

# **La place des centres sans rendez-vous dans la prise en charge des soins non programmés**

**Etude de l'évolution des  
organisations libérales de soins  
non programmés en médecine  
générale**

2025



# Sommaire

Avant-propos	1
Le groupe de travail	2
Méthodologie	3
Point démographique	5
<b>1. Les soins non programmés en libéral</b>	<b>9</b>
<b>1.1. Les soins non programmés en cabinet traditionnel</b>	
1.1.1. Une prise en charge des SNP au cabinet	
1.1.2. Réorientation et implication dans l'exercice local	11
1.1.3. Valorisation des SNP	12
<b>1.2. Le Service d'Accès aux Soins</b>	13
<b>1.3. La Permanence des Soins Ambulatoires</b>	14
<b>1.4. Vers une formalisation de centres exclusivement ou en partie aux soins non programmés</b>	19
1.4.1. Les CSNP sous contrats	
1.4.2. L'arrivée de centres de groupes privés	20
<b>2. Les centres dédiés en partie ou totalement aux soins non-programmés</b>	<b>21</b>
<b>2.1. Centre médical 7/7 à Chantepie</b>	
2.1.1. Démographie médicale du centre	
2.1.2. Parcours des patients	22
2.1.3 PDSA et régulation	24
<b>2.2. CCSI Brest</b>	25
2.2.1. Démographie médicale du centre	
2.2.2. Parcours des patients	26
<b>Constats et recommandations</b>	<b>27</b>

# Avant-propos

Depuis plusieurs années, de nouveaux projets se mettent en place sur le sujet des soins non-programmés (SNP), avec de nouvelles structures et associations impliquant des médecins libéraux : SAS, CPTS, organisations informelles sur l'accès aux soins, etc. Ce sont autant de nouvelles pratiques et nouveaux modèles économiques de la santé qui bouleversent l'organisation des soins sur le territoire. Plus récemment, de nombreux centres sans rendez-vous se sont installés en Bretagne consacrés, dédiés à des soins de médecine générale et aux semi-urgences.

L'Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux de Bretagne s'est interrogée sur la place prise par ces centres sans rendez-vous dans les territoires, et l'impact sur les organisations locales existantes. Dans cette étude nous avons souhaité expliciter le fonctionnement et la gestion de l'accès aux soins non-programmés dans la région par les médecins généralistes libéraux, quelques soient leur mode d'exercice. Depuis plusieurs années l'URPS MLB s'est engagée dans ce sujet, notamment en accompagnant la mise en œuvre des SAS et les initiatives des CPTS sur l'organisation des SNP.

L'organisation de l'accès aux soins est un sujet de santé publique, et fait partie des missions fondamentales de l'Union : accompagner et représenter les médecins libéraux, et permettre le développement de nouvelles organisations professionnelles innovantes, et sécurisantes pour la profession.

**Avec cette étude, nous souhaitons nous assurer que l'organisation des soins soit fluide, avec une bonne articulation dans les territoires de santé, et au bénéfice des patients.** L'Union soutient pleinement les médecins libéraux prenant en charge les soins non-programmés, quelles que soient leur structure d'exercice.

Récemment l'attention des pouvoirs publics est portée sur l'implication des médecins généralistes libéraux, quels que soient leur mode ou structure d'exercice, dans la prise en charge des soins non-programmés, mais les statistiques seules ne permettent pas de répondre pleinement à ces questions. Les données collectées ne reflètent pas l'ampleur du travail réalisé par les médecins, notamment par manque de valorisation de ces actes.

Nous nous intéressons donc aux centres créés ces dernières années en Bretagne. Comment fonctionnent-ils ? Avec quels médecins ? Parviennent-ils à s'intégrer dans l'organisation préexistante sur le territoire ? Quelle transformation induisent-ils dans le système de santé régional ?

L'URPS des Médecins Libéraux de Bretagne remercie les professionnels ayant consacré du temps à cette étude en participant à son élaboration, aux questionnaires et aux entretiens.

# Le groupe de travail

## Les élus

**Pascale GAUDIN-PIEL**

Médecin généraliste  
Coordinatrice du Collège 1  
Betton (35)



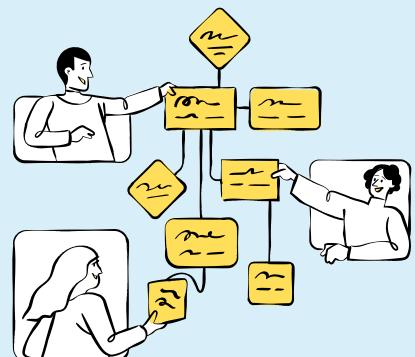
**Nolwenn LE MEUR**

Médecin généraliste  
Tréguier (22)



**Nadia SIMON**

Médecin généraliste  
Secrétaire générale  
Pléneuf-Val-André (22)



**Eric VAN MELKEBEKE**

Pédiatre  
Coordinateur du Collège 2  
Plouguernevel (22)



**Olivia BRIANTAIS**  
Directrice



**Marine MENDY**  
Chargée d'études

# Méthodologie

Il a été décidé pour cette première étude de se concentrer sur deux types d'acteurs des SNP en libéral. D'une part les cabinets libéraux de médecine générale que nous appellerons « traditionnels », composés de médecins exclusivement libéraux en exercice individuel ou en groupe, et ne dépendant d aucun groupe privé ou d'association. D'autre part, ce que nous définirons ici comme des « centres privés prenant en charge des SNP » des centres dédiés totalement ou en partie aux soins non programmés, composés des médecins libéraux et affiliés à des entreprises privées.

La méthodologie pour cette étude, a été définie par le groupe de travail présenté précédemment, avec la chargée d'études de l'Union.

Ce travail repose en grande partie sur un travail qualitatif. Les données présentées n'ont pas vocation à être représentatives de l'ensemble de la prise en charge des SNP par la médecine générale libérale, mais nous permettent de mieux appréhender les organisations et fonctionnements de différents acteurs libéraux selon leur mode d'exercice. Les estimations sur des données chiffrées ne peuvent être confrontées à des données réelles, certaines données n'étant pas requêtables ou requêtés par les institutions.

Une première enquête flash a été adressée en avril 2024, dans une campagne de mailing, à l'ensemble des médecins généralistes libéraux de Bretagne, visant à observer leur pratique pour la prise en charge des soins non programmés dans leur cabinet. Pour cette enquête flash 144 questionnaires ont été exploités sur les 154 répondants, les questionnaires non complétés n'ont pas été pris en compte.

Conformément au temps et aux ressources disponibles de l'Union, le groupe de travail a fait le choix pour cette deuxième enquête de se concentrer sur deux territoires : Brest et Rennes. Cela nous a permis de travailler à la fois avec des médecins de cabinet traditionnel, un CSNP et un centre à horaires élargis.

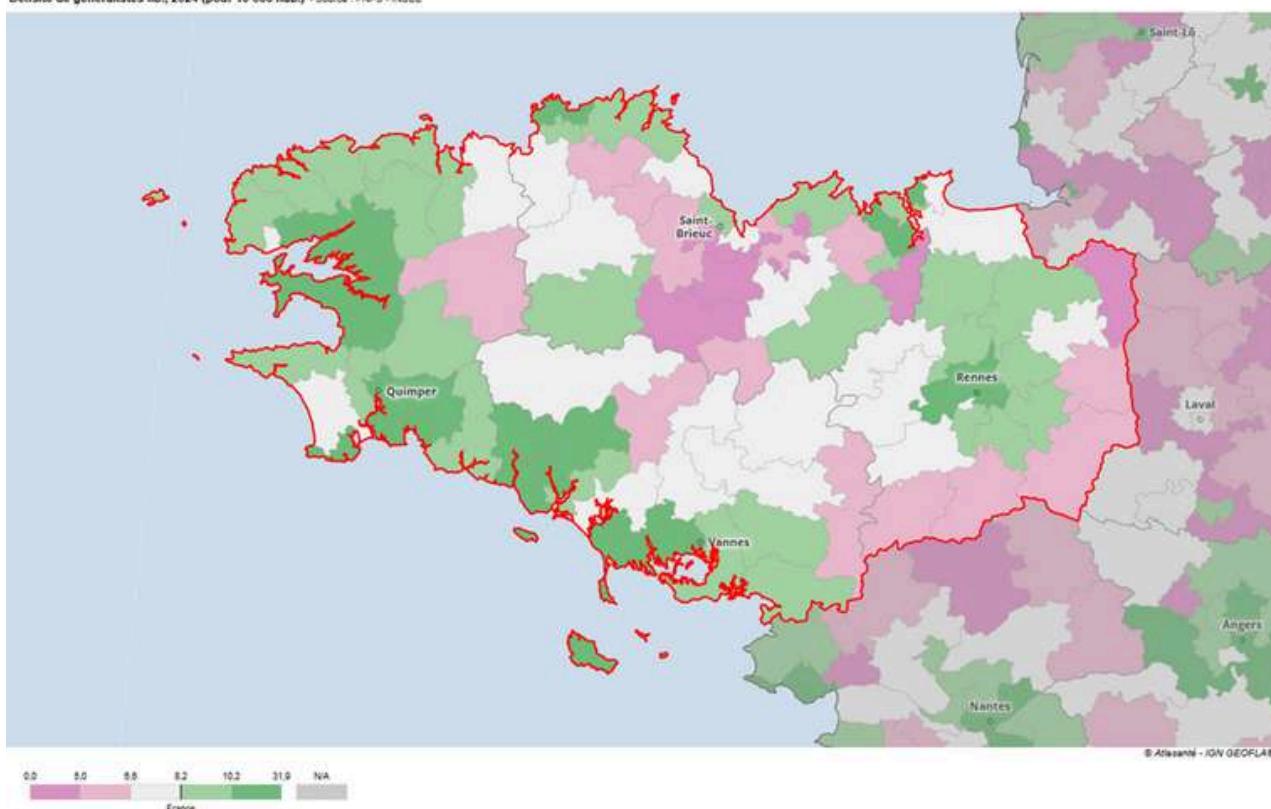
Des entretiens en visioconférence ont également été réalisés à l'automne 2024 avec le centre médical 7/7 de Chantepie et le CMSI de Brest, avec les fondateurs des groupes et des médecins exerçant dans des centres bretons, suivis de visites dans les locaux.

