

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Les rendez-vous non-honorés par les patients chez les
médecins du département du Nord : caractéristiques et
impact sur l'offre de soins**

Présentée et soutenue publiquement le 16/10/2024
à 14 heures au pôle formation

Par Charles Piérard

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Marc VOGEL

Monsieur le Docteur Philippe DE BOSSCHERE

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Avertissement

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

Sigles

ALD	Affection Longue Durée
AME	Aide Médicale d'Etat
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CM2R	Centre Mémoire de Ressources et de Recherche
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMS	Equipe Médico-Sociale
FHF	Fédération Hospitalière de France
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LR	Les Républicains
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDA	Maison Départementale de l'Autonomie
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
ONDAM	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PPC	Plan Personnalisé de Compensation
PPS	Plan Personnalisé de Scolarisation
PRS	Programmes Régionaux de Santé
RESP	Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SyFAI	Syndicat Français des Allergologues
UCC	Unité Cognitivo-Comportementale
UFML	Union Française pour une Médecine Libre
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UNV	Unité Neuro-Vasculaire
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
ZAC	Zone d'Action Complémentaire
ZIP	Zone d'Intervention Prioritaire

Sommaire

Avertissement.....	2
Remerciements	3
Sigles.....	9
Sommaire	11
Introduction.....	14
1 Organisation du système de soins français.....	14
1.1 Généralités	14
1.2 Système assurantiel	14
1.2.1 Les régimes d'assurance maladie obligatoire	14
1.2.2 Les régimes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance).....	15
1.2.3 Les financeurs publics (Etat).....	15
1.2.4 Les ménages	15
1.3 Acteurs privés et publics.....	15
1.3.1 Politiques publiques nationales.....	15
1.3.2 Relais régional	16
1.3.3 Prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale	17
1.4 Place des consultations ambulatoires (cabinets libéraux)	19
1.4.1 Soins ambulatoires (ou soins de ville).....	19
1.4.2 Paiement à l'acte	19
1.5 Accès aux consultations « en ville »	20
2 Pénurie de soins.....	20
2.1 Constat	20
2.1.1 Déserts médicaux	20
2.1.2 Délais de rendez-vous	21
2.1.3 Délai des prises en charge	21
2.2 Causes	23
2.2.1 Démographie médicale en difficulté	23
2.2.2 Augmentation des besoins de soins	23
3 Les rendez-vous non-honorés par les patients, ou « Lapins »	25
3.1 Définition	25
3.2 Problématique	25
3.3 Epidémiologie.....	25

3.3.1	A l'échelle régionale, en 2022	26
3.3.2	A l'échelle nationale, en 2022	26
4	Objectif	26
	Matériel et méthodes	27
1	Design de l'étude.....	27
2	Participants.....	27
3	Sollicitation et relances.....	27
4	Recueil de données.....	27
5	Analyse de données	28
6	Analyse statistique	28
6.1	Analyses univariées.....	28
6.2	Analyses bivariées.....	28
6.3	Significativité	28
7	Cadre réglementaire.....	29
	Résultats.....	30
1	Flowchart.....	30
2	Analyse des questionnaires.....	30
2.1	Profil des médecins répondants	30
2.2	Activité de consultation principale.....	30
2.3	Impact des « lapins ».....	32
2.4	Profil type du « lapin »	33
2.5	Solutions proposées	34
	Discussion	36
1	Principaux résultats	36
2	Discussion des résultats.....	36
3	Discussion de la méthode	37
3.1	Forces	37
3.2	Limites	37
4	Suites	37
4.1	Publication de cette étude	37
4.2	Communiqué de presse conjoint du CNOM et de l'Académie de médecine	38
4.2.1	De sérieuses répercussions sur l'offre de soins et une déconsidération de l'acte médical.....	38
4.2.2	Des actions de sensibilisation et de responsabilisation réclamées	38
4.3	Enquête Doctolib®.....	38

4.4	Position du gouvernement.....	39
4.4.1	En mai 2023.....	39
4.4.2	En novembre 2023.....	40
4.5	Proposition d'amendement du Sénat pour mettre en place une pénalité financière	40
4.5.1	Vote du 16 novembre 2023.....	40
4.5.2	Une mesure similaire déjà votée puis retirée	40
4.5.3	Modification du code de la santé publique	41
4.6	Proposition de loi de l'Assemblée nationale	41
4.7	La « taxe lapin » au 6 avril 2024.....	42
4.7.1	Echéance	42
4.7.2	Une sanction pas automatique.....	42
	Conclusion.....	43
	Liste des figures	44
	Références	45
	Annexe 1 : Questionnaire	49
	Annexe 2 : Lettre d'accompagnement	51
	Annexe 3 : Communiqué conjoint.....	52

Introduction

1 Organisation du système de soins français

1.1 Généralités

Le système de santé français s'appuie sur des structures multiples : sanitaires (pour la prise en charge hospitalière), médico-sociales et sociales (pour des publics dits « fragiles », âgés ou handicapés par exemple), ambulatoires (pour les soins dits « de ville »).

Pour autant, les pouvoirs publics incitent depuis plusieurs années à la mise en place d'une médecine de « parcours » – regroupant les parcours de santé, parcours de soins, parcours de vie – à même de renforcer la prise en charge des patients et des résidents sur tout le territoire et de décloisonner les secteurs : soins de ville, soins hospitaliers, soins médico-sociaux... L'objectif essentiel est de prévenir, de soigner et d'accompagner de manière globale et continue les patients et les résidents, au plus près de chez eux.

Pour répondre à cet objectif, les pouvoirs publics agissent sur les niveaux national, régional et local pour permettre la coordination de tous les acteurs afin que chaque patient et chaque résident en bénéficie. [1]

1.2 Système assurantiel

Le système de santé français est qualifié de Bismarckien : la population adhère obligatoirement à une assurance maladie obligatoire (AMO). Les cotisations sont prélevées sur les salaires et certains autres revenus. Ces cotisations donnent droit à une couverture assurantielle. La plupart du temps, les assurés peuvent ainsi consommer des biens et prestations de soins, les payer et être remboursés, ou bénéficier d'un tiers payant.

En France, la couverture assurantielle santé est organisée en deux étages principaux : les régimes obligatoires et les régimes complémentaires. [2]

1.2.1 Les régimes d'assurance maladie obligatoire

Ils sont caractérisés par l'obligation d'adhésion et de cotisation et ils reposent donc sur une solidarité large, basée sur des contributions assises sur les revenus, et un accès aux soins défini selon les besoins.

Les principaux régimes de sécurité sociale (régime général et régime agricole) sont regroupés au sein de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) dont le rôle est de :

- conduire la politique conventionnelle qui détermine les liens entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé libéraux,
- définir le champ des prestations admises au remboursement,
- fixer le taux de prise en charge des soins.

Les régimes obligatoires d'assurance maladie concentrent leur intervention en faveur du « gros risque », c'est-à-dire des risques santé qui ont le plus de conséquences sur les revenus des assurés, soit parce que leurs pathologies nécessitent des soins de longue durée et/ou coûteux, soit parce qu'elles mobilisent un plateau technique conséquent tant en termes de matériels, de techniques que de personnels, comme les dépenses réalisées dans les hôpitaux. [2]

1.2.2 Les régimes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance)

Les régimes complémentaires s'appuient sur une solidarité restreinte au champ des adhérents et offrent des prises en charge variables, définies par le type de contrat souscrit. Ils permettent de couvrir la part des dépenses de soins de santé qui n'est pas prise en charge par le régime de base obligatoire (tickets modérateurs, franchises, forfaits hospitaliers, prises en charge en matière d'optique, d'orthèse ou de matériels...).

Si les assurés ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire collective au titre de leur activité, ils peuvent contracter une assurance complémentaire auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance. [2]

1.2.3 Les financeurs publics (Etat)

Ce système de financement, essentiellement assurantiel et de droit privé, est complété par des financements par l'Etat. Ce financement concerne surtout les dépenses de prévention, de recherche médicale et pharmaceutique, de formation des professionnels de santé (médecins, dentistes, pharmaciens, et auxiliaires médicaux), de complémentaire santé solidaire (CSS), de dotations pour les hôpitaux militaires, de soins d'urgence, ainsi que de prestations versées aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME). [2]

1.2.4 Les ménages

Enfin, une part des dépenses peut demeurer à la charge des bénéficiaires de soins. [2]

1.3 Acteurs privés et publics

1.3.1 Politiques publiques nationales

Le système de santé est piloté par les pouvoirs publics – au premier rang desquels les ministères chargés de la santé et des affaires sociales, garants de la cohérence de la prise en charge des patients et des résidents – et par l'assurance maladie, qui couvre le risque maladie et professionnel et assure le remboursement des dépenses de santé.

L'Etat intervient directement dans le financement et l'organisation de l'offre sanitaire et médico-sociale. Pour ce faire, les ministères chargés de la santé et des affaires sociales assument un large éventail de responsabilités, parmi lesquelles :

- le pilotage et la mise en œuvre des politiques de santé publique, de veille et de sécurité sanitaire. Cela, pour préserver et améliorer l'état de santé de la population – par la prévention des maladies chroniques, la lutte contre les risques infectieux ou environnementaux – et la protéger par ailleurs des menaces sanitaires. Pour y parvenir, les ministères s'appuient sur les agences sanitaires, opérateurs publics dont ils assurent la tutelle ainsi que sur des partenaires indépendants tels que la Haute Autorité de Santé (HAS).

- la supervision de l'ensemble des établissements de soins et d'accompagnement, la formation des professionnels de santé. L'Etat veille à une bonne répartition des structures sanitaires, médico-sociales et ambulatoires sur le territoire national. Mais aussi, à la complémentarité efficace des professionnels de ces structures, afin d'offrir une réponse adaptée et de proximité aux besoins de santé de la population dans chaque territoire local.
- le soutien financier aux établissements sanitaires et médico-sociaux, la fixation des tarifs de prestation et la maîtrise des coûts en santé, la tutelle des organismes d'assurance maladie. Chaque année, le parlement vote la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) : elle définit l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui intègre les soins de ville, hospitaliers et médico-sociaux. A partir de ces montants budgétaires et en fonction des orientations du gouvernement, les ministères élaborent leurs politiques en vue de leur mise en œuvre : santé publique, offre de soins, cohésion sociale, sécurité sociale. [1]

1.3.2 Relais régional

Davantage de responsabilités sont aujourd'hui dévolues au niveau territorial et plus particulièrement aux régions.

Depuis 2010, des services rénovés de l'Etat constituent le pivot de l'organisation et de la gestion du système de santé et médico-social au niveau régional.

1.3.2.1 Les ARS

En préfiguratrices de la mise en place progressive des parcours, les agences régionales de santé (ARS) assurent la coordination de la prévention, des soins et de l'accompagnement. Elles veillent à une gestion cohérente des ressources pour permettre un accès égal de tous à une prise en charge continue, de qualité et sécurisée.

Pour y parvenir, les ARS déclinent les politiques nationales et les adaptent à leurs caractéristiques régionales (populationnelles, épidémiologiques, géographiques). Cela, par le biais de programmes régionaux de santé (PRS), composés de schémas régionaux de prévention, de schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) de ville et hospitaliers, ainsi que de schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) pour les personnes âgées ou dépendantes, handicapées, en situation de précarité. Ainsi, les ARS mettent en place une organisation mieux ancrée dans les territoires, avec un accompagnement plus efficace des professionnels de santé et une évaluation plus fine des besoins des patients. [1]

1.3.2.2 Les DRJSCS

En complémentarité avec les ARS, les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) portent – prioritairement au service des populations les plus vulnérables – l'ensemble des politiques publiques en matière sociale, sportive, de jeunesse, d'éducation populaire et de vie associative, dans une logique de promotion sociale.

Sur le champ plus particulièrement social, les DRJSCS activent l'ensemble des leviers pour garantir la prévention et la lutte contre les exclusions, la protection des populations vulnérables (enfants, personnes en situation de précarité, âgées ou dépendantes), l'inclusion sociale des personnes handicapées, les actions sociales de

la politique de la ville, la lutte contre les discriminations et la promotion de l'égalité des chances, la formation des professions sociales et de santé non médicales. [1]

1.3.2.3 Les CPAM et les CARSAT

Les politiques de sécurité sociale sont également relayées en région, notamment par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).

