



2024-2025

# Prise en charge des Soins Non-Programmés

ETUDES PROSPECTIVES

# Note aux lecteurs

L'objectif de cette contribution vise à avoir une vision exhaustive de la prise en charge des Soins Non Programmés en région Occitanie avec une ouverture sur l'ensemble de l'écosystème intégrant trois enjeux marqués :

- La nécessité de construire des projets capitalisant sur une gestion des ressources médicales précieuses, expérimentées, volontaires et innovantes pour favoriser l'attractivité des territoires sans déstructuration des pratiques, du parcours patient et des organisations du territoire.
- Une évolution de la demande de soins non-programmés en forte croissance : démographie médicale en berne, demande consumériste de la population, saturation des services d'urgences...
- Une modification des pratiques et des modes d'organisation : exercice coordonné, télémedecine, déploiement des SAS... qui oblige à penser les solutions de réponse dans un écosystème complexe.



Les solutions à envisager devront nécessairement être PRAGMATIQUES et POLYMORPHES.

Elles S'ADAPTENT À LA RÉALITÉ DES TERRITOIRES pour tenter de réduire les inégalités d'accès aux soins en respectant :

- la capacité potentielle des médecins à prendre en charge les demandes de SNP,
- l'expérience des professionnels à se coordonner et collaborer,
- les organisations effectives ou en cours de déploiement.



## Actualités

La forte émergence de solutions pour les soins non programmés (SNP) met en lumière la nécessité d'une réglementation claire qui à ce jour n'existe pas.

Le développement rapide et parfois désorganisé des Centres de soins non programmés (CSNP) suscite une volonté croissante d'encadrer ces structures et une structuration en avec les services déjà en place, afin d'assurer une meilleure organisation territoriale et une réponse adaptée aux besoins des patients.



# Contributions

## Composition du groupe experts métiers

**Olivier DARREYE** – Médecin Généraliste, Président de la CPTS Nord du Lot et coordinateur de la commission organisation territoriale de l'URPS – REFERENT DU GROUPE DE TRAVAIL,

**Margot BAYART** – Médecin Généraliste, Présidente de la CPTS Centre Tarn et coordinatrice des groupes de travail de la commission organisation territoriale de l'URPS,

**Anne BLANDINO-PAULIN** – Médecin Généraliste

**Audrey BORRAS** – Médecin Généraliste, Présidente de la CPTS du Grand Narbonne

**Jean-Marc CASTADERE** – Médecin Généraliste, Président de la CPTS Sud Est Gersois et coordonnateur de la commission organisation des soins de l'URPS, Président de la FARMOC

**Cyrille CHAUGNE** – Médecin Généraliste – SOS médecins, Président de l'association CPTS Toulouse Rive Gauche et pilote du SAS 31

**Théophile COMBES** – Médecin Généraliste, Président de la CPTS Grand Gaillacois, et coordonnateur de la commission parcours des soins de l'URPS,

**Pierre FRANCES** – Médecin Généraliste, Président de la CPTS Côte Rocheuse

**Bruno GAY** – Médecin Généraliste

**Véronique GARIN** – Médecin Généraliste

**Mireille GOYA** – Médecin Généraliste, Président de la CPTS Moutauban

**Jean-Marc LARUELLE** – Médecin Généraliste, Président de la CPTS Montpellier 1

**Yvan MACHETO** – Médecin Généraliste

**Pauline THOMAS** – Médecin Généraliste

**Eva KOZUB** – Médecin Généraliste et coordinatrice de la commission santé – environnement de l'URPS

**Déia ARENAS** – Cabinet de conseil KAISSA

**Joy Raynaud** – Docteur et consultante en géographie et aménagement du territoire

Pour appuyer l'équipe expert métier, l'URPS a mobilisé son équipe opérationnelle

Pilotage : Jonathan Plantrou

Ressources : Justine Huguenet



# Sommaire



## Partie I – La demande de SNP dans son écosystème

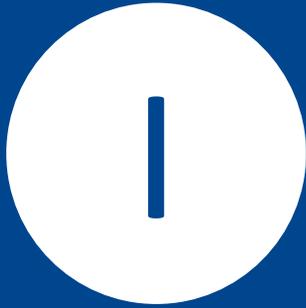
### A - La demande de SNP dans son écosystème

1. Qu'est-ce que le Soin Non Programmé ?
2. Caractéristiques de la consommation SNP
3. Concilier les besoins de la population et la pénurie de ressources médicales
4. Le cadre réglementaire
5. La dynamique CPTS : un levier pour construire une réponse coordonnée
6. Panorama de l'offre de prise en charge des Soins Non Programmés

## Partie II – Etats des lieux & évaluation des besoins

### B - Etats des lieux & évaluation des besoins

1. Etude DRESS Médecins généralistes - Mai 2024
2. Etude DRESS Urgences - Juillet 2024
3. Travaux préparatoires du Zonage
4. ORU - Activité RÉGIONALE des structures d'urgences
5. Etude observationnelle - URPS Médecins Libéraux - Octobre 2024
6. Enquête CPTS - Octobre 2024
7. Retour des éditeurs
8. L'activité du SAS
9. Benchmark
10. SYNTHÈSE DES TRAVAUX



# La demande de SNP dans son écosystème

1. Qu'est-ce que le Soin Non Programmé ?
2. Caractéristiques de la consommation SNP
3. Concilier les besoins de la population et la pénurie de ressources médicales
4. La dynamique CPTS : un levier pour construire une réponse coordonnée
5. Panorama de l'offre de prise en charge des Soins Non Programmés



# 1

## Qu'est-ce que le Soin Non Programmé ?

**Un soin non programmé (SNP) correspond à un besoin d'un patient souffrant d'un problème de santé qui ne relève pas de l'urgence vitale et qui ne nécessite pas une prise en charge par les services hospitaliers des urgences.**

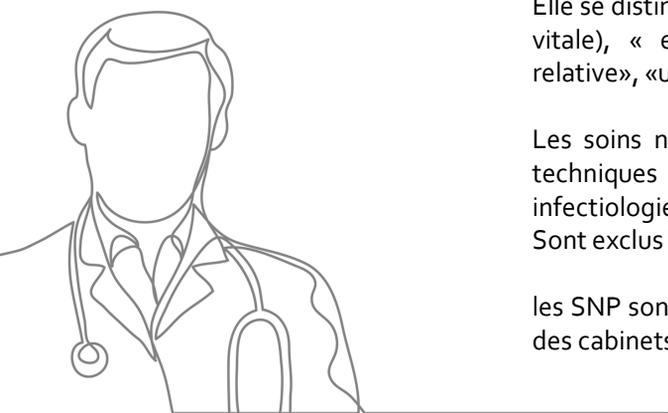
Cette prise en charge ne peut être ni anticipée ni retardée. En effet, les SNP nécessitent une prise en charge rapide à 48h maximum, parfois dans des délais plus courts.

Elle se distingue de l'urgence médicale, « urgence absolue » (urgence vitale), « extrême urgence » (urgence immédiate) ; « urgence relative », « urgence potentielle ».

Les soins non programmés sont des actes cliniques ou des actes techniques (pansements, sutures, petites traumatologies, infectiologie...)

Sont exclus les consultations et actes complexes et très complexes.

les SNP sont gérés essentiellement pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux..



## Qu'est-ce que le Soin Non Programmé

La réponse à la demande de SNP implique des médecins de 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> recours ainsi que l'intervention des autres professions de santé concernées par la demande dans leurs champs de compétences respectifs.

Cela suppose donc, pour les médecins et autres professionnels de santé concernés, d'accepter, dans leur activité du jour, de prendre en charge un/des patient(s) supplémentaire(s), identifié(s) comme justifié.

L'organisation des SNP permet de proposer des soins de proximité et rapides, et évite le recours aux urgences. Elle favorise ainsi l'accès à des soins de qualité, adaptés aux besoins de la population et permettant un parcours plus fluide.

Il est prévu qu'une demande de soins non programmés corresponde à un motif unique de consultation pour un patient afin de limiter le caractère chronophage de la demande, voire de la consultation. L'inclusion de certaines demandes connexes (certificats de décès) peut être retenue afin d'apporter une réponse adaptée à des besoins spécifiques de la population.



**NE PAS CONFONDRE le traitement et l'orientation des demandes de SNP avec :**

### **La régulation médicale :**

C'est un acte médical pratiqué au téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) par un médecin régulateur avec un cadre précis.

[Pour aller plus loin : Guide HAS](#)

### **Le Services d'Accès aux Soins - SAS :**

Répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés de la population partout et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire.

[Pour aller plus loin : ministère de la Santé](#)

Une offre de soins en ville en très forte tension avec une démographie médicale en souffrance/crise.

Une saturation des services d'appel aux urgences



Renforcement de l'intérêt de la régulation

Un niveau d'exigence des usagers en hausse : immédiateté de la réponse, qualité du service, accessibilité, diagnostic rapide, résultats examens, usage des nouvelles technologies...

De nombreux passages aux urgences relèveraient d'une prise en charge en ville avec ou sans nécessité d'un plateau technique.

Des mouvements de restructuration en cours sur les territoires à prendre en compte pour articuler les réponses : généralisation des SAS et déploiement des CPTS dont l'accès aux SNP est une priorité

Une évolution de la télémédecine qui se doit d'être maîtrisée pour garder un lien de proximité, une approche éthique du soin et limiter la dimension commerciale des plateformes

Développement d'une offre spécialisée orientée uniquement sur les SNP pas forcément coordonnées avec les médecins du territoire et/ou les services déjà existants sur les territoires (MMG, services d'urgences...) et avec un fort enjeu politique / attente population



# Un écosystème fragile et sous tension

# 3

## Concilier les besoins de la population et la pénurie de ressources médicales

Il y a **urgence** à mettre en place un dispositif opérationnel pour améliorer et pérenniser les prises en charge des SNP de la population par la médecine libérale pour éviter le renoncement aux soins ou l'accroissement de la pression sur les services des urgences.

Une **tendance actuelle** : l'émergence «spontanée» et sans concertation avec les acteurs locaux d'une offre de réponse aux demandes de SNP : approche mercantile, initiative individuelle, orientations politiques des collectivités territoriales, démarche des groupes privés lucratifs, plateformes de téléconsultation....

Risque de fragilisation des territoires et de déstructuration de la présence médicale voire baisse de qualité de prise en charge globale.



### FRANCE : légère progression de la démographie médicale

- augmentation de +1,4 % du nombre total de médecins actifs entre janvier 2023 et janvier 2024 (+3272 médecins).
- progression des médecins exerçant de manière régulière de +0,8 %. Cependant, recul de -0,5 % par rapport à 2010.

L'aggravation des inégalités territoriales dans les zones sous-dotées

- départements hospitalo-universitaires : augmentation et rajeunissement des effectifs médicaux.
- régions périphériques : diminution des effectifs médicaux et vieillissement des praticiens.

Une légère progression de la démographie médicale : une avancée insuffisante pour résoudre les défis d'accès aux soins d'ici 2030.

### Une prise en charge des SNP aujourd'hui dégradée et sous-tension

Saturation des services d'urgences : au moins 20% des passages aux urgences pourraient être pris en charge par la médecine de ville, entraînant un engorgement des services hospitaliers d'urgence.

Manque de personnel : De nombreux services d'urgences connaissent des « difficultés majeures de fonctionnement, en lien avec le manque d'effectif soignant ».

61% des services d'urgences ont dû fermer au moins une ligne médicale pendant l'été 2024, contre 57% l'année précédente.

Cette situation met en péril la continuité et la permanence des soins, nécessitant une réorganisation du système de santé pour améliorer la prise en charge des SNP.

### OCCITANIE : une situation préoccupante voire alarmante sur certains territoires

Très légèrement augmentation de 0,3 % de l'activité régulière médical en région Occitanie entre 2023 et 2024.

Les Hautes-Pyrénées ont la plus forte densité de médecins généralistes: (194 pour 100 000 habitants), tandis que le Tarn-et-Garonne a la plus faible (123).

L'Occitanie présente donc d'importants contrastes entre ses départements en matière de densité médicale.

# Le cadre réglementaire des Soins Non Programmés

## Structures et organisations territoriales des soins de santé fragmentées

Les Centres de Soins Non Programmés (CNSP) ont des modèles qui varient en fonction des territoires et des acteurs impliqués, c'est dans ce contexte qu'une initiative de labellisation a été proposée par la **Société Française de Médecine d'Urgence**.

Les implantations sont désorganisées : leur répartition sur le territoire est inégale, créant des disparités dans l'accès aux soins et laissant certaines zones sans offre adaptée. Les centres opérés par des **médecins libéraux** peuvent fonctionner sans coordination avec l'ARS.

La régulation préalable par le centre 15 est appliquée de manière variable selon les organisations. Cette inégalité dans la régulation entraîne une proportion croissante d'actes non régulés, souvent accompagnée d'observations de dérives tarifaires.

La mise en place des CNSP médico-infirmiers soulève des interrogations quant au respect des règles d'installation et d'exercice des infirmiers libéraux, en particulier dans les zones considérées comme sur-dotées (article R4312-34 du Code de la Santé Publique).

Il n'existe actuellement aucun cadre opposable pour réguler le fonctionnement des CNSP.



Les centres de SNP n'existent pas réglementairement.

À ce jour, il n'existe pas de législation spécifique pour encadrer les CSNP.



### Conséquences d'un manque d'organisation : dérives réglementaires et impacts sur le système de santé

La Fédération Française des Centres de Soins Non Programmés (FFCSNP) regroupe actuellement environ 60 centres à l'échelle nationale et a élaboré une charte de fonctionnement visant à encadrer l'activités des CSNP (source : [FFCSNP](#)).

L'article 1 de cette charte définit les CSNP comme des « centres médicaux ou médico-infirmiers dédiés à la prise en charge des soins non programmés, sans rendez-vous ».

Ces centres bénéficiant d'une labellisation collaborent avec les Service d'Accès aux Soins (SAS) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) contrairement aux centres « non encadrés ».

Pendant, bien que cette initiative représente un pas vers une organisation commune, cette «labellisation » ne **bénéficie pas d'une reconnaissance institutionnelle formelle**, limitant son poids dans l'encadrement officiel de ces structures. Cette charte n'a pas reconnaissance nationale à ce jour.

# Une forte volonté/nécessité de légiférer et encadrer les Soins Non Programmés

## Des mesures incitatives et organisationnelles pour pallier le manque de structuration

Dans ce contexte, des initiatives incitatives ont été mises en place, notamment en région Île-de-France, où l'ARS apporte un soutien financier et encadre certaines structures. Dans d'autres régions, des mesures organisationnelles ont été déployées, comme en région Centre-Val de Loire, où l'ARS a établi un cadre opérationnel complet pour les CSNP avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) – Voir *infra* pour le détail

## S'inspirer du cahier des charges des centres médicaux

La fédération des centres de SNP pose le principe dans sa charte article 1 :  
« Les CSNP sont des centres médicaux ou médico-infirmiers dédiés à la prise en charge des soins non programmés, sans rendez-vous. »

Si on retient ce principe de construction :

- Il y a une définition légale :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171586/#:~:text=Les%20centres%20de%20sant%C3%A9%20sont,ou%20au%20domicile%20du%20patient](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171586/#:~:text=Les%20centres%20de%20sant%C3%A9%20sont,ou%20au%20domicile%20du%20patient)
- Nécessité d'autorisation de l'ARS
- Il existe un cahier des charges :  
[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_centre\\_sante\\_010319.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_centre_sante_010319.pdf)

Il y pourrait donc y avoir des centres labélisés qui seraient privilégié logiquement par les structures d'exercice coordonné du territoire ou les SAS.

## Nécessité d'une régulation proactive alignée sur les orientations du PLFSS 2025

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2025 proposait la création d'un chapitre spécifique dans le Code de la santé publique afin d'encadrer les CSNP. Cette démarche aurait pour objectif de mieux structurer leur fonctionnement et de garantir leur intégration dans le système de santé.

Ce texte instaure l'obligation pour les professionnels exerçant dans les CSNP de se déclarer auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et un cahier des charges national serait mis en place définissant les règles d'organisation, les critères d'accessibilité et les délais de prise en charge à respecter par les CSNP.

Cette mesure permettrait d'assurer une meilleure traçabilité et régulation des activités au sein de ces centres car la participation des CSNP au Service d'Accès aux Soins (SAS) et à la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) deviendraient obligatoire.

## La dynamique CPTS : un levier pour construire une réponse coordonnée

Les missions portées par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont définies dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI).

Les communautés professionnelles ont vocation à favoriser l'accès aux soins au travers, notamment, de deux actions :

- Faciliter l'accès à un médecin traitant,
- Améliorer la prise en charge des soins non programmés.



**Les acteurs de santé prennent l'initiative de s'organiser afin d'améliorer la prise en charge des soins non programmés**

Les CPTS sont pilotées par les professionnels de santé. Le niveau de coordination à l'échelle des territoires permet ainsi aux acteurs de santé d'un territoire de prendre l'initiative de s'organiser eux-mêmes afin :

- D'améliorer la prise en charge de leurs patients
- D'apporter un soutien aux professionnels dans leur exercice,
- De faciliter les parcours de soins entre ville et hôpital,
- De mobiliser les acteurs du maintien à domicile,
- De communiquer auprès de la population et des acteurs de santé.

Les demandes de SNP ont lieu le plus souvent pendant les heures d'ouverture des cabinets, elles relèvent de l'activité habituelle des professionnels de santé mais ces derniers peuvent ne pas être disponibles.

Cette mission implique les médecins de premier recours et de second recours, ainsi que les autres professions de santé concernées dans leurs champs de compétences respectifs.

