Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 15 septembre 2022 à Poitiers
par Mr Nils GUILBOT

Exercer de manière partagée entre une Unité de Soins Non Programmés hospitalière et un cabinet ambulatoire de Médecine Générale : qu'en pensent de jeunes médecins ? Une étude qualitative

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Olivier Mimoz

Membres :
Monsieur le Professeur associé Pierrick Archambault
Monsieur le Docteur Dominique Tourret

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Bernard Frèche

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

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
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile **(retraite au 01/11/2021)**
- 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
- ORIOT 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
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation **(retraite au 01/12/2021)**
- 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 (**en mission 1 an jusqu'à fin octobre 2021**)
- 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
- VICTOR-CHAPLET Valérie

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)
- 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
- BOINOTCatherine, 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, cancérologie 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
- 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, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A monsieur le Professeur Olivier Mimoz
Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse. J'espère que ce travail s'en montrera digne. Soyez assuré de ma sincère et respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur Dominique Tourret
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury qui évaluera cette thèse. Je vous suis reconnaissant pour votre disponibilité, en espérant que vous trouverez satisfaction à juger mon travail.

A Monsieur le Professeur associé Pierrick Archambault
Je vous remercie d'avoir accepté de siéger parmi les membres de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici ma sincère gratitude pour le temps que vous aurez consacré à mon travail.

A Monsieur le Professeur Bernard Frèche
Je vous remercie d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon sujet, pour l'attention avec laquelle vous avez suivi le déroulement de mon travail. Merci pour vos conseils, votre disponibilité, votre écoute et votre relecture avisée. Veuillez trouver ici ma plus sincère reconnaissance.

A mes parents
Mon phare, ma boussole, mon socle. Le reste se passe de mots.

A ma sœur
Ce cadeau qu'un jour on m'offrit, ce lien que rien ne saurait désunir.

A Mathilde
Celle que j'ai choisie, celle qui m'a choisi pour voyager ensemble, avec qui l'aventure et le quotidien se fondent et forment le bonheur. Merci pour ton indéfectible et irremplaçable soutien pendant ce travail et durant tout le parcours qui y a conduit. Et pour celui qui reste à venir. Avec ou sans bras.

A Thiphaine, Adrien, Céline, Nicolas
Notre précieuse famille rochelaise, grâce à qui l'exil de notre Sud natal s'est transformé en belle aventure.

A Charlotte et Alexis
Amis rêveurs et voyageurs, pour tous ces heureux moments partagés.

A Adrien
Mon compagnon d'aventure, partout où l'on saura la trouver.

A Yvan, Laurie et Eva.
Si c'était à refaire, je ne choisirais pas d'autres compagnons d'externat que ceux qui devinrent des amis.

Aux « copains d'après », Thomas, Camille, Marie, Hervé, Floriane, Camille, JM, Lisa, Léo, Rami, Nadège, Stan. Votre amitié sans faille m'a accompagné et éclairé toutes ces années, de Marseille à Rome en passant par Budapest et Faucon.

A Ludovic
Cet être cher et lumineux dont l'amitié résiste à toutes les distances et au décalage horaire, co-auteur d'une épopée boguilienne qui marquera sans aucun doute la postérité.

A Sylvanie
Ton amitié, ton affection, sont les choses les plus précieuses que j'ai trouvées dans cet amphithéâtre de PACES.

A Rémy
Ce plus vieil ami, fidèle entre tous, quasi-frère.

A Anne Marie
Présente depuis le commencement, toujours accueillante, attentive, bienveillante. Je m'habillerai bien pour soutenir.

A Cécile, Pierre et Marc
Pour votre bienveillance, votre écoute et vos conseils lorsque j'étais assailli par le doute. Si mon choix s'est porté sur la médecine générale, c'est en partie grâce à vous.

Aux médecins qui m'ont guidé et formé durant mon parcours de jeune médecin, Primario, Lionel, Eric, Christophe, Jean Michel, Erwan, Bruno, Léa, Claire, Armel et tout le service de rhumatologie de La Rochelle.

A tous ceux qui m'ont accompagné, soutenu, encouragé durant ce long parcours.

A mes relecteurs patients et attentifs.

A tous les choix, les étapes et les passerelles qui m'ont conduit ici, par des chemins parfois détournés : les classes prépa, l'école Phelma et Polytechnique Montréal.

A toi qui m'as transmis la curiosité et le goût du savoir, toi qui veilles quelque part, jamais loin, je suis fier de te dédier ce travail.

A Voltaire, qui a dit : « Un médecin, c'est quelqu'un qui verse des drogues qu'il connait peu dans un corps qu'il connait moins. »

GLOSSAIRE

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CH : Centre Hospitalier

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DRESS : Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

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

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires

RDV : Rendez-vous

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SIHP : Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris

SNP : Soins Non Programmés

USNP : Unité de Soins Non Programmés

PLAN

INTRODUCTION 6

MATERIEL ET METHODE 9

RESULTATS 11

DISCUSSION 18

CONCLUSION 25

Annexe 1 - document adressé aux médecins interrogés avant entretien 26

Annexe 2 - GUIDE D'ENTRETIEN 27

BIBLIOGRAPHIE 29

Annexe 3 – Verbatim sur CD-ROM

INTRODUCTION

La France est confrontée depuis 20 ans à une hausse de la fréquentation des services hospitaliers d'accueil des urgences. Celle-ci est estimée à 3,6 % annuel en moyenne depuis 1996 d'après une étude de la DRESS (1). En 2018 cela correspondait à 20,3 millions de passages aux urgences par an (2). Parallèlement, comme le soulignait la Cour des comptes en 2019, la capacité d'accueil des patients dans les services d'urgences des établissements de soins est restée stable (3).

De cette augmentation constante du nombre de consultations, il résulte un engorgement des services d'accueil des urgences, générateur de tension pour le personnel de ces services en sous-effectif (3).

Pourtant, dans un grand nombre de cas, le recours au service d'urgences n'est pas la réponse la plus appropriée au problème du patient. Une part des consultations aux urgences pourraient être prise en charge par la médecine de ville.

Il existe peu d'estimation de la proportion de consultations aux Urgences ne relevant pas de ce service. Le rapport sur l'organisation des soins non programmés du député Thomas Mesnier de 2018 estimait à 43% la part des consultations aux Urgences qui pourraient être gérées par la médecine de ville (2). Elle serait de 20% d'après le rapport de la Cour des comptes de 2019 (3). Les patients dont l'état n'est pas jugé susceptible de s'aggraver, classés CCMU1 et CCMU2 (Classification Clinique des Malades aux Urgences) par les médecins urgentistes selon qu'ils nécessitent ou non un acte diagnostic ou thérapeutique, sont en général ceux considérés comme pouvant relever d'une prise en charge ambulatoire, et représentent la grande majorité des usagers des services d'urgences, soit 60 à 70% de CCMU2 (3).

Alors pourquoi ces patients relevant de la médecine de ville viennent-ils aux urgences ?

L'enquête nationale de la DRESS réalisée en 2013, analysant les motifs de recours aux Urgences des patients, a fait les constats suivants : presque 60% des usagers se sont rendus dans les services d'urgences de leur propre initiative sans avis médical préalable ; les motifs de recours aux Urgences les plus fréquemment cités étaient d'une part un problème médical (80% des patients), d'autre part l'accessibilité aux soins (60%). Près de 20% des patients interrogés ont consulté aux Urgences à défaut d'une alternative. Pourtant, seuls 6% des patients invoquaient l'absence de leur médecin traitant comme motif de recours aux Urgences. Parmi les patients consultant aux Urgences, la grande majorité est rentrée à domicile au terme de la prise en charge sans nécessiter d'hospitalisation, la plupart après avoir passé moins de 4 heures dans le service. Par ailleurs, on dénombre un plus grand nombre d'hospitalisations

parmi les patients consultant sur les conseils d'un médecin plutôt que de leur propre initiative (30% vs 10%) (4).