De plus, un nouveau questionnaire a été envoyé en décembre 2024 aux médecins généralistes libéraux exerçant sur les territoires des CPTS des deux centres étudiés, ainsi que les CPTS limitrophes, afin d'avoir une meilleure appréciation des espaces d'échanges et de collaboration entre confrères et consœurs sur un même territoire. Il était proposé aux répondant de laisser leurs coordonnées afin de réaliser des entretiens plus détaillés, nous permettant de recueillir davantage d'informations.

# Point démographique

En Bretagne en 2024, sur les 5603 médecins libéraux en activité, 3225 sont des médecins généralistes [1]. Toutefois, entre 2015 et 2024 alors que le solde de la population bretonne connaît une hausse de 5,5% selon l'INSEE (passant de presque 3,3 millions à quasiment 3,5 millions), l'effectif des médecins généralistes augmente seulement de 2,8% [2], ce qui ne suffit pas à rattraper l'évolution démographique de leur patientèle. **La densité médicale est donc en baisse**, passant de 95,2 médecins pour 100 000 habitants à 92,7 en moins de dix ans. La répartition des médecins n'étant pas uniforme, certains territoires sont plus touchés que d'autres par cette faible densité, notamment le centre Bretagne et la frontière est de l'Ille-et -Vilaine.

Densité de généralistes lib., 2024 (pour 10 000 hab.) - Source : PNPS - INSEE



Source : Cartosanté, SNDs, 2024

Note de lecture : La densité de médecins généralistes libéraux en 2024 dans le canton de Quimper est de 12,4 pour 10 000 habitants, soit 124 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants. La densité dans le canton de Fougères 2 est de 1,6 pour 10 000 habitants, soit 16 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants.

[1] Seuls les médecins ayant réalisés plus de 250 actes dans l'année ont été comptabilisés. SNDs, ISPL, 2025

[2] idem

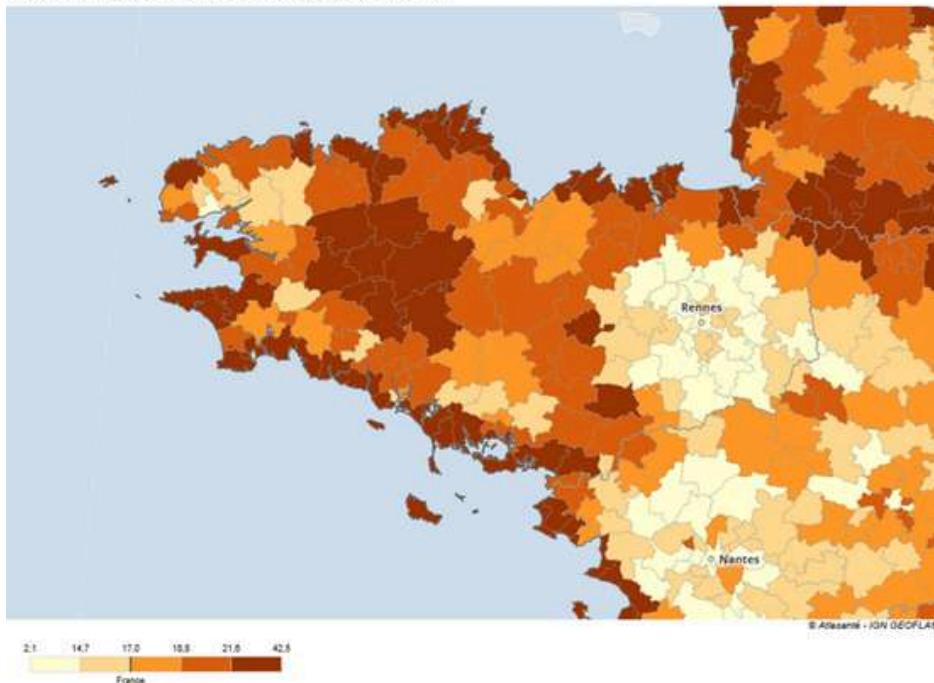
En plus de l'évolution de la démographie médicale en médecine générale, **la population bretonne vieillit**. Selon le bilan démographique de l'INSEE, le nombre d'habitants âgés de 65 ans ou plus a doublé entre 1990 et 2024, atteignant presque 850 000 [3]. L'âge moyen de la population est également supérieur au national : 44,1 ans dans la région contre 42,5 ans en France. Les zones les plus rurales sont particulièrement concernées par le vieillissement de la population, qui se superpose à une plus faible densité de médecins généralistes libéraux, rendant l'accès aux soins plus. Or on sait que l'âge étant est un facteur déterminant dans la prévalence des maladies chroniques et polypathologies [4], et que les soins de premier recours sont les plus sollicités, ce qui peut accroître la demande de soins et de soins non programmés dans ces zones.

Le même problème se pose pour les patients en ALD (16,5% de la population régionale), dont, logiquement, la part dans la population est proportionnelle avec le taux de patients plus âgés. On retrouve de fortes concentrations sur des territoires de vie-santé, toutefois la part de la population concernée ne descend pas en deçà de 11%, même dans les zones d'influences des communes les plus importantes.

[3] "Bilan démographique 2024 en Bretagne : un solde naturel de plus en plus déficitaire", INSEE, février 2025

[4] Note méthodologique et de synthèse documentaire : prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, HAS, 2015

Distribution de la pop. par tranche d'âge - 60 à 74 ans, 2021 (%) - Source : INSEE

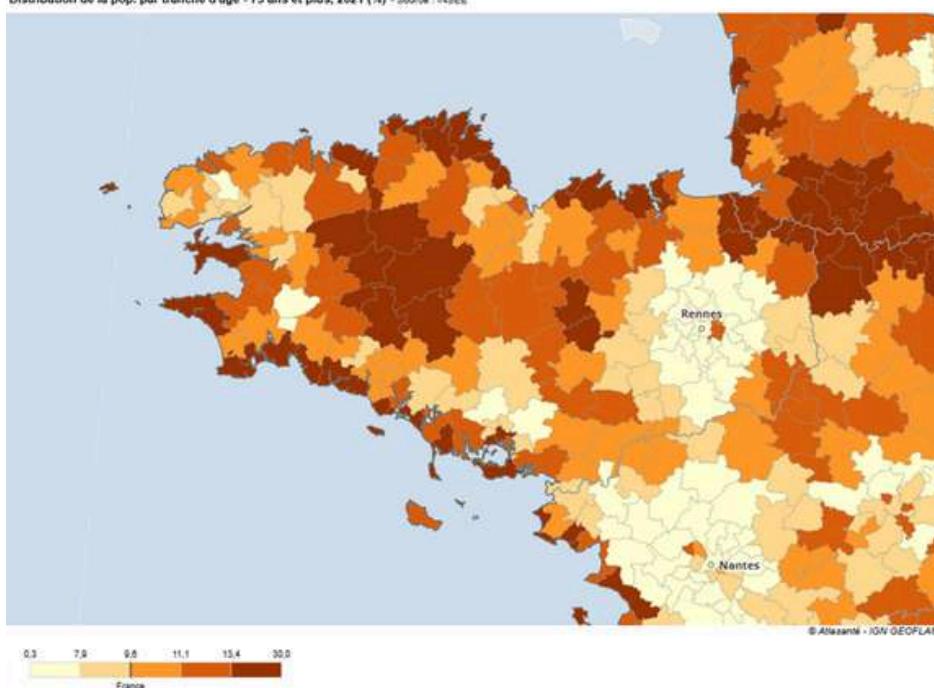


## Distribution de la population de 60 à 74 ans par territoire de vie-santé en Bretagne en 2021

Note de lecture : En 2021 sur le territoire de vie santé de Brest 13,9% de la population avait entre 60 et 74 ans.

