

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 284

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Mention D.E.S Médecine Générale

Par

Nikita FALLER

Née le 13 août 1992 à Nice

**ÉMERGENCE DES CENTRES DE SOINS NON PROGRAMMÉS (CSNP) :
QUELLES SONT LES MOTIVATIONS ET ASPIRATIONS DES MÉDECINS QUI Y
EXERCENT ?**

Étude qualitative menée auprès de quatorze médecins généralistes exerçant en CSNP, de juillet à octobre 2023 dans les Alpes-Maritimes.

Président de Thèse : Professeur Pascal BILBAULT

Directrice de Thèse : Docteur Pascaline AVILON-HECKMANN



FACULTÉ DE MÉDECINE,
MATHÉMATIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2023
Année universitaire 2023-2024

- Président de l'université
- Recteur de la Faculté
- Membres du Jury de la Faculté
- Membres honoraires : (2023-2024)
(2022-2023)
(2021-2022)
(2020-2021)
- Chargé de relations auprès du Jury
- Responsable Administratif
- M. DIECKMANN Michel
- M. ZILLER Jean
- Mme CHAUVIN Anne
- M. SNEYD André Victor
- M. BRIDONNEAU Guy
- M. GILBERTON Pierre
- M. LUCAS Bernard
- M. ALBERTI Gilbert
- M. VIEUX Jean-Michel



IMPRIMERIE UNIVERSITAIRE
DE BOURGOGNE 21078
Direction générale : ...

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

PROFESSEUR TITULAIRE : Chaire "Génomique humaine" à l'Université de Dijon (U.D.)

A2 - MEMBRE HONORAIRE À L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

MEMBRE HONORAIRE : ...

A3 - PROFESSEUR (ES) DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (P(H)-H)

NOM (Nom et Prénom)	SPÉ	Service Hospitalier ou Médecine (avec adresse)	Spécialité ou Discipline Médicale (avec adresse)
ALBERTI Gilbert	SP01	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP01 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP02	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP02 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP03	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP03 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP04	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP04 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP05	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP05 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP06	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP06 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP07	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP07 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP08	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP08 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP09	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP09 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP10	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP10 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP11	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP11 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP12	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP12 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP13	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP13 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP14	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP14 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP15	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP15 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP16	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP16 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP17	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP17 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP18	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP18 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP19	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP19 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)
ALBERTI Gilbert	SP20	Service de Pédiatrie (Hôpital de Beaune)	SP20 - Pédiatrie (Hôpital de Beaune)

Nom de l'école	CF ¹	Services hospitaliers ou Institut / localisation	Secteur du Conseil National des Universités
BUKIT BUKIT	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Médecine - Centre Hospitalier (CHC) - Service de Dermatologie et Médecine Hospitalière CHC	05.00 - Dermatologie
WATERLOO (SINAR)	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière - Service de Pédiatrie et Maladies Infectieuses Hospitalières / HC	06.00 - Pédiatrie, Pédiatrie et Maladies Infectieuses Hospitalières 07.00 - Pédiatrie et Maladies Infectieuses Hospitalières
SEKELANG (SINAR)	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière	06.00 - Pédiatrie
MARA (SINAR) Kuala	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie - Centre Hospitalier (CHC) - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Dermatologie
MARA (SINAR) ISKANDAR Kuala	RSPP RCC	- Site de Spécialité - Service de Pédiatrie et Maladies Infectieuses Hospitalières / HC	07.00 - Dermatologie et Maladies Infectieuses
IGAR (SINAR) Ipoh	RSPP RCC	- Site de Spécialité - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses - Service de Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses
MARA (SINAR) Gemas	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière pour Enfants et Maladies Infectieuses / HC	05.00 - Pédiatrie et Maladies Infectieuses
PTA (SINAR) Ipoh	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	06.00 - Dermatologie et Maladies Infectieuses
SEKELANG (SINAR)	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
SEKELANG (SINAR)	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
IPAH (SINAR) Seremban	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
MARA (SINAR) Seremban	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
MARA (SINAR) Seremban	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
MARA (SINAR) Seremban	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
MARA (SINAR) Seremban	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
MARA (SINAR) Seremban	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
MARA (SINAR) Seremban	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
MARA (SINAR) Seremban	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
MARA (SINAR) Seremban	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
MARA (SINAR) Seremban	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
MARA (SINAR) Seremban	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
MARA (SINAR) Seremban	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
MARA (SINAR) Seremban	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
MARA (SINAR) Seremban	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
MARA (SINAR) Seremban	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses
MARA (SINAR) Seremban	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Pédiatrie et Pédiatrie - Service de Pédiatrie Hospitalière et Maladies Infectieuses	05.00 - Maladies Infectieuses et Maladies Infectieuses

HC : Hôpital CHC - HP : Hôpital de Spécialité - HIC : Hôpital de Spécialité - HPI : Hôpital de Spécialité de Pédiatrie

¹ : CC : Chef de service ou CC (sans chef de service localisation) - CCpt : Chef de service adjoint (cc) - CCp : Chef de service principal (sans cc)

CC : Chef de service localisation

CC : Chef de service localisation (sans chef de service localisation)

CC : Chef de service localisation (sans chef de service localisation) (sans chef de service localisation)

CC : CC (sans cc)

4.4 - PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

Nom de l'école	CF ¹	Services hospitaliers ou Institut / localisation	Secteur du Conseil National des Universités
QAWA (SINAR)	RSPP RCC	- Site de Spécialité en Médecine - Centre Hospitalier (CHC) - Service de Spécialité en Médecine / HC	06.00 - Maladies Infectieuses
WATERLOO (SINAR)	RCC	- Site de Spécialité - Service de Spécialité en Médecine - HC	05.00 - Maladies Infectieuses
SEKELANG (SINAR)	RCC	- Site de Spécialité - Service de Spécialité en Médecine - HC	05.00 - Maladies Infectieuses
SEKELANG (SINAR)	RCC	- Site de Spécialité - Service de Spécialité en Médecine - HC	05.00 - Maladies Infectieuses

NA - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HÔPITALIERS (MED-PH)

NOM du Praticien	CE*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Disciplines du Conseil National des Universités
Alain Anzard		- Pôle 2 (Marseille) - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI)	41.01 - Épidémiologie et Maladies Infectieuses
Mme KMC OUMDI OUMDI		- Pôle de Pharmacie - Unité de Pharmacie Chimie / Faculté de Médecine	40.01 - Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique ; médicaments 42.01 - Pharmacologie fondamentale
BARRETE Thomas		- Pôle de Médecine Interne, Médecine de Ville, Gériatrie, Soins de Support, Maladies Infectieuses - Service d'Entérologie, Maladies et Maladies infectieuses / IEC	31.01 - Médecine interne générale
BEDEF Guillaume		- Pôle de Pharmacie - Unité de Pharmacie Chimie / Faculté de Médecine	40.01 - Pharmacie fondamentale ; pharmacologie clinique ; médicaments
Benjamin BOUTIN		- Pôle de Spécialité Maladies Infectieuses et Parasitaires - Unité de Médecine Infectieuse et Parasitologie / IEC	40.01 - Médecine
Mme S. BACQUAUX-JAMET		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie Infectieuse et Santé Publique (MIS)	41.01 - Microbiologie (généraliste)
ELCOURT Corine		- Pôle 2 (Marseille) - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI)	41.01 - Épidémiologie et Maladies Infectieuses 42.01 - Parasitologie
Mme S. CHARRIERE		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Médecine et de Biologie moléculaire / IEC	44.01 - Biologie (Généraliste)
BRUNELLE Sylvie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Médecine et de Biologie moléculaire / IEC	44.01 - Biologie (Généraliste)
ARON Fabrice		- Pôle de Biologie - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI)	41.01 - Microbiologie - Génétique ; Hygiène - Épidémiologie 42.01 - Microbiologie - Génétique
Mme Dr. Valérie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie Médicales / IEC - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI)	41.01 - Parasitologie et Mycologie 42.01 - Parasitologie
Mme S. LEBLANC		- Pôle de Biologie - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI)	41.01 - Épidémiologie et Maladies Infectieuses
LAURENCE Agathe		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie Infectieuse et Santé Publique (MIS)	41.01 - Microbiologie
GAZDAR Valérie		- Pôle de Biologie - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI)	41.01 - Microbiologie et Parasitologie Médicales 42.01 - Parasitologie
EDMUND Alexey		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie Structurale Intégrative / IEC	41.01 - Génétique ; Biologie des cellules 42.01 - Parasitologie
FRANÇOIS Marie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie Infectieuse et Santé Publique (MIS)	41.01 - Microbiologie (Généraliste)
FRANÇOIS Fabrice		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie Infectieuse et Santé Publique (MIS)	41.01 - Épidémiologie et Maladies Infectieuses
CLERC Isabelle		- Pôle Parasitologie - Maladies Infectieuses et Santé Publique - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI)	41.01 - Parasitologie
Mme Dr. ESCOFFIER Marie-Madeleine		- Pôle de Spécialité Maladies Infectieuses et Parasitaires - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI) - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI) - Pharmacologie Clinique / IEC	31.01 - Médecine
Mme Nicole ESCOFFIER Marie-Madeleine		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Médecine et de Biologie moléculaire / IEC	44.01 - Biologie (Généraliste)
GAUCHER Fabrice		- Pôle de Spécialité Maladies Infectieuses et Parasitaires - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI)	41.01 - Parasitologie et Maladies Infectieuses
DEVILOIS		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie Infectieuse et Santé Publique (MIS)	41.01 - Microbiologie (généraliste)
Mme S. BRELACKER Julia		- Pôle de Biologie - IEC - Centre de Neurobiologie et de Neurobiologie	41.01 - Parasitologie
M. F. BOUJA		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie moléculaire / IEC	44.01 - Biologie (Généraliste)
Mme S. BOUICHE		- Pôle de Parasitologie - Maladies Infectieuses et Santé Publique - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI)	41.01 - Parasitologie
Mme S. BOUJONNEAU Marie-Laurence		- Pôle de Biologie - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI) - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI) - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI)	40.01 - Pharmacologie 41.01 - Parasitologie et Maladies Infectieuses
ELZEN Raphaël		- Pôle de Biologie - IEC - Centre Chronopathies Chroniques - ACS (Institut de Recherche)	40.01 - Pharmacologie, Médecine des Maladies Infectieuses
FRANÇOIS Valérie	FR	- Pôle de Biologie - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI)	41.01 - Microbiologie (Généraliste)
BRUNELLE Fabrice		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie Infectieuse et Santé Publique (MIS)	41.01 - Microbiologie - Génétique ; Hygiène - Épidémiologie 42.01 - Microbiologie - Génétique
GAUCHER Fabrice		- Pôle de Parasitologie - Maladies Infectieuses et Santé Publique - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI)	41.01 - Parasitologie (Généraliste)
DEVILOIS		- Pôle de Spécialité Maladies Infectieuses et Parasitaires - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI) - Centre de Recherche sur les Virus et les Agents Infectieux (CAVI)	41.01 - Parasitologie (Généraliste)
DEVILOIS Fabrice		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Microbiologie Infectieuse et Santé Publique (MIS)	41.01 - Parasitologie - Génétique 42.01 - Parasitologie

NOM et Prénoms	UP ¹	Services Exploités ou Institut / Université	Noms-grades de Conseil National des Universités
JEAN-MICHEL TOULON		- FEA de Gélage - Institut d'Informatique de la Biologie / PIM (Université de Poitiers)	45-21 : Directeur, Docteur en Biologie (Université de Poitiers)
Mme THÉRAPIE GILLES		- FEA de Gélage - Laboratoire de Physiologie / Institut de Biologie	45-21 : Physiologiste (Université de Poitiers) - Directeur, Docteur en Biologie (Université de Poitiers)
Mme MARTINE CHATELAIN		- FEA de Gélage (INRA) - Laboratoire de Physiologie / Institut de Biologie - Service de Neurologie / Institut de Biologie	45-21 : Neurologue
Mme MARTINE CHATELAIN (reprise)		- FEA de Gélage - Institut d'Informatique de la Biologie / Institut de Biologie	45-21 : Directeur, Neurologue (Université de Poitiers)
M. LAURENCE		- FEA de Gélage - Laboratoire d'Environnement Biologique - Institut de Biologie	45-21 : Neurologue - neurologue - Directeur, Neurologue Biologique
Mme DELAVREEDY KATHIE		- FEA de Gélage - Laboratoire de Physiologie / Institut de Biologie	45-21 : Neurologue (Université de Poitiers) - Directeur, Docteur en Biologie (Université de Poitiers)
Mme LAURENCE		- FEA de Gélage - Institut de Neurobiologie de l'Université de Poitiers / PIM (Université de Poitiers)	45-21 : Neurologue
Mme MARTINE CHATELAIN (reprise)		- Service de Neurologie / Institut de Biologie	45-21 : Neurologue
JEFFREY		- FEA de Gélage (Université de Poitiers) - Service de Neurologie / Institut de Biologie (Université de Poitiers)	45-21 : Neurologue (Université de Poitiers)

ES - PROFESSIONNELS DES UNIVERSITÉS (non appartenant)

Mme MARTINE CHATELAIN	Université d'Orléans / Université de Valenciennes (Université de Valenciennes) Institut de Neurobiologie	21 : Neurologue - Directeur, Université de Valenciennes (Université de Valenciennes)
-----------------------	---	--

RS - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (non appartenant)

Mme MARTINE CHATELAIN	Université de Poitiers / Université de Valenciennes	49 : Neurologue
M. DUBREUIL Jean-Philippe	ULB (UR-DES) - Groupe IRS / Faculté de Médecine	50 : Neurologue
Mme ISABELLE	- Laboratoire d'Informatique Biologique de la Faculté de Médecine (ULB) - Institut de Neurobiologie	55 : Neurologue - Directeur, Université de Valenciennes (Université de Valenciennes)
M. LAURENCE	ULB (UR-DES) - Groupe IRS / Faculté de Médecine	59 : Neurologue
Mme ISABELLE	- Laboratoire d'Informatique Biologique de la Faculté de Médecine (ULB) - Institut de Neurobiologie	55 : Neurologue - Directeur, Université de Valenciennes (Université de Valenciennes)
Mme ISABELLE MARTINE	- Laboratoire d'Informatique Biologique de la Faculté de Médecine (ULB) - Institut de Neurobiologie	55 : Neurologue - Directeur, Université de Valenciennes (Université de Valenciennes)
Mme THÉRÈSE GILLES	- Laboratoire d'Informatique Biologique de la Faculté de Médecine (ULB) - Institut de Neurobiologie	55 : Neurologue - Directeur, Université de Valenciennes (Université de Valenciennes)
M. MARION JEAN-PIERRE	- Laboratoire d'Informatique Biologique de la Faculté de Médecine (ULB) - Institut de Neurobiologie	55 : Neurologue - Directeur, Université de Valenciennes (Université de Valenciennes)
M. MARION JEAN-PIERRE	- Laboratoire d'Informatique Biologique de la Faculté de Médecine (ULB) - Institut de Neurobiologie	55 : Neurologue - Directeur, Université de Valenciennes (Université de Valenciennes)

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- a. de 1961 à 1965 (ancienneté de 1961 à 1965)
 DUBOIS Jean (Mathématiques et biologie moléculaire)
 DUBREUIL Jean (Médecine et Biologie moléculaire et Cellulaire)
- b. de 1966 à 1970 (ancienneté de 1966 à 31 août 1970)
 BELLOC Jean (Physiologie et Pathologie)
 CHAUCO Jean-Marie (Physiologie)
 CHAMPREDON Jacques (Génétique et Biologie Cellulaire Adulte)
 VAILLET André (Génétique Développementale du Fœtus et de la Douleur)
- c. de 1971 à 1975 (ancienneté de 1971 à 31 août 1975)
 GAGLIARDI Michel (Physiologie - cardiologie)
 GIBAUD Jean (Médecine Pathologie et Biologie Cellulaire et Moléculaire)
 GILBERT Jean (Histologie)
 GILLET Jean-Louis (Physiologie animale)
- d. de 1976 à 1980 (ancienneté de 1976 à 31 août 1980)
 VIRET Jean-Pierre (Physiologie)
- e. de 1981 à 1985 (ancienneté de 1981 à 31 août 1985)
 CHAMBERLAIN Jean (Physiologie et Biologie Cellulaire et Moléculaire)
 CHAMBERLAIN Jean (Physiologie)
 CHATELAIN Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 CHATELAIN Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 CHATELAIN Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 CHATELAIN Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 CHATELAIN Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 CHATELAIN Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

MONTPELLIER	CLERMONT	LYON
-------------	----------	------

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

FRONTIERE Isabelle	47-50
FRONTIERE Isabelle	48-50
FRONTIERE Isabelle	49-50
FRONTIERE Isabelle	48-50
FRONTIERE Isabelle	49-50
FRONTIERE Isabelle	49-50
FRONTIERE Isabelle	49-50
FRONTIERE Isabelle	49-50

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême 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.

Admise à 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 les crimes.

Respectueuse et reconnaissante 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 restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Au Professeur Pascal Bilbault, le semestre effectué dans votre service a été le plus enrichissant de mon internat. C'est donc avec beaucoup de respect et de reconnaissance que je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury.

