

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Année 2019

2019 TOU3 1108

2019 TOU3 1109

## THÈSE

### POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

**Karine BAHUT et Sébastien ABADIE**

Le 1<sup>er</sup> Octobre 2019

**Consultations avec ou sans rendez-vous :  
comprendre le choix des médecins généralistes**

Directeur de thèse : Dr Thomas CUNIN

#### JURY :

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

**Président**

**Madame le Docteur Anne FREYENS**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur André STILLMUNKES**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur Thomas CUNIN**

**Assesseur**



Année 2019

2019 TOU3 1108

2019 TOU3 1109

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Karine BAHUT et Sébastien ABADIE**

Le 1<sup>er</sup> Octobre 2019

**Consultations avec ou sans rendez-vous :  
comprendre le choix des médecins généralistes**

Directeur de thèse : Dr Thomas CUNIN

**JURY :**

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

**Président**

**Madame le Docteur Anne FREYENS**

**Assesseur**

**Monsieur le Professeur André STILLMUNKES**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur Thomas CUNIN**

**Assesseur**

## TABLEAU du PERSONNEL HU

### des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier au 1<sup>er</sup> septembre 2018

#### Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

## Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis  
Professeur ALBAREDE Jean-Louis  
Professeur ARBUS Louis  
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth  
Professeur BOCCALON Henri  
Professeur BONEU Bernard  
Professeur CARATERO Claude  
Professeur CHAMONTIN Bernard  
Professeur CHAP Hugues  
Professeur CONTÉ Jean  
Professeur COSTAGLIOLA Michel  
Professeur DABERNAT Henri  
Professeur FRAYSSE Bernard  
Professeur DELISLE Marie-Bernadette  
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard  
Professeur JOFFRE Francis  
Professeur LAGARRIGUE Jacques  
Professeur LARENG Louis  
Professeur LAURENT Guy  
Professeur LAZORTHE Yves  
Professeur MAGNAVAL Jean-François  
Professeur MANELFE Claude  
Professeur MASSIP Patrice  
Professeur MAZIERES Bernard  
Professeur MOSCOVICI Jacques  
Professeur MURAT  
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian  
Professeur SALVAYRE Robert  
Professeur SARRAMON Jean-Pierre  
Professeur SIMON Jacques

# FACULTÉ DE MÉDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BONNEVIALLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie		
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie		
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation		
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie		
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		

**P.U. Médecine générale**

M. MESTHÉ Pierre

**Professeur Associé Médecine générale**

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

**Professeur Associé en Neurologie**

Mme PAVY-LE TRAON Anne

**P.U. Médecine générale**

M. OUSTRIC Stéphane

# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREUEU Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	<b>Professeur Associé en Pédiatrie</b>	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>			
M. STILLMUNKES André			

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr CHICOUJAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan  
Dr BOURGEOIS Odile  
Dr LATROUS Leila

## **Remerciements communs**

### **Au président du jury :**

#### **M. le Professeur Pierre MESTHE**

Professeur des Universités, Médecin Généraliste

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger notre travail. Merci pour votre disponibilité, gentillesse, bienveillance ainsi que votre investissement auprès des internes de médecine générale.

Soyez assuré de notre profonde gratitude et respect.

### **Aux membres du jury :**

#### **Mme le Docteur Anne FREYENS**

Maître de Conférences Associés de Médecine Générale

Médecin Généraliste

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Votre aide nous a été précieuse pour la rédaction de notre travail.

Soyez assurée de notre profonde reconnaissance.

#### **M. le Professeur André STILLMUNKES**

Professeur Associé de Médecine Générale

Médecin généraliste

Nous vous remercions d'avoir honoré ce travail de votre attention en acceptant de participer à ce jury de thèse.

Veillez croire en notre profonde gratitude.

## **A notre directeur de thèse :**

### **M. le Docteur Thomas CUNIN**

Maître de stage universitaire

Médecin généraliste

Nous te remercions tout d'abord d'avoir accepté de diriger notre thèse. Merci de ta réactivité lorsque nous t'avons sollicité mais aussi de la confiance et liberté que tu nous as accordées. Nous avons apprécié ton analyse, ton ressenti sur les entretiens ainsi que les idées que tu nous as apportées. Pour finir, nous te remercions d'avoir pris le temps de corriger et encadrer la rédaction de ce travail.

Sois assuré de notre profonde reconnaissance et amitié.

### **Aux 15 médecins participants**

Merci d'avoir accepté de participer à notre étude malgré les contraintes que cela pouvait engendrer, d'avoir partagé si gentiment votre temps, expérience et vécu.

Nous avons apprécié ces échanges et le bénéfice que nous en avons retiré.

### **Aux Dr Brigitte ESCOURROU, Dr Laetitia GIMENEZ, Dr Isabelle CISAMOLO et au Dr Anne FREYENS**

Nous vous remercions infiniment de toute l'aide que vous nous avez apportée dans le cadre des ateliers pédagogiques. Merci pour votre disponibilité et votre accessibilité sans lesquelles ce travail n'aurait pas été possible.

Soyez assurées de notre profonde gratitude.

## Remerciements de Sébastien

A **Karine** qui partage ma vie depuis presque 10 ans. Tu es la meilleure chose qui me soit arrivée durant mes années Médecine. Merci de me supporter au quotidien, même si cela est très facile ^^ . Partager ce travail avec toi a été une autre étape dans notre relation mais cela s'est fait naturellement comme depuis le début, même si on ne s'est pas ménagé lorsque nous n'étions pas d'accord. Plein de beaux projets et belle chose nous attendent encore et il me tarde de les découvrir avec toi. Merci aussi à **Gribouille**, notre chienne, qui a squatté mon bras pendant de longues heures, m'empêchant de rédiger rapidement.

A **mes parents et Christelle**, merci de tout l'amour et le soutien que vous m'avez donnés, je ne serais pas l'homme que je suis aujourd'hui sans vous. Vous m'avez permis de grandir et m'épanouir en toute liberté, confiance et finalement trouver ma voie. On est toujours resté uni malgré les problèmes. Toutes ses années d'étude, les doutes de la première année, auraient été difficiles à gérer sans le bonheur de rentrer à la maison, de vous voir ou de vous avoir au téléphone. Pour **Christelle et Patrice**, vous faites un très beau couple tous les 2, j'espère que vos projets se concrétiseront. Une petite pensée pour **Sybelle**.

A **mes beaux-parents**, je vous remercie tout d'abord pour votre accueil dans la famille, votre simplicité qui est une qualité de plus en plus rare aujourd'hui. Je me suis de suite senti à l'aise avec vous et j'apprécie tous les moments que l'on peut passer tous ensemble. Merci pour toute l'aide que vous nous avez apporté : appartements, déménagements, le whisky sans coca... d'être toujours disponibles pour nous. Je suis fier de faire partie de votre famille. Y'a juste mon foie qui ne vous remercie pas trop quand même.

A **Sandra, Manu, Jeremy et Tom**, restez comme vous êtes, c'est un vrai plaisir de vous connaître et de pouvoir passer du temps régulièrement avec vous. Merci de m'avoir si gentiment ouvert les bras de votre famille. Encore de belles choses à vivre tous ensemble.

A **la famille Abadie, Nauche et Ramond**, merci pour tous les bons moments que l'on a pu passer ensemble depuis tout petit, même s'ils sont de plus en plus rares. Merci également pour le soutien que vous avez pu me donner pendant ces longues années d'études. Je pense évidemment fort à Papi et Mamie avec qui j'aurais aimé partager ces moments de bonheur.

A **la famille Bahut, Labory, Vercruysse, Pizzirani**, merci de m'avoir si bien accueilli dans la famille, j'ai très vite trouvé ma place, même si c'est pas toujours facile au moment de l'apéro.

A **Romain, Morgane et Gael** (j'ai failli l'oublier^^) Je vais quand même commencer par Grand Dadais (1<sup>er</sup> tome toujours en vente dans les bonnes librairies). Merci pour ton amitié depuis toutes ses années, même si je peux comprendre le bonheur que tu éprouves tous les matins à me connaître. Finalement, on a un peu vécu ensemble, à toutes les soirées et le temps qu'on a passé ensemble dans ton appartement. Ces années médecine auraient été bien tristes sans tout ça et je pense à toutes les personnes que j'ai pu rencontrer et qu'on a pu martyrisées verbalement ensemble ^^ . Félicitations renouvelées à Morgane pour te supporter (je comprends toujours pas mais bon y'a des gens bizarres partout) et à tous les 2 d'avoir donné la vie à un enfant quand on sait toutes les personnes que vous avez tué dans votre exercice. J'espère qu'on gardera toujours le contact et qu'on pourra partager d'autres bons moments.

A **Paul, Claire, Damien, Julien**, merci pour tous les bons souvenirs qu'on a pu vivre ensemble. Paul, tu parles trop (ça c'est clair, surtout pas les répliques de Jim Carrey stp), mais tu es très attachant et tu es une personne de valeur. Claire, tu es une belle personne et je suis content que Karine ait pu t'avoir avec elle toutes ces années. Même si bon, tu as renié ta famille de la médecine générale, quel culot !!! Damien, j'ai une petite pensée pour toutes les tables qui nous ont vu danser dessus, quelle émotion (l'abus d'alcool est dangereux pour la santé). Je t'admire parce que même moi je n'aurais pas pu faire durer autant mes études, respect mec !

Julien, tu es un vrai toy, fidèle à ta patrie, mais j'ai toujours passé de bon moment avec toi.

Une petite pensée pour l'équipe : **Sylvain, Karl, Gabi et Guillaume**, merci à vous 4 pour votre amitié et même si on se voit pas souvent ça fait plaisir de se retrouver et de finalement voir qu'on est toujours ami malgré le temps. Tout comme **Amélie**, tu ne m'as jamais oublié, j'espère préserver longtemps notre amitié.

Plus sérieusement,

Au **Pr Mesthé**, je vous dois beaucoup, merci de m'avoir accueilli pendant un an dans votre cabinet avec beaucoup de gentillesse et d'humanité. Vous m'avez appris ce qu'était la médecine générale et je vous en suis très reconnaissant. J'ai apprécié travailler avec vous, vos patients, votre épouse, Maïté, Elodie, votre fille, que je remercie tous également. C'est vraiment le stage le plus formateur que j'ai eu et sur lequel je m'appuie tous les jours quand je travaille, vous êtes un modèle pour moi. Profond respect.

A **Thomas (Cunin)**, merci à toi également d'avoir participé à ma formation pendant un an. Tu m'as mis à l'aise dès le premier jour, tu m'as accueilli chez toi les bras ouverts en toute simplicité. Tu es une très bonne personne et j'ai apprécié le temps passé ensemble. Merci pour ton implication dans cette thèse et je sais que ça n'a pas été toujours facile pour toi récemment.

Au **service de Gériatrie de l'hôpital Garonne à Toulouse, aux services des urgences de Lannemezan, aux Dr Mascaron, Dr Baron, Dr Garçon, Dr Fauché, Dr Seris**, un immense merci pour l'aide que vous m'avez apporté pendant mon internat, ça été vraiment des belles rencontres dont je me souviendrai toute ma vie.

A **tous les employés de l'hôpital de Toulouse Rangueil et Purpan** que j'ai pu côtoyés au cours de mes études un grand merci, vous faites partie de mon histoire et du médecin que je suis devenu.

J'aimerais terminer ses remerciements avec un mot pour **les patients** qui sont l'âme de notre métier. Merci à toutes les personnes que j'ai pu rencontré et que je vais rencontrer pendant ces années pour les bons ou mauvais moments, c'est à votre contact que l'on apprend le mieux ce métier et qu'on évolue en tant que personne.

