

***Les soins non
programmés
Notions, représentations, attitudes
et modes de gestion***

*Résultats de l'enquête menée auprès des
professionnels de santé et des usagers dans le
cadre du projet Match*

Rapport d'une étude sociologique réalisée pour l'Institut
Jean-François Rey et le Département de Médecine
générale
de la Sorbonne Paris-Nord

Camila Giorgetti-Paugam

Septembre 2022

Table des matières

Remerciements	11
Introduction	13
Partie I : Du projet initial à l'enquête	16
Chapitre 1 : Les enjeux stratégiques et opérationnels du projet Match	18
Chapitre 2 : L'évolution des hypothèses	24
Chapitre 3 : La réalisation de l'enquête	35
Chapitre 4 : Présentation des personnes interviewées	52
Partie II : Résultats de l'enquête menée auprès des médecins généralistes	63
Chapitre 5 : Les contraintes structurelles du métier de médecin généraliste	66
5.1 La nécessité de filtrer la demande due à une pression de la patientèle et la crainte de voir la qualité de son travail amoindrie	66
5.1.2 Une gestion de la prise des rendez-vous tous azimuts	67
5.1.3 Un choix personnalisé en fonction des représentations de la patientèle	69
5.1.4 La peur d'être envahi par des demandes non légitimes	69
5.1.5 Face à la pénurie de médecins : l'impossibilité de recevoir de nouveaux patients	71
5.1.6. Découpage territorial, regroupement familial : des stratégies pour se protéger d'un patient inopportun	72
5.1.7 L'appui insuffisant des secrétaires et des internes face aux limites de créneaux supplémentaires	74

5.1.8 Une plus forte prédisposition à se rendre disponible chez les plus âgés	77
5.1.9 Une difficulté à dire non à leur entourage	78
5.1.10 Des inégalités sur le plan numérique qui ne favorisent pas l'optimisation du temps médical, des visites à domicile perçues comme inutiles, une perte de temps	80
5.2 La qualité du service rendu mise à l'épreuve	85
5.2.1 Deux attentes, deux mondes : reconnaissance de l'expertise et reconnaissance de l'importance de la disponibilité	87
5.2.2 Clarté, confiance et empathie : quelques-unes de bases du lien thérapeutique, changement progressif d'un paradigme	88
5.2.3 Le rôle oublié par le médecin traitant : cerner, désamorcer, temporiser	91
5.2.4 Méconnaissance du territoire, manque d'interlocuteurs, problématiques multiples : les limites d'une approche holistique	91
5.3 Rapport de force, rémunération et libération du temps médical, trois défis à relever	100
5.3.1 Le temps médical : des perceptions et des pratiques différentes chez les médecins libéraux et les salariés	101
5.3.2 Revalorisation de la rémunération et lourdeur administrative : les enjeux majeurs pour libérer du temps médical	103
En résumé	107
Chapitre 6 : Quels sont les moyens de la régulation de la demande de soins non programmés ?	108
6.1 Un filtre réalisé par des secrétaires formées sur le tas, confrontées à des situations difficiles à gérer	114
6.2 La délégation des tâches et des compétences : une question très controversée face à la formation jugée insuffisante des infirmières	117
6.3 La crainte d'être relégué à une position dévalorisante	119

6.4 Les créneaux de soins non programmés : une contrainte subie et un vrai casse-tête	120
6.5 Des systèmes de prise en charge qui évoluent dans le temps	123
6.6 L'éducation comme un moyen pour éviter les rendez-vous non programmés : apprendre aux patients à relativiser	126
6.7 Une autre solution : re(programmer) les soins non programmés	127
6.8 Les formes de représentation qui divisent les médecins : préserver sa vie familiale ou exercer le métier comme un sacerdoce ?	129
6.9 Formes de rationalisation de l'organisation du temps qui découlent d'une représentation de la médecine comme sacerdoce	131
6.10 Les risques de passer à côté d'une urgence vitale lorsqu'on est face à une demande de soins non programmés	132
En résumé	134
Chapitre 7 : Les représentations de la patientèle et de l'utilisation des rendez-vous dans le cadre des soins non programmés	135
7.1 Les représentations qui participent à la notion des soins non programmés : entre l'urgence qui n'est jamais vitale ; l'urgence qui n'est jamais médicale, l'urgence (il)légitime et le dépannage	135
7.2 La bienveillance et la bienséance et d'autres formes de représentations de la patientèle	139
7.3 La bienveillance et la bienséance	141
7.4 La surconsommation des soins : une question de commodité	144
7.5 Le manque de disponibilité : un frein à la surconsommation des soins	145
7.6 Les soins sont un dû	145
7.7 La garantie de l'accès aux soins a enlevé les capacités de discernement de quelques patients	146
7.8 Une surconsommation des urgences chez les pauvres	148
7.9 Le civisme qui s'en va	149

En résumé	153
Chapitre 8 : Un modèle de prise en charge de l'urgence qui mérite d'être revu	155
8.1 L'urgence n'est pas la branche choisie par les médecins généralistes	155
8.2 L'adressage aux urgences, une nécessité, l'auto-adressage aux urgences : une maladresse	157
8.3 Le problème de la déperdition d'information et du suivi du patient dans le cadre d'une relation constituée entre ville et hôpital	162
8.4 Le médecin traitant : garant de la continuité des soins	165
8.5 La régulation des soins urgents et non programmés	167
8.6 Les conséquences inouïes d'une régulation improvisée des soins non programmés	168
8.7 Les problèmes majeurs : l'idée que la ville n'est pas le lieu pour les soins non programmés, et l'absorption de ces derniers par les urgences	171
En résumé	174
Chapitre 9 : Beaucoup de réticences par rapport au SAS et la CPTS	176
9.1 Des questionnements sur les principes de base du SAS	176
9.2 Qui aura la main sur la prise de rendez-vous : les SAS ou les CPTS ?	178
9.3 Les coûts des opérateurs seraient dispendieux	180
9.4 Le souhait que le dispositif s'adapte aux différents territoires	180
9.5 Un tuilage entre les missions du SAS et de la CPTS	181
9.6 Quelle charge de travail cela peut représenter ?	181
9.7 La crainte d'un <i>burn-out</i>	181
9.8 Les objectifs visés du SAS : système de prestation ou coordination ?	182
9.9 Des injonctions aux petits soldats : les inconvénients d'un système pyramidal	182
9.10 Comment nous organisons-nous après la régulation ? L'adhésion des médecins : un pari qui n'est pas encore gagné	184

9.11 Prendre des patients qu'on ne connaît pas : un véritable obstacle	187
9.12 Comment peut-on faire un suivi, mettre en place une approche globale, étant donné que ce sont des actes isolés ?	190
9.13 Une mesure pour garantir la coordination en ville – le courrier d'adressage	190
9.14 La concurrence entre les acteurs et le favoritisme doivent être évités	191
9.15 Une réponse sur-le-champ : qu'est-ce que cela implique en termes de qualité de soins ?	193
9.16 Une rémunération qui comporte des limites	194
9.17 Le SAS comme quelque chose qui viendra ajouter du stress : un travail qui a une moindre qualité et qui n'apporte pas des avantages financiers	195
9.18 La nécessité de faire de l'éducation pour désengorger les urgences	195
9.19 Le SAS est-il le meilleur moyen d'interrompre le circuit qui mène le patient aux urgences ?	197
9.20 Est-ce que c'est une réinvention de la médecine de ville ? Quels changements en ce qui concerne le médecin traitant ?	197
En résumé	200
Chapitre 10 : Les CPTS sont un outil pas trop convaincant pour la prise en charge des SNP	201
10.1 Un outil qui peut donner du sens	201
10.2 La difficulté d'attirer des médecins vers les CPTS	202
10.3 Un outil de connaissance du territoire	203
10.4 Un outil pour promouvoir la coordination et faire tomber les barrières entre les professionnels de santé	203
10.5 Les CPTS aident à lutter contre l'isolement et la souffrance	204
10.6 Un outil pour mutualiser les ressources et libérer du temps médical	205
10.7 Une surreprésentation des médecins qui travaillent de façon coordonnée	207

10.8 Le refus de devenir « les meneurs » des politiques de santé à l'échelle du territoire	209
10.9 Une liberté de façade	210
10.10 Être victime d'une plus grande visibilité sur le territoire	210
10.11 Les CPTS ne réussiront pas à solutionner le problème de l'accès aux soins	211
10.12 La seule solution : libérer du temps médical	212
10.13 Les CPTS ont un rôle d'éducation auprès des patients	212
10.14 Est-ce que les CPTS peuvent offrir une médecine de qualité ?	213
10.15 Des propositions qui ne sont pas accueillies partout	214
10.16 Les CPTS ne seront pas efficaces pour diminuer les demandes de soins non programmés	214
En résumé	216
Chapitre 11 : Beaucoup de controverses sur la place de patients au sein des CPTS : Qui ? Quand ? Comment ?	218
11.1 Quel pouvoir accorder aux usagers ?	219
11.2 Les associations en santé et le risque d'encourir un biais de sélection	220
11.3 Comment établir une vraie représentation ?	221
11.4 Quels rôles pour la CPTS dans la formation citoyenne des habitants du territoire ?	222
11.5 La crainte que l'intégration des usagers puisse éveiller des attentes chez eux	222
11.6 Un moyen d'aider les usagers à comprendre les difficultés de médecins	222
11.7 La crainte d'un conflit	223
11.8 On ne veut pas inclure les usagers dans les CPTS : recours aux pratiques éducatives	224
11.9 La solution : innover, voir ce qu'on fait ailleurs	225

En résumé	226
Partie III : La question des soins non programmés dans le quotidien des infirmières	227
Chapitre 12 : Une communication souvent difficile avec les médecins	229
En résumé	235
Chapitre 13 : Un arbitrage difficile entre les « petits soins » et les « gros soins »	236
En résumé	240
Chapitre 14 : Un travail en première ligne pour évaluer les urgences	241
En résumé	246
Chapitre 15 : Une confrontation avec la misère sociale et l'isolement des patients	247
En résumé	251
Partie IV : Les représentations des soins non programmés chez les usagers	252
Chapitre 16 : La prise en compte d'un problème qui surgit de façon inopinée	254
16.1 Être quelqu'un en très bonne santé et qui en plus supporte bien la douleur : les raisons pour ne pas se précipiter dans la recherche d'un avis médical	255
16.2 Un système de débrouille qui s'installe lorsque le médecin traitant est absent	257
16.3 Des maladies graves qui sont décelées quand les usagers ne prennent pas en compte leur état de santé	258
16.4 Internet : source d'information et d'angoisse lors de la prise en compte d'un soin non programmé	260
16.5 L'importance du pharmacien dans le cadre de la prise en compte d'une demande de soins non programmés	262

16.6 La problématique des soins non programmés s'aggrave face à l'affaiblissement ou l'absence de liens sociaux	263
16.7 L'automédication : une pratique banalisée	266
16.8 Penser que le médecin traitant n'est pas disponible devient un automatisme	266
En résumé	269
Chapitre 17 : Face à la non-régulation de la médecine en ville : une remise en question du rôle de médecin traitant	271
17.1 Une contrainte : accepter le premier venant	271
17.2 La ponctualité, l'intérêt et l'efficacité : quelques critères stipulés au préalable	271
17.3 Le médecin choisi, le médecin subi	272
17.4 Intériorisation et acceptation de la difficulté de prendre rendez-vous avec le médecin traitant	274
17.5 La rationalité instrumentale dans un contexte de pénurie de médecins	274
17.6 La logique instrumentale : le premier pas pour devenir acteur	277
17.7 La logique altruiste : entre la bienveillance, les petites attentions et le besoin d'une relation plus personnelle	278
17.8 Le retour de l'ancien médecin de famille	281
En résumé	283
Chapitre 18 : La notion médicale de soins non programmés ne trouve pas d'écho chez les usagers	285
18.1 La notion de soins primaires reste assez floue	285
18.2 Une méconnaissance de la notion de soins non programmés	286
18.3 Une méconnaissance totale des structures de soins non programmés	289
18.4 Une insatisfaction par rapport à l'inexistence des soins et à l'indisponibilité des médecins	290

18.5 La grande difficulté : où obtenir un conseil ?	292
18.6 Le SAMU et SOS Médecins restent la référence	292
18.7 En l'absence de la famille, il faut appeler les pompiers	295
18.8 Le sentiment qu'il n'y a rien en intermédiaire	296
18.9 La maison médicale : une solution méconnue des usagers	296
18.10 La nécessité d'un acteur pour obtenir un conseil lors d'une demande de soins non programmés	297
18.11 Les soins non programmés ont mis en lumière d'anciennes problématiques d'accès aux soins	298
En résumé	302
Conclusion	305
Annexes	313

Remerciements

Les résultats de l'étude présentés dans ce rapport s'inscrivent dans le premier appel à projet de recherche en soins primaires lancé par le GIRCI-Ile de France en 2020. La direction scientifique a été assurée par le département de médecine générale de l'université Sorbonne Paris Nord en partenariat avec l'Institut Jean-François Rey. Dans le cadre de ce projet Match, Modélisation des attentes territoriales croisées des soignants et des habitants, j'ai été chargée de la mise en œuvre d'une enquête qualitative sur les soins non programmés. Le projet Match est coordonné scientifiquement par le Dr Frédéric Chevallier et soutenu par une équipe de médecins, une infirmière, des coordinateurs de CPTS, et des représentants d'usagers. N'ayant pas participé à la conception du projet, je suis responsable néanmoins des résultats qui ont été obtenus à partir d'une enquête réalisée auprès des usagers et professionnels de santé. C'est à cette équipe que je reviens tout d'abord avec les résultats de cette enquête, en espérant qu'ils en feront un bon usage.

Je voudrais remercier tout particulièrement quelques personnes clés du projet : M. Alain Beaupin (Président/IJFR), M. Jean-Marie Januel (Directeur scientifique/IJFR) et le Dr Frédéric Chevalier (coordinateur du projet Match) pour la confiance qu'ils m'ont accordée, et M. Mohammed Ghadi (représentant des usagers dans le cadre du projet) pour les conseils précieux qu'il a fournis.

Je tiens également à remercier le Dr Yohan Saynac (médecin et coordinateur de la CPTS du 93), Mme Lidia Kabbaj (coordinatrice CPTS du 77) et Mme Emilie Mathieu (infirmière du 77). Merci, mille fois merci, pour toute votre générosité et votre professionnalisme.

Un grand merci également aux trois thésards (Chaneze Moudoub, Sabine Tarebaht, Karim Harani) pour leur participation essentielle dans le projet. Je serai toujours reconnaissante de votre travail de retranscription des entretiens.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance, ma plus profonde admiration et ma gratitude à l'égard de tous les médecins,

infirmières et usagers qui ont participé à l'enquête, en apportant un éclairage sur les soins non programmés.

