



GESTION DES DEMANDES DE SOINS NON  
PROGRAMMES

UNITE DE SOINS NON PROGRAMMES



# Concept d'Unité de Soins Non Programmés

## - MSP du Véron (37)-

### Introduction :

La problématique de la réponse à la demande des soins non programmés (SNP) représente un enjeu majeur de santé publique.

Le patient, acteur de sa santé, a besoin d'obtenir une réponse adaptée à cette demande.

La médecine générale gère la très grande majorité de ces soins qui font partie intégrante de ses missions. Pourtant dans le même temps, les Services d'Accueil Urgence gèrent des passages relevant de la médecine de ville.

Il apparaît indispensable de renforcer les capacités de réponses de la médecine ambulatoire dans la gestion des SNP.

Les évolutions des modes d'exercice, MSP, Equipes de Soins Primaires, CPTS montrent l'aspect très structurant de l'organisation de cette réponse pour les professionnels de santé.

La MSP du Véron, dont la genèse date de 2004, a d'emblée travaillé sur cet axe en organisant dès son ouverture des plages horaires quotidiennes dédiées à ces demandes.

Il est apparu au fil des années que la réponse basée sur la réservation de ces créneaux « d'urgence du jour » présentait des limites et imperfections.

Nous avons alors conceptualisé l'Unité de Soins Non Programmés au sein de la MSP avec les objectifs suivants :

- Conforter notre capacité à gérer les SNP dans un cadre sécurisé et adapté en adéquation avec les moyens dont nous pouvions disposer.
- Offrir un service rendu optimisé répondant aux attentes des patients.
- Rendre cette réponse lisible et compréhensible pour les patients

Ce Travail retrace plus en détail cette réflexion, réalisation ainsi que les premiers bilans.



## ANALYSE DE LA SITUATION

### CONTEXTE NATIONAL:

La très grande majorité des demandes de soins non programmés a lieu pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux et représente une part importante de l'activité des médecins généralistes. La majorité des soins non programmés est d'ailleurs gérée par les médecins généralistes, puisqu'en 2004 on estimait à 35 millions le nombre de recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville pendant que les services d'urgences des hôpitaux enregistraient au total 14 millions de passages [1].

Il s'agit pour la plupart de demandes d'urgences non vitales mais les médecins reconnaissent à posteriori que 89% des patients ont eu raison de consulter. [2]

Cette réponse est organisée aujourd'hui par chaque médecin ou groupe de médecins, de façon hétérogène sur le territoire.

Cette réponse, parfois mal reconnue est pourtant une réalité indiscutable:

L'épidémie de grippe 2016/2017 a généré une surcharge de travail dans les cabinets médicaux de ville considérée comme « moyenne »[3]

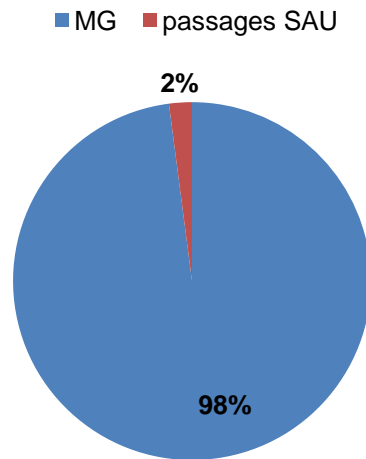
- Pic en semaine 3 (mi janvier)  
- 410 / 100 000 habitants Sentinelles
- **1,9 millions de consultations pour syndrome grippal**  
(versus 2,9 en 2014-15; Sentinelles)

Dans le même temps cette épidémie a été considérée comme générant une activité hospitalière « soutenue » :

- **40 000 passages aux urgences** pour grippe dont 6 400 hospitalisations  
(versus 3200 en 2014-15)
- 1470 cas admis en réanimation (versus 1600 en 2014-15)

Il apparaît clairement que pendant que les SAU rencontraient des difficultés réelles pendant cette période, dans le même temps la médecine générale de ville s'adaptait pour absorber la très grande majorité des malades de la grippe.

