

UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2026

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Perception des Médecins Généralistes Audomarois face à l'ouverture d'une
Maison Médicale de Garde dans les locaux du Centre Hospitalier de la
Région de Saint-Omer.**

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2026 à 16h
au *Pôle Recherche*
par **Corentin BOITEZ**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Charles CAUET

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Yann Lefebvre

AVERTISSEMENT

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

Table des matières

I. INTRODUCTION	8
1. Problématique	10
2. Objectif de l'étude	11
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES	11
1. Type d'étude	11
2. Lieu et contexte	12
3. Population étudiée	12
a. Critères d'inclusion	12
b. Critères d'exclusion	12
4. Stratégie d'échantillonnage et recrutement	13
5. Recueil des données	13
6. Analyse des données	14
7. Suffisance des données	14
8. Considérations éthiques	15
9. Positionnement du chercheur	15
III. RÉSULTATS	16
1. Caractéristiques des participants	16
2. Organisation et fonctionnement de la permanence des soins ambulatoires	17
3. Perception globale de la MMG	17

4.	Impact sur l'activité médicale	18
5.	Parcours patient et lisibilité du système de soins.....	19
6.	Consommation de soins : une tension centrale	20
7.	Accès aux soins et patients sans médecin traitant	21
8.	Relation ville-hôpital	22
9.	Contraintes professionnelles et adhésion des médecins	22
10.	Organisation pratique et fonctionnement de la MMG	23
11.	Économie et financement.....	23
12.	Tableau de résultats.....	25
13.	Modélisation théorique	27
IV.	DISCUSSION.....	28
1.	La MMG comme révélateur des transformations actuelles des soins premiers	28
2.	Une acceptabilité professionnelle contrastée : entre pragmatisme organisationnel et résistance au changement	29
3.	Une réponse pragmatique mais incomplète aux tensions du système de soins	31
4.	La MMG comme interface ville-hôpital : vers une redéfinition des parcours de soins ?	32
5.	Forces et limites de l'étude	34
a.	Forces.....	34
b.	Limites	35
6.	Perspectives d'amélioration.....	36

V. CONCLUSION.....	36
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	39
VII. ANNEXES.....	41

I. INTRODUCTION

En France, l'organisation des soins non programmés (SNP) est marquée par une forte hétérogénéité territoriale, entre gardes libérales, maisons médicales de garde, dispositifs type SOS médecins... De plus, on remarque une pression croissante sur les services d'accueil des urgences (SAU), régulièrement confrontés à un afflux de patients présentant des pathologies relevant du premier recours. Ce phénomène ne s'explique pas uniquement par une insuffisance de l'offre de soins ambulatoires, mais également par la perception d'urgence des patients. Indépendamment de la gravité médicale objective, la douleur, l'anxiété, l'incertitude face aux symptômes, la peur de complications ou encore certaines contraintes sociales participent à une demande de prise en charge immédiate. Cette demande de prise en charge contribue à faire des services d'urgences un lieu de recours rapide, accessible et sécurisant, y compris pour des situations ne relevant pas d'une urgence vitale [1,2,13].

Dans ce contexte, les Maisons Médicales de Garde (MMG) ont été progressivement développées en France afin d'améliorer l'accès aux soins en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux et de participer à la régulation des flux vers les services d'urgences [3,4,6]. Souvent situées à proximité, voire au sein des établissements hospitaliers, elles constituent une interface entre la médecine ambulatoire et l'hôpital. Elles visent à proposer une réponse adaptée aux situations de premier recours, tout en préservant la capacité des services d'urgences à se concentrer sur les prises en charge les plus graves. Leur fonctionnement repose sur une articulation étroite avec la régulation médicale et les acteurs territoriaux des soins primaires [3,6,16].

Plusieurs travaux suggèrent que les MMG contribuent à améliorer l'accès aux soins non programmés et à réduire le recours inapproprié aux services d'urgences [7,8]. Toutefois, ces études mettent également en évidence des limites : une lisibilité parfois insuffisante du dispositif pour les patients, des difficultés de coordination avec la régulation médicale, une hétérogénéité des pratiques de réorientation depuis les urgences, ainsi que des insuffisances dans la transmission des informations vers les médecins traitants [7,8,11]. Ainsi, l'efficacité des MMG apparaît étroitement dépendante de leur intégration dans l'organisation territoriale des soins et de leur appropriation par les professionnels de santé [7,11,14].

Dans l'Audomarois, une MMG a été ouverte en juillet 2024 dans les locaux du Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer (CHRSO), avec pour objectif d'améliorer l'organisation des soins non programmés sur le territoire, en complément du dispositif de permanence des soins ambulatoires existant. Elle vise notamment à répondre à un déficit d'offre sur certains secteurs, en particulier celui de Lumbres, qui ne disposait plus de médecin de garde depuis plusieurs années [10].

Cependant, l'implantation de cette structure ne s'est pas faite sans débat. Si certains médecins généralistes ont perçu la MMG comme une réponse adaptée aux besoins du territoire, d'autres ont exprimé des réserves, voire une opposition, notamment en raison de craintes liées à une possible désorganisation des dispositifs existants, à une modification des pratiques de permanence des soins, ou encore à un risque de surconsommation de soins. Ces prises de position contrastées traduisent des

représentations hétérogènes du rôle de la MMG et interrogent son appropriation par les acteurs de terrain [7,11].

Même si des travaux existent sur l'organisation et l'activité des MMG, peu d'études se sont intéressées au point de vue des médecins généralistes dans le contexte de l'implantation récente d'une MMG sur leur territoire d'exercice. Or, les médecins généralistes sont au centre de l'organisation des soins non programmés. Leur adhésion, leurs représentations et leurs pratiques constituent des déterminants majeurs de l'intégration, du fonctionnement et de la pérennité de ces dispositifs. Il y a un enjeu à comprendre comment les médecins généralistes libéraux s'approprient ou non, ce type de structure, et quelles tensions ou leviers peuvent émerger.

Il semble donc pertinent d'explorer les expériences et les perceptions des médecins généralistes de l'Audomarois vis-à-vis de cette structure récente.

Ces différents éléments soulignent la complexité de l'intégration d'une MMG dans l'organisation territoriale des soins non programmés.

1. Problématique

Si la MMG ambitionne d'améliorer l'accessibilité aux soins et de participer au désengorgement des services d'urgences, son déploiement confronte des logiques organisationnelles et professionnelles parfois divergentes. Son acceptabilité locale et sa pérennité dépendent en grande partie des perceptions des médecins généralistes, notamment concernant son utilité, son articulation avec les dispositifs existants

(régulation médicale, communautés professionnelles territoriales de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles, exercice libéral) ainsi que ses impacts sur les pratiques de soins et l'organisation de la permanence des soins.

2. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'explorer la perception des médecins généralistes audomarois concernant l'ouverture d'une MMG dans les locaux du CHRSO.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Type d'étude

L'étude réalisée était une étude qualitative, inspirée des principes de l'analyse phénoménologique interprétative (Interpretative Phenomenological Analysis – IPA). L'IPA a été choisie afin d'explorer les perceptions des médecins généralistes concernant l'organisation des soins non programmés et en particulier l'ouverture de la MMG.

