

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD –LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST



Année 2017 N° 385

**GESTION DES CONSULTATIONS
NON PROGRAMMEES
EN CABINET DE MEDECINE GENERALE :
QUELS AVANTAGES ET INCONVENIENTS
SELON LE MODE D'EXERCICE ?**

*Etude qualitative menée auprès de 15 médecins généralistes de la
région Rhône-Alpes.*

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **28/11/2017**

En vue obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

VALLE Florian

Née le 06/09/1990

À Lyon 3^e

Sous la direction du Docteur PERDRIX Corinne

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD –LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST



Année 2017 N° 385

**GESTION DES CONSULTATIONS
NON PROGRAMMEES
EN CABINET DE MEDECINE GENERALE :
QUELS AVANTAGES ET INCONVENIENTS
SELON LE MODE D'EXERCICE ?**

*Etude qualitative menée auprès de 15 médecins généralistes de la
région Rhône-Alpes.*

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **28/11/2017**

En vue obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

VALLE Florian

Née le 06/09/1990

À Lyon 3^e

Sous la direction du Docteur PERDRIX Corinne

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président Frédéric FLEURY
Président du Comité de Pierre COCHAT
Coordination des Etudes Médicales
Directrice Générale des Services Dominique MARCHAND

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud - Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles	Patrick Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak-Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie

Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquín-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier
-------	--------

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchabib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau	Frachon	Sophie Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie

Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie	Nathalie Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MaucortBoulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
TardyGuidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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 de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Composition du jury

Président : Professeur Laurent LETRILLIART

Membres : Professeur Cyrille COLIN
 Professeur Karim TAZAROURTE
 Docteur Corinne PERDRIX

Remerciements

A Monsieur le Professeur Laurent LETRILLIART,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Je vous remercie de m'avoir consacré du temps et d'avoir été rapidement disponible quand j'en ai eu besoin. Votre point de vue de spécialiste m'a été très précieux pour enrichir mon travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Cyrille COLIN,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Recevez l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE,

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury. Recevez le témoignage de ma gratitude.

A Madame le Docteur Corinne PERDRIX,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse.

Merci de votre accompagnement tout au long de ce travail, de vos conseils et pour le temps que vous m'avez consacré. Plus qu'une directrice de thèse, vous avez su m'accompagner tout au long de ces trois années d'internat. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de ma respectueuse admiration pour votre compétence et vos qualités humaines.

A tous les médecins participants qui sont à l'origine de ce travail,

Merci de m'avoir reçu et d'avoir pris du temps pour répondre à mes questions.

A mes maîtres de stage universitaire,

Merci à mes deux tatas Sinot et Salima, à l'équipe du Cheylard et à l'équipe d'Ambérieu pour m'avoir appris à exercer une médecine générale de qualité. Merci à Amandine et Sarah, mes deux cardiologues préférées. Et merci à l'équipe des urgences de Tarare, « bébé prof » ne vous oublie pas.

A mon épouse Carole,

Tu m'as accompagné pendant ces longues années, tu as accepté mes indisponibilités, mes sauts d'humeur, mes coups de blues. Tu as tout supporté pour me soutenir et m'aider à accomplir ce long chemin, quels que soient les sacrifices. Je t'ai épousé pour le meilleur et pour le pire. Je te promets de faire mon possible pour que le meilleur soit devant nous.

A mes parents,

Merci d'avoir su faire ressortir dès mon plus jeune âge le meilleur en moi. Vous avez toujours fait le maximum pour vos enfants au prix de nombreux sacrifices. J'espère réussir à être un aussi bon parent que vous ne l'avez été pour moi. Si aujourd'hui je suis épanoui dans ma vie personnelle et professionnelle, c'est grâce à vous. Je vous dois tout. <3

A ma fille,

Pour tes premiers mois, concilier mon rôle de père et mes études n'a pas été simple. Ma thèse passait régulièrement en premier et tu peux remercier ta super maman qui a su me seconder haut la main. Je te promets de me rattraper et d'être présent à chaque étape de ta vie.

A mon frère,

Ludovic, t'es un p'tit con, mais t'es MON p'tit con ! Sache que je suis très fier de la personne que tu es devenu, tu respires la joie de vivre et c'est un bonheur de t'avoir à mes côtés. Ne t'éparpilles pas trop, reste raisonnable et prend exemple sur ton frangin : le travail fini toujours pas payer ! Continue ainsi et reste comme tu es frérot.

A ma famille,

Je n'ai pas eu autant de temps que j'aurais souhaité afin d'être à vos côtés pendant ces longues années qui durent et auxquelles on ne comprend jamais rien : « ça y est t'es médecin ? » « Mais t'as toujours pas fini ?! ». Un grand merci en particulier à mes cousins : Andréa, Estelle, Amélie, Anthony, Cédric, Virginie et leurs « pièces rapportées » Mathieu, Benjamin et les nouveaux venus dans la famille. Je vous kiffe ! Longue vie aux cousinades !!! Merci également à mes beaux-parents Bernard et Annie, à mes oncles Antonio, Orféo, Bruno et à ma super tata Esméralda de m'apprécier comme je suis, avec mes qualités mais surtout mes (nombreux) défauts. A ma mamie Ema et mon pépé Jean, même si on ne se voit pas autant qu'on le voudrait, je pense fort à vous.

A mon nounours,

Même si nos vies respectives ont tendance à nous éloigner ces derniers mois, sache que tu reste dans mon cœur et que tu resteras toujours mon nounours adoré !

A Jennifer, Alexia, Matthieu et Seb,

Vous êtes plus que des amis, vous êtes comme ma famille. Tant d'années se sont écoulées depuis notre enfance et vous avoir toujours à mes côtés n'est que pur bonheur (et je vous refais la licorne quand vous voulez !).

A Coralie, Greg et Pierre-Etienne,

Ma pharmacienne préférée, mon super coloc et mon pêcheur-maçon, tant de soirées foot passées ensemble pour me faire décompresser pendant mes études. Merci à vous. Allez l'OL !

A mes amis,

A tous ceux qui ont croisés mon chemin au cours de ces études, Cath, Rabia, Louis, Chems, Julie, Siri et mes cointernes adorés Nouzha, Rémi, Alexandra, Béné, Jean-Seb entre autres. A tous les autres que je n'ai pas cité (Cara, Oriane, François, Yannick, Augustin, Marine...), merci d'être toujours présent à mes côtés malgré mes indisponibilités récurrentes... On va essayer de remédier à tout cela !

A l'équipe de la COREP,

Pour m'avoir aidé à mettre en page cette thèse, malgré une version word toute pourrie à la maison... Promesse tenue !

Et enfin, à toute l'équipe de la maison de santé de Tignieu-Jamezieu,

Je suis tellement ravi de d'avoir la possibilité de retourner dans mon village d'enfance, avec une super équipe ! Le projet a été long à se dessiner, mais nous y sommes parvenus ! Un merci tout particulier à Benoît. Sans toi, ce projet n'aurait pas pris forme et l'équipe ne serait pas aussi soudée. Hâte de commencer prochainement avec vous !

Table des matières

AVANT-PROPOS.....	5
INTRODUCTION.....	6
METHODE	8
I. Type d'étude	8
II. Revue de littérature.....	8
III. Elaboration du guide d'entretien	9
IV. Constitution de l'échantillon et recueil des données.....	11
V. Réalisation des entretiens	11
VI. Analyse des données recueillies.....	12
RESULTATS	13
I. Description de l'échantillon et modalité d'entretien.....	13
II. Résultats des entretiens par médecin	15
IV. Analyse transversale des résultats.....	21
1. Définition d'une consultation non programmée	21
2. Difficultés ressenties engendrées par les CNP	24
3. Gestion des CNP	29
3.1. En fonction du type de secrétariat	29
3.2. En fonction du mode d'exercice	41
4. Liens entre CNP et permanence des soins.....	52
5. Propositions d'améliorations.....	57
5.1. Organisation des CNP	57
5.1.1. Gestion des tâches annexes.....	57
5.1.2. Gestion de l'agenda	59
5.1.3. Contenu d'une CNP.....	62
5.1.4. Place des internes	63
5.2. Améliorer l'information auprès des patients.....	64
6. La médecine générale, un système en évolution	67

DISCUSSION	70
I. Résultats principaux.....	70
1. Quelle définition d'une CNP ?	70
2. La gestion des CNP selon le mode d'exercice	72
2.1. Difficultés communes.....	72
2.2. En fonction du type de secrétariat	72
2.3. Lors d'un exercice seul ou en zone fragile	76
2.4. Lors d'un exercice de groupe	77
2.5. En fonction du type de consultation	79
3. Synthèse des résultats principaux : propositions d'amélioration.....	80
3.1. Redéfinir précisément une CNP	80
3.2. Promouvoir le secrétariat au sein des cabinets	80
3.3. Promouvoir l'exercice de groupe	81
II. Forces et faiblesses de l'étude	84
III. Autres résultats et perspectives : propositions pour améliorer l'accès aux soins	87
1. Délégation des tâches médicales et non médicales	87
2. Intérêt de la maîtrise de stage	88
3. Améliorer le parcours de soin des patients.....	89
4. S'inspirer du système de soin des voisins européens	91
5. Revoir le mode de rémunération des médecins généralistes	92
CONCLUSIONS	94
BIBLIOGRAPHIE	100
ANNEXES	103
Annexe 1. Grille COREQ.....	103
Annexe 2. Guide d'entretien	106
Annexe 3. Extrait de verbatim.....	107
Annexe 4. Extrait du tableau de codage transversal.....	111
Annexe 5. Exemple d'un tableau de codage longitudinal	116
Annexe 6. Résultats entretien par entretien.....	120

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableaux :

Tableau 1. Tableau descriptif de l'échantillon	13
Tableau 2. Résultats principaux entretien par entretien	15

Encadrés :

Encadré 1. Définition d'une CNP	23
Encadré 2. Difficultés engendrées par les CNP	27
Encadré 3. Gestion des CNP - Sans secrétariat.....	31
Encadré 4. Gestion des CNP - Avec un secrétariat à distance.....	34
Encadré 5. Gestion des CNP - Avantage de la présence d'un secrétariat physique.....	38
Encadré 6. Gestion des CNP - Difficultés liées à la présence de secrétariat physique.....	41
Encadré 7. Gestion des CNP - Exercice seul ou en zone fragile.....	45
Encadré 8. Gestion des CNP - Exercice en cabinet de groupe.....	48
Encadré 9. Gestion des CNP - Exercice en maison de santé pluridisciplinaire.....	51
Encadré 10. Liens entre CNP et permanence des soins	56
Encadré 11. Propositions d'amélioration pour la gestion des CNP	64
Encadré 12. Améliorer l'information auprès des patients sur les CNP	66
Encadré 13. La médecine générale, un système en évolution	69
Encadré 14. Enquête DREES sur les motifs de CNP en cabinet de médecine générale	71
Encadré 15. Synthèse des résultats principaux, perspectives et propositions d'amélioration	82
Encadré 16. Autres résultats et perspectives, propositions pour améliorer l'accès aux soins.....	93

ABREVIATIONS :

ACI = Accord conventionnel interprofessionnel

ALD = Affection longue durée

ARS = Agence régionale de santé

CNP = Consultation non programmée

FFMPS = Fédération française des maisons et pôles de santé

FMT = Forfait médecin traitant

RMT = Rémunération médecin traitant

MCS = Médecin correspondant SAMU

MSP = Maison de santé pluridisciplinaire

MSU = Maître de stage des Universités

PCMH = Patient-centered medical home

PDSA = Permanence de soins ambulatoires

RMT = Rémunération médecin traitant

VAD = Visites à domicile

AVANT-PROPOS

Au début de mon internat, je me suis investi dans un projet de maison de santé pluridisciplinaire (MSP) sur la commune de Tignieu-Jamezieu dans le Nord-Isère (38). Celle-ci s'articule autour d'un projet de santé élaboré et signé par les différents professionnels de santé. Notre établissement, baptisé pôle de santé du Tissage, a pu être labellisé par l'agence régionale de santé (ARS) en juin 2015 et a ouvert ses portes en octobre 2017. Au fil des réunions, lors de l'écriture du règlement intérieur, la question de la gestion de notre emploi du temps s'est posée. Comment s'organiser afin de contenter les emplois du temps de chacun et améliorer l'accès aux soins à nos patients ?

Etant labellisés par l'ARS, ces pôles de santé doivent répondre à certains engagements définis par l'arrêté du 24 juillet 2017 (1) portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), anciennement dénommé règlement arbitral (arrêté du 25 février 2015) (2). Afin d'assurer la qualité et l'efficacité des soins, la mise en place d'une organisation susceptible d'améliorer la prise en charge des patients est nécessaire.

Parmi ces engagements "socles" se trouve celui de la gestion des consultations non programmées (CNP). L'amplitude des horaires d'ouverture des établissements doit couvrir toute la période de recours non incluse dans la permanence des soins ambulatoires, soit de 8h à 20h en semaine et le samedi matin, ainsi que durant les congés scolaires. Une organisation propre à chaque structure doit être mise en place pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés. Aucune précision n'est apportée dans cet arrêté sur l'organisation de ces CNP en journée.

INTRODUCTION

L'accessibilité aux soins, dans ses dimensions géographiques, financières ou sociales, constitue un élément primordial de la performance d'un système de soin et de santé (3). Les soins premiers, d'après la dénomination internationale Primary Care, appelés aussi en France "soins de premiers recours" ou "de proximité" constituent un maillon essentiel de cette accessibilité.

L'augmentation constante du recours aux structures d'urgences par la population depuis plusieurs décennies a été démontrée à travers de nombreuses études, essentiellement pour des motifs "non urgents", c'est-à-dire relevant de la médecine générale ou de problèmes sociaux. Nous prendrons en exemple l'enquête de l'ARS-RA (4) (+ 23% de consultations aux urgences en 10 ans, en particulier pour la pédiatrie). 75 % de ces passages dans les services d'urgence ont lieu en journée entre 8h et 20h, quand les cabinets de médecine générale sont ouverts. La Cour des comptes écrit ainsi en 2007 que *"les services d'urgences sont devenus, pour une part très importante, des services de consultations non programmées"*. Pourquoi ces patients ne consultent-ils pas auprès de leur médecin généraliste ?

Les Français, contrairement à leurs voisins européens, ont une vision très pessimiste de l'évolution de leur système de santé (3). Ils estiment qu'il n'y a pas assez de médecins et que ces derniers ont de plus en plus mal à se répartir sur le territoire. La réalité concernant la démographie des professionnels de santé est loin des idées reçues. On dénombre en 2012 environ 307 médecins pour 100 000 habitants contre 119 pour 100 000 habitants en 1968 (5). L'accessibilité géographique aux soins est bonne, 95 % de la population a physiquement accès à des soins de proximités (< 15 minutes) et à des soins hospitaliers (< 45 minutes ; < 25 minutes pour 75% de la population).

Bien que le nombre de médecin en activité n'ait jamais été aussi important qu'aujourd'hui, une baisse continue de la démographie médicale est prévue d'ici 2020 (3). Une modification des pratiques et une augmentation de la demande de soins est constatée, liée en partie au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre des patients porteurs de pathologies chroniques. Cette augmentation de la charge de travail rendrait de plus en plus difficile la réponse aux demandes urgentes de soins, pouvant constituer une source de mécontentement ou de stress professionnel.

La question de la permanence des soins ambulatoires, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets, ainsi que les motifs des consultations non programmées ont largement été étudiés. Il existe peu de bibliographie à propos de la gestion de celles-ci par les médecins généralistes lors des horaires d'ouverture des cabinets, de 8h à 20h, ce qui correspond également au pic de fréquentation des urgences. Ce point s'avère primordial pour améliorer l'accès aux soins, devenant un objectif local, régional et national.

Ce travail s'intéresse aux difficultés exprimées par les médecins généralistes, dans la gestion des consultations non programmées.

Son objectif principal est de décrire les avantages et inconvénients de la gestion des consultations non programmées dans les cabinets de médecine générale selon les différents modes d'exercice.

Son objectif secondaire est de rechercher quel type d'organisation permet d'améliorer la gestion de ces consultations non programmées.

METHODE

I. Type d'étude

Une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés a été réalisée.

La recherche qualitative s'ajuste aux caractéristiques et à la complexité des phénomènes humains et sociaux. Elle semble toute désignée pour la recherche en soins premiers qui sont particulièrement complexes.

Selon l'article 2 du décret 2017-884 du 9 mai 2017 cette étude qui vise à évaluer les modalités d'exercice des professionnels de santé n'est pas une recherche sur la personne humaine et l'accord d'un Comité de protection des personnes n'est pas nécessaire.

II. Revue de littérature

Différentes bases documentaires ont été consultées : le Système universitaire de documentation (SUDOC), la Banque de données en santé publique (BDSP), PubMed, LiSSa (Littérature scientifique en santé). Des recherches personnelles sur internet (via le moteur de recherche Google) ont également été effectuées.

Ces recherches se sont effectuées en deux temps. Une première recherche dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche qui a permis de valider le guide d'entretien de la thèse. Le reste des recherches se sont effectuées dans un second temps pendant la réalisation de cette thèse.

Les mots clefs utilisés pour la recherche étaient "*médecin*", "*général*", "*généraliste*", "*consultation*", "*sans rendez-vous*", "*non programmée*", "*urgence*". D'autres ont été traduits en anglais pour une recherche plus approfondie : "*Office visits*" pour consultation médicale, "*general practitioners*" pour médecins généralistes, "*physicians family*" pour médecins de famille.

III. Elaboration du guide d'entretien

1. Description du guide

Il s'agissait d'un questionnaire semi-dirigé à base de questions ouvertes. Le guide d'entretien a été élaboré à l'issu du mémoire réalisé pendant le stage praticien de niveau 1 d'internat, mémoire qui avait pour but d'améliorer et de valider celui-ci. Ce guide d'entretien comportait 10 questions et servait de fil conducteur à l'entretien.

Une première question brise-glace: « *Quel mode d'exercice avez-vous ?* » visait à faire décrire par le médecin son mode de fonctionnement (seul, en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire). Cette question "brise-glace" mettait à l'aise le médecin interrogé pour la suite de l'entretien.

La suivante « *Comment organisez-vous vos journées de consultations?* », toujours en lien avec le mode d'exercice, approfondissait la gestion du planning du médecin généraliste en détaillant ses horaires de consultations et sa gestion du cabinet. Les réponses abordaient le type de secrétariat utilisé, les premières difficultés liées à la gestion des CNP et la gestion des tâches annexes (tenue de dossier, lecture de biologie...).

Une troisième question « *Qu'est-ce qu'une consultation non programmée pour vous ?* » visait à comprendre comment le médecin percevait et définissait une CNP. Une sous-question « *Faites-vous une différence entre plusieurs types de consultation non programmée ? Si oui, lesquelles ?* » précisait cette définition afin de mieux cibler la direction à donner au reste de l'entretien.

Une quatrième question « *Comment gérez-vous ces consultations non programmées durant une journée "type" ?* » avait pour objectif de faire ressortir les premières difficultés et/ou motifs de satisfaction liés à la gestion des CNP.

Une cinquième question « *Quel type de secrétariat utilisez-vous et pourquoi ?* » permettait de comprendre le choix du type de secrétariat du médecin interrogé (absence de secrétariat, télésecrétariat, prise de rendez-vous sur internet ou secrétariat physique) et les avantages et/ou inconvénients liés au type de secrétariat utilisé. Deux sous-questions « *Quelles responsabilités lui donnez-vous vis-à-vis de la gestion des consultations non programmées ?* » et « *Sont-ils/elles formé(e)s et si oui comment ?* » approfondissait le rôle du secrétariat sur cette organisation des CNP.

Les deux suivantes « *Quels sont pour vous les points forts / positifs de votre gestion des consultations non programmées ?* » et « *quels sont les points faibles de votre gestion des consultations non programmées ?* » permettait au médecin de donner ses motifs de satisfaction ou d'insatisfaction afin de comprendre les difficultés liée à cette gestion des CNP.

La huitième question « *Que pensez-vous pouvoir modifier pour améliorer la prise en charge de ces demandes consultations non programmées, que ce soit à l'échelle de votre cabinet ou pour l'ensemble des médecins généralistes ?* » visait à trouver des solutions et des pistes afin d'améliorer la gestion de ces CNP.

L'avant-dernière question « *Comment avez-vous fonctionné durant votre carrière pour la gestion de ces consultations non programmées et qu'est-ce qui a pu vous amener à changer vos pratiques ?* » visait, à travers l'expérience propre du médecin, à identifier les problèmes rencontrés par le passé, et de comprendre pourquoi il avait pu être amené à modifier ses pratiques.

Enfin, une question de clôture « *Avant de clore cet entretien, est-ce que vous voulez-dire autre chose ?* » permettait au médecin interrogé de détailler certains points abordés en lui laissant la possibilité de conclure.

A la fin de l'entretien, une fiche de présentation anonyme était remise au médecin afin de préciser les paramètres liés :

- à la zone d'exercice (rurale, semi-rurale, ville, zone fragile ou de vigilance)
- au mode d'exercice (seul, en groupe, en maison de santé, horaires d'ouverture)
- au type de secrétariat (absent, sur place, téléphonique ou sur internet)
- au médecin (sexe, âge)

2. Notes

A la fin de chaque entretien, une prise de note a été effectuée sur un papier libre, puis retranscrit sur un carnet de note informatisé sous format WORD®. Le non verbal de l'entretien, le ressenti de l'investigateur, mais aussi les remarques liées à la méthodologie du guide d'entretien ont pu être récupérées.

3. Test du guide

Le mémoire de recherche réalisé durant le stage praticien de niveau 1 de l'internat avait pour but de tester et d'améliorer ce guide. A travers les verbatim et les prises de note, des modifications à ce questionnaire ont été apportées pour aboutir à des entretiens plus riches.

La participation à des ateliers spécifiques de méthodologie de la recherche qualitative organisés par la faculté ont permis de peaufiner celui-ci.

IV. Constitution de l'échantillon et recueil des données

1. Recrutement

Quinze médecins généralistes ont participé à l'étude entre juillet 2016 et juillet 2017. Certains médecins interrogés connaissaient l'investigateur, d'autres étaient des connaissances de ses maîtres de stage ou des médecins déjà interrogés.

Afin de préserver l'anonymat, un numéro était attribué à chaque volontaire en fonction de l'ordre chronologique de réalisation des entretiens : de M1 à M15 (M pour médecin).

Pour obtenir un échantillonnage raisonné en variation maximale, les médecins interrogés ont été recrutés selon des critères de diversité de leurs caractéristiques professionnelles (mode d'exercice seul ou en groupe, exercice en zone fragile ou non, avec un secrétariat fixe, à distance ou sans secrétariat) et personnelles (sexe, âge). Leur disponibilité et un exercice libéral conventionné étaient aussi un critère de sélection.

2. Technique de recueil de données

Le recueil des données a été effectué par des entretiens semi dirigés. Le but était d'obtenir les points de vue et les réflexions d'une communauté particulière (les médecins généralistes) sur un sujet spécifique (les consultations non programmées). L'absence de pression de groupe ou d'esprit de compétition permet aussi une expression plus libre de chacun des médecins. Il s'agissait d'explorer les représentations et le vécu de chacun avant tout, et non pas de trouver ensemble la solution à un problème donné.

Les questions du guide d'entretien ainsi que les questions de relance ont parfois été modifiées. En recherche qualitative, l'investigateur n'est pas tenu de façon stricte à son guide d'entretien. Il essaye de s'adapter au cheminement de la pensée du participant et de respecter son discours.

V. Réalisation des entretiens

1. Investigateur

Il s'agissait d'une personne de sexe masculin âgé de 26 ans interne en médecine générale, marié avec un enfant. Il exerçait alors ses fonctions au sein de différents cabinets de médecine générale au cours de ses stages ambulatoires, stage chez le praticien de niveau 1 puis de niveau 2, dans le département de l'Ardèche (07) puis de l'Ain (01).

Son travail a été encadré et dirigé par un médecin généraliste et chercheur expérimenté, s'étant formé à la méthode qualitative et ayant déjà dirigé de nombreux travaux de thèses qualitatives.

2. Durée et lieu des entretiens

Les entretiens ont duré entre 24 minutes et 75 minutes, en excluant les deux premiers entretiens plus courts, de 11 et 17 minutes, liées à l'inexpérience de l'investigateur. Ils se sont tous déroulés sur le lieu professionnel des médecins, à la demande de l'investigateur, sauf pour deux sur leur demande à leur domicile et un au sein de la faculté.

Le temps estimé de l'entretien (30 à 45 minutes) et la nécessité d'être au calme avait été précisé lors du premier contact (par courriel). Il a notamment été demandé au médecin, dans la mesure du possible, de ne pas être dérangé par le téléphone.

3. Déroulement et enregistrement

Avec l'accord des participants, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone afin d'en retranscrire l'intégralité. Les données non verbales ont été mémorisées par l'investigateur et réinsérées au sein des données verbales.

Il n'y a pas eu de notes écrites prises au cours de l'entretien par le chercheur pour éviter de perturber le médecin interrogé et de perdre le contact visuel. Celle-ci avait lieu le jour de l'entretien afin de ne pas oublier d'élément.

VI. Analyse des données recueillies

La retranscription intégrale des entretiens a été réalisée avec le logiciel WORD®. L'analyse des données a été réalisée selon une approche ouverte et inductive inspirée de la théorie ancrée. La méthode d'analyse a été centrée sur la question de recherche via la méthode de Blanchet et Gotman (6) : il s'agit d'une analyse par entretien, ou analyse longitudinale avec un codage ouvert, dans un premier temps repérant tous les thèmes émergents, puis d'une analyse par thème, ou analyse transversale, dans un deuxième temps, avec un codage axial faisant le lien entre les thèmes repérés.

Dans les études qualitatives, il s'agit d'analyser le texte appelé "verbatim", d'en extraire des citations pertinentes puis de rassembler les idées plus générales en "items". Ces derniers sont ensuite regroupés en sous-thèmes qui sont appelés "occurrences". L'interprétation est faite à partir de l'analyse et du recoupement de ces dernières.

Une triangulation de l'analyse des données a été réalisée : ce travail d'analyse a été conduit par deux médecins : l'investigateur et la directrice de thèse.

RESULTATS

I. Description de l'échantillon et modalité d'entretien

Tableau 1. Tableau descriptif de l'échantillon :

	Age	Sexe	Mode d'exercice	Zone d'exercice	Secrétariat
1	57	Homme	Cabinet de groupe	07 - rurale - fragile	Télésecrétariat
2	60	Femme	Seule	38 - semi rurale - fragile	Absence de secrétariat
3	54	Homme	Cabinet de groupe	07- rurale - non fragile	Mixte Fixe à mi-temps et télésecrétariat
4	48	Homme	Maison de santé pluridisciplinaire (MSP)	01 - semi rurale - non fragile	Fixe sur place
5	32	Homme	Cabinet de groupe - future MSP	38 - semi rurale - fragile	Fixe sur place
6	30	Femme	Cabinet de groupe	38 - semi rurale - fragile	Fixe sur place
7	37	Femme	Maison de santé pluridisciplinaire	07 - rurale - non fragile - MCS zone blanche	Fixe sur place
8	60	Femme	Seule - anciennement en association	69 - ville - non fragile	Télésecrétariat
9	58	Femme	Seule - anciennement en association	69 - ville - non fragile	Mixte télésecrétariat et plateforme sur internet
10	60	Homme	Cabinet de deux médecins mais patientèle propre / fonctionnement seul	69 - ville - non fragile	Absence de secrétariat
11	60	Femme	Cabinet de deux médecins mais patientèle propre / fonctionnement seule	69 - ville - non fragile	Mixte Télésecrétariat matin et absence de secrétariat l'après-midi
12	62	Homme	Maison de santé pluridisciplinaire	01 - rurale - non fragile	Fixe sur place
13	59	Homme	Cabinet de groupe - future MSP	38 - semi rurale - fragile	Fixe sur place
14	48	Femme	Seule	38 - rurale - fragile	Plateforme sur internet
15	42	Homme	Seul - recherche d'associé pour une MSP	01 - rurale - non fragile	Fixe sur place

Huit hommes et sept femmes ont été interrogés au cours des quinze entretiens. La moyenne d'âge était de 51 ans. Le plus jeune, M6, avait 30 ans et le plus vieux, M12, 62 ans. La durée moyenne des entretiens était de 40 minutes.

M1, M3, M5, M6 et M13 exerçaient en cabinet de groupe : trois avec un secrétariat fixe, un avec un télésecrétariat et un en mixant ces deux types de secrétariat. M5 et M13 avaient un projet d'installation en maison de santé pluridisciplinaire (MSP).

M4, M7 et M12 exerçaient MSP avec un secrétariat fixe.

M2, M8, M9, M10, M11, M14 et M15 exerçaient seuls : deux sans secrétariat, deux avec un télésecrétariat, un avec une plateforme de prise de rendez-vous sur internet, un avec un secrétariat fixe et un mixant le télésecrétariat et la prise de rendez-vous sur internet. M15 était à la recherche d'un associé pour exercer en cabinet de groupe.

Quatre médecins exerçaient en ville dans une zone non fragile. M7 exerçait en zone blanche rurale. Parmi les dix autres médecins, cinq exerçaient en zone rurale et cinq en zone semi-rurale, six d'entre eux ayant leur cabinet dans une zone fragile.

Douze des quinze entretiens se sont déroulés au cabinet du médecin généraliste, en début d'après-midi ou de matinée avant la reprise de leur consultation pour huit d'entre eux, lors d'une demi-journée où ils ne travaillaient pas pour les quatre autres. Deux entretiens ont été réalisés à leur domicile sur leur demande. Un dernier s'est déroulé au sein de la faculté, au département de médecine générale, sur une des journées de présence hebdomadaire à la faculté du praticien.

II. Résultats des entretiens par médecin

L'intégralité des résultats entretien par entretien sont détaillés en annexe 6. Le tableau ci-dessous résume les principaux résultats par médecin.

Tableau 2. Résultats principaux entretien par entretien :

➤ Médecin 1 • <u>Caractéristiques</u> : homme de 57 ans, zone rurale fragile en Ardèche, cabinet de groupe, télésecrétariat, MSU interne de niveau 1 • <u>CNP</u> = aigu, urgence relative, inattendue • <u>Exercice fragile</u> : surcharge de travail, fatalité, accès aux soins non programmés difficile • <u>Télésecrétariat</u> : réguler en amont les CNP, moins coûteux que le secrétariat physique, amplitude horaire plus grande, meilleure réponse aux CNP • <u>Propositions d'amélioration</u> : intégrer les internes dans la gestion des CNP, organisation collective sur son secteur géographique pour la gestion des CNP, un seul motif par CNP
➤ Médecin 2 • <u>Caractéristiques</u> : femme de 60 ans, zone semi-rurale fragile en Isère, exercice seul, pas de secrétariat, MSU externe • <u>CNP</u> = imprévisible, non prévue dans l'agenda, surcharge de travail surtout le lundi • <u>Absence de secrétariat</u> : interruption des consultations, manque de disponibilité du médecin, secrétariat très coûteux, résolution directe des problématiques, relation médecin-patient renforcée • <u>Télésecrétariat</u> : côté impersonnel • <u>Exercice seul</u> : manque de moyen, surcharge de travail, retentissement sur vie privée
➤ Médecin 3 • <u>Caractéristiques</u> : homme de 54 ans, zone rurale non fragile en Ardèche, cabinet de groupe, secrétariat mixte physique et télésecrétariat, pas d'étudiant • <u>CNP</u> = déterminée par le patient, urgence ressentie inattendue • <u>Difficultés des CNP</u> : société de l'immédiateté, frustration / fatalité • <u>Présence du secrétariat</u> : réguler en amont les appels, confort du médecin, poste de dépense important, coût incompatible avec un exercice seul • <u>Propositions d'amélioration</u> : notion de respect dans la relation médecin-patient, différer les demandes non urgentes, promouvoir le regroupement des professionnels pour mutualiser les frais de secrétariat et les compétences

➤ **Médecin 4**

- Caractéristiques : homme de 48 ans, zone semi-rurale non fragile dans l'Ain, MSP, secrétariat physique, MSU interne niveau 1 et 2
- CNP = urgence ressentie inattendue, subjectivité du patient versus réalité médicale
- Secrétariat physique : confort de travail, clarification du parcours de soin des CNP, investissement rentable et non un coût, éviter le risque d'épuisement
- Propositions d'améliorations : favoriser la délégation de tâches pour optimiser le temps médical pour les CNP, faire évoluer le métier de secrétariat comme « *assistante de direction* » au sein des MSP, promouvoir l'exercice de groupe pour favoriser la continuité des soins et la prise en charge pluridisciplinaire des patients, promouvoir l'harmonisation des systèmes d'information partagés pour les CNP, améliorer la pédagogie des patients sur l'utilisation du système de soin

➤ **Médecin 5**

- Caractéristiques : homme de 32 ans, zone semi-rurale fragile en Isère, cabinet de groupe et futur exercice en MSP, secrétariat physique, futur MSU interne niveau 1
- CNP = urgence ressentie inattendue, urgence administrative
- Difficultés des CNP : visites à domiciles chronophages, stress et pression quotidienne, surcharge de travail surtout le lundi, agressivité secondaire du médecin et du patient, impression de perte de qualité de soins
- Absence de secrétariat : perte d'appel, pénibilité de la gestion des appels
- Secrétariat physique : investissement rentable qualitativement, sécurité pour le patient
- Exercice seul : patient trop dépendant du médecin, rapport paternaliste, complexité des pathologies non compatible avec l'exercice seul, manque de disponibilité pour les CNP
- Propositions d'amélioration : promouvoir l'exercice de groupe, entente mutuelle pour améliorer la gestion des CNP, mutualisation des frais de secrétariat, promouvoir la délégation de tâches, CNP exclusivement sur rendez-vous avec plages dédiées pour le jour même, ouvrir le samedi matin, structure référente pour les CNP, améliorer la pédagogie sur l'utilisation du système de soin.

➤ **Médecin 6**

- Caractéristiques : femme de 30 ans, zone semi-rurale non fragile en Isère, cabinet de groupe, secrétariat physique, pas d'étudiant
- CNP = non prévue sur l'agenda, doit être vu rapidement, parfois urgence administrative, partie intégrante du travail de médecin généraliste

➤ **Médecin 6 (suite)**

- Difficultés de CNP : plages libres vite remplies, difficultés accrues pendant les épidémies saisonnières, temps de pause parfois sacrifié, bouleversement de la journée de consultation
- Absence de secrétariat : mal vécu, interruption des consultations par des appels
- Secrétariat à distance : solution pour un exercice seul, moins onéreux que le secrétariat physique, absence de filtre sur internet
- Secrétariat physique : investissement rentable qualitativement, meilleure gestion des CNP par l'accueil physique, confort de travail, permet de déléguer certaines tâches non médicales et d'optimiser le temps de présence médical pour les CNP, coût important non compatible avec un exercice seul
- Exercice de groupe : mutualiser les frais de secrétariat, diversité des compétences et entraide bénéfique pour la gestion des CNP
- Propositions d'amélioration : meilleure information des patients sur le parcours de soin, CNP sur plages dédiées dans l'agenda

➤ **Médecin 7**

- Caractéristiques : femme de 37 ans, zone rurale zone blanche en Ardèche, MSP, secrétariat physique, MCS, MSU niveau 1 et 2
- CNP = sans rendez-vous, imprévisible, urgence ressentie
- Difficultés des CNP : stress, surcharge de travail, retard, difficile à programmer, impression de perdre en qualité de soin, bouleversement de la journée de consultation, fatalité
- Secrétariat physique : moins de pression, meilleure gestion des CNP
- Exercice de groupe : continuité des soins, entente mutuelle
- Proposition d'amélioration : intégrer les internes dans la gestion des CNP

➤ **Médecin 8**

- Caractéristiques : femme de 60 ans, zone urbaine non fragile dans le Rhône, exercice seul, télésecrétariat, MSU interne niveau 2
- Gestion des CNP : peu de difficultés car ses patients seraient « *bien éduqués* », que sur rendez-vous car plages libres trop « *stressantes* »
- Télésecrétariat : pas d'interruption des consultations par des appels, confort, gestion administrative plus simple qu'un secrétariat physique,
- Propositions d'amélioration : intégrer les internes dans la gestion des CNP, promouvoir le développement des maisons médicales de garde sur un secteur géographique donné

➤ **Médecin 9**

- Caractéristiques : femme de 58 ans, zone urbaine non fragile Rhône, exercice seul, secrétariat mixte télésecrétariat et sur internet, pas d'étudiant
- CNP = notion d'urgence différente entre médecin et patient, urgence ressentie par le patient, urgence administrative
- Difficultés des CNP : stress, temps de prise en charge imprévisible, retard accumulé, multiplicité des motifs
- Absence de secrétariat : gestion des appels chronophage, interruption des consultations, « risque d'erreur ».
- Secrétariat à distance : confort, onéreux, formation des secrétaires à améliorer, plateforme sur internet moins coûteux et rappel par SMS efficace
- Propositions d'amélioration : améliorer l'information des patients sur le parcours de soin, maisons médicales de garde pour « décharger » certaines CNP

➤ **Médecin 10**

- Caractéristiques : homme de 60 ans, zone urbaine non fragile dans le Rhône, cabinet de groupe avec patientèle propre, pas de secrétariat, pas d'étudiant
- CNP = déterminée par le patient, semi-urgence, non prévue sur l'agenda
- Difficultés des CNP : allongement des journées, difficultés croissantes, chronophages, multiplicité des motifs, retard systématique, fatalité
- Absence de secrétariat : gestion directe des appels mais reste chronophage, meilleure disponibilité du médecin, coût important du secrétariat, problème de gestion administrative (contrat des secrétaires, remplacements), plateforme sur internet non accessible à tous
- Propositions d'amélioration : ouverture samedi matin, CNP que sur rendez-vous

➤ **Médecin 11**

- Caractéristiques : femme de 60 ans, zone urbaine non fragile dans le Rhône, cabinet de groupe avec patientèle propre, télésecrétariat et secrétariat sur internet, pas d'étudiant
- CNP = non prévue sur l'agenda, motif administratif ou urgence ressentie
- Absence de secrétariat : impossible de répondre à tous les appels, meilleure régulation car résolutions de certains problèmes à distance mais temps non rémunéré, chronophage
- Secrétariat à distance : confort, régulation en amont des CNP, côté impersonnel, coût secrétariat physique trop important

➤ **Médecin 12**

- Caractéristiques : homme de 62 ans, zone rurale non fragile dans l'Ain, MSP, secrétariat physique, MSU niveau 1 et 2
- CNP = déterminée par le patient, inattendue, peut être soulevée au cours d'une consultation classique, programmable
- Secrétariat physique : investissement indispensable économiquement et qualitativement, régulation des appels et des flux de CNP, statut d'employeur difficile, peut être mixer avec un secrétariat physique pour libérer du temps de secrétariat, plébiscité par les patients, formation à renforcer pour la régulation des CNP
- Exercice de groupe : optimisation des espaces professionnels et du temps de présence médical, en adéquation avec l'évolution des mentalités et la jeune génération
- Propositions d'amélioration : moderniser les soins primaires par une délégation de tâches médicales et non médicales pour éviter le risque d'épuisement et palier au développement des pathologies complexes, améliorer la pédagogie des patients sur le parcours de soin et les compétences des médecins généralistes

➤ **Médecin 13**

- Caractéristiques : homme de 59 ans, zone semi-rurale fragile dans l'Isère, cabinet de groupe futur exercice en MSP, secrétariat physique, futur MSU interne niveau 1
- CNP = déterminé par le patient, inattendue
- Difficultés des CNP : trop nombreuses, refus de nouveaux patients, pas de système parfait
- Secrétariat physique : difficulté de gestion administrative (congrés, contrats), accueil physique nécessaire pour des patients « fragiles », investissement rentable économiquement et qualitativement, gros poste de dépense, formation non standardisée pour la régulation médicale
- Plages libres sans rendez-vous : meilleure gestion quand exercice seul sans secrétariat, stress engendrée par salle d'attente pleine, irrégularité charge de travail et horaire de fin de consultation, imprévisibilité
- Propositions d'amélioration : améliorer l'éducation des patients sur les pathologies bénignes, plages de consultations bloquées pour le jour même sur rendez-vous

➤ **Médecin 14**

- Caractéristiques : femme de 48 ans, zone rurale fragile dans l'Isère, exercice seul, télésecrétariat, MSU interne niveau 1
- CNP = « consultations caprices » subjectivité du patient versus réalité médicale
- Secrétariat à distance sur internet : moins onéreux, délégation de la gestion des appels qui est chronophage, confort, facilité d'utilisation, plébiscité par les patients, difficulté de régulation des flux
- Secrétariat physique : meilleure gestion des flux, coût important, peu accessible pour un exercice seul, difficulté de gestion administrative
- Exercice seul / zone fragile : surcharge de travail, peu de temps pour l'autoformation, consultations de qualité moindre
- Propositions d'amélioration : intégration des internes, promouvoir l'exercice coordonné pluriprofessionnel, faire évoluer le métier d'infirmière clinicienne (modèle anglo-saxon), renforcer la rémunération forfaitaire des médecins

➤ **Médecin 15**

- Caractéristiques : homme de 42 ans, zone rurale non fragile dans l'Ain, exercice seul mais futur exercice en MSP, secrétariat physique, pas d'étudiant
- CNP = demande d'avis urgent ou rapide, parfois problème social, subjectivité de chaque médecin pour évaluer le niveau d'urgence, plages dédiées bloquées pour le jour même, exclusivement sur rendez-vous
- Difficultés d'organisation des CNP : CNP intercalées entre deux consultations, délais de rendez-vous qui s'allongent, fatalité
- Absence de secrétariat : gestion des appels directe mais chronophage, dans un système de permanence de soins en continu, temps de pause souvent sacrifié
- Secrétariat physique : investissement rentable qualitativement, journées plus courtes, confort de travail, moins de pression, gain de temps par délégation de tâches (encaissement, gestion des stocks), poste de dépense important difficile en exercice seul,
- Exercice seul : frein à la coordination et au label ARS pour une MSP
- Exercice de groupe : continuité des soins, optimisation du temps de présence médical, convivialité, entraide, partage de compétence, nécessite une organisation similaire entre médecin, entente parfois difficile
- Propositions d'amélioration : organisation collective sur un territoire, secrétariat unique pour réguler les demandes de CNP, permanence des soins en journée au sein de centres de santé

IV. Analyse transversale des résultats

1. Définition d'une consultation non programmée

1.1. Une demande subjective du patient

Une consultation non programmée (CNP) était définie par une consultation « *dont le motif est en général déterminé par le patient* » M4, selon « *sa subjectivité à lui* » M4. Mais cela restait, pour la plupart des médecins « *un sentiment d'urgence ressentie par le patient* » M3.

Ce motif pouvait être de l'ordre de l'angoisse ou de l'inquiétude parentale « *des parents qui vont être inquiet parce que leur enfant a beaucoup de fièvre et on n'a pas forcément envie de les faire attendre* » M7 ou de l'ordre de la douleur aigue, de l'inconfort, tel qu'une infection urinaire « *Je rentre là, je pisse et j'ai des brulures et je commence à me sentir fiévreuse* » M10.

Le motif pouvait être uniquement administratif « *les patients ont besoin d'un arrêt maladie, sinon ça ne passe pas auprès de leur employeur* » M6; « *ils veulent un arrêt de travail, des fois c'est uniquement pour ça* » M5.

1.2. Une réalité médicale différente

La comparaison entre la réalité médicale du médecin et la subjectivité du patient a été reprise par de nombreux médecins « *Ce qui apparait de l'urgence pour le patient n'est pas le même degré d'urgence pour le praticien* » M9. La demande du patient « *ne correspond pas forcément à une réalité médicale* » M4. Par exemple, l'urgence administrative n'était pas considérée comme une urgence par le médecin « *Il n'y a pas d'urgence administrative, ça n'existe pas les urgences administratives* » M4, que ce soit un arrêt de travail ou un renouvellement d'ordonnance, « *parce qu'une prescription, ça se voit à l'avance et le pharmacien peut l'avancer donc ce n'est pas une urgence de le voir aujourd'hui* » M10.

Il était difficile pour le médecin d'objectiver une demande du patient puisque celle-ci relevait de sa propre subjectivité : « *c'est une différence qui est liée si tu veux entre le caractère subjectif du patient et la tentative faite par le praticien d'en objectiver la nature* » M4. Le praticien était parfois obligé de « *voir les gens pour voir si c'est vraiment urgent ou pas* » M3, même si parfois « *quand il arrive dans le cabinet, tu t'aperçois que c'est un truc qui traîne et que ça n'a rien d'urgent* » M3.

L'urgence médicale vitale était considérée comme rare en médecine générale, puisque « *déjà, s'ils viennent au cabinet, c'est pas de l'extrême urgence* » M10, d'autant plus dans les villes proches des services d'urgence « *sur Lyon une urgence vitale ça passe par le 15 et le SAMU* » M10. Les consultations non programmées restaient la plupart du temps des urgences relatives, « *des semi-*

urgences » M10 relevant « du domaine de la permanence de soins » M1, qui parfois « auraient pu attendre » M9; « C'est quelque chose qui peut attendre six heures ou sept heures. Il n'y a pas de notion d'urgence derrière » M1.