Source : INSEE, Cartosanté, 2025

Distribution de la pop. par tranche d'âge - 75 ans et plus, 2021 (%) - Source : INSEE

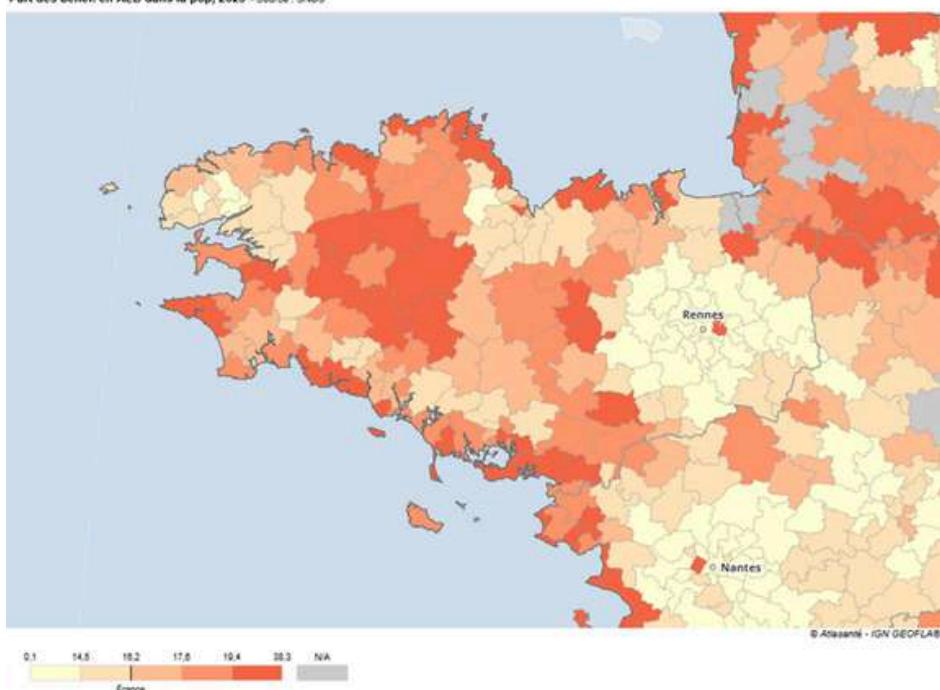


## Distribution de la population de 75 ans et plus par territoire de vie-santé en Bretagne en 2021

Note de lecture : En 2021 sur le territoire de vie de Rostrenen 15,1% de la population avait 75 ans et plus.

Source : INSEE, Cartosanté, 2025

Part des bénéf. en ALD dans la pop, 2023 - Source : SNDS



## Distribution de la population en ALD par territoire de vie-santé en Bretagne en 2023

Note de lecture : En 2021 sur le territoire de vie de Rostrenen 15,1% de la population avait 75 ans et plus.

Source : SNDS, Cartosanté, 2025

En Bretagne comme en France, la médecine générale en libéral, malgré un effectif en hausse, ne permet pas d'absorber la hausse de la population, la part de patients avec des maladies chroniques et/ou polypathologiques, et la part de la population n'ayant plus de médecin traitant. Ces facteurs associés, entre autres, à la difficulté d'accès aux soins favorisent la demande de SNP sur l'ensemble du territoire.

# 1. Les soins non programmés en médecine générale libéral

Selon l'ARS Bretagne en 2023 [5] : « **Les soins non-programmés (SNP) non urgents répondent aux besoins de patients souffrant d'un problème de santé dont la prise en charge ne peut être ni anticipée, ni retardée, mais qui ne relèvent pas des services hospitaliers d'urgences. Ils concernent les actes cliniques (consultation, visite) et techniques (sutures, petites traumatologies, infectiologies, etc.).** Cela correspond aux soins nécessitant une prise en charge dans les 48 heures, de préférence par le médecin traitant, dans le cas où le patient n'est pas dans une situation d'urgence vitale.

Dans cette partie nous présenterons les différentes organisations existantes participant à la prise en charge les SNP.

## 1.1. Les soins non programmés en cabinet traditionnel

Etant la forme d'organisation la plus courante dans l'exercice de la médecine générale en libéral, la pratique de ces médecins est indispensable dans la prise en charge des SNP.

### 1.1.1. Une prise en charge des SNP au cabinet

A la suite des questionnaires de l'enquête flash et des entretiens réalisés en fin d'année 2024 auprès des MG libéraux, il apparaît que la gestion des SNP n'est pas homogène sur le territoire. La quasi-totalité des répondants (94%) répondent aux demandes de SNP. Toutefois selon la provenance de la demande et la disponibilité du médecin, elles ne sont pas toujours honorées. Il est à noter que certains MG ne considèrent pas que les consultations d'urgence qu'ils réservent à leur patientèle entrent dans le cadre des SNP.

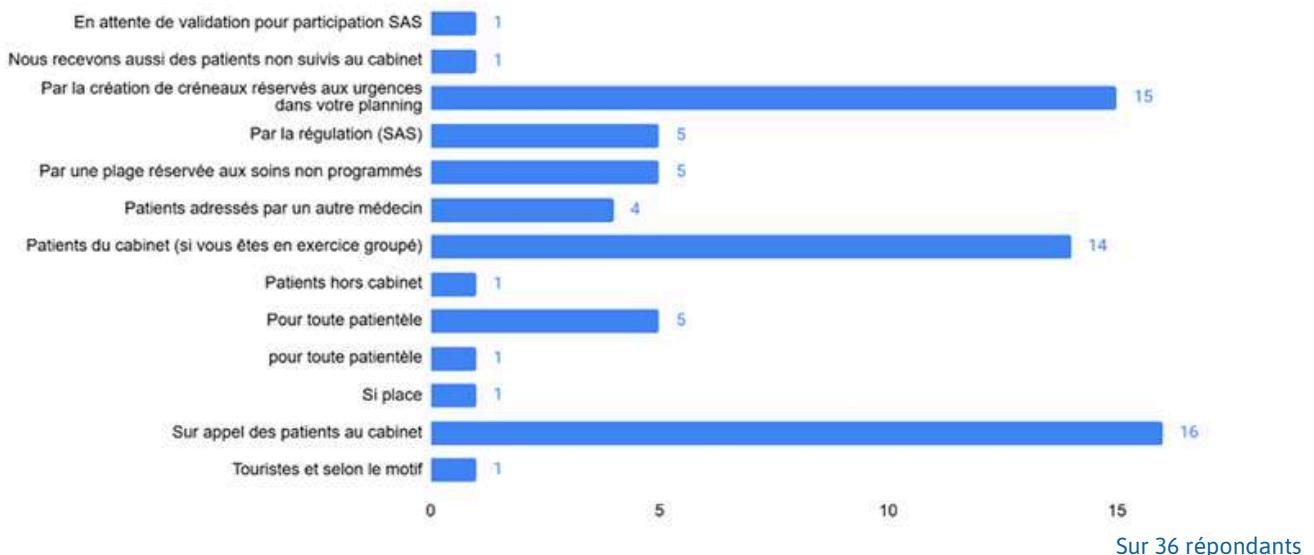
Plusieurs modes de fonctionnement se superposent :

- Des consultations d'urgence réservés à la patientèle médecin traitant (du médecin lui-même ou des confrères s'il exerce dans un cabinet de groupe) ou à tout patient contactant directement le cabinet ;
- Des plages horaires dédiées aux SNP régulées par le SAS.

Dans certains cabinets de groupe, un médecin désigné prend en charge les SNP de la journée.

[5] "Besoin rapidement d'une consultation médicale, en Bretagne ?", ARS Bretagne, 2023

### Dans quelles conditions prenez-vous en charge des SNP ?



Pour l'ensemble de la patientèle reçue pour des SNP, un tri peut être effectué selon les motifs des demandes. Concernant des démarches administratives par exemple (certificats ou attestations), elles ne correspondent pas forcément à la définition d'une urgence puisqu'elles ne sont pas corrélées à l'état de santé du patient ou à un soin. Pour d'autres demandes, l'urgence ressentie par le patient peut, pour le médecin, ne pas nécessiter une consultation ou une visite dans les 48 heures.

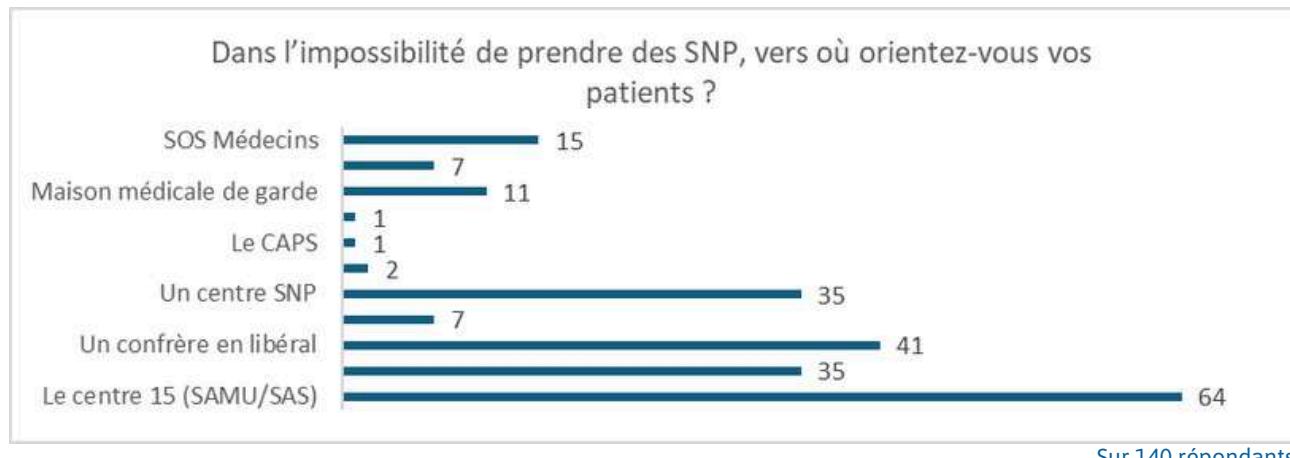
Quelques médecins expriment la difficulté d'accepter des consultations en urgence à cause de leur charge administrative incompréhensible, certains estimant qu'elle leur prend plus de 7 heures par semaine.