## Remerciements de Karine

A tous les médecins généralistes chez qui j'ai eu l'honneur d'effectuer mes stages d'internat, **Dr FORGUES, Dr VIORRAIN, Dr PRIEM, Dr BARON, Dr GARCON, Dr VOLFF et Dr FAUCHE**, merci à tous de m'avoir si bien accueilli, dans vos cabinets comme dans vos familles. Vous m'avez fait partager votre travail (et même parfois vos vies personnelles, merci par exemple à Valérie pour les vêlages !) et m'avez convaincu que la médecine générale est la plus belle des spécialités ! Merci pour tout ce que vous m'avez appris, je n'oublierai jamais toutes ces belles expériences.

Au **service de médecine polyvalente de l'hôpital de Bagnères de Bigorre** et notamment aux **Dr GASTOU et KHALES** pour m'avoir accompagné lors de mon premier stage d'internat. Je garde de merveilleux souvenirs de la bonne ambiance et de la qualité de travail de ce service qui m'ont réconciliées avec l'hôpital !

Au **service des urgences psychiatriques du CHU de Purpan** et à mes co-internes Marie, Lucia, Cécile et Christelle qui m'ont accueilli pendant 3 mois et m'ont permis d'être plus à l'aise avec la psychiatrie. Probablement le stage hospitalier le plus formateur de mon parcours.

A **Sébastien**, tout d'abord merci d'avoir partagé ce travail avec moi, cela l'a rendu beaucoup plus agréable. Merci de ta présence et soutien au quotidien depuis ces 10 années passées ensemble (qui sont passées si vite!). Merci d'avoir fait de moi ta femme et de construire une nouvelle famille avec moi en acceptant de t'exporter dans les « basses » Pyrénées (mais je sais que tu t'y plais) ! Et merci de m'aider à élever **Gribouille**, notre bébé chien trop gâtée. J'espère que nous réussirons mieux l'éducation de nos enfants par contre... A voir dans peu de temps !

A **mes parents**, merci de votre soutien pendant la totalité de ces longues études. Je me souviens de votre réaction quand je vous ai annoncé que je voulais faire des études de médecine et on ne peut pas dire que ça vous faisait plaisir... Mais

vous avez décidé de me faire confiance et avez tout fait pour m'aider à réussir. Merci de continuer à nous aider et nous épauler au quotidien.

A ma sœur **Sandra**, et à **Manu**, merci de votre présence et d'avoir été les premiers à agrandir la famille, vous m'avez offerts de super neveux (**Jérémy** et **Tom**) que je prend toujours du plaisir à voir !

A la famille **Abadie**, merci de m'avoir accepté dans votre famille et merci pour tous ces moments passés ensemble et ces délicieux repas préparés.

A **Esteban**, mon grand copain, merci pour ta présence et ton amitié après de si longues années malgré l'éloignement géographique. Je me souviendrai toujours de ton soutien au lycée et surtout lors de ma 1<sup>ère</sup> année de médecine si difficile, tu as probablement participé à ma réussite. A quand ton retour ?

A **Claire, Damien et Julien**, mes plus fidèles amis de médecine. Merci d'être encore présents même si la distance fait nos rencontres plus rares. Combien de fois avons nous voulu tout abandonner ?? Mais nous nous sommes soutenus et avons continué et je pense que nous pouvons être fier de nous ! Bon courage à Damien, le plus courageux d'entre nous, on assistera à ta thèse en 2025 ?...

A **Romain** et **Morgane**, toujours présents depuis ma 2<sup>ème</sup> année. Je suis heureuse de voir votre famille s'agrandir avec **Gael** ! Merci à Romain qui m'a fait rencontrer Sébastien et sur qui on peut toujours compter (je sais qu'il se cache un grand cœur sous ses apparences de grand grognon...).

A **toute la famille**, papi et mamie, Josy et Fred, Juliette, Nino, Edith, Mathieu, Laurie et Walid, Rémi, Alain et Isabelle, Marin, Hélène et Léonce, André et Jeanne, Michel et Sylvie, Séverine et Vincent, Hugo, Michael et Bojana, Julien et Fiorella : merci d'être toujours présents dans les moments importants. La distance fait que c'est difficile de se voir régulièrement mais c'est toujours un plaisir de se retrouver !

Aux médecins que je remplace, Laure-Elise, Léa, Agathe, Jean-Pierre L., Marion, Sébastien, Jean-Pierre D., merci de me renouveler chaque fois votre confiance pour prendre en charge vos patients.

## Liste des abréviations

CERNI : Comité d'Éthique sur les Recherches Non Interventionnelles

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ECG : Électrocardiogramme

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes  
de Médecine Générale

RDV : Rendez-Vous

# Tables des matières

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>MÉTHODES.....</b>	<b>5</b>
1- La recherche bibliographique.....	5
2- Choix de l'étude.....	5
3- Population et échantillonnage.....	5
3-a. Sélection des participants.....	5
3-b. Moyen de recrutement des participants.....	6
4- Rôles des chercheurs.....	6
5- Éthique.....	7
5-a. Le formulaire de consentement.....	7
5-b. Anonymisation des données.....	7
5-c. Comité d'éthique.....	7
6- Recueil des données.....	7
6-a. Conditions du recueil.....	7
6-b. Connaissances du sujet interviewé.....	8
6-c. Le guide d'entretien.....	8
6-d. Retranscription.....	8
7- L'analyse.....	9
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>10</b>
1- Caractéristiques de la population étudiée.....	10
2- Le choix du mode de fonctionnement au moment de l'installation.....	11
3- Avantages et inconvénients des différents modes de consultation.....	11
3-a. Le RDV.....	11
3-a.I) Les avantages du RDV.....	11
3-a.II) Les inconvénients du RDV.....	13
3-b. Le sans RDV.....	15
3-b. I) Les avantages du sans RDV.....	15
3-b. II) Les inconvénients du sans RDV.....	15
4- La gestion des urgences.....	16
5- L'influence de la patientèle.....	18
5-a. La taille de la patientèle.....	18
5-b. Le point de vue des patients.....	18

6- Evolution du mode de fonctionnement.....	18
6-a. Les raisons du changement de fonctionnement.....	18
6-b. Perspectives d'évolution.....	19
6-b. I) Aucune.....	19
6-b. II) Freins au changement.....	19
6-b. III) Améliorations proposées pour un meilleur fonctionnement....	19
6-c. Les évolutions ayant amélioré le quotidien des médecins.....	21
7- Aspect financier.....	21
8- Problèmes démographiques.....	22
9- Avenir de la médecine générale.....	22

## **DISCUSSION..... 24**

1- Les forces de l'étude.....	24
2- Les limites de l'étude.....	25
3- Discussion des résultats.....	25
3-a. Des organisations personnalisées et variées.....	25
3-b. La problématique de la gestion de l'urgence en médecine générale.....	26
3-c. Une démographie médicale actuelle insuffisante.....	28
3-d. Médecin généraliste, un métier stressant.....	30
3-e. La place du patient dans le choix du mode de fonctionnement.....	30
3-f. La projection sur l'avenir.....	32

## **CONCLUSION..... 34**

## **Bibliographie..... 36**

### **Annexes**

Annexe 1 : Guide d'entretien initial.....	37
Annexe 2 : Guide d'entretien final.....	38
Annexe 3 : Caractéristiques de la population.....	39
Annexe 4 : Extrait de l'arborescence.....	42
Annexe 5 : Fiche de consentement.....	43
Annexe 6 : Courrier de recrutement.....	44
Annexe 7 : Extrait d'entretien.....	45

## INTRODUCTION

Les conditions d'exercice des médecins généralistes ont beaucoup évolué au cours des dernières décennies sous l'influence de la démographie médicale, des attentes de la population et des réformes de Santé.

Avant, les médecins généralistes avaient plutôt l'habitude de travailler seuls et sans Rendez-Vous (RDV) alors qu'aujourd'hui l'exercice en groupe et sur RDV est de plus en plus plébiscité.

Une étude de la DREES en 2010 retrouvait que la majorité des médecins généralistes organisaient leurs consultations exclusivement sur rendez-vous, mais que les médecins en groupe le faisaient beaucoup plus systématiquement (90 % vs 67 % pour ceux en cabinet individuel).(1)

Pour le choix de son installation, un médecin est confronté à différentes problématiques : le bassin de population dans lequel il souhaite s'installer, le plateau technique à proximité, ses préférences...

Par exemple, une thèse réalisée par Aude Flouriot en 2016 retrouvait que l'exercice en zone urbaine se faisait d'avantage sur RDV (75,9 %) alors qu'en rural l'exercice mixte était plus pratiqué.(2)

Le médecin est libre de choisir son installation mais il exerce un métier qui exige des responsabilités envers la population qu'il prend en charge. Le rôle du médecin généraliste est multiple : suivi et coordination des soins, prévention, éducation, dépistage mais aussi gestion de la demande de soins non programmés.

Selon une étude de la DREES de 2004, les consultations ou visites des généralistes étaient composées pour 12% de recours urgents ou non programmés.(3)

Actuellement, la demande de soins est en constante augmentation alors que la démographie médicale continue à baisser. L'une des priorités du gouvernement est de trouver des solutions pour répondre à la demande de soins non programmés par les cabinets de médecine générale afin d'éviter l'engorgement des services d'urgences.

D'après une enquête menée en 2010 par l'ISNAR-IMG auprès des internes de médecine générale, 57,8 % des internes souhaitaient organiser leurs consultations

avec des rendez-vous et des plages de consultations non programmées. Pour 41,8 %, ils souhaitaient organiser leurs consultations uniquement sur rendez-vous. Seuls 7 internes (0,4 %) parmi les 1 938 réponses souhaitaient organiser leurs consultations avec des consultations non programmées uniquement.(4)

L'internat a été l'occasion de pouvoir observer et tester différentes organisations dans les cabinets médicaux dans le cadre des stages en ambulatoire. La diversité importante de fonctionnement que nous avons rencontrée nous a interrogé sur les facteurs ayant influencé les praticiens à choisir leur organisation.

L'objectif de cette étude est de comprendre comment et pourquoi les médecins généralistes consultent avec ou sans RDV, explorer leur ressenti sur les avantages et les inconvénients de leur pratique sur le plan professionnel et personnel.

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative qui nous paraissait plus adaptée pour recueillir et analyser la complexité que représente le choix du mode de fonctionnement d'un médecin généraliste. Cette méthode permet d'aborder le vécu et l'expérience des praticiens, indispensables pour traiter ce sujet.

# MÉTHODES

## 1- La recherche bibliographique

La première étape de ce travail a consisté à effectuer une recherche bibliographique par rapport à notre question de recherche et a débuté en juillet 2016.

Devant les difficultés rencontrées à trouver des informations sur le sujet, une formation auprès de la bibliothèque universitaire de Toulouse Ranguel a été nécessaire.

Plusieurs outils de recherche ont été utilisés tels que : Banque de Données Santé Publique (BDSP), Archipel (réseau des bibliothèques de l'Université de Toulouse), theses.fr, PubMed, EM, Cairn, etc.

Les mots clés recherchés ont été principalement : consultation médecine générale, consultations programmées, soins non programmés, consultation avec et sans RDV, organisation cabinet médecine générale, plages de consultation, etc.

Une nouvelle recherche bibliographique a été effectuée lors de la rédaction de ce travail en août 2019 pour enrichir la discussion et illustrer nos résultats.

## 2- Choix de l'étude

La méthode qualitative a été jugée comme la plus adaptée pour répondre à la question de recherche car elle permettait d'explorer le vécu et le ressenti des médecins généralistes interrogés, notamment à travers leur expérience.

Pour nous aider dans notre travail de thèse, nous avons participé à quatre ateliers pédagogiques proposés par le DUMG de la faculté de Toulouse :

- Grands principes de la recherche qualitative, le recueil des données ;
- Guide d'entretien et relation d'entretien ;
- Analyse des données par une méthode qualitative : l'analyse thématique et la théorie ancrée ;
- Rédaction de la thèse.

## 3- Population et échantillonnage

### 3-a. Sélection des participants

Des médecins généralistes installés et en cours d'activité ont été interrogés. Ils ont été choisis de façon à avoir un panel de réponse le plus diversifié possible : âge,

sexe, mode d'exercice (avec ou sans RDV), cabinet seul ou en groupe, lieu d'exercice (rural ou urbain), etc.