Une autre étude de la DRESS, datant de 2002, relevait comme motif principal de consultation aux Urgences la proximité géographique de l'hôpital pour avoir un contact médical et non le sentiment de gravité d'un problème de santé. D'après cette même étude, seuls 25% des patients consultant aux Urgences étaient motivés par les spécificités de ces services, que ce soit le plateau technique, la permanence des soins ou la spécialisation en médecine d'urgences. Enfin, 14% des patients trouvaient aux Urgences une alternative à la médecine de ville, parce que leur médecin traitant était absent ou parce qu'ils n'avaient pas de médecin traitant (5).

Il apparait donc que le recours excessif aux services d'urgences hospitaliers trouverait sa cause d'une part dans une utilisation inadaptée du réseau de soins dédiés aux urgences, notamment du fait d'un défaut de régulation des demandes ; d'autre part dans l'impossibilité de trouver une réponse en médecine ambulatoire.

En 2019, les demandes de soins non programmés (SNP) représentaient jusqu'à 30% de l'activité hebdomadaire des médecins généralistes. La quasi-totalité d'entre eux déclaraient avoir une organisation leur permettant de répondre à ces demandes. Mais cette offre de soins ne semble pas suffisante pour absorber l'ensemble de ces consultations. Seuls 3 généralistes sur 10 parvenaient à y répondre en totalité, et 45% à plus de la moitié. Lorsqu'ils ne pouvaient pas y répondre, la plupart des généralistes réorientait le patient vers un confrère libéral, un quart d'entre eux vers les urgences, et seulement 16% vers une structure spécialisée dans les SNP. D'après la DRESS, les difficultés à répondre à la demande de SNP en médecine générale sont corrélées à une faible démographie médicale sur le territoire (6).

Cette inadéquation entre l'offre de soins ambulatoire et la demande de SNP s'expliquerait avant tout par la diminution des effectifs de médecins généralistes, évaluée à 9.1% en dix ans entre 2007 et 2017, et par l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire. L'accessibilité géographique à une structure de soins, critère déterminant en zone sous-dense, motivait 22% des passages aux urgences en 2013 (2).
Il en résulte qu'en France, en 2015, plus d'une personne sur deux (55%) rencontrait des difficultés à obtenir un rendez-vous chez un médecin, principalement pour des raisons de délais (39%) et de refus du praticien de prendre de nouveaux patients (14%). Vingt pour cent des patients n'ayant pas pu obtenir un rendez-vous chez un médecin de ville se dirigeaient vers les urgences (2).

L'offre de SNP cherche à se structurer en France, mais ses formes sont diverses, non standardisées, et d'efficience variable. Elle est portée en premier lieu par les médecins généralistes, qu'ils exercent en cabinet libéral, en centre de santé ou en MSP. Ces dernières, lorsqu'elles souscrivent à l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel), s'engagent à proposer un accès aux SNP, mais si la moitié d'entre elles ont pris cet engagement, elles ne disposent pas d'un plateau technique permettant de répondre à certaines demandes. SOS médecins absorbe une partie des consultations non programmées essentiellement en zone urbaine et péri-urbaine, de même que les maisons médicales de garde dont l'efficience est cependant limitée par leur répartition inégale sur le territoire et surtout par la méconnaissance de leur existence par le public (7).

Par ailleurs, des structures dédiées aux SNP existent actuellement, mais leur nombre est restreint et leur modèle n'a pas encore trouvé sa place dans le réseau de soin. Ce sont essentiellement des services d'urgences reconvertis en centres de SNP, soutenus par les ARS, et des centres créés par initiatives privées. Ces derniers répondent à un besoin réel de soulager les urgences, mais ils ne s'inscrivent pas dans un parcours de soins cohérent et leur implantation n'est pas toujours pertinente, ce qui les prive souvent du soutien des ARS (2). Il n'existe pas en France de modèle de structure standardisé prenant spécifiquement en charge les SNP primaires.

Ainsi, nous nous proposons d'étudier un modèle d'unité de soins non programmés (USNP) qui sera mis en place au Centre Hospitalier de Royan-Atlantique en Charente-Maritime, gérée par des médecins généralistes exerçant une activité mixte partagée entre cette unité hospitalière et leur cabinet de médecine générale.

Une structure de ce type permettrait-elle de répondre de façon adaptée et efficace à la demande de SNP sur le territoire tout en proposant aux médecins généralistes un exercice attractif et diversifié ?

Cette étude avait pour objectif principal d'explorer les motivations et les freins des médecins généralistes de Charente-Maritime à participer à la prise en charge des soins non programmés sur leur territoire en exerçant au sein d'une unité telle que celle de l'hôpital de Royan. L'objectif secondaire était de définir dans quelles conditions ils souhaiteraient travailler dans ce type de structure, afin de favoriser un exercice mixte.

MATERIEL ET METHODE

Une étude qualitative par théorisation ancrée a été menée afin de recueillir l'opinion de médecins généralistes de Charente-Maritime concernant un mode d'exercice du soin primaire partagé entre la médecine générale ambulatoire libérale et le soin non programmé au sein d'une unité hospitalière dédiée.

Population de l'étude et échantillon

Les jeunes médecins généralistes de Charente-Maritime constituaient la population cible de l'étude. La population interrogée se divisait en trois sous-groupes correspondant à différentes modalités d'exercice, à savoir des médecins installés dans une structure de soins primaires libérale ; des médecins généralistes remplaçants, ayant ou non obtenu leur thèse d'exercice ; des internes de médecine générale de dernière année (T3). Les critères d'inclusion ont été définis comme suit : installation dans le département depuis moins de 5 ans ; exercice du remplacement depuis moins de 4 ans. L'âge limite a été fixé à 40 ans. D'après plusieurs sources le délai moyen d'installation des jeunes médecins est de 3,5 ans, à un âge moyen de 37 ans (8 , 9). En 2019, plus de 50% des médecins avaient moins de 40 ans (10). Ces données motivaient le choix de l'âge limite d'inclusion, des délais d'installation et d'exercice.

Notre échantillon a été recruté suivant une méthode non probabiliste d'échantillonnage en variation maximale selon les variables suivantes : modalité d'exercice (installé, remplaçant ou interne T3) ; sexe ; zone d'installation (urbaine ou non, définie par la présence d'un CH dans ou à proximité de la commune d'exercice) ; et localisation géographique dans le département. La taille nécessaire au minimum de l'échantillon a été fixée à priori à 12 personnes, seuil défini par Guest et al. pour atteindre une saturation théorique des données (11). En pratique, les entretiens ont été réalisés jusqu'à obtention empirique de la saturation des données. Le recrutement a été réalisé par contact téléphonique ou courriel. Un document écrit décrivant le contexte de l'étude et la question de recherche a été envoyé par courrier électronique à chaque participant (annexe 1).

Construction du guide d'entretien

Le guide d'entretien (annexe 2) comprenait 12 questions ouvertes, articulées en 3 parties : une première partie concernait l'exercice du SNP ; une deuxième l'exercice mixte au sein d'un centre hospitalier ; une troisième le modèle d'USNP proposé par l'hôpital de Royan. Il a été construit de façon à aborder les thèmes suivants : l'intérêt et les motivations du médecin interrogé, les conditions de travail attendues, les freins potentiels ou réels. Des questions de relance étaient préparées afin de préciser certains points d'intérêt si nécessaire.

Un guide initial a été élaboré puis testé et modifié lors d'entretiens à usage exploratoire jusqu'à sa version finale. Le guide d'entretien a été conçu pour explorer les représentations, les attentes ou l'expérience du participant sur le sujet des soins non programmés en exercice mixte. Cette méthode favorise l'échange et la liberté de parole tout en garantissant que les thèmes importants au regard de la question de recherche auront bien été abordés. En cours d'étude, les questions 9 et 10 ont été retirées du questionnaire, respectivement lors des 9e et 10e entretiens, car les réponses constituaient fréquemment des redites des réponses aux questions précédentes et n'apportaient aucun élément nouveau.