Lutter contre les inégalités, améliorer la répartition locale de l'offre de soins et médico-sociale et mieux adapter les réponses aux spécificités et aux besoins locaux... Autant d'objectifs pour les services régionaux. [1]

1.3.3 Prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale

Les structures, les établissements et les professionnels s'organisent, sous la supervision des ARS, pour permettre une prise en charge organisée : des « soins primaires » – dits aussi de premier recours ou de proximité – centrés autour des médecins généralistes, qui assurent également l'orientation de leurs patients, des soins de second recours dispensés par les médecins spécialistes voire de troisième recours en établissement de santé ou en structure adaptée. Cette organisation est conditionnée par une coordination des soins entre tous les acteurs et un renforcement de la permanence des soins de ville et hospitaliers. C'est l'objectif des parcours de santé, de soins, de vie, prenant le patient ou le résident dans sa globalité. [1]

1.3.3.1 Composition du système de santé et médico-social

En France, le système de santé et médico-social se compose :

- de structures de ville – dites aussi ambulatoires – au sein desquelles des professionnels libéraux et salariés exercent à titre individuel en cabinet, en groupe ou de manière coordonnée en maison ou centre de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues...
- d'établissements hospitaliers, répartis en 3 grandes catégories :
 - les hôpitaux publics,
 - les cliniques privées à but lucratif,
 - les ESPIC, établissements de santé privés d'intérêt collectif (comme par exemple les hôpitaux privés, les centres de lutte contre le cancer ou de dialyse).

Les établissements hospitaliers délivrent des soins généraux (médecine, chirurgie, obstétrique) et/ou plus spécialisés (psychiatrie et santé mentale, par exemple). Ils concourent aussi à la médecine d'urgence avec, répartis sur tout le territoire, des services d'urgence, des services d'aide médicale urgente (SAMU) pour la régulation et des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) pour les interventions.

- d'établissements médico-sociaux, regroupant entre autre les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les structures pour personnes handicapées. Ils ont pour mission d'apporter un accompagnement et une prise en charge aux publics dits « fragiles », en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance. [1]

1.3.3.2 Alternatives à l'hospitalisation classique ou à l'hébergement traditionnel

Ces dernières années, des alternatives à l'hospitalisation classique ou à l'hébergement traditionnel se développent à l'initiative des pouvoirs publics et au bénéfice des patients et des résidents eux-mêmes, voire de leurs proches. Parmi ces alternatives :

- la chirurgie ambulatoire pour raccourcir la durée d'hospitalisation, avec la garantie d'une sécurité des soins et d'un réel suivi médical
- la télémédecine (téléconsultation, téléexpertise ou télésurveillance, par exemple), pour réduire les délais de consultation, limiter les transports inutiles ainsi que la perte de repères chez certains patients, notamment âgés
- l'hospitalisation à domicile (HAD) pour maintenir, sous certaines conditions, le confort de vie des patients et de leurs proches
- les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour une surveillance médicale et autres soins d'hygiène et paramédicaux
- l'accueil temporaire en EHPAD pour améliorer la qualité de vie des personnes et accorder un temps de répit aux aidants. [1]

1.3.3.3 Structures spécialisées

Par ailleurs, des structures spécialisées accueillent de manière adaptée certains patients ou résidents :

- les unités neuro-vasculaires (UNV), qui composent une filière efficace de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) pour lesquels la réduction du temps d'intervention est primordiale
- les consultations et centres spécialisés douleur
- les centres spécialisés et intégrés pour les patients obèses afin de rendre à ces derniers l'offre de soins accessible et lisible
- les centres de référence et de compétences pour les patients malades rares, qui améliorent l'accès au diagnostic et l'orientation au sein de filières ad hoc
- les centres mémoire de ressource et de recherche (CM2R), qui reçoivent les personnes dont les troubles nécessitent des examens approfondis, les consultations mémoire pour évaluer les troubles repérés par le médecin traitant et les unités cognitivo-comportementales (UCC), pour accompagner les patients jeunes et âgés atteints de la maladie d'Alzheimer
- les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), les pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcé (UHR), qui favorisent une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement en vue d'offrir une réponse graduée et adaptée à chaque situation
- les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), dont les équipes pluridisciplinaires informent, accompagnent et conseillent pour formuler un projet de vie, un plan personnalisé de compensation (PPC) ou de scolarisation (PPS) pour chaque personne
- les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), qui renseignent sur tous les dispositifs susceptibles de répondre aux besoins des personnes âgées
- les maisons départementales de l'autonomie (MDA), qui constituent des structures expérimentales fusionnant à terme les équipes médico-sociales (EMS) des conseils généraux, les MDPH et les CLIC dans les régions concernées

- les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui permettent aux personnes en situation de précarité de bénéficier d'un accueil, d'informations (entre autre de prévention), d'une orientation et de soins.

Cette synergie très forte entre les professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux permet aujourd'hui à la quasi-totalité des Français de bénéficier d'un accès à des soins de proximité et de qualité. [1].

1.4 Place des consultations ambulatoires (cabinets libéraux)

1.4.1 Soins ambulatoires (ou soins de ville)

Les soins ambulatoires (ou soins de ville) sont les soins effectués en cabinets de ville, dispensaires, centres de soins, lors de consultations externes d'hôpitaux publics ou privés, en cures thermales et les actes d'analyse en laboratoire. Ils sont dispensés par les médecins, dentistes et auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes) dans le cadre de leur activité libérale.

Les offreurs de soins et les producteurs de biens et services en santé regroupent :

- des professions médicales et pharmaceutiques (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), des auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.) aux statuts et aux modes d'exercices divers : libéraux, salariés ou mixtes ;
- des réseaux de santé pluridisciplinaires (maisons de santé pluridisciplinaires ou MSP, communautés professionnelles territoriales de santé ou CPTS) intégrant médecins, infirmières et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.) constitués pour favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge et exerçant dans des maisons ou centres de santé.

Les professionnels de santé travaillant au sein de ces structures sont essentiellement chargés de soins de premier recours et de la prévention. Ils doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Les maisons de santé sont appelées à conclure avec leur ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence. [2]

1.4.2 Paiement à l'acte

Depuis le XIXe siècle, les médecins libéraux français sont rémunérés à l'acte, c'est-à-dire que le patient paie son praticien directement pour chaque consultation ou chaque acte diagnostique ou thérapeutique. [3]

La rémunération à l'acte est aujourd'hui répartie principalement entre actes dits cliniques, à savoir « essentiellement fondés sur les aptitudes et connaissances intellectuelles du praticien » (principalement les visites et les consultations) et répertoriés dans la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels), et les actes dits techniques, qui s'appuieraient davantage sur « l'utilisation d'instruments médicaux ou sur une technicité spécifique », répertoriés dans la CCAM (classification commune des actes médicaux). Selon son statut conventionnel, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires sur ces différents actes. [4]

Les réservations ou actes annulés ne donnent pas lieu à rémunération pour le médecin.

1.5 Accès aux consultations « en ville »

Notre système sanitaire et médico-social respecte la liberté de choix du patient et du résident : chaque Français(e) est libre de choisir son médecin traitant, un spécialiste en accès direct, son établissement de santé, sa structure d'hébergement, ceci dans le secteur public comme dans le secteur privé. Les médecins libéraux disposent de la liberté d'installation et prescrivent librement. [1]

La plupart du temps, la consultation a lieu suite à la prise d'un rendez-vous : directement au cabinet, par téléphone, ou encore par le biais de plateformes type Doctolib®. De plus en plus rarement, la consultation a lieu sans rendez-vous, lors de plages « libres » de consultation.

2 Pénurie de soins

2.1 Constat

2.1.1 Déserts médicaux

Au 1^{er} janvier 2022, la France compte 230 000 médecins et se situe, avec 3,4 médecins pour 1000 habitants, dans la moyenne de l'OCDE. Toutefois, la densité médicale est très inégale sur le territoire. Dans certaines zones, la faiblesse de la densité médicale engendre des difficultés d'accès aux soins.

Sur l'ensemble du territoire, la densité médicale représente le nombre de médecins par habitant. Au 1^{er} janvier 2022, l'Atlas de démographie médicale dénombre 121 médecins généralistes en moyenne pour 100 000 habitants (141 en 2010). Les disparités entre les territoires demeurent importantes, mais elles n'opposent plus les territoires ruraux aux villes. En métropole, les écarts de densité en médecine générale entre les départements les plus défavorisés et les départements les mieux dotés sont de l'ordre de 1 à 2.

Selon l'étude "Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?" [5], en 2021, comme en 2012, les médecins sont, davantage que la population totale, concentrés dans la moitié sud de la France ainsi qu'en Île-de-France. La densité de médecins la plus élevée est en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (377 médecins pour 100 000 habitants). La région Île-de-France bénéficie d'une couverture importante avec 354 médecins pour 100 000 habitants mais avec une situation contrastée. L'Île-de-France est la région la mieux dotée en spécialistes mais la densité en médecins généralistes y est inférieure de plus de 11% à la moyenne nationale. D'autres pans de cette étude tiennent compte de la structure d'âge de la population, mais ne remettent pas en question le constat d'un gradient Nord-Sud.

Les quartiers prioritaires de la ville, mais aussi des départements comme la Seine-Saint-Denis, sont particulièrement touchés par le manque de médecins (baisse de la densité médicale de 5,4% en 2022). Les spécialistes y sont en moyenne trois fois moins nombreux que dans les autres unités urbaines. 93 départements voient leurs effectifs de généralistes baisser et les mesures prises depuis 2012 pour réduire les disparités territoriales n'ont pas produit les effets escomptés. Les ARS définissent, par exemple, des zones déficitaires. La quasi-totalité des installations de médecins se fait en dehors de ces zones malgré les aides à l'installation qui y sont proposées.

Les inégalités sont avant tout infra-départementales. Les zones les moins dotées sont les zones rurales en périphérie des villes, ou celles, proches de grandes villes mais qui échappent à leur "rayonnement" économique. Cette situation est d'autant plus problématique qu'elle suit les contours des inégalités sociales et les accentue. [6]

On remarquera cependant que ces estimations tiennent compte du lieu de domiciliation de la population, mais pas de la mobilité de cette population, notamment pour aller travailler chaque jour.

2.1.2 Délais de rendez-vous

La DREES, direction statistique des ministères sociaux, considère que l'expression "désert médical" renvoie une image erronée car il n'y a pas de zone sans accès à une offre de soins. Les délais d'attente constituent, en revanche, un indicateur plus précis pour mesurer l'accessibilité des soins et la corrélation entre l'offre et la demande de soins. [6]

2.1.2.1 En 2018

Un rendez-vous sur deux avec un médecin généraliste est obtenu en moins de deux jours, selon l'enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins réalisée par la DREES, auprès de 40 000 personnes.

Pour certaines spécialités médicales, ces délais d'attente sont de plus de deux mois. C'est en ophtalmologie, dermatologie, cardiologie, gynécologie et rhumatologie qu'ils sont les plus importants. Toutefois, les délais sont bien moindres, quel que soit le professionnel contacté, lorsque la demande de rendez-vous est liée à l'apparition ou à l'aggravation de symptômes. Ainsi, chez le médecin généraliste, la moitié des prises de contact aboutissent à un rendez-vous dans la journée en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes, contre 6 jours pour un contrôle périodique. [7]

Les temps d'attente sont plus longs dans les communes où l'accessibilité géographique aux professionnels de santé est faible, notamment dans les petits et moyens pôles et dans les communes hors influence des pôles.

Les délais sont jugés corrects ou rapides pour huit demandes de rendez-vous sur dix, sauf dans les spécialités médicales pour lesquelles ils sont les plus longs. La quasi-totalité des prises de contact se concrétisent par l'obtention d'un rendez-vous. Toutefois, les personnes qui ne réussissent pas à en obtenir un, cherchent en majorité à contacter un autre professionnel. Elles se reportent assez peu vers les urgences hospitalières. [7]

2.1.2.2 En 2022

Six millions d'habitants, dont 600 000 sont atteints d'affection de longue durée (ALD), n'ont pas de médecin traitant et les inégalités géographiques sont criantes. Dans les zones les moins bien dotées, il n'est pas rare de devoir attendre plus de trois semaines pour consulter un généraliste et plus d'un tiers des habitants affirment avoir renoncé à des soins pour des raisons de coût, de délai d'attente ou d'accessibilité. [8]

2.1.3 Délai des prises en charge

Selon le « baromètre de l'accès aux soins » de la FHF (Fédération Hospitalière de France), 4 malades chroniques sur 10 partagent le constat que leur prise en charge médicale s'est détériorée depuis la crise sanitaire. Si le niveau d'activité de l'hôpital a, au global, retrouvé en 2023 le niveau observé en 2019, cette reprise cache des

disparités préoccupantes et a des conséquences très concrètes sur la santé des patients.