L'organisation pluriprofessionnelle de la CPTS doit permettre la prise en charge le jour même ou dans les 48 heures de la demande de soins non programmés d'un patient du territoire.

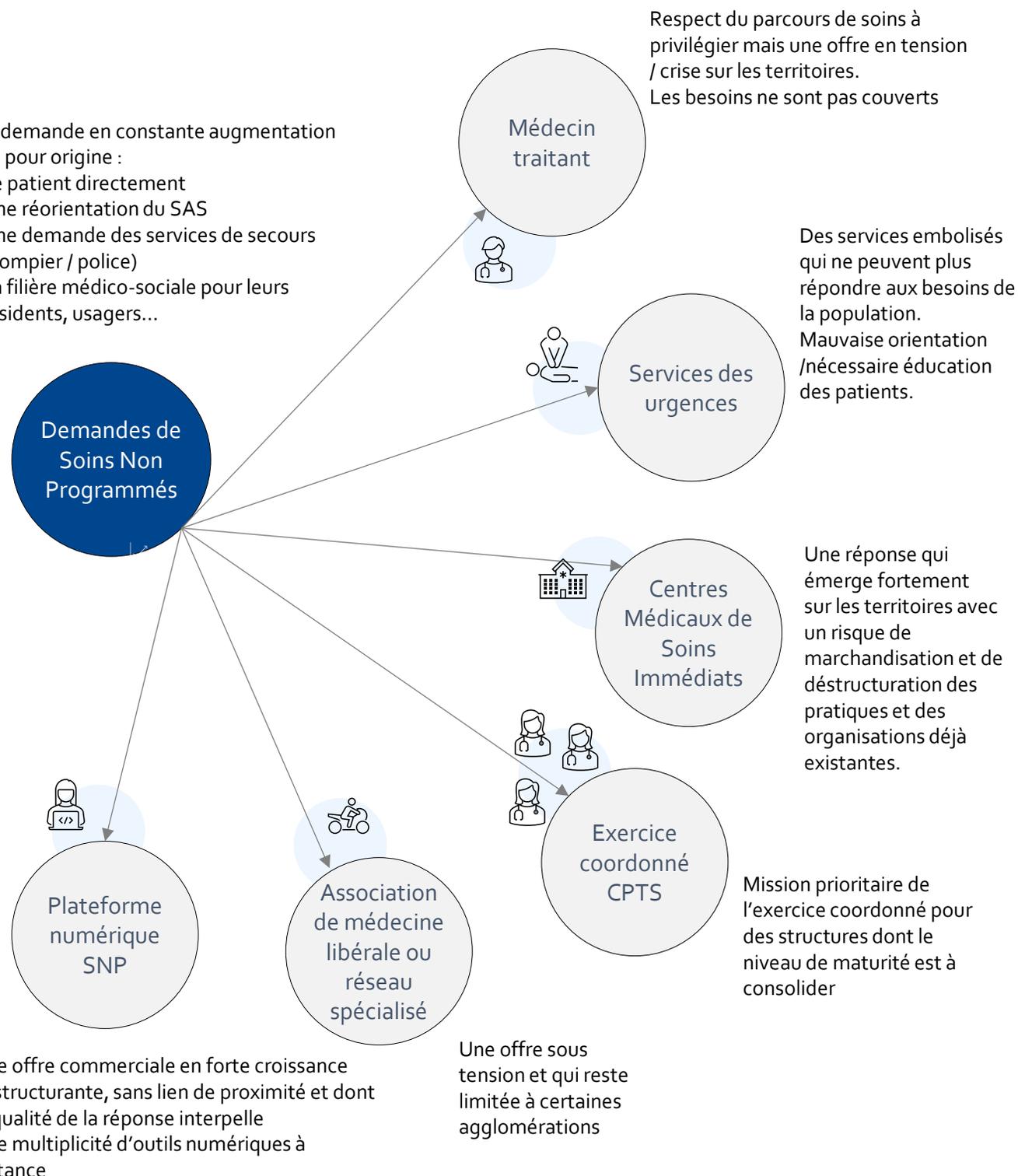


# Panorama de l'offre de prise en charge des Soins Non Programmés

Un existant désordonné ou illisible... qui conforte l'importance de la régulation

Une demande en constante augmentation avec pour origine :

- Le patient directement
- Une réorientation du SAS
- Une demande des services de secours (pomier / police)
- La filière médico-sociale pour leurs résidents, usagers...





# Etat des lieux & évaluation des besoins

Sur la thématique des Soins Non-Programmés, la fiabilité des données statistiques est parfois remise en question (fragilité de la consolidation, qualité de la sources...).

L'esprit de la démarche ici engagée est donc d'identifier les TENDANCES et les ORIENTATIONS communes. Le but est d'objectiver à travers plusieurs sources la qualité de réponse aux demandes de SNP actuelle et future au-delà des ressentis individuels et des prises de positions médiatiques ou des jeux de posture.

## Sommaire

### *De l'échelle nationale à l'échelle locale*

1. Une étude nationale de la DREES - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques - mai 2024, « Les médecins généralistes exerçant seuls et ceux en maison de santé pluriprofessionnelle se distinguent par une plus grande disponibilité pour les patients »
2. Une étude nationale de la DREES - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques - juillet 2024, « Urgences hospitalières en 2023 : quelles organisations pour la prise en charge des patients ? »
3. Une étude nationale de la DREES - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques - décembre 2024, « Passages aux urgences entre 2017 et 2023 : des dynamiques contrastées selon les départements »
4. Les travaux préparatoires engagés par l'URPS médecin pour la mise en place du Zonage
5. Les études réalisées par l'ORU Occitanie – Observatoire Régional des Urgences – 2023
6. Une étude observationnelle menée par l'URPS Médecins Libéraux
7. Une enquête réalisée auprès des CPTS d'Occitanie ayant signé un contrat ACI ou en cours de validation de leur projet de santé
8. L'activité des SAS
9. Benchmark
10. SYNTHÈSE DES TRAVAUX



# Etude de la DREES – Médecins Généraliste

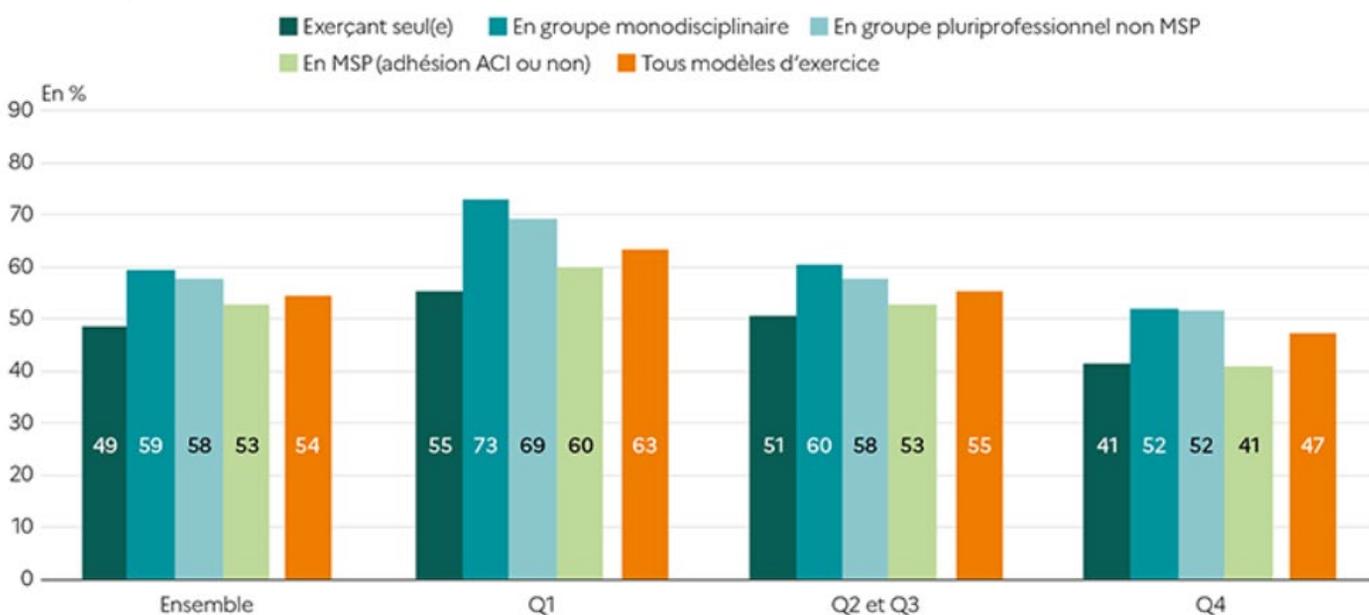
DREES – Etudes et résultats – mai 2024

Les médecins généralistes exerçant seuls et ceux en maison de santé pluriprofessionnelle se distinguent par une plus grande disponibilité pour les patients

Sources : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-05/ER1301.pdf>

Face au contexte de baisse de la démographie médicale, cette étude permet d'analyser si les différents modèles de regroupement des médecins généralistes sont associés à des pratiques spécifiques dans la réponse à la demande des patients (refus d'inscrire de nouveaux patients en tant que médecin traitant, refus de consulter des patients occasionnels, augmentation des délais de rendez-vous, prise en charge systématique des demandes de soins non programmés).

## Part des médecins généralistes déclarant être amenés à refuser des nouveaux patients en tant que médecin traitant



MSP : maison de santé pluriprofessionnelle ; ACI : accord conventionnel interprofessionnel.

Q1 à 4 : distribution d'accessibilité potentielle localisée. Le premier quart (Q1) correspond aux 25 % de population avec le plus faible accès aux médecins généralistes et le 4<sup>e</sup> (Q4) aux 25 % les mieux dotés en médecins généralistes.

**Lecture** > 49 % des médecins exerçant seuls déclarent refuser d'inscrire de nouveaux patients en tant que médecin traitant, c'est 55 % des médecins exerçant seuls dans les territoires du 1<sup>er</sup> quart d'accessibilité potentielle localisée (APL) avec le plus faible accès aux médecins généralistes.

**Champ** > Médecins généralistes libéraux installés au 1<sup>er</sup> janvier 2018 sans modèle d'exercice particulier exclusif, France métropolitaine.

**Source** > DREES, Observatoires régionaux de la santé (ORS) et Unions régionales des professions de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, octobre 2018 et avril 2019.



Pratiques face à la baisse de la démographie médicale :

59% médecins exerçant en groupe monodisciplinaire refusent de nouveaux patients,  
58% médecins de ceux en groupe pluriprofessionnel non MSP,  
53% des médecins en MSP,  
contre 49% des médecins exerçant seuls.

Les refus sont plus fréquents dans les zones avec un faible accès aux médecins généralistes

# Les données clefs de l'étude de la DREES

## **Modèle d'exercice :**

La majorité des médecins exercent en cabinet individuel (38%) ou en groupe monodisciplinaire (32%), tandis que l'exercice en groupes pluriprofessionnels, qu'ils soient en MSP ou non, reste minoritaire, représentant respectivement 18% et 12% des praticiens.

## **Profil socio-démographique des médecins :**

L'âge moyen des médecins varie selon leur modèle d'exercice : les médecins exerçant seuls sont plus âgés (58 ans) comparés à ceux en MSP (49 ans).

Plus de femmes exercent en MSP (46%) et en groupe pluriprofessionnel non MSP (47%) que seules (28%).

La présence d'enfants en bas âge est plus courante dans les groupes (monodisciplinaire et pluriprofessionnel) et MSP, ce qui peut influencer la disponibilité pour les patients.

## **Pratiques face à la baisse de la démographie médicale :**

Augmentation des délais de rendez-vous plus fréquent chez les médecins en groupe pluriprofessionnel non MSP (63%) que chez ceux exerçant seuls (45%).

Les médecins en MSP, bien qu'ils soient moins organisés individuellement pour les SNP, sont plus souvent organisés collectivement pour les prendre en charge.

## **Prise en charge des soins non programmés (SNP) :**

Les médecins exerçant seuls sont les plus organisés pour prendre systématiquement en charge les SNP de façon individuelle (44 %).

Les médecins en MSP et en groupes pluriprofessionnels se reposent davantage sur une organisation collective pour gérer les patients (61 %).



Cette étude présente les résultats d'une enquête sur les services d'urgences hospitalières en France en 2023, comparant certains aspects avec une enquête similaire menée en 2013.

**Tableau 1** Les points d'accueil des urgences en 2013 et 2023

Type de point d'accueil	2013		2023	
	En effectifs	En %	En effectifs	En %
<b>Type de point d'accueil</b>				
Urgences générales	535	73,0	491	68,7
Urgences pédiatriques	105	14,3	119	16,6
Urgences adultes	93	12,7	105	14,7
<b>Catégorie d'établissement</b>				
Centre hospitalier régional universitaire (CHRU)	99	13,5	102	14,3
Centre hospitalier (CH)	457	62,3	447	62,5
Autres établissements publics	14	1,9	9	1,3
Établissement privé à but non lucratif	45	6,1	37	5,2
Établissement privé à but lucratif	118	16,1	120	16,8
<b>Nombre de passages en 24 h le jour de l'enquête</b>				
40 passages ou moins	187	25,5	147	20,6
Entre 41 et 80 passages	311	42,4	260	36,4
Entre 81 et 120 passages	141	19,1	169	23,6
Plus de 120 passages	94	12,8	139	19,4
<b>Ensemble des points d'accueil qui ont répondu à l'enquête</b>	<b>733</b>	<b>100,0</b>	<b>715</b>	<b>100,0</b>
Ensemble des points d'accueil en France (y compris Mayotte)	736		719	
Nombre d'établissements avec une structure des urgences en France (y compris Mayotte)	641		612	
<b>Nombre total de passages dans les points d'accueil ayant répondu</b>	<b>51 765</b>		<b>58 379</b>	

**Lecture** > En 2023, 20,6 % des points d'accueil des urgences ont reçu 40 passages ou moins durant les 24 heures de l'enquête. Ils étaient 25,5 % en 2013.

**Champ** > Points d'accueil des structures des urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques répondants à l'enquête. France, hors Mayotte (sauf mention contraire).

**Source** > DREES, enquêtes Urgences 2013 et 2023.

> Études et Résultats n° 1305 © DREES

## Entre 2013 et 2023

### Nombre et répartition des points d'accueil des urgences :

Diminution du nombre total de points d'accueil en France (hors Mayotte) : 733 à 715

Près de 80 % de ces points d'accueil se situent dans des établissements publics, dont 14 % dans CHU (13,5% à 14,3%)

Diminution des points d'accueil urgences générales : 68,7% à 73%

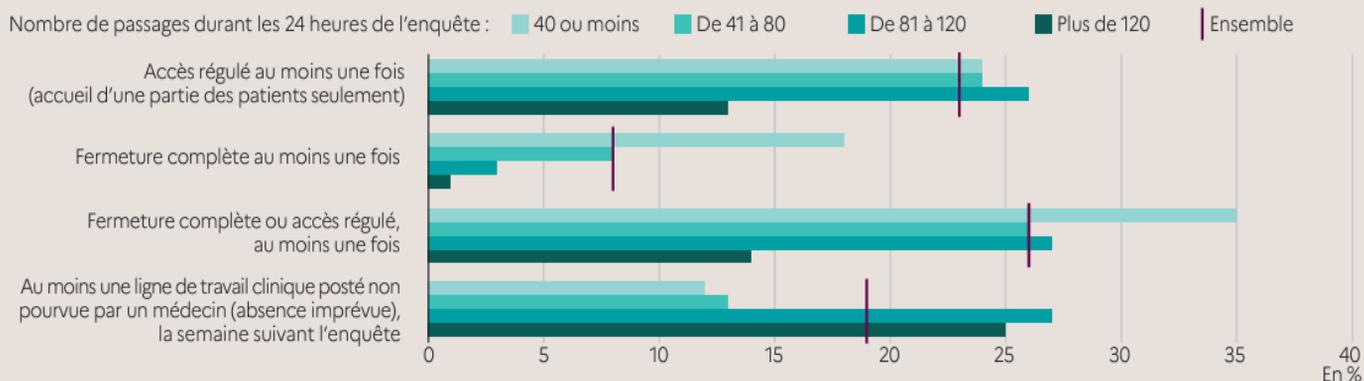
Hausse des points d'accueil des urgences pédiatriques : 14,3% à 16,6%

Hausse des points d'accueil adultes : 12,7% à 14,7%

### Fréquentation des urgences :

Hausse du nombre de passages dans les points d'accueil ayant répondu : 51 765 à 58 379

**Graphique 1** Régulations, fermetures et plannings incomplets entre mi-mars et mi-juin 2023



**Lecture** > 18 % des points d'accueil ayant reçu 40 patients ou moins le jour de l'enquête ont fermé au moins sur un créneau horaire entre le 13 mars et le 13 juin 2023.

**Champ** > Points d'accueil des structures des urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques répondants à l'enquête. France, hors Mayotte.

**Source** > DREES, enquête Urgences 2023.

> Études et Résultats n° 1305 © DREES

DREES – Etudes et résultats – Juillet 2024

Urgences hospitalières en 2023 : quelles organisations pour la prise en charge des patients ?

Sources : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/ER1305\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/ER1305_0.pdf)

Entre mi-mars et mi-juin 2023, 8% des points d'accueil ont dû fermer au moins une fois

23% ont mis en place un accès régulé au service, au moins sur certains créneaux horaires

19% indiquent un manque de médecin pour remplir les plannings au cours d'une semaine donnée

### Organisation de l'accueil et de l'orientation :

La mise en place d'un poste d'accueil et d'orientation s'est généralisée, passant de 74 % des points d'accueil en 2013 à 95 % en 2023.