Recueil et analyse des données

Les données ont été recueillies au cours d'entretiens individuels semi-directifs réalisés au cabinet du médecin interrogé ou à son domicile. Ils ont tous été menés par le même enquêteur. Les caractéristiques socio-démographiques des participants ont été recueillies en début d'entretien. Les données ont été collectées par enregistrement audio. Les verbatim ont été retranscrits intégralement à l'aide du logiciel O Transcribe©, puis anonymisés. Ils ont été détruits à la fin de l'étude.

Les verbatims ont fait l'objet d'une analyse thématique suivant une méthode inductive. Le codage a été réalisé à l'aide du logiciel QDA Miner© Lite v2.0.8. Les codes ont été classés par thèmes définis préalablement. L'analyse en aveugle par les deux chercheurs puis la mise en commun du codage a permis une triangulation des données.

Aspect éthique

Les participants ont été informés au préalable que la collecte des données par enregistrement, leur retranscription et leur analyse seraient anonymes. Leur consentement a été recueilli avant le début de chaque entretien.

RESULTATS

Au total, 11 entretiens ont été réalisés entre juin 2021 et mars 2022. La durée moyenne des entretiens était de 23 minutes.

Caractéristiques des médecins

Les caractéristiques socio-démographiques des répondants sont présentées dans le tableau 1.

	Age/Genre	Mode d'exercice	Zone d'exercice	Lieu d'exercice
M1	36/H	Collaborateur, cabinet de groupe	Hors zone urbaine	Tonnay-Charente
M2	31/H	Associé, cabinet de groupe	Hors zone urbaine	Ciré d'Aunis
M3	31/F	Remplaçante	Hors et en zone urbaine	Tonnay-Charente Rochefort
M4	27/H	Remplaçant	Zone urbaine	Rochefort
M5	30/F	Associée, cabinet de groupe	Hors zone urbaine	Sainte Soulle
M6	35/H	Associé, cabinet de groupe	Hors zone urbaine	Archiac
M7	27/H	Interne remplaçant	Hors et en zone urbaine	SASPAS et CAPS nantais
M8	28/H	Associé, SOS médecin	Hors et en zone urbaine	La Rochelle
M9	27/F	Interne remplaçante	Zone urbaine	SASPAS et La Rochelle
M10	37/F	Collaboratrice, cabinet de groupe	Hors zone urbaine	Saint Jean de Liversay
M11	35/F	Associée, cabinet de groupe	Zone urbaine	Vaux-sur-mer

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillon

Motivations personnelles à un exercice mixte dans une USNP

La « *[diversification] de sa pratique* » professionnelle a été citée par la majorité des répondants comme motivation à partager son exercice avec du SNP. Deux médecins ont présenté cette diversification comme une manière « *d'éviter l'épuisement* » professionnel. « *L'intérêt personnel* » pour la médecine aigue ou « *l'urgence* » n'ont été cité que quatre fois comme une motivation à ce type d'exercice. L'attrait pour « *l'inconnu* » inhérent au SNP a été mentionné une fois.

Un intérêt récurrent de ce modèle d'exercice était de permettre une organisation de travail avantageuse. Deux médecins ont expliqué qu'ils trouveraient confortable de travailler dans

une USNP fonctionnant sur des « *horaires précis* » « *en journée* ». Deux autres étaient intéressés par la possibilité qu'offre le SNP « *d'aménager son temps comme on le souhaite* ». Pour deux médecins, ce type d'exercice procure « *un confort de travail* » en cabinet libéral en diminuant la « *gymnastique mentale […] épuisante* » de la gestion des urgences « *entre deux* ».

Concernant l'exercice hospitalier, une coordination des soins facilitée par « *l'accès au plateau technique* », par la possibilité « *d'adresser rapidement […] aux urgences* » ou de « *parler à la spécialité concernée* », a été fréquemment citée comme motivation à intégrer une unité hospitalière. Les autres motivations à exercer dans un hôpital étaient à parts égales la « mise à jour » et « *[l'entretien] des connaissances* » médicales, le renforcement du réseau professionnel, et le « *travail en équipe* ».

Intérêts structurels d'un exercice mixte en USNP

L'exercice dans une USNP présenterait plusieurs intérêts structurels au sein du système de soin, au premier rang desquels le « *[désengorgement] des urgences* » largement cité. En parallèle du bénéfice pour le système hospitalier, plusieurs médecins ont affirmé que cela permettrait d' « *alléger* » la médecine générale en absorbant « *le trop plein de consultations* » non programmées dans les cabinets. Une telle structure profiterait également aux patients, d'une part en proposant une « *permanence de soins* » à ceux « *qui n'arrivent pas à avoir un rendez-vous avec leur médecin traitant* » ; d'autre part en offrant une réponse ambulatoire « *adaptée* » à la demande de SNP, « *entre la médecine d'urgence et la médecine générale* », évitant le recours aux urgences « *pour des soins qui ne sont pas nécessaires* ». Ce système « *sécuriserait […] l'accès aux soins tout en protégeant le médecin de son devoir théorique de continuité des soins de 8h à 20h […] amplitude qui est illusoire aujourd'hui* ».

Le bénéfice dans l'exercice du soin primaire a été décrit de différentes manières : pour six médecins, varier son exercice dans une USNP améliorerait la qualité des prises en charges au cabinet en renforçant l' « *expertise* » du praticien en SNP, sa réactivité face à « *l'imprévu* ». Pour cinq d'entre eux, cela renforcerait le « *lien* » et la « *communication ville-hôpital* ». Un médecin suggérait que l'exercice mixte faciliterait le « *suivi* » des patients grâce au « *partage d'information entre les structures* ».

Freins personnels à un exercice mixte dans une USNP

Le frein potentiel le plus fréquemment cité était la crainte d'une organisation « *très lourde […] comme l'est parfois le milieu hospitalier* », ou « *trop compliquée* », dont la gestion empiéterait sur le temps médical. Un défaut d'organisation se traduirait sur le plan matériel : *« que ce soit pas juste au médecin qui en a marre […] de se faire une ordo pour récupérer le matériel, que*

ce soit vraiment un espace qui est géré et rempli correctement » ; sur le plan humain : « *si y a pas de secrétaire* » ; ou encore par une organisation temporelle inefficiente : « *sur des heures improbables, […] du 22h minuit où on voit un patient tous les quatre jours* » ou contraignante : « *avoir le choix dans la journée où on y va* », « *mes freins… les horaires* ».

Un deuxième frein, évoqué par quatre médecins, était une organisation libérale incompatible avec un exercice partagé. Ce type d'exercice impliquerait soit une diminution du temps passé au cabinet, donc une moindre disponibilité pour leur patientèle (tableau 2), soit une augmentation du temps de travail empiétant sur leur vie familiale (tableau 3). Même si un cet exercice pourrait les intéresser, leur choix d'organisation actuelle empêcherait deux d'entre eux de le pratiquer.

M5	« *Je serais pas contre faire les deux mais il faudrait que je diminue ici dans le cabinet mais… en théorie… compliqué […] parce que le jour où on n'est pas là il faut que quelqu'un gère à notre place.* »
M8	« *Les seuls freins seraient d'avoir une organisation non satisfaisante, c'est-à-dire […] que je laisse mes patients dans la panade deux jours par semaine parce que je serai en soins non programmés.* »

Tableau 2 : extraits de verbatim (M5, M8)

M11	« *Moi je travaille trois jours et demi ici, j'ai fait le choix de pas travailler davantage parce que je suis toute seule avec ma fille.* »
M5	« *Moi j'ai un jour de repos, c'est pour m'occuper de ma fille. Si je dois aller le passer ailleurs je perds l'intérêt de mon organisation personnelle.* »

Tableau 3 : extraits de verbatim (M5, M11)

Les freins à un exercice hospitalier ont été cités par seulement trois médecins : l' « *inertie* » administrative de l'hôpital, son organisation « *hiérarchisée* », le fait de travailler avec « *des gens qui ont des valeurs, […] des fonctionnements différents* », pouvant générer des « *tensions* », ce dernier point revenant chez chacun des trois répondants. Deux d'entre eux ont souligné les avantages de l'exercice libéral qui permet de « *choisir son équipe* », de « *[gérer] sa société à sa façon* » et de créer une « *cohésion* » sur la base « *d'interactions* » plutôt que de rapports hiérarchiques.