L'IPA a permis d'explorer plus en détail les expériences individuelles des participants dans le but de dégager des thématiques communes.

L'étude a été réalisée en s'appuyant sur les recommandations COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) adaptées aux études qualitatives par entretiens semi-directifs. (Annexe 2)

2. Lieu et contexte

L'étude a été menée dans l'Audomarois, territoire situé dans les Hauts-de-France. Une MMG a été ouverte en juillet 2024 dans les locaux du CHRSO à Helfaut. Cette structure s'inscrit dans l'organisation territoriale de la permanence des soins ambulatoires et vise à prendre en charge des patients relevant de la médecine générale, notamment ceux initialement orientés vers les urgences.

Elle répond également à un déficit d'offre de soins sur certains secteurs, en particulier celui de Lumbres, qui ne disposait plus de médecin de garde depuis plusieurs années.

3. Population étudiée

Les participants étaient des médecins généralistes exerçant en libéral dans l'Audomarois.

a. Critères d'inclusion

- Médecins généralistes installés sur le territoire de l'Audomarois
- Exerçant en cabinet libéral (seul, en groupe ou en maison de santé pluriprofessionnelle)
- Participant ou non à la permanence des soins ambulatoires
- Acceptant de participer à un entretien enregistré

b. Critères d'exclusion

- Professionnels n'exerçant pas la médecine générale
- Professionnels n'exerçant pas sur le territoire

- Refus de l'enregistrement audio

4. Stratégie d'échantillonnage et recrutement

Un échantillonnage raisonné homogène a été réalisé en s'inspirant des principes de l'IPA. Les participants partageaient un contexte d'exercice comparable sur le territoire audomarois. Une variation des profils a été recherchée (ancienneté d'exercice, type d'exercice, participation à la permanence des soins) afin d'enrichir l'analyse tout en conservant une homogénéité contextuelle.

Afin de respecter les recommandations de l'IPA, le nombre d'entretiens visé était de six à dix participants.

Les participants ont été recrutés par plusieurs canaux :

- Sollicitations via les groupes de messagerie professionnelle de médecins généralistes du territoire
- Sollicitations via la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) audomaroise
- Recrutement complémentaire par effet boule de neige

Les inclusions ont été poursuivies jusqu'à atteindre une suffisance des données.

5. Recueil des données

Les données ont été recueillies par entretiens individuels semi-directifs réalisés par l'investigateur.

Nous avons réalisé les entretiens en présentiel, dans le cabinet des participants. Les entretiens étaient enregistrés, après consentement des participants et duraient entre quinze minutes et une heure.

Afin de guider l'entretien, un guide semi-directif a été réalisé. Il avait pour but d'explorer le vécu des médecins généralistes, et l'impact de la MMG sur leur activité, la prise en charge des patients, ainsi que leurs réticences. (Annexe 1)

6. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits intégralement et anonymisés.

L'analyse a été conduite selon les étapes de l'analyse phénoménologique interprétative :

- lecture approfondie et immersion dans les données
- annotations initiales (descriptives, linguistiques et interprétatives)
- identification de thèmes émergents pour chaque entretien
- regroupement en catégories thématiques
- analyse transversale des convergences et divergences entre les participants

Une triangulation a été réalisée par un second lecteur afin de renforcer l'analyse. Les divergences d'interprétation ont été discutées jusqu'à obtention d'un consensus.

7. Suffisance des données

Les inclusions ont été poursuivies jusqu'à atteindre une suffisance des données, définie comme le moment où l'analyse des nouveaux entretiens n'apportait plus d'éléments thématiques substantiellement nouveaux. La suffisance a été évaluée de manière continue au cours du recueil et de l'analyse concomitante des entretiens.

Lors des derniers entretiens, aucun nouveau thème majeur n'émergeait. Les données recueillies ont permis de confirmer, préciser et nuancer les thématiques des premiers entretiens. C'est ainsi que la suffisance des données a été considérée comme atteinte.

8. Considérations éthiques

Les participants ont reçu une information orale concernant les objectifs et les modalités de l'étude et ont donné leur consentement avant la réalisation des entretiens.

Par mesure de confidentialité et conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), les données recueillies ont été anonymisées.

Les participants pouvaient se retirer de l'étude à tout moment sans justification.

9. Positionnement du chercheur

L'investigateur étant impliqué dans le fonctionnement de la MMG, notamment par sa participation aux gardes et son rôle organisationnel, cette proximité pouvait constituer une source de biais dans le recueil et l'interprétation des données. Un travail réflexif a été mené tout au long du recueil et de l'analyse afin de prendre en compte les représentations et l'implication préalable du chercheur dans le dispositif étudié. Afin de limiter cet impact, une attention particulière a été portée à la neutralité lors des

entretiens, ainsi qu'à la confrontation des analyses avec un second lecteur extérieur au recueil de données.

III. RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants

Dans cette étude, sept médecins généralistes ont été inclus, dans le but d'avoir une diversité d'âge, d'ancienneté d'installation et de modes d'exercice (cabinet de groupe, maison de santé pluriprofessionnelle ou cabinet individuel). Tous participaient à la permanence des soins ambulatoires.

Trois positions concernant la MMG se dégagèrent : favorables (n=2), nuancées (n=4) et opposées (n=1).

Participant	Sexe	Âge (approximatif)	Années d'installation	Type d'exercice	Participation PDSA	Position vis- à-vis de la MMG	Durée d'entretiens
P1	F	30	~1 an	Groupe	Oui	Nuancé	15 min
P2	H	55	~25 ans	Groupe	Oui	Nuancé	15 min
P3	H	60	~30 ans	Groupe	Oui	Nuancé	45 min
P4	H	60	~30 ans	MSP	Oui	Nuancé	20 min
P5	F	55	~20 ans	MSP	Oui	Opposée	40 min
P6	H	40	10 ans	MSP	Oui	Favorable	15 min
P7	H	40	~8-10 ans	Seul	Oui	Favorable	40 min

2. Organisation et fonctionnement de la permanence des soins ambulatoires

L'organisation de la permanence des soins ambulatoires est décrite comme peu efficiente, en particulier en semaine. Les discours convergent vers une activité jugée très faible, certains évoquant « *un patient tous les trois gardes* » (P6) ou encore que « *la semaine, on n'est quasiment pas sollicités* » (P4).

On observe donc voir une inadéquation entre l'offre qui est présente, et la faible demande observée en semaine.

D'après plusieurs participants « *ça ne change rien parce qu'on ne fait rien en semaine* » (P6), cela montre une inadéquation entre l'offre proposée en médecine libérale et une demande qui semble davantage de reporter sur les urgences.

De plus, une perte d'attractivité des gardes est rapportée, liée à la fatigue professionnelle et à l'évolution des conditions d'exercice, certains estimant que « *les gens sont fatigués, ils n'ont plus envie* » (P5).