Toutefois, en dehors des SNP, aucun tri n'est fait dans les déclarations médecin traitant : les répondants déclarent intégrer dans leur patientèle à la fois des enfants, des personnes âgées, des polypathologies, et des personnes en ALD. Ainsi les patients sont suivis sur le long terme par le même médecin, autant pour des pathologies aigues que chroniques, limitant une perte d'informations sur leur état de santé.

### 1.1.2. Réorientation et implication dans l'exercice local

En 2024, peu de médecins déclarent recevoir des patients adressés par le SAS, la plupart faisant suite à un contact direct des patients ou l'adressage par un confrère indisponible.

Dans l'autre sens, en cas d'incapacité de recevoir un patient pour un SNP, les réorientations sont le premier réflexe des MG, qui sollicitent la régulation ou un confrère en priorité. Certains mentionnent le renvoi vers des CSNP, ce qui peut être lié au manque d'équipement pour prendre en charge certains actes au cabinet (petite traumatologie par exemple).



L'implication des SU et du 15 suppose une graduation de la prise en charge des SNP, dont la gravité peut varier et nécessiter des soins urgents ne correspondant plus à de la médecine générale. On peut voir que les échanges entre professionnels impliquent la totalité des acteurs des SNP, que ce soit en médecine de ville ou hospitalière.

L'exercice coordonné peut participer à l'organisation des SNP sur un territoire. Il favorise l'interconnaissance locale, permet de faire connaître les différentes structures et organisations, et à mieux définir leur place dans la prise en charge des SNP.

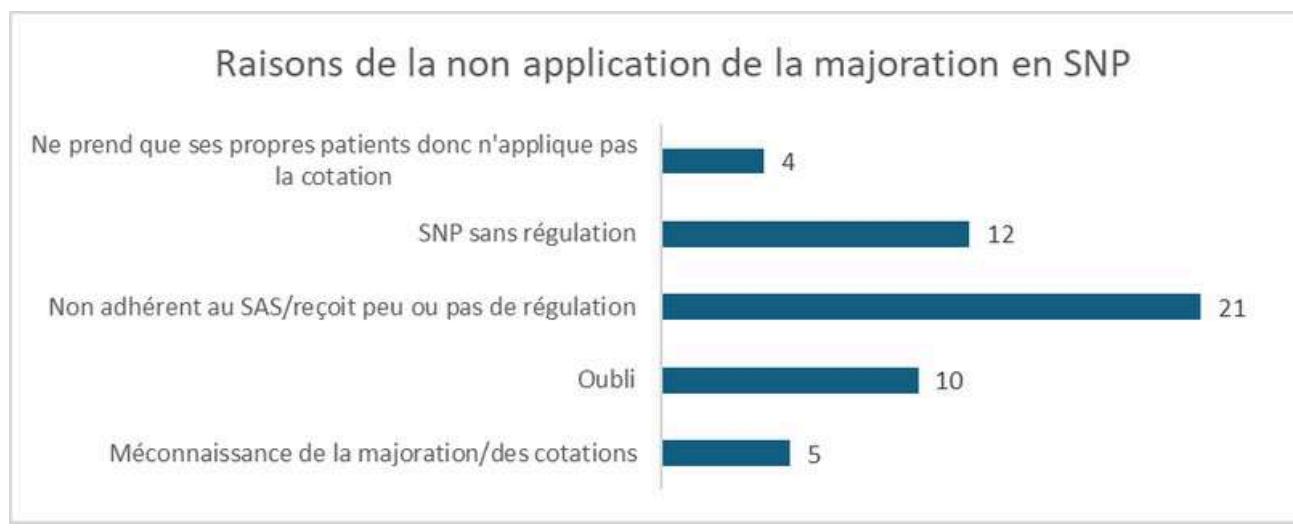
Par ailleurs, les CPTS sont impliquées aujourd'hui à l'organisation des SNP sur leur territoire, en lien avec les SAS. Les organisations sont très diverses selon les territoires et la maturité des projets.

Des médecins mentionnent les CSNP comme de nouveaux intermédiaires, notamment pour les patients nécessitant des actes de petite traumatologie qui ne peuvent pas être pris en charge au cabinet faute de matériel. Ils expliquent y réorienter certaines demandes de SNP hors patientèle médecin traitant qu'ils ne peuvent pas honorer, lorsque les consultations de ces centres se font sans rendez-vous ou avec des horaires plus larges que celles du cabinet.

Toutefois l'installation de nouveaux centres privés créé des interrogations sur leur pratique, autant sur les actes que sur la patientèle prise en charge. Les relations entre les professionnels de santé ne sont pas systématiques, laissant un flou sur l'organisation de chacun concernant la prise en charge des SNP et l'implication plus ou moins suivie dans le parcours des patients.

### 1.1.3. Valorisation des SNP

Malgré l'existence de cotations dédiées aux SNP pour les MG libéraux, leur utilisation n'est pas systématique.



Plusieurs raisons sont évoquées par les médecins sur la non-cotation de ces majorations.

- Pour 21 d'entre eux, ils ne reçoivent peu voire pas de patients par la régulation, ou ne sont tout simplement pas adhérents au SAS et n'ont donc pas l'occasion d'utiliser cette majoration (conditionnée à la régulation).
- 12 autres médecins disent réaliser des consultations de soins non programmés (SNP), sans l'aide de la régulation du SAS, à l'aide de leur propre secrétariat ou de créneaux sans rendez-vous, ce qui disqualifie ces consultations de l'application de la majoration. Un de ces médecins évoque un manque de lisibilité sur la provenance des patients : il n'a aucun moyen de savoir s'ils ont été envoyés par la régulation donc ne majore pas. Quelques médecins (4) n'acceptent en SNP que leurs propres patientèles
- Une douzaine de réponses mentionnaient des oublis, et très souvent en parallèle, la méconnaissance de la nomenclature « changeante ». Ils ne pratiquent que rarement cette majoration et cela leur rajouterait du temps administratif de chercher le code-acte pour la cotation lorsqu'elle serait applicable.

Une mal-cotation ou non cotation des SNP réalisés en cabinet traditionnel engendre l'invisibilisation et la non-valorisation de ces pratiques auprès de l'Assurance Maladie, et donc des institutions. Ces actes n'apparaissent pas dans les bases de données, faussant les études faites sur ce sujet, qui sous-estiment donc le volume de travail et le temps consacré à la prise en charge des SNP par la médecine de ville. Cela ne permet pas d'avoir une représentation exacte de la pratique des MG dans ce domaine.

## 1.2. Le Service d'Accès aux Soins

En complémentarité des cabinets médicaux et structures dédiées aux SNP, le SAS permet d'étendre la régulation des patients à la journée. Par un appel au 15 il est possible d'être pris en charge pour des demandes de SNP mais aussi pour faciliter l'accès à des professionnels de santé, notamment pour les patients n'ayant pas de médecin traitant.

Dans le cas où les patients ne parviendraient pas à obtenir un rendez-vous avec leur médecin traitant, ils sont invités à prendre rendez-vous avec un autre médecin généraliste, et le cas échéant à contacter le 15, un numéro commun entre la médecine de ville et le SAMU. Les patients pourront, selon leur état et l'appréciation d'un médecin régulateur, être mis en contact avec un médecin pour une visite ou une consultation, recevoir un conseil médical par téléphone ou être orientés vers les urgences. L'orientation par le médecin régulateur se fait en fonction de l'état de santé et de la mobilité du patient vers les médecins généralistes inscrits dans l'organisation. Selon le Ministère de la Santé « la régulation médicale permet de distinguer le « besoin » de soins de la « demande » de soins, et de faire tomber près de 50% des demandes [de soins non programmés]. » [6]

Les demandes de SNP ont donc plusieurs points de contact en médecine de ville : directement avec les cabinets ou les CPTS selon leur projet de santé, et par le 15. Dans la journée et en dehors de structures dédiées comme les CSNP, ces demandes cohabitent donc avec des soins programmés. Pour SOS Médecins à Rennes par exemple les visites à domicile sont assurées 24h/24, et les centres sont ouverts tous les jours, en journée et sur les horaires de la PDSA [7] .

[6] "L'organisation et la facturation des soins non programmés en ambulatoire", Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées

[7] Le centre de Rennes Cleunay est ouvert sur rendez-vous de 9h à minuit 7j/7, celui de Rennes Nord de 14h à 19h les samedis, dimanches et jours fériés.

