

État des lieux des soins non programmés en soins primaires. Une étude descriptive prospective dans le Vexin

Status of unscheduled care in primary care. A prospective descriptive study in the Vexin

Frédéric Chevallier^{1,3}, Cyril Chambrion², Joël Vionnet Fuasset², Bruno Senebier², Sophie de Smedt², Julien Lebreton³, Philippe Boisnault^{2,3}

➔ Résumé

Introduction : Les soins non programmés (SNP) sont exclusivement étudiés en France par le prisme des consultations aux urgences.

But de l'étude : Cette étude vise à quantifier les SNP sur un territoire en incluant les soins ambulatoires.

Méthodes : Sur le territoire d'une CPTS, les SNP ont été explorés par une étude transversale descriptive prospective, pour les médecins généralistes (MG), infirmières (IDE), pharmaciens, kinésithérapeutes, ostéopathes, sages-femmes, service des urgences de l'hôpital de proximité. La définition du SNP pour l'enquête était un soin qui n'était pas prévu sur l'agenda du professionnel la veille de la séance ou un nouveau problème évoqué lors d'une séance déjà programmée pour un ou plusieurs autres problèmes de santé. Les soins prescrits ou adressés étaient exclus de l'enquête.

Résultats : Rapportés à l'effectif du territoire, les SNP ont été réalisés par les médecins généralistes (41 %), les pharmaciens (20 %), les infirmières (15 %), les urgences (11 %), les kinésithérapeutes (5 %), les ostéopathes (4 %), les sages-femmes (4 %). Plus de 80 % des patients bénéficient d'un avis en ambulatoire. Dans une large majorité, les SNP sont pris en charge par le professionnel qui est en premier recours sur le SNP. Seules 8,5 % des réorientations ont lieu vers l'hôpital, ce qui correspond à 1,2 % des SNP réalisés.

Conclusions : Les professionnels ambulatoires constituent un maillage du territoire en mesure de prendre en charge la majorité des demandes de SNP. Une plus grande coopération entre eux permettrait d'augmenter la qualité et la couverture des besoins de SNP.

Mots-clés : Soins primaires ; Soins non programmés ; Recherche sur les services de santé ; Professionnels de santé ; Enquête

➔ Abstract

Introduction: *Unscheduled care is exclusively studied in France through the prism of emergency room visits.*

Purpose of research: *This study aims to quantify unscheduled care in a territory by including ambulatory care.*

Methods: *In the territory of a CPTS, the unscheduled care were explored for general practitioners (GPs), nurses, pharmacists, physiotherapists, osteopaths, midwives, and the emergency department of the local hospital. The definition of unscheduled care for the survey was care that was not scheduled on the professional's agenda the day before the session or a new problem raised during a session already scheduled for one or more other health problems. Prescribed or referred care was excluded from the survey.*

Results: *In relation to the number of patients in the territory, unscheduled care were carried out by general practitioners (41 %), pharmacies (20 %), nurses (15 %), emergency services (11 %), physiotherapists (5 %), osteopaths (4 %) and midwives (4 %). More than 80 % of patients receive advice on an outpatient basis. In a large majority of cases, unscheduled care are managed by the professional who is the first point of contact for the unscheduled care. Only 8.5 % of referrals were to the hospital, corresponding to 1.2 % of unscheduled care performed.*

Conclusions: *Outpatient professionals constitute a network of professionals capable of handling the majority of requests for unscheduled care. Greater cooperation between them would increase the quality and coverage of unscheduled care needs.*

Keywords: *Primary care; Unscheduled care; Health services research; Healthcare workers; Survey*

¹ Département universitaire de médecine générale de Paris-13, université Sorbonne-Paris-Nord, DUMG, Bobigny, France.

² Communauté professionnelle territoriale de santé Vexin francilien, Magny-en-Vexin, France.

³ Société française de médecine générale, Issy-les-Moulineaux, France.