Au Docteur Yannick Schmitt, je te remercie pour ton accompagnement tout au long de l'internat et de me faire l'honneur de participer à mon jury.

Au Docteur Sébastien Blanchard : de premier co-interne à membre de mon jury de thèse, la route a été longue mais belle. Je te remercie Seb, pour ton amitié, tes punchlines motivantes, et ton humour inimitable. Grâce à toi, en ce jour de soutenance, j'aurai « l'œil du tigre » !

Au Docteur Pascaline Aylon-Heckmann, merci pour cette idée de sujet de thèse, sortie au beau milieu d'une promenade nocturne à vélo et pour ton soutien tout au long de ce travail.

Au Docteur Slim Andrea, l'homme de l'ombre. Je te remercie infiniment pour tout le soutien que tu m'as apporté, tes relectures nocturnes après des journées de consultations bien chargées et tes précieux conseils qui m'ont permis d'en arriver là.

Aux médecins qui ont participé à ma thèse.

Table des matières

Table des matières	15
Introduction	18
Matériel & Méthodes	21
Résultats	24
I. Description de l'échantillon	24
II. Analyse des résultats	25
A. Motivations principales des médecins à exercer dans les CSNP	25
1. Planning flexible et personnalisable	25
2. Rentabilité financière	27
3. Intérêt marqué pour la pathologie aigue	28
4. Alternative aux urgences sans les contraintes.....	32
5. Optimisation du temps médical	34
6. Travail d'équipe.....	36
B. Les freins à exercer en CSNP	38
1. Un flux de patient important.....	38
2. Rythme de travail - horaires élargis	41
3. Consumérisme médical	41
4. Absence de suivi	43
5. Nomadisme médical.....	44
6. Absence de prise en charge globale du patient.....	44
7. Manque d'intérêt intellectuel.....	46
8. Contrepartie financière	47
C. Le ressenti des médecins exerçant dans les CSNP	48
1. Ressenti globalement positif	48
2. Au regard de certains aspects, le ressenti est négatif	52
D. Les perspectives d'avenir des médecins exerçant en CSNP	57
1. Une étape temporaire	57
2. Une carrière en CSNP à long terme	57
3. Une activité de médecin traitant.....	58
4. Une consultation de médecine générale spécialisée.....	59
5. Une autre activité en dehors de la médecine.....	60
6. Retour aux Urgences	60
7. Indécision	61
E. Évaluation de la pérennité des CSNP.....	61
1. L'émergence des CSNP	61
2. Une réglementation prochaine	62
3. Pérenne	63
4. Non pérenne.....	70
5. Rachat par des grands groupes et salarisation des médecins	72
6. Déconventionnement envisageable	73
F. La place des CSNP dans le système de soins actuel	73
1. Maillon manquant aux soins de premier recours.....	73
2. Une réponse à un problème.....	74
3. Indispensable.....	77
4. Complémentaire aux services d'urgences et médecins traitants	77
Discussion	82
I. Forces et limites de l'étude.....	82

A.	Liées au sujet.....	82
B.	Liées à la méthodologie	83
II.	Les médecins généralistes en CSNP en 2023 : des motivations et aspirations marginales ou partagées ?	84
A.	Vers une préservation de la qualité de vie du médecin	84
B.	Un travail moins chronophage et optimisé	85
C.	Une volonté de regroupement et de réseau	87
D.	La relation médecin-patient toujours au cœur du métier de généraliste	87
E.	Une féminisation de la profession.....	88
F.	Vers un mode d'exercice mixte.....	89
III.	Les CSNP dans le système de soin : chaînon manquant indispensable ou déstabilisateur du parcours de soin ?	89
A.	Le développement des CSNP inquiète les pouvoirs publics	90
B.	Quelles sont les solutions alternatives proposées ?.....	93
C.	Une ébauche de réglementation des CSNP.....	94
IV.	Quelles sont les perspectives d'avenir ?.....	96
A.	Les CSNP et les grands groupes privés	96
B.	Les CSNP devront-ils participer à la permanence des soins ambulatoires ?	97
	Conclusion.....	99
	Bibliographie.....	103
	Annexe : Guide d'entretien	

Abréviations

CSNP : Centre de soins non programmés

CDS : Centre de santé

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

SNP : soins non programmés

IAO : Infirmière d'accueil et d'orientation

ECN : Épreuves Classantes Nationales

CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

PDSA : Permanence de soins ambulatoires

Introduction

La seule constante est le changement. Ce dicton attribué au philosophe grec Héraclite décrit succinctement une réalité bien présente, applicable autant à l'échelle d'une vie humaine, que d'une structure organisationnelle complexe, tel qu'un système de soins.

Force est de constater que l'évolution récente du système de soins français suscite des inquiétudes au sein de la population et de la communauté médicale. Au fur et à mesure des années et de l'apparition de déserts médicaux, l'accès aux soins est devenu un thème majeur, occupant régulièrement la une des médias. La diminution de l'offre de soins de proximité, dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation de la demande de soins, mène notre société vers une crise qui nécessite une réaction, une réorganisation.

L'une des réponses à cette crise est l'avènement, puis la multiplication, des centres de soins non programmés (CSNP). A l'inverse des centres de santé (CDS) et des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), référencés par l'Agence Régionale de la Santé et répondant à un cahier des charges bien précis, les CSNP se développent, dans la plupart des cas, spontanément sur le territoire français sans réel statut juridique, à l'initiative de médecins libéraux et, de plus en plus, de grands groupes financiers (1). Il n'existe à l'heure actuelle pas de base de référencement officielle de ces centres, l'ampleur du phénomène et sa distribution géographique sont donc difficilement quantifiables.

La Fédération Française des Centres de Soins Non Programmés, nouvellement créée, présente ces centres comme des structures intermédiaires entre la médecine générale et les services d'urgence surchargés, permettant la prise en charge de pathologies du quotidien qui ne rentreraient pas dans le cadre d'un suivi de médecine générale (2). De façon générale, les CSNP accueillent les patients sans rendez-vous sur des horaires élargis et disposent d'un accès privilégié à un plateau technique variable d'un centre à l'autre.

Dans un contexte de diminution constante du nombre de médecins généralistes en activité (3), l'avènement de ces centres est en relation directe avec un autre phénomène : la perte d'attractivité de l'installation libérale. Selon l'atlas de la démographie médicale en 2022, on note une diminution du mode d'exercice libéral de 12% depuis 2010 au profit de l'exercice salarié (4).

Les médecins généralistes libéraux travaillent en moyenne 54 heures par semaine, contre 35 heures pour un temps-plein en salariat (5). Cette évolution du mode d'exercice des généralistes pourrait être suffisante à elle seule pour impacter l'offre de soins. Associée à d'autres facteurs, tel qu'une population vieillissante, la situation peut devenir critique.

Les médecins exerçant dans les CSNP sont des généralistes ayant majoritairement bénéficié d'une formation à la médecine d'urgence. En l'absence de données officielles, il est impossible de déterminer exactement le mode d'exercice de tous les médecins qui travaillent en CSNP. Cependant, mon retour d'expérience personnelle

dans les Alpes-Maritimes me permet d'affirmer que, dans le département, tous les médecins en CSNP exercent en libéral à l'heure actuelle.

Ce présent travail cherche à lever le voile sur les motivations, aspirations, et déterminants positifs ou négatifs à pratiquer la médecine générale en CSNP dans un contexte où l'installation en libéral est en perte de vitesse. L'objectif principal étant de rechercher les déterminants motivant ce choix d'exercice, leur ressenti et leurs perspectives d'avenir, cette étude explore également le point de vue de ces médecins sur la pérennité de leur exercice de généraliste dans les CSNP et la place de ces derniers au sein du système de santé actuel.

Matériel & Méthodes

Type de l'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative avec analyse thématique au moyen d'entretiens individuels semi dirigés conduits de juillet à octobre 2023 auprès de quatorze médecins généralistes installés au sein de différents centres de soins non programmés des Alpes-Maritimes. Les participants font partie de deux sociétés privées créées par des associations de médecins urgentistes libéraux. Une des sociétés possède cinq CSNP réparties dans les Alpes-Maritimes, dont certains sont implantés dans des zones d'intervention prioritaires car considérées comme étant des déserts médicaux.

Les entretiens individuels semi-dirigés en face à face ont été privilégiés afin d'explorer pleinement le ressenti des médecins sans crainte du jugement de leurs pairs et en évitant le biais d'influence d'un Focus Group.

Cette étude non interventionnelle, menée sur des volontaires sains, n'a pas nécessité d'avis du comité de protection des personnes (CPP).

Sélection des participants

Les participants ont été recrutés en contactant directement les médecins de ces centres, dont certains font partie de mon réseau professionnel suite à la réalisation de remplacements.

Une information générale et une demande d'accord préalable leur avait été faite en amont par téléphone et un lieu de rendez-vous avait été établi.

Recueil des données

Les entretiens semi-dirigés se sont déroulés en face à face dans un endroit calme et neutre à la convenance des médecins interrogés.

Une nouvelle information sur l'étude a été faite, et le consentement oral des participants pour l'entretien et pour l'enregistrement a été vérifié systématiquement, avec rappel de la clause de confidentialité et de consentement libre.

L'enregistrement audio s'est fait à l'aide d'un dictaphone, l'anonymat a été respecté dès l'enregistrement.

Un guide d'entretien (Annexe 1) a été réalisé avec l'aide du directeur de thèse. Il comprend une série de questions semi-ouvertes sur les différentes parties de la problématique. Le recours au guide n'a pas été systématique, les questions ont été abordées librement au fur et à mesure qu'un thème était soulevé par le sujet interrogé. L'ordre préétabli par le guide n'a pas toujours été respecté afin que l'enquêté poursuive son raisonnement en restant fidèle à son idée et d'assurer la fluidité de l'entretien. En parallèle, des questions de relance étaient prévues en cas de réponse trop succincte, ou nécessitant des précisions.

La saturation des données a été obtenue au douzième entretien, deux entretiens supplémentaires ont permis de la confirmer.

Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits verbatim par l'auteur sur un logiciel de traitement de texte. Une analyse thématique inductive de contenu a été effectuée dans un premier temps grâce à une méthode de surlignage et classification sur le logiciel de traitement de texte. Un nouveau codage axial a été réalisé à l'aide du logiciel d'analyses de données qualitatives NVivo14.

La validité du codage a été vérifiée par un tiers.

Bibliographie

Le logiciel Zotero a été utilisé pour la gestion des références bibliographiques.

Résultats

I. Description de l'échantillon

Quatorze entretiens ont été réalisés du 9 juillet au 20 octobre 2023.

Les entretiens duraient entre 15 et 62 minutes, avec une moyenne de 28 minutes.

Parmi les quatorze médecins interrogés, on compte douze hommes et deux femmes.

La moyenne d'âge est de 41 ans. Huit sont mariés, un des médecins vit maritalement, un autre est divorcé et quatre sont célibataires. Six médecins ont entre un et trois enfants.

Neuf médecins ont une formation complémentaire de médecine d'urgence qui est soit une Capacité de Médecine d'Urgence (CAMU) ou un Diplôme d'Étude Spécialisé Complémentaire (DESC) d'urgence, les cinq autres sont médecins généralistes.

La moitié des participants travaille de façon exclusive en CSNP et l'autre moitié a une autre activité, majoritairement en milieu hospitalier dans des services d'urgences privés en libéral. Les médecins interrogés effectuent en moyenne 10 créneaux en CSNP par mois, soit environ 30 heures par semaine. Si l'on ne prend en compte que ceux travaillant exclusivement en CSNP, ils effectuent environ 11 jours par mois, soit environ 33 heures par semaine.

II. Analyse des résultats

A. Motivations principales des médecins à exercer dans les CSNP

1. Planning flexible et personnalisable

a. Travail en créneau

La plupart des médecins appréciaient le fait de travailler en créneau avec des longues journées d'environ 12 heures, réparties dans la semaine, variables d'une semaine à l'autre. Ce type d'organisation est similaire aux services d'urgences dont la majorité des médecins y ont travaillé et permet d'avoir plus de jours de repos dans la semaine.

E1 : *Le premier avantage c'est de travailler par gardes, c'est à dire qu'on n'a pas de temps de travail qui est fixé du lundi au vendredi, on travaille un peu comme aux urgences. Quand on travaille c'est des journées chargées mais on a pas mal de temps de repos aussi donc ça c'est très bien.*

E4 : *Après c'est le rythme de travail. Le rythme des urgences me plaisait beaucoup : Faire des grosses journées mais travailler moins de jours par semaine et de ne pas avoir un planning fixe avec des rendez-vous.*

b. Planning adaptable

Ce modèle de créneaux permet facilement aux médecins de personnaliser et modifier leur planning en fonction de leurs obligations familiales ou de leurs activités extra-professionnelles. Cette flexibilité leur permet de se libérer des contraintes qu'ont les médecins généralistes installés en cabinet.

E2 : *C'est le temps de travail, moi j'ai été divorcé il y a longtemps et ça m'a permis de garder ma fille. Donc j'ai gardé ma fille comme ça. Une semaine sur deux je ne travaillais pas. J'ai travaillé comme ça pour pouvoir garder ma fille, donc c'était très bien.*

E11 : *Aussi parce que je peux adapter mon planning vraiment comme je veux, contrairement à un cabinet de médecine générale classique, c'est-à-dire que si j'ai envie de me libérer des vacances c'est très très simple, il suffit que j'échange 3-4 gardes et j'ai facilement 15 jours de libre pour pouvoir profiter de mon temps libre, sans que ça me pénalise financièrement en plus, parce que je peux reporter mes gardes sur mes semaines d'avant ou d'après, et du coup finalement, je n'ai pas de trou d'air financier quand je pars en vacances ce qui n'est pas forcément le cas quand on est en cabinet de médecine générale classique où on bosse du lundi au vendredi, on ne peut pas juste échanger des semaines, ce n'est pas possible. Et du coup, pendant 2 semaines, le cabinet ne tourne pas, on doit payer le remplaçant si on en a trouvé un, et payer les charges par-dessus.*

E12 : *ça permet une certaine liberté, c'est assez facile de changer les dates entre nous, ça paraît bête mais les journées sont les mêmes pour tout le monde.*

c. Temps libre

Cette organisation de planning permet d'offrir du temps libre, précieux pour ces médecins.

E3 : *Après d'autres avantages, c'est l'avantage de la vie sociale, c'est qu'au lieu de travailler 5 jours sur 7, ou 6 jours sur 7 pour les généralistes qui sont là tous les jours, qui font un travail absolument remarquable mais très très prenant, t'as une vie sociale, parce que tu travailles que le nombre de jour que tu as envie de travailler... Donc tu récupères du temps pour ta famille, pour tes amis, tu peux sortir le soir, tu t'organises.*

E7 : *ça me permet d'avoir du temps libre à côté, on va pas se mentir ; moi je fais de l'écriture à côté de la médecine donc ça me laisse du temps pour ça, pour voyager un peu, pour finalement vivre ma vie, en plus de mon boulot, je pense que c'est important de garder une vie privée à côté du travail.*

2. Rentabilité financière

Bien que ces médecins en CSNP pratiquent en secteur 1, ils ont pour la majorité d'entre eux mentionné la rentabilité de ce mode d'exercice qui est permise grâce à trois facteurs :

a. Un nombre important de consultations

E14 : *Deuxième avantage c'est la rémunération, même si le tarif de la consultation est identique, le fait de se concentrer sur la pathologie aigue nous permet d'augmenter la cadence et de voir beaucoup plus de patients qu'un médecin traitant qui prend le temps de faire une prise en charge globale de ses patients.*

b. La valorisation financière de certains soins techniques

E3 : *Et puis après t'as aussi l'avantage financier, euh parce que comme tu ne te contentes plus que de coter du G, tu fais des actes techniques qui augmentent forcément ton chiffre d'affaires journalier.*

c. Les cotations majorées de nuit, weekends et jours fériés

E5 : *Donc l'aspect financier était aussi important et clairement je fais deux fois plus de chiffre d'affaires en une journée en maison médicale, qu'en une journée à la clinique. Avec en plus, les majorations de nuit, qui sont plus importantes en maison médicale qu'aux urgences, et les majorations de weekend, qui n'existent pas aux urgences.*

3. Intérêt marqué pour la pathologie aigue

a. En accord avec la formation d'urgentiste

La majorité des médecins interviewés ont une formation d'urgentiste ou ont travaillé dans des services d'urgences publics ou privés. Ils ont tous un attrait pour la pathologie aigue. Un des médecins, malgré sa formation de généraliste, explique que son cursus d'interne était très accés sur la prise en charge de pathologies aiguës.

E3 : *Je voulais compléter mon activité hospitalière avec une activité de médecine de ville en développant la médecine d'urgence de ville qui n'existait pas à l'époque.*

E6 : *Mine de rien à l'hôpital, c'est ce qu'on nous apprend quoi... c'est d'être efficace. On t'apprend surtout à faire de l'aigu, donc quand tu fais ton premier rempla en Med Gé, tu te retrouves dans un rythme qui est tout de suite différent. Pourtant j'étais interne en médecine générale, mais tu fais très peu de médecine générale. (...) Mon cursus était plus orienté dans la prise en charge de l'aigu et pour l'instant je m'y retrouve plus. Peut-être dans 10-15 ans, ce sera autre chose.*

E10 : *j'ai fait médecine générale, parce que je voulais faire de la médecine d'urgence. Qui dit médecine d'urgence, dit du soin non programmé. (...) Même si le CSNP, on ne peut pas vraiment dire que ce soit les mêmes prises en charges qu'aux urgences, mais c'est des urgences relatives (...) c'est mon cœur de métier, c'est ce que je sais faire.*

b. Absence de suivi

Cinq médecins interviewés ont mentionné l'absence de suivi de la patientèle comme un déterminant positif à leur installation dans un CSNP. Et trois de ces médecins l'ont cité en premier. Parmi ces cinq médecins, la majorité sont urgentistes.