A l'occasion de la Journée d'hommage et de célébration de l'engagement des professionnels de santé lors de la pandémie, la FHF présente son premier « baromètre annuel de l'accès au soins ». Il est composé de deux volets : le premier porte sur l'évolution de l'activité à l'hôpital et le second est un sondage d'opinion Ipsos sur l'accès aux soins. [9,10]

2.1.3.1 Evolution de l'activité depuis 2020

Entre 2019 et fin 2023, on constate un sous-recours cumulé de 3,5 millions de séjours hospitaliers. Si le niveau d'activité en 2023 a, au global, retrouvé le niveau observé en 2019, cette reprise cache des disparités préoccupantes dans des activités qui sont, par nature, réalisées pour l'immense majorité à l'hôpital public.

Cette situation a des conséquences très concrètes sur la santé des patients, avec la possibilité d'un retard pris sur la détection de certains cancers ou d'une prise en charge insuffisante pour les diabétiques de plus de 35 ans. [9,10]

2.1.3.2 Renoncement aux soins et sur-recours aux urgences

54 % des Français disent s'être rendus aux urgences au cours des derniers mois pour des raisons qui ne relevaient pas d'une urgence médicale (vs. 42 % en 2019). Ce phénomène traduit notamment le besoin de mieux organiser le lien ville-hôpital et la nécessité d'un premier recours plus fort. Dans 32% des cas, le patient est venu aux urgences faute de savoir dans quel autre endroit se rendre. Dans 30% des cas, il déclare être venu aux urgences à la suite d'un refus de prise en charge non programmée par un médecin généraliste ou spécialiste de ville.

Cet état de fait rejaille sur l'ensemble des services hospitaliers. Entre difficulté d'accès aux soins et difficultés économiques, ce sont plus de 6 Français sur 10 qui ont déjà renoncé à au moins un acte de soin au cours des 5 dernières années :

- 50 % parce que c'était trop long d'obtenir un rendez-vous
- Plus de 40 % pour des difficultés financières
- Et un tiers à cause de l'éloignement géographique.

Par ailleurs, un Français sur deux déclare avoir déjà vécu un retard de soins à l'hôpital au cours des 5 dernières années en raison de la surcharge de travail du service ou du médecin, ou de la difficulté à y obtenir un rendez-vous que ce soit pour lui ou pour un proche.

Lorsqu'ils ont été confrontés à ces situations, plus d'1 Français sur 3 déclare que ces reports de soin ont eu des conséquences graves pour eux, et plus d'1 Français sur 2 rapporte des conséquences graves pour leurs proches.

Par ailleurs, 4 malades chroniques (ou concernés par un handicap physique) sur 10 partagent le constat que leur prise en charge médicale s'est détériorée depuis le Covid. Ce chiffre atteint 48% chez les personnes souffrant d'une maladie mentale.

Pour la FHF, ces données inédites « traduisent les mutations à l'œuvre dans le système de santé. Si l'activité progresse à nouveau à l'hôpital en 2023, un sous-recours aux soins dans plusieurs activités traduit la persistance d'une dette de santé publique sans précédent à la suite de la pandémie Covid, qui pourrait représenter une véritable bombe à retardement de santé publique ».

La FHF appelle les pouvoirs publics à fixer des priorités de santé publique en conséquence. En particulier, l'hôpital public et notamment les CHU, ont un rôle prépondérant irremplaçable sur les filières de soin essentielles. [9,10]

2.2 Causes

2.2.1 Démographie médicale en difficulté

Selon l'Atlas de la démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le nombre de médecins généralistes en activité régulière, au 1^{er} janvier 2022, a diminué de 11% depuis 2010 et de 0,9% au cours de la dernière année. Ils sont 84 133 enregistrés, soit une perte de 10 128 médecins en 12 ans.

Cette baisse devrait se poursuivre dans les dix prochaines années, notamment en raison du départ en retraite de près d'un quart des effectifs. Le Conseil de l'Ordre estime qu'en 2025, les généralistes qui exercent de façon régulière ne seront plus que 81 912. Plus d'un quart d'entre eux ont plus de 60 ans, ce qui risque d'accentuer la diminution de leur nombre dans les années à venir.

À cette tendance s'ajoute le basculement d'un mode d'exercice libéral de la médecine vers un autre, salarié ou mixte (libéral et salarié) en progression en 2021 :

- 56,2 % des médecins généralistes exercent en libéral uniquement
- 37,4 % sont salariés
- 6,4 % sont en exercice mixte.

Quant à ceux qui choisissent l'exercice libéral, ils sont plus des deux tiers à être remplaçants. Or les médecins libéraux effectuent un nombre d'heures de consultation plus important que celui des médecins salariés. Ils constituent la principale offre de soins de premier recours, et un maillon essentiel du parcours de soin des patients. Le nombre de médecins généralistes salariés devrait à terme dépasser celui des libéraux. [6]

2.2.2 Augmentation des besoins de soins

2.2.2.1 Vieillesse de la population

Au 1^{er} janvier 2023, la France compte 68,0 millions d'habitants. Au cours de l'année 2022, la population a augmenté de 0,3 %.

En 2022, le solde naturel, différence entre les nombres de naissances et de décès, atteint son plus bas niveau depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale à + 56 000. Il avait déjà atteint en 2020 un niveau historiquement bas du fait de la forte hausse du nombre de décès due à l'épidémie de Covid-19. Il était légèrement remonté en 2021 grâce au rebond du nombre de naissances et à une baisse du nombre de décès.

Le nombre de naissances atteint un point bas historique : en 2022, 723 000 bébés sont nés en France (selon les estimations réalisées fin novembre 2022), soit 19 000 de moins qu'en 2021 (- 2,6 %). Entre 2015 et 2020, les naissances ont été chaque année de moins en moins nombreuses. [11]

Au 1^{er} janvier 2023, en France, 21,3 % des habitants ont 65 ans ou plus. Cette proportion augmente depuis plus de trente ans et le vieillissement de la population s'accélère depuis le milieu des années 2010, avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses du *baby-boom*. [12]

Le vieillissement de la population française se poursuit, avec 16 % de personnes de 75 ans ou plus attendus en 2052, contre 9 % aujourd'hui. L'espérance de vie à la naissance s'élève à 85,4 ans pour les femmes et à 79,3 ans pour les hommes en 2021. Si les espérances de vie à la naissance et à 65 ans continuent de croître, malgré une baisse conjoncturelle en 2020 du fait de l'épidémie de Covid-19, cette croissance s'amenuise. Même si elle ralentit aussi, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans progresse plus rapidement que l'espérance de vie à 65 ans : entre 2009 et 2019, la première a augmenté de 2,1 ans contre 0,8 an pour la seconde chez les femmes, et de 1,4 an contre 1,2 an chez les hommes. [13]

2.2.2.2 Augmentation de la prévalence des pathologies chroniques

Les pathologies chroniques sont plus prévalentes, de par une meilleure survie et un dépistage plus précoce.

La population vieillit, et la fréquence des pathologies chroniques multiples augmente avec l'âge, mais la polyopathie n'est pas limitée aux personnes âgées : 3 % de la population cumule 3 pathologies ou traitement chronique dès 45-64 ans, 8 % à 65-74 ans et 21 % au-delà de 75 ans, plus encore chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, au grand âge, dont la part est amenée à progresser fortement, le cumul de plusieurs de ces maladies est fréquent, d'où une future pression attendue sur l'offre de soins. [13]

2.2.2.2.1 Maladies chroniques les plus fréquentes

Les maladies cardio-neurovasculaires sont les maladies chroniques les plus fréquentes, suivies par les maladies mentales, le diabète et les cancers. La réduction de la mortalité, prématurée ou non, se poursuit, avec les cancers et les maladies cardio-neurovasculaires qui demeurent les causes les plus fréquentes, concernant chacun plus du quart des décès : 24 millions de personnes, soit 36 % des personnes ayant eu au moins une prestation de soin dans l'année (appelés par la suite les bénéficiaires), ont bénéficié d'une prise en charge pour des pathologies, des épisodes de soins (y compris maternité) ou des traitements fréquents, graves ou coûteux, repérables dans le Système national des données de santé. Les maladies cardio-neurovasculaires qui concernent 13 % de la population des bénéficiaires sont les plus fréquentes, suivies des maladies psychiatriques qui concernent 8 % de la population des bénéficiaires. À l'inverse, plus d'un bénéficiaire sur deux n'a eu en 2019 ni pathologie, ni traitement régulier, ni hospitalisation. [13]

2.2.2.2.2 Maladies chroniques et hospitalisation

Ces maladies chroniques ont une répercussion importante sur l'activité hospitalière. Les patients en ALD pour une maladie chronique, qui représentent 18 % des personnes ayant consommé des soins en 2016, sont surreprésentés parmi les personnes hospitalisées : ils constituent 43 % des patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO).

En France, en 2019, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents pour l'ensemble des patients, tous âges et tous sexes confondus, hospitalisés en MCO, sont les maladies de l'appareil digestif (dont font partie les chirurgies pour dents de sagesse), suivies par les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire. Cette hiérarchie des motifs d'hospitalisation varie toutefois selon l'âge et le sexe :

- Avant 15 ans, les maladies de l'appareil respiratoire représentent le plus grand nombre d'hospitalisations (18 %)
- Entre 15 et 44 ans, après exclusion des hospitalisations liées à la maternité, les motifs les plus fréquents concernent l'appareil digestif (22 %)
- Entre 45 et 74 ans, les recours les plus fréquents concernent les maladies de l'appareil digestif (15 %), les pathologies tumorales (15 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (11 %)
- A partir de 75 ans, la première cause d'hospitalisation concerne les maladies de l'appareil circulatoire (17 %). Les maladies de l'œil et de ses annexes représentent le deuxième motif de recours à l'hospitalisation dans cette tranche d'âge (12 %), juste devant les tumeurs (11 %). Ces motifs d'hospitalisation, plutôt stables sur la période récente, ont été fortement modifiés avec la crise sanitaire. [13]

2.2.2.3 Elargissement de la définition de santé

Avec des demandes de confort et de prises en charge ne se limitant pas au risque vital liées notamment à la contraception, à la santé sexuelle, et au bien-être de la part des patients, la définition de santé s'élargit.

En France, selon le dernier Baromètre santé de 2016, plus de 7 femmes sur 10 en âge de procréer – et leurs partenaires masculins – étaient concernés par la contraception, et 92 % des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui ne désirent pas de grossesse utilisent un moyen de contraception. [14,15]

D'autre part, les professionnels de la santé sexuelle déplorent un nombre insuffisant de sexologues formés et reconnus face à des besoins croissants de la part des patients. Les professionnels de la santé sexuelle ont fait ce constat lors des neuvièmes Assises françaises de sexologie et de santé sexuelle en 2016, et l'expliquent notamment par le fait que la Sécurité Sociale ne rembourse pas les consultations. [16]

3 Les rendez-vous non-honorés par les patients, ou « Lapins »

3.1 Définition

Les « lapins » sont les rendez-vous sollicités par les patients, puis non-honorés par les patients, sans même prévenir, et sans motif valable (ex : hospitalisation en urgence, décès, etc.).

3.2 Problématique

Les « lapins » constituent à la fois une perte de revenus pour les praticiens et une perte d'offre de soins pour la population, car ils occupent inutilement des créneaux de consultation. Cette perte d'offre de soin est préjudiciable dans un contexte de pénurie, comme vu précédemment.