1.3. Temporalité des demandes de CNP

Une CNP était définie par une demande « inattendue, survenant le jour même » M4, « qui se décale dans la nuit ou le jour même » M4 et qui parfois devait être vue rapidement : « qui a besoin d'être prise dans la journée » M5; « il y a de vraies urgences et des cas pressés » M12.

C'était une demande imprévisible « tu ne sais pas quand l'urgence peut te tomber dessus. Aussi bien ça peut être en pleine matinée, et si tu gardes ta plage de matinée, ça va être l'après midi. » M7, comme lors d'une « consultation très très programmée qui devient très très pas programmée du tout et où il faut attendre le SAMU » M6, qui pouvait être soulevée à la toute fin d'une consultation programmée : « tu fais ta consultation, le mec se rhabille et là il te dit, alors que tu lui prends la carte machin, "ah j'ai oublié de vous dire, j'ai un problème sous le pied". » M10.

Souvent ces demandes « peuvent être différées » M3, « c'est du non programmé mais qui peut être vu le lendemain quoi » M1, voire programmées « ici, on a plutôt une manière de dire "le non programmé se programme" » M12.

La CNP était associée par tous les médecins interrogés à une demande non prévue sur l'agenda : « Pour moi, non programmée, c'est qu'elle n'était pas dans les rendez-vous de la journée » M11.

1.4. Opposition à une consultation programmée

Une consultation programmée, à contrario, était définie comme « une consultation systématique » M4, sans notion d'urgence « dans ces cas-là, ce n'est jamais grave [...] il n'y a pas d'urgence » M4. C'était une consultation où l'on traite notamment « les renouvellements de traitement des patients porteurs de pathologies chroniques » M4, sur rendez-vous, que l'on pouvait programmer plusieurs jours à l'avance « étaler quand ça peut attendre » M6.

Le temps de consultation était prévisible avec une facilité d'organisation « Typiquement, les renouvellement d'ordonnance ça peut attendre la semaine suivante. Ou les examens systématiques d'un nourrisson, c'est pareil, ça peut tout à fait attendre une semaine » M6. Bien que prévisible, ce serait également des consultations qui nécessitent de prendre son temps, en particulier pour des patients porteurs de pathologies chroniques « les gros gros patients, je les mets tôt le matin. Les personnes âgées à 8h du matin, pour moi aussi comme ça je suis frais et j'ai plus de temps » M5.

Encadré 1. Définition d'une CNP :

- Une demande subjective du patient
 - Urgence ressentie
 - Déterminée par le patient
 - Inquiétude parentale, angoisse
 - Douleur aiguë, inconfort
 - Urgence administrative
- Une réalité médicale différente du ressenti du patient
 - Urgences relatives
 - Permanence des soins
 - Difficulté d'objectiver une demande subjective
 - Degré d'urgence différent entre médecin et patient
 - Pas d'urgence administrative pour le médecin
 - Urgence médicale vitale rare en cabinet de médecine générale
- Notion de temporalité
 - Demande inattendue
 - Doit être vue rapidement
 - Peut être différée
 - Peut être soulevée lors d'une consultation programmée
 - Non prévu sur l'agenda, sans rendez-vous
- Opposition à une consultation programmée
 - Pas de notion d'urgence
 - Consultation systématique sur rendez-vous
 - Patients porteurs de pathologies chroniques et renouvellement d'ordonnance
 - Temps de consultation prévisible
 - Facilité d'organisation

2. Difficultés ressenties engendrées par les CNP

2.1. Source de stress

Les CNP étaient considérées par de nombreux médecins interrogés comme source de stress « *pas mal de stress quand même... du stress...* » M9, notamment en lien avec « *une pression quotidienne de la charge de travail qui est trop grande* » M5.

L'agenda plein et le manque de disponibilité pour accueillir les CNP participerait à ce stress quotidien, où « *parfois quand tu sais que la veille ton agenda est plein pour le lendemain, et qu'il peut quand même te tomber une urgence dessus, c'est stressant* » M7. Ceci entraînait une frustration où le médecin « *a l'impression de ne pas bien faire son boulot, de trahir le patient* » M3.

Certains avaient un sentiment d'obligation : « *Je pense que les gens doivent pouvoir venir me voir s'il en ont besoin...* » M2 ; « *un médecin généraliste on doit pouvoir le voir rapidement* » M6 ; et le devoir de rendre service au patient : « *Je commence plus tôt car ça dépend il y a des gens qui travaillent, qui ont un travail posté, qui ne peuvent pas venir le soir. Voila. J'essaye d'arranger quoi* » M2 ; « *bah oui du coup on va se mettre un peu à la bourre dans l'après-midi. Mais moi je considère que ce n'est pas un drame, parce que c'est un service rendu* » M6.

Le stress était également présent pour la secrétaire car « *il y a des jours, pffff, c'est dur elles en ont marre elles sont aux premières loges* » M2 et que les patients « *ils crient parfois un peu sur la secrétaire* » M5.

2.2. Surcharge de travail

Les CNP étaient considérées comme une surcharge de travail. Les journées étaient plus longues, « *trop chargées* » M5 et elles pouvaient « *décaler ton heure de fin de cabinet* » M10.

Ils avaient l'impression de devoir travailler toujours plus pour répondre à ces demandes, où « *finir tes consultations si tu veux à 0h00, c'est pas un problème* » M10 car « *tu peux toujours rajouter des gens en plus* » M10. M7 expliquait « *qu'il faudrait que je propose plus de plages de consultations* » M7 et que « *le problème, c'est que ce qu'on ne fera pas là, on va se le récupérer à un autre moment* » M7. Ce médecin estimait même qu'il « *faudrait que je mange mon mercredi* » M7 afin de répondre à la demande.

Les plages prévues pour les CNP étaient vite remplies « *il y a des places le matin qui sont vite remplies, car déjà les gens veulent avoir une consultation le jour même* » M1 et le retard s'accumulait souvent « *Parce que quand tu consultes sur rendez-vous, tu as des rendez-vous tu as l'impression que tu peux être à l'heure mais en fait t'es jamais à l'heure, ou rarement à l'heure* » M10.

Le temps de pause était parfois sacrifié pour « *absorber le retard* » M2, « *ce qui a c'est que globalement, je mange tous les jours des sandwiches dans ma voiture quoi... voilà mais c'est parce qu'il y a beaucoup de travail !* » M2. Un autre médecin précisait que parfois il était tellement débordé que « *à des moments tu as envie d'aller pisser, tu te dis "putain j'ai pas encore eu le temps d'aller pisser"... des trucs comme ça quoi! Tu te dis t'es barjot quoi !* » M10.

Les difficultés semblaient croissantes avec « *de plus en plus de difficultés pour le non programmé* » M1, difficultés accrues le lundi « *surtout le lundi c'est une catastrophe* » M5, un médecin estimant que les difficultés « *ça va se voir surtout sur deux jours de la semaine, le lundi parce les problèmes chronologiquement apparaissent le dimanche et le vendredi parce que c'est la veille du week-end* » M10.

Ces difficultés semblaient plus importantes pendant les épidémies saisonnières où les médecins ont « *moins de souplesse* » M7. Le sixième médecin expliquait que pendant l'épidémie hivernale de grippe « *on croule sous les demandes de consultations non programmées* » M6, qu'il se sentait « *en difficulté parce que clairement c'est compliqué* » M6 et que « *des fois on est obligé de dire "stop on ne peut plus"* » M6.

2.3. Difficultés d'organisation devant les CNP

Les CNP soulevaient des difficultés d'organisation en bouleversant souvent la journée de consultation, parce que « *gérer le non programmé ça veut dire chambouler tous les plannings parfois* » M6. Il était difficile de différer certaines demandes « *Il faut apprendre à dire non, et apprendre à différer le rendez-vous. Ca c'est très important pour les jeunes médecins [...] Et ça c'est pas facile à apprendre au début* » M3. Il était parfois nécessaire de les intercaler entre deux consultations programmées : « *On va essayer de caser ça entre deux patients* » M6 ; « *Les enfants malades de toute manière, je vais les prendre en surnombre entre deux patients* » M8. Leur temps de prise en charge était imprévisible, « *parfois avec certains c'est un peu plus difficile de tenir le rythme qu'avec d'autres* » M9, selon le niveau d'urgence de celles-ci « *si il y en a qu'on peut résoudre facilement, une suture voilà. Puis il y en a des plus compliqué qu'on est obligé d'hospitaliser* » M7.

Pour le neuvième médecin, un des problèmes « *c'est surtout la multiplicité des motifs. Parce qu'on les a très très mal habitués. On fait tout dans une consultation. On a quatre cinq choses à gérer. Même au cours d'urgence* » M9. Par exemple, « *il y avait le mal de gorge, plus le renouvellement de pilule, et puis il fallait me parler de la grand-mère qui n'allait pas bien* » M9.

Les travailleurs actifs sont peu disponibles et cela présentait une difficulté supplémentaire « *Je commence plus tôt car ça dépend il y a des gens qui travaillent, qui ont un travail posté, qui ne peuvent pas venir le soir* » M2. Les médecins avaient la sensation de ne pas pouvoir prendre tout le

monde « il y a sûrement des gens que je peux pas prendre... [...] quand t'es complètement plein si tu veux tu peux pas prendre des gens en plus... » M10 et que le tout « se fait finalement au détriment de la gestion du cabinet [...] Parce que oh là là!! La gestion du cabinet c'est mort quoi... Je gère ça n'importe comment... » M2 puisque « tout ce que l'on fait à côté ça nous épuise » M5.

Ces difficultés étaient perçues comme une fatalité par de nombreux médecins « il n'y a pas de système parfait hein, parce que le temps, c'est une matière incompressible » M1 ; « ce qui ne me satisfait pas c'est qu'on a pas..Heu... qu'on n'a pas de temps extensible [...] et en même temps comment faire ? » M3 ; « Comment on fait? Pas de miracle... [...] tu as guère le choix de toute façon... » M10.

2.4. Difficultés liées aux visites à domicile

Les visites à domiciles non programmées représentaient une difficulté d'organisation car elles seraient chronophages « Si c'est une visite non programmée, une visite en urgence, c'est beaucoup plus dur à gérer, à cause du temps » M5 et non assurées par tous les médecins « j'ai beaucoup de visites à domicile car peu de médecins font les visites à domicile » M2.

Bien que ce ne soit « pas rentable d'un point de vue économique » M10 où « l'aller retour, tu en as bien pour, je sais pas, largement 30 ou 40 minutes. Le mec qui raisonne en minutes de consultation ça peut lui faire 3 consults » M10, c'est une nécessité pour certains patients où « tu as des gens qui sont à domicile, qui ont du mal à se déplacer, et tu fais comment si tu leur dit de venir. C'est pas possible... » M10.

2.5. Respect de la relation médecin - patient

Les difficultés liées à la gestion des CNP engendreraient de l'agressivité, tant de la part du médecin « après on devient aigri... chaque coup de téléphone parfois après ça devient agressif » M5 que du patient « je voulais pas les voir le jour même et ça a clashé, les gens sont partis en claquant la porte » M3. Bien que certains patients restaient compréhensifs, d'autres étaient exigeants « de toute façon ils sont jamais contents » M5 et ils étaient parfois déçus « en fait, on passe son temps à décevoir: "Vous avez oublié votre serment d'Hippocrate ?" » M5.

La notion de respect était caractérisée comme bilatérale, de la part du médecin et du patient, l'un envers l'autre, « c'est très important d'apprendre à ses patients de respecter le contrat que l'on a passé avec eux, à condition de le respecter vous aussi! » M3. Respecter le patient, c'était se faire respecter en échange « pour le respecter bah il faut pas encaisser toutes les consultations non programmées sinon vous êtes complètement décalé sur vos rendez-vous et ce rendez-vous n'a plus de valeur » M3. Mais cela restait difficile "S'il dit oui tout le temps, son oui n'a plus de valeur. Donc c'est important de pouvoir dire non, car "c'est pas urgent mais je vous verrai ce soir demain après demain". » M3.

Les absences des patients aux rendez-vous où « *c'est quand même abuser de ne pas appeler au moins pour s'excuser [...] surtout pour les gens qui n'ont pas trouvés de rendez-vous. C'est pas chic pour eux* » M9 et l'exagération de leur symptômes où « *il y a des gens que l'on voit en consultation, qui ont fait des pieds et des mains pour être vu, et on se dit finalement il n'y avait pas besoin de les voir ou ça aurait pu attendre trois jours* » M7 restaient une problématique.

2.6. Perte en qualité de soins

Les CNP pouvaient engendrer un raccourcissement de la durée des consultations afin de ne pas se mettre en retard « *j'ai l'impression de ne pas faire de la qualité, puisque je vais très vite. Parce que j'aime pas être en retard* » M5 avec des consultations trop rapides « *Le mec qui vient et qui dit "j'ai mal à la gorge" Ok. Tu fais pas de test, dehors et tu le vois en 5 minutes* » M10. Ceci se ressentait sur les consultations programmées, où le médecin a « *parfois le fait d'être sous pression, l'impression de s'occuper moins bien des patients qui pour le coup avaient une consultation programmée [...] d'être moins disponible pour les patients qui avaient pris rendez-vous* » M7.

Le risque d'erreur pouvait être ainsi accru « *après nous on fait n'importe quoi [...] Je prends des risques pour les patients* » M5 et la prévention était mise en second plan « *Quand on a une charge de travail comme cela, et qu'on a des choses aigues à voir, c'est très compliqué de gérer pour faire de la prévention* » M5.

Encadré 2. Difficultés engendrées par les CNP :

➤ Source de stress

- Pression quotidienne
- Lié à l'agenda plein
- Manque de disponibilité
- Sentiment d'obligation et de devoir rendre service

➤ Surcharge de travail

- Journées plus longues
- Plages de consultations vite remplies
- Accumulation de retard
- Temps de pause sacrifié
- Difficultés croissantes
- Difficultés accrues le lundi et le vendredi
- Difficultés accrues pendant les épidémies saisonnières

➤ Difficultés d'organisation

- Bouleversement de la journée de consultation
- Nécessité d'intercaler entre deux consultations programmées
- Difficultés pour différer des demandes
- Temps de prise en charge imprévisible
- Liées à la multiplicité des motifs
- Peut être soulevé au cours d'une consultation programmée
- Sensation de ne pas pouvoir prendre tout le monde
- Fatalité / impuissance
- Au détriment de la gestion du cabinet

➤ Difficultés devant les visites à domicile

- Difficultés d'organisation, non assurées par tous les médecins
- Chronophage et non rentable économiquement
- Nécessité pour certains patients

➤ Respect de la relation médecin - patient difficile

- Agressivité du médecin et du patient
- Respect du patient nécessaire
- Respect du médecin difficile à instaurer
- Patients exigeants
- Déception des patients

➤ Perte en qualité de soins

- Raccourcissement de la durée des consultations
- Risque d'erreur
- Moins de prévention
- Retentissement sur les consultations programmées

3. Gestion des CNP

3.1. En fonction du type de secrétariat

3.1.1. Sans secrétariat

a) Difficultés d'organisation devant les CNP

En l'absence de secrétariat, la gestion des appels était gérée directement par les médecins. Cette gestion était « *vraiment très chronophage* » M9, parfois « *très dérangeant* » M9.

Elle entraînait une interruption des consultations « *on peut parfois avoir deux ou trois appels par consultation et ça casse la consultation* » M5, ce qui pouvait être difficile à gérer « *ce que je vivais mal, c'est l'intrusion du téléphone dans les consultations* » M6, surtout quand les interruptions étaient nombreuses « *on interrompt ce qu'on est en train de faire, une consultation qui est en train de se dérouler, si ça se produit dix fois ce n'est plus jouable* » M4.

Le second et le dixième médecin qui exercent sans secrétariat expliquaient qu'ils étaient obligés de débrancher le téléphone au bout de trois interruptions par consultation : « *quand je vois que j'ai eu plus de trois consultations, heu trois coups de fils en une consultation, je décroche le téléphone* » M2 ; « *Alors moi j'ai une règle si tu veux, c'est tout simple. J'ai un, une programmation d'un disque, disant que l'on est occupé et je prends trois appels par patients par consultation. Au bout du troisième, le disque et après je reprends sur le patient d'après. C'est un peu lourd, mais ça me permet de gérer* » M10. L'absence de secrétariat entraînait alors une perte d'appels « *à la limite je ne réponds pas quand je suis débordée* » M2, car « *tu ne peux pas prendre tous les appels* » M7.

Certains estimaient avoir une mauvaise gestion des appels « *nous on leur montre qu'on est pas trop dispo, on répond à moitié, parce qu'on a pas que ça à faire* » M5, d'autant que estimer l'urgence par téléphone était difficile « *En fait tu fais une analyse tu vois si c'est vraiment urgent ou pas. Mais l'analyse par téléphone je ne vais pas t'apprendre que ça peut être risqué* » M10 et nécessitait « *d'être un peu plus vigilant* ». L'absence de régulation en amont, avec des « *gens qui se pointent comme ça là. que j'envoie paitre ou non... !* » M2 les incitaient à ouvrir des plages de consultations sans rendez-vous pour absorber ces CNP où « *l'absence de secrétariat m'oblige à fonctionner comme cela* » M2.

b) Vécu difficile par les médecins

L'absence de secrétariat était vécu par de nombreux médecins comme une difficulté « *si j'avais pas de secrétaire, les gens ils viendraient quand même au cabinet, ils attendraient devant la porte et ce serait pas gérable* » M3, avec l'impression de faire « *deux métiers en un, faire l'accueil téléphonique et les patients, c'est pas possible* » M5 et avec un risque d'épuisement voire de burn out : « *cela a duré*

trois ans (l'absence de secrétariat), et on s'est dit rapidement, ça va pas l'faire, on va pas l'faire 30 ans comme ça parce que sinon on va devenir vite cinglés » M4 .

Le temps de consultation était perturbé *« une consultation, j'ai eu vingt-sept coup de fil un matin pour avoir une consultation, c'est juste pas possible » M9* et le risque d'événement indésirable était majoré *« vous allez voir, vous allez rentrer chez vous, vous allez me rappeler parce que l'on aura oublié quelque chose » M9*. Pour M8, le plus important était d'avoir un temps dédié complètement au patient, sans être dérangé *« ce qui est précieux, pour moi, c'est d'avoir vraiment un temps complètement dédié au patient, à sa problématique, et à la résolution de sa problématique. Sans avoir quelque chose qui vienne me déranger » M8*.

Certains étaient dérangés pendant leur temps libre et restaient disponible à tout moment *« moi j'ai des confrères qui vivent branchés avec leur téléphone, les patients ils appellent à n'importe quel moment du week-end et ils prennent rendez-vous » M8*.

L'absence de secrétariat engendrerait une pénibilité *« les gens m'appelleraient n'importe quand. Et ça je ne supporterais pas [...] Chaque coup de téléphone on se dit "tin c'est qui encore..?!" » M8 ; « On a pas envie! Parfois c'est trop... c'est trop... » M5*, et serait un manque d'attractivité pour les jeunes médecins *« J'ai remplacé de nombreuses fois des médecins qui fonctionnait sans secrétariat, alors c'est pareil. Moi je l'ai mal vécu » M6*, peu de jeunes acceptant de travailler sans secrétariat aujourd'hui *« puisque comme je fais partie de la nouvelle génération, j'ai toujours connu un secrétariat » M6*.

c) Points positifs liés à l'absence de secrétariat

L'absence de secrétariat permettait, selon les médecins concernés, d'avoir une relation médecin - patient renforcée *« parce que je les connais bien les patients, je les reconnais à la voix, heu ils ont même pas besoin de se nommer, ce côté heu impersonnel (du secrétariat téléphonique) il y en a que ça a beaucoup emmerdé » M2*. Le médecin serait *« plus à l'écoute » M2*.

Une gestion directe des appels *« coup par coup » M2* donnait *« l'impression de gagner du temps » M2*, avec une régulation médicale directe *« Je préfère prendre les appels si tu veux pour avoir une vision, la mienne, téléphonique, même s'il y a des risques, plutôt que heu qu'il y ait quelqu'un qui dise... Voilà c'est un de mes points positifs » M10*.

La responsabilité médicale était conservée par le médecin et non réattribuée à la secrétaire *« s'il y a des merdes, au moins, c'est pour moi » M10*. Cette gestion directe des appels permettait d'apporter une réponse systématique au patient qui *« savent que s'ils m'ont ils ont une réponse en général » M2* et de moins consulter où *« Beaucoup beaucoup de consultations par téléphone sont pour décharger l'urgence » M11*.

Encadré 3. Gestion des CNP - Sans secrétariat :

- Difficultés d'organisation devant les CNP
 - Gestion des appels chronophage
 - Interruption des consultations par les appels
 - Nécessité de débrancher le téléphone
 - Perte d'appel et mauvaise gestion des appels
 - Difficile d'estimer l'urgence par téléphone
 - Absence de régulation en amont
 - Ouverture de plages sans rendez-vous nécessaire
- Vécu difficile par les médecins
 - Pénibilité / Risque d'épuisement / Burn out
 - Impression de devoir toujours travailler plus
 - Temps de consultation perturbé
 - Risque d'événement indésirable majoré
 - Certains dérangés pendant leur temps libre
 - Manque d'attractivité pour les jeunes médecins et les remplaçants
- Points positifs liés à l'absence de secrétariat
 - Relation médecin-patient renforcée
 - Plus grande disponibilité du médecin
 - Régulation médicale directement par le médecin
 - Réponse instantanée au patient / Gain de temps

3.1.2. Avec un télésecrétariat et/ou sur internet

a) Avantages du secrétariat à distance

Le choix du secrétariat à distance, téléphonique ou internet, permettait de « *soulager la tâche* » M11 des médecins avec « *un confort de travail inégalé* » M6, certains médecins affirmant même « *jamais de la vie je ne bosserai sans secrétaire* » M6 ; « *je ne peux pas m'en passer* » M9.

C'était un investissement important « *ça coûte très cher. C'était entre 550 et 750 euros par mois. Donc c'est quand même un coût important* » M9, mais un investissement rentable d'un point de vue qualitatif « *c'est vraiment du luxe hein. Mais c'est ma liberté* » M8.

Le secrétariat à distance, contrairement au secrétariat physique, était moins onéreux puisque « *ça coûte moins cher que d'avoir un salarié durant la même, la même amplitude horaire* » M1.

C'était souvent la solution pour un exercice seul où « avoir au moins un secrétariat téléphonique à temps partiel, c'est une bonne solution [...] ça marche bien » M6.

Le secrétariat à distance « offre une plus grande amplitude horaire » M1 avec un « secrétariat qui est ouvert de 8h le matin à 19h le soir sans interruption le midi » M1. Il ne demandait pas de gestion particulière contrairement au secrétariat physique, un médecin estimait être « plus aidé avec un secrétariat téléphonique qu'avec une personne physique à qui il fallait faire des feuilles de paye... La je reçois ma facture et pof » M8.

b) Avantages du télésecrétariat

Le télésecrétariat permettait de filtrer les appels « des gens qui essayent d'abuser » M8 et de mieux différer les appels, par exemple quand un patient « appelle le secrétariat téléphonique, et éventuellement ils me le passent, et là je leur dis "ah non là je ne peux vraiment, je le rappelle ce soir, laissez-moi un message" » M9.

Ce serait un type de secrétariat suffisant pour la prise de rendez-vous classique où « un secrétariat téléphonique, si c'est pour prendre un rendez-vous, il n'y a pas besoin d'autre chose » M8.

Ainsi, par une régulation en amont des CNP, les médecins étaient moins dérangés pendant les consultations, sauf « si elles ont le moindre doute, elles nous passent les patients » M6. M8 expliquait que « c'est capital de ne pas être dérangé » M8, afin de préserver « une qualité de présence et une qualité d'écoute » M8 et de ne pas « être interrompu dans le fil de ma discussion, ou dans le fil de ma réflexion avec le patient » M8.

Les secrétaires recrutées par les entreprises de télésecrétariat auraient l'avantage de recevoir une formation plus spécifique, contrairement à la plupart des secrétaires physiques « derrière elles savent, elles sont formées à l'urgence. Je n'ai jamais eu en 32 ans une erreur de leur part » M8. A l'inverse, un autre médecin pensait « qu'elles ne sont pas formées... je ne pense pas. Il y en a une, ça fait plus de 27 ans que je la connais. Mais elle a l'expérience » M9.

c) Difficultés du télésecrétariat

Le télésecrétariat ne convenait pas à certains médecins, qui parfois ont essayé et « n'ont pas été content » M10, principalement vis-à-vis du côté impersonnel ressenti « je les connais bien les patients, je les reconnais à la voix, heu ils n'ont même pas besoin de se nommer, ce côté heu impersonnel il y en a que ça a beaucoup emmerdé » M2.

Il était parfois difficile de tomber sur une secrétaire compétente car « il y en a qui savent écouter et d'autres qui ne savent pas écouter » M9. Par contre, « les secrétaires, ne voulant absolument pas

déranger, finalement font des mini urgences relatives à distance [...] "Merci de rappeler madame Machin..." » M8, et de nombreux messages étaient laissés la journée, nécessitant de rappeler les patients en dehors de consultations, « et donc le soir je suis épuisé quand il faut rappeler tous ces gens » M8.

Le problème de responsabilité médicale était également avancé car la « secrétaire elle n'a quand même pas la compétence pour juger des vraies urgences. On lui a donné des tuyaux, mais elle a pas la compétence » M3. Ainsi, elles ne devaient « jamais faire de diagnostic par téléphone » M6 ou « dire des noms de médicaments » M8 car « médico-légalement, ce serait quand même un peu limite » M6.

d) Avantages de la prise de rendez-vous sur internet

C'était un mode de prise de rendez-vous avancé comme moins onéreux en permettant de « baisser le coût du secrétariat » M9, avec un prix fixe mensuel « Sur le plan financier aussi c'est mieux car un prix fixe mensuel (95€) quel que soit le nombre d'appels à la différence du secrétariat à distance qui te fait payer au nombre de communication ! ». Il était présenté par M10 comme une solution « pour les années à venir » M10, ce médecin affirmant que « ça va se développer et ça résoudra probablement une partie des problématiques » M10.

Les patients en étaient satisfaits car pour un médecin exerçant seul sans secrétariat, c'était parfois difficile de le joindre « Tous les patients m'ont dit que c'est très bien car ils avaient beaucoup de mal à me joindre, y a toujours de la place pour le jour même de la consultation dès le matin » M9.

Il serait intéressant pour les jeunes actifs, avec une facilité d'utilisation « quel que soit l'âge » M8 et plébiscité par les patients qui « en raffolent » M12, en ayant la possibilité de « se connecter quand ils veulent » M11. Un système de "phoning" où « ils font du rappel, ils envoient des messages pour se rappeler les rendez-vous » M9 réduirait le nombre de rendez-vous non honoré « Je n'ai que très peu de rendez-vous non honorés » M11.

La possibilité de le prendre en association avec un secrétariat permettait de soulager les celui-ci en faisant « de la réponse téléphonique en moins » M12 et de « diminuer les frais de fonctionnement » M9, car « à part les charges sociales et les impôts, c'est notre poste de dépense principal » M9.

e) Difficultés de la prise de rendez-vous sur internet

La prise de rendez-vous sur internet ne permettait pas de réguler les flux puisqu'il n'y avait « aucune régulation dessus » M12 et que « ça ne filtre absolument pas les demandes ». Un médecin avançait même que cela entraînait un défaut d'accessibilité aux soins car « quand ils ont un pépin, ils ont pas de réponse directe » M12. Cette absence de régulation amenait à des agendas pleins plus rapidement « Mais oui je constate que très souvent son agenda de la semaine est plein » M6.

La prise de rendez-vous sur internet serait également plus difficile d'accès pour les personnes âgées, où « la grand-mère de 80 ans pour prendre rendez-vous sur internet t'en as une sur dix » M10.

Encadré 4. Gestion des CNP - Avec un secrétariat à distance :

- Avantages du secrétariat à distance
 - Permet de soulager les médecins
 - Investissement rentable qualitativement
 - Moins onéreux qu'un secrétariat physique
 - Solution pour un exercice seul
 - Pas de statut d'employeur à gérer
- Avantages du télésecrétariat
 - Filtrer les appels
 - Différer les demandes / Régulation en amont
 - Médecins non dérangés
 - Confort de travail
- Difficultés liées au télésecrétariat
 - Ne convient pas à tous les médecins
 - Côté impersonnel
 - Difficile de trouver une secrétaire compétente
 - Nécessité de rappeler les patients en dehors des consultations
 - Problème de responsabilité médicale de la régulation
- Avantages liés à la prise de rendez-vous sur internet
 - Prix fixe mensuel - peu onéreux
 - Solution d'avenir
 - Plébiscité par les patients / Facilité d'utilisation
 - Prise de rendez-vous à toute heure de la journée ou de la nuit
 - Rappel automatique des rendez-vous aux patients
 - Possibilité de mixer avec un autre secrétariat pour diminuer le coût
- Difficultés liées à la prise de rendez-vous sur internet
 - Absence de régulation des flux
 - Absence de filtre
 - Plages de rendez-vous plus vite remplies
 - Absence de contact direct avec le patient
 - Plus difficile d'accès pour les personnes âgées

3.1.3. Avec un secrétariat physique

a) Une meilleure organisation des CNP

Le rôle premier d'une secrétaire était de filtrer les appels et les prises de rendez-vous: *« C'est son rôle de filtrer. Si ça lui semble urgent, elle va se débrouiller pour heu soit le faire attendre, soit nous appeler »* M3. Le secrétariat physique permettait aussi de laisser des messages afin de ne pas être dérangé pendant les consultations. *« Toi t'as ta messagerie toute la journée, tu vois. Et je passe peut être dix coups de fil par jour facilement pour des patients. Puis tu règles huit problèmes sur dix, quand ce n'est pas neuf ou dix »* M12, parfois même par un système de messagerie entre médecins et secrétaires via *« une plateforme interne »* M1 où elles *« envoient un message avec un numéro de téléphone et c'est nous qui rappelons et voyons déjà le degré d'urgence et analysons la demande. C'est une régulation interne »* M1.

Une régulation des CNP en amont était mise en place *« c'est elle qui régule. La bonne secrétaire c'est celle qui au téléphone régule et qui demande quand quelqu'un appelle au téléphone "c'est pourquoi ?" »* M12, avec un temps de consultation et un planning modulable par le secrétariat, qui doit *« être en capacité de dire si "oula", là il y a une épidémie de grippe qui avance, donc je garde plus de plage de sécurité ou je décale des rendez-vous »* M12 ; *« Elle tempore, elle est capable de demander aux gens pourquoi ils viennent et de décaler »* M3. Comme l'explique M4 : *« C'est nos secrétaires qui organisent nos journées de consultations »*.

La présence d'un secrétariat physique avait l'avantage de mieux respecter les horaires des plannings de consultation et de moins faire attendre le patient : *« on a rarement la problématique de faire attendre [...] on essaye d'être à l'heure aussi et on arrive toujours à peut près à être à l'heure, max 10 min de retard »* M4. Il rendait possible une meilleure gestion des flux *« C'est un métier qui est non seulement le premier contact, mais aussi toute la régulation des flux »* M1, comme par exemple en cas d'épidémie saisonnière *« tu pourrais très bien ouvrir des plages aussi en fonction du temps, de la tension, de l'intensité des flux, bloquer... une grippe par exemple ne pas bloquer un rendez-vous si les gens ont un syndrome grippal, tu vois »* M12, ce médecin expliquant même qu'une secrétaire est *« Un vrai logisticien de cabinets médicaux »* M12 et que *« c'est un vrai métier dans la régulation des flux »* M12.

La secrétaire permettait également une meilleure gestion de l'imprévu en modulant les plannings en fonction du retard et en reprogrammant certaines consultations *« on a un système de messagerie interne dans le cabinet, j'envoie un message à la secrétaire en disant "écoute, gros gros retard en perspective, décale-moi tous les gens de la matinée" »* M6 ; *« on fait relayer à la secrétaire le fait d'appeler les patients suivant afin de les reprogrammer à distance »* M7.

Le médecin était lui plus confortable et moins sous pression « *il y a une chose très claire, ça me mets à l'abri, moi, de l'organisation en direct de ces demandes de soins* » M4 ; « *le fait de pouvoir s'appuyer sur le secrétariat qui gère tout ça c'est très confortable. Parce que tu peux partir tranquille* » M7. La secrétaire était le premier interlocuteur direct avec le patient, mais aussi « *l'interface quasiment systématique avec les intervenants extérieurs* » M4.

Une bonne relation de confiance médecin-secrétaire permettait une meilleure réponse aux attentes du médecin « *moi personnellement je leur fais entièrement confiance. C'est rare qu'elles se trompent quand elles me disent "y'a quelqu'un ça n'a pas l'air d'aller" [...] nos secrétaires je leur fais vraiment confiance. Mais parce que cette confiance n'a jamais été prise à défaut pour le moment* » M6 ; avec la possibilité de communiquer avec elle en direct « *là c'est simple, devant elle on lui dit, c'est bien mieux quoi, ça n'a rien avoir* » M5.

b) Un investissement et non un coût

La présence de secrétariat physique était présentée comme un investissement rentable économiquement : « *Le temps qu'il passait au téléphone, il perdait 3-4 consultations par jour. Ca fait 80 € par jour, au final ça fait peut-être ce qui paye la secrétaire* » M5 ; « *bien sûr que tout l'argent que tu mets là-dessus, tu le récupères en faisant une plus grande activité de soins. C'est évident* » M12.

Deux médecins exerçant en MSP expliquaient que de nombreux médecins percevaient toute dépense comme un coût sans penser à l'investissement et à la rentabilité que cela pouvait apporter : « *c'est l'archétype de la profession libérale historique, classique, si tu veux, qui comprend la dépense comme un coût et jamais comme un investissement* » M4 ; « *Le problème des libéraux, c'est qu'ils ne voient pas ce que ça rapporte. Le mot investir ils ne savent pas ce que c'est* » M12.

La présence d'un secrétariat physique était également présentée comme un investissement rentable qualitativement, notamment pour la gestion des CNP : « *ce qui est le plus satisfaisant, c'est qu'on arrive à être extrêmement performant* » M4 ; « *tu gagnes du temps, tu gagnes de la qualité, tu gagnes de la satisfaction pour tes patients et ça n'a pas de prix ça* » M12.

Le secrétariat fixe était un rôle pivot au sein des structures, où les secrétaires « *font un travail, vraiment un travail de fou* » M6, et où « *c'est LE poste clef* » M5. Les secrétaires seraient « *essentiels dans la gestion de ce type de consultations, car elles connaissent bien les patients* » M6 et « *doivent vraiment nous permettre de nous concentrer sur les consultations* » M5.

La délégation de tâches par le biais des secrétaires, bien que cela représentait un coût, était définie comme essentiel dans les métiers de services et donc dans les métiers de la santé « *T'imagines un boucher sans vendeuse ? T'imagines un cadre sans secrétaire. "Monsieur le cadre supérieur. On veut faire des économies, donc on va virer le secrétariat" (rires). "Vous êtes dingue vous !"* » M12. Il était

possible de laisser aux secrétaires la gestion du dossier médical « avec tout ce qui relève du dossier numérique » M4, ainsi que de déléguer des tâches non médicales : « nous elles gèrent le stock, elles passent les commandes, elles font un bout de la compta, elles nous servent de pense-bête pour nous rappeler qu'il faut qu'on fixe notre planning du samedi matin et des vacances, elles gèrent les commandes de café, ce qui est un élément de survie essentiel du cabinet médical (rires) » M6. Exerçant en MSP, M4 expliquait même que les secrétaires faisaient « énormément de choses » et que « ce ne sont d'ailleurs plus des secrétaires, on les paye comme des assistantes de direction en fait » .

Le confort de travail était présenté comme le point primordial de cet investissement « si tu veux moi j'ai une vision un peu caricaturale du truc: soit t'es en burn out, soit t'es content » M4, en donnant l'exemple d'un confrère ayant opté pour le secrétariat : « On a un pote pas très loin, c'est clair qu'il le prend à lui tout seul, qu'il l'assume complètement, et sa vie a été transformée complètement de manière tout à fait incroyable » M4. La plupart des médecins expliquaient que la présence d'un secrétariat était une plus-value pour leur cabinet médical : « Même tout seul je prendrais au moins un secrétariat téléphonique » M5 ; « je me vois pas fonctionner autrement. Je trouve que c'est un confort, vraiment vraiment vraiment un confort d'organisation du cabinet. Clairement, on y gagne en organisation du temps [...] Ce qui est un luxe pas possible. Mais en même temps, c'est royal quoi » M6. Un médecin expliquait même que « pour le confort, une fois qu'on a goûté à ça, c'est plus possible de revenir en arrière ! » M5

c) Sécurisation des patients

La présence d'un secrétariat physique permettait de « clarifier l'accès aux soins pour tout le monde » M4, en s'adaptant aux demandes du patient « en l'orientant au mieux, heu dans sa trajectoire et son accès aux soins » M4.

Une relation entre la secrétaire et les patients permettait de sécuriser ceux-ci « c'est une secrétaire qui a de l'empathie, donc qui est capable de voir quand quelqu'un est vraiment très souffrant » M3, autour d'une relation de confiance : « L'avantage d'un secrétariat physique, qui connaît les patients, ils ont confiance en elle » M5; « Quand elles sont sur un territoire, elles finissent par connaître les patients. C'est assez extraordinaire [...] et elles savent très bien reconnaître le degré d'importance par rapport à la patientèle » M12. Ainsi, le patient savait qu'il aurait toujours une réponse à sa demande et qu'il pourrait avoir le médecin en cas de demande le nécessitant : « d'avoir une secrétaire dont c'est le métier, ça rassure le patient, il appelle, il va avoir une réponse. Il sait que la secrétaire a été formée par les médecins à l'accueil » M5 ; « si elles ont le moindre doute, elles nous passent les patients » M6.

L'accueil physique était apprécié par les médecins, notamment pour la gestion des CNP « *elle fait l'accueil des patients aussi. Et quand c'est des consultations non programmées bah elle est là* » M3. Il permettait des relations plus humaines au sein des structures médicales : « *j'enfonce des portes ouvertes, mais c'est humain. Ils ont quelqu'un en face d'eux. C'est pas un répondeur téléphonique [...] la première personne qu'ils vont voir en rentrant, la personne qu'ils ont eu au téléphone, qu'elles connaissent, c'est une voix connue* » M6 et ce mode de secrétariat était plébiscité par les patients des structures qui en possédaient « *les gens préfèrent avoir un secrétariat* » M2 ; « *Résultats, les gens ils sont vachement heureux, tu vois* » M12.

Encadré 5. Gestion des CNP - Avantage de la présence d'un secrétariat physique :

- Une meilleure organisation des CNP
 - Filtrer les appels et les prises de rendez-vous
 - Système de messagerie interne pour communiquer
 - Prise de messages / Médecins non dérangés pendant la consultation
 - Régulation en amont des CNP
 - Meilleure gestion des flux / Planning modulable
 - Meilleure gestion de l'imprévu
 - Moins de retard et d'attente pour le patient
 - Organisation plébiscitée par les patients
 - Confort pour le médecin / Moins de pression
 - Meilleure réponse aux attentes du médecin
- Un investissement et non un coût
 - Investissement rentable économiquement
 - Investissement rentable qualitativement / Confort de travail
 - Délégation des tâches annexes / Gestion du dossier numérique
 - Secrétariat physique = Rôle pivot au sein de la structure
 - Une plus-value pour le cabinet
- Sécurisation des patients
 - Clarification de l'accès aux soins
 - Relation secrétaire - patient rassurante
 - Une réponse systématique à la demande
 - Accueil physique sécurisant
 - Relation plus humaines au sein de la structure

d) Difficultés liés au coût et à la gestion du poste de secrétariat

Le poste de secrétariat était perçu comme un gros poste de dépense par la totalité des médecins interrogés « *dans une maison médicale comme la nôtre, ça nous coûte très cher* » M4 ; « *c'est le premier poste de dépense de la SCM, hein, c'est le secrétariat physique* » M5 ; « *Bah on paye! (rires). Heu et bien j'en pense que effectivement ça coûte très cher. Ça coûte très cher. Le poste de secrétariat, ça doit être le poste principal dans nos charges de cabinet* » M6. Le secrétariat était alors considéré comme un poste de dépense inaccessible à un médecin exerçant seul « *parce que je n'avais pas les moyens de me payer une secrétaire. Etant tout seul on a pas les moyens* » M1. Le second médecin justifiait l'absence de secrétariat par une « *question de coût après surtout* » M2.

Certains médecins expliquaient éprouver des difficultés à trouver une secrétaire performante : « *le problème de la secrétaire physique, c'est qu'il faut tomber sur la bonne. Je veux dire moi j'ai des copains spé ils ont galéré des années avant de trouver la perle* » M10.

La gestion du secrétariat passait par une gestion des ressources humaines, ce qui reste un frein important à la présence de celui-ci dans certains cabinets, le statut d'employeur n'étant pas facile à gérer « *le coût est énorme. C'est vraiment le premier argument en effet. Plus le fait bien sûr avec les conventions collectives au niveau des secrétariats médicaux [...] On a pas de facilité, les employeurs par rapport aux employés, je trouve. Tout ça c'est assez verrouillé. Donc à cause de ça aussi, c'est un argument pour dire on va prendre une personne X* » M11.

Trouver une remplaçante en cas de maladie ou de congés était difficile « *de temps en temps on avait embauché une petite jeune mais c'était horrible. Elle tombait sans arrêt malade, elle a fait un bébé, heu elle avait des vacances à prendre* » M8 ; « *Et voilà, elle est en arrêt, elle est en congés, elle est pas là, elle est en maladie... Ca fait des mois et des mois... Et comment je m'en sors, et moi je m'en sors pas. C'est le gros problème* » M11.

Les médecins n'étaient pas formés et une mauvaise gestion des ressources humaines en découlait « *C'est super mal géré par les médecins qui ne sont pas de vrais managers. Tu as plus d'endroit où c'est les secrétaires qui gèrent les médecins, que les médecins qui gèrent les secrétaires tu vois* » M12.

Les deux premiers médecins interrogés expliquaient aussi l'absence de secrétaire physique par le manque de place au sein de leur cabinet « *le problème c'est que j'ai pas la place d'avoir une secrétaire dans les locaux* » M1 ; « *il n'y a pas la place non plus* » M2.

e) Formation insuffisante des secrétaires médicales

L'absence de formation à la régulation médicale des secrétaires était avancé par de nombreux médecins : *« je ne crois pas qu'elle ait reçu une formation en tout cas de régulation médicale »* M5 ; *« Les secrétaires elles pourront t'écrire heu syndrome de Lynch sans faute d'orthographe, mais par contre gérer un appel urgent ou une difficulté de flux, parce que les agendas sont blindés et que d'un coup il y a une épidémie de grippe, comment je fais? [...] Donc tu vois, tout un aspect de logistique et de gestion des flux qui devient très très important. Et ça je ne crois pas que ce soit appris dans les écoles de secrétariat »* M12.

La plupart des secrétaires étaient formées progressivement par les médecins *« petit à petit on lui a expliqué les choses qui pouvaient sembler urgentes, et les gens essoufflés, les gens qui avaient des douleurs dans la poitrine, etc. [...] Avec le temps on l'a formé »* M3, puis en engrangeant de l'expérience *« elles se sont beaucoup formées sur le tas, avec nous, avec le travail que l'on a pu faire avec elle »* M12. Parfois elles étaient formées par la secrétaire précédemment en place *« quand madame C. est partie, on a pris donc une deuxième secrétaire, mais il y a eu à nouveau une période de transition. Donc elle a été pareil formée avec Mme C. sur toute une période en doublon puis après on l'a lancée seule »* M7.

Il existerait ainsi un risque de sous-estimer des motifs urgents *« il faut que notre seuil de sensibilité du secrétariat soit le plus bas possible, pour éviter de laisser passer quand même des choses trop complexes ou trop graves qu'on aurait pas pu percevoir, et on perd forcément en spécificité »* M4, ce qui entraînerait un problème de responsabilité médicale *« il faut former l'équipe de secrétaire, avec des choses très précises, très cadrées. Parce que c'est pas sa responsabilité »* M5. Ainsi, des *« fiches de postes très complètes et détaillées »* M4 étaient établies avec *« des tâches réparties par semaine »* M4 afin de bien définir le poste de secrétariat et de pallier aux difficultés.

M12 proposait de *« renforcer leur formation »* M12 en les mettant en relation entre elle afin de créer *« de véritables communautés d'apprentissage »* M12 et de *« monter un partenariat avec les écoles de secrétariat, les emmener si tu veux dans des postes qui soit plus si tu veux de la réponse téléphonique et je remplis »* M12.

Encadré 6. Gestion des CNP - Difficultés liées à la présence de secrétariat physique :

- Difficultés liées au coût et à la gestion du poste de secrétariat
 - Gros poste de dépense inaccessible à un médecin exerçant seul
 - Difficultés pour trouver une secrétaire performante
 - Difficultés liées au statut d'employeur : médecins non formés
 - Difficultés devant les arrêts et congés / pour trouver une remplaçante
 - Nécessité d'un local dédié au sein du cabinet
- Formation insuffisante des secrétaires médicales
 - Absence de formation à la régulation médicale
 - Formées à l'expérience
 - Problème de responsabilité médicale
 - Nécessité d'une fiche de poste détaillée
 - Renforcer la formation des secrétaires médicales

3.2. En fonction du mode d'exercice

3.2.1. Exercice en zone fragile ou exercice seul

a) Difficultés liées à une relation médecin - patient plus fusionnelle

La relation médecin-patient, pour un exercice seul ou en zone fragile, était caractérisée de paternaliste « à côté il y a un peu un côté paternaliste, je suis le papa de mon patient quoi. J'assume, je suis là pour eux et c'est mes bambies quoi [...] Parce qu'il y a une sorte de rapport mystique avec les médecins, qui est un peu le super héros, qui nous connaît, qui sait ce qu'il faut prescrire » M5.