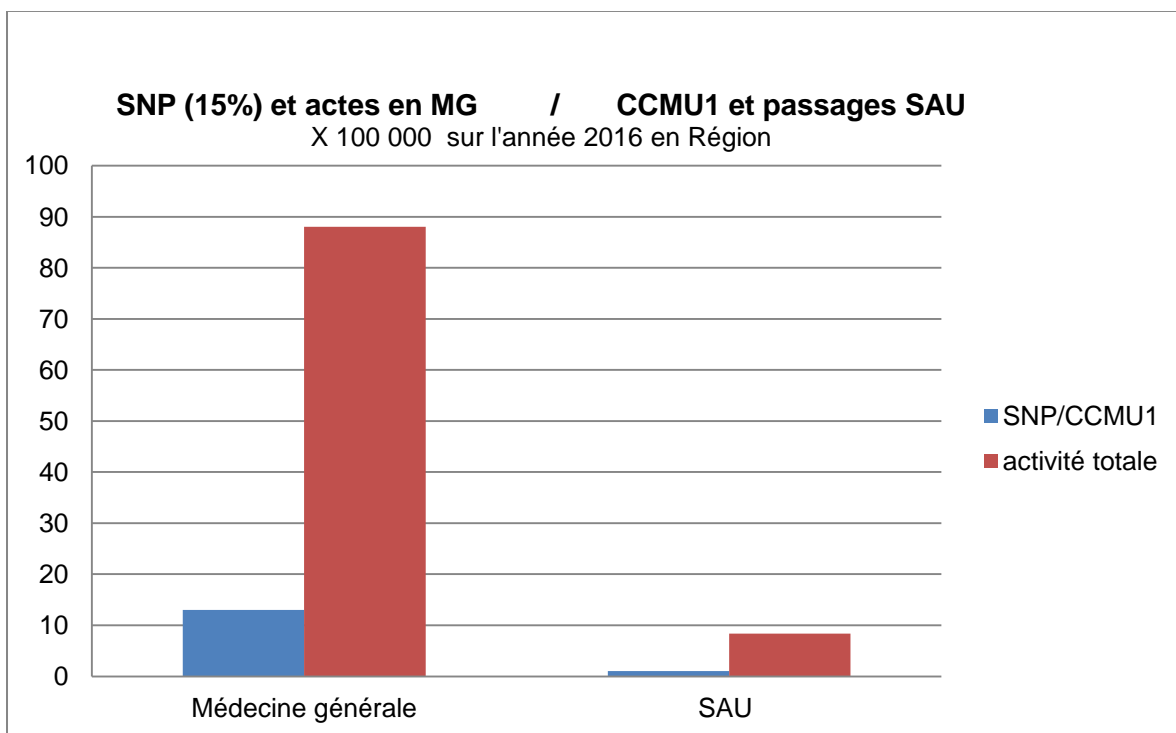
## GESTION DES MALADES DE LA GRIPPE FRANCE 2016/2017



### CONTEXTE REGIONAL :

En Région Centre Val de Loire (CVL) comme ailleurs, la très grande majorité des réponses aux demandes de soins non programmés est gérée par les médecins généralistes :

- En 2016 , les médecins généralistes de la Région CVL ont effectué près de neuf millions de consultations ou visites (8 838 988) . Si nous retenons le ratio de 15% correspondant à la limite basse et sous estimée de la proportion d'actes concernant les seuls **Soins Non Programmés (SNP)** [2][4] ceci correspond au minimum à plus d'un million trois cents milles actes gérés par les médecins généralistes en 2016 dans ce cadre [5]. Dans notre expérience, la proportion de SNP varie en fait selon les périodes de l'année entre 20 et 70% en cas d'épidémie. Le ratio moyen, si cette réponse est correctement organisée, est d'environ 25 à 30%.
- Dans le même temps, l'ensemble des SAU de la région a géré huit cent quarante milles acte (840 412) dont cent milles actes (106 793)CCMU 1 qui aurait pu être gérés en médecine de ville[6] . cf tableau ci-après :



- Si on intégrait la totalité des CCMU 2 (nombre 350 813) gérés par les SAU, ce qui n'est pas en soit réaliste compte tenu des différentes pathologies retenues, le ratio serait encore très en faveur de la Médecine Générale.

Pourtant ces chiffres ne doivent pas masquer la réalité.