### 3-b. Moyen de recrutement des participants

Pour les deux premiers entretiens, deux médecins au mode de fonctionnement connu d'un des chercheurs ont été contactés par courriel.

Ensuite le recrutement s'est effectué de manière plus large et aléatoire en adressant un courriel à un nombre important de médecins, dont les adresses ont été obtenues via une lettre d'information (Annexe 6). Un courriel de relance a été envoyé à ces même médecins.

Pour la suite des entretiens un recrutement plus ciblé a été effectué par effet boule de neige en recherchant des profils qui manquaient à l'étude.

Il n'y a pas eu de refus mais de nombreuses absences de réponse.

Le recrutement a été effectué conjointement par les 2 chercheurs à l'aide d'une adresse électronique dédiée et commune, entre octobre 2018 et juin 2019. Les médecins recrutés exerçaient dans les Hautes-Pyrénées et les Pyrénées-Atlantiques.

La taille de l'échantillon a été déterminée pendant l'étude selon le principe de saturation des données, c'est à dire que les nouveaux entretiens n'apportaient aucune donnée nouvelle.

### 4- Rôles des chercheurs

Cette étude a été menée par les deux chercheurs depuis le recueil bibliographique, l'élaboration de la question de recherche, du guide d'entretien, les recueils de données, l'analyse et jusqu'à rédaction de ce travail.

Tout au long de l'étude les chercheurs ont échangé sur leur expérience personnelle et leurs impressions suite à chaque entretien dans un principe de réflexivité. Ils ont ainsi essayé d'adapter leur attitude et de prendre conscience de l'influence de leurs expériences personnelles et professionnelles sur l'interprétation des verbatims.

## 5- Éthique

### 5-a. Le formulaire de consentement

Chaque participant a reçu un formulaire d'information et de consentement en début d'entretien (Annexe 5) autorisant l'intervieweur à effectuer un enregistrement et utiliser les données après anonymisation.

### 5-b. Anonymisation des données

Il a été garanti aux médecins interrogés que les données enregistrées seraient rendues anonymes et détruites une fois l'étude terminée.

Pour réaliser cette anonymisation, chaque entretien a été renommé dès la retranscription à l'aide de la première lettre du prénom du chercheur ayant effectué l'entretien (K ou S) suivi du numéro d'entretien dans l'ordre chronologique (1 à 8). Toutes données pouvant rompre l'anonymat ont été remplacées par la lettre X, par exemple des lieux, noms, etc.

### 5-c. Comité d'éthique

La commission d'éthique était en restructuration au moment du dépôt du sujet de thèse. Un formulaire de soumission au CERNI de Toulouse a été déposé. Il a été refusé au motif que notre directeur de thèse n'était pas chercheur. Après avis auprès du DUMG, l'avis du comité d'éthique n'a pas été jugé obligatoire pour ce travail s'il n'avait pas vocation à être publié.

## 6- Recueil des données

### 6-a. Conditions du recueil

Les entretiens ont été réalisés par deux chercheurs (BAHUT Karine ou ABADIE Sébastien, internes en médecine générale) sous la forme d'entretiens individuels semi-dirigés de novembre 2018 à juin 2019.

La majorité des entretiens a été réalisée dans le cabinet médical du médecin interrogé. Un a été réalisé au domicile d'un des deux chercheurs et un autre sur le lieu de remplacement d'un chercheur (cabinet médical).

Seuls étaient présents au moment du recueil de données le médecin interviewé et le chercheur. Un entretien a été réalisé en présence d'un interne niveau 1 en stage chez le médecin concerné.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et/ou d'un smartphone.

Après chaque entretien des notes ont été écrites sur un carnet de bord concernant les premières impressions et ressentis de l'enquêteur.

#### 6-b. Connaissances du sujet interviewé

Les sujets interviewés connaissaient le statut d'interne des deux chercheurs. La question de recherche ne leur était pas dévoilée avant l'entretien. Le sujet évoqué par les deux intervieweurs était l'organisation d'un cabinet de médecine générale.

#### 6-c. Le guide d'entretien

Un premier guide d'entretien a été réalisé en prenant en compte la question de recherche et le peu d'informations trouvées sur ce sujet (Annexe 1).

Ce guide a été modifié suite à l'atelier pédagogique proposé par le DUMG de Toulouse, puis après avis auprès du directeur de thèse.

Il a ensuite été légèrement remanié suite aux premiers entretiens. Le guide d'entretien final est présenté en Annexe 2.

L'entretien commençait par des questions fermées constituant notre talon sociologique : âge, sexe, statut conjugal, lieu d'exercice (Rural ? Urbain ? Semi-rural ?), activité salariée, autre spécialité médicale, exercice seul ou en groupe, secrétariat, etc.

La suite de l'entretien s'organisait en quatre parties : le choix du mode de consultation, réflexion et critique du mode de fonctionnement, interaction vie personnelle et professionnelle, projection sur l'avenir.

#### 6-d. Retranscription

Chaque entretien a été retranscrit en intégralité et mot pour mot par le chercheur l'ayant effectué, à l'aide de l'enregistrement audio, sur les logiciels OpenOffice et LibreOffice, afin d'obtenir le verbatim. La première lettre du prénom de l'intervieweur servait à l'identifier sur la retranscription. Les médecins étaient uniformément dénommés Dr pour respecter l'anonymat. Les émotions, intonations, silences et gestuelles ont été retranscrites entre parenthèses et en italique. Chaque retranscription a été contrôlée par le deuxième chercheur et le directeur de thèse. Un extrait d'entretien est présenté en Annexe 7.

## 7- L'analyse

Pour l'analyse des données, la méthode basée sur la théorisation ancrée (5) a été choisie, méthode de référence en recherche qualitative. Cette méthode est un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies sur le terrain et un processus de théorisation. Elle a permis d'adapter le guide d'entretien au fur et à mesure de la progression de l'étude.

Après retranscription et relecture des entretiens, les deux chercheurs ont effectué ensemble ce que l'on appelle le codage, c'est à dire découper le verbatim par unité de sens.

Ce codage a été effectué sur le logiciel OpenOffice Calc sous forme de tableau (extrait en Annexe 4).

Le verbatim de chaque entretien était découpé et ajouté dans une colonne, nommé de la même manière que l'entretien. Le codage était placé sur une colonne à gauche du verbatim.

Après plusieurs entretiens, les codages exprimant une idée commune ont été regroupés afin d'obtenir des catégories. Cette catégorisation a été reportée sur le tableau dans une colonne à gauche des codages.

Les catégories ont été regroupées en thème.

Ce tableau a été remanié à plusieurs reprises afin d'obtenir une meilleure association d'idées.

# RÉSULTATS

## 1-Caractéristiques de la population étudiée

Sur 100 courriels adressés, 14 médecins généralistes ont répondu. 8 adresses e-mails étaient invalides, 1 médecin était retraité et a donc été exclu. 2 médecins ont été contactés par téléphone et ont accepté de participer.

Au total 15 entretiens ont été réalisés. Sur ces 15 médecins généralistes, 9 étaient des hommes et 6 des femmes. L'âge moyen était de 49 ans, 4 étaient âgés de plus de 60 ans, 3 avaient entre 45 et 60 ans et 8 entre 30 et 45 ans.

12 exerçaient en groupe et 3 dans un cabinet seul. 11 disposaient d'un secrétariat sur place, un d'un secrétariat téléphonique uniquement et 3 étaient sans secrétariat. 7 étaient maître de stage universitaire.

1 des médecins interrogés était salarié, les autres libéraux.

Sur les 15 médecins interrogés, 5 effectuaient moins de 20 consultations par jour, 4 entre 20 et 30, 4 plus de 30 par jour. Les 2 manquants n'ont pas été interrogés sur le sujet (1 oubli, 1 avec activité variable car pré-retraite).

7 médecins exerçaient en milieu urbain, 6 en semi-rural et 2 en rural.

Les caractéristiques de chaque participant sont détaillées en annexe (Annexe 3).

La durée moyenne des entretiens a été de 19 minutes et 34 secondes. Le plus court a duré 9 minutes et 11 secondes, le plus long 47 minutes et 26 secondes.

La saturation des données a été atteinte à partir du treizième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont confirmé cette saturation.

Les résultats sont illustrés par les verbatims rédigés en gris clair et entre guillemets dans le texte. Les sigles K et S identifient l'un des deux chercheurs ayant effectué l'entretien. Les numéros 1 à 8 correspondent à l'ordre des entretiens.

## 2- Le choix du mode de fonctionnement au moment de l'installation

Plusieurs éléments ont influencé les médecins au moment du choix de leur mode de consultation à l'installation.

Pour les médecins les plus âgés, « traditionnellement » K6, consulter sans RDV était le standard de l'époque, une habitude de fonctionnement. « A l'époque le problème ne se posait pas parce que personne ne prenait des rendez vous. » S1. Le nombre de médecins étant plus important, il existait une certaine concurrence, nécessitant d'être le plus disponible possible afin de garder ses patients. « on se cherchait les patients [...] et un client, il fallait le garder. » S4.

Le choix de travailler sans RDV a aussi pu être influencé par l'aspect financier, qui paraissait plus rentable, ainsi que par l'absence de personnel à gérer (secrétariat).

Des médecins qui se sont installés dans un cabinet pré-existant ont repris la même organisation, avec l'impression de ne pas avoir eu le choix, d'autres l'ont adapté à leur convenance.

Au moment de l'installation, d'autres médecins ont choisi de fonctionner sur un mode avec RDV par préférence personnelle, afin de mieux gérer le stress.

## 3- Avantages et inconvénients des différents modes de consultation

### 3-a. Le RDV

#### 3-a.1) Les avantages du RDV

Le RDV a été cité à plusieurs reprises comme étant plus confortable, plus tranquille, moins stressant pour les médecins.

Il leur a permis d'avoir une meilleure vision globale de la journée.

« L'avantage donc moi c'est vraiment l'organisation, c'est euh d'avoir un peu de vision sur ma journée derrière. C'est à dire que moi j'adore regarder qui est-ce que je vais voir cet après midi, préparer un peu mes consultations. Euh... quand j'ai des dossiers où les patients viennent une fois 2 fois 3 fois pour euh la même pathologie, qu'on avance petit à petit, je me remets un peu le nez dans le dossier pour pour revoir un petit peu les choses. » K3

Travailler avec des plages de soins programmés a facilité l'organisation d'une journée de travail en pouvant adapter les temps de consultation au patient, au motif et à l'acte (enfant, gynécologie, patients chroniques, ECG pour certificat, etc.). La prise de RDV a pu être l'occasion de connaître le motif de consultation, même si cela a été parfois mal vécu par le patient quand la question était posée par le secrétariat. Par exemple, connaître le motif a pu éviter de faire des renouvellements d'ordonnance le samedi matin et garder cette matinée pour les urgences.

Le planning de consultation pouvait être adapté en fonction de l'activité (saison), des épidémies, etc. Par exemple, en période de forte activité les médecins pouvaient ajouter des plages de RDV, notamment en fin de journée. Ou inversement en période creuse ou lors d'une création d'activité (faible affluence), ils pouvaient regrouper les RDV. Les praticiens ayant opté pour des créneaux d'urgences uniquement disponibles le jour même pouvaient moduler leur nombre selon la demande.

Une meilleure « maîtrise de l'agenda » S5 a été citée comme avantage du RDV, offrant un sentiment de « liberté » K5, S2 ; liberté de pouvoir moduler sa journée de travail en fonction de ses activités professionnelles (réseau soins palliatifs par exemple) ou personnelles (enfants, RDV personnels, loisirs, etc.).

« Et beh après le RDV, c'est la liberté. J'appelle ma secrétaire, je lui dis bon beh ce matin pas de RDV ou alors j'arriverai à 10h30 ou j'arriverai à 11h, vous m'en mettez que deux ce matin. Appelez un tel, je pourrais pas le voir, décalez le. C'est, c'est le bonheur » S2

Ces changements de planning ont pu être compensés en ajoutant des créneaux sur le reste de la journée ou sur le jour de repos.