## 1.3. La Permanence des Soins Ambulatoires

L'organisation de ces soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture des cabinets dépend de la PDSA :

**« La permanence des soins ambulatoires est définie comme le dispositif devant répondre par des moyens structurés, adaptés et médicalement régulés, aux demandes de soins non programmés survenant aux heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux. Elle a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés des patients ne nécessitant pas de moyens lourds d'intervention. » [8]**

La PDSA est définie juridiquement par l'article R6315-4 du Code la Santé Publique comme une obligation collective fondée sur le volontariat individuel des médecins. En Bretagne elle est assurée par les médecins généralistes en dehors des horaires d'ouverture des cabinets : de 20h à 8h du lundi au vendredi puis du samedi à 12h jusqu'au lundi à 8h. Les jours fériés, lundis précédent un jour férié, vendredis et samedis suivants un jour fériés sont couverts par la PDSA toute la journée.

L'éffection des patients peut se faire vers des structures libérales comme SOS Médecins, des Maisons Médicales de Garde (MMG), ou les cabinets médicaux des médecins de garde participants au SAS.

SOS Médecins, présent sur toute la Bretagne, est joignable 24h/24 et 7j/7 à leur propre numéro, leur organisation interne se superpose donc à celle du SAS. Il peut à la fois recevoir des patients dans leurs locaux, et réaliser des visites sur les horaires de la PDSA. Leur prise en charge concerne aussi bien les SNP que des soins « courants » lorsque les médecins généralistes sont indisponibles. Au contraire, les MMG ne sont ouvertes que sur les horaires de la PDSA et conditionnées à un accès par la régulation.

[8] Cahier des charges régional de la Permanence des Soins Ambulatoires, ARS Bretagne, 2025

# L'implication des médecins généralistes bretons dans la PDSA en 2023

\* 60% des médecins généralistes ont participé à la PDSA

\* 2 006 médecins généralistes volontaires

\* 15 000 heures de régulation

\* 38 000 heures de permanence

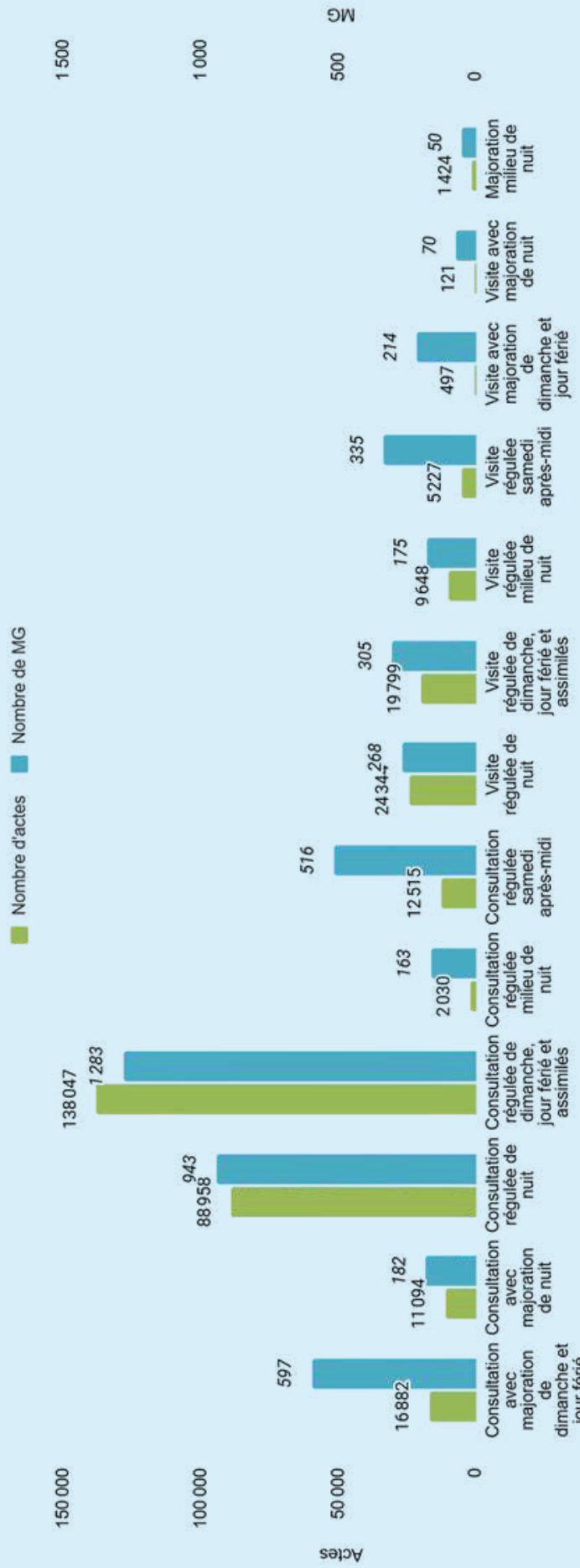
\* 59 000 visites

\* 270 000 consultations

ISPL, SNDS



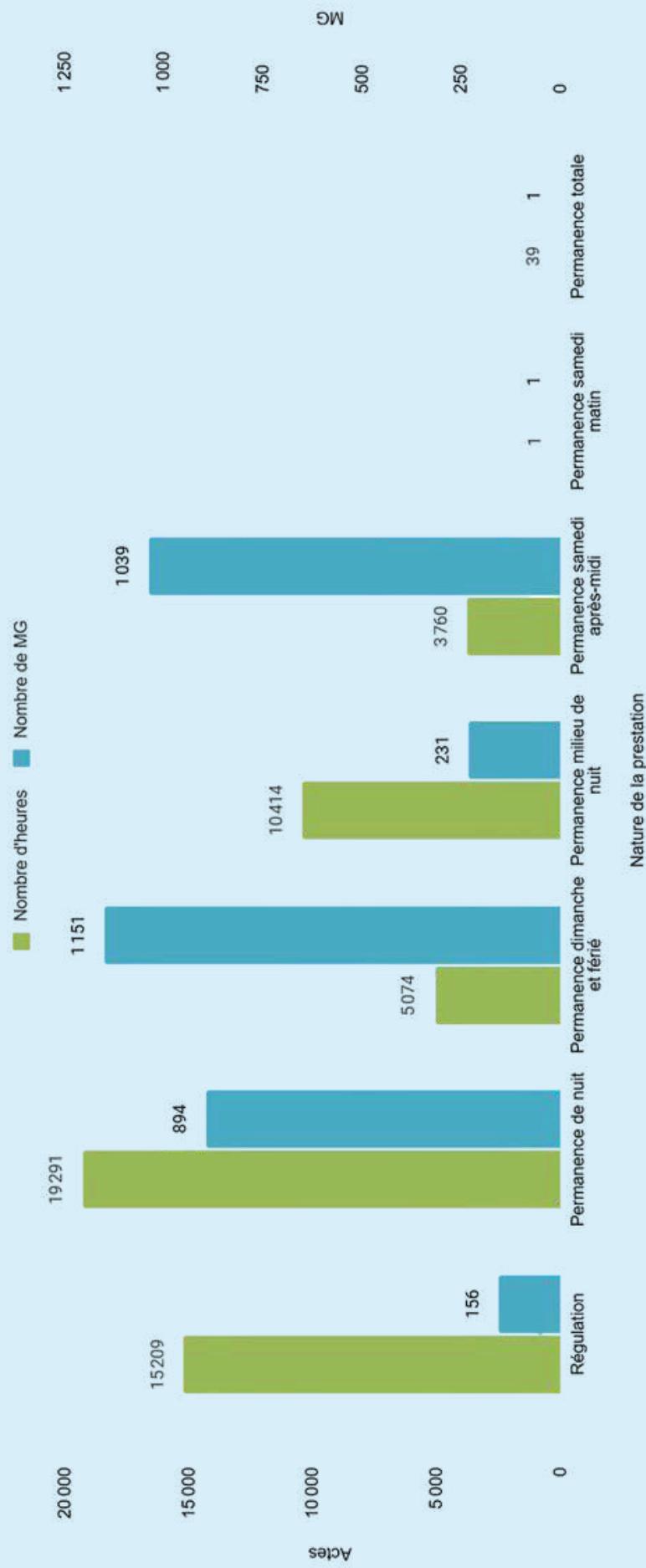
## Consultations et visites effectuées par les médecins généralistes libéraux dans le cadre de la PDSA (Bretagne, 2023)



### Nature de la prestation

Note de lecture : en Bretagne en 2023, 1283 médecins généralistes ont réalisé 138 047 consultations régulées un dimanche, jour férié et assimilés dans le cadre de la PDSA.

**Répartition des heures de régulation et permanences effectuées par les médecins généralistes libéraux dans le cadre de la PDSA (Bretagne, 2023)**



Note de lecture : en Bretagne en 2023, 156 médecins généralistes ont réalisé 15 209 heures de régulation dans le cadre de la PDSA.



