

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Organisation des consultations de médecine générale non
programmées en dehors des horaires de la permanence des soins
ambulatoires dans les maisons de santé pluriprofessionnelles de la
région Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 4 juin 2020 à 14 heures
au Pôle Recherche
par **Aline BERTHE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Laurent TURI

AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
ARS	Agence régionale de santé
ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
MG	Médecin généraliste
CNP	Consultation non programmée
SNP	Soin non programmé
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
ZIP	Zone d'intervention prioritaire
ZAC	Zone d'action complémentaire
ZAR	Zone d'accompagnement régional
SISA	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	3
I- Contexte	3
II- Objectifs de l'étude	5
III- Définitions.....	5
MATERIEL ET METHODES	13
I- Population de l'étude	13
II- Elaboration et envoi du questionnaire.....	13
III- Analyse des données	15
RESULTATS	16
I- Caractéristiques des MSP	17
II- Organisation des CNP	25
III- Facteurs au sein des MSP favorisant l'organisation des CNP	31
IV- Facteurs au sein des MSP limitant l'organisation des CNP	32
DISCUSSION	33
I- Objectif principal :	33
A. La démographie médicale.....	33
1. Installés	33
2. Collaborateurs	33
3. Assistants :	34
4. Remplaçants :	35
5. Internes :	35
6. Participation des MG aux CNP :	36
B. Le temps médical disponible.....	36
C. L'accessibilité des CNP	37
1. Salle dédiée :	37
2. Chaque jour ouvert :	38
3. Planning :	38
4. Modalités pour contacter la MSP :	38
II- Objectifs secondaires	40
A. Les facteurs au sein des MSP favorisant l'organisation des CNP	40
1. Les plages horaires dédiées sur rdv :	40

2. La régulation des demandes de CNP par le secrétariat médical sur place et/ou téléphonique :.....	40
3. L'utilisation de plusieurs types de secrétariat pour couvrir les horaires hors PDSA :	41
4. La présence d'interne(s) :.....	41
B. Les facteurs au sein des MSP limitants l'organisation des CNP	42
1. Le faible nombre de plages horaires dédiées sur rdv :.....	42
2. Le manque de temps médical disponible :.....	42
3. Le désir d'immédiateté des patients :.....	43
III- Forces et faiblesses.....	44
A. Forces.....	44
1. Liées à la question de recherche :	44
2. Liées au choix de la méthode :.....	44
3. Liées à la population cible :	44
4. Liées aux MG interrogés :.....	45
5. Liées au taux de réponses :	45
B. Faiblesses.....	46
1. Liées au choix de la méthode :.....	46
2. Liées au questionnaire :.....	46
3. Liées au mode de recrutement des MG interrogés :.....	47
4. Liées au taux de réponses :	48
5. Liées à l'analyse des données :	48
CONCLUSION.....	49
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	51
ANNEXES	63

RESUME

Introduction : La demande de consultations non programmées (CNP) de médecine générale en France tend à augmenter depuis plusieurs années. Or, le nombre de médecins généralistes (MG) diminue et leurs conditions d'exercice évoluent. L'objectif principal de notre étude était de recenser l'organisation des CNP de médecine générale en dehors des horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) de la région Hauts-de-France afin d'observer si cette forme de coordination permet cette organisation.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle à visée descriptive de type transversale. Nous avons inclus dans cette étude les 111 MSP en activité en région Hauts-de-France répertoriées sur la cartographie de l'Agence régionale de santé (ARS) de janvier 2019. Pour recueillir les données, nous avons envoyé le 7 juin 2019 un questionnaire élaboré sur la plateforme internet Limesurvey-CEMG au MG leader de la MSP ou à défaut à un autre MG de la MSP par mail.

Résultats : Cinquante-quatre MSP ont été incluses dans l'analyse des questions. Le nombre moyen de MG (à l'exclusion des internes) qui exercent des activités de soins dans le cadre libéral pendant plus de 33h par semaine est de 4 IC95% [3,3 ; 4,7] sur une moyenne de 7,1 MG par MSP. Tous les MG installés réalisent des CNP dans 86,1 IC95% [75, 7 ; 96,4] % des MSP. Tous les remplaçants réalisent des CNP dans 82,1 IC95% [68,0 ; 96,3] % des MSP. Tous les internes réalisent des CNP dans 54,2 IC95% [34,2 ; 74,1] % des MSP. Un accès à des CNP chaque jour ouvré est possible dans 88,4 IC95% [78,8 ; 98,0] % des MSP. Un planning des MG pour les CNP est élaboré dans 51,2 IC95% [36,2 ; 66,1] % des MSP.

La mise à disposition d' un secrétariat médical sur place et/ou à distance pour les demandes de CNP a lieu dans 90,7 IC95% [82,0 ; 99,4] % des MSP. Il est possible de contacter 78,6 IC95% [66,2 ; 91,0] % des MSP pour une demande de CNP pendant la période hors PDSA.

INTRODUCTION

I- Contexte

La demande de CNP de médecine générale en France tend à augmenter depuis plusieurs années. Les CNP représentaient moins de 11% de l'activité des MG en 2004 contre 30% ou plus de celle de 40% des MG en 2019. (1) (2)

Plusieurs raisons peuvent être à l'origine de ce constat :

- L'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques liée en partie au vieillissement de la population : Entre 2015 et 2020, le nombre de personnes atteintes d'une maladie cardio-neuro-vasculaire en France devrait passer de 4,5 à 5,1 millions, avec près des deux tiers de cette hausse s'expliquant par la seule évolution démographique. (3) En effet, le nombre de personnes de 75 ans et plus en France passerait de 5,9 à 12,1 millions entre 2013 et 2050. (4)
- Le virage ambulatoire: En 2016, les taux de chirurgie ambulatoire et de médecine ambulatoire en France étaient respectivement de 54,1% et 39,9% sur le périmètre d'actes pour lesquels des séjours sans nuitée peuvent être substitués à des séjours avec nuitée.(5) Dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022, les pouvoirs publics ont affirmé l'ambition de porter à 70 % en 2022 le taux de chirurgie ambulatoire et fixé un objectif de 55 % de séjours hospitaliers de médecine en ambulatoire à cette même échéance.(5)
- L'augmentation de la préoccupation des patients pour leur état de santé. (6)

Or, le nombre de MG diminue et sa répartition est inégale, y compris à l'échelle infra-départementale. Le nombre de MG en activité en France est passé de 94261 en 2010 à 87801 en 2018 soit une baisse de l'effectif de 6,9% en 8 ans. (7)

De plus, les jeunes générations de MG aspirent à une meilleure qualité de vie privé passant entre autres par une maîtrise de leur temps de travail. (8)

Une des conséquences de cette situation est le recours excessif aux services d'urgence hospitaliers. On estime qu'environ 20% des patients pris en charge dans ces services relèveraient de la médecine générale de ville. (9)

La région Hauts-de-France n'est pas épargnée par cette évolution puisqu'elle verra sa population de 75 ans et plus passer de 460 000 à 910 000 entre 2013 et 2050. (4) Le taux de chirurgie ambulatoire est passé de 51,0% à 58,2% entre 2014 et 2018 sur le périmètre de conversion de la chirurgie conventionnelle en chirurgie ambulatoire. (10) Le nombre de MG en activité est passé de 8334 en 2010 à 7594 en 2018 soit une baisse de l'effectif de 8,9% en 8 ans. (11)

Ainsi, une organisation de la prise en charge de ces consultations s'impose d'autant que la majorité des demandes a lieu pendant les heures ouvrables. (12)

Les MSP, en coordonnant leurs moyens humains et techniques autour d'un projet de santé, peuvent permettre l'organisation de la prise en charge des consultations de médecine générale non programmées. (13) (14)

II- Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre travail de thèse était de recenser l'organisation des CNP de médecine générale en dehors des horaires de la PDSA dans les MSP de la région Hauts-de-France afin d'observer si cette forme de coordination permet cette organisation.

L'objectif secondaire était d'identifier au sein des MSP les facteurs favorisant et les facteurs limitant cette organisation.

III- Définitions

Les MSP

Les MSP ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007) afin d'ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif.

Les MSP sont des structures dotées de la personnalité morale et composées de professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Les MSP peuvent être monosites (un bâtiment réunit les professionnels de santé) ou multisites (les professionnels de santé exercent dans des lieux différents).

Les professionnels de santé exerçant en leur sein des activités de soins sans hébergement de premier recours (au sens de l'article L.1411-11 du code de la santé publique) et, le cas échéant, de second recours (au sens de l'article L1411-12 du code de la santé publique).

Les professionnels de santé qui composent la MSP élaborent un projet de santé qui s'appuie sur un diagnostic des besoins et s'articule autour d'un projet de coordination professionnelle et d'un projet d'organisation de la prise en charge des patients (accès aux soins, continuité et permanence des soins, coopération et coordination externe, éducation thérapeutique...).

Ce projet de santé est soumis à validation de l'ARS.

Les MSP visent donc à faciliter l'exercice des professionnels de santé et à améliorer l'organisation des prises en charge des patients. (14) (15) (16)

Les niveaux de développement des MSP

Les MSP en projet :

- Les MSP en émergence : les MSP au stade de réflexion.
- Les MSP en phase d'accompagnement : les MSP dont l'étude de faisabilité est en cours ou dont le projet de santé est en cours de formalisation.
- Les MSP en phase d'opérationnalisation : les MSP dont le projet de santé est en cours de reconnaissance par l'ARS.

Les MSP en activité : les MSP dont le projet de santé a été reconnu comme conforme au cahier des charges par l'ARS et qui ont une pratique avancée dans la mise en place des actions du projet de santé. (17)

Les CNP de médecine générale

Les CNP de médecine générale sont des consultations sur ou sans rendez-vous (rdv) proposées au patient dans un intervalle de 24h maximum après leur demande pendant les heures d'ouverture des cabinets médicaux. (2) (18) (19)

La PDSA en médecine générale

La PDSA en médecine générale a pour but d'offrir une réponse aux demandes de soins non programmés (SNP) de la population aux heures de fermeture des cabinets de MG (les lundis aux vendredis de 20h à 8h le lendemain, les samedis de 12h aux lundis 8h, et les jours fériés de 8h à 20h).

Elle est organisée par l'ARS et assurée par des MG libéraux volontaires exerçant en cabinet individuel ou de groupe, en MSP, dans des associations de permanence des soins type SOS médecins, en collaboration avec les établissements de santé. La région est découpée en territoires de permanence des soins. Ces territoires constituent les périmètres géographiques des différentes gardes assurées par ces MG.

Dans ce cadre, les demandes de SNP de la population se font par téléphone en composant le 03 20 33 20 33 pour le département du Nord, le 03 21 71 33 33 pour le celui du pas de calais et le 15 pour ceux de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme.

Les appels sont analysés par les MG libéraux régulateurs exerçant au sein des centres de régulation libérale ou au sein des centres 15 de chaque département. Ils interrogent l'appelant et apportent la réponse la plus adaptée à la situation (conseils médicaux, consultation du MG sur son lieu de garde, consultation dans le service d'urgences hospitalier le plus proche ou intervention du SAMU en cas d'urgence vitale).

Le MG régulateur peut décider qu'un transport sanitaire du patient soit organisé si besoin.

(2) (20)

Le leader du projet de la MSP

Le leader du projet de la MSP est défini de la manière suivante par le Dr Pierre de Haas (MG leader de la MSP du Pont-d'Ain, fondateur de la fédération des MSP en Rhône-Alpes en 2008 et président de la fédération française des maisons et pôles de santé de 2009 à 2016) :

Le leader professionnel de santé est la pièce principale de l'édifice. Sans un tel pilote, peu de projets aboutissent. Dans le meilleur des cas, le leader prend « naturellement » son rôle. Il s'agit le plus souvent d'un médecin généraliste, mais aussi parfois d'un autre professionnel de santé. Il doit être suffisamment convaincu par le projet pour y consacrer du temps et de l'énergie et amener les autres professionnels à le suivre. Il lui faut des qualités d'écoute et

de communication. Il doit être capable de donner du sens au projet en tenant compte des attentes de tous les participants. (21)

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Le terme de CPTS remplace celui de pôle de santé depuis la publication de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. (22)

Les CPTS présentent une définition et des objectifs comparables à ceux des MSP mais à plus grande échelle géographique.

Elles sont donc composées de professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié, de MSP, d'établissements de santé ou d'établissements et services médico-sociaux.

Ils élaborent également un projet de santé sur le même principe que celui élaboré au sein des MSP. Il sera également transmis à l'ARS pour validation.

Les CPTS visent aussi à faciliter l'exercice des professionnels de santé et à améliorer l'organisation des prises en charge des patients.

Le développement de ces CPTS (avec un objectif de 1000 CPTS d'ici 2022) est une des mesures du plan de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » qui vise à décloisonner et réorganiser le système de soins. (14) (23)

Le zonage des MG

Le zonage des MG permet d'identifier les territoires ayant des difficultés dans l'accès aux MG.

Depuis 2018, l'ARS identifie ces territoires en adaptant la méthodologie nationale afin de tenir compte des circonstances locales (la densité de médecins, les dynamiques d'installation et de départs, la patientèle moyenne de chaque médecin, les caractéristiques sanitaires et sociales de la population...).

Ces territoires sont classés en 3 catégories par ordre décroissant selon leurs difficultés dans l'accès aux MG :

- Les zones d'intervention prioritaire (ZIP)
- Les zones d'action complémentaire (ZAC)
- Les zones d'accompagnement régional (ZAR) créés en janvier 2020
- Les zones de vigilance

Ces territoires sont éligibles à des aides financières et/ou humaines (de l'Assurance maladie et/ou de l'ARS et/ou des collectivités territoriales...), individuelles et/ou collectives afin d'inciter les médecins à s'y installer et de maintenir ceux déjà présents.

L'objectif est donc de réduire les inégalités territoriales d'accès aux MG. (24) (25)

L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux MSP

L'ACI signé le 20 avril 2017 par les représentants des professionnels de santé et l'Assurance maladie s'inscrit dans la continuité du règlement arbitral de 2015 qu'il remplace.

L'ACI permet aux MSP constituées en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) qui le souhaitent de bénéficier d'une rémunération spécifique.

La SISA est un statut juridique qui permet de percevoir des rémunérations de l'Assurance maladie au nom de la MSP elle-même dans le respect de la réglementation fiscale et comptable.

Pour pouvoir bénéficier de cette rémunération, les MSP doivent s'engager sur un ou plusieurs axes parmi :

- Le renforcement de l'accès aux soins,
- Le travail d'équipe,
- Le développement des systèmes d'information.

Chaque axe comporte des indicateurs dont l'atteinte est obligatoire pour déclencher la rémunération liée à cet axe et des indicateurs optionnels dont l'atteinte témoigne d'un niveau d'organisation élevé au sein de la MSP.

Concernant l'axe lié au renforcement de l'accès aux soins, les 2 indicateurs obligatoires sont :

- L'amplitude des horaires d'ouverture de la MSP : la MSP doit être ouverte de 8 heures à 20 heures en semaine, le samedi matin et pendant les congés scolaires (une modulation de ces critères peut être accordée entraînant une minoration de la rémunération).

Une organisation doit être mise en place au sein de la MSP pour qu'un médecin puisse intervenir rapidement en cas de besoin lorsque la MSP est ouverte.