Un autre avantage qui a été évoqué, c'est la gestion des fins de journée, des dernières consultations, « c'est bien de savoir à quelle heure on va rentrer par rapport à la nounou et cætera. » S7. Même en cas de retard et de salle d'attente pleine, un médecin savait qu'en étant sur RDV, il n'y aurait normalement pas d'ajout de patient.

Consulter sur RDV a aidé à filtrer la patientèle ainsi qu'à diminuer la fréquentation et donc limiter le chiffre d'affaires (avant le départ en retraite par exemple).

Les consultations sur RDV étaient perçues comme des consultations plus « apaisées » K3, plus calmes car moins d'attente, peu ou pas de retard pour le patient, et où le médecin semblait bénéficier de plus de temps, faire preuve de plus d'écoute envers ses patients.

Avoir des plages de soins programmés a offert la possibilité au médecin de reconvoquer les patients sur des sujets qui nécessitaient des consultations dédiées (exemple du sevrage tabagique) et éviter que le sujet soit reporté et finalement oublié car non programmé.

### 3-a.II) Les inconvénients du RDV

Le principal inconvénient cité par les médecins a été la perte de temps qu'ont pu engendrer les RDV non honorés et l'agacement que cela a pu générer.

Un des problèmes rencontrés était le délai pour obtenir un RDV qui pouvait parfois être de plusieurs jours, en particulier pour les pathologies aiguës. Cela nécessitait également pour les patients chroniques de comprendre qu'ils devaient anticiper la prise de RDV pour leur renouvellement.

Des délais plus long ont pu être à l'origine de retard de prise en charge pour des pathologies nécessitant une intervention rapide.

Ces délais ont été parfois à l'origine de la migration de ces patients vers les services d'urgences et ont participé à l'engorgement de ces services, où celui des salles d'attente de confrères.

La prise de RDV sous entendait une responsabilité pour juger du degré d'urgence de la consultation : « Quand les gens ils appellent, y'a deux trois trucs sur un motif et c'est tracé, la secrétaire elle marque : OPPRESSION DANS LA POITRINE. (Rires) RDV 3 jours après. Bon normalement elles font bien leur boulot mais y'a une responsabilité. On a été prévenu de quelque chose. Si c'est sans RDV, le gars il s'assoit, s'il fait un infarctus dans la salle d'attente, vous allez passer pour un héros. Vous allez sortir lui faire le massage. Mais si vous lui donnez un RDV, vous allez passer pour un assassin. (Rires) » S5.

Estimer l'urgence pour le patient lui-même pouvait être difficile à évaluer ainsi que pour le secrétariat (physique ou téléphonique).

Sur RDV, il pouvait exister une difficulté à gérer et rajouter les urgences du jour sans allonger sa journée de travail. Cela nécessitait de finir plus tard ou de limiter le nombre de patients vus par jour et donc être à l'origine d'un manque à gagner. Intercaler des urgences entre les RDV pouvait être responsable de retard, source de stress.

Sur RDV, l'attente occasionnée par un retard était moins bien vécue et tolérée par les patients.

Pour donner les RDV, il fallait avoir un secrétariat ou répondre soi-même au téléphone. Le secrétariat représentait un coût non négligeable.

Travailler sur RDV a été ressenti comme un critère de sélection vis à vis de la patientèle. « Parce que je sais aussi que je sélectionne un certain type de patientèle quoi. C'est à dire que les patients qui ont peut être le plus de soucis, sociaux etc, ben ils auront peut être plus de mal à venir, à venir me voir. » K5.

La prise de RDV par téléphone représentait un obstacle pour certains (langue, population défavorisée).

Les horaires pouvaient être excluants pour une partie de la population active.

L'organisation d'un planning de consultations sur RDV nécessitait une importante réflexion pour pouvoir laisser de la place aux pathologies aiguës (créneaux réservés aux urgences). La durée de consultation n'était pas toujours adaptée au motif. « voir une angine sur RDV, y passer 20 minutes euh non ! (*rires*) enfin ça va pas prendre 20 minutes pour voir une angine donc. » K1.

Certains patients en profitaient pour venir à plusieurs sur un seul créneau ou évoquer plusieurs problématiques durant un seul RDV, pouvant être à l'origine de retard.

D'autres patients venaient consulter sans avoir pris RDV prétextant un motif rapide, urgent ou ne pas connaître le fonctionnement.

### 3-b. Le sans RDV

#### 3-b. I) Les avantages du sans RDV

Travailler sans RDV simplifiait le fonctionnement d'une journée de travail. Les patients savaient qu'ils devaient venir pendant les horaires de présence du médecin, qu'ils attendraient mais qu'ils seraient vus dans la journée (pas de délai).

« sans RDV ça un aspect pratique [...] On est un service porte ici. » S6

Les praticiens avaient l'impression de rendre service aux patients et de pouvoir être accessibles à une population plus large et plus facilement. « Je pense que les gens ont conscience euh de l'avanta, euh de l'avantage qu'ils ont d'avoir des médecins disponibles et ils te le disent 5 fois par jour. » S1

Le temps de consultation était libre. « on a pas à euh... se tenir à 20 minutes à une consult, parfois ça peut arriver qu'on prenne plus et... souvent moins ! » K1

Sans RDV, les consultations étaient plus rapides permettant de voir plus de patients dans la journée et ainsi être plus rentable financièrement.

Le médecin n'avait pas à attendre ses patients ou souffrir de RDV non honorés.

#### 3-b. II) Les inconvénients du sans RDV

Un des principaux inconvénients à travailler sans RDV évoqué était la gestion de la patientèle extérieure au cabinet, afflux de patients dont le médecin traitant ne pouvait les recevoir que plusieurs jours après.

Consulter sans RDV imposait d'être présent sur les horaires affichés par respect du patient, même quand la salle d'attente était vide. Cela pouvait engendrer des difficultés pour s'absenter sans avoir de remplaçant et être à l'origine d'un sentiment de perte de liberté, d'une moins grande flexibilité.

L'affluence variable était vécue comme un désagrément de ce mode de fonctionnement, avec la possibilité de voir se remplir la salle d'attente en quelques minutes, notamment en fin de journée ou avant la pause déjeuner.

Le sans RDV était perçu comme une source plus importante d'imprévu, de stress, avec une mauvaise visibilité sur la journée, concernant le nombre de patients, les pathologies à voir, etc. La salle d'attente pleine était redoutée.

« ben par peur du de de de pas arriver à gérer en fait hein. C'est vraiment c'est c'est lié à l'angoisse de de pas arriver à réguler un certain flux. Euh et parce que je suis toute seule à devoir faire face, j'aurais peur aussi de m'écrouler à un moment donné quoi. » K5

« Ce qui l'exprime le mieux cette pression c'est le monde dans la salle d'attente. Demandez au médecin qu'est ce que ça leur fait de voir 12 personnes dans la salle d'attente quoi. C'est vraiment, ça c'est vraiment un facteur de désagrément. [...] mais c'est vraiment le sans RDV cette pression sur vos épaules. » S5

L'attente longue pour les patients notamment les plus fragiles (personnes âgées, enfants) était citée comme un inconvénient majeur du sans RDV. L'attente engendrait une plus grande nervosité chez les patients, un risque majoré de contamination en période d'épidémie, « des commérages dans la salle d'attente » K2, etc.

Des urgences pouvaient ne pas être repérées immédiatement au milieu d'une salle d'attente pleine, si le patient ne se manifestait pas.

Les consultations qui nécessitaient plus de temps (psychiatrie, gynécologie, pédiatrie, pathologie grave etc.) étaient difficiles à gérer sans RDV. La durée de consultation se devait d'être plus courte car beaucoup de patients à voir.

Le même problème a été évoqué pour l'éducation thérapeutique et la prévention souvent sacrifiées par manque de temps.

#### 4- La gestion des urgences

« Pour moi quand on est médecin traitant on doit pouvoir accueillir les gens aussi dans l'urgence » K7.

Recevoir les urgences était vu comme le moyen de varier son activité, sortir de la monotonie du renouvellement d'ordonnance, amener de l'imprévu dans sa journée.

La gestion des urgences a surtout posé des difficultés aux médecins consultant sur RDV et représentait un argument contre ce mode de fonctionnement pour ceux fonctionnant sans.

Pour s'adapter à la demande de soins non programmés plusieurs possibilités ont été évoquées :

- la planification de créneaux exclusivement réservés aux urgences du jour, le nombre pouvait évoluer selon les périodes (épidémies, vacances) ;
- la création de demi-journées de consultations sans RDV quotidiennes réparties entre les différents médecins d'un groupe médical ;
- des temps de consultation longs (20 à 30 minutes) pas toujours utilisés donc permettant d'intercaler des patients entre sans prendre trop de retard ;
- ajout de consultations en fin de journée ou entre midi et deux ;
- déplacement de consultations déjà programmées par la secrétaire pour faire de la place aux urgences et ne pas faire attendre les patients.

Le but de ces adaptations était de répondre au mieux à la demande de soins non programmés afin d'éviter d'orienter vers les services d'urgences.

Les consultations ajoutées en urgences étaient souvent moins chronophages, les patients étaient informés que seul le problème du jour serait abordé.

Le premier intermédiaire entre le patient et le médecin était souvent le secrétariat qui pouvait avoir des difficultés à estimer le degré d'urgence d'une situation. Les secrétariats téléphoniques semblaient orienter plus facilement vers les services d'urgences. Certains médecins préféraient réaliser la régulation eux-mêmes par téléphone, les patients (et parfois le secrétariat) n'étant pas toujours capables d'évaluer la gravité.

Pour certains praticiens, les patients avaient de plus en plus le réflexe d'appeler directement le 15 en cas de problèmes qui leur semblaient urgents et plus leur médecin traitant.

Les opposants au RDV estimaient que les patients, ayant difficilement accès à un RDV rapide avec leur médecin traitant, s'orientaient directement vers le service des urgences ou les salles d'attente de confrères sans RDV. Ce système aboutissait à un engorgement des services hospitaliers au détriment de la qualité de soins, de la mission du médecin généraliste et représentait un surcoût important pour la société.

Autre avis tranché d'un médecin : « Et la dérive vers les urgences est quand même aussi apparu parce qu'il y a moins de médecins, c'est vrai, mais parce qu'y a le système des RDV, parce qu'avant... Avant les urgences elles étaient vues par exemple. Et à mon avis, ça fait parti de notre métier. » S1.

## 5- L'influence de la patientèle

### 5-a. La taille de la patientèle

Être sur RDV permettait de limiter la taille de la patientèle pour certains qui se sentaient incapables de pouvoir gérer plus de 25 à 30 consultations par jour.

Pour des médecins travaillant sans RDV, il était impossible d'imaginer pouvoir travailler sur RDV étant donné qu'ils réalisaient 45 à 50 actes par jour.

« Pas que ce soit bien d'en voir 40 mais, mais c'est que les gens ils sont malades et il faut bien les voir quoi. » S1

### 5-b. Le point de vue des patients

La majorité des médecins interrogés considéraient que leurs patients étaient satisfaits de leur mode de fonctionnement. Ils ne recevaient aucune demande de changement de leur part étant donné qu'ils étaient habitués à ce système. Et « ceux à qui ça plaît pas ont changé de médecin depuis longtemps donc euh. C'est pas grave. » K6.

Pour les médecins sans RDV, les patients appréciaient le fait de pouvoir être vus dans la journée.

Pour les médecins sur RDV, le fait qu'il y ait moins d'attente était apprécié par les patients mais les retards étaient mal tolérés ainsi que les délais pour obtenir un RDV. Évoluer vers du sans RDV ne serait pas supporté par leurs patients.