Les patients restent très dépendant du médecin « c'est de l'exercice isolé, donc le patient est très dépendant du médecin. Enormément dépendant [...] on est happé par les patients » M5. La relation d'affect est plus importante avec le patient d'autant que « le seul référent qu'ils ont c'est nous » M5.

L'exercice seul était associé pour le second médecin à un métier "passion", où le médecin ne compte pas ses heures « je suis une fondue [...] ça ne me dérange pas de travailler » M2, nécessitant une grande disponibilité du médecin « puis les gens ils me connaissent, ils frappent, et si je suis dispo je les prends en fait [...] Je pense que les gens apprécient ma disponibilité, j'ose l'espérer, voire ma compétence, rires » M2. Cette nécessité d'être disponible se retrouve en zone fragile où « ils savent très bien qu'en zone rurale, le médecin est joignable quand même facilement, heu s'ils appellent en disant "ça va pas du tout, je me suis blessé..." on lui dit "venez au cabinet on va jeter un œil, vous venez tout de suite. Et puis je vous verrai entre deux" » M6.

b) Médecins généralistes en première ligne

En zone fragile, souvent isolée, il n'y avait pas d'autres recours pour les patients que le médecin généraliste : *« Bah le problème c'est que comme on est dans un endroit en vase clos, il faut bien que les gens ils soient vu par quelqu'un » M7.* Cet isolement n'était pas visible en ville : *« on est dans une zone privilégiée [...] enfin entre nous on est pas du tout en manque de généraliste. On a Bourgoin à 10 min de nous en ambulance. Enfin, voilà, si on fonce, 20 min en roulant normalement. Y'a le 24/24, le CHU à 30 minutes. On a de la chance, oui on a une organisation qui est confort » M6.*

Les médecins étaient parfois obligés de quitter le cabinet en urgence : *« A la campagne, tu as un arrêt cardiaque à 100 mètres de ton cabinet, si heu si, si t'es le plus proche tu pars, tu pars dessus si tu veux. Tu peux avoir une salle d'attente pleine, c'est comme ça » M10.* Afin de pallier à ce problème et au manque d'accès à des soins urgents, l'organisation médecin correspondant SAMU (MCS) a été mise en place dans les zones dites blanches : *« nos patients ils appellent le 15 et dans ce cas-là il y a le médecin qui est d'astreinte qui est déclenché. Ce qui fait que tu n'es pas stressé toute la semaine ou d'être appelé n'importe quand n'importe comment. Ça c'est le point fort » M7.*

L'exercice en zone fragile ou seul serait plus stressant mais plus intéressant : *« Après voilà, c'est plus stressant que quelqu'un qui est en ville, avec les urgences à côté, et qui prend que sur rendez-vous par un secrétariat j'sais pas où et qui ne fait que ce qui a d'écrit sur son planning. En même temps c'est plus intéressant » M7.*

c) Retentissement sur la qualité de travail

L'exercice seul ou isolé était associé à une surcharge de travail : *« dans un secteur où on a quand même une demande qui est forte, compte tenu de la démographie médicale » M1 ; « je peux avoir des rendez-vous jusqu'à dix, onze heures du soir » M2 ; « Ça reste des horaires trop lourds » M5.* Cela nécessitait une organisation plus rigoureuse *« de façon à ne pas se faire phagocyter par la demande » M1,* comme pour ce remplacement effectué par M6 en zone fragile : *« je remplaçais un médecin qui a déjà une organisation hyper carrée, avec un travail sur rendez-vous. Même s'il n'y a pas de secrétariat, l'organisation elle est déjà hyper cadrée » M6.*

Cette surcharge de travail ne laissait pas la place à la prévention *« Il n'y a aucune éducation thérapeutique, pour le diabète... il n'y a pas de suivi, il n'y a pas de prévention » M5,* ce qui pouvait être *« un petit peu frustrant pour un médecin qui a quand même une formation où il sait faire autre chose » M5.* M2 expliquait que la gestion de cabinet à côté des consultations était très difficile en exercice seul *« parce que oh là là!! La gestion du cabinet c'est mort quoi... Je gère ça n'importe comment... [...] en fait je fais la médecine mais pas le reste [...] Mes amplitudes horaires font que je n'ai pas le temps de m'occuper du cabinet » M2.*

d) Retentissement sur la qualité de vie

La surcharge de travail liée à l'exercice seul ou en zone fragile retentissait sur la qualité de vie, avec moins de temps pour des activités en dehors du cabinet, M2 expliquant qu'il était difficile de faire son sport « *je me suis inscrit dans une salle de sport, et j'essaye toujours d'aller faire une demi-heure de sport dans la journée, bon je n'y arrive pas* » et M10 devait courir pour ses loisirs « *J'ai choisi une autre façon de vivre. J'essaye pour les loisirs et les trucs comme ça... J'essaye si tu veux... Mais je cours un peu* ».

La pénurie de médecin et cette surcharge de travail n'était pas forcément compatible avec une vie de famille « *j'étais seule avec ma fille qui avait 4 ans quand je suis arrivé ici, donc finir à six heures et demie ou sept heures ça m'allait bien. On était pas encore en pénurie de médecin* » M2, et il était parfois nécessaire de trouver « *un compagnon depuis peu qui accepte tout à fait ma situation et qui ne m'emmerde pas avec ça* » M2.

e) Moyens insuffisants et/ou inadapté à l'exercice seul et en zone fragile isolée

En exercice seul, il n'était pas possible de mutualiser les frais car « *tout seul je n'ai pas les moyens* » M2 et ces charges « *c'est vraiment du luxe hein. Mais c'est ma liberté* » M8. Il était ainsi très difficile de payer une secrétaire physique comme l'exprimait de nombreux médecins : « *Tout seul on n'a pas les moyen d'avoir un secrétariat fixe. C'est une question de coût* » M2 ; « *Ah bah oui! Ça c'est sûr, seul c'est impossible! IM-PO-SSIBLE (il détaille chaque syllabe). C'est un gros poste de dépense* » M3.

Une impuissance était ressentie : « *en fait j'ai plus l'impression que c'était "on fait ce qu'on peut, on a une patientèle à gérer, on fait ce qu'on peut avec notre patientèle, et pas ce qu'on veut" [...] On aimerait mettre les choses en place mais on a pas les moyens* » M5, ainsi qu'un sentiment de fatalité : « *en même temps on ne veut pas travailler tous les jours jusqu'à minuit, donc il faut bien les caser sur la journée. Donc moi je ne vois pas bien de solution* » M7.

Les moyens n'étaient pas les mêmes en ville et en zone plus isolée : « *il y a je pense une différence énorme entre la ville et la campagne* » M10. L'éloignement des grands centres hospitaliers était difficilement vécu par les médecins « *Le SAMU il a mis une heure et demi pour descendre de Privas. Je ne sais pas ce qu'ils ont fait, ils ont du passé par Avignon, ou un truc comme ça, c'était terrible (rires)* » M3, un médecin en zone proche d'un centre hospitalier estimait que son exercice était « *relativement cool à mon avis par rapport à ce qui se passe en campagne* » M10.

f) Altération de l'accès aux soins

L'accès aux soins était difficile en zone fragile à cause du problème de démographie médicale « *Donc moi je ne vois pas bien de solution, hormis qu'il y ait des jeunes qui viennent s'installer avec nous (rires). Voilà. Pour partager le travail* » M7. Les CNP étaient toujours plus nombreuses, puisque « *même non programmées des fois, on a des retours où "on n'a pas pu vous avoir", parce que on arrive pas à les rentrer dans les trous ou les créneaux* » M1 et que « *fatalement tu fais beaucoup plus de petites urgences que tu fais quand tu es en zone urbaine, et tout, enfin c'est fatal quoi* » M6.

Les délais de rendez-vous étaient rallongés : « *la demande c'est de dire bah maintenant "c'est de plus en plus long pour avoir un rendez-vous chez vous". Maintenant, on est presque des fois à 10 jours pour avoir un rendez-vous* » M1 et l'accès aux soins non programmés était de plus en plus difficile « *Je pense que c'est pas si facile de venir me voir [...] La réputation que j'ai c'est que j'ai jamais de place* » M5. Le refus de nouveaux patients était ainsi inévitable « *On ne peut pas recevoir 60 personnes par jour quoi* » M1 ; « *C'est pour ça que j'en prends pas d'autres, parce que j'en ai pas la capacité [...] Après je vais être complètement débordé, après les patients vont avoir des délais de plus en plus long, après ça rime plus à rien. On peut pas gérer... il faut savoir ses limites. C'est compliqué [...] il n'y a pas de nouveaux patients, on ne peut pas. C'est clair. Pas de nouveaux patients. Sinon je coulerai* » M5.

Encadré 7. Gestion des CNP - Exercice seul ou en zone fragile :

- Difficultés liées à une relation médecin - patient plus fusionnelle
 - Rapport paternaliste / Patient dépendant du médecin
 - Relation d'affect plus grande
 - Métier passion
 - Nécessite une plus grande disponibilité
- Le médecin généraliste en première ligne
 - Pas d'autre recours pour le patient en zone fragile isolée
 - Médecins parfois obligés de quitter le cabinet en urgence
 - MCS en zone blanche
 - Exercice plus stressant mais plus intéressant
- Retentissement sur la qualité de travail
 - Surcharge de travail
 - Nécessite une organisation plus rigoureuse
 - Gestion du cabinet plus difficile
 - Moins de prévention
- Retentissement sur la qualité de vie
 - Moins de temps pour soi
 - Vie professionnelle et familiale difficile à concilier
- Moyen insuffisant et/ou inadapté à l'exercice seul et en zone fragile
 - Charges trop lourdes
 - Difficile de payer une secrétaire physique
 - Impuissance / fatalité
 - Moins d'isolement ressenti en ville
- Altération de l'accès aux soins
 - Problème de démographie médicale
 - CNP plus nombreuses
 - Délais de rendez-vous rallongés
 - Refus de nouveaux patients inévitable

3.2.2. Exercice en cabinet de groupe

a) Amélioration de l'accès aux soins

Le regroupement des professionnels permettait de répondre au problème de démographie médicale dans les zones fragiles, comme l'expliquait un médecin du département de l'Ain : *« la démographie médicale a toujours été un peu molle, dans le département de l'Ain dans toutes les professions et que c'était surement pour eux plus pratique de bosser ensemble » M4.*

Le partage des cabinets permettait une optimisation du temps de présence médicale *« Aujourd'hui on est cinq titulaires, heu et deux remplaçants quasi permanents, plus un interne SASPAS. Donc on est quasiment huit à travailler sur quatre cabinets » M12.*

Le regroupement permettait de raccourcir le délai de prise en charge en améliorant la continuité des soins par une présence médicale quotidienne de *« 8h - 20h toute la semaine, et le samedi 8h midi » M7 ; « on est heu trois médecins généralistes associés dans un cabinet où on a deux bureaux. Donc ce qui veut dire qu'il y a toujours deux médecins heu sur place par jour » M1 ; « Il faut être à mon avis, en groupe, c'est quand même plus facile pour accueillir les demandes de consultations non programmées » M5.*

b) Modification du rapport médecin - patient

Le cinquième médecin, qui va changer de mode de fonctionnement en passant d'un exercice seul à un exercice en MSP, expliquait qu'il fallait par le biais du regroupement de professionnels que le patient *« se détache de ce rapport fusionnel avec le médecin, qu'il y ait plutôt un rapport équipe traitante » M5* et que quand *« ils arrivent dans un lieu où ils sont pris en charge, où ils connaissent les secrétaires, ils connaissent les autres médecins, même si ce n'est pas leur médecins. Qu'ils sentent qu'il y a un petit groupe de professionnels de santé autour d'eux » M6.*

Il y avait donc souvent un partage de patientèle autour d'une équipe traitante notamment pour les CNP, où *« les gens viennent au cabinet, ils ne viennent pas voir Dr Machin ou Dr Truc » M3* et où chaque médecin *« n'a pas clientèle à proprement parler. On n'est absolument pas possessif avec les patients » M3.*

c) Organisation en amont de la gestion des CNP

Une entente mutuelle pour l'organisation des soins était mise en place au sein des cabinets de groupe, avec des professionnels *« qui sont d'accord de se dépanner, ça c'est clairement dit, quand un médecin à plus de place, l'autre médecin peut prendre le patient »* M5, parfois inscrite statutairement *« l'idée étant quand même d'avoir inscrit dans nos statuts et notre règlement intérieur un certain nombre de garde fou [...] qu'il y a une disponibilité et une continuité des soins au sein de la structure et qu'il faut pouvoir l'assurer et l'assumer, donc il fallait l'inscrire réglementairement »* M4. Un médecin expliquait que c'était mieux *« d'avoir le même type de mode de consultations. C'est compliqué de faire chacun à sa sauce. Le mieux, c'est quand même programmé, sur rendez-vous »* M5. Par cette organisation faite en amont, *« c'est quand même rarissime qu'on commence la journée avec un planning bourré [...] Mais parce que en amont on a déjà une organisation qui fait que ça roule »* M6.

L'entraide mutuelle permettait un soutien moral notamment quand *« il nous est arrivé quelque chose de difficile, on a quelqu'un pour en parler entre midi et deux »* M6 et un soutien professionnel de par une meilleure organisation des visites à domicile en zone isolée *« Pour les visites à domicile, quand c'est dans les plaines de l'Eyrieux, à 15-20 km, je lui demande (à son confrère) s'il a aussi une visite là-bas et si oui je la lui fais et inversement »* M3.

d) Amélioration de la qualité de travail

Le regroupement des médecins apportait une touche de convivialité au sein de leur exercice car *« se reposer les uns sur les autres, c'est plus sympa »* M3 ; *« l'aspect groupe, c'est sur l'aspect convivial, on se sent pas tout seul »* M6. Cet exercice de groupe était rassurant pour un jeune, comme pour le sixième médecin lors de son installation : *« Je trouve que c'est ça qui est rassurant, se dire qu'on est pas tout seul, que on peut demander à quelqu'un »* M6.

Le regroupement favorisait une amplitude horaire de travail moindre : *« Comme j'ai une famille nombreuse, j'ai jamais travaillé le mercredi. Comme il y a Béatrice qui me faisait le mercredi. Et moi en échange je faisais le samedi. Et elle était libre à partir du Vendredi 17h »* M8. Ainsi, il était plus facile de faire une autre activité professionnelle ou un loisir : *« là je travaille à temps partiel, du fait de mon temps universitaire à coté [...] Je suis chef de clinique oui. Et donc je ne peux pas me permettre d'exercer seule de toute façon je ne suis au cabinet que trois jours par semaine donc niveau continuité des soins ce n'est pas possible »* M6.

Tous les médecins travaillant en groupe estimaient que leur mode d'exercice était moins à risque d'épuisement et de burn out, avec une qualité de travail et un confort pour chaque professionnel : *« c'est un confort extrême. Donc le cabinet de groupe c'est cet intérêt-là »* M3 ; *« moi ça me repose complètement [...] je ne vois pas comment on pourrait faire, tenir au long cours, sans être organisé en*

groupe quoi » M4 ; « Le groupe c'était condition sine qua none d'exercice. Déjà je ne me vois absolument pas travailler tout seule [...] en fonctionnement standard, j'ai jamais l'impression qu'on est vraiment débordé » M6.

Le regroupement permettait une mutualisation des compétences « on a un doute pour un patient genre on est un peu fatigué on veut une deuxième paire d'yeux là, on sait qu'on a fatalement un collègue à coté qui peut venir voir [...] Il y en a un qui a une activité de médecine du sport. Tout ce qui est toute traumatologie, rhumatologie, il a un œil qui est vraiment intéressant à voir. Voilà. On a des activités qui se complètent parfaitement, et c'est ce que moi je recherchais dans une activité de groupe » M6.

Le regroupement favorisait également la prise en charge des patients complexes « c'est un confort aussi pour les patients lourds, être plusieurs médecins au courant de sa pathologie et de partager les soins, parce que c'est un cabinet, on partage, c'est un cabinet de groupe mais on partage » M3.

Encadré 8. Gestion des CNP - Exercice en cabinet de groupe :

- Amélioration de l'accès aux soins par le regroupement des professionnels
 - Réponse au problème de démographie médicale
 - Optimisation du temps médical
 - Amélioration de la continuité des soins
- Modification du rapport médecin - patient
 - Se détacher du rapport fusionnel médecin - patient
 - Equipe / structure traitante pour les CNP
 - Médecin référent pour le suivi de patients porteurs de pathologies chroniques
- Organisation en amont de la gestion des CNP
 - Quantité de travail en augmentation constante
 - Entente mutuelle nécessaire / Inscrite statutairement
 - Plus efficace si même mode de fonctionnement
 - Partage des compétences médicales
 - Meilleure organisation des visites à domicile
- Amélioration de la qualité de travail
 - Convivialité
 - Rassurant pour les jeunes médecins
 - Amplitude horaire moindre
 - Moins de risque d'épuisement / burn out
 - Diversité médicale des compétences
 - Meilleure prise en charge des patients complexes

3.2.3. Exercice en maison de santé pluridisciplinaire

a) Le secrétariat : poste clef de la structure

Les secrétaires étaient présentées au sein des MSP comme *« puissamment motrices dans notre fonctionnement et leur propre fonctionnement »* M4. De part une grande amplitude horaire de présence, avec *« une secrétaire en permanence de lundi 8h à vendredi 18h et le samedi matin »* M12 et leur rôle pivot au sein de la structure où *« ce ne sont d'ailleurs plus des secrétaires, on les paye comme des assistantes de direction en fait »* M4, ce poste de secrétariat était présenté comme le poste clef des MSP *« que l'équipe de secrétaire physique soit présent tôt le matin jusqu'à tard le soir, vraiment je pense que c'est un poste de dépense hyper important »* M5 ; *« on a en gros laissé le manche à nos secrétaire »* M4.

b) Mutualisation des frais

L'exercice en MSP favorisait la mutualisation des frais de secrétariat en augmentant son temps de présence : *« être en groupe nous permet de l'avoir (la secrétaire) et heureusement. En fait, être en groupe présente plein d'avantages »* M3 ; *« c'est pour ça qu'on peut se permettre d'avoir un peu plus d'un équivalent temps plein de secrétariat fixe »* M6.

La mutualisation des frais entre différentes MSP permettait également de faire appel à un coordinateur de soins, présent ponctuellement dans chaque structure. Ce poste étant présenté comme un nouveau métier dédié à ces structures afin de dégager du temps médical au service des patients *« des postes de coordination, qui sont des postes à Bac +5, difficile à trouver pour une journée par semaine, donc on les a mutualisé entre plusieurs équipes »* M12.

Les nouveaux modes de rémunérations (NMR), dédiés aux MSP labélisées par l'ARS permettaient la mise en place de projets de santé publique et de rémunérer différemment les médecins *« si on me dit que il y a de l'argent à prendre pour faire des choses qui m'intéressent, plutôt que de le faire gratuitement, je vais prendre l'argent, pour le collectif professionnel si tu veux [...] donc je vais chercher les moyens que l'on m'offre, et je serai bien con de ne pas les prendre »* M4.

Il était également possible de faire appel à une société de service qui externalise les frais *« qui va depuis petit service à un gros service jusqu'à tous les services... All Inclusive [...] au sein de la maison de santé, au service de la maison de santé »* M12, afin de dégager du temps libre pour le soin et la prise en charge des patients.

c) La maison de santé : structure référente de proximité

Les MSP étaient présentées comme des structures, au sein d'un secteur géographique dédié, où l'on exerçait une *« médecine de proximité, [...] avec une dynamique nouvelle [...] en travaillant autrement »* M5, selon un modèle inspiré des Patient-Centered Medical Home américaines (PCMH) *« j'étais assez baba de ce qu'il se passait à l'époque aux Etats-Unis avec les PCMH, les Patients-Centered Médical Home, qui étaient des sortes de maison de santé, avec des assistantes médicales, où ils avaient une vision beaucoup plus territoriale, et suivi des polypathologies »* M12. Ces MSP, avec une présence médicale continue, étaient toutefois considérées comme des *« aspirateurs à patientèle »* M4.

Les professionnels de santé étaient réunis autour d'un projet de santé *« On est nous, professionnels de soins primaires, réunis autour d'un projet de santé, physiquement dispersés dans des endroits différents »* M4, où *« les médecins ils se mettent d'accord entre eux, tu vois c'est assez rare. Qu'ils aient le même logiciel, la même logique à peu près de prise en charge, ça change tout ! »* M5.

d) Amélioration de la qualité de travail et des soins

L'organisation au sein de ces structures permettaient de *« tenir les exigences scientifique de ce que l'on a appris, car en fait c'est tellement compliqué qu'il faut bien s'organiser pour pouvoir le faire »* M5. Une émulation collective pouvait se mettre en place avec une formation entre professionnels au sein de la MSP *« on a des rencontres dédiées. Pour les seuls médecins, on a une réunion tous les premiers lundi de chaque mois inscrite sur les plannings »* M4 ; *« que y'a une logique de prise en charge au niveau des médecins, une logique que l'on prescrive un peu la même chose aussi. Les médecins doivent se former entre eux »* M5.

La mise en place d'un système d'information partagé était une nécessité au sein de ces structures car *« si on était avec un système d'information différent et l'impossibilité d'accéder au dossier du patient, c'est juste pas possible. Je ne peux pas, sur une tranche de 20 min, perdre du temps à vérifier les antécédents du patient, il faut que j'ai une vision synthétique »* M4. Ainsi, les professionnels avaient l'impression d'être plus performant : *« notre système, mine de rien, est plutôt performant. Et ça c'est l'extrême satisfaction si tu veux »* M4 ; *« qu'ils aient le même logiciel, la même logique à peu près de prise en charge, ça change tout ! »* M5.

e) Amélioration de l'accès aux soins

L'exercice en MSP nécessitait une continuité des soins inscrite dans le cahier des charges avec une amplitude d'ouverture de la structure large en dehors de la permanence des soins *« Il est inscrit clairement dans le cahier des charges que le pôle de santé et notamment les médecins doivent assurer*

une prise en charge des ces soins non programmés en journée jusqu'à l'ouverture de la permanence de soins non programmés ambulatoire » M4 et une présence médicale quotidienne « l'importance c'est de donner vraiment aux patients la certitude qu'il y a une continuité et une permanence des soins » M4.

Le partage de cabinet permettait une optimisation du temps de présence médical et d'être « plutôt efficace collectivement » M4, car « il y a un avantage pour le patient net, quand même, quand on est moins pressé par les patients, on fait quand même une meilleure qualité au niveau des consultations et au niveau des prescriptions, on n'a pas tendance à bâcler » M5. Et en cas d'urgence « c'est confortable d'avoir plusieurs salles. Parce que le jour où tu as une vraie urgence, tu peux la suivre aux urgences (dans le box d'urgence) et puis continuer tes consultations tout en surveillant ton patient » M7.

Cette continuité des soins retentissait sur la permanence des soins ambulatoires, comme l'expliquait le quatrième médecin où les patients consultaient moins les structures de garde « on est un groupe où nous on représente presque 20% des médecins du territoire et on ne génère que 6% de l'activité de la maison médicale de garde » M4.

Cette amélioration d'accès aux soins était perçue comme un vrai point de satisfaction tant pour les patients que pour les médecins, avec un confort de travail et un système performant : « dans une maison médicale comme la notre, ça nous coûte très cher. Mais le confort, la qualité de vie et de travail fournis, la satisfaction, parce qu'on audit régulièrement nos clients pour savoir ce qu'ils pensent du système, on est pas non plus complètement aveugle [...] on dit beaucoup que les maisons de santé c'est un vrai point de satisfaction pour les praticiens, mais c'est aussi une satisfaction pour les patients » M4.

Encadré 9. Gestion des CNP - Exercice en maison de santé pluridisciplinaire :

- Le secrétariat : poste clef de la structure
 - grande amplitude horaire de présence
 - rôle moteur
- Mutualisation des frais
 - du poste de secrétariat
 - du poste de coordinateur de soins entre différentes structures
 - nouveaux modes de rémunérations (NMR)
 - externalisation de services non médicaux
- Une structure référente de proximité
 - une dynamique nouvelle inspirée des PCMH américaines
 - professionnels réunis autour d'un projet de santé
 - aspirateur à patientèle

- Amélioration de la qualité de travail
 - plus d'exigence scientifique
 - émulation collective / formation entre professionnels
 - système d'information partagé performant
- Amélioration de l'accès aux soins
 - continuité des soins / présence médicale quotidienne
 - efficacité collective
 - moins de consultations dans les structures de garde
 - satisfaction des patients et des médecins

4. Liens entre CNP et permanence des soins

4.1. Difficultés d'accès aux soins non programmés

L'accès aux soins était considéré comme difficile par l'ensemble des médecins interrogés, entre ceux qui refusaient de nouveaux patients « *Il ne faut pas exagérer, mais tu as un appel par jour où on te demande d'être le médecin traitant. Les gens, tu les sens désespérés quoi! "J'ai 5-6 médecins et non, non"...* » M10 et ceux qui sont surchargés « *parfois on se sets un peu en porte-à-faux et qu'on aimerait les voir nous, mais à un moment donné, il faut rentrer chez soi le soir* » M6, les patients n'ont parfois pas d'autres choix que de se tourner vers les services d'urgence.

Ces services d'urgence ou les maisons médicales de garde sont souvent le recours car « *il y a des gens heu c'est pas possible de voir super tard le soir, ou il débarque en consulte et nous on y arrive plus, ça arrive qu'on leur dise à ce moment là "bah allez au 24/24".* » M6, malgré un délai d'attente souvent long « *en général ils se décomposent et se disent "ouh là là c'est parti pour aller attendre 4h aux urgences"* » M6.

Ceci entraînait un engorgement des services d'urgence pour des motifs non urgents relevant de la permanence des soins ambulatoires « *parce qu'effectivement tu appelles ça un service d'urgence et tu te rends compte qu'il y a effectivement 70 % qui n'est pas de l'urgence, ça peut hérisser en tant que citoyen* » M4 ; « *on lit beaucoup de choses en ce moment sur les engorgements des urgences où il y a là pour le coup que du non programmé, mais où il y a énormément de consultations pour des motifs qui ne nécessiterait pas le recours aux urgences* » M6. Une certaine fatalité ressortait des entretiens car « *des fois on est obligé de dire "stop, on ne peut plus, allez au 24/24" ou dans le service d'urgence d'à côté* » M6.

4.2. Absence de régulation des services d'urgence

« Les services d'urgences ils sont ouverts 24 h sur 24, gratos, il y a de la lumière et des docteurs » M12. L'absence de régulation « ils peuvent y aller comme ça, sans appeler, il n'y a aucune régulation » M5 était associée à un service sans avance de frais, considéré comme gratuit par les patients « un problème de société. Parce qu'ils ne payent pas! (rires) » M10. Cette ouverture "non stop" serait en corrélation avec le nombre important de consultation dans ces services : « tu fais pareil avec les cinémas en France, tu dis "les cinémas ils sont ouverts 24 heures sur 24 et gratos" Tu vas t'étonner qu'il y ait plein de gens qui aillent au cinéma » M12.

L'absence d'avance de frais pouvait avoir un effet néfaste devant l'absence de visibilité du coût réel de la consultation. En effet, pour une personne défavorisée « ton gamin il a 40 de fièvre, c'est 9h du soir, tu vois tu viens de le récupérer chez ta mère. Qu'est-ce que tu fais? Tu ne vas pas chez le toubib. T'es obligé de cracher 50 euros avec la garde. Tu vas aux services d'urgence. Ça coutera 250 euros à la société mais ce n'est pas toi qui paye » M12.

4.3. Repenser la régulation des services d'urgence

M3 expliquait que par le passé, alors qu'il travaillait dans un service d'urgence privée, il réadressait les patients consultants pour un motif non urgent à leur médecin traitant « on examinait les gens et on leur disait "ce que vous avez c'est pas urgent. Je ne vous donne pas de traitement. Vous allez voir un médecin en ville » M3. Avec le temps, l'information était passée et les gens ne consultaient plus aux urgences pour un motif non urgent « J'ai fais ça pendant un an, et au bout d'un an ça se savait. Il n'y avait plus personne dans le quartier. Et les gens allait directement chez le généraliste » M3.

M4 proposait de fermer l'accueil des services d'urgence et de n'en autoriser l'accès que via une régulation en amont « je pense qu'à partir du moment où tu mets une structure ouverte, non régulée, où il y a toujours de la lumière, de fait ça ne peut, tu ne peux qu'avoir du monde. Donc si tu veux réduire, c'est pas en imaginant des partenariats compliqués, c'est en disant il n'y a pas d'accueil au service d'urgence, il y a des accès régulés » M4. Par contre, une régulation correcte doit être effectuée « Mais à partir du moment où tu es régulé, ça veut dire que derrière tu peux dire bah attendez on va vous orienter correctement » M4.

Pour M12, c'est au médecin généraliste d'initier la filière de soins urgents en faisant une régulation en amont « dorénavant c'est fermé et vous n'y rentrerez que si vous avez un courrier d'un médecin [...] Si c'est toi qui fait, tu inities la filière de soins, tu responsabilises le médecin de l'autre côté. Donc ça fait parti du job. Enfin moi je considère que ça fait partie du job » M12. Cette régulation existerait dans d'autres pays « dans les autres pays ça ne se passe pas comme ça. Tu ne rentres pas comme ça dans un service d'urgence. Il faut que tu es un, t'es, t'es régulé par la ville avant » M12.

4.4. Organisation collective autour d'une maison médicale de garde

L'entente collective pour la prise en charge des CNP permettrait de soulager les médecins *« le soir quand il est tard, que je suis fatiguée, quand ça fais douze heures que je travaille... L'appel à 19h30 je l'envoie à la maison médicale »* M8 et le samedi matin *« puis on s'est aperçu que si on travaillait le samedi de toute façon les gens ne venaient plus parce qu'il y a la maison médicale de garde »* M9.

M8 et M9 expliquaient à travers leur mode de fonctionnement avec la maison médicale de garde que celle-ci était gérée par les médecins du secteur dédié *« maintenant c'est par ordre alphabétique. On a un joker si éventuellement on a quelque chose à faire à Noël ou au jour de l'an »* M9, également en journée comme cela se fait en Suisse *« si quelqu'un se fait une entorse, il doit nous appeler. Si on a un trou, bah voilà on lui dit de venir, sinon on la bascule sur le médecin d'urgence [...] ils ont un mode de fonctionnement en médecine générale en Suisse que je trouve épatant. Ils ont une maison médicale, par quartier, qui est ouverte 24h sur 24. Et tout médecin installé doit faire une demi-journée plus une soirée, une nuit ou un week-end, dédié à l'urgence non programmée »* M8. Mais ce fonctionnement nécessiterait une régulation en amont par le médecin traitant au moins la journée : *« en fait moi je pense que pour pouvoir accéder à ces maisons, je pense qu'il ne faut pas que ce soit un accès libre. [...] que l'accès non régulé se fasse à partir de 20h le soir »* M8.

M1 aimerait mettre cela en place sur son secteur de soin *« c'est à l'échelon collectif qu'il faut voir ça et envisager ça plutôt sur un bassin de population, ou un bassin de médecin qui s'entendent entre eux heu et qui gèrent le non programmé en demi-journée, par exemple, en se disant bah tel jour c'est un tel, tel jour c'est un tel, tel jour c'est un tel »* via un secrétariat qui régulerait les consultations non programmées *« les gens arrivent, où ils sont guidés via le secrétariat [...] éventuellement sans rendez vous, en passant par le secrétariat »*.

M8 proposait, afin de limiter les consultations abusives dans ces services, de refuser le tiers payant en cas d'absence de régulation par un médecin généraliste *« quand ils viennent spontanément... Enfin quand ils passent par le 15, ils ont le droit au tiers payant. S'ils ne passent pas par le 15, ils n'ont pas le droit au tiers payant »* voire de refuser le remboursement de la consultation en cas de motif non urgent *« c'est vrai que des fois quand ce n'est pas justifié, il ne faudrait pas qu'ils soient remboursés »*.

4.5. Améliorer la communication entre professionnels de santé

Lors d'une CNP en dehors du cabinet du médecin traitant, la transmission d'information était difficile. Les médecins s'occupant des patients dans les services d'urgence ou dans les maisons médicales de garde n'avaient pas toujours accès au dossier médical du patient *« ils ont même pas le dossier! Ils s'en occupent sans dossier »* M5 et ne mettaient souvent pas de suivi en place *« nous on a un truc 24/24 à la maison des consultants, c'est des médecins généralistes qui ne font que ça, qui n'ont aucun suivi »*

M5. Il y avait un manque de communication immédiate lorsqu'une CNP débouchait sur une consultation avec avis spécialisé : *« y'a un truc qui me manque assez si tu veux, c'est la capacité de communiquer presque en temps réel, lorsque la permanence de soin va aboutir par exemple au besoin rapide d'un avis spécialisé, ou une prise en charge »* M4.

Ces difficultés de transmission d'information pourrait être améliorée, selon M4, par l'harmonisation des logiciels médicaux et la présence d'un système d'information partagé *« on va passer sur un logiciel qui va nous permettre de transmettre un ECG en haute définition avec nos confrères cardiologues du coin, je pense que c'est un plus, Voilà. Un vrai plus [...] cela pourra être amélioré le jour où il y aura deux trois systèmes d'information partagés, performants. Mais tant qu'il y a trente éditeurs c'est impossible »* M4. Selon lui, *« c'est en train de bouger, notamment en terme de transmission de l'information »* M4 et il faudrait *« des outils techniques plus fiables, plus fluides, fiables, performants »* M4.

4.6. Problématique politique et budgétaire

Les CNP prises en charge dans les services d'urgence représentaient un problème de coût de santé publique *« Ca fait des années qu'on verse des tonnes de pognon sur les services d'urgence »* M4. La logique financière des structures d'urgence, notamment les structures privées, inciterait à prendre en charge ces CNP, vraie manne financière avec un délai de prise en charge court et une rentabilité maximum : *« je pense qu'à partir du moment où tu es dans une clinique privée, t'as tout intérêt à avoir des portes ouvertes qui permettent aux patients d'accéder facilement »* M4 ; *« franchement, c'est une machine à consultation, ils ont un budget énorme. En plus ils cotent tout en urgence, pour une simple angine, et ça c'est un gros problème »* M5. Ainsi, la quantité serait privilégiée à la qualité *« C'est un peu la médecine fast-food [...] c'est vraiment de la gestion à la chaîne. C'est cinq minutes, c'est antibio tout de suite »* M5.

Mais les choses semblaient difficiles à faire évoluer, devant une politique globale à revoir : *« qu'il y ait des conventions multipartites [...] Mais il faut que cette organisation-là, et on le sent bien, il faut que ce soit une politique nationale si tu veux »* M4 ; *« les politiques ils sont tellement embarqués dans cette histoire-là qu'ils ne veulent plus reculer parce qu'ils ont l'imagination que la patientèle va hurler, que les urgentistes vont crier et on est enfermé dans ce truc-là [...] Mais c'est un problème complètement politique. Ce n'est pas un problème d'organisation. C'est un problème politique »* M12.

Encadré 10. Liens entre CNP et permanence des soins :

- Difficultés d'accès aux soins non programmés
 - Refus de nouveaux patients
 - Recours aux services d'urgence quand médecin surchargé
 - Engorgement des services d'urgence pour des motifs non urgents
 - Fatalité
- Absence de régulation des services d'urgence
 - Ouverture "non stop" non régulée
 - Considéré comme gratuit par le patient
 - Absence de visibilité sur le coût réel des consultations
- Repenser la régulation des services d'urgence
 - Réadresser les patients ayant des motifs non urgents à des médecins généralistes
 - Fermer l'accès libre aux urgences
 - Réguler l'accès en amont des urgences par un médecin
- Proposition d'une organisation collective autour d'une maison médicale de garde
 - Permet de soulager le médecin généraliste
 - Géré par les médecins du secteur dédié / modèle suisse
 - Régulé par le médecin traitant la journée
 - Régulé par un secrétariat dédié
 - Refuser le remboursement si absence de régulation ou consultation abusive
- Améliorer la communication entre professionnels de santé
 - Méconnaissance du patient par les urgentistes / Absence de suivi
 - Manque de communication immédiate médecin traitant - spécialistes
 - Harmoniser les systèmes d'information partagés
- Problématique politique et budgétaire
 - Coût de santé publique
 - Logique financière des structures d'urgence : quantité vs qualité
 - Politique nationale à revoir

5. Propositions d'améliorations

5.1. Organisation des CNP

5.1.1. Gestion des tâches annexes

a) Un médecin libéral est un chef d'entreprise inexpérimenté

Les médecins généralistes n'étaient pas formés à la gestion administrative des cabinets « *les dossiers administratifs, déjà personne nous a appris à les remplir [...] En tout cas, c'est pas la meilleure partie de mon métier, je n'ai pas été formé pour ça* » M5, ni à la gestion administrative des patients « *les maisons de retraite pourquoi ce serait nous qui le font, les MDPH on y connaît rien [...] on remplit des choses mal, à mon avis, une grille AGGIR très mal [...] Non, mais les dossiers, les dossiers de... Non, c'est une catastrophe (rires)* » M5. C'était des tâches que les médecins apprenaient avec le temps et l'expérience « *ce qu'on apprend sur le tas* » M9.

Le médecin généraliste était présenté comme un chef d'entreprise « *Donc toi tu sors (des études) et tout d'un coup on te dit "il faut être chef d'entreprise là!"* » M12, dans une profession libérale où le médecin devait gérer sa propre comptabilité « *c'est vrai la compta c'est pénible, mais d'un autre côté, le jour où je veux finir plus tôt je finis plus tôt. C'est la mini contrainte du libéral, où mine de rien on est des mini chefs d'entreprise* » M6, plus ou moins avec plaisir « *après les gestions des stocks, je suis une grande fille! Mais pour tout ce qui est comptabilité, je ne peux plus supporter* » M8.

Ces tâches administratives représentaient une appréhension pour les jeunes médecins plus qu'une vraie difficulté selon M6 : « *bizarrement je me sentais beaucoup plus en difficulté au début que maintenant. Et je pense que c'était plus une difficulté anticipée, un ressenti de difficulté anticipée, qu'une vraie difficulté dans mon exercice au jour le jour* ».

b) La gestion des tâches annexes est chronophage

La gestion administrative du cabinet ou des patients était un temps de travail considéré comme non rémunéré, hormis les forfaits rémunération médecin traitant (RMT) pour les patients en affection longue durée (ALD) mis en place : « *ou alors il m'arrive je peux donner des ordonnances sans consultation, que je mets à disposition et qu'ils peuvent venir chercher. Mais ça aussi c'est du temps qui est pris en plus, bénévole, non rémunéré* » M11.

Ce temps administratif était perçu comme chronophage par la plupart des médecins interrogés avec une perte de temps dédié à la pratique de la médecine : « *Et il y a tous les courriers aussi qu'on doit faire pour répondre au médecin conseil, pour répondre aux assurances, etc. etc. qui prennent un temps phénoménal...* » M3.

Ce temps de travail supplémentaire représentait une surcharge de travail avec un allongement des journées de consultations : *« C'est à dire le soir où on est bien fatigué, qu'il faut faire l'administratif, qu'il faut télétransmettre [...] mon dernier patient à 19h40, si tant est que je finis à 20h. Et le temps de faire l'administratif, je suis chez moi vers 21h » M8* et un risque d'épuisement *« tous les petits papiers, ça nous bouffe du temps... C'est des petites épines irritatives tous les jours... » M5.*

c) La délégation des tâches médicales est insuffisante

M12 exerçant en MSP estimait que les médecins généralistes devaient déléguer plus de tâches médicales et que certaines n'étaient pas forcément du ressort du médecin généraliste *« tu as des gens qui ont fait neuf ans d'études, qui pèsent les bébés, qui les mesurent et qui les vaccinent [...] dans n'importe quel service de pédiatrie, ou même ici quand tu prends en charge des enfants dans le social, c'est l'infirmière qui fait le job » M12.*

Ainsi, selon lui, *« on considère depuis très longtemps que 40% de l'activité des médecins est délégable à un autre professionnel » M12.* Mais l'ancienne génération serait peu encline à déléguer car en début de carrière *« l'offre de soins était largement inférieure à la demande. Donc il y a beaucoup de médecins de ma génération qui ont gardé cette espèce de pastille, de trouille du lendemain. [...] qu'à chaque fois qu'on a voulu leur prendre un peu de boulot et le déléguer, ils ont pris ça comme une offense et comme une trouille du lendemain en terme d'équilibre économique » M12.* Ils n'ont donc pas pour habitude, pour certains, de déléguer ou d'éduquer les patients afin d'éviter des consultations inutiles : *« beaucoup de gens de ma génération, ils ont tellement la trouille de ne pas avoir de boulot demain qu'ils n'ont pas tendance à éduquer la patientèle pour pas qu'ils reviennent tu vois » M12.*

d) Avantage de la délégation des tâches médicales et non médicales

La délégation des tâches permettait d'éviter le risque d'épuisement : *« tu percutes vite que les journées ne durent que 24h et que si on veut continuer à garder un peu près la tête hors de l'eau et du plaisir à aller bosser, il faut mieux faire autrement » M4,* en se consacrant à son cœur de métier, la médecine : *« moi je considère que je n'ai à m'occuper que des tâches médicales [...] il y a la notion parfaitement clair partagée par tous les professionnels du groupe, que on est là pour faire du soin et de la santé et pas de la maintenance informatique et de la logistique » M4.*

Déléguer les tâches annexes étaient un investissement rentable d'un point de vue économique, comme l'expliquait M4 qui estimait que *« si je fais de la comptabilité, que si je réponds au téléphone, que je passe l'aspirateur avant de partir et que je m'occupe de compter mes spéculums d'otoscope pour savoir s'il faut que j'en recommande, heu je suis juste pas rentable [...] Il faut que je sois en capacité de générer de la production, d'investir dans du matériel performant, d'améliorer les soins aux patients » M4.*

L'externalisation des tâches non médicales permettait de déléguer à des personnes plus compétentes et de dégager du temps médical, bien que cela représente un coût : *« tu délègues à des gens plus compétent, que tu vas payer. Nous on externalise beaucoup de choses mais elles nous coutent très cher » M4.* Ainsi, *« tu industrialises de fait ton organisation » M4* en permettant *« aux professionnels d'exercer leur gouvernance dans leur structure et de faire leur métier au mieux, sans se prendre le chou avec des choses qui ne sont pas leur passion première » M12.*

Déléguer les tâches était un atout non négligeable d'un point de vue de santé publique puisque cela permettait de dégager du temps médical pour la prise en charge des CNP *« l'idée c'est vraiment de dégager au maximum du temps dédié à la prise en charge des patients » M4* et d'augmenter sa patientèle en déléguant certaines consultations aux infirmières *« pour travailler comme ça, les hypertensions artérielles on les voit tous les douze mois, les diabétiques on essaye de réduire, de les voir tous les six mois. C'est les infirmières qui les voient tous les trois mois » M12.* La complémentarité des compétences permettrait d'être plus efficace sur la prise en charge globale du patient : *« c'est comme dans les PMI, je sais pas si tu as déjà travailler dans les PMI, l'intervention de plusieurs professionnels, ça fait une vision beaucoup plus complémentaire [...] même en 20 minutes de consultation de pédiatrie, parce que moi je n'ai pas délégué ça, y'a des trucs je passe complètement à côté » M12.*

5.1.2. Gestion de l'agenda

a) Ouverture le samedi matin

L'ouverture des cabinets le samedi matin serait intéressante pour les jeunes actifs *« et puis c'est vrai que ceux qui travaillent en semaine ils peuvent pas venir, ou alors ils viendraient trop tard après 19h du soir. Donc le samedi matin serait quand même pas mal pour les jeunes actifs » M5*

Cette ouverture prolongée le samedi matin serait un service rendu en améliorant l'accès aux soins le week-end car *« on se rend compte quand même que les pharmaciens qui sont en face ont beaucoup de demandes de consultations le samedi matin et qu'ils sont coincés [...] puis c'est un vrai service. C'est vrai que la garde commence à midi donc il faut assurer la permanence des soins le samedi matin [...] les patients ils sont obligés d'aller aux urgences ou chez d'autres confrères qui travaillent eux le samedi matin » M5.*

Pour un bon fonctionnement le samedi matin, M6 proposait de mieux informer les patients sur le fonctionnement du cabinet ce jour-là *« Je me rends compte que les gens ne savent pas qu'on est ouvert le samedi matin » M6* et de ne répondre qu'aux demandes de soins non programmés *« je fais un samedi matin sur quatre. En fait le samedi matin on fonctionne que en permanence des soins. On programme aucune consultation sauf exception » M6.*

b) Agenda modulable au sein d'un cabinet de groupe

Une organisation collective autour d'une équipe traitante pour la prise en charge des CNP permettrait de mieux répondre aux demandes de celles-ci *« il y a tellement tout qui arrive dans le cabinet du médecin généraliste que moi je trouve ça plutôt cool l'idée que les gens arrivent dans un lieu. On fait une médecine globale, et bien qu'ils arrivent aussi dans un lieu global »* M6, avec un mode de consultation similaire entre les différents confrères du cabinet *« le mieux bien sûr c'est d'avoir le même type de mode de consultation. C'est compliqué de faire chacun à sa sauce. Le mieux, c'est quand même programmé, sur rendez-vous »* M5. L'agenda était alors géré et modulé par les secrétaires *« elles vont adapter le nombre de plage disponible. On a pas notre mot à dire là-dessus »* M4 permettant une meilleure organisation des CNP.