Introduction

La demande de soins non programmés (SNP) est fréquemment abordée dans les médias et dans les discours politiques comme un problème directement lié à celui de l'engorgement des urgences hospitalières [1]. En effet, depuis au moins vingt ans, une hausse ininterrompue de la fréquentation des urgences hospitalières est observée dans les pays industrialisés [2]. En France, elle est passée de 10 millions de passages aux urgences en 1996 à plus de 20 millions en 2016 [3]. L'organisation des urgences hospitalières serait en crise à cause de la gestion actuelle des SNP [4]. Cependant, la demande de SNP n'est pas uniquement hospitalière et touche d'autres niveaux de soins, surtout en amont des urgences hospitalières. Dans le cas de la médecine ambulatoire, les demandes de SNP semblent occuper une part importante de l'activité [5].

Les données sont principalement issues des données recueillies par les services d'urgences, malgré le besoin d'avoir une analyse territoriale de la situation englobant la demande de SNP ambulatoire et hospitalière [6]. Plusieurs études, toutes menées à partir des urgences hospitalières, ont tenté de démontrer qu'une part importante des demandes des patients qui se rendent aux urgences pourrait relever d'une prise en charge ambulatoire. Par exemple, la dernière grande enquête nationale dans les services d'urgences menée par la DREES en 2013 [7] montre, selon des critères médicaux évalués *a posteriori*, que seulement 43 % des demandes de soins exprimées aux urgences hospitalières nécessitaient effectivement une prise en charge en milieu hospitalier avec un plateau technique et des compétences adaptées. Ainsi, vu des urgences hospitalières, le problème de l'augmentation de la fréquentation des urgences pour des SNP est lié au mésusage du système de premier recours [8].

Toutefois, il n'existe pas à notre connaissance d'étude sur la demande non programmée de soins en ambulatoire permettant de quantifier la proportion des patients s'orientant vers les urgences. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont entre autres la responsabilité d'organiser l'accès aux soins non programmés sur leur territoire [9]. Dans ce cadre, la connaissance de la dynamique du territoire en matière de soins non programmés est un préalable à la construction d'un dispositif efficient. Leur fonctionnement fondamentalement pluri-professionnel semble un atout dans la réponse aux SNP [10]. Il semble indispensable de réaliser un état des lieux équilibré sur la demande de SNP en complément des nombreuses études dans les services d'urgences hospitalières.

L'objectif de cet article est de quantifier l'activité de SNP prise en charge par les médecins généralistes, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, ostéopathes, sages-femmes et le service d'urgences local sur le territoire de la CPTS du Vexin francilien (95).

Matériels et méthodes

Une enquête par questionnaire prospective transversale descriptive sur le territoire de la CPTS du Vexin francilien a été menée auprès de plusieurs professions de santé ambulatoire : médecins généralistes (MG), infirmières (IDE), pharmaciens, kinésithérapeutes, ostéopathes, sages-femmes, service des urgences de l'hôpital de proximité. Tous les acteurs cités du territoire ont été sollicités afin de participer à l'étude par la coordination de la CPTS. Ils ont été identifiés par l'annuaire des professionnels de santé, des échanges avec l'ARS et par le réseau de la CPTS. Il n'y avait pas de permanence des soins organisée sur ce territoire en dehors de l'accueil des urgences de l'hôpital de proximité. Le recueil était réalisé par le biais d'un questionnaire en ligne ou papier selon la préférence de la personne interrogée. Les proportions calculées l'ont été avec Excel® 2021.

La définition des SNP n'est pas consensuelle dans la littérature [11] mais s'appuie principalement sur un délai de prise de rendez-vous court. Une définition opérationnelle a été posée par un groupe d'experts pluridisciplinaire pour correspondre à la diversité des pratiques des professionnels de santé étudiés.

Définition retenue pour identifier la demande de soins non programmée

La définition du SNP pour l'enquête était un soin qui n'était pas prévu sur l'agenda du professionnel la veille de la séance ou un nouveau problème évoqué lors d'une séance déjà programmée pour un ou plusieurs autres problèmes de santé. Les soins prescrits ou adressés étaient exclus de l'enquête. En ville, seuls les patients ayant leur premier contact avec le système de soins pour ce motif de SNP étaient pris en compte.