Je remercie infiniment les trois co-chercheurs (dont l'anonymat sera respecté) d'avoir consacré leur temps et d'avoir tant donné au projet Match. Je leur souhaite beaucoup de bonheur et beaucoup de santé.

Introduction

Les représentations sur les soins non programmés ont été étudiées dans ce rapport à partir des entretiens réalisés auprès des professionnels de santé et des usagers. Dans le cas spécifique des professionnels de santé, les entretiens ont porté sur leurs territoires, leur rapport au métier, leur quotidien, la notion, les modes de gestion et la prise en charge des soins non programmés par les dispositifs existants ou nouveaux. En ce qui concerne les usagers, il a été question d'appréhender leurs représentations sur les soins non programmés de façon indirecte, lorsque ces derniers ont évoqué pendant les entretiens le processus par lequel ils ont pris en compte leur problème de santé, la dernière fois qu'ils ont été malades ; ce qui a motivé et déclenché l'appel aux professionnels de santé ; à qui ils se sont adressés en premier et, bien entendu, le sens qu'ils attribuent aux notions de soins primaires et de soins non programmés. Les soins non programmés ont été appréhendés tels qu'ils étaient vécus par les interviewés dans leur vie quotidienne.

En même temps, en s'exprimant sur ces sujets, les interviewés ont mis en lumière leur propre compréhension sur les événements historiques, contextuels et structurels qui expliquent leur rapport au système de santé et la façon dont ils justifient leurs actions. En quoi consistent leurs discours ? Y a-t-il des changements sociétaux dont ils se servent comme moyen de rationaliser le rapport qu'ils entretiennent avec le système de santé et pour justifier leur attitude face à un besoin de soin non programmé ? Dans quelle mesure la période Covid, la désertification médicale, l'engorgement des urgences (parmi d'autres éléments clés) participent à l'élaboration, par ces acteurs du système de santé, des catégories explicatives employées quand ils font face à un événement inattendu relevant du domaine de la santé ?

Parmi les évolutions structurelles observées dans la société française, il convient de citer le vieillissement et la complexification des maladies, le développement de maladies chroniques, voire de la multimorbidité, l'entrecroisement des problématiques médico-sociales. Toutes ont débouché sur une revalorisation et une réorganisation des soins primaires dans la

société française. S'il est impossible de connaître, à travers la recherche menée dans le cadre de Match, les impacts d'une telle réorganisation de l'offre de soins sur les populations concernées, il a néanmoins été possible – en incluant dans la liste des interviewés des personnes âgées – de tenir compte de leurs difficultés spécifiques dans la recherche d'une solution, en raison de leur vulnérabilité (physique, psychologique, relationnelle, économique).

D'autres facteurs structurels propres à la société française sont la toile de fond des systèmes de rationalisation et de justification utilisés par les professionnels de santé lorsqu'ils expliquent leurs comportements face à la demande de soins non programmés. Nul ne peut négliger que le système de santé soit « professionnel et non hiérarchisé »¹ (Bourgueil, 2010), un système qui « laisse l'organisation des soins ambulatoires à l'initiative des acteurs. Et ce sans hiérarchiser les rôles entre médecins de spécialités différentes ni même entre secteurs ambulatoire et hospitalier, selon une logique libérale de marché privilégiant la régulation contractuelle des relations entre les participants du système. Les médecins y sont majoritairement rémunérés à l'acte. »² Un système dans lequel le mot « libéral » présente quelques ambivalences. De nombreux spécialistes de la santé réaffirment constamment qu'en France la médecine demeure une affaire d'État. Par conséquent, quelles que soient les aspirations des médecins généralistes, ces derniers ont leurs salaires financés par la sécurité sociale, d'où les polémiques et l'inconfort de quelques médecins qui défendent par-dessus tout leur liberté.

En effet, c'est autour de cette notion de liberté que les médecins libéraux élaborent un système de représentation de la prise en charge de soins non programmés, et s'organisent pour recevoir ou non cette demande. La liberté est également essentielle pour comprendre le comportement des médecins libéraux par rapport aux injonctions de l'ARS (Agence Régionale de Santé), et toutes les propositions qui viennent d'en haut, concernant la gestion territoriale des soins, y compris celles qui visent à prendre en

¹ Bourgueil, Y. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux, *Revue française des affaires sociales*, 2010/3, p. 11=20.

² Ibid, p. 7

charge les demandes de soins non programmés. Il ne faut pas perdre de vue ces éléments contextuels au moment d'interpréter les résultats de la recherche dans le présent rapport.

La place centrale des représentations dans cette étude tient au fait que celles-ci fournissent davantage d'éléments sur le sens que plusieurs acteurs attribuent au système de santé dans lequel ils sont insérés, leurs interactions avec ce système et leurs stratégies pour atteindre leurs objectifs, pour s'en sortir face aux dysfonctionnements que ce système présente, pour en tirer des avantages. Comme l'indique l'analyse des données ci-après, ni les usagers ni les professionnels de santé ne restent passifs face à ce système complexe et en mutation permanente. Pour cette raison, cette étude met également l'accent sur l'analyse de la prise en charge d'un soin non programmé par les professionnels de santé et les usagers.

Ce rapport comporte quatre parties. La première présente la problématique initiale du projet Match, l'évolution des hypothèses au cours du processus de recherche, la méthodologie de l'enquête qualitative menée et les personnes interrogées. La deuxième porte sur le rapport des médecins généralistes aux soins non programmés. La troisième porte sur la question des soins non programmés dans le quotidien des infirmières. Enfin, la quatrième est consacrée aux usagers.

Partie I

Du projet initial à l'enquête

Dans la première partie de ce rapport, nous allons décrire de façon détaillée les phases de conception et de mise en place du projet Match. Le but de cette première partie est de présenter les principales évolutions du projet, jusqu'au moment de sa mise en place.

Chapitre 1 : Les enjeux stratégiques et opérationnels du projet Match

1.1 La problématique initiale

L'équipe composée de médecins, infirmiers, représentants de CPTS et représentants d'usagers était intéressée par la problématique des soins non programmés, car elle était désireuse d'approfondir la connaissance générale sur certains aspects qui sont au cœur de ce problème. L'équipe a ainsi résumé les principales questions qu'elle prétendait élucider :

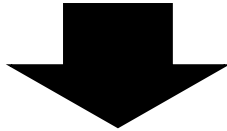
Hypothèses Match selon l'équipe constituée :

- Quelles sont les attentes et demandes des usagers ? - Quelles sont les réponses proposées par les professionnels de soins primaires ? - Les réponses des professionnels de soins primaires rencontrent-elles suffisamment les attentes des patients ? - Quels sont les leviers d'amélioration ? Comment la dynamique territoriale des CPTS permet-elle l'élaboration de réponses organisées aux demandes de SNP en tenant compte de la demande des usagers ? - Quels rôles pourraient avoir les formes d'organisation existantes localement (MSP, CDS, Pôles, etc.) ? - Des pratiques organisationnelles réflexives sont-elles susceptibles de se développer à partir de l'expérience de la prise en compte des demandes de SNP dans le cadre des CPTS ? - Comment la prise en compte de l'expérience des usagers peut-elle s'intégrer dans la prise de décisions des CPTS ? Comment les usagers et les acteurs du soin peuvent-ils coopérer dans la gouvernance des CPTS ?



Objectifs généraux à atteindre :

« Le premier volet du projet s'attacherait à décrire, au moyen d'enquêtes sociologiques approfondies, les représentations individuelles des usagers et des professionnels et à les confronter entre elles. »



Objectifs spécifiques :

« Le projet a pour objectif principal d'analyser la congruence entre la demande de soins non programmés et les réponses de l'offre, à partir d'une analyse de l'expérience des usagers et des professionnels de santé à l'échelle des territoires dont les CPTS ont la responsabilité. Ce travail met en place un processus réflexif dans la réalisation de ce changement. Il s'agit d'un travail de type recherche-action. »

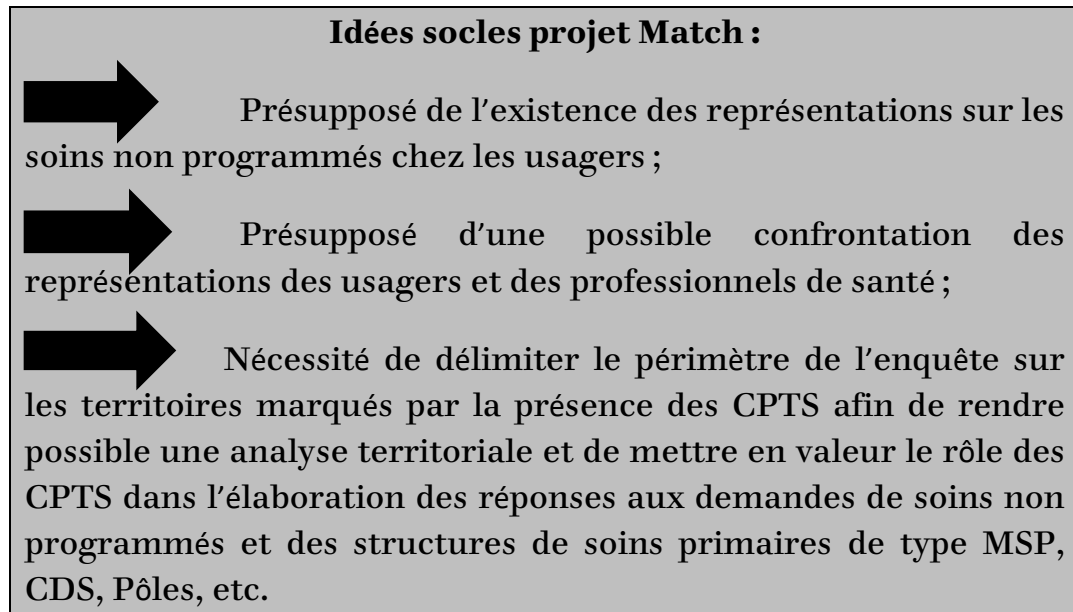


Méthode :

« Identification et analyse des usages, attentes et représentations des usagers ■ identification et analyse des pratiques, attentes et représentations des professionnels; ■ évaluation de l'adéquation entre pratiques, usages, attentes et représentations des usagers et des professionnels »

Comme il est possible de le vérifier, le projet Match présentait dans sa version originale une hypothèse qui présupposait l'existence des représentations sur les soins non programmés chez les usagers. Étant donné que cette idée était perçue par les membres de l'équipe comme une certitude, le projet prétendait confronter ces représentations à la réalisation d'une recherche sur les pratiques, usages, attentes et représentations des usagers et des professionnels de santé. De plus, le projet visait à une analyse

centrée sur le territoire, à partir d'une participation active des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé). Voici ci-dessous les principaux axes du Projet Match qui constituent le socle du projet :



Ce rapport vise non seulement à présenter l'analyse des données issues de l'enquête, mais aussi à mettre en avant les enjeux, les atouts et la dimension innovatrice du projet Match. Il convient de noter que des changements ont été réalisés dans le projet original en raison de quelques obstacles rencontrés en cours de route, mais aussi d'une nécessité de réécrire les hypothèses de départ, car au fur et à mesure que la mise en œuvre du projet avançait, elles se sont révélées obsolètes. En effet, pendant ce travail de recherche, il y a eu un décalage entre les idées présumées présentes dans le projet initial et la réalité du terrain. Ces deux univers se sont montrés incompatibles et éloignés. Les résultats de l'enquête qui s'ensuivent le montrent bel et bien : il a fallu tout au long du processus d'enquête réaliser des ajustements entre ce qui avait été pensé et la réalité. Malgré cela, les résultats de l'enquête sont d'une grande richesse. Les explications concernant les changements réalisés se trouvent dans cette partie du rapport.

1.2 Les enjeux du projet Match

Lorsque j'ai été recrutée dans le cadre du projet Match en tant que chargée de projet, je me suis retrouvée entourée d'une équipe de médecins (certains chercheurs, enseignants/professeurs). La plupart des médecins qui m'avaient confié un projet de recherche avaient une hypothèse déjà définie, une méthode de recherche esquissée et deux guides d'entretien, l'un comprenant des questions qui devaient être posées à des professionnels de santé et un autre avec des questions spécifiques adressées aux usagers. Dans le titre du projet : **Modélisation des attentes territoriales croisées des habitants et des soignants**, il y avait une ambition claire, celle de vérifier s'il y avait une correspondance entre les représentations des soins non programmés diffusées dans l'imaginaire des professionnels de santé et des usagers.

En tant que sociologue, j'ai compris dans la façon dont le projet de recherche avait été formulé qu'il s'agissait d'une demande émanant des médecins (et également des représentants d'usagers, des infirmiers, et des médecins représentants des CPTS) qui croyaient que les soins non programmés, du fait de côtoyer cette réalité dans leur quotidien, étaient un ensemble de représentations sociales diffusées au sein de la société. L'hypothèse qui était au cœur de l'étude, partagée par cette équipe, s'appuyait sur l'idée qu'il y avait sur le plan des représentations des différences marquées entre les professionnels de santé et les usagers. Selon cette hypothèse, ces différences conduiraient à des incompréhensions mutuelles et expliqueraient, en grande partie, la désorganisation des soins en ville, des incompréhensions, un sentiment de malaise chez les uns et les autres. À première vue, le projet tenait la route, tout avait été bouclé et l'équipe Match attendait que je coordonne rapidement la mise en œuvre du projet pour leur apporter des données qui confirmeraient leur hypothèse initiale. En tant que chargée de projet, arrivée dans une phase où tout était pratiquement décidé par les coordinateurs du projet, j'ai

cherché à comprendre justement les décisions qui avaient été prises et auxquelles je n'ai pas participé.