Le médecin qui recevrait le patient ne serait pas forcément le médecin traitant mais celui disponible au sein du cabinet de groupe *« une consultation non programmée, en urgence, chaque médecin peut la soigner »* M5, même si les gens restent attachés à leur médecin : *« Qu'ils préfèrent x à y ou z, ok, sur un renouvellement ils iront voir x, mais pour une urgence ils iront voir un autre »* M10.

Mais il serait primordial que l'information arrive au médecin référent du patient, notamment via le système d'information partagé *« si j'initie une stratégie diagnostique, il est bien évident que ce n'est pas moi qui va revoir le patient pour les résultats, mais son médecin traitant [...] et la conviction qu'ont les patients que l'information va parvenir de toute façon à leur médecin traitant »* M4.

c) Plages dédiées sur rendez-vous pour les CNP

Plusieurs médecins expliquaient bloquer des plages de consultation pour le jour même où les secrétaires ne pouvaient donner des rendez-vous sur ces plages les jours précédents : *« on garde des plages de libre pour les appels de la journée. Et à chaque heure, on garde une plage de libre pour les consultations non programmées »* M3 ; *« on empiète jamais, jamais, jamais, jamais, sur une plage réservée aux soins non programmés, quitte à ce que de temps en temps, il n'y en ait pas »* M4.

D'autres expliquaient prendre trois patients par heure, laissant le dernier quart d'heure de disponible pour une urgence : *« Je me mets trois rendez-vous par heure, mais j'ai toujours le quatrième qui est possible pour cocher, pour remplir justement la consultation qui viendra improvisée, voilà »* M11;

Cette organisation permettait de ne pas empiéter sur les consultations programmées et *« d'avoir le temps nécessaire pour chaque personne »* M8, d'avoir moins de stress pour le médecin *« Pour pas de stress!! Moi mon truc c'est le confort, ma qualité de soin »* M8, moins de stress pour le patient *« comme ça les patients ils n'ont pas le temps de cogiter »* M5, d'être plus flexible sur le planning *« le premier point qui est important à mon avis, c'est la flexibilité des médecins, tu vois. Quand quelqu'un arrive, il arrive avec une demande, c'est pas "il vient nous faire chier quoi, merde" »* M12, d'avoir des

horaires de prise en charge fixe « *puis ce qui est bien, ce qui est positif, c'est qu'à peu près, j'ai des horaires fixes quoi* » M5 et de ne pas être en retard, marque de respect pour le patient « *quand ils prennent rendez-vous, ils se sont débrouillés pour venir à l'heure, c'est quand même important. S'ils sont habitués que tu sois à l'heure, ils sont à l'heure. C'est un respect mutuel* » M5

Cette organisation favorisait un accès aux soins plus rapide « *j'aime bien pouvoir proposer des créneaux de consultation rapide [...] qu'on essaye d'étaler ce qui est étalable avec l'idée que l'on peut être visé le jour même si besoin* » M6, permettant de ne plus répondre défavorablement à des demandes « *Alors si tu veux, c'est très très rare le non programmé. C'est un problème d'éducation de la clientèle. Au début les patients étaient inquiets, car ils voyaient que tout était sur rendez-vous. Ils se disaient "quand on va appeler, on va avoir un rendez-vous que la semaine prochaine" tu vois. Très vite ils ont compris qu'on répondait dans la journée. Par le mécanisme des plages de sécurité. Nous on a très très peu de gens qui débarquent* » M12.

d) Plages libres sans rendez-vous pour les CNP

Les consultations sans rendez-vous étaient utilisées par les médecins exerçant seuls afin d'avoir une meilleure gestion du temps de consultation « *je me mets toujours une plage horaire après le sans rendez-vous pour absorber le retard que j'aurai pu prendre [...] C'est peut-être un des avantages des sans rendez-vous! On peut vraiment plus gérer son temps de consultation* » M2 et avec plus d'actes effectués « *mais c'est vrai qu'au niveau, après on en voit beaucoup plus sans rendez-vous [...] y'a pas un temps mort* » M5.

Toutefois, ce mode de gestion des CNP posait des difficultés d'organisation de l'imprévu car « *quand les gens se disent "on ne va pas arriver à 8h mais à 9h et demi", s'il y a 10 personnes qui se disent ça, c'est mort, ça me tue ma journée* » M2, avec une absence de filtre « *j'ai les gens qui se pointent comme ça là. que j'envoie paître ou non... rires* » M2 ; « *j'ai pas la secrétaire, pour filtrer [...] et s'il y avait des gens non suivi du cabinet il y aurait beaucoup trop de monde, parce qu'il manque de médecin* » M5.

Parfois, le temps d'attente était très long pour les patients : « *Pour les patients c'est pas quand même pas top. Ils attendent longtemps, 1 heure, 2 heures, 3 heures* » M5 ; « *je lis des témoignages de gens qui disent "ah bah moi faut que j'arrive à 7h chez mon médecin si je veux être sûr d'arriver avant la fin de matinée"* » M6. Le second médecin expliquait même qu'il était obligé de fermer les portes du cabinet pour ne pas être débordé « *J'ai une plage horaire le matin sans rendez-vous entre 8h et 9h30, je ferme le cabinet à 9h30 et ensuite bah jusqu'à la fin de la matinée j'écoule le cabinet* » M2.

D'autres médecins expliquaient ne pas pouvoir travailler ainsi car le stress lié à la salle d'attente pleine était permanent « *ça m'angoisse à mort de bosser sans rendez-vous. Moi l'idée d'avoir une salle*

d'attente pleine, je heu je peux pas » M6 ; « voir les personnes s'entasser en salle d'attente, d'avoir des gens qui attendent, c'est une source de stress énorme. JAMAIS JAMAIS je n'ai travaillé hors rendez-vous » M8.

Ils se sentaient alors sous pression ce qui pouvait être source d'événements indésirables « je sais que quand j'ai une salle d'attente pleine, 5 ou 6 personnes, je commence à faire de l'urgence et pas de la médecine générale quoi. Y'a ça, y'a pas ça, hop au suivant! [...] donc ça me met une pression, qui fait qu'à mon avis je ferai des erreurs » M5.

5.1.3. Contenu d'une CNP

Une consultation non programmée devrait répondre à un seul motif « mais surtout on prend que un problème, on en prend pas cinq [...] "J'ai mal à la tête". Je viens pour ce problème "j'ai mal à la tête". Pas "j'ai mal à la tête, j'ai mal aux pieds et j'ai mal aux oreilles" » M1 afin de ne pas se laisser déborder par la multiplicité des motifs « le problème c'est surtout la multiplicité des motifs [...] il y avait le mal de gorge, plus le renouvellement de pilule, et puis il fallait me parler de la grand-mère qui n'allait pas bien » M9.

Elle ne doit pas donner lieu à un renouvellement d'ordonnance « une consultation non programmée, c'est hors renouvellement de traitement » M5 ou à une prise en charge chez un patient porteur d'une pathologie chronique ou lié à un problème administratif « Le polypathologique chronique où on règle 36 problèmes en même temps et en plus des problèmes administratifs ou heu genre le renouvellement du 100%, etc., etc., heu qu'on fait dans la même consultation, là non » M1.

Une organisation rigoureuse est nécessaire, quel que soit le mode d'exercice, afin de mieux prendre en charge les CNP « le dénominateur commun qui faisait qu'à chaque fois c'était relativement tranquille pour gérer le non programmé, c'est qu'il faut qu'il y ait une organisation militaire de base » M6.

Il faudrait également revoir la pédagogie envers les patients, afin d'éviter des consultations inutiles qui surchargent le médecin généraliste « Les gastroentérites on en voit plus. Les rhinopharyngites on en voit quasiment plus parce qu'on a éduqué la patientèle tu vois. Donc il y a un tas de consultations qu'on a pu progressivement éliminer, pour augmenter le taux de patientèle qui consulte tout en n'augmentant pas nos horaires » M12.

5.1.4. Place des internes

Certains médecins interrogés accueillaient des internes au sein de leur cabinet et proposaient de les intégrer à la gestion des CNP *« le but c'est pas que l'interne fasse que du non programmé, c'est d'alterner entre l'interne et heu le maître de stage du programmé du non programmé, du programmé du non programmé » M1*. Les internes permettaient de soulager les médecins et de raccourcir les délais d'attente pour ces CNP *« en période de pénurie, là maintenant, vous (les internes) aidez vachement le secteur. Mais après heu parce que ça permet à ces gens-là d'être vu parce qu'ils sont inquiet » M7*.

L'acceptation des internes était parfois difficile par les patients *« ce n'était pas évident d'arriver à faire accepter les internes par les patients déjà » M7* et leur intégration au sein du cabinet n'était pas simple : *« après c'est pas évident de chambouler toute une organisation. Surtout pour les internes SASPAS. C'est-à-dire quand on a commencé en mai 2016, il a fallu créer une nouvelle plage de consultation. Puis ça a mis du temps. Les premiers mois, elles n'avaient quasiment rien à faire » M7*

La gestion d'un interne *« ça nous demande de l'investissement » M7*, d'autant que les internes ne sont pas tous du même niveau *« ça dépend de l'interne! Ça dépend du niveau de l'interne. A quel niveau il se situe [...] Je parle du niveau de médecine et du niveau d'adaptabilité du cabinet. Il y a de tout. Des gens qui sont faits pour ça et des gens qui sont pas faits pour ça » M8*.

Le risque pour l'interne était de ne gérer que des CNP et de ne pas se former suffisamment au suivi de patients porteurs de pathologies chroniques *« il faut pas que l'interne ne fasse que le non programmé car ça c'est pas assez formateur et pas utile pour lui. Faut faire les deux, je pense » M1*.

Encadré 11. Propositions d'amélioration pour la gestion des CNP :

- Délégation des tâches médicales et non médicales
 - Les médecins ne sont pas formés aux tâches administratives
 - La gestion des tâches annexes est chronophage / Perte de temps médical
 - La délégation des tâches médicales est insuffisante
 - Permet d'éviter le risque d'épuisement
 - Investissement rentable économiquement
- Améliorer la gestion de l'agenda
 - Ouverture le samedi matin pour les CNP
 - Plages dédiées sur rendez-vous pour les CNP bloquées pour le jour même
 - Agenda modulable au sein d'un cabinet de groupe / une équipe traitante
 - Gestion de l'agenda par une secrétaire
 - Stress et difficultés d'organisation liés à l'imprévisibilité des consultations libres sans rendez-vous / Stress lié à la salle d'attente pleine
- Contenu d'une CNP
 - Un seul motif
 - Pas de renouvellement d'ordonnance / Pas d'administratif
 - Pédagogie des patients pour éviter les consultations inutiles
- Intégration des internes en SASPAS
 - Intégrer les internes dans la gestion des CNP
 - Acceptation des internes parfois difficile
 - Demande de l'investissement de la part des praticiens
 - Risque de défaut de formation

5.2. Améliorer l'information auprès des patients

5.2.1. Méconnaissance du parcours de soin des patients

Des patients consultaient les services d'urgence par manque d'information sur les compétences des médecins généralistes au sein de leur cabinet, comme par exemple pour la suture de plaie : « "Oui, bonjour, est-ce que vous faites des sutures?". Bah je lui dis "Ouais, depuis des années, j'ai toujours fais ça quoi" "Ah bon? Heu je peux venir?" [...] Tu te dis (rires)... On va mettre un grand panneau à l'entrée "on fait les sutures" (rires) » M12.

D'autres consultaient directement les services d'urgence sans passer au préalable par le médecin généraliste « *les gens du 24/24, ils ont l'impression de voir beaucoup de monde qui n'ont pas appelé leur cabinet de médecine générale* » M6 avec une méconnaissance du parcours de soins « *Je crois qu'on peut faire changer les mentalités, le problème c'est qu'il n'y a pas de mode d'utilisation du système de soin. Quand les gens sont malades, ils font quoi? Ils ne savent pas !* » M12.

Le médecin généraliste était considéré par certains patients comme inaccessible « *c'est drôle comme dans l'imaginaire des gens, la médecine générale n'est pas accessible* » M12, avec une méconnaissance des horaires d'ouverture des cabinets : « *Je me rends compte que les gens ne savent pas qu'on est ouvert le samedi matin* » M6.

Selon M5, il y aurait une absence de pédagogie dans les services d'urgence où « *une structure privée n'a pas du tout une logique d'éducation [...] C'est 5 min, c'est antibio tout de suite, il n'y a pas d'éducation. Y'a une fièvre depuis 12h ils la prennent tout de suite* » M5.

5.2.2. Consommation abusive des soins de santé par les patients

La société actuelle, une société de l'immédiateté, se refléterait sur l'utilisation du système de soin où l'impatience prédominait : « *après il y a toujours des mécontents. Mais après on voit ça à la caisse dans les grandes surfaces. On voit ça au péage des autoroutes, etc., des gens qui s'énervent parce qu'ils ne savent pas attendre !* » M3 ; « *Je pense qu'il y a toute une modalité éducative qui fait que l'accès aux soins est devenu une sorte de service de consommation immédiate* » M4.

Cela aboutissait à des consultations abusives à l'image de la société de consommation actuelle : « *C'est vraiment tout, tout de suite, la consommation, c'est un droit d'être vu pour une angine à 2h du matin, heu c'est un droit de voir son enfant qui a de la fièvre depuis 1h et que l'école a appelé à 16h et qu'il faut le voir à cinq heures* » M5 ; « *Alors tu as des fois des gens qui te disent "moi je vais aux urgences comme ça si on fait l'IRM au moins on me la fera parce que lundi moi je suis au boulot"* » M12.

Certains patients tendent à exagérer les symptômes afin d'avoir un rendez-vous plus rapidement : « *Mais on se fait toujours enfumer par des patients. Mais il vaut mieux se faire enfumer à tort que renvoyer quelqu'un chez lui et puis qu'il ait une méningite quoi* » M3.

5.2.3. Améliorer l'information sur le mode de gestion des CNP

Une sensibilisation des patients au mode de gestion des consultations permettrait d'aboutir à une meilleure organisation de celles-ci : « *quand t'as une bonne relation avec les patients et une bonne éducation, t'arrives à leur faire comprendre l'utilisation du système de santé* » M12.

Deux médecins précisait qu'il faudrait faire changer les perceptions sur le mode d'organisation en informant les patients sur le fonctionnement du cabinet : « *Améliorer les choses... Oui je pense que... heu... peut-être en sensibilisant les gens qu'il y a des rendez-vous. Que si on appelle le jour même, des fois il y en a pas. Ni pour le lendemain, mais pour le surlendemain* » M9. Souvent « *ils identifient le programmé avec dans très longtemps. Pourquoi, parce que la plupart des spécialistes quand tu appelles c'est à pétaouchnoc* » M12.

M6 proposait de démedicaliser certaines pathologies afin d'éviter des consultations inutiles où l'intervention d'un professionnel n'était pas nécessaire « *il faudrait qu'il y ait une information d'une certaine démedicalisation de pathologies qui n'en ont peut-être pas besoin, pour lesquelles on a pas forcément besoin de voir un professionnel de santé* » M6 en renforçant la pédagogie auprès des patients « *on peut se poser la question sur laquelle les patients ont ressenti l'urgence, et on peut être pédagogique en expliquant que la prochaine fois ils peuvent gérer différemment* » M4 car « *on va pas chez le médecin comme on va chez le boulanger* » M5.

Encadré 12. Améliorer l'information auprès des patients sur les CNP :

- Méconnaissance du parcours de soin des patients
 - Manque d'information sur les compétences des médecins généralistes
 - Médecin généraliste considéré comme inaccessible
 - Manque de pédagogie au sein des services d'urgence
- Consommation abusive des soins de santé par les patients
 - Société de l'immédiateté - impatience
 - Société de consommation - consultations abusives
 - Exagération des symptômes pour être vu plus rapidement
- Améliorer l'information sur le mode de gestion des consultations non programmées
 - Faire changer les perceptions erronées sur le mode de fonctionnement du cabinet
 - Mieux informer les patients / Renforcer la pédagogie auprès des patients
 - Démedicaliser certaines pathologies bénignes

6. La médecine générale, un système en évolution

6.1. Développement de la complexité des pathologies

La médecine générale était présentée comme une médecine en constante évolution : *« Nous on est une profession qui change, les médecins en trente ans le changement dans le métier a été incroyable. Et encore quand je me suis installé, ceux qui étaient installés depuis trente ans me disaient "nan mais attend ça a changé c'est incroyable!". Donc ça continue de changer en permanence » M12.*

La nouvelle génération vivrait *« la transition de la complexité » M4* avait une surcharge de travail liée aux patients porteurs de pathologies chroniques *« avec le développement de la polypathologie, y'a des tas de choses qu'il faut qu'on largue! (d'un ton désespéré). Parce qu'on a un boulot MONUMENTAL! (il insiste sur chaque syllabe du mot) qui nous attend tu vois » M12.*

Cette complexité croissante rendrait la délégation et le regroupement de professionnels inévitable : *« faire ça tout seul, c'est juste plus possible. Moi je suis convaincu de ça. Convaincu, convaincu, convaincu » M4 ; « Le gros problème qui nous bouffe du temps, c'est les pathologies complexes, multipathologies, les personnes âgées, les problèmes sociaux, qui nous... on peut pas s'en occuper tout seul » M5.*

6.2. Regroupement des professionnels

L'ancienne génération avait pour habitude de s'installer seul au sein de leur cabinet *« parce que avant les médecins avaient toujours l'habitude, enfin toujours, souvent, très souvent, en ville hein, de bosser quasiment en cabinet individuel » M10.*

La nouvelle génération, au contraire, serait plus attirée par l'exercice en groupe avec secrétariat *« bosser si tu veux seul dans son coin, quasiment ou à deux comme ça, je pense que les jeunes médecins qui arrivent ne tiennent pas à le faire [...] Trop de travail, trop isolé, heu pas assez d'équilibre au niveau de la vie professionnelle et familiale, tu vois. Ca je le vois au travers des remplaçants » M10.*

Le regroupement permettait aussi d'avoir et une vie familiale privilégiée *« Comme j'ai une famille nombreuse, j'ai jamais travaillé le mercredi » M8; « Maintenant on est revenu sur des choses un peu plus logiques (rires) normales. Non mais la famille d'abord » M12* via des horaires plus souples *« je travaille à temps partiel on va dire... Enfin on arrive aux 39heures hein ! » M9.*

6.3. Développer les métiers de la santé

M12, exerçant en MSP, affirmait qu'il fallait développer différents métiers de la santé afin de moderniser la prise en charge des soins primaires *« On est à la veille d'un de ces mouvements de modernisation des soins primaires, et on va moderniser en même temps le secrétariat et la prise en charge du non programmé »* M12. Il expliquait que le poste de secrétaire était un poste en mutation où *« tout change, mais les postes de secrétariats médicaux n'ont presque pas changé [...] Il faudrait revoir en effet la formation et si tu veux il y a un avenir devant nous sur heu l'accompagnement de cette profession dans le changement »* M12 et qu'il faudrait le développer *« il va falloir que l'on développe ce poste. C'est le premier poste rencontré par les patients. C'est une responsabilité monumentale »* M12. Il estimait que le métier de secrétaire médicale était sous-estimé : *« c'est un véritable souci dans notre monde professionnel que la sous valorisation de ces postes-là »* M12.

Il proposait de développer le statut d'infirmière clinicienne afin de renforcer la prise en charge des CNP *« Tu pourrais très bien mettre une infirmière au non programmé. Si jamais tu as beaucoup de non programmé qui arrive, tu t'organises. Tu as une cabine particulière, tu mets une infirmière, elle fait du tri hein. Elle résout 50% des problèmes »* M12.

Toutefois, les médecins proches de la retraite seraient moins enclin à changer leur pratiques : *« Je te dis-moi je suis en fin de carrière donc je m'en fous ! Ce que je fais-moi ça me va très bien, donc je cours pas après le patient »* M10.

6.4. Mode de rémunération des médecins généralistes en évolution

6.4.1. Paiement à l'acte : ancien système français

Le système de rémunération des médecins généralistes français était, il y a encore quelques années, lié au paiement à l'acte uniquement, où les médecins devaient travailler plus pour gagner plus : *« soit t'es tout à l'acte. Moi j'ai commencé l'exercice comme ça. Gros avantage, ça te pousse à bosser. Si tu ne bosses plus, tu ne gagnes plus rien »* M12.

Mais le mode de gestion des consultations n'était pas forcément adapté avec un modèle économique parfois contraire à l'intérêt éthique : *« Le gros inconvénient, c'est que ton intérêt économique, il est presque contraire à ton intérêt éthique. Parce que t'as intérêt à faire des actes pour gagner mieux ta vie [...] tu pousse économiquement les médecins à faire des choses pas tout à fait logique »* M12.

6.4.2. Système capité : un modèle économique « à l'anglaise »

En Angleterre, le système de rémunération des médecins serait au contraire capité, c'est à dire que c'est un forfait en fonction de la patientèle *« plus grosse ta clientèle est, plus tu as de sous »* M12.

Ainsi, la prévision budgétaire serait plus facile « *L'avantage c'est que tu sais ce que tu vas gagner chaque année. Ça permet de faire du prévisionnel en terme d'entreprise* » M12. Mais ce système pouvait entraîner une sélection de patientèle « *L'inconvénient c'est que tu finis par faire de la sélection de clientèle, parce que tu ne prends pas les gros dossiers* » M12.

6.4.3. Le modèle américain : entre le paiement à l'acte et le système capité

Les nouveaux modes de rémunération (NMR) liées à ces nouvelles structures étaient pensés sur le modèle américain des PCMH, les Patient-Centered Medical Home où « *la moitié à l'acte et l'autre moitié sur des forfaits qui sont directement liés au nombre de patients pris en charge et à des critères qualitatifs* » M12. Toujours selon ce médecin, « *tous les économistes à travers le monde ils sont tous d'accord du fait qu'il faut mixer les deux. Et que tu dois avoir les deux* » M12.

Ce système mixte permettrait alors d'inciter les médecins à augmenter leur clientèle tout en diminuant le taux de retouche, c'est-à-dire la fréquence de consultation, notamment pour les patients porteurs de pathologies chroniques, par la délégation de tâches « *Si je veux gagner un peu plus de sous, soit il faut que je fasse de l'abattage, c'est-à-dire que j'accélère mes consultations. Soit j'augmente ma clientèle, en diminuant le taux de retouche* » M12.

Encadré 13. La médecine générale, un système en évolution :

- Développement de la complexité des pathologies
 - Médecine en constante évolution / Transition de la complexité
 - Délégation et regroupement médical inévitable
- Regroupement des professionnels
 - L'ancienne génération s'installait seule
 - La nouvelle génération attirée par l'exercice en groupe
 - Horaires plus souples / vie privée privilégiée
- Développer les métiers de la santé
 - Moderniser la prise en charge des soins primaires
 - Développer le secrétariat
 - Développer le statut d'infirmière clinicienne
 - Modification des pratiques difficile
- Mode de rémunération des médecins en évolution
 - Paiement à l'acte : ancien système français
 - Système capité : modèle anglais selon la taille de la patientèle
 - Système mixte dans les MSP inspiré du modèle américain

DISCUSSION

I. Résultats principaux

L'objectif principal de cette thèse était de décrire les avantages et inconvénients des différents types de gestion de prise en charge des consultations non programmées (CNP) dans les cabinets de médecine générale selon les différents modes d'exercice, en s'intéressant aux difficultés exprimées par les médecins généralistes dans la gestion de celles-ci.

1. Quelle définition d'une CNP ?

Les médecins interrogés nous proposent une définition d'une CNP comme une demande émanant du patient, selon sa propre subjectivité, non prévue sur l'agenda ou pouvant être soulevée lors d'une consultation programmée. Le motif est une urgence ressentie, inattendue, survenant la veille ou le jour même, imprévisible. Celui-ci peut être médical, telle qu'une douleur aiguë, un inconfort, une inquiétude parentale pour son enfant malade, mais aussi administratif, avec la demande d'un arrêt de travail par le patient.

Cette subjectivité du patient semble contraster avec la réalité médicale d'une telle demande. Pour un médecin généraliste, l'urgence ressentie pourrait souvent être différée : l'urgence administrative du patient, par exemple, n'en est pas une pour le médecin. La notion d'urgence en cabinet de médecine générale est à mettre en perspective. L'urgence médicale vitale est rare et elle est souvent prise en charge par les services d'urgence, hospitaliers ou ambulatoires. Ce sont plutôt des « semi-urgences » ou des « urgences relatives » qui sont décrites. Son degré n'est pas le même pour un médecin exerçant dans une ville éloignée des centres hospitaliers et participant au dispositif médecin correspondant SAMU (MCS) que pour un médecin exerçant en ville à proximité d'un service d'urgence. La difficulté dans cette gestion reste de ne pas négliger une urgence vitale.

Une enquête sur les recours urgents ou non programmés en cabinet de médecine générale, avec un « volet médecin » et un « volet patient » a été menée en 2004 par la DREES (7) (8). Le « volet médecin » met en évidence sept grands types de recours urgents ou non programmés à la médecine de ville, selon l'âge des patients, la nature du recours et le diagnostic réalisé par le médecin (cf. encadré 14). Le principal motif pour 43 % des demandes est un épisode aigu infectieux chez l'enfant ou l'adolescent, alors qu'une douleur aiguë est signalée dans 40% des cas. Le « volet patient » précise que neuf personnes sur dix déclarent que leur recours avait notamment une visée antalgique ce qui confirme la prépondérance de la douleur dans le besoin de consulter un médecin. Pourtant, les médecins ne déclarent la douleur comme motif de recours que dans un peu plus d'un cas sur trois. Un tel écart peut s'expliquer par des différences de représentations ou de perspectives : la douleur

constituerait pour les patients un motif de recours en soi tandis que les médecins la considéreraient plutôt comme une manifestation naturelle de la maladie. On peut aussi supposer que, une fois en présence du médecin, les patients relativisent et minimisent la douleur ressentie, s'attendant alors à ce que leur problème trouve rapidement une issue.

Contrairement à ce qui a été évoqué dans notre étude, où les médecins évoquent plutôt un motif se déclarant la veille ou le jour même, 42 % des patients de cette enquête déclarent consulter 48 heures après la survenue des premiers symptômes, 43 % ayant recours d'abord à l'automédication. Près de 20 % des consultations relèvent d'une consultation dans le cadre d'un suivi de pathologie chronique.

Ces différents résultats tendent à confirmer qu'il est difficile de donner une définition précise d'une CNP. La perception de l'urgence par le médecin et le patient est différente, tant la subjectivité du patient, sur le degré d'urgence ou de douleur ressentie, est éloignée de celle du médecin et de ses propres représentations.

Encadré 14. Résumé de l'enquête menée par la DREES en octobre 2004 sur les motifs de CNP en cabinet de médecine générale :

➤ <u>Motifs de recours urgents ou non programmés</u>	
• Episode infectieux aigu, enfants et adolescents :	43 %
• Episode aigu, rhumatologie, patients plus âgés :	24 %
• Problèmes traumatiques :	10 %
• Pathologies psychiatriques :	8 %
• Urgences sans gravité, maladies chroniques :	6 %
• Urgences somatiques critiques :	5 %
• Manifestations allergiques et lésions dermatologiques :	4 %
➤ <u>7 groupes de typologie de recours urgents ou non programmés</u>	
• Recours différé pour douleur ou gêne non soulagée par automédication :	25,1 %
• Recours rapide pour des symptômes de fièvre, vomissement ou douleur :	19,6 %
• Recours rapide dominé par l'inquiétude et la crainte de problèmes graves :	14,2 %
• Recours rapide sans demande exprimée :	11,2 %
• Recours dans le cadre d'un suivi régulier avec fortes attentes médicales :	10,5 %
• Recours dans le cadre d'un suivi régulier pour renouvellement d'ordonnance :	9,9 %
• Recours pour accidents et violences :	9,5 %

2. La gestion des CNP selon le mode d'exercice

2.1. Difficultés communes

Pour la majorité des médecins interrogés, la gestion des CNP en cabinet de médecine générale est source de stress quotidien car elle entraîne une surcharge de travail. Le bouleversement de leur journée de consultation est fréquent, tant par le caractère imprévisible de ces consultations que par la multiplicité des motifs. Parfois, des temps de pause sont sacrifiés et des demandes sont intercalées entre deux rendez-vous. Cela se répercuterait sur les consultations programmées avec une diminution de leur durée et du temps consacré à la prévention pour récupérer le retard accumulé. C'est une source de frustration pour des médecins qui ont l'impression de faire un travail de moins bonne qualité.

Une grande enquête réalisée par l'URPS en Ile-de-France auprès de 17 000 médecins en février 2015 (9) révèle que 43% des médecins généralistes ont entre six et dix demandes de soins non programmés par jour, 35% d'entre eux ne pouvant pas répondre à ces demandes dans les vingt-quatre premières heures. Ces difficultés pour répondre rapidement aux demandes de CNP se retrouvent à travers plusieurs de nos entretiens où un sentiment de frustration et de fatalité subsiste.

2.2. En fonction du type de secrétariat

2.2.1. Sans secrétariat

Avantages :

L'exercice sans secrétariat permet, selon les médecins interrogés, une plus grande flexibilité des horaires de consultations afin de répondre à la demande de CNP. Une gestion directe des appels, avec une écoute plus fine et une régulation médicale directe permet de donner une réponse systématique aux patients, tout en évitant certaines consultations grâce aux conseils téléphoniques. L'absence de secrétariat se justifie surtout par un problème de coût, le secrétariat étant le poste de dépense le plus important pour un médecin généraliste.

Inconvénients :

Pour tous les médecins possédant un secrétariat physique, son absence serait difficilement vécue voire inconcevable devant les nombreuses difficultés de gestion des CNP. La gestion des appels est chronophage et les nombreuses interruptions lors des consultations amènent parfois les médecins à débrancher leur téléphone. Il en découlerait non seulement une mauvaise gestion des appels, mais aussi une perte de qualité de soin pour la consultation en cours, selon les médecins interrogés.

Revue de littérature :

Selon une enquête quantitative menée par l'URPS Rhône-Alpes en janvier 2014 (10) auprès de 2000 médecins, 23.5% des médecins n'utilisent pas de secrétariat physique ou un télésecrétariat, 16% bénéficiant d'une aide bénévole (conjoint le plus souvent). Le coût est le premier motif cité par les médecins pour justifier son absence, celui-ci représentant 10 à 15% de la recette brute d'un médecin alors que celui d'un télésecrétariat en représente 5% environ. Parmi les activités qu'ils délégueraient en priorité si possible, la gestion des rendez-vous arrive en première position. C'est ainsi qu'un tiers d'entre eux n'est pas satisfait de leur organisation. Cela confirme nos résultats, où le coût du secrétariat est le principal frein à son utilisation.

2.2.2. Secrétariat à distance

Avantages :

Le télésecrétariat est privilégié par de nombreux médecins car il est moins onéreux et ne nécessite pas un statut d'employeur, donc administrativement moins pesant. Il permet de soulager les médecins dans la gestion des CNP en filtrant les appels par une régulation en amont et en différant certains appels. Ils sont moins dérangés pendant les consultations et auraient une meilleure qualité d'écoute avec le patient présent. Ce serait un bon compromis pour les médecins exerçant seuls.

La prise de rendez-vous par internet via des plateformes était une solution alternative présentée par cinq médecins. Moins onéreux qu'un télésecrétariat et avec un prix fixe mensuel, il permet selon eux de diminuer les frais de fonctionnement et de soulager un secrétariat existant. Ce mode de prise de rendez-vous disponible 24H/24 est intéressant pour les jeunes patients actifs car plus facile d'utilisation et plus accessible. Cela pourrait être une proposition d'avenir vouée à se développer, en complément d'un télésecrétariat pour diminuer son coût ou d'un secrétariat physique afin de lui libérer du temps pour d'autres tâches.

Inconvénients :

Le télésecrétariat ne convient pas à tous les médecins interrogés de par son côté impersonnel et la nécessité de rappeler les patients en dehors des consultations. La formation de ces secrétaires n'est pas connue et nombre de médecins doutent qu'elles aient reçu une formation spécifique à la régulation et la gestion des demandes de consultations non programmées.

La prise de rendez-vous sur internet présente l'inconvénient de ne pas avoir de régulation des flux, avec un agenda plein plus rapidement. La difficulté d'accès pour les personnes âgées est également avancée.

Revue de littérature :

L'enquête quantitative menée par l'URPS Rhône-Alpes en janvier 2014 (10) sur les pratiques et besoins en matière de secrétariat médical révèle que 24% des médecins interrogés utilisent un télésecrétariat. Son coût moyen mensuel est de 518 € TTC avec un coût horaire moyen de 3.5 € TTC environ.

La grande amplitude horaire de ces services, 44.8 heures hebdomadaire en moyenne, et la disponibilité du service sont les principaux points positifs retrouvés. La totalité des médecins délèguent la gestion des rendez-vous et 8 sur 10 la transmission de messages et le transfert d'appel. Une grande majorité, 9 sur 10, étant très satisfaite de ces services. A l'inverse, les points jugés négatifs de l'enquête sont le côté trop « *standard téléphonique* », le manque de connaissance des patients et la formation insuffisante dans la gestion des motifs urgents.

Cette enquête confirme nos résultats où, dans le cadre de la gestion des CNP, l'utilisation d'un secrétariat à distance est une alternative crédible pour des médecins exerçant seuls, ou pour ceux souhaitant diminuer leur coût de fonctionnement de secrétariat fixe tout en s'affranchissant des difficultés de gestion administratives et humaines.

2.2.3. Secrétariat physique

Avantages :

Le confort d'un secrétariat physique est loué par l'intégralité des médecins quel que soit leur mode d'exercice. Sa présence permet une pression moindre avec une meilleure gestion des flux et de l'imprévu. Les horaires de rendez-vous sont mieux respectés avec un planning plus flexible. La secrétaire a un rôle pivot au sein du cabinet en étant l'interlocuteur avec le patient, les intervenants extérieurs et les médecins. L'accueil au sein de la structure par une secrétaire sécurise les patients et clarifie leur parcours de soin. Avec des relations plus humaines, une double relation de confiance est instaurée : entre la secrétaire et les patients et entre la secrétaire et le médecin. Celle-ci est fondamentale pour une bonne gestion des CNP.

Deux catégories de médecins se dégagent dans notre étude. Ceux n'ayant pas de secrétariat physique, considérant que le coût est le frein majeur. Et ceux possédant un secrétariat physique qu'ils estiment indispensable au bon fonctionnement de leur cabinet et à la gestion des CNP. Ces derniers considèrent le coût de leur secrétariat comme un investissement et non comme une dépense : rentabilité économique par le temps médical qu'il est possible de dégager et rentabilité qualitative avec un grand confort de travail et une meilleure qualité de soin. Le secrétariat est donc un poste clé qui apporte une valeur ajoutée au sein d'une structure médicale pour la gestion des CNP.

Inconvénients :

Le problème du coût, avec près de 15% des charges brutes pour les médecins l'utilisant contre 5% pour le télésecrétariat (10), est le principal frein rendant le secrétariat physique peu accessible pour un médecin exerçant seul. Certains cabinets n'ont également pas prévu de place dans leurs locaux pour accueillir une secrétaire.

Les médecins possédant un secrétariat physique ont le statut d'employeur et doivent gérer des ressources humaines : les contrats, les congés maladie, les congés maternité, les remplacements. Cette gestion est difficile et mise en avant par l'ensemble des médecins interrogés, quel que soit leur mode d'exercice. Aucune formation n'enseigne cette gestion du monde de l'entreprise durant le cursus universitaire. Trouver la bonne secrétaire n'est pas aisé et l'absence de formation à la régulation médicale est soulignée par tous. Leur formation se résume souvent au logiciel médical et à l'expérience du terrain, le risque étant de sous-estimer une urgence vitale.

Revue de littérature :

Selon l'enquête de l'URPS Rhône-Alpes en janvier 2014 (10) sur les pratiques et besoins en matière de secrétariat médical, 45 % des médecins emploient des secrétaires physiques pour un temps de travail hebdomadaire moyen de 27 heures, moins que les 44 heures du télésecrétariat. 7.5 % des médecins ont un usage mixte : secrétariat physique et télésecrétariat. Avec l'essor des plateformes de prise de rendez-vous sur internet, mixer plusieurs types de secrétariat pourrait être une solution afin de baisser les coûts de fonctionnement, tout en améliorant la gestion des CNP et diminuant la pénibilité des médecins. Près de la moitié des médecins de cette enquête estiment avoir besoin d'aide dans leur rôle d'employeur, ce qui corrobore les résultats de notre étude notamment sur la lourdeur et la complexité de la gestion des secrétaires.

Cette enquête révèle également une délégation de tâches plus importante à un secrétariat physique, 7 activités en moyenne contre 2.2 pour un télésecrétariat, ce qui diminue le temps administratif des médecins et représente un gain de temps médical en faveur des patients. Un thèse d'exercice réalisée en 2015 (11) sur l'impact du temps de travail administratif et sur la qualité de l'exercice libéral révèle que 15% du temps d'une consultation est consacré au travail administratif, soit près de 4 heures hebdomadaire. Près d'un tiers des consultations comportent des tâches de secrétariat et sont interrompues par des appels téléphoniques. Les médecins avec un secrétariat physique sont ainsi dérangés sept fois moins qu'un médecin sans secrétariat et trois fois moins qu'avec un télésecrétariat.

Ces deux études confirment nos résultats en justifiant l'utilisation du secrétariat comme un investissement rentable tant économiquement, avec un gain de temps médical et d'actes, que qualitativement, le travail administratif constituant pour certains médecins un réel fardeau entravant, selon eux, leur qualité de soins et leur condition d'exercice.

2.3. Lors d'un exercice seul ou en zone fragile

Avantages :

L'exercice seul ou en zone fragile serait, pour les médecins concernés, plus intéressant d'un point de vue médical avec des motifs de CNP plus diversifiés et une relation médecin-patient renforcée. Dans les zones blanches, c'est-à-dire éloignées des grands centres hospitaliers, des dispositifs ont été mis en place afin de répondre à des demandes non programmées menaçant le pronostic vital, tel que le dispositif MCS. Ce dernier est un avantage tant pour le patient, permettant d'accéder à des soins non programmés sans délai, que pour le médecin, avec un engagement médicalement riche et une pression moindre quand il n'est pas d'astreinte MCS.

Inconvénients :

Une plus grande disponibilité pour l'accueil des consultations non programmées est évoquée par les médecins interrogés exerçant seuls ou en zone fragile. En parallèle, leurs patients n'ayant pas d'autres alternatives en cas de nécessité, ces médecins ont le sentiment d'avoir l'obligation de les prendre en charge. Le médecin est en première ligne et il est souvent le seul référent pour ses patients, conduisant à une relation médecin-patient très paternaliste et à des patients médecin-dépendants.

Un sentiment de fatalité existe devant le manque de moyens alloués. Selon eux, les délais de rendez-vous sont rallongés, le refus de nouveaux patients est quotidien et l'altération de l'accès aux soins est en constante augmentation avec des CNP toujours plus nombreuses. Cette surcharge de travail est accentuée par l'absence fréquente de secrétariat pour les médecins exerçant seuls, comme analysé précédemment. La gestion des CNP, mais aussi du cabinet dans sa globalité en deviendrait plus difficile, avec moins de temps personnel et une vie privée perturbée.

Revue de littérature :

Comme le révèle l'enquête de la DRESS en mars 2012 (12) sur les emplois du temps des médecins généralistes, la durée hebdomadaire moyenne de travail varie selon le lieu d'exercice. Elle s'élève à 60 heures en zone rurale contre 56 heures en zone urbaine. Ces données confirment la surcharge de travail dans des zones plus isolées ou fragiles, le plus souvent présentes en zones rurales, même si le phénomène tend à s'étendre aux zones urbaines comme l'atteste la liste des communes en zone fragile (13) et de vigilance (14) en Auvergne-Rhône-Alpes établie par l'ARS en 2016-2017.

La pénibilité de l'exercice seul ne serait pas attractive pour les jeunes médecins, c'est ce qu'affirment deux médecins interrogés. Une thèse grenobloise réalisée en 2011(15) tend à confirmer cette donnée, où près de 96% des jeunes médecins souhaiteraient s'installer en cabinet de groupe, mode d'exercice de 77.4% des médecins généralistes de moins de 40 ans.

2.4. Lors d'un exercice de groupe

Avantages :

De manière unanime, les médecins exerçant en cabinet de groupe, mono ou pluriprofessionnels, estiment que ce mode d'exercice améliore la gestion des CNP. L'optimisation du temps de présence médicale, la continuité des soins, le raccourcissement du délai de prise en charge, l'entraide pour absorber ces demandes sont autant d'éléments qu'ils avancent.

L'exercice de groupe permet de s'affranchir du rapport fusionnel médecin-patient existant lors d'un exercice seul. Tout en conservant le rôle du médecin traitant pour les patients porteurs de pathologies chroniques, le concept de structure référente est introduit : même si le médecin est absent ou non disponible, un confrère pourra toujours accueillir un patient dans le cadre d'une CNP. Ce partage de patientèle est la solution avancée afin de temporiser et d'améliorer la gestion de ces demandes.

Il est nécessaire, selon eux, que les médecins d'une même structure s'organisent en amont avec le même mode de gestion et qu'ils communiquent entre eux les informations autour du patient. La présence d'un système d'information partagé et d'un logiciel médical commun est indispensable pour une efficience du soin et de l'organisation des CNP. La mutualisation des frais rend possible la prise en charge d'un secrétariat physique avec tous les avantages cités précédemment. Son rôle pivot au sein de la structure en fait un maillon essentiel de l'équipe.

La qualité de travail et le confort sont justifiés par la convivialité de l'exercice de groupe et l'entraide morale et professionnelle entre membre d'une équipe, notamment pour la gestion des CNP souvent imprévisibles. Une amplitude horaire de travail moindre et la possibilité de faire une autre activité en parallèle sont aussi avancées. Le partage de compétence entre professionnels et l'émulation collective permet de mieux prendre en charge des patients complexes et les CNP, avec un risque d'épuisement moindre.

Deux des médecins exerçaient en MSP et trois autres envisageaient de s'installer à court terme dans ce type de structure. Inspirés des PCMH (Patient-Centered Medical Home) américaines (16), elles réunissent une équipe pluridisciplinaire, médecins et paramédicaux, autour d'un projet de santé.

Ces PCMH sont définies par l'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), l'agence pour la recherche et la qualité de soins américaine, par cinq critères majeurs (17) :

- une médecine centrée sur le patient : « patient-centered »
- des soins globaux : « comprehensive care »
- des soins coordonnés : « coordinate care »
- un accès aux soins renforcé : « superb acces to care »
- une approche fondée sur un système de qualité et de sécurité : « a system-based approach to quality and safety »

L'organisation de la prise en charge de CNP, tout comme l'amélioration de l'accès, de la continuité et de la qualité des soins et la mise en place d'un système d'information partagé sont autant de points inscrits statutairement dans toutes les MSP labellisées par l'ARS (1), gages de qualité inspirés de ces PCMH. L'efficacité de ces structures se retrouve dans le taux de consultations moindre pendant les horaires de permanence des soins, pour les patients intégrant une MSP bien organisée, comme l'explique M4 : « on est un groupe où nous on représente presque 20% des médecins du territoire et on ne génère que 6% de l'activité de la maison médicale de garde ».

Inconvénients :

Afin de bien s'organiser pour la gestion des CNP, il est nécessaire de s'organiser en amont et de communiquer entre professionnels. Cette entente mutuelle n'est pas innée et est parfois difficile à se mettre en place. Des personnalités peuvent ne pas être compatibles et des tensions au sein d'une équipe ne sont pas rares. Ce mode d'exercice ne convient pas à tous les médecins interrogés.

Les MSP, de par le regroupement des compétences et des professionnels, serait un « *aspirateur à patientèle* », avec un flux parfois difficile à gérer.

Revue de littérature :

Une thèse de médecine sur l'accès aux soins primaires en zone rurale réalisée en 2011 (18) atteste que pour améliorer cet accès aux soins, notamment pour les CNP, le regroupement de professionnels apparaît comme une solution plébiscitée par les usagers. En étant une réponse adaptée à la continuité des soins avec une réduction du temps d'attente et une prise en charge pluridisciplinaire, les maisons de santé favoriseraient l'installation des jeunes médecins et l'intégration de nouveaux professionnels.

Une seconde thèse sur les déterminants à l'installation en médecine générale soutenue en 2011 (15) à la faculté de Grenoble montre que seuls 4.2 % des potentiels installés envisagent un exercice en cabinet seul. Cet attrait pour l'exercice de groupe, comme cela est présenté dans nos résultats, s'explique probablement par une recherche générationnelle d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, mais également par une certaine idéalisation de l'exercice en groupe pluridisciplinaire.