3.3 Epidémiologie

Dans une étude Odoxa [17] parue en 2019, 15% des Français sondés avouent ne s'être pas présentés un jour à un rendez-vous médical sans avoir prévenu de leur

absence. Et une très large majorité des médecins sondés (90-97%) déclare être confrontée à la problématique des rendez-vous non-honorés. [18]

3.3.1 A l'échelle régionale, en 2022

3.3.1.1 En région Grand Est

Ces chiffres ont été confirmés plus récemment par une enquête URPS Médecins Libéraux Grand Est [19], menée sur la période du 1^{er} au 31 mars 2022, qui note que 73% des médecins connaissent un à cinq rendez-vous manqués par semaine et 25% plus de cinq. [18]

3.3.1.2 En région Île-de-France

Une autre enquête, lancée le 8 juillet 2022 auprès des médecins libéraux franciliens par l'URPS Médecins Libéraux Île-de-France [20], met en évidence des proportions encore plus élevées : selon les 2000 premiers répondants, la moyenne des rendez-vous non-honorés se situerait à deux par jour avec des pics pouvant aller jusqu'à cinq. [18]

3.3.2 A l'échelle nationale, en 2022

Entre 6 et 10 % des patients ne se présentent pas à un rendez-vous médical qu'ils avaient pris, alertent l'Académie de médecine et le CNOM en septembre 2022, ce qui correspond à deux rendez-vous non-honorés en moyenne par jour et par médecin, un peu plus de 76 000 rendez-vous par an, une perte de temps de consultation de près de 2 heures hebdomadaires pour le médecin quelle qu'en soit la discipline et, par extrapolation, environ 28 millions de rendez-vous non-honorés par an, soit l'équivalent du temps de travail de plus de 4000 médecins. [21–24]

4 Objectif

L'introduction précédente a permis de mettre en évidence le manque de données objectives concernant les « lapins » chez les médecins exerçant dans le département du Nord.

L'objectif stratégique de ce travail est de contribuer à identifier des leviers pour augmenter l'offre de soins, à moyens constants.

Afin de contribuer à cet objectif, l'objectif opérationnel de ce travail est de quantifier et caractériser le problème des « lapins » dans le département du Nord.

Matériel et méthodes

1 Design de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative sur questionnaire chez les médecins du département du Nord.

2 Participants

Un tirage au sort de 200 médecins a été effectué avec le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) du Nord, parmi les médecins exerçant dans le département du Nord et payant une cotisation pleine en 2022.

3 Sollicitation et relances

Un questionnaire papier anonyme a été envoyé depuis le siège du CDOM du Nord aux médecins tirés au sort, accompagné d'un courrier d'introduction et d'une enveloppe retour préimbrée (voir Annexe 1 et Annexe 2). Des relances téléphoniques systématiques ont été faites, dans la mesure où les réponses étaient anonymes, et il n'était donc pas possible de savoir qui avait répondu. Le fichier des coordonnées des médecins tirés au sort n'a pas quitté les locaux du CDOM du Nord.

4 Recueil de données

Les données suivantes ont été recueillies (voir Annexe 1) :

- profil du médecin :
 - sexe
 - âge
- réalisation de consultations
- activité de consultation principale :
 - type(s) de consultation
 - mode d'exercice
 - lieu d'exercice
 - exercice dans un désert médical
- impact des « lapins » :
 - nombre de consultations par semaine
 - nombre de « lapins » par semaine
 - durée moyenne d'une consultation
 - délai médian pour obtenir une consultation
 - utilisation du temps libéré par les « lapins »
- profil type de la consultation non-honorée :
 - patient suivi habituellement
 - prise de rendez-vous sur Internet

- caractère grave du motif de consultation
- caractère chronique de la maladie ou du traitement
- rendez-vous unique ou plusieurs rendez-vous pris en même temps
- patient présentant des problèmes sociaux, psychologiques ou d'organisation
- patient adressé par un confrère
- rendez-vous programmé de longue date
- rendez-vous pris par un tiers
- caractère jeune du patient
- solutions proposées par le médecin interrogé :
 - communiquer et sensibiliser les patients
 - plages de consultation sans rendez-vous
 - caution non-remboursable
 - retenue sur remboursements ultérieurs
 - note de fiabilité des patients sur les sites de prise de rendez-vous
 - non-accueil de certains patients récidivistes (hors soins urgents) par les médecins.

5 Analyse de données

Les données ont été saisies anonymement sur tableur et ont été nettoyées. Des analyses statistiques univariées et bivariées ont été effectuées sur les données précitées.

6 Analyse statistique

6.1 Analyses univariées

Les variables qualitatives, binaires, ou discrètes avec très peu de modalités sont exprimées en effectif et pourcentage.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart type (SD, *standard deviation*) si l'histogramme révèle une distribution d'allure symétrique, et médiane premier et troisième quartile (Q1, Q3) dans le cas contraire.

6.2 Analyses bivariées

L'indépendance entre deux variables qualitatives est testée à l'aide d'un test du Khi^2 .

L'égalité de deux moyennes est testée à l'aide d'un test de Student.

L'absence de relation linéaire entre deux variables quantitatives est testée à l'aide du test de nullité du coefficient de corrélation de Spearman. Pour les échelles de Likert, nous utilisons le coefficient de corrélation de Pearson.

6.3 Significativité

Les tests statistiques sont bilatéraux. Les p valeurs sont considérées comme significatives au seuil de 5%.

7 Cadre réglementaire

Cette étude a été financée par le CDOM du Nord.

Elle entre dans les missions premières du CDOM du Nord, qui sont définies par la Loi, il n'y a donc pas de nécessité d'autorisation supplémentaire. [25,26]

Le recueil et l'analyse de données sont strictement anonymes.

Résultats

1 Flowchart

Sur 200 médecins sollicités, nous avons obtenu après relances 168 réponses valides, soit un taux de réponse de 84.0% (Figure 1).

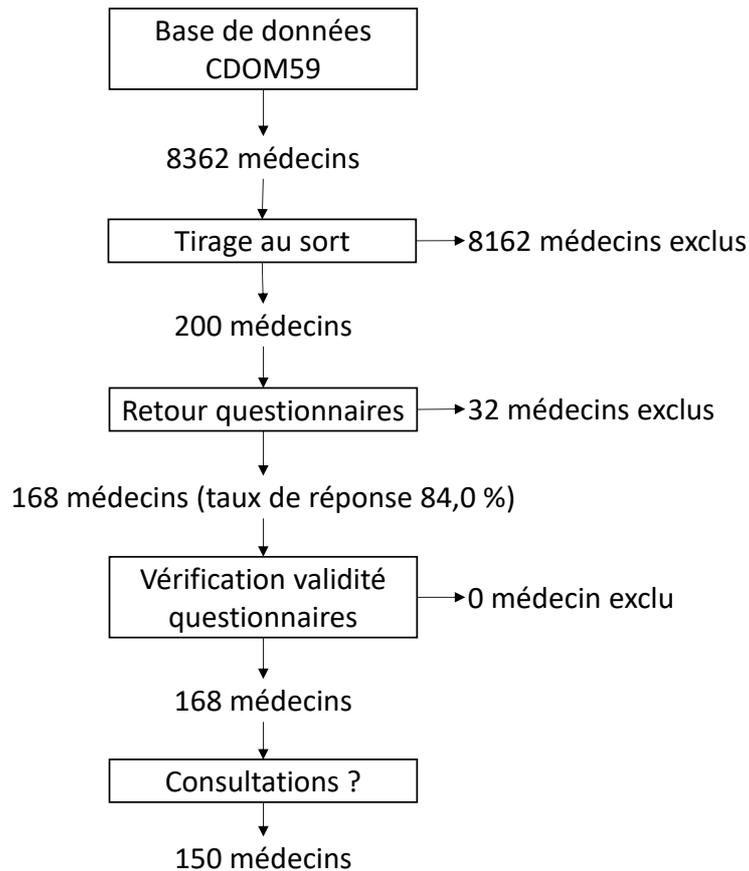


Figure 1. Flowchart

2 Analyse des questionnaires

2.1 Profil des médecins répondants

Il y a 85 (50.6%) hommes. L'âge moyen est 48.4 ans (SD=12.0).

2.2 Activité de consultation principale

Parmi les répondants, 150 médecins (89.3%) font des consultations. Pour la suite de l'analyse, eux seuls sont pris en compte.

Concernant les consultations réalisées :

- 44 (29.9%) ont une activité de soin primaire en médecine générale
- 52 (35.4%) ont une activité de soin primaire dans le cadre d'une autre spécialité
- 68 (46.3%) reçoivent des patients adressés dans le cadre d'une activité médicale
- 32 (21.8%) reçoivent des patients adressés dans le cadre d'une chirurgie.

Il était possible de donner plusieurs réponses parmi les 4 proposées, mais 74% n'ont donné qu'une seule réponse.

La répartition des modes d'exercice chez les répondants est la suivante (Figure 2) :

- 85 (57.1%) exercent en libéral
- 63 (42.3%) sont salariés d'un établissement
- 1 (0.67%) est salarié d'un cabinet.



Figure 2. Mode d'exercice des répondants

La répartition des lieux d'exercice chez les répondants est la suivante (Figure 3) :

- 84 (53.3%) exercent en métropole lilloise
- 38 (26.4%) exercent en milieu urbain hors métropole lilloise
- 19 (13.2%) exercent en milieu semi-rural
- 3 (2.1%) exercent en milieu rural.

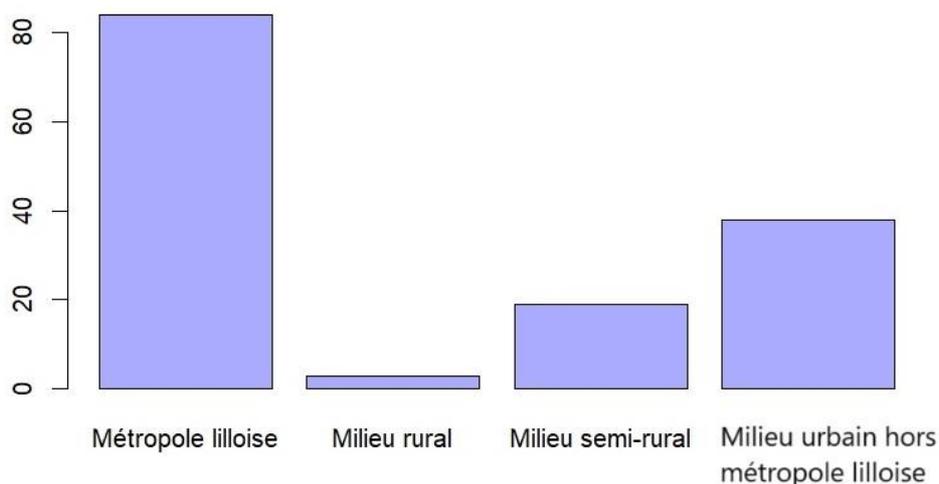


Figure 3. Lieu d'exercice des répondants

Dix médecins (6.9%) exercent en désert médical (ZAC ou ZIP).

2.3 Impact des « lapins »

Ces médecins réalisent en médiane 60 consultations par semaine (Q1-Q3 [28.5;100]).

Ils déclarent subir en médiane 4 (Q1-Q3 [2;7]) lapins par semaine.

La durée moyenne d'une consultation est 22.8 minutes. La durée médiane d'une consultation est 20.0 minutes (Q1-Q3 [15;30]).

Nous déduisons ainsi que les lapins représentent 7.60% des consultations, correspondant à 2h01 par semaine.

Les répondants déclarent que leur délai médian pour obtenir une consultation est de 20 jours (Q1-Q3 [5;60]).

En moyenne, les médecins interrogés déclarent utiliser le temps libéré par les lapins comme suit (Figure 4) :

- 14.9% de temps de soin supplémentaire (nouvelles consultations en remplacement)
- 35.8% de temps de soin réalloué (rattrapage du retard, consultations plus longues)
- 37.6% de temps professionnel hors soin (formalités, formation, etc.)
- 11.7% de temps non-professionnel (temps perdu, occupations personnelles, etc.).