Recueil des données

L'objectif était d'obtenir les informations sur une semaine d'activité. Afin de ne pas surcharger les professionnels, ce

recueil était réalisé sur six semaines (de la semaine 10 à la semaine 15 de l'année 2022). Les jours sélectionnés étaient le mercredi 9 mars, jeudi 17 mars, vendredi 25 mars, samedi 2 avril, lundi 4 avril, mardi 12 avril 2022. En cas d'absence de données remontées, le professionnel de santé était contacté pour identifier s'il s'agissait d'une absence de recueil ou de l'absence de SNP.

Chaque séance de soins était caractérisée par son statut SNP ou non. Les cinq premiers SNP du jour étaient décrits avec les variables suivantes : l'âge et le sexe du patient, le motif de la séance et si le patient était réorienté ou non. Le remplissage du questionnaire était fait en ligne. Les autres SNP étaient comptabilisés sans cette description.

Éthique

Le consentement de chaque professionnel de santé a été recueilli. Cette étude est une étude de pratiques hors loi Jardé, non RIPH [12]. Elle a été inscrite au registre de traitement des données de la CPTS. L'anonymat et la confidentialité ont été garantis selon la réglementation en vigueur.

Résultats

Au total, 26 % (29) des professionnels ciblés du territoire ont participé à l'enquête (Tableau 1) et le taux variait de 9 % à 58 % selon la profession.

Les médecins généralistes participants étaient installés en MSP (6) en cabinet de groupe mono-professionnel (8) et un médecin était installé seul. Les IDE et les kinésithérapeutes exerçaient en cabinet de groupe mono-professionnel. Les sages-femmes exerçaient en MSP. Les ostéopathes exerçaient installés seuls.

La réponse aux demandes non programmées de soins était principalement réalisée par les médecins généralistes du fait de leur nombre et du volume traité quotidiennement, suivis par les infirmières et les pharmaciens (Tableau 2). La proportion de réponse aux SNP dans les actes réalisés variait de 44 % pour les médecins généralistes à 5,9 % pour les kinésithérapeutes. Le relevé des SNP réalisés aux urgences est disponible dans l'annexe 1.

La figure 1 et l'annexe 2 permettent d'approcher l'offre de SNP sur l'ensemble du territoire de la CPTS pour la période de l'étude en tenant compte du nombre de professionnels présents sur le territoire, en extrapolant aux SNP pris en charge sur une semaine pour l'ensemble des professionnels du territoire. Ce sont près de 2 700 séances de soins non programmés qui ont été faites pendant cette période. La comparaison avec le service d'urgences (Figure 1) montre que près de 90 % des patients ont bénéficié d'une prise en charge en ambulatoire.

Il y avait plus de femmes prises en charge pour des SNP (sexe ratio 0,69). Les sages-femmes prenaient en charge exclusivement des femmes, et les kinésithérapeutes et ostéopathes plus fréquemment des femmes que les autres professions. Les pharmaciens étaient les seuls à prendre plus d'hommes que de femmes en SNP.

Tableau 1 : Participation des professionnels du territoire

	Infirmier.e	Kinésithérapeute	Médecin Généraliste	Ostéopathe	Pharmacien	Sage-femme	Total
Nombre sur le territoire	36	23	24	12	11	6	112
Accord de participation - Nombre (%)	7 (19)	4 (17)	15 (58)	5 (42)	2 (18)	2 (33)	34 (30)
Participants réels - Nombre (%)	6 (17)	2 (9)	15 (58)	3 (25)	1 (9)	2 (33)	29 (26)
Nombre de jours de recueil (nombre de jours manquants)	28 (8)	11 (1)	74,5 (15,5)	15 (3)	5 (1)	11,5 (0,5)	145 (29)
Dont nombre de jours de soins	13	5	37	8	4,5	3,5	68
Dont nombre de jours travaillés hors soins	5	3	8,5	1	0	3	20,5
Dont nombre de jours de repos	10,0	3,0	29,0	6,0	1,0	5,0	51,0