Ce constat est renforcé par les aides à l'installation mises en place par les élus et l'ARS qui favorisent l'installation en cabinet de groupe comme le contrat d'aide à l'installation (CAIM) (19) instauré dans le cadre de la nouvelle convention médicale de 2017, où seuls les médecins libéraux exerçant en zone fragile et en cabinet de groupe ou pôle de santé peuvent adhérer à ce contrat. Le conseil départemental de l'Isère a mis en place en 2017 une bourse d'étude aux internes qui s'engagent à s'installer en binôme à la fin de leur étude, dans une zone déficitaire en médecins. Ces différentes données tendent à

confirmer que l'amélioration de l'accès aux soins et à des CNP passerait par une promotion de l'exercice de groupe.

Toutefois, il est intéressant de souligner que certaines communes peinent à trouver des médecins généralistes pour intégrer leur structure. Les territoires (communes, communautés de communes ou d'agglomération, conseils départementaux ou régionaux) n'ont pas vocation à essaimer les maisons de santé sur l'ensemble du territoire. Ils doivent accompagner les acteurs qui ont la volonté de se lancer dans la création des maisons de santé et sans leur implication, il ne saurait y avoir de projet crédible capable de fédérer les différents acteurs concernés. Mais les territoires qui participent à des projets de structures pluriprofessionnelles sans l'implication au préalable des professionnels de santé sont ceux qui peinent le plus à « remplir » leur maison de santé. Seule une dynamique partagée entre élus et professionnels permettra la réussite d'un projet qui est spécifique à chaque territoire, dans le cadre de politiques de « *cousu main* », comme expliqué par Autès M. et Dufay M-G. dans une revue de santé publique de 2009 (20).

2.5. En fonction du type de consultation

Consultations sur rendez-vous :

Les plages dédiées sur rendez-vous, afin de gérer les CNP, sont largement plébiscitées au cours des entretiens. Des plages sur rendez-vous, dédiées aux CNP, avec impossibilité de les débloquent les jours précédents, favorisent l'accès à des soins urgents plus rapidement et une meilleure réponse à ces demandes. Ce système permet aussi de ne pas empiéter sur les consultations programmées avec une plus grande flexibilité de l'agenda. Il y a moins de stress pour le patient, qui sera reçu rapidement sur un créneau dédié, et un confort de travail renforcé pour le médecin.

Consultations libres sans rendez-vous :

Afin de moins être dérangé par des appels, en l'absence de secrétariat, les médecins interrogés exerçant seuls sont souvent amenés à ouvrir des plages de consultations sans rendez-vous. Cela leur permet de réaliser plus d'actes, donc plus de CNP, et de mieux gérer le temps de consultation.

Mais le stress engendré par les salles d'attente pleines et le temps d'attente parfois très long, source de pression et d'événements indésirables, rendent ce mode de gestion moins apprécié par les médecins.

Revue de littérature :

Une thèse d'exercice sur le profil sociodémographique et les motivations des patients venant en consultation de médecine générale, sur et sans rendez-vous, a été réalisée en 2013 auprès de patients d'Ile-de-France (21). Cette étude révèle que la patientèle des médecins qui consultent sans rendez-vous était plus jeune, plus souvent de nationalité étrangère et qu'elle présentait plus souvent des caractéristiques sociodémographiques moins favorables. Les principales motivations pour consulter

sans rendez-vous sont la possibilité d'être vu le jour même, une organisation plus facile et des délais de rendez-vous trop long, alors que moins de 5% des motivations étaient une difficulté liée à la langue ou à la prise de rendez-vous par téléphone.

Les consultations sans rendez-vous semblent être un moyen de favoriser l'accès aux soins à une partie socialement moins favorisée de la population, mais sont aussi source de stress et de pénibilité pour les médecins. Repenser l'organisation des CNP par la mise en place de plages dédiées pour le jour même, en permettant à ces personnes d'être reçues le jour même, permettrait aux médecins de mieux s'organiser pour la gestion des CNP et serait un mode d'organisation à privilégier.

3. Synthèse des résultats principaux : propositions d'amélioration

3.1. Redéfinir précisément une CNP

Une consultation non programmée ne devrait pas accueillir de motifs non urgents. Les suivis de patients porteurs de pathologies chroniques, les demandes de certificats de sport, les consultations systématiques de nourrissons sont autant de motifs qui peuvent être programmés à l'avance. Le motif, considéré comme urgent par le patient, doit être précisé et ne doit pas aboutir à une consultation avec plusieurs motifs. Limiter le nombre de motif, c'est participer à la pédagogie du patient sur ce qu'est une consultation urgente afin de pouvoir répondre à l'ensemble des demandes non programmées.

Bloquer des plages de rendez-vous de manière quotidienne non pourvues à l'avance, permet à chaque médecin de ne pas commencer une journée de consultation en étant complet et de répondre aux demandes de soins non programmés au jour le jour, sans délai de rendez-vous allongés, tout en ne bouleversant pas la journée de consultation du médecin.

Afin de parvenir à une efficience de la régulation du soin, deux médecins proposent de renforcer la formation des secrétaires en créant des partenariats avec les écoles de secrétariat médical et en axant plus la formation sur la régulation médicale, au même titre que les permanenciers auxiliaire de régulation médicale (PARM).

3.2. Promouvoir le secrétariat au sein des cabinets

La présence d'un secrétariat est directement corrélée à une meilleure gestion des CNP, avec un agenda plus flexible, moins d'imprévu et moins de pénibilité. Bien qu'il représente un coût, c'est un investissement rentable tant économiquement que qualitativement : rentabilité économique en gagnant du temps médical ; mais surtout rentabilité qualitative, avec un confort de travail et une meilleure qualité de soin.

Inciter les médecins à investir dans ce poste de dépense par des aides adaptées serait une solution afin d'améliorer l'accès aux soins et leur qualité. A ce jour, seul les NMR (nouveaux modes de rémunération), un « *forfait structure* » mis en place dans les MSP labélisées ARS, permet d'apporter une aide financière aux professionnels d'une structure qui pourrait être utilisée pour investir dans leur secrétariat.

Le secrétariat physique semble être le type de secrétariat préférentiel, si tant est que l'on fait abstraction de son coût. La plus-value d'un accueil physique et d'un relationnel patient-secrétaire est déterminante dans la gestion des demandes. Ce poste clé est plébiscité par l'ensemble des médecins interrogés. Le statut d'employeur reste difficile. La gestion des arrêts maladies, des congés payés, la nécessité de gérer des contrats et de trouver des remplaçants adaptés n'est pas le cœur de métier d'un médecin généraliste. Outre une aide à investir dans un secrétariat, mettre en place un système facilitant la gestion de ce statut d'employeur semble être un point primordial. Une société de services s'est lancée en 2017 dans la mise à disposition de leurs compétences afin d'externaliser la gestion du secrétariat (22). Il serait intéressant d'avoir un retour des premières équipes de santé qui utiliseront ces prestations.

D'autres types de secrétariat peuvent être promus. Les plateformes de rendez-vous sur internet en complément d'un secrétariat permettent de diminuer les frais de fonctionnement et de soulager le secrétariat en place, physique ou téléphonique. Mixer plusieurs types de secrétariat laisse la possibilité de déléguer plus de tâches à une secrétaire, en allégeant sa gestion des appels et en optimisant cette rentabilité économique et qualitative.

3.3. Promouvoir l'exercice de groupe

Si une promesse de campagne commune à l'ensemble des principaux candidats à l'élection présidentielle de 2017 pouvait être soulignée, ce serait celle de développer les maisons de santé pluridisciplinaires. Ces professionnels réunis autour d'un projet de santé répondent à des critères dits « socles », résumé dans l'arrêté du 24 juillet 2017 nommé ACI (1) (anciennement le règlement arbitral), dont celui de la prise en charge des CNP. De par une continuité des soins, possible grâce au regroupement de médecins et à une entente mutuelle, et de par l'utilisation d'un système d'information partagé, ces structures tendent à répondre au mieux aux demandes de CNP et à améliorer l'accès aux soins en optimisant le temps de présence médical.

La satisfaction des professionnels (23) et des patients (24) retrouvée sur des études menées au sein des MSP est à mettre en corrélation avec la volonté des jeunes de s'installer en cabinet de groupe ou dans des structures telles que celles-ci. En parallèle, l'état et les ARS ont mis en place des mesures d'aides à l'installation en cabinet de groupe, comme le CAIM sur la dernière convention médicale de 2016 (19). Ces différentes données tendent à démontrer que l'exercice en groupe est une solution d'avenir.

La conception du médecin traitant référent est à redéfinir pour la gestion des CNP au sein d'un exercice de groupe. Il est acté que le médecin traitant est le référent d'un patient, dans le cadre du suivi d'un patient porteur de pathologie chronique ou du parcours de soin (développement d'un enfant, dépistage et prévention chez l'adulte...). Grâce à un système d'information partagé, tout médecin d'une structure devient apte à prendre en charge un patient de celle-ci puisqu'il a accès au dossier du patient. Le concept de « *structure référente* » serait à mettre en avant pour la prise en charge d'une population dans un secteur dédié. C'est ainsi que la base du calcul des NMR (1), le « *forfait structure* » dédié au MSP labélisées ARS, est défini en partie par la taille de la patientèle de celles-ci et non pas par rapport au nombre de médecins adhérant à ces structures.

Encadré 15. Synthèse des résultats principaux, perspectives et propositions d'amélioration :

- Améliorer la gestion de l'agenda
 - Un seul motif par CNP
 - Plages dédiées aux CNP exclusivement sur rendez-vous bloquées pour le jour même
 - Renforcer la formation des secrétaires à la régulation médicale - PARM

- Promouvoir le secrétariat pour améliorer la gestion des CNP
 - ✓ Pourquoi ?
 - Délégation de la gestion du flux des CNP
 - Meilleure gestion de l'imprévu - Agenda modulable
 - Temps de consultation dédié au patient - Meilleure écoute
 - Investissement rentable économiquement : optimisation du temps médical
 - Investissement rentable qualitativement : confort de travail
 - Moins de pénibilité - Moins de risque de burn out

 - ✓ Quel type de secrétariat ?
 - Secrétariat physique :
 - Poste clé au sein des structures pluriprofessionnelles
 - Relations plus humaines pour l'accueil des CNP
 - Confort de travail et mode d'organisation plébiscité
 - Télésecrétariat :
 - moins onéreux - plus accessible pour un exercice seul
 - facilité de gestion - pas de statut d'employeur
 - plus grande amplitude horaire à moindre coût : plus de réponses au CNP

- Plateformes de prise de rendez-vous sur internet :
 - Accessible à tout moment de la journée ou de la nuit
 - Frais fixes mensuels peu onéreux
 - Facilité d'association avec un secrétariat existant pour lui libérer du temps pour d'autres tâches

✓ Comment ?

- Diminuer le coût du secrétariat :
 - Aides à l'investissement (forfaits structures, NMR)
 - Exercice de groupe pour mutualiser les frais de secrétariat
 - Mixer les différents types de secrétariat
 - Développement des plateformes de prise de rendez-vous sur internet en complément des secrétariats existants
- Faciliter le statut d'employeur :
 - Alléger la lourdeur administrative de la gestion du secrétariat physique
 - Externaliser la gestion du secrétariat à une société de services

➤ Promouvoir l'exercice de groupe pour la gestion des CNP

✓ Pourquoi ?

- Amélioration de l'accès aux soins - Optimisation du temps de présence médicale
- Partage de compétences - Emulation collective - Entraide
- Meilleure gestion de l'imprévu - Agenda modulable
- Moins de surcharge de travail - Moins de risque d'épuisement
- Exercice plus attractif pour les jeunes médecins
- Mutualisation des frais de secrétariat
- Gestion des CNP autour d'un système d'information partagé

✓ Comment ?

- Concept de structure traitante ou référente plutôt que médecin traitant pour les CNP
- Promouvoir et harmoniser les systèmes d'information partagés
- Développer les MSP
- Développer les aides à l'installation en groupe (CAIM, conseils départementaux...)

II. Forces et faiblesses de l'étude

Le travail de thèse a été analysé à l'aide la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) qui est jointe en annexe 1.

1. Liées à la question de recherche

La question de la permanence des soins ambulatoires, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets, ainsi que les motifs des CNP ont été largement étudiés. Il existe peu de bibliographie à propos de la gestion de celles-ci par les médecins généralistes lors des horaires d'ouverture des cabinets, de 8h à 20h, ce qui correspond également au pic de fréquentation des urgences. Cette connaissance s'avère importante pour améliorer l'accès aux soins, sur le plan local, régional et national.

Essayer de distinguer les avantages et inconvénients d'une gestion de cabinet à travers différents modes d'exercice est difficile tant chaque médecin a son mode de fonctionnement propre.

2. Liées au choix de la méthode

Une enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée. Le choix de la méthode était approprié puisque les facteurs observés étaient subjectifs. S'agissant d'étudier les différents aspects de la gestion des consultations au sein des cabinets de médecine générale, cette méthode était la plus adaptée pour étudier les processus relationnel liés aux soins.

3. Liées au guide et à la technique d'entretien

Le guide d'entretien a été construit de manière très libre afin que les médecins ne se sentent pas limités dans leurs réponses. Les relances servaient uniquement à enrichir la discussion et à la rendre plus fluide. Le respect des silences et les reformulations permettaient d'obtenir des réponses riches et complètes. L'utilisation de questions ouvertes était primordiale car elles permettaient au médecin interrogé d'apporter des réflexions personnelles. Des réponses variées et parfois inattendues ont pu être émises. D'autres ont pu être influencées par des relances inadaptées qui transformaient des questions ouvertes en questions fermées, ce qui rend ensuite plus difficile les codages.

Préalablement à cette thèse, un mémoire d'initiation à la recherche a été réalisé afin de tester et valider ce guide d'entretien. La qualité des entretiens suivants ce mémoire a été meilleur grâce à l'amélioration de ce guide.

4. Liées à l'investigateur

L'investigateur s'est formé à la recherche qualitative à travers des ateliers de méthodologie et un mémoire d'initiation à la recherche. Sa directrice de thèse est habituée à la direction de thèses qualitatives.

Bien qu'il se soit efforcé de rester le plus neutre possible, le projet professionnel de l'investigateur, avec une installation prévue dans une maison de santé pluridisciplinaire à la fin de son internat, a pu influencer inconsciemment la direction donnée à certains entretiens.

5. Liées à l'échantillon des médecins interrogés

Certains des médecins interrogés sont des connaissances du chercheur, d'autres de ses différents MSU. Bien qu'ils ne connaissent pas le sujet de la thèse avant l'entretien, la connaissance de son parcours et de son projet professionnel pouvait influencer certaines réponses. Le fait de savoir que l'investigateur était interne en médecine générale a également pu modifier les réponses des participants par crainte de se sentir jugés. A l'inverse, le fait de connaître l'investigateur ou d'avoir déjà entendu parler de lui a probablement permis aux médecins concernés d'être plus à l'aise et de répondre plus facilement à certaines questions.

L'échantillon fut raisonné au fur et à mesure du codage, en essayant de le diversifier au maximum en fonction des caractéristiques des médecins interrogés. Tous les modes d'exercice sont représentés, avec des âges diversifiés, des médecins exerçant seuls, en groupe, en MSP, sans secrétariat, avec un télésecrétariat, une plateforme sur internet, un secrétariat fixe, des types de secrétariat mixte, en zone fragile, non fragile, rurale, urbaine. Certains étaient MSU et recevaient des internes en médecine générale. Nous n'avons pas pu recruter un médecin de moins de 50 ans, exerçant seul et sans secrétariat. Peu de jeunes médecins exercent ainsi et deux médecins correspondant au profil ont refusé de rencontrer l'investigateur, prétextant un « *agenda surchargé* ».

6. Liées au mode d'enregistrement des entretiens

Forces : Les entretiens sont de qualité. L'enregistrement a eu lieu pour douze des médecins interrogés en dehors des horaires de consultation, au sein de leur cabinet, dans un endroit propice à la reviviscence de certaines situations vécues dans le cadre professionnel. Deux autres entretiens ont été réalisés à leur domicile, à la demande des médecins, un autre à la faculté dans le cadre d'une journée universitaire. Les conditions de réalisation des entretiens étaient bonnes. Les médecins n'ont pas été interrompus dans le fil de leur pensée et n'étaient pas non plus préoccupés par leur patientèle,

renforçant leur attention. La nécessité d'être au calme et le temps d'entretien estimé (30 minutes) avait été précisé lors du premier contact par courriel ou téléphone.

Limites : Les trois premiers entretiens ont été réalisés dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche et ont servi de test au guide d'entretien. Ils étaient plus courts que les autres. Les entretiens n'ont pas été filmés mais simplement enregistrés. Les données non verbales ont été mémorisées par l'investigateur. Même si les entretiens ont été retranscrits rapidement après leur enregistrement (dans les 48 heures), des données ont pu être perdues par défaut de mémorisation. Certaines ont été perçues via l'enregistrement audio (intonation de voix, bruits éventuels de mouvements et de fond...).

7. Liées aux résultats

Les entretiens et résultats étaient anonymes. Les quinze entretiens ont permis d'obtenir des données riches et nombreuses. Nous pensons avoir atteint la saturation des données sur les résultats principaux vis-à-vis de la question de recherche, à la fin du douzième entretien, de nouvelles occurrences n'apparaissant que sporadiquement dans les trois derniers entretiens. Quant aux autres résultats, le sujet (propositions d'amélioration de la gestion des consultations non programmées) était vaste et ouvert et il n'a pas été possible d'arriver à une saturation des données.

La triangulation de l'analyse des données avec le directeur de thèse a été effectuée. Les verbatim et l'analyse longitudinale de chaque entretien ont été transmis et validés par dix médecins interrogés, avec parfois des explications complémentaires transmises, disponibles à la fin de leur verbatim. Une étude en binôme aurait permis une triangulation de l'analyse plus fine.

III. Autres résultats et perspectives : propositions pour améliorer l'accès aux soins

1. Délégation des tâches médicales et non médicales

1.1 Pourquoi déléguer ?

Le temps administratif est chronophage. C'est un fait partagé par l'ensemble des médecins interrogés. Se consacrer à son cœur de métier, le soin, c'est redonner du temps médical aux médecins et donc aux usagers. Cela devient nécessaire afin d'améliorer l'organisation du système de soin. Le développement de la complexité des patients porteurs de pathologies chroniques nous amène à redistribuer plus intelligemment les soins aux professionnels de santé adaptés. Diminuer ainsi le taux de retouche (le nombre de consultations annuelles pour le suivi d'un patient) permet d'augmenter la taille de la patientèle de chaque médecin et donc d'améliorer l'accès aux CNP.

Une revue récente de littérature américaine auprès des PCMH américaines (25) confirme que substituer des infirmières aux médecins dans le cadre des soins primaires est associé à de meilleurs niveaux de satisfaction des patients et à une réduction des hospitalisations et de la mortalité.

2.2. Comment déléguer ?

Les tâches médicales peuvent être déléguées en utilisant les compétences des autres professionnels de santé. Par le biais de protocoles de prise en charge pluridisciplinaires autour de l'insuffisance cardiaque ou du diabète par exemple, il est possible de diminuer le nombre la fréquence de consultation de ces patients porteurs de pathologies chroniques chez le médecin traitant.

A ce jour, moins de 200 infirmiers sont engagés dans un cursus de master en « *sciences cliniques infirmières* » ou en « *science cliniques en soins infirmiers* », formations proposées à Marseille et St Quentin en Yvelines, les préparant au futur exercice en « *pratique avancée* ». Bien que la loi de modernisation des systèmes de santé du 26 janvier 2016 a validé dans l'article 119 (26) la création d'un exercice en pratique avancée, il n'existe à ce jour ni fiche de poste, ni rémunération spécifique. En parallèle, le développement du dispositif ASALEE, infirmiers de santé publique formés en éducation thérapeutique, permet de favoriser la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients porteurs de pathologies chroniques et complexes. Développer le métier d'infirmier clinicien ou de pratique avancée en lui donnant plus de responsabilités telles que le renouvellement d'ordonnance, la prescription d'une prise de sang, la réalisation d'ECG ou d'EFR est une solution d'avenir.

Le médecin généraliste est un chef d'entreprise qui s'occupe non seulement des tâches médicales, mais aussi de tâches non médicales telles que la gestion de la comptabilité, du personnel (gestion des

contrats, des congés), du foncier (plomberie, bâtiment, mobilier), de la logistique (informatique, téléphonie...). Le temps non médical alloué à ces tâches est du temps non rentable médicalement, puisqu'il ne permet pas de se consacrer aux soins. Déléguer ces tâches semble naturel. Une société de services s'est lancée en 2017 dans la mise à disposition de leurs compétences afin d'externaliser les tâches non médicales (22). Il serait intéressant d'avoir un retour des premières équipes de santé qui utiliseront ces prestations.

Des freins à la délégation de tâches existent. Dès 2008, des travaux approfondis de l'HAS (27) précisait que les médecins français payés pour l'essentiel à l'acte n'ont aucune raison de constituer une équipe auprès d'eux, à la différence des médecins payés à la capitation pour lesquels une telle équipe peut permettre d'élargir la liste des patients inscrits auprès d'eux et donc leurs revenus. Dans ce contexte, la seule manière de permettre l'émergence de ces équipes consisterait, comme dans l'expérimentation ASALEE, à faire assumer par l'assurance maladie la rémunération des infirmières qui collaborent avec le médecin. Il serait notamment nécessaire de définir un modèle économique pour ce type d'exercice. Depuis la loi de modernisation des systèmes de santé de janvier 2016 (28), cette reconnaissance du statut d'infirmière clinicienne a été accueillie par la CSMF (confédération des syndicats médicaux français) par un slogan peu engageant pour l'avenir : « *La médecine aux médecins* ». Les difficultés ressenties par les médecins eux-mêmes pour faire face à la demande ne semblent pas encore suffisantes pour les amener, ou du moins pour amener leurs représentants autorisés, à se faire les promoteurs d'un travail en équipe pluriprofessionnelle.

2. Intérêt de la maîtrise de stage

Développer l'intégration des internes en médecine générale dans les cabinets médicaux est une proposition d'amélioration avancée par les médecins interrogés accueillant des internes. Leur intégration, bien que parfois difficile, permet de soulager les médecins en absorbant une partie des CNP. La gestion d'un interne reste chronophage, si tant est que l'investissement du MSU auprès de la formation de l'étudiant soit optimal. Il ne faudrait pas que celui-ci ne gère que des CNP pour pouvoir se former en parallèle au suivi de patients porteurs de pathologies chroniques.

Si l'intérêt pour l'étudiant à se confronter à des situations qui seront celles de son exercice n'est plus à démontrer, il est aussi connu qu'il y a un intérêt pour un médecin à devenir MSU (29) : amélioration globale de sa pratique, modification de son organisation de travail, transmission de l'expérience, prévention du burn out, mise à jour de ses connaissances, plus de facilité pour trouver un remplaçant ou un successeur. Cette fonction est valorisante et indemnisée.

3. Améliorer le parcours de soin des patients

3.1. Améliorer l'information auprès des patients sur le parcours de soin

3.1.1. Méconnaissance du parcours de soin

Une enquête de l'ARS-RA (4) montre que le nombre de consultations dans les services d'urgence est en augmentation croissante (+ 23% en 10 ans), en particulier pour la pédiatrie. 75% de ces passages ont lieu en journée de 8 heures à 20 heures, quand les cabinets de médecine générale sont ouverts. Une des explications données par les médecins interrogés est la méconnaissance du parcours de soin par les patients. Nombre d'entre eux considèrent le médecin généraliste comme inaccessible et ne connaissent ni les horaires d'ouverture du cabinet, ni les compétences des médecins généralistes, aussi bien en cas d'urgences (sutures par exemple) que pour du suivi (réalisation de frottis entre autre).

Pour de nombreux médecins de notre étude, la consommation du système de santé est le reflet de notre société actuelle : une société de l'immédiateté, du « *tout, tout de suite* ». Des consultations abusives, avec parfois exagération des symptômes afin d'être pris en charge plus rapidement, ne sont pas rares. Le manque de pédagogie envers les patients est avancé et cela se répercute sur le nombre de consultations « *évitables* ».

3.1.2. Mener une campagne d'information sur les parcours de soin

Une campagne d'information, tant au niveau local que national, pourrait être mise en place. Bien informer les patients des horaires de consultations, des soins administrés aux patients (suivi de la femme, suivi de l'enfant, sutures et plaies, spécificités...) et des recours en cas d'absence devrait être généralisé dans tous les cabinets. A travers le secrétariat, clarifier l'accès au cabinet et le mode d'organisation du médecin permettrait aux patients de ne pas se réorienter prématurément dans des services d'urgence.

Démédicaliser certaines pathologies avec une automédication, sans risque iatrogène, est possible, à travers des fiches d'informations remises en fin de consultation. Cela permettrait de diminuer le nombre de consultations où l'intervention du médecin n'est pas nécessaire. Par exemple, un médecin généraliste a affiché dans sa salle d'attente : « *un rhume non soigné dure sept jours, soigné il dure une semaine. Se moucher, sérum physiologique nasal, boissons chaudes et paracétamol sont suffisants. Pour un rhume (nez qui coule, toux), vous n'avez pas besoin de me consulter* ».

3.2. Instaurer une organisation collective sur un secteur dédié

3.2.1. Développer des dispositifs d'accueil des CNP

Instaurer une entente collective entre les médecins généralistes d'un secteur géographique donné pour la gestion des CNP est une proposition d'amélioration avancée par plusieurs médecins interrogés. Le développement des maisons médicales de garde pour la permanence des soins, en dehors des horaires de consultations « classiques » est déjà en ordre de marche. Mais réfléchir à une organisation complémentaire en journée, horaires où les services d'urgence sont engorgés par les CNP, en repensant l'organisation du système de soin et la régulation des demandes de soins non urgents pourrait être une solution.

Un mémoire réalisé en 2015 (30) en collaboration avec l'ARS Rhône-Alpes tente de modéliser une alternative aux services d'urgence par la mise en place de centre de soins de premier recours. Leur objectif serait de prendre en charge des patients autour d'un petit plateau technique, relevant de consultations simples (CCMU 1) ou de consultations avec des actes de diagnostics ou thérapeutiques (CCMU 2) afin de décharger les urgences de ces pathologies. Elles correspondent aux états cliniques stables ne nécessitant pas d'hospitalisation urgente, c'est-à-dire des actes nécessitant des traitements antalgiques, pansements, sutures, immobilisations orthopédique etc. Ils seraient portés par une MSP, un centre de santé, un hôpital de proximité ou un ancien service d'urgence hospitalier. Ce serait également une structure adaptée pour accueillir une maison médicale de garde qui réunirait les praticiens impliqués dans la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Les centres de soins de premier recours disposeraient d'un financement mixte composé d'une part d'une rémunération à l'acte et d'autre part d'une dotation de l'ARS venant compenser les surcoûts liés à l'activité non-programmée afin de pérenniser le modèle économique de la structure.

3.2.2. Améliorer la communication entre professionnels

La présence d'un système d'information partagé au sein des cabinets de groupe devient la norme. La communication avec les professionnels en dehors du cabinet s'avère difficile, notamment avec les services d'urgence et les maisons médicales de garde. Les patients consultent en urgence, souvent sans régulation au préalable. Leur dossier patient est très souvent inconnu du médecin qui le prendra en charge.

A travers le projet TSN « *Territoire de soins numérique* », des dispositifs sont actuellement en cours d'élaboration afin d'améliorer la communication entre professionnels autour de l'utilisateur. Comme le dispositif PASCALINE (31) déployé en Rhône-Alpes en 2017 entre l'est lyonnais et Bourgoin-Jallieu (Isère). Ce programme vise à développer progressivement un ensemble de services innovants en santé pour améliorer le parcours des usagers et faciliter les échanges entre les professionnels, à travers des

dispositifs numériques existant (Mon SISRA) ou innovant (Autonom@Dom pour un suivi à domicile électronique). Parallèlement, certaines MSP mettent en place des systèmes de télémedecine afin de pouvoir transmettre au mieux des informations d'une structure à l'autre au décours de CNP notamment. C'est par exemple possible en cardiologie (transmission d'ECG) ou en dermatologie (transmission de photographie), par le biais d'une messagerie sécurisée. Intégrer la technologie actuelle dans nos prises en charge, c'est participer à la modernisation de notre système de santé.

3.3. Repenser la régulation de l'accès aux services d'urgence

Les médecins interrogés proposent différentes mesures afin de repenser cette régulation, des mesures bien souvent peu réalisables puisque cela demanderait de refonder entièrement le système de soin en France.

Fermer l'accueil des services d'urgence tout en mettant en place une régulation téléphonique en amont permettrait de rediriger les patients n'ayant pas d'urgence vitale auprès de leur médecin traitant ou d'un médecin participant à la permanence des soins. Replacer le médecin traitant au centre de la filière de soin urgente serait également souhaitable, afin de clarifier le parcours de soin du patient et d'améliorer la transmission d'informations le concernant aux autres professionnels.

Un sentiment de fatalité prédomine auprès des médecins généralistes : ils ne peuvent prendre en charge tout le monde et se voient contraints, dans les déserts médicaux notamment, de limiter leur patientèle et de refuser de nouveaux patients. Dans ces conditions, devant les difficultés d'accès aux soins, instaurer une régulation des services d'urgence semble bien difficile.

Ces services d'urgence, de par ces CNP rapides et « faciles » ont une réflexion budgétaire qui les incite à ne pas refuser celles-ci. L'impression de gratuité par les patients devant l'absence de frais, et le désir de consommation immédiate, avec l'intégralité du plateau technique sur place, les poussent également à consulter facilement ces services.

4. S'inspirer du système de soin des voisins européens

La notion de *gatekeeping*, le médecin traitant référent, a été adoptée dès 1941 par les Pays-Bas et en 1948 au Royaume-Uni. La France a acquise cette notion récemment en 2005. Une thèse de médecine générale réalisée en 2008 (32) à Grenoble sur la comparaison des différents systèmes de soins primaires en Europe explique que cette organisation permet une meilleure coordination et continuité des soins. Dans certains pays, comme au Royaume-Uni, le patient n'est pas lié à un médecin mais à un cabinet de soin, ce qui pourrait inspirer le concept de « *structure traitante* » pour les CNP évoquées précédemment.

En Suède et en Finlande, c'est souvent l'infirmier qui est le premier contact avec le patient. Au Royaume-Uni, il existe des « *Walk in centres* » créés en 2000, des centres de soins tenus par des infirmiers qui ont un rôle curatif, en prenant en charge des CNP en journée, et un rôle de prévention et de promotion pour la santé. Le rôle de l'infirmier est majeur, avec une qualification en médecine générale pour les « *Nurses practitioner* », un suivi des patients porteurs de pathologies chroniques, l'éducation et la promotion de la santé. Ces trois pays ont une logique de complémentarité et de diversification des soins associés à une logique de délégation de tâches médicales. Le médecin et l'infirmier sont complémentaires plutôt que substituables. En France, les infirmiers ont un rôle plutôt hospitalier ou au domicile des patients actuellement.

En Allemagne et au Pays-Bas, il existe une profession d'« *assistants médicaux* ». Ce sont des secrétaires médicales qui ont un rôle administratif, médical et technique. En France, les secrétaires médicales n'ont qu'un rôle purement administratif.

Au Royaume-Uni comme en Suisse, il existe des « *Call in centre* », une ligne téléphonique tenue par des infirmiers, disponible 24 heures sur 24, pour donner les premiers conseils et orienter le patient dans un réseau de soin. Ces prestations sont de qualité, améliorent la prise en charge des CNP et diminuent la charge de travail du médecin généraliste. Cela ressemble aux services du « 15 » français, mais axés sur des demandes ne relevant pas de l'urgence vitale. Parallèlement, on peut s'apercevoir que ce sont ces deux pays où les médecins généralistes ont la plus grosse patientèle en Europe, avec plus de 2000 patients par médecin.

L'organisation en groupes pluridisciplinaires est un mode d'exercice existant depuis de nombreuses années dans nombre de pays européens. En Espagne, au Portugal et dans les pays scandinaves, le médecin généraliste est inclus dans un centre de soin primaire public selon un mode communautaire. Au Royaume-Uni, il est le pivot de l'organisation des soins au sein de structures privées nommées *Primary care group*, où il exerce avec plusieurs confrères, des paramédicaux et du personnel administratif. Au même titre que les PCMH américaines, les MSP françaises tendent à s'inspirer de ces différents modèles d'organisation du soin.

5. Revoir le mode de rémunération des médecins généralistes

Plusieurs médecins interrogés expliquaient qu'il fallait repenser notre système de rémunération, que le seul paiement à l'acte était insuffisant au regard des nombreuses tâches annexes effectuées en dehors des consultations. Une enquête menée par l'URPS Ile-de-France en juin 2015 (9) auprès des médecins généralistes soulève le problème de la résolution de problèmes médicaux par téléphone, chronophage, et évitant des actes et donc des revenus. Les forfaits FMT (forfait médecin traitant : 5€ par an par patient) et RMT (rémunération médecin traitant : 40 € par an pour les patients en ALD) ne seraient pas suffisant pour rémunérer l'ensemble des démarches réalisées en dehors des consultations.

A l'inverse, le modèle anglo-saxon repose sur un système capité, ou la rémunération est basée sur le nombre de patients référencés dans le cabinet. On peut aisément imaginer que ce système tend à privilégier des patients jeunes que l'on sera peu amené à voir et à écarter des patients porteurs de pathologies chroniques dont le suivi régulier est nécessaire.

On tend progressivement, en France, à un système mixte où paiement à l'acte et rémunération forfaitaire s'entremêlent. La mise en place de la ROSP, rémunération sur objectif de santé publique par la convention nationale de juillet 2011 (33), initie un paiement à la performance sur la qualité de la pratique médicale et de l'organisation du cabinet. En parallèle, une expérimentation en MSP sur de nouveaux modes de rémunération a abouti depuis février 2015 à la mise en place des NMR (2), où des critères socles, tels que l'accès au soin (prise en charge des CNP, continuité des soins), le nombre de patients référencés sur la structure, la présence d'un système d'information partagé et le travail coordonné étaient mis en avant. De manière générale, les dépenses qui ne sont pas couvertes par la rémunération à l'acte devraient faire l'objet d'un accompagnement financier pour pérenniser le modèle économique de la structure.

Encadré 16. Autres résultats et perspectives, propositions pour améliorer l'accès aux soins :

- Délégation des tâches médicales et non médicales
 - Tâches non médicales : lourdeur administrative, externalisation
 - Tâches médicales : travail pluridisciplinaire, optimisation du temps médical
- Promouvoir les MSU - Intégration des internes
- Amélioration de l'accès aux soins
 - Améliorer l'information sur l'usage du soin et le mode d'organisation du cabinet
 - Instaurer une organisation collective : développer les MSP, MMG et centres de santé
 - Améliorer la communication entre professionnels :
 - ✓ harmoniser les systèmes d'information partagés
 - ✓ développer la télémedecine
 - Réformer la régulation des services d'urgence difficile à mettre en œuvre
- S'inspirer des systèmes de soins étrangers
 - Développer les métiers de la santé :
 - ✓ Infirmier cliniciens de pratique avancée
 - ✓ Secrétaires - assistants médicaux
 - Développer les MSP : Primary care group anglo-saxons, PCMH américaines
 - Mode de rémunération mixte : paiement à l'acte et forfait structure

CONCLUSIONS

L'accessibilité aux soins, dans ses dimensions géographiques, financières ou sociales, constitue un élément primordial de la performance d'un système de santé. Une augmentation constante du recours aux structures d'urgences par la population est constatée depuis plusieurs décennies, essentiellement pour des motifs « non urgents ». Les trois quarts de ces passages ont lieu en journée, alors que les cabinets de médecine générale sont ouverts. Le recours aux soins non programmés apparaît comme une contrainte forte dans une profession où les questions de la gestion du temps et de l'organisation du cabinet en exercice libéral sont centrales.

Ce travail s'intéresse aux difficultés exprimées par les médecins généralistes dans la gestion de ces consultations non programmées. Son objectif principal est de décrire les avantages et inconvénients des différents types de gestion des consultations non programmées selon les modes d'exercice.

Nous avons conduit une étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes à l'aide d'entretiens semi-dirigés. L'échantillon était raisonné et suffisamment varié afin d'obtenir une saturation sur les résultats principaux. Leur analyse a été conduite selon la théorie ancrée, entretien par entretien, puis de façon transversale, avec la triangulation de l'analyse des données par la directrice de thèse.

Pour les médecins interrogés, il est difficile de donner une définition précise d'une consultation non programmée. La perception de l'urgence par le médecin et le patient est différente tant leurs représentations sont éloignées. Selon la littérature, les principaux motifs « urgents » ou non programmés sont l'épisode aigu infectieux chez l'enfant et le jeune adulte et l'épisode aigu rhumatologique chez la personne âgée, la douleur étant présente dans la plupart de ces situations.

Bien que non consensuelles entre les médecins interrogés, des mesures permettraient d'améliorer l'organisation du soin en cabinet de médecine générale tout en répondant au mieux aux attentes des patients et des médecins : mettre en place des plages dédiées bloquées pour le jour même avec une organisation exclusivement sur rendez-vous et préciser au patient qu'un seul motif sera traité par consultation non programmée. Une meilleure gestion de ces consultations passerait par un renforcement de l'information délivrée au patient sur l'usage des soins.

Le secrétariat physique est valorisé par les médecins interrogés pour la gestion des consultations non programmées. Malgré son coût important, cet investissement leur semble rentable économiquement par l'optimisation du temps médical qu'il génère, surtout si ses frais sont mutualisés via un exercice de groupe. Le confort de travail qu'il procure et les relations plus humaines en font un poste clé au sein d'une structure médicale de soins primaires. Le statut d'employeur avec les difficultés administratives et relationnelles qu'il confère constitue cependant un frein. Une réflexion sur la mise en place d'aides

afin d'investir dans un secrétariat physique tout en allégeant sa gestion administrative serait intéressante à mener. Le télésecrétariat ou l'utilisation de plateformes de prise de rendez-vous sur internet sont des solutions privilégiées par les médecins exerçant seuls. Ils permettent, à moindre coût et avec une plus grande amplitude horaire, de répondre aux demandes des patients. Le secrétariat à distance, de par sa facilité de gestion, l'absence du statut d'employeur et son moindre coût en fait une alternative crédible, bien que son côté impersonnel lui soit souvent reproché. L'utilisation d'un secrétariat permet la délégation de la gestion des appels, source d'interruption et de stress pendant les consultations. Il peut apporter une plus grande flexibilité sur l'agenda en diminuant les délais de rendez-vous et en améliorant le confort du médecin. La possibilité de mixer plusieurs types de secrétariat, physique, téléphonique ou à distance répondrait au mieux aux besoins de chaque cabinet.

L'attrait très fort de la jeune génération de médecins généralistes pour l'exercice de groupe et le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles témoigne de l'évolution du système de soin en France. Le développement des pathologies chroniques et de leur complexité couplé à une démographie médicale en difficulté croissante amène les médecins à repenser leur mode d'organisation. Autour d'un système d'information partagé, des modes d'organisation collective pourraient être mis en place afin d'aboutir à une meilleure continuité des soins et de mieux répondre aux demandes de soins non programmées. Cette évolution doit s'ancrer dès l'enseignement facultaire en renforçant la formation à l'interprofessionnalité.

Les métiers de la santé sont en pleine mutation, à l'instar de ce qui se passe chez nos voisins européens. La notion de structure référente pour la gestion des consultations non programmées au sein d'un cabinet de groupe et des maisons de santé pluridisciplinaires, en écho aux systèmes anglo-saxons et aux « *patient-centered medical home* » américaines, s'intègre de plus en plus à la profession : ces médecins s'organisent autour d'une patientèle commune et d'un système d'information partagé pour mieux répondre à la demande de soins non programmés. L'évolution du métier d'infirmière avec le statut d'infirmière clinicienne, lui permettant de renouveler certains traitements et bilans biologiques, est en corrélation avec la délégation de tâches médicales prônée par l'interprofessionnalité. Le secrétariat médical est lui aussi en pleine mutation. L'émergence des plateformes de prise de rendez-vous sur internet permettent de diminuer les frais de fonctionnement et de limiter la charge du secrétariat en place. L'évolution du poste de secrétariat physique au sein des maisons de santé pluridisciplinaires, avec la délégation de tâches telles que la comptabilité, la gestion des stocks, la tenue du dossier médical partagé en plus de la gestion plus classique des appels, font de ces secrétaires de véritables assistantes de direction.

Une réflexion sur un système de régulation des services d'urgence, autour d'une organisation collective sur un secteur géographique serait à porter. De même, repenser le mode de rémunération des médecins généralistes, en s'affranchissant du seul système à l'acte et en développant les

rémunérations mixtes avec des « forfaits structures » permettrait à notre système de santé de se moderniser afin d'améliorer l'accès aux soins. La France tend progressivement vers ce modèle avec l'avènement des nouveaux modes de rémunérations, dans les maisons de santé labélisées par les agences régionales de santé.

CONCLUSIONS

L'accessibilité aux soins, dans ses dimensions géographiques, financières ou sociales, constitue un élément primordial de la performance d'un système de santé. Une augmentation constante du recours aux structures d'urgences par la population est constatée depuis plusieurs décennies, essentiellement pour des motifs « non urgents ». Les trois quarts de ces passages ont lieu en journée, alors que les cabinets de médecine générale sont ouverts. Le recours aux soins non programmés apparaît comme une contrainte forte dans une profession où les questions de la gestion du temps et de l'organisation du cabinet en exercice libéral sont centrales.

Ce travail s'intéresse aux difficultés exprimées par les médecins généralistes dans la gestion de ces consultations non programmées. Son objectif principal est de décrire les avantages et inconvénients des différents types de gestion des consultations non programmées selon les modes d'exercice.

Nous avons conduit une étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes à l'aide d'entretiens semi-dirigés. L'échantillon était raisonné et suffisamment varié afin d'obtenir une saturation sur les résultats principaux. Leur analyse a été conduite selon la théorie ancrée, entretien par entretien, puis de façon transversale, avec la triangulation des données par la directrice de thèse.

Pour les médecins interrogés, il est difficile de donner une définition précise d'une consultation non programmée. La perception de l'urgence par le médecin et le patient est différente tant leurs représentations sont éloignées. Selon la littérature, les principaux motifs « urgents » ou non programmés sont l'épisode aigu infectieux chez l'enfant et le jeune adulte et l'épisode aigu rhumatologique chez la personne âgée, la douleur étant présente dans la plupart de ces situations.

Bien que non consensuel entre les médecins interrogés, des mesures permettraient d'améliorer l'organisation du soin en cabinet de médecine générale tout en répondant au mieux aux attentes des patients et des médecins : mettre en place des plages dédiées bloquées pour le jour même avec une organisation exclusivement sur rendez-vous et préciser au patient qu'un seul motif sera traité par consultation non programmée. Une meilleure gestion de ces consultations passerait par un renforcement de l'information délivrée au patient sur l'usage des soins.

Le secrétariat physique est valorisé par les médecins interrogés pour la gestion des consultations non programmées. Malgré son coût important, cet investissement leur semble rentable économiquement par l'optimisation du temps médical qu'il génère, surtout si ses frais sont mutualisés via un exercice de groupe. Le confort de travail qu'il procure et les relations plus humaines en font un poste clé au sein d'une structure médicale de soins primaires. Le statut d'employeur avec les difficultés administratives

intéressante à mener. Le télésecrétariat ou l'utilisation de plateformes de prise de rendez-vous sur internet sont des solutions privilégiées par les médecins exerçant seuls. Ils permettent, à moindre coût et avec une plus grande amplitude horaire, de répondre aux demandes des patients. Le secrétariat à distance, de par sa facilité de gestion, l'absence du statut d'employeur et son moindre coût en fait une alternative crédible, bien que son côté impersonnel lui soit souvent reproché. L'utilisation d'un secrétariat permet la délégation de la gestion des appels, source d'interruption et de stress pendant les consultations. Il peut apporter une plus grande flexibilité sur l'agenda en diminuant les délais de rendez-vous et en améliorant le confort du médecin. La possibilité de mixer plusieurs types de secrétariat, physique, téléphonique ou à distance répondrait au mieux aux besoins de chaque cabinet.

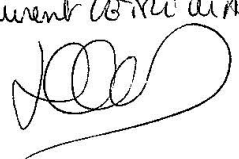
L'attrait très fort de la jeune génération de médecins généralistes pour l'exercice de groupe et le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles témoigne de l'évolution du système de soin en France. Le développement des pathologies chroniques et de leur complexité couplé à une démographie médicale en difficulté croissante amène les médecins à repenser leur mode d'organisation. Autour d'un système d'information partagé, des modes d'organisation collective pourraient être mis en place afin d'aboutir à une meilleure continuité des soins et de mieux répondre aux demandes de soins non programmées. Cette évolution doit s'inscrire dans l'enseignement facultaire en renforçant la formation à l'interprofessionnalité.

Les métiers de la santé sont en pleine mutation, à l'instar de ce qui se passe chez nos voisins européens. La notion de structure référente pour la gestion des consultations non programmées au sein d'un cabinet de groupe et des maisons de santé pluridisciplinaires, en écho aux systèmes anglo-saxons et aux « *patient-centered medical home* » américaines, s'intègre de plus en plus à la profession : ces médecins s'organisent autour d'une patientèle commune et d'un système d'information partagé pour mieux répondre à la demande de soins non programmés. L'évolution du métier d'infirmière avec le statut d'infirmière clinicienne, lui permettant de renouveler certains traitements et bilans biologiques, est en corrélation avec la délégation de tâches médicales prônée par l'interprofessionnalité. Le secrétariat médical est lui aussi en pleine mutation. L'émergence des plateformes de prise de rendez-vous sur internet permettent de diminuer les frais de fonctionnement et de limiter la charge du secrétariat en place. L'évolution du poste de secrétariat physique au sein des maisons de santé pluridisciplinaires, avec la délégation de tâches telles que la comptabilité, la gestion des stocks, la tenue du dossier médical partagé en plus de la gestion plus classique des appels, font de ces secrétaires de véritables assistantes de direction.

