



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2022

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 06 Juillet 2022 à Poitiers
par **Monsieur Florian MAGENDIE**

Intention des jeunes médecins généralistes d'exercer la médecine dans une structure de soins regroupant plusieurs médecins et proposant un service de consultations sans rendez-vous

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Denis ORIOT

Membres :

Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Monsieur le Docteur Jérémie GUENEZAN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Gabriel HOERTH



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNÉE 2022

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 06 Juillet 2022 à Poitiers
par **Monsieur Florian MAGENDIE**

Intention des jeunes médecins généralistes d'exercer la médecine dans une structure de soins regroupant plusieurs médecins et proposant un service de consultations sans rendez-vous

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Denis ORIOT

Membres :

Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Monsieur le Docteur Jérémie GUENEZAN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Gabriel HOERTH

Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive (**retraite au 01/01/2022**)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOUARD Philippe, neurochirurgie

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie (**en mission 1an a/c du 12/07/2021**)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires

- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Sommaire

I. Introduction.....	1
1. Rôles des services d'urgence.....	1
2. Notions d'urgence médicale vraie ou ressentie.....	2
3. Surcharges des services d'urgence.....	4
4. Solutions mises en place pour tenter de décharger les services d'urgence.....	8
II. Matériels et méthodes.....	11
1. Objectifs de l'étude.....	11
2. Type d'étude.....	12
3. Population de l'étude.....	12
4. Diffusion du questionnaire et protection des données.....	12
5. Questionnaire.....	13
6. Traitement des données et analyses statistiques.....	14
7. Outils bibliographiques.....	14
III. Résultats.....	14
1. Taux et nombre de réponses.....	14
2. Caractéristiques de l'échantillon.....	14
3. Réponses aux questions d'orientation.....	16
4. Réponses à la question relative au critère de jugement principal.....	20
5. Réponses aux questions relatives à l'exercice de la médecine en structures de soins avec possibilité de consultations sans rendez-vous.....	22
6. Influence des variables entre elles avec test du khi ² et odds ratio.....	28
7. Influence des variables sur la réponse à la question du critère de jugement principal.....	28
8. Influence de l'âge des participants sur leur manière de répondre aux questions de l'enquête.....	32
9. Influence de l'activité professionnelle des participants sur leur manière de répondre aux questions de l'enquête.....	35
IV. Discussion.....	38
1. Analyse des résultats.....	38
2. Limites de cette étude.....	41
3. Limites des centres de soins proposant des consultations sans rendez-vous.....	42
4. Perspectives.....	44
5. Avenir de la médecine générale.....	47
6. Conclusion.....	50
V. Références bibliographiques.....	54
VI. Annexes.....	67
1. Article 47 du Code de Déontologie Médicale.....	67
2. Questionnaire de thèse.....	67
3. Carte des zones d'intervention prioritaires.....	74
4. Étapes de la création d'une CPTS.....	75
5. Financement d'une CPTS.....	76

Abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CDM : Code de Déontologie Médicale

CDOM : Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSP : Code de la Santé Publique

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DMP : Dossier Médical Partagé

ESP : Équipe de Soins Primaires

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MMG : Maison Médicale de Garde

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

QCM : Question à Choix Multiple

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

I. Introduction

Le travail de thèse qui va suivre a consisté principalement à évaluer l'intention éventuelle des jeunes médecins généralistes d'exercer dans des structures de soins proposant des consultations sans rendez-vous avec une organisation commune entre les médecins de ces structures. Ce genre de consultations permettrait de prendre en charge une part non négligeable des demandes de soins non programmés qui sont actuellement gérées par les services d'urgences. C'est la raison pour laquelle je vais commencer par présenter les services d'urgences et le problème de surcharge croissante de ces services avant d'examiner les solutions envisagées pour réduire cette surcharge.

1. Rôles des services d'urgences

Les services d'urgences hospitaliers français ont une mission principale bien précise réglementée par l'article R 712-65 du Code de Santé Publique issu du décret du 09 Mai 1995 [1]. Ils sont dans l'obligation « d'accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et de la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales ».

Par ailleurs, les services d'urgences hospitaliers ont d'autres obligations [2] et se doivent de :

- réguler et coordonner la prise en charge des patients pour les orienter vers les structures, filières et réseaux de soins adaptés
- participer aux missions de prévention, de veille et d'alerte sanitaire (individuelles ou collectives)
- organiser la formation des professionnels de l'urgence
- assurer l'évaluation de leurs pratiques en s'inscrivant dans une démarche de qualité
- promouvoir et développer la recherche en médecine d'urgences

Une notion de priorité a été introduite dans la réglementation par la circulaire du 16 Avril 2003 [3] : « **Les services des urgences** ont pour mission de prendre en charge, en priorité, **les besoins de soins immédiats**, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et **les besoins de soins urgents** qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir. »

Deux autres points mentionnés dans ce texte sont importants à signaler :

- « La formation reçue par les médecins urgentistes, qui sera bientôt reconnue comme une spécialité, implique qu'ils puissent se consacrer aux pathologies relevant de la médecine d'urgence.
- Le besoin de consultations exprimé en urgence qui appelle dans un délai relativement rapide mais non immédiat la présence d'un médecin relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux. »

Il existe donc plusieurs niveaux d'urgence déterminés par cette circulaire :

- « le besoin de soins immédiats, qui engage le pronostic vital et/ou fonctionnel et qui exige, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et la mobilisation immédiate de moyens médicalisés lourds
- Le besoin de soins urgents, qui appelle la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir
- Le besoin de consultations exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide, mais non immédiat, la présence d'un médecin. Cette demande relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux. »

Nous voyons bien qu'une différence claire est faite entre les deux premières situations avec un besoin de consultation exprimé en urgence par le patient qui peut, lui, relever de la compétence de médecins libéraux. Nous verrons que cette notion a une importance cruciale si nous voulons optimiser le travail des services d'urgences afin d'améliorer encore la qualité de leurs soins.

Ceci nous montre bien que l'urgence médicale n'est pas la même pour les médecins ou les patients et nous amène à considérer la définition d'une urgence médicale et même à évoquer la notion d'urgence « vraie » ou « ressentie ».

2. Notions d'urgence médicale vraie ou ressentie

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) définit l'urgence médicale comme « toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement » [4]. Cette définition ne laisse pas la place à un besoin de soin ressenti par le patient comme étant urgent. En effet, s'il n'existe pas de risque fonctionnel ou vital immédiat, on sort du cadre de l'urgence médicale selon cette définition.

Un rapport de la Cour des Comptes montre bien, dès 2006, l'existence de cette « urgence ressentie » [5]. Cette notion s'applique aux patients qui pensent que leur état de santé nécessite des soins en urgence bien que, d'un point de vue médical, ils ne présentent aucune pathologie pouvant engager leur pronostic vital ou fonctionnel à court terme. Cette étude différencie donc l'urgence « ressentie » de l'urgence réelle définie comme une urgence vitale (pronostic vital engagé) ou une urgence vraie nécessitant des soins rapides en raison d'un pronostic fonctionnel engagé.

On peut rapprocher le cas de l'urgence ressentie, cité ci-dessus, de la dernière situation évoquée par la circulaire de 2003 : un besoin de consultation exprimé en urgence qui appelle dans un délai relativement rapide, mais non immédiat, la présence d'un médecin.

Il ressort de ces différentes notions de l'urgence qu'il existe plusieurs niveaux d'urgence médicale qui seront traités de manière adaptée dans les services hospitaliers. Plusieurs classifications de ces niveaux d'urgence ont été établies dont la plus utilisée est la **Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)** [6] qui prend en compte le pronostic vital et/ou fonctionnel ainsi que les examens réalisés :

- **CCMU 1** : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
- **CCMU 2** : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
- **CCMU 3** : état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention du SMUR sans mise en jeu du pronostic vital
- **CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvre de réanimation immédiate
- **CCMU 5** : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation

Deux nouvelles catégories ont par la suite été ajoutées :

- **CCMU P** : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant, en l'absence de toute pathologie somatique instable.
- **CCMU D** : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Au vu de cette classification, il semble légitime de penser que les cas de CCMU 1 ou 2 sont minoritaires parmi les patients des services d'urgence. Cependant, plusieurs études sur le sujet montrent que ces cas de CCMU 1 et 2, qui pour la plupart pourraient être pris en charge en médecine de ville, représentent une part importante des passages aux urgences et contribuent fortement à l'engorgement des services d'urgence.

3. Surcharge des services d'urgence

Les services d'urgence de notre pays voient leur nombre de patients augmenter toujours plus chaque année depuis une trentaine d'années [5, 7, 8]. Ainsi, dans un rapport de la Conférence Nationale des URPS de 2021, il est précisé que cette augmentation est évaluée en moyenne à 3,5 % par an depuis 20 ans et ce de manière continue [9].

Pourtant, au cours de ces vingt dernières années, la population française a augmenté en moyenne de 0,5 % par an [10]. On voit donc bien que cet accroissement de fréquentation des services d'urgences n'est pas corrélé à l'augmentation de la population.

Ce n'est pas non plus un problème uniquement français puisque ce phénomène est observé dans beaucoup de pays à travers le monde notamment en Europe, Amérique du Nord et Australie [11, 12, 13].

Cette augmentation constante des passages aux urgences résulte d'une conjonction de facteurs de natures bien différentes. En France, on a pu en effet identifier des problèmes comme un mésusage par changement de mentalité ou par manque d'information concernant les possibilités de soins non programmés, la gestion des entrées hospitalières par les services d'urgence, le mode de financement des urgences ou encore l'évolution de la démographie médicale de notre pays. Tout ceci participe à l'augmentation du nombre de consultations dites « inappropriées » aux urgences. Il existe aussi une composante importante du problème d'engorgement des urgences due aux « flux d'aval », c'est-à-dire les possibilités d'hospitalisations en services de médecine ou de chirurgie afin de libérer les services d'urgences des patients stabilisés nécessitant une hospitalisation [9]. Ce problème étant intrinsèque à l'hôpital et à ses capacités d'hospitalisation, donc non lié à l'offre de soins par la médecine de ville, il ne sera pas développé ici.

L'adressage direct des patients dans des services hospitaliers devient de plus en plus difficile car les patients sont souvent réorientés vers les services d'urgences qui se retrouvent à effectuer une part

majoritaire des entrées hospitalières ce qui ne fait normalement pas partie de leurs missions. Ceci aboutit à de nombreux passages aux urgences inappropriés [9].

Le financement des services d'urgence est aussi en cause en raison du principe de la tarification à l'activité (T2A). En effet, les services d'urgence bénéficient d'un forfait annuel urgences (FAU) dont la somme de base vaut pour 9000 passages par an minimum. Ce forfait augmente ensuite par tranches avec effet de seuil tous les 2500 passages supplémentaires. De plus, pour chaque passage aux urgences non programmé et non suivi d'une hospitalisation, un forfait supplémentaire dit d'Accueil et de Traitement aux Urgences (ATU) est appliqué et s'élève à 25,28 euros [14].

Selon un rapport de la Cour des Comptes datant de Février 2019, ce mode de financement pousse à la surconsommation des urgences dans un but de rentabilité par péréquation : les cas CCMU 1 et 2 pouvant relever de la médecine de ville deviennent rentables par leur nombre et leur financement par la sécurité sociale ce qui permet de compenser les cas plus lourds relevant forcément d'une prise en charge hospitalière et dont la prise en charge n'est pas suffisante financièrement [9, 15]. Ce phénomène entraîne une dépense excessive et illégitime puisque chaque cas qui aurait pu être pris en charge par la médecine de ville coûte au final 115 euros en moyenne au lieu de 25 euros pour une consultation de médecine générale [15].

Cependant, une réforme du financement des services d'urgence est très récemment entrée en vigueur en Janvier 2022 avec notamment la création d'un Forfait du Patient des Urgences (FPU) s'élevant à 19,61 euros et pris en charge par la mutuelle santé du patient [16, 17]. Malheureusement, il est évidemment impossible pour le moment d'évaluer les effets de cette réforme de financement sur le fonctionnement des urgences. De plus, les habitudes des patients, elles, ne changeront pas du jour au lendemain et les consultations jugées « inappropriées » aux urgences devraient encore être nombreuses dans les mois voire années à venir.

Lorsque les patients se présentant spontanément aux urgences sont interrogés, il ressort que très peu d'entre eux sont informés sur le mode de fonctionnement de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) [9, 18] . En effet, très peu savent qu'ils peuvent faire appel à un médecin généraliste de garde ou bien se rendre dans des maisons médicales de garde (MMG).

Cependant, les pics de fréquentation des urgences se situent en pleine journées entre 10h et 18h et sont donc en dehors des périodes de PDSA [19, 20]. Il est évidemment nécessaire de mieux informer les patients sur ces possibilités de PDSA [9] mais cela n'aura pas d'influence sur la majorité des consultations inappropriées aux urgences qui se déroulent aux heures d'ouverture des cabinets médicaux.

Il existe aussi un phénomène de mésusage volontaire du fait de la possibilité de bénéficier d'une consultation médicale sans rendez-vous et de pouvoir effectuer des examens complémentaires sur place si nécessaire [9, 21, 22]. Ce sont effectivement les deux motifs les plus souvent avancés par les patients des urgences dont la prise en charge relève de la médecine générale comme l'a montré la thèse du Dr. Arnaud Chaudet [23]. Ce constat sur les motifs de consultation est assez logique concernant les examens complémentaires au vu de l'obligation de moyens à laquelle sont tenus les professionnels de santé qui a été reformulée notamment par la loi Kouchner de Mars 2002 (article L1142-1 du Code de la santé publique) [24]. En effet, ces moyens qu'ils soient diagnostiques, thérapeutiques ou autres sont évidemment plus importants en structure hospitalière. Ainsi, les services d'urgences sont finalement victimes de leur succès auprès des patients comme le montre une étude de la DREES en 2003 qui estime que 94 % des patients sont satisfaits de leur passage aux urgences [25].

Pour ces raisons, on observe une part importante de cas de CCMU 1 et 2 dans les services d'urgences français et une part largement minoritaire d'urgences vitales. Un rapport de la HAS en 2009 avait relevé une moyenne de 3 % d'urgences vitales sur le total des passages ainsi qu'une moyenne de 20 % d'hospitalisations [26].

En 2020, l'Observatoire Régional des Urgences de Nouvelle Aquitaine (ORUNA) relève une moyenne de 79 % de patients CCMU 1 et 2 sur l'ensemble des services d'urgence de son territoire contre 2 % de patients CCMU 4 et 5 [20]. Concernant les hospitalisations, seuls 29 % des passages y ont abouti au cours de cette même année en Nouvelle Aquitaine contre 71 % des passages qui se sont conclus par un retour à domicile. Au cours de cette année 2020, il semble important de signaler les chiffres spécifiques concernant les patients venant pour une suspicion d'infection au covid-19 : 59 % de CCMU 1 et 2, 7 % de CCMU 4 et 5 et 50 % d'hospitalisations [20]. On remarque que, dans cette population suspecte d'infection au coronavirus, le taux d'hospitalisation est bien plus important que celui qui concerne la totalité des patients. De plus, cette population particulière présente un taux de cas de CCMU 1 et 2 moindre que pour la totalité des patients. Ce phénomène dû à la pandémie du coronavirus pourrait expliquer la légère diminution de la moyenne de CCMU 1 et 2 en 2020 (79%) comparé aux années précédentes (82 % en 2018 et 2019) [20]. De même, en comparaison des années précédentes, le taux d'hospitalisation est plus élevé (29% en 2020 contre 26 % en 2019) ce qui pourrait aussi s'expliquer en partie par des hospitalisations plus fréquentes pour les patients suspects d'infection au coronavirus.

Concernant spécifiquement les urgences pédiatriques, les mêmes constats sont faits avec des consultations très souvent pour des symptômes mineurs [27]. L'urgence est donc le plus souvent

ressentie en raison d'une angoisse et d'une impression de gravité pour les parents qui justifie le passage aux urgences, ce qui aboutit dans l'étude en question à un taux de 40,8 % de consultations relevant de la médecine de ville aux urgences pédiatriques du CHU de Brest [28]. Ainsi, les enfants de moins de 15 ans représentent 27 % des passages annuels aux urgences en France selon une étude de la DREES en 2013 [29].

Cette affluence croissante de patients dans les services d'urgences peut aussi s'expliquer par l'évolution de la démographie médicale. En effet, depuis les années 2000, on observe une diminution du nombre de médecins sur notre territoire qui s'explique largement par les réductions constantes du *numerus clausus* au cours des années 1980 et 1990 [30, 31]. La demande de soins devient donc supérieure à l'offre de soins, notamment de la médecine de ville, ce qui ne peut qu'accentuer l'engorgement des urgences par défaut de prise en charge par les médecins généralistes déjà surchargés et qui ne peuvent donc pas répondre rapidement à une demande de soins non programmés. Entre 2012 et 2021, la densité moyenne de médecins généralistes pour 100 000 habitants est passée de 153 à 140 en France selon la DREES [30]. Ce constat est aussi fait par le Conseil National de l'Ordre qui recensait 94 261 généralistes en 2010 et qui en recense 86 364 en 2021 soit 9 % de moins. La tendance démographique annuelle actuelle pour les généralistes est estimée à -0,9 % [32]. Par ailleurs, il est important de signaler que 25,9 % des généralistes ont plus de 60 ans en 2021 ce qui laisse supposer un nombre important de départs à la retraite dans les dix prochaines années [32]. Ces médecins de plus de 60 ans sont majoritaires dans les zones de moindre densité médicale qui se retrouveront d'autant plus en difficulté lors des départs à la retraite à venir. Un début d'augmentation de l'offre de soins par augmentation du nombre de médecins n'est pas attendu avant 2025 [30, 33].

À ce problème de « sous-effectifs », s'ajoute aussi le problème de la surcharge administrative toujours plus importante et qui occupe toujours plus de temps de travail du médecin y compris au cours des consultations [9, 34]. Le temps de consultation en France a été évalué comme étant le plus élevé d'Europe avec en moyenne une durée de 16 minutes pour 9 minutes en moyenne en Angleterre par exemple [26, 35, 36].

De plus, on observe depuis plusieurs années une moindre proportions de médecins généralistes comparée aux médecins des autres spécialités ce qui ne peut que diminuer les possibilités de prise en charge de soins non programmés principalement assurés par les généralistes [30]. En 2021, la proportion de généralistes est évaluée à 44 % du total des médecins par la DREES soit 5,6 % de moins comparé à l'année 2012 [30].

La répartition territoriale des médecins est aussi très variable avec de plus fortes densités en fonction des populations en Bretagne, en Aquitaine et en Provence Alpes Côte d'Azur et de moindres densités en Ile de France, Centre-Val de Loire, Hauts de France et Normandie en ce qui concerne les médecins généralistes [30]. On comprend que les régions à plus faible densité de médecins généralistes seront plus facilement soumises à une surcharge des services d'urgence.

Il est intéressant de noter que le rapport 2021 de la DREES signale une diminution de l'activité libérale au profit d'une activité salariale ou mixte pour les médecins de façon globale mais aussi de manière spécifique pour les généralistes. Ainsi, le salariat hospitalier a augmenté de 10 % pour les généralistes entre 2012 et 2021 et concerne actuellement environ 20 % des généralistes [30]. Une activité salariale hors hôpital concerne environ 15 % des généralistes en 2021. On observe ainsi un recul constant de l'activité libérale des généralistes entre 2012 (env. 63%) et 2021 (env. 57%) au profit d'une activité salariée ou mixte [30]. Le Conseil de l'Ordre fait aussi ce constat et estime, en 2021, l'activité des généralistes comme étant à 56 % libérale, 37,4 % salariée et 6,6 % mixte [32]. Cette tendance participe aussi à la diminution de l'offre de soins par les généralistes libéraux, moins nombreux du fait d'une augmentation constante de l'activité salariée notamment hospitalière, et a donc des conséquences probables sur l'engorgement des urgences.

Ce phénomène de surcharge des services d'urgence a évidemment des conséquences néfastes sur la prise en charge des patients. Il a été démontré une augmentation de la morbi-mortalité des patients avec des complications médicales accrues et des conséquences sur la durée moyenne de séjour directement liées à l'engorgement des services d'urgences [37, 38]. On retrouve une augmentation du risque d'erreurs médicales et une diminution de la qualité des soins qui sont corrélées au niveau d'engorgement des services d'urgence [39]. Les délais d'attente se retrouvent évidemment allongés du fait de cette surcharge des urgences d'autant que des examens complémentaires sont nécessaires [40, 41]. En plus du risque clinique pour les patients, il existe évidemment un risque médico-légal pour les hôpitaux et les médecins [9].

Devant ce problème de surcharge des services d'urgence, différentes solutions ont été proposées et mises en œuvre en fonction des causes identifiées en France et dans d'autres pays.