1.3 Neutralité axiologique et déplacement du périmètre de l'étude

De mon point de vue sociologique, j'ai commencé à identifier, dès le départ, des éléments qui pourraient biaiser les résultats du projet. Pendant les discussions avec l'équipe, j'ai pu identifier que les médecins participants avaient une difficulté à se détacher de leur rôle de médecin. La **neutralité axiologique**, posture qui définit le statut de chercheur, n'était pas au centre de leurs préoccupations. Au fur et à mesure de nos rencontres, il a été possible de vérifier combien le Sujet était entremêlé à l'Objet. En effet, l'impartialité était un objectif difficile à atteindre, car toutes les discussions ramenaient à un questionnement de leur propre pratique et à des exemples vécus dans leur quotidien. Cette difficulté de distanciation par rapport à la problématique étudiée m'a amenée à un premier constat : il s'agissait d'une notion forgée dans la pratique médicale, dont il serait difficile pour ces médecins de se dépendre (comme le présuppose Durkheim). Donc, une notion spontanée, tirée de l'expérience et antérieure à toute réflexion, qui leur paraissait une évidence, malgré la multiplicité de sens qu'elle recouvrait. Une réalité dont l'évidence ne laissait pas de place ni à la distanciation ni à la contestation. Ainsi, le travail du sociologue serait celui de démontrer les correspondances entre deux réalités élaborées à travers des a priori et tenues comme absolues, celle qui a trait au monde des médecins et celle qui a trait au monde des usagers. Quelles représentations y avait-il dans chaque monde (au sens de

Déplacement du périmètre de

Comme au départ les CPTS étaient au cœur de l'étude, puisque cette dernière avait des visées territoriales, j'avais essayé une approximation avec les parties prenantes pour qu'elles participent à l'étude. Cependant, deux parmi les 4 CPTS choisies, n'étaient pas suffisamment prêtes à participer à l'étude, car elles avaient des problèmes d'organisation et de gouvernance. La perspective territoriale a été abandonnée. Du côté des professionnels, nous avons interviewé des participants de 2 CPTS qui ont contribué activement à l'étude. Du côté des usagers, ce n'était plus l'appartenance aux CPTS le critère le plus important, mais le fait d'habiter en Île de France.

Boltanski)? En quoi elles correspondaient? En quoi elles divergeaient?

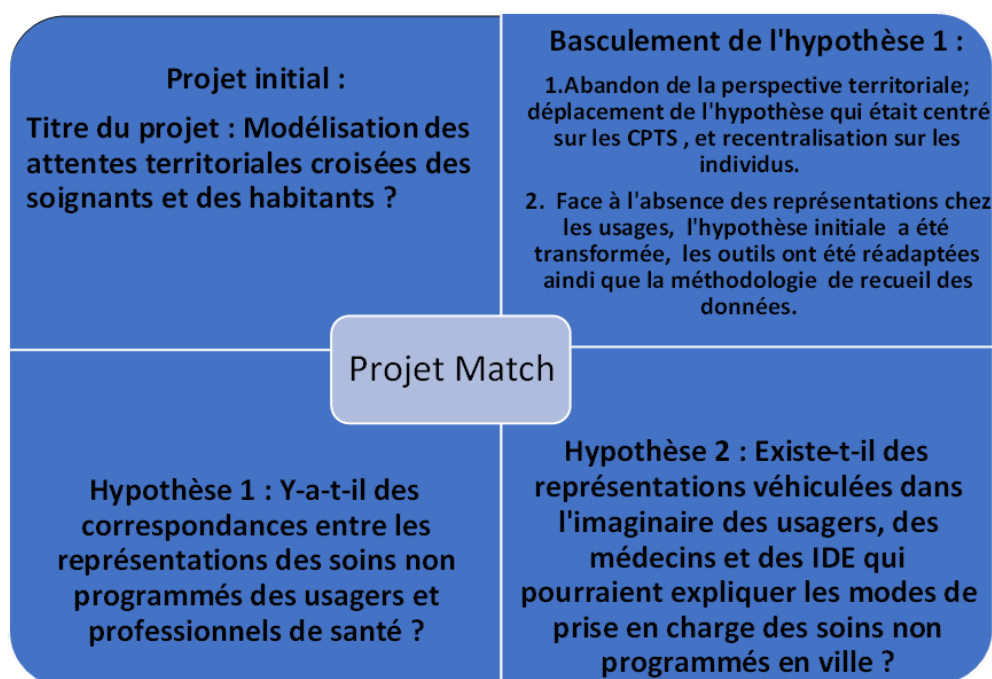
1.4 L'écueil d'élaborer un outil biaisé

Étant donné que cette séparation sujet-objet n'avait pas eu lieu pendant les discussions réalisées dans le cadre du projet, auxquelles j'ai participé, j'ai pu comprendre qu'elle n'avait eu lieu ni lors de l'élaboration des guides d'entretien ni lors des choix méthodologiques réalisés par l'équipe. Parlons d'abord des guides d'entretien. Ces derniers, comme l'hypothèse de départ, reflétaient uniquement l'avis de l'équipe Match, ce qu'ils pensaient à propos des soins non programmés, et ce qu'ils pensaient être les représentations des usagers. Il s'agissait donc d'un outil biaisé. Comment pouvais-je contourner ce biais?

Afin de faire face à ce premier obstacle, j'ai pris à bras-le-corps les guides d'entretien. En ce qui concerne le guide élaboré pour les usagers, je l'ai complété avec des questions issues de mes échanges avec une équipe de co-chercheurs (composée essentiellement d'usagers). Les détails de la méthodologie utilisée pendant les ateliers réalisés avec eux seront présentés dans une autre partie de ce rapport. Il convient de noter, pour le moment, que je me suis appuyée sur leurs avis pour enrichir et compléter le guide. Ce faisant, le guide est devenu un outil plus impartial et ancré dans la réalité du terrain. Plusieurs allers-retours entre le terrain constitué de co-chercheurs et l'équipe de médecins ont été nécessaires pour finaliser le guide. En pratique, il a fallu **3 mois** pour le finaliser.

Chapitre 2 : L'évolution des hypothèses

Ce n'est qu'après avoir testé le guide usager que je me suis rendu compte que l'hypothèse initiale était également biaisée. Les entretiens réalisés, cette fois-ci avec des usagers lambda, m'ont indiqué qu'il était impossible de réaliser la correspondance en termes de représentations entre usagers et professionnels de santé. Et cela pour une raison très simple : les représentations des usagers étaient inexistantes. J'ai donc commencé à comprendre que le souhait de l'équipe Match de croiser les représentations des professionnels de santé et des usagers ne pouvait pas être exaucé. Les premiers entretiens indiquaient une méconnaissance des usagers sur ce sujet. Étant donné qu'il s'agissait des premiers entretiens, il aura fallu un peu de temps et avancer dans la mise en œuvre de l'enquête et les entretiens pour confirmer que l'hypothèse initiale était inadaptée. Mon hypothèse que les soins non programmés étaient une notion réservée aux professionnels de santé se confirmait.



Il a fallu tenir compte rapidement des résultats du test. En même temps, j'ai réfléchi longuement sur la question de l'appariement des représentations. D'emblée, cela me semblait incompatible, car l'appariement est beaucoup utilisé dans le cadre d'une évaluation d'impact. Cette méthodologie sophistiquée et rigoureuse ne pouvait pas être appliquée à une étude des représentations. Sur le plan méthodologique, cela me semblait compliqué, car l'appariement suppose une rigueur quant à la sélection des individus qui était impossible à atteindre dans le type d'enquête que je devais réaliser. De plus, les objectifs de Match s'éloignaient de ceux d'une évaluation d'impact. Donc, cette idée a été écartée.

La seule solution plausible était celle de changer l'hypothèse de départ : recentrer l'hypothèse sur la prise en charge d'un problème qui apparaît de façon inopinée et vérifier quels types de représentations pouvaient avoir une incidence sur les modes de prise en charge, et combien la façon de prendre en charge les soins non programmés pouvait avoir une incidence sur ces représentations. Donc, il n'était plus question de trouver des correspondances entre les représentations des uns et des autres, mais d'analyser des représentations liées, par exemple, à la gestion quotidienne des soins ou au rôle du médecin traitant ou à l'hôpital et l'urgence – dans le cadre des professionnels de santé – et à son propre état de santé, aux structures et professionnels de santé, à l'accès à ces structures, etc. – dans le cadre des usagers.

2.1 Indices qui montraient l'affaiblissement de l'hypothèse 1

Une liste de professionnels de santé a été élaborée à partir des coordonnées fournies sur le site de l'Assurance Maladie. Plusieurs lettres ont été adressées à plusieurs professionnels de santé en Île-de-France et dans le 10^e arrondissement de Paris. Comme le taux de réponse était de zéro, j'ai commencé à passer des appels pour confirmer l'envoi des courriers. C'est à ce moment-là que j'ai pu constater, notamment parmi les infirmiers, que certains n'avaient pas entendu parler de l'expression « soins non programmés ». Je

sentis à ce moment-là que l'enquête avait pris la bonne direction et qu'il fallait poursuivre le chemin en abandonnant la première hypothèse. Premièrement, car l'hypothèse en soi n'avait pas de fondement, et deuxièmement, car elle était fragile du point de vue méthodologique (telle qu'elle a été présentée sur le projet conçu par l'équipe Match).

2.2 Confirmation de la plausibilité de la deuxième hypothèse

Les résultats de l'enquête montrent que l'hypothèse initiale a été infirmée. Il est impossible d'établir des correspondances sur le plan des représentations, car du côté des usagers, il y a un vide. Cette notion étant réservée notamment au milieu médical. Elle n'est pas non plus partagée par l'ensemble des professionnels de santé.

Toutefois, l'étude qui a été réalisée a le mérite de mettre en valeur des représentations, des formes de rationalisation, des stratégies, mises en place à la fois par des usagers, des médecins et infirmières pour faire face à la (dés)organisation des soins en ville. J'ai essayé par une démarche compréhensive de mettre en lumière le sens qu'ils donnent à leurs actions. Ce faisant, il a été possible de rompre avec les visions dichotomiques (les bonnes et les mauvaises), et de comprendre les raisons qui les poussent à agir. En leur demandant de se positionner sur leurs représentations et pratiques concernant les soins non programmés, il a été possible de montrer combien ces représentations justifient la façon dont chacun réagit lorsqu'il est confronté à une demande de soins non programmés.

Malgré les enjeux, cette étude m'a apporté des éclaircissements sur l'organisation des soins en ville, et c'est cela que j'aimerais partager avec les lecteurs de ce rapport.

2.3 L'organisation des soins en ville : entre les représentations des SNP, les attitudes des usagers et les modes de gestion de ces derniers par les professionnels de santé

Il sera question dans ce rapport d'analyser les attitudes des usagers à l'égard de soins non programmés, et les modes par lesquels les professionnels de santé répondent à une demande de soins non programmés.

Les nouvelles hypothèses développées dans Match :

Comment les professionnels de santé en ville et les structures auxquelles ils appartiennent vont-ils recevoir une demande de soins non programmés ? Comment la perçoivent-ils ? Comment s'y adapteront-ils ? Quelles solutions vont-ils trouver pour prendre en compte cette demande ? Du point de vue des usagers, il s'agit de comprendre à quel professionnel ils s'adressent en premier ? Savent-ils où s'adresser ? Ont-ils des moyens pour se déplacer jusqu'à la structure de soins ? Quelles sont les difficultés qui peuvent survenir en termes d'accès à ces types de soins ?

Qui plus est, la prise en charge d'un soin non programmé peut être déterminée par la perception que l'utilisateur peut avoir de son propre état de santé ainsi que par les caractéristiques socio-économiques de son propre ménage. Parfois, les représentations sur le sens de la maladie ou sur ce qui peut constituer une urgence peuvent accélérer ou ralentir la prise en compte du problème de santé survenu, ou la recherche d'une solution. Par ailleurs, la prise en charge d'un problème de santé qui surgit de façon inattendue est sujette à des facteurs comme l'isolement du ménage, que ce soit géographique et/ou en matière de liens sociaux ; le niveau de pauvreté et des situations de handicap qui rendent l'accès aux soins plus difficile, notamment, quand cela arrive à un moment où les structures de soins et les professionnels de santé ne sont plus disponibles.

2.4 Quelles représentations des professionnels de santé auraient une incidence sur leurs modes de prise en charge des soins non programmés ?

Aussi, l'idée principale proposée dans cette nouvelle version du projet serait de poser la question de savoir s'il existe parmi les professionnels de santé interviewés (médecins et infirmiers libéraux) un consensus sur la façon de répondre aux demandes de soins non programmés ou si chacun met en place son modèle de gestion (en fonction, bien entendu, du sens qu'il attribue à ce problème). Dans ce modèle de gestion, y aurait-il d'autres variables qui pourraient déterminer leurs choix en matière de gestion quotidienne de soins non programmés ? Quels seraient donc les éléments qui participent de leurs choix ? De façon résumée, les hypothèses formulées à ce propos sont les suivantes :

- 1) Le territoire se présente au professionnel de santé en tant que lieu où il peut mobiliser les ressources pour offrir des soins de qualité. Dans quelle mesure connaît-il l'offre locale, comment trouvera-t-il ses correspondants, comment y aura-t-il accès et sous quel délai ? La corrélation entre une bonne connaissance du territoire et la capacité à joindre ses correspondants, d'une part, la capacité de répondre à une demande de soins non programmés dans des délais raisonnables, d'autre part, nous semble évidente.
- 2) Quel regard le professionnel porte-t-il sur son métier ? Quel sens lui donne-t-il ? Quel sens attribue-t-il à la place qu'il occupe dans la société ? L'hypothèse qui sera développée dans cette partie du rapport se fonde sur l'idée que la prise en compte d'un problème de santé survenu de façon inopinée par le professionnel de santé sera indirectement influencée par ses représentations sur sa rémunération, les moyens dont il dispose pour travailler, sa valorisation professionnelle, le temps qu'il y consacre, voire ses représentations sur son rôle et sur le système de santé. Étant donné que les soins non programmés requièrent l'ouverture de créneaux dédiés dans la journée à cette fin, il est clair que cette décision, quand elle dépend du professionnel de santé,

peut être influencée par des facteurs liés à la satisfaction au métier exercé dans le domaine de la santé, celui-ci étant influencé lui-même par des facteurs structuraux et conjoncturels.

- 3) Les difficultés de la vie de tous les jours sont également des éléments importants qui pourraient déterminer et encourager ou non le professionnel de santé à être plus disposé à accepter une demande de soins non programmés. Comment réserver un créneau aux soins non programmés s'il est débordé par exemple, à cause du départ de ses collègues, ou d'une quantité trop importante d'appels à gérer, des courriels, des sollicitations de l'entourage (amis, voisins, etc.), des sollicitations des nouveaux patients, des visites à domicile, etc. ?

2.5 En quoi les représentations des usagers ont-elles une incidence sur leur attitude à l'égard des soins non programmés ?

J'ai cherché au cours des entretiens à comprendre les attitudes des usagers lorsqu'ils sont confrontés à un problème de santé inopiné. Comme mentionné ci-dessus, l'idée était de leur demander de s'exprimer sur la façon dont ils perçoivent et tiennent compte de leur maladie en raison, par exemple, de leur aptitude à comprendre les informations et de leurs croyances. En outre, l'une des priorités de cette recherche a été de vérifier les difficultés en termes d'accès aux structures et professionnels censés d'y apporter une réponse adaptée. L'idée était de réunir des éléments qui peuvent éclairer la capacité actuelle du système de santé français à garantir un accès équitable à ces types de soins.