Une réflexion sur un système de régulation des services d'urgence, autour d'une organisation collective sur un secteur géographique serait à porter. De même, repenser le mode de rémunération des médecins généralistes, en s'affranchissant du seul système à l'acte et en développant les rémunérations mixtes avec des « forfaits structures » permettrait à notre système de santé de se

Les médecins généralistes, en s'affranchissant du seul système à l'acte et en développant les rémunérations mixtes avec des « forfaits structures » permettrait à notre système de santé de se moderniser afin d'améliorer l'accès aux soins. La France tend progressivement vers ce modèle avec l'avènement des nouveaux modes de rémunérations, dans les maisons de santé labélisées par les agences régionales de santé.

Le Président de la thèse,

Laurent Cornuier


Vu :

Pour Le Président de l'Université

Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 18 OCT. 2017

BIBLIOGRAPHIE

1. Legifrance. Arrêté portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles ; 24 Juillet 2017. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/7/24/SSAS1722266A/jo>
2. Legifrance. Arrêté portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité ; 23 Février 2015. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=53E1A96B4225A1173F0844EB0BE55D6D.tpdila10v_3?cidTexte=JORFTEXT000030289835&dateTexte=20160306
3. Institut Montaigne. Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale ; 2013. p. 90.
4. ARS Rhône-Alpes. Avenant 2 SROS PRS. Arrêté 2015-5656 ; 2015.
5. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. Questions d'économie de la Santé : rapport n° 174 ; 2012. 8 p.
6. Blanchet A. et Gotman A. L'entretien : L'enquête et ses méthodes. 2e édition. France : Armand Colin ; 2010.
7. Collet M., Gouyon M., DRESS. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Etudes et résultats : rapport n° 607; 2007. 8 p.
8. Collet M., Gouyon M., DRESS. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. Etudes et résultats : rapport n°625 ; 2008. 8 p.
9. URPS Ile-de-France. Rendez-vous médicaux non honorés, demandes de soins non programmés. Etat des lieux et solutions ; 2015. Disponible : <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/16200.pdf>
10. URPS médecins Rhône-Alpes. Vos pratiques et besoins en matière de secrétariat médical ; 2014. Disponible : http://www.urps-med-aura.fr/medias/content/files/publications/2014_07_10_URPS_Med_RA_Synthese_Enquete_Secretariat_medical.pdf_1409229389444.pdf
11. Rakotoarivonina S. Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral. Nice, France : Université de Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine ; 2015.

12. Jakoubovitch S., Bournot M-C, Cercier E., Tuffreau F., DRESS. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et résultats : rapport n° 797 ; 2012. 8 p.
13. ARS-ARA. Médecins libéraux : liste des communes en zone fragile en région Auvergne-Rhône-Alpes ; 2017. Disponible : http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/PAPS_RA/JE_MINSTALLE/4_Ou_minstaller/Zones_fragiles_et_de_vigilance_en_RA/20170303_communes_ZF_medecins_ARA.pdf
14. ARS-ARA. Médecins libéraux : liste des communes en zone de vigilance en région Rhône-Alpes ; 2016. Disponible : http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/PAPS_RA/JE_MINSTALLE/4_Ou_minstaller/zones_de_vigilance_sept_2016.pdf
15. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale. Grenoble, France : Université de Grenoble Joseph Fournier - Faculté de Médecine ; 2011.
16. Bras PL. Reorganise primary care : patient-centered medical homes in the US ; 2011. Disponible : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS1101_Maisons_medicales_centrees_sur_le_patient_aux_USA_01.pdf
17. AHRQ. Defining the PCMH. [En ligne]. Disponible : <https://www.pcmh.ahrq.gov/page/defining-pcmh>
18. Sachot M. L'accès aux soins primaires en zone rurale déficitaire : étude auprès de la population de la communauté de communes de la Chataigneraie. Nantes, France : Université de Nantes - Faculté de Médecine ; 2011.
19. PAPS. Aides conventionnelles. [En ligne]. Disponible : <http://www.paps.sante.fr/Aides-conventionnelles.41920.0.html>
20. Autès M, Dufay M-G. Maisons de santé et aménagement du territoire : une dynamique à partager, Multidisciplinary health houses and regional development: a necessarily shared dynamics. Santé Publique. 21 (hs1) : 17-25.
21. Batsch E. Profils socio-démographiques et motivations des patients venant avec et sans rendez-vous en consultation de médecine générale. Paris, France : Université Paris 6 Pierre et Marie Curie. Faculté de Médecine ; 2013.
22. Espage. La MSP tout compris. [En ligne]. Disponible : <https://www.espage.fr/page/la-msp-tout-compris>

23. Vandermeersch A. Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes installés en maison ou pôle de santé pluridisciplinaire en Nouvelle-Aquitaine. Limoges, France : Université de Limoges. Faculté de Médecine et de Pharmacie ; 2016.
24. Bornand L. Etude du ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins primaires en maisons médicales. Grenoble, France. Université de Grenoble Joseph Fournier - Faculté de Médecine ; 2012.
25. Martines-Gonzales NA. Substitution of physicians by nurses in primary care : a systematic review and meta-analysis. Zurich, Switzerland : University Hospital Zurich ; 2014.
26. Legifrance. Loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé - Article 119 ; 26 janvier 2016. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913702&cidTexte=LEGITEXT000031916187&categorieLien=id>
27. HAS. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? ; 2008. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf
28. Legifrance. Loi de modernisation de notre système de santé. n°2016-41 ; 26 janvier 2016. 111 p. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000031912641
29. Cadwallader JS, Vaillant-Roussel H., Boulet P., Paumier F., Bottet A., Dumoitier N. Motivations des médecins généralistes à devenir maître de stage des universités. Exercer ; 2015. 117 : 33-9.
30. Faure-Geors H. Les centres de soins de premier recours en Rhône-Alpes. Mémoire EHESP ; 2015.
31. Pascaline. La Plateforme Territoriale d'Appui. [En ligne]. Disponible : <http://www.pascaline-sante.com/>
32. Nys E. Repenser les soins primaires en Europe : comparaison des différents systèmes de soins primaires. Grenoble, France : Université de Grenoble Joseph Fournier. Faculté de Médecine ; 2008.
33. Legifrance. Arrêté portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes ; 22 septembre 2011. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024803740>

ANNEXES

Annexe 1. Grille COREQ

Pour une critique objective de l'étude, une grille de lecture a été utilisée comme support : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ). Cette dernière est le résultat d'une méta-analyse de l'ensemble des grilles de lecture de la littérature, publiée en 2007 dans l'International Journal for Quality in Healthcare. Elle a été utilisée dans sa version française traduite. Elle définit 32 critères de qualité.

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion.

▪ Caractéristiques personnelles :

1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	L'investigateur (VF)
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne en médecine générale
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Homme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Mémoire d'initiation à la recherche pour se familiariser avec la méthode qualitative

▪ Relation avec les participants

6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Pour certains oui, pour les autres, c'étaient des connaissances d'autres médecins interrogés
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Avant chaque entretien, ils savaient juste que c'était une thèse sur la gestion de cabinet, sans précisions complémentaires
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Qu'il était interne en médecine générale. Certains savaient qu'il allait s'installer dans une MSP à la fin de ses études.

Domaine 2 : Conception de l'étude.

▪ Cadre théorique

9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse de contenu par théorie ancrée
---	---------------------------------------	--	---------------------------------------

▪ Sélection des participants

10	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage raisonné
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par courriel
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	15
13	Non-participation	Combien de participant ont refusé de participé ou ont abandonné ? Raisons ?	Sur 18 médecins contactés, 3 médecins généralistes exerçants seuls ont refusé de participer car leur planning était surchargé

▪ Contexte

14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	En cabinet de médecine générale en dehors de leur consultation, sauf pour deux à leur domicile et un à la faculté
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non, pas d'observateur.
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Elles sont présentées dans un tableau récapitulatif (partie 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 d'entretien testé et validé lors d'un mémoire préalable
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? si oui, combien de fois ?	Non, retranscription au plus tôt après chaque entretien
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Après l'entretien pour ne pas perturber la personne interrogée
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Les trois premiers plus court de 11 à 17 minutes. Les autres entre 25 et 75 minutes. Durée moyenne de 40 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Les deux derniers entretiens n'ont pas fait apparaître d'idées nouvelles sur les résultats principaux
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	OUI avec validation et commentaires, échanges par courriel, retranscrits à la fin des verbatim

Domaine 3 : Analyse et résultats.

▪ Analyse des données

24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2 personnes, investigateur et directeur de thèse pour une triangulation de l'analyse des données
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui dans la partie méthode et tableau de codage transversal en annexe
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données	Déterminés à partir des données et alimentés au fil des entretiens
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Word. Investigateur formé à Nvivo mais le choix a été fait de ne utiliser ce logiciel.
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	OUI, validation et retours de dix entretiens exprimés par courriel et retranscrits à la fin des verbatim.

▪ Rédaction

29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ?	Oui
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. Partie « résultats principaux »
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui. Partie « autres résultats et perspectives : propositions d'amélioration » en fin de discussion

Annexe 2. Guide d'entretien

Introduction :

Bonjour, merci de me recevoir. Comme je vous l'ai dit, je fais une thèse sur la gestion de cabinet, et plus particulièrement sur la gestion des consultations non programmées en cabinet de médecine générale. J'aimerais à travers cet entretien essayer de comprendre comment vous vous organisez avec pour objectif d'apporter des solutions aux médecins généralistes afin d'améliorer cette gestion des consultations non programmées.

Questions :

1/ Quel mode d'exercice avez-vous?

2/ Comment organisez-vous vos journées de consultations ?

+/- Pourriez-vous me détailler vos horaires de consultations ?

+/- A quel moment de la journée vous occupez-vous des tâches annexes liées au cabinet (comptabilité, tenu de dossier, lecture des biologies...) ?

3/ Qu'est-ce qu'une consultation non programmée pour vous ?

+/- Faites-vous une différence entre plusieurs types de consultation non programmée? Si oui, lesquelles ?

Nous allons maintenant approfondir plus en détail votre gestion des consultations non programmées.

4/ Comment gérez-vous ces consultations non programmées durant une semaine "type" ?

5/ Quel type de secrétariat utilisez-vous et pourquoi ?

+/- Quelles responsabilités lui donnez-vous vis-à-vis de la gestion des consultations non programmées ?

+/- Sont-ils/elles formé(e)s et si oui comment ?

6/ Quels sont pour vous les points forts / positifs de votre gestion des consultations non programmées?

7/ Et quels sont les points faibles de votre gestion des consultations non programmées?

8/ Que pensez-vous pouvoir modifier pour améliorer la prise en charge de ces demandes consultations non programmées, que ce soit à l'échelle de votre cabinet ou pour l'ensemble des médecins généralistes ?

9/ Comment avez-vous fonctionné durant votre carrière pour la gestion de ces consultations non programmées et qu'est-ce qui a pu vous amener à changer vos pratiques ?

10/ Avant de clore cet entretien, est-ce que vous voulez-dire autre chose ?

Annexe 3. Extrait de verbatim médecin 12

« **Moi**: D'accord. Je pense qu'on en reviendra un petit peu tout à l'heure. Heu je voulais vous demander, bah qu'est-ce que pour vous, déjà, une consultation non programmée?

Médecin: Une consultation non programmée pour moi, c'est une consultation qui, le patient qui arrive à la maison de santé et qui a... une demande. Mais sauf que ce n'est pas programmé, qu'il n'a pas appelé pour un rendez-vous.

Moi: Ok, donc en gros c'est une consultation qui n'a pas été prévenue à l'avance et qui arrive comme ça?

Médecin: Ouais

Moi: Et est-ce qu'il y a plusieurs types de consultations non programmées ? Motifs plutôt j'ai envie de dire

Médecin: Bah il y a plusieurs moyens de les classer quoi... On peut les classer en fonction de l'urgence ressentie par le patient. Il y a des vraies urgences et des cas pressés. Puis il va y avoir heu des... des... on peut les classer en fonction de la catégorie. Ça peut être du médical, ça peut être du chirurgical. La suture comme une infection urinaire par exemple. Une fièvre d'un enfant. Mais ça reste toujours une demande du patient, quelle qu'elle soit, donc je ne vois pas bien l'intérêt de les classer. S'il téléphone, c'est du programmé quoi. Ici, on a plutôt une manière de dire "le non programmé se programme" (rires).

Moi: Le non programmé se programme ?

Médecin: Oui, par exemple quand les gens se pointent on leur dit "bah restez entre deux" ou "le médecin fini sa pause ça tombe bien il va venir" ou quel que soit la solution, le non programmé devient du programmé

Moi: Bah justement comment vous les gérez alors ces consultations non programmées ?

Médecin: Bah nous on les gère d'une façon assez simple. Parce que le... les tableaux des médecins sont toujours avec des pauses. Il y a d'abord le non programmé, dans le sens où quand la secrétariat prend son poste de matin à 8 heures, elle a un minimum de trois plages de sécurité par cabinet.

Moi: Par jour?

Médecin: Par matinée. Et à 14h on déclenche celles de l'après-midi. Donc au pire, même si c'est blindé blindé, elle a de toute façon au minimum douze plages de sécurité qu'elle peut délivrer et l'après-midi pareil elle redégage douze places de non programmé sur l'après-midi. Ce qui veut dire que si c'est du faux non programmé, en disant "je veux un rendez-vous tout de suite parce que le petit il a de la fièvre", heu c'est pas pour du non programmé, parce qu'ils ont appelé, donc il y a pour moi une régulation, heu il y a toujours une solution. Et en plus de ça il y a des pauses. Les vieux qui ont l'habitude de bosser vite, ils ont qu'une seule pause dans la matinée. Qui est très vite occupée par du non programmé. Et les jeunes qui prennent trois patients par heure, quand ils sont à l'heure ils ont une pause quasiment toutes les heures.

Moi: Et niveau horaires là vous faites quoi concrètement ?

Médecin: Perso ? Ou de la maison ?

Moi: Bah vous déjà, puis après au niveau de la maison

Médecin: Bah ici il y a une différence, il y a des jeunes qui arrivent tard, ils commencent à 9h, ils en voient trois à l'heure, donc entre 9h et midi ils en ont vu trois fois quatre : douze. Et il y a quelques vieux qui bossent plus vite, qui se sont levés tôt le matin pour faire le jardin, qui commencent à 7h et demi et qui finissent à midi et demi et ils en ont vu vingt.

[...]

Moi: Ok. Maintenant je voulais revenir sur le secrétariat. Donc vous, quel type de secrétariat vous utilisez ? Et pourquoi ?

Médecin: Bah nous on a un secrétariat heu physique. Qui est heu on a un équivalent ça doit faire l'équivalent à peu près d'1.8 ETP équivalent temps plein de secrétariat. On a une secrétaire en permanence de lundi 8h à vendredi 18h. Et le samedi matin. On s'arrête à 18h parce qu'ici on est sur un secteur où la permanence des soins commence à 18h. Et donc ça reste ouvert entre midi et deux. Le lundi matin elles sont deux et le reste du temps elles ne sont qu'une.

Moi: D'accord. Et heu bah vis à vis de la consultation non programmée, comment ça se passe la gestion ?

Médecin: Bah le patient arrive en disant "il faut que je vois un docteur, je dois voir un docteur". Donc elle regarde le planning. Soit il y en a un qui est dispo, heu bah elle leur dit "voilà, dans tel cabinet vous pouvez y aller dans un quart d'heure" ou "est-ce que vous pouvez revenir dans une demi-heure" etc. Si c'est très urgent elle donne un coup de fil et elle voit avec le toubib "est-ce que je peux vous confier, est-ce que je peux dire à machin de passer ?" Et en fonction toi tu apprécies très rapidement et tu fis "ok bah c'est pas grave, elle attendra quinze minutes dans la salle d'attente". Mais ce n'est pas très grave.

Moi: Justement, bah tous les patients qui viennent comme ça sans rendez-vous, qui veulent un rendez-vous, qui ont une urgence ressentie, elles essayent de juger de cette urgence quand même ?

Médecin: Alors si tu veux, c'est très très rare le non programmé. C'est un problème d'éducation de la clientèle. Au début les patients étaient inquiets, car ils voyaient que tout était sur rendez-vous. Ils se disaient "quand on va appeler, on va avoir un rendez-vous que la semaine prochaine" tu vois. Très vite ils ont compris qu'on répondait dans la journée. Par le mécanisme des plages de sécurité. Nous on a très très peu de gens qui débarquent. Ça arrive, il faudra demander aux secrétaires, ça doit être une ou deux fois par jour. Et ils débarquent en disant "est-ce que je peux avoir un rendez-vous" quoi. Et puis même quand ils viennent demander le rendez-vous physiquement, ça ne veut pas dire qu'ils en ont besoin tout de suite. Donc c'est elle qui régule. La bonne secrétaire c'est celle qui au téléphone régule et qui demande quand quelqu'un appelle "c'est pourquoi ?". C'est pas pareil si c'est "mon mari ça lui serre dans la poitrine depuis 8 jours", que si c'est "il faut le renouvellement de l'ordonnance de six mois" tu vois.

Moi: Justement, sur ces questions qu'elles posent. C'est une responsabilité que vous lui donnez au final. Est-ce que elles ont vraiment été formées ? Comment ? Comment on peut faire pour leur donner cette responsabilité médicale au final, de juger de l'urgence, alors qu'elles ne sont pas formées à ça initialement ?

Médecin: Quand elles sont sur un territoire, elles finissent par connaître les patients. C'est assez extraordinaire. C'est à dire que tu as une patiente qui va dire "est-ce que le médecin pourrait venir voir mon mari?" "Ouais, ok, est-ce qu'il pourrait passer demain ?" "Ouais très bien". Non non, si c'est madame Michu qui dit "Je crois bien qu'il est malade, il faut y aller en courant, envoyer le SAMU". Alors qu'il y en a une autre, on a eu une anecdote (d'un ton très niais) "j'ai besoin d'un rendez-vous très très urgent avec le docteur tartanpion". "Ah bah il vient de partir en vacances pour 15 jours". "Ah bah vous me mettez le rendez-vous le lundi matin quand il revient dans quinze jours". Tu vois (rires), donc c'est... les secrétaires elles finissent par connaître la clientèle et elles savent très bien reconnaître le degré d'importance par rapport à la patientèle.

Moi: C'est d'expérience au final ?

Médecin: Ouais, tout à fait. Et après au niveau formation

Moi: Et elles ont été formées ? (on parle en même temps)

Médecin: Non, non, elles sont non diplômées toutes les deux. Elles se sont beaucoup formées sur le tas, avec nous, avec le travail que l'on a pu faire avec elle. Puis elles sont beaucoup formées sur le tas. Mais heu t'as raison c'est un des gros soucis que l'on a. Aujourd'hui, un des plus gros soucis des postes de secrétariat, il faudrait quasiment que ce soit des gens chargés de relations clientèle tu vois. Nous on appellera ça comme cela bientôt. Parce qu'il va falloir que l'on développe ce poste. C'est le premier poste rencontré par les patients. C'est une responsabilité monumentale. C'est super mal géré par les médecins qui ne sont pas de vrais managers. Tu as plus d'endroit où c'est les secrétaires qui gèrent les médecins, que les médecins qui gèrent les secrétaires tu vois. Et c'est, c'est un véritable soucis dans notre monde professionnel que la sous valorisation de ces postes-là.

Moi: Et donc vous, vous pensez vraiment que ce serait une piste à élaborer ?

Médecin: Ah bah ouais. Ouais.

Moi: Et qu'est-ce qu'on pourrait faire alors concrètement ?

Médecin: Bah ça veut dire qu'on pourrait renforcer la formation, en créant de véritables communautés d'apprentissage, tu vois.

Moi: De secrétaires médicales ? Mais elles ont déjà une formation normalement non ?

Médecin: Oui, mais les coordinatrices qu'on met en place dans les maisons de santé, elles sont beaucoup en relation les unes avec les autres. Les secrétaires, jamais on ne les met en relation.

Moi: C'est les coordinatrices de soins avec la coopérative (Facilimed) dont vous parliez au début, c'est ça?

Médecin: Ouais. Qui sont des gens qui sont bac +5, qui gèrent les consultations de professionnels, pour les aider dans leur projet de santé public, pour les accompagner dans leur demande...

Moi: Et ces personnes se forment entre elles ?

Médecin: Alors celles-là oui, alors on a monté un partenariat avec l'école de Rennes. Heu qui est pas complètement top, qui est pas mal faite, qui est bien faite, mais qui n'est pas complètement top. Parce qu'il n'y a

pas de formation. Ce sont des gens qui ont créé le métier sur le tas. Alors les secrétaires médicales, tu as un tas de formation partout.

Moi: Oui, parce que ça existe la formation de secrétaire médicale. Et vous dites qu'elles ne sont pas formées. Ce n'est pas logique ?

Médecin: Si parce qu'elles sont beaucoup formées... Enfin c'est comme les médecins hein. Heu on connaît par cœur les maladies qui n'existent plus. Par contre la communication avec les patients et la gestion d'une entreprise, ou la notion de territoire tu sais pas.

Moi: Ils essayent de changer ça à la fac. Ils mettent en place des ateliers de communication. J'ai ma directrice de thèse qui donne des ateliers de communication. Donc heu je suis obligé d'en parler (rires).

Médecin: Les secrétaires elles pourront t'écrire heu syndrome de Lynch sans faute d'orthographe, mais par contre gérer un appel urgent ou une difficulté de flux, parce que les agendas sont blindés et que d'un coup il y a une épidémie de grippe, comment je fais ? Bah...

Moi: Justement, est-ce qu'il ne faudrait pas revoir les formations de secrétaires médicales donc ?

Médecin: Il faudrait revoir en effet la formation et si tu veux il y a un avenir devant nous sur heu l'accompagnement de cette profession dans le changement. Nous on est une profession qui change, les médecins en trente ans le changement dans le métier a été incroyable. Et encore quand je me suis installé, ceux qui étaient installés depuis trente ans me disait "nan mais attend ça a changé c'est incroyable!". Donc ça continue de changer en permanence. Et toi quand tu finiras ta carrière, tu auras tous tes résultats d'examens sur téléphone (rires) car l'imagerie est en train de révolutionner le système. Donc tout change, mais les postes de secrétariat médicaux n'ont presque pas changé.

Annexe 4. Extrait du tableau de codage transversal :

Thème : Propositions d'amélioration des CNP	
Item : Ouverture le samedi matin	
Occurrence	Verbatim
Intéressant pour les jeunes actifs	"Et puis c'est vrai que ceux qui travaillent en semaine ils peuvent pas venir, ou alors ils viendraient trop tard après 19h du soir. Donc le samedi matin serait quand même pas mal pour les jeunes actifs." M5 "Au départ c'est vrai ça arrange beaucoup de gens. Surtout dans notre société actuelle où tu as des gens qui travaillent en déplacement et qui rentrent le vendredi si tu veux." M10
Permanence des soins - Service rendu	"On se rend compte quand même que les pharmaciens qui sont en face ont beaucoup de demandes de consultations le samedi matin et qu'ils sont coincés [...] Puis c'est un vrai service. C'est vrai que la garde commence à midi donc il faut assurer la permanence des soins le samedi matin [...] C'est mieux s'il y a quelque chose le samedi matin." M5 "Je pense que c'est un service." M14
Intéressant d'un point de vue médical	"Quel intérêt du samedi matin ? Même si ça te bouche la vie un peu. Bah c'est que du vois tes patho qu'on voit pas les autres jours. Parce si tu veux en ville toutes les autres spés sont en week-end... Et tu vois la pédiatrie, la gynéco... Au niveau intérêt médical c'est très bien" M10
Méconnaissance des patients	"Je me rends compte que les gens ne savent pas qu'on est ouvert le samedi matin" M6
Améliorer l'accès aux soins	"J'ai eu plusieurs patients qui ont eu des problèmes, et personne le samedi matin et ils ont du attendre midi la garde. Pas top quoi [...] Les patients ils sont obligés d'aller aux urgences ou chez d'autres confrères qui travaillent eux le samedi matin." M5 "Je pense que c'est une demande, les patients sont contents d'avoir le samedi, parce qu'il y a en plein qui ne peuvent pas venir dans la semaine. Voilà." M14
Ne répondre qu'aux demandes de soins non programmés	"Je fais un samedi matin sur quatre. En fait le samedi matin on fonctionne que en permanence des soins. On programme aucune consultation sauf exception." M6
Item : Plages dédiées sur rendez-vous au sein d'un cabinet de groupe	
Occurrence	Verbatim
Appel du jour même pour les urgences	"Reprendre une personne heu par heure en plus heu en cas d'urgence mais simplement après que le secrétariat nous ait laissé un message." M1 "Tout le temps! tout le temps! On garde des plages de libre pour les appels de la journée. Et à chaque heure, on garde une plage de libre pour les consultations non programmées." M3 "On a en gros 25 % de nos plages de rendez-vous qui sont en soins non programmés par jour. Grosso modo une consultation par heure." M4 "Bah j'ai des plages d'urgence dans la journée. Ça représente à peu près 20 à 25% des consultations de la journée [...] on dit aux gens de rappeler le lendemain à 8h00." M15

Plages de sécurités "bloquées" pour le jour même	"Aucune des plages des permanences de soins n'est distribuée pour autre chose que de la permanence de soins [...] On empiète jamais, jamais, jamais, jamais, sur une plage réservée aux soins non programmés, quitte à ce que de temps en temps, il n'y en ait pas." M4 "Qu'on peut mettre sur une place dédiée, une place d'urgence, qu'on a bloqué pour la journée même [...] Le créneau spécifique c'est 15 à 16h. De 15 à 16h, il n'est jamais pris à l'avance de consultations." M5 "Au pire, même si c'est blindé blindé, elle a de toute façon au minimum douze plages de sécurité qu'elle peut délivrer et l'après-midi pareil elle redégage douze places de non programmé sur l'après-midi." M12 "Moi je garde toujours beaucoup de places de libres. C'est rare que j'attaque une journée heu avec mes rendez-vous plein. Ca n'arrive jamais quoi [...] Je bloque toujours des plages." M13
Permet de ne pas empiéter sur les consultations programmées	"D'avoir pas le temps nécessaire pour chaque personne." M8
Moins de stress pour le médecin	"Pour pas de stress (les consultations sur rendez-vous)!! Moi mon truc c'est le confort, ma qualité de soins." M8
Flexibilité des médecins	"Le premier point qui est important à mon avis (sur son mode d'organisation), c'est la flexibilité des médecins, tu vois. Quand quelqu'un arrive, il arrive avec une demande, c'est pas "il vient nous faire chier quoi, merde". " M12 "Les deux éléments essentiels c'est ça : respect par rapport au patient qui arrive en non programmé. Et c'est pas de leur faute, c'est qu'ils ont une demande. Et puis ensuite c'est heu j'y réponds, je m'organise parce que je suis flexible." M12
Mettre à disposition une salle d'urgence	"Mais le fait d'avoir une salle où tu peux temporiser, c'est très confortable. C'est même essentiel [...] Le fait d'avoir une salle dédiée à coté où on peut faire les choses en parallèle, ça c'est les points forts (de l'exercice en MSP)." M7
Avec médecin disponible au sein d'un cabinet de groupe / Pas forcément le MT	"Pas forcément avec le médecin traitant, mais avec celui qui sera disponible." M4 "Par contre, une consultation non programmée, en urgence, chaque médecin peut la soigner." M5 "Après le souci c'est qu'il y a des gens qui sont attachés à leur médecin, ça sous-entend que, si tu veux, mais ça je pense que ça viendra, que les gens vont dans un cabinet médical et qu'il voit x, y ou z, pour eux c'est pareil. Qu'ils préfèrent x à y ou z, ok, sur un renouvellement ils iront voir x, mais pour une urgence ils iront voir un autre." M10
Partage de patientèle pas dans les mœurs des personnes âgées	"Les tranches d'âges, je te parle par rapport à ma clientèle, ils s'en foutent pas tant que ça. Donc heu non je suis le médecin, vous êtes mon médecin traitant donc il faut que ce soit vous." M10

Modulable par les secrétaires	"Le secrétariat téléphonique prend heu à l'avance heu deux personnes par heure et pour le jour même une personne par heure, ce qui nous laisse la possibilité à nous, en autonomie, de reprendre une personne heu par heure en plus heu en cas d'urgence." M1 "Elles vont adapter le nombre de plage disponible. On a pas notre mot à dire là-dessus." M4 "C'est pas pour du non programmé, parce qu'ils ont appelé, donc il y a pour moi une régulation, heu il y a toujours une solution. [...] C'est elle qui régule. La bonne secrétaire c'est celle qui au téléphone régule et qui demande quand quelqu'un appelle au téléphone "c'est pourquoi ?" M12
Meilleure organisation sur rendez-vous	"Le temps moyen de consultation est de quinze minutes, et en prenant trois rendez-vous à l'heure, ça permet à chaque heure le... heu la possibilité de recevoir une consultation non programmée" M3 "j'ai trois rendez-vous par heure. Donc en fait j'ai heu zéro, et quart, trente, et le dernier créneau qui reste de libre, comme ça ça me permet de combler mon retard, parce que j'ai dû fatalement dépasser pour un patient ou deux. Ou alors s'il me reste 5 petites minutes de battement, je peux gérer un appel ou quoi que ce soit. Ou éventuellement pour rajouter quelqu'un s'il y a une urgence qui débarque." M6 "Je me mets trois rendez-vous par heure, mais j'ai toujours le quatrième qui est possible pour cocher, pour remplir justement la consultation qui viendra improvisée, voilà." M11
Equipe traitante / Organisation collective / Relais MT	"Si on est 4 à travailler, heu y'en a qui dit cette après-midi je prends les consultations à l'heure et je m'occupe des consultations non programmées, etc.. Ce qu'on ne fait pas chez nous." M3 "C'est très bien vécu à partir du moment où il y a une vraie confiance qui règne entre les praticiens entre eux d'une part, et la conviction qu'ont les patients que l'information va parvenir de toute façon à leur médecin traitant." M4 "Le mieux bien sûr c'est d'avoir le même type de mode de consultations. C'est compliqué de faire chacun à sa sauce. Le mieux, c'est quand même programmé, sur rendez-vous." M5 "Il y a tellement tout qui arrive dans le cabinet du médecin généraliste que moi je trouve ça plutôt cool l'idée que les gens arrivent dans un lieu. On fait une médecine globale, et bien qu'ils arrivent aussi dans un lieu global." M6 "Je ne sais pas si c'est applicable, mais je serai assez partant pour qu'il y ait une patientèle partagée, où il n'y aurait plus un médecin traitant." M15
Pas de retard = Respect du patient	"J'aime pas mettre en retard les patients. Quand ils prennent rendez-vous, ils se sont débrouillés pour venir à l'heure, c'est quand même important. S'ils sont habitués que tu sois à l'heure, ils sont à l'heure. C'est un respect mutuel." M5 "Puis question de respect aussi. Si l'on donne des rendez-vous, c'est pas pour que les gens attendent." M15

Cette organisation permet une accessibilité aux soins rapide	"J'aime bien pouvoir proposer des créneaux de consultation rapide [...] Qu'on essaye d'étaler ce qui est étalable avec l'idée que l'on peut être visé le jour même si besoin. [...] J'aime pas faire attendre." M6 "Alors si tu veux, c'est très très rare le non programmé. C'est un problème d'éducation de la clientèle. Au début les patients étaient inquiets, car ils voyaient que tout était sur rendez-vous. Ils se disaient "quand on va appeler, on va avoir un rendez-vous que la semaine prochaine" tu vois. Très vite ils ont compris qu'on répondait dans la journée. Par le mécanisme des plages de sécurité. Nous on a très très peu de gens qui débarquent." M12
Moins de stress pour le patient	"Comme ça les patients ils ont pas le temps de cogiter." M5
Permet des horaires fixes	"Puis ce qui est bien, ce qui est positif, c'est qu'à peu près, j'ai des horaires fixes quoi" M5 "Il y a des jours comme aujourd'hui où j'ai fini sur les coups de 13h (sans rendez-vous)... Si j'avais été sur rendez-vous, j'aurais fini à midi et quart, midi et demi." M13
Item : CNP sur plages libres / sans rendez-vous	
Occurrence	Verbatim
Meilleure gestion du temps de consultation	"C'est peut-être un des avantages des sans rendez-vous! On peut vraiment plus gérer son temps de consultation. [...] Si on a besoin d'une demi-heure de consultation, on le prend. Et si on a besoin de 30 sec, ou 5 min (rires), on prend 5 min." M5
Horaires plus souples	"Je commence plus tôt car ça dépend il y a des gens qui travaillent, qui ont un travail posté, qui ne peuvent pas venir le soir." M2
Pas de temps mort / Plus de patients vus	"Mais c'est vrai qu'au niveau, après on en voit beaucoup plus sans rendez-vous [...] Qu'en sans rendez-vous, y'a pas un temps mort." M5
Prise de rendez-vous difficile pour certains	"Qu'ils avaient la flemme de prendre rendez-vous chez le médecin." M3
Absence de filtre	"J'ai les gens qui se pointent comme ça là. que j'envoie paître ou non... rires." M2 "J'ai pas la secrétaire, pour filtrer [...]et s'il y avait des gens non suivi du cabinet il y aurait beaucoup trop de monde, parce qu'il manque de médecin." M5
Source d'événement indésirable sous pression	"Je sais que quand j'ai une salle d'attente pleine, cinq ou six personnes, je commence à faire de l'urgence et pas de la médecine générale quoi. Y'a ça, y'a pas ça, hop au suivant! [...] Donc ça me met une pression, qui fait qu'à mon avis je ferai des erreurs" M5
Imprévisibilité	"Que j'ai mes plages sans rendez-vous, puis j'ai les gens qui se pointent comme ça là [...] Car quand les gens se disent "on ne va pas arriver à 8h mais à 9h et demi", s'il y a dix personnes qui se disent ça, c'est mort, ça me tue ma journée." M2 "Alors mon point faible dans les consultations libres, c'est que c'est pas régulier. C'est-à-dire qu'il peut y avoir des jours où il y a beaucoup de monde et des jours où il y en a beaucoup moins. C'est imprévisible. [...] officiellement 12h, mais c'est rare que ça finisse à 12h. [...] Et c'est difficile à arrêter en fin de matinée quoi." M13

Difficulté d'organisation de l'imprévu	"Pour absorber justement les gens. Quand il y en a un ça va mais quand il y en a dix.... C'est parfois le cas. [...] Je me mets toujours une plage horaire après le sans rendez-vous pour absorber le retard que j'aurai pu prendre." M2 "Il faut pas tout accepter, parce que à ce moment si tu autorises c'est porte ouverte. Les gens vont venir sans rendez-vous en permanence. Donc t'es obligé de réguler ton planning." M3 "Je pense que c'est plus facile de mesurer si j'ai besoin... si j'ai une situation complexe, ou psychiatrique, ou d'urgence qui va me prendre plus longtemps où je vais être obligé de faire intervenir le SMUR par exemple, heu s'il n'y a pas trente personnes qui attendent c'est mieux hein." M15
Stress lié à la salle d'attente pleine	"Qu'on ne peut pas faire tous les deux sans rendez-vous le matin, il y aurait trop de monde dans la salle d'attente." M5 "Ca m'angoisse à mort de bosser sans rendez-vous. Moi l'idée d'avoir une salle d'attente pleine, je heu je peux pas." M6 "Voir les personnes s'entasser en salle d'attente, d'avoir des gens qui attendent, c'est une source de stress énorme. JAMAIS JAMAIS je n'ai travaillé hors rendez-vous." M8 "Parce que je n'aime pas avoir dix personnes en salle d'attente et de stresser en me disant "putain il y en a 4 ou 5 qui vont encore se rajouter en plus... [...] Ça te stress forcément. Tu sors, tu vois une salle d'attente pleine, les gens qui sont dans le hall machin..." M10 "Mais on peut pas dire que je travaille pareil quand il y a une personne en salle d'attente ou quand il y en a dix. Parce des fois il y en a dix [...] j'essaie de pas travailler différemment, mais un peu plus stressé quoi." M13 "Voilà, après moi j'aime pas trop avoir ma salle d'attente qui déborde." M15
Temps d'attente des patients parfois long	"Pour les patients c'est pas quand même pas top. Ils attendent longtemps, une heure, deux heures, trois heures." M5 "Pour en voir discuter avec des confrères et des consœurs qui bossent sans rendez-vous, ils me disaient "oui bah là tu vois au moins ils attendent et bah tant pis, ils attendent, parce qu'ils savent que c'est sans rendez-vous.[...] Où ça devient "rendez-vous compte, il faut que j'y aille il fait encore nuit, pour attendre devant la porte de son cabinet!" M6 "Quand je lis des témoignages de gens qui disent "ah bah moi faut que j'arrive à 7h chez mon médecin si je veux être sûr d'arriver avant la fin de matinée" enfin moi c'est as comme ça que j'envisage la médecine générale." M6 "J'ai pas de plages non plus de consultations libres, je suppose que c'est un mode de consultation qui doit exister. Moi j'aime mieux, enfin moi je suis en général à l'heure, je n'aime pas faire attendre les gens trois heures en salle d'attente. [...] Sur le plan hygiénique déjà c'est bien, puis question de respect aussi." M15
Nécessité de fermer le cabinet pour ne pas être débordé	"J'ai une plage horaire le matin sans rendez-vous entre 8h et 9h30, je ferme le cabinet à 9h30 et ensuite bah jusqu'à la fin de la matinée j'écoule le cabinet." M2 "Vraiment là je sais que j'ai assez de patients pour, que je vais finir à 13h voir plus, heu je demande à la secrétaire de s'arrêter et de les faire revenir le lendemain." M13

Annexe 5. Exemple d'un tableau de codage longitudinal : médecin 15

Thème	Item	Occurrence	Verbatim
Définition d'une consultation non programmée (CNP)	CNP = demande subjective du patient	Urgence administrative ou sociale	« Après ça peut être un problème plus social ou qui peut demander à ce qu'il y ait une prise en charge assez rapide aussi. »
	CNP = réalité médicale différente	Urgence relative / Semi-urgence	« Je dirai la consultation purement médicale, qui demande un avis si non urgent, au moins rapide. »
		Subjectivité de l'urgence pour chaque médecin / manque de protocolisation	« Je pense qu'il faut savoir où on met le curseur entre ce qui doit être rapidement vu et ce qui ne doit pas l'être. Et ça je pense que ce n'est pas hyper protocolisé, et je pense que c'est quelque chose d'encore assez subjectif et que ça dépend de chaque médecin. »
	Opposition à une consultation programmée	Pas de notion d'urgence	« La consultation programmée je dirai plus tout ce qui va être le suivi, le suivi des demandes que l'on peut qualifier de non urgente, qui ne sont pas à traiter dans les, dans les, dans les deux jours on va dire, ou dans la journée en tout cas. »
		Temps de consultation prévisible / facilité d'organisation	« Je pense que tout ce qui est chronique peut être anticipé. »
Difficultés engendrées par les CNP	Surcharge de travail	Délais de rendez-vous allongés	« La réflexion que j'ai en ce moment, c'est que les délais de rendez-vous augmentent de semaine en semaine. Donc ma question c'est « est-ce qu'il faut que j'augmente mes plages de programmées ? » »
	Difficultés d'organisation des consultations	CNP intercalées entre deux consultations programmées	« Parce que quand je régule, il peut m'arriver que je rajoute heu quelques patients au milieu de la journée, sur des plages qui ne sont pas des plages mais que je vais voir au milieu des autres. »
		Fatalité	« Mais après des solutions je ne sais pas s'il en existe... »
	Difficultés de gestion des patients	Exagération des symptômes par les patients	« Après il y a toujours des gens qui enfument les secrétaires et qui se débrouillent (rires) mais c'est pas très grave. (rires) »

Gestion des CNP et absence de secrétariat médical	Difficultés d'organisation devant les CNP	Gestion des appels chronophage	« Alors pourquoi j'ai pris une secrétaire ? Parce qu'on avait compté. On avait 120 appels par jour. Donc heu... la réponse est trouvée. (rires) »
	Vécu difficilement par les médecins	Risque d'épuisement / de burn out	« Et puis on commençait plus tôt et on finissait plus tard. Maintenant je prends deux heures à midi. Avant (sans secrétariat) je ne prenais pas de pause. »
	Points positifs liés à l'absence d'un secrétariat	Gestion directe des appels	« Avant on avait une gestion de la consultation non programmée qui était instantanée. » « Après dans le mode d'exercice que j'avais avant, c'est moi qui les avait au téléphone et c'est moi qui régulait tous les appels que j'avais. »
		Une régulation directe du médecin permet de moins consulter aux urgences	« Il y a des choses ça me faisait perdre du temps quand même, mais qui est pas un temps perdu que je qualifierai de péjoratif, car ce n'est pas des choses au final... On était pratiquement dans la permanence de soins. »
Gestion des CNP et présence d'un secrétariat physique	Une meilleure organisation des CNP	Moins de pression pour le médecin	« Je pense que c'est bien parce que ça permet d'être moins sous pression moi. »
		Optimisation du temps médical	« J'ai gagné du temps avec le secrétariat aussi, parce que je ne réponds plus au téléphone. »
	Un investissement et non un coût	Confort de travail	« Qu'il y a un secrétariat maintenant. De 8h à 18h. Ça ça me libère quand même beaucoup de temps. » « J'étais seul dans un cabinet pendant 12 ou 13h avec mes patients, seul et avec aujourd'hui donc il y a quand même des secrétaires c'est plus sympa. »
		Investissement rentable qualitativement	« Je dirai aujourd'hui que c'est surtout rentable qualitativement, c'est rentable pour les patients, pour moi aussi car les journées de travail sont quand même plus agréables. »
		Délégations de tâches = optimisation du temps médical	« Tous les encaissement, c'est elles (les secrétaires), qui le font. La carte vitale, paiement [...] ça me fait gagner du temps. »
	Difficultés liés au coût et à la gestion du poste de secrétariat	Gros poste de dépense	« Bah ça coûte cher. »
	Formation insuffisante des secrétaires médicales	Formée à l'expérience	« Au départ j'étais assez, enfin j'ai donné un certain nombre de consignes. Et puis je leur ai demandé de déranger quand elles le souhaitaient. Parce qu'il était important qu'on puisse apprendre ensemble en fait. »

Gestion des CNP et exercice seul ou en zone fragile	Retentissement sur la qualité de travail	Surcharge de travail	« Après voilà j'ai trop de travail et tout seul c'est un peu lourd. »
	Manque de moyen et/ou inadapté à l'exercice seul	Charges trop lourdes	« Les charges sont quand même relativement importantes ici. Donc ça impose de travailler sur de plus longues journées. »
		Label ARS comme MSP impossible si un seul médecin	« Et maintenant l'évolution c'est aussi vu que je suis seul, je ne peux pas faire évoluer ma structure de manière plus organisée, mais c'est un peu... ce sera l'objectif un peu plus tard. »
Gestion des CNP en cabinet de groupe	Amélioration de l'accès aux soins	Continuité des soins améliorée	« Pour être sûr qu'il y ait une continuité des soins. Parce que souvent quand il n'y a qu'un médecin, il y a un jour de fermeture, il y a des journées... enfin voilà »
		Partage des cabinets / optimisation du temps de présence médical	« On travaillait trois jours chacun en fait. Moi je travaillais lundi mardi mercredi. Lui il travaillait jeudi vendredi samedi. Donc le cabinet est ouvert six jours sur sept quoi, le samedi matin. »
	Organisation en amont de la gestion des CNP	Entente mutuelle pour l'organisation des soins	« Quand il y a plusieurs médecins, il y en a qui souhaitent qu'on leur passe plus facilement les appels, d'autres moins. C'est forcément plus complexe à mettre en place pour la secrétaire, c'est une organisation plus complexe quoi. »
		Communication "intra- muros"	« Du coup on a une messagerie, mais on utilise plus dans l'instantané pour tout ce qui n'est pas immédiat comme demande, on se passe les post it et je rappelle. »
		Echanger au sein d'un cabinet de groupe peut s'avérer difficile	« Quand on est plusieurs, il y a plusieurs avis, il faut trouver des compromis sur la manière de gérer. »
	Amélioration de la qualité de travail	Convivialité / plaisir de travailler ensemble	« J'étais seul dans un cabinet pendant 12 ou 13h avec mes patients, seul et avec aujourd'hui donc il y a quand même des secrétaires c'est plus sympa, et puis des professionnels de santé, donc c'est un exercice complètement différent. »
		Horaires de travail moindre	« A plusieurs, il y a besoin de moins travailler aussi. »
		Mutualisation des compétences	« Avec le kiné, on fait parfois des consultations conjointes, il m'appelle, je l'appelle, c'est quand même assez pratique. »

		Meilleure prise en charge des patients complexes	« Les points positifs c'est de formaliser les choses que l'on faisait déjà, c'est-à-dire travailler en coordination. C'est le point à mon sens essentiel. »
Gestion des tâches et retentissement sur les CNP	Avantage de la délégation des tâches annexes	Eviter le risque d'épuisement	« Ou autre chose ! (rires) ou autre chose (rires) Si c'est pas ici, c'est à la maison donc heu... (rires) » 'en réponse à l'utilisation du temps gagné par la délégation de tâche)
Propositions d'amélioration des CNP	Plages dédiées sur rendez-vous au sein d'un cabinet de groupe	Appel du jour même pour les urgences / Plages bloquées	« Bah j'ai des plages d'urgence dans la journée. Ça représente à peu près 20 à 25% des consultations de la journée [...] on dit aux gens de rappeler le lendemain à 8h00. »
		Equipe traitante / Organisation collective / Relais MT	« Je ne sais pas si c'est applicable, mais je serai assez partant pour qu'il y ait une patientèle partagée, où il n'y aurait plus un médecin traitant. »
		Pas de retard - Respect du patient	« Puis question de respect aussi. Si l'on donne des rendez-vous, c'est pas pour que les gens attendent. »
	CNP sur plages libres / sans rendez-vous	Stress lié à la salle d'attente pleine	« Voilà, après moi j'aime pas trop avoir ma salle d'attente qui déborde. »
		Difficulté d'organisation de l'imprévu	« Je pense que c'est plus facile de mesurer si j'ai besoin... si j'ai une situation complexe, ou psychiatrique, ou d'urgence qui va me prendre plus longtemps où je vais être obligé de faire intervenir le SMUR par exemple, heu s'il n'y a pas trente personnes qui attendent c'est mieux hein. »
		Temps d'attente des patients	« J'ai pas de plages non plus de consultations libres, je suppose que c'est un mode de consultation qui doit exister. Moi j'aime mieux, enfin moi je suis en général à l'heure, je n'aime pas faire attendre les gens trois heures en salle d'attente. » « Sur le plan hygiénique déjà c'est bien, puis question de respect aussi. »
	Les outils pour le bon déroulement d'une CNP	Organisation très rigoureuse = conditions sine qua none quel que soit le mode d'exercice	« Mais ça ça fonctionne si les médecins ont le même type d'exercice, si les médecins s'entendent bien. »

CNP et services d'urgence ou Maison Médicale de garde	Organisation collective sur un secteur géographique nécessaire	Régulation par secrétariat unique	« Qu'il y ait un centre d'accueil qui recueille tous les appels médicaux, avec une gestion justement de ces plages d'urgence qui soit généralisée à un territoire. »
		Astreinte / Permanence des soins par MG à tour de rôle	« Après l'autre solution c'est de créer des centres de santé, de permanence de soins la journée. »
La médecine générale = une médecine en évolution permanente	Regroupement de professionnels	Les jeunes ne sont plus attirés par l'exercice seul, sans secrétariat	« Je pense que pour moi c'est important de garder ce fonctionnement-là, parce que si je veux attirer quelqu'un, c'est quand même mieux aussi. »
		L'ancienne génération avait pour habitude de s'installer seul / cabinet familial	« Avant il y avait beaucoup de couples aussi. Moi je suis fils de médecin généraliste. Couple médecin-secrétaire, médecin-médecin, la profession le cabinet c'était la vie de la famille. Ce qui n'est plus du tout le cas aujourd'hui. »

Annexe 6. Résultats entretien par entretien

Médecin 1

Le premier médecin interrogé (M1) était un homme de 57 ans installé en zone rurale fragile en Ardèche (07). Maître de stage des Universités, il accueillait des internes de niveau 1. Il exerçait en cabinet de groupe avec deux autres confrères et un secrétariat téléphonique à distance. Il était le confrère d'un des maîtres de stage de l'investigateur lors de son stage praticien de niveau 1. Il a permis de faire un premier test du canevas, dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche de niveau 1. L'entretien fut le plus court de tous, avec 11 minutes d'enregistrement et s'est déroulé au sein de son cabinet avant ses consultations de l'après-midi.