Tableau 2 : Nombre de jours de participation, de SNP et de séances^a pendant l'étude

	Infirmier.e	Kinésithérapeute	Médecin Généraliste	Ostéopathe	Pharmacien	Sage-femme	Total
Nombre total de séances	525	102	935	62	665	59	2348
Nombre de séances / jour /professionnels	40,4	20,4	25,3	7,8	147,8	16,9	34,5
Nombre total de séances contenant un SNP	41	6	416	13	44	17	530
Nombre SNP avec description détaillée	41	6	232	13	23	10	325
Nombre de SNP /jour et /professionnel	3,15	1,2	11,24	1,63	9,78	4,86	7,79
Proportion de soins non programmés (%)	7,8	5,9	44,5	21	6,6	28,8	22,6

^a Le terme « séance » correspond à une consultation ou un contact sur un jour donné. Le terme « consultation » ne correspondant pas à tous les acteurs explorés, le terme « séance » a été utilisé.

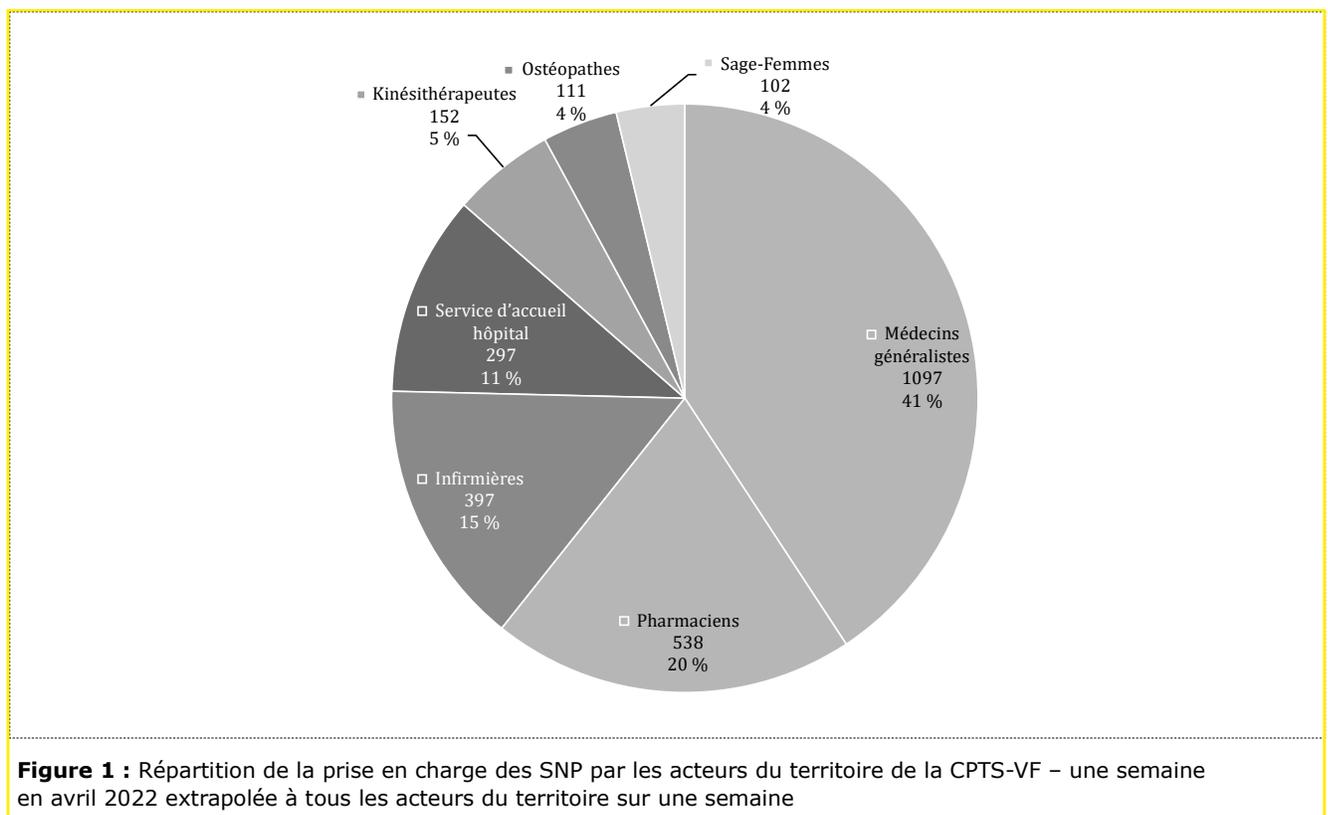


Figure 1 : Répartition de la prise en charge des SNP par les acteurs du territoire de la CPTS-VF – une semaine en avril 2022 extrapolée à tous les acteurs du territoire sur une semaine

Il y avait une grande diversité dans la nature du SNP pris en charge, principalement de problèmes infectieux, suivis de la traumatologie et des autres douleurs (Tableau 3). Les profils des problèmes varient selon le professionnel consulté. Toutefois, du fait de l'effectif limité pour certains groupes, ce travail ne permet pas d'aboutir à une conclusion formelle.

Les SNP étaient majoritairement pris en charge par le professionnel consulté en premier recours sur le SNP sans réorientation. Un acte sur 7 était réorienté vers un autre professionnel (Tableau 4). La proportion d'actes réorientés variait selon les professions de 9,8 % pour les IDE à 30 % pour les sages-femmes (Annexe 3). La réorientation se faisait principalement vers un spécialiste pour

Tableau 3 : Classification des motifs de SNP par profession

Motif	Infirmier.e	Kinésithérapeute	Médecin Généraliste	Ostéopathe	Pharmacien	Sage-femme	Total
État infectieux	21		128		11	1	161
Traumatologie / appareil locomoteur	4	5	39	7	2		57
Autre(s) douleur(s)	2	1	25	5		2	35
