



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Consultation sans rendez-vous au cabinet
et gestion des soins non programmés**

**Une étude qualitative auprès de médecins généralistes
dans le Cambrésis**

Présentée et soutenue publiquement le 23 octobre 2024 à 16h00
au Pôle Formation

par Justine POQUET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseur :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Antoine PATTYN

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

AVERTISSEMENT

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

LIENS D'INTERET

L'auteure ne déclare aucun conflit financier pour ce travail de recherche.

L'auteure déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec ce travail de recherche.

LISTE DES ABREVIATIONS

APL	Accessibilité Potentielle Localisée
ARS	Agence Régionale de Santé
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
HDF	Hauts-de-France
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
ISNAR-IMG	Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
MG	Médecin généraliste
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSU	Maître de Stage Universitaire
RDV	Rendez-vous
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SAS	Service d'Accès aux Soins
SNP	Soins Non Programmés
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION	3
I. Contexte	3
II. Démographie médicale	6
III. Le territoire du Cambrésis et son offre de soins	10
IV. Objectifs de l'étude	14
MATERIEL ET METHODES	15
I. Choix du type d'étude	15
II. Population étudiée	15
III. Recueil des données	16
IV. Traitement des données	17
V. Ethique et réglementation	18
RESULTATS	19
I. Données statistiques	19
II. Perceptions liées à la consultation sans rendez-vous	21
III. Influence des changements sociétaux sur la pratique de la consultation sans rendez-vous	41
IV. Gestion des soins non programmés par les médecins généralistes du Cambrésis	68
V. Perspectives liées à la consultation sans rendez-vous	82
DISCUSSION	86
I. Forces et faiblesses de l'étude	86
II. Discussion des résultats	88
CONCLUSION	107
REFERENCES	109
ANNEXES	113

INTRODUCTION

I. CONTEXTE

Le médecin généraliste jouit d'une liberté d'exercice et d'organisation qui lui sont chères. Le choix d'intégrer des plages de consultation sans rendez-vous –ou *consultation libre*– à son emploi du temps est un mode de fonctionnement propre à la médecine générale parmi les spécialités libérales.

En 2010, une étude qualitative s'intéressant aux emplois du temps des médecins libéraux [1], a permis d'explorer la perception que ceux-ci avaient de leur organisation et de sa maîtrise. Les éléments laissaient supposer que le choix de pratiquer la consultation libre était en régression, et invitaient à s'interroger sur l'impact de ce changement sur la mission de premier recours du médecin généraliste.

Un travail de thèse qualitatif mené à Toulouse en 2018 [2], s'est intéressé aux déterminants qui conduisent les généralistes à exercer avec ou sans rendez-vous, permettant de mettre en exergue les avantages et les inconvénients de chacune des pratiques au regard des professionnels de santé.

Concernant son « profil type », selon une étude de la DREES [3], le médecin généraliste qui propose des consultations sans rendez-vous est un médecin âgé, avec un volume de travail horaire plus élevé que la moyenne, et travaillant seul, ou au sein d'un cabinet regroupant deux médecins. Les rendez-vous exclusifs concernent plutôt les médecins confrontés à des difficultés démographiques dans leur secteur, disposant d'un secrétariat, ayant une patientèle « médecin traitant » plus importante ou parents d'enfants en bas âge.

Une thèse quantitative menée dans les Hauts-de-France en 2023 [4], s'intéressait aussi aux caractéristiques de ces médecins. 149 praticiens ont été interrogés et parmi eux, seuls 23,5% déclaraient avoir recours à la consultation libre dans leur organisation. Ce mode d'exercice était celui de près de la moitié des médecins de plus de 60 ans mais représentait seulement 20% chez les moins de 40 ans. La consultation libre est de fait l'apanage de médecins plus âgés, et par définition plus proches de la retraite.

Il était également mis en évidence l'impact notoire de la pandémie COVID, puisque la moitié des médecins interrogés dans ce travail [4] qui proposaient des plages libres les avait supprimées en 2020. Parmi eux, 83% ne les avaient pas réintégrées à leur emploi du temps 3 ans plus tard.

Ainsi, les données actuellement disponibles laissent à penser *–sans pouvoir l'affirmer–* que l'organisation de l'offre de soins au cabinet se modifie, faisant tomber en désuétude la consultation libre, au profit d'un exercice de la médecine générale exclusivement sur rendez-vous.

Le fonctionnement « sur rendez-vous uniquement » implique par définition un délai entre la prise de contact préalable par le patient et la consultation au cabinet.

En 2016, une thèse de doctorat portant sur l'analyse de la qualité de l'offre de soins en médecine générale [5] mettait en évidence que le délai pour obtenir un rendez-vous avec un médecin était un aspect du soin « très important » pour le panel de patients interrogés qui le plaçait en 13^{ème} position sur 40 items proposés. Les patients estimaient également dans une moindre mesure « important » de pouvoir avoir accès au cabinet médical sans rendez-vous, cet item arrivant 21^{ème} sur les 40 items. Ces aspects obtenaient respectivement la 2^{ème} et la 8^{ème} place par rang d'importance pour les patients parmi 11 items centrés sur l'organisation.

Par ailleurs, la profession fait face à une demande de soins croissante, liée entre autres au vieillissement de la population Française [6], plaçant la question de l'accès aux soins primaires au cœur de l'actualité.

Les soins non programmés (SNP) sont définis par les besoins des patients souffrant d'un problème de santé, ne relevant pas de l'urgence vitale, mais qui nécessite une prise en charge dite « rapide », généralement inférieure à 48 heures. [7]

Ces SNP représentaient 11% de l'activité totale des médecins généralistes libéraux il y a 18 ans. [8]. Aujourd'hui ils sont l'objet d'au moins 30% des consultations hebdomadaires pour 1 médecin sur 4, alors que seul 1 médecin sur 10 déclare qu'ils représentent moins de 10% de son activité. [3]

Précisément dans le Cambrésis, au sein d'une étude quantitative de 2014, les patients n'ayant pas consulté leur médecin traitant et qui se présentaient au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du Centre Hospitalier de Cambrai étaient motivés pour 15% d'entre eux par le fait que « le médecin traitant ne consultait que sur rendez-vous ». Seules 3 autres motivations sur 10 proposées dans le questionnaire se plaçaient devant cet argument. [9]

Dans la thèse menée à Toulouse, certains médecins émettaient l'hypothèse que le système des rendez-vous avait pu réduire leur disponibilité pour la prise en charge des soins non programmés, contribuant à « l'engorgement des urgences ». [2]

Alors que la consultation libre semblait être une solution particulièrement adaptée pour répondre sans délai à ces sollicitations imprévisibles, aujourd'hui 8 médecins sur 10 affirment proposer une organisation adaptée permettant de prendre en charge ces SNP qu'elle soit avec, ou sans rendez-vous. [3]

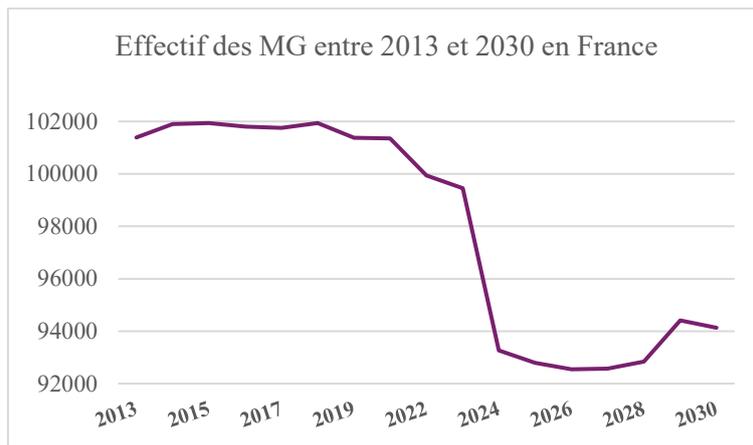
Il était pertinent dans ce contexte, de s'intéresser aux facteurs qui ont pu entraîner le désintérêt des médecins généralistes vis-à-vis la consultation libre, au profit de l'exercice sur rendez-vous. Identifier les nouvelles alternatives de prise en charge des patients notamment dans le cadre d'une demande de soins non programmés permettait d'envisager l'organisation à venir de la profession.

II. DEMOGRAPHIE MEDICALE

1. A l'échelle nationale

Pour une meilleure lisibilité, les données démographiques sont présentées sous forme de graphiques qui ont été réalisés par l'auteure via la collection de données statistiques mises à disposition par le Conseil National de l'Ordre des Médecins [10 – 11], l'INSEE [12], l'Observatoire des Territoires [13] et la DREES [14 – 15]. Ces statistiques ont été consultées entre le 11 septembre 2024 et le 4 octobre 2024.

Après une relative stabilité de l'effectif, le nombre de médecins généralistes a diminué de 2,4% entre 2018 et 2023. A compter de 2024 il s'agit d'une courbe réalisée sur la base d'une projection tendancielle de la DREES. [15]

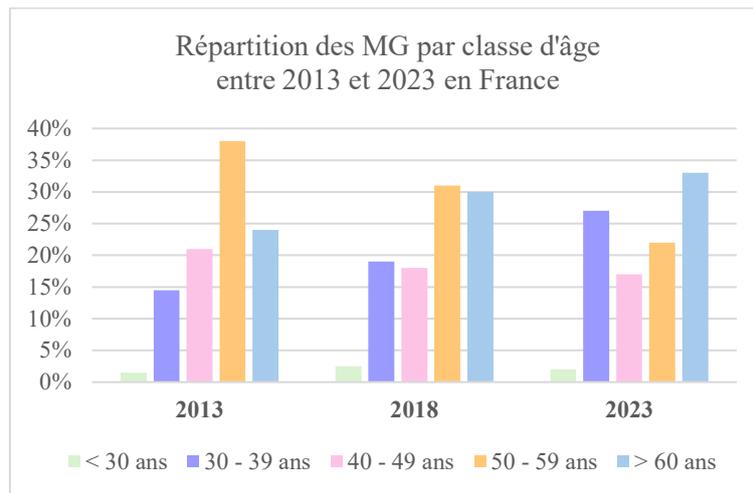


L'exercice mixte et l'exercice salarié sont privilégiés depuis 10 ans au détriment de l'exercice libéral exclusif.

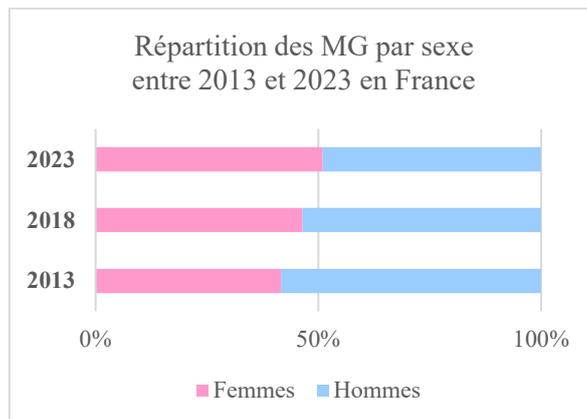


Concernant la densité de médecins généralistes exerçant exclusivement en libéral, elle était de 84 pour 100 000 habitants en France au 1^{er} janvier 2023. [14]

L'évolution de la proportion de médecins âgés de plus de 60 ans entre 2013 et 2023 est le témoin d'un vieillissement des médecins généralistes. Au 1^{er} janvier 2023, l'âge moyen d'un médecin généraliste libéral exclusif était 50 ans et demi. [14]



La profession se féminise puisqu'en 2023, plus d'un médecin généraliste sur deux est une femme.

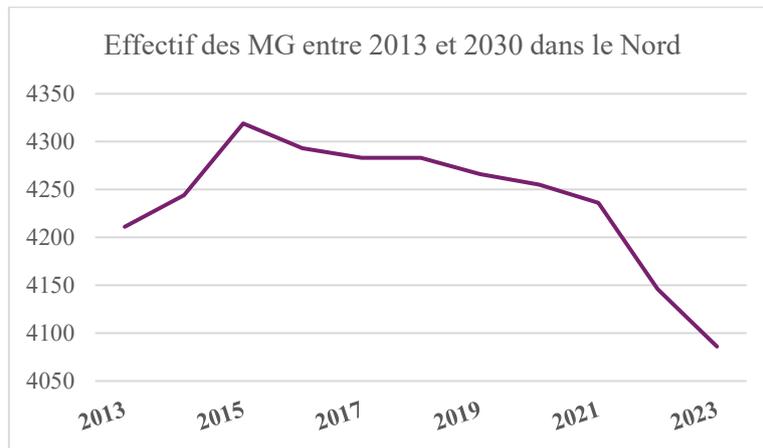


L'accessibilité potentielle localisée (APL), un indicateur permettant de calculer le nombre de consultations par an et par habitant est de 3,5 à l'échelle nationale, en ce qui concerne le recours aux médecins généralistes. [13]

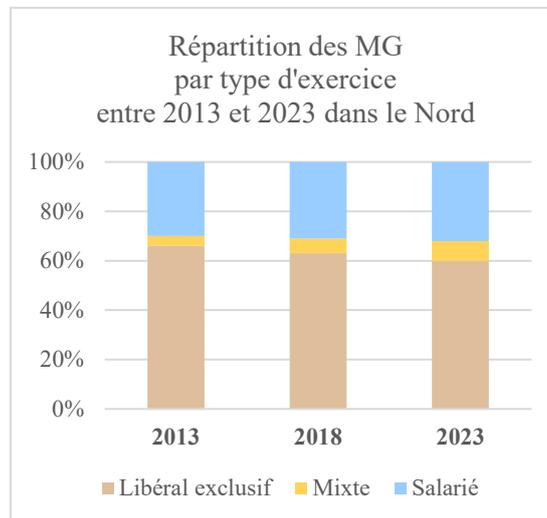
2. A l'échelle départementale : le Nord

Les graphiques présentés ci-dessous sont issus des mêmes sources statistiques qu'en partie 1.

L'effectif des médecins généralistes dans le département a reculé de près de 6% depuis 2015.

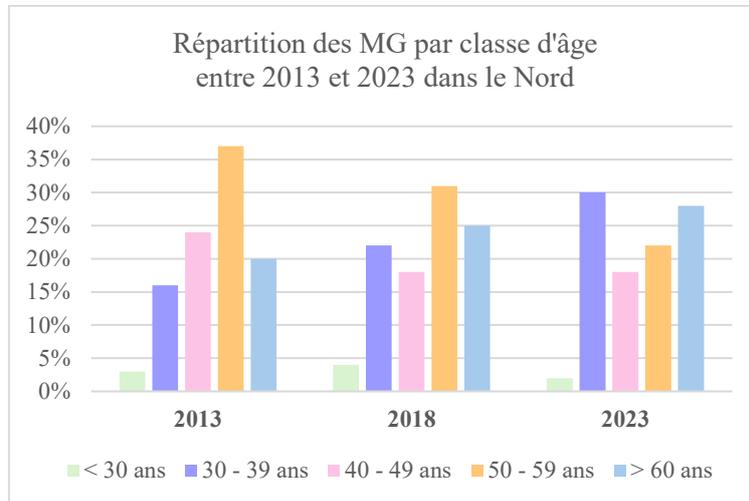


La tendance nationale de répartition des modes d'exercice se reproduit à l'échelle du département du Nord puisque l'exercice libéral a reculé de 6% en 10 ans à la faveur du salariat et de l'exercice mixte.

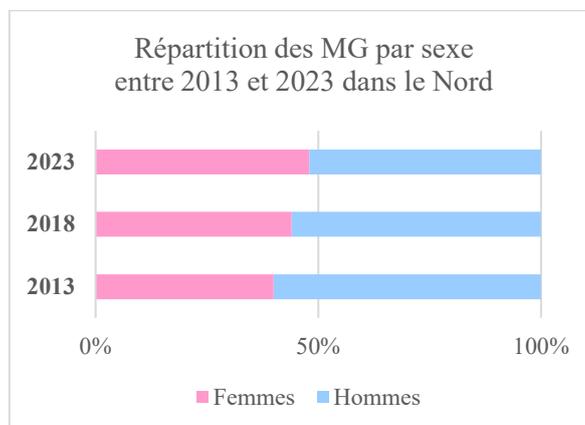


Concernant la densité de médecins généralistes exerçant exclusivement en libéral, le Nord est mieux doté qu'à l'échelle nationale puisqu'on comptait au 1^{er} janvier 2023, 93 praticiens pour 100 000 habitants. [14]

Les médecins de plus de 60 ans représentent une part croissante depuis 2013 dans le Nord, ils sont aujourd’hui près d’un sur 3. Il en est de même pour les médecins âgés de 30 à 39 ans. La moyenne d’âge d’un généraliste libéral exclusif était de 49,7 ans au 1^{er} janvier 2023. [14]



La féminisation de la profession des médecins généralistes se constate également dans le département du Nord.



L'APL est de 4,6 consultations chez un médecin généraliste, par habitant et par an pour le département du Nord. [13]

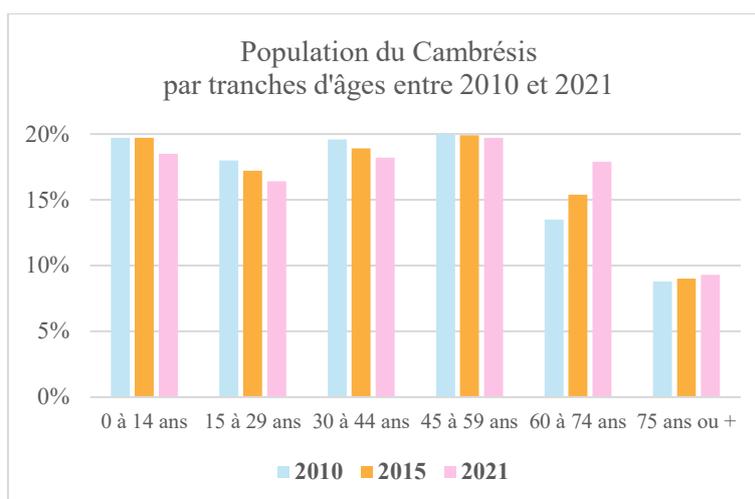
III. LE TERRITOIRE DU CAMBRESIS ET SON OFFRE DE SOINS

1. Géographie et population du Cambrésis

Le Cambrésis –ou *arrondissement de Cambrai*– est un territoire des Hauts-de France situé dans le département du Nord, comportant 116 communes. Ses limites sont représentées par l’Aisne au Sud, le Pas-de-Calais à l’Ouest et le Parc Naturel Régional de l’Avesnois à l’Est.

Les dernières données statistiques disponibles sur la population du Cambrésis étaient arrêtées au 1^{er} janvier 2024 [12]. Le Cambrésis compte 158 753 habitants, dont 31 425 habitants dans la ville de Cambrai, soit la commune la plus peuplée du territoire.

Le graphique ci-dessous fait état d’une population vieillissante, devant l’augmentation de la part des 60 ans et plus entre 2010 et 2021. [12]



2. Offre de soins du Cambrésis

2.1. Démographie des médecins généralistes installés en libéral

L’auteure a effectué elle-même des statistiques concernant le nombre de médecins généralistes installés dans un cabinet libéral en 2024 dans les communes du Cambrésis, par le biais de recherche sur l’annuaire Santé Ameli disponible en ligne du 16 janvier 2024 au 26 septembre 2024. [16]

Consulté en janvier, celui-ci répertoriait 94 médecins généralistes installés en cabinet sur le territoire.

Au 26 septembre 2024, ce même annuaire comptait 88 médecins généralistes libéraux sur les communes du Cambrésis, soit une baisse d'effectif de près de 6,4% en moins d'un an. Parmi eux, 32 étaient des femmes (36%) et 56 des hommes (64%).

Rapporté au dernier recensement de la population, la densité de médecins généralistes libéraux exerçant en cabinet serait de 55 médecins pour 100 000 habitants dans le Cambrésis.

Les 88 médecins généralistes étaient répartis sur 34 communes. Ainsi plus de deux tiers des villes du Cambrésis étaient démunies de médecin généraliste.

76 professionnels avaient renseigné leur agenda parmi lesquels 14 proposaient des créneaux de consultation sans rendez-vous dans leur emploi du temps. L'organisation de 12 autres médecins n'était pas connue. Ainsi, nous avons pu estimer que 18% des médecins généralistes proposaient au moins un créneau de consultation sans rendez-vous hebdomadaire, soit moins d'un médecin sur 5.

L'APL dans le Cambrésis concernant les médecins généralistes est de 3,8 consultations par an et par habitant. A titre informatif une zone sous-dense peut se définir –entre autres– par un APL inférieur à 2,5 consultations par habitant et par an. [13]

Parmi les cabinets libéraux, l'ARS recense 6 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles. [17]

2.2. Hôpitaux publics

Le Cambrésis accueille sur son territoire deux Centre Hospitaliers Publics dotés chacun d'un Service d'Accueil des Urgences :

- Le Centre Hospitalier de Cambrai
- Le Centre Hospitalier du Cateau-Cambrésis

Des structures hospitalières sous la gestion d'organismes privés existent, mais ne sont ici pas mentionnées en détails.

2.3. CPTS

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont émergé en 2016 grâce à la loi de modernisation de notre système de santé. Elles sont définies par l'Agence Régionale de Santé comme un « regroupement de professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser –à leur initiative– autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes ».

Les CPTS sont basées essentiellement sur la coopération entre les professionnels de santé d'un secteur afin d'obtenir une meilleure coordination des soins autour du patient dans le but de fluidifier le parcours de soins de ce dernier.

Concernant le territoire du Cambrésis, ses communes sont couvertes par quatre CPTS différentes : Pays du Cambrésis, Sud Artois, Haut-Escaut et Nord Aisne. Cependant, plusieurs communes ne font pas partie d'une CPTS, dont certaines n'étaient concernées, en janvier 2024, par aucun projet en cours [18].

2.4. Maisons médicales de garde

Les maisons médicales de garde sont des structures ouvertes aux horaires de permanence de soins à savoir : les soirs de semaine, les week-ends, et les jours fériés. Divers moyens d'orientation vers ces maisons médicales existent : appel au centre 15 ou au numéro dédié de la permanence de soins, ou présentation spontanée du patient sur le lieu de consultation.

Le territoire du Cambrésis comptait en juin 2024, 2 maisons médicales de garde situées à Cambrai et Le Cateau-Cambrésis.

2.5. Unités de soins non programmés

En octobre 2024, le site du Service Public d'Information en Santé [19], recensait 4 lieux qui disposaient d'une offre dédiée à la prise en charge des soins non programmés :

- L'unité de SNP de la Clinique du Cambrésis, à Cambrai, depuis fin 2023
- La Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Gouzeaucourt, depuis août 2021
- Le Centre de Santé Médical Communal de Caudry
- La Maison de Santé du Val de Selle de Solesmes

Ces structures accessibles sans rendez-vous, sont adaptées aux patients pour la prise en charge de leurs pathologies aiguës, *–sans risque vital–*. Des médecins entourés de personnel paramédical assurent les consultations. Les unités de SNP se veulent être un soutien à la médecine de ville.

2.6. Service d'Accès aux Soins (SAS)

Le SAS est un dispositif prévu par le « Pacte de refondation des urgences » proposé par le gouvernement en 2019. Il s'agit d'un « service accessible à tous, à toute heure et en tout lieu, qui doit permettre d'apporter une réponse pour les demandes de soins urgents ou les SNP en moins de 48 heures lorsque le médecin traitant est indisponible ». [20]

Les appels des patients sont régulés via le 15 par un opérateur de soins non programmés, qui peut orienter le patient vers un médecin généraliste participant au dispositif.

Le département du Nord est couvert par le SAS depuis 2021.

IV. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Peu d'études récentes se sont intéressées à la pratique de la consultation sans rendez-vous, alors que ce mode d'exercice semble avoir subi de profonds changements au cours des dernières décennies.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les perceptions des médecins généralistes à propos de la consultation sans rendez-vous, à travers leurs vécus et leurs ressentis, afin d'identifier les facteurs qui ont contribué à l'évolution de ce mode d'exercice.

L'objectif secondaire est de mettre en évidence les solutions mises en œuvre par les médecins généralistes du Cambrésis pour répondre aux demandes de soins non programmés.

MATÉRIEL & MÉTHODES

I. CHOIX DU TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude qualitative, menée par des entretiens oraux et physiques. Ces entretiens étaient dits « semi-dirigés » et s'appuyaient sur un guide d'entretien préalablement établi. Cette méthode autorisait une marge de liberté importante aux participants dans leur expression et leur comportement, alors que l'investigatrice se plaçait dans une attitude « d'écoute active ».

II. POPULATION ETUDIEE

1. Échantillonnage

Les participants devaient être des médecins généralistes installés en libéral sur l'une des 136 communes du territoire du Cambrésis. Le recrutement s'est fait via la consultation en ligne de l'agenda Ameli [16]. Une variation était recherchée volontairement sur les critères de sexe, et de milieu d'exercice, ainsi que sur le fait de proposer ou non des créneaux de consultation sans rendez-vous. Le but était notamment concernant ce dernier critère d'obtenir une richesse des points de vue.

2. Prise de contact

Un premier contact avec les médecins généralistes était établi par appel téléphonique pour la présentation du projet de thèse. Selon la préférence du médecin, la communication se faisait ensuite par SMS, courriel ou directement à son cabinet.

Une lettre d'information était transmise par courriel au médecin, précisant les modalités de la recherche (*Annexe 2*). Une date et un lieu de rendez-vous étaient alors convenus si celui-ci acceptait de participer à l'étude.

Tous les médecins qui déclaraient via l'agenda Ameli proposer des créneaux de consultation sans rendez-vous ont été contactés : ils étaient quatorze. Parmi eux, quatre avaient accepté de participer à l'étude après avoir pris connaissance de la lettre d'information. Finalement, deux

d'entre eux n'avaient pas donné suite pour convenir d'un rendez-vous, malgré deux relances par SMS.

III. RECUEIL DES DONNEES

1. Méthode utilisée

La méthode était basée sur des entretiens individuels semi-dirigés menés à l'aide d'un guide d'entretien.

2. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre mai 2024 et juillet 2024. Le premier a été réalisé au domicile du médecin interrogé. Les neuf autres ont tous été menés au cabinet du médecin, entre les midis ou à la fin de la journée de consultation.

Les modalités de réalisation de l'étude stipulées dans la lettre d'information étaient rappelées au début de la rencontre, de même que le cadre éthique et règlementaire. Le consentement oral du participant était recueilli après démarrage de l'enregistrement audio.

Chaque début d'entretien consistait à récolter différentes données propres à chaque participant, afin d'établir des statistiques qui seront détaillées dans la partie *Résultats*.

Aucune tierce personne n'assistait aux entretiens.

3. Matériel utilisé

L'enregistrement audio des entretiens s'est fait à l'aide d'un smartphone Google® Pixel 7. Les pistes enregistrées sont vouées à être détruites à l'issue de la soutenance de thèse.

4. Guide d'entretien

L'investigatrice était munie d'un guide d'entretien, composé initialement de 12 questions, qui a été remanié au fur et à mesure de l'étude et restreint à 9 questions afin de s'adapter au mieux

selon les propos recueillis au cours des premiers entretiens (*Annexe 3*). Un carnet de notes permettait en cours de rencontre d'apposer des réflexions permettant d'émettre des questions dites « de relance ».

5. Nombre d'entretiens

Le nombre d'entretiens n'était préalablement pas défini mais voulait que le recueil de données s'arrête à saturation des données, c'est-à-dire lorsque l'analyse des entretiens ne faisait plus apparaître de nouvelles informations. Cette saturation a été obtenue au dixième entretien.

IV. TRAITEMENT DES DONNEES

1. Retranscription des données

Les entretiens étaient retranscrits sous format texte automatiquement par le dispositif d'enregistrement grâce à la reconnaissance vocale. Cette retranscription étant toutefois très approximative en raison de parasites sur la piste audio, chaque entretien a été réécouté dans son intégralité afin de corriger les éventuelles omissions et fautes d'orthographe. L'auteure s'est ainsi assurée d'une retranscription mot à mot, sans jamais modifier la syntaxe. Selon la durée de l'entretien, les retranscriptions ont duré entre 1 heure et 3 heures.