Campagne de communication de l'ARS Bretagne en juillet 2025

## 1.4. Vers une formalisation de centres dédiés exclusivement ou en partie aux soins non programmés

### 1.4.1. Les CSNP sous contrats

Dans sa « Politique d'accompagnement des centres de soins non programmés de ville » de 2023, l'ARS Bretagne souhaite accompagner la création de CSNP équipés d'un plateau technique (avec imagerie et biologie) et associés à des établissements de santé afin de « définir un cadre organisationnel et financier permettant de soutenir les initiatives des acteurs concernés ». En plus d'éviter les recours aux services

d'urgence, ces centres pourraient être une ressource pour les médecins traitants ne pouvant réaliser certains examens pour leurs patients. Les CPTS sont mentionnées comme des appuis à l'organisation de la prise en charge des SNP.

L'ARS s'engage à un soutien financier si les CSNP peuvent garantir ces conditions :

- S'intégrer dans une organisation territoriale préexistante ;
- Respecter la cohérence des parcours de soins en collaboration avec les médecins traitants ;
- Garantir leur accessibilité pour les patients, notamment en étant conventionnés secteur 1 ;
- Disposer d'un équipement et de ressources humaines adéquats permettant la prise en charge de petite traumatologie et le bon fonctionnement administratif ;
- L'inscription au SAS comme effecteur ;
- L'ouverture du centre aux horaires hors PDSA, avec des créneaux avec et sans rendez-vous ;
- Assurer des actes cliniques et techniques ;
- Répondre aux besoins de tous les patients de façon indiscriminée tant qu'ils ne sont pas en urgence vitale mais nécessitent des soins qui ne peuvent être ni anticipés ni retardés.

Néanmoins, les centres prenant en charge exclusivement ou en partie des SNP et dépendant d'un groupe privé ne sont pas tenus de respecter ces conditions, n'étant soumis à aucune régulation sur le territoire.

#### **1.4.2. L'arrivée de centres de groupes privés**

Depuis 2023, trois groupes privés se sont installés en Bretagne : Centres médicaux 7/7, CMSI et Medalliance. Ce sont neuf centres situés dans certaines des communes les plus peuplées de Bretagne et à proximité de structures hospitalières .

A l'exception de Medalliance dont le centre rennais est le premier et date de 2023, les deux autres groupes ont commencé leur implantation dans d'autres régions il y a plusieurs années : en 2005 à Aubagne pour les Centres médicaux 7/7, et en 2012 à Nancy pour CMSI.

Dans ces centres, qui fonctionnent parfois en équipe pluridisciplinaire, les médecins sont conventionnés secteur 1 avec un statut libéral, possèdent des plateaux techniques et accueillent la patientèle sans rendez-vous. Toutefois les organisations et modes de fonctionnement diffèrent selon les groupes, comme nous avons pu le constater avec les Centres Médiaux et les CMSI. Tous assurent la prise en charge des SNP, y compris de la petite traumatologie.

## 2. Les centres dédiés en partie ou totalement aux soins non-programmés

### 2.1. Centre médical 7/7 à Chantepie (Rennes Sud)

**14 Av. Charles de Gaulle, 35135 Chantepie**

Le groupe des Centres Médicaux 7/7 a ouvert plusieurs centres dans le Nord Ouest de la France (Bretagne, Normandie et Loire-Atlantique) ces dernières années, dont le centre de Chantepie, qui a été sélectionné par le groupe de travail pour cette étude. Les Dr. Jérémie Chaumoître (responsable du groupe), Dr Lejeune (responsable de Lanester) et Dr. Antoine Langevin (responsable Ille-et-Vilaine), nous ont permis de discuter avec eux du fonctionnement et de visiter le centre.

Tous les centres médicaux sont ouverts du lundi au dimanche, de 9h à 20h dans tous les centres du Nord Ouest, ou de 9h à 22h pour d'autres en France. Bien qu'ouverts sur des horaires de PDSA le samedi après-midi et la journée du dimanche, ils ne sont pas dédiés exclusivement aux SNP ou semi-urgences d'une patientèle en file active. Leur existence précède la formalisation des CSNP, puisque le premier centre a ouvert en 2005 à Aubagne, et qu'une reconnaissance a été faite auprès de l'ARS PACA avec cette définition de centre à horaires élargis.

Le choix des lieux d'installation se fait selon plusieurs critères « d'un point de vue logique » concernant à la fois la population patiente, les besoins de consultations, et la présence médicale. De plus les collectivités territoriales peuvent être en demande et favoriser l'installation sur une zone identifiée en amont. On évoque également le cas de médecins travaillant dans le groupe avant d'exporter le modèle dans d'autres territoires, comme à Lanester avec le Dr Lejeune.

#### 2.1.1. Démographie médicale du centre

Le groupe connaît une forte demande de la part de médecins pour travailler dans les centres, notamment attirés par les conditions de travail, les structures (et équipements) totalement neuves, et un administratif plus léger : « Une partie de l'administratif est délégué au groupe et décharge donc les médecins. Les médecins se retrouvent à faire ce qu'ils aiment comme médecine, à utiliser tous leurs talents de médecins, à pouvoir à la fois faire du patient aigu avec un peu de technique et du patient chronique tout à fait classique. »

En contrepartie les médecins paient un loyer mais n'ont pas à gérer la logistique du cabinet. Le back-office comprend un pôle informatique, les achats groupés de matériel, du secrétariat, qui sont mis en commun entre tous les cabinets médicaux. La majorité des effectifs est composé de médecins généralistes, et d'une petite partie de médecins urgentistes (estimée à 1/5e), avec une moyenne d'âge plus basse que la moyenne de la profession, à environ 40 ans.

L'organisation flexible est attractive pour ces professionnels : les amplitudes horaires journalières permettent de concentrer son travail sur 2 ou 3 jours dans la semaine et de se libérer le reste de la semaine, pour un autre exercice ou des activités extraprofessionnelles. L'exercice peu être considéré comme moins contraignant qu'un cabinet traditionnel, et intéresse notamment des remplaçants souhaitant découvrir le fonctionnement, avant de décider (ou non) de s'installer dans un centre, en tant que médecin libéral conventionné secteur 1, sans dépassement d'honoraire et pratiquant le tiers payant. Des médecins mentionnent également la diversité des soins et des patients comme déterminant dans leur choix, elle rend l'exercice plus « imprévisible » avec une diversité de types de soins dans la même journée, ce qui peut différer du fonctionnement d'un cabinet traditionnel.

### **2.1.2. Parcours des patients**

Les centres du groupe pratiquent tous le sans rendez-vous sur toute la plage d'ouverture. L'arrivée pour les patients est donc autonome, sans condition préalable, à l'aide d'un retrait de ticket à un guichet. Deux possibilités s'offrent à eux à ce moment : choisir d'être vus par le premier médecin disponible, ou choisir un médecin présent sur le centre et n'apparaître que dans sa file d'attente.

Les médecins ayant à la fois une patientèle en file active et une patientèle médecin traitant, il est possible de consulter les plannings, en ligne et par téléphone, pour connaître les jours et horaires de présence sur le site du groupe. Toutefois si le médecin traitant n'est pas disponible le jour où les patients viennent au centre, un autre médecin les reçoit, avec le même fonctionnement qu'un cabinet de groupe. Il est également possible d'anticiper l'attente et de choisir son heure de venue en fonction, puisque le nombre de patients par médecin est mis à jour en temps réel.

Les médecins prennent en charge à la fois des SNP, le plateau technique permettant de gérer de la biologie , traumatologie, brûlures, sutures, et de la médecine « traditionnelle » avec des pathologies chroniques, de la pédiatrie, et du suivi pour la patientèle médecin traitant. L'ambition présentée n'est pas de « dérégler les organisations du territoire » mais d'en être complémentaire, en assurant à la fois les réorientations si besoin et les retours d'information vers les médecins traitants pour

les patients de la file active. Certains cabinets traditionnels adressent également leurs patients vers le centre, avec l'assurance que la prise en charge se fera dans la journée, évitant ainsi un passage dans les services d'urgences.

Les médecins prennent en charge à la fois des SNP, le plateau technique permettant de gérer de la biologie , traumatologie, brûlures, sutures, et de la médecine « traditionnelle » avec des pathologies chroniques, de la pédiatrie, et du suivi pour la patientèle médecin traitant. L'ambition présentée n'est pas de « dérégler les organisations du territoire » mais d'en être complémentaire, en assurant à la fois les réorientations si besoin et les retours d'information vers les médecins traitants pour les patients de la file active. Certains cabinets traditionnels adressent également leurs patients vers le centre, avec l'assurance que la prise en charge se fera dans la journée, évitant ainsi un passage dans les services d'urgences.

Pour les patients n'ayant pas de médecin traitant mais étant demandeur d'un suivi, il est toujours possible pour les médecins généralistes de les inclure dans leur patientèle. Le centre voit ainsi environ 150 patients, avec un roulement de 2 ou 3 médecins sur une journée. Selon le Dr Chaumoître les centres voient passer une population semblable à celles d'un cabinet, avec éventuellement un taux moindre de personnes âgées, les médecins ne réalisant pas de visite à domicile.

La proportion de SNP augmente sensiblement à partir de 18h, correspondant à la fin des consultations dans les cabinets traditionnels. L'intérêt du centre sur les SNP se distingue particulièrement à ce moment, la solution alternative pour les patients étant de se présenter aux urgences.