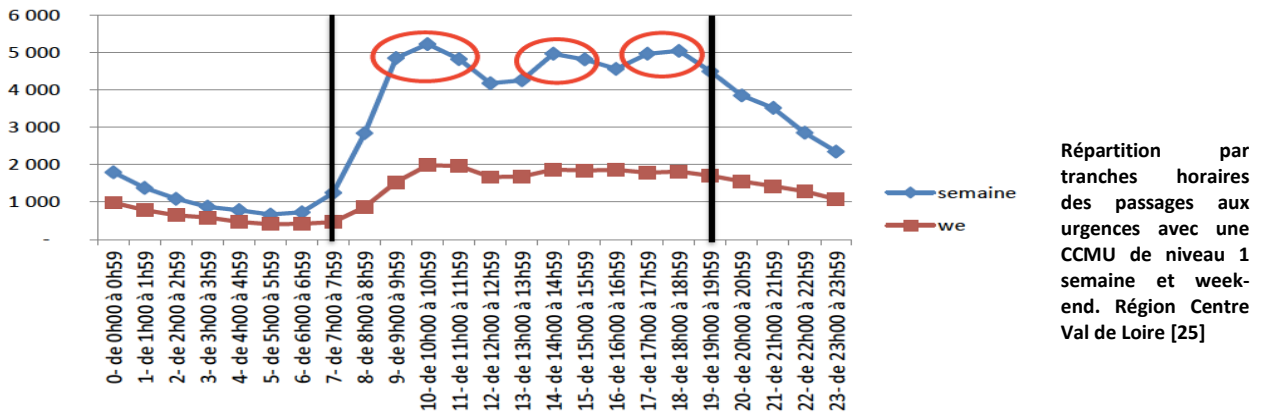
Aujourd'hui, un ensemble de facteurs a abouti à une situation globale non satisfaisante :

- Pour les patients, souvent démunis pour obtenir une réponse à leurs demandes, avec une organisation de la réponse très hétérogène et parfois peu lisible.
- Pour les médecins généralistes, sollicités quotidiennement par un afflux de demandes difficiles à gérer, génératrices de stress.

Pour ces différentes raisons, une partie non négligeable de ces demandes de SNP se retrouve dans les services d'urgences hospitalières.

Selon une étude récente de l'ARS sur l'activité des services d'urgences de la région Centre-Val de Loire [6], 54,45% des recours urgents étaient classés de gravité CCMU 1 & 2. Ces deux classes représentent les urgences non vitales. Les CCMU 1 représentent à eux seuls 12,71% des consultations aux SAU de la Région Centre-Val de Loire, soit 106 793 passages.

En analysant les horaires de passage dans les SAU, cette étude confirme la prédominance de ces actes en semaine, aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux :



Ainsi les actes CCMU 1 géré par les SAU de la Région CVL, susceptible d'être géré par la médecine générale aux heures ouvrées des cabinets représentent 71% (\*) de ces 106793 passages soit 75 823 actes en 2016.

(\*) un peu sous estimé du fait du déport de prise en charge décalée en soirée. Les chiffres nationaux se rapprochent plus de 80%

Ceci confirme bien que la problématique n'est pas liée à la gestion de la PDSA, et qu'à l'inverse imaginer gérer cette carence de réponse ambulatoire par un renforcement des effecteurs sur les horaires de garde ne correspondrait au mieux qu'à transférer des actes diurnes sur la PDSA.

Rapportés aux nombres de jours ouvrés sur cette même année, ceci correspond à 75 823 /253

Soit 300 actes par jour ouvré sur l'ensemble de la Région CVL.

Ces passages évitables participent à mettre en difficulté les SAU dont les équipes sont souvent à la limite de leurs possibilités dans notre Région.

D'autre part ils représentent un surcoût de près de deux millions d'euros par an pour la seule Région CVL compte tenu de l'ATU (25.32 euros) facturé pour chacun de ces passages en plus de l'acte.

Pourtant, rapporté au nombre de médecins généralistes en activité en Région centre Val de Loire, ce nombre d'actes représente une goutte d'eau à absorber pour le monde libéral :  $300/1958 \text{ MG} = 0.15$  actes supplémentaires par médecin et par jour, soit moins d'un acte par médecin généraliste tous les six jours.

Compte tenu de ces éléments factuels, alors que la Région CVL est pourtant l'une des plus en difficulté sur le plan de la démographie médicale, on constate que la réponse aux demandes de SNP est très majoritairement gérée par les médecins généralistes. Les passages par les SAU de patients relevant de l'ambulatoire pourraient tout à fait être évités en considération des chiffres qu'ils représentent.