- L'organisation de la prise en charge des patients pour les SNP : elle doit se faire chaque jour ouvré et comprendre une régulation des demandes et la mise en place d'un planning des professionnels de santé pour les SNP.

L'ACI est donc un levier pour améliorer l'organisation au sein de la MSP. (26) (27) (28)

MATERIEL ET METHODES

Nous avons réalisé une étude observationnelle à visée descriptive de type transversale.

I- Population de l'étude

Nous avons inclus dans cette étude les 111 MSP en activité en région Hauts-de-France répertoriées sur la cartographie (consultable en annexe 1) de l'ARS de janvier 2019.

Nous avons exclu les MSP en projet en région Hauts-de-France.

II- Elaboration et envoi du questionnaire

Nous avons utilisé la plateforme internet Limesurvey-CEMG pour élaborer notre questionnaire (consultable en annexe 2) composé de 22 questions.

La 1ère question concernait le type de médecin généraliste de la MSP répondant au questionnaire.

Les 10 questions suivantes concernaient les caractéristiques des MSP :

- Niveau de développement,
- Type,
- Classification de leur commune,
- Ancienneté de reconnaissance en MSP,
- Nombre d'habitants dans leur territoire d'intervention,
- Distance avec le service d'urgences hospitalier le plus proche,

- Position par rapport à l'ACI,
- Nombre de MG de chaque statut (installés, collaborateurs, assistants, remplaçants et internes),
- Nombre de MG exerçant des activités de soin dans le cadre libéral pendant plus de 33h par semaine,
- Nombre de MG maîtres de stage pour les internes.

Les 9 questions suivantes concernaient l'organisation des CNP :

- Nombre de MG de chaque statut qui réalisent des CNP
- Lieu de réalisation des CNP
- Possibilité ou non d'accès à des CNP chaque jour ouvré et orientation des patients en cas de réponse négative
- Élaboration ou non d'un planning d'organisation des MG et organisation de celui-ci
- Moyens mis à disposition pour obtenir une CNP
- Possibilité ou non de contacter la MSP pour une demande de CNP pendant toute la période de recours non incluse dans le dispositif de PDSA et orientation des patients en cas de réponse négative.

Les deux dernières questions étaient ouvertes et concernaient les facteurs favorisant et limitant l'organisation des CNP dans les MSP.

Le questionnaire s'adressait au MG leader de la MSP ou à défaut à un autre MG de la MSP. Il a donc été testé sur un MG leader d'une MSP sélectionné par connaissance. Il n'y a pas eu de modification après sa lecture.

Nous avons recherché le numéro de téléphone des 111 MSP incluses sur internet. Nous les avons appelées afin de récupérer l'adresse mail du MG leader ou à défaut d'un autre MG. Le secrétariat était mon interlocuteur dans la majorité des appels et un MG l'était dans la minorité de ceux-ci. Nous avons récupéré 86 adresses mails (63 adresses mails de MG et 23 adresses mails de secrétariat de MSP) et fait face à 25 refus.

Le questionnaire a été envoyé le 7 juin 2019, par mail, aux 86 adresses, accompagné d'une lettre d'explication (consultable en annexe 3). Il était précisé dans cette lettre à qui il s'adressait.

Une relance par mail incluant un questionnaire et une lettre de relance (consultable en annexe 4) a été faite à 3 reprises les 25 juin, 12 juillet et 26 juillet 2019.

Les questionnaires remplis complètement ou partiellement ont tous été inclus dans l'analyse de la 2ème question. Seuls les questionnaires dont la réponse à la 2ème question confirmait le caractère en activité des MSP étaient inclus dans l'analyse des questions 1 et 3 à 22.

III- Analyse des données

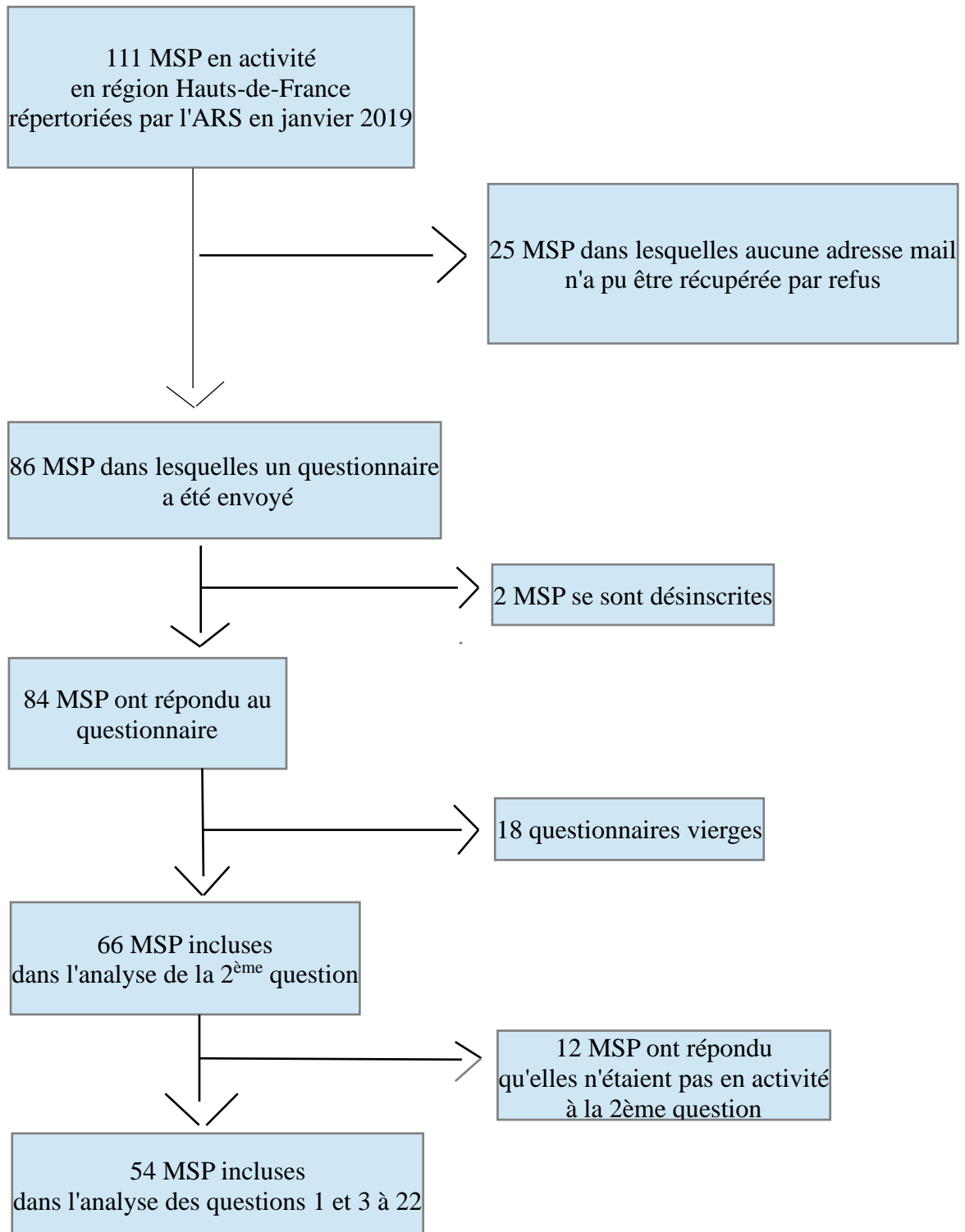
L'analyse des données a été réalisée à l'aide de la plateforme Limesurvey-CEMG.

Les caractéristiques des MSP et l'organisation des CNP ont été présentées sous forme de proportions pour les variables qualitatives et sous forme de proportions et de moyennes pour les variables quantitatives.

Les facteurs favorisant et limitant l'organisation des CNP ont été présentés sous forme de proportions.

RESULTATS

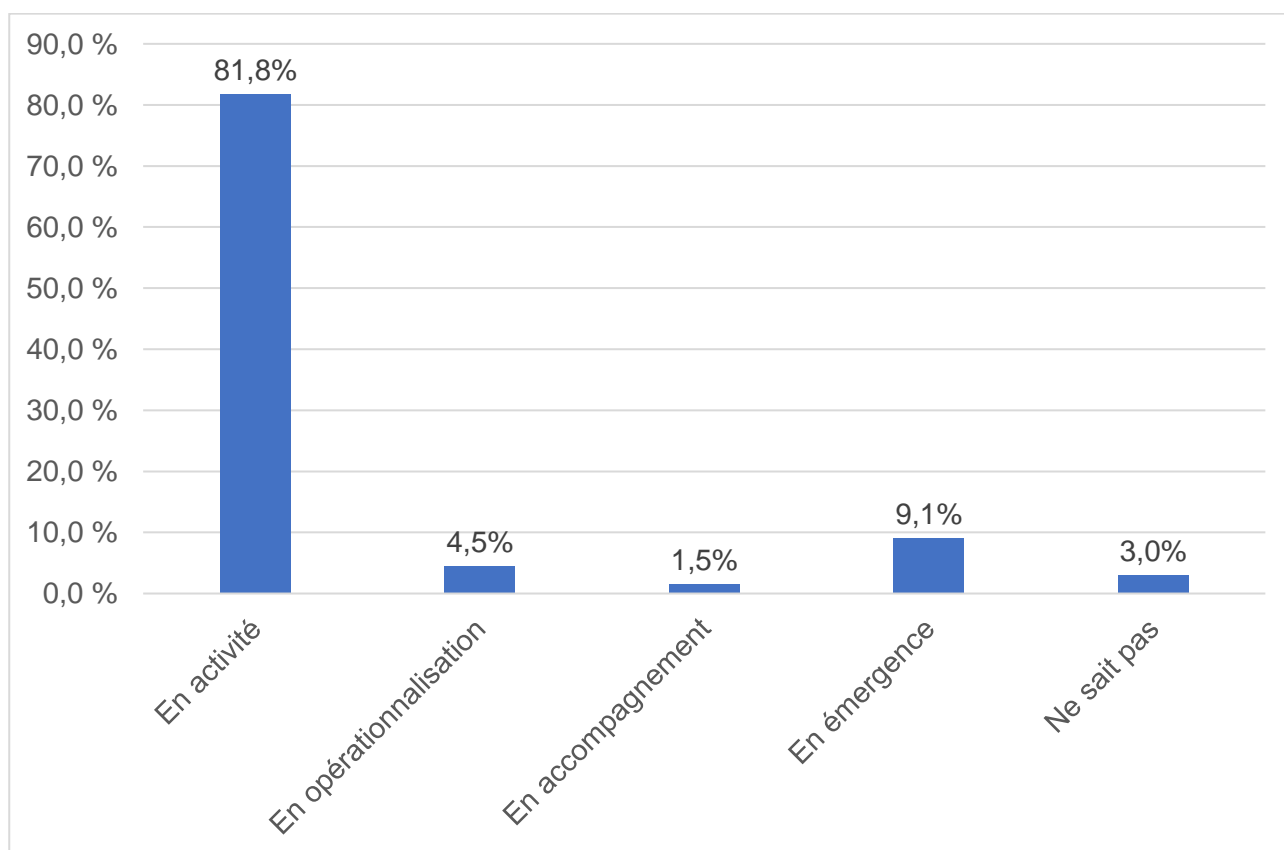
Figure 1. Diagramme de flux



I- Caractéristiques des MSP

Graphique 1. Répartition des MSP en fonction de leur niveau de développement

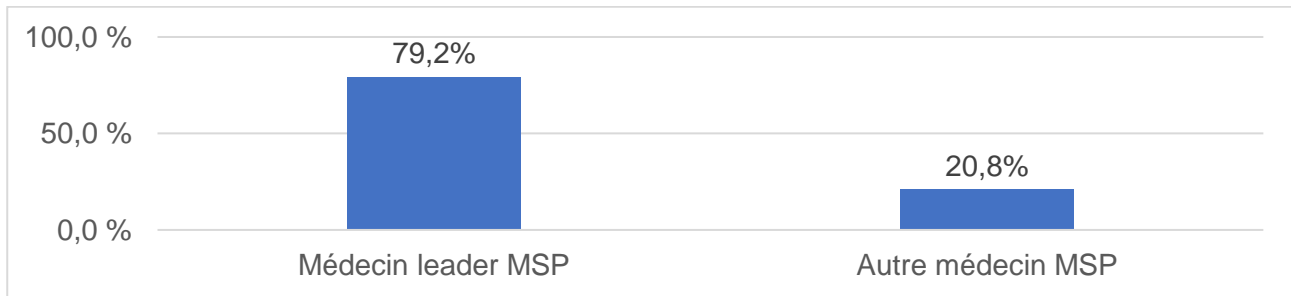
66 MSP ont répondu à la question



Parmi les 66 MSP inclus dans l'analyse de cette question, 54 sont en activité.

Graphique 2. Répartition des MSP en fonction du médecin répondant au questionnaire

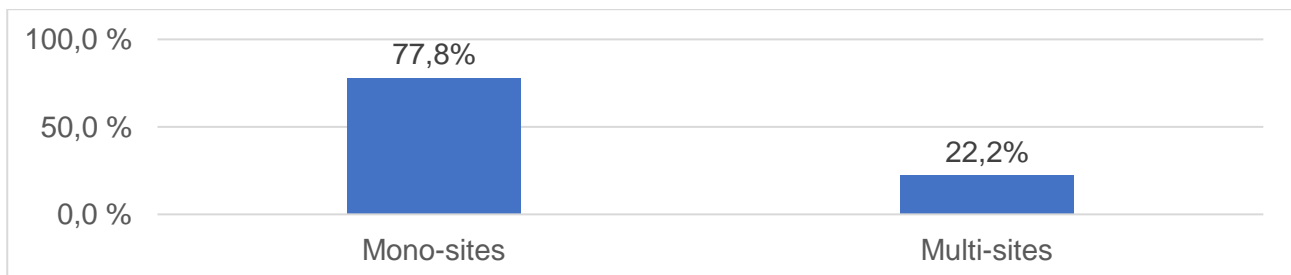
53 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question



Parmi les 13 MSP en activité dont les questionnaires ont été complétés partiellement, 46,2 IC95% [19,1 ; 73,3] % l'ont été par un autre MG de la MSP contre 12,2 IC95% [2,2 ; 22,2] % pour les 41 MSP en activité dont les questionnaires ont été complétés totalement.