56 % des points d'accueil disposent de personnel dédié à la recherche de lits pour les patients nécessitant une hospitalisation, contre 22 % en 2013.

### Prise en charge spécifique :

Pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC), 26 % des points d'accueil des urgences générales et adultes disposent d'une unité neuro-vasculaire (UNV) au sein de l'établissement.

66% des points d'accueil sont organisés pour accueillir des patients traumatisés sévères.

### Équipements en imagerie :

La quasi-totalité des points d'accueil des urgences sont équipés d'un scanner, et 80 % disposent d'une IRM, reflétant une amélioration de l'équipement en imagerie.

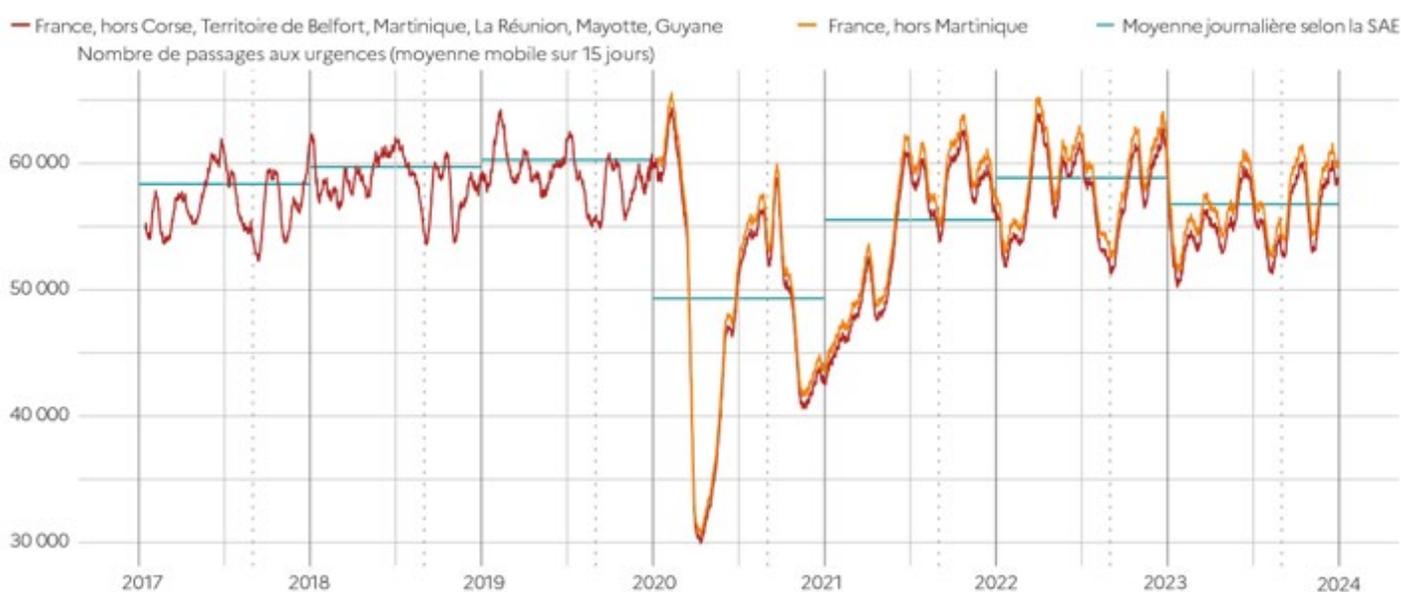
DREES – Etudes et résultats – décembre 2024

Passages aux urgences entre 2017 et 2023 : des dynamiques contrastées selon les départements

Sources : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/241212\\_ER\\_passages-aux-urgences](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/241212_ER_passages-aux-urgences)

La DREES a étudié l'évolution des passages aux urgences en France entre 2017 et 2023, mettant en évidence des variations importantes selon les départements. Pour la première fois, les données journalières des urgences ont été ajustées grâce à une méthode combinant plusieurs sources, afin de corriger les lacunes des premières années.

## Nombre de passages aux urgences par jour de 2017 à 2023



**Note** > Les barres verticales pleines correspondent au 1<sup>er</sup> janvier et celles en pointillés au 1<sup>er</sup> septembre de chaque année.

**Lecture** > Au 31 décembre 2023, le nombre de passages journaliers, en moyenne sur les quinze derniers jours, était de 59 900 (France à l'exclusion de la Martinique).

En 2023 la moyenne journalière du nombre de passages était de 56 900 (barre horizontale bleue).

**Champ** > De 2020 à 2023, France, à l'exclusion de la Martinique. De 2017 à 2023, France, à l'exclusion de la Martinique, de la Corse, du Territoire de Belfort, de La Réunion, de Mayotte et de la Guyane.

**Sources** > RPU, SAE, calculs DREES.

> Études et Résultats n° 1320 © DREES

## Évolution du nombre de passages aux urgences par jour en France entre 2017 et 2023, en utilisant une moyenne sur 15 jours.

En 2023, 56 900 passages journaliers aux urgences

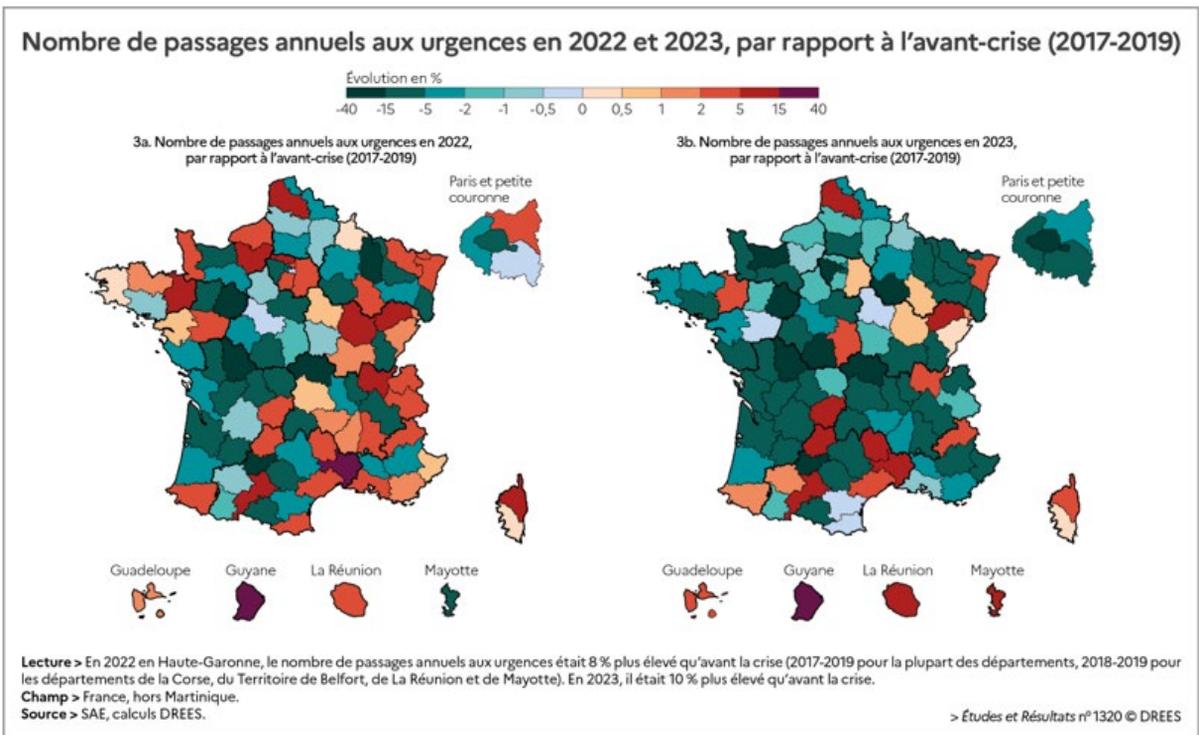
### Variabilité des passages aux urgences :

Fortes variations journalières et saisonnières dans les départements, avec un écart moyen de 34 % entre jours de haute et basse activité.

Lundi est systématiquement le jour le plus chargé dans 92 départements (+11 % par rapport aux autres jours).

### Fermetures et régulations en 2023 :

Entre mars et juin 2023, 8 % des points d'accueil des urgences ont fermé temporairement et 23 % ont instauré un accès régulé.



**Tendance à la baisse globale (malgré quelques départements en hausse) : la majorité des départements observe une baisse ou un retour au niveau pré-pandémique.**

**Données départementales contrastées :**

Écarts importants entre les départements en termes de variation des passages.  
 En 2023, un quart des départements ont enregistré des passages supérieurs à leur niveau d'avant la crise sanitaire.

# Travaux préparatoires du Zonage 2024

Sources : rapport diagnostic, évaluation et enjeux de l'accès aux soins en Occitanie Travaux préparatoires pour le nouveau zonage conventionnel des médecins généralistes - Février 2024 – Réalisation Joy Raynaud – 833 médecins répondant

Dans le cadre des soins non programmés, les médecins sont-ils en mesure de prendre en charge un patient en moins de 48h ?

92 %

Des médecins estiment qu'ils sont en mesure de prendre en charge un patient en moins de 48h mais des délais médians de prise de rdv de plus de 5 jours.

Tableau 3 : Résultats concernant la disponibilité et les délais de consultations auprès des médecins généralistes

VARIABLES CARACTÉRISANT LES RÉPONDANTS	RÉPONDANTS NE POUVANT PAS PRENDRE EN CHARGE UN NOUVEAU PATIENT EN TANT QUE MÉDECIN TRAITANT	DÉLAI MÉDIAN (EN JOURS)	DÉLAI MOYEN (EN JOURS)	RÉPONDANTS NE POUVANT PAS PRENDRE EN CHARGE UN PATIENT EN MOINS DE 48H
Moins de 40 ans	60%	7	10.7	4%
Entre 40 et 60 ans	55%	5	9.6	8%
Plus de 60 ans	62%	3	6.2	12%
Exerce seul(e)	66%	4	7.5	8%
Exercice coordonné	55%	6	10.3	8%
Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP)	70%	7	10.7	6%
Zone d'Action Complémentaire (ZAC)	59%	7	11.1	9%
Hors zonage (HZ)	59%	3	7.1	7%
Urbain dense	54%	4	6.3	8%
Urbain densité intermédiaire	68%	5	9.0	7%
Rural sous forte influence d'un pôle	53%	4	7.9	7%
Rural sous faible influence d'un pôle	59%	5	8.9	11%
Rural autonome peu/très peu dense	56%	7	12.1	9%
<b>Total</b>	<b>60%</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>8%</b>

• Données : Résultats enquête URPS ML Occitanie.

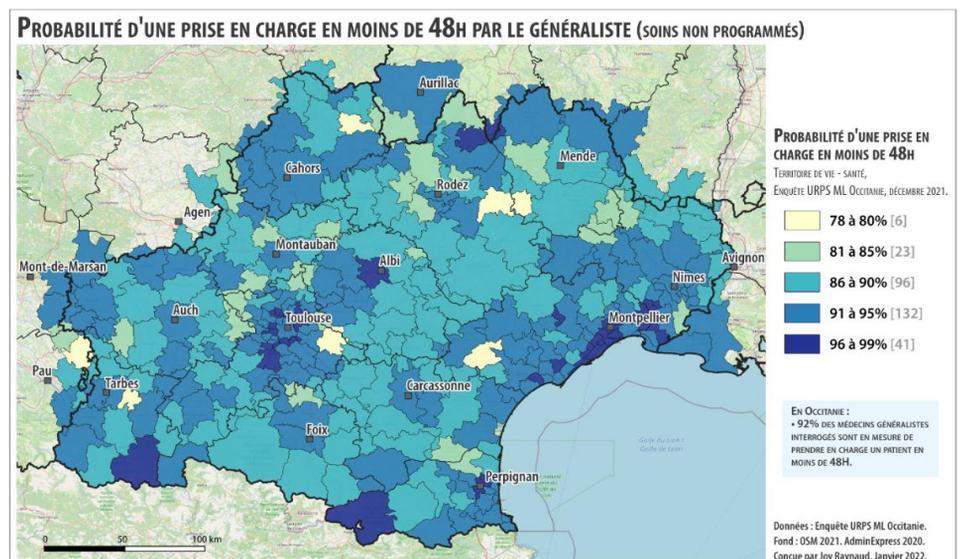
« Plus de 9 répondants sur 10 sont en mesure de prendre en charge des patients dans le cadre de la permanence des soins, soit 58% des territoires de vie – santé. »

« Ce résultat est rassurant à l'instant : au-delà des fortes tensions observées entre offre et demande de soins, les médecins parviennent à faire face à l'urgence. »

« Les médecins les plus âgés sont moins nombreux à pouvoir répondre favorablement à la demande de soins non programmés : 88% pour les 60 ans et plus contre 96% pour les moins de 40 ans. De faibles différences sont observées selon la typologie du zonage et la typologie des territoires. »

Délais pour obtenir une consultation dans le cadre du suivi des patients

Les valeurs sont calculées à partir d'une régression logistique entre les données des répondants, l'APL, la part des médecins âgés de plus de 60 ans et l'exercice dans un espace urbain de densité intermédiaire



# Attention aux perspectives !

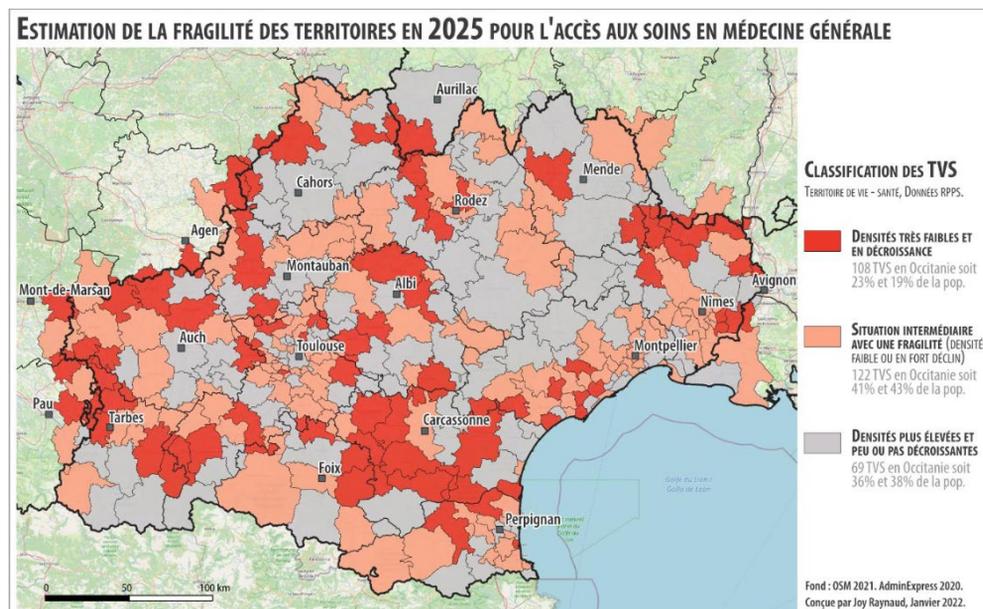
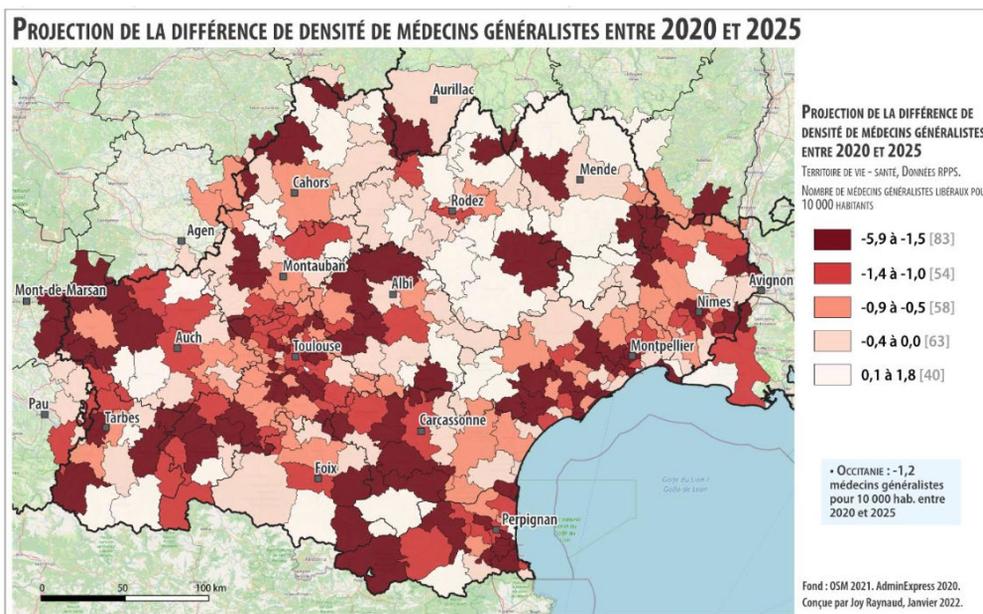
**88%** DES RÉPONDANTS NE TROUVENT PAS FACILEMENT UN REMPLAÇANT

**58%** DES RÉPONDANTS OBSERVENT UN MANQUE IMPORTANT DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES DURANT LES PÉRIODES D'AFFLUENCES TOURISTIQUES