L'enjeu majeur est donc bien d'organiser efficacement la réponse aux demandes de SNP pendant les heures d'ouverture des cabinets médicaux.

## LA MSP DU VERON :

Ouverte en 2010, la MSP du Véron comporte une équipe de sept médecins généralistes (6ETP), tous MSU, trois internes et trois externes. Le reste de l'équipe comprend un médecin échographiste temps plein, une coordinatrice, quatre secrétaires, trois dentistes, une sage femme, huit IDE, trois kinésithérapeutes, deux orthophonistes, deux psychomotriciennes, deux pédicures-podologues, deux psychologues, une diététicienne, une orthoptiste.

Elle répond aux besoins d'un bassin de vie d'environ 9000 personnes.

## REPONSE AUX SNP 2010/2016 :

La réponse à la demande de SNP a toujours été une des priorités de l'équipe.

La mise en place de « guide lines » pour les secrétaires, **de plages horaires identifiées spécifiquement réservées aux SNP, gérées alternativement par les médecins de la MSP** ainsi que l'information des usagers sur l'organisation de la MSP ont permis de répondre globalement à cette demande .

Notre MSP gère entre 150 et 200 actes de médecine générale (consultations et visites) par jour ouvré dont d'après nos estimations 25 à 30% de demandes de SNP avec une grande capacité d'adaptation en période épidémique : ainsi lors de l'épidémie de 2014/2015 nous avons géré le lundi du pic épidémique 147 demandes de SNP en différant un nombre conséquent de consultations programmées. (ces SNP ne concernaient bien sur pas que des syndromes grippaux...) .

Néanmoins, il est apparu que ce système initial avait des limites.

Pour les patients, la lisibilité s'avérait médiocre :

- Difficulté à comprendre que la consultation effectuée dans un des cabinets habituels de leur médecin (ou d'un autre...) était dédiée spécifiquement aux demandes de SNP sur ces créneaux (demande fréquente de certificats ou ordonnances ...)
- Difficulté pour identifier le cabinet du médecin de SNP

Pour les médecins qui géraient ces consultations dans leur cadre et fonctionnement habituel :

- Difficulté à se centrer sur la seule gestion de la demande « urgente » dans son cabinet habituel
- Difficulté à gérer le flux de patient SNP dans la salle d'attente commune aux différents cabinets
- Difficulté à respecter les créneaux bloqués pour les SNP

Pour les secrétaires qui avaient des difficultés répondre au nombre des demandes et à orienter les patients :

- Difficulté à expliquer aux patients le concept de gestion des SNP (entre autres pour les patients de passage - touristes, travailleurs en déplacement nombreux dans notre bassin de vie de par l'industrie électrique)
- Difficulté à gérer les flux de patients
- Difficulté à répondre à l'augmentation des demandes (départ en retraite de médecins isolés dans des communes limitrophes, demande de consultation par carence de réponse de leur MT...)

Malgré une organisation efficace basée sur des créneaux libérés le jour même pour les RDV internet, par des plages horaires dédiées, par une sensibilisation auprès des cabinets de groupes alentours pour qu'ils organisent leurs réponses aux demandes de SNP (avec succès), notre système devait évoluer.

Compte tenu de cette analyse, les médecins de la MSP ont lancé une réflexion sur cette problématique de la gestion des demandes de soins non programmés depuis 2015.