Graphique 3. Répartition des MSP en fonction du type de MSP

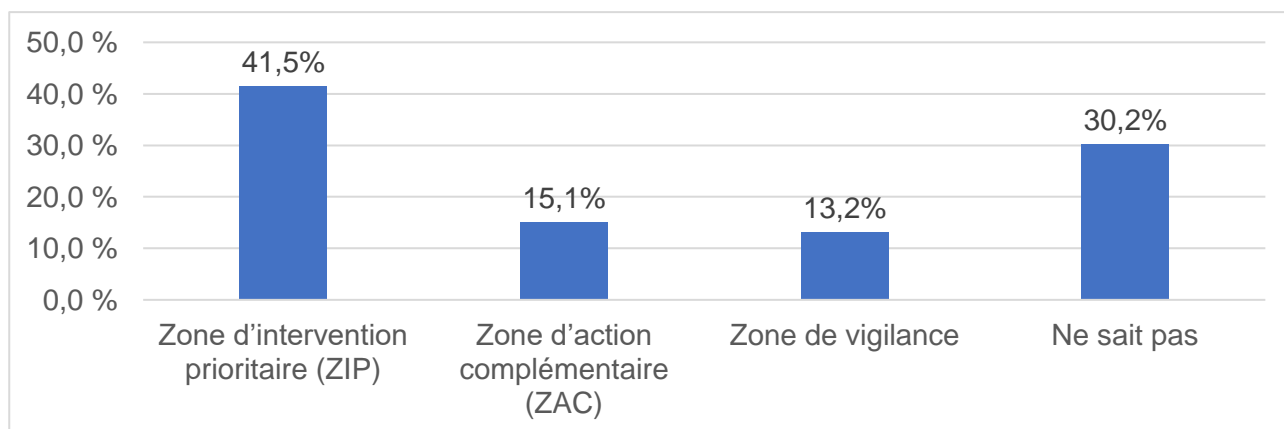
Les 54 MSP en activité ont répondu à la question



Parmi les 42 MSP mono-sites en activité ayant répondu, 2 MSP sont membres d'une CPTS.

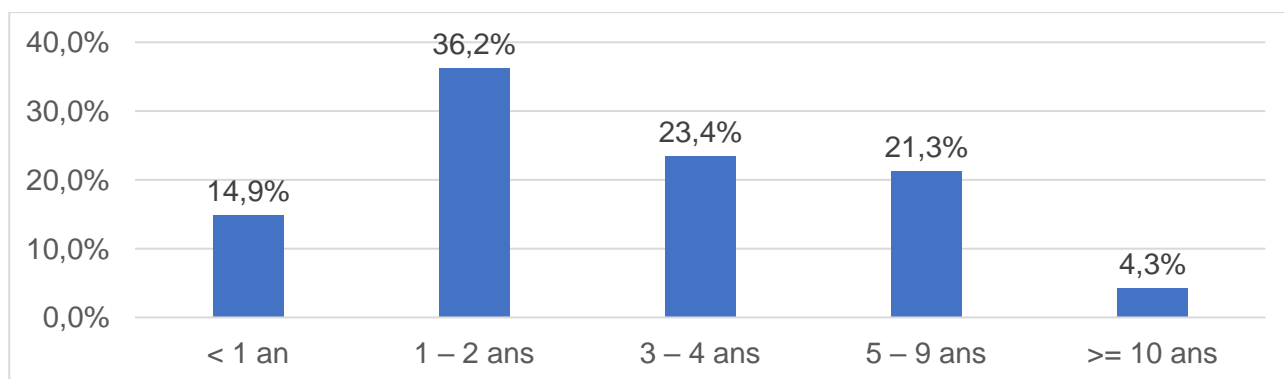
Graphique 4. Répartition des MSP en fonction de la classification de leur commune

53 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question



Graphique 5. Répartition des MSP en fonction de leur ancienneté de reconnaissance en MSP

47 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question

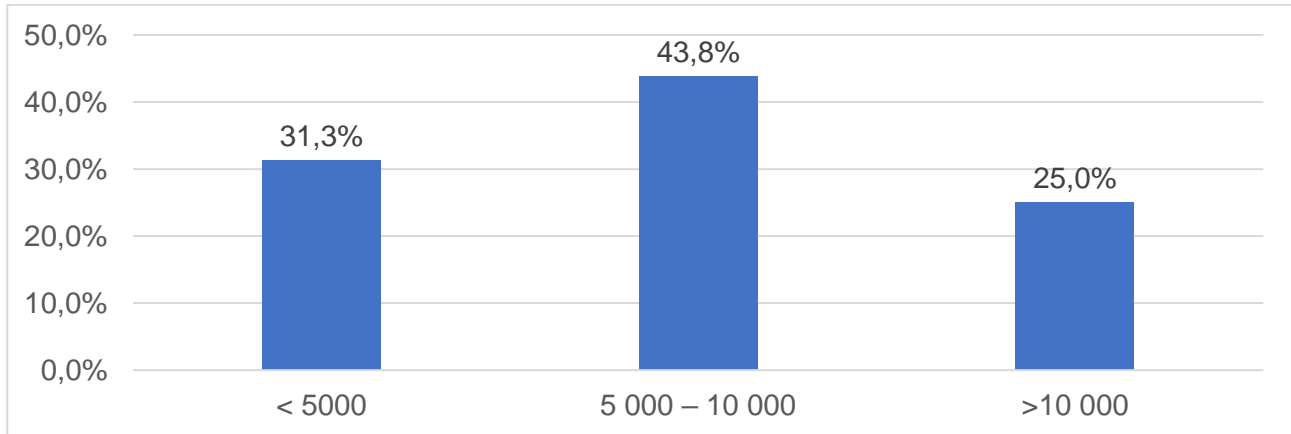


Les MSP sont reconnues par l'ARS depuis en moyenne 3,4 IC95% [2,6 ; 4,2] ans.

Les 2 MSP reconnues depuis au moins 10 ans le sont depuis 11,5 ans.

Graphique 6. Répartition des MSP en fonction du nombre d'habitants dans leur territoire d'intervention

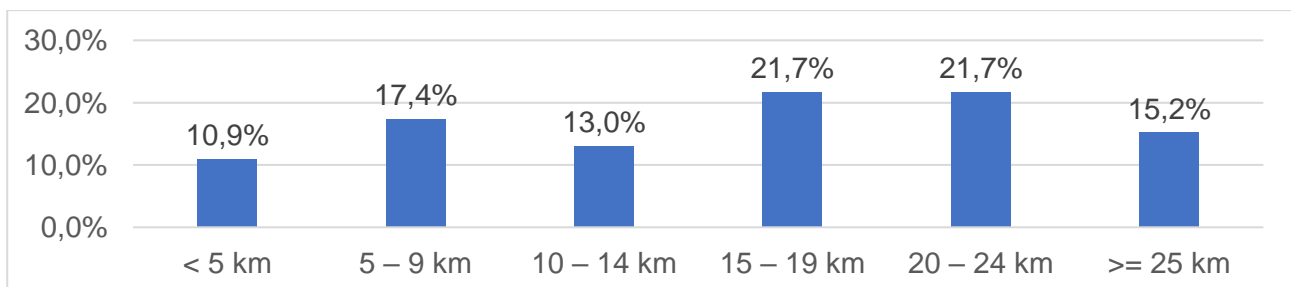
32 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question



Le nombre moyen d'habitants dans le territoire d'intervention des MSP est de 7884,8 IC95% [6377,5 ; 9392,1].

Graphique 7. Répartition des MSP en fonction de la distance qui les sépare du service d'urgence hospitalier

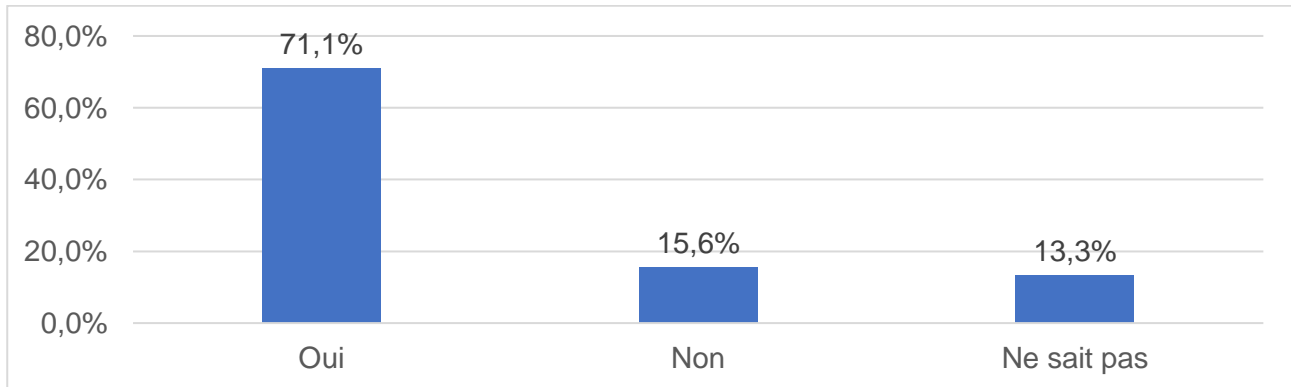
46 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question



La distance moyenne qui sépare chaque MSP du service d'urgence hospitalier le plus proche est de 15,3 IC95% [12,8 ; 17,8] km.

Graphique 8. Répartition des MSP en fonction de leur position par rapport à l'ACI

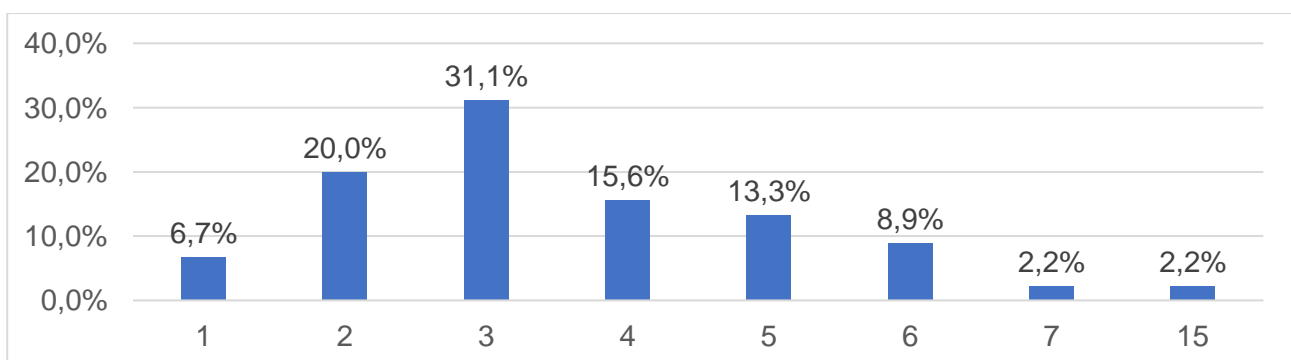
45 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question



La souscription à l'ACI a eu lieu dans 71,1 IC95% [57,9 ; 84,4] % des MSP.

Graphique 9. Répartition des MSP en fonction du nombre de MG installés qu'elles comportent

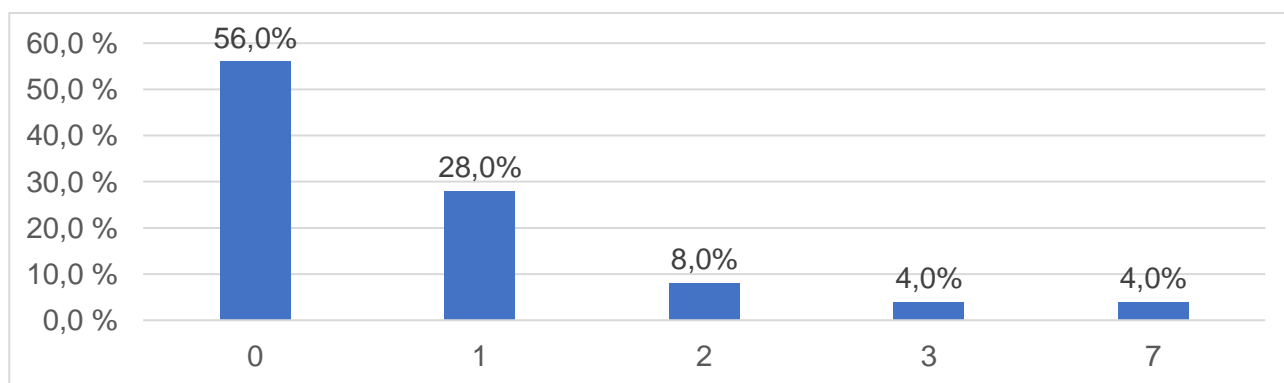
45 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question



Les MSP comportent en moyenne 3,7 IC95% [3,1 ; 4,3] MG installés chacune.

Graphique 10. Répartition des MSP en fonction du nombre de collaborateurs qu'elles comportent

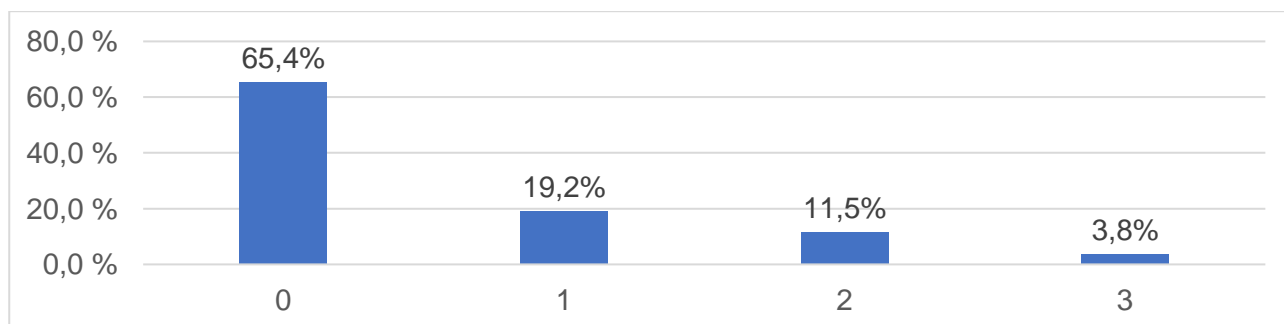
25 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question



Les MSP comportent en moyenne 0,8 IC95% [0,2 ; 1,4] MG collaborateur chacune.

Graphique 11. Répartition des MSP en fonction du nombre d'assistants qu'elles comportent

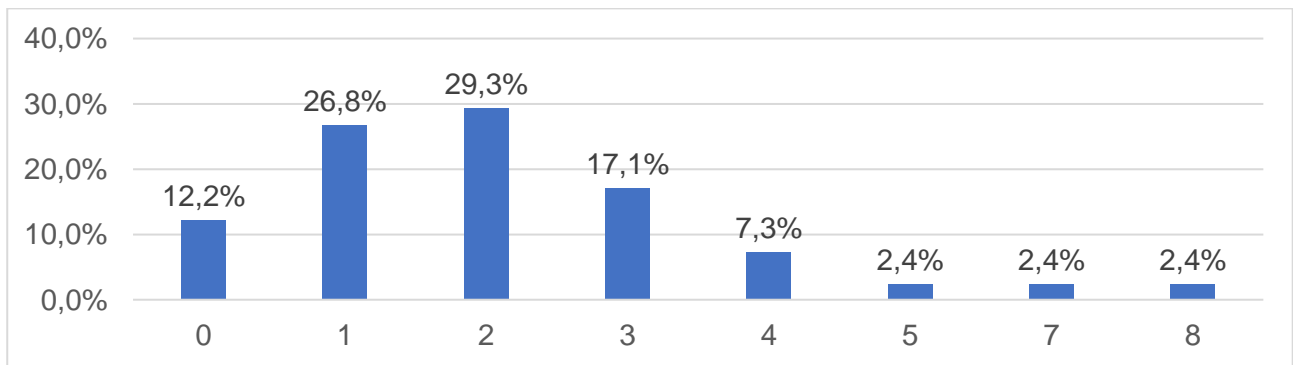
26 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question



Les MSP comportent en moyenne 0,5 IC95% [0,2 ; 0,8] MG assistant chacune.