Les autres freins mentionnés étaient une charge de travail trop importante, en termes d' « *amplitude horaire* » ou de « *quantité de patients à voir* » ; l' « *éloignement d'un hôpital* » ou l'absence de « *référents* » spécialistes perçus comme un isolement inconfortable.

En tant que frein, une rémunération insuffisante et un statut salarié ont chacun été cités une fois.

Le seul médecin qui n'était pas personnellement intéressé par cet exercice le justifiait par un fonctionnement actuel satisfaisant qu'il ne ressentait pas le besoin de changer.

Inconvénients structurels d'un exercice mixte en USNP

La diminution du temps dédié aux patients du cabinet, déjà évoqué comme un frein personnel, est un inconvénient structurel de l'exercice partagé, comme l'a résumé un médecin pourtant investi dans ce type d'exercice : « *l'activité mixte moi je trouve ça intéressant pour le médecin, pour le patient par contre il y a un jour où on n'est pas là donc ça c'est embêtant* ». Plus généralement, la difficulté d'appliquer un modèle d'exercice partagé, de « *dégager […] du temps libre pour travailler dans ces structures* » pour un médecin travaillant déjà à temps plein « *qui n'arrive pas à voir tous [ses] patients* », a été soulignée par plusieurs médecins.

Deux médecins pensaient que ce modèle pourrait induire une perte de qualité du parcours de soin. L'un parce qu'elle redoutait un usage abusif de la structure par ses patients : « *si on sait qu'on peut me consulter encore plus rapidement que d'habitude, mes patients vont peut-être attendre que je sois là-bas pour venir* ». Pour ce médecin, une telle structure présenterait un intérêt surtout « *pour les gens qui n'ont pas de médecin traitant* ». L'autre parce qu'il craignait de favoriser le « *nomadisme* » au détriment d'un « *suivi* » » du patient « *sur une seule et même structure avec un dossier commun* » permettant une bonne « *connaissance du patient* ». Ce même médecin considérait par ailleurs que ce type de structure n'est pas une réponse adaptée au problème d'offre de soin, puisqu'il ne fait que palier « *le manque de médecins généralistes* », mais « *ne participe pas à améliorer la qualité des soins* ».

Un médecin estimait que si cet exercice semble en inadéquation avec le système de soin actuel, c'est le modèle du « *parcours de soin médecin traitant, et la volonté de certains que le patient ne voit que son médecin* » qui doit être changé car il constitue une « *entrave* » aux soins.

Conditions d'organisation en cabinet libéral permettant un exercice mixte

La majorité des répondants ont pensé qu'un exercice régulier partagé entre un cabinet libéral et une USNP était possible. Dans cette optique, certains médecins ont proposé des solutions : s'installer en cabinet de groupe avec des « *associés* » ayant la même pratique, permettant un « *partage de la patientèle* » pour assurer la continuité des soins ; « *limiter sa patientèle* » afin de restreindre son temps de travail hebdomadaire. Deux médecins ont précisé que cette activité leur serait permise car ils travaillent « *à temps-partiel* ».

Conditions d'organisation de la structure de SNP

Les conditions de travail dans la structure souhaitées par chaque médecin ont été explorées en détail. Le modèle d'organisation qui en émerge est résumé dans le tableau 4 :

Fréquence	« *Une demi-journée* » à « *une journée par semaine* » Flexibilité du planning avec notion de « *choix* » des dates
Horaires	En journée, « *pas des horaires de nuit* », « *peu importe* », calqué sur « *les horaires d'affluence aux urgences* »
Localisation	Dans un rayon d' « *une demi-heure autour du domicile* » « *Proche d'un service d'urgence* »
Planning	Avec RDV « *pour le confort d'accueil des patients* » Sans RDV possible si l'accueil se fait « *à l'hôpital* »
Plateau technique	Radiologie « *sous réserve d'avoir un orthopédiste disponible pour les avis* » Biologie « *avec une bonne coordination* » Perçu comme une valeur ajoutée non indispensable : *« si c'est à disposition […] c'est un soutien en plus […] c'est plus complet, pour le patient c'est mieux, pour nous aussi c'est rassurant* » Pas nécessairement sur place mais en « *coordination rapide* » avec une structure proche
Equipe paramédicale	« *Tri* » des patients par une « *secrétaire formée* » IDE pour aider aux actes techniques, « *faire les bios* » « *qui aide si il y a des sutures* »
Statut administratif	Salariat attractif pour « *avoir moins d'administratif* »

Tableau 4: Eléments d'organisation attendus d'une USNP

Si la grande majorité des médecins a trouvé intéressant l'accès à un plateau technique minimal, un seul pensait que cela « *[dépasserait son] travail de médecin généraliste* » et la « *pousserait à la consommation* ». Trois médecins ont considéré que la présence d'une équipe soignante paramédicale n'était « *pas adaptée* » en dehors d'un service d'urgence. L'un d'eux a suggéré d'avoir plutôt recours aux « *infirmiers libéraux […] dans [son] secteur* ».

Plusieurs médecins ont trouvé « *logique* » qu'une USNP soit intégrée « *à proximité ou dans une structure hospitalière* », considérant cela comme « *une condition pour que ça fonctionne* ».

Seuls deux médecins préfèreraient garder un exercice libéral dans une USNP.

La nécessité d'un « *pool de médecins* » suffisant pour permettre une rotation des effecteurs de la structure a été évoquée, afin d'assurer une « *permanence* » sur le secteur.

Plusieurs médecins ont souligné les caractéristiques socio-démographiques du « *territoire* » comme facteur à prendre en compte dans la décision d'implanter une USNP : « *la démographie médicale* » et l'offre de soins locale, la densité de population notamment « l*es touristes* » ou les « *patients qui n'ont pas de médecin traitant* ».

Conditions d'attractivité d'un exercice mixte en USNP

Le principal facteur attractif identifié était une gestion administrative simplifiée. Le fait de n'avoir « *aucun papier à faire* », « *d'éviter la lourdeur administrative* », de pouvoir se consacrer à un « *temps médical pur* » a été présenté comme une condition incitative, parfois en contrepartie d'une rémunération moindre : « *je préfère être un peu moins payé et avoir moins d'administratif* ». Les médecins pour lesquels la hiérarchie hospitalière ou le salariat constituaient des freins personnels ont admis que ce statut leur permettrait pourtant de « *ne pas être la seule personne […] qui gère toute la partie administrative* ».

Si elle a été citée comme critère potentiellement « *[motivant]* » par deux médecins, la rémunération n'a pas été présentée comme une condition d'attractivité. La plupart ne l'ont pas évoquée spontanément, n'en avait « *aucune idée* » si on les interrogeait sur le sujet, ou ont proposé un forfait équivalent à ce qu'un médecin gagne sur le même temps de consultation en cabinet.

Intérêts du modèle d'USNP du CH de Royan

Lorsque le fonctionnement de la future USNP de Royan leur a été décrit, les participants y ont trouvé les avantages suivants : le travail d'équipe, perçu comme « *un truc dynamique* » qui « *motiverait tout le monde* » ; la présence paramédicale, « *parfaitement adaptée pour soulager tout ce qui va être temps non médical* » ; les horaires « *plutôt attrayants* » d'après un médecin pour qui les horaires étaient la première motivation ; le plateau technique permettant de « *ne pas méconnaître l'urgence médicale* » ; une répartition du temps d'activité « *adaptée* ». Deux médecins ont considéré que ce modèle était « *le type de structure qu'il faut* ».

Les autres intérêts cités étaient les mêmes que ceux précédemment évoqués dans un cadre plus général : diversification des pratiques, allégement de la médecine ambulatoire, ou intérêt pour la médecine aigüe.