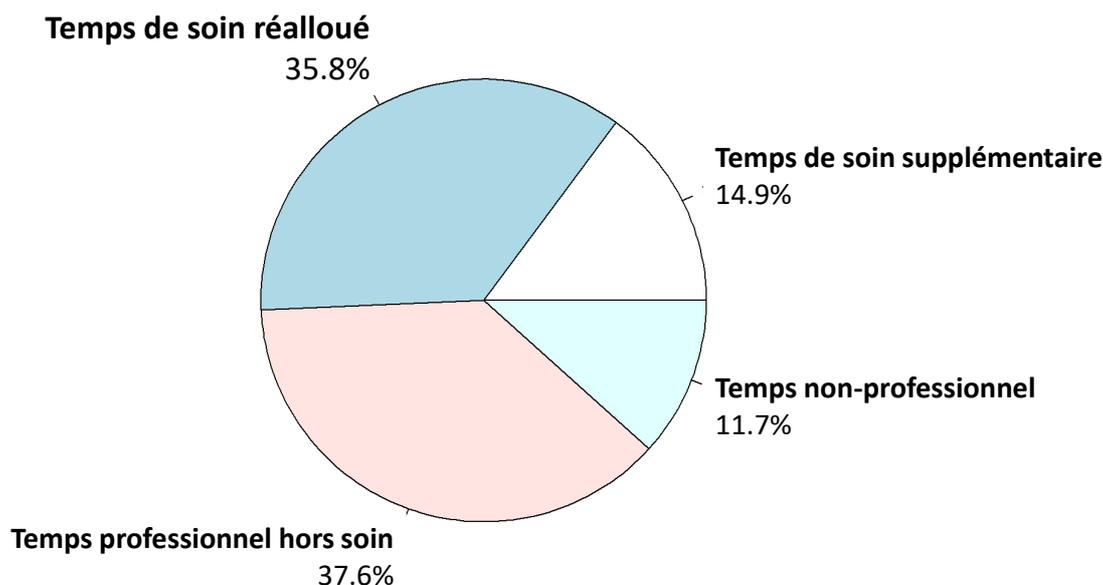


Figure 4. Utilisation du temps libéré par les "lapins"

On ne met pas en évidence de différence significative entre la proportion de consultations annulées en désert médical (10.6%) et hors désert médical (10.3%) ($p > 0.05$). De même, on ne met pas en évidence de différence significative entre le temps moyen perdu par semaine en désert médical (92 minutes) et hors désert médical (82 minutes) ($p > 0.05$).

La proportion de consultations annulées est significativement plus importante dans les autres situations qu'en soins premiers de médecine générale (respectivement 11.3% contre 4.9%, $p = 6e^{-5}$). Cependant, on ne met pas en évidence de différence significative entre le temps moyen perdu par semaine dans le cadre de soins premiers en médecine générale (84 minutes) et dans les autres situations (82 minutes) ($p > 0.05$).

La proportion de consultations annulées est significativement plus importante en établissement qu'en cabinet (respectivement 13.9% contre 5.37%, $p = 0.008$). Cependant, on ne met pas en évidence de différence significative entre le temps moyen perdu par semaine dans le cadre d'un exercice en cabinet (87 minutes) et dans le cadre d'un exercice en établissement (76 minutes) ($p > 0.05$).

Si la proportion de lapins semble corrélée de prime abord au délai médian de rendez-vous déclaré par les médecins, cette apparente corrélation disparaît lorsqu'on sépare les médecins généralistes de soin premier ($p = 0.33$) et les autres médecins ($p = 0.61$).

2.4 Profil type du « lapin »

Les réponses des médecins aux échelles de Likert sont représentées en Figure 5. Afin de proposer une vue synthétique de ces réponses, nous reproduisons ci-dessous un score moyen pour chaque affirmation, calculé comme suit :

- « -2 » pour la réponse « pas du tout d'accord »
- « -1 » pour la réponse « plutôt pas d'accord »
- « 0 » pour la réponse « ni d'accord, ni pas d'accord »
- « +1 » pour la réponse « plutôt d'accord »
- « +2 » pour la réponse « tout à fait d'accord »

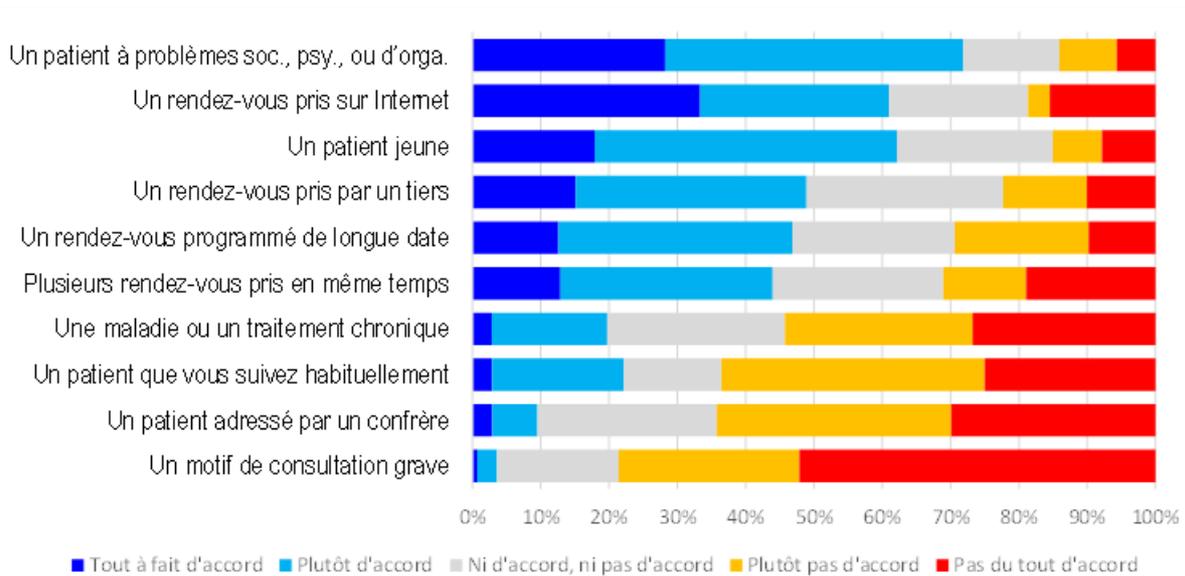


Figure 5. Profil type du "lapin" selon les répondants

Les scores moyens obtenus sont (triés par ordre décroissant) :

- Un patient présentant des problèmes sociaux, psychologiques, ou d'organisation +0.80
- Un rendez-vous pris sur Internet +0.60
- Un patient jeune +0.57
- Un rendez-vous pris par un tiers +0.32
- Un rendez-vous programmé de longue date +0.20
- Plusieurs rendez-vous pris en même temps +0.07
- Une maladie ou un traitement chronique -0.58
- Un patient que vous suivez habituellement -0.64
- Un patient adressé par un confrère -0.82
- Un motif de consultation grave -1.26

En synthèse (Figure 5), selon les médecins interrogés, le profil type du « lapin » est plutôt un patient, jeune, présentant un problème psychologique ou social ou organisationnel, ayant pris rendez-vous sur Internet, inconnu du cabinet, non-adressé par un confrère, venant pour un motif aigu et non-grave.

2.5 Solutions proposées

Les réponses des médecins aux échelles de Likert sont représentées en Figure 6. Afin de proposer une vue synthétique de ces réponses, nous reproduisons ci-dessous un score moyen pour chaque affirmation, calculé comme précédemment.

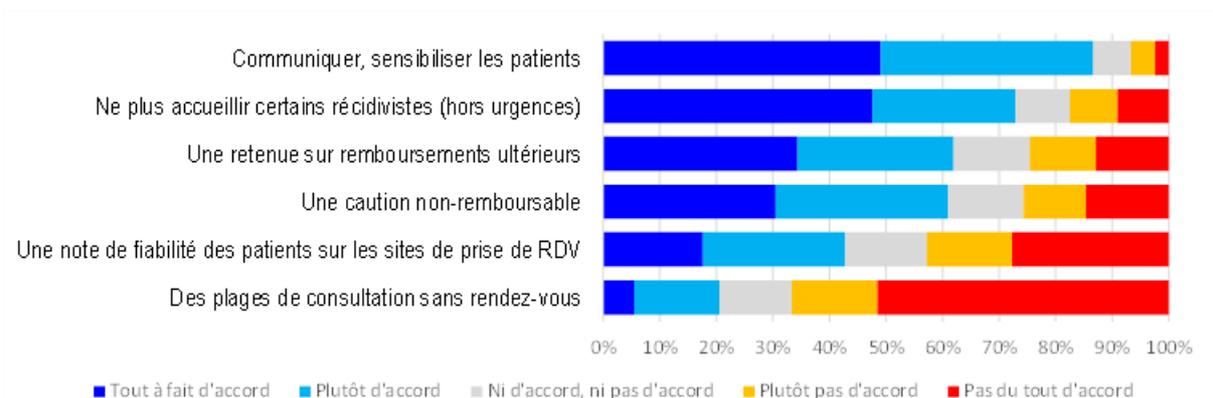


Figure 6. Solutions proposées par les répondants

Les scores moyens obtenus sont (triés par ordre décroissant) :

- Communiquer, sensibiliser les patients +1.27
- Que les médecins n'accueillent plus certains patients récidivistes (hors soins urgents) +0.94
- Une retenue sur remboursements ultérieurs +0.59
- Une caution non-remboursable +0.51
- Que les sites de prise de rendez-vous publient une note de fiabilité des patients -0.10
- Des plages de consultation sans rendez-vous -0.92

En synthèse (Figure 6), il faudrait en priorité communiquer et sensibiliser les patients sur l'impact des lapins, ne plus accueillir les récidivistes (hors urgences) et instaurer une dissuasion financière.

L'analyse de corrélation entre les différentes réponses montre principalement trois groupes de propositions. Les approches de responsabilisation financière sont corrélées entre elles, et négativement corrélées à l'ouverture de plages de consultation sans rendez-vous (RDV). L'approche de sensibilisation est globalement indépendante des autres.

Plages de consultation sans RDV	Caution non-remboursable	Retenue sur remboursements ultérieurs	Note de fiabilité des patients	Non-accueil récidivistes	
0.05	-0.03	-0.15	0.07	0.01	Communiquer, sensibiliser le patient
	-0.18	-0.20	-0.19	-0.13	Plages de consultation sans RDV
		0.55	0.33	0.30	Caution non-remboursable
			0.36	0.32	Retenue sur remboursements ultérieurs
				0.39	Note de fiabilité des patients

Figure 7. Corrélation (Pearson) entre les réponses quant aux solutions proposées (seuil de significativité pour cet effectif : $|r| \geq 0.158$)

Discussion

1 Principaux résultats

Nous voulions quantifier et caractériser le problème des « lapins » chez les médecins exerçant dans le département du Nord, et par extrapolation en France.

Nous avons obtenu un taux de réponse de 84.0%, avec un âge moyen de 48.4 ans, et 50.6% d'hommes. Parmi les répondants, 57.7% travaillent en cabinet, 29.9% réalisent du soin premier en médecine générale, et 89.3% font des consultations. Ces médecins réalisent en médiane 60 consultations par semaine. Ils subissent en médiane 4 « lapins » par semaine, soit 7.60 % des consultations, correspondant à 2h01 par semaine, alors que leur délai médian d'obtention d'un rendez-vous est de 20 jours. On observe cependant que la proportion de lapins n'est pas corrélée au délai de rendez-vous.

Pour les médecins interrogés, le profil type du «lapin» est un patient jeune, inconnu du cabinet, prenant rendez-vous sur Internet, non-adressé par un confrère, pour un motif non-grave et aigu, et présentant un problème psychologique ou social ou organisationnel.

Les médecins interrogés préconisent en priorité de sensibiliser les patients, de ne plus accueillir les récidivistes (hors urgences), et de les sanctionner financièrement (ex : caution non-remboursable, déduite des remboursements ultérieurs).

Ces résultats permettent des extrapolations intéressantes, au regard de différentes mesures coercitives proposées dans le débat public à l'encontre des médecins. En considérant une moyenne d'environ 30 ans d'exercice, avec environ 5 semaines de congés par an et 35 heures hebdomadaires de consultations, en considérant que 15% du temps ainsi libéré permet de prendre d'autres patients, résoudre le problème des « lapins » serait aussi efficace que, pour tous les médecins de France, appliquer une de ces mesures au choix :

- Repousser l'âge de la retraite de 2.4 ans (en s'assurant que chaque médecin maintienne sa cadence de travail jusqu'au bout)
- Supprimer 16.3 jours de congés chaque année
- Rajouter 1h43 de travail chaque semaine.

2 Discussion des résultats

Le nombre de lapins subis par semaine chez les médecins du département du Nord, en médiane 4 (Q1-Q3 [2;7]), est similaire à celui des résultats de l'enquête URPS Médecins Libéraux Grand Est menée sur la période du 1^{er} au 31 mars 2022 [19], ainsi qu'à celui des résultats de l'enquête URPS Médecins Libéraux Île-de-France lancée le 8 juillet 2022 [20].

La proportion des « lapins » parmi les consultations des médecins du département du Nord, 7.60%, est similaire à la proportion communiquée au niveau national par l'Académie de médecine et le CNOM en septembre 2022, soit entre 6% et 10%. [21–24]

3 Discussion de la méthode

3.1 Forces

Les forces de la méthodologie de cette étude sont les suivantes.