Étaient ajoutées entre parenthèses les émotions, les silences et les attitudes. Certaines lettres étaient volontairement masquées par des astérisques lorsque le mot ou l'expression étaient assimilés à de la vulgarité.

Les participants étaient identifiés par la lettre « M » suivi d'un chiffre ou nombre –*allant de 1 à 10*– déterminant l'ordre de rencontre. Toute donnée identifiante était remplacée par une suite d'astérisques.

Les entretiens retranscrits n'ont pas été retournés aux interviewés pour correction.

L'ensemble constitue un corpus de verbatim, que les membres du jury ont la possibilité de consulter via un lien Google® Drive confidentiel, protégé par l'auteure.

2. Analyse des données

Les verbatims ont été analysés selon une méthode s'inspirant de la théorisation ancrée. L'analyse des données a été faite manuellement par l'auteure, qui a procédé à un codage sans recours à un logiciel informatique.

Une triangulation des données a été effectuée pour chaque entretien, par un thésard en droit menant actuellement un travail de recherche qualitative dans son domaine. La similarité des codes a permis de juger fiable la méthode de codage.

V. ETHIQUE ET REGLEMENTATION

Le travail de recherche a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille sous le numéro 2024-158 (*Annexe 1*). Les participants étaient informés de cette démarche.

RÉSULTATS

I. DONNÉES STATISTIQUES

1. Caractéristiques des participants

	Age	Sexe	Année d'installation	Mode d'exercice	Secteur	Expérience du sans RDV	Propose actuellement du sans RDV	Participe aux SNP via une organisation	MSU	Secrétariat
M1	66	F	1985	Seul	Semi-rural	Oui	Non	Non	Non	Oui
M2	30	F	2023	Groupe	Semi-rural	Oui	Non	Non	Non	Oui
M3	59	H	1995	Seul	Urbain	Oui	Non	Non	Non	Oui
M4	30	F	2022	Groupe	Semi-rural	Oui	Non	Oui	Non	Oui
M5	36	H	2020	Seul	Urbain	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
M6	33	H	2021	Groupe	Semi-rural	Oui	Non	Oui	Non	Oui
M7	32	F	2021	Groupe	Semi-rural	Oui	Non	Oui	Non	Oui
M8	51	F	2016	Seul	Semi-rural	Oui	Oui	Non	Non	Non
M9	65	H	1992	Seul	Semi-rural	Oui	Non	Non	Oui	Oui
M10	61	H	1995	Seul	Semi-rural	Oui	Oui	Non	Non	Non

La moyenne d'âge était de 46,3 ans. L'âge médian était de 43 ans et demi.

Les interrogés étaient une moitié de femmes, l'autre moitié d'hommes.

La durée d'installation moyenne calculée à partir de l'année 2024 était de 15 ans. L'installation la plus ancienne remontait à 39 ans et la plus récente à 1 an.

Tous les médecins avaient une expérience professionnelle de la consultation sans rendez-vous.

2. Caractéristiques des entretiens

	Lieu de l'entretien	Durée de l'entretien
M1	Domicile du médecin	17 min 40s
M2	Cabinet	28 min 55s
M3	Cabinet	34 min 10s
M4	Cabinet	26 min 35s
M5	Cabinet	33 min 21s
M6	Cabinet	26 min 01s
M7	Cabinet	23 min 10s
M8	Cabinet	27 min 22s
M9	Cabinet	30 min 08s
M10	Cabinet	28 min 22s

La durée moyenne des entretiens était de 27 minutes et 42 secondes.

II. PERCEPTIONS LIEES A LA CONSULTATION SANS RENDEZ-VOUS

1. Un fonctionnement historique

1.1. Proposer des créneaux de consultation libre est une question de génération

Les médecins généralistes interrogés, s'accordaient à dire que la consultation libre était un mode de fonctionnement traditionnel d'une époque passée.

M5 | « C'est surtout les vieux médecins qui restent qui en font souvent. » « C'était l'ancien fonctionnement, l'ancienne génération... »

M8 | « Des médecins qui exerçaient aussi comme ça à l'époque il y en avait quand même plus que maintenant. » « En fait mon prédécesseur il travaillait quasiment que sans rendez-vous [...], il avait très peu de rendez-vous. »

M9 | « C'était la norme de l'époque. » « Tout le monde travaillait comme ça. »

1.2. Un mode de fonctionnement qui se raréfie

La consultation sans rendez-vous était loin d'être majoritaire en 2024, chez les médecins généralistes du Cambrésis, qui n'avaient pas connaissance de l'existence de confrères ou confrères exerçant sans rendez-vous.

M5 | « Logiquement à notre époque ça se perd, c'est plutôt quelque chose qui disparaît. D'ailleurs, je crois qu'il y a plus beaucoup de médecins dans le secteur qui en font. »

M9 | « Je pense que vous allez avoir du mal à trouver des gens qui font du sans rendez-vous ! »

M10 | « Après je sais qu'on est très peu à le faire en tout cas dans le coin moi j'en connais même pas qui en font. »

1.3. Une pratique désuète

Pour d'autres, il s'agissait d'une pratique archaïque, n'ayant plus lieu d'être de nos jours, et qui dénotait de manière certaine avec l'organisation actuelle de la majorité des confrères.

M2 | « Je trouve que c'est assez obsolète. »

M3 | « La consultation sans rendez-vous en médecine de ville telle qu'elle est faite ce serait vraiment un retour en arrière en ce qui me concerne. »

M9 | « A mon avis c'est encore fait par les derniers des Mohicans » « [...] c'est historique ou même préhistorique ! »

M10 | « Passer pour un dinosaure peut-être, auprès des collègues ! »

1.4. Pérenniser des habitudes

Pour ceux qui l'exerçaient toujours, la consultation libre représentait surtout une question « d'habitude ».

M8 | « C'est un mode de travail différent de certains médecins qui sont uniquement sur rendez-vous, mais quand tout le monde a l'habitude au final, les patients autant que moi... ça se passe assez bien donc voilà. »

M10 | « J'ai mon habitude comme ça, et les patients ont leurs habitudes comme ça donc là c'est plus l'heure de changer. »

Cette médecin précisait d'ailleurs qu'elle avait fait le choix de diminuer la quantité de ses créneaux de consultation libre, tout en en préservant un minimum car la patientèle était habituée à consulter uniquement sans rendez-vous avec son prédécesseur

M8 | « J'en maintiens tout le temps parce que les patients sont habitués. »

1.5. L'existence d'une concurrence

La consultation libre s'inscrivait dans une société au sein de laquelle la question du manque de médecins généralistes ne se posait pas, ce qui pouvait susciter une certaine concurrence entre les professionnels de santé.

M2 | « Non mais après c'était plus répandu à l'époque quand il y avait beaucoup de médecins ! »

M6 | « Avant les médecins recherchaient une patientèle du coup ils étaient plus souples, plus en faveur de faire ça au service du patient. Nous on a tellement de monde que je vois vraiment ça comme une contrainte de se rendre accessible sans filtre. »

M10 | « Avant quand on t'appelait, t'avais plutôt intérêt de voir le patient avant ton confrère pour le garder. Bon j'exagère, je caricature, mais maintenant les gens se battent presque pour voir leur médecin quoi. »

2. Un fonctionnement valorisant

2.1. Image du médecin dans la société

La notion de respect du patient envers son médecin était évoquée par certains. En effet, le fait de proposer des créneaux de consultation libre était perçu comme plus valorisant, là où l'image et la place du médecin dans la société étaient bien différentes de celles de nos jours.

M6 | « Et c'est vrai que c'est un peu comme ça que ça fonctionnait pour l'ancienne génération, le médecin était quand même un autre personnage que maintenant dans la société... »

M10 | « C'est peut-être une autre image qu'ils ont de leur médecin. Moi comme je suis encore 'à l'ancienne' finalement peut-être que les patients ont gardé cette image du médecin de l'époque qui avait un autre statut dans la société [...] peut-être que je suis moins vu comme un prestataire de service quoi ! » » « Et l'époque fait que notre image de médecin a changé aussi aux yeux des patients... »

2.2. Servir le patient

2.2.1. Accessibilité au médecin traitant

Ce sentiment de valorisation passait par le fait de se rendre accessible plus rapidement pour les patients qu'en proposant uniquement des créneaux de rendez-vous.

M5 | « Les patients doivent être contents d'avoir ce créneau là parce qu'ils ont un accès plus rapide à leur médecin que ceux qui n'en font pas donc c'est peut-être plus valorisant. »

La reconnaissance du patient était alors plus importante.

M6 | « En fait je pense que ça arrange vraiment les gens, du coup je pense qu'ils sont peut-être plus reconnaissants envers leur médecin. » « Être vu entre guillemets tout de suite, quand il y a pas besoin de prendre rendez-vous c'est peut-être plus de respect, plus de gratitude. »

Ce qui pouvait faire émerger un sentiment d'autosatisfaction pour le médecin généraliste.

M7 | « Après c'est aussi te dire qu'on peut être parfois un peu plus utile. [...] Peut-être que certains médecins peuvent penser qu'ils se rendent plus disponibles comme ça et que ça procure une satisfaction je sais pas. »

Dans le contexte actuel d'une diminution de l'offre de soins face à une demande croissante, une jeune médecin récemment installée nous indiquait avoir longuement réfléchi à proposer un créneau de consultation sans rendez-vous hebdomadaire, qui dans son idée aurait été dédié aux patients qui étaient démunis de médecin traitant, motivée par le sentiment de se sentir « plus utile ».

M4 | « Ben pour rendre service à la population, peut-être me sentir plus utile... A la base c'était pour ça. » « Enfin pour répondre aux besoins de la population. »

2.2.2. Le patient rassuré

Le fait de proposer des créneaux de consultation libre permettait, selon le médecin, de pouvoir rassurer son patient, puisqu'il pouvait y avoir recours sans condition.

M1 | « Oui je pense que pour lui ça le sécurise l'idée que son médecin va le recevoir. » « Ben ça procure un sentiment rassurant chez lui ça doit le rassurer je pense oui »

3. Motifs de consultation

3.1. Un fonctionnement dédié aux motifs médicaux aigus

Les médecins envisageaient l'idée de la consultation sans rendez-vous comme étant dédiée aux motifs médicaux aigus, ou « soins non programmés ». Les motifs qui ne relevaient pas de l'urgence médicale relative n'étaient pas les bienvenus.

M5 | « Pour moi ça sert à ça, vraiment plutôt pour de l'aigu, c'est comme ça que je le vois. »
M7 | « Mais je pense que ça peut arriver des patients pour un certificat de non contre-indication à 20 heures à la consultation libre d'un médecin... Pour moi ça n'a pas sa place ni en sans rendez-vous, et encore moins à cette heure. »

Le vécu de la pratique de la consultation libre venait étayer cette idée.

M4 | « Les gens venaient plus pour de l'aigu qu'autre chose. »

Une jeune médecin indiquait que si cet exercice s'imposait à elle un jour, les motifs aigus seraient prioritaires.

M7 | « *En tout cas, si on devait refaire du libre je privilégierais uniquement les motifs plus urgents c'est logique.* »

Toutefois en pratique courante, certaines expériences nous montraient que les motifs aigus pouvaient être des urgences dites « administratives » qui pour autant n'avaient pas leur place en consultation sans rendez-vous, du point de vue d'un médecin qui avait exercé uniquement sans rendez-vous pendant près de 30 ans.

M9 | « *Voilà les sans rendez-vous normalement ça devrait être pour des gens à mon avis qu'il faut voir plus rapidement, pour de l'aigu, mais est-ce réellement de l'aigu ? Bah non pas toujours. Moi j'ai parfois eu des gens en consultation libre pour des motifs, à pratiquement défoncer la porte c'est parce qu'à l'époque il fallait poster leur arrêt maladie à 17 heures et ils venaient à 16h45 !* »

3.2. Un fonctionnement dédié à un motif unique

Le sans rendez-vous permettait aussi de minimiser la multiplication des motifs. Cela était plutôt perçu comme un avantage par les praticiens.

M3 | « *Les gens ont souvent un seul motif dans ces moments-là. Tandis que les consultations sur rendez-vous, ils viennent avec leur liste de supermarché.* »

M8 | « *Les gens sont quand même conditionnés à venir pour ce type de créneau pour un motif.* »
« *En libre, ils viennent pas avec leur liste de courses de multiples motifs, c'est vraiment rare.* »

4. Gestion du temps en consultation libre

4.1. Une liberté d'organisation

La consultation sans rendez-vous était vécue par ceux qui l'avaient longtemps expérimentée ou qui la pratiquaient encore, comme vectrice de liberté, à l'opposée d'une routine imposée par les créneaux de rendez-vous.

M1 | « J'avais un sentiment de liberté. » « J'aime pas être attachée donc c'est vrai qu'au départ j'étais pas pour les rendez-vous parce que j'avais l'impression que ça allait m'enfermer. »
« Avoir rien de prévu entre guillemets, c'est ça qui me plaisait. »
M10 | « Pas me cantonner à un planning type qui est le même tous les jours, toutes les semaines... J'ai quand même moins de routine que celui qui va avoir ses rendez-vous [...] Tu te sens plus libre de faire ce que tu veux je trouve. »

De plus, l'organisation de la journée semblait facilitée par les créneaux de sans rendez-vous.

M8 | « Moi mon sans rendez-vous ça m'enlève la pression de l'organisation du planning. »

4.2. La notion de retard

L'un des avantages de la consultation libre par rapport aux rendez-vous était l'absence de retard, tant pour les patients que pour le médecin. Elle permettait de ne pas se cantonner à une limite de temps théorique imposée par l'horaire d'un rendez-vous.

M1 | « Après un rendez-vous voilà c'est toutes les quinze minutes, tandis qu'une consultation libre euh... ben c'est libre donc moi je prenais le temps. » « Mais consultation libre ou pas moi je regarde pas la montre, jamais, donc aussi il y avait cette notion qu'en donnant des rendez-vous quelqu'un risquait de te faire une remarque pour ton retard... »
M4 | « Ça pourrait avoir un effet bénéfique c'est que moi le retard je sais pas gérer, souvent j'ai une demi-heure de retard [...] Alors le fait de savoir qu'ils ont pas d'heure ça met peut-être quand même moins de pression. »
M8 | « Après je pense que je prends le temps avec tout le monde quand j'estime qu'il le faut. Sur rendez-vous parfois vous mettez 5 minutes, parfois vous en mettez 25, alors que votre créneau c'est 15. Et bah moi c'est pareil mais derrière le patient me reproche pas d'avoir du retard. » « Donc il y a finalement moins de pression de la montre dans le sens où on n'a pas de retard. »
M10 | « En libre t'es libre ! Pas de retard ! Donc moi je prends le temps. »

Cette médecin qui avait exercé sans rendez-vous pendant 38 ans depuis son installation, avait fait la mauvaise expérience de proposer des créneaux de rendez-vous.

M1 | « En fait j'avais fait l'expérience de donner des rendez-vous le samedi matin, et juste un jour je suis arrivée en retard et on m'a hurlé dessus donc ça m'a refroidie donc j'ai continué sans rendez-vous pendant longtemps. »

Pour parer à un éventuel retard, les médecins qui exerçaient sur rendez-vous nous expliquaient quant à eux, adapter la durée de leurs créneaux en fonction du motif de consultation du patient.

M2 | « Ça m'arrive d'adapter la durée de mes rendez-vous selon le motif. »
M4 | « C'est rare, mais je bloque parfois 30 minutes pour les patients diabétiques si je veux faire un gros point sur leur dossier. »

4.3. Le temps comme une contrainte

A l'opposé du point de vue de ces médecins, la plupart percevait le sans rendez-vous comme une nécessité de travailler rapidement. Émergeait alors un sentiment de course contre la montre.

M2 | « Je pense que dans les consultations libres on est beaucoup plus sous la contrainte du temps. »
M4 | « Pour moi ce patient sera reçu d'accord mais la consultation sera plus rapide que sur un créneau dédié. »

La forte affluence de patients était le principal motif justifiant la rapidité des consultations.

M3 | « Forcément si vous avez 20 personnes dans la salle d'attente, une consultation ça va très vite, 5 minutes et encore. Et le médecin est pressé, et les gens sont aussi pressés de rentrer chez eux. » « Si vous avez comme je disais au départ 20 personnes en salle d'attente vous êtes forcément obligé d'aller rapidement pour les voir. »
M5 | « Il faut toujours aller vite, toujours enchaîner les gens. » « On se dit la salle d'attente elle est pleine, il faut qu'elle soit vide rapidement donc on enchaîne on se pose moins de questions je pense on enchaîne et du coup ça permet certainement de faire plus de consultations comme ça. »

L'un des médecins qui avait expérimenté le sans rendez-vous au cours de remplacements pouvait se sentir séduit par ces enchaînements rapides.

M5 | « C'est ce que j'aimais bien quand j'ai testé le sans rendez-vous, c'était l'aspect consultation qui peut se traiter presque en 5 minutes. »

Alors qu'une autre travaillant sans rendez-vous émettait un constat opposé aux points de vue de ses confrères.

M8 | « Et puis il faut pas croire que la consultation libre c'est en voir un maximum en un minimum de temps. »

Finalement, il était admis que la personnalité du praticien était déterminante dans la gestion du temps dédié à une consultation sans rendez-vous.

M5 | « Je pense que c'est selon le tempérament car il y en a qui aiment bien ça quand même. Ça arrange parce qu'au moins ils prennent le temps qu'ils veulent ou soit ils font de l'abattage comme on dit en allant très vite, soit ils se disent je prends mon temps. »

4.4. Notion de rendement

De ces notions de rapidité et de multiplication des actes, découlait l'idée que le sans rendez-vous était un mode de fonctionnement qui rapportait plus d'argent.

M2 | [interrogée sur les avantages] « L'argent... Financier peut-être. »
M4 | « Donc on va plus vite, on voit plus de monde, meilleur rendement... »
M5 | « Avantage financier, on gagne plus à faire ça. »
M7 | « Bon après plus on voit de patients plus on gagne des sous ! Le côté financier aussi. Je pense qu'il y a quelques années ça devait être intéressant de faire plus de consultation sans rendez-vous parce que du coup c'était plus valorisant du point de vue financier, bien plus rémunérateur. »
M8 | « Un avantage financier aussi parce que du coup forcément on voit plus de patients. »

5. Qualité des soins

5.1. Une qualité de soins altérée sans rendez-vous

Étroitement liée à la notion de rapidité explorée ci-avant, la qualité de soins semblait pâtir de l'absence de rendez-vous.

M3 | « Ah bah la médecine sans rendez-vous pour voir les gens en 5 minutes... [...] mais faire de la médecine comme ça c'est plus vraiment de la médecine. » « Ben on est obligés de travailler rapidement et travailler rapidement... Non j'ai déjà vu des patients qui avaient ce genre de médecins qui les suivaient... et quand je leur ai pris la tension ils étaient tous surpris que je leur prenne la tension ! » « C'est pas un travail qui me paraît correct vis-à-vis des patients quoi ! »
M4 | « Et 15 personnes personne ne peut les gérer en 1 heure. Moi perso ça me prend 3 heures 30 donc... Ou alors c'est au détriment de la qualité de prise en charge. »

Ces propos étaient soutenus par ce médecin pour qui la consultation libre était un mode de fonctionnement pendant 30 ans, et qui considérait que la qualité de prise en charge de ses patients auparavant était inférieure à celle actuellement sur rendez-vous.

M9 | « Et ben en consultation libre, on voyait beaucoup de gens et l'examen clinique, l'ordonnance, l'explication, la prise en charge globale du malade elle était moins bien. »

Ce besoin d'aller vite faisait émerger la notion d'aller « à l'essentiel », mettant de côté la prise en charge globale du malade.

M2 | « Ok on va à l'essentiel on regarde sa gorge. »

M4 | « Alors oui je pense qu'en fait à partir du moment où le patient vient pour son suivi sur un créneau sans rendez-vous... On va pas se mentir, la consultation libre, il faut du rendement, il faut aller vite. Pour moi ce patient sera reçu d'accord mais la consultation sera plus rapide que sur un créneau dédié. »

M8 | « Sans rendez-vous, on va à l'essentiel, droit au but. »

Et laissant peu de place au rôle préventif du médecin traitant.

M2 | « On va pas lui demander son frottis, sa mammo, etc... Donc je pense qu'il y a plein de gens qui viennent pas forcément tout le temps pour lesquels du coup on va pas être optimal sur le suivi. Il y a moins de rôle préventif c'est sûr. » « Et je pense que du coup il y a pas du tout de prise en charge globale. »

Le rendez-vous permettait quant à lui une meilleure adhésion du patient à la prise en charge médicale, et donc une optimisation du suivi.

M9 | « Je pense que le patient qui a un rendez-vous rien que pour lui, qui lui est dédié, il sait que voilà t'es pas censé être distrait [...] par la salle d'attente qui déborde... Donc en fait peut-être que ça améliore aussi l'observance du patient, ça améliore son suivi car il sait que voilà vous lui avez donné un rendez-vous, il sait qu'il est attendu quoi ! »

Ces arguments à propos du suivi du patient étaient contredits par un médecin exerçant sans rendez-vous, qui estimait ne pas faire de distinction avec ou sans rendez-vous, rejoignant l'idée de pouvoir prendre son temps.

M10 | « C'est quoi le problème ? Le diabétique qui vient je vais le voir, rendez-vous, sans rendez-vous, ça change quoi je comprends pas bien la question ? » « S'il faut passer 20 minutes à réévaluer un traitement et faire le point sur la consult' cardio etc... Je vais le faire. Parce que derrière je vais sûrement voir une gorge qui gratte de toute façon ! »

5.2. Une qualité de soins identique avec ou sans rendez-vous

Un jeune médecin estimait pour sa part que la qualité de soins avec ou sans rendez-vous ne différait pas.

M6 | « *Franchement médicalement parlant, bon le patient est vu, rendez-vous sans rendez-vous, ça ne change rien il y a une consultation. »*

5.3. Une meilleure qualité de soins sans rendez-vous

Enfin, cette médecin travaillant sans rendez-vous émettait l'hypothèse que sa prise en charge pouvait être de qualité égale voire supérieure sans rendez-vous que sur rendez-vous, justifiant ses dires par la notion d'un « motif unique » vue précédemment, et d'une limite de temps imposée par les rendez-vous.

M8 | « *Je me dis que peut-être ma consultation libre, elle est plus qualitative que le rendez-vous de 15 minutes où il faut gérer 5 motifs différents, les gens ont préparé la liste de course, on s'éparpille, on écoute la moitié. Y'a certaines choses qui sont bâclées sur rendez-vous tout simplement parce qu'on n'a pas le temps. Je trouve que ma prise en charge est quand même de qualité même sans rendez-vous ! »*

6. Sans rendez-vous, sans limites ?

6.1. La multiplicité d'inconnues

De manière générale, la consultation libre était assimilée à une absence totale de limites. Ce mode de fonctionnement suscitait des difficultés d'organisation, avec trop d'incertitudes, impactant négativement le médecin qui se sentait stressé et angoissé.

M2 | « *Le problème du sans rendez-vous, c'est qu'on va pas savoir ce que c'est. »*

M3 | « *La difficulté c'est déjà au niveau de l'organisation donc on sait pas ce qui nous attend. »*

M7 | « *Stressant. Stressant parce qu'on sait pas ce qui nous attend. »*

L'un des médecins ayant envisagé de proposer des créneaux de consultation sans rendez-vous lors de son installation avouait même avoir renoncé par peur de toutes ces inconnues.

M5 | « Est-ce que je fais un peu de sans rendez-vous ? Mais j'ai peur, peur de perdre le contrôle. Le créneau sans rendez-vous j'ai peur de pas m'en sortir. »

Il était tout de même admis que cette incertitude pouvait être plaisante pour certains qui avaient un attrait pour l'imprévu, rejoignant notamment l'idée de liberté et d'absence de routine.

M7 | « Je pense qu'il y a des médecins qui adorent l'adrénaline, adorent le stress, et du coup de savoir qu'on va avoir tout et n'importe quoi qui peut arriver dans les 2 heures à venir ça peut être intéressant. La notion d'imprévu, se dire je ne sais pas à l'avance comment va se passer ma journée »

6.2. La charge de travail

La charge globale de travail semblait plus importante sans rendez-vous qu'avec rendez-vous, et se répercutait négativement sur le médecin.

M3 | « Ça représente pour moi un gros volume de travail et surtout un peu de stress ! »
M4 | « Le stress. Avoir une charge de travail hyper importante. »
M7 | « Ça fait un volume horaire du coup qui est forcément plus élevé que sur rendez-vous je pense. »

Pour les médecins généralistes la consultation libre représentait des horaires imprévisibles, parfois très extensibles. Ils étaient plus de la moitié à s'exprimer sur l'absence de visibilité sur leur horaire de fin de journée.

M2 | « Je trouve que c'est se mettre des difficultés de stress par rapport au temps en fait... Se dire, oh mon dieu on va finir à quelle heure ? »
M3 | « On peut terminer plus tard, on sait pas à quelle heure on va terminer. »
M4 | « Finir hyper tard, pas savoir quand je vais rentrer chez moi. »
M5 | « On va dire que le sans rendez-vous on sait à l'heure où on commence et on sait pas l'heure à laquelle on va finir » « Ceux qui font du sans rendez-vous à partir de 17 heures si ça traîne jusqu'à 22 heures, bah tant pis pour eux c'était 22 heures ça les dérangeait pas » « Le stress de pas savoir l'heure de fin. »
M6 | « Tu as aucune idée de l'heure à laquelle tu vas rentrer chez toi. »
M8 | « Peut-être que je terminerai à 17h30, peut-être à 18h30, peut-être à 19h30 mais ça, ça dépend de l'affluence. »

Le créneau de consultation sans rendez-vous pouvait même débiter avant l'horaire théorique prévu, puisque les patients se présentaient avec de l'avance en salle d'attente.

M8 | « *Donc là y'a pas de limite ce qui fait que souvent ça m'arrive de reprendre les consultations avant 13 heures parce que je me dis de toute façon, les gens sont là dans la salle d'attente donc que je commence à midi et demi ou 13 heures, si je suis prête et ben autant commencer !* »

Le sans rendez-vous n'ayant pas de limite de fin prédictible, il pouvait bousculer le planning du reste de la journée.

M1 | « *Il y a moins de stress que quand je mettais des consultations sans rendez-vous le matin... Par exemple si j'avais reçu trop de personnes pendant mes consultations le matin alors que j'ai toutes les visites derrière quoi.* »

Travaillant sans rendez-vous, un autre médecin avouait imposer une certaine limite lorsqu'il souhaitait terminer plus tôt, alors que sa plage de consultation libre se trouvait en fin de journée.

M10 | « *Je ferme la porte et ça me permet de rentrer un peu plus tôt, après si je voulais je pourrais fermer encore plus tôt et ça va sûrement arriver !* »

Il précisait d'ailleurs avoir réduit récemment ses amplitudes horaires.

M10 | « *Depuis quelques années j'ai réduit un peu mes créneaux c'est-à-dire que le soir les gens pouvaient venir jusque 19h30 parfois et en fait quand tu rentres à 21 heures chez toi t'en as plein le dos donc maintenant c'est 19 heures.* »

Et soutenait avoir une totale maîtrise de son emploi du temps.

M10 | « *Moi j'ai l'impression de maîtriser mon planning et d'autres vont te dire qu'en sans rendez-vous ils ont pas de maîtrise et ça les fait trop stresser ! Chacun son tempérament aussi.* »

Une jeune médecin émettait l'hypothèse que la place du créneau sans rendez-vous au sein de la journée pouvait effectivement avoir son importance et ainsi permettre de mettre une limite horaire plus raisonnable à la fin de journée.

M7 | « Même si je pense qu'il y a des médecins qui peuvent potentiellement faire des sans rendez-vous en début de journée et puis réussir à s'organiser pour pouvoir avoir quand même une fin de journée assez régulière. »

Tandis qu'un autre praticien assurait qu'être sur rendez-vous ne laissait pas de place à l'imprévu.

