins les plus connectés ou sensibilisés aux enjeux du SAS sont probablement surreprésentés dans l'échantillon, tandis que ceux peu impliqués dans ce dispositif ou éloignés des réseaux numériques pourraient être sous-représentés.

De même, bien que le questionnaire ait été conçu pour couvrir un large éventail de thématiques, certaines réponses ouvertes révèlent des malentendus sur les termes employés ou un manque de compréhension de certaines questions, ce qui peut limiter la fiabilité de certains résultats.

A la question « *Pendant les heures d'ouverture de votre cabinet, les patients peuvent-ils communiquer directement avec vous ?* », certaines réponses montrent que la question a été interprétée différemment selon les médecins.

Certains répondants semblent avoir compris « *communication directe* » comme un échange immédiat en temps réel :

« *lorsque je n'examine pas un patient* » ;

« *Secrétariat/en direct/par courrier* » ;

« *oui sur message du secrétariat* »

Tandis que d'autres y incluent les messages différés, ce qui crée une hétérogénéité des réponses :

« *Mail, SMS* » ;

« *Message sur doctolib* » ;

« *Oui après m'avoir laissé un message. Réponse par SMS ou contact téléphonique* » ;

« *Je rappelle si nécessaire* » ;

« *Selon le message laissé par le secrétariat, je les rappelle si besoin* »

Pour améliorer la précision des données, il aurait été intéressant de structurer la question avec des choix multiples plus détaillés.

- *Les patients peuvent-ils vous contacter en temps réel pendant vos horaires d'ouverture ? (Oui/Non)*
- *Si oui, par quel moyen ? (Téléphone sans filtrage / Téléphone avec filtrage / Messagerie / Autre)*
- *Si non, comment peuvent-ils laisser un message ? (Secrétariat / Plateforme de RDV / E-mail)*

De plus une erreur de conception a été relevée concernant la question sur la taille de la file active des patients : la catégorie "entre 500 et 1 000 patients" manquait dans les options de réponse proposées. Cette omission a pu contraindre certains médecins à sélectionner une catégorie inexacte ou à ne pas répondre. Par conséquent, les données collectées pour cette variable peuvent être partiellement biaisées et doivent être interprétées avec prudence. Cette limite souligne l'importance de tester rigoureusement les questionnaires avant leur diffusion pour garantir la précision et la fiabilité des réponses.

Par ailleurs, bien que cette étude ait une portée nationale, elle ne permet pas de différencier en profondeur les spécificités des départements pilotes du SAS, où le dispositif est expérimenté depuis plus longtemps. Une analyse comparative de ces territoires aurait pu offrir des enseignements précieux sur les leviers favorisant l'adhésion des médecins et les conditions nécessaires à une meilleure efficacité du dispositif.

Enfin, l'absence de suivi longitudinal constitue une autre limite. L'étude offre une photographie ponctuelle de la situation, mais ne permet pas d'évaluer l'évolution des perceptions ou des pratiques des médecins à moyen et long terme. Cette temporalité est pourtant essentielle pour comprendre si le SAS peut s'installer durablement dans les pratiques des professionnels de santé et répondre aux besoins croissants en SNP.

C. Interprétation des résultats

L'étude a permis de recueillir des données significatives sur l'impact et l'utilisation du SAS par les médecins généralistes libéraux, tant sur le plan de leur pratique quotidienne que de leur perception de cette prestation.

1. Le questionnaire

a) *Caractéristiques des participants*

La population étudiée dans notre analyse reflète en partie la répartition démographique et professionnelle des médecins généralistes en France. L'échantillon compte une majorité de femmes, conformément à la tendance nationale relevée dans le rapport 2022 du Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'âge moyen des répondants est de 51,04 ans, ce qui est cohérent avec l'âge moyen national des médecins généralistes en activité (26).

Sur les 1100 médecins interrogés, une proportion significative exerce en zones semi-rurales et rurales (31,36 % et 21,27 %, respectivement), reflétant une diversité géographique qui pourrait influencer leur perception et leur utilisation du SAS. De plus, 44,09 % des répondants travaillent en maison de santé pluriprofessionnelle ou dans des structures collectives, indiquant une tendance croissante à la pratique collaborative dans les soins primaires.