4. Solutions mises en place pour tenter de décharger les services d'urgences

Pour des consultations relevant de la médecine générale, il a été démontré que la plupart des patients préféreraient consulter un médecin généraliste plutôt que de se présenter aux urgences [21, 42, 43]. En effet, l'un des motifs principaux de consultations aux urgences étant la possibilité de bénéficier de soins sans rendez-vous, une part importante des patients relevant de la médecine générale se présente aux urgences faute d'avoir pu être reçue rapidement par un médecin de ville [9, 21, 22, 23].

Des maisons médicales de garde (MMG) ont ainsi été mise en place à proximité des services d'urgences avec des médecins généralistes assurant des consultations durant la Permanence Des Soins (PDS) [9, 18, 44] avec possibilité de réorientation de patients des urgences vers ces MMG. Cependant, ce service n'est assuré que pendant la Permanence Des Soins (PDS) or nous avons vu que les pics de fréquentation des urgences sont en cours de journée lors des heures d'ouverture des cabinets médicaux et donc en dehors des horaires de la PDS. Cette solution ne semble donc pas être la plus pertinente vu la nature du problème. De plus, ces maisons médicales de garde devraient justement être distantes des hôpitaux de manière à ne pas concentrer l'offre de soin à un même endroit [9].

Dans certains hôpitaux, des filières courtes ont vu le jour pour prendre en charge spécifiquement les patients CCMU 1 et 2 de façon à libérer la filière véritable des urgences de cette patientèle qui nécessite une prise en charge moins lourde [23, 45, 46]. Malheureusement, ce système ne fait qu'accentuer le problème par un effet d'appel de cette patientèle qui sait qu'elle va bénéficier d'une filière spécifique de prise en charge aux urgences au lieu de permettre une réorientation de cette patientèle vers la médecine de ville [9].

Des protocoles de réorientation des patients vers la médecine de ville ont ainsi été mis en place dans différents pays ce qui a permis de libérer en partie les services d'urgences bien que ce soit le personnel des urgences qui s'occupe de cette réorientation [47, 48, 49]. Des exemples de réorientation sont observables en France, au Royaume-Uni et au Québec [50, 51, 52]. Cette solution permet de ramener la patientèle relevant de la médecine générale vers les structures de soins en ville mais nécessite au départ une intervention des services des urgences.

Des centres de soins proposant des consultations sans rendez-vous semblent donc être la meilleure solution pour prendre en charge cette patientèle des urgences relevant de la médecine de ville, en accord d'ailleurs avec l'article 47 du Code de Déontologie Médicale relatif à la continuité des soins [53] (**Annexe 1**). En effet, nous avons déjà vu que le motif principal motivant ce genre de consultations est l'impossibilité d'avoir un rendez-vous rapide avec un médecin généraliste [9, 21, 22, 23]. Grâce à ce genre de centres, les patients peuvent consulter rapidement un médecin sans avoir d'impact sur le fonctionnement des services d'urgences que ce soit par une consultation

CCMU 1/2 ou par un protocole de réorientation. Des exemples de centres de ce type existent en Angleterre, aux États-unis, en Australie, en Afrique du Sud [26, 36] mais aussi en France où ils sont de plus en plus nombreux et fréquentés [54, 55, 56, 57]. Le centre médical d'Archiac en Charente-Maritime qui propose des soins sans rendez-vous grâce à l'initiative du Dr Hoerth en est un très bon exemple. La thèse du docteur Hoerth [58] a montré que, parmi les patients de l'étude venus spontanément aux urgences :

- 58,2 % pensaient qu'un médecin généraliste aurait pu prendre en charge leur problème de santé
- 53,8 % étaient favorables à une solution alternative aux services d'urgences.

Après plusieurs années de fonctionnement de ce centre médical avec possibilité de consultations sans rendez-vous, le Dr. Gellis a démontré, par son travail de thèse, que 50 % des patients du centre d'Archiac qui viennent sans rendez-vous seraient allés aux urgences s'ils n'avaient pu bénéficier de ce mode de consultation [59]. Ce résultat est comparable au pourcentage de patients favorables à une solution alternative dans le travail de thèse du Dr. Hoerth. Nous voyons donc bien les avantages que peuvent offrir de tels centres tant en ce qui concerne la continuité des soins et la bonne prise en charge du patient qu'en ce qui concerne la diminution de l'engorgement des services d'urgences. De plus, ce genre de structures semble pouvoir répondre de manière plus efficace que des cabinets libéraux habituels à une demande de soins croissante et surtout semble permettre une meilleure prise en charge et un meilleur suivi des patients dans les zones à faible densité médicale.

Ces deux travaux de thèse ont su montrer que les patients sont majoritairement favorables à une alternative à la prise en charge aux urgences et que des centres médicaux de ce type permettent effectivement de décharger les urgences d'une partie de leurs patients venus spontanément et qui relèvent trop souvent de la médecine de ville.

Maintenant que la preuve est faite concernant les préférences des patients (centre médicaux avec possibilité de consulter sans rendez-vous plutôt que services d'urgences) et l'efficacité du centre d'Archiac, par exemple, pour prendre en charge des patients qui seraient allés aux urgences s'ils n'avaient pu consulter sans rendez-vous dans ce centre, il reste à savoir quel regard portent les jeunes médecins généralistes sur ce mode de prise en charge sans rendez-vous et sur le fonctionnement de centres proposant ce service. Il s'agit aussi de savoir s'ils envisagent eux-mêmes de travailler dans ce genre de structures ou de proposer des consultations sans rendez-vous au cours de leur pratique médicale à venir. C'est le sujet de ma thèse qui porte sur l'intention éventuelle des jeunes médecins généralistes de travailler dans des centres médicaux regroupant plusieurs médecins et proposant des consultations sans rendez-vous avec évaluation par le biais d'un questionnaire qui leur a été distribué.

II. Matériels et méthodes

1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la proportion de jeunes médecins généralistes qui pourraient envisager de travailler dans une structure de soins regroupant plusieurs médecins et proposant des consultations sans rendez-vous. Ce résultat représente le critère de jugement principal de ce travail de thèse.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Évaluer la proportion de jeunes médecins généralistes qui estiment avoir effectué des consultations de médecine générale en service d'urgence hospitalier.
- Déterminer le motif le plus fréquent de ces consultations particulières aux urgences selon les jeunes médecins généralistes.
- Déterminer la proportion de jeunes médecins généralistes qui pensent que des structures de soins proposant des consultations sans rendez-vous pourraient être une solution pour répondre à la demande croissante de soins non programmés et ainsi diminuer le nombre de consultations de médecine générale dans les services d'urgences.
- Évaluer les proportions de jeunes médecins généralistes prévoyant d'exercer en tant que libéral et en tant que salarié.
- Évaluer la proportion de jeunes médecins généralistes trouvant plus attractif un emploi salarié plutôt que libéral pour travailler dans des structures proposant des consultations sans rendez-vous.
- Déterminer la proportion de jeunes médecins généralistes qui seraient rassurés par une organisation prévoyant des consultations sans rendez-vous de manière à mieux assurer la continuité des soins prévue par l'article 47 du Code de Déontologie Médicale [53] ([Annexe 1](#)).
- Déterminer le pourcentage de jeunes médecins généralistes qu'un emploi dans ce genre de structures inciterait à l'installation.
- Connaître les différentes particularités de ce genre de structures de soins qui pourraient attirer les jeunes médecins généralistes.
- Évaluer la préférence des jeunes médecins généralistes concernant l'organisation de ce type de structures proposant des consultations sans rendez-vous.

2. Type d'étude

Ce travail de thèse est une enquête déclarative prospective portant sur des données individuelles recueillies auprès de jeunes médecins généralistes en cours d'internat ou ayant fini l'internat qui exercent en Nouvelle-Aquitaine ou en région (anciennement) Midi-Pyrénées.

Les données ont été recueillies par le biais d'un questionnaire en ligne Google Forms.

3. Population de l'étude

La population cible étant les jeunes médecins généralistes français, l'échantillon a été établi parmi les internes en médecine générale dépendants des secteurs des CHU de Nouvelle-Aquitaine (Bordeaux, Poitiers, Limoges) et de Toulouse (ancienne région Midi-Pyrénées) ainsi que parmi les médecins généralistes âgés de 40 ans au plus et exerçant dans ces deux régions.

Le nombre de réponses nécessaires à la puissance de l'analyse a été calculé en fonction du critère principal de jugement de la manière suivante :

$$n = t^2 * p * (1-p) / e^2$$

n : taille de l'échantillon

t : coefficient de marge dépendant du taux de confiance

p: proportion

(1-p) : probabilité de réalisation négative

e : marge d'erreur

Avec un taux de confiance de 95 % (t=1,96), une marge d'erreur à 7 % et une proportion hypothétique de 0,5 :

$$n = 1,96^2 * 0,5 * 0,5 / 0,07^2 = \mathbf{196}$$

4. Diffusion du questionnaire et protection des données

La correspondante Informatique et libertés de l'université de Poitiers a été contactée par mail le 20 Mars 2022 et a affirmé que le questionnaire ne nécessitait pas de déclaration auprès de la CNIL.

Elle a cependant suggéré de contacter sa collègue déléguée à la protection des données concernant la sécurité du mode de diffusion du questionnaire, ce qui a été fait sans réponse.

Le questionnaire en ligne a donc été diffusé auprès des jeunes médecins généralistes par le biais des groupes facebook des internes de Poitiers, Limoges et Bordeaux. La gazette en ligne des internes de Toulouse a également accepté de diffuser mon questionnaire.

J'ai aussi adressé mon questionnaire à tous les internes et médecins généralistes inscrits à l'université de Poitiers entre 2014 et 2021 par leurs adresses mails universitaires.

Les URPS de médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine et d'Occitanie ont également été contactées mais sans succès, respectivement pour absence de réponse et refus.

Les douze CDOM de Nouvelle-Aquitaine ainsi que les huit CDOM de l'ancienne région midi-Pyrénées ont aussi été sollicités :

- les CDOM de Charente-Maritime et des Deux-Sèvres ont publié le questionnaire sur leurs sites internet
- les CDOM de Gironde, Corrèze, Creuse et Vienne ont accepté de diffuser le questionnaire par adresses mails préférentiellement aux médecins remplaçants quand cela était possible
- les CDOM de Pyrénées-Atlantiques, Lot-et-Garonne, Haute-Vienne, Haute-Garonne et Ariège ont refusé de diffuser mon questionnaire
- les CDOM de Charente, Landes, Dordogne, Hautes-Pyrénées, Lot, Tarn, Gers, Tarn-et-Garonne et de l'Aveyron n'ont pas répondu.

La période de recueil des données est la suivante : 25 Mars 2022 au 26 Avril 2022 inclus.

5. Questionnaire

Le questionnaire en ligne (**Annexe 2**) comportait au total 13 Questions à Choix Multiples plus une question ouverte concernant l'âge. Les trois premières questions permettaient de déterminer le profil de la personne répondante : sexe, âge et activité professionnelle actuelle (interne, médecin libéral, médecin salarié, médecin en activité mixte libérale et salariée).

Les 11 autres QCM portaient sur l'objectif principal et les différents objectifs secondaires de cette étude. Les propositions de réponses de la plupart des QCM ont été établies selon l'échelle de Likert.

6. Traitement des données et analyses statistiques

Les données recueillies grâce au questionnaire en ligne ont été extraites et travaillées sur un tableur Excel Microsoft® . Plusieurs tests du χ^2 de Pearson ont été réalisés pour évaluer l'indépendance des variables entre elles. Lorsque ceux-ci étaient positifs, l'évaluation du degré de dépendance entre variables a été réalisée par calcul d'odds ratio avec intervalle de confiance à 95 %.

7. Outils bibliographiques

La recherche bibliographique nécessaire à ce travail de thèse a été effectuée par internet grâce à des moteurs de recherche spécialisés comme Pubmed et GoogleScholar ainsi que grâce au moteur de recherche non spécialisé Google.

III. Résultats

1. Taux et nombre de réponses

Le taux de réponses est impossible à établir car le nombre précis de personnes ayant été sollicitées pour répondre à mon questionnaire est inconnu en raison des multiples modes de diffusion utilisés.

Il y avait 242 réponses au total avant exclusion des personnes âgées de plus de 40 ans qui étaient au nombre de 12. Aucun doublon n'a été trouvé et aucun questionnaire n'était mal rempli (question ouverte sur l'âge) ce qui constituait les seuls autres critères d'exclusion.

Le nombre de réponses prises en compte pour l'analyse est donc de **230**.

2. Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon étudié est constitué majoritairement de femmes (n=160 soit 69,6%), les hommes ne représentant que 30,4 % (n=70) (**Figure 1**).

Les personnes ayant répondu étaient âgées de 23 à 40 ans inclus avec une moyenne de **29 ans**, un écart moyen de 2,6 ans et un écart type de 3,4 ans (**Figure 2**). La médiane d'âge est de 28 ans.

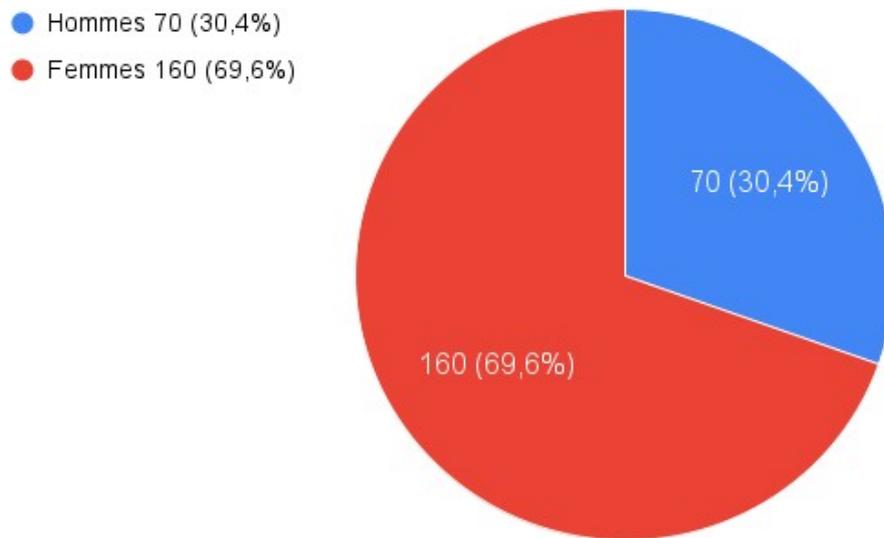


Figure 1 : Proportions des hommes et des femmes parmi les participants

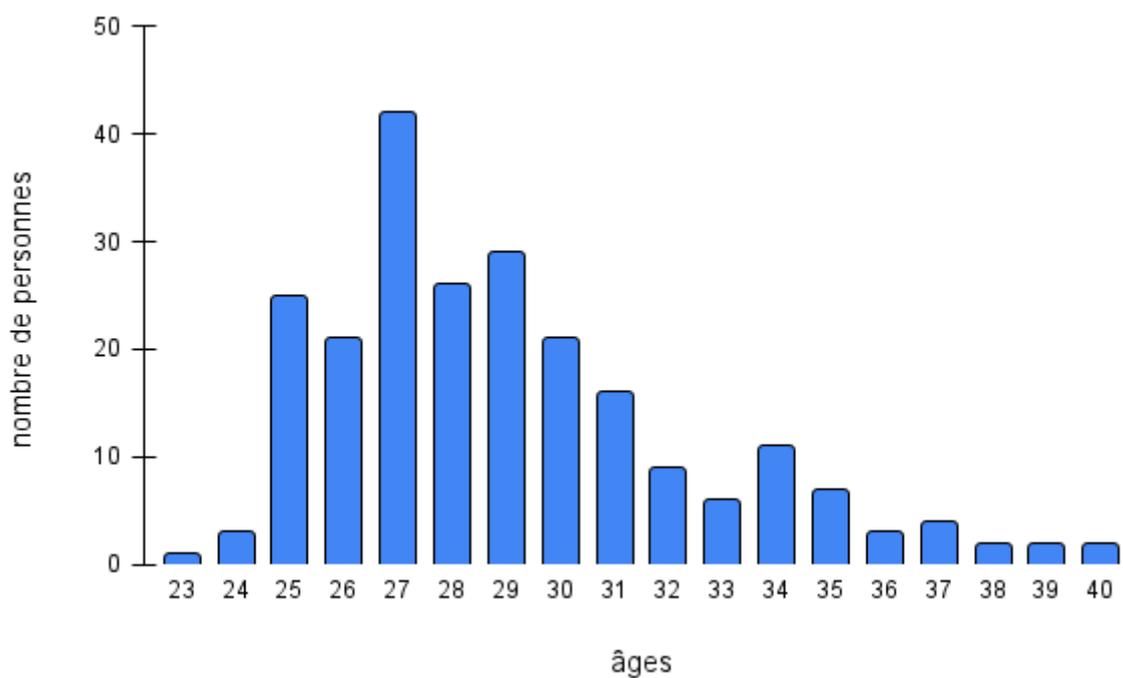


Figure 2 : Répartition des participants en fonction de leur âge

Sur les 230 participants retenus, il y a une majorité d'internes en médecine générale (50,9 % pour n=117) (**Figure 3**).

Les autres catégories d'activité sont réparties de la manière suivante :

- médecins généralistes libéraux : 96 soit 41,7 %
- médecins généralistes salariés : 6 soit 2,6 %
- médecins généralistes avec activité mixte libérale et salariée : 11 soit 4,8 %.

3. Réponses aux questions d'orientation

Concernant l'activité professionnelle envisagée à l'avenir, la plupart des personnes interrogées (165 soit 71,7%) souhaite exercer la médecine en tant que libéral dans une structure de soins regroupant plusieurs médecins voire d'autres professionnels de santé (**Figure 4**). Cette volonté d'exercice est compatible avec l'organisation d'un service de consultation sans rendez-vous puisque celui-ci peut être mis en place justement au sein de ce genre de structures.

Une petite partie des participants souhaite exercer la médecine en tant que salarié (11 soit 4,8%) et 38 personnes envisagent une activité mixte à la fois libérale et salariée soit 16,5 %. Ces deux modes d'exercice de la médecine peuvent aussi être compatibles avec une organisation comprenant des consultations sans rendez-vous.

Seulement 12 participants (5,2%) souhaitent exercer la médecine en tant que praticien libéral isolé, seul en cabinet ce qui semble à priori difficilement compatible avec la mise en place d'un service dédié de consultations sans rendez-vous.

Quatre participants (1,7%) n'ont pas d'avis sur la question.

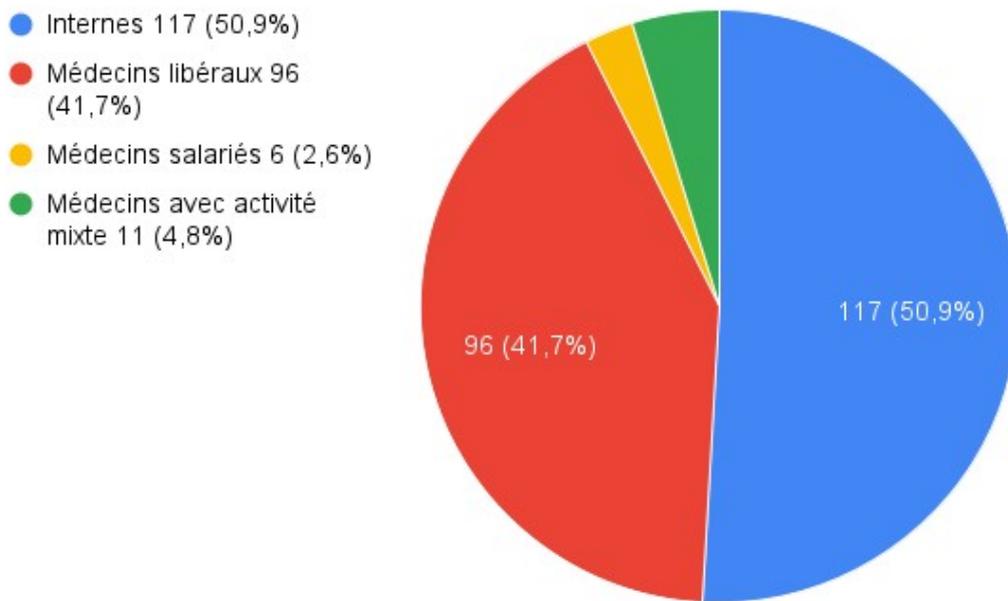


Figure 3 : Répartition des participants en fonction de leur activité professionnelle actuelle

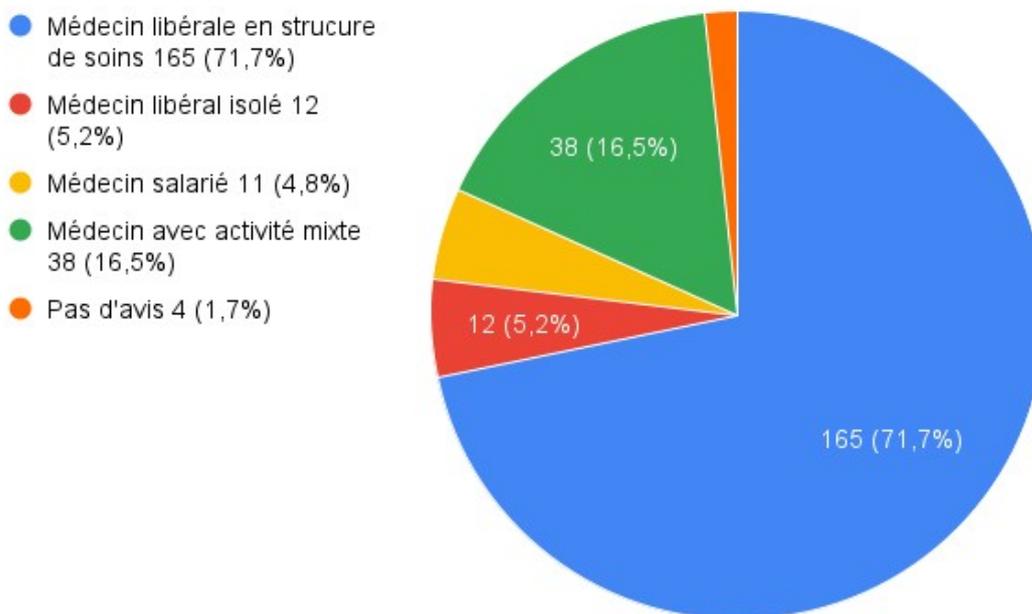


Figure 4 : Répartition des participants en fonction de leur future activité professionnelle envisagée

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, l'Observatoire Régional des Urgences de Nouvelle-Aquitaine relevait, en 2020, 79 % de consultations classées CCMU 1 et CCMU 2.