Inconvénients du modèle d'USNP du CH de Royan

Une part des médecins n'a pas relevé d'inconvénient propre à cette USNP. Le médecin exerçant chez SOS médecin a trouvé que cette activité ne serait « *pas suffisamment variée* » car elle « *n'intégrerait pas de visite* » et que les « *horaires fixes* » « *ne libèreraient pas plus de temps qu'en cabinet* ». Un médecin a estimé que la fermeture à 18h30 paraissait précoce

« *par rapport […] à la demande* ». Un autre craignait une « *grosse charge de travail* » en période estivale touristique, et un salaire insuffisant par « *rapport au volume de travail* ». L'accumulation des patients se présentant sans rendez-vous inquiétait l'un d'eux. La « *perte de contrôle de l'organisation* » propre au salariat a été citée, ainsi que la contrainte du planning sous-tendue par la notion « *d'engagement* », pouvant empêcher d'adapter son exercice à certains événements de vie comme « *une grossesse* ».

Proposition d'un modèle alternatif

Les entretiens ont amené quelques médecins à suggérer d'autres modèles de gestion du SNP au sein du cabinet du médecin traitant :

« *Ce que je trouverais plus intéressant, c'est peut-être qu'on soit réorganisé dans les cabinets de médecine générale [...] qu'il y ait vraiment plus de créneaux d'urgence dédiés, que tous les patients du cabinet [puissent] être vus dans le cabinet où on connait nos patients avec le dossier pour que le suivi soit quand même mieux et que ça déborde pas sur d'autres médecins qui ont pas forcément toutes les données, où les patients sont pas toujours capables de bien exprimer ce qu'ils prennent, ce qui a déjà été fait par le médecin auparavant.* »

« *C'est aussi quelque chose que je peux éventuellement mettre en place sans structure. […] Ce serait de créer des soins non programmés au sein de la maison de santé où chaque médecin ait une journée dans la semaine où il fasse des soins non programmés, c'est à dire il prend tous les soins non programmés de la journée […] dans un cabinet prévu pour ça* »

DISCUSSION

Principaux résultats

Le modèle d'exercice de la médecine générale partagé entre un cabinet libéral et une USNP hospitalière a été accueilli favorablement par tous les médecins, y compris ceux qui ne souhaitaient pas personnellement s'investir dans ce type d'exercice.

L'exercice mixte en USNP permet une pratique diversifiée et flexible en accord avec les aspirations des jeunes médecins

Les résultats présenteraient ce modèle comme un moyen de diversifier sa pratique médicale. Pourtant, la plupart des médecins n'est pas spécifiquement motivée par le SNP ou l'urgence. Cela démontre que ce n'est pas tant l'intérêt pour le SNP que la démarche de diversification qui motiverait les médecins à intégrer une USNP. On retrouve ce résultat dans l'étude de Bismuth de 2018, dans laquelle 52% des internes de Médecine Générale Toulousains ont cité un exercice diversifié comme moteur du choix de cette spécialité (12). De même, 81% des internes interrogés par l'ISNAR-IMG en 2010 pensaient diversifier leur exercice ou changer d'orientation durant leur carrière (13). Le travail de M. E. Leroux datant de 2009 faisait déjà état d'une diversification des pratiques largement répandue chez les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle, et présentait cette démarche comme un rempart contre le syndrome d'épuisement professionnel (14). Les résultats confirmeraient ce dernier point. Toutefois, une revue systématique de la littérature réalisée en 2019 par A. Bastien afin d'identifier les facteurs de satisfaction professionnelle des médecins généralistes aboutit à une conclusion moins catégorique sur ce sujet, suggérant que la diversification n'est pas forcément associée à une meilleure satisfaction personnelle (15).

L'exercice mixte du SNP est perçu comme un modèle d'organisation adaptable proposant des horaires moins contraignants. L'intérêt pour cette pratique traduit la recherche de conditions de travail plus confortables, permettant une meilleure gestion de l'imprévu. La médecine est une discipline à risque d'épuisement professionnel, particulièrement chez les jeunes praticiens (16). Les résultats de cette étude reflèteraient l'aspiration des jeunes générations à une nouvelle pratique de leur spécialité, leur permettant d'aménager le temps professionnel pour éviter l'épuisement. Ce résultat étaye celui de l'enquête du CNOM de 2019, qui enseigne que l'équilibre horaire est une condition importante pour les médecins installés de moins de 40 ans (10). L'étude de Bismuth fait également état d'un changement de mentalité des futurs médecins généralistes sur leur temps de travail, s'appuyant notamment sur le travail de G. Boukhors qui concluait en 2014 que les jeunes médecins généralistes de Gironde aspiraient à des horaires flexibles et adaptables selon les événements de vie (12).

L'exercice partagé implique une mutation de la pratique libérale

Cependant, si tous les médecins interrogés estimaient que l'exercice partagé est possible, la nécessité de repenser l'organisation des cabinets libéraux a été largement soulignée. Le partage de son activité ne doit pas se faire au détriment de la disponibilité pour sa patientèle, ni de sa vie familiale. Ces critères conditionnent leur adhésion au modèle. Les jeunes médecins sont attachés à l'équilibre entre vie personnelle et professionnelle, comme nous l'apprend l'enquête du SIHP en 2013 dans laquelle cet équilibre conditionne le choix de carrière de 86% des médecins (17). L'épanouissement familial fait également partie des facteurs favorisant le maintien dans la profession des médecins généralistes libéraux. Ainsi, si le modèle d'exercice à temps plein ne semble pas adapté à l'exercice partagé, les médecins envisageraient plusieurs solutions pour le rendre possible : l'association entre confrères ayant la même pratique et partageant leur patientèle, permettant un exercice à temps partiel consacré à une patientèle limitée, semble être plébiscitée. Cela renforce l'idée qu'un exercice collectif est désormais majoritairement souhaité par les jeunes médecins (10) (12).

Les médecins ne refusent pas une activité hospitalière

Bien que l'activité libérale soit encore majoritaire chez les médecins généralistes, l'exercice hospitalier ne suscite plus d'opposition catégorique. Tous s'accordent à dire qu'il présenterait des avantages dans le SNP : la proximité d'un service d'urgence, l'accès facilité au plateau technique et aux avis spécialisés rassureraient les médecins et amélioreraient la coordination des soins. Les bénéfices attendus de l'exercice mixte dans la pratique libérale sont multiples : le renforcement du réseau professionnel, les échanges entre les secteurs ambulatoire et hospitalier, la formation médicale sont autant de facteurs d'amélioration de la qualité des soins primaires.

Le travail d'équipe semble autant une motivation qu'un frein potentiel. Le manque de cohésion d'équipe dans une structure où il n'est pas possible de choisir son environnement de travail est source de questionnement pour certains, et semble être un facteur à prendre en compte pour la qualité d'exercice de médecins habitués au fonctionnement libéral.

La diminution du temps administratif en faveur du temps médical : un critère très attractif

Le fonctionnement administratif hiérarchisé de l'hôpital n'est pas un frein récurrent. En revanche, la réduction de la gestion administrative au profit d'un temps strictement dédié au soin est une condition fortement incitative pour les médecins. Ce résultat rejoint ceux des études de l'ISNAR-IMG et de Bismuth (12) (13). Si le statut libéral ou salarié n'apparait ni comme un frein ni comme une condition pour rejoindre une USNP, la simplification des tâches

administratives est présentée comme un bénéfice du salariat pouvant le rendre attractif. Cette étude ne montre pas de rejet du salariat de la part des médecins libéraux. Ceux qui le refusent restent minoritaires. Ce mode d'exercice intéresse de plus en plus de jeunes médecins. En 2019, 27% des internes envisageaient un exercice mixte (10). La DRESS prévoit un recul de l'exercice libéral au profit de l'exercice mixte ou salarié d'ici à 2040 (18). Dans l'étude de Bismuth, un interne de médecine générale sur deux souhaitait une activité mixte (12).