Graphique 12. Répartition des MSP en fonction du nombre de remplaçants qu'elles comportent

41 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question

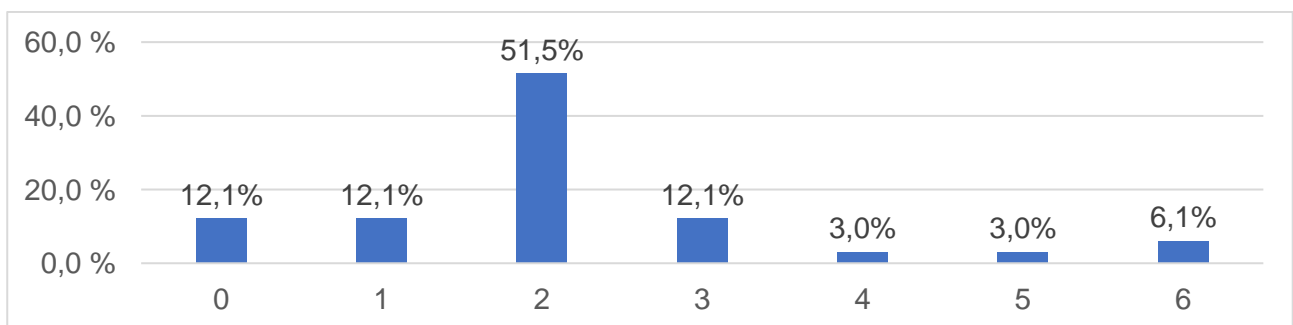


Les MSP comportent en moyenne 2,1 IC95% [1,6 ; 2,6] MG remplaçants chacune.

Graphique 13. Répartition des MSP en fonction du nombre d'internes de médecine générale qu'elles comportent

33 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question

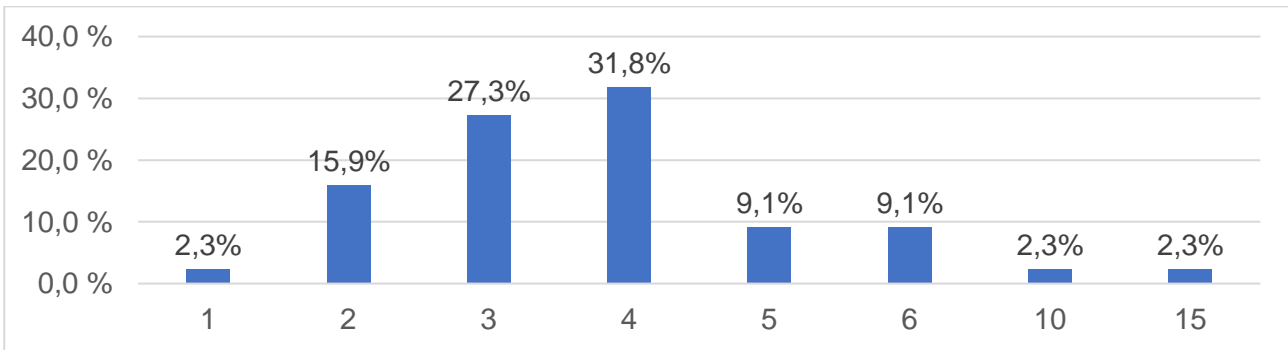
Parmi les 21 MSP en activité qui n'ont pas répondu à cette question, 11 MSP ont répondu à la question concernant les MG maîtres de stage. Parmi ces 11 MSP, 6 ont répondu que leur MSP comportait au moins 1 MG maître de stage.



Les MSP comportent en moyenne 2,2 IC95% [1,7 ; 2,7] MG internes chacune.

Graphique 14. Répartition des MSP en fonction du nombre de MG (à l'exclusion des internes) qui exercent des activités de soins dans le cadre libéral pendant plus de 33h/semaine (sur une base de 5,3 semaines de congés par an)

44 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question

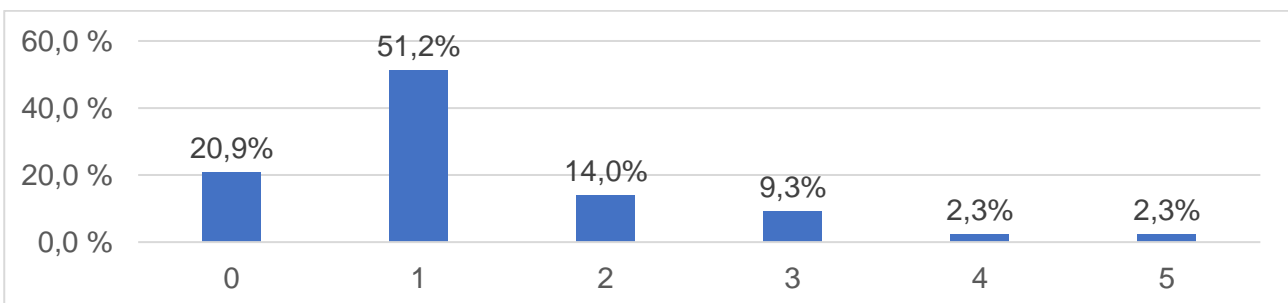


Les MSP comportent en moyenne 4 IC95% [3,3 ; 4,7] MG qui exercent des activités de soins dans le cadre libéral pendant plus de 33h/semaine sur une moyenne de 7,1 MG (à l'exclusion des internes) par MSP.

Graphique 15. Répartition des MSP en fonction du nombre de MG maître de stage pour les internes

43 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question

Parmi les 11 MSP en activité qui n'ont pas répondu à cette question, 2 MSP ont répondu à la question concernant les MG installés.

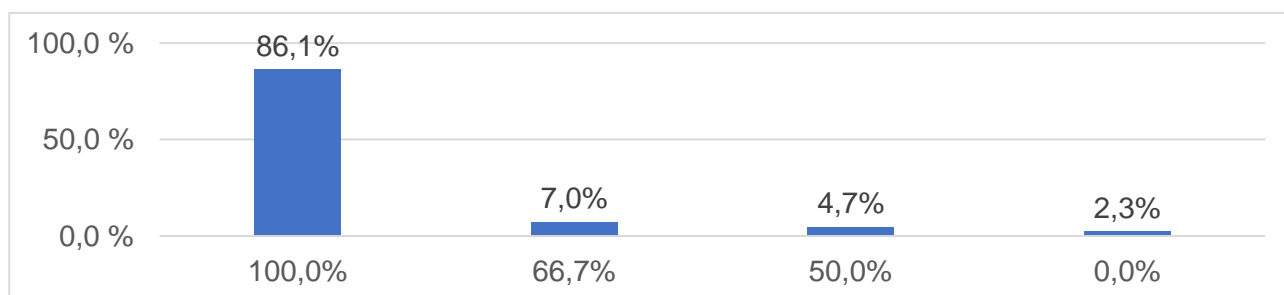


Les MSP comportent en moyenne 1,3 IC95% [1,0 ; 1,6] maîtres de stage pour les internes par MSP.

II- Organisation des CNP

Graphique 16. Répartition des MSP en fonction de la proportion de MG installés qui réalisent des CNP

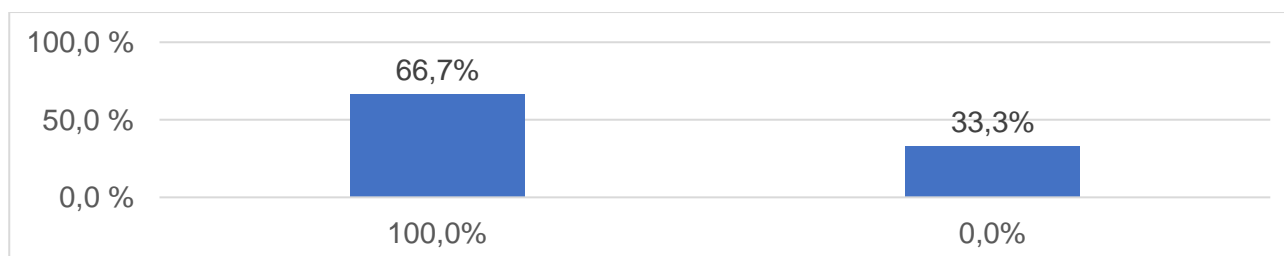
Les 43 MSP parmi les 54 en activité qui ont au moins un MG installé et qui ont répondu à la question ont été analysées (2 MSP qui ont au moins un MG installé n'ont pas répondu à cette question).



Tous les MG installés réalisent des CNP dans 86,1 IC95% [75,7 ; 96,4] % des MSP.

Graphique 17. Répartition des MSP en fonction de la proportion de MG collaborateurs qui réalisent des CNP

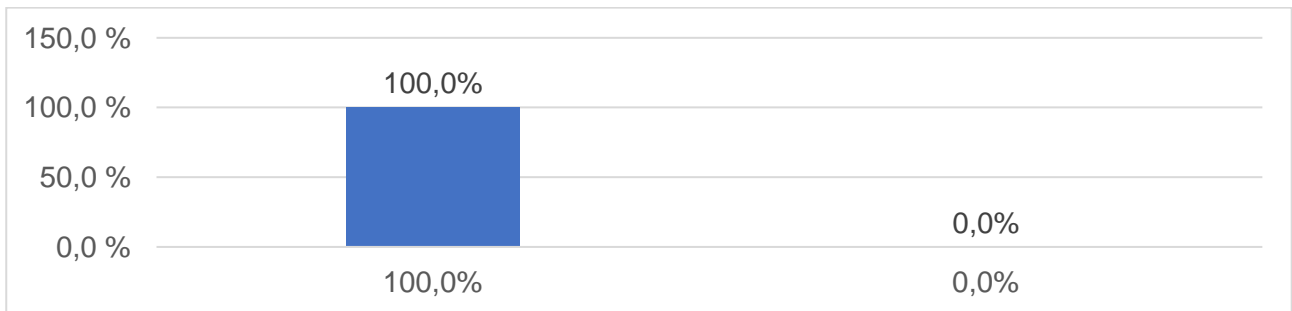
Les 9 MSP parmi les 54 en activité qui ont au moins un MG collaborateur et qui ont répondu à la question ont été analysées (2 MSP qui ont au moins un MG collaborateur n'ont pas répondu à cette question).



Tous les MG collaborateurs réalisent des CNP dans 66,7 IC95% [35,9 ; 97,5] % des MSP.

Graphique 18. Répartition des MSP en fonction de la proportion de MG assistants qui réalisent des CNP

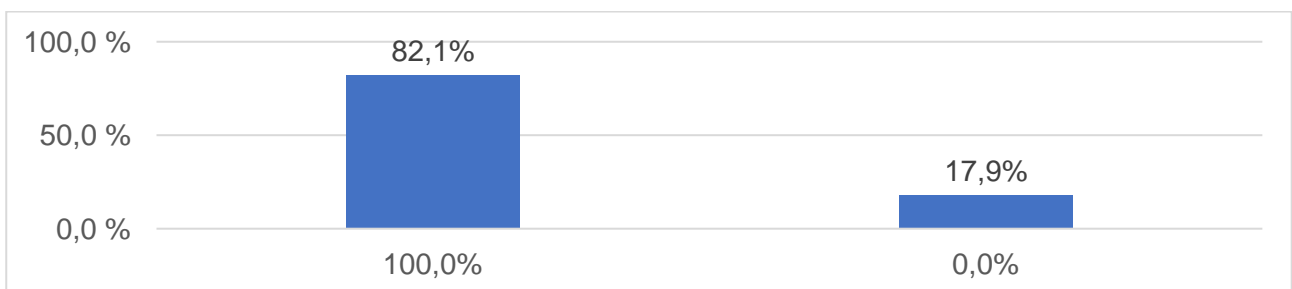
Les 7 MSP parmi les 54 en activité qui ont au moins un MG assistant et qui ont répondu à la question ont été analysées (2 MSP qui ont au moins un MG assistant n'ont pas répondu à cette question).



Tous les MG assistants réalisent des CNP dans les MSP.

Graphique 19. Répartition des MSP en fonction de la proportion de MG remplaçants qui réalisent des CNP

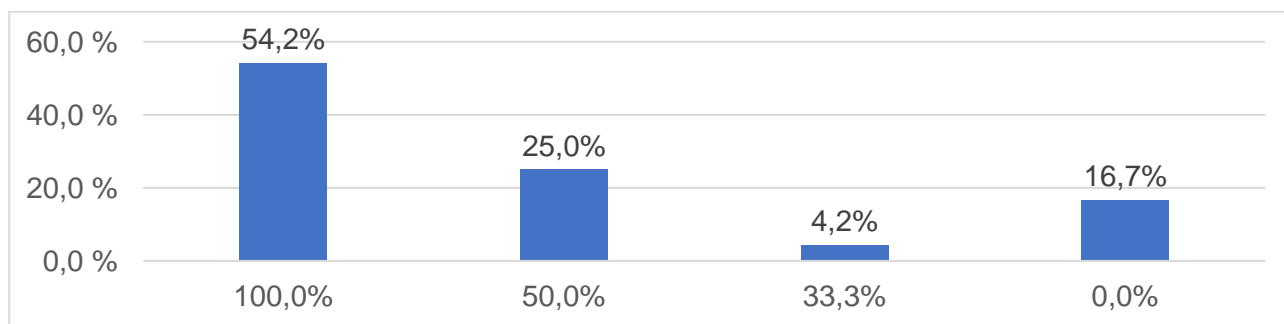
Les 28 MSP parmi les 54 en activité qui ont au moins un MG remplaçant et qui ont répondu à la question ont été analysées (8 MSP qui ont au moins un MG remplaçant n'ont pas répondu à cette question).



Tous les MG remplaçants réalisent des CNP dans 82,1 IC95% [68,0 ; 96,3] % des MSP.

Graphique 20. Répartition des MSP en fonction de la proportion de MG internes qui réalisent des CNP

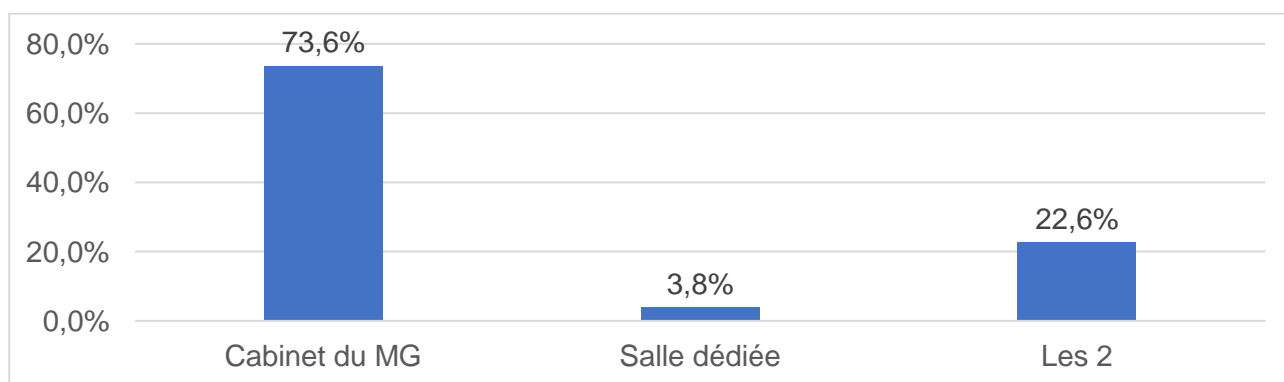
Les 24 MSP parmi les 54 en activité qui ont au moins un MG interne et qui ont répondu à la question ont été analysées (5 MSP qui ont au moins un MG interne n'ont pas répondu à cette question).