Cela étant, afin de vérifier les conditions d'accès des usagers, ils ont été interrogés notamment sur la dernière fois où ils ont été malades, car j'espérais obtenir par leurs réponses des éléments pour comprendre par quels moyens ils identifient les structures qui reçoivent des demandes de soins non programmés sur leur territoire. Quelles sont les procédures qu'ils utilisent pour obtenir de l'information sur ces structures et s'adresser aux professionnels qui sont chargés de résoudre leur problème de santé (*Approachability*) ? Ce faisant, il a été possible d'obtenir des éléments concernant leur niveau d'information sur l'existence des structures en soins non programmés sur le territoire, c'est-à-dire ce qui est disponible (*Availability*) et qui correspond à leurs attentes en termes d'horaires de fonctionnement, ce qui, selon leurs représentations, se situe géographiquement à une distance convenable pour faciliter leur accès aux soins, et les moyens par lesquels ils obtiennent leurs rendez-vous (informatique, téléphonique, physique). D'autres questions concernent, par exemple, la porte d'entrée par laquelle ils accèdent aux structures de soins lorsqu'ils sont confrontés à ce type de demande (les services de soins primaires ou les services secondaires et tertiaires ?). Quelles sont les raisons qui les amènent à réaliser ce

choix? Quelles sont les difficultés rencontrées pour accéder aux professionnels concernés?

Puis, il a été question de demander aux usagers de répondre à des questions concernant à la fois les obstacles financiers qui peuvent rendre leur accès difficile (*affordability*), leur satisfaction par rapport à la solution trouvée (*health consequences*) et leur pouvoir d'agir (*empowerement*).³

Ces questions ci-dessus relatives aux moyens d'accès aux soins non programmés – et à l'offre de soins en général – visent à comprendre les choix faits par les usagers parmi toute une gamme d'offres de soins primaires disponibles sur le territoire francilien lorsqu'ils sont confrontés à ce genre de problème. Toujours est-il que les modes de rationalisation qui soutiennent leurs choix, même s'ils relèvent d'une rationalité instrumentale où pèsent tous les éléments présentés ci-dessus, sont aussi influencés et transformés par la mise en œuvre des politiques de santé. En France, par exemple, parmi l'ensemble des mesures relevant du domaine de la santé, il convient de souligner le renforcement du rôle de médecin généraliste par la mise en place du médecin référent en 1997 et traitant en 2004, la réforme du système de soins primaires commencée par la loi HSPTS (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) en 2004, en mettant l'accent sur les soins primaires et l'appel au « virage ambulatoire » présent dans les discours publics et ministériels depuis 2013. L'hypothèse que ces politiques ont peut-être contribué à ce que le médecin puisse filtrer ce type de demande de soins n'a pas pu être examinée dans ce rapport. Toutefois, les données obtenues démontrent comment cela a été mentionné précédemment, la place et le rôle des médecins dans le système de représentation des professionnels de santé et des usagers. Il faut cependant avoir en arrière-plan l'évolution des politiques de santé lors de l'interprétation des données.

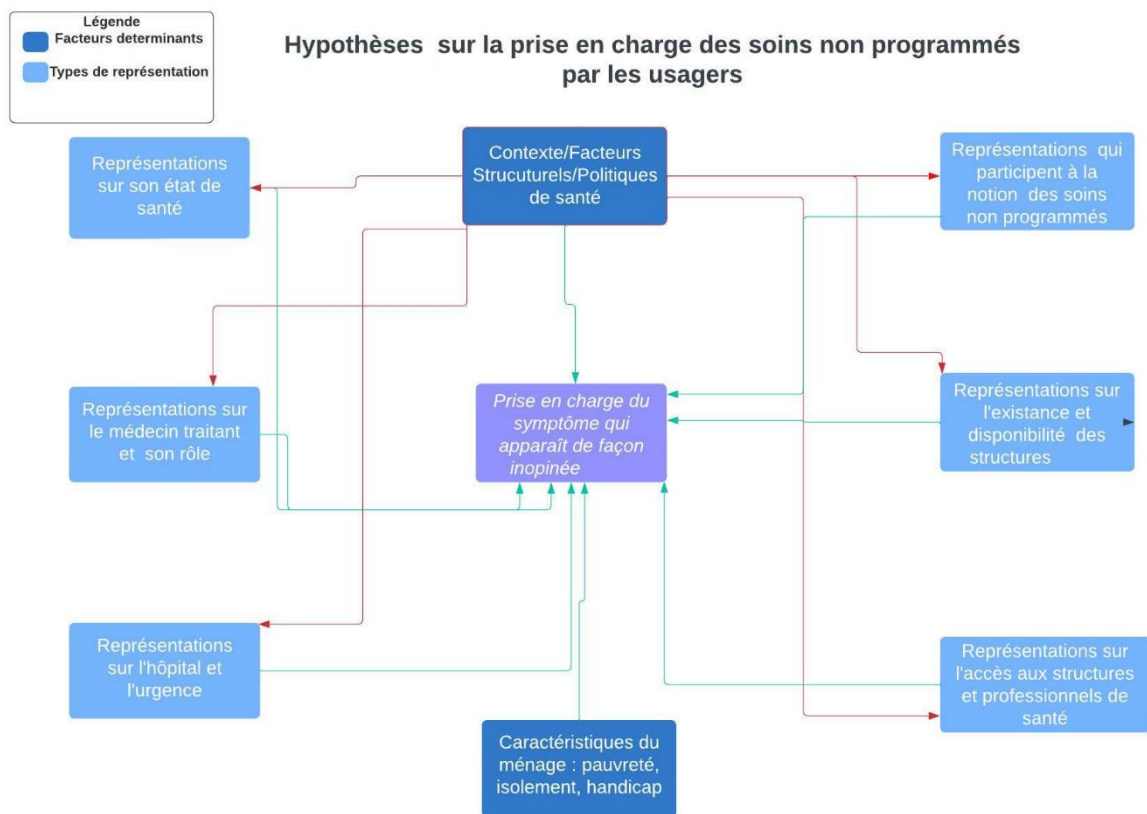
³ Ces concepts d'approachability, availability, affordability et health consequences font partie d'un cadre conceptuel pour comprendre l'accès au système de santé (A conceptual framework of access to health care). Voir Levesque Jean-Frédéric, Harris MF, Russell G., Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity to Health*. 2013, Mar 11;12:18. doi: 10.1186/1475-9276-12-18.PMID: 23496984 Free article.

Par ailleurs, une partie des entretiens a été consacrée à la collecte des avis des professionnels de santé sur les dispositifs existants de prise en charge de l'urgence et sur ceux mis en œuvre qui font partie du projet « Ma santé 2022 », pilotés par le ministère de la Santé et de la Prévention et le ministère de la Santé, de l'Autonomie et des Personnes handicapées.

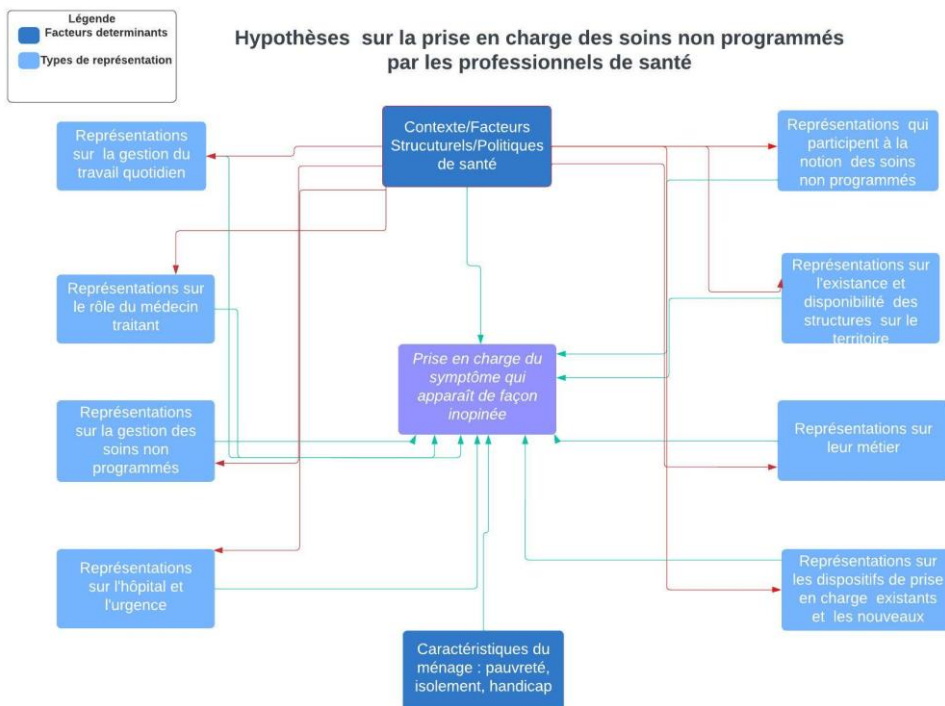
2.6 Les représentations des professionnels de santé sur les dispositifs anciens et nouveaux

Une partie du rapport a été consacrée à la présentation des résultats sur les avis des professionnels de santé par rapport aux dispositifs existants d'urgence et de soins non programmés. Ainsi, en quelques mots, ces derniers ont été en mesure d'évaluer ces dispositifs et leur action sur leur territoire. La principale question qui a été posée à cet égard était de savoir si les mesures étaient suffisantes. L'idée sous-jacente à cette partie était de savoir si, selon eux, pour assurer le premier accès aux soins, il faut organiser les soins non programmés. Comment organiser ces types de soins à l'échelle du territoire ? Quel rôle peuvent jouer le SAS et les CPTS dans cette organisation ? Et, finalement, comme la mise en œuvre des dispositifs régulateurs de cette demande dépend de leur engagement professionnel, sur plusieurs tableaux, la question qui a été posée était de savoir s'ils sont prêts à s'engager et quelles sont leurs objections par rapport à leur engagement.

Je propose ci-dessous deux logigrammes qui résument les principales hypothèses développées dans ce rapport :



Il convient de noter que les modes de prise en charge d'un symptôme qui apparaît de façon inopinée peuvent, en contrepartie, avoir une incidence sur les représentations des soins non programmés. En effet, les attitudes et modes de gestion des soins non programmés peuvent modifier les représentations des acteurs de santé à ce propos. En fonction de leurs expérimentations, de nouvelles façons d'agir et interactions vécues dans la vie quotidienne, les sens qu'ils attribuent aux représentations se transforment radicalement.



Chapitre 3 : La réalisation de l'enquête

3.1 La méthodologie du Projet Match

Du point de vue méthodologique, le projet Match repose sur trois volets : 1) analyse territoriale ; 2) une enquête qualitative auprès de 58 personnes (22 médecins, 30 usagers et 6 infirmiers) ; 3) un projet de recherche – action menée avec la participation des 3 usagers impliqués dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'analyse des résultats de l'enquête.

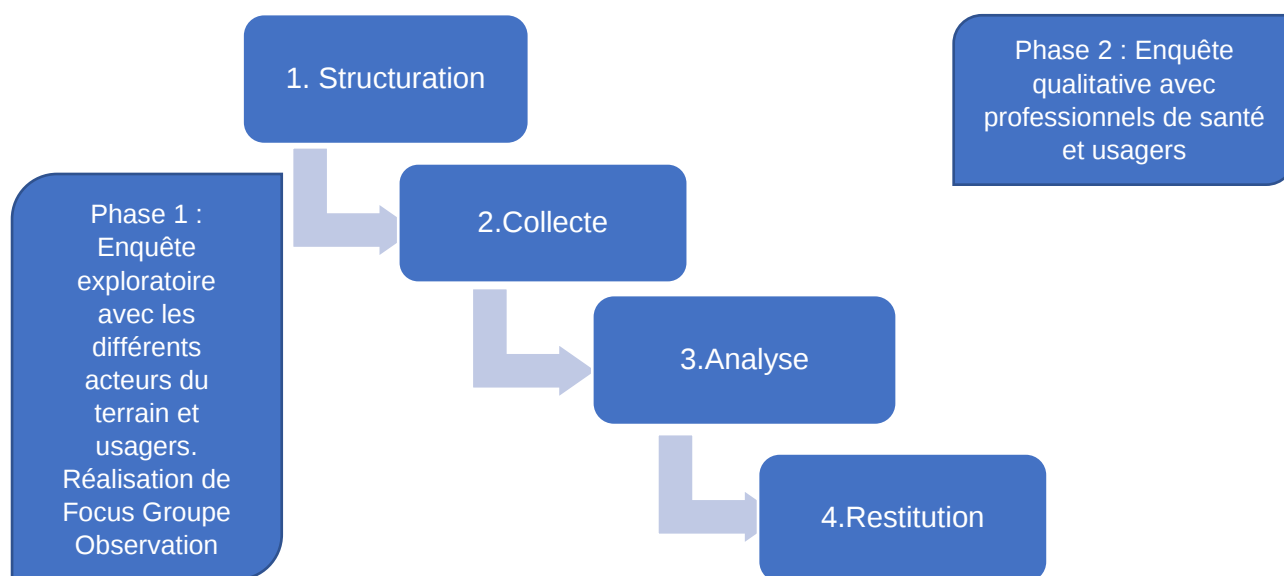
En ce qui concerne l'analyse territoriale : une description des territoires a été réalisée par le biais de monographies. Ces monographies ont été réalisées à partir des données publiques (ex. : rezone.ameli.fr) et un entretien avec des membres des CPTS de chaque territoire. Le guide d'entretien a été créé en binôme par 2 chercheurs et a ensuite été évalué par un groupe de chercheurs plus large. Il aborde les grandes rubriques suivantes : population et territoire, l'offre de soins et de santé, des caractéristiques des CPTS, la gouvernance des CPTS, les ressources locales et le système d'information. Les résultats de cette première étape du projet se trouvent en annexe de ce rapport.

Les documents utilisés dans la formation des cochercheurs sont également joints à ce rapport.

3.2 L'enquête qualitative

Le tableau ci-dessous résume les principales étapes de l'enquête qualitative. Une enquête exploratoire a précédé la mise en œuvre de l'enquête finale.