La rémunération ne semble pas être une préoccupation prépondérante. Elle peut être un critère incitatif, mais n'est présentée ni comme un frein important, ni comme une condition déterminante, contrairement à la simplification administrative.

Des intérêts et des inconvénients d'ordre structurel

L'intégration d'une telle structure comme maillon du système de santé bénéficierait à tous les acteurs des SNP : d'une part en désengorgeant les services d'urgences saturés, d'autre part en allégeant la charge de travail des cabinets de médecine générale qui peinent parfois à satisfaire toutes les demandes de consultations, enfin en proposant au patient une offre de soins alternative et adaptée à un motif de consultation aigu. Participer à une amélioration de l'accès aux soins qui serait profitable à la population autant qu'aux confrères urgentistes apparait comme une motivation pour les médecins.

Les entretiens menés par la DRESS en 2012 auprès des professionnels des urgences suggéraient qu'une partie des patients auraient pu éviter de se présenter aux urgences s'ils avaient obtenu un rendez-vous chez un généraliste rapidement (19). Or, dans 6 cas sur 10 les patients se présentent aux urgences de leur propre initiative ou sur les conseils d'un proche (20). Dans l'étude nationale conduite par la DRESS en 2002 (5), seul un quart des patients a tenté de joindre son médecin traitant. Les trois quarts ont eu recours aux urgences sans contact médical préalable, alors que 87% déclaraient avoir un médecin habituel. Il parait donc pertinent d'intégrer une consultation de soin primaire à côté des urgences.

Parmi les limites du modèle, certains jugent qu'il pourrait interférer avec le parcours de soins coordonnés institué par la loi du 13 août 2004. Les résultats font émerger l'idée que les patients pourraient avoir recours à cette structure plus facilement qu'à leur médecin traitant. Cette structure détournerait ainsi la patientèle des cabinets pour des motifs aigus, favorisant un consumérisme médical au détriment du suivi du patient. Il faut cependant considérer le service rendu aux patients sans médecin traitant. L'étude de la DRESS suggérait qu'un médecin généraliste aurait plus tendance à réorienter les demandes de SNP des patients dont il n'est pas le médecin traitant. D'autre part, l'état actuel de l'offre de soin ne permet pas aux médecins traitants de recevoir l'intégralité des consultations non programmées. Bien qu'ils s'organisent pour y répondre, seuls 3 médecins sur 10 répondraient à la totalité des demandes et 45% à

plus de la moitié (6). Ceci sous-tend l'idée que la problématique de l'offre de SNP trouverait en partie son origine dans la carence en effectif des médecins généralistes plutôt que dans un défaut d'organisation de leur cabinet. Enfin, l'intérêt attendu de l'exercice mixte est de permettre un suivi coordonné des patients. La présence à l'hôpital de médecins généralistes exerçant par ailleurs une activité de médecin traitant devrait favoriser la transmission d'informations entre confrères généralistes d'un même secteur. Mais cette idée a été très peu évoquée dans l'étude, soulevant la question de l'intérêt de ce modèle pour la patientèle des médecins qui y exercent.

Les conditions d'organisation attendues d'une USNP sont-elles en adéquation avec celle du pays Royannais ?

Une activité salariée hebdomadaire partagée avec les autres médecins du secteur, en journée, à proximité d'un service d'urgence voire intégrée dans un hôpital peut être considérée comme l'organisation optimale attendue par les médecins interrogés. La présence d'un secrétariat ou d'un système de tri des demandes de soin est une condition importante pour eux. Le plateau technique et l'équipe paramédicale ne leur semblent pas nécessaires au bon fonctionnement de la structure mais peuvent être des valeurs ajoutées profitables, notamment si les examens complémentaires sont disponibles facilement. Ces conditions sont assez proches de celles proposées par l'USNP de Royan, ce qui renforce l'intérêt du projet. L'adéquation entre les conditions d'exercice souhaitées et proposées est un point fort lorsqu'on sait que l'un des principaux freins potentiels est une organisation interne inefficiente.

L'USNP de Royan : un modèle qui semble adapté aux attentes des médecins…

Le modèle de la future USNP de Royan a suscité l'intérêt de presque tous les répondants, et a reçu une approbation globale quel que soit l'intérêt personnel que lui portaient les médecins. Parmi ses avantages, les médecins ont trouvé les mêmes intérêts personnels et structurels que ceux évoqués en début d'entretien, ce qui tend à montrer qu'il répond à la plupart de leurs attentes.

Les médecins qui n'étaient pas personnellement attirés par ce modèle ont invoqué des raisons inhérentes à leur souhait personnel d'exercice et non des problèmes d'ordre structurel. Une partie des inconvénients cités ne sont pas propres au modèle royannais, mais concernent d'une façon générale l'exercice hospitalier du SNP.

…et aux besoins de la population ?

Parmi les inconvénients propres à l'organisation de l'unité, il a été suggéré qu'un horaire de fermeture à 18h30 était trop précoce par rapport aux heures d'affluence aux urgences. Si cette idée est en accord avec la dernière enquête nationale de la DREES, d'après laquelle les trois

quarts des patients se présentent aux urgences entre 8h et 20h (20), elle doit néanmoins être confrontée aux horaires de passage aux urgences de l'hôpital de Royan. Il parait pertinent de souligner que cette USNP n'a pas vocation à ouvrir aux horaires de la PDSA. Ce choix est cohérent puisque l'enquête nationale sur les urgences de 2002 a montré que la fréquentation des urgences était équivalente le week-end et la semaine, et plus faible la nuit (21).

Plusieurs travaux de thèse d'exercice ont étudié des modèles visant à améliorer l'offre de SNP. Parmi eux, le dispositif de consultations non programmées assurées par des médecins généralistes aux urgences du CH de Périgueux sur des horaires de PDSA. Ce dispositif a connu une démobilisation des médecins volontaires au cours de la période d'essai par manque de patients vus sur ces plages horaires (22).

A l'hôpital d'Instruction des Armées Lavéran à Marseille, une consultation de médecine générale a été mise en place à l'accueil des urgences de 7h30 à minuit avec un roulement de trois médecins libéraux ayant accès aux examens de radiologie et de biologie des urgences. Dans sa thèse, S. Sarrat s'était donné pour objectif en 2010 d'en évaluer l'efficience. Il a montré que cette consultation, très semblable au modèle royannais, permettait une diminution de 40% du nombre de patients pris en charge aux urgences sur un mois (23).

Les lésions traumatiques constituaient le principal motif de recours aux urgences (20), alors qu'elles ne représentaient que 12% des recours non programmés à la médecine de ville en 2006 (24). L'accès au plateau de radiologie parait donc pertinent. Une étude a été diligentée par l'ARS Rhône Alpes en 2014 (25) pour modéliser des centres de soins de premiers recours. L'objectif était d'identifier les besoins en équipement et plateau technique des structures destinées à accueillir des patients correspondant aux classes CCMU 1 et 2. Le matériel de radiologie apparaissait nécessaire, mais pas le laboratoire de biologie. Pourtant, à la consultation de l'hôpital Lavéran, 75% des examens demandés sur place étaient des radiographies, 20% des analyses de sang (23). La question du risque de prescription en excès du fait d'un accès facilité aux examens avait alors été posée, et l'est à nouveau dans cette étude.

L'étude de l'ARS Rhône-Alpes nous apprend d'autre part qu'une secrétaire médicale pour l'accueil et le tri des patients était nécessaire dans un centre de premier recours. Cela fait écho à l'importance que les médecins interrogés accordent à la réalisation d'un tri en amont. D'après cette même étude, l'aide de personnel infirmier pour réaliser certains actes était souhaitable. L'USNP de Royan répondra à ces impératifs.

L'étude de modélisation de l'ARS recommandait également une organisation spécifique dans les centres situés en zone touristiques, capable de s'adapter aux pics d'activités saisonniers. Dans l'agglomération royannaise balnéaire, le risque d'une augmentation importante des

consultations en période d'affluence touristique est réel, ce qui rend la présence d'une USNP d'autant plus pertinente, mais souligne aussi la nécessité d'une organisation souple, en augmentant par exemple les effectifs ou les roulements des médecins pour éviter une surcharge de travail qui les détourneraient d'une participation durable à cette structure.