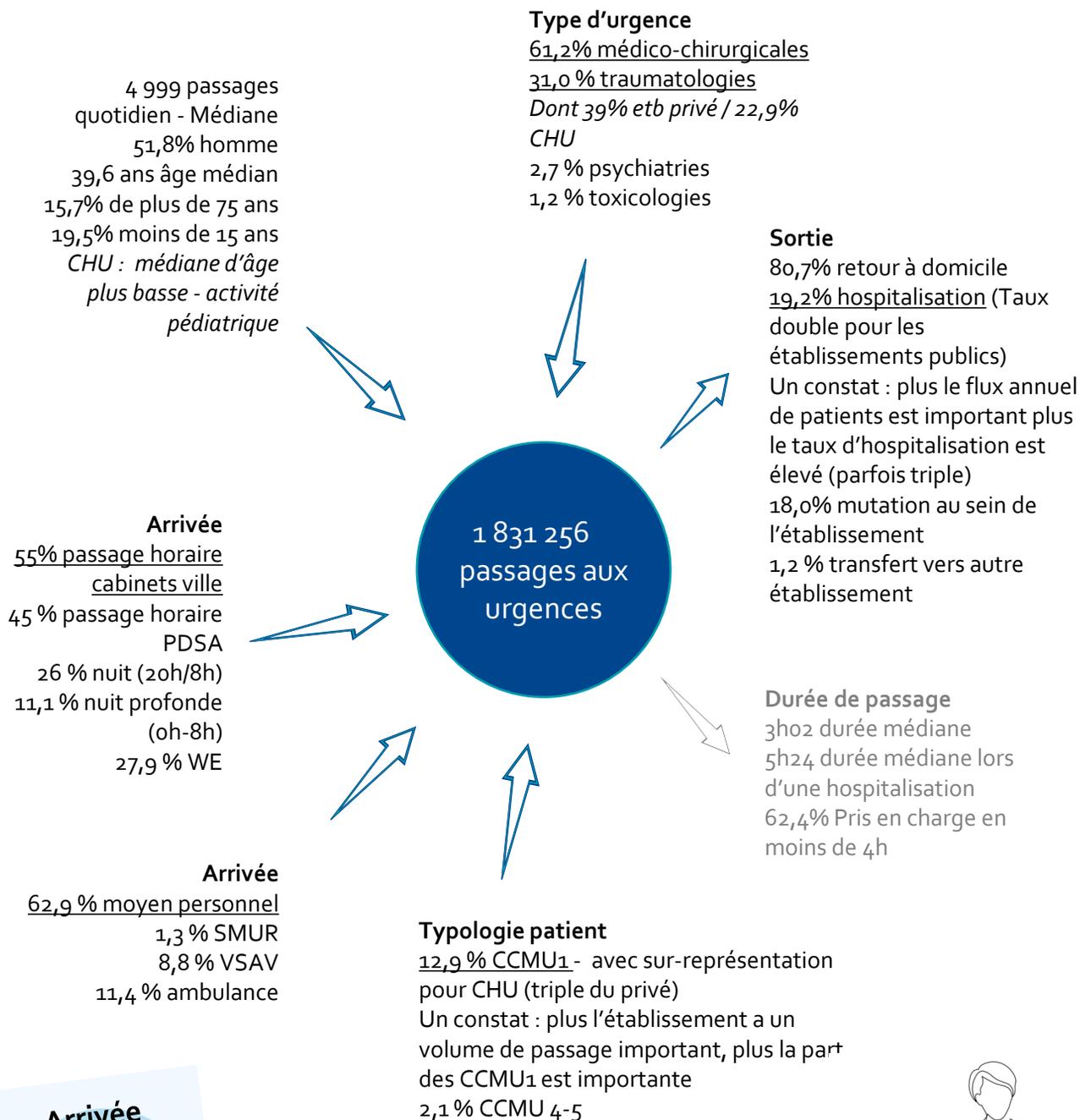
**86%** DES RÉPONDANTS JUGENT QUE L'ACCÈS AUX SOINS SUR LEUR SECTEUR D'EXERCICE EST DIFFICILE

**24%** DES RÉPONDANTS ENVISAGENT D'ARRÊTER LEUR ACTIVITÉ DANS LES 3 PROCHAINES ANNÉES

Régression attendue de la prise en charge d'un nouveau patient en tant que médecin traitant et de la réponse aux demandes de soins non programmés



## Chiffres pour l'année 2023



### Arrivée

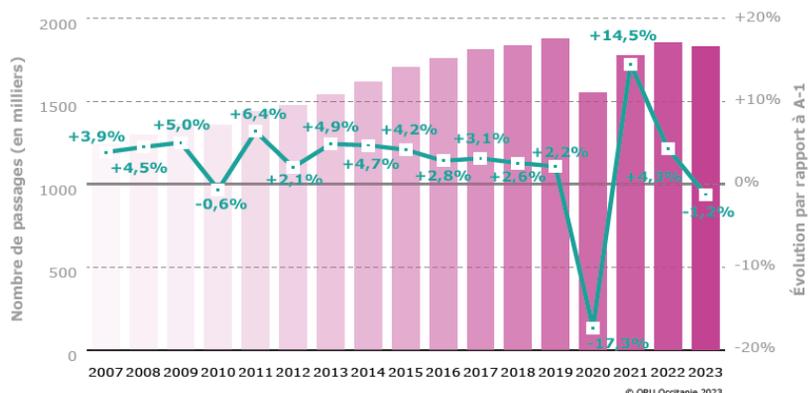
45%  
Horaire de PDSA  
26%  
Nuit [20h - 08h]  
27,9%  
Samedi-Dimanche

55% des passages aux urgences sur les horaires d'ouverture des cabinets médicaux

Estimation : 7043 passages/jour\* dont 5684 retours au domicile en 2022 : 6800 passages/jour\* dont 5468 retours au domicile

\* Base 260 jours ouvertures/an

## Évolution annuelle des passages aux urgences depuis 2007



### Commentaire :

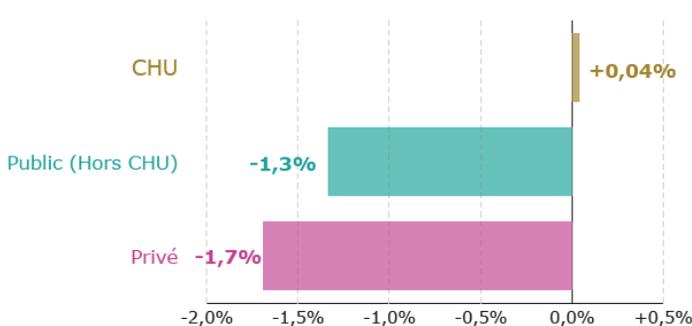
Hausse continue des passages aux urgences de 2007 à 2020, suivie d'une forte baisse en 2020 liée à la pandémie de COVID-19.

En 2021, une stabilisation et légère baisse en 2022-2023.

### Commentaire :

Très légère augmentation dans les CHU  
Les établissements publics hors CHU et les établissements privés enregistrent une diminution.  
Réduction de la pression sur les SU.

## Evolution des passages aux urgences selon le type d'établissement



## Tableau d'analyse départementale des passages aux urgences

Urgences 2023	Occitanie	09	11	12	30	31	32	34	46	48	65	66	81	82
Nb SU autorisés (dont privés)	68 (27)	2 (0)	5 (2)	5 (0)	6 (2)	10 (6)	2 (0)	15 (10)	4 (0)	1 (0)	4 (0)	6 (4)	5 (2)	3 (1)
<b>Nombre de passages</b>	<b>1 831 256</b>	<b>48 666</b>	<b>139 410</b>	<b>77 247</b>	<b>219 310</b>	<b>356 809</b>	<b>31 382</b>	<b>434 437</b>	<b>62 915</b>	<b>21 217</b>	<b>91 181</b>	<b>172 509</b>	<b>123 393</b>	<b>52 780</b>
Évolution 2022/2023	-1,2%	+2,3%	+1,1%	-5,4%	-4,1%	+0,6%	+3,3%	-0,2%	+1,6%	+2,5%	+0,0%	-2,9%	+0,0%	-15,2%
Médiane de passages par jour	4 999	133	377	209	599	968	80	1 179	170	57	249	467	337	144
Taux de passages (en %)	30,0	31,3	36,9	27,6	28,7	24,3	16,2	35,3	35,8	27,7	39,3	34,9	31,1	19,8
Nombre de RPU transmis	1 826 476	48 666	138 133	77 247	219 310	354 931	31 382	433 203	62 915	21 217	91 181	172 118	123 393	52 780
Exhaustivité du recueil	99,7%	100,0%	99,1%	100,0%	100,0%	99,5%	100,0%	99,7%	100,0%	100,0%	100,0%	99,8%	100,0%	100,0%
<b>Selon le type de patients</b>														
Âge médian (ans)	39,6	45,9	41,5	46,8	38,0	35,0	52,4	37,7	47,2	43,7	42,2	39,9	43,9	47,2
Patients hors région (en %)	6,0	5,1	5,2	4,9	9,1	2,3	7,9	6,6	11,8	8,3	9,3	8,5	2,5	2,7
<b>Moins de 15 ans</b>														
Part (en %)	19,5	16,0	19,5	16,4	19,3	20,1	13,8	21,6	15,0	17,6	18,9	22,1	17,4	14,4
Évolution	-8,1%	-1,7%	-2,3%	-11,1%	-14,5%	-4,8%	-6,3%	-8,5%	-5,4%	+0,4%	-5,1%	-9,1%	-5,6%	-27,3%
<b>75 ans et plus</b>														
Part (en %)	15,7	19,6	16,5	20,5	14,7	13,2	24,4	14,0	20,1	17,5	18,1	14,3	18,7	21,4
Évolution	+2,5%	+4,9%	+5,8%	-3,7%	+0,0%	+4,4%	+3,2%	+6,9%	+4,4%	+6,1%	+1,2%	+0,2%	-2,1%	-2,1%
<b>Selon l'arrivée (en %)</b>														
Horaires PDSA	45,0	45,7	42,2	44,1	43,6	48,1	47,5	45,0	43,2	44,0	46,1	43,8	42,5	46,0
Nuit [20h-08h]	26,0	26,3	24,5	24,5	25,7	28,9	28,1	25,6	23,5	24,6	25,8	25,4	23,3	26,9
Nuit profonde [00h-08h]	11,1	11,2	10,8	10,7	11,8	11,6	11,7	10,7	9,8	10,1	10,8	11,0	10,5	12,1
CCMU Exploitable	94,3	99,6	91,2	71,5	89,8	97,6	100,0	97,3	89,0	100,0	98,5	92,2	98,1	98,5
CCMU 1	12,9	10,2	10,4	14,1	15,4	13,7	7,2	11,4	11,0	22,0	11,1	18,9	16,8	9,1
CCMU 2	58,2	54,1	61,7	52,8	62,4	53,0	59,2	58,5	67,1	53,9	67,0	58,0	54,2	60,7
CCMU 3	26,1	32,0	24,7	29,0	17,8	31,7	30,9	27,9	19,3	19,0	20,6	20,4	30,6	26,3
CCMU 4-5	2,1	2,0	2,4	3,9	2,7	1,3	2,7	2,2	2,0	1,6	1,3	2,3	2,1	2,0
Transport exploitable	84,4	100,0	65,5	92,1	84,4	99,0	100,0	84,6	94,9	0,0*	97,4	41,9	99,7	99,7
Smur	1,3	1,4	1,1	1,5	1,9	1,8	1,6	1,0	0,8	-	1,1	-	0,7	0,7
VSAV	8,8	11,3	8,8	4,2	14,2	6,6	14,9	7,0	9,0	-	7,9	-	11,1	20,7
Ambulance	11,4	18,1	11,8	14,1	9,2	13,2	16,0	9,2	9,9	-	14,0	-	9,0	17,5
<b>Selon le type d'urgences (en %)</b>														
Diagnostic principal exploitable	93,1	100,0	77,6	74,5	89,1	98,0	100,0	97,6	86,6	99,0	99,4	89,1	98,0	97,7
Médo-chirurgical	61,2	56,0	62,0	58,0	66,4	62,1	59,2	61,9	58,4	54,5	58,2	60,1	58,6	60,4
Traumatologie	31,0	33,5	29,1	35,9	27,0	31,7	33,5	29,6	34,9	33,8	34,6	30,6	33,2	30,9
Psychiatrie	2,7	2,9	2,3	1,9	2,6	2,5	2,3	3,1	2,5	3,9	2,8	2,0	3,1	3,1
<b>Selon le mode de sortie (en %)</b>														
Mode de sortie exploitable	93,4	99,9	86,2	86,2	86,4	99,8	100,0	95,6	99,9	71,4	98,8	81,3	99,0	99,9
Hospitalisation	19,2	27,5	23,2	26,4	18,2	17,1	31,8	15,6	21,5	19,4	21,0	15,7	23,0	28,3
dont transfert vers un autre ES	1,2	1,9	0,8	1,4	0,4	0,6	2,3	1,3	0,6	0,0	3,9	1,3	1,9	2,0
<b>Durée de passage</b>														
Durée exploitable (en %)	95,6	99,9	99,8	97,7	86,5	96,2	100,0	97,6	100,0	0,0*	98,9	98,5	99,6	99,8
Durée médiane	3h02	2h48	2h44	2h57	3h25	3h06	3h36	2h56	2h10	-	2h54	2h56	3h22	4h00
Durée méd. lors d'un RAD	2h41	2h45	2h21	2h40	3h09	2h38	2h44	2h41	1h56	-	2h25	2h35	2h51	3h32
Durée méd. lors d'une hospit.	5h24	3h05	5h02	4h20	5h27	6h30	6h13	4h59	3h26	-	5h48	7h00	5h34	5h29
Prise en charge <4h (en %)	62,4	67,8	67,5	63,3	56,7	60,6	55,0	64,6	76,9	-	64,6	62,1	58,5	49,9

Données détaillées sur les passages aux urgences en Occitanie pour l'année 2023, réparties par département.

Proportion importante de personnes âgées (75 ans et plus) parmi les patients, avec une prédominance des passages en journée et une durée médiane de prise en charge de 3 heures.

\* : les données dont les taux d'exploitabilité sont inférieurs à 50% ne sont pas présentées  
Données non présentées car non pertinentes



© ORU Occitanie 2021  
© ARS Occitanie  
© IGN

## Offre de soins

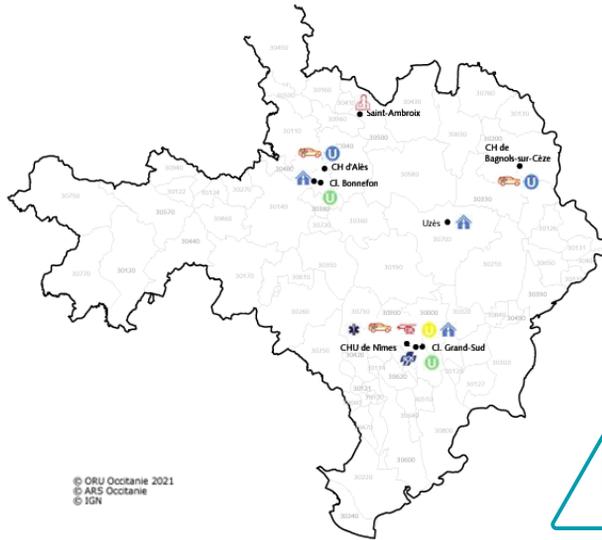
- SAMU
- SMUR
- Services d'urgences publics hors CHU
- Services d'urgences privés
- Localisation du site



Attention de ne pas déstabiliser les services d'urgence de proximité en ouvrant des centres de prise en charge SNP / immédiats

Urgences 2023	82	CH de Montauban	CI. du Pont de Chaume	CHI de Castelsarrasin-Moissac
<b>Nombre de passages</b>	<b>52 780</b>	<b>32 272</b>	<b>12 610</b>	<b>7 898</b>
Évolution 2022/2023	-15,2%	-13,0%	-21,1%	-13,5%
Médiane de passages par jour	144	89	35	22
Nombre de RPU transmis	52 780	32 272	12 610	7 898
Exhaustivité du recueil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<b>Selon le type de patients</b>				
Âge médian (ans)	47,2	41,3	57,0	50,0
Patients hors région (en %)	2,7	2,7	2,1	3,6
<b>Moins de 15 ans</b>				
Part (en %)	14,4	18,3	4,7	14,3
Évolution	-27,3%	-23,6%	-54,1%	-23,5%
<b>75 ans et plus</b>				
Part (en %)	21,4	19,5	23,4	25,7
Évolution	-2,1%	-1,6%	-5,5%	+1,8%
<b>Selon l'arrivée (en %)</b>				
Horaires PDSA	46,0	55,1	34,4	27,4
Nuit [20h-08h]	26,9	37,1	16,1	2,2
Nuit profonde [00h-08h]	12,1	16,9	6,9	0,5
CCMU Exploitable	98,5	99,3	95,6	99,8
CCMU 1	9,1	10,7	4,5	10,1
CCMU 2	60,7	61,0	54,2	69,3
CCMU 3	26,3	23,2	38,5	19,6
CCMU 4-5	2,0	2,1	2,7	0,9
Transport exploitable	99,7	99,7	99,8	99,4
Smur	0,7	0,7	0,8	0,4
VSAV	20,7	26,3	9,1	16,2
Ambulance	17,5	18,2	16,6	16,3
<b>Selon le type d'urgences (en %)</b>				
Diagnostic principal exploitable	97,7	98,1	95,9	98,7
Médico-chirurgical	60,4	59,3	72,6	45,5
Traumatologie	30,9	28,8	24,0	49,7
Psychiatrie	3,1	4,8	0,5	0,8
<b>Selon le mode de sortie (en %)</b>				
Mode de sortie exploitable	99,9	99,9	99,7	99,9
Hospitalisation	28,3	29,7	28,0	22,7
dont transfert vers un autre ES	2,0	1,7	0,9	4,7
<b>Durée de passage</b>				
Durée exploitable (en %)	99,8	100,0	99,4	99,9
Durée médiane	4h00	4h09	4h10	3h02
Durée méd. lors d'un RAD	3h32	3h37	3h54	2h37
Durée méd. lors d'une hospit.	5h29	5h47	5h12	4h47
Prise en charge <4h (en %)	49,9	47,7	46,8	64,0