b) *Les Soins Non Programmés : une pratique déjà ancrée*

Historiquement, les SNP sont au cœur de l'activité quotidienne des médecins généralistes en France. Avant l'introduction du SAS, la prise en charge des SNP était souvent gérée de manière autonome par les praticiens ou via des structures collectives telles que les CPTS, SOS Médecins, ou encore les centres de Soins Non Programmés. La majorité des médecins généralistes interrogés dans cette étude ont confirmé leur habitude de gérer ces demandes à travers des créneaux spécifiques (66,8 % des répondants) ou en ajoutant des patients à leur programme quotidien 35,5 %, comme cela a également été observé dans l'étude de la DREES de 2020 (22). Cependant, l'introduction du SAS soulève des interrogations. Celui-ci une organisation

standardisée qui pourrait parfois être perçue comme redondante ou inadaptée aux réalités locales.

c) Le SAS : adhésion, utilisation ses apports et limites selon les résultats obtenus.

L'étude a révélé que si la majorité des participants (63,82%) déclarent que le SAS est implanté dans leur département, seule une poignée l'utilise dans leur pratique quotidienne (31,34%). Les médecins qui y participent préfèrent souvent le faire individuellement (71,82%) plutôt que dans des structures formelles. Ces données montrent une faible adoption malgré l'implantation progressive du service. Parmi les utilisateurs du SAS, la majorité des répondant a mis des créneaux de consultation à disposition via la plateforme (65,45%), mais plusieurs se disent peu sollicités. Il est aussi à noter qu'ils ne reçoivent pas de demandes de visites à domicile dans le cadre de ce service (72,73%). Les résultats de l'étude montrent que, bien que le SAS s'inscrive dans une volonté de répondre à une problématique sociétale et organisationnelle, son impact sur les pratiques des médecins généralistes reste nuancé.

(i) Des apports limités mais reconnus

L'étude met en évidence des expériences positives de coordination entre les acteurs du SAS dans certains territoires. Dans l'Aude, les médecins signalent une bonne collaboration avec le SAMU et les généralistes en ville. En Haute-Savoie, l'intégration d'une secrétaire régulatrice indépendante du centre 15 a permis d'optimiser l'organisation des créneaux disponibles. Ces réussites locales suggèrent que le SAS peut favoriser une meilleure articulation entre la ville et l'hôpital lorsque certaines conditions sont réunies, notamment une gouvernance claire et une coordination efficace avec les acteurs de terrain.

« Le sas 11 fonctionne bien grâce à une bonne entente et collaboration SAMU et médecins de ville. »

« Le SAS sur le 74 a été magnifiquement mis en place en 2022 avec secrétaire régulatrice non centre 15. Cela marchait très bien avec 3000 cs par mois de dispo. »

« Le SAS 38 est très bien organisé, nous avons régulièrement des retours de la salariée de l'association qui s'en occupe, elle est très réactive si nous avons des problèmes avec la nouvelle plateforme que nous utilisons (48h chrono). »

Cependant, ces bénéfices restent localisés et inégaux, souvent dépendants du niveau d'organisation préexistant dans les départements concernés. Les retours d'expérience positifs sont souvent liés à des contextes où le SAS a été intégré de manière collaborative et concertée avec les médecins.

(ii) Des limites structurelles et organisationnelles

Malgré ces apports, les limites du SAS, mises en évidence par cette étude, révèlent des défis importants pour son adoption généralisée.

- Redondance avec les pratiques préexistantes :

Une grande partie des médecins considèrent que le SAS n'apporte pas de valeur ajoutée significative par rapport aux dispositifs déjà en place. Comme le montrent les résultats, 66,8 % des répondants programment déjà des créneaux spécifiques pour les SNP, et 35,5 % ajoutent des patients entre les rendez-vous existants. Cela met en évidence que les SNP sont déjà gérés efficacement par de nombreux médecins dans leur organisation quotidienne.

- Des contraintes organisationnelles :

L'exigence d'interopérabilité des agendas entre des interfaces de prise de rendez-vous et la plateforme SAS est perçue comme une intrusion dans l'organisation autonome des médecins. De nombreux répondants ont exprimé leur refus de partager l'intégralité de leur agenda (53,9% sont plutôt en désaccord sur le fait que Le partage d'agenda avec le SAS est une bonne chose), dénonçant une perte de contrôle sur leur activité.

Les résultats de notre étude rejoignent plusieurs constats énoncés dans le rapport de la mission d'accompagnement à la généralisation des SAS (2023) (27). En particulier, la difficulté des médecins généralistes à libérer des créneaux spécifiques pour le SAS, en raison de plannings déjà saturés par la gestion quotidienne des SNP, est un frein majeur. Cela reflète un des principaux défis identifiés dans le rapport, à savoir le manque de ressources humaines pour répondre à la demande croissante de soins urgents.