3. Perception globale de la MMG

Les médecins favorables décrivent la MMG comme une réponse pragmatique aux difficultés du système, notamment pour le désengorgement des urgences. Elle est

perçue comme « une réponse parmi d'autres » (P6), permettant « d'avoir un avis médical rapidement » (P6). Son utilité territoriale est également soulignée, notamment dans des zones auparavant dépourvues d'offre de garde, où « *il n'y avait plus du tout de médecin de garde* » (P7).

Les participants opposés le sont pour plusieurs raisons. Selon eux, la MMG favorise le « *consumérisme médical* » (P5) et remet en cause le modèle libéral actuel, de plus, il persiste une « *peur que ça devienne obligatoire* » (P4), même cette évolution n'a jamais été évoquée.

La majorité des participants adoptent cependant des discours plus nuancés, en effet, ils reconnaissent l'intérêt du dispositif mais mettent également en évidence les limites de celui-ci. La MMG est considérée comme « *une réponse partielle au problème d'accès aux soins* » (P6), sans vocation au suivi, puisque « *ça reste de l'aigu, pas du chronique* » (P7).

La MMG montre donc des représentations divergentes du rôle du médecin, avec d'une part des médecins ouverts aux changements de modèle et à l'adaptation des pratiques et d'autre part une vision plus « traditionnelle » de la médecine générale.

4. Impact sur l'activité médicale

L'impact de la MMG sur l'activité médicale libérale apparaît limité sur le plan quantitatif, du moins dans la perception que les participants en ont. Les médecins interrogés n'ont

remarqué « *aucune différence* » (P6) et une activité « *relativement similaire* » (P6) avant et après sa mise en place.

En revanche, une redistribution des flux est décrite. L'activité dépend des modalités d'organisation, certains soulignant que « *ça dépend des créneaux que tu proposes* » (P4). Cette redistribution correspond à un transfert partiel des consultations non programmées vers la MMG, certains patients « *allant directement là-bas plutôt que d'attendre un rendez-vous* » (P5).

Ainsi, la MMG apparaît comme un outil de réorganisation des flux plutôt que de création d'activité, certains rappelant que « *les patients auraient consulté de toute manière* » (P6).

5. Parcours patient et lisibilité du système de soins

Les entretiens mettent en évidence une difficulté majeure des patients à comprendre l'organisation des soins non programmés. Les participants décrivent une confusion importante du parcours de soins, comme l'exprime un participant : « *Il y a vraiment un flou là-dessus. Entre les numéros, entre les tours de garde, tel ou tel médecin, la maison médicale de garde, les gens ne savent pas où aller.* » (P7)

Cette illisibilité est liée à la multiplicité des points d'entrée, certains évoquant « *tous des numéros différents* » (P7) et « *un vrai flou* » (P7). Les patients apparaissent ainsi « *perdus entre tous les numéros* » (P1).

Cette confusion chez les patients semble expliquer les comportements. En effet, les urgences restent une porte d'entrée privilégiée, car « *c'est ce qu'ils connaissent le mieux* » (P1).

La MMG se présente donc comme une solution, même si elle ne semble pas clairement identifiée par le patient, en effet, la plupart « *ne font pas la différence entre urgences et MMG* » (P7).

Dans les différents entretiens, on peut identifier des interrogations concernant l'évolution future des comportements de recours aux soins.

6. Consommation de soins : une tension centrale

Trois positions émergent concernant l'impact de la MMG sur la consommation de soins.

On observe que pour beaucoup d'interrogés « *comme c'est gratuit, les gens viennent plus facilement* » (P4). C'est donc, selon eux, l'absence d'avance de frais qui favoriserait ce consumérisme médical.

Pour d'autres, la MMG n'augmente pas la consommation, mais redirige le flux de patients. En effet, « *les patients auraient consulté de toute manière* » (P6), il s'agit de « *gens qui seraient allés aux urgences* » (P6).

Une position nuancée souligne que l'évolution sociétale est à l'origine de ces comportements, notamment l'immédiateté des attentes et l'anxiété, car « *les gens veulent être rassurés rapidement* » (P1).

La MMG occupe donc une place centrale entre régulation du flux de patients et réponse à des demandes de soins en constante augmentation.

7. Accès aux soins et patients sans médecin traitant

L'accès aux soins constitue un enjeu majeur, en particulier pour les patients sans médecin traitant. Ces situations sont décrites comme fréquentes, certains patients « *n'ayant pas d'autre solution* » (P6).

Pour ces patients, la MMG apporte une solution, qui n'est pas idéale mais qui permet une prise en soins. En effet, « *au moins ils ont un médecin en face d'eux* » (P6), en opposition avec les solutions de télémédecine, qui ne permettent pas d'examiner les patients.

Cependant, ses limites sont importantes, notamment en l'absence de suivi, certains évoquant une « *double peine* » (P4) et le fait qu'« *il n'y a pas de suivi derrière* » (P3).

La MMG constitue ainsi une réponse ponctuelle à une problématique d'accès aux soins et à un nombre très important de patients sans médecin traitant ou avec des créneaux disponibles jugés trop lointains.

8. Relation ville–hôpital

La MMG est perçue comme un espace d'interface entre ville et hôpital. Elle participe au désengorgement des urgences, permettant de « décharger un bon paquet de consultations » (P7).

La proximité avec les urgences facilite la réorientation, certains indiquant que « *la réorientation est beaucoup plus facile parce que c'est sur place* » (P7).

Toutefois, cette collaboration s'inscrit dans un contexte de tensions historiques, avec des résistances initiales, certains rappelant que « *les médecins étaient opposés au départ* » (P6).

La MMG favorise ainsi une coopération partielle, sans gommer les différences de fonctionnement.

9. Contraintes professionnelles et adhésion des médecins

L'adhésion au dispositif repose sur le volontariat. Un refus marqué de toute contrainte est exprimé, avec une « peur de la contrainte » et l'idée que « *ça ne passera plus si c'est obligatoire* » (P2).

La fatigue professionnelle est également un facteur important, certains déclarant ne « *plus avoir l'énergie* » (P4).

Un clivage générationnel apparaît, les médecins plus jeunes adoptant une approche plus pragmatique, considérant que « *ça fait partie de l'évolution du métier* » (P1). Cette opposition est illustrée par certains participants décrivant des confrères « *très attachés à leur fonctionnement à l'ancienne de leur tour de garde dans leur cabinet.* » (P7)

10. Organisation pratique et fonctionnement de la MMG

Le fonctionnement de la MMG est globalement jugé satisfaisant par plusieurs participants qui estiment que « *ça tourne bien* » (P6) et que l'organisation est adaptée aux besoins actuels.

Le suivi médical est pour certains un axe d'amélioration, car ils n'ont « *pas forcément de retour sur ce qui a été fait* » (P3). On pourrait donc améliorer la communication entre professionnels et la coordination.

Enfin, une crainte de saturation est évoquée en cas d'augmentation de la demande, certains estimant que « *si la demande augmente, ça peut vite devenir compliqué* » (P2).

11. Économie et financement

La question du financement de la MMG fait l'objet de positions contrastées. Certains participants défendent l'absence d'avance de frais, considérée comme un levier

d'accès aux soins, estimant que « *ça ne me choque pas* » (P6) et que « *ça permet à tout le monde de consulter* » (P1).