Tableau 1 – Projet Match : Enquête qualitative

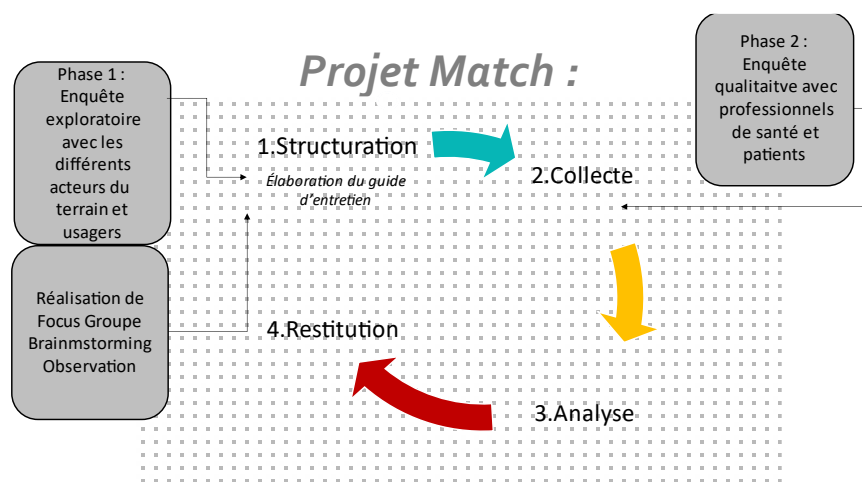


L'enquête exploratoire visait à recueillir les avis des uns et des autres sur les soins non programmés. Leur ancrage sur leur territoire, l'âge et le statut (libéral, salarié) ont constitué les critères de sélection des participants. Durant cette phase, qui a duré 2 mois (de septembre à novembre 2021), nous avons réalisé au total 10 entretiens avec des acteurs de la santé et 3 entretiens avec des usagers co-chercheurs. Ces entretiens semi-dirigés de maximum 40 minutes avaient un degré de liberté élevé, qui permettait aux interviewés d'introduire au cours de l'entretien de nouveaux thèmes, qui n'étaient pas abordés dans le guide d'entretien initial. À partir d'une méthode *multi-approach* conciliant plusieurs techniques d'enquête (entretiens, *focus groupe* et observations), les guides d'entretien ont été peaufinés et rapprochés le plus possible de la réalité du terrain. L'idée était d'inclure dans le questionnement initial des chercheurs académiques des connaissances provenant d'autres milieux. Leur participation à

l'enquête préliminaire nous a permis d'élaborer un guide d'entretien susceptible de susciter l'intérêt des personnes interviewées dans la phase suivante de l'enquête finale. Ce guide devait avoir des axes proposant des thèmes suffisamment attractifs à leurs yeux pour leur procurer une envie de s'exprimer et faciliter l'entretien. La proximité avec le terrain permet d'atteindre cet objectif : en s'approchant de l'univers de l'interviewé, on établit avec la personne interviewée, dès le départ, une empathie et une sorte d'identification, des éléments essentiels pour créer une ambiance propice au bon déroulement des entretiens.

En ce qui concerne les techniques de recherche utilisées auprès de professionnels de santé, il convient de dire que la participation à des réunions d'équipe de soignants et à la journée consacrée aux soins non programmés dans le cadre de Match a permis de compléter et d'enrichir le matériel obtenu lors d'entretiens. Par ailleurs, une équipe composée de trois usagers (deux d'entre eux avaient participé à des activités proposées par une CPTS) a été formée. Après avoir participé à l'enquête exploratoire, par le biais d'un entretien chacun, ils ont accepté de participer au projet Match en tant que co-chercheurs et de se présenter à des rendez-vous mensuels en visio pendant deux mois. Le but de ces rendez-vous était de leur proposer un éventail de techniques de recherche (entretiens, ateliers brainstormings et ateliers formation) pour enrichir le guide d'entretien qui devait être utilisé au cours de l'enquête finale par les usagers. Les entretiens qu'ils m'ont accordés et tout le matériel issu de ces rendez-vous ont été retravaillés et ajoutés au guide initialement conçu à l'intention des usagers par l'équipe de chercheurs Match. Le guide initialement conçu pour les professionnels de santé a aussi subi des modifications en raison de l'ajout des questions issues du terrain.

Méthodologiquement, l'un de points forts de l'enquête est que celle-ci pose des questions pertinentes, en accord avec la réalité du terrain, qui ont été validées à la fois par les professionnels de santé et par des usagers, avant l'étape de la collecte des données.



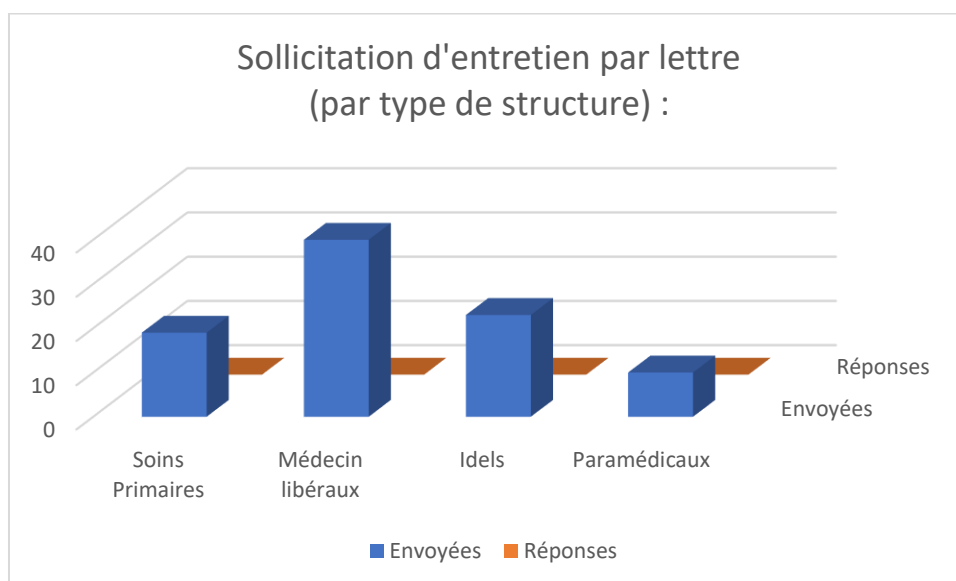
Selon le protocole de l'enquête qui a été mis au point pendant la phase de structuration, il était nécessaire de tester les guides d'entretien. Par conséquent, afin de vérifier leur cohérence et clarté, j'ai réalisé pendant le mois de janvier 2022 deux entretiens dans un centre de santé parisien, avec des usagers, et un entretien en visio avec un médecin généraliste.

3.2.1 La prise de contact : les préparatifs pour l'enquête finale

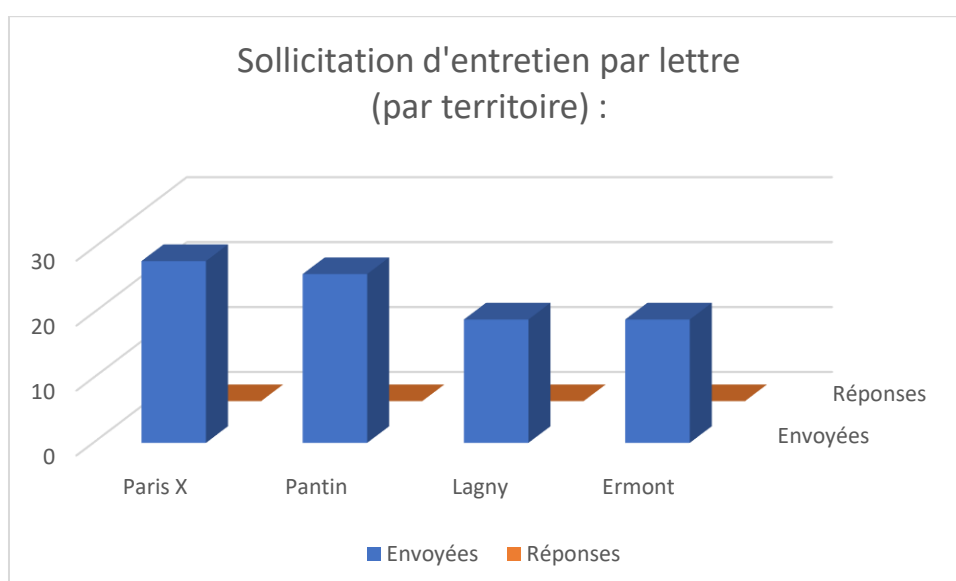
Toute enquête s'appuie sur une base de sondage pour identifier les personnes à interviewer afin d'éviter des biais de sélection. Dans le cadre du projet Match, j'ai essayé de m'approcher au début de l'enquête de la coordination des 4 CPTS, pour qu'elles puissent fournir une liste des professionnels de santé à contacter lors de l'enquête finale. Parmi les 4 CPTS contactées, seulement une est devenue partenaire du projet Match. Les trois autres se sont vues dans l'impossibilité de fournir une telle liste et de mobiliser les professionnels de santé de leurs territoires. Se retrouvant au début de leur mise en place, elles n'avaient pas encore suffisamment d'adhérents pour pouvoir les mobiliser ; certaines traversaient des conflits en interne liés à leur gouvernance qui les empêchaient de porter le projet Match ; d'autres n'avaient pas toujours un coordinateur pour être associés au projet.

Ainsi, face à cette difficulté, j'ai essayé d'élaborer une base de sondage à partir des coordonnées de médecins disponibles sur le site Ameli.com. Une lettre (avec un en-tête de la Sorbonne Paris Nord et de l'Institut Jean-François Rey) a été adressée à différents professionnels de santé de Paris et d'Île-de-France.

Le tableau ci-dessous montre que la demande d'entretien a obtenu un taux de refus de 100 % parmi les 92 professionnels de santé sollicités :



Le taux de refus a été aussi important à Paris qu'en Île-de-France :



Comment interpréter de tels résultats ? L'épuisement provoqué par la période Covid a peut-être constitué l'un des facteurs qui ont freiné la prise de contact. Comme beaucoup le savent, la crise sanitaire a entraîné des conséquences terribles chez les professionnels de santé, dont certains ont éprouvé un *burn-out* et ont préféré interrompre leur activité professionnelle.

Les raisons d'un tel refus peuvent-elles également être expliquées par une hésitation par rapport au thème évoqué par la recherche ?

Ce refus inexplicable m'a obligée à changer de méthode. Grâce à la connaissance de certains médecins, une première liste a été élaborée avec les coordonnées d'une dizaine de médecins généralistes qui travaillent en Île-de-France. Par l'effet boule de neige, cette liste a été étoffée et modifiée au fur et à mesure que d'autres médecins acceptaient de participer aux entretiens.

Le contact était souvent établi par SMS. Une fois que la personne contactée a indiqué sa préférence quant aux dates et horaires de l'entretien, je leur ai envoyé un lien Zoom. Comme les rendez-vous étaient parfois pris très longtemps à l'avance, je leur ai fait parvenir un message de rappel, la veille de l'entretien.

Les entretiens avec les médecins se sont déroulés en moyenne en une heure et demie. Parmi les médecins contactés, il n'y a pas eu de désistement ou de retard. Le taux de participation à l'enquête peut être estimé à 99 %.

En ce qui concerne les professionnels de santé, notamment les infirmières libérales, leur participation sur la base du volontariat a été possible grâce à la mobilisation des acteurs du terrain. Dans le département de la Seine-et-Marne, c'était la coordination de la CPTS Gondoire et une infirmière libérale qui s'est associée au projet qui m'ont aidée à constituer une liste avec les coordonnées des infirmières libérales du territoire. La seule instruction que je leur ai donnée était de sélectionner des personnes avec des profils variés pour avoir notamment une diversité en termes d'âge et d'expérience.

L'inclusion des infirmières libérales parmi les interviewés est le résultat d'une longue réflexion. Du fait qu'elles s'occupent des personnes âgées à domicile et qu'elles sont censées avoir une

connaissance approfondie des questions qui peuvent les toucher et, surtout, parce qu'elles sont amenées à les accompagner lors d'une demande de soins non programmés, j'ai trouvé essentielle leur participation à l'enquête.

Toutefois, les difficultés rencontrées pour les mobiliser ont été les mêmes que celles que j'ai rencontrées quand j'ai contacté les médecins. Elles n'étaient souvent pas disponibles et ce n'est que grâce à l'intervention de la CPTS du 77 et de l'infirmière libérale associée au projet que j'ai pu avoir accès à quelques infirmières.

La prise de contact a suivi le protocole de l'enquête. Un premier contact a été établi par SMS et un deuxième, par courriel, pour envoyer le lien la veille de l'entretien.

Les usagers ont été sélectionnés au fil de l'eau. Des entretiens face à face ont été réalisés dans un cabinet de médecins et dans un centre de santé. Le critère de sélection a été encore une fois la diversité des profils. Il faut noter que les chercheurs ont été interrogés au début. Ensuite, après deux demi-journées de formation en recherche, j'ai estimé qu'ils étaient suffisamment prêts pour pouvoir réaliser des entretiens. Ainsi, ils ont chacun réalisé des entretiens avec des personnes de leur choix. Une infirmière qui a collaboré avec le Projet Match m'a mise en contact avec ses patients à domicile. À travers un partenariat créé avec la Maison de Famille d'Ermont, j'ai ainsi pu interviewer des personnes en situation de précarité, cumulant plusieurs problématiques. Grâce à l'effet boule de neige, il a été également possible d'interviewer des usagers provenant de plusieurs milieux sociaux dans le département de la Seine-Saint-Denis.

J'ai essayé de contrôler les caractéristiques des interviewés selon leur âge, le sexe, la profession et le statut socioprofessionnel tant dans l'enquête auprès des professionnels de santé que dans l'enquête auprès des usagers. S'agissant de la méthode boule de neige, il m'a été souvent difficile de pouvoir maîtriser ces caractéristiques. Dans les deux enquêtes, une forte présence de femmes peut être observée. Dans l'enquête réalisée auprès des usagers, les personnes âgées, les inactifs et les femmes sont très nombreux.

La prise de contact a suivi le protocole de l'enquête. Si, d'un côté, il a été possible de réaliser des entretiens face à face avec quelques usagers, d'un autre côté, quelques interviewés ont préféré que l'entretien se fasse par visio, notamment des enseignantes qui ne disposaient que du mercredi pour m'accorder un entretien et les patients à domicile avec des maladies chroniques qui ne souhaitaient pas se déplacer. À ces derniers, en particulier, j'ai proposé le téléphone comme alternative à l'entretien par visio.