Il parait important que cette structure soit intégrée de façon cohérente au sein du système de soin local, en accord avec les conditions démographiques et l'offre de soin du territoire. Actuellement, en dehors d'une structure appelée « Allo garde Royan » qui fonctionne sur des horaires de PDSA, il n'existe pas dans le pays royannais de structure équivalente à celle-ci. Cependant, l'inclusion d'une USNP dans un service d'urgence pose la question de sa capacité à répondre aux besoins de la partie sud du territoire royannais, zone sous médicalisée qui ne comporte pas d'hôpital.

Proposition de modèle alternatif intégré dans les cabinets de soins primaires

Cette étude a également permis de faire émerger des propositions alternatives de SNP, favorisant le recours au médecin traitant. La réorganisation des cabinets de médecine générale afin qu'une partie de leur activité soit dédiée à l'accueil des SNP permettrait de répondre à la demande des patients tout en assurant leur suivi au sein d'une structure unique. Néanmoins, dans le contexte actuel, la démographie médicale déficitaire et la surcharge de travail des cabinets médicaux qui en résulte rend son application difficile. Dans cette optique, le cabinet médical d'Archiac en Charente-Maritime a mis en place un centre de soins sans rendez-vous dédié aux SNP. Le travail de R. Gellis a cependant montré que si les patients étaient satisfaits de ce centre, la moitié d'entre eux n'étaient pas suivis au cabinet (26).

Limites et forces de l'étude

La population interrogée composée d'internes, de jeunes médecins installés ou remplaçants, constituait une nouvelle génération de médecins généralistes qui chercherait à réorganiser sa pratique du soin primaire. Cette étude a permis de révéler les aspirations des médecins en formation aussi bien que les opinions des médecins confrontés aux réalités de l'exercice. Ceci en fait la force principale de l'étude.

Les données de la littérature consacrées au modèle d'exercice particulier présenté dans cette étude étaient peu nombreuses, ce qui a pu constituer un facteur limitant dans la création du guide d'entretien. Les échanges consensuels entre les chercheurs ont cependant permis d'élaborer un canevas d'entretien pertinent.

Le fait que l'enquêteur et les répondants exercent la même profession, dans des conditions semblables, et appartiennent à la même génération, a probablement facilité les échanges et la compréhension mutuelle, limitant ainsi les biais internes. L'expérience limitée de l'enquêteur en recherche qualitative a pu introduire un biais d'investigation malgré ses efforts de neutralité.

Bien que de petite taille, notre échantillon a permis d'atteindre la saturation des données.

CONCLUSION

Ce travail a permis de mieux cerner les motivations et les freins des jeunes médecins généralistes à partager leur exercice entre un cabinet libéral et une USNP. Ce modèle d'exercice pourrait susciter l'intérêt des médecins en proposant une activité diversifiée, équilibrée et tournée vers le soin, répondant à leurs aspirations professionnelles. Son expansion implique néanmoins une transformation de l'exercice libéral actuel, vers un exercice de groupe permettant une activité à temps partiel. Il pourrait également constituer une réponse adaptée à l'inadéquation entre l'offre et la demande de SNP qui aboutit à la saturation des services d'urgences, sans pour autant en traiter la cause. Le projet d'USNP du pays royannais semble répondre à la fois aux attentes des médecins et aux besoins actuels du système de soins.

Pour autant, si la présence d'une USNP serait bénéfique à la population, l'intérêt que présente ce modèle d'exercice partagé pour les patients des médecins qui le pratiquent n'est pas clairement apparu dans l'étude. Etudier le ressenti des patients à la suite de la mise en place de l'USNP de Royan, en particulier les patients dont le médecin traitant y exerce, serait une perspective intéressante. Il conviendrait également d'étudier l'intérêt territorial de cette USNP, et de le confronter aux autres territoires afin de définir s'il peut être diffusé à l'échelle nationale et de façon standardisée. Cela permettrait à ces structures de bénéficier du soutien des ARS. Enfin, la question de l'avenir de ses centres et de leur pérennité après ouverture reste à étudier.

Annexe 1 – document adressé aux médecins interrogés avant entretien

Merci pour votre participation à ce travail de thèse.

Le présent document a pour but de vous présenter le contexte de l'étude et son objectif.

Intitulé de la thèse :
Exercer d'une manière partagée entre une Unité de Soins Non Programmés hospitalière et un cabinet ambulatoire de médecine générale : qu'en pensent des jeunes médecins ?

Quelques définitions préalables :

Les **soins non programmés** sont définis comme devant répondre dans un délai rapide à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence, et ne nécessitant pas une prise en charge dans les services hospitaliers d'accueil des urgences (T. Mesnier, rapport sur l'organisation des soins non programmés dans les territoires).

Une **unité de soins non programmés** est définie comme une structure médicale qui se propose de répondre de façon rapide (dans la journée) à un problème médical aigu mais ne relevant pas de l'urgence, en dehors des horaires de Permanence Des Soins Ambulatoires (de 8h à 20h).

Contexte de l'étude :
Il existe une inadéquation entre la demande de soins non programmés sur le territoire français, et l'offre proposée pour y répondre, en particulier en médecine générale, ce qui conduit à un engorgement des services d'urgences. Il est donc nécessaire de développer une réponse spécifique à cette demande en médecine générale

Résumé de la question de recherche :
Nous pensons que le développement d'unités de soins non programmés gérées par des médecins généralistes au sein d'un centre hospitalier serait une réponse adaptée à la demande de soins non programmés.

Nous nous demandons si l'exercice mixte partagé entre unité de soins non programmés hospitalière et médecine générale ambulatoire est une pratique attractive pour les jeunes médecins généralistes.

Nous cherchons donc à savoir quelles sont leurs motivations et leurs freins à exercer dans une unité dédiée aux soins non programmés en parallèle de leur activité de médecin généraliste, et dans quelles conditions ils voudraient y exercer.

Objectif :
L'objectif de l'entretien est de recueillir votre opinion personnelle sur ces questions, en tenant compte de votre pratique et de vos conditions d'exercice actuelles ou à venir.

Annexe 2 - GUIDE D'ENTRETIEN

1e partie : concernant les soins non programmés

1. Actuellement comment gères-tu les consultations non programmées dans ton activité de médecine générale ?

2. Que penses-tu d'une structure qui prendrait en charge uniquement les SNP de médecine générale ?
   Cela te semble utile ? intéressant ?

3. Est-ce que tu serais intéressé par travailler dans une telle structure ? **(*si non : Q7)***
   Quelles seraient tes motivations ?

4. Penses-tu qu'il soit possible de partager ton activité entre la médecine générale ambulatoire classique et un exercice régulier dans cette structure ?

   Comment t'organiserais-tu pour que cela soit possible ?

   Quel serait l'intérêt d'un exercice partagé ?
   Y aurait-il un intérêt pour les patients ?

   Si non : Pourquoi ?
   L'exercice partagé présente-t-il un intérêt selon toi ?
   Et pour les patients ?

5. Si tu devais y exercer, quelles seraient tes conditions idéales de travail ?
   a. *Fréquence*
   b. *Horaires*
   c. *Avec ou sans RDV*
   d. *Rythme de travail, fréquence des consultations si RDV*
   e. *Activité salariée ou libérale*
   f. *Rémunération*
   g. *Plateau technique à disposition : radiologie, biologie*
   h. *Pratique d'actes techniques (plâtre, suture)*
   i. *Présence d'une équipe paramédicale*
   j. *Localisation géographique*

6. Quels seraient tes freins à exercer dans une telle structure ?

7. **Si non à Q3** :
   7a- Pourquoi ? Quels sont tes freins ?
   7b- Si une telle structure existait, comment devrait-elle fonctionner selon toi pour présenter un intérêt ?
   7c- D'une façon générale, est-ce qu'avoir un exercice partagé entre la médecine générale ambulatoire et une structure de soins non programmés présente un intérêt selon toi ?