Au sujet de ce constat fait par l'ORUNA sur les consultations aux urgences relevant de la médecine générale de ville, les réponses, exposées par la **Figure 5**, sont les suivantes :

- Tout à fait d'accord : 102 soit 44,3 %
- D'accord : 103 soit 44,8 %
- Neutre : 20 soit 8,7 %
- Pas d'accord : 5 soit 2,2 %
- Pas du tout d'accord : 0

Quand il s'agit d'identifier la raison principale motivant ces consultations de médecine générale aux urgences, les participants répondent à 81,3 % (n=187) que c'est en raison de l'impossibilité de rendez-vous rapide avec un médecin généraliste.

Les autres réponses, illustrées par la **Figure 6**, sont :

- probable nécessité d'examen complémentaires : 9 soit 3,9 %
- Confiance dans la structure hospitalière vu la gravité médicale supposée: 16 soit 7 %
- Conseil de l'entourage : 5 soit 2,2 %
- Pas d'avance de frais : 13 soit 5,7 %
- Pas d'avis sur la question : 0

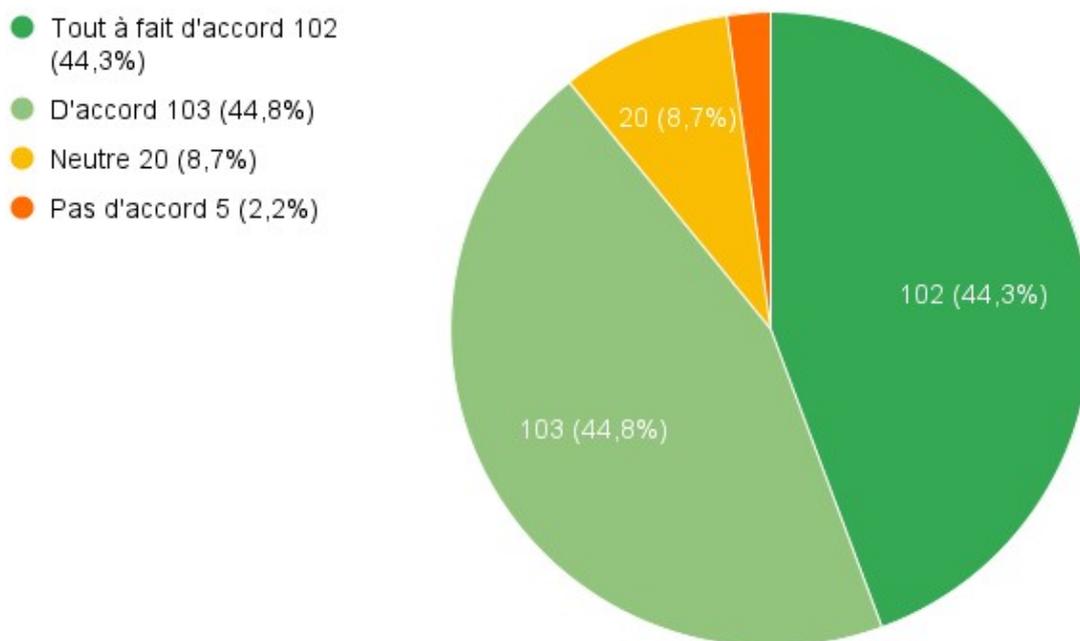


Figure 5 : Répartition des participants selon l'accord ou le désaccord avec le constat fait par l'ORUNA

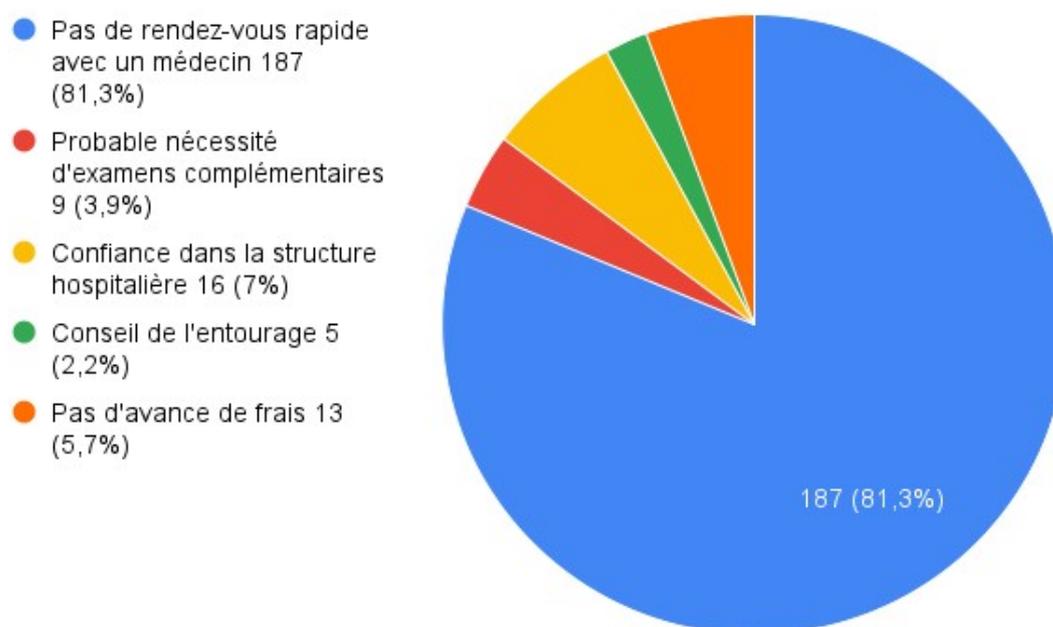


Figure 6 : Les motifs principaux des consultations relevant de la médecine de ville aux urgences selon les participants

Nous avons vu dans l'introduction que les structures de soins proposant des consultations de médecine générale sans rendez-vous semblent se multiplier en France depuis plusieurs années. Il a donc été demandé aux participants de l'étude s'ils pensaient que ce genre de structures pourraient constituer une solution pour diminuer le nombre de consultations relevant de la médecine de ville aux urgences en apportant une réponse à la demande toujours croissante de soins non programmés. Les participants ont répondu majoritairement de manière positive (**Figure 7**) :

- Tout à fait d'accord : 55 soit 23,9 %
- D'accord : 113 soit 49,1 %
- Neutre : 26 soit 11,3 %
- Pas d'accord : 31 soit 13,5 %
- Pas du tout d'accord 5 soit 2,2 %

4. Réponses à la question relative au critère de jugement principal

La réponse à la question portant sur la volonté d'exercer la médecine générale en structures de soins regroupant plusieurs médecins et proposant des consultations sans rendez-vous représente le critère de jugement principal de cette enquête prospective.

Une fois encore, les participants ont répondu positivement en majorité bien que les réponses positives soit inférieures à celles de la question précédente (**Figure 8**) :

- Tout à fait d'accord : 50 soit 21,7 %
- D'accord : 91 soit 39,6 %
- Neutre : 32 soit 13,9 %
- Pas d'accord : 36 soit 15,7 %
- Pas du tout d'accord : 21 soit 9,1 %

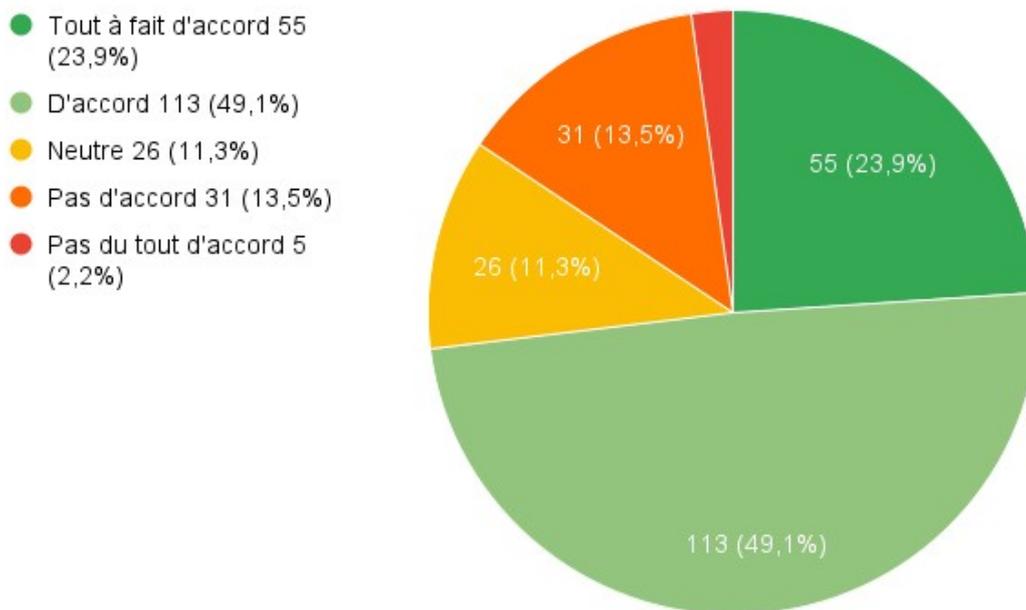


Figure 7 : Répartition des participants selon leur avis positif ou négatif concernant les structures de soins avec possibilité de consultations sans RDV

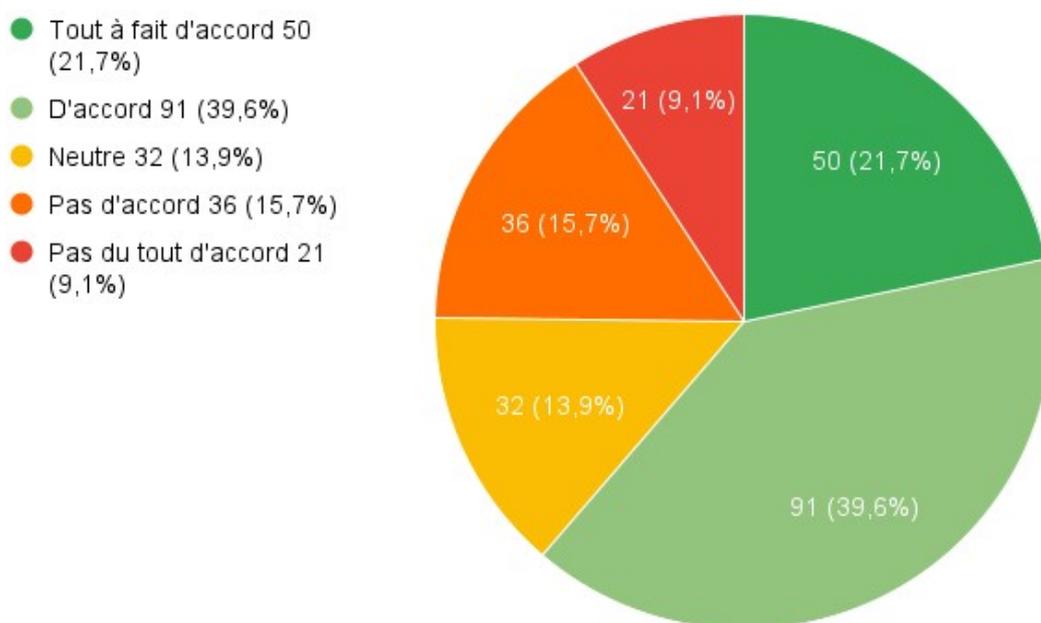


Figure 8 : Proportions de participants qui envisagent ou non de travailler dans une structure de soins proposant des consultations sans RDV

5. Réponses aux questions relatives à l'exercice de la médecine en structures de soins avec possibilité de consultations sans rendez-vous

La première question de ce groupe portait sur la continuité des soins prévue par l'article 47 du Code de Déontologie Médicale [53] (**Annexe 1**) et sur l'éventuel effet rassurant d'exercer la médecine dans une structure de soins proposant des consultations sans rendez-vous vu la meilleure possibilité apparente de continuité des soins. Les réponses sont encore une fois majoritairement positives (**Figure 9**) :

- Tout à fait d'accord : 46 soit 20 %
- D'accord : 103 soit 44,8 %
- Neutre : 43 soit 18,7 %
- Pas d'accord : 28 soit 12,2 %
- Pas du tout d'accord : 10 soit 4,3 %

La question suivante avait pour objet l'incitation à l'installation professionnelle que pourrait entraîner la possibilité de travailler dans ce genre de structures de soins. Cette fois, les résultats sont plus partagés (**Figure 10**) :

- Tout à fait d'accord : 18 soit 7,8 %
- D'accord : 61 soit 26,5 %
- Neutre : 75 soit 32,6 %
- Pas d'accord : 53 soit 23 %
- Pas du tout d'accord : 23 soit 10 %

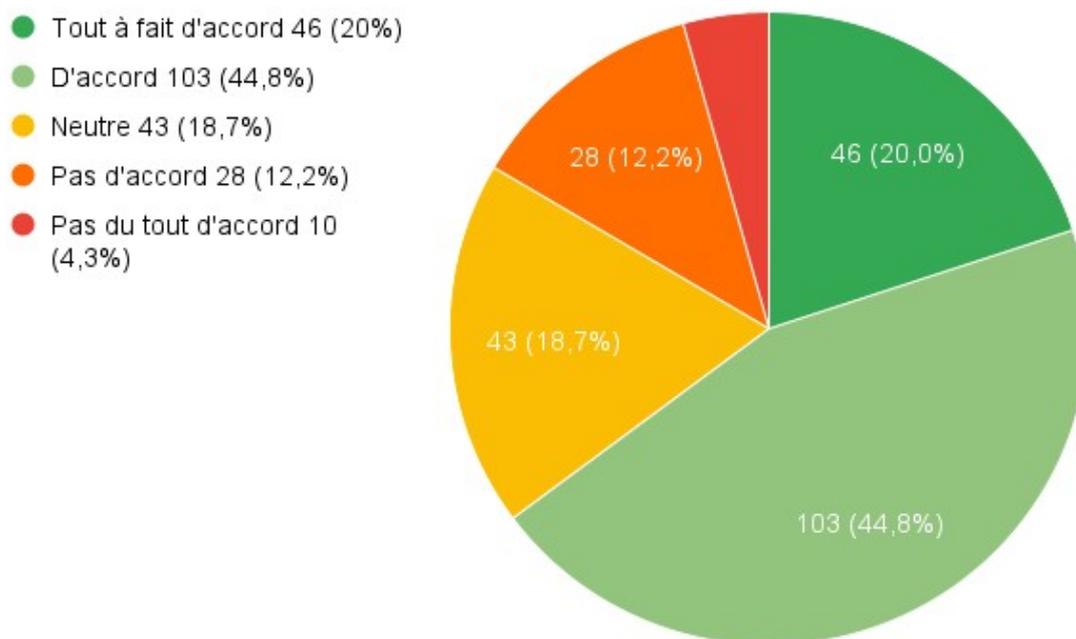


Figure 9 : Répartition des participants en fonction de leur point de vue concernant la continuité des soins et l'article 47 du CDM

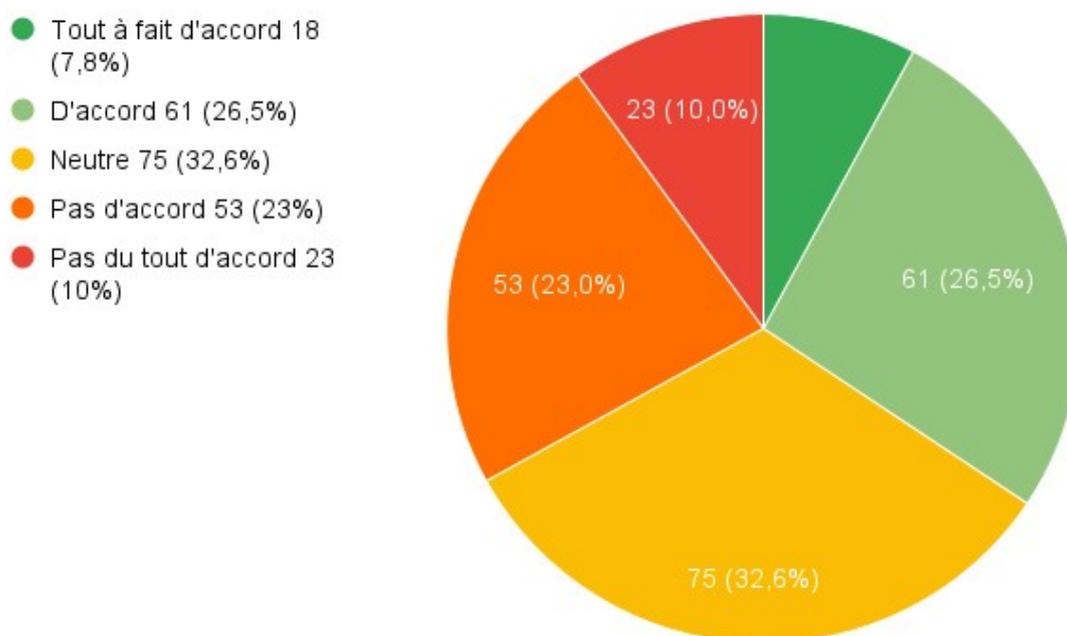


Figure 10 : Répartition en fonction de l'incitation à l'installation induite par la possibilité d'exercer la médecine dans une structure de soins proposant des consultations sans RDV

L'attractivité de l'exercice de la médecine en tant que salarié plutôt que libéral au sein d'une structure de soins proposant des consultations sans rendez-vous faisait l'objet de la question n°11.

Les réponses sont assez variées sans tendance véritable (**Figure 11**) :

- Tout à fait d'accord : 34 soit 14,8 %
- D'accord : 54 soit 23,5 %
- Neutre : 61 soit 26,5 %
- Pas d'accord : 60 soit 26,1 %
- Pas du tout d'accord : 21 soit 9,1 %

La question numéro 12 portait sur trois différentes particularités de la plupart des structures de soins permettant des consultations sans rendez-vous et sur leur effet incitatif à exercer dans ce genre de structures. Les participants devaient choisir les propositions qui les intéresseraient le plus en cas d'exercice de la médecine dans ce type de centres de soins regroupant plusieurs médecins. Il y avait aussi une possibilité d'expression libre pour cette question. De manière globale, la plupart des participants est intéressée par les trois propositions (**Figure 12**) :

- Regroupement de médecins : 173 soit 75,2 %
- Présence d'autres professionnels de santé (infirmiers,...) : 177 soit 77 %
- Décharge administrative grâce à un secrétariat commun : 194 soit 84,3 %

Parmi les réponses libres, on retrouve :

- 3 suggestions de mise à disposition d'un plateau d'imagerie avec rendez-vous rapide si besoin
- 3 suggestions de mutualisation du matériel médical avec un moindre coût pour chaque médecin
- 2 répondants intéressés par une prise en charge multidisciplinaire et le travail d'équipe
- 2 répondants seraient intéressés par un salaire attractif et 2 autres proposent la création d'une cotation supplémentaire spécifique aux consultations en urgence sans rendez-vous
- 2 participants intéressés par la diversification des motifs de consultation grâce aux consultations en urgence
- 1 suggestion de liaison avec un SAU
- 1 suggestion de présence de matériel d'urgence (sutures, plâtres,...)
- 1 suggestion de développement d'actions de prévention
- 1 participant intéressé par l'idée de n'exercer dans cette structure qu'une ou deux fois par semaine pour avoir une activité médicale dans une autre structure
- 1 répondant intéressé par l'organisation des congés qui semble plus simple car plusieurs médecins
- 1 participant intéressé par la possibilité de partage d'autres tâches (visites dont urgentes,...)