« Puis dans le contexte démographique actuel ils râlent pas trop (*rire*) donc euh je sais pas ce qu'ils pensent mais... mais... mais en tout cas ils râlent pas trop. » K1

## 6- Evolution du mode de fonctionnement

### 6-a. Les raisons du changement de fonctionnement

Les praticiens qui ont changé de mode de consultation sont tous passés du sans RDV aux RDV. Il n'y a pas eu d'exemple dans l'autre sens.

Les raisons évoquées : « alors les gens au début ont cru que c'était pour moins travailler euh j'ai dit euh pas du tout, je pense pas, enfin c'était pas du tout ça mais c'était vraiment pour ne pas être agressée par cette porte tu ouvres et boum (*soupirs*) tu te tu te reçois pleins de gens qui attendent là, qui te regardent heu... » K2

« Les gens qui arrivaient à la fin des horaires, mettons j'avais je met jusqu'à 19h30 et qui arrivaient à 19h15 en ayant mangé, les gosses en pyjama, et je me disais ils sont là pour s'installer quoi donc euh « ah mais moi j'ai le temps j'ai mangé », je supportais plus. » K2

Les changements se sont parfois faits sur conseils de leurs confrères ou pour éviter l'accumulation de patients en salle d'attente en période d'épidémies.

## 6-b. Perspectives d'évolution

### 6-b. I) Aucune

« Non, non jamais. La vie a fait que j'ai toujours fonctionné comme ça et puis... Je me suis aperçu que ça allait très bien aux gens aussi. » S8

### 6-b. II) Freins au changement

Le frein principal au changement que ce soit avec ou sans RDV était les patients qui auraient du mal à comprendre et accepter un nouveau fonctionnement.

La taille de la patientèle qui exigeait une forte activité rendait inenvisageable le passage du sans RDV aux RDV, notamment pour la gestion des urgences du jour. Dans ce même contexte, le nombre trop faible d'associés empêchait ces médecins d'envisager des plages de soins programmés.

La nécessité d'une secrétaire supplémentaire pour la prise de RDV représentait aussi un obstacle au changement.

Des médecins travaillant sur RDV exprimaient la difficulté qu'ils auraient à refuser des patients après les horaires de fermeture si ils passaient sans RDV.

### 6-b. III) Améliorations proposées pour un meilleur fonctionnement

Même si beaucoup de médecins estimaient être satisfaits de leur organisation et déclaraient ne pas vouloir en changer, ils proposaient quand même des idées pour améliorer, optimiser leur système.

Ils avouaient que dans l'idéal, s'ils étaient plus nombreux (entre 3 et 5 au cabinet à se relayer, pré-requis indispensable), ils aimeraient pratiquer un fonctionnement mixte, c'est à dire alterner des demi-journées sur RDV et d'autres sans RDV. Tous les jours, les patients du groupe auraient accès à des créneaux sans RDV. Cela nécessiterait une grosse patientèle pour que tous soient actifs ainsi que des locaux adaptés. Pendant que certains seraient sur RDV, les autres recevraient sans RDV les urgences du jour. Les bénéfices seraient de permettre de soulager les médecins certains jours de la semaine où ils pourraient finir plus tôt, et d'être disponibles pour tout type de patient sans sélection.

La création d'une salle de soins non programmées a été évoquée pour recevoir les patients sans RDV que les médecins occuperaient à tour de rôle pour répondre à la problématique de la permanence des soins, mais aussi permettre de séparer l'infectieux des autres motifs de consultation. Cette salle pourrait servir également à la téléconsultation.

Autre piste proposée, « ya juste un truc qu'on a commencé à faire au départ et qui était super, moi je trouvais, j'avais vu dans un autre cabinet, c'est demander les motifs de consultation. Et ça, vraiment très succinctement, mais ça permet de d'optimiser un peu le temps. Quand euh on met des bébés sur 1/4h pour des, où il faut faire la visite obligatoire plus les vaccins, c'est impossible, moi je sais pas comment ils font. Le petit je peux pas lui sauter dessus et le vacciner. Donc à ce moment là j'aime bien voir le motif comme ça je euh jeee, je met ½ h, ça me, et puis tout le monde est plus serein quoi. Et pareil pour les certifs avec les électros et tout ça. Voilà d'avoir les motifs c'est quand même super bien. Ça on va je pense qu'on va y revenir et ça nous permet d'éviter un certain nombre de couacs, euh d'avoir les motifs, quand quelqu'un appelle le matin en disant j'ai une douleur thoracique de pas le voir à 19h le soir. Ou euh j'ai euh ça m'est arrivé une fois aussi, on m'avait mis un patient euh, un jeune patient en fin de consultation en fin de journée et j'ai dit mais pourquoi il a appelé, pourquoi tu me l'as rajouté, beh attends je vais rappeler, et en fait suspicion de torsion testiculaire. Donc du coup euh voilà. Ça permet de rattraper certains trucs quand même. Juste les motifs. » K3

Une meilleure éducation des patients notamment sur la prévention était jugée nécessaire pour éviter certaines consultations.

Choisir d'avoir une patientèle modérée a été citée comme possibilité pour permettre d'être disponible plus facilement et rapidement pour ses patients.

#### 6-c. Les évolutions ayant amélioré le quotidien des médecins

« Mais euh l'histoire du médecin traitant, ça été un truc fabuleux pour limiter sa clientèle eeeeeettttttttt avoir du temps de libre. » S2

Choisir d'avoir une petite patientèle, avoir une faible activité, limiter ses horaires, prendre des demi-journées ou journées de repos dans la semaine étaient les principales évolutions qui ont amélioré le quotidien en terme de qualité de vie (loisirs, obligations familiales, etc.) des médecins interrogés. Le secrétariat était aussi mentionné comme étant une aide essentielle, en particulier pour éviter le burn out.

Du point de vue des généralistes travaillant sans RDV, ce qui a permis d'améliorer leur quotidien, c'était de fermer la porte à clé à partir d'une certaine heure pour éviter le flux continu. Ils le considéraient comme un « grand plus » S1 et une «une condition sine qua non » S1 au bon fonctionnement de ce système.

« au moment où je l'ai fait je faisais les nuits et tout quoi. Donc euh, çaa, ce qui m'a carrément... ce qui a révolutionné ma vie perso c'est les gardes, la permanence de soins et tout ça. Et l'association avec quelqu'un. » K2

Le travail en équipe est ressorti à plusieurs reprises comme un élément apprécié dans la pratique au quotidien.

#### 7- Aspect financier

Le fait de consulter sur RDV était perçu comme moins rentable en raison d'un nombre d'actes réalisés plus faible qu'en travaillant sans RDV. Un nombre minimum d'actes devait être réalisé pour pouvoir payer les charges du cabinet, en particulier le secrétariat, et pouvait être ressenti comme facteur de stress.

Les médecins exprimaient leur crainte de multiplier les actes, plus avantageux sur le plan financier, mais au détriment de la qualité de soins.

Les besoins en terme de secrétariat (horaire ou effectif) étaient plus importants sur RDV ce qui représentaient un surcoût non négligeable.

Des médecins ont choisi de travailler sans RDV principalement pour ne pas avoir de frais de secrétariat.

### 8- Problèmes démographiques

« Le système parfait n'existe pas sauf si on avait des médecins partout [...] Mais le système actuel euh c'est très compliqué. » S1

La baisse du nombre de médecins avec des départs en retraite non remplacés était une préoccupation des praticiens interrogés qui voyaient affluer un nombre élevé de patients. Cet afflux était difficilement gérable et mal vécu devant les difficultés et parfois le refus à les prendre en charge.

L'augmentation de la demande a créé des délais pour obtenir des RDV, pouvant aller à un mois pour les renouvellements d'ordonnance, et plusieurs jours pour des pathologies aiguës, aboutissant à l'engorgement des urgences.

Les solutions proposées ont été :

- organiser une permanence de soins sans RDV en semaine à plusieurs cabinets médicaux ;
- créer des plages de soins non programmés au sein de son propre lieu d'exercice avec ses associés.

### 9- Avenir de la médecine générale

Plusieurs médecins ont évoqué l'avenir de façon pessimiste étant donné la difficulté croissante d'accès aux soins pour les patients, au vu de la démographie médicale actuelle. Certains avouaient leurs difficultés et se questionnaient sur leur futur : « je suis un peu triste que mon boulot empiète autant sur la vie personnelle mais je pense que quand on choisit ce boulot on a pas le choix, malheureusement, c'est voilà c'est médecine générale c'est ça hein on est obligés malheureusement de sacrifier certaines choses [...] je sais pas comment je serais dans, ça me fait peur parce que je trouve déjà des fois que je rentre épuisée et je me demande comment ça sera dans 10, 15, 20 ans, c'est un métier voilà c'est ffff c'est pas évident, c'est pas très évident mais ça je pense que c'est plus en lien avec les conditions de travail. » K4.

Les médecins installés de longue date estimaient qu' « A l'époque, on travaillait beaucoup, beaucoup plus que maintenant. [...] Mais un jeune actuel et à juste titre il

fera pas les activités, et les heures qu'on a fait pendant 20-30ans. » S1. Ils regrettaient que les jeunes médecins ne veuillent plus travailler sans RDV et par conséquent ne plus assumer la gestion des urgences comme « autrefois » S1.

Des médecins ont parlé de leurs projets : création de maison médicale, CPTS (Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), développement d'éducation thérapeutique, téléconsultation, etc.

## DISCUSSION

### 1- Les forces de l'étude

La question de recherche est un sujet original, innovant et qui concerne tous les médecins généralistes, particulièrement au moment de l'installation. C'est une réflexion qui évolue tout au long de la carrière pour permettre une meilleure offre de soins pour les patients. C'est un véritable sujet de médecine générale qui est la principale spécialité concernée par ces deux systèmes (avec ou sans RDV). Thème qui est au cœur de l'actualité et des préoccupations des pouvoirs publics dans un contexte de désertification médicale et de problèmes d'accès aux soins.

Cette étude traite de thèmes facilement compréhensibles et accessibles à tout public.

Le choix de la méthode qualitative est apparu le plus adapté pour explorer le ressenti des médecins interrogés, leur permettre une liberté de paroles et obtenir une plus grande diversité de réponses, d'idées.

Cette méthode nous a aussi permis de sélectionner un panel de médecins variés en terme d'âge, de mode de fonctionnement, lieu d'exercices, etc.

Les ateliers pédagogiques du DUMG de Toulouse concernant les études qualitatives, auxquels nous avons participé, ont encadré du début à la fin notre travail afin de respecter la méthodologie spécifique à ce type d'étude.

Chaque entretien a été réécouté, chaque retranscription a été contrôlée par les deux chercheurs et le directeur de thèse afin de rester le plus fidèle possible aux propos des personnes interrogées. Lors du codage, chaque unité de sens a été évaluée, croisée par les deux investigateurs, discutée pour correspondre au mieux au ressenti des médecins et limiter les erreurs d'interprétation. Le travail de catégorisation et de regroupement en thèmes a également été réalisé conjointement pour augmenter la validité des résultats.

## 2- Les limites de l'étude

La première limite est liée aux enquêteurs dont il s'agissait du premier travail de recherche qualitative. Ce manque d'expérience a pu retentir sur la qualité de cette étude mais a été en partie compensé par la formation fournie par la faculté.

Le statut d'interne en Médecine Générale n'était pas caché aux sujets interrogés, ce qui a pu influencer les réponses des médecins, tout comme le fait que certains étaient connus par l'un des deux investigateurs.

Bien que la saturation des données théoriques nous semblent avoir été atteinte, nous ne pouvons pas prétendre avoir obtenu un échantillon avec une variabilité maximale. Le recrutement a été effectué sur une zone géographique restreinte (Hautes-Pyrénées, Pyrénées Atlantiques) par commodité pratique. Des modes de fonctionnement encore plus atypiques n'ont peut être pas été inclus.

Le manque de publications sur le sujet nous a posé des difficultés au moment de la recherche bibliographique et pour croiser nos résultats avec d'autres études.