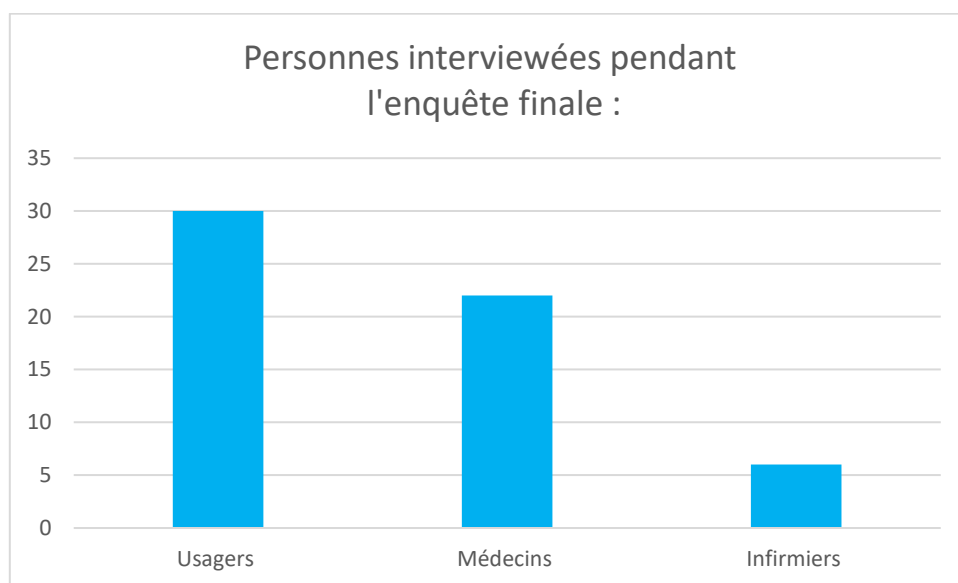
3.2.2 L'apport de technologies informatiques dans le déroulement de l'enquête

La période Covid a changé les habitudes, les relations (personnelles et professionnelles) et a transformé les *modus operandi* de nombreux milieux professionnels. Au début de cette recherche, il a fallu un temps pour réfléchir sur l'organisation de l'enquête de terrain au vu des conditions épidémiologiques. Chercheuse habituée aux échanges en face à face, je m'interrogeais beaucoup sur la qualité des données obtenues par des rencontres en visio. Comme d'autres professionnels dans plusieurs domaines, j'ai dû m'adapter à ces nouvelles conditions de travail qui, à la fin, sont devenues un atout. À vrai dire, je n'avais jamais eu recours à des outils numériques pour interviewer des personnes. En conséquence, j'appréhendais la réaction des interviewés, et surtout la difficulté de créer avec eux la confiance nécessaire afin qu'ils puissent parler sans crainte des sujets parfois délicats. Dès le départ, je me suis retrouvée devant des professionnels de santé qui m'ont fait part de leur préférence pour un entretien par visioconférence. Et ceci parce qu'ils avaient un agenda trop chargé, et peut-être une difficulté à prendre un rendez-vous face à face sans être interrompu par soit un appel, soit un problème survenu de façon inattendue. L'avantage des entretiens en visio est que cela permettait aux professionnels de santé de réaliser l'entretien là où ils trouvaient les conditions nécessaires pour le déroulement de ce dernier. Il en est de même des utilisateurs, ceci a sans aucun doute contribué à leur volonté de participer aux entretiens. Pour ma part, j'estime que la qualité sonore des enregistrements ne saurait être

meilleure. Cette dernière n'a fait que rehausser la qualité des retranscriptions.

Mars-Mai 2002 :

Enquête finale / Entretiens qualitatifs semi-directifs



Au total, 58 personnes ont été interviewées entre mars et mai 2002. Comme indiqué ci-dessus, deux guides d'entretien ont été élaborés à cette fin. Dans l'ensemble, les entretiens se sont très bien passés. La plupart des personnes interviewées étaient motivées à parler et ont pris à cœur les sujets abordés dans les guides d'entretien. Quand l'entretien dépassait une heure – ce qui était souvent le cas –, je proposais à la personne interviewée de le poursuivre à une autre date, à sa convenance. Le cadre de l'interview a permis à de nombreuses personnes de réfléchir aux questions posées, tranquillement et sans crainte d'être jugées. Certes, l'impartialité, une posture qui requiert une certaine expérience de la part de l'enquêteur, a prévalu au cours des entretiens. Cependant, ce qui a été déterminant pour le bon déroulement de ces derniers était ma posture compréhensive. J'ai toujours cherché à tenir compte des appréhensions exprimées au début de l'interview par la grande majorité des personnes interviewées. En outre, l'angoisse ou la souffrance des usagers ainsi que la frustration ou l'insatisfaction

des professionnels de santé ont été entendues avec sincérité. Je me suis mise à leur place pour comprendre leurs réelles motivations. À la fin de l'entretien, une relation cordiale a été souvent établie, c'était pour certaines personnes interviewées l'occasion d'exprimer leur satisfaction et, parfois, leur gratitude.

3.2.3 L'analyse des données

Comme l'indique le graphique ci-dessous, après avoir réalisé la retranscription des entretiens avec le logiciel Trint, j'ai procédé à l'analyse de données. Pour ce faire, il a été question d'analyser les personnes interviewées par rapport aux questions posées et d'effectuer premièrement une analyse intra-cas pour essayer de comprendre comment chaque personne se positionne à l'ensemble des questions et une analyse inter-cas pour comparer les différents entretiens et obtenir un résultat généralisable.

3.3 Quand l'objet devient sujet

Le projet Match avait un volet participatif qui impliquait la participation des usagers au projet. En ce qui concerne l'enquête, j'ai essayé d'élaborer un protocole d'enquête strict qui tenait compte de tous les obstacles que je viens de présenter, en respectant des critères scientifiques et en m'appuyant sur mes compétences sociologiques et de recherche. J'ai accepté le pari de constituer un groupe de co-chercheurs (c'est-à-dire des usagers) pour développer avec eux un travail de recherche-action. L'idée était de former un petit groupe, avec des participants intéressés au projet, et, par des techniques appropriées, utilisées dans des travaux de recherche-action et de renforcement des capacités, d'organiser des séances de formation dans le cadre du projet Match. Telle qu'elle était présentée dans le projet, l'idée était un peu floue ; sans entrer dans les détails, le projet initial n'explicitait aucune condition sur le Qui ? Comment ?

3.3.1 La sélection des co-chercheurs

S'agissant des usagers, il a fallu pourtant les chercher, car le profil que je croyais être le plus approprié pour intégrer le projet était un profil lambda. En même temps, il était important de constituer un groupe des personnes de profils divers. C'est auprès de l'une des CPTS que j'ai réussi à avoir les coordonnées des 2 co-chercheurs, un homme de 32 ans, informaticien, marié avec 2 enfants, et une femme de 70 ans, vivant seule, qui avait néanmoins travaillé dans le secteur de la santé et qui avait exercé des fonctions politiques et participé à des conseils dans sa commune de résidence. Le troisième co-chercheur était une femme de 35 ans, qui travaillait dans la recherche clinique et qui s'est présentée spontanément pour y participer. Si, d'un côté, ils avaient, en effet, des profils différents, d'un autre côté, ils n'étaient pas du tout des usagers lambda. Premièrement, car ils avaient une bonne connaissance des problématiques, des dispositifs et des structures de santé. Deux d'entre eux intégraient le comité d'usagers du CPTS et avaient une bonne connaissance de l'offre de santé de leur territoire.

Ce qui au début m'a paru un peu compliqué était l'inclusion des personnes qui faisaient partie des CPTS, à cause de l'influence que celles-ci pouvaient exercer auprès d'eux. Cependant, j'ai tout de suite compris que leur connaissance du territoire, leurs expériences dans le domaine de la santé et justement le fait de ne pas être des usagers lambda étaient un atout dans cette recherche-action. En fait, c'était clair qu'il fallait valoriser ces compétences au sein du projet.

Du point de vue de leur santé, il n'y en avait qu'un qui avait la santé fragile et recevait un suivi à domicile des infirmières du territoire. En ce qui concerne leur situation professionnelle, au départ, lorsque le projet de recherche-action a démarré, il y avait une retraitée, une personne qui était à la recherche d'un emploi et une personne qui attendait une formation.

Voici ci-dessous le résumé de leur situation socioprofessionnelle :

1. Femme, 70 ans, directrice d'EHPAD retraitée, a un Master, 2 enfants, vit seule dans le 77, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.
2. Homme, 32 ans, informaticien, marié, 2 enfants qui vivent au domicile dans le 77, a une maladie chronique, ne reçoit

pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

3. Femme, 35 ans, travaille dans la recherche clinique, a un Master, vit seule, sans enfant, dans le 94, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, n'a pas de médecin traitant.

3.3.2 L'intégration des usagers co-chercheurs dans les principales phases de l'enquête

La force de Match a été de pouvoir compter sur une équipe constituée par des usagers dont la participation au projet a été décisive. Le travail réalisé avec eux m'a permis d'inclure dans le projet de recherche d'autres questionnements que ceux formulés par l'équipe Match. J'ai pu ainsi compléter le guide d'entretien élaboré et rendre celui-ci plus en phase avec les questionnements des usagers. Cette expérience qui a duré quelques mois n'était pas fondée sur le recueil des données, comme dans les recherches de terrain. Elle a impliqué une coparticipation dans les décisions concernant la partie usagers du projet, et cela, à partir d'un échange très enrichissant et égalitaire établi entre nous. Bien entendu, j'ai utilisé mon expertise pour mettre à leur disposition les outils nécessaires pour rendre leur participation fructueuse, mais aussi pour qu'ils puissent devenir parties prenantes du projet en assumant une position proactive : dans une ambiance qui les porte, tout en apportant un cadre de réflexion et de décision.

Contrairement à la majorité des personnes interviewées par la suite, les co-chercheurs avaient une notion plus fine des soins non programmés, grâce à leur métier, leurs expériences vécues, leur proximité avec la CPTS, aux échanges qu'ils ont eus avec les professionnels de santé, leur insertion sur leur territoire. Ils avaient des représentations sur ce sujet, que chacun avait élaborées de son côté. Cependant, dans nos échanges, malgré leur niveau de connaissances, ils ont exprimé également leurs doutes par rapport à ces concepts qu'ils avaient forgés. Et donc, au cours des discussions, j'ai pu avec eux déconstruire et décortiquer ces

notions, voir de près les ambiguïtés, les inconsistances, et même les contradictions. Et c'est à ce moment-là qu'il a été possible de vérifier que, du côté des usagers, les soins non programmés étaient un problème qui affectait leur organisation quotidienne, et que ce problème relevait surtout de leur perception de leur état de santé, de leur relation avec les médecins traitants, leur connaissance du territoire et des structures de santé, de leur entourage, de leurs conditions réelles pour se déplacer et de leur perception du système de santé. Les notions sur les soins non programmés étaient en effet floues, et finalement, ce qui a subsisté de tout ce travail de dépouillement réalisé avec les co-chercheurs correspondait à des façons de répondre au problème et à un besoin de réponse immédiate plutôt qu'à des notions et à des représentations sur les soins non programmés.

3.3.3 Le concept de recherche-action

Les idées de base qui ont orienté les ateliers réalisés auprès des co-chercheurs ont été inspirées de divers travaux et articles publiés par Paulo Freire (1921-1997) et ses disciples. Ce dernier ayant inspiré plusieurs intellectuels académiques partout dans le monde. Dans les grandes lignes, la notion de recherche-action employée dans le cadre du projet Match est la suivante :

3.3.4 La recherche-action en quelques mots

- ➡ La recherche-action vise à mettre en place un projet de recherche pour remplir des objectifs éducatifs et éveiller les consciences à propos d'un thème significatif pour l'ensemble d'un groupe, d'une communauté.
- ➡ Dans un premier temps, cela consiste à chercher le sens que le groupe ou la communauté donne à la réalité que l'on cherche à analyser.
- ➡ L'idée sous-jacente est que cette réalité objective a une incidence sur la pensée des membres du groupe, et que cette pensée peut être à l'origine d'une connaissance exprimée par la parole. Au bout de ce processus se trouve l'idée que cette connaissance obtenue par la recherche va, à l'inverse, orienter l'action de ce groupe.
- ➡ Dans la recherche-action, les outils et les résultats de la recherche constituent le moyen par lequel l'objet de recherche quitte la position occupée dans les méthodes traditionnelles pour devenir sujet à travers l'appropriation des connaissances obtenues par le processus de recherche.
- ➡ Cependant, il ne s'agit pas d'une formule qui est appliquée de façon systématique afin d'atteindre la conscientisation.
- ➡ La recherche-action est un moyen pour éveiller la pensée critique auprès d'un groupe, c'est-à-dire de leur donner les

moyens de réflexion pour transformer la réalité et passer à une action émancipatrice.

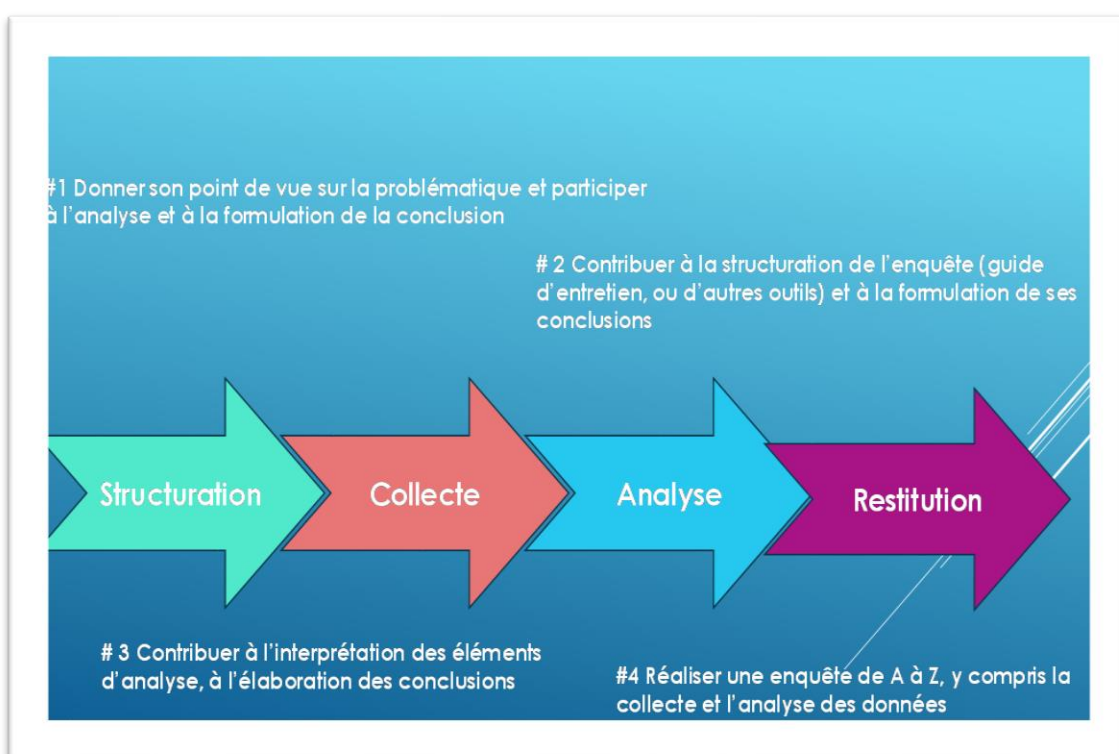
Voici ci-dessous les 4 principales étapes pour réaliser une recherche-action, quelle que soit la thématique traitée. Nota bene : les consignes ci-dessous ont été élaborées dans le contexte latino-américain, où les participants sont en majorité des peuples indigènes ou des populations vivant dans des sites géographiques non urbains très éloignés des centres-villes. Il a fallu adapter ces consignes aux participants de Match, ayant un autre mode de vie, formation, niveau de diplôme et situation résidentielle que ceux des communautés latino-américaines. Le tableau ci-dessous synthétise les principales étapes de la méthode de recherche-action utilisée dans ces pays :

1	-Sélection d'un groupe -Identification d'une zone ou région géographique -Observation de la zone ou région et recherche bibliographique
2	-Mise en place des groupes d'échange (afin de provoquer le débat, les faire parler sur la problématique centrale et des problématiques connexes à travers des données issues des méthodes multiniveaux).
3	-Définir le rôle du coordinateur du groupe : réfléchir à des outils, d'un matériel pédagogique, comment provoquer le débat, synthétiser les principales idées, mettre les personnes à l'aise pour parler, mettre en lumière les points positifs et négatifs qui sont exprimés par rapport à la problématique principale.
4	-Préparation des ateliers : préparés à l'avance, mais rien n'est réalisé sans l'accord des participants. Il s'agit d'une méthode co-élaborée avec les participants, ils ont un pouvoir de décision sur les thèmes, les outils et les contenus, les prochaines étapes.