Psychologique	6		11	1			18
Maintien à domicile / Altération de l'État Général	6		7		2	1	16
Suivi d'examens	2		5				7
Administratif			4			2	6
Autre			13		8	4	25
Total général	41	6	232	13	23	10	325

Tableau 4 : Vers qui sont réorientés les SNP

Réorientations	Infirmier.e	Kinésithérapeute	Médecin Généraliste	Ostéopathe	Pharmacien	Sage-femme	Total général	%
Avis spé	1		14			2	17	36,2
Médecin traitant	1	1	2	3	5		12	25,5
Imagerie			10				10	21,3
Hôpital/Urgence	2		1			1	4	8,5
Inconnu			4				4	8,5
Total général	4	1	31	3	5	3	47	100
Proportion de patients réorientés sur le nombre de SNP vu par profession (%)	9,8	11,1	13,4	23,1	21,7	30,0	14,3	

un avis (36 %), vers le médecin traitant (25 %) ou une demande d'imagerie (21 %). Seules 8,5 % des réorientations ont eu lieu vers l'hôpital, ce qui correspond à 1,2 % des SNP réalisés.

Discussion

Dans ce travail, la grande majorité (88 %) des demandes de SNP trouve une réponse en ambulatoire. Chevillot *et al.* montrent que l'exercice coordonné influe sur l'organisation de la réponse aux SNP [13]. Notre travail semble montrer que cette répartition doit se penser non seulement entre médecins généralistes, mais également en pluri-professionnel sur un territoire donné. Or, à ce

jour, les données remontant de l'ambulatoire sont limitées à des données de remboursement ou de dispositifs spécifiques n'ayant pas de vision pluri-professionnelle (SOS Médecins, maisons médicales de garde). Cela renforce la place que devront prendre des structures à l'échelle méso, comme les CPTS dans l'organisation territoriale des SNP [14].

Indépendamment des conditions de l'étude (période de l'année, particularités du territoire, etc.), les SNP sont largement pris en charge par les professionnels du premier recours. En premier lieu les médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers sont investis dans la réponse aux SNP (75 % des SNP réalisés pendant la période). Dans une moindre mesure, les sages-femmes, les kinésithérapeutes et les ostéopathes sont également impliqués.