M3 | « L'avantage aussi d'être sur rendez-vous c'est que vous avez déjà votre planning à la journée. Il n'y a pas de surprise donc je peux m'adapter. »

6.3. L'affluence des patients

Le nombre de patients reçus au quotidien était par définition totalement imprévisible dès lors qu'un planning intégrait de la consultation libre. Cette inconnue était aussi un frein pour les médecins généralistes rencontrés.

M4 | « Si quand j'ouvre la porte il y a 10 patients qui attendent déjà au bout de 5 minutes ça me fait hyper stresser. »

M5 | « Se lever tous les matins en se disant 'voilà, je sais pas combien je vais en voir aujourd'hui ? Est-ce que ça va être calme, est-ce que ça va être violent ?' sur rendez-vous c'est pas une question que je me pose [...] j'ai une limite que je me fixe. »

A propos de leurs expériences en stage et au cours de remplacements, trois jeunes médecins généralistes gardaient effectivement le souvenir d'une affluence très importante.

M2 | « La salle d'attente elle était tout le temps blindée. »

M4 | « Il y avait vraiment pas mal de patients. Je pense qu'on en voyait une quinzaine à la suite... » « C'était hyper angoissant, je suis quelqu'un de très stressée par rapport au flux de travail donc si je sais pas ce qui m'attend ça me fait stresser. »

L'un deux parlant même de « pouvoir psychologique ».

M6 | « On se rend pas compte le pouvoir psychologique que ça a d'arriver avec 10 personnes qui attendent sur le trottoir »

Les généralistes qui travaillaient sans rendez-vous rejoignaient ces points de vue.

M8 | « Il y a du stress de quand on ouvre la porte de la salle d'attente et qu'il y a 15, 20 personnes, assises, euh comment te dire que ça en effraie plus d'un et moi aussi parfois ! »
M10 | « C'est surtout l'affluence qui des fois est un peu... barbante ! Et je comprends que ça puisse faire peur ! » « Le monde c'est impressionnant. Quand j'arrive le mercredi au cabinet et qu'ils sont 10 sur le trottoir parfois ça me mine. » « Après je vais pas te dire que voir 15 personnes dans la salle d'attente ça me stresse pas ! »

Le médecin pouvait même ressentir des symptômes physiques de l'anxiété.

M4 | « J'imagine que si je faisais ça, ma tension monterait. »
M5 | « Ça provoque du stress de voir une salle d'attente remplie et on n'est pas bien, on est oppressé parce qu'on se dit c'est une pression terrible, il y a trop de monde je m'en sortirai jamais. »

Comme évoqué précédemment, l'affluence pouvait accélérer la consultation.

M3 | « Ce qui permet à certains médecins de voir de nombreux patients, parfois 50-60. » « Que du stress. Devoir aller vite. »

Était également abordé le sujet des patients qui consultaient sans rendez-vous un médecin qui n'était pas leur médecin traitant. L'une des praticiens avait récemment pris la décision de ne plus accepter de patients hors de sa patientèle, en consultation sans rendez-vous, afin d'imposer des limites.

M8 | « Moi je n'accepte plus d'ailleurs j'ai même un message qui est affiché sur la porte de la salle en disant qu'il faut être patient pour venir. Sinon c'est le libre accès à tout et n'importe quoi. »

La possibilité d'accepter n'importe quel patient représentait une difficulté pour le médecin.

D'une part, car le fait de refuser la prise en charge de ce patient était difficilement envisageable.

M3 | « Et aussi le désavantage c'est que tout le monde peut arriver en salle d'attente. Donc pas forcément ses patients. C'est toujours difficile de refuser quand tu vois quelqu'un arriver, pas de sa patientèle. »
M7 | « Après moi j'aurais quand même peur qu'il y ait des patients qui ne soient pas patients du cabinet qui se présentent. C'est un peu plus compliqué je trouve de refuser quelqu'un qui est sur place que par téléphone. »

D'autre part car cela impliquait d'accueillir la personne comme un nouveau patient, cette consultation initiale étant souvent plus complexe que chez un patient déjà bien connu par son médecin.

M6 | « Voir des patients inconnus aussi, reprendre tout un dossier à zéro parce qu'on connaît pas la personne. »

La porte étant ouverte « à tout le monde » pouvait même générer un sentiment d'insécurité.

M7 | « Être avec des patients qui n'ont pas de rendez-vous ou qu'on ne connaît pas, moi ça me rassurerait pas forcément de pas savoir qui peut se présenter. On sait jamais ce qu'il peut se passer. »

Il faut néanmoins préciser que l'affluence pouvait dans certains cas être maîtrisée, par les patients eux-mêmes.

Proposant auparavant des créneaux de consultation sans rendez-vous le samedi matin, un médecin généraliste nous expliquait que la fréquentation de sa consultation libre était tout à fait raisonnable de son point de vue.

M6 | « Les gens du samedi c'était des patients qui bossaient, franchement il n'y avait pas d'abus, pas de retraités et autres, les gens se régulaient d'eux-mêmes. »

En lien étroit avec la notion d'horaire explorée ci-avant, l'affluence n'avait pas toujours un impact négatif sur le médecin, en fonction de son tempérament.

M5 | « Ou alors justement c'est une façon d'être moins stressé en disant j'ai le temps, il y a pas de limite de durée, les gens sont arrivés, ils savent pas quand ils partent donc je fais à mon rythme [...] ça peut être au contraire moins stressant pour des gens qui fonctionneraient comme ça. »

6.4. La salle d'attente

En salle d'attente, les patients devaient patienter plus ou moins longtemps pour pouvoir rencontrer leur médecin. L'impossibilité d'estimer le délai d'attente était perçue de manière négative.

M2 | « Pour les gens je trouve pas ça non plus bien parce que tu sais pas quand est-ce que tu vas être vu... »
M3 | « Je crois que tout le monde est pressé d'en finir. »
M8 | « Je pense qu'un des freins à venir en consultation sans rendez-vous c'est le délai d'attente sur place qui est fluctuant. »
M10 | « Après la contrainte je pense pour les patients l'attente quoi... »

Cela pouvait parfois être source de différends entre les patients eux-mêmes, ou avec leur médecin.

M6 | « Les gens attendent 3 heures, parfois plus. » « Ça crée du conflit parfois avec le médecin ou même entre les patients dans la salle d'attente. »
M7 | « Les gens sont un peu tendus en disant je suis arrivé en premier, et finalement c'est un autre qui passe avant. »

Le comportement du patient n'étant pas toujours adapté au lieu et au contexte de la salle d'attente d'un cabinet médical...

M3 | « Tout le monde s'énerve, surtout quand vous avez des enfants qui crient dans les salles d'attente et des gens qui s'énervent ouais ! »
M10 | « Des fois c'est un peu la foire en salle d'attente aussi, des petits conflits, parce que les gamins qui crient, ou celui qui va mettre une vidéo sur son téléphone. »

Cette médecin généraliste employait une image forte pour évoquer le fonctionnement d'une salle d'attente équipée de tickets.

M2 | « Il y a un ticket, comme à la boucherie ! » « Tu en as qui se disputent en salle d'attente 'enfin non c'était mon tour je suis arrivée avant', enfin tu vois c'est la boucherie quoi ! »

L'impatience de la salle d'attente pouvait entraîner des comportements indésirables et stressants à l'égard du médecin.

M9 | « C'était du sans rendez-vous sans attente. Ils acceptaient pas trop de patienter. Moi ça me créait un peu de stress quoi. »

Le délai d'attente sur place était parfois totalement inadapté au motif de recours du patient, ou à son âge, notamment pour les enfants et les personnes âgées.

M5 | « *Quelqu'un qui est malade, le faire attendre longtemps comme ça, les personnes très âgées aussi je les vois pas faire patienter 2, 3 heures en salle d'attente. »*
M7 | « *Pour moi c'est pas logique qu'un gamin à 40 il attende 2 heures de plus que celui qui vient à la consultation libre pour son renouvellement d'ordonnance ou sa douleur qu'il a depuis 3 mois ! »* »

Quand les patients arrivaient en salle d'attente pour des motifs non urgents voire chroniques, ils pouvaient renoncer à consulter en fonction de l'attente prévisible sur place qui les incitait à reporter leur demande.

M8 | « *Après les patients se régulent aussi, s'ils ouvrent la porte de la salle d'attente et qu'il y a 20 personnes, ils font demi-tour par eux-mêmes et ils viendront le lendemain ! »* »

Bien qu'au regard de cette médecin, d'autres patients n'étaient pas impressionnés par une salle d'attente pleine.

M2 | « *Ils sont capables d'attendre, peu importe le motif. »* »

Cette attente était globalement mal supportée par les médecins, avec une nouvelle fois des répercussions psychologiques négatives.

M5 | « *J'aime pas infliger ça au patient, j'aime pas me dire que les patients vont attendre 2, 3 heures pour me voir. »* « *Même si les gens savent que s'ils viennent c'est le jeu d'attendre, psychologiquement le fait de me dire qu'ils vont attendre 3 heures leur tour, c'est moi que ça met mal à l'aise. »*
M6 | « *J'ai pas forcément envie de savoir que les gens m'ont attendu 3 heures alors qu'ils auraient pu appeler et avoir rendez-vous à un horaire défini quoi. »* »

C'est d'ailleurs cette longue attente qui avait motivé une médecin généraliste à l'organisation mixte, à moduler son planning en diminuant au fil du temps sa proportion d'exercice sans rendez-vous au profit d'une part plus importante de sur rendez-vous.

M8 | « *Imposer aux patients de venir attendre plusieurs heures pour renouveler une ordonnance c'était quand même pas nécessaire. Idem pour les gens qui travaillent, il y en a qui peuvent pas venir là dans ta salle d'attente attendre 1 heure, 2 heures pour qu'on regarde leur résultat de radio. »* »

Un avis ambivalent était émis par un médecin lorsque lui était posée la question de la perception de l'attente par le patient. Selon lui, deux profils de patient pouvaient coexister : le patient satisfait d'avoir un recours immédiat à son médecin, ou celui excédé par l'attente sur place.

M3 | « Il y aura celui qui va râler tout le temps parce qu'il faut encore attendre. [...] Et il y a le patient qui sera content en disant il y a du sans rendez-vous donc c'est un accès tout de suite au médecin. Il y a deux façons de voir, donc ça peut rendre les gens irritables comme très satisfaits. »

Finalement, un regard positif se posait tout de même sur cette salle d'attente, évoquée comme un lieu de rencontre à part entière, pour une patientèle habituée, généralement plus âgée.

M10 | « La salle d'attente pour certains c'est un peu leur bistrot, ça discute, ils revoient les mêmes têtes [...] ça fait un peu lien social quand même pour les gens isolés, je pense que c'est ça surtout qui fait que les gens âgés sont attachés à ça ! »

6.5. Les motifs de consultation

Bien que perçue comme plus adaptée aux motifs aigus par la plupart des médecins interrogés, la possibilité de rencontrer des motifs « tout-venants » en consultation libre était admise.

En consultation libre, le médecin n'avait généralement pas connaissance du motif de recours. La maîtrise du délai de consultation, en dehors de l'attente sur place, était laissée au désir du patient, et le médecin ne pouvait pas interférer dans l'urgence ressentie.

M8 | « Ah oui oui aucun filtre avant que j'aie le patient devant moi de toute façon le principe de venir sans rendez-vous c'est que la plupart du temps je sais pas pourquoi ils viennent me voir. »

M10 | « Tu vois en sans rendez-vous je peux pas refuser les gens, je connais pas leur motif ! Je peux pas dire au patient devant moi 'ah mais non mais ça nécessite pas un avis tout de suite' et le faire repartir. Alors que quand le mec t'appelle pour avoir un rendez-vous à partir de là c'est toi qui décides du délai, donc presque de l'urgence, enfin tu vois ce que je veux dire ? »

Aucune limite n'était imposée, comme le confirmait un médecin, qui nous expliquait que les motifs de recours non aigus n'étaient pas exclus, mais étaient plutôt l'apanage des patients âgés.

M8 | « Ah oui oui bien sûr, là les patients que je reçois en consultation libre, ça peut être de la pathologie aiguë que ce soit pour adulte ou enfant. [...] Bon c'est surtout les gens qui ne sont plus actifs, les retraités tout ça qui peuvent se permettre d'attendre parfois un peu plus longtemps en salle d'attente et qui ne prennent pas de rendez-vous... J'en vois encore toujours les mêmes qui viennent pour avoir une ordonnance de prise de sang, un renouvellement. »

Certains jugeaient cela totalement inadapté.

M2 | « Je trouve que c'est la foire à tous les motifs de m**** ! » « Le problème c'est qu'on va voir de tout. On va voir du renouvellement, on va avoir le patient qui arrive avec ses 5 motifs, on va voir la fibromyalgique, le dépressif euh les idées noires. »

Notamment au vu des horaires de consultation.

M7 | « Je pense que je n'apprécierai pas de recevoir un patient sans rendez-vous à 19 heures pour un certificat à remplir que je ne juge pas forcément urgent... »

Afin d'imposer des limites de motifs de recours pendant sa consultation libre, un médecin avait fait le choix d'augmenter sa part de créneaux de rendez-vous en réduisant parallèlement ses créneaux de consultation libre.

M8 | « Après certains viennent pour des choses... d'autres motifs sur des créneaux de sans rendez-vous. J'ai essayé de mettre quelques limites quand même et ça commençait par mettre des créneaux de rendez-vous tout simplement. »

Par souci d'organisation, rappelons que certains professionnels ayant connaissance du motif de consultation au préalable disaient adapter la durée de leurs créneaux de rendez-vous afin d'optimiser la prise en charge.

M2 | « Ça m'arrive d'adapter la durée de mes rendez-vous selon le motif. »

La méconnaissance du motif de recours pouvait d'ailleurs être délétère pour les patients dans certaines situations.

Il était question d'une part, de prioriser les motifs les plus urgents sur le plan médical, alors que l'ordre de passage en consultation libre était normalement celui de l'ordre d'arrivée sur place.

M7 | « *Ne connaissant pas les motifs de consultation c'est plus difficile pour faire le tri, savoir qui prendre en premier.* »

De plus, des médecins estimaient que le fait de proposer une consultation libre incitait davantage le patient à attendre –*même quelques heures*–, mettant sa santé en péril notamment lorsqu'il s'agissait de motifs aigus graves, entraînant ainsi une perte de chance.

M3 | « *Je pense aussi que c'est une perte de temps pour les gens. S'ils veulent attendre ils vont attendre 1 heure, 2 heures. Alors que parfois c'est une douleur thoracique qui nécessite une thrombolyse ! Le fait d'attendre c'est une perte de chance.* »

M7 | « *Avoir des patients qui peuvent venir avec une douleur thoracique parce qu'ils savent qu'il y a des consultations sans rendez-vous à 18 heures et qu'ils ont attendu toute la journée. Du coup passer à côté de vraies urgences en fait. Ça me ferait peur.* »

Pour autant, sur rendez-vous, le problème pouvait également être rencontré.

M7 | « *Après je me dis quand on est secrétariat à distance ou Doctolib, les gens ne peuvent pas forcément donner leur motif. Donc finalement ils prennent un rendez-vous dans les jours, les semaines à venir et c'était un infarctus.* »

III. INFLUENCE DES CHANGEMENTS SOCIÉTAUX SUR LA PRATIQUE DE LA CONSULTATION SANS RENDEZ-VOUS

1. Évolution de la démographie médicale

1.1. Diminution de l'offre de soins

L'offre de soins en médecine générale était jugée insuffisante par les professionnels de santé interrogés.

M3 | « C'est surtout le fait qu'il y ait de moins en moins de médecins libéraux en ville quoi. »
M4 | « Il y a énormément de médecins qui manquent dans le Cambrésis. »
M5 | « Tous les jours, tous les jours j'ai des patients qui viennent en salle d'attente qui cherchent un médecin qui n'en ont plus. »

Précisément dans le Cambrésis, un médecin nous illustre cette dégradation, parlant même de « pénurie ».

M3 | « Et ben la situation actuelle, c'est à dire que précisément dans le Cambrésis, j'ai repris le tour de garde par exemple il y a une vingtaine d'années on était je crois donc Cambrésis [...] je crois qu'on devait être 55, pas loin de 60. Aujourd'hui on est 17-18. Dont 2 médecins qui sont déconventionnés. » « Clairement c'est la pénurie ! »

Les cabinets de groupe étaient illusoire pour pallier le manque de médecin.

M3 | « Le groupe vous savez à Cambrai, s'il reste plus que 10 médecins dans un groupe, c'est toujours moins bien que 60 médecins esseulés. »

Et les décisions politiques étaient responsables de cette démographie médicale en souffrance.

M9 | « La démographie médicale, le fait qu'on n'ait pas augmenté le numerus clausus, ça ne dépend pas du corps médical, ça dépend des politiques quoi. »

Cette diminution de l'offre entraînait inéluctablement un déséquilibre avec la demande de soins qui elle, était croissante.

M4 | « Il y a quand même une demande de soins très importante par rapport à l'offre actuelle. »

Le déséquilibre de cette balance avait finalement eu raison des créneaux de consultation sans rendez-vous de ces médecins, après chacun plus de 30 ans de pratique.

*M1 | « Le manque de médecins, l'augmentation du nombre de patients fait qu'au bout d'un moment, c'est plus supportable » « Le nombre d'actes qui augmente avec le manque de médecin qui a fait qu'au bout d'un moment c'est plus supportable de ne pas mettre d'horaire pour les gens car il y a trop de monde »
M9 | « C'est trop prenant dans la mesure où il manque des médecins et tout, ça m'est devenu impossible. »*

1.2. Féminisation de la profession

Parmi les changements intéressant la démographie médicale et le profil des médecins généralistes, la féminisation de la profession était évoquée.

Le fait d'être une femme, mais surtout une mère de famille, semblait être incompatible avec la pratique de la consultation sans rendez-vous, notamment à cause des horaires incertains.

*M4 | « Il y a de plus en plus de femmes donc on est amenées à avoir des enfants. Donc bon c'est quand même pas cool de faire des enfants et de les donner à son conjoint parce que nous on finit plus tard. »
M5 | « La profession elle s'est beaucoup féminisée. Donc avec les femmes qui ont des enfants il faut gérer les enfants. » « « Dans a profession on a plus de femmes que d'hommes maintenant dans les médecins donc je les vois mal finir à 22 heures et puis rentrer devoir s'occuper des enfants après. Le sans rendez-vous pour une femme qui a des enfants c'est inconcevable ! »*

Plus pessimiste, un médecin estimait que la féminisation de la profession allait conduire à la disparition de l'exercice libéral du médecin. Il craignait même qu'en résultent des contraintes à l'installation.

M9 | « Je pense que toute profession qui se féminise c'est une profession qui va se fonctionnariser. » « Le fait que ça se féminise ça doit être... Ça va se fonctionnariser et on vous laissera plus le choix de vous installer dans les conditions où vous voulez. »

1.3. L'absence d'attractivité à l'exercice libéral

Les plus jeunes médecins n'étaient pas incités à s'installer en cabinet libéral.

M3 | « *Y'a pas d'attraction pour les jeunes médecins qui veulent s'installer comme nous en libéral.* »

M9 | « *Le fait de la démographie médicale, le fait qu'on vous ait pas donné de facilités à vous installer à tel ou tel endroit.* »

M10 | « *Les difficultés à l'installation tout le monde les connaît !* »

Dès lors, personne n'imaginait un jeune médecin s'installer en libéral et de surcroît proposer des créneaux de consultation sans rendez-vous.

M5 | « *Les médecins jeunes, la nouvelle génération ils ont déjà trop peur de s'installer, alors ils vont pas en plus faire du sans rendez-vous je pense ce serait suicidaire !* »

M10 | « *Les jeunes médecins veulent pas s'installer, et je les comprends. Mais du coup tu imagines des jeunes qui s'installent et qui se disent allez je vais faire du sans rendez-vous.* »

La jeune génération, n'avait que peu ou pas d'expérience de la consultation sans rendez-vous.

M10 | « *Ça viendra à l'idée de personne car pour ça il faudrait encore que les jeunes l'aient expérimentée, et c'est pas évident d'expérimenter un truc qui a été abandonné !* »

Ce médecin était encore plus radical, craignant une absence d'attractivité pour la profession, telle qu'il l'imaginait.

M10 | « *En fait au-delà des consultations sans rendez-vous c'est carrément notre métier qui n'est plus attractif tu vois. Médecin de famille ça n'existera plus !* »

1.4. De nouveaux modes d'exercice

Alors que les jeunes médecins généralistes n'étaient pas motivés à s'installer en libéral, certains supposaient que leur activité professionnelle se trouvait ailleurs.

M3 | « *C'est quand même que les généralistes font autre chose !* »

Ce médecin avançait l'hypothèse que les jeunes médecins généralistes pouvaient être attirés par ce fonctionnement « sans rendez-vous » mais en structure de soins organisée, autrement dit en centre de soins non programmés.

M10 | « Donc à la place ils vont découvrir le sans rendez-vous en structure non programmé là ! »

Et de réitérer, amer.

M10 | « C'est plus de la médecine générale ! »

1.5. Davantage de patients sans médecin traitant

Les médecins faisaient aussi le constat d'un nombre important de patients démunis de médecin traitant. Plus précisément dans le secteur du Cambrésis,

M5 | « Après il faut savoir que sur le Cambrésis on arrive presque à 1 patient sur 2 qui n'a plus de médecin traitant. La ville de Cambrai même, on est à peu près à 22000 patients sans médecin traitant. »

La consultation sans rendez-vous pouvait être utile à ces patients.

M3 | « Bon on peut rendre service aussi, c'est-à-dire qu'il y a plein de personnes qui n'ont plus de médecin. »

M4 | « La consultation sans rendez-vous pour moi c'est quelque chose de très bien pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant. »

Une jeune médecin l'avait d'ailleurs envisagée pour eux lors de son installation.

M4 | « En fait au tout début j'avais plutôt pensé faire ça le vendredi matin, à la place de mettre des créneaux pour mes patients. Je l'avais pensé que pour les gens qui n'ont pas d'autre possibilité, plus de médecin traitant. »

Paradoxalement elle ajoutait,

M4 | « S'ils savent qu'il y a un médecin qui fait du sans rendez-vous et qu'il prend même les patients sans médecin traitant... Là ça va être la débandade. »

Argument qui avait finalement eu raison de ses hésitations, et l'avait incitée à s'organiser uniquement sur rendez-vous.

De la même manière, un autre médecin soulignait l'enthousiasme potentiel des patients, mais la difficulté à absorber un flux de demandes important.

M6 | « C'est une aubaine pour ces patients là ! [...] Mais le médecin il va se retrouver submergé en fait ! Mon Dieu moi si les patients de Cambrai savaient que je prenais n'importe qui en consultation libre bah ce serait terminé quoi. »

Concernant le suivi de ces patients, il n'était pas idéal mais il s'agissait d'un service minimum.

M6 | « Pour le patient c'est mieux que rien quoi... Il a accès à un professionnel de santé. Et puis je suppose que les consultations sans rendez-vous sont redondantes, et ils arrivent quand même à avoir un suivi. Donc c'est mieux que rien, c'est un suivi minimum... »

Un autre médecin n'envisageait pas la consultation libre pour les patients sans médecin traitant, notamment car l'éventualité de recevoir ces patients à de multiples reprises aboutissait finalement à un suivi qui n'était pas adapté aux créneaux de sans rendez-vous.

M5 | « Si demain on ouvre des créneaux sans rendez-vous, on n'accueillerait pas de patients en plus. Pour moi le sans rendez-vous chez moi j'aurais vu ça uniquement pour mes patients, pas pour tout le monde. » « Et la consultation libre je pense pas que ce soit adapté pour le suivi, parce que si on les prend pour de l'aigu il faudra les suivre pour le chronique aussi en fait. »

Cela rejoignait l'idée que le sans rendez-vous pouvait venir desservir la santé du patient notamment en raison d'un suivi non optimal, entraînant une errance médicale délétère.

M1 | « Des gens sans médecin traitant ils vont aller chez l'un chez l'autre et il y aura peut-être pas un suivi médical optimal... Donc c'est surtout pour leur santé [...] on voit de plus en plus de patients d'un certain âge avec quand même des polypathologies et qui font du nomadisme. »

1.6. Evolution de la disponibilité du médecin généraliste

La disponibilité du médecin traitant avait subi des changements au fil des époques. Le sans rendez-vous était synonyme d'une facilité d'accès du patient vers son médecin.

M1 | « Il peut venir comme il veut quand il veut quoi. Je pense qu'il le vit comme ça. » « C'est une réponse à la demande des gens. »

M4 | « Pour les patients c'est un avantage quand même. Du coup il peut venir quand il veut, en fonction de ses symptômes. »

M8 | « Pour les patients ça permet d'avoir un accès au médecin qui est quand même facile et quasiment quotidien s'il arrive un pépin moi j'ai quasiment tous les jours des petites plages ouvertes. »

M10 | « Avant c'était facile, t'appelais le médecin ou tu allais à son cabinet, déjà une fois sur deux on se déplaçait chez les gens ! »

Cette disponibilité frôlait même avec la notion d'absence de limites explorée précédemment.

M9 | « On répondait jour et nuit aux appels. »

Aujourd'hui, le médecin est considéré comme moins disponible, voire moins accessible, cette notion pouvant éroder la relation médecin – malade et les rapports interhumains.

M1 | « Il y a vraiment moins ce côté humanité entre deux personnes parce qu'aussi on se rend beaucoup moins accessibles aussi... »

M9 | « Le médecin se rend moins disponible ! C'est pas qu'il est moins disponible, c'est qu'il se rend moins disponible. »

Cette moindre disponibilité était responsable de l'émergence de nouvelles professions dans le domaine de la santé, c'était le cas des IPA, désapprouvées par l'un des praticiens.

M9 | « Le gros problème c'est que si nous corps médical on balaie pas devant notre porte y'a des gens qui vont faire le boulot à notre place ! [...] Euh les IPA les trucs comme ça, les assistants qui sont là et qui font le boulot à notre place ! Mais en même temps si le médecin se rend moins disponible on va chercher à créer des nouvelles professions, ça n'a aucun sens. »

L'une des médecins rencontrés estimait que ses patients ne faisaient pas face à de grandes difficultés pour avoir accès à elle, alors qu'elle travaillait exclusivement sur rendez-vous.

M2 | « Je considère que les gens ils ont quand même une possibilité de consulter ! »

Mais elle admettait tout de même que les créneaux de consultation sans rendez-vous pouvaient profiter aux patients actifs.

M2 | « Ben si c'est plutôt en fin de journée j' pense que les gens vont plus facilement prendre euh.. se dire 'bon bah je prends pas de rendez-vous dans la semaine de toute façon avec mes heures, ça va pas' donc ils viennent sans rendez-vous. »

Mais sur rendez-vous, elle pouvait également adapter son planning pour répondre aux besoins de cette patientèle qui travaillait.

M2 | « Pour moi on peut très bien organiser son planning en faisant un soir où on fait quelques créneaux de rendez-vous plus tard pour les gens qui bossent. »

1.7. Délais de rendez-vous

Les délais de rendez-vous, pour les motifs jugés non urgents par le praticien, étaient variables, de quelques jours, à quelques semaines.

M4 | « Et après pour les renouvellements du coup on est plus long, j'arrive à trois semaines. »
M5 | « On a tous en moyenne, je pense qu'on doit être à une semaine de délai je pense. »
M6 | « Moi je dois avoir entre une semaine et dix jours de délai pour les renouvellements de traitement. »
M7 | « L'attente pour avoir un rendez-vous on va dire pour un renouvellement de traitement ou un motif non urgent ça doit être 15 jours. »

Certains médecins ne concevaient pas que l'on puisse travailler avec des délais qu'ils jugeaient inadaptés à certaines situations, qu'elles soient aiguës ou même chroniques. Des confrères étaient alors pointés du doigt.