E2 : *Le suivi de patient c'est chiant, parce que tu fais principalement du renouvellement d'ordonnance et tu ne réfléchis pas. Moi je trouve que tu ne réfléchis pas... Non je n'aime pas.*

E3 : *Je ne voulais pas faire de la médecine générale c'est-à-dire de suivi de patient, parce que ma formation est essentiellement basée sur de la médecine aiguë.*

E14 : *L'avantage principal pour moi, c'est la liberté de travailler sur un modèle de créneau comme aux urgences, avec l'absence de la charge mentale du suivi d'une patientèle de médecin traitant.*

c. Des gestes techniques

Un des attraits importants de ce mode d'exercice est la possibilité de faire des gestes techniques, habituellement effectués dans les services d'urgence, et de moins en moins prodigués par les médecins traitants, par manque de temps ou de matériel.

E4 : *ce qui me plaisait en m'installant en maison médicale c'est de pouvoir faire beaucoup de gestes. Y a une facilité à faire beaucoup de gestes, de suture, d'immobilisations, d'abcès etc... plein de gestes.*

E9 : *quand tu fais de la médecine générale en cabinet, déjà si tu veux faire de la suture, des plâtres, il faut que tu t'équipes, et ça coute cher, et ça périmé, et ça clairement c'est un vrai biais.*

d. Rythme stimulant et imprévisible

La moitié des médecins interrogés ont été attirés par le rythme stimulant de ce mode d'exercice, surtout pour les jeunes médecins.

E7 : *Et y a ce côté aussi non sédentaire, c'est cool aussi, ça laisse la possibilité de bouger pas mal, on est quand même toujours en activité, toujours en action, donc c'est plutôt intéressant.*

E4 : *En fait je n'ai rien contre la médecine générale, mais j'avais besoin de plus de stimulation, plus d'action comme aux urgences. En tout cas en tant que jeune médecin.*

La stimulation intellectuelle est également mise en avant, l'activité étant perçue comme plus intéressante dans les CSNP par rapport aux cabinets de médecine générale, du fait de la potentielle gravité des pathologies.

E11 : *après ce qui est assez sympa, ce que j'aime bien c'est qu'il faut quand même rester concentré toute la journée, parce qu'au milieu du magma des nez qui coulent t'as toujours un truc intéressant, qui se pointe au milieu et c'est ce qui fait que c'est un peu compliqué comme métier parce que tu dois faire gaffe à pas passer à côté de l'abcès pharyngé au milieu des 15 angines qui passent, donc je trouve ça assez sympa.*

E2 : *Le tout, c'est d'être attentif, de pas passer à côté du truc qui va venir en plein milieu de tes gripes et qui n'est pas une grippe. Ça te maintient en alerte quoi.*

Ce rythme est expliqué aussi par la variété des motifs de consultation qu'ils ne retrouvaient pas lors de leur expérience dans un cabinet de médecine générale par exemple.

E4 : *Voilà les consultations de renouvellement... soupir... quand c'est toute la journée c'est un peu barbant.*

E7 : *Alors la motivation, c'est que déjà les journées sont assez riches avec plein de motifs différents, on ne s'ennuie pas, on ne sait jamais ce qui va se passer dans une*

journee donc c'est quand même assez intéressant. (...) Le cabinet ça me plait moins dans la mesure où c'est redondant avec (...) des motifs quasiment identiques.

4. Alternative aux urgences sans les contraintes

a. Démission des services d'urgences due à la dégradation du système de soins

Plus de la moitié des urgentistes interrogés ont basculé vers ce mode d'exercice afin de se libérer des contraintes des services d'urgences publics comme privés. Ils déplorent unanimement la dégradation des conditions de travail.

***E5 :** j'ai arrêté en 2016 l'hôpital public, parce que j'estimais que les conditions de travail ne faisaient que se dégrader, en privé c'est pareil, on retrouve un peu les mêmes problématiques avec un manque de moyens humains et professionnels avec des conditions de travail se dégradant.*

***E9 :** J'ai arrêté les urgences parce que le système ne me convenait pas, j'en avais marre de me prendre les foudres de tous les spécialistes comme si j'avais démarché les patients dans la rue pour qu'ils consultent aux urgences.*

***E12 :** je suis resté presque vingt ans à l'hôpital, je pense que je suis parti trop tard, j'étais déjà fâché contre le système quand je suis parti. Et pour le moment, ce côté de liberté que m'offre la pratique libérale en maison médicale, me plait beaucoup. C'est un peu dommage, mais je pense que le système hospitalier est très ingrat, principalement pour les urgentistes, (...) et finalement, je vais utiliser une expression un peu exagérée, mais ça finit par te dégouter de la médecine.*

b. Conditions de travail plus agréables

L'arrivée des médecins urgentistes dans ces CSNP est aussi motivée par la volonté de retrouver un rythme de travail plus agréable. Le fait de ne plus travailler la nuit et de ne plus faire de garde de 24 heures en font partie, en particulier pour les médecins plus âgés.

***E10** : quand y a eu cette possibilité d'exercer en enlevant les nuits, et certains jours de week-ends, et bien, la transition s'est faite naturellement. Pour moi, c'était le moment de lever le pied.*

***E12** : j'ai fait des gardes très longtemps, j'ai fait des 24 heures très longtemps, donc ne plus avoir de nuit, pour moi c'était un objectif, ne plus faire de nuit à partir de 50 ans.*

***E5** : Tout d'abord, compte tenu de mon activité d'urgentiste et de mon âge, ma motivation principale a été d'arrêter de travailler en 24 heures et de diminuer les nuits. (...) C'est pour être en adéquation avec ma vie de famille et pour être plus en phase avec les horaires normaux, de jour, de semaine, de ma femme et de mes enfants.*

Ajouté à cela, le confort des locaux des CSNP fait partie des avantages de ce mode d'exercice.

***E5** : On est en train de comparer avec un service d'urgence où moi depuis vingt ans, je bosse dans des sous-sols sans lumière naturelle, dans les urgences t'es enfermé dans les lumières artificielles, pour le moral c'est un peu compliqué. Et quand t'arrives ici, t'es dans des beaux locaux tout neufs, c'est clair, y a du soleil. Les conditions de travail sont assez agréables ici.*

Un médecin a aussi mentionné la différence d'attitude des patients entre les urgences et les CSNP.

E8 : *Avec un autre point positif que j'ai oublié, mais la mentalité des gens est quand même bien différente des urgences. Globalement aux urgences, les trois quarts des patients sont assez inquiets, attitude un peu hostile, assez pressés, donc ils ne sont pas forcément très chaleureux. Ici ils sont beaucoup plus agréables ils nous remercient énormément même s'il y a de l'attente.*

5. Optimisation du temps médical

L'un des avantages qui est ressorti des entretiens semi-dirigés, c'est l'optimisation du temps médical dû à l'organisation des CSNP. Tout est pensé pour que le médecin se concentre sur son activité médicale en déléguant au maximum.

a. Assistante Médicale

L'assistante médicale apporte son aide au médecin en accueillant les patients et en effectuant la majeure partie des tâches administratives, ainsi que certains soins.

E6 : *Je suis content aussi d'avoir une assistante qui fait tout ce qui est facturation, machins, qui prépare un peu tout en amont, qui prend les constantes et tout. Alors qu'au cabinet, en médecine Gé classique, je n'avais pas d'assistante, donc tu fais un peu tout, tout seul et ta consultation dure 20 minutes, parce que t'as plein de choses*

à faire, passer la carte vitale, les constantes. Là y a un petit débrouillage de la consultation par l'assistante, ça fait gagner du temps.

E14 : *Un autre avantage qui n'est pas exclusif aux CSNP mais qui leur est indispensable c'est la présence d'une assistante qui s'occupe de la partie administrative du travail du médecin ainsi que de la réalisation de quelques gestes simples comme les pansements, la réalisation d'ECG ou d'aérosols.*

b. Disposition des locaux, matériel

Les locaux et le matériel est mis à disposition des médecins et permet de les décharger de cette contrainte et de libérer du temps.

E8 : *Le fait d'avoir un cabinet médical avec peu de travail administratif personnel, des locaux neufs, du matériel mis à disposition et on s'occupe que de médecine pure, c'est plus que gratifiant.*

c. Limitation des tâches administratives

Du fait du caractère aigu des pathologies et de l'absence de suivi des patients, les tâches administratives médicales sont limitées.

E4 : *Tout le côté administratif un peu barbant de la médecine générale qui m'embêtait entre guillemets, tout ce qui est dossier MDPH, les dossiers d'assurance, les choses qui sont un peu longues, un peu désagréables je trouve. (...) Oui moins de charges administratives, et c'est vrai que le fait de pas avoir de suivi médical au niveau des patients, ça entraîne moins de temps administratif je trouve.*

d. Pas de déplacement du médecin

Un des médecins appréciait le fait de ne pas se déplacer chez le patient.

E6 : *Niveau temps médical efficace, je trouvais ça plus intéressant, d'être sur place et que les patients se déplacent, parce que déplacer un médecin pendant une demie heure de trajet pour une otite, je ne te cache pas que c'est chaud. Donc temps médical efficace, c'est plutôt optimisé dans ces CSNP.*

e. Travailler sans RDV

Un autre médecin a mentionné le fait de consulter sans rdv comme un critère d'optimisation du temps médical.

E4 : *Le fait de travailler sans rdv c'est un autre avantage que j'apprécie. Quand j'ai travaillé en cabinet, les rdvs, les gens qui ne venaient pas, les gens qui étaient en retard, c'était quelque chose qui m'agaçait.*

6. Travail d'équipe

Même si la plupart du temps, un seul médecin consulte par jour, les CSNP, de par leur organisation confère au praticien les avantages d'un exercice multidisciplinaire.

a. Accès à un réseau de spécialistes

Les CSNP permettent un accès privilégié à des consultations spécialisées pour les patients, grâce à un partenariat avec certaines cliniques privées ou par la location de bureaux à certains spécialistes

E4 : *Ce que j'aime bien aussi c'est la coordination des soins, on arrive à avoir quand même un certain réseau on travaille avec le service de radiologie, on travaille avec des ostéopathes, on a un orthopédiste, on arrive a à avoir un certain réseau assez facilement. C'est agréable je trouve dans notre façon de travailler.*

b. Plateau technique

Souvent, les CSNP sont à proximité de laboratoires et de cabinet de radiologie qui se sont aussi adaptés à cette façon de travailler sans rendez-vous.

E1 : *on a accès assez rapidement à la biologie, radio, échographie, donc c'est un avantage pour nous car on arrive à avancer sur le plan médical, sur le plan diagnostique, éventuellement thérapeutique assez rapidement. Et... je pense que y a beaucoup de gens qui se présentent aux urgences assez rapidement, parce qu'ils se disent que s'ils vont chez leur médecin traitant, ben il va leur prescrire une radio ou une prise de sang, il va devoir prendre rendez-vous, ensuite reprendre rendez-vous chez le généraliste, donc euh... la prise en charge est étalée, chez la plupart des médecins traitants*

c. Plusieurs médecins pour un patient : la continuité des soins est préservée

Avoir un médecin différent chaque jour est considéré comme un avantage pour certains interrogés. En effet, la prise en charge des patients peut parfois bénéficier d'un second avis médical au sein de la même structure, tout en offrant une continuité des soins grâce au dossier partagé. De plus l'accès aux notes médicales des consultations antérieures des confrères permet aux médecins de s'exposer à différentes pratiques et de développer ses propres connaissances.

E14 : *on a des dossiers patients communs, et à force de revoir des patients vus par les collègues on est exposés à des prises en charges auxquelles on n'aurait pas pensé et on peut en parler entre nous (...) et si un patient vient avec une plainte, déjà on reçoit les résultats si on l'envoie faire des examens, donc on peut bien sur le recontacter. On peut aussi lui dire de venir dans quelques jours pour refaire le point.*

E2 : *Là, si t'as le moindre problème, ben tu l'envoies à ton confrère, tu lui dis « ben repassez demain, le docteur est meilleur que moi demain » -rires-. Comme ça tu peux avoir deux avis tu vois sur un patient c'est plus pratique.*

B. Les freins à exercer en CSNP

1. Un flux de patient important

a. Les CSNP, victimes de leur succès

Les médecins interrogés ont quasiment tous mentionné le flux de patients comme un frein à ce mode d'exercice. L'offre attire la demande et certains centres ont

rapidement été saturés. Certains médecins le voient même comme un motif de démission.

***E11** : Alors ce qui pourrait me faire arrêter, c'est le fait qu'il y ait trop de patients. On est un peu en train de le vivre en ce moment.*

***E9** : La troisième raison qui pourrait me faire arrêter, c'est qu'il y a de plus en plus de flux, clairement, on est tous humains, on ne peut pas voir 90-100 patients la journée sans faire de conneries.*

b. Un flux à la limite de l'abattage

Certains médecins parlent même d'abattage quand le flux devient trop important et que la qualité de la consultation peut en souffrir.

***E3** : Après tu peux faire plus hein, mais il ne faut pas tomber dans les défauts de ce métier justement dans les travers, c'est justement de faire de l'abattage, voilà. Ça peut être un défaut.*

c. Agressivité des patients

L'une des conséquences principales de ce flux est l'attente des patients, ce qui peut provoquer chez certains d'entre eux de l'agressivité et un manque de civisme dégradant l'ambiance de travail.

***E1** : Les gens quand ils attendent, ils deviennent désagréables, parfois ils deviennent violents verbalement, rarement physiquement. Donc ça c'est sûr c'est pas un mode d'exercice qui est très serein sur ces jours-là, les jours qui sont très chargés.*

d. Doubler les médecins

L'une des solutions à ce problème serait d'avoir plusieurs médecins qui consultent par jour, ce qui n'est pas toujours possible dans ce contexte de pénurie médicale. Il serait aussi important de définir un nombre de consultations au-delà duquel un médecin supplémentaire serait nécessaire.

E3 : *Donc ce que j'avais fait moi, j'avais défini en fait un nombre arbitraire mais basé sur des éléments objectifs, qui était le temps d'attente. Pour moi un patient ne peut pas attendre plus d'une heure. Voilà. (...) Donc après, sur des statistiques sur plusieurs mois (...) j'avais trouvé le chiffre de 50 qui pour moi était le chiffre seuil ou il fallait être doublé, pour que tout le monde soit confortable.*

E11 : *mais le fait de voir trop de monde tout le temps, c'est quelque chose qu'il faut qu'on améliore, (...) en étant plus de médecins, mais ça c'est facile à dire de trouver plus de médecin.*

e. Limitation nombre de passage

Certains médecins connaissent leurs limites et préfèrent modérer le nombre de passage, en refusant certains patients.

E2 : *Toute façon je vois quand il y a trop de monde dans la salle d'attente je bloque la salle. On ne prend plus personne. Donc je sais le nombre de patients que je peux voir 40-50... au-delà de 50 ça commence être ... donc stop j'arrête. Je limite le nombre de patient.*

2. Rythme de travail - horaires élargis

De manière similaire, le rythme de travail, avec des horaires élargis, pourrait être considéré comme un frein à cet exercice, en grande partie car il ne serait plus compatible avec la vie personnelle des médecins interrogés. Les médecins interrogés travaillent entre 10 heures 30 et 13 heures d'affilée par créneau. Ce critère a été cité quatre fois plus chez les médecins généralistes que chez les urgentistes.

E4 : Ensuite, peut être qu'un jour le rythme ne me plaira plus, le fait de travailler sur des horaires élargis et de travailler le week-ends également, pour l'instant ce n'est pas le cas, mais peut être qu'un jour ça ne me plaira plus.

3. Consumérisme médical

Les enquêtés évoquent une ubérisation médicale et critiquent le fait que le soin devienne un produit de consommation comme un autre et le CSNP est donc vu comme une société de service, où certains patients confondent leur rôle avec celui de client.

E9 : Y en a qui consomment ça comme il consommerait n'importe quoi d'autre.

E14 : certains patients (...) revendiquent des soins plutôt que de consulter pour demander un avis médical.

E12 : je trouve qu'il y a une espèce de côté clientélisme qui s'instaure assez facilement.

a. Motifs de consultation jugés inutiles

Ce concept induit une surconsommation médicale et les patients consultent très souvent et plusieurs fois pour des motifs ne nécessitant pas forcément de consultation d'après les médecins interrogés.

E8 : *le fait d'avoir tout à disposition tout de suite, je pense que ça ne responsabilise pas les patients et effectivement, qui viennent et reviennent, et consultent à multiples reprises pour des pathologies complètement bénignes et reconsultent 2 ou 3 fois même.*

E14 : *Les motifs de consultations aussi, souvent les patients viennent pour des motifs qui ne justifient pas une consultation médicale.*

b. Motifs de consultation jugés abusifs

Un médecin a noté une augmentation de demande de consultation pour des motifs abusifs.