Ce point est particulièrement problématique pour les praticiens en zones sous-denses, où la surcharge de travail est déjà un facteur de découragement.

- Un usage perçu comme disproportionné :

Les données montrent que, dans certains cas, le SAS est utilisé pour des motifs perçus comme non prioritaires, voire inappropriés (par exemple, des rendez-vous non honorés ou des consultations pour des motifs bénins). Cela suscite des frustrations chez les médecins, qui y voient une surcharge inutile de leur travail, au détriment de leur propre patientèle.

- Un impact hétérogène selon les territoires :

Le succès du SAS varie considérablement d'un département à l'autre. Dans les territoires bien dotés en structures de soins, comme les CPTS ou les centres de SNP, le SAS est parfois perçu comme un dispositif redondant. À l'inverse, dans les zones sous-dotées, l'absence d'effecteurs disponibles limite la mise en œuvre effective du SAS, ce qui alimente un sentiment d'inefficacité.

2. Les commentaires libres

Les résultats de l'étude mettent en évidence plusieurs points clés dans l'usage et la perception du SAS parmi les médecins généralistes.

a) Utilisation du SAS et impact perçu sur les pratiques

La majorité des médecins généralistes interrogés rapportent des difficultés d'intégration du SAS dans leur pratique quotidienne, notamment en raison de la surcharge de travail et de la gestion complexe des créneaux pour les SNP. Seulement une minorité utilise régulièrement le SAS, souvent en complément d'autres systèmes de gestion des SNP déjà en place. Ce résultat suggère une faible adoption du SAS dans sa forme actuelle, en raison de la perception d'un déséquilibre entre le temps et l'énergie investis et l'impact concret pour leurs patientèles.

b) Critiques structurelles et autonomie professionnelle

Les commentaires libres montrent une réticence généralisée à partager l'agenda avec le SAS, qui est perçu comme une ingérence dans l'organisation des médecins et une atteinte à leur autonomie. Le sentiment que le SAS a été mis en place sans réelle concertation avec les professionnels de santé est souvent mentionné, et cette perception négative semble influencer l'adhésion des médecins au dispositif. Ce constat reflète un besoin d'inclure davantage les praticiens dans les décisions structurelles afin de maximiser l'adoption et l'efficacité du système.

c) Relations avec les patients et responsabilités accrues

L'un des effets notés par les répondants est l'augmentation du nomadisme médical, où les patients peuvent utiliser le SAS pour des soins sans forcément revenir vers leur médecin traitant. Certains médecins estiment que le SAS déresponsabilise les patients, qui contournent les solutions de soins déjà proposées, ce qui accentue la charge de travail des généralistes. Cette tendance soulève des questions sur l'effet potentiel du SAS sur la relation de confiance établie entre les patients et leur médecin traitant.

d) Rémunération et reconnaissance professionnelle

Les médecins généralistes ont exprimé leur frustration quant aux modalités de rémunération liées au SAS, notamment le fait que les actes de SNP sont mieux rémunérés pour des patients extérieurs que pour leurs propres patients en dehors de la régulation du 15. Beaucoup estiment que le SAS ne répond pas à leurs besoins en termes de reconnaissance financière et de valorisation de leur rôle dans le système de soins, ce qui pourrait compromettre l'engagement des praticiens dans le dispositif.

e) Valorisation des consultations complexes et suivi des patients chroniques

Un point récurrent soulevé par plusieurs répondants est l'absence de valorisation des consultations longues et complexes, notamment celles réalisées pour des patients polypathologiques ou atteints de maladies chroniques. Ces consultations, chronophages et exigeantes sur le plan cognitif, sont pourtant au cœur du rôle du médecin généraliste en tant que coordinateur des soins. Certains médecins estiment que, plutôt que d'encourager le consumérisme médical via des consultations de SNP parfois jugées peu pertinentes, il serait préférable de revaloriser ces actes essentiels au suivi de la santé de la population.

Ce manque de reconnaissance financière des consultations de suivi pourrait non seulement décourager les médecins, mais aussi nuire à la qualité globale des soins en détournant les ressources humaines et financières vers des consultations ponctuelles moins prioritaires. Une révision de la grille de valorisation, prenant en compte la complexité et la durée des consultations, apparaît donc comme un levier clé pour renforcer l'attractivité de la médecine générale tout en favorisant une prise en charge optimale des patients chroniques.