Une CNP était pour lui une pathologie aiguë, d'urgence relative, inattendue « *Une consultation non programmée bah c'est une consultation d'urgence, qu'on ne peut pas programmer par définition* ».

L'exercice en zone fragile et rurale engendrait une surcharge de travail croissante « *avec heu de plus en plus de difficulté pour le non programmé* », une certaine fatalité du praticien « *après il n'y a pas de système parfait hein, parce que le temps c'est une matière incompressible* » et un accès aux soins non programmés difficile « *on a des retours où "on a pas pu vous avoir", parce que on arrive pas à les rentrer dans les trous ou les créneaux* ».

Le secrétariat à distance était pour lui un bon compromis. Cela lui permettait de réguler en amont les CNP « *il y a une régulation en amont, c'est-à-dire qu'on a eu le patient, voilà* », avec notamment un système de messagerie interne pour le non programmé « *ça marche par un système de messagerie. Il (le secrétariat à distance) nous envoie un message avec un numéro de téléphone et c'est nous qui rappelons et voyons déjà le degré d'urgence et analysons la demande. C'est une régulation interne* ». Il était moins coûteux qu'un secrétariat physique et permettait d'avoir une amplitude horaire plus grande de temps de secrétariat « *ça me coûte moins cher que d'avoir un salarié durant la même, la même amplitude horaire* ».

Il proposait d'intégrer les internes dans la prise en charge des soins non programmés « *une autre solution aussi ça peut consister de faire une jonction avec des internes de niveau 2, qui sont en autonomie, et heu en rapport avec leur maître de stage [...] le but c'est pas que l'interne fasse que du non programmé, c'est d'alterner entre l'interne et heu le maître de stage du programmé du non programmé, du programmé* » et d'organiser une astreinte géographique quotidienne entre tous les médecins d'un secteur dédiée à la prise en charge des CNP « *c'est à l'échelon collectif qu'il faut voir ça et envisager ça plutôt sur un bassin de population, ou un bassin de médecin qui s'entendent entre eux heu et qui gèrent le non programmé en demi-journée, par exemple* », avec un seul motif pris en charge sur celles-ci « *mais surtout on prend que un problème, on en prend pas cinq* ».

Médecin 2

Le second médecin interrogé (M2) était une femme de 60 ans exerçant seule dans un cabinet en zone semi-rurale fragile en Isère (38). Elle travaillait sans secrétariat et recevait des externes. Elle avait accueilli l'investigateur comme externe lors de sa sixième année d'internat. Elle a permis de faire un second test du canevas, dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche de niveau 1. L'entretien a duré 18 minutes.

Une CNP était pour elle imprévisible « *que j'ai mes plages sans rendez-vous, puis j'ai les gens qui se pointent comme ça là que j'envoie paître ou non...* » avec un patient « *qui n'a pas pris de rendez-vous, point barre* », engendrant une surcharge de travail croissante « *absorber le retard que j'aurai pu prendre [...] J'ai travaillé moins avant, mais plus ça va plus je travaille alors....* », surtout le lundi « *le lundi c'est mort...* ».

L'absence de secrétariat entraînait une interruption des consultations par des appels et un manque de disponibilité du médecin « *c'est vrai que je décroche pas tout le temps le téléphone [...] à la limite je ne réponds pas quand je suis débordée [...] certains me disent qu'ils ont du mal à m'avoir* ». Mais cela permettait aussi une gestion directe et plus rapide des appels « *en même temps que je fais l'appel je résous le problème [...] j'ai l'impression de gagner du temps en fait* », avec une relation médecin-patient renforcée « *parce que je les connais bien les patients, je les reconnais à la voix, heu ils ont même pas besoin de se nommer [...] je pense que je suis quelqu'un assez à l'écoute en fait* ». Elle expliquait que même si « *les gens préfèrent avoir un secrétariat* », le télésecrétariat avait un « *coté heu impersonnel* » et que « *il y en a que ça a beaucoup emmerdé* ». Elle justifiait aussi l'absence de secrétariat par une « *question de coût après surtout* ».

L'exercice seul et de surcroît en zone fragile était assimilé à un manque de moyen « *Tout seul je n'ai pas les moyens* » et une surcharge de travail « *ce qui a c'est que globalement, je mange tous les jours des sandwiches dans ma voiture quoi... voilà mais c'est parce qu'il y a beaucoup de travail!* » pas toujours compatible avec sa vie privée « *je me suis inscrit dans une salle de sport, et j'essaye toujours d'aller faire une demi-heure de sport dans la journée, bon je n'y arrive pas...* ».

Médecin 3

Le troisième médecin interrogé (M3) était un homme de 54 ans exerçant dans un cabinet de groupe de trois médecins généralistes en zone rurale non fragile en Ardèche (07). Il possédait un secrétariat physique à mi-temps, couplé à un télésecrétariat. Il était le confrère d'un des maîtres de stage de l'investigateur lors de son stage praticien de niveau. Il n'accueillait pas d'étudiant. Il a permis de faire un troisième test du canevas, dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche de niveau 1. L'entretien a duré 24 minutes.

Une CNP était définie par une demande déterminée par le patient, pour une urgence ressentie et inattendue *« c'est quelqu'un qui débarque avec une demande de consultation immédiate. Heu pour un motif qui lui appartient [...] quelqu'un qui n'a pas rendez-vous et qui débarque »*. Une certaine frustration ressortait de la gestion de ces CNP *« bah ce qui ne me satisfait pas c'est qu'on n'a pas. Heu... qu'on a pas de temps extensible [...] toi tu n'en es pas maître »*, voire de la fatalité *« et en même temps comment faire ? »*.

Il conseillait aux jeunes médecins *« d'apprendre à dire non »* au patient, en différant les demandes non urgentes et de se faire respecter par le patient *« Il faut apprendre à dire non, et apprendre à différer le rendez-vous. Ça c'est très important pour les jeunes médecins [...] S'il dit oui tout le temps, son oui n'a plus de valeur [...] c'est important que le médecin se fasse respecter par le patient »*.

Il ciblait les difficultés liées à la gestion des CNP à un problème de société, où les usagers ne savent pas attendre *« il y a toujours des mécontents. Mais après on voit ça à la caisse dans les grandes surfaces. On voit ça au péage des autoroutes, etc. Des gens qui s'énervent parce qu'ils ne savent pas attendre »*.

Il expliquait que la présence du secrétariat permettait de mieux réguler en amont les appels et les motifs de consultation *« Elle temporise, elle est capable de demander aux gens pourquoi ils viennent, et de décaler »* et d'améliorer le confort de travail du médecin *« si je n'avais pas de secrétaire, les gens ils viendraient quand même au cabinet, ils attendraient devant la porte et ce serait pas gérable »*. Mais que cela représentait un poste de dépense important, ne pouvant être supporté par un médecin exerçant seul *« Ah bah oui! Ça c'est sûr, seul c'est impossible! IM-PO-SSIBLE (il détaille chaque syllabe). C'est un gros poste de dépense ! »*.

Le regroupement des professionnels permettrait selon lui d'améliorer la continuité des soins *« qu'il y a toujours deux médecins présents au cabinet, et heu toujours un médecin au repos »*, d'avoir une diversité des compétences *« qu'on a des âges différents, des formations différentes, et on se rend service sans arrêt »* et de mutualiser les frais de secrétariat *« être en groupe nous permet de l'avoir (la secrétaire), et heureusement. En fait, être en groupe présente pleins d'avantages »*.

Il proposait de mieux réguler les services d'urgence afin de les désengorger, en refusant de prendre en charge des CNP relevant de la médecine générale, comme cela se passait quand il a débuté sa carrière *« on examinait les gens et on leur disait "ce que vous avez c'est pas urgent. Je ne vous donne pas de traitements. Vous allez voir un médecin en ville". J'ai fait ça pendant un an, et au bout d'un an ça se savait. Il n'y avait plus personne dans le quartier. Et les gens allaient directement chez le généraliste »*.

Médecin 4

Le quatrième médecin interrogé (M4) était un homme de 48 ans exerçant en MSP labellisée par l'ARS en zone semi-rurale non fragile dans l'Ain (01). Il travaillait de manière coordonnée avec huit autres médecins et de nombreux autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux au sein d'un pôle de santé. Ils recevaient, au sein de la structure, des externes et des internes de tout niveau. Lors de l'entretien, il ne connaissait pas l'investigateur qu'il n'avait croisé que ponctuellement lors d'un congrès de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS). L'entretien a été le plus long avec 74 minutes d'enregistrement et s'est déroulé dans la salle de réunion de la structure, lors d'une demi-journée où il ne consultait pas.

Il définissait une CNP par une urgence ressentie et déterminée par le patient *« selon un sentiment d'urgence ressenti par le patient »*, qui *« ne correspond pas forcément à une réalité médicale »* et qui est inattendue *« pour un problème inattendu survenant le jour même »*.

Il expliquait le choix du secrétariat par le confort de travail *« il y a une chose très claire, ça me mets à l'abri, moi, de l'organisation en direct de ces demandes de soins »* et la clarification du parcours de soin du patient *« l'orienter au mieux, heu dans sa trajectoire et son accès aux soins [...] ça clarifie l'accès aux soins pour tout le monde »*. Le secrétariat physique serait pour lui un investissement rentable et nécessaire *« soit tu acceptes de vivre dans une décharge, soit tu considères que le tri collectif est un investissement sur l'avenir. Le secrétariat médical c'est pareil »* que certains médecins percevraient seulement comme un coût *« c'est l'archétype de la profession libérale historique, classique, si tu veux, qui comprend la dépense comme un coût et jamais comme un investissement »*.

Une des propositions afin d'améliorer la gestion des CNP était de favoriser la délégation de tâches notamment aux secrétaires : *« elles s'occupent de toute la comptabilité [...] Tout ce qui relève des services [...] Elles s'occupent du suivi de tout ce qui est dépistage de masse organisé [...] elles mettent en place l'organisation du dépistage des troubles du sommeil par polysomnographie [...] elles ont aussi un gros boulot de gestion des stocks »*. Il considérait d'ailleurs ses secrétaires comme des *« assistantes de direction »*. Ceci permettait de se dégager du temps médical *« l'idée c'est vraiment de dégager au maximum du temps dédié à la prise en charge des patients »* et d'éviter un risque d'épuisement *« tu percutes vite que les journées ne durent que 24h et que si on veut continuer à garder un peu près la tête hors de l'eau et du plaisir à aller bosser, il faut mieux faire autrement »*.

Il expliquait que le regroupement des professionnels était inévitable pour conserver une bonne qualité de prise en charge en favorisant la continuité des soins *« l'importance c'est de donner vraiment aux patients la certitude qu'il y a une continuité et une permanence des soins »*, en prenant en charge de manière pluriprofessionnelle des patients porteurs de pathologies de plus en plus complexes *« je pense que le mec qui a l'intention de s'installer tout seul au sein d'une telle complexité, à la fois médicale, à la fois sociale, avec des multitudes de plans décidés je ne sais où qui t'arrives sur la tête, le plan chute, le plan Alzheimer, etc., faire ça tout seul, c'est juste plus possible. Moi je suis convaincu de ça. Convaincu, convaincu, convaincu »*, notamment par l'utilisation d'un système d'information partagé performant *« si on était avec un système d'information différent et l'impossibilité*

d'accéder au dossier du patient, c'est juste pas possible. Je ne peux pas, sur une tranche de 20 min, perdre du temps à vérifier les antécédents du patient, il faut que j'ai une vision synthétique ».

Il précisait que *« l'accès aux soins est devenu une sorte de service de consommation immédiate »* et proposait d'améliorer la pédagogie auprès des patients afin d'éviter des consultations non justifiées *« on peut se poser la question sur laquelle les patients ont ressenti l'urgence, et on peut être pédagogique en expliquant que la prochaine fois ils peuvent gérer différemment ».*

Il suggérait également d'harmoniser les systèmes d'information afin d'améliorer la communication entre les médecins généralistes et les médecins des services hospitaliers, dans le cadre d'une prise en charge d'une CNP notamment *« y'a un truc qui me manque assez si tu veux, c'est la capacité de communiquer presque en temps réel, lorsque la permanence de soins va aboutir par exemple au besoin rapide d'un avis spécialisé, ou une prise en charge [...] le caractère normatif et normalisé des systèmes d'information, ce qui est une bénédiction, parce que du coup ça va permettre, je pense, de pouvoir effectivement articuler de manière beaucoup plus performante, le lien ville hôpital, notamment sur les consultations où on a besoin... »*

Il proposait enfin de mieux réguler l'accès aux services d'urgence *« si tu décides de faire une activité régulée, ça changerait sérieusement la donne. Si tu dis aux gens attendez maintenant, on vous prend direct, mais vous appelez avant, puisque derrière tu as une part avec des mecs qui peuvent donner des conseils téléphoniques, ça va résoudre une partie des problèmes, hein »* afin d'éviter que les CNP ne soient vues aux urgences *« parce qu'effectivement tu appelles ça un service d'urgence et tu te rends compte qu'il y a effectivement 70 % qui n'est pas de l'urgence, ça peut hérisser en tant que citoyen ».*

Médecin 5

Le cinquième médecin (M5) était un homme de 32 ans exerçant dans un cabinet de groupe de deux médecins généralistes, en zone semi-rurale fragile en Isère (38) avec un secrétariat physique. Il avait un projet d'installation en MSP pour fin 2017, où il recevra avec son confrère un interne de niveau 1. L'investigateur le connaissait dans le cadre de son projet professionnel puisqu'il comptait s'installer dans cette structure à la fin de ses études. L'entretien a duré 57 minutes et s'est déroulé dans son cabinet, lors d'un de ses jours de repos.

Il définissait une CNP comme une *« urgence ressentie »*, inattendue *« qui a besoin d'être prise dans la journée »*. Parfois, c'est une urgence administrative, *« parce qu'ils veulent un arrêt de travail aussi. Des fois ils viennent uniquement pour ça »*. Pour lui, ce sont surtout les visites à domiciles non programmées qui sont chronophages : *« une visite en urgence, c'est beaucoup plus dur à gérer, à cause du temps ».*

Les CNP engendreraient stress et pression quotidienne : *« ça met une pression. Moi j'ai une pression quotidienne, de la charge de travail qui est trop grande »* ainsi qu'une surcharge de travail, surtout le lundi : *« ce qui ne me satisfait pas, c'est d'avoir des journées trop chargées, quoi [...] surtout le lundi c'est une catastrophe »*. Ceci entraînerait de l'agressivité tant du médecin *« après on devient agri... Chaque coup de téléphone parfois après ça devient agressif... »* que du patient *« ils crient parfois un peu à la secrétaire [...] les patients de toute façon ils sont jamais contents ».*

A cause des difficultés de gestion des CNP, il avait l'impression de perdre en qualité de soins « *j'ai l'impression de ne pas faire de la qualité, puisque je vais très vite. Parce que j'aime pas être en retard [...] je prends des risques pour les patients* » et de faire moins de prévention : « *quand on a une charge de travail comme cela, et qu'on a des choses aigues à voir, c'est très compliqué de gérer pour faire de la prévention* ».

Une perte d'appel et donc moins de consultations réalisées était liée à l'absence de secrétariat, comme pour son collègue où « *quand il a pas la secrétaire, il perd quand même des appels, car quand on a 10 appels d'un coup, on peut pas répondre [...] Donc il y avait moins de consultations. Le temps qu'il passait au téléphone, il perdait 3-4 consultations par jour* », avec un risque d'épuisement devant une grande pénibilité de la gestion des appels seul « *chaque coup de téléphone on se dit "tin c'est qui encore..?" (rires). On n'a pas envie! Parfois c'est trop... c'est trop...* ».

A l'inverse, l'utilisation d'un secrétariat était pour lui un investissement rentable surtout qualitativement, « *pour le confort, une fois qu'on a goûté à ça, c'est plus possible* » où le secrétariat physique serait « *le poste clé* » afin de « *nous permettre de nous concentrer sur les consultations* ». Il permettait également de rassurer le patient « *d'avoir une secrétaire dont c'est le métier, ça rassure le patient, il appelle, il va avoir une réponse* », d'autant que « *l'avantage d'un secrétariat physique, qui connaît les patients, ils ont confiance en elle* ».

L'exercice seul et en zone fragile était pour lui difficile car « *le patient est très dépendant du médecin. Enormément dépendant [...] parce que ils ont, le seul référent qu'ils ont c'est nous* », ce qui entraînerait un rapport trop paternaliste avec le patient « *je suis le papa de mon patient quoi. J'assume, je suis là pour eux et c'est mes bambies quoi* ». Les pathologies devenant de plus en plus complexes, il ne se sent plus capable de prendre en charge des patients porteurs de pathologies chroniques seul « *le gros problème qui nous bouffe du temps, c'est les pathologies complexes, multipathologies, les personnes âgées, les problèmes sociaux, qui nous... on peut pas s'en occuper tout seul [...] chacun dans son coin et qui gère seul ses patients, qui débordent un petit mais... Elle n'est plus adaptée là, pour nous* ». Il se voit alors contraint de refuser de nouveaux patients par manque de moyens « *Il n'y a pas de nouveaux patients, on peut pas. C'est clair. Pas de nouveaux patients. Sinon je coulerai [...] c'est de dire "non" quand même, aux nouveaux patients. Ca quand même, éthiquement, c'est un peu compliqué* » car il n'arrive déjà pas à répondre à la demande de sa patientèle « *la réputation que j'ai c'est que j'ai jamais de place* ».

Afin d'améliorer sa pratique quotidienne, il expliquait avoir un projet d'installation dans une MSP. L'exercice de groupe permettrait au patient de « *se détacher de ce rapport un peu fusionnel avec le médecin* » et d'arriver à « *un rapport équipe traitante* ». Pour les médecins, à travers une entente mutuelle « *qui sont d'accord de se dépanner* », cela permettrait de mieux gérer les CNP, « *il faut être à mon avis, en groupe, c'est quand même plus facile pour accueillir les demandes de consultations non programmées* », via des consultations sur rendez-vous exclusivement « *le mieux, c'est quand même programmé, sur rendez-vous* » et d'éviter le risque de burn out « *je ne vois pas comment on pourrait faire, tenir au long cours, sans être organisé en groupe quoi* ».

L'exercice en MSP permettrait de favoriser l'accès à un secrétariat physique « *je pense que c'est un poste de dépense hyper important* », d'améliorer l'accès aux soins à travers « *une médecine de proximité* » et une « *même logique à peu près de prise en charge, ça change tout!* » ainsi que la qualité des soins « *c'est pour le bénéfice du*

patient, le bénéfice du médecin [...] Il y a un avantage pour le patient net, quand même, quand on est moins pressé par les patients, on fait quand même une meilleure qualité au niveau des consultations et au niveau des prescriptions, on n'a pas tendance à bâcler ».

Il prône aussi la délégation de tâches puisque « tous les petits papiers, ça nous bouffe du temps... C'est des petites épines irritatives tous les jours... », que les médecins ne sont pas formés aux tâches administratives « non, mais les dossiers, les dossiers de... Non C'est une catastrophe (rires) [...] les dossiers administratifs, déjà personne nous a appris à les remplir » et que ce sont des heures supplémentaires non rémunérées « et en plus, on n'est pas payé! Faire un truc où on n'est pas payé, à un moment donné c'est bien une semaine, puis au bout d'un moment c'est des heures sup quoi ».

Pour la gestion des CNP, il proposait l'ouverture le samedi matin des cabinets, notamment parce que ce « *serait quand même pas mal pour les jeunes actifs* » et que « *les pharmaciens qui sont en face ont beaucoup de demandes de consultations le samedi matin et qu'ils sont coincés* ». Il suggérait également de bloquer des plages de consultations pour le jour même « *sur une place dédiée, une place d'urgence, qu'on a bloqué pour la journée même* » via un « *créneau spécifique* » et que le patient ne soit pas forcément vu par le médecin traitant, mais par le médecin disponible « *une consultation non programmée, en urgence, chaque médecin peut la soigner* ».

Devant l'impossibilité de répondre à toutes les demandes de CNP, ses patients se réorientaient souvent vers des services d'urgence. Toutefois, l'absence de régulation, « *ils peuvent y aller comme ça, sans appeler* », de suivi « *c'est un peu la médecine fast-food [...] c'est vraiment de la gestion à la chaîne. C'est cinq minutes, c'est antibio tout de suite* » et de pédagogie envers le patient « *cette structure privée n'a pas du tout une logique d'éducation* » entraînerait un mésusage des services d'urgences, des consultations inutiles et un coût important de santé publique puisque « *le principe c'est les voir, c'est pas leur donner un conseil téléphonique, de dire d'attendre [...] Franchement, c'est une machine à consultation, ils ont un budget énorme. En plus ils cotent tout en urgence, pour une simple angine, et ça c'est un gros problème* ».

Médecin 6

Le sixième médecin (M6) était une femme de 30 ans exerçant en cabinet de groupe de quatre médecins généralistes en zone semi-rurale non fragile en Isère (38) avec un secrétariat physique. Chef de clinique, elle a accueilli l'investigateur qu'elle ne connaissait pas au sein de la faculté pour un entretien qui a duré 43 minutes.

Elle définissait une CNP par « *celle qui va se présenter spontanément, pour un motif urgent, et qui n'a pas pris de rendez-vous* », devant être vu rapidement « *j'aime pas faire attendre* », qui « *souvent on se rend compte que ce sont des choses qui peuvent attendre le lendemain matin* » et parfois relève de la simple urgence administrative « *les adultes ont besoin d'un arrêt maladie, parce que sinon ça ne passe pas auprès de leur employeur, donc bah il faut qu'ils viennent voir le médecin* ». Elle considère la prise en charge rapide des CNP comme faisant parti du travail de médecin généraliste : « *du coup on va se mettre un peu à la bourre dans l'après-midi. Mais moi je considère que ce n'est pas un drame, parce que c'est un service rendu* » et « *je considère qu'un médecin généraliste on doit pouvoir le voir rapidement* », avec un certain sentiment de fatalité « *mais bon enfin ça fait partie de notre boulot qu'est-ce que tu veux?* ».

Des difficultés d'organisation devant les demandes de CNP apparaissaient, avec des plages vite remplies « *des gens qui viennent se rajouter en plus et qu'on a pas réussi à caser dans le planning standard de la journée* » où « *on va essayer de caser ça entre deux patients sur un créneau d'urgence* », des difficultés accrues pendant les épidémies saisonnières « *notre entretien se déroule au début de l'épidémie de grippe. Et je t'avouerai qu'en ce moment oui il y a des moments où je me sens en difficulté parce que clairement c'est compliqué* », des temps de pause parfois sacrifiés « *sur la pause, heu ça peut arriver qu'il y ait une visite, ça peut arriver qu'il y ait une urgence, ça peut arriver que...* ». Ainsi, il y avait parfois un bouleversement de la journée de consultation « *gérer le non programmé ça veut dire chambouler tous les plannings parfois* ».

L'exercice sans secrétariat, pendant ses remplacements avant son installation, était mal vécu à cause de l'interruption des consultations par des appels : « *mais moi par contre ce que je vivais mal, c'est l'intrusion du téléphone dans les consultations* ». A l'inverse, la présence d'un secrétariat serait un investissement fait « *de bon cœur* » car « *il y a un confort de travail inégalé. Moi jamais de la vie je ne bosserai sans secrétaire* ». Le télésecrétariat serait une solution pour un exercice seul « *Clairement, quand on est tout seul, avoir au moins un secrétariat téléphonique à temps partiel, c'est une bonne solution* », car moins onéreux « *le secrétariat téléphonique, je comprends hein. Je pense que par exemple, quand on a du mal à payer une secrétaire* ». Le secrétariat en ligne sur internet serait intéressant mais a pour inconvénient de ne pas filtrer les demandes « *j'avoue les plateformes de prises de rendez-vous ça marche peut-être très bien. Mais alors pour le coup je trouve que ça filtre absolument pas les demandes* » et de remplir les plages de rendez-vous plus rapidement « *en gros je me connecte, je rentre sur le rendez-vous que je veux, je rentre le motif, et puis voilà. Moyennant quoi c'est blindé une semaine avant quoi* ».

Le secrétariat physique représente un coût important, « *le poste de dépense principal du cabinet* » ; « *ça coûte très cher* ». Mais il améliore selon elle la gestion des CNP en cas de retard par exemple « *j'envoie un message à la secrétaire en disant "écoute, gros gros retard en perspective, décale-moi tous les gens de la matinée"* », et favorise le confort de travail « *ce qui est un luxe pas possible. Mais en même temps, c'est royal quoi [...] le fait d'avoir un secrétariat sur place, on revient à l'idée du secrétariat, c'est génial [...] les secrétaires c'est top!!! (rires)* ». Il permet l'accueil des patients dans la structure, avec une relation de confiance entre le patient et la secrétaire : « *on a un secrétariat sur place, ce qui est heu je pense extrêmement riche et intéressant pour gérer les consultations non programmées, parce que les secrétaires connaissent bien les patients* ». C'est un avantage aussi pour ceux qui ne s'expriment pas bien en français « *après on a tout un tas de patient qui s'exprime mal en français, et qui viennent directement au cabinet pour venir prendre leur rendez-vous* ». Enfin il permet de déléguer certaines tâches non médicales « *nous elles gèrent le stock, elles passent les commandes, elles font un bout de la compta, elles nous servent de pense-bête [...] elles gèrent les commandes de café, ce qui est un élément de survie essentiel du cabinet médical ! (rires)* ». Le secrétariat physique aurait alors un rôle pivot au sein d'une structure car « *clairement, je préférerais qu'on les paye plus. Elles font un travail vraiment un travail de fou* ».

L'exercice seul ne serait pas compatible avec la présence d'un secrétariat physique « *je ne vois pas comment on peut supporter seul une charge de secrétariat fixe* ». Celui en zone rurale entraînerait plus de CNP « *fatalement*

tu fais beaucoup plus de petites urgences que tu fais quand tu es en zone urbaine », alors qu'un exercice proche d'un centre hospitalier serait « plus confort ».

L'exercice de groupe permettrait de mutualiser les frais de secrétariat « c'est pour ça qu'on peut se permettre d'avoir un peu plus d'un équivalent temps plein de secrétariat fixe », d'avoir des horaires de travail plus souple « aucun d'entre nous ne travaille à temps plein » et d'avoir une activité à côté du cabinet "Là je travaille à temps partiel, du fait de mon temps universitaire à coté [...] je suis chef de clinique oui. Et donc je ne peux pas me permettre d'exercer seule de toute façon ». La convivialité et le moindre risque d'épuisement était mis en avant : « l'aspect groupe, c'est sur l'aspect convivial, on se sent pas tout seul » ; « en fonctionnement standard, j'ai jamais l'impression qu'on est vraiment débordé ». Enfin, l'exercice de groupe permettrait une diversité des compétences « on a des activités qui se complètent parfaitement, et c'est ce que moi je recherchais dans une activité de groupe » et une entraide entre médecins « on est un peu fatigué on veut une deuxième paire d'yeux là, on sait qu'on a fatalement un collègue à coté qui peut venir voir » ; « Il nous est arrivé quelque chose de difficile, on a quelqu'un pour en parler entre midi et deux ».

Elle proposait, afin d'améliorer la gestion des CNP, de mieux informer les patients sur les horaires d'ouverture « je me rends compte que les gens ne savent pas qu'on est ouvert le samedi matin » et sur les critères de gravité devant faire consulter « des patients qui étaient habitués à ne pas consulter pour des motifs très bénins ». Elle préférait réserver des « créneaux de consultation rapide » sur des plages dédiées plutôt que d'ouvrir des plages de consultations libres car « ça m'angoisse à mort de bosser sans rendez-vous. Moi l'idée d'avoir une salle d'attente pleine, je heu je peux pas ».

Le recours aux services d'urgence était pour elle inévitable car « des fois on est obligé de dire "stop, on ne peut plus, allez au 24/24" ou dans le service d'urgence d'à côté », devant une surcharge de travail importante « à un moment donné, il faut rentrer chez soi le soirée ». Mais le manque d'information sur le parcours de soin « les gens du 24/24, parce qu'ils ont l'impression de voir beaucoup de monde qui n'ont pas appelé leur cabinet de médecine générale », sur les motifs devant amener à consulter ou non « il y a énormément de consultations pour des motifs qui ne nécessiteraient pas le recours aux urgences ». Elle proposerait même de démedicaliser certaines pathologies « il faudrait qu'il y ait une information d'une certaine démedicalisation de pathologies qui n'en ont peut-être pas besoin » tel que les rhumes « puis de toute façon ça passera en une semaine si tu restes chez toi ou en 7 jours si tu vas voir le médecin. C'est la blague habituelle sur les rhumes ».

Médecin 7

Le septième médecin (M7) était une femme de 37 ans exerçant en zone rurale dite blanche, éloignée des grands centres hospitaliers, en Ardèche (07). Elle exerçait au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire avec deux autres confrères généralistes, d'autres professions paramédicales et un secrétariat physique sur place. Elle accueillait des internes de tout niveau et participait à la permanence des soins ambulatoire du secteur comme MCS, Médecin Correspondant SAMU.

Elle travaillait avec les maîtres de stage de l'investigateur pendant son premier stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) et l'a accueilli dans son cabinet en début d'après-midi, avant ses consultations, pour un entretien d'une durée de 34 minutes.

Elle désignait une demande non programmée des patients consultant « *sans rendez-vous* », « *avec leur propre ressenti* », pour un motif « *urgent ou semi urgent* », imprévisible « *tu ne sais pas quand peut te tomber l'urgence dessus* ».

La gestion des CNP engendrait du stress, d'autant plus quand l'agenda était souvent plein la veille « *parfois quand tu sais que la veille ton agenda est plein pour le lendemain, et qu'il peut quand même te tomber une urgence dessus, c'est stressant*. Ces consultations entraîneraient une surcharge de travail avec l'impression de devoir travailler toujours plus « *j'ai l'impression qu'il faudrait que je propose plus de plage de consultations [...] il faudrait que je me mange mon mercredi* » et de se mettre régulièrement en retard « *et la façon de la gérer, c'est de prendre du retard!* ». Leur gestion serait difficile car imprévisible « *il y en a des plus ou moins simple oui* », difficile à programmer « *il arrive qu'elles nous les intercalent au milieu du reste* », parfois bouleversant la journée de consultation « *parce que ça bouleverse un peu ton après-midi. Ça te mets un peu de pression, parce que ça te mets parfois un peu en retard pour tes patients* » et avec parfois l'impression de perdre en qualité de soins « *parfois le fait d'être sous pression, l'impression de s'occuper moins bien des patients qui pour le coup avaient une consultation programmée* ».

Etant en zone blanche et loin des centres hospitaliers et des services d'urgence, elle se retrouvait parfois en première ligne pour des urgences vitales « *après il y a des moments où on a pas le choix! Le SAMU nous appelle, les pompiers sont en route, on est d'astreinte, on vous amène le patient à l'hôpital ou au cabinet en fonction de ce que c'est* ». Mais l'organisation MCS permettrait de mieux organiser son temps de travail « *parce que de toute façon comme c'est régulé par le 15, ça va être en fonction d'un planning. Donc finalement, on n'a pas d'urgences n'importe quand dans la semaine [...] ce qui fait que tu n'es pas stressé toute la semaine ou d'être appelé n'importe quand n'importe comment. Ça c'est le point fort* ». Cet exercice en zone isolé entraînait des CNP toujours plus nombreuses sans solutions pour ce médecin « *en même temps on ne veut pas travailler tous les jours jusqu'à minuit, donc il faut bien les caser sur la journée. Donc moi je ne vois pas bien de solution* ».

La présence d'un secrétariat physique permettrait d'avoir moins de pression sur la gestion de ces CNP car « *le fait de pouvoir s'appuyer sur le secrétariat qui gère tout ça c'est très confortable, parce que tu peux partir tranquille* ». La secrétaire peut ainsi reprogrammer des patients si besoin « *si c'est une urgence vitale, si le SAMU nous demande de partir en intervention, on fait relayer à la secrétaire le fait d'appeler les patients suivant afin de les reprogrammer à distance* ».

L'exercice en groupe permettrait une meilleure continuité des soins « *on arrive à couvrir du 8h - 20h toute la semaine, et le samedi 8h midi* », une entente mutuelle « *on s'appuie les uns sur les autres* » avec la possibilité d'emprunter le cabinet d'un confrère quand il est absent si besoin « *c'est confortable d'avoir plusieurs salles. Parce que le jour où tu as une vraie urgence, tu peux la suivre et puis continuer tes consultations tout en surveillant ton patient [...] le fait d'avoir une salle où tu peux temporiser, c'est très confortable. C'est même essentiel* ».

Une des propositions d'amélioration était d'intégrer les internes dans la prise en charge de ces CNP, car « *en période de pénurie, là maintenant, vous (les internes) aidez vachement le secteur [...] vous dégager une certaine partie des consultations non programmées c'est certain* ». Mais leur intégration n'est pas simple « *ce n'était pas évident d'arriver à faire accepter les internes par les patients déjà* » et ils ne sont pas tous du même niveau « *vous n'êtes pas tous de même niveau. Et si un semestre ça se passe mal avec un interne, derrière on rame* ». Cela « *demande de l'investissement* » de la part des médecins.

Médecin 8

Le huitième médecin (M8) était une femme de 60 ans, exerçant seule dans un cabinet de ville à Lyon, dans le Rhône (69), dans une zone non fragile. Elle utilisait un télésecrétariat et recevait des internes. Elle a rencontré l'investigateur lors d'un cours facultaire et a accepté de le recevoir dans son cabinet pendant la pause déjeuné de midi pour un entretien d'une durée de 38 minutes.

Elle définissait une CNP comme un appel nécessitant d'être dérangé par les secrétaires pendant sa consultation « *c'est quand les secrétaires me dérangent par téléphone* ». Mais elle présentait peu de difficultés pour cette gestion de ces CNP car elle les aurait éduqué « *après il y a aussi moi qui les ai éduqué. [...] Moi ils se font engueulés s'ils viennent comme ça. Si je trouve quelqu'un dans la salle d'attente qui n'a pas pris la peine de téléphoner au secrétariat avant* ». Les patients, en cas de retard, sont donc compréhensifs, car « *les gens savent que si j'ai du retard, c'est que c'était une véritable urgence* ». Pour la gestion des CNP, elle n'a jamais imaginé travailler avec des plages sans rendez-vous, trop stressant selon elle « *voir les personnes s'entasser en salle d'attente, d'avoir des gens qui attendent, c'est une source de stress énorme. Jamais, jamais, je n'ai travaillé hors rendez-vous [...] moi mon truc c'est le confort, ma qualité de soin* ».

Un des points forts de sa gestion était la présence d'un secrétariat, ce qui lui permet de ne pas être dérangé pendant sa consultation « *ce qui est précieux, pour moi, c'est d'avoir vraiment un temps complètement dédié au patient [...] j'ai une qualité de présence, une qualité d'écoute, qui est préservée. Ça la dessus c'est capital, ne pas être dérangé" [...] ce qui me satisfait le plus, c'est de ne pas avoir de dérangement acoustique* » car sans secrétariat « *les gens m'appelleraient n'importe quand, et ça je ne supporterais pas* ». Le télésecrétariat a un coût mais lui permet une vraie liberté pendant ses consultations « *c'est vraiment du luxe hein. Mais c'est ma liberté* ». A l'inverse d'un secrétariat physique, la gestion du télésecrétariat serait beaucoup plus simple car « *le secrétariat téléphonique, ça fait du 8h-20, ça n'a pas de congé maternité, ça n'a pas de vacances. C'est merveilleux [...] je suis beaucoup plus aidé avec un secrétariat téléphonique qu'avec une personne physique* » et serait largement suffisant pour la prise de rendez-vous « *moi je trouve qu'un secrétariat téléphonique, si c'est pour prendre un rendez-vous, il n'y a pas besoin d'autres choses* ». La formation des secrétaires téléphoniques serait adéquate, puisqu'elle n'a « *jamais eu en 32 ans une erreur de leur part* ».

Le point faible du télésecrétariat serait dans la gestion des messages laissés par la secrétaire : « *là où j'ai un tout petit peu de mal, c'est les messages. C'est à dire le soir où on est bien fatigué [...] et à ce moment-là j'appelle tous les gens qui ont laissé des messages [...] Et donc le soir je suis épuisé quand il faut rappeler tous ces gens* ». Elle rapportait utiliser depuis peu un secrétariat sur internet via une plateforme de prise de rendez-vous, et expliquait en être très satisfaite devant sa facilité d'utilisation, même chez les personnes âgées : « *ça fonctionne très bien* ».

La prise sur internet, aussi, quel que soit l'âge. D'ailleurs c'est amusant, même les personnes âgées utilisent l'informatique, c'est très moderne! ».

La gestion des tâches non médicales était parfois mal vécue « la gestion des stocks, je suis une grande fille! Mais pour tout ce qui est comptabilité, je ne peux plus supporter », avec un allongement des journées de travail « c'est à dire le soir où on est bien fatigué, qu'il faut faire l'administratif, qu'il faut télétransmettre ». Leur délégation représente par contre un investissement conséquent « à part le coût (de secrétariat) qui est juste exorbitant, mais par rapport aux impôts, c'est toujours ça que je donne en moins à l'Etat ».

Afin d'améliorer la gestion des CNP, elle proposait d'intégrer les internes dans leur gestion, non seulement pour soulager le médecin « je ne travaille pas non plus le jeudi, mais c'est une autre manière de voir les choses. J'ai un SASPAS le jeudi, et en fait je fais de la supervision indirecte », mais aussi pour absorber certaines CNP « comme je suis maître de stage avec les internes, il y a beaucoup de mini urgences, les rhinopharyngites et tout ça, que vont voir les internes ».

Elle expliquait également que l'existence d'une maison médicale de garde sur son secteur de soin, gérée par des médecins du secteur, permet de soulager le médecin de certaines CNP « le soir quand il est tard, que je suis fatiguée, quand ça fait 12 heures que je travaille... L'appel à 19h30 je l'envoie à la maison médicale ». Ce serait un modèle de soins inspiré du modèle suisse, où « ils ont un mode de fonctionnement en médecine générale en Suisse que je trouve épatant. Ils ont une maison médicale, par quartier, qui est ouverte 24h sur 24. Et tout médecin installé doit faire une demi-journée plus une soirée, une nuit ou un Week-end, dédié à l'urgence non programmée ». Ainsi, si le médecin traitant ne peut pas prendre en charge un patient, faute de disponibilité, il l'adresse à la maison médicale de garde. La régulation se faisant en journée par le médecin traitant « à condition bien sûr qu'il y ait l'accord du médecin traitant. Ou un mot du médecin qui va appeler le médecin en disant « je te l'envoie, elle a ça, ça, ça » et « que l'accès non régulé ce fasse à partir de 20h le soir ». Elle propose, dans le cadre de ces consultations en maison médicale de garde, de ne pas faire le tiers payant aux patients qui ne sont pas régulés « quand ils passent par le 15, ils ont le droit au tiers payant », voire de ne pas les rembourser quand ce n'est pas justifié « c'est vrai que des fois quand ce n'est pas justifié, il ne faudrait pas qu'ils soient remboursés ».

Médecin 9

Le neuvième médecin (M9) était une femme de 58 ans, exerçant seule dans un cabinet de ville à Lyon, dans le Rhône (69), dans une zone non fragile. Elle utilisait un secrétariat à distance mixte : télésecrétariat et via une plateforme de prise de rendez-vous sur internet. Elle ne recevait pas d'étudiants. Elle ne connaissait pas l'investigateur avant cet entretien qui a duré 47 minutes.

Pour elle, « ce qui apparaît de l'urgence pour le patient n'est pas le même degré d'urgence pour le praticien. On a pas la même notion de l'urgence ». Ainsi, elle définit les CNP comme « une urgence ressentie par le patient », certaines étant même des « urgence administratives oui, ou médicamenteuse, des renouvellements d'ordonnance », qui « auraient pu attendre », ou « quelqu'un qui se pointe comme ça, sans rendez-vous ».

La gestion de ces CNP serait parfois stressantes « *Oui, pas mal de stress quand même. Du stress...* », avec un temps de prise en charge imprévisible, parfois rapide « *quand il y a des urgences, que c'est de l'aigu et du rapide, moi je sais aller très vite vous savez* », parfois moins « *parfois avec certains c'est un peu plus difficile de tenir le rythme qu'avec d'autres* ». Elle explique consacrer plus ou moins de temps à ses consultations en fonction du retard accumulé « *après c'est selon l'état de ma salle d'attente* » et parfois apprécier que des patients ne consultent pas où « *à la limite, quand parfois certaines personnes ne viennent pas, je suis à la limite contente, car ça me complète mon retard (rires)* ». Une autre difficulté éprouvée était la multiplicité fréquente des motifs « *parce qu'on les a très très mal habitués. On fait tout dans une consultation. On a quatre cinq choses à gérer. Même au cours d'urgence [...] il y avait le mal de gorge, plus le renouvellement de pilule, et puis il fallait me parler de la grand-mère qui n'allait pas bien* », où le patient « *a tellement pris l'habitude qu'on leur gère tout. Même le social... même le problème de travail...* ».

Elle justifiait la présence d'un télésecrétariat par le côté chronophage « *je ne me charge pas du secrétariat téléphonique qui est très chronophage. Heu très dérangeant* » et l'effet néfaste de l'interruption multiple des consultations « *une consultation j'ai eu vingt-sept coup de fil un matin pour avoir une consultation, c'est juste pas possible* », où parfois on est amené à faire des erreurs : « *j'ai dit "vous allez voir, vous allez rentrer chez vous, vous allez me rappeler parce que l'on aura oublié quelque chose"* ». Le télésecrétariat était alors présenté comme un investissement rentable, même si cela coûte très cher : « *ça coûte très cher. C'était entre 550 et 750 euros par mois. Donc c'est quand même un coût important. Mais moi je ne peux pas. 10 coups de fils dans la même consultation je peux pas. Moi je... je ne peux pas m'en passer* ».