M5 | « J'ai des confrères ça va jusqu'à plus d'un mois d'attente pour avoir des rendez-vous. »
« C'est-à-dire les patients ont besoin de voir le médecin pour un ulcère qui se dégrade, c'est rendez-vous dans un mois et demi quoi... Comment c'est possible ? »
M6 | « Dans le secteur on a des collègues qui ont 1 mois de délai. Les gens appellent ils ont rendez-vous dans trois semaines, dans 1 mois. »
M8 | « Ou pire qui ont des délais de rendez-vous qui sont pas compatibles avec le motif de consultation, surtout dans notre métier. »
M9 | « Quand je vois des patients d'autres médecins qui viennent me voir avec 40 de fièvre et puis que le médecin dit je peux pas le voir ou alors je le verrai dans 4 jours... Euh fièvre et tout, je trouve ça un petit peu honteux ! »

La prise en charge des enfants était particulièrement préoccupante dans ce contexte.

M9 | « En tant qu'adulte que t'attends deux jours pour une grippe parce que votre médecin est débordé voilà bon tant pis, mais mon gamin à 40 qui peut pas être vu avec son otite suppurée... Non je conçois pas ! »

M10 | « Des fois j'ai des gens qui viennent à ma consult libre, t'as un bébé de 2 ans qui chauffe et qui a mal aux oreilles et les gens te disent 'j'ai appelé mon médecin mais il a pas de place avant la semaine prochaine'. C'est pas possible, y'a un problème d'organisation ! »

Pour les motifs aigus, la consultation sans rendez-vous faisait inéluctablement la part belle à ces situations, et permettait aussi d'éviter un recours vers les urgences hospitalières.

M5 | « C'est sûr qu'une dame qui fait une infection urinaire, peut-être une pyélonéphrite ou quelque chose de plus inquiétant. Là forcément ils peuvent pas attendre une semaine donc ils se retrouvent plus facilement aux urgences que si ils avaient un médecin qui pouvait les recevoir comme ça sans rendez-vous, c'est logique. »

M6 | « Je pense que oui s'il y avait des zones sans rendez-vous les gens ils iraient à ces consultations au lieu d'aller aux urgences comme j'ai dit. »

M8 | « Si le patient sait que peu importe l'horaire il sera vu s'ils se présente au cours de la consultation libre comme il sait qu'il va être vu [...] c'est pas comme quelqu'un dont le médecin n'est pas dispo avant 3 jours, bah peut-être qu'il aura plus tendance à se rendre aux urgences. »

M10 | « Le fait d'avoir des consultations sans rendez-vous, les gens savent que même s'ils font deux heures d'attente dans la salle d'attente ils seront vus le jour même et peut-être que ça du coup ça les freine à se rendre aux urgences où peut-être ils attendront plus encore plus longtemps que chez moi quoi. »

Dès lors se posait la question des facteurs qui venaient influencer les délais de rendez-vous.

C'était le cas des congés, et ce même si un médecin remplaçant avait exercé pendant ce temps.

M4 | « Ce qui explique le rallongement de délais c'est que quand il y a un remplaçant ils veulent pas venir. Donc en fait ce sont mes congés qui ont un peu contribué à rallonger les délais. »

La période hivernale et son lot d'épidémies en étaient aussi responsables.

M7 | « Parfois l'hiver on est à 15 jours, 3 semaines mais jamais au-delà. »

Une patientèle plus conséquente allait de pair avec des délais plus longs.

M5 | « C'est sûr que si après ils ont 5000 patients ça peut poser problème. Une très grosse patientèle ça rallonge sûrement les délais c'est logique. »

M7 | « On a repris des patients encore en plus, énormément, ce qui est lié au départ en retraite ou départ d'autres confrères sur le secteur. Du coup on a repris beaucoup de patients donc c'est vrai que le délai il s'est un peu rallongé pour les prises de rendez-vous non urgents. »

Dans la continuité de ces propos, ce praticien supposait que les médecins âgés rencontraient davantage de difficulté pour réduire ces délais.

M5 | « *Et pareil les délais d'un mois, un mois et demi c'est aussi des médecins plus âgés en général enfin je crois.* »

Cela pouvait être la conséquence d'un épuisement professionnel et de toute une vie sacrifiée au travail.

M5 | « *Après on sait pas ce qui est aussi du ras-le-bol. Est-ce qu'il y a du burn out ? Est-ce qu'il y a tout ça qui fait que ? Ils se disent tant pis. Je fais à mon rythme. [...] ce sont médecins qui auraient plutôt privilégié la vie professionnelle pendant un temps et qui maintenant cherchent à lever le pied [...] et je pense qu'ils n'arrivent plus à maîtriser le planning au point où les délais se sont allongés allongés.* »

La pratique de ce médecin âgé de plus de 60 ans venait entamer les suppositions de son confrère.

M9 | « *Pour un motif je veux dire conventionnel l'attente elle est de deux trois jours, pratiquement du jour au lendemain quoi.* »

L'exercice en cabinet seul était aussi perçu comme délétère, alors que le groupe pouvait faciliter la prise en charge des patients.

M6 | « *Quand on est tout seul dans un cabinet je pense qu'on se prend le flux de patients tout seul donc les délais s'allongent. Il y a moins d'adaptation possible je pense. Pour moi exercer seul c'est aussi lié à avoir des délais de rendez-vous plus longs.* » « *Nous on est quand même 3 et on a une patientèle pour 3 du coup on arrive à moduler...* »

Faire partie d'un dispositif organisé pour les SNP via une CPTS rallongeait les délais de rendez-vous de cette jeune médecin.

M4 | « *Oui mais ça fait longtemps que je n'avais pas pris de créneau parce que ça contribue aussi à rallonger mes délais de rendez-vous...* »

Et une réduction des délais passait nécessairement par un allongement du temps de travail...

M4 | « *Ah ben si on peut faire des plus grandes plages horaires de travail hein !* »

2. Augmentation de la demande de soins

Auparavant, les sollicitations des patients étaient moindres, justifiant la possibilité de proposer des créneaux de consultation sans rendez-vous.

M3 | « *Il y avait quand même moins d'activité. Les gens arrivaient à se réguler.* »
M6 | « *Après peut-être qu'ils avaient peut-être moins de patients et moins de monde.* »

Aujourd'hui, ces demandes avaient largement augmenté, rendant difficile leur gestion sans système de rendez-vous.

M2 | « *Il y a une demande qui est bien plus importante.* »
M6 | « *Nous on a tellement de monde que je vois vraiment sans comme une contrainte de se rendre accessible sans filtre.* »

Pour faire face à cette pression croissante, les médecins étaient en difficulté.

M3 | « *On peut pas se démultiplier non plus.* »

2.1. Evolution du comportement des patients

2.1.1. Un besoin d'immédiateté

L'augmentation de la demande de soins était intimement liée aux modifications de comportement des patients. « A l'époque » –*celle de la consultation libre* –, le recours aux soins semblait plus pondéré.

M2 | « *Quand les gens étaient malades, ils attendaient quelques jours avant d'appeler le médecin.* »
M6 | « *Et les gens ils venaient peut-être moins pour rien !* »

Les patients étaient aujourd'hui vus comme des personnes « exigeantes ».

M6 | « *Moi j'ai l'impression que les gens ils sont de plus en plus exigeants quand même.* »

Cette attitude avait incité ce médecin à stopper la consultation libre.

M9 | « Pour avoir un meilleur confort de travail par rapport aux exigences des patients. »

Les patients étaient des « consommateurs » de soins.

M2 | « Les gens consommaient moins le soin pour tout et n'importe quoi ! »

M7 | « Les gens sont de plus en plus consommateurs de soins. »

M8 | « Mais là maintenant les patients sont devenus tellement consommateurs de médecine qu'à notre époque ce serait la porte ouverte à tout ! Tout ça pour moi ça a contribué à l'évolution du planning. »

Un médecin supposait que cette « consommation » pouvait résulter d'une moindre disponibilité du médecin traitant, notamment en l'absence de créneaux sans rendez-vous.

M10 | « En fait, peut-être que les gens savaient que leur médecin serait disponible presque toute la journée, même avant on pouvait dire à toute heure. » « Maintenant c'est un peu la course aux créneaux, tout le monde appelle à 8 heures pour être sûr d'avoir un rendez-vous. »

Le médecin sans rendez-vous était peut-être plus dévoué.

M10 | « C'est une question que les gens se posaient pas il y a 30 ans parce qu'on était peut-être dans une extrême inverse de dévouement sans condition quoi. Le médecin était plus disponible, plus flexible. »

Les patients consultaient aujourd'hui pour des motifs qui n'étaient pas toujours justifiés aux yeux des médecins, en plus d'une nécessité immédiate à avoir recours à un avis médical.

M2 | « Maintenant à J1 même H1 de fièvre il faut voir le médecin en urgence ! »

M4 | « Les patients veulent tout, tout de suite et ils veulent plus attendre pour avoir rendez-vous. Ils savent plus rationaliser les choses. S'ils ont le nez qui coule et qu'ils ont mal à la gorge, il faut absolument qu'ils voient un médecin. Ils peuvent pas attendre 2 jours. »

M6 | « Il faut toujours les voir le plus vite possible. Et des fois pour rien du tout. »

M7 | « Tu ferais peut-être des consultations pour rien ! » « Là on est devant des patients qui veulent avoir un rendez-vous en urgence qui comprennent pas forcément pourquoi on tempore parfois. »

M8 | « Aujourd'hui on est un peu dans une culture des patients où voilà il se passe quelque chose le jour J, il faut voir le médecin le jour J, il faut avoir le traitement et la conduite à tenir le jour J. »

M10 | « Après t'as aussi l'inverse où les patients veulent être vus dans le quart d'heure parce qu'ils ont mal à l'épaule depuis 3 mois ! »

Un médecin employait le terme de « *drive* ».

M4 | « *Donc ça prouve bien que les gens sont à la minute, on n'est plus au service de leur santé moi j'appelle ça la médecine McDo®, le drive.* »

Cette volonté d'avoir une réponse instantanée était le reflet d'une manière de consommer au quotidien, au-delà du domaine de la santé.

M7 | « *Je pense que c'est l'effet de la société. Je pense qu'on veut tous, tout, tout de suite. [...]* C'est l'évolution de la société, avec les téléphones, internet, on est quand même toujours dans l'immédiateté pour avoir une réponse à nos questions. » « *Je pense que du coup c'est l'effet de la société où finalement la santé c'est presque la même chose qu'aller faire ses courses ou passer une commande sur internet.* »

Le rôle du médecin traitant était pourtant censé prévenir ce genre de comportements jugés inadaptés.

M7 | « *Surtout qu'on essaye de faire de la prévention pour freiner un petit peu les consultations pour un petit rhume qui nécessite pas forcément d'avis médical.* »

Un jeune médecin regrettait aussi l'idée que recevoir le patient « trop rapidement » pouvait être préjudiciable pour sa prise en charge.

M6 | « *Et puis pour les diagnostics du coup ça peut être presque pénalisant dans certains cas finalement, je sais pas moi, l'enfant de 6 ans qui chauffe depuis 2 heures sans point d'appel j'ai pas toujours un diagnostic à donner... Ça frustre les gens car ils veulent savoir ce qu'a leur enfant et ils sont déçus de ressortir avec une ordonnance de Paracetamol qu'ils ont déjà dans leur placard.* »

2.1.2. Choix de l'interlocuteur

La consultation sans rendez-vous offrait au patient la possibilité de consulter son médecin traitant en priorité, sans condition.

Elle permettait, d'une part de rassurer le patient, l'amenant parfois à patienter davantage avec ses symptômes. La notion d'immédiateté vue ci-avant se vérifiait moins à l'époque où la consultation sans rendez-vous était plus répandue.

M8 | « *Peut-être qu'avant le fait d'avoir plus de consultations libres [...] ça permettait de temporiser les demandes.* »

D'autre part les créneaux libres permettaient de limiter le recours à un autre professionnel de santé ou à une structure de soins. En effet, si le médecin proposait des créneaux de consultation sans rendez-vous, les patients se tournaient prioritairement vers lui. Cette notion était aussi soulevée à l'évocation des délais de rendez-vous, explorée précédemment.

M1 | « *S'ils savent que leur médecin peut les recevoir forcément dans la journée et qu'il va les accepter puisque c'est libre forcément les gens préfèrent voir leur médecin.* »

M6 | « *Par contre pour les urgences, se dire que ça désengorgerait oui c'est sûr.* »

Ces points de vue n'étaient pas partagés par tous. L'organisation, qu'elle soit avec ou sans rendez-vous, pesait de manière indifférente, et insuffisante, dans la prise de décision du patient d'obtenir une réponse à ses questions.

M2 | « *Bah le fait que ça soit sans rendez-vous, non pas plus... Enfin si moi je mets plus de créneaux il y aura peut-être moins de consultations aux urgences et encore c'est pas c'est pas dit mais le fait que ça soit sans rendez-vous pour moi ça change rien...* »

M7 | « *Je pense pas. Non. Je pense pas forcément. Euh après ça reste mon avis qui est peut-être pas partagé mais je pense que les gens ils ont besoin d'avoir une réponse médicale rapide, de plus en plus. Euh, je pense que s'il y avait toujours des consultations sans rendez-vous les gens consulteraient aussi facilement et que les urgences seraient aussi chargées.* »

2.1.2.1. Urgences hospitalières et unités de SNP

Devant le besoin impérieux d'obtenir une prise en charge médicale, les patients pouvaient se tourner vers les urgences ou les centres de soins non programmés.

M4 | « *La consultation sans rendez-vous était finalement une réponse adaptée à ce type de comportement finalement c'est un peu ce principe du tout, tout de suite. Le fait que ça disparaisse en fait les gens trouvent d'autres alternatives et entre autres aux urgences.* »

M6 | « *C'est peut-être clair que le patient qui peut être reçu rapidement et sans condition horaire par son médecin traitant il va préférer aller voir son médecin à lui plutôt qu'attendre aux urgences.* »

M7 | « *Les gens ils sont prêts à aller dans n'importe quelle structure pour avoir un avis médical même s'ils n'y connaissent pas forcément le médecin même si ils savent pas forcément qui ils vont avoir en face d'eux.* »

M10 | « *Pour les motifs de médecine générale, non urgents... Si ces patients, dans les urgences, ont un médecin traitant qui fait du libre ben ils préfèrent voir leur médecin généraliste non ?* »

Les médecins considéraient que leur rôle d'interlocuteur privilégié aux yeux du patient était ainsi tributaire de leur disponibilité.

En lien avec la baisse de l'offre de soins exposée précédemment, l'une d'entre eux rappelait que le recours aux urgences ne résultait pas toujours d'un choix mais d'une nécessité. C'était le cas des patients qui n'avaient tout simplement pas d'interlocuteur en ville, c'est-à-dire pas de médecin traitant.

M8 | « Combien il y a de passages qui relèvent de la médecine générale pure aux urgences chaque jour ? Et vous pensez que les gens y vont par plaisir ? Ben non, y'en a sûrement plein qui y vont car le médecin traitant n'est pas là ou alors carrément parce qu'ils en ont pas [...] Et il y en a plein qui savent pertinemment que leur place n'est pas aux urgences mais qui ont l'impression peut-être de pas avoir le choix je sais pas. »

2.1.2.2. Consulter un confrère

Parfois, certains patients n'avaient pas recours aux services d'urgence mais à un autre confrère du secteur, mettant à mal le statut ancestral de médecin de famille.

M7 | « Je pense que les gens ils seraient prêts à aller consulter un confrère qui fait des consultations sans rendez-vous, quitte à ne pas voir leur propre médecin traitant parce que le lien qui pouvait être créé entre les patients et le médecin traitant il y a quelques années où il y avait vraiment le médecin de famille se perd un petit peu. »

Le patient était même prêt à un sacrifice financier, pour obtenir une réponse plus rapide à sa demande, même pour quelques heures, comme en témoignait cette expérience.

M4 | « Et donc y a quand même une patiente CMU qui a trouvé un rendez-vous avec un médecin non conventionné du secteur, qui du coup a payé 70 euros la consultation le matin-même parce que quand on l'a rappelée midi elle avait déjà eu son arrêt de travail. »

2.1.3. La notion d'urgence ressentie

Un paramètre venait toutefois s'intégrer dans la prise de décision des patients, avides d'immédiateté : l'urgence ressentie. Elle s'inscrivait dans un contexte d'inexpérience des patients en matière de santé, à l'opposé du médecin sachant.

M5 | « Aujourd'hui il y a beaucoup de rendez-vous qui ne sont pas vraiment urgents. Les patients disent urgent mais ça peut attendre deux trois jours pour beaucoup de motifs. »
M10 | « Oui alors l'urgence ressentie, faut le prendre en compte. On a tendance à vite juger parce que nous on a, pas toujours mais souvent les réponses, c'est notre job ! Donc forcément on se dit mais pourquoi il a stressé pour ça alors que c'est de la connerie ? Mais voilà, moi je sais parce que je suis médecin. »

Était d'ailleurs rappelé le rôle primordial de réassurance qui était attribué au médecin traitant.

M10 | « Après je pense vraiment que c'est la consultation libre ça aide à gérer ce flux d'urgence ressentie. Le rôle du médecin traitant c'est aussi d'écouter, de rassurer... »

Les patients devaient pourtant avoir connaissance de symptômes graves ou non graves pour leur santé

M7 | « Enfin les gens, ils ont connaissance des symptômes d'un rhume, ils ont connaissance des symptômes, du traitement qu'on peut prescrire mais il y a quand même des personnes qui vont consulter pour ça. Alors est-ce qu'ils ont juste besoin d'une réassurance ou autre ? »

Finalement, quel que soit le délai depuis le début des symptômes, la nécessité de consulter s'imposait devant l'angoisse ressentie par le patient.

M10 | « Ils ont sûrement du stress, un jour tu te réveilles et tu te dis m**** cette douleur je voudrais bien savoir ce que c'est, et là tu acceptes plus d'attendre quoi. »

Cette urgence ressentie ne concernait pas que les individus en tant que patient du médecin, mais pouvait toucher tout le monde, dans tous les domaines.

M10 | « Mais on est tous pareils en fait c'est même pas que les patients c'est les gens en général. Moi-même je vois l'autre jour bon je raconte ma vie mais, j'avais mon chien qui boitait depuis quelques jours, le véto me donne rendez-vous 4 jours plus tard ! Bon j'ai pas négocié, parce que je connais un peu le système mais oui, j'avais envie de savoir plus vite, j'étais inquiet quoi ! »

Concernant les motifs jugés « non urgents », l'un estimait que sa disponibilité était la seule déterminante pour le patient dans son recours vers les urgences.

M10 | « C'est pas l'urgence ressentie qui fait que le patient va aux urgences, pas pour ce genre de motifs ! C'est la disponibilité du médecin, les délais de rendez-vous tout ça ! »

Enfin l'urgence ressentie pouvait également concerner un pan administratif, justifiant pour ce médecin une nécessité de prise en charge rapide.

M5 | « Tous les patients qui ont une urgence même par exemple un arrêt de travail qui est quand même une urgence administrative finalement... Ces gens là ils peuvent pas attendre une semaine s'ils ont besoin d'un arrêt par exemple. »

2.1.4. Des patients satisfaits

La consultation sans rendez-vous apportait de la satisfaction au patient.

M8 | « Ils savent qu'il y a aussi des rendez-vous disponibles si besoin mais ils sont contents d'arriver dans la salle d'attente et de savoir que même si c'est dans 30 minutes, une heure ou deux heures, ils seront vus. »

Un médecin avait d'ailleurs mis un point d'honneur à souligner le comportement compatissant voire empathique de ses patients à son égard, lorsqu'il travaillait sans rendez-vous.

M10 | « Alors que toi t'es pas spécialement pressé, de toute façon t'es là donc les gens tu dois les voir ! Et ils sont là ils te disent « on va faire vite Docteur, vous avez du monde ». Et finalement t'as pas fait plus vite que pour un autre mais eux ils veulent te ménager. Ca c'est peut-être aussi parce que je suis un vieux médecin ! Donc voilà ces patients là ils existent aussi et il faut le dire ! »

3. Autres changements sociétaux

3.1. Le secrétariat

Les médecins qui travaillaient sans rendez-vous n'avaient pas de secrétariat.

M5 | « Peut-être pas de secrétaire sur place. » « Peut-être que c'est une génération qui n'était pas habituée à avoir une secrétaire qui prenne des rendez-vous. »

M6 | « Sans secrétariat le sans rendez-vous c'est beaucoup plus simple. »

Cette médecin en avait fait l'expérience au cours de remplacements.

M7 | « En plus il n'y avait pas de secrétariat. »

Les médecins travaillant, ou ayant travaillé sans rendez-vous confirmaient cette tendance.

M8 | « Alors bah je décroche mon téléphone ! Je fais tout moi-même au téléphone. »

M9 | « C'était moi qui prenais les appels. »

M10 | « J'ai mon téléphone et je décroche quand on m'appelle. »

Ce choix de gestion du secrétariat par le médecin lui-même pouvait se justifier par le fait d'être la seule personne à pouvoir agir sur le planning.

M10 | « Au moins j'ai pas des patients qui me prennent rendez-vous sur internet pour tout et n'importe quoi, annuler au dernier moment en un clic. »

Dans certains cas, le patient ne passait même pas par le téléphone pour consulter son médecin, puisqu'il pouvait se présenter sans rendez-vous à son cabinet, sans condition.

M10 | « Et j'ai remarqué quand même que les gens qui viennent au libre ils n'ont pas essayé d'appeler. »

Cette attitude concernait plus souvent les personnes âgées.

M8 | « Des jeunes actifs qui ont l'habitude de prendre leur téléphone ou leur ordinateur et prendre rendez-vous ils auront plus le réflexe d'appeler. »

M10 | « Alors ceux qui appellent pas c'est surtout les personnes âgées. Les jeunes ils ont plus le réflexe téléphone pour tout. »

Mais également les motifs aigus, pour lesquels les patients se rendaient au cabinet directement.

M8 | « La plupart de mes patients vient spontanément en fait quand j'y pense j'ai pas énormément d'appels pour de l'aigu. »

Pour autant, assurer son secrétariat soi-même n'était pas toujours chose aisée.

M10 | « Ça m'arrive de louper des appels, le lundi c'est terrible tu peux avoir 30, 50 appels. »

Et pouvait avoir un impact négatif lorsque le téléphone était décroché pendant la consultation.

M3 | « Avant on répondait au téléphone toute la journée. [...] Moi je perdais le fil de la consultation. »

M9 | « T'es pas censé être distrait déjà par les appels téléphoniques qui, avant, interféraient. »

M10 | « Après parfois ça fait perdre le fil mais bon... »

Le patient pouvait d'ailleurs confondre appel téléphonique et consultation médicale par téléphone.

M3 | « Les gens devant moi se disaient, bah finalement le prochain coup moi aussi je vais appeler, je sais pas pourquoi j'ai pris un rendez-vous alors qu'en appelant je peux résoudre le problème. »

Devant les difficultés à gérer les appels téléphoniques eux-mêmes, le recours à une tierce personne pour le secrétariat s'était finalement imposé pour deux médecins ayant longtemps travaillé sans rendez-vous, sous l'impulsion de leurs proches.

M1 | « Ça fait pas longtemps parce qu'en fait avant je prenais toujours les appels moi-même et alors là je te dis pas c'était compliqué je m'en rends compte. » « J'ai parlé avec un ami, je lui ai expliqué, et il me dit à partir de maintenant j'ai un secrétariat donc je suis sur rendez-vous ça m'a changé ma vie il m'a dit. »

M9 | « Et quand ma femme a pris sa retraite elle a voulu prendre les appels, et quand elle a vu le travail que c'était elle a dit c'est plus simple de prendre un secrétariat c'est tout ! »

De nos jours le secrétariat tenait un rôle majeur dans le fonctionnement des cabinets médicaux.

Il permettait entre autres de réduire la charge mentale du médecin, concernant son organisation.

M7 | « Je m'occupe même pas de mon planning tu vois j'arrive le matin c'est la secrétaire qui m'a tout organisé, [...] je ne gère aucune demande. Je comprends même pas comment les anciens généralistes ont réussi à tenir comme ça. »

Il était le premier intermédiaire entre le patient et son médecin et endossait le rôle de conseiller.

M4 | « Ma secrétaire elle conseille d'aller aux urgences [...] sinon elle leur dit écoutez si vous avez vraiment besoin d'être vu par un médecin appelez le 15, demandez un soin non programmé. »

Le délai de rendez-vous pouvait être déterminé par le secrétariat, formé à prioriser les demandes selon le degré d'urgence.

M6 | « *En vrai la secrétaire elle filtre pas mal mais dès qu'elle juge que c'est urgent, [...] on va pas attendre quelques jours donc clairement il a rendez-vous le jour même sans condition.* »
M7 | « *Notre secrétaire ici sur place elle est formée à faire un petit peu le tri, donner des rendez-vous en urgence pour ce qui nécessite et décaler s'il y a pas forcément d'urgence.* »

Ainsi certains appels pouvaient être privilégiés, selon le motif mais également selon le profil du patient comme son âge.

M7 | « *Privilégier les nourrissons et pour les enfants des plages horaires du matin, ou pour des problèmes médicaux qui sont plus urgents.* »

Chez certains, les rendez-vous urgents étaient uniquement accessibles via le secrétariat téléphonique, empêchant le patient de prendre rendez-vous en autonomie.

M5 | « *Les gens appellent la secrétaire car ces rendez-vous là sont uniquement disponibles par un secrétariat téléphonique* » « *Une fois que ces créneaux là sont pleins elle me laisse les messages.* »
M7 | « *Pour un motif urgent ils peuvent pas prendre en ligne il faut passer directement par la secrétaire.* »
M9 | « *S'il y a une demande urgente le secrétariat m'en fait part sur mon portable par SMS.* »

Cette gestion des appels n'était pas toujours sans conséquence sur la personne qui gérait le secrétariat, du fait notamment de l'exigence toujours plus importante des patients.

M6 | « *Après on a eu la chance ici d'avoir une secrétaire qui filtre pas mal quitte à ce que ce soit elle qui se prenne les réflexions et doive argumenter.* »

Et il était admis que l'existence de plage de sans rendez-vous permettrait de soulager son secrétariat.

M6 | « *C'est vrai que nous ici, si on faisait des plages sans rendez-vous elle aurait peut-être moins de monde qui l'appelle donc moins de stress pour elle mais du coup bah... Je pense que ça allège peut-être le secrétariat.* »

3.2. L'informatisation du cabinet

Les pratiques du médecin généraliste avaient été bouleversées par le développement de l'utilisation d'un ordinateur au début du siècle. Ce nouvel outil informatique impliquait un nouveau temps de travail, administratif ou médical, qui était moins omniprésent à l'époque.

M3 | « A l'époque où les médecins travaillaient sans rendez-vous c'est un temps qui n'existait très peu, voire pas. »

L'arrivée de ces nouvelles technologies était perçue comme chronophage dans la journée du médecin.

M3 | « On a un temps d'informatique qui prend de plus en plus de temps. Noter les courriers, tout ce qui a été fait, vu, au niveau informatique je vois pas comment on peut faire. » « Si bien que j'ai dû même pour ma secrétaire, prendre un deuxième poste vu le temps qu'on prenait pour écrire tous les courriers, ranger dans chaque dossier... »

M7 | « Surtout qu'après il y a tout ce qui est biologie, et ça c'est quand même de plus en plus chronophage dans nos emplois du temps, bien plus qu'il y a 20, 30 ans ! »

Mais permettait d'optimiser le suivi médical des patients.

M9 | « On a des outils informatiques qui nous permettent d'avoir un meilleur suivi. Quand on était sans rendez-vous, on travaillait pas avec tout ça. Vous avez tout l'historique du patient, vous avez tout son traitement, vous avez sa biologie, c'est nettement mieux suivi. »

La bonne utilisation de cet outil semblait donc incompatible avec la pratique consultation libre, ou alors au détriment de la qualité de tenue du dossier médical.