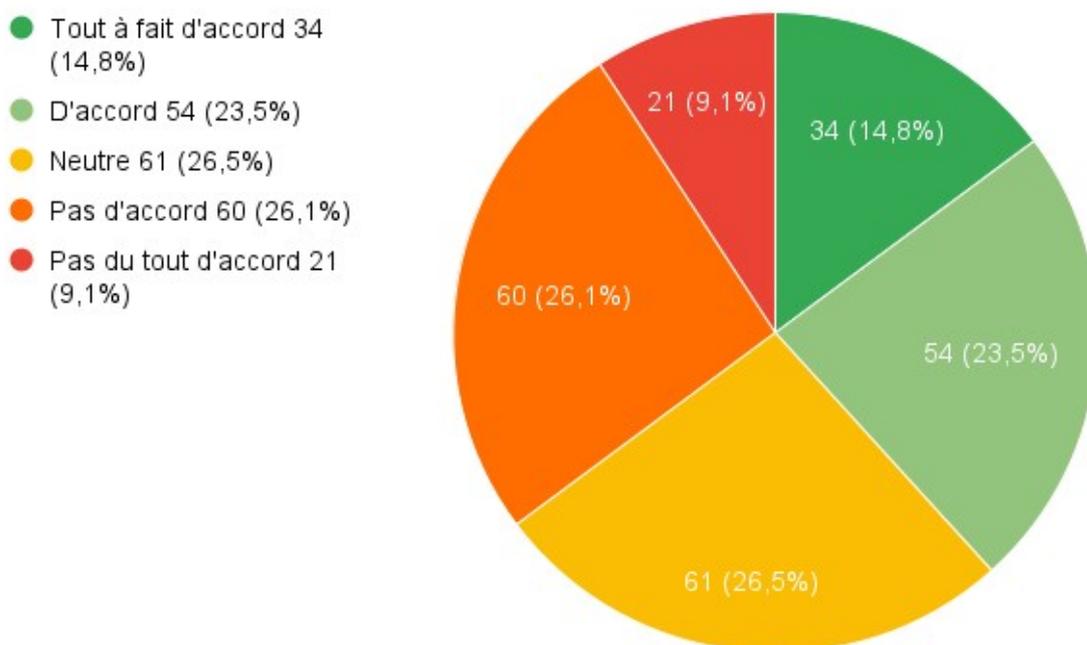


Figure 11 : Proportions des participants intéressés ou non par un emploi salarié plutôt que libéral au sein d'un établissement de soins proposant des consultations sans RDV

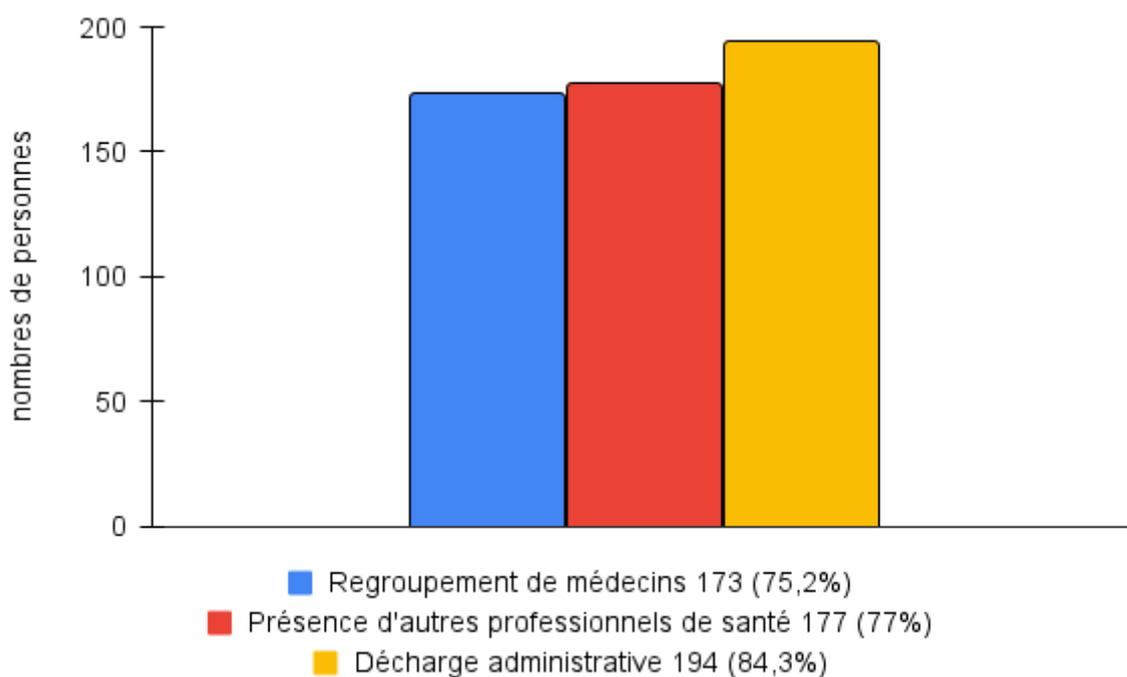


Figure 12 : Proportions de participants intéressés par chacune des trois particularités proposées concernant les centres de soins avec possibilité de consultations sans RDV

Les deux dernières questions portaient sur l'organisation entre médecins nécessaire à la possibilité de consultations sans rendez-vous au sein d'un centre de soins.

La question 13 demandait l'avis des participants concernant la proposition d'organisation suivante : un médecin de la structure de soins consulte avec quelques créneaux réguliers réservés aux consultations sans RDV durant 1/2 journée ou une journée entière dans la semaine avec roulement des "journées avec créneaux sans RDV" entre les médecins au cours des semaines.

Voici les réponses obtenues qui montrent la faveur d'une majorité des participants pour cette proposition (**Figure 13**) :

- Tout à fait d'accord : 53 soit 23 %
- D'accord : 103 soit 44,8 %
- Neutre : 30 soit 13 %
- Pas d'accord : 28 soit 12,2 %
- Pas du tout d'accord : 16 soit 7 %

La dernière question proposait une alternative à la première proposition d'organisation entre médecins concernant les créneaux « sans rendez-vous » :

chaque journée est partagée en différentes plages horaires comportant quelques créneaux sans rendez-vous, chacune étant dédiée à un médecin de la structure avec roulement de ces plages horaires entre les médecins d'un jour sur l'autre.

Les réponses obtenues nous montrent que ce système d'organisation est moins apprécié que le premier par les participants (**Figure 14**) :

- Tout à fait d'accord : 29 soit 12,6 %
- D'accord : 69 soit 30 %
- Neutre : 48 soit 20,9 %
- Pas d'accord : 61 soit 26,5 %
- Pas du tout d'accord : 23 soit 10 %

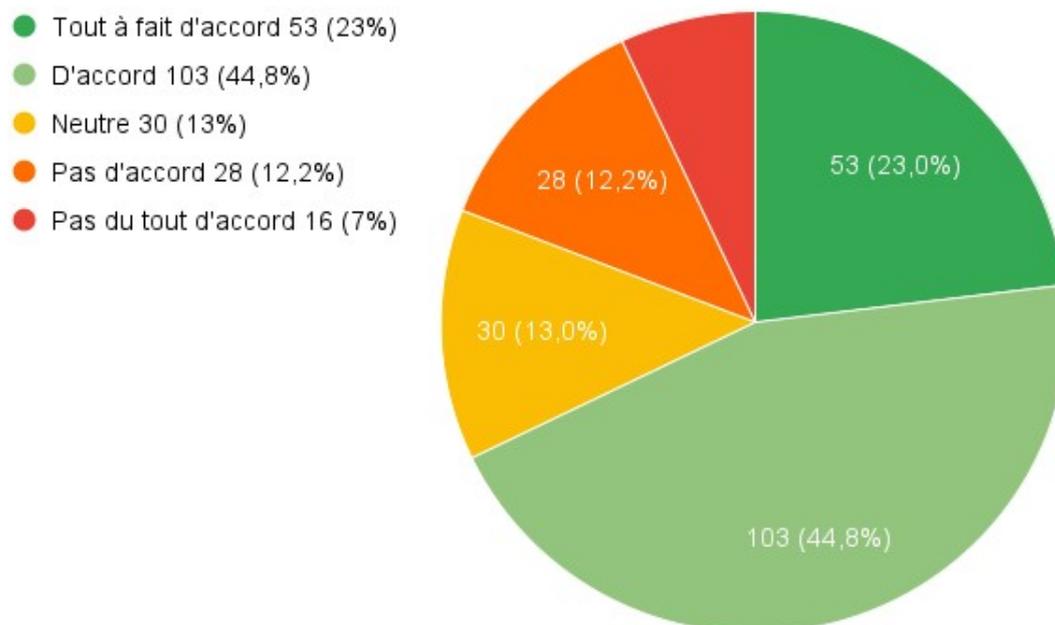


Figure 13 : Répartition des participants en fonction de leur intérêt pour la proposition d'organisation de la question 13

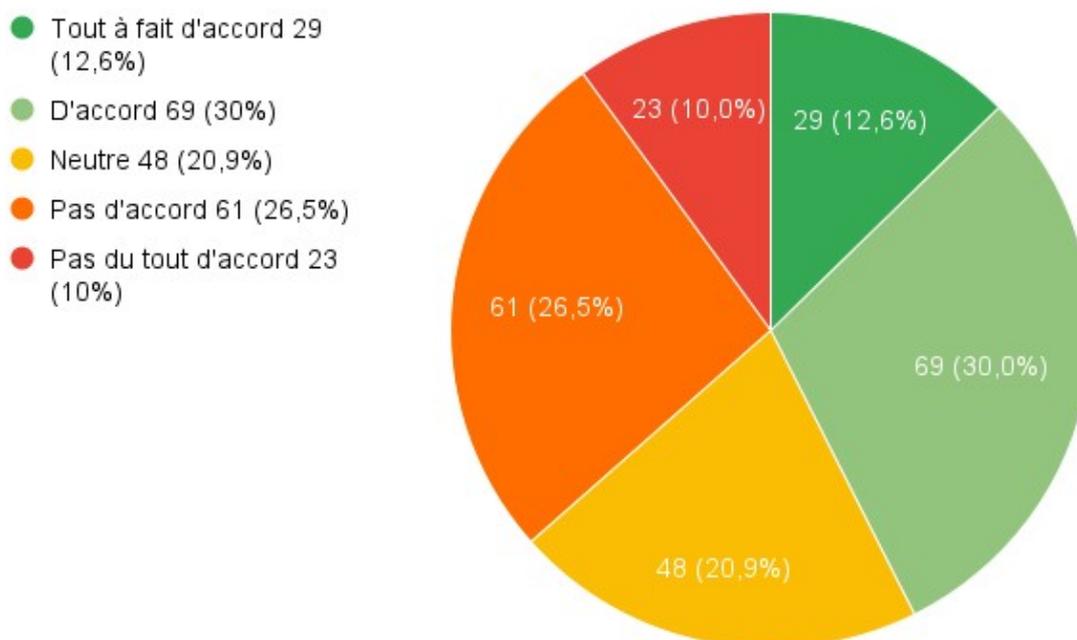


Figure 14 : Répartition des participants en fonction de leur intérêt pour le système d'organisation décrit dans la question 14

6. Influence des variables entre elles avec tests du khi² et odds ratio

Afin de vérifier l'indépendance supposée des variables entre elles, des tests du khi² ont été effectués pour 4 variables qui étaient les réponses aux questions :

- numéro 8 : critère de jugement principal portant sur l'intention probable d'exercer en structures de soins proposant des consultations sans rendez-vous
- numéro 1 : sexe des participants
- numéro 2 : âge des participants
- numéro 3 : activité professionnelle actuelle des participants

Aucune influence significative du sexe des participants sur leur manière de répondre à toutes les autres questions n'a été mise en évidence. En effet, tous les tests du khi² étaient négatifs concernant cette variable.

Je ne vous présenterai donc pas les différents tests effectués portant sur la variable « sexe des participants ».

7. Influence des variables sur la réponse à la question du critère de jugement principal

Comme nous venons de le voir, le sexe des participants (question 1) n'influence pas leur réponse à la question numéro 8 (intention d'exercer en structures de soins proposant des consultations sans rendez-vous). Des liens de dépendance avec la réponse à la question 8 ont été retrouvés pour les variables des questions 2, 3, 7, 9, 10.

Concernant l'âge (question 2), une dépendance a été retrouvée entre cette variable et la réponse numéro 8 :

- Test khi² positif avec $p < 0,01$
- Odds ratio de 2,69 avec Intervalle de Confiance à 95 % de [1,51-4,8]

Pour effectuer le test du khi², les participants ont été répartis en 4 catégories d'âge :

- les 26 ans ou moins au nombre de 50
- les 27-28 ans au nombre de 68
- les 29-30 ans au nombre de 50
- les 31 ans ou plus au nombre de 62

Pour effectuer le test de l'odds ratio, les participants ont été répartis en 2 catégories d'âge :

- 118 participants de 28 ans ou moins
- 112 participants de 29 ans ou plus

De plus, les participants ayant répondu de manière positive (Tout à fait d'accord ou d'accord) ont été rassemblés de même que les participants ayant répondu de manière négative (Pas d'accord ou Pas du tout d'accord). Les participants ayant répondu « Neutre » ont été répartis équitablement entre les deux premières catégories.

Voici la répartition finale pour le calcul de l'odds ratio :

Âge / Question 8	Réponse positive	Réponse négative	Totaux
Âge ≤ 28 ans	93	25	118
Âge ≥ 29 ans	65	47	112
Totaux	158	72	230

Odds ratio = $(93 \cdot 47) / (65 \cdot 25) = 2,69$ avec IC à 95 % [1,51-4,8]

[IC = $e^{\ln(2,69) - 1,96 \times \sqrt{(1/93 + 1/47 + 1/65 + 1/25)}}$]

Nous pouvons en conclure que, parmi les participants de cette étude, ceux de 28 ans ou moins répondent 2,69 fois plus souvent de manière positive à la question 8 (intention d'exercer en structures proposant des consultations sans rendez-vous) que ceux âgés de 29 ans ou plus.

En ce qui concerne l'activité professionnelle au moment de l'étude (question 3), un lien de dépendance a été retrouvé entre cette variable et la réponse à la question 8 :

- Test du χ^2 positif avec $p < 0,001$
- Odds ratio de 3,24 avec IC à 95 % [1,8-5,83]

Pour effectuer l'odds ratio, la répartition des participants a été la même que précédemment concernant leur réponse à la question 8. Pour l'activité professionnelle, les médecins libéraux, salariés et en activité mixte ont été regroupés :

Activité / Question 8	Réponse positive	Réponse négative	Totaux
Internes	94	23	117
Médecins	63	50	113
Totaux	157	73	230

Odds ratio = $(94 \times 50) / (63 \times 23) = 3,24$ avec IC à 95 % [1,8-5,83]

Dans cette étude, les internes en médecine générale répondent 3,24 fois plus de manière positive à la question 8 (intention d'exercer en structures proposant des consultations sans rendez-vous) que les médecins qu'ils soient libéraux, salariés ou en activité mixte.

En ce qui concerne la question 7 portant sur l'intérêt des structures de soins avec possibilité de consultations sans rendez-vous pour décharger les urgences des consultations relevant de la médecine de ville, un lien de dépendance a été retrouvé avec la réponse à la question 8 :

- Test du khi positif avec $p < 0,001$
- Odd ratio de 9,81 avec IC à 95 % [4,81-19,99]

Pour effectuer l'odds ratio, la répartition des participants a été la même que précédemment concernant leurs réponses aux questions 7 et 8 :

Question 7/ Question 8	Réponse positive	Réponse négative	Totaux
Question 7 positive	141	38	179
Question 7 négative	14	37	51
Totaux	155	75	230

Odds ratio = $(114 \times 37) / (38 \times 14) = 9,81$ avec IC à 95 % [4,81-19,99]

Dans cette étude, les personnes qui pensent que des structures de soins avec possibilité de consultations sans rendez-vous permettraient de diminuer l'afflux aux urgences de patients relevant de la médecine générale répondent 9,81 fois plus qu'ils seraient prêts à exercer dans ce genre de structures que ceux qui pensent le contraire.

Au sujet de la question 9, portant sur la continuité des soins et l'article 47 du CDM, un lien de dépendance a aussi été retrouvé avec la réponse à la question 8 :

Test du khi² positif avec $p < 0,001$

- Odds ratio à 10,06 avec IC à 95 % [5,13-19,72]

Pour effectuer l'odds ratio, la répartition des participants a été la même que précédemment concernant leurs réponses aux questions 8 et 9 :

Question 9/ Question 8	Réponse positive	Réponse négative	Totaux
Question 9 positive	138	32	170
Question 9 négative	18	42	60
Totaux	156	74	230

Odds ratio = $(138*42) / (32*18) = 10,06$ avec IC à 95 % [5,13-19,72]

Au cours de cette étude, les participants qui se sentiraient rassurés du point de vue de la continuité des soins et du CDM en travaillant dans les structures de soins avec possibilité de « sans rendez-vous » ont répondu 10,06 fois plus que les autres qu'ils seraient prêts à exercer dans ce type de structures.

À propos de la question 10 qui concerne l'incitation à l'installation, un lien de dépendance a été retrouvé avec la réponse à la question 8 :

- Test du khi² positif avec $p < 0,001$

- Odds ratio à 7,02 avec IC à 95 % [3,65-13,51]

Pour effectuer l'odds ratio, la répartition des participants a été la même que précédemment concernant leurs réponses aux questions 8 et 10 :

Question 10 / Question 8	Réponse positive	Réponse négative	Totaux
Question 10 positive	100	15	115
Question 10 négative	56	59	215
Totaux	156	74	230

$$\text{Odds ratio} = (100 \cdot 59) / (15 \cdot 56) = 7,02 \text{ avec IC à } 95 \% [3,65-13,51]$$

Lors de cette enquête, les participants que la possibilité de travailler dans une structure de soins avec possibilité de « sans rendez-vous » pousserait à l'installation ont répondu 7,02 fois plus que les autres qu'ils seraient prêts à exercer dans ce type de structures.

8. Influence de l'âge des participants sur leur manière de répondre aux questions de l'enquête

Un lien de dépendance a été retrouvé entre l'âge des participants et leur manière de répondre aux questions 6, 7, 8, 10 et 13 de l'étude.

S'agissant des réponses à la question 6 (quel motif principal des consultations aux urgences plutôt que dans un cabinet en ville) , un lien de dépendance a été mis en évidence avec l'âge des participants de l'étude :

- Test du khi² positif avec $p < 0,01$
- Odds ratio de 2,95 avec IC à 95 % [1,45-6,01]

Pour le test du khi², les différentes catégories d'âge sont les mêmes que précédemment (cf. p28)

Pour le test de l'odds ratio, la répartition des participants selon leurs âges et leurs réponses à la question 6 a été la suivante :

- âge ≤ 28 ans et âge ≥ 29 ans
- Réponse « pas de médecin généraliste disponible le jour même... » et toutes les autres réponses (probables examens complémentaires, confiance en l'hôpital, conseil de l'entourage, pas d'avance de frais) ce qui donne :

Âge / Question 6	Réponse « pas de médecin disponible... »	Autres réponses	Totaux
Âge ≤ 28 ans	105	13	118
Âge ≥ 29 ans	82	30	112
Totaux	187	43	230

$$\text{Odds ratio} = (105 \cdot 30) / (13 \cdot 82) = 2,95 \text{ avec IC à } 95 \% [1,45-6,01]$$

Les participants à cette enquête ayant 28 ans ou moins ont répondu 2,95 fois plus « pas de médecin disponible le jour même ... » que les participants âgés d'au moins 29 ans.

À propos de la réponse à la question 7 portant sur l'utilité des structures de soins proposant du « sans rendez-vous », un lien de dépendance a aussi été mis en évidence avec l'âge :

- Test du khi² positif avec $p < 0,05$
- Odds ratio de 3,12 avec IC à 95 % [1,59-6,12]

La répartition des participants, selon leurs âges et leurs réponses à la question 7, pour réaliser le test de l'odds ratio a été la suivante :

- âge ≤ 28 ans et âge ≥ 29 ans
- Réponse positive (Tout à fait d'accord, D'accord et la moitié de la catégorie Neutre) et réponse négative (Pas d'accord, Pas du tout d'accord et la moitié de la catégorie Neutre)

Âge / Question 7	Réponses positives	Réponses négatives	Totaux
Âge ≤ 28 ans	103	15	118
Âge ≥ 29 ans	77	35	112
Totaux	180	50	230

$$\text{Odds ratio} = (103 \cdot 35) / (15 \cdot 77) = 3,12 \text{ avec IC à } 95 \% [1,59-6,12]$$

Les répondants à l'enquête âgés de 28 ans ou moins ont répondu 3,12 fois plus de manière positive que ceux âgés de 29 ans ou plus à la question 7 concernant l'utilité de centres de soins proposant des consultations « sans rendez-vous ».