Tous les MG internes réalisent des CNP dans 54,2 IC95% [34,2 ; 74,1] % des MSP.

Graphique 21. Répartition des MSP en fonction du lieu de réalisation des CNP

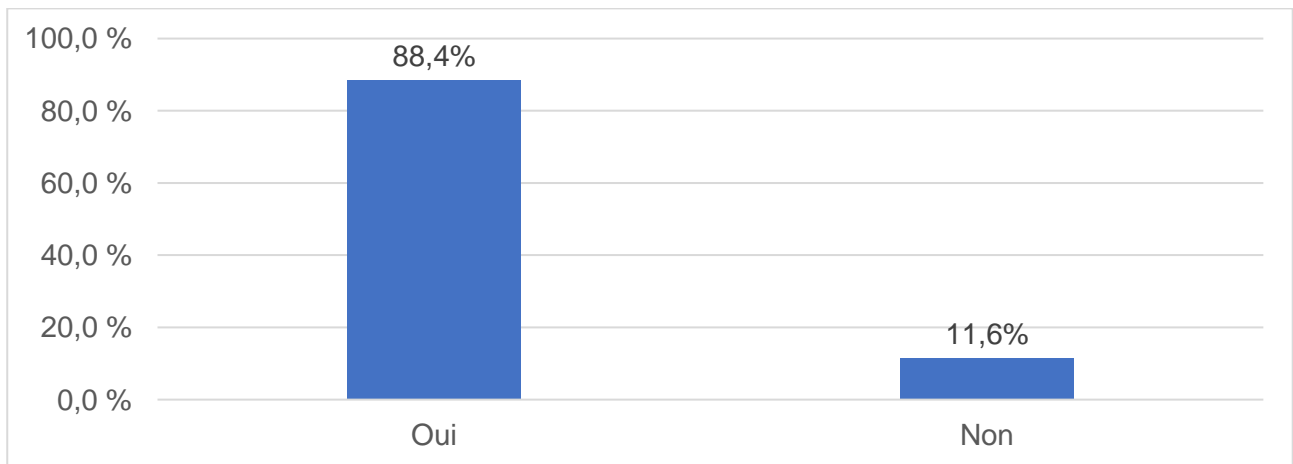
53 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question



Une salle dédiée pour les CNP est utilisée dans 26,4 IC95% [14,6 ; 38,3] % des MSP.

Graphique 22. Répartition des MSP en fonction de leur position sur l'accès à des CNP chaque jour ouvré

43 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question



Un accès à des CNP chaque jour ouvré est possible dans 88,4 IC95% [78,8 ; 98,0] % des MSP.

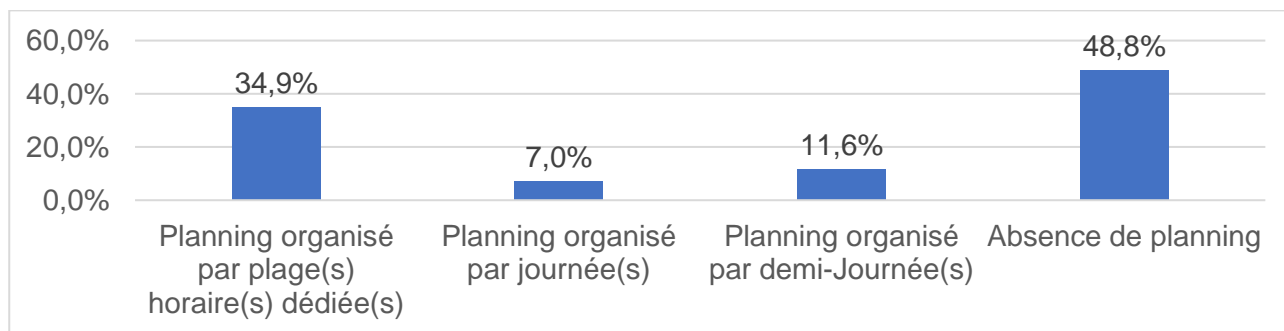
Il y a 5 MSP qui ne proposent pas de CNP chaque jour ouvré :

- 2 MSP orientent les patients vers un confrère qui ne fait pas partie de la MSP ou vers un service d'urgence hospitalier ou vers un appel au centre 15
- 1 MSP oriente les patients vers une association de type SOS médecin
- 2 MSP n'ont pas répondu

Graphique 23. Répartition des MSP en fonction des modalités d'organisation des MG pour les CNP

43 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question

Dans le graphique ci-dessous, le total peut excéder 100% car une MSP peut avoir plusieurs réponses simultanément.



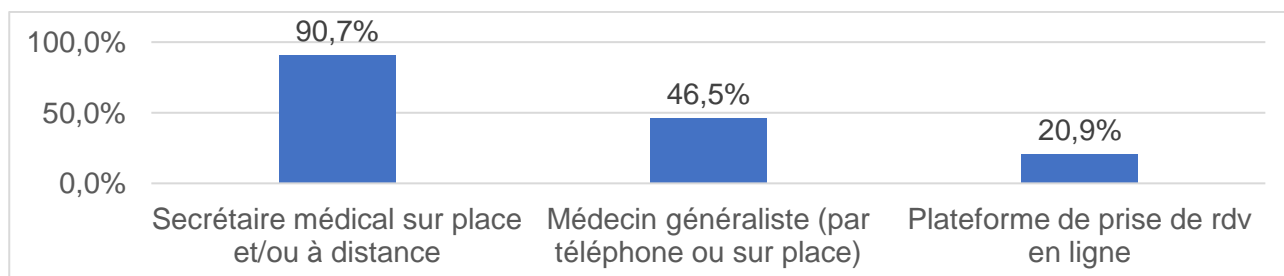
Parmi les 43 MSP, 1 MSP organise le planning des MG pour les CNP par plage(s) horaire(s) dédiée(s) et par journée(s).

Un planning des MG pour les CNP est élaboré dans 51,2 IC95% [36,2 ; 66,1] % des MSP .

Graphique 24. Répartition des MSP en fonction des moyens mis à disposition pour obtenir une CNP

43 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question

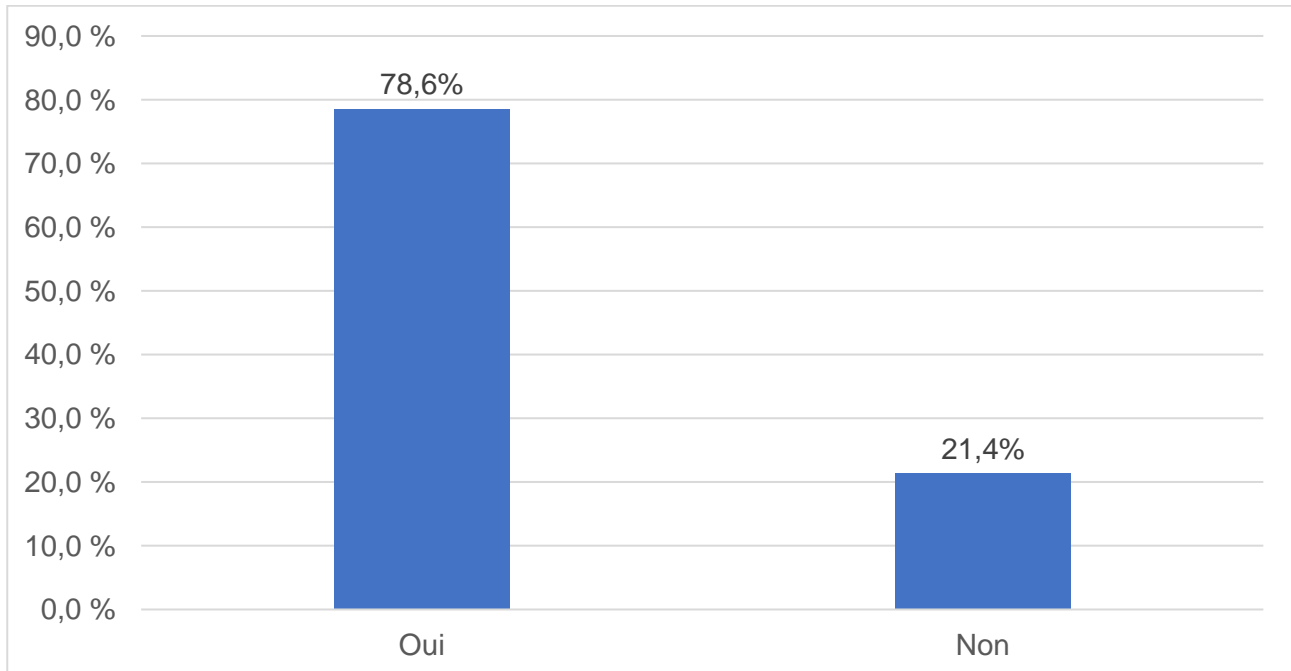
Dans le graphique ci-dessous, le total peut excéder 100% car une MSP peut avoir plusieurs réponses simultanément.



La mise à disposition d'un secrétariat médical sur place et/ou à distance pour les demandes de CNP a lieu dans 90,7 IC95% [82,0 ; 99,4] % des MSP.

Graphique 25. Répartition des MSP en fonction de leur position sur la possibilité de les contacter pour une demande de CNP pendant la période hors PDSA

42 MSP en activité sur les 54 ont répondu à la question



Il est possible de contacter 78,6 IC95% [66,2 ; 91,0] % des MSP pour une demande de CNP pendant la période hors PDSA.

Parmi les 9 MSP qui ne peuvent pas être contactées pour une demande de CNP pendant la période hors PDSA :

- 1 MSP oriente les patients vers un service d'urgence hospitalier,
- 1 MSP oriente les patients vers un appel au centre 15,
- 7 MSP n'ont pas répondu sur l'orientation des patients.

III- Facteurs au sein des MSP favorisant l'organisation des CNP**Tableau 1. Facteurs favorisants**

Facteurs favorisants	Proportion (%)
Plages horaires dédiées sur rdv	46,2*
Régulation des demandes de CNP par le secrétariat médical sur place et/ou téléphonique	43,3†
Utilisation de plusieurs types de secrétariat pour couvrir les horaires hors PDSA	38,9‡
Nombre de MG	17,6§
Présence d'internes	16,7
Bonne entente entre MG	11,8§
Consultations sans rdv	8,8§
Plages dédiées aux CNP ne sont pas utilisées en l'absence de demandes de CNP	7,7*
Disponibilité des MG	5,9§
Taille des locaux adaptée	5,9§
Aucun	5,9§
ACI	3,8π
Remplacement d'un MG absent	3,7**
Désir d'immédiateté du patient	2,9§
Médecin correspondant du SAMU	2,9§
Présence d'une hôtesse d'accueil	2,9§
Type de patient en période d'épidémie (pédiatrie)	2,9§

* sur 13 MSP en activité dont le planning des MG pour les CNP s'organise par plages horaires dédiées et qui ont répondu à la question

† sur 30 MSP en activité qui ont un secrétariat médical sur place et/ ou téléphonique et qui ont répondu à la question

‡ sur 18 MSP en activité qui ont plusieurs types de secrétariat et qui peuvent être contactées pour une demande de CNP pendant la période hors PDSA et qui ont répondu à la question

§ sur 34 MSP en activité qui ont répondu à la question

II sur 24 MSP en activité qui ont au moins un interne et qui ont répondu à la question

π sur 26 MSP en activité qui ont souscrit à l'ACI et qui ont répondu à la question

** sur 27 MSP en activité qui ont au moins 1 MG remplaçant et qui ont répondu à la question

IV- Facteurs au sein des MSP limitants l'organisation des CNP

Tableau 2. Facteurs limitants

Facteurs limitants	Fréquence (%)
Faible nombre de plages horaires dédiées sur rdv	57,1*
Manque de temps médical disponible	32,4†
Désir d'immédiateté des patients	18,9†
Aucun	13,5†
Manque de MG	5,4†
Périodes en dehors des horaires d'ouverture du secrétariat sur place	2,9‡
Absence de régulation des demandes de CNP	2,7†
Patients réticents aux plages de consultations sans rdv	2,7†
Locaux trop exigus	2,7†

* sur 14 MSP en activité qui ont des plages horaires dédiées et qui ont répondu à la question

† sur 37 MSP en activité qui ont répondu à la question

‡ sur 34 MSP en activité qui ont un secrétariat sur place et qui ont répondu à la question

DISCUSSION

I- Objectif principal :

A. La démographie médicale

1. Installés

Le nombre moyen de MG installés dans les 45 MSP en activité (dont plus de 70% d'entre elles ont souscrit à l'ACI) ayant répondu à la question est de 3,7. Or, selon le communiqué de presse du 14 mai 2019 de l'Assurance Maladie, le nombre de MG installés en MSP en France en 2018 était de 3554 pour 735 MSP adhérentes à l'ACI au 31/12/2018. (29) Le nombre moyen de MG installés dans les 735 MSP françaises qui ont souscrit à l'ACI est donc de 4,9.

Cette différence peut être expliquée par le pourcentage plus faible de MG libéraux âgés de moins de 50 ans dans la région Hauts-de-France (33,7%) par rapport à celui de la France (34,9%). (30) Or, 81% des MG libéraux installés de moins de 50 ans exercent en groupe. (31)

2. Collaborateurs

Plus de la moitié des MSP (29/54 MSP) n'ont pas répondu à la question concernant le nombre de MG collaborateurs présents dans la MSP. Cela pose la question de la définition de ce statut.

Le MG collaborateur libéral est MG thésé qui exerce sous contrat auprès d'un MG installé.

Ce dernier met à disposition du MG collaborateur un local et le matériel nécessaire à

l'exercice de sa profession. Le MG collaborateur exerce son activité en toute indépendance. Il utilise les feuilles de soins et les ordonnances à son nom. Il doit pouvoir se constituer une patientèle personnelle. Ce statut a été créé en 2005 pour encourager l'installation en libéral. (32)

Une définition de ce statut aurait pu être ajoutée en complément de la question.

Plus de la moitié des MSP (14/25 MSP qui ont répondu à la question) n'ont pas de MG collaborateur. Ces MSP sont situées pour près de 80% (11/15) d'entre elles dans une zone ZIP ou ZAC. Il semble donc difficile de trouver un collaborateur dans les zones sous-denses comme l'évoquait également M. Billiaux dans sa thèse. (33)

3. Assistants :

Plus de la moitié des MSP (28/54 MSP) n'ont pas répondu à la question concernant le nombre de MG assistants présents dans la MSP. Cela pose la question de la définition de ce statut. En effet, le MG assistant (MG thésé) encore appelé MG remplaçant-assistant vient en aide de façon temporaire au médecin installé dans les zones sous-dotées. (34) Il travaille en même temps que le médecin installé mais dans un bureau distinct. Le MG adjoint (non thésé) intervient dans les mêmes conditions que le MG assistant. (35) Ainsi, la question aurait dû être posée de cette façon : quel est le nombre de MG assistants ou adjoints dans votre MSP ? Une définition de ces 2 statuts aurait également pu y être ajoutée.