M3 | « Si vous faites des consultations sans rendez-vous et que vous devez être très rapide je vois pas comment on peut construire un dossier médical intéressant qui puisse rendre service aux patients. »

M9 | « L'informatique comme ça a fait aussi je pense qu'en sans rendez-vous c'est compliqué de bien s'en servir. »

3.3. Le statut de Maître de Stage Universitaire (MSU)

Un maître de stage universitaire évoquait l'influence que les étudiants qu'il recevait en stage avaient eu sur sa pratique de la consultation sans rendez-vous. C'est en échangeant avec les internes que ce médecin avait revu son organisation à la faveur des rendez-vous exclusifs.

M9 | « En fait moi c'est quand j'ai reçu des internes ! Ils me disaient tiens, ailleurs c'est sur rendez-vous c'est quand même plus simple et tout »

Plus largement, un autre estimait qu'accueillir des étudiants en médecine permettait éventuellement de faire de la consultation libre, mais surtout de participer à la gestion des soins non programmés, notamment via une CPTS.

M3 | « Donc les internes ils font un travail, le médecin titulaire lui peut faire autre chose en attendant, donc notamment des soins non programmés. » « Il y a la CPTS dans le Cambrésis donc dans les cabinets en fait il y a des créneaux horaires, donc j'ai remarqué que la grande majorité qui faisait ça avait des internes avec eux. »

3.4. Le pandémie COVID-19

La pandémie COVID-19 qui avait débuté en 2020, n'avait pas été sans conséquence sur la pratique de la consultation sans rendez-vous. Elle avait marqué la suppression de créneaux de consultation libre pour certains.

M10 | « Je crois que la dernière qui en faisait par ici elle a arrêté à cause du COVID ? »

D'abord, en consultation libre, il fallait disposer de locaux adaptés à l'accueil d'un grand nombre de patients.

M5 | « Une chose à prendre en compte ce sont les locaux. Il faut avoir des locaux adaptés pour accueillir 10, 15 patients dans une salle d'attente. »

Il n'était donc pas toujours possible pour les médecins d'assurer les mesures d'hygiène imposées par la distanciation sociale via les « geste barrières » au temps de la pandémie, et applicables pour les autres maladies contagieuses.

M3 | « Depuis le COVID avec la promiscuité dans les salles d'attente, on s'est quand même bien rendu compte que c'était pas terrible pour toutes les maladies virales, les épidémies, etc... Donc en termes d'hygiène entre guillemets moi je trouve que c'est vraiment un gros problème de faire ça. »

M6 | « Les gestes barrière, la salle d'attente pleine, rien que ça c'était pas compatible. »

M10 | « Je sais qu'il y en a qui ont supprimé ça à cause de la promiscuité quoi. »

La maladie du médecin lui-même atteint par le COVID avait amené une consœur à supprimer leurs créneaux de consultation libre du samedi matin.

M6 | « Il y avait un autre médecin ici qui a attrapé le COVID qui n'a pas pu travailler pendant plusieurs mois, et donc l'autre médecin était aussi seule à gérer les deux patientèles toute la semaine et du coup elle a supprimé le samedi matin pour pouvoir souffler. »

4. Le fossé des générations : émergence de nouvelles priorités

4.1. Limiter sa charge de travail

Les « jeunes » médecins étaient vus comme des professionnels de santé qui travaillaient moins, voire pas assez. Ils souhaitaient avoir un planning organisé à l'avance, qui laisserait peu de place à l'imprévu.

M1 | « C'est une question de planning des gens, la plupart qui sont déjà sur rendez-vous actuellement parce qu'ils veulent finir tôt je sais pas... »

M3 | « Je crois que c'est générationnel en fait, c'est vouloir travailler à la carte, terminer plus tôt, avoir des vacances... »

M5 | « Les jeunes d'aujourd'hui ont envie de savoir à quelle heure ils vont finir pour mieux s'organiser je pense. » « Les nouveaux médecins, ils veulent des horaires cool, ils veulent aussi profiter, ils veulent des horaires fixes. »

M9 | « Si nous on a travaillé beaucoup trop [...] j'ai le sentiment que maintenant les jeunes médecins travaillent plus assez. »

M10 | « Il faut être honnête, les jeunes médecins travaillent moins que l'ancienne génération. »

L'un des médecins, maître de stage universitaire, insistait longuement sur cette volonté d'avoir une visibilité sur les horaires, en illustrant ses propos par les comportements de ses internes.

M9 | « Ça fait à peu près 10 ans que je suis maître de stage donc j'ai accueilli une quarantaine d'étudiants, et je sens bien que c'est plutôt 9 heures midi, 2 heures 5 heures quoi ! » « Je vois le regard descendre en bas et ils regardent l'heure à laquelle on va finir ! »

Comme évoqué ci-avant, la féminisation de la profession pouvait aussi justifier une moindre charge de travail.

M10 | « Donc voilà, on travaille moins, il y a plus de femmes aussi encore une fois c'est pas une critique mais je crois que c'est prouvé qu'elles travaillent moins que les hommes. »

Ces limites et cette visibilité sur leur planning permettaient aux médecins de laisser davantage de place aux loisirs.

M5 | « J'aime bien me dire voilà à 19 heures je sais que je vais avoir terminé, logiquement et je sais qu'après derrière je vais pouvoir aller faire du sport etc... »

La volonté de moins travailler concernait également les médecins en fin de carrière, proches de la retraite.

M9 | « Moi je dois arrêter le 1^{er} avril 2026 donc pour le peu de temps qu'il me reste à faire je ne cherche pas à en faire beaucoup. » « J'arrive en fin de carrière donc moins je travaille mieux je me porte. »

M10 | « J'ai mon âge, je pense que j'en ai assez fait, un moment il faut savoir penser à soi aussi... Avant la retraite je vais ralentir un peu. »

4.2. Accorder plus d'importance à la vie personnelle

Auparavant, la vie privée du médecin pouvait être sacrifiée, au profit de sa vie professionnelle. Cela pouvait entre autres entraîner des conséquences notables sur le plan personnel.

M1 | « Oui ça c'est sûr que notre vie privée elle est quand même un peu limitée mais c'est peut-être une question de génération je sais pas. »

M2 | « Il y avait moins de place à la vie de famille, à la vie perso. »

M5 | « La vie personnelle elle était un peu sacrifiée par rapport à maintenant oui c'est sûr. »

M10 | « J'en ai connu qui ont tout sacrifié pour leur boulot, mon meilleur pote il a divorcé quand même. »

Il était suggéré que l'homme tenait un moindre rôle à l'époque dans la gestion du foyer familial, comparativement à notre société actuelle.

M5 | « Beaucoup d'anciennes générations de médecins qui sacrifiaient toute leur vie au travail... Souvent ils étaient mariés, ils avaient une femme qui parfois gérait tous les à côtés. Donc il y avait peut-être moins de choses à gérer à côté dans leur vie autour. »
M10 | « Et puis y'a 30, 40 ans parfois c'était même une affaire du couple où t'avais l'épouse qui prenait les appels, qui faisait le ménage du cabinet etc... Donc assez impliquée dans la vie professionnelle finalement ! Ça à l'heure actuelle c'est plus trop envisageable. »

Une médecin soulignait toutefois le fait que proposer une consultation libre le matin par opposition à un créneau de fin de journée n'avait pas le même retentissement sur la vie personnelle.

M4 | « En fait selon le moment où on met son créneau de consultation libre ça n'a pas le même impact sur la vie perso c'est sûr. » « Tout dépend comment le médecin gère si par exemple il met un planning il met deux heures de sans rendez-vous mais qu'il les met de 14 à 16 et puis finit à 18. Au final ça il y aura pas de répercussion si il met son créneau de 16 à 18 et qu'à la fin il finit à 20h... »

D'ailleurs les médecins qui travaillaient sans rendez-vous n'avaient pas l'impact négatif de ces créneaux sur leur équilibre familial.

M1 | « Euh non non, pas sur ma vie privée, pas de répercussion... »
M10 | « Moi ça va ouf j'ai pas encore divorcé, j'arrivais à emmener mes gamins à l'école quand ils étaient petits, justement parce que mon emploi du temps était flexible et assez adaptable en fait. Donc moi sur ma vie personnelle j'ai pas eu de problème. »

Aujourd'hui, une place plus importante était dédiée à la vie personnelle et familiale. La consultation libre, trop imprévisible, n'était pas compatible avec cette nouvelle priorité.

M2 | « Dans la mesure où on a une soirée, un bébé à récupérer, juste rentrer chez soi et avoir une vie tout simplement ! Donc oui ça peut avoir un impact sur son couple, sa vie de famille. »
M3 | « Pouvoir organiser sa vie en tout cas familiale plus facilement. Privilégier un peu la vie personnelle. »
M4 | « Donc bon c'est quand même pas cool de faire des enfants et de les donner à son conjoint parce que nous on finit plus tard. »
M5 | « Après pareil, les gens veulent plus de vie de famille. »
M10 | « Et puis il y a des occupations, les petits-enfants tout ça, tu te rends compte qu'il y a des choses à privilégier. » « Et les jeunes maintenant ils pensent à eux, à leur famille. »

Pour un médecin, privilégier sa vie de famille était en lien étroit avec le fait de moins travailler. Son avis au sujet de la vie privée était pour le moins ambivalent.

M9 | « Et demain si vous vous installez dans un endroit où vous choisissez de travailler une demi-journée, de prendre en plus une journée de repos, de ne travailler que sur rendez-vous et de privilégier votre vie privée par rapport à votre vie professionnelle, et ben c'est votre droit ! Alors est-ce normal ? Je n'en sais rien ! »

En effet, ces nouvelles priorités étaient certes un droit mais constituaient pour lui des obstacles à répondre aux besoins des patients, et de manière plus globale à l'exercice de la médecine générale classique en cabinet.

M9 | « J'ai le sentiment que c'est plus du tout la même façon de travailler et c'est pas une façon de travailler qui convient forcément aux malades. Je me répète, je trouve qu'on a un rôle sanitaire à fournir et ce rôle sanitaire je pense qu'il ne sera plus fourni ! En tout cas pas dans nos cabinets de maintenant ! »

Enfin, un autre praticien du même âge, posait un regard moins critique envers les nouvelles pratiques et priorités de ses jeunes confrères.

M10 | « C'est une autre vie ! Et d'ailleurs vous avez bien raison, faut vivre avec son époque. »

4.3. Prendre soin de sa santé

Un médecin s'est longtemps confiée sur les répercussions négatives qu'avaient pu avoir les consultations sans rendez-vous sur sa santé, la poussant à supprimer ce fonctionnement.

M1 | « Je saturais complètement. » « Nerveusement c'était trop dur. J'ai eu une sorte d'épuisement psychique. » « Arrêter pour se ménager. » « Au bout de 38 ans j'ai pas eu le choix sinon j'aurais eu des problèmes de santé. »

En cas de problème de santé aigu subi par le médecin, le sans rendez-vous représentait encore une plus grande pénibilité au travail. A l'inverse, le rendez-vous permettait d'alléger sa charge mentale.

M5 | « Si on a un coup de mou et qu'on n'est pas trop bien ce jour là, si on est malade et ben de voir une salle d'attente pleine avec 25 personnes je pense que ça doit être dur moralement d'encaisser ça. »

Aujourd'hui, le médecin était davantage soucieux de sa propre santé. Prendre soin de soi ne se faisait pourtant pas au détriment de la disponibilité envers les patients.

*M1 | « Je pense qu'ils veulent se protéger. C'est ça qu'on cherche en fait aussi une notion de protection et puis de se respecter soir-même. » « Peut-être que les médecins se respectent plus maintenant que nous à l'époque. » « Il y a plein de jeunes médecins dévoués mais maintenant le médecin respecte plus sa santé et sa forme, peut-être que les jeunes s'écoutent plus. »
M5 | « Tout le monde a aussi le droit de ralentir. Il faut savoir penser à sa propre santé ce qu'ils ont sûrement moins fait que nous les jeunes médecins en travaillant comme ils faisaient. »*

Fort de son expérience de maître de stage universitaire, ce médecin admettait rencontrer des étudiants en meilleure santé, ce qu'il estimait positif pour la prise en charge des patients.

M9 | « Sur les 40 internes ici j'ai eu cette chance c'est d'avoir des gens mieux dans leur peau ! C'est important pour bien travailler sinon ça peut être dangereux pour soigner les gens ! »

4.4. Eduquer les patients

Les changements vus ci-avant nécessitaient inévitablement d'imposer des limites aux patients, qui avaient pu avoir des comportements abusifs.

M1 | « Certains médecins pensent que les gens peut-être ont trop abusé... Ils abusent peut-être trop du médecin en lui-même... »

Imposer des limites impliquait « d'éduquer » sa patientèle, mais la consultation libre allait à l'encontre de cette possibilité « d'éducation » notamment concernant les motifs de recours au médecin.

M4 | « Bon alors après du coup ça doit pas forcément beaucoup les éduquer et ça contribue peut-être à les faire venir pour pas grand-chose. »

Le rôle préventif du médecin était à rappeler dans ce contexte.

M7 | « Surtout qu'on essaye de faire de la prévention pour freiner un petit peu les consultations pour un petit rhume qui nécessite pas forcément d'avis médical. »

Peut-être habitués à une disponibilité et un dévouement sans condition de la part de leur médecin, certains patients peinaient à anticiper leurs prises de rendez-vous. Des règles s'imposaient alors au sein des cabinets médicaux pour garantir une organisation optimale.

M2 | « Faut éduquer les gens, les gens comprenaient pas parce qu'avant [...] les gens anticipaient aucun rendez-vous pour les renouvellements, ils venaient, ils appelaient à la dernière minute et ça c'est plus possible. »

M4 | « Il faut éduquer la patientèle. » « J'essaie de les discipliner en leur disant non et en mettant des barrières. Après s'ils sont pas contents ils vont voir ailleurs. »

M9 | « C'est plus dépendant d'une éducation de la patientèle. Je pense que le patient il a une boîte de 28, quand il en a utilisé 21 [...] c'est aussi à lui d'anticiper et de s'adapter au délai. »

Les patients semblaient accepter ces changements.

M2 | « Globalement ils se sentent pas démunis et ils se sont bien adaptés. »

IV. GESTION DES SOINS NON PROGRAMMES PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU CAMBRESIS

1. Organisation pour répondre à la demande des SNP

Que le praticien travaille avec ou sans rendez-vous, les médecins estimaient qu'une de leurs responsabilités en tant que médecin traitant était de répondre favorablement aux demandes de SNP.

M2 | « Je trouve qu'en médecine générale on doit répondre à cette demande là »
M4 | « Donc le maximum c'est 1 jour de délai pour ce qui est urgent entre guillemets. »
M5 | « Hyperthermie par exemple logiquement c'est le jour même surtout chez un enfant. »
M9 | « Et si c'est une urgence ils sont quand même plus rapidement. »
M10 | « Si c'est vraiment urgent j'ai toujours de la place dans la journée en rendez-vous. »

1.1. Créneaux d'urgence

Afin de répondre favorablement à ces demandes de soins non programmés, certains intégraient quotidiennement des créneaux d'urgence à leurs plannings de rendez-vous.

M2 | « Je trouve que les créneaux d'urgence pour le coup ont leur place dans un planning, c'est même indispensable. »
M4 | « Pour les patients en consultation urgente, tous les jours j'ai des créneaux d'urgence, j'en ai 10. »
M5 | « J'ai des créneaux d'urgence, je garde environ 6 créneaux d'urgence dans la journée. »
M6 | « La moitié de nos créneaux c'est des créneaux d'urgence. »
M7 | « On a toujours eu des plages horaires pour le jour même. »

Ces créneaux permettaient de répondre à la demande des patients dans un délai jugé « rapide », de 24 heures ou moins.

M6 | « Et par contre pour les urgences bah on n'a pas de délai. Les gens qui ont des otites, des angines, qui se foulent la cheville. Peu importe quand ils appellent le matin, ils ont rendez-vous le jour même ou au pire du pire le lendemain. C'est largement acceptable. »
M7 | « Je pense qu'on a une quinzaine de créneaux d'urgence même plus par jour et du coup donc s'il y a une urgence c'est le jour même ou le lendemain. »

Ces rendez-vous d'urgence pouvaient être plus rapidement saturés en période hivernale, notamment en cas d'épidémies de maladies virales.

M2 | « L'hiver ça peut monter des fois 10-12 créneaux d'urgence par jour. »
M6 | « Il y a eu des hivers où vraiment malgré qu'on avait la moitié de notre journée c'était des créneaux d'urgence [...] ça faisait une trentaine de créneaux jour même pour le cabinet ben l'hiver quand il y a une épidémie euh... on fait au mieux. »

Les nombreuses sollicitations avaient amené cette médecin à proposer encore davantage de créneaux d'urgence.

M4 | « Il me semble que j'ai changé la place des consultations urgentes. J'ai rajouté deux créneaux en plus 1 mois après m'être installée parce que j'avais trop de demandes. »

1.2. Rajouts de rendez-vous

Une fois les créneaux d'urgence tous pourvus, certains médecins interrogés disaient procéder à des « rajouts » en plus de leur planning initialement prévu.

« Rajouter » des patients était aussi le fonctionnement de bon nombre de médecins généralistes qui eux ne prévoyaient pas de créneaux d'urgences, mais qui estimaient devoir répondre aux demandes de SNP.

Ces créneaux pouvaient s'intercaler entre deux rendez-vous, ou être mis en fin de journée.

M1 | « Même si les rendez-vous sont tous pris je rajoute. » « Je dis aux gens de venir le soir après telle ou telle heure. »
M2 | « Des fois ça arrive qu'on rajoute. »
M5 | « Oui j'intercale en plus de mes petites urgences. J'essaie de rajouter. »
M6 | « On rajoute des patients entre deux, on reste un peu plus le soir... »
M7 | « Pour nos patients, comme on les connaît bien, soit on fixe le rendez-vous entre deux ou en fin de journée. »

Une médecin généraliste sacrifiait des consultations déjà planifiées au profit d'un rajout d'urgence, pouvant décaler par exemple une visite programmée de longue date.

M2 | « Si vraiment j'ai trop de demandes la journée je vois... Si par exemple c'est un renouvellement je peux toujours bouger une visite c'est jamais une urgence. »

Certains critères propres au médecin déterminaient le choix de procéder à des rajouts.

Un médecin nous expliquait ne refuser aucune demande, afin de ne pas culpabiliser.

M1 | « Oui sur rendez-vous uniquement mais avec cette notion de ne jamais refuser les demandes. » « J'ai un principe c'est que j'ai un tout petit peu de mal à dire non. »

Un autre admettait accepter plus ou moins de demandes en plus de ses créneaux d'urgence, selon son état de forme au cours de la journée.

M5 | « Et selon mon humeur et mon énergie j'arrive encore à en rajouter entre deux si c'est vraiment important mais c'est de dire bon bah mettez-le entre deux à 16h, je le prendrai en plus entre deux quand même. »

Concernant le patient, son motif de recours était déterminant dans la décision d'ajouter un créneau supplémentaire afin de le recevoir.

M2 | « Voilà des fièvres des choses que sans les voir c'est difficile d'évaluer la gravité donc je rajoute. »

M6 | « Une poussée hypertensive parce que la patiente elle est au moins à 17 ou 18... En effet on va pas attendre quelques jours donc clairement elle a rendez-vous le jour même sans condition. »

M9 | « Je leur donne un rendez-vous plus rapidement selon le motif tout simplement. Donc je rajoute dans ma journée si nécessaire. »

Son âge influençait le choix de procéder à un rajout, y compris lorsque l'opportunité de consulter sans rendez-vous se présentait à lui.

M2 | « Voilà bah moins de 2 ans c'est rare que je dise non. »

M8 | « Quand même si c'est des bébés ou si c'est des personnes âgées fragiles bon... Je me dis il y a quand même de l'attente parfois beaucoup dans le sans rendez-vous donc si on peut leur épargner ça s'ils sont pas très bien. »

La fragilité du patient et ses comorbidités étaient également prises en compte pour juger de la rapidité du rendez-vous.

M2 | « Ou alors des patients connus très fragiles selon les comorbidités. »

Le patient qui consultait rarement et qui sollicitait son médecin pour un motif urgent était également une priorité.

M2 | « Un patient qui vient jamais etc... qui demande un rendez-vous bah je vais potentiellement le rajouter. »

1.3. Créneaux de consultation sans rendez-vous

Les plages de consultation sans rendez-vous étaient particulièrement adaptées pour répondre à la demande de soins non programmés, selon les médecins qui la pratiquaient actuellement.

Elles justifiaient l'absence de créneaux d'urgence dans un planning.

M8 | « J'ai pas de créneaux d'urgence. » « Bah non parce que j'estime que j'arrive à gérer quand même la très grande majorité des demandes urgentes quoi. »

Et permettaient de recevoir toutes les demandes de soins non programmés, sauf si le médecin décidait de fixer un rendez-vous selon des critères présentés ci-avant.

M8 | « S'il y a une urgence dans la journée, c'est soit la consultation sans rendez-vous, moi les patients savent que je suis là, soit un rajout de rendez-vous si vraiment je veux pas faire attendre les gens comme j'ai dit avant là. »

D'ailleurs, les patients qui ne prenaient pas la peine de joindre leur médecin et se présentaient directement en consultation libre était majoritairement motivés par des motifs urgents.

M8 | « En fait j'ai l'impression que quand les gens m'appellent ils savent eux-mêmes que ça peut attendre un tout petit peu sinon ils viennent direct. »
M10 | « De toute façon si les gens veulent pas attendre, ils viennent d'eux-mêmes à la consult. »

Les créneaux de consultation sans rendez-vous permettaient d'éviter tant que possible de procéder à des rajouts de rendez-vous.

M8 | « Je pense la gestion de l'urgence des soins non programmés qui de toute façon, si on se cantonne à un planning avec des rendez-vous toutes les 15 minutes... Au bout d'un moment il sera plein non ? Donc il faudra soit faire des rajouts toujours des rajouts. Donc moi ma plage elle m'évite de faire des rajouts sur mon planning sauf pour certains motifs ou certains patients... »

Cette facilité d'organisation pour la gestion des urgences avait d'ailleurs séduit un médecin interrogé, qui s'était posé la question de proposer des plages libres. Les rajouts étaient donc perçus comme une contrainte dans l'organisation du médecin, y compris pour ceux qui fonctionnaient de cette façon.

M5 | « Et ben de pouvoir me dire une fois que mon agenda classique est pris, si j'ai encore des demandes de créneau d'urgence, j'ai pas besoin de les intercaler entre deux à droite à gauche, il y aurait un créneau de libre je dirais bah venez ce soir à telle heure c'est du sans rendez-vous et quand vous voulez. Au moins ça permet de voir les urgences sur le moment. C'est une solution. »

Cependant, même le sans rendez-vous pouvait atteindre des limites de disponibilité évidentes, lorsque le créneau proposé était antérieur à la sollicitation du patient au cours de la journée.

M10 | « Le gamin qui chauffe et qui a mal à l'oreille, si tu m'appelles à 18 heures que ma consultation libre est passée ben je lui mets rendez-vous le lendemain. »

1.4. Modèles alternatifs à la consultation sans rendez-vous

Qu'ils disposent ou non de créneaux d'urgence, plusieurs médecins ont affirmé recevoir les patients qui se présentaient spontanément à leur cabinet dans le cadre de motifs relevant de soins non programmés.

A l'instar de la consultation sans rendez-vous, ce modèle permettait de répondre immédiatement aux sollicitations du patient, reçu sans contact ni filtre préalable, s'assimilant ainsi à un modèle alternatif au sans rendez-vous.

M1 | « Ils peuvent pas venir à des moments sans rendez-vous mais en fait c'est tout comme car s'il vient en salle d'attente et qu'il me demande ben j'arrive pas à dire non donc je le prends entre deux ou à la fin. »

M3 | « Si c'est vraiment une urgence, une semi-urgence, ils viennent sonner à la porte et là je les reçois. » « Quand il y a un petit soucis y'en a toujours un qui vient sonner à la porte ou se glisser en salle d'attente. » « Si vraiment y'a quelque chose oui voilà ils peuvent très bien venir, ils le savent, je vais pas les mettre dehors loin de là ! »

M6 | « Après on leur ferme jamais la porte on sait que du coup si il y a un souci l'après-midi ils viennent directement au cabinet. »

Ce médecin était tolérant quant au fait de recevoir plusieurs patients sur un seul créneau de rendez-vous.

M5 | « Après voilà je fais pas de sans rendez-vous mais je suis hyper large sur les rendez-vous dans le sens où je suis pas trop regardant si quelqu'un a pris un rendez-vous mais qu'ils viennent à deux ou qu'ils m'amènent leur fils ou leur fille qui fait de la température qui chauffe, j'accepte de voir plusieurs patients en même temps sur un seul créneau. »

Le délai de rendez-vous, s'il était rapide voire très rapide, représentait pour certains un système suffisant, voire équivalent à la consultation libre.

M4 | « Après pour ceux qui ont un médecin traitant en soi si on donne des rendez-vous rapides je pense que sans rendez-vous c'est pas nécessairement un plus. »
M6 | « Le truc c'est que moi mes patients vu qu'ils ont accès à moi hyper rapidement c'est peut-être pas aussi rapide que du sans rendez-vous mais presque. »

L'avantage des rendez-vous était une meilleure organisation quotidienne.

M6 | « Au contraire avoir des rendez-vous si rapides c'est la facilité d'accès pour eux et moi ça m'évite quand j'arrive le matin d'avoir 10 personnes à la porte s'ils sont étalés par la secrétaire dans la journée quoi. »

Un inconvénient émergeait cependant ; habitués à une extrême rapidité de prise en charge, certains patients n'acceptaient pas que l'on puisse temporiser leurs demandes.

M6 | « Je pense que c'est un peu à double tranchant cette histoire parce qu'ils ont tellement l'habitude d'avoir rendez-vous des fois le jour même que quand on leur dit, ben non c'est pas urgent on vous case dans 2, 3 jours, et ben les patients râlent ! »

2. Dispositifs de SNP mis en place dans le Cambrésis

2.1. SNP via la CPTS

Les patients ne pouvant être reçus au cabinet par leur médecin traitant pour des demandes de soins non programmés via les modes d'organisation précédemment détaillés, de même que les patients sans médecin traitant, pouvaient recourir à un médecin via un dispositif de SNP mis en place par la CPTS.

Cette option semblait toutefois exceptionnelle pour les médecins généralistes rencontrés, qui finalement étaient peu nombreux à rediriger leurs patients vers les SNP, tous estimant répondre eux-mêmes à cette demande de manière adaptée. Une fois les créneaux d'urgence et les rajouts arrivés à saturation, deux médecins admettaient se reposer sur ce dispositif.

M2 | « *Tout le reste [...] s'ils veulent un rendez-vous le jour même, ou soins non programmés.* »
M4 | « *Dans ce cas là elle leur dit d'appeler directement la CPTS ou elle appelle directement pour les patients.* »

Le principe des consultations SNP était expliqué par certains.

M2 | « *Il y a un planning qui est fait tous les mois où il y a des permanences et donc il y a plusieurs médecins qui sont de soins non programmés.* » « *On doit globalement prendre un créneau par semaine donc c'est 4 rendez-vous par semaine, donc c'est quand même pas rien.* »
M6 | « *Au final moi j'ai une heure le mardi de soins non programmés et une heure le mercredi.* »
M7 | « *On a deux plages horaires sur la semaine pour pouvoir atteindre deux heures complètes par semaine...* »

Cette praticien expliquait renvoyer principalement ses patients vers les pharmaciens qui eux-mêmes orientaient les patients vers un médecin. Elle estimait que ce fonctionnement était plus adapté que le recours au 15.

M2 | « *Alors il y a la CPTS de Cambrai et la CPTS du Haut-Hainaut qui ont mis en place les soins programmés donc les gens en gros on les adresse vers les pharmaciens c'est ce qui fonctionne le mieux parce que via le 15 bon... on les envoie balader une fois sur deux.* »

Pour cette médecin, la valorisation financière de la consultation SNP était une des motivations principales dans le fait d'adhérer au dispositif. En effet, elle assimilait ce principe de SNP à de la consultation sans rendez-vous et son lot d'incertitudes qui, elle, n'attirait pas franchement les jeunes médecins.