Il s'agit de la 1^{ère} et la seule étude concernant les « lapins » chez les médecins du département du Nord à ce jour.

L'échantillon des personnes interrogées est issu d'un strict tirage au sort parmi les 8362 médecins du département du Nord payant une cotisation pleine en 2022.

Le taux de réponse élevé parmi cet effectif de 200 tirés au sort (168/200 soit 84.0%) garantit la faisabilité de l'inférence statistique. Ce taux très élevé a été obtenu notamment grâce :

- aux multiples relances téléphoniques systématiques,
- à l'intérêt du sujet pour la population interrogée
- à la qualité visuelle et à la brièveté du questionnaire.

La bonne qualité des réponses a permis une analyse sans difficulté majeure.

3.2 Limites

Les limites de la méthodologie de cette étude sont les suivantes.

La non-obligation de réponse au questionnaire, pouvait favoriser un biais de sélection entre répondants et non-répondants. Cependant, avec 84% de réponses, ce biais ne peut qu'avoir un impact limité.

Cette enquête était déclarative, avec l'impossibilité de vérifier la véracité des réponses. Le caractère strictement anonyme de l'enquête a peut-être pu limiter le biais de désirabilité sociale.

4 Suites

4.1 Publication de cette étude

Les résultats de cette étude ont été publiés dans :

- le bulletin du CDOM du Nord de janvier 2023, dans un article intitulé « Les « lapins » représentent 7,6% des consultations » [27]
- la Voix du Nord du 26 janvier 2023, dans un article intitulé « Les « lapins » : ces rendez-vous non-honorés font perdre 16 jours par an aux médecins nordistes » [28]
- le Quotidien du Médecin, avec deux articles, intitulés :
 - « Plus de cinq « lapins » par semaine dans le Nord : les généralistes moins pénalisés que les spécialistes, selon une enquête de l'Ordre départemental », en janvier 2023 [29]
 - « Haro sur les lapins ! », le 20 janvier 2023 [30]
- la Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique (RESP) de mars 2023, sous la forme d'un résumé ayant pour titre « Rendez-vous non-honorés par les patients, ou "lapins": quel est leur impact en ville et à l'hôpital ? ». [31]

4.2 Communiqué de presse conjoint du CNOM et de l'Académie de médecine

Dans un communiqué commun, relayé notamment par le Quotidien du Médecin du 27 janvier 2023 et reproduit en Annexe 3, le CNOM et l'Académie de médecine appellent les pouvoirs publics à sensibiliser et responsabiliser la population¹.

Le fléau des rendez-vous non-honorés est « un véritable problème de santé publique », estiment les deux institutions.

« Plusieurs enquêtes suggèrent que chaque semaine 6 à 10 % des patients ne se présentent pas à leur rendez-vous, ce qui correspond à une perte de consultation de près de deux heures hebdomadaires pour le médecin quelle qu'en soit la discipline et, par extrapolation, près de 27 millions de rendez-vous non-honorés par an », relatent les deux institutions.

« Par ailleurs, près de deux tiers de ces défections concerneraient un premier rendez-vous », ajoutent-ils. [32]

4.2.1 De sérieuses répercussions sur l'offre de soins et une déconsidération de l'acte médical

Ces chiffres sont, pour eux, le « reflet d'une évolution regrettable » qui entraîne de « sérieuses répercussions sur l'offre de soins »:

« Il désorganise gravement le travail quotidien des médecins libéraux et des consultations hospitalières, réduit la disponibilité médicale des praticiens impactés, limite l'accès aux soins pour des patients en ayant réellement besoin et contribue à majorer le nombre de patients qui s'adressent aux services d'urgence », écrivent-ils.

Si un « oubli de rendez-vous pris longtemps à l'avance ou une impossibilité de dernière minute peuvent être exceptionnellement invoqués », conçoivent-ils, de nombreux rendez-vous sont pris « en double chez plusieurs praticiens en fonction de la convenance du patient ». Et pour eux, cette tendance témoigne « d'une déconsidération pour l'acte médical considéré comme un bien de consommation ».[32]

4.2.2 Des actions de sensibilisation et de responsabilisation réclamées

Forts de ce constat, ils demandent aux pouvoirs publics de « sensibiliser et responsabiliser le public par des campagnes d'information dénonçant cette manifestation d'incivilité hautement préjudiciable à l'offre de soins ».

Ils réclament par ailleurs « d'amender les propositions de lois sur l'accès aux soins en cours de discussion, afin que le code de la santé publique permette de responsabiliser les patients sur les rendez-vous non-honorés». [32]

4.3 Enquête Doctolib®

Doctolib®, service de prise de rendez-vous en ligne destiné aux patients, a publié le 23 février 2023 les résultats de son enquête sur les rendez-vous non-honorés chez les professionnels de santé utilisateurs de ses services.

¹ Oralement, il a été expliqué au CDOM du Nord que ce communiqué était prêt depuis longtemps, mais qu'ils attendaient le bon moment.

Selon un sondage mené auprès de plus de 13 000 patients, trois causes sont à l'origine des rendez-vous non-honorés : l'oubli du rendez-vous, l'impossibilité de l'annuler et l'incivilité.

Il ressort de l'analyse qu'il est important de distinguer :

- les rendez-vous non-honorés au sens strict : les "pas venu, pas prévenu", qui correspondent à la situation dans laquelle le patient ne s'est pas rendu à son rendez-vous et n'a pas prévenu le praticien ;
- des annulations et déplacements tardifs de rendez-vous (moins de 48 heures avant le rendez-vous), qui ont également un impact sur l'organisation des soignants.

Par ailleurs, il ressort que l'ampleur et l'impact des rendez-vous non-honorés sont différents selon la spécialité médicale ou paramédicale du soignant.

Toutes spécialités confondues, chez les professionnels utilisateurs de Doctolib®, 4.1% des rendez-vous ne sont pas honorés, au sens strict du terme².

Le taux de "pas venu, pas prévenu" est plus fort chez les nouveaux patients, et plus fort chez les médecins spécialistes (4.5%) que chez les médecins généralistes et pédiatres (3.4%). Pour ceux qui prennent un rendez-vous pour la première fois chez un professionnel, il s'élève sur Doctolib® à 6.4% contre 3.5% pour les patients déjà connus.

Selon l'analyse de Doctolib®, les annulations ou déplacements tardifs n'ont pas la même chance d'être remplacés selon la spécialité médicale ou paramédicale. En effet, le taux de remplacement des annulations ou déplacements tardifs est plus important chez les médecins généralistes et pédiatres (76%) que chez les médecins spécialistes (53%) :

- Les médecins généralistes et les pédiatres sont en mesure de trouver rapidement un remplaçant. Un délai d'annulation plus court leur permettra de remplacer davantage de rendez-vous en dernière minute.
- Pour les médecins spécialistes, certains actes spécifiques (opérations par exemple) demandent une organisation particulière et sont aussi plus difficiles à remplacer en dernière minute.

[33]

4.4 Position du gouvernement

4.4.1 En mai 2023

L'exécutif est favorable au fait de taxer les rendez-vous médicaux annulés sans prévenir. Emmanuel Macron appelle de ses vœux des « sanctions », et Gabriel Attal, alors ministre des Comptes publics, imagine une « taxe lapin », qui pourrait prendre la forme d'un moindre remboursement sur le soin suivant : 10 euros versés pour moitié auprès du praticien et pour l'autre à l'Assurance Maladie. [34,35]

François Braun, alors ministre de la Santé et de la Prévention, relativise le problème, notamment en soulignant le fait que les rendez-vous non-honorés pouvaient tout simplement être le fait d'oublis, et alerte sur les risques de renoncement aux soins,

² Oralement, un employé de Doctolib® a expliqué à un conseiller ordinal du Nord au printemps 2023 que ce chiffre était fourni à l'intuition, sans réelle étude.

sans pour autant le nier. « Nous allons aussi travailler avec l'Assurance Maladie, les plateformes de réservation de rendez-vous médicaux, les associations de patients et les médecins pour trouver la solution la plus adaptée pour mettre un terme aux comportements manifestement abusifs », assure-t-on dans son entourage. [35]

Selon lui, « Il y a un danger qui est d'inciter au refus au soin. Une personne qui ne fait pas exprès de ne pas aller à ses rendez-vous et au bout d'une ou deux fois se dit 'on va me demander quelque chose, je préfère ne pas aller voir le médecin'. Ça peut être dangereux ». [36]

4.4.2 En novembre 2023

Le gouvernement cherche toujours à « responsabiliser » les patients pour éviter qu'ils manquent leur rendez-vous médical sans prévenir. Mais il reste évasif sur les moyens pouvant être mis en œuvre pour éviter ces « lapins ». La piste d'un moindre remboursement du patient fautif sur le soin suivant, évoquée par Gabriel Attal lorsqu'il était ministre des Comptes publics, ne s'est pas concrétisée. [37]

4.5 Proposition d'amendement du Sénat pour mettre en place une pénalité financière

Les sénateurs ont remis le sujet sur la table dans le cadre de l'examen du budget de la Sécurité sociale. Un amendement adopté par la commission des Affaires sociales prévoit de « mettre à la charge des assurés n'honorant pas un rendez-vous en soins de ville une somme forfaitaire fixée par décret, au bénéfice de l'Assurance Maladie ». Cette somme est baptisée « taxe lapin ». « Une partie de cette somme, définie dans le cadre des négociations conventionnelles, pourrait être reversée par l'Assurance Maladie aux professionnels de santé concernés en indemnisation », précise l'amendement déposé par la sénatrice LR Corinne Imbert. Elle proposait trois options de paiement : un règlement direct par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, un prélèvement sur son compte bancaire (après autorisation), ou une récupération de la somme par l'assurance maladie, déportée sur les prestations à venir. [37,38]

Le projet de budget de la Sécurité sociale étant promis à une adoption sans vote (via l'article 49.3), c'est le gouvernement qui aura le dernier mot sur cette idée. [37]

4.5.1 Vote du 16 novembre 2023

Le Sénat a voté cet amendement le 16 novembre 2023, dans le cadre de la première lecture du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2024. Le gouvernement a rendu un avis défavorable sur le mécanisme proposé et l'amendement a finalement été supprimé de la version définitive du texte, adopté à l'aide de l'article 49.3 à l'Assemblée nationale en décembre 2023. Mais le gouvernement s'est montré ouvert sur la question. « Ce sujet doit être renvoyé à la négociation conventionnelle », a affirmé Aurélien Rousseau, alors ministre de la Santé et de la Prévention, expliquant n'avoir « *pas trouvé la solution* » qui permettrait de traiter équitablement les patients selon leur mode de prise de rendez-vous (plateformes comme Doctolib®, téléphone...). [38–41]

4.5.2 Une mesure similaire déjà votée puis retirée

Le sujet a déjà fait l'objet d'une proposition de loi au Sénat en février 2023. La chambre, dominée par la droite, avait alors voté le principe d'une *"indemnisation du médecin à la charge du patient fautif"*. Dans leur élan, les sénateurs ont même étendu la mesure

à "tout professionnel de santé concerné par un rendez-vous non honoré". Ces dispositions ont ensuite été retirées par les parlementaires en commission mixte paritaire (composés de députés et de sénateurs) et ne figuraient donc pas dans le texte soumis aux votes des deux assemblées.

Dans sa déclaration de politique générale du 30 janvier 2024, l'ancien Premier ministre Gabriel Attal a renouvelé son souhait d'instaurer une sanction financière pour les rendez-vous non-honorés par les patients. [42]

4.5.3 Modification du code de la santé publique

Pour faire payer les patients qui ne se présentent pas aux rendez-vous, il faudrait modifier le code de la santé publique, qui dispose aujourd'hui que les honoraires ne peuvent être réclamés *"qu'à l'occasion d'actes réellement effectués"*. Jérôme Marty, le président de l'UFML, a calculé qu'une pénalité financière de 5 euros sur 20% des rendez-vous manqués rapporterait de l'ordre de 25 millions d'euros par an. Une somme qui pourrait venir abonder un fonds, *"géré par la profession"*, pour financer des actions de lutte contre les inégalités d'accès aux soins, estime le responsable syndical. [42]

« La mise en place pratique ne me paraît pas si simple », explique Isabelle Bossé, présidente d'honneur du syndicat français des allergologues (SyFAI). « Toutes les consultations ne sont pas « égales », surtout quand il y a un acte technique à réaliser ou des consultations complexes, pour lesquelles on peut parfois bloquer un créneau de 30 à 45 minutes. Mais c'est difficile d'envisager une sanction du montant total de l'acte qui n'a pas été honoré, certains actes étant relativement onéreux ».