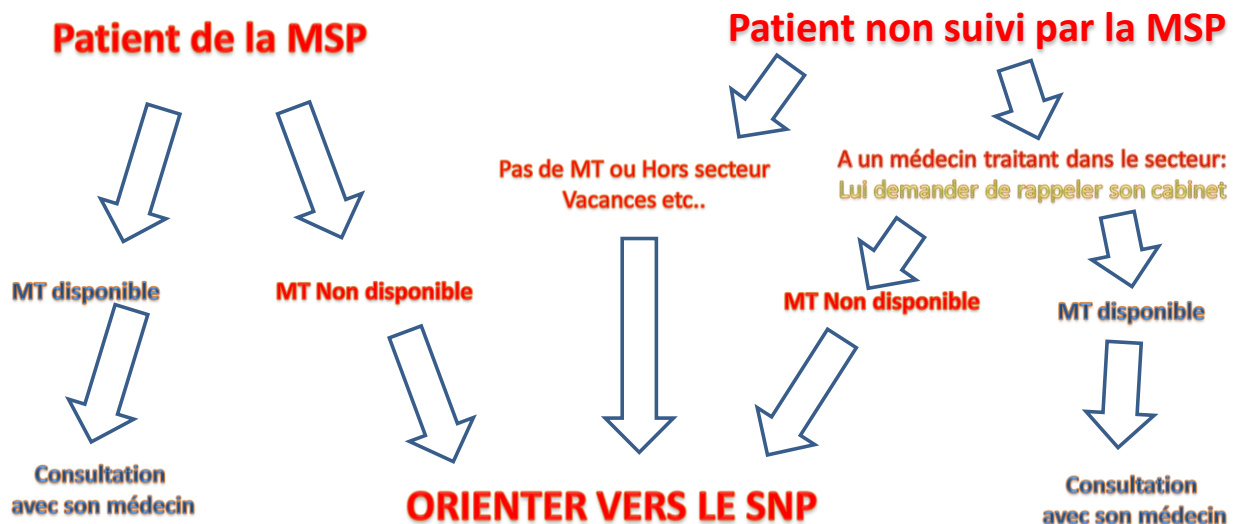
Nous avons cherché à modéliser une solution la plus adaptée aux attentes des patients, aux contraintes des professionnels de santé ainsi qu'aux enjeux nationaux et régionaux, aboutissant au concept d'**Unité de Soins Non Programmés**.



## L'unité de SNP en pratique :

Une **régulation** renforcée au niveau du secrétariat avec un guide line simple :

**Demande de RDV « urgent »**  
**REGULATION / SECRETARIAT**  
 (Si doute sur Urgence Vitale ou Grave, passer un médecin)  
**Si NECESSITE CONSULTATION:**



**Un lieu dédié à ces SNP** (salle d'attente et salles d'examen spécifiques) différents des cabinets des médecins, permettant aux patients et aux médecins d'appréhender ces consultations de manière spécifique.

Ce ne peut pas être le box d'urgence de la MSP équipé spécifiquement pour être dédié aux urgences (sutures, médicalisation avant transfert ambulance, etc..) et qui doit rester libre pour cette mission.

**Un aménagement spécifique** mais simplifié : ordinateur /SI de la MSP table d'examen, pèse personne, pèse bébé, lave main, otoscope, tensiomètre, thermomètre, saturomètre, streptest, BU... pas de bureau mais un plan de travail haut.

Pour notre MSP, nous avons fait le choix d'aménager deux box sur ce modèle afin de pouvoir répondre si besoin aux pics d'activité (épidémie...). Hors période épidémique, cette unité gère entre



25 et 40 patients par jour en plus des RDV « habituels » des médecins. En période épidémique la MSP du Véron a montré par le passé qu'elle pouvait absorber en s'occupant de plus de 100 demandes de SNP /jour.

**Des plages horaires larges par demi journées**, gérées par les médecins « séniors » de la MSP, sur un roulement programmé en amont (2 à 3 mois d'avance avec adaptation en cas d'absence). Pour éviter une dérive du système, les jours de gestion des SNP ne sont pas figés (ainsi le Dr X n'est pas toujours celui qui gère le lundi...); ceci afin de répartir les jours de grosse activité et d'éviter que certains patients ne repèrent *le* jour de *leur* médecin...

Nous pensons indispensable d'impliquer les internes en médecine générale dans cette prise en charge des SNP : cet aspect sera développé dans des publications ultérieures.

#### **Un temps de consultation optimisé :**

- Pas de gestion de la facturation / CV par le médecin. L'administratif est géré totalement par le secrétariat.
- En cas d'identification d'une problématique nécessitant un temps et un environnement différent après gestion et évaluation de « l'urgence », proposition et prise de RDV sur un créneau de consultation habituel avec le médecin traitant du patient ou un confrère disponible de la MSP. Il peut s'agir aussi d'une orientation vers un des autres professionnels de la MSP (coordination plébiscitée par les patients).