M7 | « *[...] ce qui est obligatoire pour pouvoir avoir les rémunérations sur objectifs santé publique. Donc je pense que c'est ce qui attire les médecins qui participent essentiellement parce que bon c'est un peu comme des consultations sans rendez-vous finalement. On sait jamais ce qui va nous tomber dessus.* »

L'organisation via la CPTS était sectorisée, locale, et les professionnels de santé se connaissant entre eux, cela générait un sentiment de confiance et de réassurance pour la prise en charge de leurs patients respectifs.

M2 | « Je sais que globalement c'est toujours les mêmes médecins. Ceux qui font la maison médicale de garde c'est ceux qui font les SNP c'est tous les mêmes qui sont impliqués donc... »
« On se connaît plus ou moins tous » « Oui voilà c'est ça on a leur numéro on sait qu'on va avoir un retour pour les prises en charge vu que c'est toujours les mêmes qui participent. »
M3 | « On se connaît entre nous on sait qu'il y a un retour. »
M6 | « Donc en gros moi je sais pas là on est dans notre village, si on a quelqu'un du village voisin qui a besoin d'un SNP il peut être mis ici sans souci. Il faut juste qu'il soit sur le secteur de notre CPTS. »

Il était nécessaire que bon nombre de professionnels de santé du secteur adhèrent à cette organisation pour un fonctionnement optimal de la gestion des SNP.

M2 | « Mais bon je pense qu'il faut que tout le monde y mette un peu du sien pour que ça fonctionne. » « Bah pour les soins non programmés de participer à tout ce qui est organisé quoi. »

Un médecin justifiait de ne pas participer car il travaillait seul dans son cabinet. Pour lui la possibilité de rejoindre cette organisation reposait entre autres sur le fait d'accueillir des internes, ce qui permettait d'exploiter le temps libéré grâce à cet étudiant au service des soins non programmés.

M3 | « Il y avait une CPTS dans le Cambrésis donc dans les cabinets en fait il y a des créneaux horaires. Donc j'ai remarqué que la grande majorité qui faisait ça avait tous des internes avec eux. » « Oui oui, je me suis demandé mais comme je suis tout seul ici au cabinet... »

Le manque de temps était effectivement une des raisons pour laquelle certains médecins ne participaient pas, ou peu. Déjà très sollicités voire submergés par les demandes, certains estimaient que ces créneaux de SNP pouvaient être délétères envers leurs propres patients, ayant pour conséquence d'allonger les délais de rendez-vous classiques.

M2 | « Donc nous on participe pas, actuellement, parce qu'on est déjà sous l'eau ! »
M3 | « Ils ont peut-être plus de temps. »
M4 | « Oui mais ça fait longtemps que je n'avais pas pris de créneau parce que ça contribue aussi à rallonger mes délais de rendez-vous... »

Un médecin imaginait cette difficulté d'accès aux soins comme un cercle vicieux généré par les créneaux de SNP eux-mêmes. Par cette image, il remettait en cause la pertinence de l'organisation.

M3 | « *Quand j'ai été sollicité par le médecin qui s'en occupait j'allais quand même pas voir ses patients à lui parce qu'il n'avait pas le temps de les voir et lui voir le lendemain les miens parce que j'avais pas eu le temps de les voir la veille parce que je voyais ses patients dans le cadre de la CPTS. »*

D'autres médecins qui participaient via la CPTS à la réponse aux SNP avouaient avoir hésité à s'investir dans le système, car accueillir des nouveaux patients inconnus était chronophage.

M6 | « *Là on a été hyper réticent à en faire car notre patientèle elle est quand même fermée. »*
« *La patientèle elle est fermée et du coup se dire bon bah c'est tout on accueille les nouveaux patients qu'on connaît pas, qui connaissent pas le cabinet, réouvrir un dossier reprendre tout depuis le début on s'est dit « ça va prendre un temps fou. »*

Le principe étant de ne pas recevoir son propre patient, un médecin assimilait cette organisation au fonctionnement de la consultation sans rendez-vous et son lot d'incertitudes. Les motifs de consultation pouvaient d'ailleurs mettre le médecin en situation d'inconfort.

M7 | « *Bon c'est un peu comme des consultations sans rendez-vous finalement. On sait jamais ce qui va nous tomber dessus. Il y a des consultations lambda qui se passent très bien pour des enfants qui sont malades, [...] des motifs assez faciles entre guillemets. Mais parfois on a des surprises, des altérations de l'état général chez des personnes âgées qui n'ont plus médecin traitant avec la nécessité d'un suivi assez lourd et du coup c'est vrai que ça c'est pas des prises en charge très facile en soins non programmées. »*

De fait, les médecins interrogés semblaient mitigés quant au succès de ce dispositif, car finalement peu de patients semblaient y avoir recours.

M4 | « *Sinon elle [la secrétaire] leur dit bah 'écoutez si vous avez vraiment besoin d'être vu par un médecin appelez le 15, demandez un soin non programmé et vous aurez un rendez-vous dans le secteur.' Mais franchement ils sont très peu à le faire quand même... »*
M6 | « *Au final moi j'ai une heure le mardi de soins non programmés et une heure le mercredi. Et pour l'instant c'est pas plein c'est à dire qu'en général j'en ai un ou deux par semaine. »*
M7 | « *Mais finalement nos créneaux, ils sont pas forcément remplis depuis qu'on a commencé à les mettre en place [...] nous ça reste calme pour le moment. »*

Cela pouvait s'expliquer par un manque de communication aux patients au sujet de ces alternatives leur permettant d'avoir accès à un médecin généraliste lorsque le leur n'était pas disposé à les recevoir.

M2 | « Souvent ils connaissent pas du tout, ah ils connaissent pas du tout ! » « Y'a pas vraiment de pub pour les soins non programmés. »

M7 | « Je pense que les gens sont mal informés de ces dispositifs, pas assez de prospection, pas de pub en fait... Dans la tête des gens c'est les urgences sans autre alternative. Pour moi c'est vraiment un problème d'information de la population car c'est quand même un système qui a justement été créé pour ces patients sans médecin notamment... »

Pourtant cette médecin nous disait tout mettre en œuvre pour délivrer à ses patients les informations nécessaires sur la conduite à tenir lorsqu'elle n'était pas apte à recevoir ses patients pour des motifs relevant de l'urgence relative.

M2 | « J'essaie au maximum d'informer sur les autres possibilités que les urgences parce que plein de gens relèvent pas du tout du service d'urgences. »

Mais même informés, certains privilégiaient le recours à leur médecin traitant, acceptant finalement de différer la réponse à leur demande de quelques heures ou jours.

M4 | « Ben du coup ils préfèrent attendre d'être vus au cabinet par moi ou alors peut-être que finalement ils jugent aussi que c'est pas de la consultation urgente et ils se rétractent. »

Outre la méconnaissance des patients, des praticiens ne semblaient pas être mieux renseignés.

M3 | « Les soins non programmés en principe sont... Il me semble que c'est la secrétaire qui doit appeler les soins non programmés pour avoir un rendez-vous. Je suis pas sûr. »

M10 | « Mais quand même il y a les maisons médicales de garde il y a l'histoire des CPTS, les trucs de soins non programmés là euh... Bon c'est quelque chose encore un peu flou mais ça se met en place progressivement pour gérer justement les patients qui n'ont pas de médecin traitant. »

Pendant que d'autres professionnels de santé faisant partie intégrante du dispositif mettaient eux-mêmes à mal son fonctionnement par leur comportement peu scrupuleux...

M2 | « Le pharmacien leur a dit, non mais non ça n'existe pas, et le pharmacien en l'occurrence avait une télécabine pour faire une téléconsultation de m****. »

2.2. Unités de soins non programmés

Faute de disponibilité, les médecins généralistes admettaient se reposer sur l'existence de centres de soins non programmés, dans lesquels les patients pouvaient se rendre sans rendez-vous pour une consultation médicale.

M3 | « Je sais qu'il y a quand même ces structures là qui peuvent éventuellement accueillir des semi-urgences. »

M5 | « Alors il y a la Clinique du Cambrésis c'est un centre de soins non programmés. C'est du sans rendez-vous ! » « Une dame qui fait 22 de tension que je peux pas recevoir aujourd'hui bah voilà ils vont là-bas exceptionnellement. »

M7 | « Par contre parfois tout ce qui est traumatologie vraiment on a plus de place, soit on oriente... Euh il y a la clinique du Cambrésis maintenant qui fait des soins non programmés. Donc on oriente là-bas ou aux urgences. »

Un autre médecin revendiquait quant à lui qu'il n'avait jamais besoin d'orienter ses patients vers ce type de structures.

M6 | « Non, franchement ! Alors après peut-être qu'ils y vont quand même je sais pas mais c'est pas nous qui leur demandons. »

Ces centres de soins non programmés étaient perçus comme des solutions d'appoint, permettant de dépanner les patients, notamment dans un contexte démographique médical extrêmement précaire. En revanche ils ne pouvaient aucunement se substituer au rôle d'un médecin traitant.

M1 | « Ben j pense que heureusement que c'est là, parce qu'on manque de médecins. » « Pour moi ça remplace pas le fait d'avoir un médecin traitant c'est pas pérenne comme solution par rapport au manque de médecins tout ça, ça ne va pas résoudre grand-chose.. »

M2 | « Face à la pénurie actuelle, je pense que ça répond quand même à une problématique. On peut faire tout ce qu'on veut, on remplacera pas tous les médecins qui partent en retraite donc je pense que c'est quand même bien pour les patients mais c'est pas la solution aux déserts médicaux. »

M3 | « Ils sont là parce qu'il y a plus de médecin. Après ils font ce qu'ils peuvent. »

M5 | « C'est un lieu où ça dépanne les gens, c'est de l'appoint. »

Certains utilisaient des propos plus âpres encore, parlant de médecine palliative.

M2 | « C'est pas parfait c'est ce que j'appelle de la médecine palliative mais euh c'est mieux que rien. »

M3 | « Je pense que c'est pas de la médecine de qualité à long terme c'est juste pour pallier... »

Les politiques de l'Etat en matière de santé concernant les unités de soins non programmés étaient désapprouvées. En effet, ces réponses n'étaient pas adaptées à la pérennisation du métier de médecin généraliste tel qu'il existait depuis toujours.

M3 | « C'est une réponse politique au problème. Les gens [...] veulent de l'immédiateté. Voilà la gorge qui gratte on peut voir un médecin aujourd'hui. Donc nos politiques sont très très contents de ces systèmes là mais les patients ne se rendent pas compte que c'est à leur détriment. »

M10 | « Donc voilà tout ça fait que, les gens qui ont plus de demandes, les médecins qui travaillent moins, ceux qui partent en retraite. La conjoncture fait que, et ça c'est la faute de l'Etat ! Alors ils essaient de trouver des trucs palliatifs là, [...] la clinique du Cambrésis... Ah oui c'est super c'est du non stop, t'as une question tu vas là-bas t'as la réponse. Mais ça change rien au problème des médecins dans leurs cabinets quoi. Ça change rien pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant et qui ont besoin d'un suivi. »

Et les investissements financiers dans la santé étaient jugés peu productifs.

M3 | « Tout cet argent-là ferait mieux d'être investi dans la médecine de ville. Donc c'est de l'argent perdu aussi en plus du temps perdu ! »

M5 | « Mais ils profitent de la structure de la clinique pour faire plein d'exams aux patients qui viennent sur place en même temps. Ça augmente les frais pour la sécu et c'est de l'argent qui pourrait être investi autrement. »

Ces lieux pouvaient contribuer à la disparition de l'exercice de la médecine générale plus traditionnel, centrée sur la relation de confiance médecin – malade, faisant émerger l'idée d'une certaine déshumanisation du métier.

M2 | « Je pense que le côté de la médecine générale avec la prévention, le suivi, le côté hyper agréable qu'on peut avoir des gens sympas je trouve qu'on va le perdre dans cette médecine de 'drive' en fait. »

M3 | « Ça va être la médecine beaucoup plus technique. Ce sera plus un médecin de famille. »

En effet, le patient ne pouvait pas être pris en compte dans sa globalité. L'avantage du médecin traitant, ou du médecin de famille était de connaître son patient et d'adapter sa prise en charge en fonction de ses connaissances. Les motivations financières des centres de soins non programmés étaient pointées du doigt.

M3 | « On connaît les patients, quand ils arrivent là-bas dans ces structures il y a une multiplication d'examens qui est faite. Sans intérêt. »

M5 | « Mais le seul problème c'est qu'encore une fois c'est un peu du business parce que ils ont tendance à utiliser la consultation de soins non programmés pour accentuer les examens complémentaires sur place. Surplus de radiographie, de prise de sang de choses comme ça qui ne sont pas forcément nécessaire de faire là en urgence. »

Le suivi chronique d'un patient qui n'avait pas de médecin traitant, ne pouvait pas se réaliser au sein des centres de SNP.

M1 | « Je pense que c'est pas une façon de suivre correctement les gens. »

Ces structures étaient d'autant plus inadaptées aux patients en rupture de suivi médical, faute de médecin traitant.

M1 « Pour moi ça remplace pas le fait d'avoir un médecin traitant, c'est pas pérenne comme solution par rapport au manque de médecins tout ça, ça ne va pas résoudre grand-chose. »

M2 | « Qui on va voir dans ces structures en fait ? On va voir des gens qui ont plus de suivi depuis des années qui ont plus de médecin [...] La problématique c'est face à des gens qui vont arriver qui ont pas vu médecin depuis 20 ans qui ont 65 ans, tu leur fais une prise de sang, tu vois un diabète, un cholestérol à 4 grammes... Tu leur fais une radio il y a une découverte de cancer du poumon, qu'est-ce que tu fais derrière ? »

Et cette médecin envisageait ce système comme une manœuvre de l'État pour améliorer l'accès aux soins primaires des patients.

M2 | « Je pense surtout que l'État espère par les soins non programmés qu'il y a une petite fuite des gens qui retrouvent un médecin. »

2.3. Le SAMU et les Services d'Accueil des Urgences

L'appel au SAMU via le 15 était également une alternative possible dans la prise en charge des SNP, notamment quand le médecin généraliste jugeait que le motif de recours n'était pas de son ressort.

M1 | « *Oui enfin quand c'est très urgent toute façon que j'ai pas le choix... Bien sûr ils vont aux urgences.* »

M5 | « *Soit je leur dis de rappeler demain si ça peut attendre ou soit je leur dis [...] urgences si ça relève plutôt des urgences.* »

M10 | « *Ca m'arrive parfois de dire, allez aux urgences mais ça c'est plutôt selon le motif, il y a des choses qui relèvent plus de moi.* »

Ce médecin invitait d'ailleurs ses patients à ne pas le contacter dans la mesure où les motifs de recours relevaient des urgences, et leur délivrait l'information d'appeler le 15.

M3 | « *Voilà bah de toute façon moi si c'est un problème douleur thoracique je vois pas ce que je vais pouvoir faire dans l'après-midi comme ça donc ils savent que c'est le 15.* »

Selon lui c'est d'ailleurs l'urgence ressentie qui devrait primer dans la décision de recours à un professionnel de santé.

M3 | « *Bah oui évidemment et si le patient pense que c'est urgent c'est les urgences !* » « *Et puis si le patient estime que ça peut pas attendre le lendemain matin, que c'est grave, que c'est une douleur, c'est une souffrance... Et donc attendre un médecin généraliste c'est une perte de chance donc ils font le 15 et c'est le 15 qui doit gérer quoi !* »

2.4. La maison médicale de garde

La maison médicale de garde était aussi une option de réorientation des patients en cas d'indisponibilité du médecin, notamment lorsque l'horaire s'y prêtait davantage, c'est-à-dire pour les appels de la fin de journée.

M2 | « *Sinon c'est maison médicale de garde s'ils veulent un rendez-vous jour même.* »

M5 | « *Soit je leur dis de rappeler demain si ça peut attendre ou soit je leur dis maison médicale de garde [...].* »

M8 | « *Quand il y a des grosses affluences [...] oui ça arrive quand c'est fin de journée. Voilà je peux parfois les rediriger vers la maison médicale de garde*

M10 | « *Ça m'arrive parfois de dire, allez à la maison médicale.* »

V. PERSPECTIVES LIEES A LA CONSULTATION SANS RENDEZ-VOUS

1. Le médecin généraliste et ses choix

La liberté dont jouissait le médecin de son mode d'exercice était appréciable. Certains soulignaient que l'organisation du médecin résultait de ses propres choix.

M1 | « C'était aussi un choix dans sa manière de travailler. »

M7 | « Chaque médecin exerce différemment, c'est le positif de notre métier c'est qu'on est encore un peu maître de notre planning, de nos consultations. »

M8 | « Mais après voilà, l'avantage d'être en libéral c'est qu'on est maîtres de notre planning. »

M10 | « Mais faut pas oublier qu'on est maîtres de notre emploi du temps ! »

Dans le même temps ils faisaient part de leurs craintes quant à des restrictions futures de ces libertés d'exercer.

M7 | « Alors ça va freiner je pense dans les années à venir avec les nouvelles conventions. »

M8 | « Donc j'espère qu'on n'obligera jamais tel ou tel médecin à travailler d'une certaine façon ! »

M9 | « Mais j'ai peur que l'évolution entache la liberté du médecin et qu'on n'ait plus de médecine libérale mais une médecine salariée ou une médecine fonctionnarisée. »

2. La consultation libre comme inconcevable

A titre personnel, certains praticiens n'imaginaient sous aucun prétexte consulter sans rendez-vous au sein de leur cabinet.

M2 | « Donc non, non j'en fais pas et je n'en ferai pas ! »

M3 | « Donc le sans rendez-vous franchement aucun intérêt pour moi et mes patients. »

M6 | « La consultation libre je reprendrai jamais ça. »

M9 | « La consultation sans rendez-vous je vous dis j'en vois plus tellement l'intérêt. »

L'un d'entre eux justifiait son point de vue par le fait que le système de rendez-vous régissait le recours à de nombreux services de la vie courante ou aux autres professions médicales.

M9 | « Non je vois pas, je vois pas pourquoi. Je vois pas pourquoi les gens viendraient comme ça. Partout, partout on prend des rendez-vous, chez le notaire chez le comptable, chez le dentiste, chez le cardiologue... »

L'avenir de la consultation sans rendez-vous était compromis.

M5 | « *Donc voilà je pense que c'est en libéral de médecins seuls indépendant du sans rendez-vous ça n'existera plus.* »

Alors qu'il y avait lui-même réfléchi, ce médecin n'imaginait plus l'existence de créneaux libre à notre époque, incompatible avec les aspirations des nouvelles générations.

M5 | « *Les médecins jeunes la nouvelle génération ils ont déjà trop peur de s'installer alors ils vont pas en plus faire du sans rendez-vous je pense ce serait suicidaire.* »

3. Nouvelles destinées de la consultation libre

Plusieurs médecins nous apportaient quelques pistes de réflexions sur les perspectives d'existence de la consultation sans rendez-vous, telle qu'ils l'imaginaient.

D'abord, l'existence d'une concurrence entre les médecins, dans l'hypothèse d'une démographie médicale florissante –*bien qu'illusoire pour cette médecin*–, pourrait justifier de reprendre ce mode d'exercice.

M2 | « *J'en sais rien si il y avait trop de médecins et que du coup les rendez-vous n'étaient pas pris j'en sais rien.* »

D'autres admettaient qu'instiller certaines limites qui poseraient un cadre défini, pourraient permettre de maintenir ce type d'organisation, tout en étant davantage en phase avec les aspirations des médecins à notre époque.

M4 | « *Je pense qu'il faudrait mettre un cadre assez bien expliqué.* »

La « courte » durée du créneau de consultation libre serait définie au préalable.

M4 | « *Pour moi il faut pas mettre des plages hyper importantes.* » « *Je pense qu'il faut pas ouvrir plus de 2 heures sinon c'est impossible.* »

Les motifs de recours pourraient être encadrés, notamment par le secrétariat, renforçant l'image son rôle clé au sein des cabinets médicaux.

M4 | « Expliquer les indications de la consultation non programmée aux patients, déjà qu'ils sachent pourquoi ils peuvent venir et pourquoi ils ne peuvent pas, trier le motif. » « Ce qui pourrait être positif ce serait un filtre grâce à la secrétaire. C'est la secrétaire qui est compétente pour dire, ça ça ne relève pas du créneau sans rendez-vous, ou alors ça ça nécessite une consultation. »

De même que le nombre de patient serait limité.

M5 | « On peut toujours mettre un créneau de sans rendez-vous en disant j'en vois 10 et pas plus. »

L'idée d'une valorisation financière incitant les médecins à proposer de la consultation sans rendez-vous avait été émise.

M4 | « C'est une consultation d'urgence non prévue, admettons 10 euros de plus la consultation même quand c'est pas régulé et du coup ça, ça pourrait clairement inciter les médecins à proposer du libre. »

Cet argument économique venait aussi renforcer la volonté d'éducation de la patientèle, puisqu'il permettrait de responsabiliser les patients en les incitant à patienter davantage devant des symptômes qui ne nécessiteraient pas d'avis médical en urgence.

M4 | « Ça permettrait aussi aux patients de prendre conscience qu'il faut pas forcément consulter dès la première minute de fièvre, pour un petit bobo... »

Par ailleurs, la convoitise pour la médecine d'urgence pourrait inciter certains généralistes à proposer des créneaux de consultation sans rendez-vous.

M7 | « Je pense qu'il y a certains jeunes médecins qui sont plus attirés par les urgences, qui aiment l'imprévu. Donc après tout pourquoi pas travailler comme ça dans son propre cabinet. »

Cette éventualité serait d'autant plus envisageable que de plus en plus de jeunes médecins étaient attirés par des modes d'exercice alternatifs, notamment dans des centres de SNP, et pourraient reproduire ce fonctionnement en cabinet libéral.

M7 | « Les médecins qui vont se faire l'expérience du sans rendez-vous là-bas, c'est possible que si on tire du bénéfice et qu'on retrouve des points positifs dedans, oui pourquoi pas continuer à appliquer ce mode d'exercice dans leur pratique future dans leur cabinet. »

Certains médecins envisageaient pour leur part, la pratique de la consultation sans rendez-vous dédiée aux patients démunis de médecins traitants.

M4 | « Bah j'imagine plutôt ça pour les patients qui n'ont pas de médecin [...]. Et puis voilà on aurait une matinée comme ça par exemple où on n'a rien de prévu à l'avance. »

M5 | « Moi ça me plairait parce que ça me permettrait de voir des nouvelles têtes. Faire un peu on va dire une demi-journée d'urgence entre guillemets avec des nouvelles têtes un peu comme on fait à la maison médicale de garde. »

Seulement une telle organisation compliquerait encore davantage le recours aux soins pour ses propres patients.

M5 | « Ça dépannerait du monde mais après encore une fois ça enlèverait une demi-journée de consultation à notre planning qui est déjà bien chargé. Donc dans notre planning à nous pour notre patientèle ça allongerait encore nos délais de rendez-vous à nous, ça pourrait être délétère pour ses propres patients. »

Ce médecin nous faisait part de son idée de projet de proposer des consultations libres au sein de la maison médicale de garde de Cambrai, pour accueillir des patients n'ayant pas de suivi médical. Un lieu neutre était idéal selon lui puisqu'il permettrait aux patients de ne pas assimiler leur interlocuteur comme un « nouveau médecin traitant », s'agissant bien d'une solution d'appoint. Cette idée, novatrice, avait été refusée par l'ARS au motif qu'il était demandé une revalorisation financière, qui ne pouvait se faire pendant les horaires ouvrables des autres cabinets médicaux.

M5 | « Alors moi justement lors d'une réunion CPTS j'avais proposé la mise en place l'utilisation de la maison médicale de garde. Mais à la journée en semaine. En fait j'avais proposé l'ouverture de la maison médicale de garde pour que chaque médecin du secteur de façon volontaire aille faire des demi-journées dans la semaine pour accueillir des patients qui n'ont plus de médecins. Euh d'ouvrir la maison médicale la journée pour ça et en fait l'ARS a refusé. »

DISCUSSION

I. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

1. Forces de l'étude

1.1 Choix de la méthode qualitative

Il s'agissait d'explorer les perceptions des médecins généralistes sur la consultation libre, à travers leurs vécus et leurs ressentis lors de la pratique de ce mode d'exercice. Le choix d'une étude qualitative était le plus adapté, puisqu'il permettait d'explorer des données subjectives telles que des ressentis, des émotions, des comportements. Cette méthode offrait de plus, une grande liberté d'expression à l'interlocuteur. Elle permettait également de faire apparaître des idées qui n'étaient pas nécessairement attendues par l'investigatrice.

L'analyse des données était à volonté explicative, reposant sur une méthode inspirée de la théorisation ancrée.

L'auteure de cette étude était également l'investigatrice, ayant mené elle-même les entretiens.

1.2 Validité interne

Tous les participants à l'étude avaient expérimenté au moins une fois la consultation sans- rendez-vous, au cours de leur cursus étudiant, de remplacements, ou par le biais de leur mode d'exercice antérieur ou actuel. Forts de leurs expériences, les sujets interrogés étaient plus à même d'offrir un ressenti personnel étayé sur cette question de recherche. Ce critère n'avait pourtant pas été recherché par l'investigatrice lors de l'échantillonnage.

Le recueil des données s'est fait sur un principe itératif, permettant l'adaptation du guide d'entretien au fur et à mesure des idées émergentes.

Afin de s'immerger au mieux dans les données recueillies, la chercheuse a procédé elle-même à l'écoute et à la retranscription des entretiens. Le traitement des données après chaque rencontre s'est fait dans un délai maximal de 2 jours, dans le but de garantir l'authenticité la plus conforme à la réalité de l'entretien.

La triangulation de l'intégralité des données par un autre chercheur était un critère de qualité de l'étude, permettant de minimiser un biais d'interprétation propre à la recherche qualitative.

Les étapes méthodologiques de cette recherche qualitative ont été respectées, comme en témoigne l'évaluation par la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) disponible en *Annexe 4*.

2. Faiblesses de l'étude

S'agissant d'un premier travail de recherche qualitative pour l'auteure, elle était novice dans ce domaine. L'auteure a tenté de compenser son manque d'expérience en se formant auprès de son directeur de thèse, et en s'appuyant sur la lecture d'un ouvrage dirigé par Jean-Pierre Lebeau : « *Initiation à la recherche qualitative en santé* ».

Concernant l'échantillon, il existait un déséquilibre certain entre les praticiens qui travaillent exclusivement sur rendez-vous et ceux proposant actuellement des plages de sans rendez-vous. Cela s'expliquait d'une part par le fait qu'ils n'étaient que 14 dans le Cambrésis à travailler sans rendez-vous, parmi lesquels seuls 4 ont présenté un intérêt pour l'étude et 2 ont accepté d'y participer. Ainsi, les opinions de ces médecins ne sont que peu représentées. Pour autant, la proportion de médecins généralistes concernant le critère « propose actuellement du sans rendez-vous » reste statistiquement représentative des praticiens du Cambrésis.

Six médecins sur dix étaient installés depuis moins de 10 ans, parmi lesquels quatre avaient au maximum 33 ans. Dès lors, ces derniers étaient contraints d'exprimer des suppositions quant à l'exercice « passé » de la consultation libre, tel qu'ils l'imaginaient, plutôt que d'offrir de véritables témoignages à travers leur vécu.

L'un des praticiens avait oublié le rendez-vous de notre entretien qui avait lieu au cours d'un après-midi de consultation. Il a souhaité honorer sa participation, mais tenu par le temps, cela a pu créer un biais de recueil.

Un biais de désirabilité sociale pouvait exister, exacerbé dans le contexte de l'étude, par le fait que l'investigatrice était une jeune femme médecin. Elle a d'ailleurs rappelé à plusieurs reprises à l'un de ses interlocuteurs qu'il n'était pas question pour elle d'émettre un jugement sur les opinions émises.

Un biais d'investigation existait également dans la mesure où, au cours des entretiens, certaines questions formulées étaient fermées voire attendaient une réponse binaire, ce qui n'était pas conforme à la méthodologie souhaitée.