Les 2/3 des MSP (17/26 MSP qui ont répondu à la question) n'ont pas de MG assistant alors que près de la moitié (8/17) sont dans des zones éligibles à ce dispositif (ZIP ou ZAC). Ce résultat peut être expliqué par le caractère récent de la création de ce statut à la fin de l'année 2016. (36)

De plus, ce résultat est probablement surestimé puisque la prise en compte des médecins adjoints dans le calcul n'était pas précisée.

4. Remplaçants :

Il y a en moyenne 2,1 remplaçants par MSP.

Vanessa Carlier, dans son étude en 2017, a mis en évidence qu'être maître de stage est associé à une facilité à avoir un remplaçant régulier. (37)

D'après les résultats de mon étude, il y a en moyenne 1,3 MS pour 3,7 MG installés/MSP (35% MS/MSP). En 2018, la région Haut-de-France comptait 460 MG MS pour les internes parmi les 4850 MG libéraux en activité soit 9,5% de MG MS. (38) (39)

La proportion de MG MS semble plus importante dans les MSP. Aude Raquin, dans son étude en 2013, retrouvait également une proportion élevée (53%) de MG MS dans les MSP de la région Rhône-Alpes. (40)

Selon toutes ces données, il semble plus facile d'avoir un remplaçant régulier lorsqu'on est MGI en MSP.

5. Internes :

Il y a en moyenne 2,2 internes de MG pour 1,3 MG maître de stage/MSP. Les MSP sont donc des lieux de stage choisis par de nombreux internes comme en témoigne les résultats de la thèse de Camille Delemarle où 60% des internes de MG du Nord-Pas-de-Calais ont eu une expérience en MSP au cours de leurs études. (41)

6. Participation des MG aux CNP :

Dans la plupart des MSP en activité, tous les MG (installés, collaborateurs, assistants, remplaçants et internes) réalisent des CNP. D'autres études valident ces résultats. En effet, une enquête réalisée par l'URPS-MLFC en Juin 2014, rapporte que 99% des médecins généralistes acceptent les consultations non programmées. (42) Une autre étude sur les SNP dans les MSP des Pays de la Loire rapporte que la prise en charge des SNP est réalisée généralement par le médecin, parfois avec l'aide d'un interne. (43) Ces résultats sont en cohérence avec la définition de la médecine générale. En effet, la continuité des soins fait partie de la définition de la médecine générale défini par la WONCA en 2002. (44) Assurer la continuité des soins impose de prendre en charge le soin non programmé du ressort du médecin généraliste.

B. Le temps médical disponible

Le nombre moyen de MG (à l'exclusion des internes) qui exercent des activités de soins dans le cadre libéral pendant plus de 33h/semaine (sur une base de 5,3 semaines de congés par an) est de 4 sur une moyenne de 7,1 MG (à l'exclusion des internes) par MSP. Cette proportion semble faible au regard de l'augmentation du temps médical disponible des MG en France depuis plusieurs années.

Selon la DREES, il est passé d'une moyenne de 33h/semaine en 2012 (sur une base de 5,3 semaines de congés par an) soit 109 actes/semaines à 40h/semaine en 2019 (sur une base de 5,7 semaines de congés par an) soit 123 actes/semaine. (45) (46)

Cependant, notre étude a inclus les remplaçants contrairement aux 2 enquêtes de la DREES. Or, selon l'étude de Vanessa Carlier en 2017, les remplaçants semblent réaliser moins de 100 actes/semaine. (37)

C. L'accessibilité des CNP

1. Salle dédiée :

Une salle dédiée pour les CNP est utilisée dans seulement 26,4% des MSP (14 sur les 53 MSP qui ont répondu à la question).

Or, cette salle dédiée semble être nécessaire pour les patients mais aussi pour les médecins comme en témoigne le Dr Laurent Bréchat médecin généraliste à la MSP du Véron. Elle permettrait aux patients de comprendre plus facilement que la consultation effectuée est dédiée spécifiquement à la demande de SNP et aux MG de se centrer plus facilement sur la seule gestion de cette demande. (47)

Le travail de thèse d'Aurélié Calais-Parissaux montre également qu'avoir une salle dédiée aux CNP fait partie des besoins et des attentes des patients de la MSP de Steenvoorde. (48)

Néanmoins, les 73,6% de MSP qui n'utilisent pas de salle dédiée pour les CNP n'en possèdent peut-être pas pour des raisons financières.

2. Chaque jour ouvré :

Dans 88,4% des MSP (38 sur les 43 MSP qui ont répondu à la question), un accès pour les patients à des CNP chaque jour ouvré est possible.

Ce taux est légèrement supérieur à celui des MG libéraux français qui proposent pour 82% d'entre eux une prise en charge des SNP au quotidien. (2)

3. Planning :

Un planning des MG pour les CNP est élaboré dans 51,2% des MSP tandis que 48,8% des MSP n'en n'ont pas élaboré.

Parmi ces 48,8% de MSP qui n'ont pas élaboré de planning, 61,9% ont souscrit à l'ACI.

La mise en place d'un planning des MG pour les CNP fait partie des critères valorisés par l'ACI. (26) (27)

La faible rémunération liée à l'ACI pourrait expliquer au moins en partie l'absence d'élaboration de planning de ces MSP. (13)

4. Modalités pour contacter la MSP :

a. Comment ?

La quasi-totalité (90,7%) des MSP (39 sur les 43 qui ont répondu à la question) mettent à disposition un secrétariat médical sur place et/ou à distance pour les demandes de CNP.

On retrouve cette caractéristique dans les MSP en Pays de la Loire où ces demandes sont réceptionnées en très grande majorité par le secrétariat médical. (43)

Seulement 9 MSP sur les 43 qui ont répondu à la question mettent à disposition une plateforme de prise de rdv en ligne pour les demandes de CNP. Ce résultat est en accord avec celui retrouvé dans le travail de thèse de Valle Florian en 2017 où aucun MG parmi les 8 interrogés exerçant en cabinet de groupe ou en MSP n'utilise de plateforme de prise de rdv en ligne pour la gestion des CNP. (49)

b. Quand ?

Près de 80% des MSP (33 sur les 42 qui ont répondu à la question) peuvent être contactées pour une demande de CNP de MG pendant toute la période de recours non incluse dans le dispositif de PDSA.

Selon les résultats de l'enquête coordonné par la DREES en 2004, 82% des recours non programmés en médecine générale ont lieu pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux avec 2 pics observés entre 10h et 11h et entre 18h et 19h.

Quarante-six pour cent de ces recours ont fait l'objet d'une prise rendez-vous préalable.

(12)

II- Objectifs secondaires

A. Les facteurs au sein des MSP favorisant l'organisation des CNP

1. Les plages horaires dédiées sur rdv :

Les plages horaires dédiées sur rendez-vous sont des facteurs favorisant l'organisation des CNP des MG dans 46,2% des MSP dont le planning des MG pour les CNP s'organise par plages horaires dédiées et qui ont répondu à la question (6MSP/13).

Les résultats du travail de thèse de Florian VALLE en 2017 vont dans ce sens. (49) Selon plusieurs MG inclus et ayant recours aux plages horaires dédiées sur rdv, ces dernières favoriseraient un accès plus rapide aux CNP pour les patients relevant de ces consultations sans empiéter sur les consultations programmées.

2. La régulation des demandes de CNP par le secrétariat médical sur place et/ou téléphonique :

La régulation des demandes de CNP par le secrétariat médical sur place et/ou téléphonique est un facteur favorisant l'organisation des CNP de médecine générale dans 43,3% des MSP qui ont un secrétariat médical sur place et/ ou téléphonique et qui ont répondu à la question (13/30 MSP).

La régulation des demandes de CNP est un acte médical qui implique la responsabilité individuelle du médecin qui régule. La régulation permet de définir la réponse la plus adaptée à apporter à la demande de CNP. (50)

La régulation des demandes de CNP ne fait pas partie de la formation de secrétaire médical comme l'a rapporté Valle Florian dans son travail de thèse sur la gestion des CNP en cabinet de MG. (49)

L'élaboration d'un protocole pour les secrétaires pourrait permettre un tri des demandes de CNP plus harmonieux et plus sécurisant pour les secrétaires mais aussi les MG. (51)

Les résultats du travail de thèse de Capucine Tétard-Badier sur la pertinence de l'usage d'un protocole de secrétariat dans la gestion des rdv en MG vont dans ce sens. (52)

3. L'utilisation de plusieurs types de secrétariat pour couvrir les horaires hors PDSA :

L'utilisation de plusieurs types de secrétariat pour couvrir les horaires hors PDSA est un facteur favorisant l'organisation des CNP de MG dans 38,9 % des MSP qui ont plusieurs types de secrétariat et qui peuvent être contactées pour une demande de CNP pendant la période hors PDSA et qui ont répondu à la question (7/18 MSP).

Le secrétariat sur place est le type de secrétariat commun à ces MSP.

Les données de la littérature vont également dans ce sens. En effet, mixer plusieurs types de secrétariat pourrait améliorer l'accès aux CNP et diminuer la charge financière liée à l'utilisation du secrétariat sur place en permanence. (49)(53)

4. La présence d'interne(s) :

La présence d'interne(s) est un facteur favorisant l'organisation des CNP des MG dans 16,7% des MSP qui ont au moins un interne et qui ont répondu à la question (4 MSP/ 24).

Ce taux paraît faible. Il peut-être expliqué par la difficulté pour certains patients d'accepter les internes mais aussi par l'indispensable investissement des maîtres de stage dans la gestion des internes. Ces deux points ont été évoqués dans le travail de thèse de Florian Valle en 2017 par certains MG accueillant des internes. (49)

B. Les facteurs au sein des MSP limitants l'organisation des CNP

1. Le faible nombre de plages horaires dédiées sur rdv :

Le faible nombre de plages horaires dédiées sur rdv est un facteur limitant l'organisation des CNP des MG dans 57,1% des MSP qui ont des plages horaires dédiées et qui ont répondu à la question (8 MSP/ 14).

D'après plusieurs enquêtes, les demandes de CNP varient de 6 à 10/jour/MG pour 40 % des MG interrogés. (2) (46) (54)

Lors d'épidémies, ces demandes peuvent même être supérieures à 100/jour comme ce fut le cas pour les 7 MG de la MSP du Véron lors de l'épidémie de grippe 2014/2015. (47)

2. Le manque de temps médical disponible :

Le manque de temps médical disponible est un facteur limitant l'organisation des CNP des MG dans seulement 32,4% des MSP qui ont répondu à la question (12 MSP/ 37).

Même si la proportion de MG qui ont un temps médical disponible de plus de 33h/semaine semble faible, cela paraît néanmoins suffisant.

Le temps médical disponible pourrait cependant être encore optimisé grâce à l'aide des assistants médicaux. (55) D'après l'article du Dr Pierre Simon, la durée moyenne d'une consultation médicale en France est de 22 minutes alors qu'elle est de 9 à 10 min en Allemagne et au Royaume Uni qui bénéficient d'assistants médicaux. (56)

3. Le désir d'immédiateté des patients :

Le désir d'immédiateté des patients est un facteur limitant l'organisation des CNP des MG dans seulement 18,9% des MSP qui ont répondu à la question (7 MSP/ 37).

La régulation des demandes de CNP semble être un moyen de recadrer certains patients. En effet, parmi les MSP qui ont relevé la régulation des demandes de CNP par le secrétariat sur place comme facteur favorisant l'organisation des CNP dans leur MSP, aucune n'a relevé le désir d'immédiateté des patients comme facteur limitant.

III- Forces et faiblesses

A. Forces

1. Liées à la question de recherche :

Cette étude a permis pour la première fois à ce jour de faire un état des lieux de l'organisation des consultations de médecine générale non programmées en dehors des horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA) dans les MSP de la région Hauts-de-France. Cette connaissance s'avère importante pour améliorer l'accès aux soins.

2. Liées au choix de la méthode :

Le choix de réaliser une étude descriptive pour recenser l'organisation des CNP de médecine générale en dehors des horaires de PDSA dans les MSP de la région Hauts-de-France était adapté pour répondre à la question posée.

3. Liées à la population cible :

Nous avons voulu inclure uniquement les MSP en activité en région Hauts-de-France afin d'obtenir un état des lieux du fonctionnement réel de ces MSP. Ainsi, nous avons utilisé la cartographie des MSP répertoriées en activité par l'ARS en région Hauts-de-France en

janvier 2019. Le questionnaire comprenait également une question sur le niveau de développement de la MSP afin de confirmer les données de l'ARS.

Près de 80 % des MSP cibles ont été invitées à participer à l'étude.

4. Liées aux MG interrogés :

Le questionnaire a été adressé en priorité aux médecins généralistes leaders de leur MSP qui connaissent à priori le mieux les caractéristiques et le fonctionnement de leur MSP.

Nous avons précisé aux médecins généralistes des MSP incluses que les réponses seraient anonymisées afin de limiter le biais de déclaration.

5. Liées au taux de réponses :

Le taux de réponse de 76,7% peut être considéré comme élevé pour une enquête électronique. Cela montre l'intérêt des médecins généralistes des MSP des Hauts de France pour les CNP.

Cependant le taux de réponses retenu pour l'analyse des questions 1 et 3 à 22 est de 64,3 %.

Tous les questionnaires (complétés totalement ou partiellement) ont été inclus dans l'analyse des questions 1 et 3 à 22 limitant ainsi le biais de sélection mais augmentant le taux d'absence de réponses à certaines questions.

B. Faiblesses

1. Liées au choix de la méthode :

La méthode descriptive de cette étude, basée uniquement sur les propos des répondants, présente comme biais principal un biais déclaratif (biais de classement).

2. Liées au questionnaire :

a. Les questions imprécises :

Les questions concernant les MG collaborateurs et les MG assistants auraient pu être plus précises afin d'éviter les biais de classement.

En effet, les MG collaborateurs peuvent être libéraux ou salariés. Notre étude s'intéressait au nombre de MG collaborateurs libéraux sans que cela ne soit précisé dans la question. Néanmoins, la question suivante aurait pu orienter les MG interrogés sur le caractère libéral des MG collaborateurs. En effet, elle concernait le nombre de MG exerçant des activités de soins dans le cadre libéral et incluait tous les MG sauf les internes considérés comme seuls salariés dans mon étude.

Notre étude s'intéressait également aux MG assistants ou MG adjoints. Or la question concernant ces MG n'incluait que le terme de MG assistant entraînant une probable sous-estimation des réponses.

b. Les questions non posées :

Des questions à propos de la régulation des demandes de CNP auraient pu être ajoutées, afin d'avoir un état des lieux plus précis de l'organisation des CNP de médecine générale.

c. La question dont la donnée de référence n'a pas été actualisée :

Concernant la question sur le nombre de MG exerçant des activités de soins dans le cadre libéral pendant plus de 33h/semaine, la durée de 33h/semaine choisie comme référence est issue de l'étude de la DRESS de 2012. Cette donnée de référence a été actualisée lors d'une autre étude de la DREES publiée en mai 2019. Faute de recherches avant l'envoi du questionnaire, nous n'avons pas eu connaissance de cette étude et donc pas utilisé les données de cette dernière comme référence dans notre question.

3. Liées au mode de recrutement des MG interrogés :

Le mode de recrutement des MG interrogés présente un biais de sélection.