Le planning des activités qui ont eu lieu dans le cadre de la recherche-action se trouve en annexe.

3.3.5 Le niveau de participation : libre choix

Le graphique ci-dessous synthétise les niveaux de participation proposés aux co-chercheurs. En partant de l'idée que les ateliers constituent des espaces où les valeurs démocratiques, la démarche participative, et le libre arbitre sont de mise, ils pouvaient choisir à quels moments du processus d'enquête ils aimeraient participer, ce choix était entièrement respecté. Ainsi, ils étaient libres de décider si leur participation s'arrêterait au premier niveau ou s'ils voulaient participer à deux phases (par exemple celle de la structuration et celle de la restitution). Une interruption à tout moment serait parfaitement acceptée, quels que soient les motifs présentés :



Finalement, lors du premier atelier, l'un des co-chercheurs a décidé que sa participation s'arrêterait au niveau de l'analyse, le deuxième, après l'élaboration du guide d'entretien, et le troisième

co-chercheur, après la phase de mise en œuvre de l'enquête, c'est-à-dire des entretiens.

Comme je l'ai évoqué plus haut, ce premier atelier visait à promouvoir un échange entre les co-chercheurs sur le thème des soins non programmé. Pour cela, je leur ai proposé une séance en visio dans le cadre d'un brainstorming. Les logiciels utilisés pour les séances de brainstorming en visio : Wooclap et Klaxoon. Lors de l'atelier 2, les co-chercheurs ont été introduits au concept de recherche-action. Nous avons défini ensemble les objectifs du projet de recherche-action, les rôles du coordinateur et les leurs (voir en annexe : Atelier 2). Lors de l'atelier 3, nous avons d'abord analysé ensemble quels seraient les rôles d'un entretien. Ensuite, je leur ai donné quelques consignes sur la posture d'enquêteur et je leur ai présenté les techniques d'enquête. À la fin, je leur ai donné quelques conseils d'ordre pratique pour bien mener leur mission d'enquêteur dans le cadre du projet (voir en annexe Atelier 3).

Lors de l'atelier 4, j'ai passé en revue toutes les questions du guide d'entretien élaboré pour les usagers. Comme cela a été dit plus haut, les co-chercheurs ont décidé de quitter le projet après la réalisation des entretiens : l'un de co-chercheurs a obtenu un emploi, l'autre a commencé une formation et le troisième voulait poursuivre la formation commencée dans le cadre du projet, mais pour des raisons que j'ignore, elle a abandonné le projet. Cependant, même si je ne dispose pas de données pour dire que les ateliers ont été fructueux, je constate que les entretiens qu'ils ont réalisés sont de bon niveau. Ils ont réussi à appliquer les consignes transmises pendant leur formation, et les entretiens sont d'une grande richesse.

Chapitre 4 : Présentation des personnes interviewées

4.1 Les médecins :

Choix de la médecine sociale, rejet de l'exercice solitaire, réticence par rapport aux « injonctions » du gouvernement et souci de liberté

La plupart des médecins interviewés sont des femmes entre 30 et 40 ans, qui ont entre 6 et 10 ans d'expérience professionnelle et qui travaillent dans des structures de soins primaires en Île-de-France. D'une part, il s'agit de médecins qui, de par leur appartenance à ce type de structure, ont une approche globale de la médecine, fondée sur la prise en charge, entre autres, des problèmes sociaux. D'une façon générale, ils sont tous sensibles aux enjeux sociaux, environnementaux ou même psychologiques, qui dépassent l'examen clinique lors de la consultation. Cependant, ils sont tiraillés entre cette conception de la médecine et leurs réelles conditions de travail, qui ne leur permettent pas de mettre en place une médecine inclusive, qui prenne en compte l'amélioration des conditions de vie et le bien-être du patient, sans que cela représente un véritable effort de la part du médecin libéral.

Chacun dans son champ revendique les avantages procurés par son statut. Selon quelques médecins, l'exercice salarié permettrait aux médecins d'accueillir des patients sans protection sociale, de faire des dispenses de frais, mais aussi des interventions de prévention sur les territoires. Selon un médecin libéral, cela n'est pas une prérogative exclusive à l'exercice salarié :

Je pense qu'on peut travailler comme ça en médecine libérale. Pour moi, je pense qu'on peut faire de la prévention, de la prise en charge holistique. Ce que je dis à mes étudiants, c'est un peu malheureux, mais c'est comme ça, c'est qu'en médecine générale, mieux on travaille, moins on est payé, c'est-à-dire que plus vous passez, comme c'est un paiement au forfait à l'acte, et ben plus votre acte vous prend du temps, plus vous vous investissez dans cet acte en amont, en aval et pendant l'acte en lui-même, parce qu'on peut consulter en 5 minutes, en 10 minutes, moi je prends 20 pour une

consultation. Mon collègue qui décide de faire sa consulte en dix minutes, il est payé comme moi. (20)

Les salariés affirment que du fait d'appartenir à une structure salariale, ils peuvent mettre en place des pratiques qui relèveraient plutôt de la médecine sociale. Selon un médecin salarié qui travaille à Pantin, en Seine-Saint-Denis :

Et de toute façon, il y a une étude, qui a une dizaine d'années, qui s'appelle Épidaure, qui a démontré que les patients qui consultent en centre de santé étaient beaucoup plus précaires que les patients en libéral. C'est un fait. Alors, après, il y a deux choses, il y a les patients qui ont une couverture... le système français est assez bizarre, c'est-à-dire que des gens cotisent tous les mois, payent des cotisations sociales sur leurs salaires, à l'Urssaf quand ils sont indépendants et ça va alimenter les comptes de la Sécurité sociale. Et quand ils ont besoin d'un soin, on va leur demander de payer une deuxième fois le soin puis d'être remboursés de ce soin. En fait, on paye deux fois et on est remboursé qu'une fois. En centre de santé, c'est différent puisque l'on considère qu'ils ont payé, ils ont cotisé, donc, ça leur ouvre droit à des soins. On ne va pas leur faire payer ces soins, on est payés directement par la Sécurité sociale ou par des organismes complémentaires. (21)

Leur revenu est un facteur décisif dans la prise en charge globale du patient. Comme le paiement est effectué contre rémunération, tout le temps consacré à la recherche de solutions à d'autres problèmes représente un coût pour le médecin libéral. Ainsi, ce que l'on a constaté parmi certains libéraux qui ont participé à l'enquête, c'est qu'ils essayent d'établir un compromis entre leurs revenus et le temps de consultation et qu'ils font eux aussi des dispenses de frais, lorsque les patients ont l'Aide Médicale de l'État ou la CMU ou l'ALD. D'autres iront même travailler avec le réseau précarité pour recevoir des patients qui n'ont pas de couverture sociale. Ils connaissent tous les engrenages du système pour pouvoir, en tant que libéraux, pratiquer la médecine sociale.

Alors maintenant, on peut aller plus loin, je peux faire de la dispense d'avance des frais sans aucun problème quand les gens ont l'aide médicale d'État ou la CMU ou l'ALD, ça, ce n'est pas un problème. Vous avez parlé d'autre chose, on travaille avec le réseau précarité pour recevoir des patients précaires qui n'ont pas de couverture sociale. Ça, c'est faisable aussi en ville et on est payés, les feuilles de soin, on les renvoie au réseau. Alors, c'est peut-être un peu moins simple que quand on est salarié où c'est

l'administratif qui gère ça. Voilà, là, l'administratif est fait par nous. Mais c'est tout à fait possible, on est trois médecins, je pense, à travailler avec le réseau précarité. **(20)**

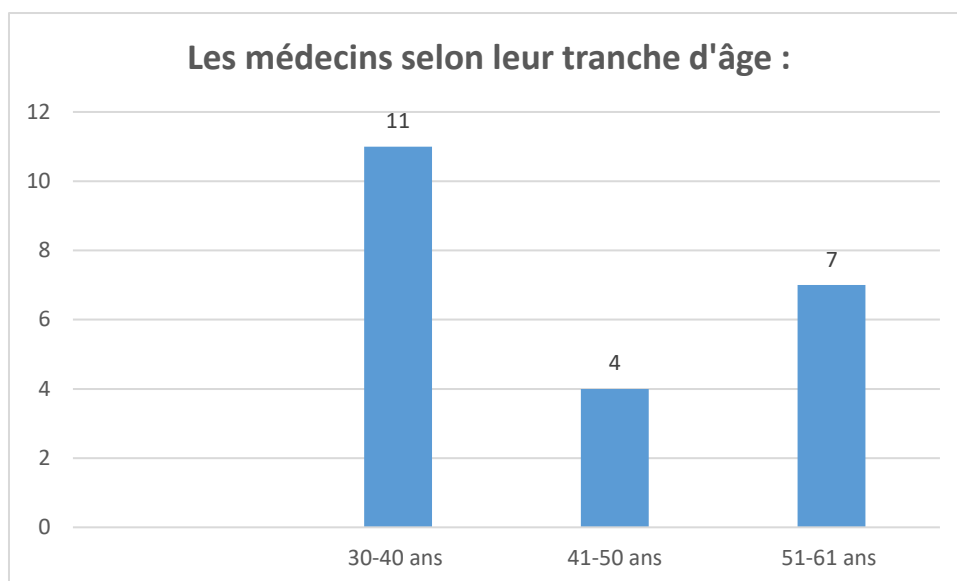
L'approche globale repose encore sur des facteurs arbitraires tels que le désir et les conditions de travail du généraliste libéral : ce type d'approche est pratiquée de manière marginale et territorialement inégalitaire.

Ce qui les rapproche, malgré ces différences procurées par leur statut, c'est leurs conditions de travail, le fait de travailler à plusieurs. À l'exception d'un médecin qui travaillait seul dans son cabinet, les autres exerçaient souvent en groupe, ce qui leur permet le partage de dossiers, le remplacement pendant les vacances, pouvoir respirer et mieux maîtriser les situations qui provoquent le stress. C'est-à-dire qu'en raison d'une meilleure répartition du travail, ils se sentent plus libres et plus en mesure de concilier leur vie familiale et professionnelle. Malgré la charge intense de travail, ces médecins considèrent qu'il s'agit d'un avantage de pouvoir compter sur l'avis et la présence de leurs confrères à leurs côtés dans la structure ou au sein du cabinet :

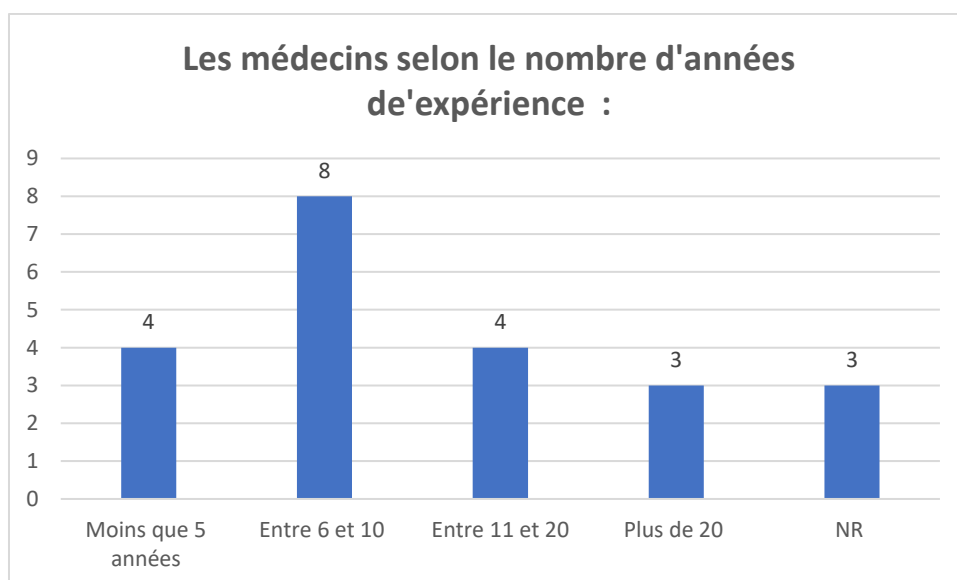
« Aujourd'hui, quand un patient vient et me dit : je veux que vous soyez mon médecin traitant... alors nous, on est un centre de santé, ce n'est pas moi le médecin traitant, c'est la structure qui est médecin traitant. Moi, je leur explique que je peux signer le contrat avec eux et que moi, mes délais de rendez-vous, c'est deux ou trois semaines, que par contre, j'ai d'autres collègues qui sont arrivés plus récemment, qu'il y a des internes qui n'ont pas leur agenda plein longtemps à l'avance et que, du coup, ils ne vont pas forcément me voir moi. Et que donc, si on signe un contrat ensemble, on signe aussi les termes du contrat. »**(21)**

Le rejet du travail solitaire fait l'unanimité. Parmi les libéraux et les salariés, les bénéfices du travail à plusieurs sont incontestables.