E9 : *Et puis, il y a des patients qui nous prennent un peu pour des imbéciles, parce que comme le médecin change tous les jours, qu'on ne fait pas de suivi de patients, ils ont l'impression qu'on ne communique pas entre nous, et du coup ils tentent de revenir souvent pour des renouvellements d'arrêt de travail, ou des demandes d'arrêt de travail un peu abusif.*

c. Prescriptions jugées inutiles

Du fait de cette surconsommation, les médecins peuvent ressentir une certaine pression et prescrire plus d'examens ou de traitements qu'ils ne jugeraient nécessaires.

***E8** : Je me dis quelquefois, qu'il y a des prescriptions qu'on voit passer, qui sont assez douteuses parce que le patient vient, donc on essaye de le fidéliser entre guillemets, et donc ça aboutit forcément à une prescription alors que des fois ce n'est pas justifié.*

4. Absence de suivi

Deux médecins interrogés, un généraliste et un urgentiste, ont mentionné l'absence de suivi des patients comme un frein à ce mode d'exercice, en contraste avec leurs confrères pour qui cela est perçu comme un avantage.

***E4** : le fait de ne pas avoir de suivi du tout, ça peut manquer quand même, car on a été formé à ça, on a été habitué, c'est vrai que parfois on n'a pas toujours de retour sur les patients qu'on voit en consultation en premier recours. Des fois c'est un peu un inconvénient je trouve.*

***E12** : tu n'as pas ce côté de satisfaction de voir ton patient qui s'améliore avec tes soins quoi, c'est un peu frustrant parfois de pas savoir ce qu'ils deviennent.*

5. Nomadisme médical

Les médecins interrogés ont remarqué cette tendance de nomadisme médical chez les patients qui est permise par cette nouvelle offre de soins, provoquant ainsi une désorganisation du parcours de soins.

*E5 : Je vois que les patients naviguent entre leur médecin traitant, entre *** (autre CSNP), entre *** (autre CSNP), entre ici, et ils passent la tête dans la salle d'attente, et s'il n'y a personne, ils rentrent, il y a du monde, ils vont voir dans le centre d'à côté. Donc en termes de suivi, quand il n'a pas consulté dans le même centre, tu ne sais pas ce qu'a fait le docteur d'avant.*

6. Absence de prise en charge globale du patient

Un des inconvénients mentionnés repose sur le fait que la prise en charge en CSNP repose sur un motif aigu, sans connaître tous les antécédents médicaux du patients ou son histoire. Cet effet est majoré par le roulement des médecins.

E5 : Donc probablement, le point négatif du CSNP, c'est ça, c'est de ne traiter le patient que pour sa pathologie aiguë, sans le regarder dans sa globalité, parce qu'on n'a pas le suivi et les antécédents, car plus on voit le patient, plus on apprend à le connaître, et surtout par manque de temps. (...) La prise en charge médicale serait probablement plus adaptée, si y avait le même docteur qui faisait plusieurs consultations d'affilée pour suivre l'évolution. Donc y a aussi cet inconvénient-là.

a. Inadapté aux suivis de pathologies chroniques

De ce fait, les motifs de consultation en rapport avec les pathologies chroniques ne devraient pas être traités en CSNP. Certains médecins évoquent tout de même que les patients consultent, faute d'autre solution, pour leurs pathologies chroniques.

***E5 :** Mais l'intérêt aussi du suivi, c'est que ce soit à peu près tout le temps le même docteur et tout le temps le même regard et le même œil qui voit le patient pour écouter le discours, est-ce qu'il change ou pas ?*

***E8 :** Il y a aussi une espèce de shunt des médecins généralistes, pour des pathologies chroniques, qui normalement doivent être suivies par les médecins traitants, mais pour lesquels les gens ne veulent pas attendre, ou veulent un autre avis...*

b. Perte de chance pour le patient

Certains médecins considèrent que ce phénomène peut mener à une perte de chance pour le patient.

***E8 :** Il n'y a pas de dossier médical partagé encore vraiment répandu, et il n'y a pas de traçabilité possible des différents examens effectués, je pense que ça fait une espèce de nomadisme médical, ça peut induire une perte de chance et une plus mauvaise prise en charge pour les patients clairement.*

c. Relation Médecin-Patient différente

Une minorité de médecins interrogés regrette la relation privilégiée que pourrait avoir un patient avec son médecin traitant ou qui le suit régulièrement. Ce sentiment est trois fois plus représenté chez les médecins ayant une formation exclusive de généraliste.

***E12** : Le coté dont je n'ai pas parlé et qui manque, c'est quand même le relationnel avec le patient et la reconnaissance qu'on n'a pas du tout en maison médicale.*

***E7** : Je pense que j'aurai envie à un moment donné de changer, parce que j'aime quand même la dimension un peu empathique de la médecine, le côté humain. Peut-être qu'à un moment donné ça peut me lasser, et je préférerais retrouver une patientèle plus réduite en cabinet et plus d'échanges avec les gens.*

7. Manque d'intérêt intellectuel

Certains enquêtés ont mentionné le manque de stimulation intellectuelle dans ce mode d'exercice, qu'ils expliquent en partie par le fait qu'il s'agit dans la grande majorité des cas de pathologies bénignes et du caractère répétitif des consultations.

***E12** : Et la maison médicale, ce n'est pas de la médecine très profonde qu'on fait, hein, 80% c'est une angine, ou de la rhino.*

***E11** : après médicalement en soi, ce n'est pas hyper stimulant parce que c'est quand même hyper redondant.*

8. Contrepartie financière

Même si d'après la majorité des médecins interrogés, cet exercice est rentable financièrement, un tiers d'entre eux a évoqué, une perte financière directe ou indirecte.

a. Charges importantes

Les charges de ce type de structure sont importantes. Elles comprennent entre autres le loyer, le matériel, le salaire des assistantes, en dehors des charges communes à tout médecin libéral.

***E6 :** Même si on a des actes assez rémunérateurs, on reste quand même assujetti à beaucoup de charges, on a des gros loyers, des assistantes qu'on paye nous-même.*

b. Absence d'aide financière des pouvoirs publics

Par ailleurs, comme ce genre de structure est assez récent, et qu'il ne remplit pas les critères établis par les instances publiques, certains médecins regrettent l'absence d'aide financière comme l'aide à l'installation ou l'aide à l'embauche d'une assistante.

***E6 :** Alors y a des aides ou des allègements possibles, mais ils sont assujettis à plein de critères. L'aide pour l'assistante médicale, y a beaucoup de cases à cocher et nous on ne les coche pas. Pareil pour la permanence de soins, c'est pareil y a beaucoup de cases à cocher et on ne les coche pas.*

c. Diminution de revenu par rapport aux urgences

Deux médecins urgentistes, de plus de cinquante ans, ont mentionné une perte de revenu en quittant les services d'urgences privées, dû majoritairement à l'arrêt des gardes de nuit.

E10 : Bon après, moi ma vie était faite aussi, je pouvais me le permettre, parce que les revenus, en tout cas au début, étaient moins importants.

E12 : Donc financièrement, j'ai eu une perte, mais je savais que j'avais eu une perte, les nuits c'est ce qui a de plus rémunérateur.

C. Le ressenti des médecins exerçant dans les CSNP

1. Ressenti globalement positif

Dans l'ensemble le ressenti des médecins est majoritairement positif.

a. Mode d'exercice gratifiant, patients
reconnaisants

Majoritairement, les praticiens interrogés évoquent le côté gratifiant de l'exercice, et la sensation de service rendu dans un contexte où il est relativement difficile pour les patients de consulter rapidement. Ces derniers en sont reconnaissants.

E6 : *En faisant du soin non programmé, je me sentais plus utile. C'est plus gratifiant le soin non programmé. T'as une gratification plus immédiate.*

E11 : *Ce que je trouve sympa aussi t'as vraiment l'impression que t'es le seul médecin à vouloir recevoir les patients qui viennent. Nous, à chaque fois qu'on reçoit les patients on a l'impression qu'on était leur dernière roue de secours, qu'il y avait personne qui voulait les recevoir.*

E12 : *Je pense qu'on apporte une vraie réponse aux patients, du fait de la crise profonde, de la perte de médecins traitants dans la région.*

b. Ambiance de travail agréable

L'ambiance de travail joue un rôle important dans le ressenti des médecins, et le fait de travailler en équipe participe à la rendre agréable. Ce ressenti a été cinq fois plus cité chez les médecins urgentistes.

E2 : *Je suis content. Je suis associé avec des amis que je connais depuis 20 ans, on sait qu'on travaille bien ensemble. (...) On sait qu'on est complémentaires.*

E4 : *On travaille avec une assistante, des paramédicaux, d'autres spécialistes et c'est agréable aussi, y a une bonne ambiance. Donc je me sens bien quand je vais travailler le matin.*

c. Du temps pour soi et les siens

Comme dit plus haut, le travail en créneaux permet aux médecins de se dégager du temps libre, très apprécié. On remarque une priorisation de la vie privée par rapport

au travail, autant chez les jeunes que chez les plus âgés. Pour certains c'est même la motivation principale à exercer dans ces CSNP.

E5 : *L'idée c'est de me dégager du temps libre à passer avec les miens et ma famille (...) La première partie de ma vie, où je travaillais beaucoup a impacté ma vie personnelle. Je me suis dit « ce n'est plus possible ». D'une vision très soignante, très altruiste, je suis passé à une vision plus égoïste, plus aut centrée. En me disant que j'ai donné beaucoup de temps et d'énergie, à essayer de sauver le monde, et qu'est-ce que ça m'a apporté à part de la fatigue et des problèmes personnels ? Personne ne va me donner une médaille pour ce que j'ai fait.*

E6 : *Et étant donné les horaires, j'ai quand même plus de temps libre pour moi, mes enfants. Mais je ne pense pas qu'en tant que médecin traitant en cabinet tu peux avoir autant de temps libre.*

d. Une consultation raccourcie mais qualitative

Même quand le rythme est très soutenu, certains médecins font remarquer que la consultation ne perd pas en qualité. Cela est en partie dû à l'optimisation médicale en amont. Ainsi, tout est fait pour que le temps médical nécessaire à une consultation de qualité soit respecté.

E13 : *Et en plus, j'ai l'impression que malgré tout, j'ai quand même l'impression qu'on fait un boulot correct, on se donne du mal pour les gens (...) en leur faisant des soins de qualité en essayant de respecter des consensus, les bonnes pratiques.*

E3 : *Le défaut vertueux, c'est que t'es débordé malgré toi et que tu prends quand même le temps nécessaire à faire des consultations.*

Deux médecins, qui sont aussi les seules femmes interrogées, mentionnent que la dimension empathique est préservée.

E7 : C'est une numérisation de la médecine, mais on peut quand même en faire quelque chose d'humain.

E9 : Tu as quand même le temps de discuter un peu avec les gens, même quand c'est la folie. Tu n'as pas le même rapport avec les patients qu'aux urgences. Tu es anonyme en maison médicale, car ce n'est pas ton cabinet, mais beaucoup moins qu'aux urgences.

e. Moins de pression qu'aux urgences

Certains urgentistes voient leur arrivée en CSNP comme un retour au calme, et comme une activité sereine.

E8 : Je me sens complètement épanoui, bon là ce n'est que le début, (...) mais ... euh, déjà de ne pas avoir une activité exclusive aux urgences, déjà ça m'a détendu un petit peu.

E13 : Pour moi, les CSNP, c'est un retour au calme, on va dire, tout en étant pas tout seul.

f. Une activité idéale

Trois médecins, tous urgentistes, voient cette activité comme idéale et adaptée à leur profil, leur expériences professionnelles passées et leur formation.

E2 : Pour moi, en tant que médecin c'est le meilleur type d'activité en tant que généraliste.

E10 : Oui ben je t'ai dit, mon ressenti est bon, parce que ce mode d'exercice correspond à mon parcours, mon âge (...) mon équilibre est parfait.

g. Un bon compromis

D'autres avis sont plus tempérés et certains médecins rationalisent leur choix.

E1 : c'est le meilleur compromis que j'ai trouvé, comme je l'ai expliqué, par rapport aux urgences à l'hôpital et la médecine générale habituelle.

E12 : Mais pour l'instant le rapport bénéfices/inconvénients est quand même en faveur de la maison médicale.

2. Au regard de certains aspects, le ressenti est négatif

Même si le ressenti est majoritairement bon pour la plupart des médecins, on note des aspects du métier qui sont mal vécus par certains.

a. Rythme épuisant et stressant

Le nombre de consultations dans la journée et les horaires élargis favorisent une fatigue et un stress important pour la majorité d'entre eux. Ces sentiments sont partagés de façon égale par les médecins généralistes et urgentistes.

E6 : *Quand on est de garde, on a quand même une pression élevée. (...) Non quand même c'est fatiguant, j'étais de garde hier, aujourd'hui j'ai une migraine post garde là. Les gardes elles sont quand même intenses.*

E7 : *si c'est des grosses journées avec des grosses pathologies et qu'on n'a pas trop le temps d'échanger du coup avec les gens à côté, j'avoue que là je suis un peu plus frustrée, je suis rincée le soir et je suis un peu frustrée.*

b. Manque de reconnaissance des pouvoirs publics

La moitié des médecins ont spontanément mentionné le sentiment de ne pas être reconnu à leur juste valeur par les pouvoirs publics, alors qu'ils pensent apporter une solution au problème de la désertification médicale.

E7 : *Même s'ils le savent très bien, ils ne le disent pas clairement que ça dépanne bien. Jamais, on a entendu l'état ou le gouvernement parler de ces structures-là, alors que ça devrait. Maintenant que j'y pense, ça n'a jamais été mis en avant ; alors que c'est la seule solution bénéfique à proposer pour le moment. Mais comme c'est privé, ils n'ont pas d'intérêt à en parler, parce que ce n'est pas eux finalement qui sont derrière ça.*

E9 : *L'autre chose, c'est qu'on n'est pas du tout soutenu par l'État (...) on rend quand même bien service à la population locale et aux urgences. On n'est pas reconnu à notre juste valeur, on passe pour des boîtes à fric.*

c. Frustration due à la surconsommation médicale

Un tiers des interviewés supporte difficilement les demandes abusives des patients, leurs exigences et le concept de consumérisme médical. Cela remet parfois en cause leur rôle professionnel.

E14 : *Non je ne suis pas totalement épanoui dans cette pratique, ça ne me passionne pas parce que je ne ressens pas le fait d'apporter quelque chose ; même si du point de vue du patient ça leur apporte quelque chose. Je sais pertinemment que dans la moitié des cas, la consultation n'est pas totalement justifiée.*

E12 : *ils viennent avec leur liste de courses quoi. Ils viennent parce qu'ils ont un bouton sur la fesse gauche, ils ont mal au ventre, ils veulent une ordonnance pour un bilan bio, et une ordo pour une entorse de cheville qu'ils se sont fait il y a 3 mois. C'est ce que j'appelle la médecine Mc Donald, tu vois. Ça c'est un peu agaçant.*

E9 : *Y en a qui consomment ça comme ils consommeraient n'importe quoi d'autre et ça, ça m'agace. Et c'est quand même notre business, donc on ne peut pas leur dire d'aller se faire voir (...) Après le coté désagréable, c'est vraiment que tu fais Uber santé quoi. Et on a beau s'acharner à faire de l'éducation thérapeutique, je suis un peu lassée. Donc ça c'est un peu pénible.*

d. Une médecine moins intéressante pour le
médecin

Du fait du caractère redondant et peu stimulant, quelques médecins ressentent une lassitude.

E11 : Médicalement, je ne prends pas vraiment mon pied.

E14 : c'est quand même fatiguant et intellectuellement peu stimulant de répéter des dizaines de fois dans la journée qu'un rhume se guérit tout seul.

E12 : bah ce n'est pas passionnant quoi, on ne va pas se leurrer, c'est l'éternel discours de l'urgentiste, on est toujours un peu entre le marteau et l'enclume. Soit, je vais aux urgences privées et je prends des risques assez élevés pour une activité plus intéressante, ou je fais de la médecine moins intéressante, mais plus pépère, plus sécuriste et plus rémunérative aussi.

e. Une médecine moins qualitative pour le patient.

Certains médecins relatent une perte de qualité et d'empathie dans les consultations du fait de l'abstraction de la prise en charge globale du patient et du rythme de travail.

E5 : je n'ai pas le sentiment de faire de la très grande médecine, ici. Je pense que le système de soins autour du médecin traitant il est plutôt bien et ça on ne peut pas le donner ici (...) Je crois beaucoup au psychosomatique et d'écouter les gens, d'écouter un peu leur vie, y a toujours un petit truc, où on peut agir. Et ça, dès qu'on va augmenter l'activité et que je vais avoir moins de temps de consultation je vais perdre un peu ce temps que j'ai aujourd'hui où je peux un peu discuter avec les gens et essayer de comprendre ce qui les stresse à la maison, ce qui les stress au travail, ça ne prend pas beaucoup de temps et quelques petites questions, mais écouter un peu les gens et ça je ne pourrai plus le faire.

E11 : Enfin y a la phrase qui dit vaut mieux prévenir que guérir, en ce moment on fait plutôt que guérir, et pas trop prévenir.