En effet, ce recrutement dépendait du secrétariat (volonté de nous aider, connaissance du statut de leader, consignes laissées par les MG concernant la divulgation de leur adresse mail) mais aussi des MG (volonté de nous aider, sensibilité au sujet) joints par téléphone.

4. Liées au taux de réponses :

Une part non négligeable (31,7%) de questionnaires incomplets ont été inclus dans l'analyse des questions 1 et 3 à 22. La longueur du questionnaire pourrait être la cause principale de ce remplissage partiel.

5. Liées à l'analyse des données :

Concernant les 2 questions ouvertes, certains facteurs favorisant et limitant cités en réponse par certaines MSP les possédant n'ont pas été abordés dans les questions fermées. Ainsi, nous avons considéré que toutes les MSP qui ont répondu à ces 2 questions étaient susceptibles de les posséder entraînant un biais de classement.

De plus, concernant ces 2 questions, le facteur « plage(s) horaire(s) dédiée(s) sur rdv » cité en réponse par certaines MSP le possédant a été abordé sans précision sur le caractère libre ou sur rdv dans les questions fermées. Ainsi, nous avons également considéré que toutes les MSP qui ont des plages(s) horaire(s) dédiée(s) et qui ont répondu à ces 2 questions étaient susceptibles de posséder ce facteur entraînant également un biais de classement.

CONCLUSION

La majorité des MSP ont mis en place des moyens pour prendre en charge les CNP de médecine générale tels que :

- La participation de tous les MG (installés, collaborateurs, assistants, remplaçants et internes) aux CNP.

Néanmoins, la présence d'interne(s) ne semble pas être un facteur favorisant l'organisation des CNP.

- L'accès pour les patients à des CNP chaque jour ouvré et la possibilité d'être contactées pour une demande de CNP de MG pendant toute la période de recours non incluse dans le dispositif de PDSA.
- L'élaboration d'un planning des MG pour les CNP dans la moitié des MSP. Une revalorisation de la rémunération liée à l'ACI pourrait inciter les MSP sans planning ayant souscrit à cet accord à en élaborer un.

La mise en place d'un planning sous forme de plage(s) horaire(s) dédiée(s) sur rdv semble être un facteur favorisant l'organisation des CNP à condition qu'elles soient en nombre suffisant.

- Mise à disposition d'un secrétariat médical sur place et/ou à distance pour les demandes de CNP.

L'utilisation du secrétariat médical pour réguler les demandes de CNP semble être un facteur favorisant l'organisation des CNP. Etant donné que la régulation de ces demandes est un acte médical, l'élaboration d'un protocole pour les secrétaires

pourrait permettre un tri des demandes de CNP plus harmonieux et plus sécurisant pour les secrétaires mais aussi les MG.

L'utilisation de plusieurs types de secrétariat pour que les patients puissent contacter les MSP pendant toute la période de recours non incluse dans le dispositif de PDSA semble également être un facteur favorisant l'organisation des CNP.

Parallèlement, la proportion de MG qui ont un temps médical disponible de plus de 33h/semaine paraît suffisante alors qu'elle semble faible. Le temps médical disponible pourrait cependant être encore optimisé grâce à l'aide des assistants médicaux en déploiement depuis septembre 2019.

La coordination des moyens humains et techniques autour d'un projet de santé, sous forme de MSP, permet donc l'organisation des CNP.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats. Etudes et résultats [En ligne]. Mars 2006 [cité le 3 avril 2020] ; (471) : 8 p. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er471.pdf>
2. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. Etudes et résultats [En ligne]. Janvier 2020 [cité le 3 avril 2020] ; (1138) : 6 p. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1138.pdf>
3. Robert-Tissot C. Reynaud C. Présentation de la Cartographie médicalisée des dépenses de santé [En ligne]. Paris : Assurance Maladie ; 31 mai 2017 [cité le 3 février 2020]. 5 p. Disponible: [https://www.ameli.fr/fileadmin/userupload/documents/CP_Cartographie des dépenses et des pathologies Vdef.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/userupload/documents/CP_Cartographie_des_depenses_et_des_pathologies_Vdef.pdf)
4. Institut national de la statistique et des études économiques. Projections de population 2013-2050 pour les départements et les régions : Omphale - Projections de population [En ligne]. Institut national de la statistique et des études économiques ; 2017. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2859843#menu>
5. Chapitre V Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital [En ligne]. Cour des comptes ; octobre 2018 [cité le 3

février 2020]. 34 p. Disponible : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-10/RALFSS-2018-05-virage-ambulatoire-systeme-de-sante.pdf>

6. Braun F, Berthier F, Boudénia K, Carli P, Chollet-Xémard C, Cibien J-F, et al. Organisation de la médecine d'urgence en France, un défi pour l'avenir : les propositions de Samu-Urgences de France [En ligne]. Samu-Urgences de France ; 2015 [cité le 3 février 2020]. 48 p. Disponible: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>

7. Mourgues, J-M. Atlas de la démographie médicale en France [En ligne]. Paris : Conseil national de l'ordre des médecins ; [cité le 3 février 2020].165 p. Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse-etude/hb1htw/cnom-atlas-2018-0.pdf>

8. Martin A, Trombert-Pavot B. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire. Médecine. 2008 Feb 1 ;4(2) :89–93.

9. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités [En ligne]. Rapport public annuel 2019-février 2019. 215 p. Rapport n°6. Disponible : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>

10. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Indicateurs globaux (GDR) chirurgie ambulatoire région Hauts de France [En ligne]. Agence technique de l'information

sur l'hospitalisation ; Disponible : <https://www.scansante.fr/applications/action-gdr-chirurgie-ambulatoire>

11. Conseil national de l'ordre des médecins. Cartographie interactive de la démographie médicale : système de santé et offre de soins [En ligne]. Conseil national de l'ordre des médecins ; Disponible : <https://demographie.medecin.fr/#l=fr;v=map2>

12. Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France – Aux heures d'ouverture des cabinets de ville [En ligne]. ORS, URML Pays de la Loire ; décembre 2017 [cité le 14 avril 2020]. 8 p. Disponible : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2017_PDF/2017_frequence_SNP_urml_note.pdf

13. Mesnier T. Ministère des Solidarités et de la santé [En ligne]. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires ; mai 2018 [cité le 14 avril 2020] ; 84 p. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>

14. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France [Blogue en ligne]. Equipe de soins primaires, maison de santé, CPTS : définition et législation. [Cité le 2 avril 2020] ; [environ 4 écrans]. Disponible : <https://www.femas-hdf.fr/definition/>

15. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les maisons de santé [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2018 [cité le 2 avril 2020]. [Environ 2 écrans]. Disponible:<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

16. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Structures d'exercice coordonné (Maisons ou centres de santé) [En ligne]. 11 septembre 2018 [cité le 21 avril 2020]. [Environ 2 écrans]. Disponible : <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/structures-dexercice-coordonne-maisons-ou-centres-de-sante>

17. Cahier des charges Maisons de Santé Pluriprofessionnelles – Version 1 [En ligne]. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France ; mars 2018 [cité le 18 avril 2020]. 18 p. Disponible : https://www.urps-pharmaciens-hdf.fr/adn/uploads/5adef33785a33_2018-03-12-cahier-des-charges-regional-des-msp-version-1-hautsdefrance.pdf

18. Kouche C, Stagnara J, Assathiany R, Chappuy H, Guedj R. Enquête nationale sur les consultations non programmées en pédiatrie de ville. Archives de pédiatrie [En ligne]. Mai 2015 [cité le 15 avril 2020] ; 22 (5) : 480-484. Disponible : <https://www.em-consulte.com/en/article/970633> DOI : 10.1016/j.arcped.2015.02.006

19. Ministère des Solidarités et de la Santé. Priorité n°3 – Favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé ; 13 octobre 2017 [cité le 15 avril 2020]. [Environ 3 écrans]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de->

sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/priorite-no3-favoriser-une-meilleure-organisation-des-professions-de-sante

20. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. Les permanences des soins ambulatoires : dispositifs régionaux [En ligne]. 13 septembre 2019 [cité le 18 avril 2020]. [Environ 3 écrans]. Disponible : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-permanences-des-soins-ambulatoires-dispositifs-regionaux>

21. De Haas P. De l'idée à l'organisation. Monter et faire vivre une maison de santé. Le Coudrier ; 2015. p.91-130.

22. Pôle Santé Flandre Lys [Blogue en ligne]. Quelques définitions... [Cité le 22 avril 2020] ; [Environ 6 écrans]. Disponible : <https://polesanteflandrelys.fr/quelques-definitions/>

23. Agence Régionale de Santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé [En ligne]. Paris : Ministère des solidarités et de la santé ; 29 juillet 2019 [cité le 22 avril 2020]. [Environ 3 écrans]. Disponible : <http://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>

24. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. Aides à l'installation des médecins généralistes [En ligne]. 11 juin 2019 [cité le 26 avril 2020]. [Environ 8 écrans]. Disponible : <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/aides-linstallation-des-medecins-generalistes>

25. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. L'ARS Hauts-de-France étend fortement les aides financières à l'installation et au maintien des médecins généralistes [En ligne]. 14 janvier 2020 [cité le 26 avril 2020]. [Environ 5 écrans]. Disponible: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-etend-fortement-les-aides-financieres-linstallation-et-au-maintien-des-medecins-generalistes>

26. Ameli.fr pour les médecins [En ligne]. Assurance Maladie. Structures de santé pluriprofessionnelles ; 14 novembre 2019 [cité le 30 avril 2020] ; [environ 2 écrans]. Disponible: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles/structures-sante-pluriprofessionnelles>

27. Guide des indicateurs ACI pour la rémunération des structures pluriprofessionnelles : fiche indicateur [En ligne]. CNAMTS/DDGOS/DPROF ; octobre 2017

28. Courrèges C. Lignot-Leloup M. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles [En ligne]. Journal officiel de la République française ; 5 août 2017 [cité le 30 avril 2020]. 56 p. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jo/pdf.do?id=JORFTEXT000035374159>

29. Une rémunération conventionnelle en hausse pour des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en plein développement [En ligne]. Assurance Maladie ; 2019 [cité le 3 février 2020]. 2 p. Disponible :

[https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Uncam_-
_Communique_de_presse_-_Remuneration_des_MSP_2019.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Uncam_-_Communique_de_presse_-_Remuneration_des_MSP_2019.pdf)

30. Agence Régionale de la Santé, cartographe. Répartition des généralistes libéraux par tranche d'âge en 2018 [carte]. Agence Régionale de la Santé ; 2018.

31. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Plus de 80% des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. Etudes et résultats [En ligne]. Mai 2019 [cité le 3 février 2020] ; (1114) : 2 p. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1114.pdf>

32. Conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute Garonne [En ligne]. Toulouse : Conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute Garonne. Collaborateur libéral : de quoi s'agit-il ? ; [mise à jour de la page le 18 janvier 2013 ; cité le 1 avril 2020] ; [environ 1 écran]. Disponible : <http://www.ordmed31.org/infos-juridiques-21/collaborateur-liberal/article/collaborateur-liberal-de-quoi-s>

33. Billiaux M. Contrat de médecin adjoint : ressenti du médecin généraliste installé et impact sur son mode d'exercice. [Thèse de doctorat]. Lille : Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2018 [cité le 2 avril 2020]. Disponible : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/50b9edb9-e405-4135-8501-7f1ca4ca0165>

34. Contrat type pour l'exercice de la médecine en qualité d'assistant d'un docteur en médecine [Internet]. [cité 18 février 2020]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/assistant.pdf>

35. Contrat type pour l'exercice de la médecine par un étudiant en médecine en qualité d'adjoint d'un docteur en médecine [Internet]. [cité 18 février 2020]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/etudiantadjoint_.pdf
36. RemplaNor lance le Contrat d'Assistant en Médecine Générale [Internet]. [cité 18 février 2020]. Disponible sur : <https://www.femas-hdf.fr/remplanor-lance-le-contrat-dassistant-en-medecine-generale/>
37. Carlier V. Difficultés des médecins généralistes à trouver un remplaçant : une étude quantitative dans le Nord et le Pas-de-Calais. [Thèse de doctorat]. Lille : Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2017 [cité le 30 mars 2020]. Disponible : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/28b3debc-9012-4e95-b0d6-dcad6316eb8e>
38. Corvaisier A. Rapport annuel 2018 [En ligne]. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France ; juillet 2019 [cité le 6 avril 2020]. 72 p. Disponible : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2019-07/RA%202018.pdf>
39. CartoSanté – Indicateurs : cartes, données et graphiques [En ligne]. Agence Régionale de la Santé. Nombre de généralistes libéraux actifs toute l'année en 2018 ; [cité le 5 avril 2020]. Disponible : https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=gene_datcom.actifs&s=2018&view=map6
40. Raquin A. Organisation du temps de travail et qualité de vie ressentie des médecins des maisons et pôles de santé de la région Rhône-Alpes. [Thèse de doctorat]. Lyon : Université Claude Bernard ; 2013 [cité le 31 mars 2020].

Disponible:<http://www.pieros.org/etude/organisation-du-temps-de-travail-et-qualite-de-vie-ressentie-des-medecins-des-maisons-et-poles-de-sante-de-la-region-rhone-alpes/>

41. Delemarle C. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : connaissances et attractivité chez les jeunes médecins généralistes. [Thèse de doctorat]. Lille : Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2018 [cité le 24 février 2020]. Disponible: <https://pepitedepot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/4ae6a5e5-1301-4992-b26b-a1f23e902bf7>

42. De Blasi C. Actualités de l'Urgence – APM [En ligne]. SFMU. Soins non programmés : l'éducation des patients pointée du doigt ; 2016 [cité le 24 février 2020] ; [environ 2 écrans]. Disponible: https://www.sfm.u.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/soins-non-programmes-l-education-des-patients-pointee-du-doigt/new_id/58811

43. APMSL ; 2019. Soins non programmés en Pays de la Loire : l'APMSL présente à la journée de France Assos Santé ; 2019 [Cité le 03/02/2020]. 1 p.