Exemple Castelsarrasin-Moissac  
22 passages par jour à Castelsarrasin-Moissac dont 27,4% des passages sont sur les horaires d'ouverture des cabinets de ville  
Si activité hors horaires PDSA (260 jours en moyenne) = 16 passages/jour  
22,7% donnant lieu à hospitalisation soit 3,1 hospitalisations/jour



© GRU Occitanie 2021  
© ARS Occitanie  
© IGN



### Offre de soins

- SAMU
- SMUR
- Héli-SMUR
- Services d'urgences publics CHU
- Services d'urgences publics hors CHU
- Services d'urgences privés
- Médecins correspondants du SAMU
- Maisons médicales de garde
- SOS Médecins
- Localisation du site

Attention de ne pas déstabiliser les services d'urgence de proximité en ouvrant des centres de prise en charge SNP / immédiats

Urgences 2023	30	CHU de Nîmes	CH d'Alès	CH de Bagnols-sur-Cèze	Cl. Grand Sud	Cl. Bonnefon
<b>Nombre de passages</b>	<b>219 310</b>	<b>116 512</b>	<b>47 957</b>	<b>26 697</b>	<b>20 518</b>	<b>7 626</b>
Évolution 2022/2023	-4,1%	-2,3%	+1,6%	-13,7%	-4,4%	-21,5%
Médiane de passages par jour	599	320	130	74	57	22
Nombre de RPU transmis	219 310	116 512	47 957	26 697	20 518	7 626
Exhaustivité du recueil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<b>Selon le type de patients</b>						
Âge médian (ans)	38,0	35,5	41,5	42,5	37,0	49,0
Patients hors région (en %)	9,1	8,1	7,1	20,1	6,0	5,8
<b>Moins de 15 ans</b>						
Part (en %)	19,3	20,7	17,9	19,8	17,0	10,1
Évolution	-14,5%	-11,6%	-12,3%	-27,1%	-12,7%	-28,8%
<b>75 ans et plus</b>						
Part (en %)	14,7	17,4	18,2	17,2	8,4	14,2
Évolution	+0,0%	+3,3%	-3,2%	-1,9%	+2,1%	-12,4%
<b>Selon l'arrivée (en %)</b>						
Horaire PDSA	43,6	45,6	48,3	41,4	31,7	22,2
Nuit [20h-08h[	25,7	28,0	30,7	23,7	11,5	3,9
Nuit profonde [00h-08h[	11,8	13,7	13,0	10,4	3,3	3,7
CCMU Exploitable	89,8	92,5	93,5	61,6	100,0	100,0
CCMU 1	15,4	23,9	7,9	8,2	0,4	0,7
CCMU 2	62,4	54,0	54,4	74,9	98,2	97,7
CCMU 3	17,8	15,6	34,1	15,2	1,3	1,3
CCMU 4-5	2,7	4,2	1,5	1,6	0,1	0,3
Transport exploitable	84,4	96,2	93,8	0,0 *	99,8	99,3
Smur	1,9	1,2	4,8	-	0,0	0,4
VSAV	14,2	14,8	19,2	-	4,1	1,3
Ambulance	9,2	10,2	11,6	-	1,6	1,4
<b>Selon le type d'urgences (en %)</b>						
Diagnostic principal exploitable	89,1	92,9	93,5	56,6	97,5	99,9
Médoco-chirurgical	66,4	78,7	62,1	61,2	19,4	59,8
Traumatologie	27,0	15,6	27,3	29,8	78,4	38,9
Psychiatrie	2,6	2,5	4,2	2,0	1,1	0,2
<b>Selon le mode de sortie (en %)</b>						
Mode de sortie exploitable	86,4	99,8	94,0	0,0 *	100,0	99,8
Hospitalisation	18,2	18,9	22,1	-	10,3	7,3
dont transfert vers un autre ES	0,4	0,1	1,4	-	0,0	0,6
<b>Durée de passage</b>						
Durée exploitable (en %)	86,5	97,7	99,8	0,0 *	99,9	99,2
Durée médiane	3h25	4h03	2h59	-	2h35	2h20
Durée méd. lors d'un RAD	3h09	3h42	2h48	-	2h32	2h12
Durée méd. lors d'une hospit.	5h27	6h27	4h47	-	3h03	4h26
Prise en charge <4h (en %)	56,7	48,8	64,7	-	73,4	79,2

Exemple Bagnols-sur-Cèze  
74 passages par jour à Bagnols-sur-Cèze dont 43,36 % des passages sont sur les horaires d'ouverture des cabinets de ville  
Si activité hors horaires PDSA (260 jours en moyenne) = 28,2 passages/jour  
14% donnant lieu à hospitalisation soit 4 hospitalisations/jour

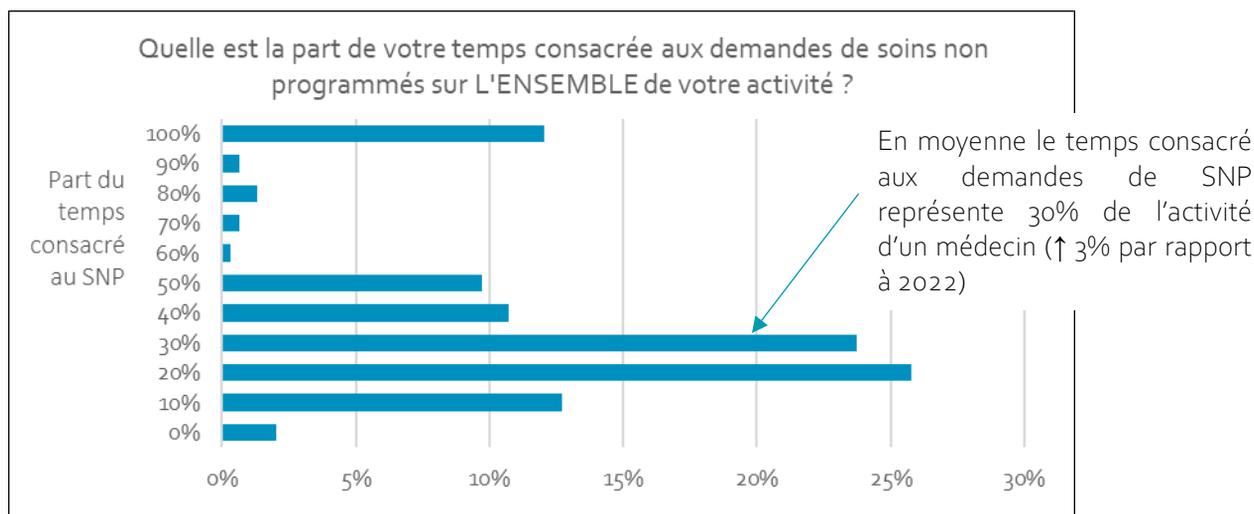
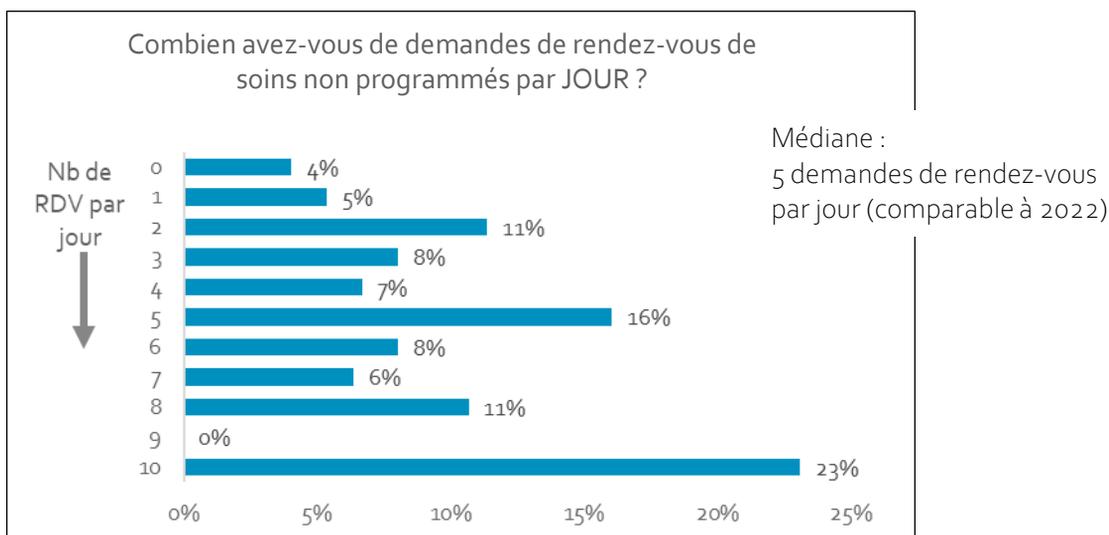
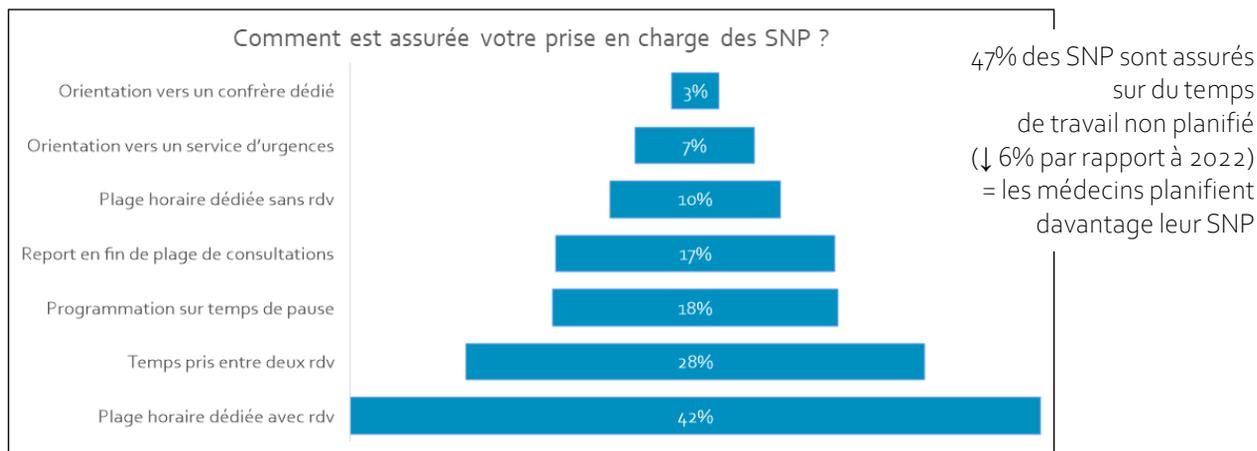
\* Données non présentées car non pertinentes

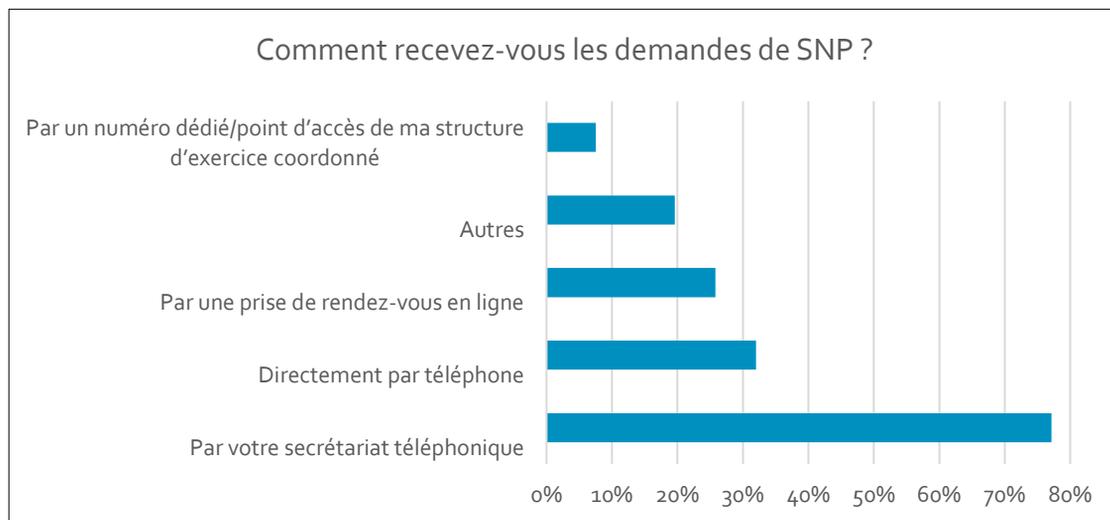
# Etude observationnelle

## URPS Médecins Libéraux – octobre 2024

306 médecins volontaires

30 % cabinet de groupe - 56% travaillant en exercice coordonné - 12% en exercice isolé



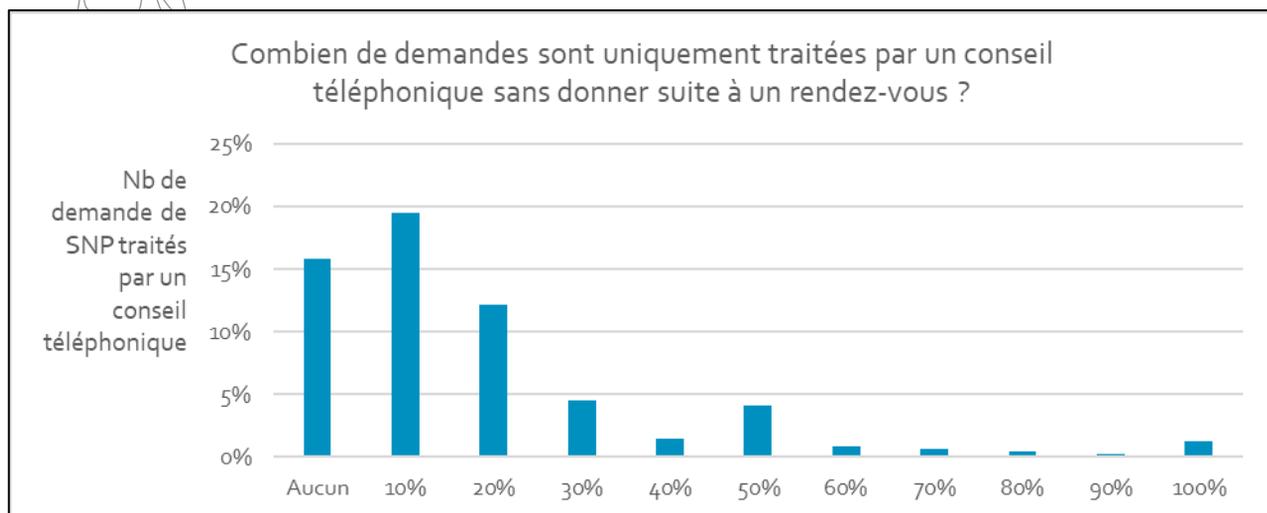


Le téléphone reste le moyen privilégié pour recevoir les demandes de SNP avec le rôle central des secrétariats médicaux (77 % soit une hausse de 4% par rapport à 2022).

La prise de rendez-vous en ligne du SNP à hausse de 21% par rapport à 2022.