Ces résultats confirment les hypothèses initiales sur les défis d'adoption du SAS en raison de la surcharge de travail et de la gestion complexe des créneaux. Ils soulèvent également des enjeux sur l'autonomie professionnelle et la reconnaissance des médecins, suggérant que des ajustements structurels et un meilleur soutien aux

médecins généralistes pourraient être nécessaires pour optimiser l'acceptation et l'utilisation du SAS.

D. Perspectives futures :

Bien que l'objectif de cette étude ait été d'adopter une vision nationale du SAS, il est crucial de souligner les disparités importantes entre les territoires. En effet, les dynamiques d'adhésion au dispositif peuvent varier en fonction de multiples facteurs, tels que la densité de population, les besoins en soins urgents et non programmés, ou encore la démographie médicale locale. Ces spécificités rendent nécessaire une analyse approfondie des conditions locales pour mieux comprendre les freins et leviers potentiels.

Il semble pertinent de s'intéresser aux départements pilotes tels que les Bouches-du-Rhône (SAS 13). Ce territoire a été parmi les premiers à expérimenter le dispositif, et une analyse approfondie des facteurs ayant permis son adoption pourrait éclairer les freins rencontrés dans d'autres régions.

Une étude menée par le Dr Loïc Julien 6 mois après le déploiement du SAS 13 (28), permet d'identifier l'existence de liens solides entre la médecine de ville et le SAMU, notamment via l'APUM 13 (Association Pour les Urgences Médicales) et la participation des médecins libéraux aux activités de régulation depuis plus de 30 ans. Le SAS des Bouches-du-Rhône repose sur une gouvernance paritaire entre l'hôpital et la médecine de ville. Ce modèle, centré sur les besoins des praticiens, a favorisé une meilleure adhésion locale.

Les éléments facilitant l'adhésion, tels qu'une communication adaptée aux attentes des médecins, des incitations à s'impliquer dans la régulation, ou encore un accompagnement spécifique proposé par les autorités locales. Ces approches ciblées pourraient constituer des leviers d'amélioration pour généraliser l'adoption du SAS à l'échelle nationale.

Dans certains départements, l'adhésion au SAS demeure limitée, probablement en raison de plusieurs freins. Parmi eux, une méconnaissance du dispositif peut être pointée, soulignant la nécessité d'une communication renforcée. De plus dans notre

étude seuls 26 % des répondants se sont déclarés favorables à une participation au SAS. La plupart des participants expriment des préoccupations concernant la rémunération des actes, la charge de travail et la perception d'un consumérisme médical exacerbé. Dans les Bouches-du-Rhône, la présence de structures comme l'APUM 13, facilitant la coordination avec les médecins, a permis une progression régulière du nombre d'inscrits dans le SAS 13.

Enfin, le manque d'adaptation aux spécificités locales pourrait expliquer les réticences à s'investir dans un dispositif perçu comme standardisé. Dans ces départements où l'adhésion au SAS reste limitée, il pourrait être judicieux de s'inspirer des stratégies mises en œuvre dans les départements pilotes pour ajuster les modalités de déploiement.

La réussite du SAS à l'échelle nationale dépendra de la capacité à fédérer les acteurs de santé autour de ce projet. Le rapport à la généralisation des SAS (27) met en avant la nécessité d'une gouvernance locale partagée et d'une coordination renforcée entre les acteurs. Ces pistes s'inscrivent en complément des recommandations émises dans notre étude. Cela passe par une adaptation locale des stratégies de déploiement et une valorisation accrue du rôle des médecins. En s'appuyant sur les enseignements des départements pilotes, il serait possible de poser les bases d'un dispositif mieux accepté et mieux intégré par l'ensemble des professionnels de santé.

VII. Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs influençant l'adhésion au SAS par les médecins généralistes, notamment en ce qui concerne la gestion des SNP et leur charge de travail.

Les résultats ont mis en évidence des disparités dans l'intégration et l'utilisation du SAS, montrant qu'il ne s'est pas imposé comme un outil universel pour la gestion des SNP en médecine de ville. Si certains médecins y ont recours dans leur pratique, d'autres privilégient des dispositifs existants, considérés comme mieux adaptés à leur organisation. L'adhésion limitée au SAS reflète des contraintes structurelles et organisationnelles, notamment en matière d'interopérabilité avec les outils numériques des praticiens et de régulation des créneaux de consultation. L'analyse des perceptions des médecins montre un accueil contrasté du SAS, associée à des critiques sur son fonctionnement et son efficacité perçue. Les points de friction concernent principalement la gestion des créneaux via une plateforme centralisée, la régulation par le 15 et la question de la rémunération. L'acceptabilité du SAS semble donc fortement conditionnée par son intégration aux pratiques préexistantes des médecins et la flexibilité que le dispositif leur laisse dans l'organisation de leurs consultations. L'étude souligne également des enjeux de concordance territoriale, certains médecins soulignant que le SAS ne répond pas toujours aux réalités locales et qu'il pourrait bénéficier d'une approche plus décentralisée.