Pour Sophie Bauer, présidente du syndicat des médecins libéraux, ce ne serait au contraire « pas si compliqué » à mettre en place. « Il faudrait changer la loi », défend-elle. Elle imagine une provision déposée sur la plateforme de prise de rendez-vous qui serait reversée au médecin en cas de rendez-vous non-honoré. En Belgique, où les patients paient à l'avance, « ça fonctionne », insiste-t-elle.

« Il faudrait pratiquement que les patients donnent leur numéro de carte bancaire, et là on a un peu l'impression de devenir booking.com ! » nuance Isabelle Bossé, l'allergologue.

Le gouvernement avait déjà conscience de cette complexité technique. « C'est facile d'envisager une taxe lapin pour les personnes qui prennent rendez-vous sur Doctolib®, c'est plus compliqué pour ceux qui prennent rendez-vous par téléphone, nous n'avons pas trouvé la solution », avait ainsi expliqué Aurélien Rousseau, alors ministre de la Santé et de la Prévention. [34]

4.6 Proposition de loi de l'Assemblée nationale

Le 13 février 2024, une proposition de loi de l'Assemblée nationale ayant un article unique vise à donner aux professionnels de santé, si et seulement s'ils le souhaitent, la possibilité de déclarer auprès de l'assurance maladie, l'absence répétée à des rendez-vous médicaux de tout patient qui ne les aurait pas prévenus au moins 24 heures avant les rendez-vous.

Cette déclaration pourrait donner lieu à un avertissement ou une pénalité prononcés par le directeur de l'organisme local de l'assurance maladie. Les modalités

d'application de cet article, notamment les voies de recours pour l'assuré sont fixées par décret.

Cet article unique est ainsi rédigé [43] :

- « Sur déclaration volontaire du professionnel de santé, peut faire l'objet d'un avertissement ou d'une pénalité prononcés par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, l'absence répétée d'un patient à des rendez-vous médicaux sans en avoir préalablement informé le professionnel de santé concerné au moins vingt-quatre heures précédant le rendez-vous médical. »
- « Le montant de la pénalité varie selon la récurrence des absences constatées. »

4.7 La « taxe lapin » au 6 avril 2024

4.7.1 Echéance

Selon Gabriel Attal, la « taxe lapin » devrait finalement voir le jour au 1^{er} janvier 2025. La sanction sera de 5 euros, si un rendez-vous n'est pas annulé au moins 24 heures à l'avance. Ce montant ira intégralement dans la poche du praticien concerné. Il sera le même pour tout le monde, y compris les personnes précaires. « Qu'on ait des difficultés financières ou pas, on a les mêmes droits et les devoirs », tonnait l'ancien chef du gouvernement. [44]

4.7.2 Une sanction pas automatique

Précédemment, en avril 2023, alors ministre de l'Action et des Comptes publics, Gabriel Attal avait plutôt imaginé un montant de 10 euros : 5 euros pour le professionnel et 5 euros pour l'Assurance Maladie. Mais cette idée est exclue à ce stade. « C'est un défi technique. Si on veut démarrer tout de suite, le plus simple est de faire 5 euros pour le médecin », indique-t-il.

Pour les réservations qui imposent d'indiquer ses coordonnées bancaires, les 5 euros seront directement ponctionnés sur le compte. S'agissant des autres plates-formes et des praticiens dont la prise de rendez-vous se fait directement, le flou reste entier. « Il faut qu'on trouve techniquement une solution », reconnaît Gabriel Attal, qui se dit confiant.

Précision importante : la sanction financière ne sera pas automatique, elle restera à la main du praticien. Si ce dernier estime que son patient n'avait pas la possibilité d'annuler ou qu'il est en situation précaire, il peut le laisser tranquille. « La loi dira qu'un médecin peut retenir 5 euros. Mais c'est à lui de déclarer si un patient ne s'est pas présenté sans prévenir », résume l'ancien Premier ministre. « Juridiquement, comment prouve-t-on qu'un rendez-vous n'a pas été honoré ? C'est très compliqué », prévient Jérôme Marty. [44]

Conclusion

Les rendez-vous non-honorés par les patients chez les médecins constituent indirectement un problème de santé publique de par leur impact sur l'offre de soins.

Liste des figures

Figure 1. Flowchart.....	30
Figure 2. Mode d'exercice des répondants.....	31
Figure 3. Lieu d'exercice des répondants.....	32
Figure 4. Utilisation du temps libéré par les "lapins".....	33
Figure 5. Profil type du "lapin" selon les répondants.....	34
Figure 6. Solutions proposées par les répondants.....	35
Figure 7. Corrélation (Pearson) entre les réponses quant aux solutions proposées (seuil de significativité pour cet effectif : $ r \geq 0.158$).....	35

Références

- [1] Ministère du travail. Système de santé, médico-social et social. 2024. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>.
- [2] Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale. Le système de santé en France. 2021. <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html#financement>.
- [3] Le Figaro. Médecins libéraux : paiement à l'acte contre tarification au forfait, l'une des raisons de la colère. 2022. <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/medecins-liberaux-paiement-a-l-acte-contre-tarification-au-forfait-l-une-des-raisons-de-la-colere-20221129>.
- [4] Rivot L. Les Comptes de la Sécurité Sociale - juillet 2022. 2022. <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2022/Fiches%20%C3%A9clairages%20-%20Juillet%202022/CCSS-Fiche%20eclairage-Juillet%202022-Les%20honoraires%20des%20m%C3%A9decins%20lib%C3%A9raux.pdf>.
- [5] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? - Constat et projections démographiques. 2021. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/quelle-demographie-recente-et-venir-pour-les-professions>.
- [6] Direction de l'information légale et administrative. Santé : quelle politique publique contre les déserts médicaux ? 2023. <https://www.vie-publique.fr/eclairage/24080-sante-quelle-politique-publique-contre-les-deserts-medicaux>.
- [7] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. 2018. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1085-2.pdf>.
- [8] Le Monde. Les « déserts médicaux », une urgence politique. 2022. https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/09/28/les-deserts-medicaux-une-urgence-politique_6143521_3232.html.
- [9] Westphal V. La prise en charge des malades chroniques se dégrade. 2024. <https://www.santementale.fr/2024/03/la-prise-en-charge-des-malades-chroniques-sest-degradee-depuis-la-covid/>.
- [10] Fédération Hospitalière de France. Présentation du premier baromètre FHF – France Info : Hôpital public, recours aux soins : quatre ans après le début de la pandémie, où en sommes-nous ? 2024. <https://www.fhf.fr/actualites/communiques-de-presse/presentation-du-premier-barometre-fhf-france-info-hopital-public-recours-aux-soins-quatre-ans-apres>.
- [11] Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2022. 2023. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6687000>.

- [12] Institut national de la statistique et des études économiques. Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers. 2019. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437>.
- [13] Castaing E. L'état de santé de la population en France. 2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102EMB.pdf>.
- [14] Santé publique France. Baromètre santé 2016 Contraception. 2017. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>.
- [15] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Contraception : à chacun et chacune sa méthode. 2023. <https://www.inserm.fr/dossier/contraception/>.
- [16] Levy L. Sexologie : beaucoup de patients, trop peu de médecins. 2016. <https://www.topsante.com/couple-et-sexualite/vie-amoureuse/problemes-couple/sexologie-beaucoup-de-patients-trop-peu-de-medecins-610793>.
- [17] Odoxa. Les rendez-vous non honorés par les patients constituent un fléau pour les médecins. 2019. <https://www.odoxa.fr/sondage/rendez-non-honores-patients-constituent-fleau-medecins/>.
- [18] Dasinieres L. Faire payer les rendez-vous non honorés: l'avis des médecins. 2022. <https://www.slate.fr/story/235324/faire-payer-rendez-vous-manques-non-honores-avis-medecins-consultation-medicale-penaliser>.
- [19] URPS Médecins Libéraux Grand Est. Enquête sur les rendez-vous non honorés. 2022. https://admin.urpsmlgrandest.fr/data/doc-358/20221025/11086_1.pdf.
- [20] URPS Médecins Libéraux Île-de-France. Les propositions des médecins libéraux d'Île-de-France face à l'augmentation du nombre de rendez-vous non honorés. 2022. https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2022/07/20220719_CP_etude_rendez-vous_non_honores.pdf.
- [21] Trébert B. Trop de rendez-vous non honorés chez le médecin : bientôt des sanctions financières ? 2022. https://actu.fr/societe/les-rendez-vous-non-honores-chez-le-medecin-bientot-factures_54011674.html.
- [22] Ouest-France. Plus de 28 millions de rendez-vous médicaux non honorés : un syndicat veut sanctionner les patients. 2022. <https://www.ouest-france.fr/sante/plus-de-28-millions-de-rendez-vous-medicaux-non-honores-un-syndicat-veut-sanctionner-les-patients-e32a2c0c-3b1c-11ed-b96e-96e9620a0085>.
- [23] Europe 1. Rendez-vous Doctolib non honorés : comment les médecins veulent sanctionner les patients. 2022. <https://www.europe1.fr/sante/sur-doctolib-des-patients-posent-des-lapins-a-leurs-medecins-4145180>.
- [24] Le Point. Les médecins alertent sur le nombre de rendez-vous non honorés. 2022. https://www.lepoint.fr/sante/les-medecins-alertent-sur-le-nombre-de-rendez-vous-non-honores-26-07-2022-2484425_40.php.

- [25] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Nos missions. 2024. <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/linstitution-ordinaire/missions>.
- [26] Direction de l'information légale et administrative. Code de la santé publique - Chapitre V : Permanence des soins (Articles R6315-1 à R6315-9). 2024. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178721/.
- [27] Chazard E. Les «Lapins» représentent 7,6% des consultations. 2023. https://www.ordre-medecin-nord.org/administrator/components/com_bulletin/pdf/Bulletin_138.pdf.
- [28] La Voix du Nord. Les «lapins»: ces rendez-vous non-honorés font perdre 16 jours par an aux médecins nordistes. 2023. <https://www.lavoixdunord.fr/1283566/article/2023-01-26/les-lapins-ces-rendez-vous-non-honores-font-perdre-16-jours-par-aux-medecins>.
- [29] Le Quotidien du Médecin. Plus de cinq « lapins » par semaine dans le Nord : les généralistes moins pénalisés que les spécialistes, selon une enquête de l'Ordre départemental. 2023. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/plus-de-cinq-lapins-par-semaine-dans-le-nord-les-generalistes-moins-penalises-que-les-specialistes>.
- [30] Le Quotidien du Médecin. Haro sur les lapins! 2023. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/opinions/haro-sur-les-lapins>.
- [31] Piérard C, Vogel M, Platel J-P, Chazard E. Rendez-vous non-honorés par les patients, ou “lapins”: quel est leur impact en ville et à l'hôpital? 2023. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762023000639>.
- [32] Le Quotidien du Médecin. Rendez-vous non honorés : Le Cnom et l'Académie de médecine appellent les pouvoirs publics à responsabiliser la population. 2023. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/sante-societe/politique-de-sante/rendez-vous-non-honores-le-cnom-et-lacademie-de-medecine-appellent-les-pouvoirs-publics>.
- [33] Doctolib. Rendez-vous non honorés : « Les outils numériques sont un moyen simple et efficace de les limiter ». 2023. <https://about.doctolib.fr/news/rendez-vous-non-honores-les-outils-numeriques-sont-un-moyen-simple-et-efficace-de-les-limiter/>.
- [34] Ouest-France. Rendez-vous médicaux non honorés : peut-on vraiment faire payer les patients ? 2024. <https://www.ouest-france.fr/sante/rendez-vous-medicaux-non-honores-peut-on-vraiment-faire-payer-les-patients-33d507ec-c011-11ee-9812-c8f10941541a>.
- [35] Les Echos. Rendez-vous médicaux non honorés : le gouvernement cherche la bonne formule. 2023. <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/rendez-vous-medicaux-non-honores-le-gouvernement-cherche-la-bonne-formule-1940348>.
- [36] BFMTV. Rendez-vous médicaux non honorés: François Braun veut “trouver une solution”. 2023. https://www.bfmtv.com/economie/rendez-vous-medicaux-non-honores-francois-braun-veut-trouver-une-solution_AV-202302140335.html.