## 3- Discussion des résultats

### 3-a. Des organisations personnalisées et variées

Chaque cabinet de médecine générale avait son propre mode de fonctionnement qui dépendait de la personnalité des médecins, du lieu d'exercice, de ses patients (demande, taille, caractéristiques), etc.

Les principaux modes de fonctionnement étaient :

- sans RDV exclusif ;
- sur RDV exclusif ;
- mixte : sur RDV avec des plages de consultations de soins non programmés ;
- sur RDV avec des créneaux d'urgences gardés pour le jour même.

En pratique, l'organisation des plages de consultation était bien identifiée, affichée et connue mais pas vraiment respectée. Effectivement, ceux consultant uniquement sans RDV donnaient des RDV dans certaines situations (nourrissons, médecine thermique, médecin du sport...) et ceux exerçant sur RDV intercalaient régulièrement des patients entre les RDV.

Nous constatons qu'il n'existe pas un fonctionnement type idéal et qu'il s'agit d'un sujet plus complexe qu'il n'y paraît.(1) Il existe toujours un exemple pouvant contredire un avantage ou un inconvénient de tel ou tel fonctionnement.

Nous avons été frappés par les différents profils rencontrés, personnalités : des médecins sûrs d'eux et de leur mode de fonctionnement, critiques envers les autres, d'autres plus fragiles, hésitants, qui se sentent incapables de travailler autrement (stress, surmenage), ou certains qui ne se posent pas de questions et continuent à consulter comme ils l'ont toujours fait.

Les médecins interrogés ont cité plus d'avantages pour le travail sur RDV, ce qui laisse penser que c'est le mode de fonctionnement qu'ils préfèrent.

Dans une étude, la plupart des médecins interrogés déclaraient qu'ils préféreraient travailler uniquement sur RDV, mais se résignaient à rajouter des créneaux de soins non programmés pour satisfaire leur patientèle.(6)

### 3-b. La problématique de la gestion de l'urgence en médecine générale

Ce que nous avons appelé « urgences » lors de ce travail correspond principalement aux soins non programmés, aux pathologies aiguës nécessitant une prise en charge dans les 24 heures et pouvant être gérées en ambulatoire ou en coordination directe avec les spécialistes si besoin.

L'engorgement des services des urgences est un sujet au cœur de l'actualité. Ces services manquent de moyens financiers, humains et matériels, à l'origine des mouvements de grèves actuels. Un des problèmes relevé est l'afflux de patients consultant pour des motifs ne relevant pas des services d'urgences. Ces patients se dirigent vers les urgences car ils n'arrivent pas à avoir accès à leur médecin traitant (délais longs), ou qu'ils n'en ont plus (désert médical) ou par manque de formation (éducation à la santé).

La médecine générale représente la médecine de 1<sup>er</sup> recours pour les patients. Quelque soit le mode de fonctionnement choisi, un des objectifs est de réussir à accueillir et à orienter les urgences si nécessaire.

Plusieurs problèmes se posent pour le médecin :

- arriver à évaluer le degré d'urgences d'une situation (régulation) ;
- ne pas retarder la prise en charge de pathologie nécessitant une action rapide, en proposant des délais adaptés ;
- répondre à la demande de ses patients en tant que médecin traitant pour éviter de surcharger ses confrères ou les services d'urgences.

Le problème principal du système sans RDV est d'arriver à repérer dans une salle d'attente pleine toute situation potentiellement grave, si le patient ne se manifeste pas. Mais dans la majorité des cas, les médecins sans RDV n'ont pas exprimé de difficultés dans la gestion des urgences de leur cabinet, seulement un problème d'afflux de patients dont le médecin traitant ne leur proposait pas de RDV rapides, avec des délais à plusieurs jours.

Lorsqu'un patient souhaite prendre un RDV en urgence, il est souvent confronté à plusieurs barrières : secrétariat, accessibilité à son médecin, délais...

La première difficulté rencontrée par les patients est d'évaluer par eux-même du caractère urgent d'une situation. Quelque soit le système choisi, l'éducation du patient est un axe majeur à développer en terme de santé publique. Dès le plus jeune âge, la population devrait être sensibilisée par l'intermédiaire du système scolaire notamment à repérer les signes nécessitant une évaluation médicale rapide (douleur thoracique, tout déficit moteur...) ou à contrario pouvant être gérés de façon autonome (gastro-entérite simple, rhinopharyngite...).

Le rapport Mesnier (7) commandé par la Ministre de la Solidarité et de la Santé en mai 2018 proposait en terme d'éducation des patients :

- une campagne d'information sur le numéro d'appel d'urgences dans les grands médias audio-visuels, sur les réseaux sociaux, par insertion dans les bulletins municipaux, sur les sites des établissements de santé et des caisses primaires d'assurance maladie et dans les salles d'attente des professionnels de santé ;
- des actions d'éducation à la santé auprès de la population pour lui rappeler les gestes simples de prise en charge par soi-même des problèmes de santé bénins, et les réflexes de recours à la médecine de proximité en cas de plus grande difficulté.

Le secrétariat est souvent le premier intermédiaire entre le patient et le médecin. Les praticiens utilisent de plus en plus de secrétariats dématérialisés (plateforme téléphonique, RDV en ligne), ce qui a été particulièrement critiqué par les médecins lors de nos entretiens en terme de qualité de services. Selon eux, ce type de secrétariat orienterait plus vers le service des urgences ou serait moins performant pour évaluer le caractère urgent d'une consultation, du fait de la non connaissance du patient.

Le médecin traitant est responsable de sa patientèle et doit répondre à l'obligation de permanence des soins. La principale crainte est de passer à côté d'une situation urgente pouvant aboutir à des retards de prise en charge et à posteriori des poursuites judiciaires. La multiplication des intermédiaires entre le médecin et son patient représente un danger selon les médecins travaillant sans RDV, qui considèrent avoir une facilité d'accès et de disponibilité pour leurs patients.

Les consultations sans RDV nous semblent être le mode le plus adapté pour répondre à la demande des patients en terme de rapidité de prise en charge. Cependant, ce système de fonctionnement est de moins en moins prisé par les médecins qui le trouvent inconfortable et stressant. La meilleure alternative que nous proposons pour arriver à gérer les urgences sur RDV est de réserver des créneaux dédiés le jour même (difficulté à estimer combien de créneaux garder selon la période et les épidémies) ou d'adopter un fonctionnement mixte en gardant des plages horaires de soins non programmés quotidiens (possibilité de se répartir ces plages entre collègues dans un même groupe médical).

### 3-c. Une démographie médicale actuelle insuffisante

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, le tableau de l'Ordre des Médecins recensait 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice confondus), soit une diminution des effectifs depuis 2010 de 7 % et de 0,4 % au cours de l'année 2017. Ce chiffre va continuer à baisser jusqu'en 2025.(8)

La population française continue d'augmenter et particulièrement le pourcentage de personnes âgées plus consommatrices de soins médicaux.(9)

Pour améliorer ou modifier leur manière de travailler, la plupart des médecins aimeraient être plus nombreux dans un même groupe médical pour pouvoir organiser une permanence de soins optimale et offrir une disponibilité plus importante aux patients. Des médecins consulteraient sans RDV, pendant que d'autres le feraient sur RDV pour répondre à toutes les attentes.

Ce système nous semble être le plus adapté mais nécessite l'adhésion de tous les acteurs : médecins (partage de patientèle) et patients (problématique du médecin traitant et du partage de données).

L'autre problème actuellement est le manque de médecins disponibles pour obtenir ce fonctionnement.

Le manque de praticiens est également à l'origine de l'augmentation des délais de prise en charge et de l'épuisement des professionnels de santé.

Toute une génération de médecins est en âge actuellement de partir à la retraite. Les conditions d'installation ont beaucoup évolué. Pour eux, jeunes médecins, il y avait une forte concurrence, pas de système de gardes, ce qui les obligeaient à être disponibles en permanence pour leurs patients. Ils travaillaient souvent seuls.

Ces médecins ne sont souvent pas remplacés au moment de leur départ à la retraite, faute de candidat suffisant mais aussi à leurs conditions de travail.

Leurs patients se retrouvent du jour au lendemain sans médecin traitant et se dirigent vers les autres médecins installés. Ces derniers déjà débordés ont du mal à absorber ce flux de patients et sont parfois contraints de les refuser.

Une enquête publiée le 11 avril 2019 sur les déterminants de l'installation chez les médecins par le CNOM et la Commission Jeunes Médecins révélait que la majorité des internes (72%) souhaitait s'installer en libéral. Les déterminants principaux de l'installation étaient : des facteurs liés aux territoires (proximité familiale, de services publics...), les horaires et le rythme de travail, le type d'exercice (en groupe). Les aides financières ne constituaient pas un facteur prédominant dans le choix de l'installation.(10)

### 3-d. Médecin généraliste, un métier stressant

Le métier de médecin généraliste nécessite un investissement important sur le plan émotionnel et physique. Les praticiens interrogés ont souligné le caractère stressant, angoissant que pouvaient représenter une salle d'attente pleine et tout particulièrement en fin de journée. Cette pression est l'inconvénient et le frein principal aux consultations sans RDV.

La ponctualité, le respect des horaires peuvent être un facteur de stress pour les personnes travaillant sur RDV.

Cependant, des consultations programmées apportent un cadre apprécié par les généralistes : meilleure vision globale de la journée en terme d'horaires, possibilité de préparer les consultations en sachant qui sera vu, possibilité d'aménager son planning pour des activités personnelles... Autant d'éléments qui permettent d'améliorer leur quotidien et leurs conditions de travail et qui les orientent vers un exercice sur RDV.

La médecine générale libérale offre l'avantage de pouvoir choisir son organisation. Pour établir son mode de fonctionnement, il faut être lucide sur ses capacités de travail afin d'adapter son emploi du temps et exercer une médecine de qualité dans l'intérêt du patient. Il faut comprendre que certains médecins puissent limiter la taille de leur patientèle, leurs horaires pour se préserver du burn out de plus en plus répandu dans la société.

Lors de nos entretiens, nous avons ressenti chez certains participants du pessimisme voire fatalisme concernant l'avenir de la profession et leur avenir personnel dans la médecine, mais aussi une forme d'épuisement.

L'enjeu d'un meilleur accès aux soins ne doit pas se faire au détriment de la santé des médecins.

### 3-e. La place du patient dans le choix du mode de fonctionnement

Sur tous les entretiens, peu importe le fonctionnement, tous les médecins estimaient que leurs patients étaient satisfaits de leur organisation. Il serait cependant intéressant d'évaluer leur ressenti réel dans d'autres travaux.

D'après une étude, pour les populations en situation de précarité, prendre RDV était un obstacle important pour 36 % d'entre eux (11). Résultat qui peut sembler logique

pour des populations fragiles pour qui la prise de RDV peut être difficile (gestion d'un appel téléphonique, barrière de la langue, handicap, programmation...). Le sans RDV offre alors à ces personnes un accès libre aux soins.

Selon un sondage réalisé en octobre 2015, 55 % des personnes interrogées auraient déjà éprouvé une difficulté à obtenir un rendez vous médical dans un délai raisonnable : ils chercheraient alors en majorité (28 %) à se tourner vers un autre professionnel de santé (pharmacien ou autre spécialité médicale) ou bien à consulter quelqu'un de plus éloigné géographiquement (27 %), 20 % iraient aux urgences hospitalières, 15 % renonceraient aux soins et 10 % auraient recours à l'automédication.(12)

Une thèse réalisée en 2016 étudiant la qualité de l'offre de soins de médecine générale du point de vue des patients révélait que la possibilité d'accéder au cabinet médical sans rendez-vous avait une grande importance. Le délai d'obtention d'un RDV était jugé comme très important. (13)

Dans une autre étude, le délai maximal jugé acceptable pour avoir un rendez-vous était dans les 24 heures pour 31,4 % des patients, dans les 72 heures pour 24,5 % des patients et dans les 48 heures pour 20,7% d'entre eux. (14)

Le délai est l'inconvénient principal aux RDV, nécessitant là aussi une éducation de la patientèle sur l'anticipation de la prise de RDV surtout pour les renouvellements d'ordonnance. Ces délais peuvent être une source de crispation chez les patients voire de conflits avec le secrétariat et/ou le médecin.