Disponible:<https://www.apmsl.fr/blog/soins-non-programmes-pays-loire-apmsl-france-assos/>

44. Allen J, Heyrman J, Gay B, Svab I, Ram P, Crebolder H. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. WONCA Europe [En ligne]. 2002 [cité le 25 février 2020]; 52p. Disponible : <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

45. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et résultats [En ligne]. 2012 [cité le 30 mars 2020] ; (797) : 8 p. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
46. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Etudes et résultats [En ligne]. 7 mai 2019 [16 juillet 2019 ; cité le 30 mars 2020] ; (1113) : 2 p. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1113.pdf>
47. Brechat L. Gestion des demandes de soins non programmés : unité de soins non programmés [En ligne]. Avoine : MSP du Véron ; 2017 [cité le 25 février 2020]. 15p. Disponible: <http://files.mspuveron.fr/200000869-e31ece418a/Unit%C3%A9%20de%20Soins%20Non%20Programm%C3%A9s%20en%20MSP%2030.11.2017.pdf>
48. Calais-Parissaux A. Evaluation de la qualité des soins non programmés à la maison de santé de Steenvoorde : opinion des patients. [Thèse de doctorat]. Lille : Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2014 [cité le 25 février 2020]. Disponible : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/df7e240f-21f9-441e-a1ea-5f286cdc7cab>
49. Valle F. Gestion des consultations non programmées en cabinet de médecine générale : quels avantages et inconvénients selon le mode d'exercice. [Thèse de doctorat]. Lyon : Université Claude Bernard ; 2017 [cité le 31 mars 2020]. Disponible : <http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/restAPI/preview/default/369e8996-1729-48e2-bc14-59f76f8eb3ea/default/>

50. Haute autorité de santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale [En ligne]. Haute autorité de santé ; mars 2011 [cité le 31 mars 2020]. 31 p. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf
51. Haute autorité de santé. Principes d'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours [En ligne]. Haute autorité de santé ; novembre 2011 [cité le 31 mars 2020]. 4 p. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/ppsrp_2clics_principes_elaboration_4pages.pdf
52. Tétard-Badier C. Pertinence de l'usage d'un protocole de secrétariat dans la gestion des rendez-vous en médecine générale : exemple chez l'enfant fébrile à la maison de santé en Berry. [Thèse de doctorat]. Tours : Université François-Rabelais ; 2017 [cité le 31 mars 2020]. Disponible : http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2017_Medecine_TetardBadierCapucine.pdf
53. Ellouze S, Lafortune J, Soares A. Facteurs associés à la prise de rendez-vous en ligne pour une consultation de médecine générale. *Pratiques et organisation des soins* [En ligne]. Mai-juin 2018 [cité le 31 mars 2020] ; 30 (3) : p371-382. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-3-page-371.htm>
54. Rendez-vous médicaux non honorés – Demandes de soins non programmés – Etat des lieux et solutions : enquête auprès des médecins libéraux d'Ile-de-France [En ligne]. URPS Ile-de-France Médecins Libéraux ; juin 2015 [cité le 4 avril 2020]. 24 p. Disponible : <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/16200.pdf>

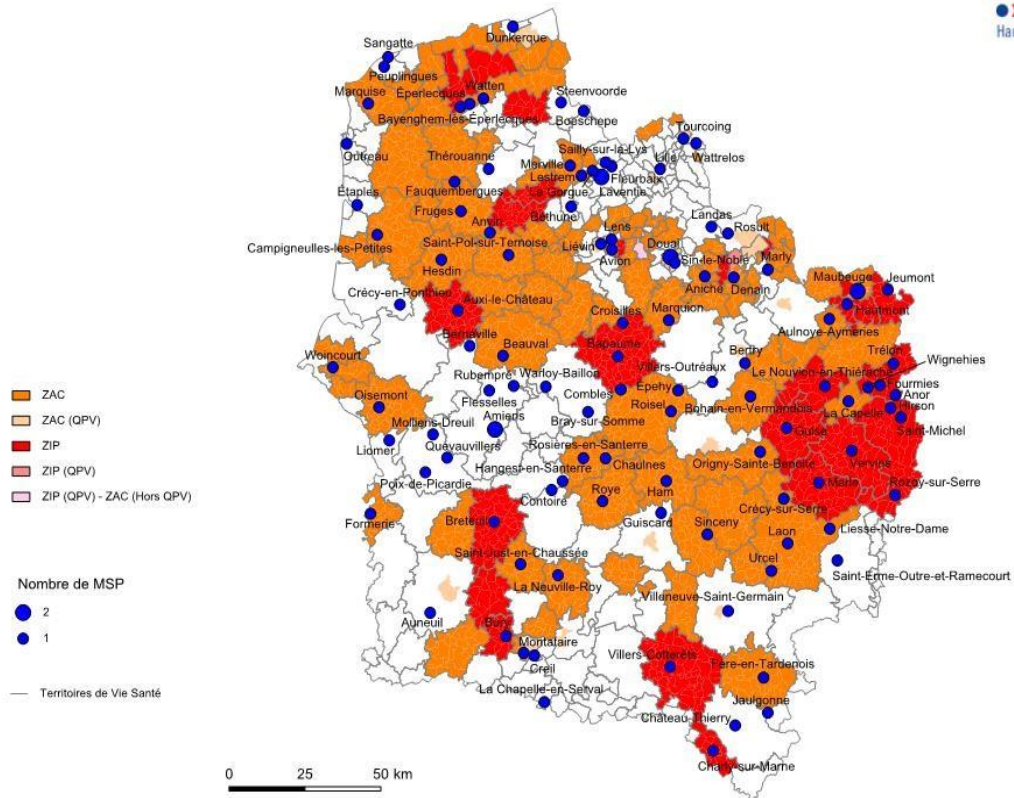
55. Ameli.fr pour les médecins [En ligne]. Assurance Maladie. Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical ; 21 juin 2019 [cité le 2 mai 2020] ; [environ 5 écrans].
Disponible : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical>

56. Simon P. ManagerSante.com [En ligne]. Comment répondre à la demande croissante de “soins non programmés” ? Le Dr Pierre SIMON décrypte la situation et propose la Téléconsultation “hors parcours” ; 1^{er} juillet 2019 [cité le 4 mai 2020] ; [environ 14 écrans].
Disponible : <https://managersante.com/2019/07/01/la-demande-de-soins-non-programmes-des-chiffres-pour-mieux-comprendre-les-enjeux-de-la-teleconsultation-hors-parcours/>

ANNEXES

Annexe 1 : Cartographie des 111 MSP en activité

MSP en activité en région Hauts-de-France - janvier 2019



Sources : ARS_HDF/DOS/DST/Observations&Etudes/LP

Annexe 2 : questionnaire type

Organisation des consultations de médecine générale non programmées en MSP

1. Vous êtes :

- Médecin généraliste leader de la MSP
- Autre médecin généraliste de la MSP

2. Votre MSP est :

- En émergence
- En accompagnement
- En opérationnalisation
- En activité
- Ne sait pas

3. Votre MSP est-elle ?

- Mono-site
- Multisites
- Membre d'une CPTS reconnue par l'ARS
- Ne sait pas

4. Votre MSP se situe dans une commune classée par l'ARS en :

- Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP)
- Zone d'Action Complémentaire (ZAC)
- Zone de vigilance
- Ne sait pas

5. Date de reconnaissance en MSP de votre structure ? ___/___/_____

6. Nombre d'habitants dans le territoire d'intervention de votre MSP ?

|_|_|_|_|_|_|_|

7. Distance en km entre votre MSP et le service d'urgence hospitalier le plus proche ? |_|_|_|_|

8. Votre MSP a-t-elle souscrit à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) ?

Oui

Non

9. Nombre de médecins généralistes exerçant dans votre MSP ?

|_|_|_| installés

|_|_|_| collaborateurs

|_|_|_| assistants

|_|_|_| remplaçants

|_|_|_| internes

10. Parmi ces médecins généralistes (à l'exclusion des internes), combien exercent des activités de soins (consultations et visites au domicile) dans le cadre libéral pendant plus de 33h/semaine ? (sur une base de 5,3 semaines de congés par an)

|_|_|_|

11. Parmi ces médecins généralistes, combien sont maîtres de stage pour les internes ? |_|_|_|_|

12. Parmi ces médecins généralistes, combien réalisent des consultations non programmées (= consultations sans rdv ou sur rdv pris dans un délai <24h) ?

|__|__| installés

|__|__| collaborateurs

|__|__| assistants

|__|__| remplaçants

|__|__| internes

13. Lieu pour les consultations de médecine générale non programmées ?

Salle dédiée

Cabinet du médecin généraliste

Les deux

14. Possibilité d'accès à des consultations de médecine générale non programmées chaque jour ouvré (= du lundi au samedi) en dehors des horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA) dans votre MSP ?

Oui

Non

15. Si non à la question 14, orientation des patients ?

Un confrère généraliste qui fait partie de votre CPTS mais pas de votre MSP

Un confrère généraliste qui ne fait pas partie de votre MSP ni de votre CPTS

Un service d'urgence hospitalier

Appel au centre 15

Autre :

16. Planning d'organisation des médecins généralistes pour les consultations non programmées dans votre MSP ?

- Oui
- Non

17. Si oui à la question 16, comment s'organise le planning ?

- Par plage(s) horaire(s) dédiée(s)
- Par demi-journée(s)
- Par journée(s)

18. Comment un patient peut-il obtenir une consultation de médecine générale non programmée dans votre MSP ?

- Par téléphone : secrétaire médical présent physiquement dans votre MSP
- Par téléphone : secrétaire médical à distance de votre MSP
- Par téléphone : médecin généraliste directement joignable par le patient
- Sur place
- Par internet : plateforme de prise de rendez-vous en ligne

19. Possibilité de contacter votre MSP pour une demande de consultation de médecine générale non programmée pendant toute la période de recours non incluse dans le dispositif de PDSA (= de 8h à 20h du lundi au vendredi et de 8h à 12h le samedi matin)

- Oui
- Non

20. Si non à la question 19, orientation des patients ?

- Un confrère généraliste qui fait partie de votre CPTS mais pas de votre MSP
- Un confrère généraliste qui ne fait pas partie de votre MSP ni de votre CPTS
- Un service d'urgence hospitalier
- Appel au centre 15
- Autre :

21. Quels sont les facteurs favorisant l'organisation des consultations de médecine générale non programmées dans votre MSP ?

22. Quels sont les facteurs limitant l'organisation des consultations de médecine générale non programmées dans votre MSP ?

Annexe 3 : lettre accompagnant le questionnaire

Cher confrère,

Vous avez été invité à participer à un questionnaire.

Celui-ci est intitulé :

"Organisation des consultations de médecine générale non programmées en MSP"

En tant qu'interne de médecine générale dans les Hauts-de-France, je me permets de vous solliciter pour mon travail de thèse.

L'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement de la population et le virage ambulatoire entraînent une augmentation de la demande de consultation de médecine générale non programmée.

Hors, le nombre de médecins généralistes diminue et sa répartition est inégale y compris à l'échelle infra-départementale. De plus, les jeunes générations de médecins généralistes aspirent à une meilleure qualité de vie passant par une moindre amplitude horaire de travail.

Une des conséquences de cette situation est le recours excessif aux services d'urgence hospitaliers.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont une des réponses à la prise en charge des consultations de médecine générale non programmées en mutualisant les moyens humains et techniques nécessaires.

L'objet de mon travail de thèse est de recenser l'organisation des consultations de médecine générale non programmées dans les MSP de la région Hauts-de-France dans le but de connaître les facteurs favorisant et les facteurs limitant cette organisation.

Ce questionnaire est anonyme. Il s'adresse au médecin généraliste leader de la MSP ou à défaut à un autre médecin généraliste de la MSP.

Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à mon travail.

Pour participer, veuillez cliquer sur le lien ci-dessous.

Cordialement,

Aline Berthe (alinerberthe0@gmail.com)

Cliquez ici pour remplir ce questionnaire :
{SURVEYURL}

Si vous ne souhaitez pas participer à ce questionnaire et ne souhaitez plus recevoir aucune invitation, veuillez cliquer sur le lien suivant :
{OPTOUTURL}

Annexe 4 : lettre de relance

Cher confrère,

Vous avez été invité à participer à un questionnaire récemment.

Nous avons pris en compte que vous n'avez pas encore complété le questionnaire, et nous vous rappelons que celui-ci est toujours disponible si vous souhaitez participer.

Le questionnaire est intitulé :

"Organisation des consultations de médecine générale non programmées en MSP"

En tant qu'interne de médecine générale dans les Hauts-de-France, je me permets de vous solliciter pour mon travail de thèse.

L'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement de la population et le virage ambulatoire entraînent une augmentation de la demande de consultation de médecine générale non programmée.

Hors, le nombre de médecins généralistes diminue et sa répartition est inégale y compris à l'échelle infra-départementale. De plus, les jeunes générations de médecins généralistes aspirent à une meilleure qualité de vie passant par une moindre amplitude horaire de travail.

Une des conséquences de cette situation est le recours excessif aux services d'urgence hospitaliers.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont une des réponses à la prise en charge des consultations de médecine générale non programmées en mutualisant les moyens humains et techniques nécessaires.

L'objet de mon travail de thèse est de recenser l'organisation des consultations de médecine générale non programmées dans les MSP de la région Hauts-de-France dans le but de connaître les facteurs favorisant et les facteurs limitant cette organisation.

Ce questionnaire est anonyme. Il s'adresse au médecin généraliste leader de la MSP ou à défaut à un autre médecin généraliste de la MSP.

Je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à mon travail.

Pour participer, veuillez cliquer sur le lien ci-dessous.

Cordialement,

Aline Berthe (alinearberthe0@gmail.com)

Cliquez ici pour remplir ce questionnaire :{SURVEYURL}

Si vous ne souhaitez pas participer à ce questionnaire et ne souhaitez plus recevoir aucune invitation, veuillez cliquer sur le lien suivant :{OPTOUTURL}

AUTEUR : Nom : BERTHE

Prénom : Aline

Date de soutenance : 4 juin 2020

Titre de la thèse : Organisation des consultations de médecine générale non programmées en dehors des horaires de la permanence des soins ambulatoires dans les maisons de santé pluriprofessionnelles de la région Hauts-de-France.

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : DES de Médecine générale

Mots-clés : consultations non programmées, soins non programmés, médecine générale, MSP, accès aux soins

Résumé :

Introduction : La demande de consultations non programmées (CNP) de médecine générale en France tend à augmenter depuis plusieurs années. Or, le nombre de médecins généralistes (MG) diminue et leurs conditions d'exercice évoluent. L'objectif principal de notre étude était de recenser l'organisation des CNP de médecine générale en dehors des horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) de la région Hauts-de-France afin d'observer si cette forme de coordination permet cette organisation.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle à visée descriptive de type transversale. Nous avons inclus dans cette étude les 111 MSP en activité en région Hauts-de-France répertoriées sur la cartographie de l'Agence régionale de santé (ARS) de janvier 2019. Pour recueillir les données, nous avons envoyé le 7 juin 2019 un questionnaire élaboré sur la plateforme internet Limesurvey-CEMG au MG leader de la MSP ou à défaut à un autre MG de la MSP par mail.

Résultats : Cinquante-quatre MSP ont été incluses dans l'analyse des questions. Le nombre moyen de MG (à l'exclusion des internes) qui exercent des activités de soins dans le cadre libéral pendant plus de 33h par semaine est de 4 IC95% [3,3 ; 4,7] sur une moyenne de 7,1 MG par MSP. Tous les MG installés réalisent des CNP dans 86,1 IC95% [75, 7 ; 96,4] % des MSP. Tous les remplaçants réalisent des CNP dans 82,1 IC95% [68,0 ; 96,3] % des MSP. Tous les internes réalisent des CNP dans 54,2 IC95% [34,2 ; 74,1] % des MSP. Un accès à des CNP chaque jour ouvré est possible dans 88,4 IC95% [78,8 ; 98,0] % des MSP. Un planning des MG pour les CNP est élaboré dans 51,2 IC95% [36,2 ; 66,1] % des MSP. La mise à disposition d'un secrétariat médical sur place et/ou à distance pour les demandes de CNP a lieu dans 90,7 IC95% [82,0 ; 99,4] % des MSP. Il est possible de contacter 78,6 IC95% [66,2 ; 91,0] % des MSP pour une demande de CNP pendant la période hors PDSA.

Composition du Jury :

Président : Professeur Eric WIEL

Assesseurs : Professeurs Denis DELEPLANQUE et Christophe BERKHOUT

Directeur de thèse : Docteur Laurent TURI