Le lien de dépendance entre l'âge et la réponse à la question 8, critère de jugement principal, a déjà été détaillé dans la partie précédente.

En ce qui concerne la question 10 (incitation à l'installation professionnelle), là encore un lien de dépendance existe entre l'âge des participants et leurs réponses à cette question :

- Test du khi² positif avec $p < 0,01$
- Odds ratio de 2,09 avec IC à 95 % [1,24-3,54]

La répartition des participants pour le calcul de l'odds ratio a été la même que pour la question précédente :

Âge / Question 10	Réponses positives	Réponses négatives	Totaux
Âge ≤ 28 ans	70	48	118
Âge ≥ 29 ans	46	66	112
Totaux	116	114	230

$$\text{Odds ratio} = (70 \cdot 66) / (48 \cdot 46) = 2,09 \text{ avec IC à } 95 \% [1,24-3,54]$$

Pour cette enquête, les participants âgés au maximum de 28 ans seraient incités à s'installer en cas d'exercice dans une structure de soins proposant du « sans rendez-vous » 2,09 fois plus que ceux âgés de 29 ans ou plus.

Au sujet de la réponse à la question 13 (organisation des consultations « sans rendez-vous » par journées entières pour chaque médecin), l'âge des participants influence encore leur réponse :

- Test du khi² positif avec $p < 0,05$
- Odds ratio de 2,24 avec IC à 95 % [1,22-4,11]

La répartition des participants pour le calcul de l'odds ratio a été la même que pour les deux questions précédentes :

Âge / Question 13	Réponses positives	Réponses négatives	Totaux
Âge ≤ 28 ans	96	22	118
Âge ≥ 29 ans	74	38	112
Totaux	170	60	230

$$\text{Odds ratio} = (96 \cdot 38) / (22 \cdot 74) = 2,24 \text{ avec IC à } 95 \% [1,22-4,11]$$

Au cours de cette enquête, les participants de 28 ans ou moins sont 2,24 fois plus en accord avec l'organisation décrite dans la question 13 que ceux âgés de 29 ans ou plus.

9. Influence de l'activité professionnelle des participants sur leur manière de répondre aux questions de l'enquête

L'activité professionnelle des participants a influencé leurs réponses aux questions 6, 7, 8, 9 et 10 de l'enquête.

En ce qui concerne la réponse à la question 6, portant sur le motif principal de recours aux urgences plutôt que d'un médecin en ville, un lien de dépendance a été mis en évidence avec l'activité professionnelle des participants :

- Test du khi² positif avec $p < 0,01$
- Odds ratio de 2,89 avec IC à 95 % [1,42-5,86]

La répartition des participants pour le calcul de l'odds ratio a été la suivante :

- Internes en médecine générale et médecins généralistes qu'ils soient libéraux, salariés ou en activité mixte
- Réponse « Pas de médecin disponible... » et toutes les autres réponses (probables examens complémentaires, confiance en l'hôpital, conseil de l'entourage, pas d'avance de frais)

Activité / Question 6	Réponse « pas de médecin disponible... »	Autres réponses	Totaux
Internes	104	13	117
Médecins	83	30	113
Totaux	187	43	230

$$\text{Odds ratio} = (104 \cdot 30) / (13 \cdot 83) = 2,89 \text{ avec IC à 95 \% [1,42-5,89]}$$

Pour la question 6 de cette étude, les internes en médecine générale répondent « pas de médecin disponible... » 2,89 fois plus que les médecins généralistes qu'ils soient libéraux, salariés ou en activité mixte.

À propos de la question 7 sur l'intérêt des structures de soins proposant des consultations sans rendez-vous, l'activité professionnelle a aussi influencé la réponse des participants de l'enquête :

- Test du khi² positif avec $p < 0,001$
- Odds ratio de 4,43 avec IC à 95 % [2,17-9,04]

Pour le calcul de l'odds ratio, les participants de l'étude ont été répartis de la manière suivante :

- Internes en médecine générale et médecins généralistes qu'ils soient libéraux, salariés ou en activité mixte
- Réponses positives à la question 7 (Tout à fait d'accord, D'accord et la moitié des réponses Neutre) et réponses négatives (Pas d'accord, Pas du tout d'accord et la moitié des réponses Neutre)

Activité / Question 7	Réponses positives	Réponses négatives	Totaux
Internes	105	12	117
Médecins	75	38	113
Totaux	180	50	230

Odds ratio = $(105 \cdot 38) / (12 \cdot 75) = 4,43$ avec IC à 95 % [2,17-9,04]

Au cours de cette enquête, les internes en médecine générale trouvent que les centres de soins proposant des « consultations sans rendez-vous » sont utiles pour désengorger les urgences de manière 4,43 fois plus élevée que les médecins qu'ils soient libéraux, salariés et en activité mixte.

Au sujet de l'influence de l'activité professionnelle des participants sur leur réponse à la question 8, critère de jugement principal, le détail des tests a déjà été donné dans la partie concernant la dépendance entre les réponses aux différentes questions et la réponse pour le critère de jugement principal (intention d'exercer la médecine en structures de soins proposant du « sans rendez-vous »).

En ce qui concerne la réponse à la question 9 qui porte sur la continuité des soins et l'article 47 du CDM, l'activité professionnelle a bien influencé la réponse :

- Test du khi² positif avec $p < 0,01$
- Odds ratio de 2,41 avec IC à 95 % [1,31-4,44]

Pour le calcul de l'odds ratio, les participants de l'enquête ont été répartis de la même manière que pour les questions précédentes :

Activité / Question 9	Réponses positives	Réponses négatives	Totaux
Internes	96	21	117
Médecins	74	39	113
Totaux	170	60	230

Odds ratio = $(96 \times 39) / (21 \times 74) = 2,41$ avec IC à 95 % [1,31-4,44]

Les internes en médecine générale sont donc 2,41 fois plus rassurés par le travail en structures de soins avec du « sans rendez-vous » concernant la continuité des soins prévue par l'article 47 du CDM que les médecins libéraux, salariés et mixtes.

S'agissant de la question 10 qui concerne l'installation professionnelle en cas de possibilité de travail dans une structure de soins avec consultations sans rendez-vous, en toute logique, l'activité professionnelle influence encore la réponse des participants :

- Test du khi² positif avec $p < 0,001$
- Odds ratio de 2,91 avec IC à 95 % [1,7-4,97]

Pour le calcul de l'odds ratio, les participants de l'enquête ont été répartis de la même manière que pour la question précédente :

Activité / Question 10	Réponses positives	Réponses négatives	Totaux
Internes	74	43	117
Médecins	42	71	113
Totaux	116	114	230

Odds ratio = $(74 \times 71) / (43 \times 42) = 2,91$ avec IC à 95 % [1,7-4,97]

En cas de possibilité d'exercice en structures de soins proposant du « sans rendez-vous », les internes en médecine générale seraient incités à s'installer 2,91 fois plus que les médecins généralistes qu'ils soient libéraux, salariés ou en activité mixte.

IV. Discussion

1. Analyse des résultats

De manière globale, les réponses des participants confirment l'intérêt et l'importance du développement de centres de soins regroupant plusieurs médecins et pouvant proposer un service de consultations sans rendez-vous.

En effet, **89,1 %** des participants sont d'accord (Tout à fait d'accord + D'accord) avec le constat fait par l'ORUNA concernant les consultations aux urgences classées CCMU 1 et CCMU 2 et qui pourraient être prises en charge, pour la plupart, par la médecine de ville.

L'intérêt de développer une offre de soins sans rendez-vous pour répondre à la demande toujours croissante de soins non programmés est lui aussi confirmé par les réponses des jeunes médecins généralistes ayant répondu à cette enquête : **81,3 %** pensent que c'est l'impossibilité d'avoir un rendez-vous rapide avec un généraliste en ville qui pousse les gens à consulter aux urgences.

Les participants de l'étude, potentiels médecins des centres de soins avec possibilité de « sans rendez-vous », pensent à **72,9 %** que ce genre de structures de soins serait une bonne solution pour répondre à la demande de soins non programmés et diminuer ainsi le nombre de consultations relevant de la médecine générale aux urgences.

Le développement de ce genre de structures nécessite le regroupement et le travail d'équipe de plusieurs médecins réunis dans chaque centre de soins proposant des consultations sans rendez-vous. La volonté de **71,7 %** des jeunes médecins de travailler à l'avenir dans une structure de soins regroupant plusieurs médecins est encourageante et rend possible le développement de centres de soins proposant des consultations sans rendez-vous. Les participants voulant être salariés (4,8%) ou avoir une activité mixte à la fois libérale et salariée (16,5%) pourraient tout à fait prendre part eux aussi au service de consultations sans rendez-vous. Les seuls médecins généralistes à priori exclus de ce système sont les libéraux isolés, seuls en cabinet mais heureusement seulement **5,2 %** des jeunes médecins généralistes souhaitent exercer la médecine de cette manière à l'avenir.

Le **critère de jugement principal** de cette étude est l'intention de travailler dans ce type de centres de soins qui regroupent plusieurs médecins et qui permettent des consultations sans rendez-vous.

L'enquête est concluante puisque **61,3 %** des participants seraient intéressés par l'exercice de la médecine dans ce type de structures.

Il ressort des réponses à ces 5 premières questions que les jeunes médecins généralistes ont, pour la plupart, bien conscience de l'engorgement des services d'urgence par des patients relevant trop souvent de la médecine de ville et qu'ils sont en majorité prêts à travailler au développement d'une offre de soins sans rendez-vous .

Nous allons maintenant aborder les éléments qui pourraient inciter les jeunes médecins généralistes à exercer dans des centres de soins avec consultations sans rendez-vous.

Pour **64,8 %** des participants de l'étude, l'organisation entre plusieurs médecins d'un service de soins sans rendez-vous permet une meilleure continuité des soins telle que prévue par l'article 47 du Code de Déontologie Médicale ce qui les rassure quant au respect de cette règle de déontologie et au suivi de leurs patients.

Un travail d'équipe entre médecins permettant cette offre de soins particulière est donc déjà un élément attractif pour la plupart des jeunes médecins. La réponse à la question 12 illustre bien ce fait puisque **75,2 %** des jeunes médecins interrogés jugent le regroupement de médecins comme étant un élément attractif des centres de soins « sans rendez-vous ».

La présence d'autres professionnels de santé est aussi jugée attractive par **77 %** des participants de l'enquête. Plusieurs d'entre eux ont même signalé leur intérêt pour un travail multidisciplinaire avec d'autres professionnels de santé ainsi qu'avec des médecins d'autres spécialités.

La charge administrative est une contrainte préoccupante pour les jeunes médecins interrogés puisque **84,3 %** d'entre eux jugent attractif le principe d'un secrétariat commun à toute la structure de soins permettant en partie de se décharger de ce poids souvent bien lourd [9, 34]. Cela permettrait aussi de diminuer le temps de consultation qui est l'un des plus élevés d'Europe (16-18 minutes [26, 35, 36, 60]) peut-être grâce à l'intervention supplémentaire d'assistants de consultation.

La diminution des frais professionnels pour chaque médecin du fait du regroupement et de la mise en commun des locaux et du matériel pour les consultations « urgentes » est aussi un élément intéressant pour certains d'entre eux qui se sont exprimés librement sur ce sujet en répondant à la question 12.

De même, plusieurs participants ont parlé de leur intérêt pour un salaire attractif ce qui semble normal. Deux d'entre eux proposent la mise en place d'une cotation particulière aux consultations sans rendez-vous.

Nous avons vu dans l'introduction que la proportion de médecins généralistes salariés est en constante augmentation depuis plusieurs années [30, 32]. La présente enquête n'a pas mis en évidence d'augmentation du souhait d'emploi salarié puisque les participants sont **21,3 %** à envisager une activité salariée pure ou mixte quelle que soit la structure dans laquelle ils exerceraient et que ce résultat est similaire à celui de l'enquête de l'ISNAR-IMG réalisée en 2011 auprès des internes de médecine générale (**22%**) [61]. Cependant, quand il s'agit d'exercer la médecine dans des structures proposant des consultations sans rendez-vous, les participants répondent à **38,3 %** qu'une activité salariée est plus attractive pour eux qu'une activité libérale. En excluant de l'analyse les participants qui exercent déjà en tant que salariés ou en activité mixte et qui souhaitent continuer ce type d'exercice (8 soit 3,47%) , cela donne **36%** des internes et médecins qui préféreraient exercer la médecine en tant que salariés dans des centres « sans rendez-vous » $[(80/222)*100]$.

Il semble important de prendre en compte cet élément pour le développement de nouvelles structures de soins qui proposeraient un service de consultations sans rendez-vous où les médecins qui le souhaitent pourraient être salariés de l'État ou des collectivités territoriales.

Ce phénomène d'attractivité de l'emploi salarié devrait aussi faire repenser l'organisation et la rémunération de la médecine libérale qui est de moins en moins « rentable » au fil du temps avec pourtant toujours autant de contraintes sinon plus... [62, 63, 64]

Concernant l'incitation à l'installation en cas de possibilité d'exercice dans les structures de soins proposant du « sans rendez-vous », les participants de cette enquête sont **34,3 %** à répondre favorablement et 32,6 % ont répondu de manière neutre. Le fait que plus du tiers des personnes interrogées affirment penser à s'installer en cas de travail dans ces structures est véritablement un élément positif poussant à développer ce type de centres de soins notamment dans les zones dites de « déserts médicaux » [65, 66] (**Annexe 3**). En effet, l'attractivité de ces centres pour une partie des jeunes médecins permettrait d'augmenter l'offre de soins dans ces zones peu peuplées en médecins. Par ailleurs, l'enquête de l'ISNAR-IMG de 2011 [61] signalait que la principale crainte des internes vis à vis d'une installation en milieu rural sous doté en médecins était la surcharge de travail au détriment de la vie de famille. Le regroupement de médecins pourrait permettre une diminution de la charge individuelle de travail et donc être un élément attractif pour les jeunes générations qui,

majoritairement, ne souhaitent pas exercer la médecine libérale en étant isolé, seul en cabinet privé (5,2 % seulement dans cette étude).

Au sujet de l'organisation permettant de proposer aux patients un service de soins sans rendez-vous, une majorité des participants à cette enquête (**57,8%**) approuve l'idée que chaque médecin de la structure devrait assumer seul ces soins particuliers au cours d'une journée entière ou plus par semaine. L'autre proposition d'organisation avec les journées partagées en plages horaires dédiées à chaque médecin pour les consultations sans rendez-vous a séduit moins de participants (**42,6%**).

En effet, le premier type d'organisation permettrait de n'être présent au sein de la structure de soins pour les consultations sans rendez-vous que deux ou trois jours par semaine, ce qui permettrait d'avoir une activité médicale supplémentaire comme suggéré par plusieurs participants dans leurs réponses libres à la question 12 de l'enquête. Ce mode de fonctionnement est aussi propice au développement d'une activité mixte à la fois libérale et salariée comme souhaité par 16,5 % des personnes interrogées.

De manière générale, on trouve une différence de réponses en fonction de l'âge et de l'activité professionnelle des participants. En effet, plus les participants sont jeunes et donc internes en médecine générale et plus ils semblent favorables à la création de centres de soins proposant des consultations sans rendez-vous. Ceci est un exemple illustrant le désir de réorganisation de la médecine de ville par les jeunes générations de médecins généralistes qui semble correspondre aux nécessités actuelles de santé publique en raison de la démographie médicale en baisse et de la demande croissante de soins non programmés.

2. Limites de cette étude

La **faible taille de l'échantillon** (bien qu'issu de la population cible) ne permet pas d'affirmer avec certitude que l'extrapolation des résultats à la population des internes et médecins généralistes de moins de 40 ans soit juste.

Cependant, l'âge de la population de l'échantillon (moyenne de 29 ans) est bien celui de la population cible à savoir les internes en médecine générale et les médecins généralistes de moins de 40 ans. Seulement 12 participants de l'enquête ont dû être exclus en raison d'un âge supérieur à 40 ans.

De même, la proportion plus importante de femmes parmi les participants semble être la même que celles des internes de médecine générale et médecins généralistes de moins de 40 ans en Nouvelle-

Aquitaine et en Occitanie. En effet, en 2021, les médecins généralistes libéraux de moins de 40 ans comptent 60,5 % de femmes en Nouvelle-Aquitaine et 67,2 % de femmes en Occitanie [67].

Il existe probablement un **biais de sélection** dans cette étude en raison du mode de participation basé sur le volontariat. Il y a donc certainement un faible taux de participation qui est malheureusement impossible à évaluer avec précision vu les différents modes de diffusion du questionnaire. Les participants étaient donc sûrement intéressés par le sujet de l'étude et peuvent avoir des caractéristiques différentes comparés aux personnes ayant reçu le questionnaire mais qui n'ont pas répondu.

Concernant les questions 6 et 12 portant respectivement sur le motif principal de consultation aux urgences plutôt qu'en ville et sur les éléments attractifs des structures de soins proposant du « sans rendez-vous », il existe un **biais de suggestion** puisque les réponses étaient proposées et le participant ne pouvait que choisir parmi elles mis à part pour la question 12 qui comportait une partie d'expression libre.

3. Limites des centres de soins proposant des consultations sans rendez-vous

Les centres de soins proposant un service de consultations sans rendez-vous présentent aussi des limites. En effet, un tel système nécessite une coopération entre plusieurs médecins exerçant au sein d'un même établissement ou bien dans des établissements différents mais proches les uns des autres. La mise en place de ce genre d'organisation « en équipe » avec roulement entre les médecins des journées de responsabilité des consultations sans rendez-vous semble difficile à mettre en place dans les zones sous dotées en médecins. Cependant, nous avons vu précédemment que la principale crainte des jeunes médecins concernant ces zones, à savoir la surcharge de travail au détriment de la vie familiale, peut justement être atténuée par un travail de coopération entre médecins. Reste donc à rendre ces zones plus attractives pour les jeunes médecins par un réaménagement du territoire. En effet, la proximité de différents services ou infrastructures (école, hôpitaux, banques,...) est une condition majeure pour la décision d'installation des jeunes généralistes selon l'enquête de l'ISNAR-IMG et selon une enquête menée par le CNOM datant de 2019 [61, 68, 69].

Par ailleurs, le mode de fonctionnement des consultations sans rendez-vous attirerait certainement des patients inconnus de l'établissement où ils consultent « en urgence » ce qui peut poser parfois des problèmes dans la prise en charge y compris pour une affection aiguë.

La généralisation du Dossier Médical Partagé (DMP) prenant un peu de retard [70] et surtout quelques mauvaises tournures concernant l'hébergement des données, il ne semble pas être raisonnable de compter systématiquement dessus pour chaque patient vu sans rendez-vous. En effet, les récentes mises en garde de la CNIL, du Conseil d'État et de la Cour de Justice Européenne concernant l'hébergement des données du DMP via la Plateforme des Données de Santé sont assez inquiétantes et n'incitent pas à créer ou développer son dossier médical partagé... [71, 72]

Le système de consultations sans rendez-vous ne permet bien évidemment pas une prise en charge globale sur le long terme qui devra toujours être assurée par le médecin traitant des patients. En effet, l'objectif de ce système n'est évidemment pas de se substituer au système classique de consultation programmée chez son médecin traitant mais bien de permettre une prise en charge médicale rapide pour une affection aiguë uniquement.

Un problème qui pourrait se développer avec la mise en place d'un système de soins sans rendez-vous est l'effet d'appel de la patientèle qui, pour des raisons pratiques, souhaiterait avoir un médecin traitant dans les centres de soins proposant des consultations sans rendez-vous. Une manière simple d'éviter ce genre de problème serait pour les médecins de ces centres de refuser de devenir médecin traitant quand un confrère du même secteur est déjà médecin traitant du patient. Une autre solution serait de n'accepter en consultations sans rendez-vous que les patients du centre de soins en question mais cela n'empêcherait pas les nouveaux patients récemment arrivés dans le secteur de choisir préférentiellement pour médecin traitant l'un des médecins de ces centres proposant des consultations sans rendez-vous.

Une solution générale aux différentes formes de cet effet d'appel de patientèle serait une organisation conjointe de prise en charge des consultations sans rendez-vous entre les différentes structures de soins présentes sur un même secteur par exemple dans le cadre d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS). Ce système de CPTS, créé en 2016, permet en effet de rassembler différents professionnels de santé d'un même territoire qu'ils soient libéraux, salariés ou hospitaliers ainsi que différentes organisations coordonnées déjà existantes comme les ESP, MSP et autres dans le but d'améliorer l'organisation des soins de santé d'un territoire particulier et de répondre aux besoins de santé d'une population locale [73, 74]. Les différents avantages reconnus de ces CPTS sont l'organisation collective des soins non programmés en lien avec les services d'accès aux soins du territoire concerné ainsi que l'amélioration de la continuité des soins et de la rapidité des prises en charge [73, 74].