Pour d'autres cela favorise la surconsommation de soins : « *comme c'est gratuit, les gens viennent plus facilement* » (P4) et cela « *pousse à consulter* » (P5).

Une position plus nuancée est davantage présente, synthétisant les avis plus tranchés : « *c'est bien pour l'accès aux soins, mais ça peut aussi modifier les comportements* » (P2).

12. Tableau de résultats

Thème principal	Constat central	Tension/interprétation
Organisation de la PDSA	Faible activité des gardes de semaine, organisation jugée peu efficiente	Remise en question du modèle historique de garde en cabinet
Perception de la MMG	Dispositif perçu comme utile mais diversement accepté	Opposition entre approche pragmatique et attachement au modèle libéral traditionnel
Parcours patient	Système peu lisible pour les patients	Multiplication des portes d'entrée : 15, CRRAL, urgences, MMG, médecin traitant
Consommation de soins	Risque de surconsommation discuté	Canalisation d'une demande existante versus création d'une demande nouvelle
Accès aux soins	Rôle de recours pour les patients sans médecin traitant	Réponse ponctuelle mais absence de suivi longitudinal
Ville-hôpital	Interface utile avec les urgences	Coopération facilitée mais tensions persistantes
Adhésion des médecins	Importance du volontariat	Acceptabilité conditionnée par l'absence de contrainte

La MMG : dispositif tampon au cœur des tensions

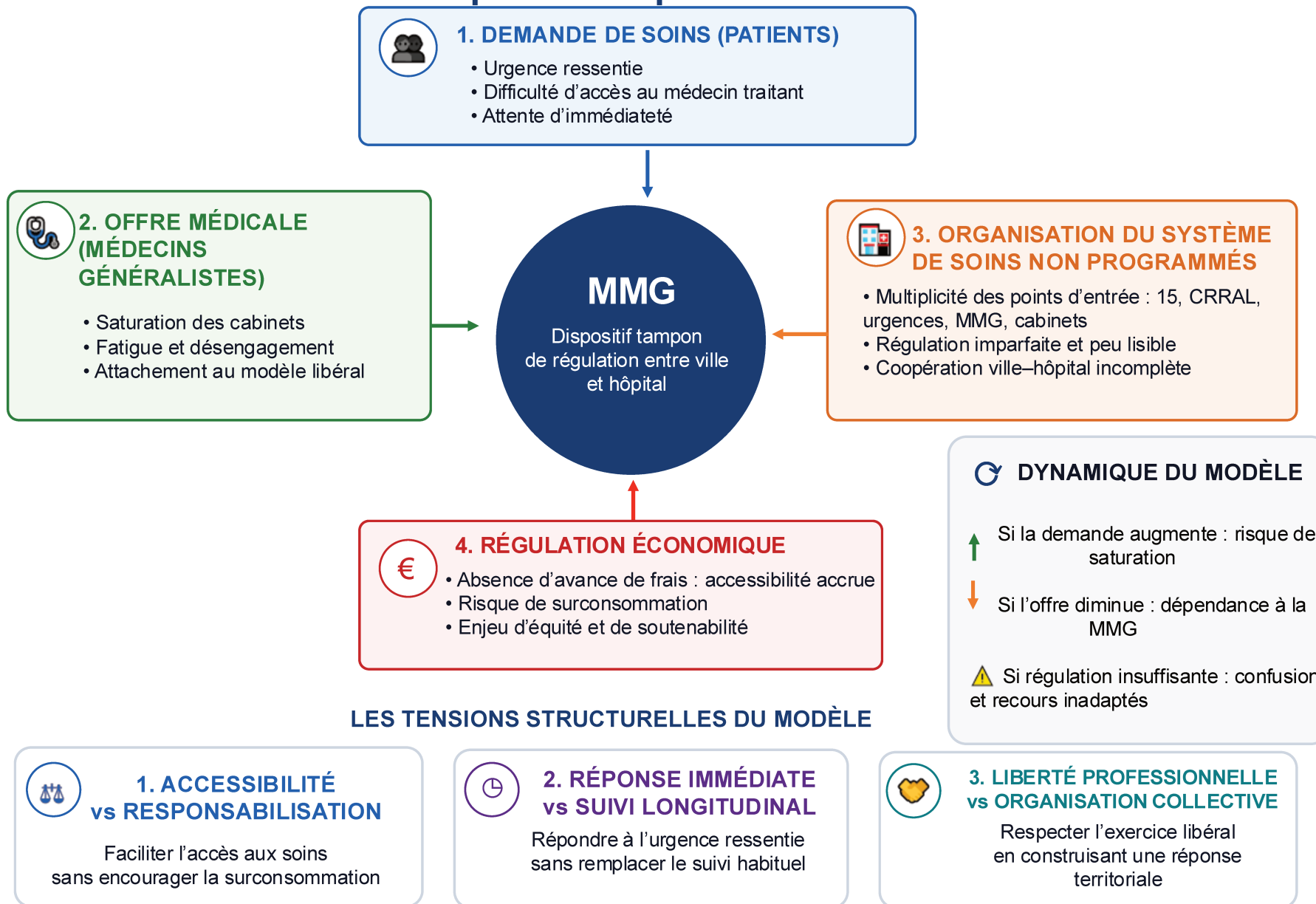


Figure 1. Modélisation théorique des perceptions des médecins généralistes audomarois face à l'ouverture de la MMG

13. Modélisation théorique

Ce modèle théorique repose sur les principaux thèmes identifiés lors de l'analyse des entretiens. Il met en évidence l'articulation entre une demande de soins croissante, liée à des difficultés d'accès aux soins primaires et à une attente d'immédiateté des patients, et une offre médicale contrainte, marquée par la saturation des cabinets et le désengagement progressif des médecins vis-à-vis de la permanence des soins.

La MMG est au cœur de ce système, et joue un rôle de régulation. Elle redistribue les flux de soins non programmés avec une réorientation d'une partie des patients qui étaient initialement destinés à se présenter aux urgences.

Ce modèle nous permet d'identifier les tensions entre accessibilité financière et responsabilisation des patients, entre réponse immédiate et absence de suivi mais aussi entre liberté professionnelle et organisation collective.

En pratique, une grande majorité des patients vus à la MMG sont des patients s'étant présentés aux urgences. Elle ne résout donc pas, à elle seule, les difficultés d'accès aux soins, mais limite la surcharge des services d'urgences, elle redistribue une partie des flux de patients, des urgences vers la MMG

IV. DISCUSSION

1. La MMG comme révélateur des transformations actuelles des soins premiers

Cette étude met en évidence que la MMG ne constitue pas seulement un nouvel outil organisationnel de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), mais qu'elle s'inscrit plus largement dans les transformations actuelles des soins premiers.

Les discours recueillis traduisent un contexte marqué par une augmentation des recours aux soins non programmés, une saturation croissante des services d'urgences et une diminution progressive de la disponibilité médicale ambulatoire. Ces constats rejoignent les données nationales rapportées par la DREES et la Haute Autorité de Santé concernant les difficultés d'accès aux soins et l'augmentation continue des recours aux urgences [1,3,13].