En mettant en lumière ces éléments, cette étude contribue à une meilleure compréhension des facteurs influençant l'adoption du SAS en médecine libérale. Les données collectées permettent d'éclairer les conditions dans lesquelles un tel dispositif pourrait mieux répondre aux attentes des professionnels de santé et s'intégrer de manière plus harmonieuse dans l'organisation des SNP.

Une opportunité pour réorienter les politiques de santé ?

Ces observations soulèvent une question centrale : le SAS répond-il réellement aux besoins des médecins et des patients, ou constitue-t-il une solution technocratique éloignée des réalités de terrain ? Pour nombre de praticiens, une revalorisation globale des consultations et un renforcement des structures locales de coordination (comme les MSP ou les CPTS) seraient des réponses mieux adaptées.

Bibliographie

Textes réglementaires

- Convention médicale 2024 – Arrêté du 20 juin 2024, publié au Journal Officiel (JO) du 21 juin 2024. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=gUcQY-SsH5mgsfcklXs63JUNJ-PzvDi6Xc_2Adw0K7g=
- Règlement arbitral – Arrêté du 28 avril 2024, publié au JO du 30 avril 2024 (Texte 16 sur 64). Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=9Cfi0Jw6gopFJCTbTn5eB-7mT0ji9z3kMMVYU8Jy7sc=>
- Convention médicale 2016 – Arrêté du 20 octobre 2016, publié au JO du 23 octobre 2016 (Texte 10 sur 71). Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=G_8ox9oWDLzOQiHuTca5yFlsrsa00QFujiQScSI_fAU=

1. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 6 juin 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-loffre-de>
2. DGS_Laetitia.B, DGS_Pauline.J, DGS_Laetitia.B, DGS_Pauline.J. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 8 nov 2023]. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>
3. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 8 nov 2023]. Pacte de refondation des urgences. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>
4. Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. Santé Publique. 2005;17(2):233-40.
5. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 10 nov 2023]. Tout savoir sur le SAS. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas>
6. Rouzé A. SNP91 : orienter les demandes de soins non programmés en Essonne [Internet]. Entr'Actes. 2021 [cité 26 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.entractes.fr/snp91-soins-non-programmes-essonne/>

7. SNP – Soins Non Programmés [Internet]. Médecin d'Occitanie. [cité 26 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/snp-soins-non-programmes/>
8. L'état de santé de la population en France édition 2022 | vie-publique.fr [Internet]. 2022 [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/rapport/286468-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2022>
9. <https://www.lamedicale.fr/> [Internet]. 2022 [cité 2 juin 2023]. Atlas 2022 de la démographie médicale en France. Disponible sur: <https://www.lamedicale.fr/vous-informer/atlas-2022-de-la-demographie-medicale-en-france>
10. Platnic A. Les conditions d'exercice des généralistes libéraux de la Communauté de communes du Cœur du Var. 3 avr 2019;49.
11. Les établissements de santé - édition 2021 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 1 déc 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2021>
12. Contribution de la FHF au Grand Débat national – FHF HDF [Internet]. [cité 1 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.fhf-hdf.fr/2019/03/19/contribution-de-la-fhf-au-grand-debat-national/>
13. cours des comptes. urgences hospitalières tom 2.
14. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 18 nov 2023]. Article 77 - Permanence de soins - obligations. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/l'exercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-d'exercice-art-69-84-7>
15. Les médecins généralistes durcissent leur grève des gardes pendant les fêtes. Le Monde.fr [Internet]. 25 déc 2001 [cité 18 nov 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/archives/article/2001/12/25/les-medecins-generalistes-durcissent-leur-greve-des-gardes-pendant-les-fetes_256070_1819218.html
16. Déçus par les réponses du gouvernement, les syndicats de médecins poursuivent leur grève. Le Monde.fr [Internet]. 1 janv 2002 [cité 18 nov 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/archives/article/2002/01/01/decus-par-les-reponses-du-gouvernement-les-syndicats-de-medecins-poursuivent-leur-greve_256688_1819218.html
17. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 27 nov 2023]. La permanence et continuité des soins. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/permanence-et-continuee-des-soins/article/la-permanence-et-continuee-des-soins>
18. SOS MÉDECINS [Internet]. [cité 30 nov 2023]. La permanence de soins en France. Disponible sur: <https://sosmedecins-france.fr/sos-medecins/la-permanence-de-soins-en-france/>