II. DISCUSSION DES RESULTATS

1. Caractéristiques propres à la consultation sans rendez-vous

La consultation sans rendez-vous telle qu'elle était pratiquée à l'époque n'était pas sans satisfaire les médecins généralistes, puisqu'en 2007 [21] un médecin effectuant plus de 120 actes par semaine avait une opinion plus favorable de son activité qu'un médecin qui en réalisait moins de 80. Ces données venaient conforter le sentiment d'autosatisfaction qu'offrait la pratique de la consultation libre, en lien avec la disponibilité du praticien.

Paradoxalement, plus d'un médecin interrogé sur deux dans cette même étude, émettait le souhait de réduire son temps de travail, dans un contexte d'épuisement professionnel. Était alors émise l'hypothèse que la satisfaction liée à un nombre d'actes important était d'ordre pécuniaire. La consultation sans rendez-vous était en effet, pour notre panel de médecins, synonyme de rentabilité financière, évoquée sous le terme de « rendement ».

Cette notion de rentabilité découlait du besoin d'écourter les consultations lorsqu'elles avaient lieu sans rendez-vous. La plupart des médecins rencontrés affirmait en effet que sans rendez-vous les consultations pouvaient être plus rapides. Une enquête publiée en 2006 [22] mettait en évidence une différence significative de 9% –*toutes choses égales par ailleurs*– entre le temps

moyen d'une consultation sur rendez-vous qui durait 16,3 minutes par rapport à une consultation sur créneau libre qui durait 15,1 minutes.

La durée d'une consultation était aussi tributaire d'un nombre d'actes, puisqu'un médecin effectuant moins de 3000 actes annuels, avait une durée de consultation supérieure de 8,1% par rapport à un médecin qui en effectuait plus de 5000.

Le sans rendez-vous offrant la possibilité de recevoir davantage de patients, ces données venaient renforcer l'idée que les médecins qui travaillaient ainsi dédiaient un temps moindre à leurs patients, comme supposé par les médecins de notre étude.

Plus récemment en 2019 [23], un autre travail venait réitérer que plus le volume d'activité du médecin était important, plus les consultations étaient courtes. Ainsi les 25% des médecins ayant le volume d'activité le plus élevé consacraient en moyennes 5 minutes de moins par consultation que les 25% qui avaient le volume d'activité le plus faible.

Cependant, une autre étude de 2007 invitait à réfléchir sur ces diverses données. [8] Dans ce travail, les recours urgents en médecine générale étaient à 80% motivés par des affections médicales aiguës, et la durée moyenne d'une consultation alors dite « non programmée » s'approchait des 18 minutes. Ces données pouvaient remettre en question l'idée qui existe « d'expédier » les patients en consultation libre, alors qu'elle-même était perçue par notre panel comme étant principalement dédiée à des motifs aigus.

Enfin, la saisonnalité de l'affluence, liée notamment aux épidémies, amenait quant à elle une réduction du temps de consultation –*qu'elle soit avec ou sans rendez-vous*– de près de 5% entre le dernier trimestre et le 3^{ème} trimestre de l'année. Aujourd'hui les médecins généralistes nous font part de certaines difficultés rencontrées à ces périodes, mais affirment s'adapter à cet « effet saison » en augmentant par exemple la part de leurs créneaux non programmés lors de la période automne – hiver.

2. Médecin–Malade : une relation de consommation ?

En 2005, une étude s'intéressant aux dynamiques professionnelles dans le champ de la santé, nous indiquait que « l'éthos traditionnel caractérisé par la notion de disponibilité permanente offrait en contrepartie un statut social élevé ». [24]

Cinq ans plus tard, en 2010 [25], les médecins libéraux s'inquiétaient d'une dégradation symbolique de la place du médecin dans la société. Il se disaient en mal de reconnaissance de la part des patients, et pouvaient les désigner comme « des clients de plus en plus difficiles à satisfaire ». La notion de « consommateur de soins exigeant » émergeait, à l'opposé d'une patientèle « plus docile, plus confiante et plus fidèle ».

Le sacerdoce que pouvait représenter le métier de médecin généraliste n'est plus en harmonie avec les réalités de notre époque, notamment du fait de l'évolution des sollicitations des patients.

En 2008, les médecins généralistes estimaient que le recours urgent ou « non programmé » d'un patient au cabinet se justifiait dans 90% des cas. Les patients prenaient la décision de recourir à leur médecin généraliste plus de 2 jours après la survenue de leurs premiers symptômes dans plus de 40% des cas, et en moins d'une demi-journée dans 1 cas sur 4. Une fois le contact établi avec leur médecin, le délai souhaité de prise en charge était le jour même pour près de 7 demandes sur 10, « rapide » pour 2 demandes sur 10 et indifférent pour 1 personne sur 10. Le motif de recours pouvait faire varier quelque peu ces souhaits en termes de délais, tout en conservant des proportions similaires. [26]

Nous pouvons imaginer comme certains des médecins que nous avons interrogés, que les patients avaient à l'époque, une tendance à attendre avant de joindre leur médecin. Pour autant, une fois le contact établi, une grande majorité des demandes semblait déjà impérieuse.

Aujourd'hui, le médecin a le sentiment d'être considéré comme « un prestataire de services ». Le comportement des patients est largement décrié ; entre sollicitations trop nombreuses, trop rapides, trop peu justifiées aux yeux du praticien... Alors qu'ils sont condamnés par la plupart, la consultation sans rendez-vous semblait encourager ces agissements.

Le consumérisme médical actuel est aussi le reflet d'une société qui nous permet d'exaucer le moindre de nos souhaits en un clic. Pour autant, d'aucun n'a évoqué l'influence d'Internet ni ses interférences multiples au sein de la relation médecin – malade [27].

Au-delà de nos modes de vie, peu de réflexions ont été apportées quant aux raisons de ces attitudes jugées incommodes par le médecin. Elles n'ont d'ailleurs jamais été qualifiées, mais plutôt très approximativement quantifiées ; « toujours », « tous », mettant chaque patient dans un seul et même panier.

L'urgence ressentie, légitime aux yeux du patient, ne l'est pas toujours au regard du praticien. Elle est pourtant la résultante de déterminants médicaux ou non médicaux, objectifs ou subjectifs, mais surtout, propres à chaque individu. [28]

Déconcertés face à ces ressentis, les médecins généralistes estimaient en ces termes que « l'éducation » de la patientèle s'imposait comme une nécessité. Dans notre étude, elle était surtout illustrée par deux situations.

D'une part, dispenser des méthodes de prévention était indissociable du rôle du médecin généraliste. La prévention fait partie de l'essence même des soins primaires. Informer les patients sur une pathologie, une situation, permet au patient de temporiser un recours ultérieur pour les mêmes symptômes.

D'autre part, les patients doivent être acteurs de leur santé, et s'impliquer entre autres dans la gestion de leurs traitements chroniques. De cette idée résultait la nécessité d'anticipation du patient dans la prise de ses rendez-vous médicaux, afin d'éviter toute rupture thérapeutique.

Notons toutefois de manière positive, qu'en cas de problème aigu, 58% des malades se tournent d'abord vers leur médecin traitant. Ce sont 2 patients sur 3 qui lui attribuent un rôle d'interlocuteur privilégié, témoin d'une confiance robuste. [29]

Un adage toutefois bien connu des médecins généralistes, cité par l'un d'entre eux au cours de nos échanges, veut que « nous avons la patientèle qui nous ressemble ». Cette idée ne date pas d'aujourd'hui, car elle était déjà soulignée dans l'enquête de 2010 [25] en ces termes que « le

médecin a les patients qu'il mérite ». Une invitation peut-être à prendre du recul et se remettre nous-mêmes en question au sein de la relation que nous construisons avec nos patients.

En réponse à notre étude, il serait pertinent de s'intéresser aux points de vue des patients à l'égard de la consultation sans rendez-vous, afin d'étayer ou non leur image de « consommateurs de soins ».

3. Facteurs de désertion de la consultation sans rendez-vous

3.1. Facteurs intrinsèques au médecin

3.1.1. Personnalité du praticien

Une ambivalence manifeste émanait du rapport qu'avaient les médecins généralistes au fait de travailler sans rendez-vous. Alors qu'ils évoquaient majoritairement les difficultés suscitées par ce mode de fonctionnement, source d'anxiété majeure, certains reconnaissaient que celles-ci étaient très liées à leur « tempérament ».

Il était alors admis que l'avantage d'une pratique pour l'un, puisse être ressenti comme une contrainte pour l'autre et inversement. La richesse d'expérience professionnelle de notre panel de médecins concernant la pratique du sans rendez-vous permettait d'illustrer ce dualisme.

L'étude de la DREES qui s'intéressait au temps de travail des médecins libéraux, avait aussi mis en évidence que, du stress à l'indifférence, les aléas de la consultation sans rendez-vous liés à la salle d'attente et à la charge de travail ne pesaient pas le même poids selon la personnalité du médecin, et que chaque organisation résultait d'une perception propre à chacun de la pratique. [25]

3.1.2. La vie de famille au cœur des préoccupations

Aujourd'hui, les aspirations du médecin en tant que personne, ont évolué. Le questionnement de l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle n'est pas si récent. En 2010 était évoquée « l'indifférenciation entre le temps de la vie privée et le temps de l'activité professionnelle ». [25]

Les médecins de notre panel estimaient la vie personnelle des médecins d'antan comme sacrifiée. Il faut tout de même replacer cette vision, au sein d'un contexte sociétal particulier. A l'époque dans la profession, les hommes étaient majoritaires alors que l'organisation d'une vie famille, la tenue d'un foyer et parfois même l'intendance du cabinet médical, pouvaient être attribuées à l'épouse dudit médecin.

D'abord, la féminisation de la profession de médecin généraliste marque un clivage avec les pratiques antérieures très masculines pour qui la frontière entre vie personnelle et vie professionnelle était floue. Les femmes délaissent les modes d'exercice qui impliquent une incertitude temporelle, en l'occurrence la consultation libre. Ensuite, les hommes médecins ont dû s'adapter aux nouvelles mœurs concernant leurs épouses ; autrefois cantonnées à leur rôle de femme au foyer, elles se voient désormais offrir des perspectives professionnelles. Afin de maintenir un équilibre relationnel stable, l'investissement de l'homme médecin dans sa vie de famille est nécessaire. [24]

A notre époque, l'importance fondamentale que les médecins, surtout les plus jeunes, accordent à leur vie personnelle est largement revendiquée. Il y a 5 ans, ce sont 6 médecins généralistes sur 10 qui affirmaient que leurs horaires de travail étaient bien voire très bien adaptés à leur vie privée. [23]

Une enquête publiée en 2022 et menée par l'URPS en Île-de-France auprès de 2378 médecins généralistes installés en libéral dont 315 répondants, s'intéressait aux déterminants à l'installation. La proximité cabinet – domicile, la proximité familiale et le travail du conjoint faisaient partie des déterminants à l'installation les plus cités en 1^{er}, faisant des facteurs « qualité de vie » et « personnels » des priorités devant les facteurs professionnels, logistiques, puis économiques. [30]

3.1.3. Nouveaux médecins et nouveaux horizons professionnels

Le volume horaire des jeunes et des femmes médecins, suscite moult spéculations et réflexions négatives.

Si en 2009 les médecins généralistes libéraux travaillaient 52 à 60 heures par semaine, dont 44 heures par semaine dédiées aux patients [31] ; Quinze ans plus tard, ce sont en moyennes 52 heures que les médecins généralistes consacrent à leur exercice libéral, dont 44 heures 30 passées auprès du patient. [23]

De prime abord, ces données moyennes semblent sensiblement similaires. Cependant, les moyennes de temps de travail actuelles, par sexe et par âge, tendent à confirmer l'idée que le temps de travail est inférieur chez les femmes, et chez les médecins les plus jeunes.

En effet, *–toutes choses égales par ailleurs–*, les femmes passent en moyenne 41 heures 30 auprès de leurs patients contre 46 heures 30 pour les hommes. Les médecins âgés de moins de 50 ans passent en moyenne 41 heures 30 auprès de leurs patients, contre près de 46 heures pour les plus de 50 ans. Ici nous pouvons cependant nous interroger sur la notion de « jeune », telle qu'émise dans notre étude, puisque d'aucun n'a évoqué un âge ni une durée d'installation précis.

« Durées de travail longues, horaires atypiques et élastiques », [24] sont autant de caractéristiques de l'ethos de la médecine générale d'antan auquel n'aspire plus la nouvelle génération de médecin, parmi laquelle plus d'un sur deux est une femme.

La pratique de la consultation sans rendez-vous peut paraître illusoire dans ce contexte.

Les médecins d'ici à 2040 auront rajeuni [32]. En effet, alors qu'ils représentaient près de la moitié des effectifs il y a 10 ans, c'est environ 1 médecin sur 5 qui aura plus de 55 ans en 2040. Les moins de 39 ans qui étaient 1 médecin sur 5 en 2015, pourraient être 1 sur 3 d'ici une quinzaine d'années.

Conséquence de ces changements professionnels et démographiques, la France devrait être confrontée à une baisse de 30% entre 2016 et 2027 du rapport entre l'offre de soins et la

demande. En 2040, ce rapport serait toujours inférieur de 18% à celui de 2015, selon des projections de la DREES. [32]

Au-delà du fait que les médecins puissent travailler moins, ils travaillent aussi différemment.

Dans le département du Nord, l'exercice libéral qui concernait 66% des effectifs de médecins généralistes en 2013, n'en concerne en 2023, plus que 60% [15]. Ce désaveu de la médecine générale libérale se fait au profit du salariat ou parfois de l'exercice mixte.

Les scénarios tendanciels de la DREES [32] envisagent une poursuite de cet élan, toutes spécialités confondues, puisqu'en 2040, 46% des médecins pourraient être salariés.

Notons également que l'exercice en groupe comparativement à l'exercice seul, n'a été que très peu évoqué par les médecins généralistes de notre panel, mais il mérite que l'on s'y attarde.

Certains imaginaient le médecin travaillant sans rendez-vous comme un médecin isolé, seul dans son cabinet. En effet, les médecins plus âgés et donc plus à même de faire de la consultation libre, appartiennent majoritairement à des générations parmi lesquelles il est plus répandu de travailler seul [33]. D'ailleurs, les deux médecins rencontrés dans notre étude qui proposaient des consultations sans rendez-vous exerçaient seuls dans leur cabinet.

En 2022, ce sont 7 médecins sur 10 qui faisaient le choix d'un exercice groupé. Parmi eux, les médecins exerçant en groupe monodisciplinaire travaillent en moyenne 5 heures de moins qu'un médecin seul, contre 2 heures de moins pour un groupe pluridisciplinaire.

Ces données peuvent une fois de plus renforcer l'idée d'abandon de la consultation sans rendez-vous, d'autant plus que les médecins travaillant en groupe sont plus satisfaits de l'équilibre vie professionnelle – vie personnelle, notamment grâce à un temps de travail moindre et une durée de congés plus élevée.

A travers les échanges avec les médecins rencontrés, de multiples facteurs d'évolution intrinsèques au médecin et plus globalement au métier de médecin généralistes ont ainsi pu être identifiés, permettant d'émettre des réflexions sur la désertion de la consultation libre. Mais au-delà de ces constats, certains sentiments personnels étaient confiés, chaque individu

portant un regard propre sur la métamorphose de l'exercice. Ils étaient pour les uns au début d'une longue carrière alors que d'autres avaient pu traverser les époques et vivre ou subir ces changements pendant toute une vie. Peut-être nostalgique, l'un d'entre eux regrettait que la disponibilité du médecin soit drastiquement entamée, notamment à cause des nouvelles priorités qui ne permettaient pas d'assurer le « rôle sanitaire » qui incombait au médecin selon lui ; quand un autre, moins fataliste voire plus encourageant nous affirmait qu'il fallait « vivre avec son époque ».

3.2. Facteurs extrinsèques

3.2.1. L'avènement du secrétariat

La consultation sans rendez-vous s'inscrivait dans une époque où les médecins, *–parfois leurs épouses–* assuraient eux-mêmes leur secrétariat. Cette idée était conforme aux perceptions de notre panel de médecins dont l'un nous affirmait que le recours à la consultation libre était alors une organisation « plus facile » lorsque le médecin était démuné de secrétaire. Les deux médecins que nous avons rencontrés qui proposaient des consultations libres répondaient eux-mêmes aux appels des patients.

En effet, en 2009, ce sont 4 à 5 médecins généralistes sur 10 qui géraient seuls leur secrétariat, selon des estimations de l'IRDES. Ils consacraient ainsi un temps hypothétique de 30 minutes par jour à la gestion des appels, tandis que les médecins qui avaient un secrétariat ne passaient que 6 minutes quotidiennes au téléphone. [31]

Un tiers des médecins qui gérait lui-même la prise de rendez-vous des patients en 2019, s'est doté d'un secrétariat 3 ans plus tard. D'après un travail de thèse de médecine générale datant de 2021, la pandémie COVID passée par là, avait accentué l'importance du rôle du secrétariat, sur de nombreux plans et notamment hygiénique puisqu'il pouvait permettre de diminuer l'affluence de salle d'attente. [34]

En 2022, ce sont à peine 2 médecins sur 10 qui assuraient eux-mêmes leur secrétariat [35]. Les habitudes ont probablement été pérennisées pour ces médecins, puisque le taux de recours à un secrétariat décroît au fur et à mesure que l'âge du médecin augmente. En effet, 73% des plus

de 60 ans en possèdent un, contre 87% des 50 – 59 ans et enfin 95% pour les moins de 50 ans. Rappelons ici que la consultation libre est l’apanage des médecins plus âgés. [4]

Au sein de notre étude, beaucoup louaient les mérites de leur secrétariat, qui leur offrait un confort de planification très apprécié. Il était, de plus, compétent à la priorisation des demandes en fonction des motifs médicaux, et les médecins semblaient y faire toute confiance.

A l’opposé, ceux qui géraient eux-mêmes les appels –y compris dans notre étude– faisaient part de leur satisfaction à être l’unique interlocuteur de leur patient, mais également l’unique décisionnaire à propos du délai de rendez-vous, et de leur propre organisation quotidienne.

Du côté des patients, pouvoir joindre le médecin traitant directement par téléphone était considéré « important », comme relevé dans un travail de thèse mené en 2012 [5]. En 2016, dans un autre travail de thèse à propos du « ressenti des patients sur la consultation en médecine générale » mené dans l’Aisne et le Pas-de-Calais [36], près de 64% des patients interrogés considéraient eux aussi « important » le fait d’avoir un contact téléphonique avec leur médecin, et 58,5% n’étaient pas dérangés par le fait que le médecin reçoive des appels pendant la consultation, un lien significatif existant entre ces deux déclarations.

Alors qu’ils ne semblaient pas indisposer leurs patients, nombreux sont les médecins qui se disaient déstabilisés par les appels téléphoniques. Ceux de notre étude qui avaient pu à une époque gérer eux-mêmes les appels, affirmaient que cette gestion était délétère, et faisait « perdre le fil » d’une consultation. Un médecin qui prenait ses appels lui-même avouait certaines difficultés en cas d’appels trop nombreux. En 2013, un article de la revue *Médecine* intitulé « Appels téléphoniques au cours de la consultation de médecine générale » [37] confirmait ce sentiment que les médecins avaient de « perdre le fil ». Les interférences liées au nombre d’appels au cours d’une même consultation, à la durée de l’appel et à l’altération de la concentration étaient notamment mises en avant.

3.2.2. L'informatisation des cabinets

L'ordinateur est venu s'intégrer à la pratique médicale autour des années 1990 – 2000. Les médecins que nous avons rencontrés estimaient que la bonne utilisation de cet outil informatique n'était pas compatible avec la pratique de la consultation sans rendez-vous, en raison des contraintes de temps que celle-ci imposait. Dans le même temps, l'utilisation d'un dossier médical informatisé était perçue comme une optimisation du suivi du patient, représentant une plus-value pour la consultation.

L'informatisation des médecins s'est accélérée à partir de 1998, grâce à notamment à une « prime d'informatisation » versée aux praticiens concernés, d'une valeur équivalente aujourd'hui à 1372 euros [38].

En 2001, une enquête menée par l'IRDES s'est intéressée à l'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale [39]. 2790 médecins informatisés se sont portés volontaires pour cette enquête, dont 88% étaient médecins généralistes. Une question s'intéressait notamment à l'impact de l'informatisation sur la qualité de leur pratique. Concernant la saisie d'une « consultation du jour » et « l'archivage des antécédents » dans le dossier du patient, 9 médecins sur 10 estimaient que leur pratique était améliorée en utilisant ces volets de leur logiciel informatique ; 7 médecins sur 10 voyaient leur pratique améliorée grâce au module « suivi des paramètres physiologiques ».

Plus de la moitié des médecins se disaient très satisfaits des modules qu'offrait leur logiciel médical, caractérisant l'informatique comme une « aide indispensable dans le suivi du patient ». L'accès aux données était « plus facile, plus clair, plus rigoureux » permettant un « réel gain de temps et une meilleure qualité de travail ».

Aux prémices de l'informatisation des cabinets, cette étude semblait déjà vanter les mérites du dossier médical informatisé et en satisfaire ses utilisateurs. Il est à noter qu'en 2005, selon un rapport sénatorial sur les enjeux de l'informatisation dans le secteur de la santé [38], l'utilisation de l'outil informatique concernait 80% des médecins libéraux, parmi lesquels seuls 40 à 60% d'entre eux utilisaient le dossier patient informatisé.

Cinq ans plus tard, la tenue du dossier médical relevait encore de « pratiques extrêmement peu normées ». L’informatisation qui était évidente pour les plus jeunes impliquait un changement notable de pratique pour les plus âgés. La réticence de certains était justifiée par « la fonction d’écran au premier sens du terme que produit l’ordinateur » [1].

Loin de ces réserves, le dossier médical patient informatisé est aujourd’hui utilisé par 9 médecins généralistes sur 10 d’après les résultats d’une étude publiée par la DREES en 2020 [40]. Il est utilisé par 97% des médecins de moins de 50 ans, contre 79% des médecins de plus de 60 ans. Dans cette étude, il n’existait pas de différence significative d’un recours plus important aux outils de la « e-santé » entre les médecins proposant des plages de consultation sans rendez-vous et ceux n’en proposant pas.

3.2.3. La pandémie COVID-19

En 2020, la pandémie COVID est venue bouleverser le monde de la santé, impliquant des précautions d’hygiène drastiques, telles que les médecins généralistes existant à notre époque n’en avaient encore jamais connues.

La consultation sans rendez-vous implique l’afflux d’un certain nombre de patients, jusqu’à plusieurs dizaines, dans un espace restreint voire confiné qu’est la salle d’attente. Selon les médecins que nous avons interrogés, cette organisation est tout à fait incompatible avec la distanciation sociale imposée par le gouvernement via les « gestes barrières ».

Dans une thèse qualitative publiée en 2021 [34], la date du 16 mars 2020 –*veille du premier confinement*– était citée par les médecins comme « une date emblématique de changements », marquant pour certains la suppression définitive de leurs plages de consultation sans rendez-vous.

Au sein d’une thèse quantitative menée les Hauts-de-France en 2023 [4], rappelons que 18 médecins sur 34 avaient supprimé leurs plages de consultation sans rendez-vous depuis le début de la pandémie, soit plus d’1 médecin sur 2. Parmi ces médecins, seuls 3 les avaient réintégrées à leur organisation 3 ans plus tard.

4. Accessibilité au médecin traitant

4.1. Délais de rendez-vous pour tous motifs confondus

Le fait de proposer des plages de consultation libre était perçu comme un accès facile et sans condition à son médecin traitant puisque aucune interface n'était placée entre patient et praticien. A l'inverse, pour les médecins généralistes travaillant exclusivement sur rendez-vous, un délai s'imposait entre la sollicitation du patient et sa consultation médicale. Partant de ce constat, s'intéresser aux délais de rendez-vous des praticiens rencontrés au cours de notre étude semblait pertinent.

Pour des motifs jugés « non urgents », ces délais étaient disparates : de quelques jours à plusieurs semaines. Une moyenne d'une semaine était avancée par l'un d'entre eux, à propos de l'ensemble des médecins généralistes du Cambrésis.

Dans une thèse quantitative publiée en 2018 s'intéressant aux délais de consultation des médecins généralistes libéraux en Picardie, sur 251 médecins généralistes interrogés, plus de 8 sur 10 se disaient « satisfaits des délais de consultation proposés aux patients » [41]. En dépit de cette satisfaction, ce sont autant de médecins qui disaient subir une « pression de la part des patients pour obtenir un rendez-vous plus rapidement », illustrant le besoin d'immédiateté reproché au patient par les médecins que nous avons rencontrés pendant notre étude.

Ce travail de thèse a également mis en avant divers facteurs pouvant influencer le délai de rendez-vous. Parmi eux, deux sont intéressants à exposer dans le cadre de notre étude.

D'abord, il existait une différence significative entre le délai de consultation et les modalités de prise de rendez-vous. Les médecins qui assuraient eux-mêmes leur secrétariat avaient des délais de rendez-vous significativement plus courts. Cela pourrait laisser penser que le médecin qui propose des plages de sans rendez-vous, puisqu'assurant la plupart du temps son secrétariat lui-même, aurait également des délais plus courts. Finalement, il n'en est rien puisqu'il n'existait pas de différence significative dans les délais de rendez-vous entre les médecins proposant du libre et les autres.

Ensuite, plus de 8 médecins sur 10 estimaient que le délai de rendez-vous était influencé par le motif de recours du patient. Ce résultat témoignait d'une volonté d'accéder rapidement aux demandes les plus « urgentes », rejoignant l'idée de priorisation des patients selon leurs motifs, comme évoquée par les médecins de notre étude. De plus, ces données pouvaient être aussi mises en parallèle avec le fait que certains estimaient la consultation sans rendez-vous comme une « perte de chance », alors que le motif de recours du patient n'était pas connu par le praticien.

Il est intéressant également de s'intéresser aux ressentis des patients sur les délais de rendez-vous.

En 2015, sur 3015 français interrogés, 27% déclaraient « avoir été dans l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin généraliste dans un délai raisonnable » selon un sondage BVA pour le Collectif Inter-associatif Sur la Santé mené auprès de 1001 personnes. Parmi eux, environ un tiers s'était tourné vers un autre professionnel de santé, et 1 sur 5 s'était présenté aux urgences hospitalières. [42]

Dix ans plus tard, ce sont 38% des Français interrogés qui estimaient « difficile » d'obtenir un rendez-vous « rapidement » avec un médecin généraliste, selon un sondage Odoxa mené en juillet 2024. [43]

En 2018, une étude de la DREES affirmait que « 6 jours s'écoulaient en moyenne entre la prise de contact et le rendez-vous, tous motifs de demandes confondus » pour une consultation de médecine générale [44]. C'est un quart des sollicitations qui donnait lieu à un rendez-vous plus de 5 jours après le premier contact, et 1 demande sur 10 qui obtenait un rendez-vous plus de 11 jours après. Lorsque les demandes de rendez-vous n'aboutissaient pas, près de 60% consultaient un autre professionnel de santé, c'est deux fois plus que dans le sondage BVA de 2015 ; tandis que le recours aux urgences hospitalières ne concernait que 3% des demandes qui n'avaient pas abouties auprès du médecin généraliste, bien loin de la proportion du sondage précédent [42].

Toujours en lien avec les résultats de cette enquête, « pour plus de 8 rendez-vous obtenus sur 10, les délais entre la date de prise de contact et la date de rendez-vous sont jugés 'rapides ou corrects' » par les Français. Notons une différence de tolérance à l'égard des médecins généralistes comparativement à leurs confrères spécialistes ; en effet « en médecine générale,

après l'apparition ou l'aggravation de symptômes, la part de Français qui jugent le délai rapide décroît très rapidement quand le délai augmente. »

Un travail de thèse en médecine générale [36] interrogeait les patients sur « le délai maximal jugé acceptable pour avoir un rendez-vous », tous motifs confondus. Les résultats étaient loin d'être homogènes. En effet, si seuls 8% estimaient qu'ils ne pouvaient pas attendre plus loin que le jour même, 31% étaient satisfaits par le lendemain, 21% pour le surlendemain et 25% par un délai de 72 heures. Enfin 6% estimaient pouvoir attendre une semaine. Ces données nous montrent que le critère « acceptable » pour un patient, est subjectif, puisqu'un délai de rendez-vous peut tout à fait satisfaire un patient comme en désappointer un autre.