Au sein d'une CPTS, tous les médecins pourraient se répartir équitablement les consultations sans rendez-vous qu'ils soient libéraux isolés, libéraux ou salariés en structures de soins avec d'autres médecins voire d'autres professionnels de santé. Ce système permettrait donc une organisation globale dans laquelle pourraient être inclus même des médecins libéraux seuls en cabinets qui recevraient les patients sans rendez-vous dans leur propre cabinet ou dans l'une des autres structures de soins de la CPTS qui pourrait bénéficier de locaux dédiés à ce genre de consultations. Ce genre d'organisation permettrait aussi pour certains d'avoir une pratique mixte à la fois libérale et salariée, ce qui est souhaité par 16,5 % des participants de l'étude, ainsi que d'exercer la médecine au sein de différentes structures de soins c'est à dire de diversifier sa pratique médicale ce qui est aussi souhaité par plusieurs participants de cette enquête.

Il existe un risque de débordement du système en raison de comportements inadaptés de certains patients qui ne respecteraient pas les règles de ces consultations sans rendez-vous et qui en abuseraient pour des motifs non urgents. C'est l'une des rares inquiétudes exprimées par certains participants de cette enquête (question 12 à réponse libre) qui suggèrent une éducation claire des patients sur le sujet et un cadre strict d'organisation de ces consultations sans rendez-vous pour empêcher tout débordement qui nuirait grandement au bon fonctionnement de ce système.

4. Perspectives

Cette enquête, qui complète celles du Dr. Hoerth et du Dr. Gellis sur la demande de soins non programmés et sur l'engorgement des urgences en partie par des consultations relevant de la médecine de ville, nous permet d'envisager le développement de centres de soins proposant des consultations sans rendez-vous comme étant d'une utilité importante d'un point de vue de santé publique.

De plus, la création de ce type de centres pouvant regrouper plusieurs médecins semble être l'un des moyens d'attirer les jeunes généralistes, qui ne veulent majoritairement pas exercer la médecine de manière isolée, dans les zones sous dotées en médecins [65, 66] ([Annexe 3](#)), en association bien sûr à un réaménagement de ces territoires comme dit précédemment. En effet, selon l'enquête menée par le CNOM en 2019, 72 % des médecins interrogés souhaitent un exercice en groupe de la médecine et seulement 3 % d'entre eux envisagent un exercice libéral isolé [68, 69] ce qui est similaire aux résultats présentés ici.

Les conclusions de la présente étude vont d'ailleurs dans le sens du souhait de beaucoup d'élus de ces territoires considérés comme des « déserts médicaux » [65, 66] (**Annexe 3**). Par exemple, parmi les orientations du contrat local de santé retenues le 15 Avril 2022 par le Conseil communautaire de la Communauté de communes de la Haute-Saintonge figure l'objectif de faciliter l'accès aux soins malgré les difficultés spécifiques constatées en milieu rural [75].

Plus précisément, la création de « maisons de garde » pour éviter le recours aux urgences fait partie des actions prévues par le Conseil territorial de santé de la Charente-Maritime [76]. En effet, le développement de « maison médicale de garde de jour » (sur le modèle des maisons de garde de la PDSA de nuit) qui ne prendraient en charge que des soins non programmés pourrait aussi être une solution afin d'améliorer l'accès aux soins de ces territoires. Dans ce cas, cet accès aux soins serait amélioré non pas grâce à une meilleure continuité des soins mais bien par un système de permanence des soins en journée. Dans le cadre d'une CPTS par exemple, les différents médecins du secteur assumeraient des gardes à tour de rôle dans ces « maisons de garde » afin de prendre en charge de manière conjointe et permanente les soins non programmés. Un autre système consisterait pour les collectivités à engager des médecins salariés dont l'activité professionnelle serait entièrement ou en partie dédiée à ces maisons médicales de garde.

Les collectivités territoriales de ces zones particulières étant très intéressées par l'arrivée de nouveaux médecins sur leurs secteurs, il existe peut-être une situation propice à la création d'emplois salariés de médecins éventuellement de manière conjointe avec l'État. En effet, comme nous l'avons déjà vu, la proportion de jeunes médecins attirés par un exercice de la médecine en tant que salarié plutôt que libéral étant en constante augmentation [30, 32] (**21,3 %** dans cette enquête et même **38,3 %** concernant le système « sans rendez-vous »), cela serait un facteur incitatif supplémentaire à l'installation dans ces zones sous dotées en médecins.

De plus, employer des médecins salariés permettrait de peupler ces « déserts médicaux » [65, 66] (**Annexe 3**). On ne peut imposer un lieu d'installation précis que pour un médecin salarié et non pour un médecin libéral qui prend un risque économique personnel lors de son installation [68, 69]. Il apparaît donc assez surprenant d'entendre parler de suppression de la liberté d'installation pour des médecins **libéraux** d'autant plus sous le prétexte que la formation des médecins serait à la charge de la société quand on connaît la manière dont sont traités les étudiants en médecine [77, 78] et quand on sait qu'un interne en médecine se suicide tous les 18 jours dans notre pays [79, 80, 81, 82] sans même parler des économies permises par le travail des externes et internes en médecine [83].

Concernant toujours la rémunération, les différentes remarques de certains participants à cette enquête quant à la création d'une cotation spécifique aux consultations sans rendez-vous « en urgence » méritent d'être prises en compte. Il existe déjà d'innombrables cotations spécifiques notamment MCG (Majoration de Coordination Généraliste) qui a une valeur de 5 euros et qui est applicable quand on reçoit un patient âgé d'au moins 16 ans non adressé par un autre médecin et qu'on écrit un courrier à son médecin traitant, souvent durant les déplacements pour les vacances et rarement pour des soins non programmés. Malgré ces différentes cotations, les honoraires ne semblent plus être en accord avec les compétences, les responsabilités et l'implication des médecins pour beaucoup d'entre eux [62, 63, 64]. La création d'une cotation spécifique pour la prise en charge des soins non programmés inciterait certainement les médecins à travailler dans des centres acceptant les consultations sans rendez-vous ou tout du moins les inciterait à recevoir leurs patients « en urgence », bien sûr en fonction de leurs disponibilités... En effet, les patients se retrouvent actuellement aux urgences pour des motifs relevant de la médecine de ville car les médecins généralistes libéraux ont souvent leurs plannings pleins en raison des nombreuses consultations sur rendez-vous ce qui ne leur permet pas toujours de prendre en charge aussi les soins non programmés (54 heures en moyenne de travail par semaine selon la DREES en 2019 [84]). L'intérêt d'une organisation commune sur un territoire donné, par exemple au sein d'une CPTS, serait de répartir équitablement cette charge supplémentaire des soins non programmés et d'éviter que des médecins se retrouvent à faire face à ce problème de manière individuelle et isolée.

Un élément important à signaler est la nécessité fréquente d'exams complémentaires pour ces consultations « en urgence ». En effet, si les rendez-vous d'imagerie ou de biologie sont trop tardifs lors des consultations en cabinets ou centres de soins de ville, une partie des patients va continuer à aller aux urgences pour avoir une prise en charge globale le jour même quitte à attendre quelques heures. Il semble donc nécessaire de mettre en place aussi une coordination avec des centres d'imagerie et des laboratoires d'analyses médicales de ville, peut-être encore dans le cadre d'une CPTS, pour bénéficier de rendez-vous dans ces structures dans un délai limité afin de permettre une prise en charge rapide et efficace des patients consultant sans rendez-vous.

En ce qui concerne le mode de prise en charge des patients sans rendez-vous, nous avons vu dans cette enquête que **34,3 %** des participants seraient prêts à s'installer s'ils avaient la possibilité de travailler dans un centre de soins proposant ce type de prise en charge. Ce mode de fonctionnement semble donc être un nouveau levier important à exploiter pour inciter les jeunes médecins généralistes à s'implanter sur un territoire notamment dans les zones sous dotées en médecins,

d'autant plus qu'un fonctionnement en groupes de médecins permet une meilleure répartition de la charge de travail dont l'importance et l'impact sur la vie de famille est une préoccupation majeure de ces jeunes médecins [61, 68, 69].

5. Avenir de la médecine générale

Nous avons déjà vu que les médecins généralistes sont de moins en moins nombreux et qu'ils représentent une part toujours moins importante de la population médicale [30, 32]. En Janvier 2020, en France, 5,4 millions de personnes n'ont pas déclaré de médecin traitant [85]. Entre 2020 et 2025, 6000 médecins généralistes devraient partir à la retraite [86]. Avec une médiane de 850 patients par généraliste (moyenne de 864) [85, 87], on peut en déduire qu'environ 5,1 millions de patients supplémentaires seront sans médecin traitant d'ici 2025 soit un total de **10,5 millions**. Ce phénomène ne devrait faire qu'accroître la demande de soins non programmés et les passages aux urgences ainsi que les retards de prise en charge qui sont bien sûr délétères pour la santé des patients mais aussi pour le coût global des soins. En effet, les retards du premier contact médical favorisent la survenue de complications ce qui impose finalement une prise en charge plus longue et plus lourde avec notamment plus d'hospitalisations et une augmentation de leurs durées [37, 38, 39].

Les augmentations tardives et minimes du *numerus clausus* au cours de ces dernières années ne permettront pas d'accroître la population de médecins avant 2025 au mieux des prévisions, date théorique d'un début d'augmentation du nombre de médecins en France [30, 33]. Les années à venir risquent donc d'être très difficiles malgré les tentatives de mise en place de moyens de délégation de certains aspects de l'exercice des médecins pour leur permettre de prendre en charge plus de patients.

En effet, depuis 2018, une formation d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) existe en France et permet à ces IPA de prendre en charge certains patients dans un cadre particulier, que ce soit en libéral ou à l'hôpital, ce qui permet de décharger les médecins d'une partie de leur charge de travail concernant ces patients notamment pour le suivi de malades chroniques ou polyopathologiques [88, 89]. Cependant, le bilan provisoire de la création de cette nouvelle catégorie d'infirmiers reste mitigé en raison d'un engouement moindre que prévu pour la formation et de désaccords des IPA avec le cadre légal d'exercice auquel ils sont soumis ainsi qu'avec leur système de rémunération [89, 90].

Une autre tentative de palier le manque de médecins généralistes a vu le jour au cours de l'automne 2021 en Bretagne où les pharmaciens sont maintenant autorisés par l'ARS de Bretagne à prendre en charge les patients pour des pathologies « courantes » et à délivrer des médicaments non soumis à prescription médicale dans le cadre d'un « conseil pharmaceutique de premier recours » ainsi qu'à orienter les patients vers un médecin ou un service d'urgence si nécessaire [91, 92].

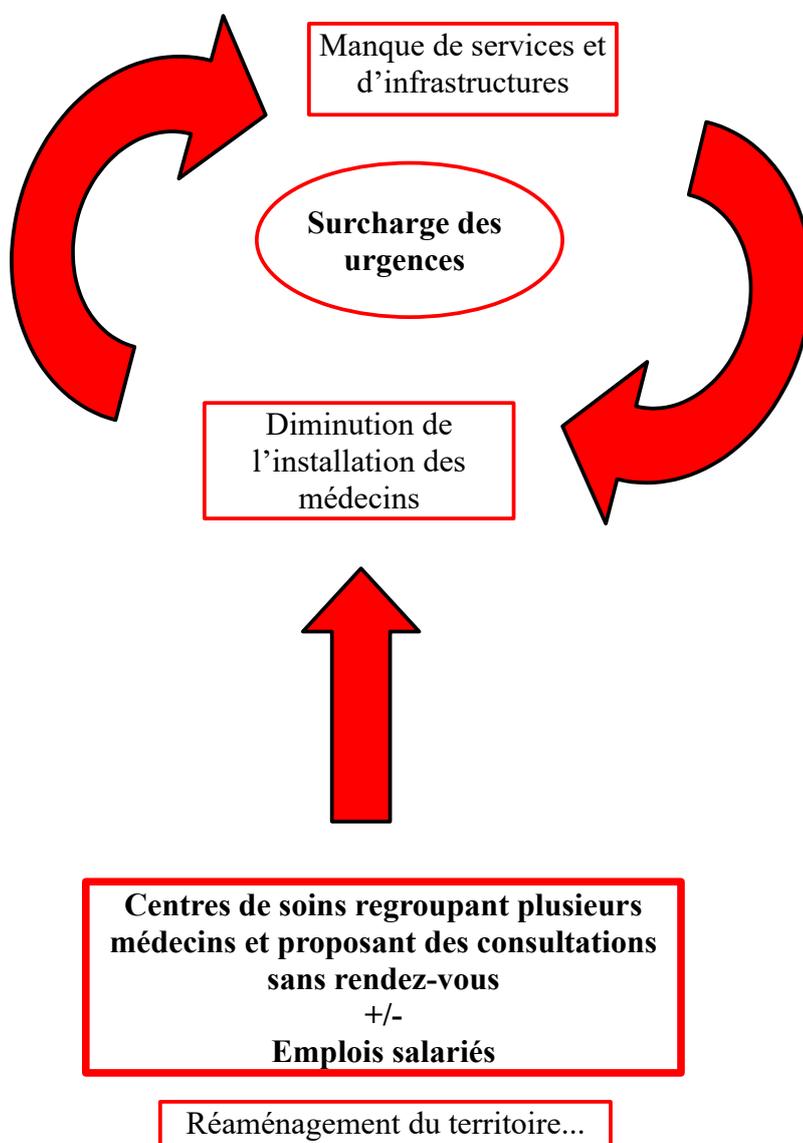
Pour obtenir cette autorisation de « conseil pharmaceutique de premier recours », les pharmaciens bénéficient d'une journée de formation après laquelle ils sont rémunérés par l'ARS à hauteur de 15 euros pour chaque patient conseillé, le conseil pharmaceutique étant pourtant déjà censé faire partie de leurs devoirs de pharmaciens... Il restera à évaluer l'impact sur la santé des patients et le coût de l'opération. En effet, ce conseil pharmaceutique étant maintenant rémunéré (15 euros !), même s'il évite dans la majorité des cas le recours à un médecin (25 euros en moins...), il reste une dépense supplémentaire pour la Sécurité sociale puisque les patients n'ont pas attendu l'automne dernier pour demander conseil à leur pharmacien qui a toujours été habilité à délivrer ce conseil pour les pathologies « courantes » et ce de manière gratuite... La raison avancée pour la mise en place de ce système est l'indisponibilité immédiate des médecins généralistes et l'encombrement des urgences par ces patients non pris en charge rapidement par la médecine de ville.

Nous voyons donc bien l'urgence qu'il y a à réorganiser la médecine de ville pour s'adapter non seulement à la démographie médicale en déclin mais aussi à l'augmentation de la demande de soins non programmés qui en découle en partie. De plus, la médecine générale semble particulièrement en danger quand on se rend compte que de plus en plus d'autres professionnels de santé sont habilités à prendre en charge les patients relevant de cette spécialité. La Sécurité sociale donne l'impression d'y trouver son compte puisque la rémunération des IPA et des pharmaciens lui coûte évidemment encore moins cher que la rémunération des médecins généralistes ce qui constitue un élément supplémentaire d'inquiétude si jamais nos institutions ont l'idée de favoriser le phénomène dans un but économique...

Le développement de centres de soins offrant un service de consultations sans rendez-vous permettrait donc de faire face à la demande croissante de soins non programmés et à l'évolution démographique des médecins. Cela permettrait aussi d'inciter les jeunes médecins à s'installer puisqu'ils sont majoritairement attirés par un exercice en groupe de la médecine (72% dans cette étude et selon le CNOM [68, 69]) ainsi que par ce système de prise en charge sans rendez-vous (34,3 % des participants de cette étude prêts à s'installer pour pratiquer du « sans rendez-vous »).

Le développement d'emplois salariés permettrait probablement d'attirer plus de médecins encore dans ce genre de structures de soins notamment dans les « déserts médicaux » (**38,3 %** trouvent un emploi salarié plus attractif qu'une activité libérale pour ce système de soins « sans rendez-vous »). Pour une meilleure prise en charge à la fois plus rapide et complète, la création de CPTS, qui va dans le sens du souhait des jeunes médecins de travailler en groupe, permettrait la mise en place d'une organisation commune entre les différents professionnels de santé d'un même secteur axée sur la prise en charge des soins non programmés. Les CPTS bénéficient actuellement d'un support financier relativement important des ARS leur permettant de mener à bien les objectifs fixés de manière conjointe [93, 94, 95] (**Annexes 4 et 5**).

En raison de ces différents éléments, des centres de soins regroupant plusieurs médecins et proposant des consultations sans rendez-vous permettraient de casser le cercle vicieux qui caractérise les « déserts médicaux » [65, 66] (**Annexe 3**):



6. Conclusion

L'**objectif principal** de cette étude était d'évaluer la proportion de jeunes médecins généralistes qui accepteraient de travailler dans des structures de soins proposant des consultations sans rendez-vous pour motifs urgents. Parmi les participants, **61,3 %** serait prêts à exercer la médecine dans ce genre de centres de soins. Une majorité des jeunes généralistes semble donc prête à travailler au développement d'une offre de soins sans rendez-vous.

Les particularités de ces structures jugées attractives par la majorité des personnes interrogées sont la décharge administrative, le regroupement de médecins et la présence d'autres professionnels de santé. En effet, beaucoup des participants expriment le souhait d'exercer la médecine dans des structures de soins regroupant plusieurs médecins voire d'autres professionnels de santé (**71,7%** dans cette étude et 72 % selon le CNOM [68, 69]).

Un travail d'équipe multidisciplinaire et la diversification des motifs de consultations grâce aux consultations sans rendez-vous sont aussi des éléments positifs pour plusieurs des participants.

La possibilité de travailler dans ce genre de centres de soins proposant du « sans rendez-vous » inciterait **34,3 %** des jeunes médecins généralistes à s'installer. Ce système d'organisation de soins dans ce type de structures avec plusieurs médecins est donc un élément important pour attirer les jeunes généralistes notamment dans les zones sous dotées en médecins.

Une part non négligeable des participants de l'étude trouve plus attractive une activité en tant que salarié plutôt qu'une activité libérale au sein de ces structures (**38,3%**). Le développement d'emplois salariés de médecins semble être, en plus d'un souhait d'une part toujours plus importante d'entre eux [30, 32], une nécessité pour repeupler en médecins les « déserts médicaux » de notre pays [65, 66] (**Annexe 3**).

La coordination des centres de soins proposant un service de soins non programmés avec des centres d'imagerie médicale et des laboratoires d'analyse médicale semble être un élément important du bon fonctionnement de ce système. En effet, pour une prise en charge globale et rapide des patients venant consulter « en urgence », il faut pouvoir bénéficier de rendez-vous dans un délai rapproché dans ces établissements qui réalisent des examens complémentaires fréquemment indispensables lors des prises en charge en urgence. Cette pratique coordonnée pourrait se faire dans

le cadre d'une CPTS afin d'améliorer la continuité et la coordination des soins ainsi que la rapidité des prises en charge.

Des structures de soins proposant des consultations sans rendez-vous présentent l'essentiel des éléments les plus attractifs pour les jeunes médecins :

- regroupement de médecins voire d'autres professionnels de santé permettant un travail multidisciplinaire en équipe voire la création de CPTS
- secrétariat commun avec décharge administrative et possibilité de diminution des temps de consultation
- diversification des motifs de consultation et des pathologies abordées grâce aux prises en charge « en urgence »
- possibilité de diversification de l'exercice médical avec présence dans la structure seulement quelques journées par semaine permettant d'avoir une seconde activité médicale par ailleurs
- diminution du risque économique en raison du partage des frais professionnels concernant les locaux, le matériel commun pour les urgences, le salariat des membres du secrétariat commun voire des assistants de consultation
- potentielle possibilité d'emploi salarié en particulier dans les zones sous dotées en médecins et donc aussi d'activité mixte salariée et libérale.

Ce type de centres de soins semble donc être la meilleure solution pour inciter les jeunes médecins à s'installer, notamment dans les « déserts médicaux » [65, 66] (**Annexe 3**), tout en permettant de faire face de la manière la plus efficace possible à l'évolution démographique de la profession et à l'augmentation de la demande de soins non programmés qui en résulte avec pour effet de décharger les services d'urgence d'une partie de leurs patients.

Au cours de ce travail de thèse, il est régulièrement question des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) qui peuvent être créées depuis 2016 à la suite de la loi portant sur la modernisation de notre système de santé. Il sera intéressant d'évaluer l'impact de ces CPTS sur la santé publique, notamment celles qui concernent des centres de soins sans rendez-vous, ainsi que leur coût pour la Sécurité sociale (via les ARS) depuis leurs créations respectives. De plus, il serait souhaitable de faciliter les démarches administratives nécessaires à leur création de même que d'améliorer certains outils à disposition des professionnels de santé pour mener à bien ces démarches. Un exemple simple : l'outil Rézone [96] proposé par ameli.fr [74] ne permet pas de

connaître le nombre d'habitants des différentes zones territoriales alors que c'est justement ce critère qui détermine la taille et la catégorie d'une CPTS...

La loi de modernisation de notre système de santé a aussi permis aux infirmiers de suivre une formation d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) depuis 2018 (décrets d'application de la loi de 2016). De la même manière, il semble intéressant d'évaluer l'impact sur la santé publique et sur le travail des médecins de l'activité de ces IPA tout comme il paraît important de revoir leur système de rémunération [89].