#### **Education Santé /Conseil minimal santé :**

- Il est nécessaire d'informer les patients et les sensibiliser au bon usage du système mis en place (affichage, discussion lors des consultations, site internet...)
- Pour éviter une dérive du système mis en place et un consumérisme de soins non souhaitable, les médecins délivrent si besoin à la fin de la consultation un « conseil minimal santé » : par exemple, si un parent consulte parce qu'il est inquiet pour son bébé qui est enrhumé et que l'examen du praticien a été rassurant, celui-ci aborde après avoir expliqué ce qu'il a diagnostiqué un conseil minimal santé sur le schéma suivant : « pouvez-vous me dire ce qui vous inquiétait ? ». En fonction de la réponse donnée par le parent : « si j'ai bien compris, vous êtes venu parce que (etc)... est-ce que vous voulez que l'on parle un peu des signes qui doivent vous alerter ou non dans ce contexte ? »

En pratique, il a fallu renforcer l'équipe de secrétaires en recrutant une nouvelle personne.

Nous avons dû repenser l'aménagement intérieur de la MSP pour libérer l'espace nécessaire à cette unité

Il nous a fallu financer le matériel informatique et médical de ces deux box supplémentaires.



A noter : nous avons mis en place un mode de visite à domicile permettant de gérer les éventuelles demandes « urgentes » de visite à domicile. Ceci représente moins d'une visite supplémentaire par jour.

## BILAN :

Après quelques mois de fonctionnement :

**Pour les médecins généralistes** : satisfaction unanime, les craintes initiales ont disparu, chacun adapte son rythme de consultation horaire en fonction de ses capacités. Cette gestion organisée des SNP permet à chaque médecin de travailler plus sereinement sur les créneaux de leurs consultations programmées.

**Pour les secrétaires** : plébiscite de la solution proposée permettant d'éviter des tensions avec des patients en attente de réponse à un problème aigu

**Pour les patients** : satisfaction générale confirmée par le travail de Thèse d'Adrien Travers qui sera soutenue le 18 janvier à Tours (cf annexe).ce travail qualitatif nous a semblé indispensable pour valider le concept. Il sera suivi nous le souhaitons d'analyses quantitatives.

La réponse organisée aux demandes de SNP au sein de la MSP présente à leurs yeux de nombreux avantages :

- Lieu identifié, connu, rassurant, accessible.
- Régulation préalable par le secrétariat, par des personnes identifiées et connues (ce n'est pas une simple consultation libre !)
- Temps d'attente très satisfaisant.
- Equipe de médecins connus.
- Réponse adaptée au problème.
- Dossier médical partagé et bonne coordination des soins.



## USNP, les conditions de la réussite :

- Un nombre de médecin généralistes suffisant
- Une structure de proximité de soins primaires identifiée par les patients (Cabinet de groupe, MSP...)
- Un bassin de population conséquent
- Une réflexion territoriale dépassant la patientèle de la structure.
- Une équipe engagée dans un projet de santé partagé
- Des secrétaires formées.
- Des locaux spécifiques et dédiés
- Une communication efficace auprès des patients, une éducation santé (conseil minimal santé) structurée.
- Une politique de santé cohérente portée par les ARS (PRS) et URPS-ML .



## Conclusions :

La réponse à la problématique des demandes de soins non programmés doit s'organiser en journée sur les horaires d'ouverture des cabinets médicaux sous peine de transférer un nombre non négligeable d'actes vers les SAU et de déborder inutilement sur les horaires et organisation de PDSA.

Un changement radical de paradigme s'impose pour passer d'une obligation déontologique individuelle inadaptée à une organisation territoriale et collective.

Le regroupement des médecins dans des structures de proximité identifiées, et accessibles (MSP, cabinets de groupe) est un atout à lui seul insuffisant pour répondre parfaitement à cette mission.

L'organisation collective basée sur de simples tranches horaires dédiées à ces demandes montre ses limites.

Dans ce contexte, la création d'Unités de SNP organisées au sein même des MSP ou cabinets de groupe, régulées par les secrétariats des médecins, répondant à une modélisation spécifique et intégrant la notion d'éducation à la santé (« conseil minimal santé ») nous semble répondre aux attentes légitimes des patients, aux contraintes des professionnels de santé, aux engagements du ministère de la santé ainsi qu'au futur PRS2 de la Région Centre Val de Loire.

Cette organisation implique une réflexion rapide sur les projets de MSP en cours ou à venir pour intégrer ces Unités de SNP si le potentiel de l'équipe le permet. Elle nécessite un investissement en temps de secrétariat ainsi qu'en locaux et matériels. Si l'ACI permet aux MSP de développer ce type de projet il n'en va pas de même pour les autres cabinets médicaux, pourtant parfois tout à fait apte à mettre en place cette prise en charge. De même, les MSP déjà en fonctionnement souhaitant développer ces USNP devront bénéficier d'aides pour les aménagements immobiliers.