**52%** des demandes seulement sont évaluées comme réellement des besoins SNP (↑ 4% par rapport à 2022)



**78%** des médecins acceptent des patients dont ils ne sont pas le médecin traitant pour du SNP (contre 82% en 2022)

**6%** des consultations sont réalisées sous forme de téléconsultation (contre 8% en 2022)

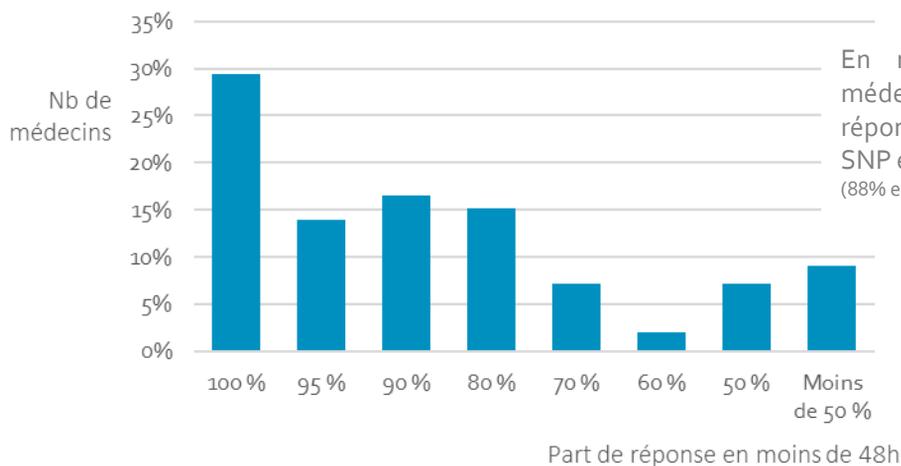
**5%** des consultations sont réalisées avec une visite à domicile (contre 6% en 2022)

53% des médecins souhaitent que le conseil médical soit prodigué uniquement par un médecin (50% en 2022)

28% acceptent qu'il le soit par un auxiliaire médical (IDE / Assistants Médicaux) avec des protocoles sécurisant les process (30% en 2022)

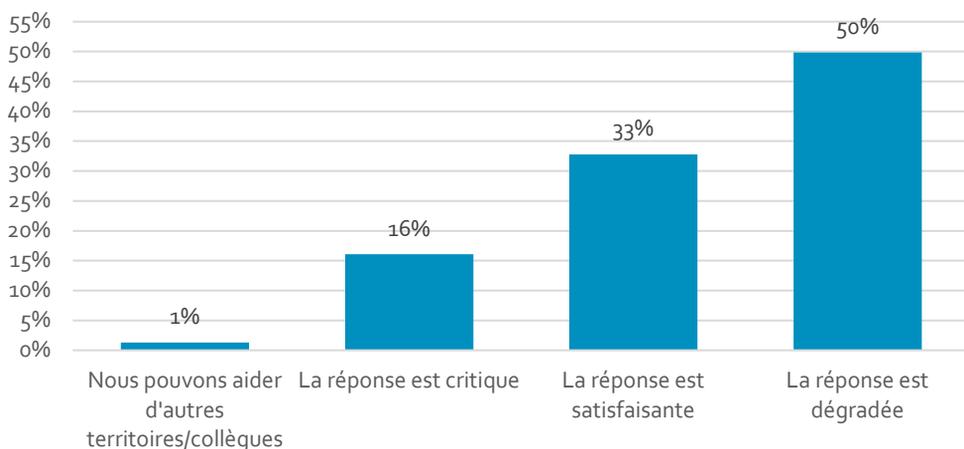
19 % par un secrétariat médical placé sous la responsabilité d'un médecin (20% en 2022)

### Estimez-vous pouvoir répondre à la demande de soins non programmés dans votre cabinet ?



En moyenne 87 % des médecins estiment pouvoir répondre à la demande de SNP en moins de 48h (88% en 2022)

### Comment qualifieriez-vous AUJOURD'HUI la réponse à la demande de SNP sur votre secteur ?

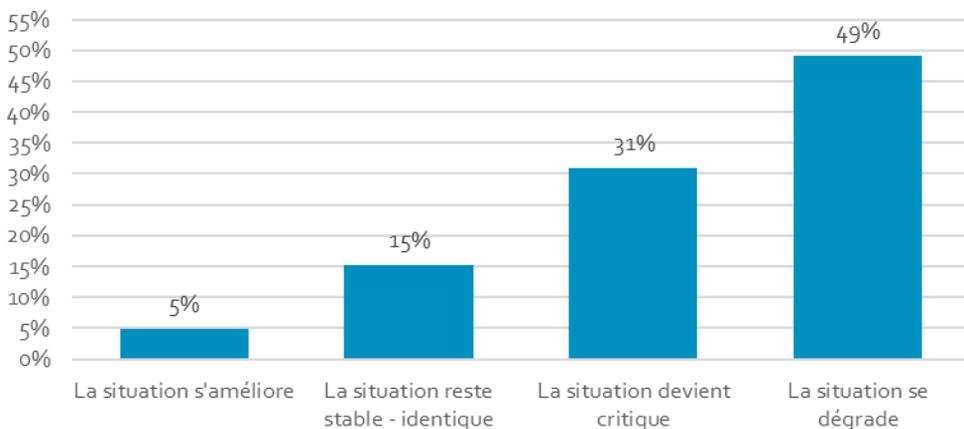


La réponse à la demande de SNP est présente mais est jugée majoritairement comme dégradée ou en situation critique (dégradée de + 5% par rapport à 2022),

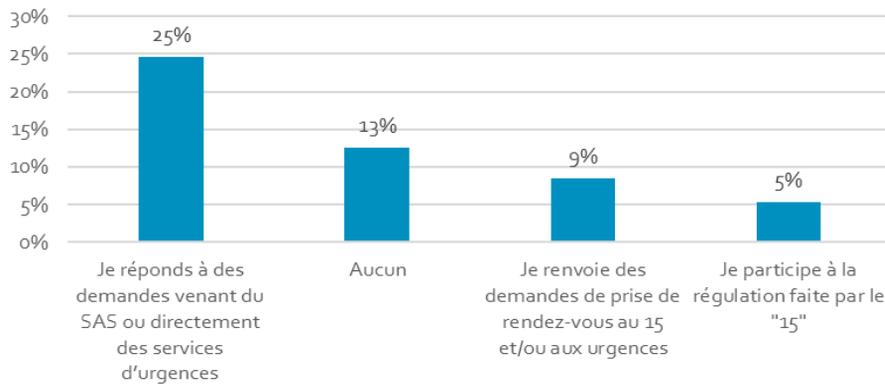
... avec des perspectives sombres sur les 5 prochaines années



### Comment évaluez-vous l'EVOLUTION de la réponse à la demande de SNP dans les 5 prochaines années sur votre secteur ?



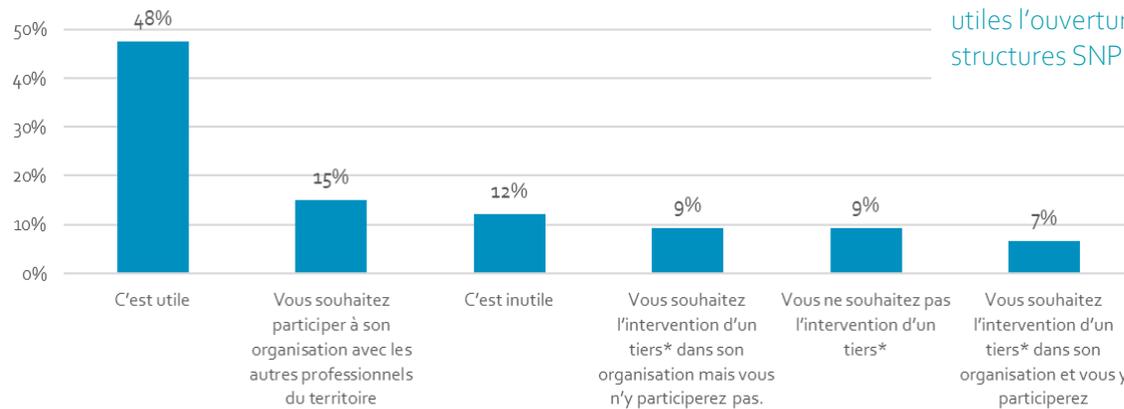
### Dans vos pratiques, quel(s) lien(s) entretenez-vous avec les services d'urgences ?



25% des médecins acceptent de prendre directement des DSN venant des services d'urgences ou du SAS (38 % en 2022) = baisse des DSN venant du SAS

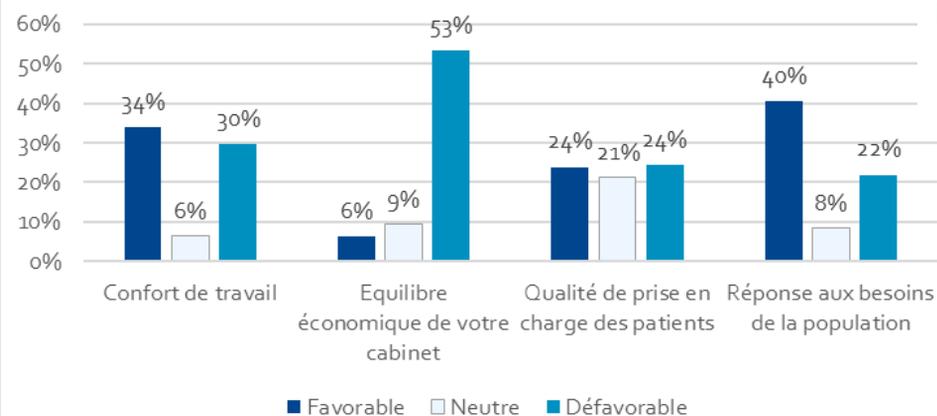
13% estiment ne pas avoir de lien avec les services d'urgences (contre 38% en 2022)

### Une (ou plusieurs) structure de prise en charge des SNP s'ouvre / s'est ouverte sur votre territoire :



48% des médecins trouvent utiles l'ouverture de structures SNP

### Une (ou plusieurs) structure de prise en charge des SNP s'ouvre / s'est ouverte sur votre territoire vous évaluez son impact pour vous et le territoire comme



53% des médecins estiment que les structures de SNP ont un impact négatif sur la réponse l'équilibre économique de leur cabinet



## Quelles sont vos propositions / suggestions pour améliorer la prise en charge des demandes de rendez-vous de SNP ?

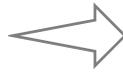
- Il est indispensable que les structures qui participent à la prise en charge des SNP priorisent les appels par une régulation téléphonique protocolisée non médicale compte tenu du manque de médecins avec avis médicalisé en fonction des appels même déportés.
- Nécessité d'une concertation forte entre les professionnels du territoire/ARS/Ordre.
- Absolue nécessité de ne pas avoir une structure uniquement dédiée aux SNP, mais intégration des SNP dans une structure gérée par les professionnels déjà sur le terrain, avec venue d'autres praticiens si nécessaire. Pas de structure dédiée aux SNP venant sans aucune concertation avec les offres de soins déjà existantes.
- Une bonne organisation de cabinet permet de réguler quasiment l'intégralité des demandes.
- La prise en charge des SNP est utile mais ne remplacera pas un suivi régulier avec un volet prévention et suivi réalisé par un médecin traitant.
- Nous maintenons la moitié de notre temps par des consultations sans rendez-vous, je trouve que nous faisons le job, à nos dépendants parfois.
- Comment organiser une réponse de SNP en évitant la consommation médicale par les patients et en ayant un retour pour le médecin traitant ?
- Les MG font déjà du SNP dans leur cabinet, quand cela est nécessaire d'un point de vue MÉDICAL. Ces centres ne servent qu'à assouvir le besoin du patient à voir un médecin quand il l'a décidé ! Sans forcément de vraie urgence ou besoin à être vu dans la journée .. et les politisés valident car leur électoralat est content .
- En tant que MG mon rôle est d'assurer les soins habituels ET les SNP pour mes patients.
  - Ne miser que sur les SNP c'est habituer les gens au « drive » ils cliquent et ont la réponse de suite...pour tout et rien ...
  - Le manque de personnel médical libéral explique tout, le reste ne correspond qu'à l'organisation de la file d'attente.
  - Favorable à un guichet d'accès au Service de Santé.
  - L'ouverture des centres de soins non programmés en journée ont désorganisé l'activité de médecine libérale ne laissant au médecin traitant que les problèmes complexes à gérer : une augmentation de l'épuisement et un mauvais suivi des patients qui pensent que nous ne sommes plus le premier interlocuteur pour leurs soins urgents.
  - Je participe au SAS en journée depuis cet été. La régulation doit appeler mes secrétaires pour avoir un rdv. Il n'y a pas eu un seul appel depuis cet été...
  - Aucun intérêt du SAS actuel dans notre secteur les patients s'en servent pour avoir des rdvs rapides sans aucune justifications médicales.



# 7

## Enquête CPTS

Pour la lecture les données correspondent aux réponses de 40 CPTS d'Occitanie – Octobre 2024 via le Guichet CPTS



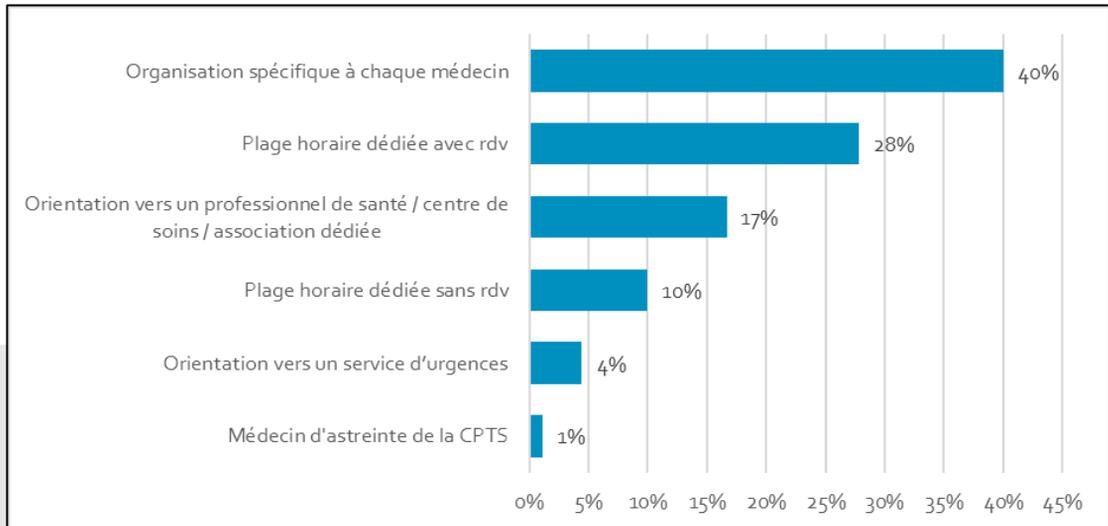
36 CPTS avec contrat ACI signé  
4 CPTS avec projet de santé en cours de validation



**16%** des CPTS n'ont pas identifié de structures spécifiques d'accueil des SNP (↓ de 30% par rapport à 2022).

**18%** ont organisé la réponse à la demande de SNP à l'échelle du territoire (↑ de 2% par rapport à 2022).

### La prise en charge des SNP dans le cadre du projet de santé est majoritairement assurée :



#### Les demandes de soins non programmés sont recueillies\* sur le territoire :

- 53% par une prise de rendez-vous en ligne (17% en 2022 = ↑)
- 49% par le secrétariat téléphonique des médecins (45% en 2022 = ↑)
- 30% par un numéro dédié/point d'accès de la CPTS (38% en 2022 = ↓)

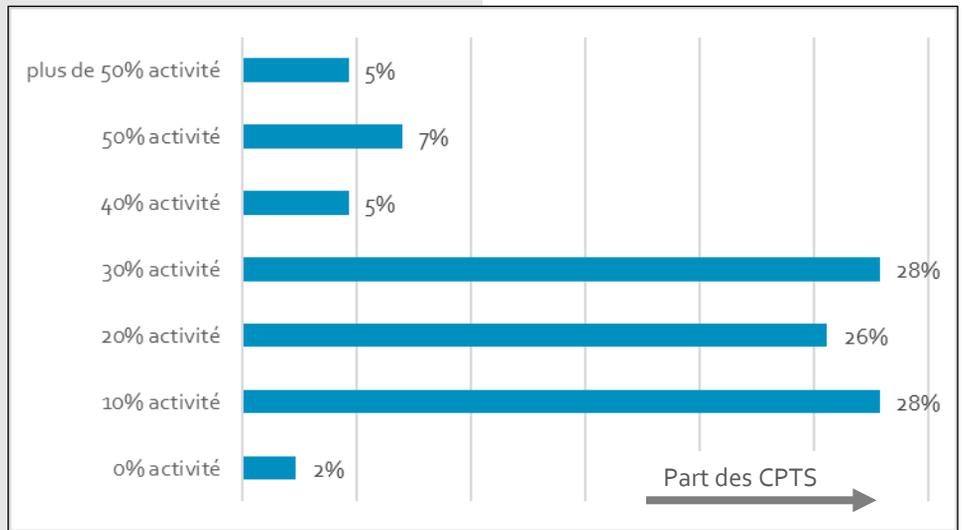
\* ou envisagées dans le projet de santé

#### Les liens entretenus avec les services d'urgences :

- 31 % La CPTS répond à des demandes venant du SAS ou directement des services d'urgences (50% en 2022 = ↓)
- 28 % Certains médecins participent à la régulation faite par le "15" ou le « 39 66 » (20% en 2022 = ↑)
- 15 % Aucun (25% en 2022 = ↓)
- 15 % La CPTS renvoie certaines demandes de prise de rendez-vous au 15 et/ou aux urgences (5% en 2022 = ↑)
- 7% La CPTS collabore avec des services d'urgence privés ou des cliniques privées pour la prise en charge des soins non programmés.

**Quelle est la part du temps consacrée (estimation) aux demandes de soins non programmés sur L'ENSEMBLE de l'activité médicale ?**

Plus de la moitié des CPTS estime passer plus de 30% de leur activité à répondre aux demandes de SNP (comparable à 2022)



**49 %**

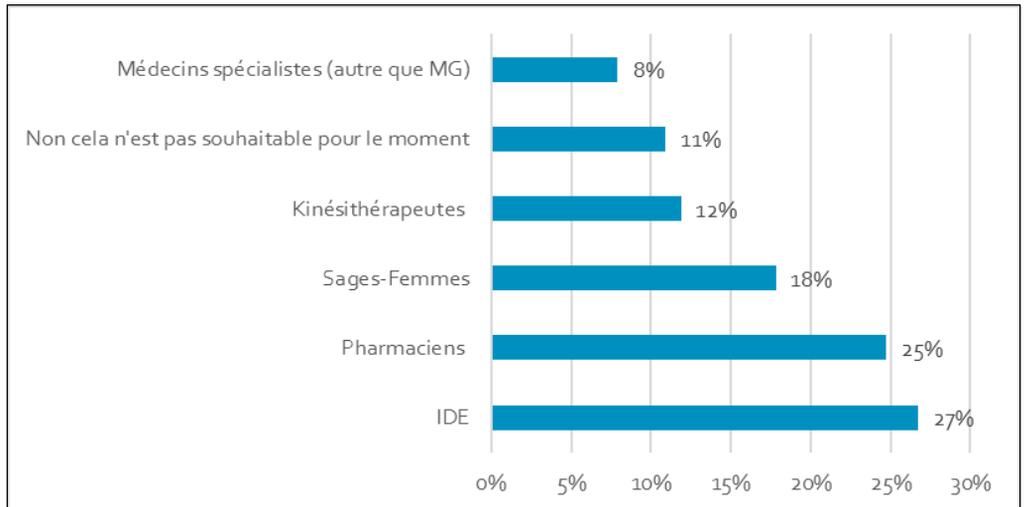
Des demandes sont uniquement traitées par un conseil téléphonique sans donner suite à un rendez-vous (32% en 2022).