Les relations avec les autres professionnels de santé du territoire ne sont pas systématiques et dépendent parfois de la longévité des centres. Le développement des relations avec les exercices coordonnés, comme les CPTS, peut être facilité par les diverses activités des médecins. Ils conservent leur totale liberté d'exercice en dehors du centre, en exercice mixte ou dans d'autres configurations libérales. Leur implication dans le maillage territorial peut même permettre de faire connaître les centres et leur fonctionnement à d'autres professionnels de santé, favorisant la coopération, même si elle n'est pas encore formalisée par le centre lui-même.

## 2.1.3 PDSA et régulation

Bien que ces centres bretons ne soient pas inscrits sur la plateforme des SAS, le sans rendez-vous permet aux patients de se présenter de façon spontanée à tout moment, sans distinction entre les SNP et autres soins. Auparavant ouverts jusque 22h, les centres œuvraient en partie sur les horaires de la PDSA, en soirée et le week-end, en appliquant une majoration dédiée aux consultations des soirées et week-ends.

A la suite de la nouvelle convention de l'Assurance Maladie signée à l'été 2024, les majorations sont conditionnées par un appel à la régulation [9]. Si les patients se présentent spontanément, ils ne seront plus remboursés intégralement du prix de la consultation, sauf en cas d'adressage par le 15 et/ou dans les cas suivants dans les situations où l'intervention du médecin est suivie d'un passage aux urgences et/ou d'une hospitalisation):

- détresse respiratoire ;
- détresse cardiaque ;
- détresse d'origine allergique ;
- état aigu d'agitation ;
- état de mal comitial ;
- détresse d'origine traumatique.

En désaccord, les centres du groupe ont fait grève fin décembre 2024, considérant que les patients et les services d'urgence allaient être pénalisés s'ils n'ont pas d'alternative, ou risquer une aggravation de leur cas. De plus la rémunération des médecins travaillant sur ces horaires en sera également impactée.

[9] "L'organisation et la facturation des soins non programmés en ambulatoire", Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées et Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

## 2.2. CMSI Brest

**23 rue Nicéphore Nièpce, 29200 Brest**

Les CMSI, Centres Médicaux de Soins Immédiats, correspondent à la définition des centres de soins non programmés de l'ARS, à l'exception des conditions de financement : la prise en charge est conditionnée à des soins qui sont des semi-urgences. Les horaires sont similaires à un cabinet médical hors SNP : de 9h à 19h en semaine, avec une fermeture samedi et dimanche. Pour leur part, bien que n'ayant aucun contrat avec l'ARS, ils peuvent correspondre à la définition d'un centre de soins non programmés. Le centre fonctionne avec des médecins urgentistes, en doublon avec des infirmières, et un secrétariat sur place. Aucun des médecins n'a de patientèle médecin traitant, et n'a pas vocation à en avoir.

Dans la même logique que les Centres Médicaux 7/7, les CMSI bretons sont installés dans des zones densément peuplées, à proximité de structures hospitalières (Vannes, Quimper et Brest), pour l'instant concentrés dans l'Ouest de la Bretagne. Le premier centre a ouvert à Nancy en 2012 par les co-fondateurs, le Dr Loïc Libot et Boris Hirtzig, avant le développement du groupe en 2020 et l'implantation de centres partout en France. A l'été 2025 ce sont une trentaine de centres médicaux qui ont vu le jour dans 9 régions. A l'occasion d'un entretien avec le Dr. Libot et Dr. Branthôme (responsable du CMSI Brest) avant une visite du centre, ils ont pu présenter l'organisation du groupe et de ce centre. Il est ouvert du lundi au vendredi, de 9h à 19h, et n'est donc pas concerné par la PDSA.

D'après le Dr Libot l'installation des centres se font en concertation et en négociation avec les acteurs et les organisations préexistantes, afin de faciliter les relations et de se présenter comme un nouveau collaborateur vers qui les réorientations sont possibles afin de limiter les passages aux urgences. Les CMSI sont inscrits dans les SAS, même si la majorité des patients se présentent de manière spontanée.

### 2.2.1. Démographie médicale du centre

Le CMSI gérant exclusivement des SNP, le profil des médecins est plutôt orienté urgentistes que généralistes, même s'ils sont parfois également présents. Le centre compte environ 3 médecins et 3 IDE en doublon pour les accompagner, ainsi qu'un secrétariat, qui gèrent environ 50 patients par jour. Ces centres sont vus comme attractifs par des urgentistes ayant pratiqué en structures hospitalières, qui souhaitent retrouver des conditions de travail plus pérennes, avec une équipe réduite.

Au niveau national et à Brest, ces centres attirent aussi bien de jeunes médecins dans une démarche de formation continue souhaitant découvrir le modèle, que des médecins en deuxième partie de carrière qui souhaitent se tourner vers une pratique davantage dédiée aux SNP. Les horaires d'ouverture leur assurent une meilleure répartition de leur charge de travail, la PDSA prenant le relais dans les soirées et week-end. Des remplaçants viennent également exercer dans les centres, ceux qui s'y plaignent peuvent décider d'y rester ou participer à l'installation de nouveaux centres ailleurs sur le territoire.

## 2.2.2. Parcours des patients

Le centre accueille les patients sans rendez-vous pour les semi-urgences (y compris les enfants), et dispose d'un plateau technique : radiographies, électrocardiogrammes, perfusions, sutures, immobilisations par attelle ou plâtre, petite biologie .

La présence du secrétariat permet d'effectuer un tri avant la consultation, et de prendre les informations préalables nécessaires à la prise en charge. Si un patient se présente pour un certificat ou une pathologies aigues qui n'est pas une urgence, il peut être débouté et réorienté vers un médecin généraliste. Cela assure à l'équipe de ne prendre en charge que des SNP et de ne pas s'inscrire dans du suivi de patients comme pour une patientèle médecin traitant, ce qui n'est pas la vocation des centres. En cas de doute le secrétariat peut se tourner vers les IDE ou médecins pour gérer l'accès à la prise en charge. Une fois en salle d'attente les patients sont pris en charge par une IDE, qui assure les premiers soins, puis par un médecin. L'attente moyenne est estimée à moins d'une heure, et même si le centre fonctionne sans rendez-vous, il est tout de même possible pour les patients de renseigner une préadmission sur le site pour gagner du temps sur place.

Si des soins nécessaires ne peuvent être assurés par le centre et nécessitent un passage par les services d'urgence, une réorientation est effectuée par les médecins urgentistes. De la même façon, grâce au plateau technique du CMSI, des médecins généralistes adressent leurs patients vers les centres pour ne pas emboliser les urgences si leur état ne représente pas une urgence vitale. Pour le Dr Branhôme tout le monde en bénéficie : les médecins généralistes ont un nouvel interlocuteur disponible, les patients n'ont pas à atteindre des heures aux urgences pour des plâtres ou certains examens, et les urgences peuvent se consacrer aux urgences vitales. Les CMSI sont présentés comme des tampons entre la médecine générale et/ou les médecins traitants et les services d'urgence, comblant un manque qui agirait comme un appel d'air vers les urgences pour les patients.

La pratique dans un CSNP n'est pas forcément vue comme une décision définitive, mais peut être considérée comme transitoire pour voir un nouvel exercice ou explorer les possibilités, et n'empêche pas certains médecins de s'installer ensuite en cabinet traditionnel.

# Constats et recommandations

Depuis plusieurs années, la densité de médecins généralistes est en baisse, aussi bien en Bretagne que dans le reste de la France.

Les médecins sont confrontés aux départs de confrères qui ne trouvent pas toujours de remplaçants pour reprendre leur activité, laissant des patients sans médecin traitant ou médecin généraliste à proximité. Les médecins installés sur le territoire reçoivent davantage de demandes de soins, à la fois pour des pathologies aiguës et chroniques, y compris en SNP.

Dans ce contexte, comment assurer la bonne organisation de la médecine générale libérale, et la concilier avec de nouveaux acteurs (et de nouvelles pratiques) sur le territoire ?

La difficulté d'accès à la médecine générale libérale pour des SNP s'inscrit dans une problématique d'accès aux soins concernant tous les domaines du système de santé. Elle est symptomatique de ruptures dans les parcours de soins pour des patients ayant recours à la PDSA pour des pathologies aigües, mais n'ayant pas vu de médecins depuis plusieurs mois pour leurs pathologies chroniques. Les soins non programmés sont une partie intégrante de la médecine de ville, que les médecins généralistes prennent en charge dans leur exercice quotidien (de façon "invisible" puisque non valorisé hors régulation).

Il est donc important de rappeler que la question de l'accessibilité et la disponibilité de la médecine de ville pour les patients ne peut se régler seulement par une meilleure prise en charge des soins non programmés, même si une attention particulière leur est accordée avec l'installation de nouveaux centres dédiés. D'autres leviers sont à prendre en compte : l'éducation du patient, l'amélioration des pratiques, la prévention, et la régulation pour diminuer la pression sur le système de santé. Les récentes initiatives de législation et de régulation mettent en avant la nécessité d'une meilleure interconnaissance des médecins libéraux afin de défendre au mieux la médecine de ville.