La mise en place des CPTS peut elle aussi être un formidable moteur pour initier cette réflexion collective territoriale.

Il nous semble par ailleurs indispensable de sensibiliser les étudiants en médecine et internes en médecine générale pendant leurs stages ambulatoires à cette gestion et organisation de la réponse aux SNP.

Enfin, cette modélisation implique une réflexion plus globale sur la place de chacun des acteurs de santé. Un double transfert « gagnant-gagnant » entre le secteur ambulatoire et les SAU nous paraît fondamental en donnant les moyens aux médecins généralistes pour gérer la grande majorité des SNP en journée, en s'appuyant sur une éducation des patients pour diminuer les actes aux horaires de PDSA tout en recentrant les SAU sur leurs missions premières de gestions des urgences.

Dr Laurent Bréchat / MSP du Véron /37420 Avoine/0661674614/ [laurent.brechat@orange.fr](mailto:laurent.brechat@orange.fr)

<http://www.mspuveron.fr>



## **ANNEXE : RESUME DE LA THESE DE MEDECINE D'ADRIEN TRAVERS**

(Soutenance le 18 janvier 2018 à TOURS, Président du Jury Professeur Dominique PERROTIN,

Directeur de thèse Dr Laurent BRECHAT)

### **Etude du ressenti et du vécu des patients de la MSP du Véron depuis la création d'une unité de soins non programmés**

#### **Résumé**

**Introduction:** En France, chaque année, la demande de soins non programmés (SNP) ne cesse d'augmenter. Alors que la majorité des demandes a lieu aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux, la réponse semble souvent inadaptée. Le système hospitalier est débordé et la médecine ambulatoire peine à répondre. Pionnière dans la réflexion sur la gestion des SNP depuis 2004, l'équipe de la Maison de Santé (MSP) du Véron a créé une unité dédiée à leur gestion. Nous avons donc cherché à recueillir et analyser le ressenti des patients utilisateurs.

**Matériel et Méthodes:** étude qualitative par analyse thématique d'entretiens individuels semi dirigés menés auprès des patients sortants d'une consultation pour demande de soins non programmés au sein de l'unité dédiée de la MSP du Véron.

**Résultats:** La majorité des patients a consulté pour un motif bénin mais pourvoyeur d'une telle angoisse qu'ils ne pouvaient différer leur recours au lendemain. Ils ont tous apprécié la gestion de leur urgence en revendiquant un service réactif, coordonné, de proximité avec partage de données. Ils ont également évoqué un lieu rassurant avec un médecin connu, à l'écoute, dans un environnement familial renforçant le sentiment de confiance.

**Conclusion:** L'unité de SNP de la MSP du Véron semble parfaitement répondre aux attentes des patients. Mais une telle structure nécessite une organisation collective et coordonnée. Ce modèle semble répondre aux orientations nationales et régionales en matière de réorganisation de la réponse aux demandes de SNP. Il serait intéressant d'évaluer la perception des professionnels de santé impliqués dans ce projet ainsi que l'évolution du nombre des demandes de SNP.

**Mots clés :** soins non programmés, recours urgents, médecine générale, unité soins non programmés



## Bibliographie

[1] COLLET M, GOUYON M. et al. DREES. Etude et Résultats n°607. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. novembre 2007

[2] GOUYON M, LABARTHE G. DREES Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. n° 471 mars 2006

[3] BONMARIN I, L'épidémie de grippe 2016-2017 : dynamique nationale et régionale, impact sur les soins et la mortalité  
*Rencontres Santé publique France 31 mai 2017*

[4] UNION REGIONAL DES MEDECINS LIBERAUX DE BRETAGNE. Etude pratique et circuits de soins en médecine générale. Résumé des résultats concernant la consultation ou visite initiale. [en ligne] Consultable sur : [http://www.urml-bretagne.com/99\\_up99load/2\\_docupload1/4142\\_01.pdf](http://www.urml-bretagne.com/99_up99load/2_docupload1/4142_01.pdf)

[5] <http://cartosante.atlasante.fr>

[6] BEAUDIER N, Etude régionale : Activités des services des Urgences de la Région Centre Val de Loire. Délégation département Loir et Cher. Pole Offre Sanitaire et Médico-Sociale. avril 2017