Le système de « conseil pharmaceutique de premier recours » expérimenté par exemple en Bretagne depuis l'automne 2021 mérite lui aussi une évaluation de son efficacité et du coût pour la Sécurité sociale pour savoir si ce système est une bonne alternative au manque de médecins généralistes ou non.

Nous avons vu en introduction que le mode de financement des structures d'urgences a changé depuis Janvier 2022 [16,17]. Il sera intéressant d'évaluer l'impact de ce changement sur une période de temps plus longue que celle actuelle de quelque mois, par exemple sur la première année de mise en place de ce nouveau système de financement en comparaison avec l'année précédente sous l'ancien système.

[8] DREES 2021 panorama de la santé

[ES2021.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf>

[9] Conférence Nationale des URPS Médecins Libéraux, Les réponses des Médecins Libéraux à l'engorgement des Services d'Urgences.

[191121_CN-URPS-ML_Note-Position-Urgences.pdf](#)

https://cn-urps-ml.org/images/public/2019/191121_CN-URPS-ML_Note-Position-Urgences.pdf

[10] INSEE Évolution de la population Bilan démographique 2021 - Tableaux rétrospectifs

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6037741?sommaire=6036447>

[11] Overcrowding in emergency department: an international issue. Salvatore Di Somma, Lorenzo Paladino, Louella Vaughan, Irene Lalle, Laura Magrini, Massimo Magnanti. Intern Emerg Med (2015) 10:171–175 DOI 10.1007/s11739-014-1154-8

[12] Emergency Department crowding and hospital bed shortage: is Lean a smart answer? A systematic review S. BUCCI, A.G. DE BELVIS, S. MARVENTANO, A.C. DE LEVA, M. TANZARIELLO, M.L. SPECCHIA, W. RICCIARDI, F. FRANCESCHI. European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2016; 20: 4209-4219

[13] Emergency department crowding: towards an agenda for evidence-based intervention Zoë Slote Morris, Adrian Boyle, Kathleen Beniuk, Susan Robinson. Emerg Med J 2012;29:460e466. doi:10.1136/emj.2010.107078

[14] **[FORFAIT ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES « ATU » \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)**

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/forfait_ATU-4.pdf

[15] **[Le rapport public annuel 2019 | Cour des comptes \(ccomptes.fr\)](#)**

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019>

[16] **Décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation et portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé - Légifrance (legifrance.gouv.fr)**
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043185042>

[17] **Forfait patient urgences : vers des tarifs plus lisibles pour tous - Ministère des Solidarités et de la Santé (solidarites-sante.gouv.fr)**
<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fpu>

[18] Halmel MC. Facteurs déterminant le choix de consulter à la Maison médicale de garde ou aux Urgences de Saintes pendant la fermeture des cabinets de médecine générale [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine]. Poitiers : Université de Poitiers; 2014

[19] Observatoire Régional des Urgences de Nouvelle Aquitaine (ORUNA), Panorama d'activités des urgences en 2019
https://www.oruna.fr/system/files/public/2020_07_02_PANORAMA_WEB_compressed.pdf

[20] Observatoire Régional des Urgences de Nouvelle Aquitaine (ORUNA), Panorama d'activités des urgences en 2020
https://www.oruna.fr/sites/default/files/20210611_PANORAMA_WEB_compressed.pdf

[21] Duval, J., & Saint-Paul, B. (2008). Urgences : que pensent nos patients de l'« offre de soins » actuelle ? Une enquête d'opinion auprès de patients de la région lyonnaise.
https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/urgences_que_pensent_nos_patients_de_l_offre_de_soins_actuelle_une_enquete_d_opinion_aupres_de_patients_de_la_region_lyonnaise_278976/article.phtml

[22] Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Direction des statistiques et des études. Ses tendances de fond aux mouvements de court terme Les Français face aux urgences : attitudes et attentes. Point de conjoncture; 2003; p 16-25
<https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Cnamts/PointDeConjoncture/16-17/1.pdf>

[23] Chaudet A. Patients relevant de la médecine générale consultant aux urgences : caractéristiques de la population et évaluation d'une filière spécifique de prise en charge [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine] Université de Poitiers, 2013.

[24] [Article L1142-1 - Code de la santé publique - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685992/2002-03-05/)
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685992/2002-03-05/

[25] Baubeau D, Carrasco V (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières [en ligne]. Etudes et résultats. Janvier 2003, (n°215).

<https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/er215.pdf>

[26] [Haute Autorité de Santé - Le Recours à l'hôpital en Europe \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/jcms/c_766081/fr/le-recours-a-l-hopital-en-europe)

https://www.has-sante.fr/jcms/c_766081/fr/le-recours-a-l-hopital-en-europe

[27] JC. Mercier. Engorgement des urgences pédiatriques et demande de soin croissante [résumé]. Soins Pédiatr Pueric. 2010 Jan-Fev;(252):16-7.

<https://www.em-consulte.com/article/240702/engorgement-des-urgences-pediatriques-et-demande-d>
https://documentation.ch-mazurelle.fr/index.php?lvl=notice_display&id=59365

[28] Tobie MJ. Recours aux urgences pédiatriques du CHRU de Brest: Analyse des comportements des usagers et de leur prise en charge. Axes d'amélioration. [Thèse de doctorat en médecine]. Brest : Université de Brest – Bretagne occidentale ; 2012.

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00711920/file/These-Medecine_generale-2012-Tobie-Gueguen_Marie-Josee.pdf

[29] DREES, Études et résultats. Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans. Octobre 2019, numéro 1128

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1128.pdf>

[30] DREES, Les dossiers de la DREES numéro 76, Mars 2021. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76_0.pdf

[31] Les évolutions du numerus clausus et des quotas pour les professionnels de santé in Portrait des professionnels de santé. Paris : DREES, Études et résultats; 2016. p. 84 – 88.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/pano_gfs-2016_mel_301117.pdf

[32] [Atlas démographie médicale - CNOM - 2021v25062021.indd \(conseil-national.medecin.fr\)](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/lriyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf)

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/lriyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf

[33] Anguis M, Bachelet M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Paris : DREES, Études et résultats; mai 2017.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1011.pdf>

[34] IRDES Questions d'économie de la santé, numéro 127 Novembre 2007. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousquès

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>

[35] IRDES Questions d'économie de la santé, numéro 144 Juillet 2009 . Le temps de travail des médecins généralistes Une synthèse des données disponibles. Philippe Le Fur, en collaboration avec Yann Bourgueil et Chantal Cases.

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>

[36] [WalkInCentreFinalReportFeb14.pdf \(publishing.service.gov.uk\)](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/283778/WalkInCentreFinalReportFeb14.pdf)

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/283778/WalkInCentreFinalReportFeb14.pdf

[37] Jo S, Kim K, Lee JH, Rhee JE, Kim YJ, Suh GJ, Jin YH. Emergency department crowding is associated with 28-day mortality in community-acquired pneumonia patients. J Infect. 2012 Mar;64(3):268-75. (Résumé) doi: 10.1016/j.jinf.2011.12.007. Epub 2011 Dec 29. PMID: 22227383.

[38] Liew D, Liew D, Kennedy MP. Emergency department length of stay independently predicts excess inpatient length of stay. Med J Aust. 2003 Nov 17;179(10):524-6. doi: 10.5694/j.1326-5377.2003.tb05676.x. PMID: 14609414.

- [39] Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *Am J Emerg Med.* 2010 Mar;28(3):304-9. doi: 10.1016/j.ajem.2008.12.014. PMID: 20223387.
- [40] Ricroch L, Vuagnat A. Urgences: sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. [Internet]. DRESS. 2015.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er929.pdf>
- [41] Gill SD, Lane SE, Sheridan M, Ellis E, Smith D, Stella J. Why do 'fast track' patients stay more than four hours in the emergency department? An investigation of factors that predict length of stay. *Emerg Med Australas.* 2018 Oct;30(5):641-647. doi: 10.1111/1742-6723.12964. Epub 2018 Mar 23. PMID: 29569844.
- [42] Dinh MM, Enright N, Walker A, Parameswaran A, Chu M. Determinants of patient satisfaction in an Australian emergency department fast-track setting. *Emerg Med J.* 2013 Oct;30(10):824-7. doi: 10.1136/emered-2012-201711. Epub 2012 Nov 8. PMID: 23139091.
- [43] Lutze M, Ross M, Chu M, Green T, Dinh M. Patient perceptions of emergency department fast track: a prospective pilot study comparing two models of care. *Australas Emerg Nurs J.* 2014 Aug;17(3):112-8. (Résumé) doi: 10.1016/j.aenj.2014.05.001. Epub 2014 Jun 14. PMID: 25113314.
- [44] Zager K, Taylor YJ. Discharge to medical home: A new care delivery model to treat non-urgent cases in a rural emergency department. *Healthc (Amst).* 2019 Mar;7(1):7-12. doi: 10.1016/j.hjdsi.2018.08.001. Epub 2018 Aug 22. PMID: 30143458.
- [45] Germanaud E. Impact du médecin de filière courte aux urgences du CHU de Poitiers [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine] Université de Poitiers, 2021.
- [46] Tourret P. Pertinence d'une filière ambulatoire au sein d'un service d'Urgence. Étude descriptive qualitative de mise en place à Rochefort (17). [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine] Université de Poitiers, 2019.

[47] Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai 22, 2006.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000788651>

[48] Marchetti M, Lepape M, Lauque D. La réorientation à l'accueil des services d'urgences : évaluation des pratiques professionnelles françaises. *Ann Fr Med Urgence*. Nov 2014;4(6):349-53

[49] Morin, C., Choukroun, J., & Callahan, J. C. (2018). Safety and efficiency of a redirection procedure toward an out of hours general practice before admission to an emergency department, an observational study. *BMC emergency medicine*, 18(1), 26.

<https://doi.org/10.1186/s12873-018-0173-6>

[50] Chaigneau A. Peut-on réorienter des patients se présentant spontanément à l'accueil des urgences de Châtelleraut vers la médecine de ville ? [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine] Université de Poitiers, 2021.

[51] Bentley, James A.; Thakore, Shobhan; Morrison, William; Wang, Weijie. Emergency Department redirection to primary care: a prospective evaluation of practice. Published in: *Scottish Medical Journal*, 2017

https://core.ac.uk/reader/77007019?utm_source=linkout

[52] Outil de réorientation des usagers des urgences. Recherche CIUSSS NÎM. 2019

https://rechercheciusssnim.ca/wp-content/uploads/2019/11/Logibec_Reorientation_SolutionsCliniques.pdf

[53] Code de Déontologie Médicale, édition Février 2021

[codedeont.pdf \(conseil-national.medecin.fr\)](https://www.conseil-national.medecin.fr/codedeont.pdf)

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

[54] [Centre médical de soins non programmés - Ouvert tous les jours jusqu'à 21h - Nice, Antibes, Vallauris \(maeday.fr\)](https://maeday.fr)

<https://maeday.fr>

[55] [Isère. En images : le nouveau centre de soins sans rendez-vous de Saint-Étienne-de-Saint-Geoirs \(ledauphine.com\)](https://www.ledauphine.com/sante/2021/06/02/en-images-le-nouveau-centre-de-soins-sans-rendez-vous-de-saint-etienne-de-saint-geoirs)

<https://www.ledauphine.com/sante/2021/06/02/en-images-le-nouveau-centre-de-soins-sans-rendez-vous-de-saint-etienne-de-saint-geoirs>

[56] [Centre de soins non programmés - Ville d'Andrézieux-Bouthéon \(andrezieux-boutheon.com\)](https://www.andrezieux-boutheon.com/fiche-annuaire/centre-de-soins-non-programmes/)

<https://www.andrezieux-boutheon.com/fiche-annuaire/centre-de-soins-non-programmes/>

[57] [Accueil • URG - Centre de Soins Non-Programmés \(urg-plus.com\)](http://urg-plus.com)

[58] Hoerth G. Des centres de soins sans rendez-vous sont-ils une solution appropriée pour diminuer l'engorgement des urgences et améliorer l'accès aux soins en zone sous-médicalisée? : une étude transversale multicentrique. [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine] Université de Poitiers, 2015.

[59] Gellis R. Centres de soins sans rendez-vous comme solution pour diminuer l'engorgement des urgences et améliorer l'accès aux soins en zones sous médicalisées : Impact du cabinet médical d'Archiac. [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine] Université de Poitiers, 2018.

[60] [Une consultation chez le généraliste dure en moyenne 18 minutes \(et un peu plus quand c'est une femme médecin\) \(franceinter.fr\)](https://www.franceinter.fr/sciences/une-consultation-chez-le-generaliste-dure-en-moyenne-18-minutes-et-un-peu-plus-quand-c-est-une-femme-medecin)

[https://www.franceinter.fr/sciences/une-consultation-chez-le-generaliste-dure-en-moyenne-18-minutes-un-peu-plus-quand-le-medecin-est-une-femme?](https://www.franceinter.fr/sciences/une-consultation-chez-le-generaliste-dure-en-moyenne-18-minutes-un-peu-plus-quand-le-medecin-est-une-femme?msclkid=9154741fcfa511ec836af657d83cb3c7)
[msclkid=9154741fcfa511ec836af657d83cb3c7](https://www.franceinter.fr/sciences/une-consultation-chez-le-generaliste-dure-en-moyenne-18-minutes-un-peu-plus-quand-le-medecin-est-une-femme?msclkid=9154741fcfa511ec836af657d83cb3c7)

[61] ISNAR-IMG

Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale, 2011

http://static.hospimedia.fr/documents/00000/110422_ISNAR-

[IMG_Enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_RESULTATS_COMPLETS.pdf](http://static.hospimedia.fr/documents/00000/110422_ISNAR-IMG_Enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_RESULTATS_COMPLETS.pdf)

[62] [C'est comment ailleurs ? Les tarifs des consultations de généralistes en Europe \(francetvinfo.fr\)](https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-les-tarifs-des-consultations-de-generalistes-en-europe_2150410.html#:~:text=Les%20tarifs%20des)

https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-les-tarifs-des-consultations-de-generalistes-en-europe_2150410.html#:~:text=Les%20tarifs%20des

[%20consultations%20de%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes%20en%20Europe,plus
%20%C3%A9lev%C3%A9s.%20...%204%20Les%20moins%20riches.%20](#)

[63] [Projet-politique-Les-Généralistes-CSMF_10_raisons_pour_voter.pdf \(lesgeneralistes-csmf.fr\)](#)
https://lesgeneralistes-csmf.fr/wp-content/uploads/2021/11/Projet-politique-Les-Ge%CC%81ne%CC%81ralistes-CSMF_10_raisons_pour_voter.pdf

[64] [L'inflation grignote nos revenus - Fédération des Médecins de France \(fmfpro.org\)](#)
<https://www.fmfpro.org/l-inflation-grignote-nos-revenus.html?msclkid=8b2cfd91cfb811ecad09633a3af24808>

[65] [Pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaire - Insee Analyses - 51](#)
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4493549#figure3>
(Encadré- Le « zonage médecin »)

[66] [dd17.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>

[67] [CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques \(atlasante.fr\)](#)
https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=7131,6740130,967321,607921&c=indicator&f=B&i=gene_popage.tx_femme&s=2021&selcodgeo=75&view=map6

[68] [Déterminants à l'installation \(conseil-national.medecin.fr\)](#)
<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation?msclkid=3af62cf5cfaf11ec89d899658291051d>

[69] [ETUDE SUR L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS \(conseil-national.medecin.fr\)](#)
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf

[70] [Doctrine_3_1_dmp_v1.1.pdf \(esante.gouv.fr\)](#)
https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/Doctrine_3_1_dmp_v1.1.pdf

[71] [Le Conseil d'État demande au Health Data Hub des garanties supplémentaires pour limiter le risque de transfert vers les États-Unis | CNIL](#)

<https://www.cnil.fr/fr/le-conseil-detat-demande-au-health-data-hub-des-garanties-supplementaires>

[72] [La Plateforme des données de santé \(Health Data Hub\) | CNIL](#)

<https://www.cnil.fr/fr/la-plateforme-des-donnees-de-sante-health-data-hub>

[73] [CPTS : s'organiser sur un territoire pour renforcer les soins aux patients - Ministère des Solidarités et de la Santé \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/cpts-s-organiser-sur-un-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients>

[74] [Exercice coordonné : Constitution d'une CPTS | ameli.fr | Exercice coordonné](#)

<https://www.ameli.fr/gironde/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>

[75] Journal Haute-Saintonge du Vendredi 22 Avril 2022, p 6

<https://www.hautesaintonge.fr/charente-maritime/quand-la-sante-devient-une-priorite-en-haute-saintonge/>

[76] Journal Haute-Saintonge du 28 Janvier 2022

<https://www.hautesaintonge.fr/charente-maritime/le-conseil-territorial-de-sante-lutte-contre-la-desertification-medicale/>

[77] [210621_cp_droits_internes.pdf \(csmf.org\)](#)

https://www.csmf.org/wp-content/uploads/2021/06/210621_cp_droits_internes.pdf

[78] [Etudes de médecine : on sait enfin combien ça coûte - Les Généralistes-CSMF \(lesgeneralistes-csmf.fr\)](#)

<https://lesgeneralistes-csmf.fr/2017/08/29/etudes-de-medecine-on-sait-enfin-combien-ca-coute/>

[79] [Suicide des internes en médecine - Sénat \(senat.fr\)](#)

<https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ210321355.html>

[80] [Suicide des internes en médecine - Sénat \(senat.fr\)](#)

<https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ210321431.html>

[81] [Trois internes de médecine générale sur dix ont des idées suicidaires | Le Généraliste \(legeneraliste.fr\)](#)

<https://www.legeneraliste.fr/jeunes-medecins/trois-internes-de-medecine-generale-sur-dix-ont-des-idees-suicidaires>

[82] [Suicide des Internes : l'ISNI dénonce une violence institutionnalisée \(caducee.net\)](#)

<https://www.caducee.net/actualite-medicale/15344/suicide-des-internes-l-isni-denonce-une-violence-institutionnalisee.html>

[83] [EGORA ENQUÊTE EXCLUSIVE – Externes, internes : les étudiants en médecine rapportent des centaines de milliers d'euros à l'État - Les Généralistes-CSMF \(lesgeneralistes-csmf.fr\)](#)

<https://lesgeneralistes-csmf.fr/2022/01/21/egora-externes-internes-les-etudiants-en-medecine-rapportent-des-centaines-de-milliers-deuros-a-letat/>

[84] [ER 1113 Deux médecins généré. sur Trois...indd \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>

[85] [Près de six millions de patients n'ont pas de médecin traitant \(francetvinfo.fr\)](#)

https://www.francetvinfo.fr/sante/patient/droits-et-demarches/pres-de-six-millions-de-patients-nont-pas-de-medecin-traitant_3778891.html#:~:text=Pr%C3%A8s%20de%20six%20millions%20de%20patients%20n%E2%80%99ont%20pas,de%2070%20ans%20ou%20souffrant%20d%E2%80%99une%20pathologie%20chronique.?msclkid=3c058213cfa211ec8557401248e270b8

[86] [Je n'ai pas de médecin traitant... C'est grave docteur ? \(francetvinfo.fr\)](#)

https://www.francetvinfo.fr/sante/soigner/je-n-ai-pas-de-medecin-traitant-c-est-grave-docteur_3774937.html?msclkid=aebc58eeca111ecb88b58df012cead7

[87] [Un généraliste a en moyenne 864 patients \(pourquidocteur.fr\)](#)

<https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/14919-Un-generaliste-a-en-moyenne-864-patients?msclkid=b62b3699cfa311ecb2b98b0a7cd8ddb9>

[88] [L'infirmier en pratique avancée - Ministère des Solidarités et de la Santé \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr)

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee?msclkid=4de9f425cf8011ec80a50cd50f48ee14>

[89] [Infirmières en pratique avancée \(IPA\) - Les cahiers de santé et de protection sociale \(cahiersdesante.fr\)](https://cahiersdesante.fr)

<https://cahiersdesante.fr/editions/36/infirmieres-en-pratique-avancee-ipa-presentation-bilan-et-perspectives-5-ans-apres-la-loi/>

[90] [IPA, un an après : le bilan en demi-teinte - FNI - Fédération Nationale des Infirmiers](https://www.fni.fr)

<https://www.fni.fr/ipa-un-an-apres-le-bilan-en-demi-teinte/?msclkid=f68426c0cf8111eca6a5fbb9ec559b89>

[91] [Santé. En Bretagne, 50 pharmacies expérimentent la prise en charge des « petits maux » du quotidien \(ouest-france.fr\)](https://www.ouest-france.fr)

<https://www.ouest-france.fr/bretagne/sante-en-bretagne-50-pharmacies-experimentent-la-prise-en-charge-des-petits-maux-du-quotidien-45b096f4-c7cd-11ec-b652-736b934e29e0?msclkid=928f4163cf7e11ecb14585f62d84bc05>

[92] [Rhinites, diarrhées, plaies simples... Dans 50 officines "expérimentales", les pharmaciens remplacent les médecins | egora.fr](https://www.egora.fr)

<https://www.egora.fr/actus-pro/pharmaciens/73610-rhinites-diarrhees-plaies-simples-dans-50-officines-experimentales-les>

[93] [Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé et des 2 avenants | ameli.fr | Exercice coordonné](https://www.ameli.fr)

<https://www.ameli.fr/gironde/exercice-coordonne/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-l-accord-signé-et-des-2-avenants>

[94] [Rémunération des CPTS | ameli.fr | Exercice coordonné](#)

<https://www.ameli.fr/gironde/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-cpts>

[95] [Comment monter un projet de CPTS performant rapidement ? \(cpts-na.org\)](#)

<https://www.cpts-na.org/comment-monter-un-projet-cpts/>

[96] [REZONE CPTS \(ameli.fr\)](#)

<http://rezonecpts.ameli.fr/rezone/cartoCpts.html?reg=75>

VI. Annexes

1. Article 47 du Code de Déontologie Médicale

ARTICLE R.4127-47

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

2. Questionnaire de thèse

Intention d'exercer la médecine générale dans une structure de soins regroupant plusieurs médecins avec possibilité de consultations sans rendez-vous

Mon travail de thèse porte sur le développement de centres de soins proposant, en plus des consultations programmées, des consultations sans rendez-vous dans le but de diminuer les consultations en services d'urgence hospitaliers des patients relevant de la médecine générale de ville pendant les heures d'ouverture des cabinets libéraux.