2e partie : concernant l'exercice mixte partagé avec l'hôpital

Imaginons maintenant que cette USNP soit au sein d'une structure hospitalière

8. Quel serait pour toi l'intérêt d'avoir un exercice mixte, ambulatoire et hospitalier ?
   Et l'intérêt de faire du SNP à l'hôpital ?

9. Quels seraient tes freins à un exercice mixte ?

3e partie : concernant le modèle de l'unité de Royan

Je vais te présenter un modèle d'USNP. Il s'agit du modèle qui pourrait mis en place au Centre Hospitalier de Royan.
Unité hospitalière faisant partie du service des urgences sous tutelle d'un médecin généraliste aidé par une IDE
Patient à l'accueil des urgences orienté par l'infirmier(ère) d'accueil vers les urgences ou l'USNP
Accès au plateau technique des urgences : biologie et radiologie
5 jours / 7 - 8h30-18h30 - salarié de l'hôpital
Temps partagé 40 à 20% en USNP et 60 à 80% en MG ambulatoire

10. Quels seraient tes motivations à intégrer une telle structure ?
    Si non à Q3 : Quel intérêt présenterait une telle structure ?

11. Quels seraient les freins à ton entrée dans une telle structure ?
    Si non à Q3 : Quels inconvénients présenterait-t-elle ?

12. Le fait qu'un médecin ait un exercice mixte MG ambulatoire- SNP hospitalier présente-t-il un intérêt pour la patientèle à ton avis ? Pourquoi ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Bergonzoni A et al. Les établissements de santé - édition 2020. Paris: DRESS; 2020 p. 208.

2. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires. Paris: Assemblée nationale; 2018 mai p. 84.

3. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. Rapport public annuel. Paris: Cour des Comptes; février 2019.

4. Boisguérin B, Brilhault G. Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DRESS. Le panorama des établissements de santé. Paris: DRESS; 2014 p. 17.

5. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. DRESS, Etudes et Résultats. janv 2003;(215):12.

6. Chaput H, Monziols M. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. DRESS, Etudes et Résultats. janv 2020;(1138):6.

7. Cohen L, Génisson C, Savary RP. Rapport d'information sur les urgences hospitalières [en ligne]. Paris: Sénat; 2017 p. 109. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf

8. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France [en ligne]. 2016. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1j2jckd/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

9. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France [en ligne]. 2013 [cité 5 mai 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pjlsbo/atlas_national_2013.pdf

10. CNOM. Etude sur l'installation des jeunes médecins [en ligne]. 2019. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_enquete_installation.pdf

11. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. Field Methods. févr 2006;18(1):59-82.

12. Bismuth M et al. Le choix de la médecine générale aux ECN : « des déterminants qui s'installent dans le paysage ». Médecine. oct 2018;(361):8.

13. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [en ligne]. 2010. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf

14. Leroux ME. Modes d'exercice particulier et diversification de l'exercice en médecine générale: Enquête descriptive auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle [Thèse d'exercice]. Nancy, France: Université Henri Poincaré; 2009.

15. Bismuth M et al. Les facteurs de satisfaction professionnelle favorisant le maintien dans la profession des médecins généralistes libéraux français. Revue systématique de la littérature. Médecine. mars 2019;(425):7.

16. CNOM. La santé des étudiants et jeunes médecins [en ligne]. 2016. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1u012ze/sante_et_jeunes_medecins.pdf

17. TNS Sofres - SIHP. Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France [en ligne]. 2013. Disponible sur: https://www.aaihp.fr/pdf/RapportSIHP.pdf

18. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. DRESS, Etudes et Résultats. mai 2017;(1011):6.

19. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Le panorama des établissements de santé. Paris: DRESS; 2013.

20. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences: la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DRESS, Etudes et Résultats. 2014;(889):8.

21. Baubeau D, Carrasco V. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DRESS, Etudes et Résultats. 2003;(212):8.

22. Gellibert G. Évaluation du dispositif des Consultations Non Programmées assurées par les médecins généralistes au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France: UFR de sciences médicales; 2017.

23. Sarrat S. Optimisation de la gestion des flux des patients aux urgences hospitalières par une consultation de médecine générale libérale de premier recours [Thèse d'exercice]. Marseille, France: Université de la Méditerranée; 2010.

24. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. DRESS, Etudes et Résultats. 2006;(471):8.

25. Faure-Geors H. Les centres de soins de premiers recours en Rhône-Alpes. De la modélisation d'une alternative aux services d'urgences aux conditions de déploiement en zones rurales. EHESP; 2014.

26. 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 d'exercice]. Poitiers, France: Université de Poitiers; 2018.

RESUME

Contexte
Il existe en France une inadéquation entre la demande de soins non programmés et l'offre de soins primaires proposée pour y répondre. Cela conduit à une saturation des services hospitaliers d'accueil des urgences. Il serait donc nécessaire de réévaluer la réponse spécifique à cette demande. L'objectif de cette étude était de déterminer si un modèle d'exercice mixte de la Médecine Générale, partagé entre une unité hospitalière dédiée aux soins non programmés et une structure ambulatoire pourrait constituer une réponse à la fois appropriée et attractive pour de jeunes médecins.

Méthode
Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été conduite auprès de 11 médecins généralistes de Charente-Maritime afin d'explorer les motivations et les freins à exercer dans une unité de soins non programmés, ainsi que d'identifier les conditions d'exercice attendues. Pour cette étude nous nous sommes inspirés de l'actuel projet de création d'une USNP au centre hospitalier périphérique de Royan-Atlantique en Charente-Maritime.

Résultats
Les médecins interrogés se sont dit intéressés par la diversification de leur activité et l'équilibre entre leur vie personnelle et professionnelle que permettrait ce modèle, autant que par le bénéfice qu'en tireraient le système de soin et la population. L'allégement du travail administratif constituerait un avantage incitatif du salariat. Ils se sont demandé si l'organisation d'une structure ambulatoire libérale pourrait être une entrave à l'exercice partagé. Certains médecins ont craint que ce modèle altère la qualité du parcours de soin coordonné et ont proposé des solutions alternatives au sein des cabinets médicaux.

Conclusion
Le modèle proposé a été accueilli favorablement par les médecins et semble répondre à leurs attentes. Il leur offrirait un exercice attractif, à condition de réorganiser la pratique ambulatoire libérale vers un exercice de groupe, et pourrait constituer une réponse à la problématique d'offre de soins non programmés insuffisante.

Mots-clés : soins non programmés, exercice partagé, cabinet ambulatoire, unité hospitalière, médecine générale

ABSTRACT

Background
There is a mismatch between unscheduled care needs and primary care offer in France. This leads to the overcrowding of emergency departments. It seems necessary to reevaluate the specific supply in response to unscheduled care demand. This study aimed at determining if the shared practice of primary care in outpatient structure and unscheduled care in hospital unit could be an appropriate and attractive response for young general practitioners (GP).

Method
Individual semistructured interviews were conducted, involving 11 GP of Charente-Maritime, in order to explore motivations and reluctance to work in an unscheduled care unit, and to identify work conditions expectations. We were inspired by the current project of creating an unscheduled care unit at Royan-Atlantique hospital in Charente-Maritime.

Results
GP interviewed expressed interest in the diversification of their practice and the balance between personal and professional life. Benefits for health care system and population were also identified. The reduction of administrative tasks was seen as an incentive to be a salaried GP. Practitioners wondered if physician's office organization could hinder shared practice. Some physicians were concerned that this model could alter the quality of coordinated care pathway, and suggested alternative solutions within the physician's office.

Conclusion
This model was welcome by the GP and seems to meet their expectations. It would offer them an attractive exercise, on condition of turning outpatient practice into a group practice. It could be a response to the current problem of unsufficient unscheduled care offer.

Key-words : unscheduled care, shared practice, primary care, hospital unit, general medical practice

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 !