**75 %**

Des demandes qui parviennent sur le territoire sont réellement des besoins SNP (50% en 2022).

**Dans votre projet de santé, est-il envisageable de faire participer à la réponse de demandes de SNP dans le cadre de protocoles définis ?**

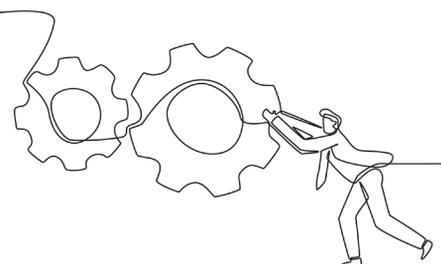
89% des CPTS sont favorables à l'intervention de professionnels autres que le Médecin Généraliste dans la réponse à la demande de SNP (97% en 2022)



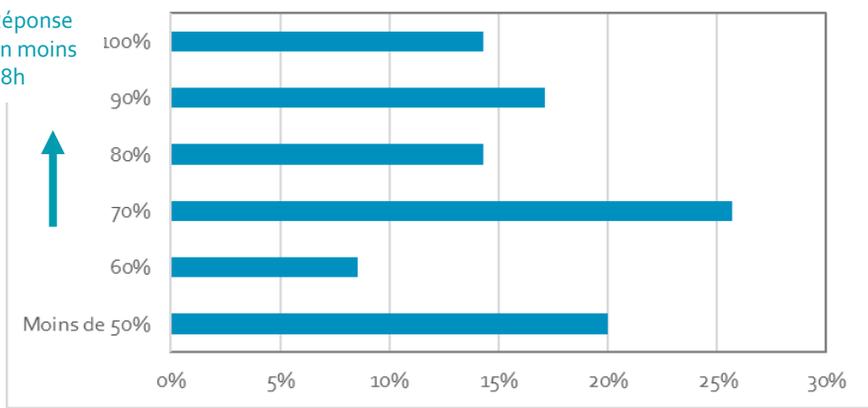
Des professionnels de santé autres que les médecins généralistes sont envisagés pour participer à la réponse de demandes de SNP dans le cadre de protocoles spécifiques

Il est envisagé dans le cadre du projet de santé de la CPTS que les **CONSEILS TÉLÉPHONIQUES** soient prodigués :

- 31% par un médecin uniquement (50% en 2022)
- 35% par un auxiliaire médical (IDE / Assistants (31% en 2022) Médicaux) avec des protocoles sécurisant les process
- 15% par un secrétariat sous responsabilité médicale (19% en 2022)

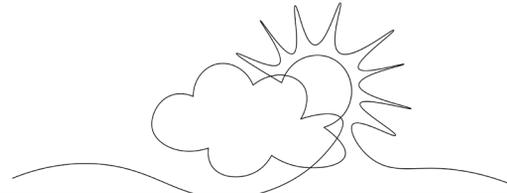


Réponse en moins de 48h

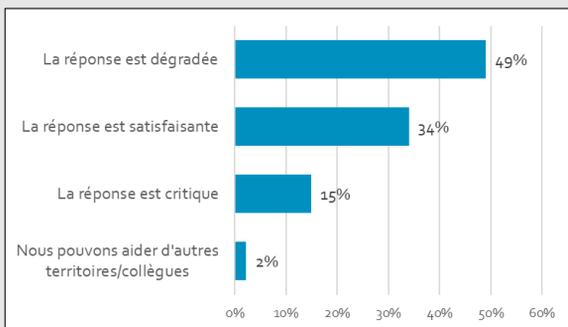


Estimez-vous pouvoir répondre à la demande de soins non programmés sur votre territoire - réponse en moins de 48h ?

Moyenne : 53 % (80% en 2022)  
Médiane : 70 % (90% en 2022)

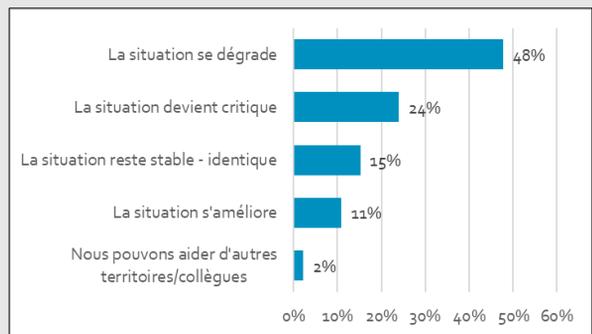


Comment qualifieriez-vous **AUJOURD'HUI** la réponse à la demande de SNP sur votre territoire ?



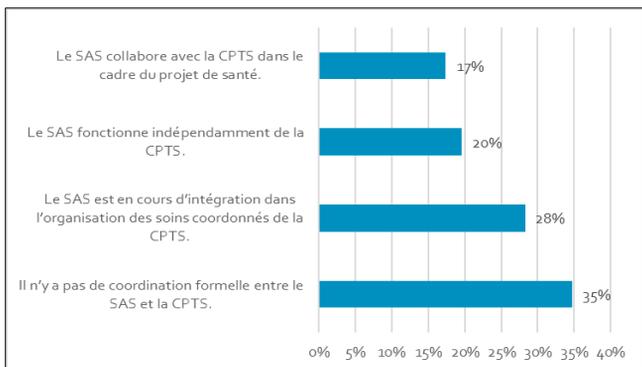
Une réponse qui n'est pas ressentie comme satisfaisante et qui semble se dégrader (comparable à 2022)

Comment évaluez-vous l'**EVOLUTION** de la réponse à la demande de SNP dans les 5 prochaines années sur votre territoire ?

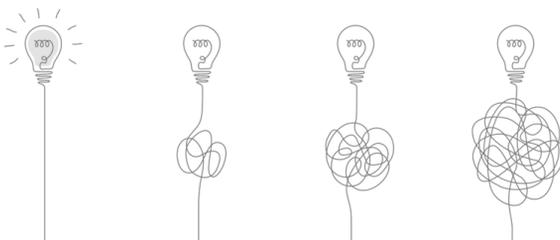
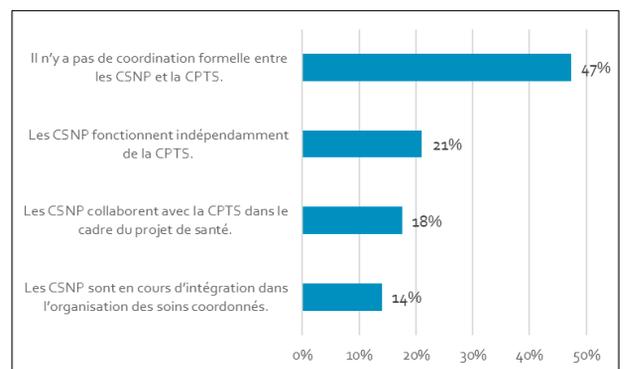


La CPTS un levier d'amélioration ?

Le SAS est déployé sur votre territoire, quel est son mode d'intégration dans l'organisation des Soins Non Programmés ?

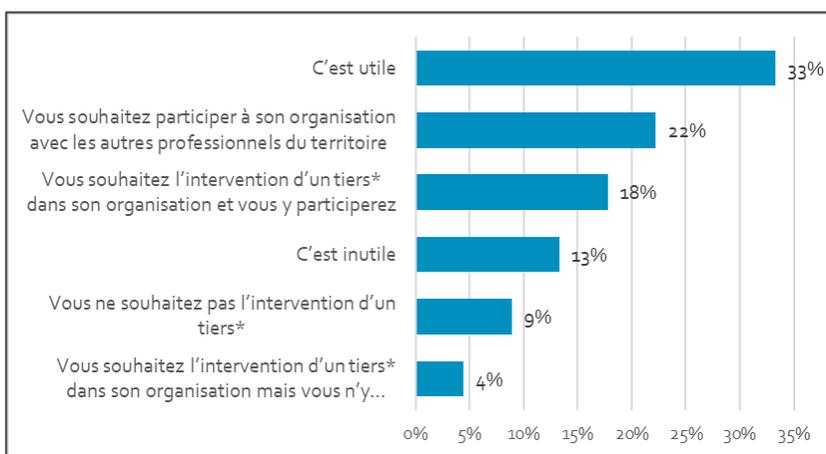


Si des Centres de Soins Non Programmés (CSNP) existent sur votre territoire, quels sont leurs modes d'intégrations dans l'organisation des soins non programmés ?



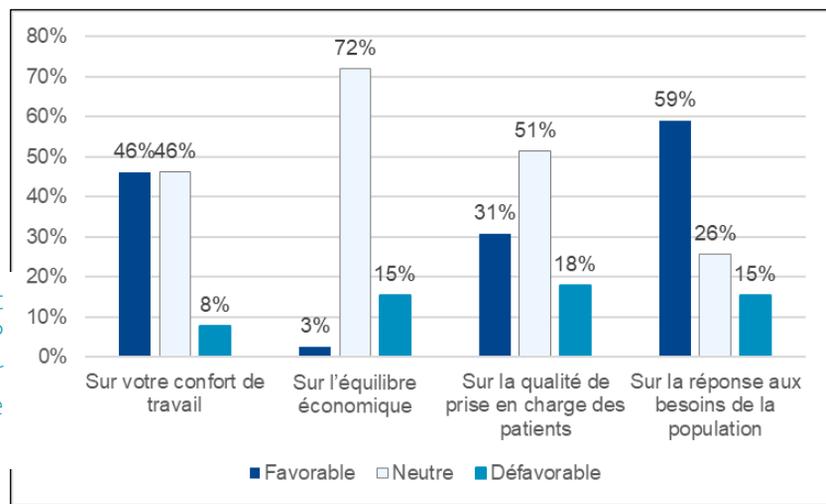
Une (ou plusieurs) structure de prise en charge des SNP s'ouvre / s'est ouverte sur votre territoire.

Comment évaluez-vous cette initiative ?



Comment les demandes de soins non programmés sont-elles recueillies (ou envisagées dans le projet de santé) sur le territoire de la CPTS ?

59 % des CPTS estiment que les structures de SNP ont un impact positif sur la réponse aux besoins de la population



Verbatim

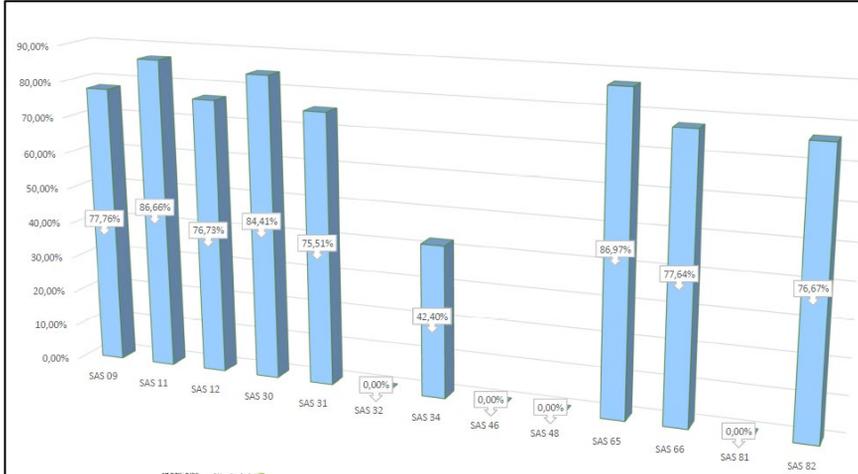


## Quels commentaires souhaitez-vous partager sur l'enquête SNP

- Dans le 82, mise en place du TOD pour répondre au SNP venant du SAS ou d'autres PS du département
- le SAS n'utilise pas les créneaux mis en ligne avec l'agenda partagé. Nous avons moins d'appel du 15 pour les SNP que des RDV pris par les professionnels de santé qui ont accès à l'agenda partagé. Pas encore de centre de soins non programmés sauvagement installé
- Favorables à une orientation par les professionnels eux même (pharmaciens, IDEL, kinésithérapeutes). Protocoles de coopération = SNP direct
- Les CSNP sont une fausse bonne idée pour améliorer l'accès aux soins. Sous prétexte d'apporter une réponse immédiate à une demande de soins, ils déstructurent les organisations qui peinent parfois à se mettre en place comme le SAS. C'est une médecine "low-coast", qui débouche le plus souvent sur des prescriptions d'examens complémentaires et de traitements inappropriés, favorisent la non-pertinence des soins. En bref, les pouvoirs publics doivent d'urgence régler l'ouverture de ces centres pour les intégrer obligatoirement à un cadre structuré, en collaboration avec les SAS, les partenaires institutionnels comme l'assurance maladie, les DUMG pour la pertinence des soins.
- SAS en cours de déploiement, les CSNP qui se multiplient, sans bénéfice actuellement sur les prises en charge et sur les passages aux urgences mais concurrence directe avec les médecins installés qui répondaient à la demande de SNP;
- Pas de CSNP sur le territoire : les médecins s'organisent individuellement pour leurs créneaux de SNP et avec le SAS. La démographie médicale est critique, la CPTS ne peut pallier ce manque de ressource et ne peut pas sur-solliciter les médecins. Les solutions : lien avec le SAS pour organiser une rencontre avec les CPTS et les OSNP pour des organisations spécifiques en fonction des spécificités du territoire ; convention signée entre la CPTS et l'association AMGEVAC (PDSA) pour proposer des créneaux de SNP le samedi matin ; Accompagnement pour le développement des IPA et des AM ; Médiatrices en santé ; Projet IA avec ISIS pour le gain de temps médical ; Travail en Inter-CPTS locales et départementales pour harmoniser les actions (nous sommes sur un travail de fond, organisationnel mais pas de mise en place d'outils pour la prise de RDV pour les patients ou autre, puisque nous n'avons pas de solutions à ce jour à leur proposer).
- Embryon de projet de Centre de soins non programmés qui n'a pas abouti du fait de l'opposition absolue de certains médecins du territoire. Quant au SAS, nous souhaiterions être associé à son déploiement sur notre territoire, ce qui n'est pas le cas.
- Les CSNP répondront à une demande ponctuelle mais ne permettront pas le suivi du patient ; cela désengorge temporairement mais ne résoudra pas le problème à l'accès au médecin traitant.

## Approche régionale

### Pourcentage d'appels décroché en moins de 30 secondes - 2024

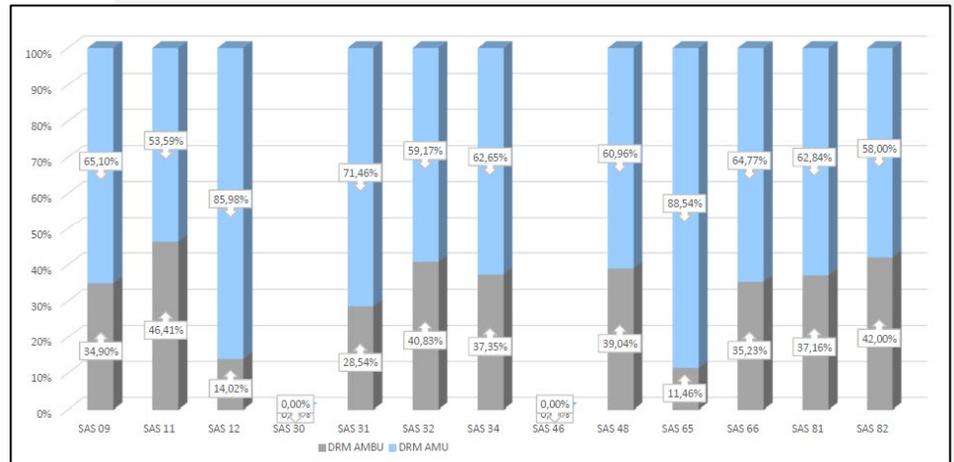


Les résultats varient fortement selon les SAS, dont les explications peuvent être organisationnelles ou en moyen/ressources disponibles.

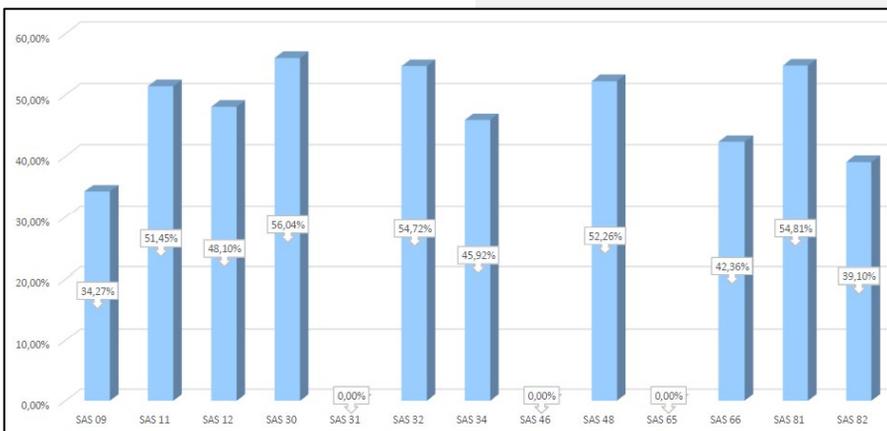
Chiffre moyen : ¼ des appels ne sont pas décroché dans les délais ; toujours en dessus normes

### Pourcentage des DRM AMU et DRM AMBU - 2024

Forte proportion de Dossier de Régulation Médicale d'Aide Médicale Urgente (DRM AMU) = Forte proposition de régulation médicale immédiate comparé à la régulation en filière médecine générale.



### Part de conseils médicaux simples délivrés par la régulation ambulatoire - 2024



Nombre de solution trouvée par conseil téléphonique très significatif.