E12 : bon après c'est rapide une rhino, mais ce n'est pas de la vraie médecine générale au sens noble du terme.

f. Une responsabilisation plus importante

Du fait de potentielles pathologies graves ou urgentes, un des médecins avoue ressentir une pression majorée par rapport à un exercice en cabinet de médecine générale ou aux urgences, du fait en partie que la responsabilité repose entièrement sur le médecin.

E6 : T'es plus dans un objectif de sécuriser le patient, son parcours de soins, et de ne pas passer à côté de quelque chose. Ce qui m'intéresse, c'est de ne pas faire d'erreur, donc je n'hésite pas à faire des bios, ou des examens d'imagerie, à adresser un patient. Faut être vigilant tout le temps quoi. Et comme, on n'a pas d'institution, on n'est pas un hôpital dans lequel il y a une dilution des responsabilités mine de rien quand tu es à l'hôpital. Là quand tu as un pépin, tu es tout seul. Les gens ont la plainte assez facile. Les plaintes, j'ai pas du tout envie d'en avoir.

Dans l'ensemble, les enquêtés ont un ressenti assez mitigé, cependant la balance penche nettement vers le côté positif de ce mode d'exercice.

E5 : A une époque, j'allais vers le boulot qui me plaisait le plus, j'ai aujourd'hui, envie de dire que je vais vers celui, qui me déplaît le moins. Voilà je finirais là-dessus. -Rires.

E9 : Après j'ai un discours assez pessimiste, mais j'aime mon travail -rires- mais je suis assez consciente des problèmes quoi, et malheureusement il y en a plein.

D. Les perspectives d'avenir des médecins exerçant en CSNP

1. Une étape temporaire

La moitié des médecins ont clairement exprimé que leur exercice en CSNP était temporaire, et ne se projettent pas dans ces structures après un certain âge. Parmi ces médecins, un seul a plus de 35 ans, et seulement deux sont urgentistes. Le rythme de travail et la fatigue sont les raisons principales, l'évolution du système de santé, et l'importance des charges financières sont aussi des facteurs décisifs.

E1 : Après le facteur limitant, c'est la charge de travail, donc en l'état actuel, avec des périodes de très forte affluence, ce n'est pas quelque chose que je me vois faire au-delà de 45-50 ans, parce que c'est fatigant.

2. Une carrière en CSNP à long terme

Parallèlement, cinq médecins, tous urgentistes, se projettent dans ce mode d'exercice jusqu'à à la fin de leur carrière. Cependant, tous ces médecins, sauf un, ont plus de 50 ans. La plupart ont travaillé longtemps dans un service d'urgence, et voient

en ces CSNP un moyen de réduire leur activité tout en gardant un « esprit d'urgentiste ».

E10 : Maintenant, c'est devenu mon activité principale, et ça le sera sûrement jusqu'à à la fin de mon activité.

E3 : Donc je me vois exercer dans mon cabinet de médecin urgentiste parce que ça me convient en fait. Cette pratique me convient.

Parmi ces médecins, trois souhaiteraient diminuer leur activité en CSNP.

E13 : Ah bah moi je suis plutôt sur le plan canne à pêche -rires- mon avenir c'est la retraite. (...) Je me vois travailler un peu moins, je voudrais diminuer tout doucement si tu veux, pour arriver à 67 ans, à la moitié de ce que je fais maintenant.

E2 : Pareil. Peut-être travailler moins, je voudrais faire 8 à 9 jours par mois, pas plus. Peut-être même 7 à 8 jours par mois. Je vais voir.

3. Une activité de médecin traitant

Six médecins ont évoqué l'idée d'avoir une activité de médecin traitant, cependant un seul avait un projet assez concret, et souhaiterait développer cet exercice au sein de son CSNP.

E14 : Je vais commencer une activité de médecin traitant à temps partiel, au sein d'un CSNP et je pense que c'est la formule d'idéale d'exercice, je pense que c'est un modèle qui va se développer.

Deux autres se projettent dans une activité de médecin traitant plus traditionnelle sans lien avec les CSNP, mais de façon plus floue.

E7 : Peut-être que vers la quarantaine, j'aspirerais plus à revenir à une pratique de la médecine générale ou de ville classique, médecin traitant ou voir même m'ouvrir à d'autres pratiques comme l'hypnose, des choses comme ça (...) Donc complètement rien à voir. A l'antipode du centre d'urgence.

D'autres médecins n'excluent pas totalement de s'installer en tant que médecin traitant, mais sous certaines conditions précises, dont le passage en secteur 3.

E6 : Ça serait un exercice non conventionné, où on choisirait le montant de la consultation, que je fixerais directement à 50 euros. Ça permettrait d'avoir du temps et un montant de consultation plus juste.

E9 : Oui éventuellement, tu sais si tout ça m'agace, je suis capable de tenter l'expérience sans aucun problème, mais effectivement oui toujours avec un côté aigu, mais tout est possible, je ne me ferme aucune porte.

4. Une consultation de médecine générale spécialisée

Trois médecins ont évoqué l'idée de se former à une nouvelle pratique médicale et orienter leur activité.

E11 : Moi j'aimerais bien, à court terme, avoir une activité en maison médicale et une activité de consultation sur rendez-vous, avec une orientation particulière. Moi mon truc, moi j'aime un peu les dépravés, mon truc c'est un peu les tox, les gens qui font un peu n'importe quoi au niveau sexuel, la prep, moi c'est un peu ça mon dada. J'ai pas mal de facilité avec ces patients-là alors qu'il y a pas mal de médecins qui ont vachement de mal avec eux.

E6 : Donc mon exercice futur, ce serait éventuellement du secteur 3, de se spécialiser dans un truc un peu différent, peut être un truc un peu plus calme, de la mésothérapie, de l'acupuncture, de l'esthétique, du laser, mais c'est plus vraiment de la médecine.

5. Une autre activité en dehors de la médecine

Trois médecins ont même évoqué la possibilité d'exercer un métier totalement différent du domaine médical. Un médecin en est même sur.

E1 : Euh ouais, je ne me vois pas faire médecine après 50 ans, non pas du tout.

E12 : Je me vois faire autre chose, soit médecin généraliste en ville ou en campagne, soit un autre métier, je ne sais pas lequel, mais autre chose que la médecine.

6. Retour aux Urgences

Une des médecins, malgré qu'elle ait reconnu l'avoir quitté à cause des contraintes du système hospitalier, évoque la possibilité de retourner travailler dans un service d'urgence.

E9 : Et pourquoi j'y retournerais ? Parce que c'est mon cœur de métier, je fais ça depuis l'âge de 28 ans, et à la base j'ai passé le master 1 et 2 pour être PU, c'est vraiment ce que j'aime. Je le retrouve en partie chez les pompiers mais pas complètement car on fait que du préhospitalier, mais c'est vrai que la gestion des urgences aux urgences et le déchocage me manquent. Ça c'est clair !

7. Indécision

Même s'ils ont tous évoqué des idées, certains médecins n'ont pas de plan précis, et n'arrivent pas à se projeter dans l'avenir, en partie car leur futur dépendra des conditions d'évolution du système de santé.

E4 : Pour l'instant je ne me projette pas trop. Je ne suis pas du genre à me projeter. (...) Je préfère laisser une part d'ombre sur l'avenir. Ne pas avoir toute une ligne tracée, je trouve ça plus agréable.

E11 : Alors ça je ne sais pas, c'est une grande question que je me pose, parce que ça va dépendre de comment les choses évoluent dans les 5 ou 6 prochaines années.

E. Évaluation de la pérennité des CSNP

1. L'émergence des CSNP

Les médecins interrogés ont remarqué le développement accru de CSNP dans la région et sur le territoire français avec une accélération récente ces dernières années.

E3 : Donc ce genre de cabinet à horaires élargis à toute sa place, elle l'a démontré maintenant parce qu'on était seul en 2004, aujourd'hui il y en a pléthore.

E7 : Y en a de plus en plus, ça pousse comme des champignons ce genre de maisons.

E2 : Ah oui, y aura que ça dans quelque temps.

2. Une réglementation prochaine

Étant donné la nouveauté de ce mode d'exercice, il existe encore un flou administratif et juridique d'après certains sujets interrogés, mais de façon temporaire car ils prédisent une réglementation et une législation prochaine. Cependant, ils ne le voient pas d'un très bon œil.

E1 : Euh... Ben... je pense que pour l'instant, c'est un peu une zone grise, disons, administrativement. Je pense que l'ARS et la CPAM ne savent pas trop ce qu'il se passe - Rires- ils sont un peu déconnectés du terrain, et ils ne comprennent pas trop ce que c'est.

E3 : Comme toute nouveauté, il va y avoir plein de petits pas qui vont se faire, et comme il n'y a pas encore vraiment de réglementation, il n'y a pas vraiment d'observateur de règles, de fédération ce n'est pas encore tellement structuré administrativement, et il est évident qu'à un moment donné, l'état va vouloir mettre les pieds dans le plat et réguler tout ça. Donc qu'est-ce que ça va devenir ? Je n'en sais rien... je ne sais pas...mais faut pas trop laisser la place à l'État, parce que généralement ils sont mauvais dans ce type d'organisation. Dès qu'on met trop d'administratif, ça pourrait l'idée de départ.

3. Pérenne

Bien que les réponses étaient assez mitigées, la plupart des médecins voient les CSNP comme un concept pérenne, qui va faire partie intégrante du paysage médical et même initier une métamorphose complète de la médecine générale de ville et du système de soins.

a. En accord avec l'évolution sociétale

Plusieurs enquêtés ont remarqué que la société a évolué ainsi que les besoins des patients et les aspirations des jeunes médecins.

○ Une volonté d'immédiateté

D'après certains médecins, le développement de ces CSNP répond à une ubérisation sociétale où les patients sont en demande de soins immédiats. Ces CSNP, du fait d'horaires élargis et de la possibilité de consulter sans rendez-vous et rapidement, sont compatibles avec leur mode de vie et leurs besoins ressentis. Ils remarquent aussi une certaine difficulté à consulter sur rendez-vous la plupart des généralistes du fait des délais ou du refus de nouveaux patients.

***E1** : Et de l'autre côté, il y a aussi une évolution des mentalités des patients, c'est-à-dire, qu'il y a une demande d'immédiateté, quand ils ont une plainte, je pense qu'ils préfèrent voir, un médecin tout de suite, plutôt que leur médecin dans sept à dix jours.*

E11 : Aussi, je pense que les médecins libéraux se sont tirés une balle dans le pied eux même, parce qu'ils n'ont pas pris conscience que le monde va de plus en plus vite, que les gens n'ont plus le temps de prendre rendez-vous, donc forcément des centres comme ça, ce n'est pas qu'ils plaisent, mais c'est qu'ils collent plus en fait, à ce que les gens veulent aujourd'hui. Donc, forcément ils viennent plus nous voir.

De plus, certains interrogés remarquent que les patients qui consultent en CSNP ont probablement un objectif différent que lorsqu'ils consultent leur médecin traitant. La rapidité de la consultation et la prise en charge ponctuelle d'un problème aigu semblent leur convenir.

E7 : Ils viennent chercher quelque chose, ils l'obtiennent. Ils ne demandent pas de la médecine générale classique, ils ne demandent pas un devoir de médecin traitant (...). Ils ne sont pas plus demandeur que ça de l'échange.

○ Une qualité de vie préservée

Sur un autre versant, la perception du métier de médecin généraliste a aussi évolué pour certains enquêtés. La qualité de vie et l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle est au cœur des aspirations des nouveaux médecins. Deux des médecins ont évoqué la féminisation de la profession comme une des raisons à cette évolution.

E10 : Maintenant, tout le monde veut quand même trouver un équilibre entre sa vie professionnelle et personnelle donc tout le monde n'est plus prêt à sacrifier sa vie personnelle comme le faisaient les médecins historiquement. (...) Même si dans dix ans, tu sors plein de médecins généralistes, vu qu'ils ont une vision différente, c'est-à-

dire qu'ils ont la vocation, ça il n'y a pas de problème, mais le côté « je vais me vouer à mon activité professionnelle au détriment du reste de ma vie familiale, personnelle ... » c'est devenu démodé.

E3 : *Y a une féminisation de la pensée, une féminisation de la pratique qui fait qu'il faut qu'on se réadapte à ce mode de vie qui n'est pas du tout le même. Y a l'envie de travailler moins, pas forcément moins bien, ce qui est bien différent mais moins, et de profiter plus de la vie ce qui est pour moi une très bonne chose.*

b. Intégration au paysage médical

Pour ces différentes raisons, les médecins interrogés envisagent que ces CSNP fassent partie intégrante du paysage médical et qu'ils soient reconnus par les pouvoirs publics.

E14 : *La demande pour ces centres est très importante, donc je pense que leur existence est assurée pour le moyen terme, il reste à voir ce que l'ARS et la CNAM vont décider par rapport à l'intégration de ces CSNP dans le parcours de soins du patient. Ils pourraient accepter l'évolution du système de santé, et intégrer ces CSNP dans le parcours de soins, ou s'accrocher à leur modèle bipolaire médecin traitant/hôpital du siècle dernier.*

Un des médecins préconise une intégration de ces CSNP au parcours de soins du patient et imagine un système où les CSNP font partie des rouages des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

E14 : Il faudrait que le principe ou l'idée soit inclus dans le parcours de soins. Et il devrait y avoir une sorte de CSNP qui couvre un territoire avec plusieurs médecins traitants sur ce territoire, qu'y ait une sorte d'harmonisation de la communication de ce territoire... euh... Donc en gros, ce serait de faire une CPTS a territoire plus réduit avec en son centre le CSNP un peu comme l'hôpital avec les urgences qui avaient une place centrale. Donc dans les grandes agglomérations un CSNP avec des médecins traitants autour. Et dans les villages, on pourrait créer des CSNP ou chaque médecin traitant alentour feraient une journée chacun, et donc les médecins du centre participent à la PDSA.

c. L'avenir de la médecine générale

Ces CSNP sont vus par les interviewés comme une évolution adaptative du système de santé.

E1 : Honnêtement, je pense que c'est l'évolution, c'est la prochaine étape. C'est la métamorphose du système de soins primaires. C'est l'avenir de la médecine générale. Le modèle de médecin traitant qui est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, il ne fonctionne plus.

○ Système de médecin traitant actuel inadapté

Une des raisons à cela est que le système de santé centré sur le médecin traitant n'est plus adapté aux conditions actuelles. D'une part, la démographie médicale fait qu'il n'y a plus assez de médecin traitant.

E5 : *Les politiques sont un peu bloqués, entre leur volonté de mettre en place un système de médecin traitant, mais qui ne va pas marcher parce qu'on n'a pas assez de docteur ; la pyramide des âges faisant que tous ceux qui partent à la retraite ne sont pas remplacés, on n'en a pas formé assez. Donc ce système ne va pas marcher.*

Et d'autre part, comme nous l'avons vu plus haut, le concept même de médecin traitant a changé.

E1 : *Le modèle de médecin traitant ne fonctionne plus parce qu'il y a eu un changement de priorité, les jeunes médecins n'ont plus envie de sacrifier leur vie pour ce métier pour plusieurs raisons...*

- Réforme du système de soins

Les médecins interrogés conditionnent la pérennité de ces CSNP par leur intégration dans le système de soins en le réformant. Ils sont perplexes et s'interrogent sur la volonté des pouvoirs publics à intégrer ce concept au système de soins ou au contraire se concentrer et développer le schéma actuel.

E9 : *Mais à terme, soit le système de soins va complètement changer parce qu'il n'est plus du tout adapté à la demande de la population générale, soit l'État va forcer de plus en plus les médecins généralistes à s'installer et petit à petit y en aura de plus en plus.*

E1 : *A terme, il y a deux solutions, soit ils réalisent que c'est le meilleur compromis possible pour offrir une prise en charge au plus grand nombre, dans un contexte de*

désertification médicale, soit ils s'opposent à l'ouverture et au fonctionnement de ces centres, euh... qu'ils essayent de forcer le modèle de « médecin traitant », et avec toutes les conséquences qui vont avec, donc absence d'installation, remplacement pendant plusieurs années des nouveaux diplômés.

○ L'aigu pour les CSNP, le chronique pour le médecin traitant.

Les médecins interrogés ont mis en avant la tendance à séparer la prise en charge aiguë de la prise en charge chronique qui s'instaure depuis le développement de ces CSNP. Ils prédisent un système où les CSNP traiteront toutes les pathologies aiguës et les médecins traitants ne prendront en charge que les suivis de pathologies chroniques.

E10 : *Est-ce que dans dix ans, les médecins traitants feront simplement ce qu'on attend d'eux, à savoir, simplement suivre les patients au long cours et faire de la médecine générale et ne plus faire de petites urgences etc. puisqu'il y aura ces CSNP qui seront là pour ça ?*

Certains médecins, à l'extrême, pensent que nous allons même assister à une disparition des médecins traitants. Ils imaginent un système où le suivi des pathologies chroniques ne serait assuré que par les spécialistes, ou des médecins traitants qui se spécialiseraient.