L'infectiologie et la traumatologie sont les motifs les plus fréquents, ce qui est décrit dans la littérature [15].

Les proportions des différents motifs varient néanmoins selon le type de professionnel de santé consulté (Tableau 3). Les SNP sont en général gérés par le professionnel qui les reçoit. En effet seul un SNP sur 7 est réorienté. Cette réorientation vise le plus souvent (83 %) à apporter un diagnostic (imagerie, médecin traitant ou avis spécialisé). Seuls 1,2 % des SNP sont adressés à l'hôpital. La littérature considère que 43 % des consultations vues aux urgences y sont de façon adaptée [8]. Il est possible que ce chiffre de 43 % soit surévalué et qu'une plus grande partie des SNP vus à l'hôpital soient pris en charge en ambulatoire avec l'aide du plateau technique disponible dans ce secteur.

Si on compare avec la littérature, certaines études retrouvent 6,6 SNP par demi-journée [11], ce qui est cohérent avec les 11,2 SNP par jour par médecin généraliste. Il semble fréquent que les consultations programmées par les patients soient l'occasion de répondre à plusieurs motifs, dont des demandes non programmées de soins. La définition retenue ici des SNP semble pertinente pour inclure ces demandes et les comparer entre les différents professionnels de santé. Pour les motifs de consultation en SNP, on retrouve que la douleur est le premier motif chez les médecins généralistes en accord avec la littérature [15-16]. La prédominance de femmes chez les patients est également retrouvée dans certaines études [16-17]. Le fait que les données sont similaires à celles d'autres études renforce la validité externe et est en faveur d'une généralisation possible de ces résultats à d'autres territoires.

Il faut aussi noter que l'offre de SNP en ambulatoire au regard de la population est importante. En extrapolant à une année, cela représente 2,5 SNP par habitant du territoire de la CPTS du Vexin (2 400 SNP sur une semaine pour 42 000 habitants), soit 8 fois plus que les services d'accueil d'urgences locaux. En comparaison, en France les structures d'urgence reçoivent chaque année 22 millions de personnes, dont la majorité sont des demandes de SNP équivalant à celles vues en ambulatoire [18], soit 0,3 SNP par Français. Ce travail nécessiterait d'être reproduit dans d'autres territoires métropolitains, mais il semble mettre en lumière que l'offre de SNP ambulatoire surpasse quantitativement largement celle des structures d'urgence. Cette activité est probablement sous-estimée à cause de l'absence de données cliniques dans le SNDS. Si l'ensemble des actes vus à l'hôpital étaient réalisés en ambulatoire, cela représenterait deux actes par médecin généraliste et par jour ouvré. Ce calcul ne tient toutefois pas compte des problèmes de permanence des soins, mais cela conforte l'idée que les problèmes actuels ne sont pas dus au volume de l'offre mais à l'organisation.

Permettre aux patients d'avoir une information, un conseil et une orientation adaptée au moment où ils sont en demande rendrait possibles une montée en compétence de ceux-ci et une juste utilisation des ressources du système de santé. Couplé à une meilleure organisation des professionnels ambulatoires, cela permettrait que l'ensemble des SNP soient gérés en ambulatoire (soit environ 12 % d'augmentation), l'hôpital restant disponible pour les urgences identifiées par les professionnels de ville et les acteurs du tri en distanciel.

On peut donc noter que les professionnels ambulatoires constituent un maillage en mesure de prendre en charge la majorité des demandes de SNP. Il manque toutefois une capacité à coordonner cette prise en charge, ce qui nécessite un investissement dans des moyens de coordination, tant humains que techniques [19]. On peut penser qu'une partie des SNP adressés à l'hôpital, ou se dirigeant directement vers l'hôpital, ne le seraient pas si les liens entre les professionnels, notamment avec le médecin traitant, étaient renforcés. Comme dans certains pays tels que le Danemark [20], la prise en charge des SNP doit se faire en s'appuyant sur le maillage du territoire par les professionnels du premier recours que sont les MG, pharmaciens et infirmiers. Les CPTS ont donc un rôle à jouer dans l'accès aux SNP et la fluidification des échanges entre ces acteurs.