Les participants décrivent notamment une inadéquation croissante entre le fonctionnement historique de la PDSA et les besoins actuels du territoire. Plusieurs médecins soulignent la faible activité des gardes de semaine en cabinet, parfois limitée à quelques consultations isolées, remettant en question la pertinence du modèle traditionnel reposant sur des gardes dispersées entre cabinets médicaux. Ces observations rejoignent d'autres travaux portant sur l'évolution de la PDSA en France [6,9,14].

La MMG permet donc d'optimiser les ressources médicales et son implantation au sein du CHRSO facilite grandement la réorientation des patients depuis les urgences vers la MMG.

L'activité de la MMG est également symptomatique des difficultés d'accès au médecin traitant, qui s'aggravent, avec des patients sans médecin traitant depuis parfois plusieurs années. Ces consultations sont donc le point d'entrée de ces patients dans le système de soins.

On peut donc s'interroger sur les limites du dispositif. La vocation initiale étant de gérer des situations de premier recours et non de pallier l'absence de consultation chez le médecin traitant.

2. Une acceptabilité professionnelle contrastée : entre pragmatisme organisationnel et résistance au changement

L'un des principaux enseignements de cette étude concerne l'hétérogénéité des représentations professionnelles de la MMG.

Trois grands profils de perception ont été retrouvés : des discours favorables, nuancés et opposés. Toutefois, au-delà de cette diversité apparente, les entretiens mettent surtout en évidence deux conceptions différentes de l'exercice de la médecine générale.

Dans notre échantillon, les médecins les plus jeunes apparaissent globalement plus favorables à la MMG. Ils décrivent le dispositif comme une réponse pragmatique aux contraintes actuelles du système de soins, permettant une organisation plus collective et plus coordonnée des soins non programmés. Leur discours s'inscrit dans une vision

moderne de la médecine générale, davantage tournée vers l'exercice regroupé, la mutualisation des contraintes et l'organisation territoriale des soins.

Les médecins plus expérimentés sont quant à eux plus réticents concernant la MMG. Ils sont souvent beaucoup plus attachés au fonctionnement historique de la PDSA, avec des gardes dans leurs cabinets et probablement une conception plus individualiste de la médecine générale libérale.

La MMG n'est probablement qu'un symptôme des changements de la médecine générale. Elle traduit l'évolution des pratiques avec de nouvelles générations ayant des attentes et des modes de pratique différents. Plusieurs travaux ont déjà montré que les jeunes médecins sont davantage attirés par les exercices coordonnés, les maisons de santé pluriprofessionnelles et les dispositifs collectifs de soins [5,12,17].

Cette étude montre que deux modèles professionnels s'opposent : un modèle plus « ancien » basé sur l'autonomie individuelle du praticien et un modèle plus « moderne », plutôt basé sur la coordination et les organisations collectives.

Cette étude montre également l'importance du volontariat, qui reste une condition à l'adhésion des médecins au dispositif. En effet, la peur d'une évolution vers quelque forme de coercition que ce soit est fréquemment évoquée.

3. Une réponse pragmatique mais incomplète aux tensions du système de soins

Les résultats suggèrent que la MMG constitue une réponse pragmatique aux difficultés actuelles des soins non programmés, sans permettre de résoudre les déterminants structurels de ces tensions.

Plusieurs participants considèrent que la MMG participe efficacement au désengorgement des urgences, notamment grâce à la réorientation des patients présentant des pathologies relevant de la médecine générale. Ces résultats rejoignent ceux de plusieurs travaux ayant montré l'intérêt des MMG hospitalières dans la redistribution des flux de patients [7,8]. Cependant, une des oppositions majeures reste liée à la consommation de soins.

La facilité d'accès à la MMG combinée à l'absence d'avance de frais est pour certains participants la cause de ce « consumérisme médical ». C'est également l'évolution de la société, dans laquelle on observe une volonté d'immédiateté et une faible tolérance à l'incertitude médicale. Plusieurs médecins décrivent des patients recherchant rapidement une réassurance médicale, souvent pour des situations peu graves.

D'autres participants estiment que la MMG ne crée pas de nouvelle demande de soins. Selon eux, la MMG redistribue le flux de patients consultants aux urgences vers la MMG. Elle permet d'offrir une réponse plus adaptée à ces demandes de soins urgents qu'un passage aux urgences.

On peut donc se questionner sur l'augmentation des recours aux soins. Plusieurs facteurs semblent causer cette augmentation : les difficultés d'accès aux soins primaires, l'urgence ressentie avec la nécessité d'une réassurance rapide, une moindre tolérance à l'incertitude et la recherche d'une réponse médicale facilement accessible [1,2,13].

Beaucoup de participants observent des consultations urgentes pour des symptômes peu ou pas graves, jugés inquiétants par les patients. La MMG a donc pour rôle de réguler les passages aux urgences et de répondre à cette demande d'immédiateté. Elle ne crée pas une demande nouvelle mais apporte une réponse à ces urgences ressenties.

L'absence de continuité de soins semble être l'une des principales limites de la MMG. En effet, un suivi correct des patients ne peut être effectué en MMG, elle ne permet de répondre qu'à des problématiques ponctuelles. Cette limite est particulièrement marquée chez les patients sans médecin traitant, pour lesquels la MMG constitue parfois une solution transitoire mais insuffisante.

C'est pourquoi la MMG apparaît comme un outil de réorganisation des flux de soins plutôt que comme une solution globale aux difficultés structurelles du système de santé.

4. La MMG comme interface ville-hôpital : vers une redéfinition des parcours de soins ?

Cette étude montre également que la MMG permet de créer un lien entre médecine de ville et médecine hospitalière, en particulier les services d'urgences, avec très souvent des relations quasi inexistantes.

Certains participants ont souligné que la proximité de la MMG avec l'accueil des urgences était un point positif. Elle permet de réorienter les patients se présentant aux urgences pour des motifs relevant de consultations de médecine générale vers la MMG. De plus, en cas de situation nécessitant un transfert de la MMG vers les urgences, la réorientation est aisée. Cette organisation favorise donc la coopération entre les médecins urgentistes et les médecins généralistes participant à la MMG.

Ces résultats sont cohérents avec les travaux portant sur les MMG hospitalières, qui mettent en avant leur rôle potentiel dans l'amélioration de l'articulation ville-hôpital [7,14,16].

Malgré cette coopération naissante, des participants soulignent le contexte historique de la région, avec un refus catégorique de la part des médecins libéraux, de la création d'une MMG. En effet, il persiste une peur du changement de l'activité du médecin généraliste libéral. Les raisons profondes restent cependant assez peu expliquées par les participants.

L'étude souligne également une difficulté importante concernant la lisibilité du système de soins non programmés. Les participants décrivent des patients souvent perdus entre les différents dispositifs existants : médecin traitant, SAS (Service d'accès aux

soins), CRRAL (Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux), urgences, MMG ou téléconsultation.

Ainsi, si la multiplication des dispositifs vise à améliorer l'accessibilité aux soins, elle semble également complexifier les parcours des patients. Dans ce contexte, les urgences restent fréquemment le recours le plus identifiable pour la population.