C'est dans ce cadre que je diffuse ce questionnaire ciblant les impressions et les attentes des jeunes médecins généralistes (internes ou ayant fini l'internat) sur ces sujets mais aussi particulièrement leur intention éventuelle de travailler dans ce type de structures de soins regroupant plusieurs médecins.

Merci d'avance pour votre participation !

Si vous avez des questions concernant ce travail de thèse, vous pouvez me joindre à : florian.magendie@etu.univ-poitiers.fr

*Obligatoire

1. Êtes-vous: *

Une seule réponse possible.

Un homme

Une femme

2. Quel âge avez-vous ? *

3. Vous êtes: *

Une seule réponse possible.

- Interne en médecine générale
- Médecin généraliste libéral
- Médecin généraliste salarié
- Médecin généraliste avec pratique mixte libérale et salariée

4. Dans les prochaines années, vous prévoyez d'exercer en tant que: *

Une seule réponse possible.

- Médecin libéral dans une structure de soins regroupant plusieurs médecins voire d'autres professionnels de santé
- Médecin libéral isolé
- Médecin salarié (hôpitaux, cliniques, collectivités...)
- Médecin avec activité mixte libérale et salariée
- Pas d'avis

Depuis de nombreuses années, les services d'urgence constatent une part toujours plus importante de consultations relevant de la médecine de ville. En 2020, l'Observatoire Régional des Urgences de Nouvelle Aquitaine (ORUNA) relève un taux de 79% de consultations classées CCMU 1 et 2 (pouvant relever de la médecine de ville) avec un pic de fréquentation entre 10H et 18H soit aux heures d'ouverture des cabinets médicaux de ville.

5. En vous basant sur votre expérience personnelle au cours de vos études (externat et internat) et/ou de votre pratique en tant que généraliste, êtes-vous d'accord avec le constat fait par les services d'urgence et l'ORUNA ? *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Neutre
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

6. D'après vous, quelle est LA raison principale poussant ces patients relevant de la médecine de ville à consulter aux urgences ? *

Une seule réponse possible.

- Pas de médecin généraliste disponible le jour même ou proposition de consultation jugée trop tardive par le patient
- Probable nécessité d'examens complémentaires
- Confiance dans la structure hospitalière vu la gravité médicale supposée par le patient
- Conseil de l'entourage (famille, amis,...)
- Pas d'avance de frais à l'hôpital
- Pas d'avis sur la question

Des structures de soins (cabinets, maisons de santé,...) avec une base majoritaire de consultations sur rendez-vous et possibilité de consultations sans rendez-vous en journée (ex 8H-20H) se développent de plus en plus sur notre territoire.

7. Pensez-vous que ce genre de structures pourrait être une solution pour répondre à la demande croissante de soins non programmés et pour diminuer le nombre de consultations de médecine générale aux urgences ? *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Neutre
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

8. Seriez-vous prêt(e) à travailler, en tant que libéral(e) ou salarié(e), dans une structure proposant ce service de soins non programmés en plus des consultations sur rendez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Neutre
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

9. Vous sentiriez-vous rassuré(e) de pouvoir proposer ce service à vos patients afin de mieux assurer la continuité des soins prévue par l'article 47 du Code de Déontologie Médicale * ? *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Neutre
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

* ARTICLE R.4127-47 Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

10. La possibilité de travailler dans ce type de structures de soins pourrait-elle vous inciter à vous installer professionnellement ? *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Neutre
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

11. Dans le cas de l'exercice dans une telle structure, une activité en tant que salarié(e) serait-elle plus attractive pour vous qu'une activité libérale ? *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Neutre
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

12. En dehors des éléments déjà évoqués (sécurité pour le patient et pour vous, activité libérale ou salariée), quelles autres raisons pourraient vous inciter à travailler dans ce genre de structures ? (Plusieurs choix possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Regroupement de médecins
 Présence d'autres professionnels de santé (infirmiers,...)
 Décharge administrative grâce à un secrétariat commun

Autre : _____

13. Seriez-vous intéressé(e) par l'organisation suivante concernant les consultations sans RDV: un médecin de la structure de soins consulte avec quelques créneaux réguliers réservés aux consultations sans RDV durant 1/2 journée ou une journée entière dans la semaine avec roulement des "journées avec créneaux sans RDV" entre les médecins au cours des semaines ? *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
 D'accord
 Neutre
 Pas d'accord
 Pas du tout d'accord

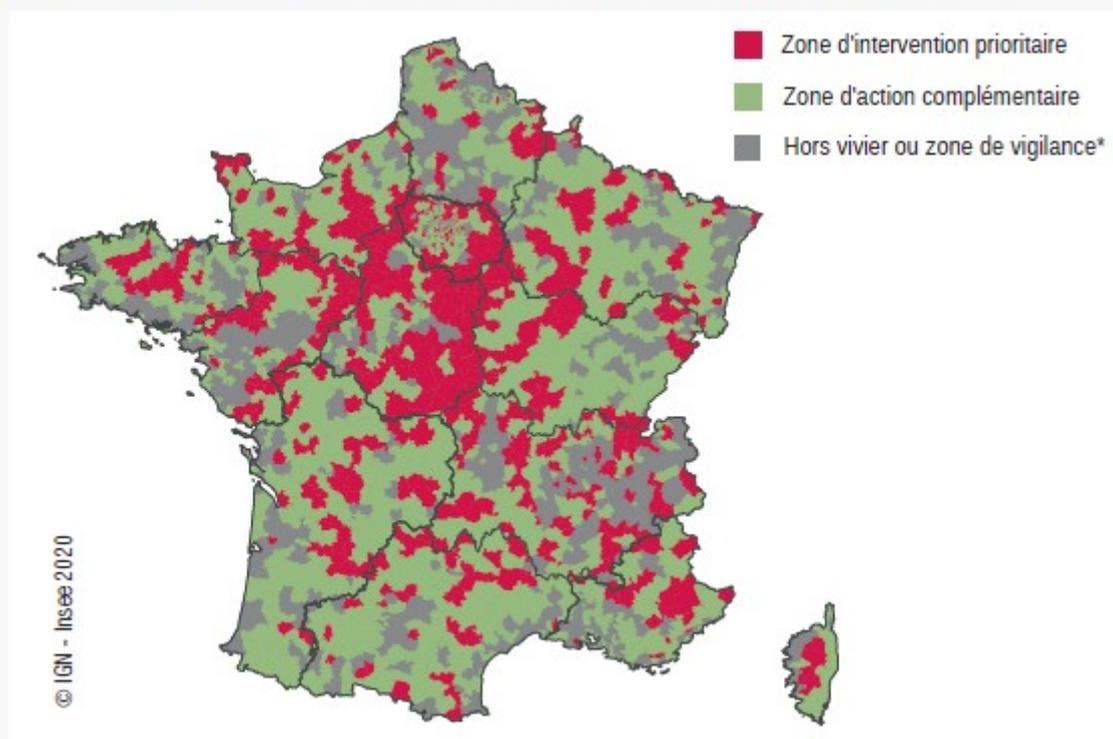
14. Seriez-vous intéressé(e) par l'organisation suivante concernant les consultations sans RDV: chaque journée est partagée en différentes plages horaires comportant quelques créneaux sans rendez-vous, chacune étant dédiée à un médecin de la structure avec roulement de ces plages horaires entre les médecins d'un jour sur l'autre ? *

Une seule réponse possible.

- Tout à fait d'accord
 D'accord
 Neutre
 Pas d'accord
 Pas du tout d'accord

3. Carte des zones d'intervention prioritaires

Figure - « Zonage médecin » en France métropolitaine en juin 2019



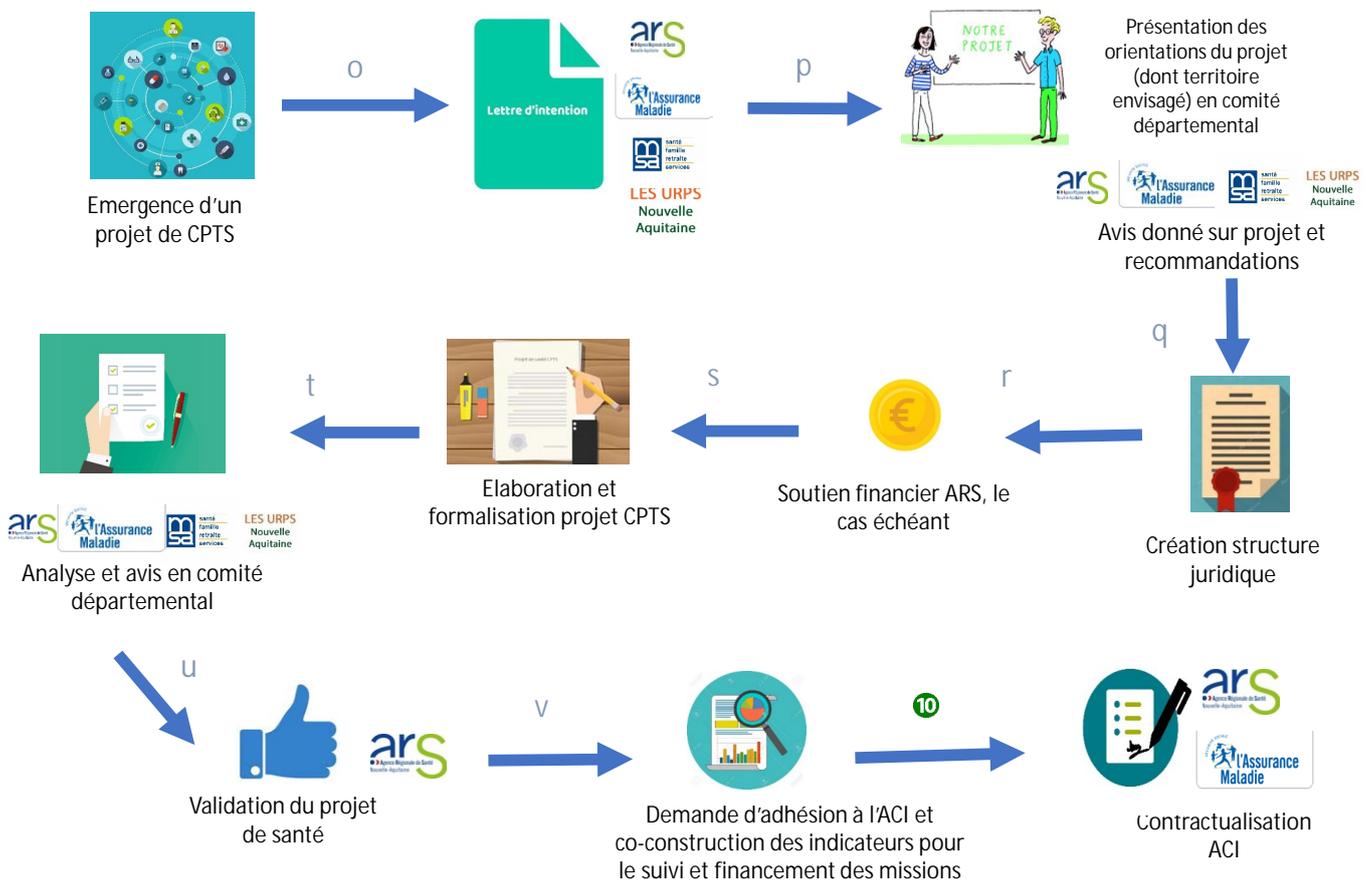
* Catégorisation à discrétion des ARS.

Source : arrêtés des agences régionales de santé (ARS) relatifs à la définition des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin.

4. Étapes de la création d'une CPTS



Processus d'élaboration d'un projet de CPTS



ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

5. Financement d'une CPTS

L'aide financière versée est proportionnelle au bassin de population couvert par la CPTS et à l'étendue des missions conduites. Elle peut se situer entre 287 500 euros par an pour les plus petites communautés et 580 000 euros par an pour les plus vastes.

Montant de l'aide annuelle pour le déploiement des CPTS				
	< à 40 000 habitants	Entre 40 et 80 000 habitants	Entre 80 et 175 000 habitants	> à 175 000 habitants
Financement annuel total possible	287 500 €	382 500 €	487 500 €	580 000 €

Financement maximum pour une CPTS de plus de 175 000 habitants	
Financement structure	90 000 €
Accès aux soins (mission socle)	155 000 €
Coordination / parcours (mission socle)	100 000 €
Prévention (mission socle)	40 000 €
Crise sanitaire grave (mission socle)	125 000 €
Qualité et pertinence (mission optionnelle)	40 000 €
Accompagnement des professionnels de santé (mission optionnelle)	30 000 €
Total	580 000 €

Résumé

Intention des jeunes médecins généralistes d'exercer la médecine dans une structure de soins regroupant plusieurs médecins et proposant un service de consultations sans rendez-vous

Introduction :

L'engorgement des services d'urgence est un problème majeur de santé publique depuis plusieurs années. La majorité des consultations dans ces services relève de la médecine générale de ville selon l'Observatoire Régional des Urgences de Nouvelle-Aquitaine (ORUNA) qui signale également que la plupart de ces consultations ont lieu entre 10h et 18h en journée donc aux heures d'ouverture des cabinets médicaux. De nombreuses études montrent que le motif le plus fréquent de ces consultations est l'impossibilité de rendez-vous rapide avec un médecin généraliste en ville.

Depuis quelques années, des centres de soins regroupant plusieurs médecins et proposant un service de soins sans rendez-vous se développent dans notre pays. Il a déjà été démontré que les patients préfèrent consulter dans ces centres de soins en ville plutôt que de se présenter en service d'urgences.

Nous ne savons pas ce que pensent les jeunes médecins de ces centres de soins proposant des consultations sans rendez-vous et s'ils envisagent d'y exercer la médecine.

Objectif principal :

Évaluer l'intention des internes de médecine générale et des médecins généralistes âgés de 40 ans au plus d'exercer la médecine dans des structures de soins regroupant plusieurs médecins et proposant des consultations sans rendez-vous.

Matériels et méthodes :

Ce travail de thèse est une enquête déclarative prospective portant sur des données individuelles recueillies auprès de jeunes médecins généralistes en cours d'internat ou ayant fini l'internat qui exercent en Nouvelle-Aquitaine ou en région (anciennement) Midi-Pyrénées.

Les données ont été recueillies par le biais d'un questionnaire en ligne Google Forms du 25 Mars au 26 Avril 2022 inclus.

Résultats :

L'étude a porté sur 230 internes de médecine générale ou médecins généralistes et a montré que 61,3 % d'entre eux sont prêts à exercer la médecine dans des structures de soins regroupant plusieurs médecins et proposant des consultations non programmées. Les éléments les plus attractifs pour ces jeunes médecins sont la décharge administrative grâce à un secrétariat commun, le regroupement de médecins et la présence d'autres professionnels de santé permettant des prises en charge multidisciplinaires dans le cadre d'un véritable travail d'équipe. Il est important de signaler que 38,3 % des participants trouvent plus attractif un emploi salarié dans ces structures plutôt que d'y travailler en tant que médecins libéraux et que 34,3 % des participants seraient prêts à s'installer en cas de possibilité d'exercice dans ce type de structures.

Discussion :

Le développement de centres de soins regroupant plusieurs médecins voire d'autres professionnels de santé et proposant un service de consultations sans rendez-vous semble être une bonne solution à la demande croissante de soins non programmés et au problème de l'engorgement des urgences par des consultations relevant trop souvent de la médecine de ville. Une coordination entre ces centres de soins et des centres d'imagerie médicale et laboratoires d'analyse biologique dans le but d'avoir des rendez-vous rapides pour les examens complémentaires est un élément important du bon fonctionnement de ce système de soins non programmés. Cette coordination pourrait se faire efficacement dans le cadre de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Il semble par ailleurs important de développer l'emploi salarié de médecins, notamment par les collectivités territoriales, de manière à repeupler les déserts médicaux et à attirer ainsi plus de médecins dans les centres de soins proposant des consultations sans rendez-vous.

Mots clés : Urgences, Médecine générale, Consultations sans rendez-vous, Soins non programmés



UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé

Intention des jeunes médecins généralistes d'exercer la médecine dans une structure de soins regroupant plusieurs médecins et proposant un service de consultations sans rendez-vous

Introduction :

L'engorgement des services d'urgence est un problème majeur de santé publique depuis plusieurs années. La majorité des consultations dans ces services relève de la médecine générale de ville selon l'Observatoire Régional des Urgences de Nouvelle-Aquitaine (ORUNA) qui signale également que la plupart de ces consultations ont lieu entre 10h et 18h en journée donc aux heures d'ouverture des cabinets médicaux. De nombreuses études montrent que le motif le plus fréquent de ces consultations est l'impossibilité de rendez-vous rapide avec un médecin généraliste en ville.

Depuis quelques années, des centres de soins regroupant plusieurs médecins et proposant un service de soins sans rendez-vous se développent dans notre pays. Il a déjà été démontré que les patients préfèrent consulter dans ces centres de soins en ville plutôt que de se présenter en service d'urgences.

Nous ne savons pas ce que pensent les jeunes médecins de ces centres de soins proposant des consultations sans rendez-vous et s'ils envisagent d'y exercer la médecine.

Objectif principal :

Évaluer l'intention des internes de médecine générale et des médecins généralistes âgés de 40 ans au plus d'exercer la médecine dans des structures de soins regroupant plusieurs médecins et proposant des consultations sans rendez-vous.

Matériels et méthodes :

Ce travail de thèse est une enquête déclarative prospective portant sur des données individuelles recueillies auprès de jeunes médecins généralistes en cours d'internat ou ayant fini l'internat qui exercent en Nouvelle-Aquitaine ou en région (anciennement) Midi-Pyrénées.

Les données ont été recueillies par le biais d'un questionnaire en ligne Google Forms du 25 Mars au 26 Avril 2022 inclus.

Résultats :

L'étude a porté sur 230 internes de médecine générale ou médecins généralistes et a montré que 61,3 % d'entre eux sont prêts à exercer la médecine dans des structures de soins regroupant plusieurs médecins et proposant des consultations non programmées. Les éléments les plus attractifs pour ces jeunes médecins sont la décharge administrative grâce à un secrétariat commun, le regroupement de médecins et la présence d'autres professionnels de santé permettant des prises en charge multidisciplinaires dans le cadre d'un véritable travail d'équipe. Il est important de signaler que 38,3 % des participants trouvent plus attractif un emploi salarié dans ces structures plutôt que d'y travailler en tant que médecins libéraux et que 34,3 % des participants seraient prêts à s'installer en cas de possibilité d'exercice dans ce type de structures.

Discussion :

Le développement de centres de soins regroupant plusieurs médecins voire d'autres professionnels de santé et proposant un service de consultations sans rendez-vous semble être une bonne solution à la demande croissante de soins non programmés et au problème de l'engorgement des urgences par des consultations relevant trop souvent de la médecine de ville. Une coordination entre ces centres de soins et des centres d'imagerie médicale et laboratoires d'analyse biologique dans le but d'avoir des rendez-vous rapides pour les examens complémentaires est un élément important du bon fonctionnement de ce système de soins non programmés. Cette coordination pourrait se faire efficacement dans le cadre de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Il semble par ailleurs important de développer l'emploi salarié de médecins, notamment par les collectivités territoriales, de manière à repeupler les déserts médicaux et à attirer ainsi plus de médecins dans les centres de soins proposant des consultations sans rendez-vous.

Mots clés : Urgences, Médecine générale, Consultations sans rendez-vous, Soins non programmés