Forces et limites

La principale force de ce travail est d'avoir une vision pluri-professionnelle et une description des recours, incluant à la fois l'ambulatoire et le service d'urgences. Cela a permis d'avoir une vision comparable de l'action de différents professionnels de santé. La définition retenue pour les SNP a l'avantage d'être adaptée à l'exercice des différents professionnels et permet de comparer les pratiques. Une première limite est que le nombre de professionnels qui ont accepté de réaliser cette étude est variable selon les professions. Il peut y avoir une sous-estimation du nombre de demandes non programmées de soins dans la structure hospitalière, car les recours directs dans les services n'ont pas été mesurés. Toutefois ils semblaient marginaux après échange avec les responsables hospitaliers, en l'absence d'accès direct institutionnalisé. L'activité de SNP des dentistes et des psychologues n'a pas été relevée. La description des SNP était fondée sur les cinq premières demandes. Il est donc possible que le type de demandes change durant la journée.

De façon pragmatique, les SNP relevés ne se fondaient pas sur la domiciliation des usagers. Il est possible que des usagers de passage sur le territoire aient été

comptabilités. En miroir il est probable que des usagers du territoire aient consulté dans d'autres territoires, en ville et à l'hôpital, sur la même période. Le nombre peu élevé de pharmaciens et de kinésithérapeutes diminue la significativité des conclusions apportées. À l'inverse, le bon taux de participation des médecins généralistes et la participation significative des sages-femmes et des infirmières renforcent la valeur des conclusions de cette étude et en sont une force. Par ailleurs, la période de recueil, en mars/avril 2022, a probablement influé sur le nombre de SNP, plutôt élevé en cette période, et sur la proportion de problèmes infectieux rencontrés. Néanmoins tous les acteurs des SNP y sont confrontés. Enfin la description de l'activité le dimanche, notamment pour les infirmières, aurait pu utilement moduler marginalement la répartition des SNP.

Conclusion

Cette étude montre que les professionnels de santé ambulatoire gèrent au quotidien la majorité des demandes de SNP avec un faible taux de réorientation vers les urgences du secteur. Les compétences sont présentes sur le territoire. Une organisation de type CPTS pourrait faciliter le parcours des demandes de SNP entre les professionnels.

Elle gagnerait à s'appuyer sur l'organisation actuelle et sur les professionnels du territoire. Améliorer le dispositif pourrait se faire en renforçant le dispositif existant. Les propositions qui seront faites par la CPTS pourront avoir plusieurs objectifs :

- réfléchir aux SNP non pas seulement dans une vision de « médecin » (MG ou urgentiste), mais élargir en incluant l'ensemble des professionnels du premier recours ;
- informer et éduquer la population sur le bon circuit de soins dans la demande de SNP en favorisant l'équipe de soins locale et celle déjà identifiée autour du patient (MG, pharmacien, IDE) ;
- permettre une reconnaissance de ces SNP notamment financière pour l'ensemble des professions qui les réalisent ;
- faciliter la communication entre les professionnels du premier recours sur le territoire afin d'améliorer la réorientation lorsque cela est nécessaire ;
- mieux orienter les usagers afin de diminuer le recours non régulé des SNP à l'hôpital et les ruptures de parcours.

Ce travail permet de réorienter la posture analytique des SNP vers une recherche prenant mieux en compte les

professionnels déjà identifiés par les usagers. Une analyse qualitative de ces intervenants et des usagers avec une posture compréhensive serait utile afin de mieux décrire leur vécu.

Remerciements

Merci à tous les professionnels de santé qui ont accepté d'être interrogés. Merci également aux relecteurs qui ont contribué à améliorer cet article. Ce travail n'a pas bénéficié d'un financement. Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts en lien avec la thématique.