E6 : *On va aller vers l'hyperspécialisation (de la médecine) aussi. Il y aura des centres de soins comme nous, avec des consultations rapides pour les patients, et après, des consultations hyper-spécialisées pour les pathologies chroniques. De toute façon,*

même les traitements, maintenant ils sont hyper-spécialisés. Un psoriasis, ou un diabète, y a toujours des nouveaux traitements qui sortent, les traitements évoluent hyper vite ; et à moins de se former tout le temps, ce qui pour un médecin traitant est faisable, mais il faut qu'il se forme tout le temps aux nouvelles technologies, j'ai l'impression que la médecine est en train de s'hyper-spécialiser. Et y aura les CSNP, pour faire l'aigu et débrouiller un peu les choses et après les consultations spé, pour les suivis de pathologies chroniques et stables. (...) Je pense qu'après les médecins traitants devraient se spécialiser dans le suivi de pathologies chroniques, qu'ils deviennent des spécialistes du diabète, de la tension, comme ils sont actuellement, mais qu'ils revalorisent leur consultation.

E13 : *Donc je pense même qu'il n'y aura même plus de médecins généralistes dans leur cabinet, à l'avenir. (...) Donc y aura les CSNP et les urgences pour ce qui est plus grave, ce qui nécessite vraiment les urgences. (...) Pour le suivi des pathologies chroniques, ben... ils ont besoin du spécialiste, je veux dire un diabétologue, c'est un diabétologue, je trouve normal qu'un coronarien soit suivi par le cardiologue une fois par an, ou un diabétique chez le diabétologue et l'insuffisant respiratoire chez le pneumologue. Le médecin généraliste qui veut tout faire... -soupir- ... Ils ne peuvent pas tous le faire.*

- Association d'un CSNP avec un médecin traitant

Pour certains médecins, la pérennité de ces centres dépend aussi du développement d'une association avec des médecins généralistes qui pourront assurer un suivi et proposer une prise en charge globale au sein des CSNP en profitant par ailleurs du plateau technique que le CSNP a à offrir ; et qui permettrait aux CSNP de répondre aux critères imposés par les instances publiques.

E9 : *Je pense qu'il va falloir qu'on ait en parallèle des médecins généralistes qui acceptent de faire du suivi de patient au sein de nos maisons médicales. (...) On est tous dans ces maisons médicales je pense pour les mêmes raisons à peu près, on n'aime pas le suivi de patient, on ne s'occupe pas du matériel, mais on tend quand même de plus en plus à remplacer le médecin généraliste... Donc pourquoi se priver de tout ce que la CPAM a à offrir aux médecins traitants, comme les ROSP, forfaits médecins traitants, les aides pour l'assistante ? au final je pense que ce serait idiot.*

4. Non pérenne

Quelques médecins pensent que ce nouveau concept de CSNP n'est pas pérenne, et ce pour plusieurs raisons.

a. Une solution provisoire

Une partie non négligeable des interrogés voient ce concept comme une solution provisoire à un problème de démographie médicale. Selon eux, ils diminueront, voire disparaîtront lorsque le nombre de médecins généralistes sera devenu suffisant.

E4 : *Mais après si y avait un nombre de médecin traitant beaucoup plus important, la place de la maison médicale, il n'y aurait pas de place pour la maison médicale.*

E7 : *C'est sûr que ce n'est pas pérenne. C'est une solution pour moi transitoire à ce manque de médecin traitant.*

E9 : *Mais je pense que c'est une solution alternative, je ne suis pas sûre que ce soit fait pour perdurer. Non je ne pense pas que ce soit pérenne, je pense que ça va durer 20 ou 30 années, le temps de vraiment combler le déficit de médecins généralistes.*

b. Freins imposés par les pouvoirs publics

Certains médecins pensent que le développement de ces CSNP va être restreint par les pouvoirs publiques sous le motif que cela désorganise le système de soins.

E2 : *Il y aura des contraintes qui vont arriver et ils vont limiter à un moment, parce qu'ils vont se rendre compte qu'ils n'ont plus de généralistes, donc les médecins traitants, bah... il n'y en aura plus.*

c. Coût pour la sécurité sociale

Les pouvoirs publics pourraient restreindre ces CSNP, aussi pour des raisons financières. Ces CSNP, sont probablement une dépense supplémentaire pour la CNAM du fait des horaires élargis, du plateau technique à disposition et des actes techniques réalisés.

E5 : *Parce que les gens consultent tard, consultent le weekend, c'est aussi des frais supplémentaires pour le contribuable. Et puis globalement, les gens qui consultent le weekend ou le soir, nous on les facture plus cher, mais ce n'est pas des consultations très graves. Le gouvernement pourrait aussi dire : « les pas graves, du lundi au*

vendredi, vous allez dans les CSNP et la nuit et les weekends, c'est réservé aux urgences, que pour les cas graves ».

E7 : *Je pense que les pouvoirs publics vont vouloir restreindre, parce qu'ils ont un gros problème avec le libéral de toute façon, et l'argent, donc à mon avis ils vont vouloir le restreindre.*

5. Rachat par des grands groupes et salarisation des médecins

Au vu du développement et du marché florissant que constituent ces CSNP, quatre médecins ont anticipé la possibilité d'un rachat de ces centres par des grands groupes de cliniques ou d'assurances privées, avec pour objectif éventuel de salarier les médecins qui y travaillent.

E11 : *Pour le moment, c'est juste le fait d'entrepreneurs un petit peu malins, tu vois, qui ouvrent des centres de soins, parce qu'ils ont flairé le bon truc, mais les cliniques commencent à s'intéresser à ces CSNP, parce qu'ils sont rentables, donc elles cherchent à les racheter.*

E5 : *Pour l'instant on est libéraux, ça va. Est-ce qu'un jour on ne va pas nous dire, vous allez être salariés, on arrête ce type d'activité. Et dès que tu deviens salarié d'un groupe, on te donne des objectifs, on te donne une checklist, si tu la remplis, on te donne des bons points si tu ne la remplis pas t'es sanctionné ou t'es viré. Le risque c'est qu'on parte là-dedans avec des docteurs salariés sur objectifs. J'aurais arrêté avant ça, je te le dis. Ça ne me conviendra pas -Rires-.*

6. Déconventionnement envisageable

Deux médecins envisagent le déconventionnement de ces CSNP, à l'instar du mouvement des médecins généralistes. Ils reconnaissent toutefois, que cela ne serait pas réalisable dans certains quartiers.

E5 : Donc je me pose la question : comment je vois l'avenir des CSNP ? En secteur 3 ? Probablement, la grande question c'est quand ? Mais je pense que tous les généralistes, dans pas si longtemps que ça, vont se poser la question : « on reste conventionnés ou pas ? » alors est ce que la sécu va faire des efforts ? Accepter le secteur 2 pour tout le monde ? Avec des dépassements d'honoraires ? je ne sais pas exactement ce qu'il va se décider prochainement, mais je crois que tout est verrouillé, qu'il n'y aura aucune avancée et que si les médecins veulent reprendre leur destin en main, il faudra passer en secteur 3.

F. La place des CSNP dans le système de soins actuel

1. Maillon manquant aux soins de premier recours

Pour les médecins interrogés, les CSNP ont parfaitement trouvé leur place dans ce système de soins, et se sont attribués un rôle de premier recours aux soins, qui était manquant du fait de la désertification médicale et de la demande de soins en augmentation.

E10 : *C'est un nouveau maillon dans le système. Si ça s'est créé c'est qu'il y en avait besoin.*

E6 : *On est un peu l'accès aux soins des premiers recours. On est un peu la porte d'entrée aux soins.*

E2 : *On est comme des dispensaires.*

Cela est particulièrement vrai pour la traumatologie, les CSNP apportent une alternative aux services d'urgence pour des motifs traumatologiques qui peuvent être gérés en ambulatoire grâce à un plateau technique souvent disponible.

E12 : *C'est une bonne réponse ponctuelle, pour tout ce qui est traumatologie, c'est parfait, ça déleste les urgences, ça répond à ce que les médecins traitants ne peuvent plus faire.*

2. Une réponse à un problème

Les CSNP sont nés d'un déséquilibre entre l'offre et la demande des soins de premier recours. Ils sont vus par la quasi-totalité des enquêtés comme la solution à un problème. Les médecins ont fait preuve d'imagination et ont utilisé des métaphores très imagées.

E14 : *Actuellement c'est une bouée de sauvetage, à laquelle s'accroche une partie non négligeable de la population du territoire. Ça limite les effets néfastes de la désertification médicale.*

a. Une solution adaptée

Certains médecins jugent qu'il s'agit d'une réponse adaptée à la désertification médicale.

***E8** : Le temps qu'il y ait assez de médecins qui soient formés qu'on refasse des propositions pour améliorer l'attractivité pour l'installation en médecine générale des jeunes, ça va prendre clairement plusieurs années, voire 10 ou 15 ans, donc la solution immédiate : les CSNP en font partie.*

***E1** : Mais en tout cas, je pense que c'est la meilleure solution pour la prise en charge des patients dans ce contexte.*

***E10** : La population n'arrive plus à trouver un médecin traitant. Ces CSNP, ça a été la réponse la plus adaptée à ce problème.*

b. Ersatz du soin

Cependant pour la majorité des personnes interrogées, il s'agit d'une solution de remplacement, à défaut de trouver mieux. Les CSNP sont considérés comme un plan B au système de soins actuel centré sur le médecin traitant.

***E5** : Le système de soins est pensé autour du médecin traitant, on devrait avoir un médecin traitant qui centralise les soins. Les politiques sont un peu bloqués, entre leur volonté de mettre en place un système de médecin traitant, mais qui ne va pas marcher parce qu'on n'a pas assez de docteurs. (...) (en parlant au nom des pouvoirs publics)*
« On propose un système qu'on n'arrive pas à assurer, et on vous propose un plan B,

parce qu'on n'a pas mieux pour l'instant » (...) Mais ça va globalement à l'encontre de l'axe de la politique gouvernementale, avec cette pierre angulaire du médecin traitant.

E11 : *Les patients viennent nous voir faute de pouvoir faire mieux, faute d'aller voir leurs médecins.*

E10 : *Pour l'instant c'est peut-être un pansement sur une jambe de bois.*

E12 : *Je pense que c'est un ersatz.*

C'est une solution vue comme insuffisante. Elle permet de répondre à une demande de soins aigu en augmentation, cependant elle ne répond pas à l'entière du problème, et exclut la prise en charge globale et le suivi des patients ayant des pathologies chroniques qui ont eux aussi des difficultés à être pris en charge médicalement.

E8 : *Je pense que ce n'est pas la médecine de qualité optimale pour le suivi des patients pour le chronique.*

E11 : *Je nous vois comme un pansement sûr une plaie béante, on fait ce qu'on peut pour éponger, mais ça ne suffira pas. (...) Mon retour sur cette pratique, c'est qu'elle est hyper essentielle pour les gens actuellement mais elle ne peut pas suffire au problème. Elle en peut être qu'une partie de la réponse.*

E5 : *Les gens n'ont plus le choix, ils te le disent. « J'ai essayé d'appeler mon médecin généraliste » soit il ne prend plus personne, soit il n'a pas de créneau dispo avant 2 semaines et celui qui fait de la fièvre à 39°C, même s'il est prêt à attendre 2-3 jours pour avoir une consultation, il ne peut pas attendre 15 jours. Dans 15 jours, soit il est guéri, soit il est mort. Ça répond à une demande de la population qui cherche de la consultation médicale, maintenant en termes de gestion et de prise en charge globale,*

on va ne gérer qu'un problème et on va perdre ce côté vision plus globale du médecin traitant.

3. Indispensable

Bien que ce soit un nouveau concept, les CSNP ont vite trouvé leur place et se sont vite rendus indispensables aux yeux des médecins interrogés.

E3 : *On a une vraie place.*

E11 : *Essentiel à mon avis, vu le paysage médical français actuel. Je pense que si on ferme les centres de soins non programmés aujourd'hui, je pense qu'il y a un gros problème.*

E7 : *Pour moi c'est FONDAMENTAL avec tout en majuscules tu vois, incontournable, vraiment un incontournable.*

E10 : *Je ne vois pas vraiment comment derrière on pourra s'en passer.*

4. Complémentaire aux services d'urgences et médecins traitants

La quasi-totalité des médecins interrogés placent les CSNP entre le médecin traitant et les services d'urgences. Ils permettent de prendre en charge les patients qui ne peuvent pas consulter leur médecin traitant, mais dont l'état ne justifie pas le plateau technique des services d'urgences.

E10 : *T'as ces CSNP qui se sont établis entre les services d'urgences et les médecins généralistes.*

E4 : *La place de ces centres, moi je la vois vraiment entre le cabinet de médecine générale et l'hôpital. Les maisons médicales sont en même temps-là pour faire les soins de premiers recours, pour aider les médecins traitants qui n'ont pas assez de temps pour faire les soins de premier recours pour tous leurs patients et en même temps éviter aux patients sans gravité clinique de consulter en service d'urgence à l'hôpital. Je pense que c'est essentiellement ça la place de ces maisons médicales actuellement.*

a. Acceptation par les médecins traitants

D'après les médecins interrogés, ces CSNP sont parfaitement complémentaires et totalement acceptés par les médecins généralistes installés à proximité.

E3 : *Pour moi c'est des métiers complémentaires, c'est simplement qu'on a pris la médecine générale et on l'a coupé, voilà c'est tout. Et on n'est absolument pas concurrentiel.*

b. Très peu concurrentiel

Les médecins interrogés ont évoqué un possible ressenti concurrentiel de la part des médecins généralistes installés à proximité, mais cela reste minoritaire ou temporaire d'après eux. De plus, la demande de soins en perpétuelle augmentation réduit de plus en plus cette concurrence.

E7 : *Je pense que ça peut être un peu embêtant pour les médecins traitants. Mais en même temps ça les décharge tellement qu'il n'y a pas grand-chose à dire je pense. En tout cas ici, c'est très bien vu, très bien accepté. Et c'est qu'il y a tellement de monde qu'au final, il n'y a pas de concurrence. Il y a tellement de demande.*

E14 : *Dans le cadre d'une pathologie au long cours, s'il n'y a pas d'urgence, on les réadresse chez leur médecin traitant, mais en cas de problème relativement aigu, on peut être amené à faire des modifications du traitement au long cours, et ça pourrait être interprété par le médecin traitant comme une interférence dans son suivi.*

De plus, d'après les médecins interrogés, ils s'efforcent de ne pas rentrer en concurrence avec les médecins traitants. Ils ont des rôles différents et complémentaires.

E3 : *On a une vraie place. A nous de bien l'aborder et de ne pas jouer à manger le gâteau de l'autre.*

E8 : *Après il faut jouer le jeu, et essayer de ne pas shunter les médecins traitants, pas prescrire d'examen complémentaires et se lancer dans des bilans de pathologies chroniques, sans en avertir le médecin traitant. Il faut faire un travail pluridisciplinaire pour moi. C'est un peu quelques fois la réclamation du patient, mais je pense qu'il faut rester uniquement dans l'aigu, dans le non programmé.*

c. Influence des CSNP sur les acteurs du système de soins

o Médecins généralistes installés à proximité

D'après les médecins interrogés, l'émergence des CSNP a relativement modifié la façon de travailler de certains médecins généralistes installés. Ils orientent plus facilement leurs patients dans les CSNP lorsqu'ils partent en vacances ou pour certains actes qu'ils ne peuvent effectuer dans leur cabinet.

E10 : *Et ils sont plébiscités non seulement par les patients mais aussi par les médecins traitants, qui orientent les patients chez nous, via leur répondeur par exemple. Ça leur permet d'avoir une activité confortable, parce que toutes les petites urgences relatives vont désorganiser ton activité journalière, ou ils n'ont pas forcément le temps, ou c'est un peu tendu, ou c'est un peu anxiogène.*

E11 : *Parce que ces CSNP ont un peu modifié la façon de travailler à la fois des urgences de l'hôpital public, et des médecins généraliste traitants, parce que quand ils savent qu'ils ont une structure comme ça à côté d'eux, les médecins généralistes prennent moins d'urgence, parce qu'ils savent qu'il y a la maison médicale. Du coup ils délèguent vachement et ne voient plus que leur patient pour des choses non urgentes.*

- Services d'urgences

Quelques médecins ont souligné le fait que certains services d'urgences réadressent les patients en CSNP si le motif ne justifie pas une prise en charge urgente.

E11 : *Et ça a aussi modifié la façon de faire des IAO dans les services d'urgence, c'est-à-dire qu'à partir du moment où ils savent qu'il y a une maison médicale, ils ont le réadressage beaucoup plus facile par rapport à avant.*

- Laboratoires et radiologues à proximité

Les laboratoires d'analyse médicale et les cabinets de radiologie à proximité des CSNP ont dû aussi s'adapter à l'émergence de ces centres qui leur apportent une patientèle conséquente. Ils ont souvent des accords avec ces centres et prennent en charge les patients du CSNP voisin, sans rendez-vous.