- [37] Les Echos. Les rendez-vous médicaux non honorés dans le viseur du gouvernement et du Sénat. 2023. <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/les-rendez-vous-medicaux-non-honores-dans-le-viseur-du-gouvernement-et-du-senat-2028979>.
- [38] Public Sénat. Rendez-vous médicaux non honorés : Attal reprend « la taxe lapin » votée par le Sénat en 2023. 2024. <https://www.publicsenat.fr/actualites/sante/rendez-vous-medicaux-non-honores-attal-reprend-la-taxe-lapin-votee-par-le-senat-en-2023>.
- [39] Le Monde. Pour lutter contre les rendez-vous médicaux non honorés, le Sénat vote le principe d'une taxe forfaitaire. 2023. https://www.lemonde.fr/politique/article/2023/11/17/pour-lutter-contre-les-rendez-vous-medicaux-non-honores-le-senat-vote-le-principe-d-une-taxe-forfaitaire_6200557_823448.html.
- [40] Midi Libre. La taxe "lapin" votée au Sénat : le principe d'une sanction des rendez-vous médicaux non honorés progresse. 2023. <https://www.midilibre.fr/2023/11/17/la-taxe-lapin-votee-au-senat-le-principe-d-une-sanction-des-rendez-vous-medicaux-non-honores-progresse-11586495.php>.
- [41] Le Figaro. Le gouvernement favorable à «un mécanisme de sanction» contre les patients qui n'honorent pas leurs rendez-vous médicaux. 2023. <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/le-gouvernement-favorable-a-un-mecanisme-de-sanction-contre-les-patients-qui-n-honorent-pas-leurs-rendez-vous-medicaux-20231122>.
- [42] France Bleu. Santé : Gabriel Attal veut faire "payer" les rendez-vous médicaux non honorés. 2024. <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/sante-gabriel-attal-veut-faire-payer-les-rendez-vous-medicaux-non-honores-8863896>.
- [43] Assemblée nationale. Proposition de loi n°2173 visant à lutter contre les rendez-vous médicaux non honorés. 2024. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b2173_proposition-loi.
- [44] Le Parisien. Rendez-vous médical non honoré : comment va marcher la « taxe lapin » de 5 euros. 2024. <https://www.leparisien.fr/societe/sante/rendez-vous-medical-non-honore-comment-va-marcher-la-taxe-lapin-de-5-euros-06-04-2024-4WVXJNDTTBFOLNAHNS5TNIMSAM.php>.

Annexe 1 : Questionnaire

Votre profil

Vous êtes...

Une femme Un homme

Quel âge avez-vous ?

ans

Votre activité de consultation principale

Si vous avez plusieurs activités, répondez uniquement au sujet de votre activité de consultation.

Si vous menez des activités différentes de consultation, merci de répondre au sujet de la principale.

Faites-vous des consultations ?

Oui → merci de poursuivre ce questionnaire
 Non → rendez-vous directement à la section « solutions proposées », en bas de page suivante

Comment positionnez-vous vos consultations ?

Plusieurs réponses sont possibles. Indiquez uniquement la ou les modalités les plus fréquentes et emblématiques de votre activité.

Soin primaire, médecine générale
 Soin primaire, autre spécialité
 Patients adressés, activité médicale
 Patients vus dans le cadre d'une chirurgie

Quel est votre mode d'exercice ?

Libéral
 Salarié d'un cabinet
 Salarié d'un établissement

Quel est votre lieu d'exercice ?

Métropole lilloise
 Milieu urbain hors métropole lilloise
 Milieu semi-rural
 Milieu rural

Exercez-vous dans un désert médical (ZAC, ZIP) ?

Votre zonage est visible sur <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/> : cliquez sur « zonage médecin » dans le bandeau bleu.

Oui
 Non

Impact des rendez-vous non-honorés par les patients (« lapins »)

Ces questions concernent une semaine entière standard, hors vacances ou situations particulières.

Combien de consultations faites-vous par semaine ?

Nombre moyen approximatif, entier ou décimal.

consultations / semaine

Combien de consultations sont annulées du fait du patient, sans prévenir, ou à la dernière minute ?

Nombre moyen approximatif, entier ou décimal.

consultations / semaine

Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?

Moyenne habituellement observée, tous motifs confondus.

minutes / consultation

Quel est le délai médian pour obtenir une consultation ?

Délai approximatif en jours, hors urgences, et hormis les rendez-vous de suivi programmés en avance.

jours

En général, lorsqu'un patient ne vient pas, comment utilisez-vous le temps libéré ?

Indiquez des pourcentages (approximatifs), dont la somme vaut 100. Exemple : 70 + 10 + 0 + 20 ou encore 25 + 25 + 25 + 25...

% temps de soin supplémentaire
(ex : urgences, consultations anticipées, etc.)

% temps de soin réalloué
(ex : consultations plus longues, rattrapage du retard, etc.)

% temps professionnel hors soin
(ex : formalités administratives, formation, etc.)

% temps non-professionnel
(ex : occupations personnelles, attente, départ plus tôt, etc.)

Profil type de la consultation non-honorée

Selon vous, le profil type de la consultation non-honorée correspond à :
(1 seule réponse par ligne)

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Un patient que vous suivez habituellement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un rendez-vous pris sur Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un motif de consultation grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une maladie ou un traitement chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plusieurs rendez-vous pris en même temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un patient présentant des problèmes sociaux, psychologiques, ou d'organisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un patient adressé par un confrère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un rendez-vous programmé de longue date	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un rendez-vous pris par un tiers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un patient jeune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Solutions proposées

Selon vous, pour limiter les consultations non-honorées par les patients, il faudrait :
(1 seule réponse par ligne)

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Communiquer, sensibiliser les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des plages de consultation sans rendez-vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une caution non-remboursable <i>Lors de la prise de RDV, le patient verserait une caution au médecin ou au site de prise de rendez-vous. En cas d'absence, la caution serait conservée par le médecin.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une retenue sur remboursements ultérieurs <i>En cas d'absence, le médecin facturerait un acte. L'assurance maladie paierait le médecin en tiers payant. Le montant correspondant serait ensuite déduit des remboursements ultérieurs faits au patient.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que les sites de prise de rendez-vous publient une note de fiabilité des patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que les médecins n'accueillent plus certains patients récidivistes (hors soins urgents)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Annexe 2 : Lettre d'accompagnement



Chère Consœur, Cher Confrère,

Nos concitoyens rencontrent parfois des difficultés d'accès au soin, souvent mises en lumière par les media et les politiciens. Les réponses proposées sont le plus souvent d'ordre coercitif, et concernent notamment la liberté d'installation.

Par ailleurs, les témoignages confraternels révèlent une perte importante de temps médical du fait des rendez-vous non-honorés par les patients, ou « lapins ». Afin d'améliorer l'accès au soin tout en défendant notre profession auprès des décideurs et de l'opinion publique, nous avons besoin de disposer de données factuelles sur l'impact que ces rendez-vous non-honorés ont sur l'offre de soins.

Vous avez été tiré au sort parmi les médecins en exercice du Nord. Auriez-vous l'obligeance de répondre au rapide questionnaire ci-joint, et de nous le retourner à l'aide de l'enveloppe affranchie ci-jointe ? Votre aide nous sera précieuse pour défendre notre profession et répondre aux attentes de la population. Ce questionnaire est anonyme. Afin d'améliorer la fiabilité de l'étude, vous êtes susceptible de recevoir une relance téléphonique.

Bien confraternellement,

Dr Jean-Philippe Platel

Président du Conseil de l'Ordre des Médecins Nord

Dr Marc Vogel

Président de la commission Permanence Des Soins - Service d'Accès aux Soins

Pr Emmanuel Chazard

Conseiller ordinal suppléant

Annexe 3 : Communiqué conjoint



Communiqué commun de l'Académie nationale de médecine et du Conseil national de l'Ordre des médecins.

L'Académie nationale de médecine et le Conseil national de l'Ordre des médecins souhaitent manifester leur vive préoccupation face aux graves conséquences soulevées par les rendez-vous médicaux non honorés.

Plusieurs enquêtes suggèrent que chaque semaine 6 à 10 % des patients ne se présentent pas à leur rendez-vous, ce qui correspond à une perte de temps de consultation de près de deux heures hebdomadaires pour le médecin quelle qu'en soit la discipline et, par extrapolation, près de 27 millions de rendez-vous non honorés par an. Par ailleurs, près de deux tiers de ces défections concerneraient un premier rendez-vous. Ces chiffres sont le reflet d'une évolution regrettable.

Ce phénomène qui semble en constante augmentation entraîne de sérieuses répercussions sur l'offre de soins : il désorganise gravement le travail quotidien des médecins libéraux et des consultations hospitalières, réduit la disponibilité médicale des praticiens impactés, limite l'accès aux soins pour des patients en ayant réellement besoin et contribue à majorer le nombre de patients qui s'adressent aux services d'urgence.

Si l'oubli d'un rendez-vous pris longtemps à l'avance ou une impossibilité de dernière minute peuvent être exceptionnellement invoqués, l'analyse de ces défections souligne la fréquence des rendez-vous pris en double chez plusieurs praticiens en fonction de la convenance du patient et témoigne d'une déconsidération pour l'acte médical considéré comme un bien de consommation.

Face à ce véritable problème de santé publique, l'Académie nationale de médecine et le Conseil national de l'Ordre des médecins demandent aux pouvoirs publics :

- de sensibiliser et responsabiliser le public par des campagnes d'information dénonçant cette manifestation d'incivilité hautement préjudiciable à l'offre de soins,
- d'amender les propositions de loi sur l'accès aux soins en cours de discussion, afin que le code de la santé publique permette de responsabiliser les patients sur les rendez-vous non honorés.

AUTEUR : Nom : PIERARD **Prénom :** Charles

Date de Soutenance : 16/10/2024

Titre de la Thèse : Les rendez-vous non-honorés par les patients chez les médecins du département du Nord : caractéristiques et impact sur l'offre de soins

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Santé Publique

DES + FST ou option : Santé Publique

Mots-clés : Rendez-vous non-honoré ; « Lapin » ; Offre de soins

Résumé :

Contexte : Alors que les décideurs et commentateurs redoublent de propositions pour réformer l'offre de soins ambulatoires (en cabinet ou établissement), les médecins libéraux et hospitaliers se plaignent de voir leur travail affecté par de trop nombreux rendez-vous non-honorés par les patients, ou « lapins ». L'objectif principal est d'évaluer leur impact.

Matériel et Méthodes : Sous l'égide et avec le financement du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) du Nord, nous avons tiré au sort 200 médecins payant une cotisation complète au CDOM du Nord, et leur avons envoyé un questionnaire papier anonyme avec enveloppe retour. Des relances téléphoniques systématiques ont été faites.

Résultats : Le taux de réponse est de 84.0 %. L'âge moyen est 48.4 ans, il y a 85 (50.6 %) hommes ; 86 (57.7 %) travaillent en cabinet ; 44 (29.9 %) réalisent du soin premier en médecine générale, 150 (89.3%) font des consultations. Ces médecins réalisent en médiane 60 consultations par semaine (Q1-Q3 [28.5;100]). Ils subissent en médiane 4 (Q1-Q3 [2;7]) lapins par semaine, soit 7.60 % des consultations, correspondant à 2h01 par semaine, alors que leur délai médian d'obtention d'un rendez-vous est de 20 jours (Q1-Q3 [5;60]). Pour les médecins interrogés, le profil type du lapin est un patient jeune, inconnu du cabinet, prenant rendez-vous sur Internet, non-adressé par un confrère, pour un motif non-grave et aigu, et présentant un problème psychologique ou social ou organisationnel. Les médecins interrogés préconisent en priorité de sensibiliser les patients, de ne plus accueillir les récidivistes (hors urgences), et de les sanctionner financièrement (ex : caution non-remboursable, déduite des remboursements ultérieurs).

Conclusion : Résoudre le problème des lapins serait aussi efficace que, pour tous les médecins de France et pour une durée indéterminée : repousser l'âge de la retraite de 2.4 ans, ou supprimer 16.3 jours de congés chaque année, ou rajouter 1h43 de travail chaque semaine.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Philippe Amouyel

Asseseurs : Monsieur le Docteur Marc Vogel
Monsieur le Docteur Philippe De Bosschère

Directeur : Monsieur le Professeur Emmanuel Chazard