Références

1. Firmin Le Bodo A. Discours prononcé le 4 octobre 2022 sur les urgences hospitalières et les soins non programmés [En ligne]. 2022 [cité le 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/286694-agnes-firmin-le-bodo-04102022-urgences-hospitalieres-soins-non-programme>
2. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand [En ligne]. OECD; 2015. 49 p. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/emergency-care-services_5jrts344crns-en
3. Bejaoui M, Bergonzoni A, Boisguérin B, Boussaïd N, Dahmouh A, Dennevault C, et al. Les établissements de santé : édition 2018 [En ligne]. Drees; 2018. 199 p. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/pano_es_2018_v4_web.pdf
4. Pateron D. La crise des urgences. Trib Sante. 2023;76:67-75.
5. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P, et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés [En ligne]. DREES; 2020. 6 p. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>
6. Cour des comptes. Les urgences médicales : constats et évolution récente [En ligne]. Cour des comptes; 2017. 34 p. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/media/495>
7. Mauro L. Résultats du questionnaire patients – le parcours des personnes âgées aux urgences [En ligne]. Drees; 2013. 16 p. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/session_3_-_resultats_pa.pdf
8. Mesnier T, Carli P. Pour un pacte de refondation des urgences [En ligne]. IGAS; 2019. 259 p. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/272424-pour-un-pacte-de-refondation-des-urgences>
9. Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019.
10. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018. 83 p. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
11. ORS, URML Pays de la Loire. Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des

- cabinets de ville. Revue de littérature [En ligne]. ORS Pays de la Loire; 2017. 8 p. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/frequence-des-soins-non-programmes-en-medecine-generale-en-france-aux-heures>
12. Astruc A, Jouannin A, Lootvoet E, Bonnet T, Chevallier F. Les données à caractère personnel : quelles formalités réglementaires pour les travaux de recherche en médecine générale ? Exercer. 2021;172:178-84.
 13. Chevillot D, Zamord T, Durieux W, Gay B. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde. Santé publique. 2021;33(4):517-26.
 14. Fillion S, Giorgi D, Gardel C, Penaud M. Évaluation des mesures dérogatoires portant sur les soins urgents et non programmés pour l'été 2022 [En ligne]. IGAS; 2022. 192 p. Disponible sur: <https://igas.gouv.fr/Evaluation-des-mesures-derogatoires-portant-sur-les-soins-urgents-et-non>
 15. Gouyon L, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. Études et Résultats. 2006;471.
 16. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Études et Résultats. 2007;607.
 17. Gouyon M. Les recours aux médecins urgentistes de ville. Études et Résultats. 2006;480.
 18. Deroche C. Hôpital : sortir des urgences [En ligne]. Sénat; 2022. 313 p. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-1.html>
 19. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2013;61(3):193-8.
 20. Baier N, Geissler A, Bech M, Bernstein D, Cowling TE, Jackson T, et al. Emergency and Urgent Care Systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing Organization, Payment and Reforms. Health Policy. 2019;123(1):1-10.

Annexe 1 : Activité du service des urgences pendant la période de l'étude

	Médecine	Chirurgie	Pédiatrie médecine	Pédiatrie chirurgie	Nombre total
09 mars 22	10	23	1	7	41
17 mars 22	19	6	14	3	42
25 mars 22	17	8	10	9	44
02 avril 22	13	14	4	5	36
04 avril 22	26	13	6	9	54
12 avril 22	13	6	14	6	39
Total	98	70	49	39	256

Annexe 2 : Extrapolation du nombre de SNP pour tous les professionnels du territoire sur la semaine de recueil

	Infirmiers	Kinésithérapeutes	Médecins Généralistes	Ostéopathes	Pharmaciens	Sage-Femme	Tous ambulatoire	Service des urgences
SNP /semaine et par professionnel	11	6,6	45,7	9,2	48,9	17		
Professionnel du territoire	36	23	24	12	11	6	112	
SNP sur le Vexin SNP / semaine	397	152	1097	111	538	102	2397	297

Annexe 3 : Taux de SNP par profession

Réorientations	Infirmier.e	Kinésithérapeute	Médecin Généraliste	Ostéopathe	Pharmacien	Sage-femme
Proportion de séances avec SNP par profession (%)	7,4	1,0	44,5	21,0	6,6	28,8