Il serait illusoire dans le contexte démographique actuel associé à une demande de soins qui ne faiblit pas, d'imaginer une réduction des délais de rendez-vous.

En effet, une enquête de la DREES révélait en 2020 que la démographie médicale actuelle avait eu pour conséquence un allongement des délais de rendez-vous pour plus d'un médecin généraliste sur 2 [45]. Particulièrement dans les zones sous-dotées en médecins généralistes, ils étaient 2 sur 3 à avoir augmenté ces délais.

Pour pallier ces difficultés, l'éducation thérapeutique se présentait comme une option pour 7 médecins sur 10, afin de rendre les patients « plus autonomes », permettant par exemple de pouvoir espacer les consultations.

Enfin, un quart des médecins généralistes qui se plaçaient dans une perspective de baisse d'offre de soins sur leur territoire envisageaient la possibilité de modifier l'organisation de leur cabinet. Ces modifications pouvaient impliquer le fait de proposer des consultations libres, sans qu'il n'en soit précisé dans quelle proportion les médecins étaient favorables à ce changement précis.

4.2. Réponse à la demande de soins non programmés

Considérant uniquement les motifs médicaux aigus dits « soins non programmés », les médecins de notre panel étaient unanimes quant à leur capacité à répondre favorablement à ces demandes dans un délai qu'ils jugeaient adapté.

Ces déclarations étaient conformes à l'étude de la DREES indiquant que plus de 8 médecins généralistes s'organisent au quotidien pour la prise en charge des SNP. [3]

Dans notre travail, plusieurs organisations étaient évoquées : créneaux d'urgence réservés dans la journée, consultation sans rendez-vous, report de visites. Une fois ces possibilités saturées, des rajouts pouvaient s'imposer, tout comme la possibilité était laissée au patient de se présenter sans rendez-vous –*sans créneau libre dédié dans le planning*–.

Une étude publiée en 2021 au sein de la revue *Santé Publique* s'était intéressée à décrire les modalités d'organisation des médecins généralistes en Sud Gironde pour la prise en charge des SNP. [46] Sur 102 praticiens inclus dans l'étude, 88% s'organisaient pour offrir une réponse à ces SNP, parmi lesquels 66% avaient des créneaux dédiés aux SNP dans leur agenda. La programmation des demandes sur un temps de pause, le report de soins programmés et le report en fin de plage de consultation représentaient chacun la solution de première intention pour 10% des médecins. La réorientation d'emblée était anecdotique.

En deuxième intention, c'est-à-dire si la première option n'était pas ou plus disponible, 29% procédaient de nouveau à une programmation sur un temps de pause, 16% un report en fin de consultation. L'orientation vers un confrère dédié aux SNP, le report de soins programmés et l'orientation vers un service d'urgences étaient des solutions offertes pour chacune par 10% des médecins généralistes, tandis que dans la même proportion, certains ne proposaient pas d'autre alternative de prise en charge des SNP.

La pertinence de la consultation sans rendez-vous pour la réponse aux demandes de SNP n'avait cependant pas pu être éclairée à travers ce travail qualitatif.

En revanche, dans l'étude de la DREES [3], 45% du panel de médecins généralistes interrogés au sein cette enquête, disaient proposer au moins un créneau hebdomadaire de consultation sans rendez-vous.

Cette proportion était bien inférieure dans notre étude –*12,5% de médecins du Cambrésis proposant du sans rendez-vous dans leur cabinet*–, ainsi que dans l'étude menée dans les Hauts-de-France en 2022 qui retrouvait 23,5% de médecins consultant sans rendez-vous parmi un panel de 149 praticiens. [4] Ces différences pouvaient s'expliquer par le fait que l'étude de la

DREES ait été menée en régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire. Dans cette dernière, et comparativement à la région PACA, la proportion de médecins travaillant sans rendez-vous était bien plus élevée.

Parmi ces 45% de médecins généralistes proposant des plages libres, 10% déclaraient travailler exclusivement sur ce mode de fonctionnement, et 35% avaient une organisation mixte.

Concernant la gestion des soins non programmés, la probabilité de pouvoir répondre à toutes les demandes le jour même était significativement plus élevée chez les médecins qui proposaient des plages de consultation libre ou qui effectuaient un volume horaire plus élevé.

Cette probabilité était significativement plus basse chez les médecins généralistes disposant d'un secrétariat, alors que nous rappelons que les médecins travaillant sans rendez-vous avaient moins souvent recours à un secrétariat que les médecins qui exerçaient sur rendez-vous. [4]

Au total c'est un quart des généralistes qui répondait à la totalité des demandes de SNP pour le jour même pour le lendemain, et 45% qui répondait à plus de la moitié des demandes.

Un effort particulier était concédé pour les jeunes enfants, privilégiés par notre panel de médecin quant une demande de SNP les concernait. En effet, l'étude de la DREES nous confirme que comparativement à un patient de 40 ans, un enfant de 3 ans a plus de chance d'être reçu le jour même.

Pour autant, malgré toute l'attention portée à ces sollicitations, ce sont 8 médecins généralistes sur 10 qui éprouvent des difficultés à répondre aux demandes des patients, alors que pour 50% d'entre eux cela se répercute sur leur pratique quotidienne. [45]

Lorsqu'ils sont confrontés à l'impossibilité de répondre favorablement à la demande de SNP, la réorientation s'impose pour les médecins généralistes. En effet, lorsque la prise en charge pour le jour même ou le lendemain était impossible, les médecins privilégiaient la réorientation vers un confrère (37%), puis vers les urgences (20%), vers une structure libérale spécialisée dans les SNP (16%) puis enfin vers le 15 (7%) [3]. Dans notre étude, la nécessité de réorientation était exceptionnelle, mais les alternatives de recours citées étaient les mêmes que citées précédemment.

4.3. Intérêt de la consultation libre au regard de la fréquentation des Services d'Accueil des Urgences

Enfin, les des délais de rendez-vous pouvaient entraîner une répercussion sur le parcours de soin du patient, qui en cas d'indisponibilité de son médecin traitant, et lorsqu'il ne faisait pas le choix de renoncer aux soins, se tournait vers un autre interlocuteur.

Les médecins de notre panel nous affirmaient que les patients étaient prêts à consulter « n'importe où » pour obtenir une réponse adaptée à leur demande, quel qu'en soit le motif. Les alternatives étaient alors diverses, parfois jugées inadaptées : consulter un confrère, se rendre aux urgences ou dans une unité de soins non programmés.

S'intéressant particulièrement aux patients se présentant dans les urgences des Centres Hospitaliers d'Amboise et Le Blanc, une thèse de médecine générale menée en 2022 [47] avait pour objectif de déterminer si le fait d'avoir un médecin traitant proposant des plages de consultation libre, pouvait modifier le parcours de soin du patient et son recours aux urgences.

D'abord au Centre Hospitalier d'Amboise, près de 70% des patients auraient consulté leur médecin s'il proposait des plages de consultation sans rendez-vous. 50% d'entre eux étayaient ce choix. Près de la moitié disait préférer son médecin traitant et la relation de confiance qu'ils avaient avec lui, 1 sur 5 estimait que la prise en charge était plus rapide au cabinet, 1 sur 5 ne préférait pas « encombrer les urgences » et une part minime admettait que leur motif de recours n'était pas urgent.

Pour ceux déclarant qu'ils ne se seraient pas rendus à la consultation libre de leur médecin plutôt qu'aux urgences, ce choix était motivé par le degré d'urgence ressenti, par le fait d'avoir été adressé par son médecin ou un autre spécialiste, mais également par la motivation d'obtenir rapidement un examen complémentaire.

Pour le Centre Hospitalier Le Blanc, 72,5% des patients auraient d'abord consulté leur médecin si celui-ci faisait de la consultation libre. Sur les 60% qui justifiaient cette déclaration, la plupart aurait préféré ne pas « encombrer les services d'urgence », mais aussi parce qu'ils préféraient recevoir les conseils de leur médecin traitant qui les connaît. Enfin certains estimaient que leur motif de recours n'était pas urgent et d'autres que le médecin traitant était plus proche d'eux géographiquement.

Pour les patients qui n'étaient pas favorables à la consultation libre, la plupart préférait les urgences pour ses examens complémentaires et la rapidité d'un diagnostic, d'autres remettaient en doute la capacité de leur médecin à répondre médicalement à leur demande. Enfin, certains étaient plus proches du Centre Hospitalier et d'autres trouvaient l'attente au cabinet trop longue sans rendez-vous.

Alors que la fréquentation des services d'urgences ne cesse de croître, avec une augmentation de plus de 40% des passages annuels depuis 20 ans [48], il était question dans notre étude de recueillir l'opinion des médecins sur une éventuelle relation entre cette croissance et la désertion supposée de la consultation libre en ville.

La plupart des médecins s'était montrée prudente quant à l'hypothèse d'un lien de cause à effet pouvant exister et expliquer le recours aux urgences de plus en plus important. En effet, la formulation de l'interrogation souffrait de trop nombreuses incertitudes. Les points de vue émis étaient alors hypothétiques, les médecins eux-mêmes semblant davantage persuadés que convaincus par leurs déclarations.

Nous pouvons tout de même retenir que certains imaginaient que la consultation libre permettait de dissuader son patient de se rendre aux urgences, grâce à une moindre attente au cabinet par exemple. D'autres en revanche, n'imaginaient pas que la consultation sans rendez-vous puisse avoir une quelconque influence sur le parcours de soins du patient, insistant sur la notion de « consommateur de soins ».

De là, il serait intéressant de s'inspirer du travail de thèse ici exposé, pour faire écho à notre étude en menant par exemple une enquête similaire auprès des patients consultant dans les Centres Hospitaliers de Cambrai et du Cateau-Cambrésis.

CONCLUSION

Notre étude a permis de mettre en évidence que l'offre de soins en médecine générale se modifie au profit de nouvelles priorités pour le praticien, tant personnelles que professionnelles.

Ces aspirations semblent compromettre la pratique de la consultation libre au cabinet, car sa charge de travail incommensurable est anxiogène. Le médecin généraliste doit alors repenser sa disponibilité.

Au gré des évolutions sociétales, de nombreux facteurs extrinsèques ont contribué au désaveu de la pratique du « sans rendez-vous » ; c'est le cas de la diversification des compétences du secrétariat, mais aussi de l'arrivée de l'informatique dans les cabinets. En 2020, c'est une pandémie qui a remis en question la pertinence de cette organisation, peu compatible avec le besoin d'aseptiser l'environnement de soins. Dans le même temps, les sollicitations des patients se sont intensifiées, incombant au médecin généraliste d'adapter son exercice à de nouveaux interlocuteurs.

Par ailleurs, de nombreuses solutions alternatives ou complémentaires au médecin traitant ont émergé ces dernières années, tant pour le suivi chronique des malades que la réponse aux demandes de soins non programmés.

De nouvelles professions ont vu le jour, pour pallier la baisse d'effectifs de médecins généralistes exerçant en libéral, c'est le cas des IPA notamment.

CPTS, Unités de soins non programmés, SAS, sont autant de nouvelles offres de soins qui semblent correspondre au besoin impérieux d'une prise en charge médicale liée entre autres à la notion d'urgence ressentie.

La consultation libre semble pourtant être une réponse adaptée à ces demandes toujours plus pressantes, notamment pour la gestion des soins non programmés.

Aujourd'hui, les médecins généralistes font de plus en plus le choix d'un exercice mixte ou salarié, y compris dans des structures où le « sans rendez-vous » a réinventé sa capacité à les séduire.

Des changements qui ne sont pas sans conséquence sur la relation médecin – malade, autrefois basée sur la confiance mais aussi le respect mutuel. Ces rapports, bien que fondés sur un modèle paternaliste aujourd'hui décrié, reflètent pour certains le charme du métier de « médecin de famille » en voie d'extinction.

Dès lors, ils expriment leur inquiétude quant à une hypothétique réduction de leur liberté d'exercer, craignant que des obligations d'organisation ne leur soient imposées par l'Etat au regard du contexte démographique médical actuel.

Face à cette perspective, est-il possible que la consultation sans rendez-vous réintègre –*de gré ou de force*–, la médecine générale « de ville » ? Quelles solutions attractives pourraient être proposées afin d'allier exercice moderne de la médecine générale et pratique de la consultation sans rendez-vous dans nos cabinets ? Dans quelle mesure un tel fonctionnement pourrait-il soulager les Services d'Accueil des Urgences ?

RÉFÉRENCES

- [1] Micheau J. Molière E. 2010. Activité et emplois du temps des médecins libéraux. Document de travail, série études. DREES. Plein Sens. N°98.
- [2] Bahut K. Abadie. 2019. et Sébastien ABADIE. Consultations avec ou sans rendez-vous : comprendre le choix des médecins généralistes [thèse d'exercice]. Toulouse : Université Paul Sabatier. 63p.
- [3] Chaput H. Monziols M. et al. 2020. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. DREES. Etudes & Résultats N°1138.
- [4] Da Silva J. 2023. Etude comparative des médecins généralistes des Hauts-de-France ayant recours ou non aux consultations sans rendez-vous [thèse d'exercice]. Lille : Université de Lille. 43p.
- [5] Krucien N. 2012. Analyse de la qualité de l'offre de soins de médecine générale du point de vue des patients [thèse de doctorat]. Santé publique et épidémiologie. Paris : Université Paris Sud - Paris XI. 238p.
- [6] Papon S. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Statistiques et études. Bilan démographique 2023 [en ligne]. 16 janvier 2024 [cité le 11 avril 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>
- [7] URPS Médecins d'Occitanie. SNP – Soins non programmés [en ligne]. [cité le 23 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.medecin-occitanie.org/snp-soins-non-programmes/>
- [8] Gouyon M. Labarthe G. 2006. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale – Premiers résultats. DREES. Etudes & Résultats N° 471.
- [9] Lerat-Golasowski M. 2015. Motivations, motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai [thèse d'exercice]. Lille : Université du Droit et de la Santé. 63p.
- [10] CNOM. Arnault F. 2023. Atlas de la démographie médicale en France.
- [11] CNOM. Le Breton-Lerouillois G. 2015. La démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais – Situation en 2015.
- [12] INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques. Dossier complet – Arrondissement de Cambrai (592) [en ligne]. [cité le 24 septembre 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=ARR-592>
- [13] Observatoire des Territoires. Indicateurs : Cartes, données et graphiques. [en ligne]. [cité le 4 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicator&view=map72>

- [14] DREES, Direction de la Recherche des Etudes Et des Statistiques. Démographie des professionnels de santé. [en ligne]. [cité le 4 octobre 2024]. Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
- [15] DREES, Direction de la Recherche des Etudes Et des Statistiques. Projections d'effectifs de médecins. [en ligne]. [cité le 4 octobre 2024]. Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/Projection-effectifs-medecins/>
- [16] L'Assurance Maladie. Annuaire Santé. [en ligne]. [cité le 26 septembre 2024]. Disponible sur : <https://annuaire-sante.ameli.fr/>
- [17] ARS Hauts-de-France. 2023. MSP – Département du Nord – Région Hauts-de-France. [en ligne]. Mai 2023. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/109746/download?inline>
- [18] DGOS, Direction Générale de l'Offre de Soins. Niveau de maturité des CPTS et couverture du territoire. [en ligne]. janvier 2024. [cité le 22 avril 2024]. <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/6095444b6c8844b1b2ad9ecbb571a631>
- [19] République Française – Santé.fr. Carte des lieux de soins. [en ligne]. [cité le 2 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.sante.fr/carte-des-lieux-de-soins>
- [20] ARS Hauts-de-France. 2024. Le Service d'Accès aux Soins (SAS). [en ligne]. juillet 2024. [cité le 2 octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-1>
- [21] Aulagnier M. Obadia Y. Paraponaris A. et al. 2007. L'exercice de la médecine générale libérale – Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. DREES. Etudes & Résultats N°610.
- [22] Breuil-Genier P. Goffette C. 2006. La durée des séances des médecins généralistes. DREES. Etudes & Résultats N° 481.
- [23] Chaput H. Monziols M. Fressard L. et al. 2019. Deux tiers des MG libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. DREES. Etudes & Résultats N°1113.
- [24] Lapeyre N. Le Feuvre N. 2005. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Revue française des affaires sociales*, 2005/1. pp. 59-81. [en ligne]. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-59>
- [25] Micheau J. Molière E. 2010. L'emploi du temps des médecins libéraux – Diversité objective et écarts de perception des temps de travail. DREES. Dossiers Solidarité et Santé N°15.
- [26] Collet M. Gouyon M. 2008. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. DREES. Etudes & Résultats N°625.

- [27] Silvestri Clémence. 2015. Quelle est l'influence d'internet sur la relation médecin – patient en médecine générale ? [thèse d'exercice]. Bordeaux : Université Bordeaux II. 143p.
- [28] Coffinier C. 2022. Déterminants de l'urgence ressentie par le patient en médecine ambulatoire [thèse d'exercice]. Lille : Université de Lille. 74p.
- [29] Castell L. Dennevault C. 2017. Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leur médecin ?. DREES. Etudes & Résultats N°1035.
- [30] Decaris A. URPS Médecins libéraux Île-de-France. 2022. Installation entre 2010 et 2020 : les déterminants à l'installation. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2022/03/URPS-L.MORAGE-IDF.pdf>
- [31] Le Fur P. Bourgueil Y. Cases C. 2009. Le temps de travail des médecins généralistes – Une synthèse des données disponibles. IRDES. Questions d'économie de la Santé N°144.
- [32] Bachelet M. Anguis M. 2017. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. DREES. Etudes & Résultats N° 1011.
- [33] Bergeat M. Vergier N. Verger P. et al. 2022. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022. DREES. Etudes & Résultats N°1244.
- [34] Kolbe V. 2021. Comment les médecins généralistes répondent-ils à la demande des soins non programmés suite à une année de pandémie COVID [thèse d'exercice]. Strasbourg : Université de Strasbourg. 111p.
- [35] Bergeat M. Vergier N. Verger P. et al. 2022. Un médecin généraliste sur six assure lui-même son secrétariat en 2022. DREES. Etudes & Résultats N°1245.
- [36] El Hafdi S. 2016. Le ressenti des patients sur la consultation en médecine générale [thèse d'exercice]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne. 64p.
- [37] Guillaume J. Vallée J. Bonnefond H. Charles R. 2013. Appels téléphoniques au cours de la consultation de médecine générale. *Médecine*, 2013/1.
- [38] Jegou J-J. L'informatisation dans le secteur de la santé : prendre enfin la mesure des enjeux. Rapport d'information du Sénat N°62. Session ordinaire de 2005 – 2006 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r05-062/r05-0621.pdf>
- [39] Dourgnon P. Grandfils N. et al. 2001. L'apport de l'informatique dans la pratique médicale libérale. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2001/rap1344Formmel.pdf>
- [40] Chaput H. Monziols M. Ventelou B. et al. 2020. E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80% des médecins généralistes de moins de 50 ans. DREES. Etudes & Résultats. N°1139.

- [41] Templement T. 2018. État des lieux du délai de consultation des médecins généralistes libéraux en Picardie en 2017 [thèse d'exercice]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne. 48p.
- [42] Sondage BVA – Les Français et les déserts médicaux. 2015. [en ligne]. Disponible sur : <https://leciss.org/sites/default/files/SondageBVA-CISS-Les-Francais-et-les-deserts-medicaux.pdf>
- [43] Sondage ODOXA pour la Mutulalité Française - L'avenir de la santé angoisse les Français. 2024. [en ligne]. septembre 2024. [cité le 1^{er} octobre 2024]. Disponible sur : <https://www.odoxa.fr/sondage/lavenir-de-la-sante-angoisse-les-francais/>
- [44] Millien C. Chaput H. Cavillon M. 2018. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. DREES. Etudes & Résultats N°1085.
- [45] Chaput H. Monziols M. Ventelou B. et al. 2020. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. DREES. Etudes & Résultats. N°1140.
- [46] Chevillot D, Zamord T, Durieux W, Gay B. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde. *Santé publique*. 2021;33(4):517-26.
- [47] Benbih H. 2022. Proposer des plages de consultations libres sans rendez-vous au cabinet de médecine générale modifierait-il le comportement des patients consultant aux urgences du CH du Blanc et du CHIC D'Amboise ? [thèse d'exercice]. Tours : Université de Tours. 72p.
- [48] DREES. 13 juin 2023. Enquête Urgences. [en ligne]. [cité le 23 septembre 2024]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-urgences-2023>

ANNEXES

Annexe 1. Récépissé - Attestation de déclaration au Délégué à la Protection des Données



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : La consultation sans rendez-vous au cabinet : étude qualitative auprès de médecins généralistes dans le Cambrésis
Référence Registre DPO : 2024-158
Responsable scientifique : M. Antoine PATTYN Interlocuteur (s) : Mme Justine POQUET

Fait à Lille,

Le 13 septembre 2024

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

 Direction Données personnelles et archives
42 rue Paul Duez
59000 Lille
dpo@univ-lille.fr | www.univ-lille.fr

Annexe 2. Lettre d'information transmise aux médecins généralistes de l'étude

Bonjour Docteur,

Je suis Justine Poquet, étudiante en médecine, et médecin généraliste remplaçant exerçant depuis fin 2021 dans le secteur du Cambrésis d'où je suis originaire.

Je réalise une thèse dirigée par le Docteur Antoine Pattyn, qui s'intitule « **La consultation sans rendez-vous au cabinet : étude qualitative auprès de médecins généralistes dans le Cambrésis** ».

J'ai choisi ce sujet dans un contexte de tensions inédit, tant en médecine de ville qu'à l'hôpital. En effet, en 2019, 8 médecins généralistes sur 10 déclaraient rencontrer des difficultés pour répondre aux sollicitations des patients. Dans le même temps au niveau national, la pression sur les services d'urgences est en constante augmentation comme en témoignent leurs fréquentations annuelles.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but principal d'identifier les facteurs qui ont contribué aux modifications organisationnelles des cabinets précisément au sujet du « sans rendez-vous ».

Pour y répondre, il faut être médecin généraliste et exercer en libéral dans le Cambrésis, afin de discuter autour du sujet et de sa problématique au cours d'un entretien dit « semi-dirigé » enregistré à l'aide d'un dictaphone et retranscrit *a posteriori* sur Word.

Votre participation à cette étude est facultative et vous pouvez y mettre fin à tout moment. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectification, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse. Mon étude fait l'objet d'une déclaration au registre des traitements de l'Université de Lille. Pour toute demande vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr

Pour accéder aux résultats de cette étude, vous pouvez me contacter à cette adresse mail : justine.poquet.etu@univ-lille.fr.

Vous remerciant par avance, Bien cordialement.
Justine POQUET

Annexe 3. Guide d'entretien final

Représentation & Pratique	1 Pouvez-vous me dire que représente pour vous la consultation sans rendez-vous, pratiquée au sein du cabinet ? 2 Pouvez-vous me raconter votre expérience de la consultation sans rendez-vous ?
Organisation du cabinet	3 Pouvez-vous me parler de votre organisation au cabinet, et précisément des délais de vos rendez-vous ?
SNP & Urgences	4 Comment sont gérées les demandes de soins non programmés dans votre cabinet ? 5 Selon vous dans quelle mesure peut-il exister un lien entre la fréquentation des services d'urgence qui ne fait qu'augmenter et le fait que la consultation sans rendez-vous ne soit plus un mode de fonctionnement majoritaire pour les médecins généralistes ?
Attraits & Freins	6 Quels avantages apporte la pratique de la consultation libre pour le praticien ? 7 A contrario, quels sont les facteurs qui vous paraissent être un frein à ce mode d'exercice ?
Patients	8 Comment pensez-vous que les patients perçoivent-ils ce mode de fonctionnement ?
Perspectives & Avenir	9 Comment la consultation libre pourrait-elle être de nouveau plébiscitée au sein des cabinets de médecine générale ?

Annexe 4. Grille COREQ

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/Animateur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Justine POQUET
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Titulaire d'un diplôme de formation approfondie en sciences médicales
3. Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste remplaçant
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première recherche qualitative, pas d'expérience antérieure
Relation avec les participants		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Son activité professionnelle, son lieu d'exercice
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Son lieu de vie dans le Cambrésis
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorisation ancrée
Sélection des participants		
10. Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage raisonné après recherches Internet
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Contact téléphonique
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	10 participants
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	12 MG contactés n'ont pas participé : 8 refus exprès, 2 sans réponse, 2 n'ayant pas donné suite après un premier contact favorable
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au domicile du médecin interrogé ou à son cabinet médical
15. Présence de non-participants	Y'avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf chapitre 'Résultats'

Recueil des données

17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide fourni en Annexe 2. Etabli en amont mais non testé avant le premier entretien.
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio via un smartphone
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	27 minutes et 42s en moyenne
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2 : l'auteure et un thésard en Droit
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A l'analyse des données
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Aucun
28. Vérifications par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, les participants étaient identifiés chronologiquement de M1 à M10
30. Cohérence des données et des résultats	Y'avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y'a-t-il une description des cas particulier ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

AUTEURE : Nom : POQUET

Prénom : Justine

Date de soutenance : 23 octobre 2024

Titre de la thèse : Consultation sans rendez-vous au cabinet et gestion des soins non programmés. Une étude qualitative auprès de médecins généralistes dans le Cambrésis.

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : consultation libre ; rendez-vous ; sans rendez-vous ; organisation ; soins non programmés ; médecins généralistes ;

Résumé :

Contexte : Proposer des créneaux de consultation sans rendez-vous (ou libre) dans son cabinet, est un choix d'organisation propre au médecin généraliste. Cette pratique semble en recul, invitant à s'interroger sur les raisons de son évolution, mais aussi sur l'impact de ce changement concernant la mission de premier recours du médecin généraliste et la gestion des soins non programmés.

Objectif : Explorer les perceptions des médecins généralistes concernant la pratique de la consultation sans rendez-vous et identifier les stratégies adoptées par ces médecins pour la prise en charge des soins non programmés.

Méthode : Etude qualitative menée à travers dix entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes du Cambrésis, entre mai et juillet 2024. Analyse inspirée de la théorisation ancrée, avec triangulation des données.

Résultats : La consultation libre est le reflet d'une pratique antédiluvienne. Aujourd'hui, les médecins généralistes veulent s'affranchir de l'éthos traditionnel de leur métier, synonyme d'une disponibilité incommensurable, au profit d'une meilleure qualité de vie, moins stressante. L'informatisation des cabinets, le secrétariat médical, la pandémie COVID-19 sont autant de facteurs qui ont contribué à la désertion de ce mode d'exercice. Dans le même temps, la démographie médicale est à la peine, alors que les praticiens font face à un nombre croissant de sollicitations, par des patients toujours plus exigeants. Les médecins généralistes s'organisent à leur échelle pour s'adapter et tenter de répondre aux demandes de soins non programmés. Quand ils n'y parviennent pas, de nouvelles structures prétendent être un soutien à la médecine de ville. Aux yeux de certains praticiens, elles n'ont qu'un rôle palliatif, menaçant d'altérer la relation médecin – malade et contribuant au dépérissement du « médecin de famille ».

Conclusion : Travailler sans rendez-vous ne représente plus une norme parmi les modes d'organisation des médecins généralistes qui doivent mettre en place de nouvelles alternatives pour la gestion des soins non programmés. Le consumérisme médical prégnant impose lui aussi une diversification de l'offre de soins. Ainsi, les médecins généralistes qui semblent s'éloigner des cabinets libéraux, peuvent faire le choix de renouer avec la consultation libre, au sein de structures de soins non programmés.

Composition du Jury :

Président : Professeur Eric WIEL

Assesseur : Docteur Judith OLLIVON

Directeur de thèse : Docteur Antoine PATTYN