L'absence de courrier de sortie, comme aux urgences, est la cause d'un manque de transmission de l'information médicale. Il semble nécessaire qu'un courrier soit rédigé, en particulier lorsqu'une situation nécessite un suivi ou une réévaluation par le médecin traitant.

Pour fonctionner, la MMG doit s'intégrer dans le parcours de soins. C'est un déterminant majeur de son efficacité mais aussi de sa pérennité. L'intégration doit se faire entre la régulation médicale, les urgences et le médecin traitant, lorsqu'il existe.

5. Forces et limites de l'étude

a. Forces

Cette étude présente plusieurs points forts.

L'approche qualitative inspirée de l'IPA apparaît particulièrement adaptée à l'exploration du vécu, de l'expérience et des émotions des médecins généralistes concernant un dispositif récent et encore peu étudié.

La diversité des profils rencontrés a permis de mettre en évidence des points communs forts mais également des perceptions beaucoup plus opposées, notamment selon l'ancienneté d'exercice et le rapport à la PDSA.

Pour limiter les biais d'interprétation et renforcer l'analyse, une triangulation des données a été effectuée.

Enfin, cette étude s'intéresse à une problématique très actuelle des soins premiers, dans un contexte territorial concret et directement concerné par les tensions d'accès aux soins.

b. Limites

Plusieurs limites doivent être soulignées :

- 1) L'absence de participation de médecins du secteur de Lumbres constitue une limite importante, ce territoire étant pourtant directement concerné par l'ouverture de la MMG en raison de l'absence antérieure de permanence des soins.
- 2) La taille de l'échantillon ne permet pas de généraliser les résultats.
- 3) Un biais de sélection est également possible, les médecins les plus opposés au dispositif ayant potentiellement été moins enclins à participer à l'étude.
- 4) La participation de l'investigateur au fonctionnement de la MMG pouvait constituer une source de biais dans le recueil et l'analyse des données. Une

attention particulière a donc été portée à la réflexivité du chercheur et à la confrontation des analyses avec un second lecteur.

6. Perspectives d'amélioration

Des perspectives d'amélioration émergent de cette étude, tout d'abord en améliorant l'information auprès des patients mais aussi des professionnels de santé afin d'expliquer les modalités de recours à la MMG et en rappelant les numéros de régulation.

Un autre axe d'amélioration serait l'envoi systématique d'un courrier, via messagerie sécurisée par exemple, au médecin traitant du patient. Cela permettrait d'améliorer la transmission d'informations médicales.

Cette étude montre que la MMG a désormais une place dans l'organisation des soins premiers et des soins non programmés dans l'Audomarois. Il serait cependant judicieux d'avoir une réflexion plus globale sur l'organisation territoriale des soins pour préciser son rôle.

Des études complémentaires pourraient être réalisées auprès des patients afin d'explorer leur compréhension du dispositif et leurs motivations de recours. Des travaux quantitatifs permettraient également d'évaluer plus précisément l'impact de la MMG sur les flux de patients et les recours aux urgences.

V. CONCLUSION

Cette étude qualitative a permis d'explorer les perceptions des médecins généralistes de l'Audomarois concernant l'ouverture de la MMG adossée au CHRSO.

Les résultats mettent en évidence des visions différentes. Certains y voient une réponse à la problématique de soins actuelle, en particulier pour répondre à l'augmentation croissante des passages aux urgences, alors que d'autres craignent une modification du système actuel de la PDSA. La peur du changement de leur pratique reste très présente chez une partie des interrogés.

On peut voir parmi les interrogés un clivage générationnel. Dans l'échantillon, les plus jeunes semblent davantage favorables à ces nouvelles structures alors que les médecins plus expérimentés restent beaucoup plus réservés. Il y a un attachement très fort d'une partie des participants au modèle actuel avec un exercice individuel et une conception du métier centrée sur l'autonomie.

On a pu mettre en évidence la consommation de soins comme une tension majeure. Un accès facile et gratuit est, pour certains, un facteur de surconsommation, facilitant les consultations non urgentes ou relevant de médecine générale. Pour d'autres, ces consultations auraient eu lieu, le plus souvent aux urgences. Ces participants considèrent que la MMG permet donc de mieux orienter ces demandes.

La MMG montre les difficultés du système de soins, avec une augmentation de la demande de consultations, urgentes ou non, et une diminution d'accès aux consultations de médecine générale. De plus, on peut remarquer une évolution de la

société avec la volonté de réponse immédiate. Ce dispositif répond donc à un besoin, mais révèle également les limites de l'organisation des soins premiers.

On peut donc conclure que l'acceptabilité de la MMG serait liée à plusieurs conditions : le maintien du volontariat, une amélioration de la coordination entre médecins urgentistes et médecins généralistes, une meilleure transmission des informations médicales et une clarification du parcours de soins pour les patients.

La MMG constitue à ce jour une réponse imparfaite à l'augmentation de la demande de soins et aux difficultés d'accès aux soins. Cependant, elle ne compensera pas le manque de temps médical, ni les difficultés d'accès aux soins. Sa pérennité dépendra donc de son intégration dans l'organisation territoriale et de la coordination avec les différents professionnels du secteur.

VI. **BIBLIOGRAPHIE**

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Passages aux urgences entre 2017 et 2023 : des dynamiques contrastées selon les caractéristiques des patients et des territoires [Internet]. Paris: DREES; 2024 déc [cité 2025 juin 18]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>
2. Observatoire Régional des Urgences Hauts-de-France. Fréquentation des services d'urgences en région Hauts-de-France : état des lieux [Internet]. Lille: ORU Hauts-de-France; 2022 [cité 2025 juin 18]. Disponible sur: <https://www.oru-hdf.fr>
3. Haute Autorité de Santé. Organisation de la réponse aux soins non programmés en ville [Internet]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020 [cité 2025 juin 24]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
4. Ministère des Solidarités et de la Santé. Pacte de refondation des urgences [Internet]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019 [cité 2025 juin 24]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr>
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2024 [Internet]. Paris: CNOM; 2024 [cité 2025 sept 12]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr>
6. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Organisation et facturation des soins non programmés en ambulatoire [Internet]. Paris: Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles; 2025 janv 20 [cité 2026 mai 27]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/l-organisation-et-la-facturation-des-soins-non-programmes-en-ambulatoire>
7. Dewilde CE. Appropriation de la maison médicale de garde de Boulogne-sur-Mer par les patients et les médecins : voies d'amélioration [thèse d'exercice]. Lille: Université du Droit et de la Santé; 2014.
8. Le Pechoux M. Consultations dans les maisons médicales de garde du Mans : état des lieux à l'aide de la classification CISP-2 [thèse d'exercice]. Angers: Université d'Angers; 2024.
9. Schmit V. Modalités de la demande de soins en ambulatoire aux heures de la permanence des soins ambulatoires dans le Nord et le Pas-de-Calais [thèse d'exercice]. Lille: Université de Lille; 2019.
10. Videcoq T. Une maison médicale de garde vient d'ouvrir à l'hôpital d'Helfaut [Internet]. La Voix du Nord. 2024 juill 19 [cité 2025 juill 3]. Disponible sur: <https://www.lavoixdunord.fr/1485161/article/2024-07-19/une-maison-medicale-de-garde-vient-d-ouvrir-l-hopital-d-helfaut>
11. Da Cruz A. Motivations et freins des médecins généralistes samariens à la mise en place d'une maison médicale de garde [thèse d'exercice]. Amiens: Université de Picardie Jules Verne; 2018.
12. Bloy G, Schweyer FX. Les jeunes médecins généralistes face aux transformations de l'exercice médical. Rev Fr Aff Soc. 2010;(2-3):123-45.