E3 : *C'est-à-dire que les laboratoires ont dû s'adapter, car d'habitude les labos te donnaient les résultats en 24-48 heures. Aujourd'hui il te les donne en 2 heures. Ils se sont adaptés en fait à notre travail. Donc ça c'était important pour que ça fonctionne. Et pareil pour les radiologues, ils étaient sur rendez-vous et en fait on leur a appris à travailler en aigu. Tout le monde a suivi dans le projet à un moment donné.*

Discussion

I. Forces et limites de l'étude

A. Liées au sujet

A notre connaissance, aucune étude qualitative ou quantitative ne s'est intéressée aux médecins travaillant dans les centres de soins non programmés. Cependant, il paraît intéressant de mentionner le travail de thèse du Dr Anne Sophie Karcher soutenue en juin 2023 à Strasbourg sur l'intérêt de l'ouverture d'un centre de soins non programmé sur Colmar. Il y est démontré que la majorité des médecins généralistes installés interrogés sont submergés par la demande de soins non programmés de leurs patients et qu'ils accueilleraient favorablement un CSNP à proximité de leur cabinet. Ils voient ces structures comme une possibilité de désengorger leur cabinet (6). Notre travail apporte une vision différente du sujet, en se concentrant sur les médecins acteurs de ces CSNP et de leurs motivations à choisir ce mode d'exercice.

De plus, l'Alsace compte encore très peu de CSNP, mais commence à s'ouvrir à cette possibilité, puisqu'un centre de soins non programmés vient d'ouvrir ses portes dans la capitale européenne. Ainsi, cette étude, soutenue à Strasbourg, pourrait donner un aperçu des conditions de cet exercice, qui sont jusque-là encore peu représentées.

Le système de santé actuel fait face à un déséquilibre de l'offre et la demande de soins, entraînant une réorganisation structurale de cette offre de soins spontanément organisée par les médecins du terrain. Le développement de ces CSNP

semble s'accélérer très rapidement ces dernières années et les pouvoirs publics surveillent ce nouveau système qui se profile. Notre sujet est donc au cœur de l'actualité, ce qui peut être à la fois une force et une limite.

En effet, en raison de la nouveauté du sujet, la recherche de concordance des résultats avec la littérature est limitée par une bibliographie encore pauvre. De plus, des projets de lois étant en cours, les données actuelles utilisées pour ce travail pourraient se retrouver rapidement désuètes dans quelques temps. J'ai pu moi-même m'en apercevoir en faisant la recherche bibliographique sur plusieurs mois.

B. Liées à la méthodologie

L'objectif principal de notre étude étant d'identifier les déterminants positifs et négatifs du choix des médecins à travailler dans les CSNP, la méthode qualitative semblait tout à fait appropriée afin de permettre aux interrogés d'exprimer pleinement, de façon verbale et gestuelle, leur expérience.

Les entretiens semi-dirigés ont été préférés au Focus Group afin de limiter le biais d'influence et d'instaurer un cadre intime et calme afin de mettre à l'aise les médecins exprimant leur ressenti.

L'échantillonnage de proche en proche, en mobilisant mon réseau professionnel a pu engendrer un biais de sélection.

De plus, commune à toute étude qualitative, le travail peut contenir des biais d'interprétation. L'utilisation du logiciel Nvivo a permis de réduire ces biais.

II. Les médecins généralistes en CSNP en 2023 : des motivations et aspirations marginales ou partagées ?

Pour les médecins installés en CSNP, la liberté est une valeur primordiale et l'une des motivations principales à exercer dans ces centres. Le but recherché est de limiter au maximum les contraintes du salariat ainsi que de l'exercice libéral en cabinet, tout en respectant un équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

Cela semble suivre une tendance commune aux jeunes médecins généralistes, en remettant en cause le modèle du médecin généraliste classique, dévoué entièrement à son métier et disponible à toute heure.

D'après l'étude de Nathalie Lapeyre et Magali Robelet sur les mutations des modes d'organisation du travail en 2007, on remarquait déjà une tendance à s'éloigner de l'éthos professionnel, alors caractérisé par une valorisation de la vocation, une légitimité forte accordée à la disponibilité permanente pour les patients et une difficile séparation entre sphères professionnelle et familiale. Ce phénomène souvent attribué à une féminisation de la profession, semble être plutôt générationnel. (7)

A. Vers une préservation de la qualité de vie du médecin

L'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle est un déterminant important dans le choix du mode d'exercice des jeunes médecins. En effet, le souhait

d'avoir une qualité de vie satisfaisante figure parmi les cinq motifs les plus fréquemment cités dans 70 % des réponses, juste derrière le fait « d'exercer un métier utile » (74 %) et l'ambition « d'aider/sauver les patients » (73 %), selon l'enquête Appel Medical Search qui a interrogé 197 étudiants en médecine à l'automne 2016 (8).

Une tendance confirmée et anticipée par l'étude de 2007 puisque même si les jeunes médecins gardent une vision altruiste et valorisante du métier comme leurs aînés, ils témoignent une volonté plus autocentrée de préserver de bonnes conditions de vie (7). On retrouve cette notion chez les médecins interrogés en CSNP qui ont quitté les services d'urgences et choisi ce mode d'exercice afin de privilégier leur vie personnelle et familiale.

Un travail de thèse qualitative, effectué par M. Rey en 2018, sur les déterminants aux choix du mode d'exercice des médecins généralistes met en évidence que la notion de « qualité de vie » pour les médecins remplaçants interrogés fait référence à une flexibilité de leur emploi du temps, la possibilité d'avoir du temps libre, et l'absence d'engagement vis-à-vis d'une patientèle. Cela leur procure une certaine liberté qu'ils estiment perdre une fois installés. (9) Ces critères ne sont pas sans rappeler ceux cités par les médecins travaillant en CSNP, qui semblent avoir les mêmes avantages que les médecins remplaçants, tout en étant installés.

B. Un travail moins chronophage et optimisé

Les médecins interrogés déclarent travailler en CSNP environ dix jours par mois, cependant la moitié d'entre eux exercent ailleurs, principalement en hospitalier, dans les services d'urgences. Parmi ceux qui exercent exclusivement en CSNP, une

moyenne hebdomadaire de 33 heures, réparties sur un peu moins de 3 jours a été recensée. Bien loin de la moyenne nationale, puisque début 2019, les médecins généralistes libéraux déclarent travailler 54 heures en moyenne lors d'une semaine ordinaire de travail, toutes activités confondues, réparties sur 4,75 journées en moyenne. (5)

Concernant les aspirations des jeunes médecins généralistes, une étude menée par l'Isnar-IMG, montre qu'en 2010, les internes de médecine générale déclarent vouloir travailler environ 43h par semaine, sur environ 4 jours et demi par semaine lors de leur exercice futur (10). Ils souhaitent par ailleurs un exercice résolument tourné vers le soin puisque 80% des futurs praticiens qui ont répondu souhaitent pouvoir recourir à des outils ou une tierce personne permettant de dégager du temps médical (10).

On note une volonté d'optimisation du métier de médecin généraliste, afin de limiter les charges administratives considérées comme chronophages et empiétant sur le temps médical. Cette volonté a été retrouvée chez les médecins travaillant en CSNP, et a été mis en œuvre par l'embauche d'une assistante médicale à temps plein. Le métier d'assistant médical est récent, créé en 2018 dans le cadre de la stratégie « Ma Santé 2022 » portée par l'ex Ministre de la Santé, Madame Agnès Buzyn. L'assistante médicale travaille aux côtés du médecin et l'épaule dans sa pratique en réalisant des tâches administratives, en l'aidant lors des consultations ou en organisant la coordination avec les autres professionnels de santé. Le médecin qui emploie une assistante médicale peut obtenir, sous certaines conditions, une aide financière de l'Assurance Maladie (11). Début 2022, un médecin sur vingt emploie une assistante médicale (12).

C. Une volonté de regroupement et de réseau

L'évolution de l'image du médecin généraliste passe aussi par ses conditions d'installation ; les jeunes médecins généralistes s'installent de plus en plus dans des cabinets de groupe, permettant une mutualisation des charges et de leurs compétences. Ainsi 87 % des médecins généralistes de moins de 50 ans exercent en groupe (13). Une tendance qui n'est pas près de s'atténuer, car l'exercice libéral seul n'est envisagé que par 3% des jeunes médecins, d'après l'étude menée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2019 (14).

Outre l'exercice groupé, les jeunes médecins souhaitent pouvoir disposer d'un réseau de professionnels de santé à proximité puisque près de 90 % d'entre eux désirent avoir accès à un laboratoire d'analyses médicales, une pharmacie, des praticiens paramédicaux libéraux et un cabinet de radiologie avec échographie (10). On note une volonté d'autonomie et de simplification de la gestion des soins ambulatoires programmés ou non, tout en exerçant au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

D. La relation médecin-patient toujours au cœur du métier de généraliste

Bien que la médecine générale soit en train d'évoluer, les fondements du métier restent les mêmes. Ainsi, la relation médecin – patient, et la prise en charge globale et empathique des patients restent les attraits majeurs et spécifiques au métier de

médecin généraliste (7). Ils font partie des motivations principales des médecins, lorsqu'ils choisissent la spécialité de médecine générale après les ECN (15). En tant qu'interlocuteur de premier recours, le médecin généraliste est celui qui a un contact privilégié et de confiance avec le patient.

Ce critère relationnel est, dans l'ensemble, moins important pour les médecins travaillant en centre de soins non programmés. Bien qu'une bonne relation médecin-patient reste une préoccupation centrale de l'exercice en CSNP, un compromis est fait en faveur de l'absence de suivi, très convoité par la majorité des interrogés. Cependant, l'augmentation du rythme de consultations peut se faire au détriment de cette relation, ce qui pousserait certains de ces médecins à changer de mode d'exercice.

E. Une féminisation de la profession

Au 1er janvier 2022, les femmes représentent 52,5 % des effectifs de médecins généralistes en activité régulière confirmant ainsi la féminisation de la profession. (4)
La part des femmes est d'autant plus importante chez les jeunes médecins. (16)

Elles souhaitent par ailleurs, travailler environ 5h40 de moins que les hommes par semaine (10) ce qui est déjà le cas actuellement puisque les femmes médecins travaillent en moyenne 6heures de moins que les hommes par semaine. (7)

Dans notre étude, les femmes sont fortement sous représentées, mais ne travaillent pas moins que leurs confrères. Nous pouvons pourtant penser que ce mode d'exercice attire plus de femmes médecins, puisqu'il offre plus de temps libre et pourrait donc être compatible avec une vie de famille.

F. Vers un mode d'exercice mixte

Les jeunes générations de médecins aspirent à des modes de vie plus proches du reste de la population que leurs prédécesseurs et cela passe aussi par le mode d'exercice. Le salariat apporte un cadre sécuritaire et des horaires plus facilement respectés ; ainsi les jeunes médecins s'installent de moins en moins en libéral de façon exclusive et préfèrent un exercice mixte (16). Parmi les nouveaux médecins inscrits en 2022 au Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), 60% sont salariés, 26% sont remplaçants, et seulement 11% ont une activité libérale exclusive (4).

Ainsi, une projection faite par la DREES en 2017, prévoit pour 2040, une population médicale plus jeune, féminisée et plus souvent salariée (17).

III. Les CSNP dans le système de soin : chaînon manquant indispensable ou déstabilisateur du parcours de soin ?

Nous assistons depuis plusieurs années à une hausse de la demande de soins non programmés. Ce phénomène est multifactoriel : diminution de la densité médicale sur le territoire national, vieillissement de la population provoquant une augmentation des patients polypathologiques, et une aspiration à l'immédiateté de notre société comme en témoigne le député Thomas Mesnier

dans son rapport de 2018 sur l'accès aux soins (1). La quasi-totalité de cette demande se concentre sur les horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale, perturbant ainsi l'organisation déjà tendue de l'offre ambulatoire.

Cette hausse de la demande est partiellement absorbée par les médecins généralistes installés en cabinet de ville qui, pour la plupart d'entre eux, dédie des créneaux spécifiques quotidiens à ces soins. Cependant, ils ne parviennent pas tous à répondre à la totalité des demandes le jour même et sont amenés à refuser la demande de soins non programmés des patients dont ils ne sont pas médecin traitant. Ainsi, la réponse des médecins généralistes n'est pas suffisante (18) (19).

A. Le développement des CSNP inquiète les pouvoirs publics

De ce constat, de nombreuses structures de santé se sont adaptées et développées. Les centres de soins non programmés florissent, et suscitent des inquiétudes au sein des pouvoirs publics pour plusieurs raisons.

Comme énoncé dans le rapport de 2018, les CSNP, en particulier ceux créés à l'initiative de médecins libéraux et non accompagnés par l'ARS, risquent de désorganiser les parcours de soins des patients et des territoires. Ils pourraient perturber l'organisation du territoire par une implantation non

pertinente, sans prendre en compte les besoins réels territoriaux. Ils pourraient aussi favoriser un nomadisme médical du patient, celui-ci n'étant pas forcément réorienté chez son médecin traitant, ou par le fait d'une absence de communication entre les différents médecins prenant en charge le patient (1). En effet les médecins interrogés sont concernés par cette problématique. Pour y remédier, ils s'efforcent d'expliquer aux patients la vocation de ces CSNP et de les réorienter chez leur médecin traitant à l'issue de la consultation. Ils envisagent également d'associer à leur structure des médecins généralistes traitants, ou de proposer eux-mêmes des consultations programmées de suivi au sein de la structure afin de varier leur activité et d'offrir une prise en charge globale aux patients.

Par ailleurs, les pouvoirs publics craignent un exode des urgentistes des services d'urgences vers ces CSNP, aggravant la pénurie de personnel (20). Les urgentistes seraient motivés à travailler dans ces centres afin d'exercer en libéral, de retrouver une certaine autonomie médicale et de travailler dans des conditions plus agréables, en évitant le travail de nuit et les gardes de 24 heures (1). Ces mêmes critères sont retrouvés dans les entretiens semi-dirigés parmi les médecins urgentistes.

De plus, leur modèle économique, basé uniquement sur la cotation à l'acte pourrait ne pas être suffisant pour contrebalancer les charges importantes (notamment le plateau technique) de certains CSNP. Comme tout

établissement de santé qui pratique la tarification à l'acte, cela pourrait faire craindre une multiplication d'actes abusifs et non justifiés (21), ou d'un rapprochement forcé d'établissements à but lucratif en guise de soutien par le biais de subventions ou de rachat de parts (1).

Et finalement, la propagation de ces CSNP, pourrait faire évoluer le système de soins vers un consumérisme médical et favoriser une prescription de soins et d'examens complémentaires non justifiées (22). Une notion qui a été remarquée par la majorité des médecins interrogés, qui est souvent source de frustration et d'agacement chez les prescripteurs. Cependant, ces sentiments sont aussi partagés par les médecins généralistes installés ou remplaçants comme le montre le travail de thèse de C. Mougeole en 2017, dans lequel « les professionnels se sentaient assimilés à des prestataires de services et exprimaient des sentiments d'humiliation, de dévaluation, d'épuisement et de souffrance au travail face à l'augmentation des demandes abusives et itératives des patients » (23).

Il est par ailleurs important de mentionner qu'en dehors de la création et la multiplication des centres de soins non programmés, un mouvement d'ubérisation médicale est en cours. Certains groupes financiers pourraient profiter de la situation difficile d'accès aux soins et de l'angoisse que cela procure à la population pour en tirer des bénéfices financiers. Par exemple, un certain groupe propose depuis juin 2023 un abonnement mensuel à 11 euros et

99 centimes permettant d'accéder à des téléconsultations illimitées, sans frais surajoutés, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (24).

B. Quelles sont les solutions alternatives proposées ?

Afin de limiter cette perversion du système de soins et de répondre à la demande de la population, un bon nombre de projets de lois ayant pour objectif la bonne gestion des soins non programmés ont vu le jour. Nous pouvons citer le Service d'accueil aux soins (SAS) qui est un service de régulation médicale téléphonique, à l'instar du centre 15 avec lequel il collabore, afin de délivrer des conseils médicaux, ou d'orienter les patients vers un professionnel de santé en fonction de la situation (14). Cette mesure est associée depuis mai 2023 à une revalorisation du prix de la consultation du médecin généraliste qui reçoit le patient après régulation, via la cotation SNP. Elle permet au médecin de majorer le prix de sa consultation de quinze euros. Cette cotation est limitée à vingt actes hebdomadaires (26).

Il est notamment prévu aussi de continuer à développer les centres de santé. Ces derniers sont des structures fondées par des associations, des mutuelles ou des organismes à but non lucratif. Elles sont soutenues par les ARS et les médecins y sont salariés (1). Leur cahier des charges impose des horaires

élargis et une ouverture le samedi matin et bien qu'ils n'y soient pas exclusivement dédiés, ces centres de santé ont pour mission de répondre aux demandes de soins non programmés en ayant des créneaux spécifiquement dédiés (20). Mission partiellement accomplie puisque leur développement accru a d'ailleurs permis de ralentir la dégradation d'accès aux soins (27).

A l'instar des centres de santé, on peut penser que le développement des CSNP participent aussi à faciliter l'accès aux soins des patients, même si on ne retrouve pas d'études spécifiques à ce sujet.