½ des traitements réalisés par la régulation ambulatoire

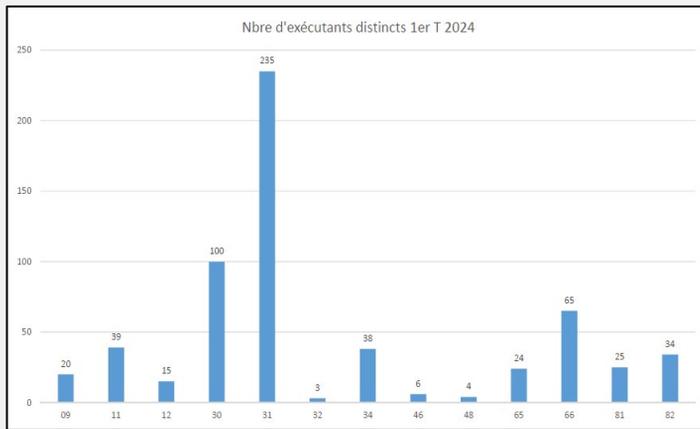
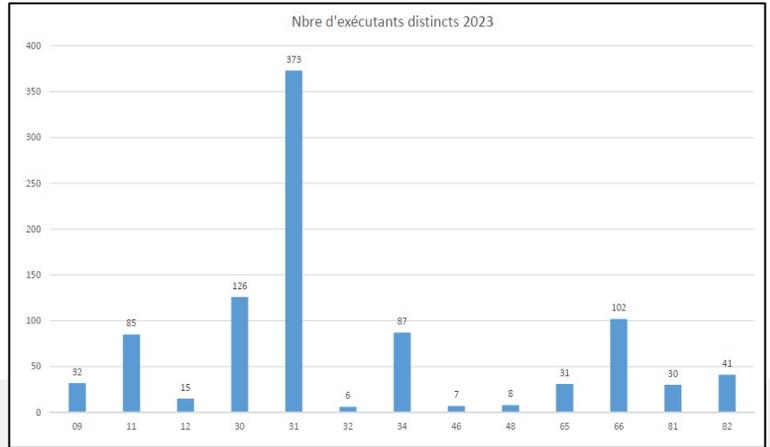
Le taux moyen semble varier entre 30 % et 60 %, selon les SAS.

# Indicateurs d'utilisation du code SNP

Nombre de patriciens ayant facturé un code spécifique (SNP) en 2023 et au 1er Trimestre 2024

Disparités départementales dans l'utilisation ou l'adoption de ce code de facturation par les SAS.

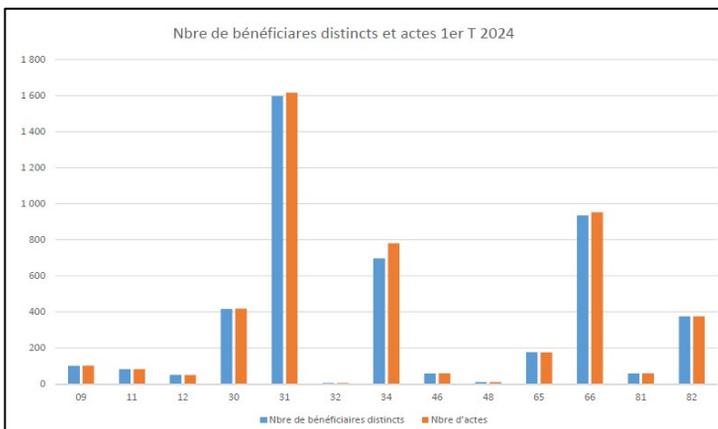
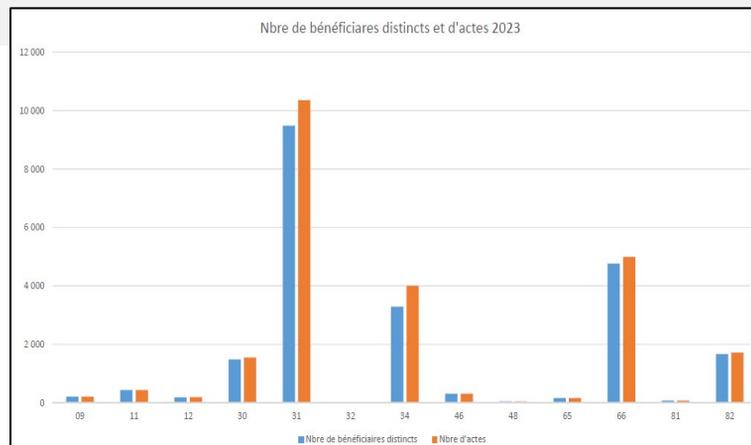
Forte facturation par le SAS 31.



Nombre de bénéficiaires et d'actes pour le code SNP facturé en 2023 et au 1er Trimestre 2024

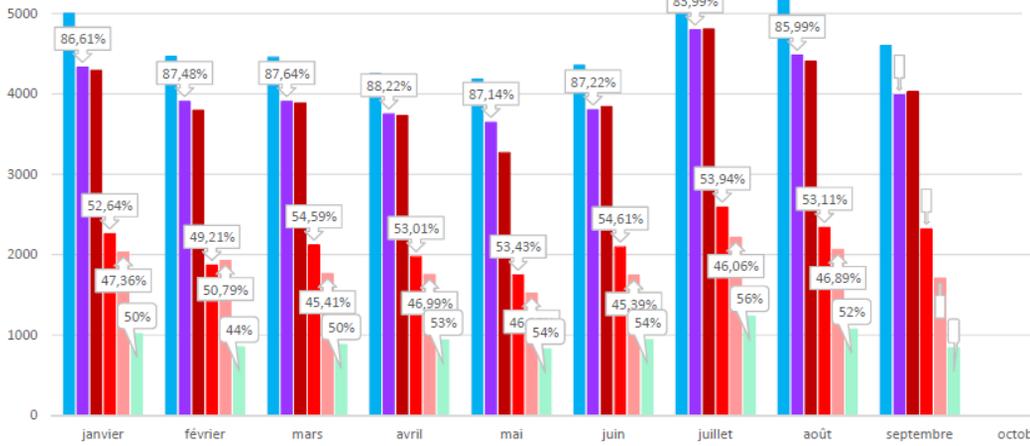
Forte activité dans le département Haute-Garonne.

- Bénéficiaires distincts : environ 10 500.
- Actes réalisés : près de 12 000



# Illustration départementale Aude

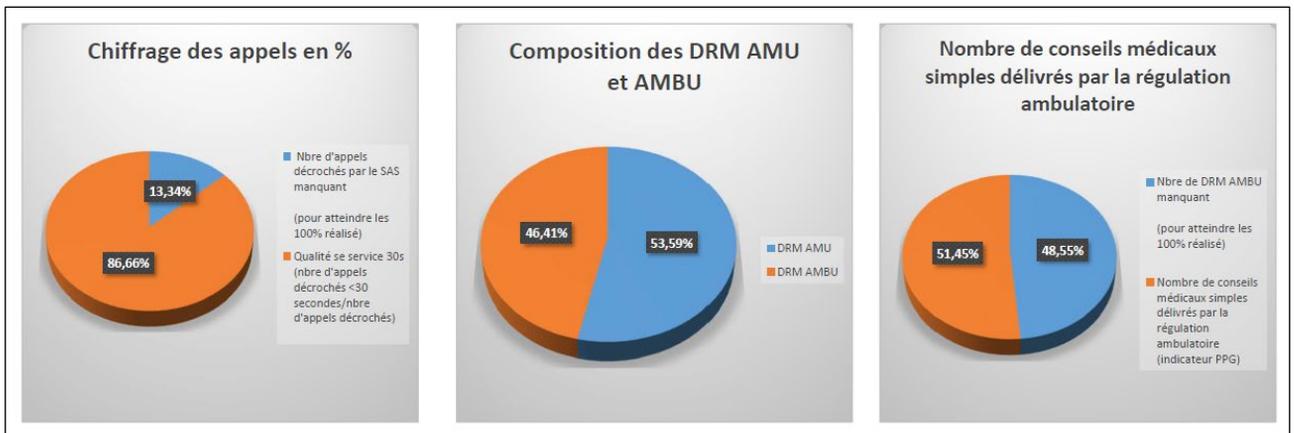
## Activité départementale



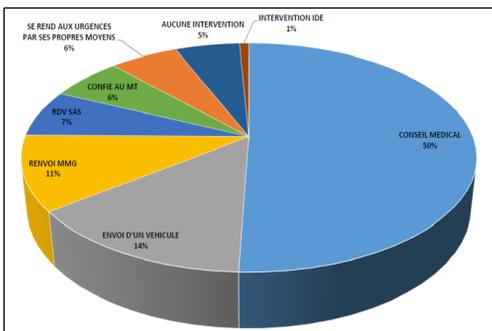
Commentaire :

Variation mensuelle relativement stable autour de 4 000 appels – 133 appels jours, avec un pic en juillet et août sur l'année 2024.

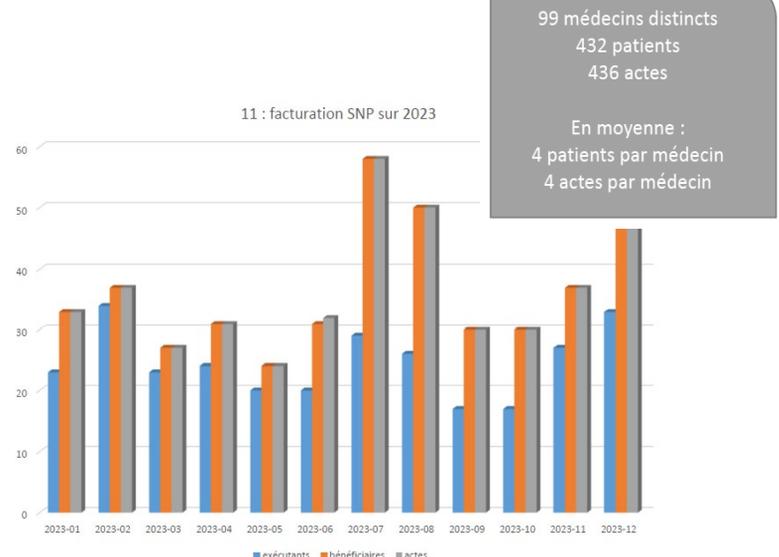
## Analyse détaillée



## Analyse détaillée



Équilibre relatif entre les cas ambulatoires et d'urgence. Plus de 50 % des cas soient traités par des conseils médicaux simples.



# Benchmark

## Initiatives de régulation des CSNP

### Exemple 1 :

#### Région Centre Val de Loire

L'URPS Médecins Libéraux Centre-Val de Loire informe les patients quant aux organisations libérales de prise en charge assurées par les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Pour assurer une prise en charge proche du domicile du patient sous 24 à 48h, une coordination territoriale est organisée par des CPTS avec les créneaux spécifiques SNP des médecins libéraux.

L'URPS Médecins Libéraux fournit un appui technique et une expertise pour aider les organisations locales à mieux répondre aux demandes.

### Exemple 2

#### Région Nouvelle-Aquitaine

Les CSNP sont implantés dans les locaux des centres hospitaliers et adossés à une antenne SMUR.

L'organisation des soins non programmés (SNP) repose sur un dispositif structuré avec des financements ARS et une évaluation. Dans des territoires nécessitant un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et où il n'a pas été possible de maintenir un service d'urgence, les CSNP ont été adossés à des établissements hospitaliers et collaborent avec les antennes du SMUR. L'ARS coordonne les CSNP dans le cadre de son organisation PDSA.

Les patients sont prioritairement orientés par la régulation médicale (Centre 15), mais un accueil spontané est également possible.

Lors de la mise en place en 2018, l'organisation des CSNP a été évaluée à 6 mois puis annuellement pour adapter le dispositif aux besoins réels.

### Exemple 3

#### Région Ile-de-France

Un dossier de candidature est à transmettre à l'ARS et les CSNP doivent remplir des conditions.

Depuis 2019, l'ARS Ile-de-France joue un rôle clé dans le financement et l'accompagnement des CSNP.

Les centres candidats devront nécessairement remplir les conditions suivantes :

- une offre pluriprofessionnelle, à prédominance médicale,
- une organisation autour de la médecine générale comme pivot,
- assurant des soins non programmés notamment de médecine générale,
- assurant les principales missions médicales (soins, continuité des soins, parcours de soins, activités de prévention et de dépistage organisées),
- avoir une adéquation entre l'activité du centre et son projet de santé.

Des appels à projet sont mis en place et les centres candidats doivent remplir des conditions pour bénéficier d'un Fonds d'Intervention Régional (FIR).

L'ARS favorise les CSNP inscrits dans un projet de CPTS et constituant des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.

Une convergence de tendances visibles

La prise en charge des SNP : une pratique déjà largement ancrée dans l'activité des médecins et qui repose sur l'investissement personnel des libéraux.

- 100 % des médecins généralistes sont déjà organisés pour répondre aux demandes de SNP et 28% des médecins acceptent de prendre des nouveaux patients dont ils ne sont pas médecins traitants pour des demandes SNP,
- 42% des SNP sont assurés par une plage horaires dédiée avec rdv et 28 % assurent les prises en charges des SNP entre deux rdv (hors temps de pause),
- Entre 10 à 50% des SNP sont assurés en plus du temps de travail initialement organisé par les médecins (pause, en soirée...),
- Une médiane de 5 rendez-vous de SNP réalisés par jour.



La régulation téléphonique des demandes de SNP reste primordiale

- 52 % des demandes sont évalués comme réellement des besoins de SNP,
- Évolution de la consommation des SNP (exigence, quérulence, hyperconsommation...),
- Peu de dispositifs sont déjà organisés à l'échelle des territoires : 18% des CPTS proposent une réponse centralisée,
- Recueil des demandes de SNP par téléphone de 77 %,
- Entre 10 et 20 % des appels aux plateformes de SNP sont traités par du conseil,
- 53% des médecins souhaitent que ce conseil téléphonique soit uniquement prodigué par eux (pas par un secrétariat sous leur responsabilité et pas par un auxiliaire médical avec des protocoles sécurisant les processus).



## Un flux de passages aux urgences évitable parfois en décalage avec les ressentis

- 55 % des passages aux urgences sont sur les horaires d'ouverture des cabinets médicaux mais seulement 12,9% de CCMU<sup>1</sup>,
- Entre 2022 et 2023, baisse de 1,2% des passages aux urgences,
- 133 appels jours sur le SAS 11, avec un pic en juillet et août sur l'année 2024.



## Une conjoncture démographique – médecins et population – qui met les organisations sous tension en continu et avec une situation amenée à se dégrader.

- Prise de rdv en ligne du SNP est en hausse de 21% par rapport à 2022,
- 25% des médecins acceptent de prendre directement des rdv SNP venant des services d'urgences,
- 48% des médecins trouvent utiles l'ouverture de CSNP mais 53 % affirment qu'ils ont un impact négatif à sur l'équilibre économique de leur cabinet médical,
- 28% des médecins des CPTS participent à la régulation faite par le 15,
- 47% des CSNP n'ont pas de mode d'intégration dans l'organisation des CPTS.



L'apparition de Centres Médicaux de Soins Immédiats sans concertation sur les territoires présente un risque de déstructuration de l'offre.

- De facto de manque d'implication des acteurs locaux avec des initiatives hors-sol,
- Désorganisation des coopérations en place ou pensées par les professionnels,
- Assèchement des ressources médicales et création de mono-activité médicale,
- Affaiblissement des services d'urgence de proximité dont beaucoup ont une moyenne journalière de passages aux urgences inférieure à 40 patients.

# Les leviers repérés

La **RÉGULATION** des soins non programmés permet d'orienter efficacement les patients vers les soins les plus adaptés, réduisant ainsi la pression sur les services d'urgence. Elle contribue à une utilisation plus efficace des ressources médicales et à une meilleure satisfaction des patients.

La mise en place d'un **CADRE RÉGLEMENTAIRE** devrait permettre d'assurer une cohérence d'action sur les territoires sans déséquilibrer les organisations existantes ou les offres de services indispensables à maintenir.

Un nombre important de demandes pouvant être traitées par un **CONSEIL TÉLÉPHONIQUE** sans donner suite à un rendez-vous. A noter un positionnement très partagé sur la qualification du professionnel en charge de la délivrance du conseil.

**L'EXERCICE COORDONNÉ** et la **COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE** sont plébiscités par les acteurs mais nécessitent :

- L'implication et la collaboration de tous les acteurs
- La mise en place de protocoles définis
- La centralisation des demandes et de l'offre de SNP sur les territoires
- Le déploiement d'outils numériques adaptés
- La structuration de l'offre – accès imagerie, biologie, centre de SNP régulé
- La consolidation de la prise de rendez-vous par téléphone

Développement de l'usage de la **TÉLÉCONSULTATION** pour les traitements et l'orientation des demandes de SNP.

La nécessaire **INFORMATIONS** et **SENSIBILISATION DES PATIENTS** :

- Recourir aux services d'urgences à bon escient
- Honorer/respecter les rendez-vous réservés.
- Anticiper les RDV (renouvellement, certificat...)
- Rendre lisible l'organisation du territoire
- Education thérapeutique (maladie chronique)



# Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CSNP : Centres de Soins Non Programmés

DR : Dossiers de Régulation

DRM : Dossiers de Régulation Médicale (dès lors que le dossier a bénéficié d'un acte de régulation médicale)

DRM AMU : Dossiers de Régulation Médicale d'Aide Médicale Urgente

DRM ambulatoire : Dossiers de Régulation Médicale Ambulatoire

FIR : Fonds d'Intervention Régional

MG : spécialité Médecine Générale

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

RPU : Résumés de Passage aux Urgences

SAS : Service d'Accès aux Soins

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