13. Aubert B, Bourgueil Y, Rochereau T. Les soins non programmés en médecine générale : organisation et enjeux territoriaux [Internet]. Paris: IRDES; 2021 [cité 2025 août 28]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr>
14. Samitier B. Les déterminants du recours aux soins non programmés en médecine générale [thèse d'exercice]. Toulouse: Université Toulouse III Paul-Sabatier; 2021.
15. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser [Internet]. Paris: Cour des comptes; 2014 [cité 2026 avr 16]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr>
16. Direction générale de l'offre de soins. Service d'accès aux soins : dossier de référence [Internet]. Paris: DGOS; 2023 [cité 2025 oct 9]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr>
17. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Comment améliorer l'accès aux soins primaires selon les spécificités des territoires ? In: Barnay T, Samson A-L, Ventelou B, éditeurs. Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis. Paris: Éditions Eska; 2021. Chapitre 11.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé

Introduction

Présentation de l'étude et de ses objectifs.

Information sur le caractère confidentiel et anonymisé des données recueillies.

Recueil du consentement à l'enregistrement audio.

« Cette étude vise à explorer la perception des médecins généralistes concernant l'ouverture de la MMG au sein du CHRSO et son impact sur l'organisation des soins non programmés. »

Contexte d'exercice

Pouvez-vous présenter votre activité actuelle ?

Participez-vous à la PDSA ?

Quel lien avez-vous avec la MMG ?

Perception de la MMG

Comment percevez-vous la MMG depuis son ouverture ?

Répond-elle selon vous à un besoin du territoire ?

Quelle place occupe-t-elle dans l'organisation des soins ?

Relances possibles :

- *Désengorgement des urgences*
- *Accès aux soins*
- *Secteur de Lumbres*

Impact sur la pratique et les patients

La MMG a-t-elle modifié votre pratique ?

Quel impact percevez-vous pour les patients ?

Les patients utilisent-ils la MMG de manière adaptée ?

Relances possibles :

Soins non programmés

Surconsommation de soins

Renouvellements de traitement

Coordination et organisation des soins

Comment percevez-vous l'articulation entre la MMG, la ville et les urgences ?

Le parcours de soins vous paraît-il clair pour les patients ?

Les transmissions d'informations médicales vous semblent-elles satisfaisantes ?

Relances possibles :

Régulation (CRRAL, SAMU)

Courriers médicaux

Coordination ville-hôpital

Limites et perspectives

Quels freins ou difficultés identifiez-vous ?

Quels axes d'amélioration proposeriez-vous ?

Relances possibles :

- *Fonctionnement de la PDSA*
- *Communication*
- *Organisation future*

Question de clôture

« Souhaitez-vous ajouter un élément qui n'aurait pas été abordé au cours de cet entretien ? »

Annexe 2 : Grille COREQ synthétique, adaptée à l'étude

Domaine COREQ	Éléments renseignés dans l'étude
Équipe de recherche et réflexivité	L'investigateur était impliqué dans le fonctionnement de la MMG, notamment par sa participation aux gardes et son rôle organisationnel. Ce positionnement a été explicité dans la partie méthodologique. Un travail réflexif a été mené afin de limiter l'influence de cette proximité sur le recueil et l'analyse des données.
Relation avec les participants	Les participants ont été informés des objectifs de l'étude, du caractère confidentiel des données et de leur droit de se retirer à tout moment. Leur consentement a été recueilli avant la réalisation et l'enregistrement des entretiens.
Échantillonnage	Un échantillonnage raisonné homogène a été réalisé, en cohérence avec l'approche inspirée de l'IPA. Une variation des profils a été recherchée selon l'âge, l'ancienneté d'exercice, le mode d'exercice et le rapport à la permanence des soins ambulatoires.
Contexte du recueil	Les entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés en présentiel, principalement dans les cabinets des participants ou dans un lieu adapté.
Guide d'entretien	Un guide d'entretien semi-directif a été élaboré à partir des objectifs de l'étude et des données de la littérature. Il visait à explorer le vécu des médecins généralistes, leur perception de la MMG, son impact sur leur pratique, ainsi que les freins et leviers à son appropriation.
Enregistrement et retranscription	Les entretiens ont été enregistrés après accord des participants, puis retranscrits intégralement et anonymisés.
Analyse des données	L'analyse a été conduite selon une approche inspirée de l'analyse phénoménologique interprétative, avec lectures répétées, annotations initiales, identification de thèmes émergents, regroupement en catégories thématiques et analyse transversale des convergences et divergences.
Triangulation	Une triangulation a été réalisée avec un second lecteur afin de renforcer la crédibilité de l'analyse. Les divergences d'interprétation ont été discutées jusqu'à obtention d'un consensus.
Suffisance des données	Les inclusions ont été poursuivies jusqu'à suffisance des données. Lors des derniers entretiens, aucun nouveau thème majeur n'émergeait ; les données recueillies permettaient surtout de confirmer, préciser et nuancer les thématiques déjà identifiées.

Présentation des résultats	Les résultats sont présentés par thèmes principaux et illustrés par des verbatims anonymisés. Un tableau synthétique des résultats est intégré au manuscrit et un tableau détaillé est présenté en annexe.
Considérations éthiques	Les données ont été anonymisées et traitées conformément au Règlement Général sur la Protection des Données. Les participants pouvaient se retirer de l'étude à tout moment sans justification.

ANNEXE 3 : Tableau détaillé des résultats

<u>Thème</u>	<u>Convergences</u>	<u>Divergences</u>	<u>Verbatims illustratifs</u>	<u>Interprétation</u>
<u>Organisation PDSA</u>	Activité faible en semaine, ineffcience	Ineffcience semaine vs utilité week-end	« <i>un patient tous les trois gardes</i> » (P6) ; « <i>ça sert à rien</i> » (P4)	Crise du modèle organisationnel de la PDSA
<u>Perception MMG</u>	Intérêt pour désengorger urgences	Opposition idéologique	« <i>réponse parmi d'autres solutions</i> » (P6) ; « <i>consommérisme médical</i> » (P5)	Clivage pragmatique vs modèle libéral
<u>Impact activité</u>	Peu d'impact global	Redistribution variable	« <i>aucune différence</i> » (P6) ; « <i>dépend des créneaux</i> » (P4)	Redistribution des flux de patients
<u>Parcours patient</u>	Confusion des patients	Adaptation pragmatique des patients	« <i>ils savent pas</i> » (P4) ; « <i>pas clair</i> » (P6)	Illisibilité structurelle du système