C. Une ébauche de réglementation des CSNP

Malgré ces mesures et les réticences gouvernementales, les CSNP se multiplient sur le territoire. Bien que certains soient soutenus par les ARS et les municipalités, la grande majorité d'entre eux sont créés à l'initiative de médecins libéraux ou de grands groupes financiers (1). Leur organisation diffère d'un centre à l'autre, leur objectif n'est pas toujours bien défini et leur installation ne semble pas forcément suivre une logique de besoin (20). La nécessité de réguler et de structurer cette offre de soins s'est fait rapidement ressentir et en septembre 2019, une proposition de loi a été présentée à l'Assemblée Nationale évoquant la création de Points d'Accueil de Soins Immédiats (PASI). Il s'agit d'un label pouvant être accordé à la fois à certaines structures qui existent déjà et aux prochains centres de soins non programmés qui verront le jour. Cela permettrait d'identifier les structures déjà présentes et d'améliorer la visibilité de toutes ces offres de soins, actuellement mal définies. La création et le

fonctionnement du PASI devront être intégrés au projet territorial de santé (PTS), ou au projet de santé d'une ou plusieurs CPTS (22).

Ils devront pour cela, répondre à un cahier des charges qui sera défini par arrêté ministériel et devront remplir plusieurs conditions qui ont été en partie déjà énumérées, comme par exemple la nécessité d'avoir accès au sein du PASI ou à proximité, à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicale. Une signalétique commune serait imposée afin de les reconnaître, et reste encore à définir (28).

Si ces critères sont remplis, le directeur général de l'ARS peut accorder à ces structures une labellisation d'une durée de cinq ans et des financements pourront être proposés (22).

Ce projet de loi a été adopté par l'Assemblée Nationale en deuxième lecture et transmis au Sénat le 28 janvier 2021 (28). Depuis cette date, le projet de loi est en suspens, car il suscite les mêmes inquiétudes que citées plus haut (22).

Parallèlement, dans un souhait commun de rassembler et d'unifier les pratiques, une Fédération Française des Centres de Soins Non Programmés (FFCSNP) a été créée en août 2022, à l'initiative de plusieurs médecins fondateurs de CSNP, et présidée par Dr Maeva Delaveau (2). Une charte d'accréditation a été conçue permettant d'uniformiser les pratiques tout en respectant les libertés de chaque centre. Pour le moment, une cinquantaine de centres y sont accrédités sur environ 200 CSNP estimés (29).

IV. Quelles sont les perspectives d'avenir ?

Il est difficile d'évaluer les perspectives d'avenir des CSNP étant donné leur récent développement et leur absence de définition concrète juridique et administrative. Cependant, comme vu précédemment, cela est en cours de réglementation et malgré le peu de références bibliographiques trouvées, quelques pistes ont pu être établies.

A. Les CSNP et les grands groupes privés

Certains groupes commerciaux privés, spécialistes de la santé, rachètent de plus en plus d'établissements de santé, initialement créés par des collectivités locales, mais dont le modèle économique ne leur permet pas de subsister (30) (31). En effet, d'après le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2024 (PLFSS 2024), la tarification à l'acte des établissements de santé ne permet plus de répondre aux évolutions du système de santé et explique ainsi la fermeture de nombreux établissements (32).

A l'instar de ces centres de santé, on pourrait penser que ces groupes puissent racheter les CSNP dont le financement ne suffirait pas, ou pour profiter de la rentabilité de ces CSNP, tout en salariant les médecins y travaillant. De plus, ces groupes privés ouvrent eux-mêmes leurs propres CSNP, créant ainsi une concurrence à ceux initiés par les médecins libéraux (33).

B. Les CSNP devront-ils participer à la permanence des soins ambulatoires ?

Bien que rien ne soit officiel, lors de son discours prononcé au Sénat en juillet 2023, l'ancien Ministre de la santé et de la prévention, Monsieur François Braun, a déclaré vouloir rapidement imposer aux centres de soins non programmés une participation obligatoire à la PDSA (31). Cela concerne en priorité les CSNP financés par les collectivités locales, se rendant ainsi redevables. Rien de plus n'étant détaillé, le flou persiste sur les horaires prévus pour ces permanences de soins. Devront-ils rester ouverts 24 heures sur 24, ou seulement jusqu'à minuit ? Ils devront aussi être accessibles tous les weekends et jours fériés. Des horaires imposés, qui renforceraient l'accessibilité des patients aux soins médicaux, mais réduiraient ainsi la liberté des médecins généralistes libéraux. Nous pouvons penser que rallonger les horaires d'ouverture la nuit réduirait l'attrait de ce mode d'exercice aux médecins généralistes qui cherchent, comme nous l'avons vu, à préserver leur qualité de vie.

Cet élargissement des horaires poserait alors un nouveau problème de manque de personnel, déjà présent dans de nombreux établissements de santé, et risque de mettre en difficulté un grand nombre de structures qui devront alors fermer ou être rachetées.

M. François Braun mentionne aussi la nécessité de s'intéresser au modèle économique de ces CSNP, qui devra probablement évoluer pour survivre aux nouvelles réformes et ne pas dépendre seulement du paiement à l'acte.

Afin d'éviter les faillites des établissements de santé, le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2024 (PLFSS), prévoit de réformer le modèle de leur financement

en diminuant la part de financement à l'activité, tout en augmentant celle par dotation. Il s'agirait de poursuivre le paiement à l'acte pour les activités dites standard, mais aussi de rémunérer les activités répondant à des objectifs de santé publique par des dotations spécifiques. Quant aux activités de soins aiguës, elles seront financées de façon mixte, avec une rémunération spécifique par activité, à déterminer (32). Une expérimentation pilotée par la CNAM est en cours dans un centre de santé créé par le groupe privé Ramsay dans la Drôme pour tester ce modèle de financement partiel par forfaits (34).

Toutes ces mesures financières et légales visent à reconnaître administrativement et juridiquement les CSNP, ainsi qu'à unifier et conformer toute l'offre de soins proposée par ces nouvelles structures. Bien que pouvant être perçues comme un soutien et une valorisation de ce mode d'exercice, nous pouvons alors nous poser une nouvelle question : ces mesures rendraient-elles les CSNP dépendantes des pouvoirs publics, réduisant ainsi cette liberté tant convoitée ?

Conclusion

Les centres de soins non programmés émergent d'un système de soins en crise, où la demande de la population n'est pas entièrement satisfaite par l'offre de soins disponible. Cette étude qualitative a permis, au moyen d'entretiens semi-dirigés avec analyse thématique, de recueillir l'expérience de médecins généralistes exerçant au sein de ces centres dans le département des Alpes-Maritimes. L'objectif principal était de rechercher les déterminants motivant ce choix d'exercice, leur ressenti et leurs perspectives d'avenir. De plus, ce travail a exploré la pérennité de ce type de pratique et tenté d'identifier la place des CSNP dans le système de soins actuel, au travers de l'expérience personnelle des médecins interrogés.

Les résultats dévoilent des thèmes récurrents évoqués par les médecins. Les principaux déterminants en faveur de leur installation sont un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle permettant de dégager du temps libre, la rémunération attractive, l'optimisation du temps médical, l'absence de suivi et la présence d'un plateau technique. A l'inverse, les freins à l'installation sont un flux de patients parfois trop élevé, le phénomène de consumérisme et de nomadisme médical, une stimulation intellectuelle souvent limitée et l'impossibilité de prendre en charge le patient dans sa globalité.

Leur ressenti est globalement positif, l'exercice est considéré comme étant gratifiant, bien que parfois épuisant. Leurs perspectives d'avenir sont incertaines, ils considèrent cette activité comme temporaire dans la majorité des cas.

Les médecins interrogés considèrent la pérennité de leur exercice au sein des CSNP assurée dans un contexte d'adéquation entre une demande d'immédiateté de la

population et un mode d'exercice attractif. Cependant un doute persiste quant à l'effet d'une éventuelle réglementation imposée par les pouvoirs publics.

Concernant la place des CSNP dans le système de soins actuel, le constat est unanimement partagé : indispensable et complémentaire des médecins traitants et des services d'urgences.

L'étude a permis de donner la parole aux acteurs de cette nouvelle offre de soin, apportant une vision originale du système de santé. Leurs aspirations illustrent un basculement générationnel du rapport au travail en faveur d'une préservation de la qualité de vie. Cette nouvelle approche est partagée par la jeune génération de médecins qui tend à travailler de façon plus optimisée que leurs aînés pour ainsi trouver un équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle.

Les participants de cette étude se sentent valorisés par le service médical rendu à la société, mais sont conscients de n'apporter qu'une réponse partielle au problème d'accès aux soins. Ils anticipent une réforme du système de santé qui inscrirait les CSNP dans le parcours de soins territorial en offrant un maillon complémentaire entre la médecine de ville et la médecine d'urgence. Des débats politiques à ce sujet durent depuis plusieurs années. Les pouvoirs publics sont déchirés entre leur volonté de maintenir un parcours de soin coordonné, centré sur le médecin traitant, et de faciliter l'accès rapide à un médecin par les CSNP au risque d'aggraver le phénomène de consumérisme médical. Il existe une volonté de réglementer cette offre de soins, des projets de lois sont en cours.

Ces CSNP sont installés de façon hétérogène en France, s'inscrivant parfaitement dans le paysage médical de plusieurs régions, mais encore inconnus de certains territoires. J'ai moi-même découvert leur existence en changeant de région,

et ce travail m'a permis de me rendre compte du rôle indispensable et complémentaire qu'offre désormais ces CSNP dans les Alpes-Maritimes.

Les ressources bibliographiques n'ont pas permis d'établir clairement la répartition géographique, le nombre et le mode de fonctionnement des différents CSNP présents sur le territoire. Il serait intéressant de faire un état des lieux précis de ces données au vu d'acquérir une vision plus globale de leur développement.

Pour confirmer l'attrait de ces CSNP par les jeunes médecins généralistes, il serait pertinent d'étudier et de définir la proportion des médecins qui souhaitent s'installer en CSNP plutôt qu'en cabinet de ville.

En définitive, que deviendront les CSNP, et qui seront les médecins généralistes qui les feront vivre ? Cela dépendra des décisions politiques qui seront prises à très court terme. Nous pouvons imaginer que si la perte d'attractivité de la médecine générale en cabinet libéral de ville se confirme, les CSNP se développeront, et assureront une part de plus en plus importante des soins primaires, sans doute en intégrant une activité de médecin traitant centralisée. Reproduire notre enquête dans quelques années pourrait rendre compte de cette évolution de notre système de soin.

vu et approuvé
par le jury, le
Le 01/12/2023
Médecine, Pharmacologie et Sciences de la Santé

Professeur Jean BILBAULT

J. Bilbault

vu
Strasbourg le 08/12/2023
Le président du jury de thèse
Professeur P. BILBAULT

P. Bilbault

Professeur P. BILBAULT
Chef de Service
Service des Urgences Adultes
NOUVEL HOPITAL CIVIL

1 Place de l'Hôpital - BP 426 - 67081 STRASBOURG Cedex
Tél. 03 88 55 03 00 - Fax 03 88 55 18 00

Annexe : Guide d'entretien

Caractéristiques des participants

- Sexe
- Âge
- État civil : marié /divorcé/ célibataire
- Enfants à charge
- Études : DES ? DESC ? CAMU ?
- Activité médicale complémentaire en dehors du CSNP ?
- Combien de créneaux travaillés dans le mois ?

Questions semi-ouvertes

1. Quelles sont vos motivations à travailler en CSNP ? (Avantages/ bénéfices)

Pour quelles raisons, n'êtes-vous pas installés dans un cabinet de médecine générale traditionnel ?

2. Quels sont les inconvénients de cette pratique de la médecine générale ?

Quels sont les éléments qui auraient pu vous décourager ?

3. Maintenant que vous êtes installés en CSNP, quel est votre ressenti par rapport à votre pratique ?

Vous sentez-vous épanoui dans cette pratique ? pour quelles raisons ?

4. Comment voyez-vous exercer la médecine générale dans le futur ?

Quelles sont vos perspectives d'avenir ?

Vous voyez-vous exercer en CSNP toute votre vie ?

5. Comment voyez-vous l'avenir de la médecine générale dans ces CSNP ?

Ce mode d'exercice est-il pérenne ? Pour quelles raisons ?

6. Selon vous, quelle est la place des CSNP dans le système de santé actuel ?

Quelle est leur place par rapport aux médecins traitants installés ?

Bibliographie

1. Mesnier T. Assurer les premiers accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires. Ministère des solidarités et de la santé. 2018, Mai. 2018 mai.
2. Delaveau M. Fédération Française des Centres de Soins Non Programmés. [Internet]. [cité 23 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ffcsnp.fr>
3. Arnault F. Atlas de la démographie médicale en 2023. Conseil National de l'Ordre des médecins. CNOM; 2023.
4. Arnault DF. Atlas de la démographie médicale en France en 2022. Conseil National de l'Ordre des médecins. CNOM.; 2022.
5. Aubert JM. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. DREES.; 2019.
6. Karcher AS. Interêt de l'ouverture d'un centre de soins non programmés sur la ville de Colmar. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Strasbourg (FRA) : Faculté de Médecine de Strasbourg. 2023.
7. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociol Prat. 2007;14(1):19-30.
8. Randstad. Enquête Appel Médical Search sur les motivations des étudiants en médecine. Les étudiants en médecine placent la qualité de vie au cœur des préoccupations pour leur avenir. 2016.
9. Rey M. Comment les jeunes médecins généralistes choisissent leur mode d'exercice. [Faculté de Médecine de Marseille]: Marseille (FRA); 2018.
10. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. ISNAR-IMG; 2011 janv.
11. Buzyn A. Ma santé 2022 : Un engagement collectif. Ministère de la Santé et de la Prévention. [Internet]. nov 23, 2023. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>
12. Bergeat M, Vergier N. Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale | [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DREES; 2023 mai [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/medecins-generalistes-debut-2022-un-sur-cinq>

13. Bergeat M, Vergier N. Les médecins généralistes exercent de plus en plus souvent en groupe et ont davantage recours à un secrétariat | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DREES.; [cité 22 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/les-medecins-generalistes-exercent-de-plus-en-plus-souvent-en-groupe-et-ont#>
14. Enquête sur l'installation des jeunes médecins. Conseil National de l'Ordre des médecins. CNOM.; 2019 avr.
15. Bismuth M, Boyer P. Le choix de la médecine générale aux ECN : « des déterminants qui s'installent dans le paysage ». Faculté de médecine de Toulouse: Département Universitaire de Médecine Générale. DUMG.; 2018 oct.
16. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. DREES.; 2021.
17. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. DREES.; 2017 mai. Report No.: 1011.
18. Capelle S. Prise en charge des soins non programmés en Médecine générale : Enquête auprès de 445 médecins généralistes en Alsace. [Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Strasbourg (FRA): Faculté de Médecine de Strasbourg. 2018.
19. Zamord T. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud-Gironde. [Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine]Bordeaux (FRA) : Faculté de Médecine de Bordeaux. 2020.
20. Doineau E. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, rejeté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour l'année 2022,. Sénat; 2023 juin.
21. Bizard F. Loi Bachelot: le risque d'achever l'hôpital public [Internet]. Frédéric Bizard. 2011 [cité 3 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.fredericbizard.com/future-loi-bachelot-le-risque-d'achever-l'hopital-public/>
22. Doineau E. Proposition de loi visant à répondre à la demande des patients par la création de Points d'accueil pour soins immédiats [Internet]. avr 3, 2023. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/l19-461/l19-461.html>
23. Mougeole, Clémence. Consummérisme médical, la parole est aux médecins généralistes [Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. [Faculté de Médecine de Lyon Sud]: Lyon; 2017.
24. Ramsay Santé. Assistance 24-7 | Ramsay Services [Internet]. [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ramsayservices.fr/assistance-24-7>
25. Ministère de la Santé et de la Prévention. Tout savoir sur le SAS [Internet]. [cité

22 nov 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas>

26. CNAM. Décision du 12 mai 2023 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance maladie.

27. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Accessibilité aux soins de premier recours : augmentation des inégalités d'accessibilité aux chirurgiens-dentistes et aux médecins généralistes en 2022 [Internet]. [cité 22 nov 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse-jeux-de-donnees/communiquede-presse/accessibilite-aux-soins-de-premier>

28. Sénat. Création de points d'accueil pour soins immédiats [Internet]. 2019 [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp19-164.html>

29. Medscape. Medscape. 2023 [cité 29 nov 2023]. Centres de soins non programmés : « Nous nous sommes rendu compte qu'il y avait une dérive ». Disponible sur: <http://français.medscape.com/voirarticle/3610352>

30. Editions Weka. Les centres de santé, un modèle économique précaire [Internet]. [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.weka.fr/actualite/sante/article/les-centres-de-sante-un-modele-economique-precaire-162770/>

31. Vie Publique, Direction de l'Information Légale et Administrative (DILA). Prononcé le 6 juillet 2023 - François Braun - politique de la santé [Internet]. 2023 [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/discours/290457-francois-braun-06072023-politique-de-la-sante>

32. Caisse Nationale de l'Assurance maladie (CNAM). Projet de loi pour le financement de la sécurité sociale 2024. 2023.

33. Ramsay Santé. Pour lutter contre les déserts médicaux : les centres médicaux Ramsay Santé [Internet]. [cité 29 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ramsaysante.fr/actualites/pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux-les-centres-medicaux-ramsay-sante>

34. Le Monde. Dans la Drôme, la médecine générale s'ouvre à un géant de la santé privé [Internet]. [cité 24 nov 2023]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/04/26/dans-la-drome-le-secteur-privé-fait-son-entree-dans-la-medecine-generale_6123658_3224.html

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
mathématique et sciences de la santé
université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : FALLER Prénom : NIKITA

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

à Nicc, le 27/11/2023

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.