19. SOS MÉDECINS [Internet]. [cité 9 févr 2025]. SOS Médecins France. Disponible sur: <https://sosmedecins-france.fr/>
20. Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville. Revue de littérature [Internet]. [cité 30 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/frequence-des-soins-non-programmes-en-medecine-generale-en-france-aux-heures>
21. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 11 mars 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-recours-urgents-ou-non-programmes-en-medecine-generale>
22. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-8-medecins-generalistes-sur-10-sorganisent-au-quotidien>
23. Ce que prévoit l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du déploiement des CPTS [Internet]. [cité 11 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/textes-reference/accord-conventionnel-interprofessionnel-pour-les-cpts/accord-conventionnel-interprofessionnel-pour-les-cpts>
24. Le Service d'Accès aux Soins (SAS) [Internet]. 2023 [cité 28 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-1>
25. L'enquête sur les recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 21 nov 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/01-lenquete-sur-les-recours-urgents-ou-non-programmes-la-medecine>
26. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2023 [cité 20 nov 2024]. Publication de l'atlas de la démographie médicale 2023. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/publication-latlas-demographie-medecale-2023>
27. DICOM_Raphaelle.B, DICOM_Raphaelle.B. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 23 nov 2024]. Rapport sur la Mission d'accompagnement à la généralisation des SAS. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/rapport-sur-la-mission-d-accompagnement-a-la-generalisation-des-sas>

28. Julien L. Rôle des médecins généralistes dans le déploiement du Service d'Accès aux Soins (SAS) dans les Bouches-du-Rhône ? : rapport d'activité 6 mois après son lancement. 31 mai 2024;31.

Annexe

I. Annexes 1 : Questionnaire

http://www.apima.org/img_bronner/These_Dalon_SAS_texte_enquete.pdf

II. Annexes 2 : Commentaires non régulateurs

http://www.apima.org/img_bronner/These_Dalon_com_SAS_non_regulateurs.pdf

III. Annexes 3 : Commentaires régulateurs

http://www.apima.org/img_bronner/These_Dalon_com_SAS_regulateurs.pdf

Résumé

Introduction : Face à la hausse constante des demandes de Soins Non Programmés (SNP), les pouvoirs publics ont mis en place le Service d'Accès aux Soins (SAS) afin de mieux organiser l'offre de soins en ambulatoire. Cette thèse vise à analyser l'adoption du SAS par les médecins généralistes et les facteurs influençant son intégration dans leur pratique, notamment en termes, de charge de travail et de gestion des SNP.

Méthode : Une enquête quantitative a été menée au printemps 2024 à partir d'un questionnaire diffusé en ligne. Elle a recueilli les réponses de 1100 médecins généralistes exerçant en libéral sur l'ensemble du territoire français. L'analyse a porté sur les modalités de gestion des SNP, l'adhésion au SAS, son intégration dans la pratique quotidienne et les freins perçus par les professionnels.

Résultats : Le SAS est présent dans une majorité de départements, mais seuls 20 % des médecins déclarent l'utiliser régulièrement. Une large part des médecins interrogés recourent à d'autres modes d'organisation jugés plus adaptés à leurs besoins. Les principales critiques concernent la régulation par le 15, la complexité logistique, la faible interopérabilité des outils numériques et la rémunération jugée peu incitative.

Les réponses libres ont mis en évidence un impact perçu sur la relation médecin-patient, ainsi qu'un sentiment de déconnexion entre les attentes de terrain et l'organisation nationale du SAS.

Conclusion : Cette étude met en lumière les limites de l'adhésion au SAS par les médecins généralistes libéraux et la nécessité de prendre en compte les spécificités locales pour améliorer l'efficacité du dispositif. La reconnaissance des initiatives déjà existantes, une régulation mieux articulée aux réalités territoriales et une valorisation adaptée du travail médical apparaissent comme des leviers potentiels pour renforcer son intégration.

Mots-clés : Soins Non Programmés – Service d'Accès aux Soins – Médecine générale – Recherche quantitative – Pratique libérale – Enquête nationale