<u>Consommation soins</u>	Augmentation demandes	Surconsommation vs canalisation	« <i>consomérisme</i> » (P5) ; « <i>consulté de toute manière</i> » (P6)	Tension offre/demande
<u>Accès aux soins</u>	Problème patients sans MT	Filet de sécurité vs absence de suivi	« <i>pas d'autre solution</i> » (P6) « <i>double peine</i> » (P4)	Réponse ponctuelle
<u>Ville-hôpital</u>	Désengorgement urgences	Méfiance persistante	« <i>désengorge</i> » (P4)	Interface utile mais tensions
<u>Contraintes médecins</u>	Refus contrainte	Différences générationnelles	« <i>peur de la contrainte</i> » ; « <i>plus l'énergie</i> » (P4)	Adhésion conditionnée
<u>Fonctionnement MMG</u>	Dispositif adapté	Améliorations possibles	« <i>ça tourne bien</i> » (P6) ; « <i>pas de courrier</i> » (P4)	Organisation efficace mais perfectible
<u>Économie</u>	Accessibilité financière	Risque surconsommation	« <i>ça me choque pas</i> » (P6) ; « <i>pousse à consulter</i> » (P5)	Tension équité/responsabilisation

ANNEXE 4 : Journal de bord

Décembre 2024 :

Le sujet de thèse a émergé dans le contexte des débats locaux autour de l'ouverture d'une Maison Médicale de Garde (MMG) au sein du CHRSO. Plusieurs échanges avec le directeur de thèse ont permis de préciser progressivement la problématique. Initialement, l'idée d'explorer la défiance des médecins vis-à-vis de la MMG avait été évoquée. Cependant, cette approche paraissait trop centrée sur les oppositions et risquait de rendre les entretiens plus difficiles. Il a donc été décidé d'adopter une approche plus large et constructive centrée sur la perception globale des médecins généralistes concernant la création de cette MMG.

Juillet 2025 :

La fiche de thèse a été validée. Une revue de littérature initiale a été réalisée concernant la permanence des soins ambulatoires, les soins non programmés et les maisons médicales de garde. Le choix d'une méthodologie qualitative s'est progressivement imposé afin d'explorer le vécu et les représentations des médecins généralistes.

Août 2025 :

Après plusieurs échanges méthodologiques avec le directeur de thèse, le choix d'une approche inspirée de l'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA) a été retenu. Ce choix visait à privilégier une compréhension approfondie de l'expérience des médecins du territoire plutôt qu'une approche descriptive quantitative.

Le guide d'entretien semi-directif a été élaboré puis retravaillé à plusieurs reprises afin de conserver des questions ouvertes, non orientées et adaptées au terrain. Une attention particulière a été portée à la posture de l'entretien afin de favoriser un climat d'échange libre et non jugeant.

Septembre 2025 :

Le recrutement des participants a débuté via le réseau professionnel local, la CPTS Audomaroise et des échanges directs avec des médecins du territoire. Les premiers entretiens ont permis d'ajuster certaines formulations du guide d'entretien et d'identifier les principaux thèmes émergents : accès aux soins, désengorgement des urgences, organisation territoriale, permanence des soins et résistance au changement.

Octobre 2025 – Janvier 2026 :

Les entretiens semi-directifs se sont poursuivis avec retranscription intégrale des verbatims. L'analyse a été réalisée de manière concomitante au recueil des données. Progressivement, plusieurs thèmes récurrents ont émergé : perception d'une amélioration de l'accès aux soins, articulation entre ville et hôpital, crainte d'une surconsommation de soins, différences générationnelles dans l'adhésion au dispositif et difficultés organisationnelles de la permanence des soins.

Au fil des entretiens, il est apparu que les jeunes médecins semblaient globalement plus favorables à la MMG, tandis qu'une partie des médecins plus anciens restait attachée au fonctionnement historique des gardes en cabinet.

Février – Avril 2026 :

Le calendrier initial a pris du retard en raison des contraintes professionnelles liées à l'activité médicale, du temps nécessaire à la retranscription des entretiens et de l'analyse qualitative. Cette phase a néanmoins permis d'approfondir l'analyse thématique et de consolider les catégories émergentes.

La rédaction des résultats puis de la discussion a progressivement été finalisée à partir des verbatims recueillis et de leur mise en perspective avec la littérature.

Mai 2026 :

Le manuscrit a été relu et finalisé avec mise en forme des annexes et des tableaux d'analyse avant dépôt de la thèse.

AUTEUR : Nom : BOITEZ	Prénom : Corentin
Date de soutenance : 25/06/2026	
Titre de la thèse : Perception des médecins généralistes audomarois face à l'ouverture d'une Maison Médicale de Garde dans les locaux du Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer	
Thèse - Médecine - Lille 2026	
Cadre de classement : Médecine Générale	
DES + FST/option : DES de Médecine Générale	
Mots-clés : Maison médicale de garde ; permanence des soins ; soins non programmés ; médecine générale ; accès aux soins	
Résumé :	
Introduction	:
Dans un contexte de tension croissante sur les services d'urgences et de difficultés d'accès aux soins non programmés, les Maisons Médicales de Garde (MMG) se développent progressivement en France afin d'améliorer l'organisation territoriale des soins. En juillet 2024, une MMG a été ouverte au sein du Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer (CHRSO), suscitant des perceptions contrastées parmi les médecins généralistes du territoire.	
Méthode	:
Une étude qualitative inspirée de l'Analyse Phénoménologique Interprétative (IPA) a été menée auprès de médecins généralistes exerçant dans l'Audomarois. Des entretiens semi-directifs individuels ont été réalisés, retranscrits intégralement puis analysés selon une approche thématique interprétative. Les inclusions ont été poursuivies jusqu'à suffisance des données.	
Résultats	:
Sept médecins généralistes ont été inclus. Trois profils de perception ont émergé : favorable, nuancé et opposé. La MMG était principalement perçue comme un outil participant au désengorgement des urgences et à l'amélioration de l'accès aux soins, notamment sur des secteurs anciennement dépourvus de permanence des soins. Les participants soulignaient également son rôle d'interface entre médecine de ville et hôpital. Cependant, plusieurs tensions ont été identifiées : risque de surconsommation de soins, difficulté de lisibilité du parcours de soins pour les patients, absence de suivi longitudinal et crainte d'une transformation du modèle libéral de permanence des soins. Un clivage générationnel apparaissait également, les médecins les plus jeunes semblant davantage favorables à une organisation collective et territorialisée des soins non programmés.	
Conclusion	:
La MMG apparaît comme une réponse pragmatique aux tensions actuelles des soins premiers, sans toutefois répondre à l'ensemble des problématiques structurelles du système de santé. Son acceptabilité semble dépendre du maintien du volontariat des médecins, de l'amélioration de la coordination ville-hôpital et d'une meilleure lisibilité du parcours de soins pour les patients.	
Composition du Jury :	
Président : Monsieur le Professeur Eric Wiel	
Assesseurs : Monsieur le Docteur Charles Cauet	
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yann Lefebvre	