Le télésecrétariat pouvait aussi avoir quelques défauts. Il fallait tomber sur la bonne secrétaire « *il y en a qui savent écouter et d'autres qui ne savent pas écouter* », et elles ne seraient peut-être pas assez bien formées « *elles ne sont pas formées... C'est bien ça le problème...! Je ne pense pas. Il y en a une, ça fait plus de 27 ans que je la connais. Mais elle a l'expérience [...] J'ai jamais eu de pépin, mais ça pourrait arriver* ».

Depuis peu, elle utilisait une plateforme de prise de rendez-vous sur internet, afin de « *réduire mes frais de fonctionnement [...] c'était surtout in fine pour baisser, le, baisser mes... heu ah zut... baisser le coût du secrétariat* ». Elle semblait satisfaite, notamment du rappel de rendez-vous systématique par sms « *ils font du "phoning", ils font du rappel, ils envoient des messages pour se rappeler les rendez-vous. Ça a l'air de pas trop mal marcher* », au point de dire que « *l'idéal à terme ce serait de n'avoir que des prises de rendez-vous par internet* ».

Afin d'améliorer cette prise en charge des CNP, elle proposait de mieux informer les gens sur la gestion du planning et des modes de prises de rendez-vous : « *améliorer les choses... Oui je pense que... heu... peut-être en sensibilisant les gens qu'il y a des rendez-vous. Que si on appelle le jour même, des fois il y en a pas* ».

Elle expliquait que la gestion des tâches annexes était difficile car « *on apprend sur le tas* » et que c'est du temps non rémunéré « *bah c'est à dire que quand même, quand vous demandez quelque chose à un avocat, il vous facture. (Ton sarcastique) Bah nous, on ne nous facture pas! Mais bon, on est gentil (rires)* » et chronophage « *la perte de temps, c'est tout ce qui est courrier, tout ce qui est administratif, le reste administratif qui est à côté* ». Elle admet toutefois que la comptabilité, si elle est faite régulièrement, ne lui prend pas trop de temps

« faire toute ma comptabilité de l'année, ça me prend une quinzaine d'heure » et que l'informatique est d'une grande aide « après on est bien aidé par l'informatique quand même ».

L'existence d'une maison médicale de garde gérée par des médecins de son secteur, « maintenant c'est par ordre alphabétique. On a un joker si éventuellement on a quelque chose à faire à Noël ou au jour de l'an » permettait aux médecins de soulager leur emploi du temps, en ne travaillant plus le samedi par exemple car « on s'est aperçu que si on travaillait le samedi de toute façon les gens ne venaient plus parce qu'il y a la maison médicale de garde ».

Médecin 10

Le dixième médecin (M10) était un homme de 60 ans avec sa patientèle propre au sein d'un cabinet où un second médecin généraliste exerçait également. Il exerçait en ville dans une zone non fragile du Rhône (69) avec une activité plutôt gériatrique. Il n'utilisait pas de secrétariat et ne recevait pas d'étudiant. C'était une connaissance de proches de l'investigateur et l'entretien, d'une durée de 57 minutes, s'est déroulé à son domicile, sur sa demande.

Il définit une CNP par une consultation déterminée par le patient « les gens qui viennent en me disant "c'est urgent" », avec un motif qui relève de la « semi-urgence du quotidien », l'urgence vitale étant rare dans son cabinet « ce n'est pas une urgence vitale, car sur Lyon une urgence vitale si tu veux ça passe réguler par le 15 et le SAMU ». C'est une consultation « qui n'apparaît pas sur mon carnet du jour », et qui peut parfois être soulevée au cours d'une consultation programmée : « tu fais ta consultation, le mec se rhabille et là il te dit, alors que tu lui prends la carte machin, "ah j'ai oublié de vous dire, j'ai un problème sous le pied".... [...] Ça peut être une consultation non programmée dans la programmation si tu veux ».

Il expliquait également que les visites à domicile, parfois non programmées, étaient chronophages et peu rentable économiquement « c'est pas rentable d'un point de vue économique, ça c'est sûr, c'est pas rentable ». Mais c'est une obligation pour certains patients « et puis tu as des gens qui sont à domicile, qui ont du mal à se déplacer, et tu fais comment si tu leur dit de venir. C'est pas possible [...] pourquoi je continue ? C'est essentiellement pour le patient ». D'autres difficultés similaires se retrouvaient en EHPAD, où des demandes imprévisibles de l'équipe paramédicales étaient sources de stress et chronophages « c'est un truc un peu stressant pour moi les EHPAD. Parce que pour le coup c'est là où tu as des consultations non programmées. T'as un ou deux patients dans une EHPAD puis "ah oui j'ai oublié de vous dire, il y a un autre patient à voir là parce que son médecin est parti en vacances, il est à 40, il est raide il bouge plus, vous pourriez pas aller y jeter un œil?" ».

Les CNP entraînaient des journées de travail plus longues car « c'est clair, ça te décale ton heure de fin de cabinet » ou encore « hier aussi si tu veux j'ai quelqu'un qui m'a appelé à 18h, il savait que c'était le Week-end... Je l'ai pris à 20h00 si tu veux », certains collègues finissant très tard « enfin si tu veux tu peux toujours rajouter des gens en plus... Tu sais il y a des médecins qui travaillent la nuit sur Lyon. Tu vis seul, tu peux finir tes consultations si tu veux à 0h00 c'est pas un problème ». Les difficultés seraient croissantes « tu coules hein...Des moments tu as envie d'aller pisser, tu te dis "putain j'ai pas encore eu le temps d'aller pisser"... des trucs comme ça quoi! Tu te dis t'es barjot quoi! », où ça va se voir surtout « sur deux jours de la semaine. Le lundi parce que les problèmes chronologiquement apparaissent le dimanche et le vendredi parce que vendredi c'est la veille du

week-end ». Ces CNP pouvaient être chronophages devant la multiplicité des motifs « *la grand-mère qui arrive avec sa liste de course, voilà, tu sais que tu en as pour une demi-heure* », et le retard s'accumulait systématiquement « *mais ça te mets toujours en retard!! T'es toujours en retard. Je ne pense pas avoir fini sur si tu veux une journée programmée de consult, je ne pense pas avoir fini une fois à l'heure. Pas une fois !* ». Afin de répondre aux demandes, il les intercalait entre deux consultations « *oui s'il y a une semi-urgence, je les intercale* », en les voyant si besoin très rapidement « *le mec qui vient et qui dit "j'ai mal à la gorge" Ok. Tu fais pas de test, dehors et tu le vois en 5 minutes* ». Mais un sentiment de fatalité prédominait « *Alors il arrive toujours si tu veux qu'il vienne des gens en plus ou des urgences. Comment on fait? Pas de miracle...* », car « *il y a sûrement des gens que je peux pas prendre... Voilà* ».

Il avait fait le choix de travailler sans secrétariat, afin de gérer directement son temps et les appels « *je préfère prendre les appels si tu veux pour avoir une vision, la mienne, téléphonique* » et de s'affranchir de toute responsabilité médicale lié à une éventuelle erreur de la secrétaire « *s'il y a des merdes, au moins, c'est pour moi. Tu vois, et puis il y a le problème de la secrétaire* ». Il estimait être disponible pour ses patients, alors qu'en exerçant seul, une « *secrétaire qui commence à 7h30 et qui finit à 20h30 si tu veux y'en a pas* ».

Mais l'absence de secrétariat s'expliquait aussi par un problème de coût, « *c'est un argument, ça a un coût. Tout a un coût de toute façon* » et un problème de gestion de ressources humaines « *quand elle est malade, qu'elle n'est pas là, tu fais comment? Pour la remplacer, c'est pas facile [...] le problème de la secrétaire, physique, c'est qu'il faut tomber sur la bonne* ». Ainsi, l'absence de secrétariat engendrerait une surcharge liée à la gestion de tous les appels car « *alors c'est lourd, de prendre le téléphone* », l'obligeant à ne plus répondre au téléphone afin de ne pas être trop dérangé pendant une consultation « *alors moi j'ai une règle si tu veux, c'est tout simple. J'ai un, une programmation d'un disque, disant que l'on est occupé et je prends trois appels par patients par consultation* ».

Il évoquait la prise de rendez-vous sur internet comme étant une solution d'avenir « *ça c'est un truc pour les années à venir si tu veux. Ça va se développer et ça résoudra probablement une partie des problématiques* », mais n'étant pas accessible à tout le monde « *la grand-mère de 80 ans pour prendre rendez-vous sur internet t'en as une sur dix* ».

Il précisait que c'était plus facile d'exercer, comme lui, en ville « *si tu veux c'est un avantage [...] On a la chance si tu veux... alors on a la chance... On a un cabinet d'échographie radiographie à côté si tu veux [...] c'est un plus énorme* » plutôt que dans une ville éloignée des centres hospitaliers pour la gestion des CNP : « *si tu veux on a la chance, ou la malchance pour eux, d'avoir des services d'urgence qui ne sont pas loin* ».

Il expliquait exercer seul car une grande majorité des médecins de sa génération s'installaient seuls « *avant les médecins avaient toujours l'habitude, enfin toujours, souvent, très souvent, en ville hein, de bosser quasiment en cabinet individuel* » et que bientôt proche de la retraite, il ne se voyait pas changer son fonctionnement « *Je te dis moi je suis en fin de carrière donc je m'en fou! Ce que je fais moi ça me va très bien* », bien que « *la médecine actuelle est, ne sera pas la médecin que j'ai connu* ». D'autant que sa patientèle, plutôt âgée, n'était pas prête selon lui à le voir changer de fonctionnement, car « *pour la grand-mère de 80 berges, le dossier partagé elle s'en fou. Faut lui expliquer... C'est ça aussi si tu veux* ».

Il affirmait que la jeune génération souhaitait s'installer en groupe car *« bosser si tu veux seul dans son coin, quasiment ou à 2 comme ça, je pense que les jeunes médecins qui arrivent ne tiennent pas à le faire »*, et qu'en s'installant seul, il y aurait *« trop de travail, trop isolé, heu pas assez d'équilibre au niveau de la vie professionnelle et familiale »*.

Afin d'améliorer la prise en charge des CNP, il proposait d'ouvrir le samedi matin car *« au départ c'est vrai ça arrange beaucoup de gens. Surtout dans notre société actuelle où tu as des gens qui travaillent en déplacement et qui rentrent le vendredi si tu veux »*. Il expliquait qu'il fallait travailler exclusivement sur rendez-vous car il ne supporterait pas le stress de la salle d'attente pleine *« ça te stress forcément. Tu sors, tu vois une salle d'attente pleine, les gens qui sont dans le hall machin... »*.

Il justifiait le recours aux services d'urgence pour des soins non programmés par les patients par un problème d'accès aux soins *« Alors pourquoi les gens ils vont aux urgences? Parce que surement ils appellent pas leur médecin et que leur médecins ne veulent pas les prendre »* et qu'il n'y a pas d'avance de frais *« puis un problème de société. Parce qu'ils ne payent pas! (rires) »*.

Médecin 11

Le onzième médecin (M11) était une femme de 60 ans avec sa patientèle propre au sein d'un cabinet où un second médecin généraliste exerçait également. Elle travaillait au cabinet à mi-temps avec une remplaçante régulière, car elle avait une activité mixte dans une école d'ostéopathie pour kinésithérapeute. Elle exerçait en ville dans le Rhône (69), dans une zone non fragile, avec un télésecrétariat uniquement le matin. Elle ne recevait pas d'interne. C'était une connaissance de proches de l'investigateur et l'entretien, d'une durée de 52 minutes, s'est déroulé à son domicile, sur sa demande. La fin de l'enregistrement a été perdue par erreur par l'investigateur avant la fin de la retranscription complète du verbatim.

Elle définissait une CNP par une consultation qui *« n'était pas dans les rendez-vous de la journée »*. Le motif peut être administratif pour un arrêt de travail *« l'urgence c'est maintenant qu'il est au bout du roulot, qu'il veut un traitement et qu'il ne peut pas aller au travail »*. Parfois, l'urgence ressentie par le patient n'est pas du tout la même que celle du praticien *« le gamin qui a de la fièvre ou celui qui a la gastro depuis 3 jours, ce n'est pas de l'urgence »*.

Elle expliquait que sans secrétariat, il était impossible de prendre tous les appels *« tu ne peux pas prendre tous les appels, je les ai compté, dans une consultation tu as au moins 7 appels »*, et que ses remplaçantes n'y arrivaient pas *« le problème c'est que elles elles étaient déééébordées (elle insiste beaucoup sur ce mot) par les coups de fils à ne pas pouvoir gérer une consultation, donc elles mettaient systématiquement un répondeur ou décrochaient »*. Mais l'avantage de répondre soi-même au téléphone était d'éviter de nombreuses consultations inutiles *« beaucoup beaucoup de consultations par téléphone sont pour décharger l'urgence »*.

Le côté chronophage de cette gestion d'appel l'a poussée à prendre un télésecrétariat au moins le matin *« moi du coup je ne voulais pas être obligée de toujours répondre au téléphone pour gérer mes rendez-vous. Etant donné qu'il y en a beaucoup »*. Pour elle, c'est un vrai confort *« alors ça, ouf, ça soulage! »*, notamment pour la prise de rendez-vous *« moi du coup je ne voulais pas être obligée de toujours répondre au téléphone pour gérer mes*

rendez-vous. Etant donné qu'il y en a beaucoup ». Par contre, elle restait septique sur l'utilisation de plateformes sur internet avec son côté impersonnel, car *« Doctolib bon tu as des fois, moins de facilité. Enfin tu peux toujours rappeler la personne avant le rendez-vous si elle a un soucis quelconque, mais je pense que c'est mieux d'avoir quelqu'un, une interlocutrice peut-être ».*

Elle ne possédait pas de secrétariat physique car *« le coût est énorme »* et que la gestion des ressources humaines était très difficile *« et voilà, elle est en arrêt, elle est en congés, elle est pas là, elle est en maladie... Ca fait des mois et des mois... Et comment je m'en sors, et moi je m'en sors pas. C'est le gros problème. On n'a pas de facilité, les employeurs par rapport aux employés, je trouve. Tout ça c'est assez verrouillé ».* Ainsi, du temps administratif était réalisé uniquement par elle, en dehors des horaires de consultations, temps administratif non rémunéré : *« il m'arrive je peux donner des ordonnances sans consultations, que je mets à disposition et qu'ils peuvent venir chercher. Mais ça aussi c'est du temps qui est pris en plus, bénévole, non rémunéré »* et chronophage *« c'est vrai que ça prend du temps »*, même si l'informatisation des cabinets est un gain de temps *« en tout cas, maintenant, tout est fait. Enfin j'ai un cabinet informatisé de A à Z. Donc ça va tout seul ».*

Elle exerçait seule mais avec une collaboratrice, ce qui lui permettait d'avoir une autre activité professionnelle à côté, tout en répondant à la demande de consultations *« pourquoi je fais du mi-temps? Parce que j'ai une autre activité à côté. Une école d'ostéopathie, mais une formation que pour les kinés ».*

Médecin 12

Le douzième médecin (M12) était un homme de 62 ans exerçant en MSP dans une zone rurale non fragile de l'Ain (01), au sein d'un pôle réunissant médecins généralistes et autres professions médicales et paramédicales. Un secrétariat physique était présent et la structure recevait des internes. L'investigateur l'avait rencontré dans le cadre des congrès de la FFMPS, et de son projet professionnel d'installation. L'entretien, d'une durée de 64 minutes, s'est déroulé dans la salle de réunion de sa structure, lors d'un de ses jours de repos.

Pour lui, une CNP était déterminée par le patient *« ça reste toujours une demande du patient, quelle qu'elle soit »*, plus ou moins urgente *« il y a des vraies urgences et des cas pressés »*, inattendue *« quand les gens se pointent »*, qui est programmable *« ici, on a plutôt une manière de dire "le non programmé se programme" ».* Parfois, elle peut être soulevée au cours d'une consultation classique *« si tu vois qu'il y a un lèvre à lever, tu remets la consultation au lendemain, au surlendemain, etc.. Moi ça m'arrive souvent de reconvoquer les gens ».*

Il présentait les plateformes de prise de rendez-vous sur internet comme une plus-value à son secrétariat, car cela permettait de décharger sa secrétaire *« mixer, tu peux très bien avec Doctolib entre autre, on laisse, on met heu 4 plages, 6 plages, 8 plages sur le web et le reste on gère en direct par téléphone [...] ça fait de la réponse téléphonique en moins tu vois »* et que cela était plébiscité par les patients *« qui sont d'un côté très chouettes, car les patients en raffolent ».* Toutefois, il admettait que parfois *« tu n'as aucune régulation dessus »* et que les patients n'avaient pas toujours réponse à leur demande *« les patients ils n'ont pas d'accessibilité correcte car quand ils ont un pépin ils ont pas de réponse tu vois ».*

Le secrétariat physique était pour lui un investissement indispensable à toute structure comme la sienne *« tu gagnes du temps, tu gagnes de la qualité, tu gagnes de la satisfaction pour tes patients et ça n'a pas de prix ça »*

et rentable économiquement « *bien sûr que tout l'argent que tu mets là-dessus, tu le récupère en faisant une plus grande activité de soins. C'est évident* ». Dans les métiers de service, une secrétaire était une condition sine qua none « *t'imagines un boucher sans vendeuse? T'imagines un cadre sans secrétaire ? "Monsieur le cadre supérieur. On veut faire des économies, donc on va virer le secrétariat" (rires). "Vous êtes dingue vous!"* ». Il pointait du doigt l'ancienne génération de généraliste (bien qu'il en fasse partie), devant leur « *incapacité à investir et surtout à voir autre chose que les risques liés au travail, tu vois* ». Les patients plébisciteraient également le secrétariat physique avec une relation de confiance entre la secrétaire et les patients « *quand elles sont sur un territoire, elles finissent par connaître les patients. C'est assez extraordinaire* » et des patients qui « *sont vachement heureux. Tu vois.* ».

Toutefois, le statut d'employeur serait difficile à gérer, devant des problématiques liées aux congés « *quelques fois les secrétaires partaient en vacances et on embauchaient nos enfants!* », au management « *tu as plus d'endroit où c'est les secrétaires qui gèrent les médecins, que les médecins qui gèrent les secrétaires tu vois* » et au choix de la secrétaire, comme l'exemple d'un confrère qui disait : « *on a la secrétaire, elle est gentille, mais c'est notre ancienne femme de ménages (rires). On l'a mise au secrétariat (rires)* ». De plus, la gestion administrative n'est pas aisée « *"bon je ne vais pas embaucher de femme de ménage, je ne vais pas embaucher de secrétaire". Parce que déjà ils ne savent pas faire de bulletins de salaire. S'il faut faire un bulletin de salaire, il faut payer un comptable. Ils ont l'impression qu'on leur vole leur pognon (rires)* ».

La secrétaire a une activité de régulation téléphonique « *la bonne secrétaire c'est celle qui au téléphone régule et qui demande quand quelqu'un appelle au téléphone "c'est pourquoi?"* » et de régulation des flux « *c'est un métier qui est non seulement le premier contact, mais aussi toute la régulation des flux. Un vrai logisticien de cabinets médicaux* ». Mais l'absence de formation spécifique à cette régulation est soulignée « *tu vois, tout un aspect de logistique et de gestion des flux qui devient très très important. Et ça je ne crois pas que ce soit appris dans les écoles de secrétariat [...] puis elles sont beaucoup formées sur le tas* ». Ce métier était pour lui sous-estimé « *c'est un véritable souci dans notre monde professionnel que la sous-valorisation de ces postes-là* » et « *il faudrait revoir en effet la formation [...] en créant de véritables communautés d'apprentissage* » ou bien « *monter un partenariat avec les écoles de secrétariat* ».

Pour lui, le regroupement des professionnels était en adéquation avec un changement des mentalités, avec la notion de « *famille d'abord* », et d'une jeune génération qui « *travaille moins que celle d'avant* », alors que « *la quantité de santé, elle devient de plus en plus exigeante* ». Il expliquait que « *nous on est une profession qui change, les médecins en 30 ans le changement dans le métier a été incroyable [...] ça continue de changer en permanence* », notamment devant l'optimisation des espaces professionnels « *on est quasiment 8 à travailler sur 4 cabinets* » comme dans sa MSP inspirée des PCMH américaines (les Patient-Centered Medical Home) : « *j'étais assez baba de ce qu'il se passait à l'époque aux Etats-Unis avec les PCMH, les Patients-Centered Medical Home, qui étaient des sortes de maisons de santé. Avec des assistantes médicales, où ils avaient une vision beaucoup plus territoriale, et suivi polypathologie* ».

La délégation de tâche était un autre point essentiel afin d'améliorer la prise en charge des CNP en évitant le risque d'épuisement « *tu gères les secrétaires, tu fais le DRH, tu fais le plombier, tu fais l'informaticien. Tu fais tout quoi. Jusqu'au jour où tu te rends compte que y'en a marre quoi* ». Il précisait que de nombreuses tâches

médicales devraient être déléguées, comme pour des cas de pédiatrie, où « *tu as des gens qui ont fait 9 ans d'études, qui pèsent les bébés, qui les mesurent et qui les vaccinent [...] dans n'importe quel service de pédiatrie, ou même ici quand tu prends en charge des enfants dans le social, c'est l'infirmière qui fait le job* ». Il ajoutait que devant l'évolution de notre métier et le développement de la complexité des pathologies chroniques, cette délégation allait devenir inévitable : « *avec le développement de la polypathologie, y'a des tas de choses qu'il faut qu'on largue! (d'un ton désespéré). Parce qu'on a un boulot MONUMENTAL! (il insiste sur chaque syllabe du mot) qui nous attend tu vois* ». Mais certains médecins ne seraient pas très enclins à changer leur mode de fonctionnement « *à chaque fois qu'on a voulu leur prendre un peu de boulot et le déléguer, ils ont pris ça comme une offense et comme une truille du lendemain en terme d'équilibre économique* ».

Finalement, pour lui, il faudrait « *moderniser les soins primaires et moderniser en même temps le secrétariat, la prise en charge du non programmé* », en faisant changer les perceptions sur les modes d'organisation du patient par une éducation adaptée car « *quand t'as une bonne relation avec les patients et une bonne éducation, t'arrives à leur faire comprendre l'utilisation du système de santé* ». Ainsi, il serait possible de démedicaliser certaines pathologies bénignes « *les gastro-entérites on en voit plus. Les rhinopharyngites on en voit quasiment plus parce qu'on a éduqué la patientèle* ». Il proposait alors de développer certains métiers de la santé tel que le renforcement du statut d'infirmière clinicienne pour la prise en charge de CNP « *si jamais tu as beaucoup de non programmé qui arrive, tu t'organises. Tu as une cabine particulière, tu mets une infirmière, elle fait du tri hein. Elle résout 50% des problèmes hein* ».

Enfin il précisait que les patients « *consommaient* » de manière abusive les services d'urgence, car « *moi je vais aux urgences comme ça si on fait l'IRM au moins on me la fera parce que Lundi moi je suis au boulot* ». Pour lui, le problème était lié à l'ouverture non-stop des services d'urgence « *ils sont ouverts, 24 h sur 24, gratos, il y a de la lumière et des docteurs [...] tu dis "les cinémas ils sont ouverts 24 heures sur 24 et gratos" Tu vas t'étonner qu'il y ait plein de gens qui aillent au cinéma* » et de son absence d'avance de frais « *tu ne vas pas chez le toubib. T'es obligé de cracher 50 euros avec la garde. Tu vas aux services d'urgence. Ça coutera 250 euros à la société mais ce n'est pas toi qui paye* ». De plus, les patients ne connaissent pas forcément les compétences des médecins généralistes « *"Oui, bonjour, est-ce que vous faites des sutures?"*. Bah je lui dis *"Ouais, depuis des années, j'ai toujours fais ça quoi"* "Ah bon? " » et le parcours de soin « *le problème c'est qu'il n'y a pas de mode d'utilisation du système de soin. Quand les gens sont malades, ils font quoi? Ils ne savent pas!* ». Il proposait ainsi de faire comme à l'étranger en réintégrant le médecin traitant au centre de la filière de soins urgents : « *ça suffit on va faire comme ça. Aux Etats-Unis, en Angleterre, en Allemagne c'est comme ça. Dorénavant c'est fermé et vous n'y rentrez que si vous avez un courrier d'un médecin* ».

Médecin 13

Le treizième médecin (M13) était un homme de 59 ans, exerçant dans un cabinet de groupe de deux médecins généralistes, en zone semi-rurale fragile en Isère (38) avec un secrétariat physique. Il avait un projet d'installation en MSP pour fin 2017, où il recevra avec son confrère un interne de niveau 1. L'investigateur le connaissait dans le cadre de son projet professionnel puisqu'il comptait s'installer dans cette structure à la fin de ses études. L'entretien a duré 26 minutes et s'est déroulé dans son cabinet, pendant son temps de pause en début d'après-midi.

Pour M13, une CNP était déterminée par le patient *« c'est qu'ils décident qu'ils vont voir le médecin sans y avoir pensé »*, et inattendue *« c'est un peu tout de la dernière minute »*, souvent nombreuses *« pour moi actuellement il y en a beaucoup plus car les patients sont habitués à consulter au dernier moment »* et parfois non urgente *« il y en a beaucoup qui viennent, qui appellent pour venir le jour même. Même pour des renouvellements »*.

Afin de ne pas être débordé, il avait limité sa patientèle et ne prenait plus de nouveau patient : *« bah déjà avoir limité ma patientèle dans des chiffres raisonnables [...] entre 1400 et 1500 »*. Il concédait que pour lui, *« il n'y a de toute façon pas de système idéal. Quel que soit la façon dont on s'organise, il y a toujours des avantages et des inconvénients »*.

Lorsque sa secrétaire était en congé, il expliquait mal vivre son absence car *« quand elle est en congé par contre c'est nous qui avons ses appels. Ca confirme le fait que c'est pas possible. Enfin moi je ne pourrais pas »*, notamment la gestion des appels *« avoir le téléphone qui sonne 3-4 fois dans la même consult. Je ne vois pas comment on peut travailler comme ça »*. Le secrétariat téléphonique a un côté impersonnel qui le dérangeait *« Ils connaissent pas les patients ! Ils ont quelqu'un au téléphone, mais ils ne connaissent pas »* et pose des difficultés pour gérer des patients fragiles *« sur le plan psychologique, psychiatrique... C'est plus facile à gérer un psychiatrique quand on l'a devant soi qu'au téléphone »*.

Le secrétariat physique était pour lui un investissement rentable économiquement *« j'estime que notre secrétaire nous coûte le prix de deux consultations par jour. Et que le temps qu'elle nous fait gagner, on a largement le temps de voir deux personnes, et on en voit probablement plus »* et qualitativement *« moi c'est rentable. Et sur la qualité du travail [...] moi je ne peux pas revenir en arrière dans mon travail, c'est la seule chose que je ne pourrais pas changer, c'est la secrétaire »*. Il sécurise les patients avec *« la gestion de l'accueil des patients surtout (...) C'est primordial »*, avec une relation de confiance entre les patients et la secrétaire *« le côté relationnel, voir qui discutent, heu voilà. Et puis elle connaît tous les patients ELLE ! (contrairement au télésecrétariat) [...] La secrétaire là elle connaît tout le monde. Elle connaît les familles »*.

Mais ce secrétariat reste un gros poste de dépense *« la plupart du temps ceux qui n'en ont pas c'est l'argument qu'ils avancent, c'est que ça coûte trop cher »* et leur formation n'est pas standardisée *« Formée... Non. Sur le tas [...] moi je la forme de jour en jour »*.

La gestion des tâches annexes est chronophage *« La paperasse ? Bah oui (rires) Bah disons qu'on n'y passe beaucoup beaucoup de temps quoi »*, bien que des améliorations soient en cours, notamment avec *« les demandes d'ALD qui sont beaucoup plus simples maintenant. On a déjà gagné beaucoup de temps vis-à-vis de ça »*.

Afin d'améliorer la prise en charge des CNP, il proposait de mieux éduquer les patients devant certaines pathologies bénignes « *Il faut éduquer les patients déjà, c'est une première chose [...] il faut pas leur dire qu'ils sont venus pour rien, parce que ça les mets en colère, mais en leur expliquant qu'avec les symptômes qu'ils avaient, ils auraient pu attendre facilement le lendemain voire deux ou trois jours pour consulter* ». Il bloquait pour le jour même des plages de consultation pour les CNP « *les rendez-vous je ne commence jamais une journée avec des rendez-vous plein. Je bloque toujours des plages* ».

En plus, il proposait des plages de consultations sans rendez-vous tous les matins, qui étaient parfois difficile à gérer devant son irrégularité de charge de travail « *Alors mon point faible dans les consultations libres, c'est que c'est pas régulier. C'est-à-dire qu'il peut y avoir des jours où il y a beaucoup de monde et des jours où il y en a beaucoup moins. C'est imprévisible* ». Le stress engendré devant une salle d'attente pleine « *on peut pas dire que je travaille pareil quand il y a une personne en salle d'attente ou quand il y a en a 10 [...] j'essaye de pas travailler différemment, mais un peu plus stressé quoi* » et des horaires de fin imprévisible « *c'est rare que ça finisse à 12h [...] c'est difficile à arrêter en fin de matinée quoi* » accentuaient ses difficultés.

Médecin 14

Le quatorzième médecin (M14) était une femme de 48 ans, exerçant seule en zone de vigilance en Isère (38), avec une plateforme sur internet pour la prise de rendez-vous et un « robot » automatique pour la régulation téléphonique. Elle recevait des internes de niveau 1. Ce médecin était une connaissance de M5, participant avec lui à la permanence des soins du secteur (Nord-Isère) mais ne connaissait pas l'investigateur. L'entretien a duré 32 minutes et s'est déroulé dans son cabinet, un samedi matin sur un temps dédié, avant le début de ses consultations.

Pour elle, il était difficile de définir une CNP, car son mode d'organisation était tel qu'elle avait totalement délégué la gestion de son agenda à une plateforme de prise de rendez-vous sur internet. Les rendez-vous pour le suivi de patients porteurs de pathologies chroniques ou pour des motifs plus urgents étaient gérés de la même manière : « *Alors soit j'arrive à les caser. Soit ils vont... heu... je les prends pas en fait* ». D'autant que de nombreuses urgences ressenties par le patient étaient des « consultations caprices », ne correspondant pas à une réalité médicale.

Elle travaillait à temps plein, quatre jours et demi par semaine, temps que certains de ses confrères pouvaient considérer comme partiel « *Un jour un ancien associé a dit à une de ces patients que c'était un peu dur de venir me voir, parce que j'étais à temps partiel... Un temps partiel à 50 heures ouais (rires)* ».

Etant dans une zone où la démographie médicale était tendue, les patients qui pouvaient éprouver quelques difficultés à la prise de rendez-vous devaient accepter la situation ou changer de médecin selon elle « *Ça se passe... (air détaché)... Ça se passe... S'ils ne sont pas contents ils changent. Et en fait c'est comme ça* ». Elle accueillait depuis peu un interne de niveau 1 qui pouvait participer à la gestion des CNP « *quand il y a des gens qui appellent et que je n'ai plus de place, c'est lui qui les reçoit en fait* », mais son intégration au sein du cabinet pouvait s'avérer difficile « *En fait le problème avec mon planning, c'est que je ne peux pas faire un double agenda. Et si je fais toute les demi-heure, on reçoit moins de patients, et on répond moins aux demandes de consultations* ».

Elle a décidé d'investir récemment dans un secrétariat à distance sur internet afin de déléguer la gestion des prises de rendez-vous. Même si elle appréciait gérer directement ses appels *« Parce qu'en fait j'aimais bien le contact direct avec les gens, parce que je trouvais que c'était bien qu'on puisse gérer les appels en direct, leur répondre, les rassurer, leur dire de venir, les diriger... »*, cette gestion était chronophage et épuisante *« la journée je gérais 50 à 60 coups de téléphone minimum, en plus des consultations, du coup je n'en pouvais plus »*.

Elle estimait que la surcharge de travail ne lui permet plus de travailler sans secrétariat *« Ah bah ce n'est plus possible... ah oui oui oui ce n'est plus possible maintenant (l'absence de secrétariat) »*. Elle soulignait le confort du secrétariat à distance *« j'ai fait le choix de mettre le secrétariat, et je n'ai plus que 4 à 5 appels par jour en fait [...] c'est un confort »*, la facilité d'utilisation du secrétariat par internet, jour et nuit *« on peut prendre un rendez-vous même la nuit [...] ils pianotent sur l'internet et ils prennent un rendez-vous »*, moins onéreux qu'un télésecrétariat *« j'ai trouvé ça intéressant par rapport à un secrétariat médical à distance qui coûte beaucoup plus cher »* et plébiscité par les patients pour sa grande flexibilité *« les gens qui manipulent bien internet et tout ils sont contents, car quand ils prennent rendez-vous, ils disent leur horaires, ils peuvent annuler »*. Par contre, elle éprouvait avec ce nouveau secrétariat des difficultés pour gérer les flux de patients, notamment ceux qui n'étaient pas référencés comme médecin traitant au sein de son cabinet *« j'ai plein de rendez-vous de patients qui ne sont pas du cabinet ou qui viennent de loin »*.

Même si elle préférerait avoir un secrétariat physique *« j'aimerais bien, si j'ai la secrétaire idéale, qu'elle gère les flux. Qu'elle puisse répondre aussi physiquement au téléphone »*, son gros poste de dépense *« parce que ça fait des frais [...] Ça coûte cher oui »*, le fait qu'elle exerce seule *« parce que je suis toute seule »* (en réponse à la question du choix du secrétariat sur internet), la difficulté de gestion administrative du secrétariat physique *« j'ai pas envie de gérer quelqu'un »* et la nécessité d'un local dédié *« où j'étais avant je n'avais pas la place de la mettre (une secrétaire). Et là je n'ai pas forcément prévu »* sont autant de freins qui ne l'ont pas incité à investir dans ce type de secrétariat.

Devant un exercice seul dans une zone où la démographie médicale était tendue, elle précisait que la charge de travail importante *« parce que je travaille trop en fait »* ne lui permettait pas de s'autoformer correctement *« Après ce qui me gêne un peu, c'est que je n'ai pas forcément le temps de faire autre chose, comme de lire des nouvelles autres données, des articles, le temps pour me former en fait »* et entraînait parfois des consultations de qualité moindre *« Bah parce qu'on bosse comme des malades. Quand on en voit 40, on peut pas dire qu'on peut faire de la qualité sur les 40 »*. Elle se posait la question de refuser de nouveaux patients, car elle arrivait à *« saturation »* : *« ce que j'aime moins, c'est de voir de nombreux patients qui cherchent de nouveaux médecins traitants. Je ne supporte plus là [...] Je dois avoir au moins 6 ou 7 demandes par jour pour être médecin traitant »*.

Pour la gestion des consultations de manière plus globale, elle prônait l'exercice coordonné pluridisciplinaire, pour *« travailler différemment »* puisque *« ça ferait gagner du temps et ça permettrait de réduire les temps de consultations »*. Elle proposait de faire évoluer le métier d'infirmière en s'inspirant du modèle anglo-saxon *« je ne sais pas comment ils travaillent en Angleterre. En fait ils ont, c'est des centres médicaux, ils ont un médecin, et c'est des infirmières qui font les actes médicaux [...] Et moi j'attends de travailler avec eux comme ça ! »*. Elle estimait aussi que le FMT de 5 € annuel était insuffisant et qu'il faudrait revoir le mode de rémunération des

médecins, en augmentant la part forfaitaire pour prendre en compte le temps administratif de plus en plus conséquent *« Je trouve que ce forfait de 5 euros, déjà quand on passe une heure à classer les dossiers, à regarder les examens, à faire la tenue dossier, à mettre à jour, c'est ridicule quoi ! »*.

Médecin 15

Le quinzième médecin (M15) était un homme de 42 ans, exerçant pour l'instant seul en zone non fragile rurale dans l'Ain (01), avec une recherche d'association pour monter une MSP. Il exerçait en pluriprofessionnel avec des kinés, infirmières, psychologue, podologue et avait un secrétariat physique de 8h00 à 18h00 tous les jours ainsi que le samedi matin. M15 était une connaissance des maîtres de stage de l'investigateur et ne le connaissait pas. L'entretien a duré 31 minutes et s'est déroulé dans son cabinet, en début d'après-midi sur un temps dédié avant la reprise de ses consultations.

Il définissait une CNP par *« une demande d'avis si non urgent, rapide »*, pouvant relever d'un *« problème plus social »*. Il estimait difficile de définir le niveau d'urgence d'un motif car il relevait de la subjectivité de chaque médecin *« je pense qu'il faut savoir où on met le curseur entre ce qui doit être rapidement vu et ce qui ne doit pas l'être. Et ça je pense que ce n'est pas hyper protocolisé, et je pense que c'est quelque chose d'encore assez subjectif et que ça dépend de chaque médecin »*. A l'inverse, il jugeait que *« tout ce qui est chronique peut être anticipé »*.

Il présentait des difficultés d'organisation des CNP où *« il peut arriver que je rajoute quelques patients au milieu de la journée, sur des plages qui ne sont pas des plages mais que je vais voir au milieu des autres »*, avec une régulation parfois difficile *« Après il y a toujours des gens qui enfument les secrétaires et qui se débrouillent (rires) mais c'est pas très grave (rires) »* et des délais de rendez-vous qui s'allongent afin d'absorber le flux de CNP *« La réflexion que j'ai en ce moment, c'est que les délais de rendez-vous augmentent de semaine en semaine. Donc ma question c'est est-ce qu'il faut que j'augmente mes plages de non programmées ? »*. Une certaine fatalité ressortait devant la gestion de ces CNP : *« mais après des solutions je ne sais pas s'il en existe... »*.

Avant, il exerçait sans secrétariat. Il gérait les CNP de manière *« instantanée »* : *« c'est moi qui les avait au téléphone et c'est moi qui régulaient tous les appels que j'avais »*. Il estimait être chaque jour dans la *« permanence de soin »*, commençant ses journées avec *« une page vierge sur mon agenda »*.

Il a fait le choix d'investir dans un secrétariat physique devant la gestion très chronophage de ces appels : *« Alors pourquoi j'ai pris une secrétaire ? Parce qu'on avait compté. On avait 120 appels par jour. Donc heu... la réponse est trouvée (rires) »*. A défaut d'être un investissement rentable économiquement, il jugeait sa présence comme *« un investissement rentable qualitativement »*, avec des journées plus courtes et un temps de pause le midi retrouvé : *« on commençait plus tôt et on finissait plus tard. Maintenant je prends 2 heures à midi. Avant je ne prenais pas de pause »*. Pour l'organisation des CNP, le secrétariat physique apporterait un confort de travail avec une pression moindre : *« Je pense que c'est bien parce que ça permet d'être moins sous pression moi » ; « surtout rentable qualitativement, c'est rentable pour les patients, pour moi aussi car les journées de travail sont quand même plus agréables »*.

En déléguant certaines tâches à ses secrétaires, cela lui permettait un gain de temps dans sa journée de consultation « *tous les encaissements, c'est elles (les secrétaires), qui le font. La carte vitale, paiement [...] ça me fait gagner du temps* ». Malgré un poste de dépense important qu'il supportait seul, il estimait la présence de ce secrétariat physique nécessaire afin de trouver un associé « *je pense que pour moi c'est important de garder ce fonctionnement-là, parce que si je veux attirer quelqu'un, c'est quand même mieux aussi* ».

Il présentait son exercice seul comme un frein à la coordination avec les autres professions médicales de par une surcharge de travail « *ça impose de travailler sur de plus longues journées* » et l'impossibilité de monter une MSP labélisée par l'ARS « *vu que je suis seul, je ne peux pas faire évoluer ma structure de manière plus organisée* » (une MSP labélisée ARS nécessitant deux médecins généralistes et une profession paramédicale au minimum).

A contrario, l'exercice de groupe favoriserait la continuité des soins « *pour être sur qu'il y ait une continuité des soins. Parce que souvent quand il n'y a qu'un médecin, il y a un jour de fermeture* », avec une optimisation du temps de présence médical par le partage de cabinet « *Moi je travaillais lundi mardi mercredi. Lui il travaillait jeudi vendredi samedi. Donc le cabinet est ouvert 6 jours sur 7 quoi et le samedi matin* » et un temps de travail moindre « *à plusieurs, il y a besoin de moins travailler aussi* ». La convivialité de l'exercice de groupe était également mis en avant : « *j'étais seul dans un cabinet pendant 12 ou 13h avec mes patients, seul et avec aujourd'hui donc il y a quand même des secrétaires c'est plus sympa, et puis des professionnels de santé, donc c'est un exercice complètement différent* », avec des échanges et une entraide facilitée « *avec le kiné, on fait parfois des consultations conjointes, il m'appelle, je l'appelle, c'est quand même assez pratique* ». Mais cela nécessitait une entente mutuelle et un mode d'organisation similaire, ce qui pouvait engendrer quelques difficultés « *Quand on est plusieurs, il y a plusieurs avis, il faut trouver des compromis sur la manière de gérer [...] c'est forcément plus complexe à mettre en place pour la secrétaire, c'est une organisation plus complexe quoi [...] Mais ça ça fonctionne si les médecins ont le même type d'exercice, si les médecins s'entendent bien* ».

Afin d'améliorer sa gestion des CNP, il bloquait des plages d'urgence pour le jour même : « *j'ai des plages d'urgence dans la journée. Ça représente à peu près 20 à 25% des consultations de la journée [...] on dit aux gens de rappeler le lendemain à 8h00* » et consultait exclusivement sur rendez-vous, argumentant le temps d'attente des plages de consultations sans rendez-vous délétère pour les patients « *sur le plan hygiénique déjà c'est bien, puis question de respect aussi. Si l'on donne des rendez-vous, c'est pas pour que les gens attendent* » et pour le praticien « *après moi j'aime pas trop avoir ma salle d'attente qui déborde* ».

Enfin, pour améliorer la gestion des CNP, il proposait de mettre en place une organisation collective sur un territoire, avec une régulation par un secrétariat unique « *qu'il y ait un centre d'accueil qui recueille tous les appels médicaux, avec une gestion justement de ces plages d'urgence qui soit généralisé à un territoire* », en créant par exemple « *des centres de santé, de permanence de soins la journée* ».

VALLE Florian

**Gestion des consultations non programmées en cabinet de médecine générale :
quels avantages et inconvénients selon le mode d'exercice ?**

Etude qualitative auprès de 15 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes

RESUME

Contexte : La Cour des comptes écrit en 2007 que "les services d'urgence sont devenus, pour une part très importante, des services de consultations non programmées". Le nombre de consultations dans les services d'urgence est en augmentation croissante, 75% de ces passages ayant lieu en journée de 8 heures à 20 heures, quand les cabinets de médecine générale sont ouverts. Pourquoi ces patients ne consultent-ils pas auprès de leur médecin généraliste, pendant les horaires d'ouverture des cabinets ?

Objectif : L'objectif principal de l'étude est de décrire les avantages et inconvénients de la gestion des consultations non programmées dans les cabinets de médecine générale selon les différents modes d'exercice.

Méthode : Ce travail est une étude qualitative composée de 15 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes exerçant en Rhône-Alpes. Un codage entretien par entretien puis transversal a été effectué. Une triangulation de l'analyse des données a été établie à partir des verbatim.

Résultats et Discussion : L'amélioration de la gestion des consultations non programmées passent par celle de l'agenda des médecins généralistes. Mettre en place des plages dédiées à celles-ci avec un seul motif par consultation et renforcer la formation des secrétaires à la régulation médicale est une proposition avancée par les médecins. La présence d'un secrétariat est un élément clé représentant un investissement rentable pour le confort de travail qu'il permet, l'optimisation du temps de présence médical et la flexibilité d'organisation des consultations non programmées. Le secrétariat physique, bien que contraignant par le statut d'employeur qu'il génère, est le poste central des structures pluriprofessionnelles. Le télésecrétariat est lui moins coûteux et plus accessible à des médecins exerçant seuls. L'avènement des plateformes de prise de rendez-vous sur internet permet de mixer différents types de régulation des prises de rendez-vous et d'alléger un secrétariat existant. La mise en place d'une structure référente pour les soins non programmés, au sein des exercices de groupe ou de maisons de santé pluridisciplinaires, avec un logiciel partagé et une entente commune pour la gestion de ceux-ci est une solution apportée dans les zones en difficulté sur le plan de la démographie médicale.

Conclusions : Prévoir en amont la gestion des consultations non programmées avec la présence de plages dédiées est facilité par la présence d'un secrétariat et l'exercice de groupe. Promouvoir ceux-ci par des aides à l'investissement, le développement des maisons de santé, un statut d'employeur facilité et un renforcement de la formation à la régulation médicale des secrétaires est primordial.

MOTS CLEFS : Consultation non programmée, médecine générale, secrétariat, gestion de l'agenda, urgences

JURY : Président : Monsieur le Professeur Laurent LETRILLIART

Membres : Monsieur le Professeur Cyrille COLIN

Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE

Madame le Docteur Corinne PERDRIX

DATE DE SOUTENANCE : 28 novembre 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR : 8 Bis rue Jules Buchaillat 38230 Charvieu-Chavagneux
florian.valle096@hotmail.fr