Le patient a également une responsabilité envers le médecin lorsqu'il prend un RDV : ponctualité, prévenir s'il ne peut pas venir à son RDV. Les RDV non honorés étaient mal vécus par les médecins et représentaient un frein au passage sur RDV pour les médecins consultant sans.

Dans une enquête réalisée par l'URPS d'Île-de-France, les médecins (toutes spécialités confondues) interrogés estimaient perdre en moyenne 40 minutes de consultation par jour à cause des RDV non honorés.(15) Au niveau national, ce serait 100 millions de rendez-vous qui ne seraient pas honorés chaque année.

Nous avons été surpris que l'avis des patients n'ait pas beaucoup été abordé par les médecins durant nos entretiens alors qu'ils sont au cœur de la problématique. Pour résumer le sentiment général : si les patients ne sont pas satisfaits, ils vont voir ailleurs. Étant donné la démographie actuelle les médecins semblent être en position de force.

### 3-f. La projection sur l'avenir

Nous avons pu constater pendant nos entretiens que l'organisation des cabinets médicaux a évolué tout au long de la carrière des médecins et que la plupart était encore en pleine réflexion sur de futurs projets.

Il y a d'un côté des projets d'initiative personnelle (aménagement ou création de nouvelles structures) et de l'autre des projets d'initiative gouvernementale (CPTS, « Ma Santé 2022 »...).

Les problèmes démographiques actuels et de saturation des services d'urgences risquent d'amener le gouvernement à prendre des décisions et la médecine générale se retrouve en première ligne. Dans son programme « Ma Santé 2022 » (16), le gouvernement a l'ambition de répondre aux problèmes des soins non programmés par l'intermédiaire des CPTS. L'objectif est que le patient ait toujours la possibilité d'être vu par un médecin généraliste en ville dans la journée, si son état de santé le nécessite, qu'il ait toujours accès à une consultation sans RDV.

Une autre recommandation évoquée dans le rapport Mesnier serait d'obliger les médecins ayant un contrat avec l'ARS à proposer des demi-journées de soins non programmés avec transmission d'un planning de continuité du soin non programmé à la régulation téléphonique, mis en ligne ([www.sante.fr](http://www.sante.fr)) et mis à jour. (7)

Est-ce un danger pour la liberté des médecins à choisir leur organisation, avantage offert par la médecine libérale ?

Pour dégager du temps de travail aux médecins et qu'ils puissent accueillir un plus grand nombre de patients, le gouvernement souhaite la création de postes d'assistants médicaux pour les seconder dans « des tâches administratives et soignantes »(16). Le rôle de ses assistants n'est pas clairement défini, quelle est leur place dans la relation médecin-patient ? Les patients vont-ils les accepter ? Vont-ils vraiment faire gagner du temps au médecin, le soulager ? Combien de postes à créer et avec quel financement ?

La solution proposée est finalement d'augmenter, de fixer un objectif de patients à voir, sans prendre en compte les capacités de travail et la santé mentale des médecins.

Ces projets s'inscrivent dans l'évolution de la médecine générale qui bénéficie également de nouvelles technologies (téléconsultation) et de nouveaux champs d'action (prévention, éducation thérapeutique) coordonnés avec d'autres professionnels de santé. Le salariat est aussi amené à se développer.

## CONCLUSION

La médecine générale offre la possibilité de choisir, personnaliser son mode de fonctionnement mais c'est une décision parfois complexe car influencée par de nombreux facteurs.

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative, sous la forme d'entretiens individuels semi-dirigés, pour mieux comprendre le choix des médecins généralistes de fonctionner avec ou sans RDV à l'aide d'une analyse basée sur la théorisation ancrée.

Travailler sur RDV ressortait comme le mode d'organisation présentant le plus d'avantages pour les médecins car il offrait de meilleures conditions de travail (visibilité de la journée de travail, maîtrise de l'agenda, moins de stress, plus de liberté, diversification de l'activité).

La consultation sans RDV était perçue comme anxiogène (pression de la salle d'attente pleine, gestion de la fin de journée, charge de travail plus importante) et peu adaptée pour certains patients (personnes âgées, nourrissons) en raison de l'attente.

Pour la gestion des soins non programmés, le travail sans RDV permettait un accès au soin facilité dans l'intérêt du patient alors que le RDV était souvent critiqué pour les délais de prise en charge qu'il pouvait générer. Il était également accusé de participer à la surfréquentation des services d'urgence.

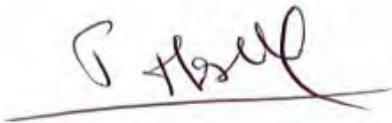
Pour mieux répondre à la demande de soins croissante de la population, les médecins auraient aimé être plus nombreux, ce qui était difficilement réalisable en raison de la démographie médicale insuffisante.

Les praticiens interrogés estimaient que leurs patients étaient satisfaits de leur fonctionnement. Pour compléter notre travail, il serait intéressant d'étudier le ressenti réel des patients sur la consultation avec ou sans RDV.

A l'heure actuelle, le système idéal n'existe pas mais l'organisation des cabinets de médecine générale devient un enjeu de Santé Publique afin de répondre à la demande des soins non programmés. A l'avenir, les médecins généralistes

garderont-ils la liberté de choisir leur mode de fonctionnement ? Ou leur imposera-t-on de proposer des créneaux de consultation sans RDV ? La santé des médecins sera-t-elle prise en compte ?

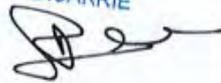
Vu  
Toulouse le 05/09/2019



**Le Président du Jury**  
Professeur Pierre MESTHÉ  
Médecine Générale

Toulouse, le 05 septembre 2019

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D.CARRIE



## Bibliographie

1. Julie Micheau, Éric Molière. Activité et emploi du temps des médecins libéraux. 2010.
2. FLOURIOT A. Existe-t-il une différence entre les médecins généralistes hommes et femmes concernant le nombre de consultations horaires en Charente Maritime ? 2016.
3. Collet G. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine. 2007.
4. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2010.
5. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol 1994.
6. Schweyer F-X. Activités et pratiques des médecins généralistes. In: Singuliers généralistes ; Presses de l'EHESP; 2010.
7. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires. 2018.
8. CNOM, Bouet P. Atlas national démographique 2018, synthèse activité régulière. 2018.
9. Vigier P. Rapport Assemblée nationale sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain. 19 juillet 2018.
10. CNOM, CJM. Dossier de presse Enquête déterminants installation CNOM-CJM. 2019.
11. SIMON CL. Profils Sociodémographiques et mode de recours aux soins de patients précaires consultant dans un espace solidarité insertion (E.S.I.) parisien « LA MAISON DANS LA RUE » 2013
12. Gallay AL. Les Français et les déserts médicaux BVA Opinion. 2015.
13. Krucien N. Analyse de la qualité de l'offre de soins de médecine générale du point de vue des patients. 2016.
14. EL HAFDI S. Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale. 2016.
15. URPS Île-de-France. Rendez-vous médicaux non honorés, demande de soins non programmés, état des lieux et solutions. Enquête auprès des médecins libéraux d'Ile-de-France. 2015.
16. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma Santé un engagement collectif, Dossier d'information. 2019.

## Annexe 1 : Guide d'entretien initial

Bonjour, tout d'abord merci de m'accorder de votre temps pour cet entretien. Je suis interne en médecine générale et avec Sébastien (ou Karine) nous avons souhaité réaliser un travail de thèse pour comprendre l'organisation d'un cabinet de médecine générale.

Pour faciliter la retranscription, les entretiens seront enregistrés et, bien entendu, ils seront anonymisés.

Nous allons tout d'abord vous poser des questions générales sur vous-même et votre activité, puis nous vous proposerons de vous exprimer plus librement sur le fonctionnement de votre cabinet.

Talon sociologique:

- Sexe :
- Statut conjugal :
- Nombre enfants, âge :
- Activité salariée ?
- Cabinet seul ou en groupe ?
- Secrétariat ?
- Planning hebdomadaire, avec ou sans RDV ou mixte ?
- Age :
- Métier du conjoint :
- Lieu d'exercice (rural, urbain, semi-rural) ?
- Spécialisation ?
- Maître de stage universitaire ?
- Loisirs, activités extra-médicales

1- A l'heure actuelle, consultez-vous avec, sans RDV ou les 2 ?

Racontez-nous ce qui vous a amené à ce mode de fonctionnement.

Questions relance :

- influence des études ? Stages ? Remplacements ?
- Influence des collègues ou associés, du cabinet ?
- Influence de votre vie personnelle ? (métier du conjoint, enfants...)
- Influence des loisirs ou activités extra-médicales ?
- Influences des patients ? De l'accès aux soins ?
- Influence de la permanence de soins ?
- Influence du facteur économique ? Nombre de patients vus ?
- Influence sur le temps de travail ? Les horaires ?
- (Influence de la féminisation ? )
- Influence de leur pratique, spécialisation ? (ECG, Gynéco, spirométrie, médecin agréé...)

2- Votre mode de consultation a-t-il un retentissement sur votre vie personnelle ?

3- Pourquoi l'autre mode de consultation ne vous conviendrait pas ?

4- Quels sont à votre avis les avantages et inconvénients de votre mode de consultation ?

5- Avez vous changé de mode de consultation depuis le début de votre carrière ? Pourquoi ? Qu'est-ce que cela a-t-il changé pour vous ?

6- Avec votre expérience, si vous deviez vous installer aujourd'hui, changeriez-vous votre fonctionnement ?

7- Comment voyez-vous l'avenir sur ce sujet ?

## Annexe 2 : Guide d'entretien final

Bonjour, tout d'abord merci de m'accorder de votre temps pour cet entretien. Je suis interne en médecine générale et avec Sébastien (ou Karine) nous avons souhaité réaliser un travail de thèse pour comprendre l'organisation d'un cabinet de médecine générale.

Pour faciliter la retranscription, les entretiens seront enregistrés et, bien entendu, ils seront anonymisés.

Nous allons tout d'abord vous poser des questions générales sur vous-même et votre activité, puis nous vous proposerons de vous exprimer plus librement sur le fonctionnement de votre cabinet.

Talon sociologique:

- Sexe :
- Statut conjugal :
- Nombre enfants, âge :
- Activité salariée ?
- Cabinet seul ou en groupe ?
- Secrétariat ?
- Planning hebdomadaire, avec ou sans RDV ou mixte ?
- Nombre de patients ?
- Age :
- Métier du conjoint :
- Lieu d'exercice (rural, urbain, semi-rural) ?
- Spécialisation ?
- Maître de stage universitaire ?
- Loisirs, activités extra-médicales
- Nombre d'actes par jour ?

### Partie 1 : le choix du mode de consultation

1/ Racontez-nous ce qui vous a conduit à ne consulter que sur RDV (ou sans RDV ou avec et sans RDV)

### Partie 2 : réflexion et critique du mode de fonctionnement

2/ Quels sont, à votre avis, les avantages et inconvénients de votre mode de consultation ?

3/ Avez vous changé de mode de consultation depuis le début de votre carrière ? Quelles raisons vous ont amené à effectuer ces modifications ? Qu'est-ce que cela a-t-il changé pour vous ?

Question relance :

- *Si que sur RDV : Pourquoi consulter sans RDV ne vous conviendrait pas ?*
- *Si que sans RDV : Pourquoi consulter avec RDV ne vous conviendrait pas ?*
- *Si mixte : ne pas poser la question.*

### Partie 3 : interactions vie personnelle et vie professionnelle

4/ De quelle façon votre mode de consultation a-t-il un retentissement sur votre vie personnelle, et vice-versa ?

### Partie 4 : Projection sur l'avenir

5/ Avec votre expérience, si vous pouviez changer votre fonctionnement, que modifieriez-vous ?

6/ Comment voyez-vous l'avenir sur ce sujet ?