De plus, si la reconnaissance des SNP venait à évoluer, il convient de s'interroger sur le rôle futur de chaque acteur dans la prise en charge des patients.

## Installation, organisation locale et coopération

Certains médecins installés en cabinets “traditionnels” ont évoqué des craintes à l’arrivée de nouveaux centres sur leur territoire d’exercice. Ils souhaiteraient pouvoir s’assurer ensemble de la bonne articulation des centres dans l’organisation préexistante de la prise en charge des SNP, notamment avec les exercices coordonnées (certaines CPTS ont leur propre organisation sur la gestion des SNP).

L’hyperspecialisation des structures est un autre point d’attention relevé. Si les centres sans rendez-vous permettent aux patients, qu’ils aient un médecin traitant ou non, d’avoir une réponse immédiate pour des pathologies aigües, ne risquent-ils pas de choisir leur lieu de consultation en médecine générale selon le motif ? Cela risquerait de disperser les informations relatives à l’état de santé des patients, et de brouiller le rôle de référent du médecin traitant, et de favoriser à la place un système où le patient s’auto-régule.

Les centres dédiés totalement ou en partie aux SNP sont pour l’instant installés en périphérie de bassins de population importants, comme Rennes et Brest. Toutefois, les fondateurs du CMSI et des centres 7/7 ont évoqué la possibilité de créer des antennes dans des zones plus rurales, à l’aide des médecins exerçant déjà dans leurs structures.

**Les médecins généralistes, qu’ils exercent dans un cabinet “traditionnel” ou un centre dédié en partie ou totalement aux SNP, sont avant tout des médecins libéraux exerçant leur liberté d’installation, et ne sauraient être contraints par les pouvoirs publics sur leur mode d’exercice.**

**Il est pourtant très important d’établir un lien et de garantir de bonnes relations entre les nouveaux médecins libéraux du territoire et les organisations préexistantes. Cela permettrait de discuter de la place de chacun et de trouver des complémentarités entre les différents exercices en libéral.**

## Recrutement des professionnels

Les centres dédiés en partie ou totalement aux SNP sont plutôt considérés comme attractifs par les médecins y exerçant. La demande de recrutement importante permet la création de nouveaux centres, avec l'accompagnement de médecins souhaitant développer ces structures en Bretagne. On retrouve dans ces centres à la fois de jeunes diplômés, et des médecins ayant déjà connu d'autres structures. L'exercice dans ces centres n'est pas forcément vu comme une finalité dans la carrière, si certains s'installent durablement, d'autres n'excluent pas de s'installer en dehors des centres dans le futur.

Pour les centres de médecine générale ils mentionnent la diversité des soins prodigués dans la journée, favorisée grâce aux plateaux techniques et à la proportion de SNP. C'est une opportunité de "formation continue" pour les jeunes médecins, et de découverte d'une nouvelle façon d'exercer qu'ils n'ont pas forcément pu expérimenter pendant leurs études. L'ouverture du centre 7j/7 avec une amplitude horaire importante permet à chaque médecin de s'organiser pour être présents deux ou trois jours hebdomadaires et se libérer le reste de la semaine.

Pour le CMSI, qui prend en charge les semi-urgences, la majorité des médecins sur place sont des urgentistes. La possibilité de travailler à des horaires fixes, en journée, et en dehors du week-end représente un avantage pour les urgentistes engagés par rapport à leur expérience en établissements.

**Dans les deux cas l'environnement joue un rôle favorable, avec des locaux et équipements neufs, une équipe relativement jeune, et une partie de la logistique déléguée au groupe (notamment les achats).**

**L'installation de médecins libéraux permettant de prendre en charge davantage de patients sur le territoire est une bonne nouvelle, à la fois en termes d'attractivité du territoire et de maintien de la densité de médecins généralistes. Toutefois, la ressource médicale étant globalement en tension, le risque est grand que le recrutement de médecins dans ces centres déstabilise l'existant (départ des médecins des services d'urgences vers les CSNP, sollicitation importante des remplaçant qui se détournent des cabinets traditionnels). Ce sont des points de vigilance pour éviter de pénaliser l'ensemble des médecins**

## Education des patients et pertinence des soins

L'éducation des patients est primordiale pour réduire la tension sur tous les échelons du système de soins. Dans le cas des demandes de SNP, savoir reconnaître une urgence peut permettre de déterminer si la consultation chez un médecin généraliste est nécessaire et doit être réalisée dans des délais plus ou moins brefs. Dans les cas où les patients ont un doute, la régulation par le 15 est toujours possible.

Les consultations d'urgence ne devraient pas être concernées par des demandes administratives qui ne relèvent pas d'urgences médicales, comme les renouvellements d'ordonnance et attestations médicales demandées par les employeurs, écoles, administrations, etc. La contrainte administrative des patients se répercute sur le temps médical des médecins.

Le passage par un secrétariat permet de faire tampon entre les demandes et l'accès au médecin, parfois de requalifier l'urgence ressentie par les patients et de prendre rendez-vous hors créneau de SNP. S'il n'y a pas de "tri" effectué au préalable, soit par absence de secrétariat, soit parce que la prise de rendez-vous se fait par une plateforme en ligne permettant l'accès à tous les créneaux horaires libres, il est plus difficile de responsabiliser des patients pour qui l'ultra-disponibilité des médecins facilite une surconsommation de soins. Même si le sujet peut être évoqué lors de la consultation entre le médecin et le patient, elle se fait forcément a posteriori de la prise de rendez-vous.

**Afin d'améliorer la pertinence des soins, il pourrait être efficace de travailler vers une meilleure éducation des patients sur ce que représente "le bon soin au bon moment" et alerter sur la surconsommation médicale. De plus, revaloriser et rappeler le rôle du médecin traitant comme porte d'entrée et coordinateur du parcours de soin pourrait éviter que les patients multiplient les consultations avec différents médecins généralistes. En parallèle, une plus grande autonomie des patients avec des demandes d'arrêts dérogatoires, comme mis en place lors de l'épidémie de la Covid-19, permettrait de réduire le nombre de demandes de SNP. A l'aide de la régulation et dans un effort pluridisciplinaire, il est possible de rééduquer les patients à la patience.**

**Tous les acteurs doivent s'engager dans cet objectif commun, y compris les médecins des centres sans rendez-vous.**

## Continuité des soins : gestion et suivi des patients

La question du suivi des patients après les consultations pour des SNP est primordiale pour s'assurer de leur bonne prise en charge, notamment pour le suivi d'examens complémentaires biologiques prescrits dans ce cadre.

Les médecins prescripteurs s'organisent très souvent pour assurer le retour d'information, à la fois vers les patients et leur médecin traitant (lorsqu'il y en a un). Pour les patients ayant un médecin traitant, si une pathologie aiguë est traitée en SNP par un autre médecin et nécessite des soins supplémentaires, ils doivent être assurés par le médecin traitant. Pour les autres patients, le médecin peut choisir de les intégrer à sa patientèle médecin traitant ou pas.

Les deux centres rencontrés expliquent assurer l'adressage au médecin traitant, avec une différence à la suite des soins. Le CMSI n'assure pas le suivi des patients en dehors des résultats d'analyse, puisque n'ayant aucune patientèle médecin traitant. Pour le 7/7, les médecins ont une patientèle médecin traitant, et lorsqu'un médecin n'est pas présent ce sont les autres médecins disponibles qui assurent le suivi, comme dans un cabinet de groupe "traditionnel".

**Il est primordial de s'assurer d'avoir un adressage systématique vers les médecins traitants pour les SNP de patients qui en ont un. Des situations aigües pourraient être évitées par de la prévention, l'éducation des patients et une meilleure prise en charge des patients a priori, surtout polypathologiques. Lorsque c'est possible, les médecins peuvent intégrer à leur patientèle médecin traitant des patients pris en charge dans le cadre de SNP et nécessitant un suivi pour des pathologies chroniques, afin de réduire le risque de rupture du parcours de soins ou de renoncement aux soins.**

## Pour la reconnaissance des actes de SNP

La prise en charge des SNP est assurée au quotidien par les médecins généralistes, sous différentes formes et modalités. Toutefois, les cotations ne permettent pas aujourd’hui de valoriser ces actes lorsqu’ils sont réalisés hors horaires de la PDSA et ne sont pas passés par la régulation. Cela ne permet donc pas de les comptabiliser pour refléter la pratique réelle en cabinet.

Au contraire, la cotation des actes en PDSA permet de valoriser l’implication des médecins volontaires, bien que les actes réalisés peuvent ne pas toujours correspondre à la définition d’un SNP.

**Il est à noter que les cotations sont uniformes entre les cabinets “traditionnels” et les centres dédiés totalement ou en partie aux soins non-programmés. La valorisation du SNP pour le SAS valorise l’engagement pour le service de santé public, mais tous les SNP ne passent pas par la régulation et il est impossible de les tracer aujourd’hui, donc d’évaluer la réelle implication des MG dans les SNP. Dans une logique de prévention, l’exercice complexe et de prévention devrait également être mis en valeur dans les cotations.**



7-9 Boulevard Solférino  
35000 Rennes

[contact@urpsmlb.org](mailto:contact@urpsmlb.org)  
02 99 30 36 45