7/ Aimerez-vous ajouter quelque chose à cet entretien ?

### Annexe 3 : Caractéristiques de la population

	K1	S1	K2	S2	K3
Sexe	M	M	F	M	M
Age	42	67	54	59	33
Statut conjugal	marié	marié	mariée	marié	pacsé
Enfants	1 (10 ans)	2	2 (19 et 22 ans)	3 (25, 23, 21 ans)	jumeaux qqes mois
Lieu exercice	Semi-rural	Plutôt urbain	rural	urbain	Semi-rural
Salarié	non	non	coordinatrice en MdR	non	non
Spécialisation	non	non	acupuncture, dépistage apnées du sommeil	non	veut faire médecine du sport (diplôme en attente)
Cabinet	Groupe (3)	Groupe (3)	Groupe (2)	Groupe (4)	Groupe (4)
MSU	non	non	SASPAS+niveau 1	non	niveau 1+SASPAS
Sécretariat	oui sur place (4)	oui sur place (4)	sur place + tel	oui sur place (1)	oui sur place (2)
Durée de consultation			20min à 1h, variable	30min	15min
Mode de consultation	que sans RDV	90% sans RDV (RDV pour nourrisson ou consult d'annonce)	que RDV, avant que sans RDV	RDV sauf samedi matin. Sur RDV depuis 2/3 ans, sans RDV avant	Majoritairement sur RDV, une ½ journée sans
Patientèle			Entre 1000 et 1500	460	640 déclarés (1000 ?)
Nombre d'actes/jour	40	50	20 à 30	12	25

## Caractéristiques de la population (Suite)

	S3	K4	S4	K5	S5
<b>Sexe</b>	F	F	M	F	M
<b>Age</b>	37	30	68	43	40
<b>Statut conjugal</b>	mariée	célibataire	Marié	Mariée	Marié
<b>Enfants</b>	2 (5 et 8 ans)	0	2	3 (12, 16 et 24 ans)	2 (5 ans et 4 mois)
<b>Lien exercice</b>	semi rural	semi rural	urbain	urbain	urbain
<b>Salarié</b>	non	non	salarié sécu	non	soins palliatifs
<b>Spécialisation</b>	non	non	non	IVG médicamenteuses	soins palliatifs
<b>Cabinet</b>	Groupe (4)	Groupe (2, bientôt 3)	Groupe (2)	seule	Groupe (2 bientôt 3)
<b>MSU</b>	gynéco ped+SASPAS	non	non	SASPAS+niveau 1	1 niveau 1
<b>Sécretariat</b>	oui sur place (2)	sur place + tel	non	téléphonique	sur place + tel
<b>Durée de consultation</b>	15min	15min		20min	15min
<b>Mode de consultation</b>	Majoritairement sur RDV, une ½ journée sans	uniquement RDV	uniquement sans RDV	uniquement sur RDV	uniquement sur RDV
<b>Patientèle</b>	1100	932	1040	450	1100
<b>Nombre d'actes/jour</b>	25	20	30 à 40	15 à 20	

## Caractéristiques de la population (suite)

	K6	S6	K7	S7	S8
<b>Sexe</b>	F	M	F	M	M
<b>Age</b>	59	65	35	32	73
<b>Statut conjugal</b>	Mariée	Marié	Pacsée	concubinage	manié
<b>Enfants</b>	2 (28 et 26 ans)	2	0	1 (2ans et demi)	
<b>Lieu exercice</b>	Semi-rural	rural	urbain	urbain	Semi-rural
<b>Salarié</b>	non	non	médecine générale salariée	non	adapei
<b>Spécialisation</b>	médecine thermale, gérontologie, nutrition	médecine du sport, traumatologie, médecine thermale	enfants, médecine tropicale, homéopathie	non	samu, regul
<b>Cabinet</b>	Groupe (4)	Groupe (2, 3 en saison)	Groupe (2)	seul	seul
<b>MSU</b>	SASPAS-niveau 1	1 SASPAS	souhait (titrice)	Souhait (tuteur)	non
<b>Sécretariat</b>	sur place + tel	sur place	sur place (2)	non (RDV par internet)	non
<b>Durée de consultation</b>	15min			20 min	
<b>Mode de consultation</b>	uniquement sur RDV (fait que sans avant)	sans RDV (RDV pour curistes)	sur RDV avec plages de soins non programmés quotidiennes	uniquement sur RDV	mixte
<b>Patientèle</b>	1400/1500	700 partagée à 2	2100 à 2	607	
<b>Nombre d'actes/jour</b>	35 à 40		25 à 30	10 à 20	15 à 20



## **Annexe 5 : Fiche de consentement**

### **Formulaire d'information aux médecins généralistes**

Nous sommes deux internes en médecine générale, Karine BAHUT et Sébastien ABADIE.

Nous faisons un travail de recherche sur l'organisation du planning de consultation des médecins généralistes.

L'entretien va durer entre 20 et 30 minutes, le but étant de parler librement et le plus sincèrement possible de votre expérience et de votre ressenti.

Les témoignages recueillis seront enregistrés avec un dictaphone pour faciliter la retranscription et resteront tous anonymes.

Cet entretien sera détruit une fois la recherche terminée.

### **Formulaire de consentement**

Je soussigné(e) Docteur .....  
certifie avoir été informé(e) du but de l'étude, et autorise Karine BAHUT et Sébastien ABADIE à utiliser l'enregistrement audio de l'entretien pour leur recherche.

A .....

Le .....

Signature

## Annexe 6 : Courrier de recrutement

Bonjour,

Karine Bahut et Sébastien Abadie, actuellement internes en Médecine Générale à la faculté de Toulouse Rangueil.

Dans le cadre de notre travail de thèse, qui consiste à comprendre les différents modes d'organisation des cabinets médicaux en Médecine Générale, nous souhaiterions vous rencontrer pour évoquer votre expérience personnelle.

Cette rencontre se déroulerait selon vos convenances (votre cabinet par exemple), au cours d'un unique entretien de 20 à 30 minutes avec un de nous deux. Entretien qui sera enregistré à l'aide d'un dictaphone (pour faciliter notre travail de retranscription), puis anonymisé.

Si vous acceptez de nous rencontrer, merci de nous donner vos disponibilités (nous ferons en sorte de prendre le moins de temps possible sur votre emploi du temps déjà bien chargé),

soit par courriel : [xxx@orange.fr](mailto:xxx@orange.fr)

soit par téléphone : Sébastien Abadie 06 XX XX XX XX

Karine Bahut 06 XX XX XX XX

En vous remerciant par avance de votre participation,  
cordialement,

Karine Bahut et Sébastien Abadie

## Annexe 7 : Extrait d'entretien (K1)

K : La secrétaire m'a dit que vous ne consultiez que sans RDV donc est-ce que vous pouvez me dire qu'est-ce qui vous a conduit à faire que du sans RDV ?

Dr : parce que c'était comme ça quand je suis arrivé et que maintenant euh avec euh la population qu'on a ça va pas être facile de mettre des RDV au milieu. Peut-être qu'un jour faudra essayer de (*rire*) si on a quelqu'un d'autre qui vient euh peut-être essayer d'en faire, de faire quelques plages avec RDV mais bon, pour l'instant c'est un peu... c'est que c'est un peu compliqué à mettre en place puis surtout c'était comme ça au départ.

K : vous vous êtes posé la question quand même ?

Dr : ben oui oui oui mais après bon, c'est pour revenir en arrière où ça va pas être euh... ça va pas être facile avec l'activité intense qui a, pour rajouter, pour faire RDV ça va être... ça risque de pas être simple ! Mais si j'avais eu le choix au départ c'est sûr que j'aurais mis des plages avec RDV et des plages sans.

K : et pour vous c'est quoi les avantages et les inconvénients justement de faire du sans RDV ?

Dr : sans RDV euh... ça va plus vite. On nous pose pas de lapin. Et... c'est sûr qu'à mon avis euh.... enfin, ouè, ça, je pense qu'on voit plus, on a beaucoup de... une grosse patientèle et... je suis sûr que euh ... que ça va plus vite, et qu'on voit plus de gens sans les RDV qu'avec. Mais bon, c'est usant.

K : et les inconvénients du coup ?

Dr : (*rires crispés*) ah oui oui ça c'est, c'est à la fin de la journée on est bien fatigués oui !

K : Et donc depuis que vous êtes installés vous avez pas changé de mode de consult du coup, vous avez fait que les sans RDV, et de faire avec RDV du coup, qu'est-ce que ça vous apporterez ?

Dr : ben pour voir les euh... pour voir euh les euh... les papis mamies, les bébés, qu'ils attendent euh... qu'ils attendent moins et puis sur les plages sur RDV plus cool quoi ! Pour prendre plus le temps de... de voir les choses un ptit peu compliquées et puis de prendre 20 minutes un peu plus de temps sur euh sur les RDV. Pour être plus au calme sur les trucs un peu compliqués. Parce que après pour voir une angine sur RDV, y passer 20 minutes euh non ! (*rires*) enfin ça va pas prendre 20 minutes pour voir une angine donc. Mais bon pour les trucs un peu compliqués, mais bon il faudrait trier les RDV euh... Mais enfin oui ça serait bien d'avoir à moitié, une plage RDV et une plage sans quoi. Avec un autre à coté qui est en alternant oue. L'idéal, à mon avis hein, enfin moi ce que j'aimerais, c'est qui en ait un sur RDV et un sans RDV et... que celui sans RDV gère les urgences et l'autre qu'il soit plus cool pour gérer ses... ses trucs un peu plus compliqués, les bébés et tout ça.

K : donc oui si vous changiez vous feriez ça ?

Dr : ah oui oui c'est clair oue ! Si y'avait quelqu'un d'autre qui venait il faudrait réussir à... à faire voilà comme ça, à introduire un peu de RDV oui.



## Résumé

**Introduction** : La médecine générale offre la possibilité de choisir son mode de fonctionnement mais c'est une décision parfois complexe car influencée par de nombreux facteurs. L'objectif est de comprendre comment et pourquoi les médecins généralistes consultent avec ou sans RDV.

**Méthode** : Pour y parvenir une étude qualitative de 15 entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée de novembre 2018 à juin 2019.

**Résultats** : Travailler sur RDV présentait le plus d'avantages pour les médecins car il offrait de meilleures conditions de travail. La consultation sans RDV était perçue comme anxiogène et peu adaptée pour certains patients en raison de l'attente. La gestion des soins non programmés était la principale difficulté du RDV (délais inadaptés, migration vers les urgences) à l'inverse du travail sans RDV qui permettait un libre accès aux soins.

**Conclusion** : Le système idéal n'existe pas dans un contexte de démographie médicale actuelle insuffisante. La réponse à la demande de soins non programmés est un enjeu de Santé publique où la médecine générale occupe une place centrale et qui devrait à l'avenir influencer l'organisation des cabinets médicaux.

---

## Abstract

**Introduction** : General medicine offers the possibility to choose its operating mode but it's sometimes a complex decision, influenced by many factors. The aim is to understand how and why general practitioners (GPs) consult with or without appointment.

**Method** : A qualitative study was carried out using 15 semi-structured interviews from November 2018 to June 2019.

**Results** : Working with an appointment system had the most benefits for GPs because it offered better working conditions. A walk-in clinic was described as stressful and ill-suited for some patients due to the waiting time. Managing unscheduled care was the main difficulty when working with appointments (leading to inadequate delays, migration to emergencies) while walk-in clinic provided free access to care.

**Conclusion** : The ideal system doesn't exist in a current insufficient medical demography. The answer to the unscheduled care demand is a public health issue in which general medicine occupies a central place and which should in the future influence the organisation of medical offices.

---

**Mots-Clés** : médecine générale, soins non programmés, consultation avec RDV, organisation cabinet médical, démographie médicale

**Key words** : general medicine, unscheduled care, consultation by appointment, medical office organisation, medical demography

---

**Discipline administrative** : MÉDECINE GÉNÉRALE

---