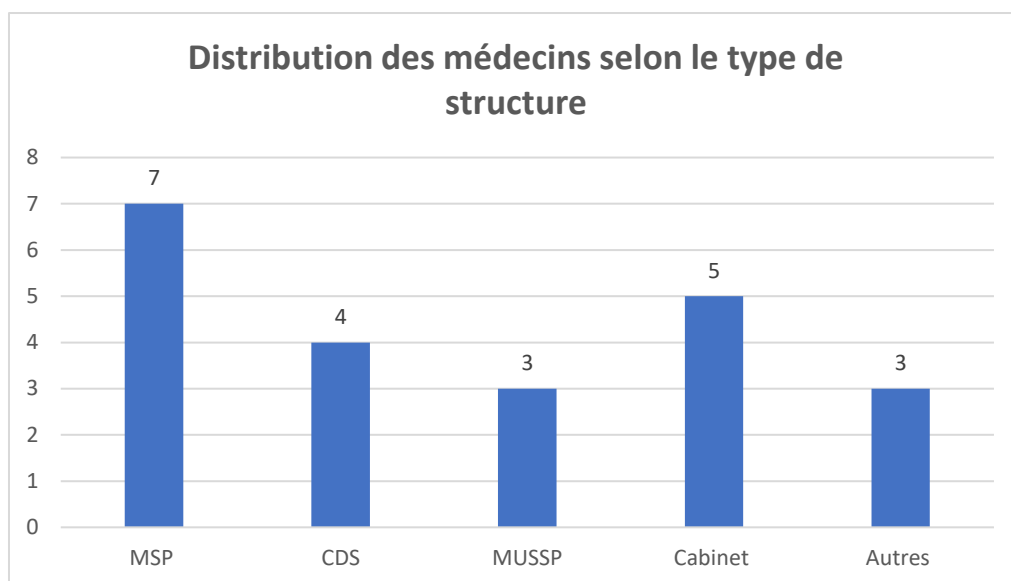
D'une façon générale, parmi les médecins interviewés, il est possible de retrouver des médecins « jeunes », ceux qui sont au cœur de leur vie professionnelle et des médecins plus âgés :



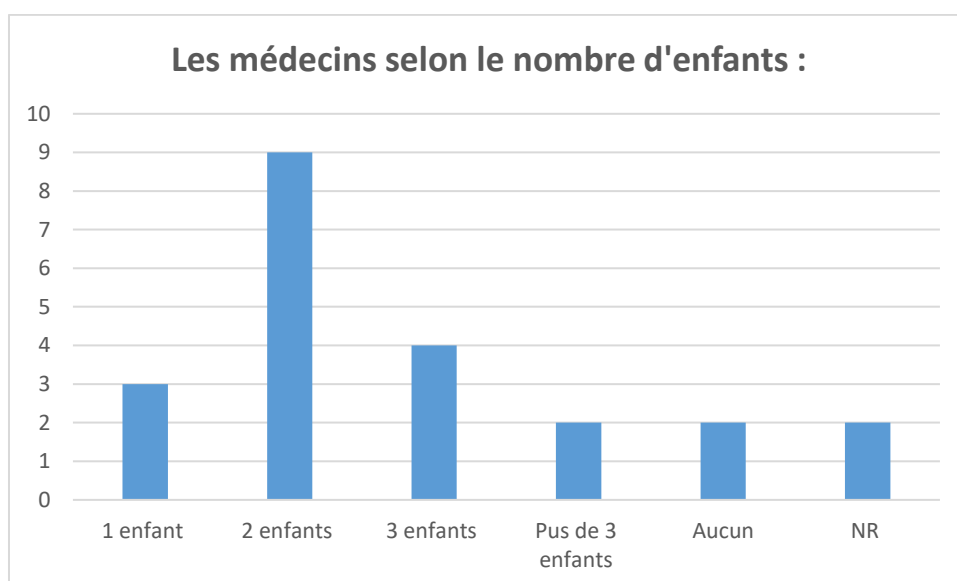
Les médecins interviewés sont également répartis selon le nombre d'années d'expérience, depuis ceux qui ont moins de 5 années d'expérience jusqu'à ceux qui ont plus de 20 années :



Il est à noter qu'il y a beaucoup plus de professionnels libéraux (14) que de salariés (8) parmi les interviewés et qu'ils appartiennent aux structures de soins primaires suivantes :



Nombreux sont les médecins qui ont des enfants et qui ont exprimé leur souhait de pouvoir concilier leur vie familiale et le travail :



Comme il a été indiqué dans la partie II, concernant la présentation des résultats, les médecins généralistes plaident leur propre liberté, et cela à plusieurs niveaux. Premièrement, par rapport à leur emploi du temps, sur lequel ils veulent garder la main, notamment lorsqu'ils sont jeunes, pour préserver leur vie privée. De plus, même s'ils sont rémunérés par la Sécurité sociale, les médecins libéraux

sont soucieux de leur rémunération, car ils ont des dépenses quotidiennes élevées : les charges locatives du bureau, les employés, les achats et la maintenance du matériel logistique, etc., mais aussi parce qu'ils souhaitent être rémunérés à la hauteur des efforts qu'ils ont réalisés pendant leur carrière. Deuxièmement, la liberté revendiquée correspond au fait d'avoir une indépendance par rapport au gouvernement qui, d'après eux, a tendance à les traiter comme des petits soldats.

4.2 Les infirmières interviewées :

Une grande connaissance de leur territoire, un besoin de travailler de façon coordonnée, un sentiment d'être absorbées par une forte demande de soins.

Les infirmières interviewées travaillent toutes en libéral auprès des patients résidant dans le périmètre qui entoure leur cabinet. La plupart ayant travaillé à l'hôpital, elles ont décidé de s'installer en ville en libéral pour pouvoir entretenir des relations « plus humaines » avec les patients. Le contact privilégié avec leurs patients et les conditions satisfaisantes de travail, malgré un rythme intense, constituent des facteurs qui contribuent à leur épanouissement professionnel.

Au total, nous avons rencontré 4 infirmières IDELs, qui travaillaient dans des communes de l'Île-de-France très éloignées les unes des autres. Leurs organisations du travail étant très diverses, elles répondaient également aux besoins des populations ayant des caractéristiques sociodémographiques particulières.

Parmi les 4 infirmières interviewées, la plupart ont entre 35 et 40 ans, travaillent dans un cabinet privé (dans la Seine-et-Marne, le Val-d'Oise et le Val-de-Marne) et ont plus de 15 ans d'expérience professionnelle.

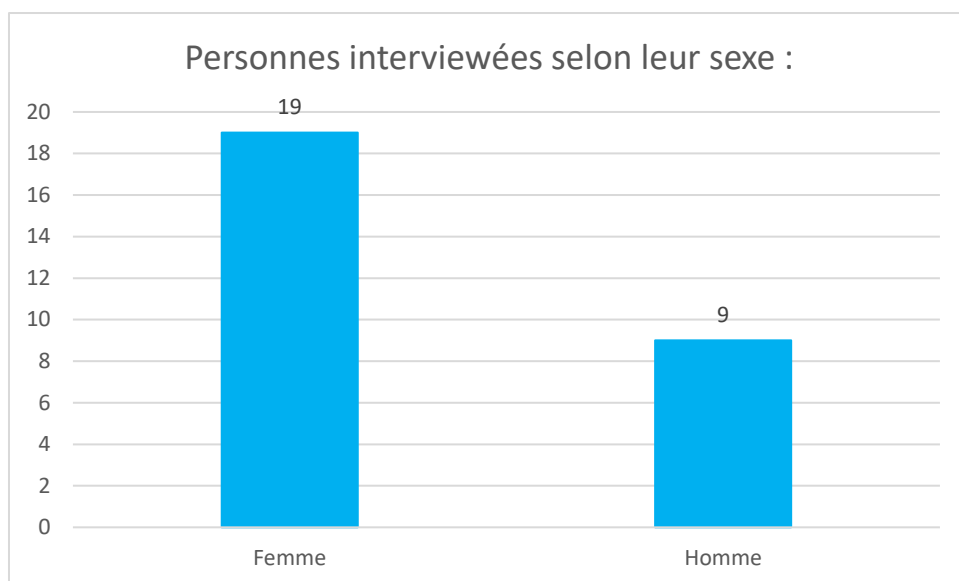
Cependant, si leurs perceptions de l'offre diffèrent, leurs perceptions sur les problématiques qui touchent le territoire se rejoignent, notamment quand elles se réfèrent aux difficultés rencontrées pour apporter une réponse à la demande de soins non

programmés provenant des personnes âgées, isolées, dont l'accès aux soins reste un énorme problème, d'où leur besoin de travailler de façon coordonnée avec les divers acteurs et institutions du territoire. Ce sentiment est partagé, quel que soit leur territoire, toutefois, elles ne disposent pas suffisamment de moyens pour mettre en place un véritable système de coordination. Elles se débrouillent comme elles peuvent, malgré leur sentiment d'être absorbées par une forte demande de soins de la population locale.

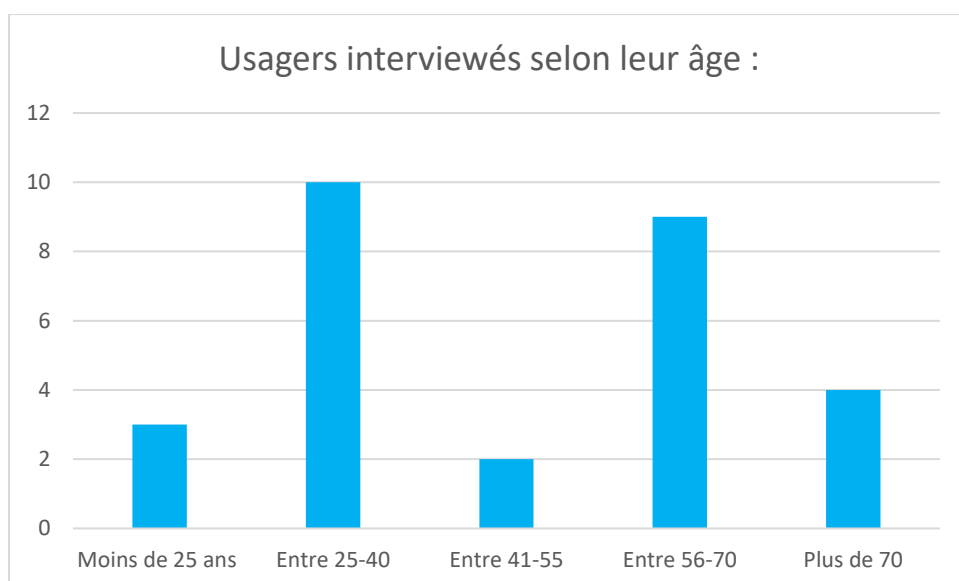
4.3 Les usagers :

Des femmes franciliennes retraitées, ou ayant un emploi flexible, provenant de tous les milieux sociaux, atteintes, parfois, d'une maladie chronique (et cela indépendamment de leur âge), et vivant dans une situation d'isolement social, voire d'un entourage très restreint.

Nous avons cherché à interviewer des usagers aux profils les plus variés. Cependant, il y a une surreprésentation de femmes qui s'explique par le fait que parmi celles-ci, beaucoup exerçaient une profession libérale et avaient une liberté pour gérer leur planning ; d'autres étaient enseignantes et étaient souvent disponibles les mercredis ; une bonne partie des retraités interrogés étaient des femmes.

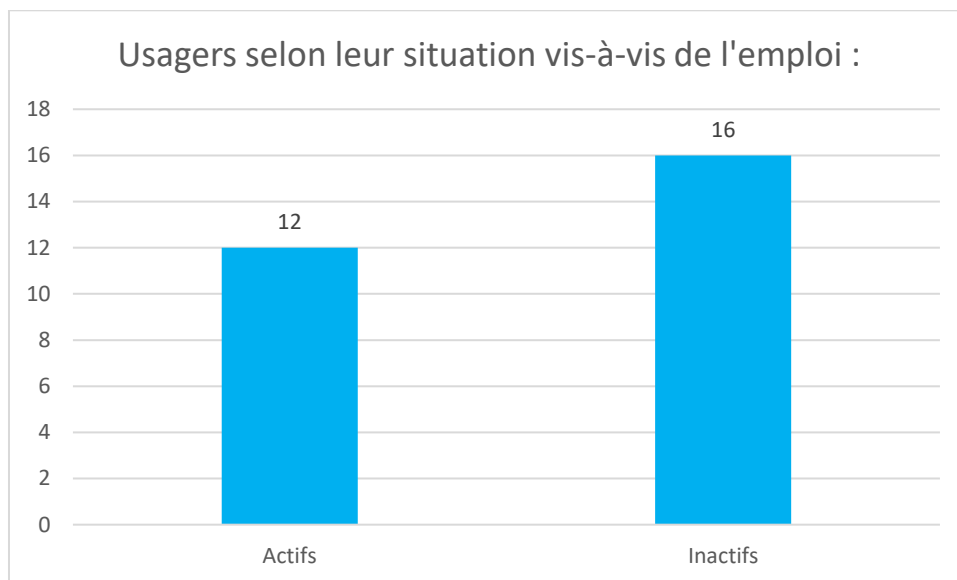


Les usagers interrogés se répartissent dans les différentes tranches d'âge – plus d'un tiers d'entre eux ont entre 25 et 40 ans, mais l'on compte aussi des personnes en fin de carrière, voire à la retraite, qui ont entre 56 et 70 ans :

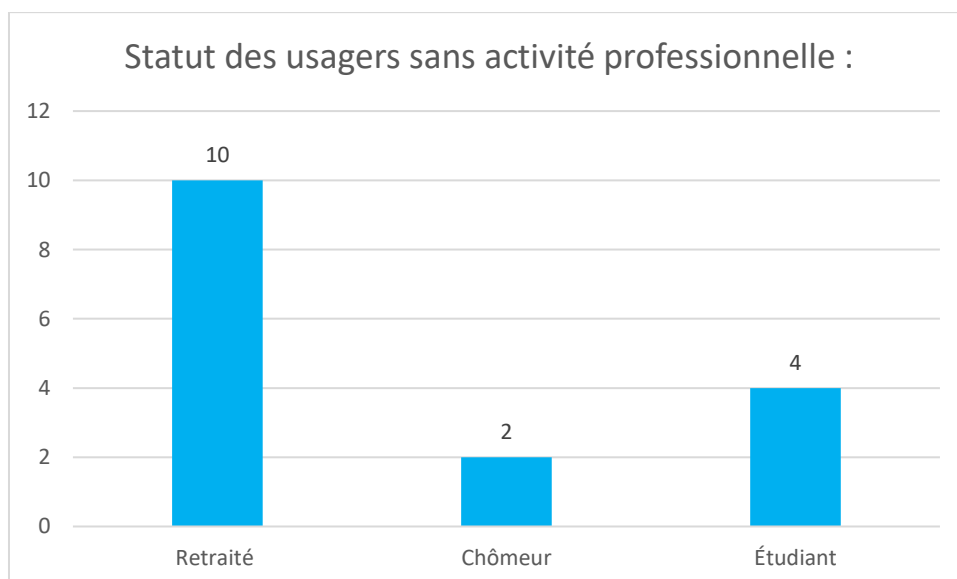


Beaucoup sont inactifs, toutefois, parmi les actifs, il est possible de retrouver des personnes de tous les milieux sociaux : des personnes

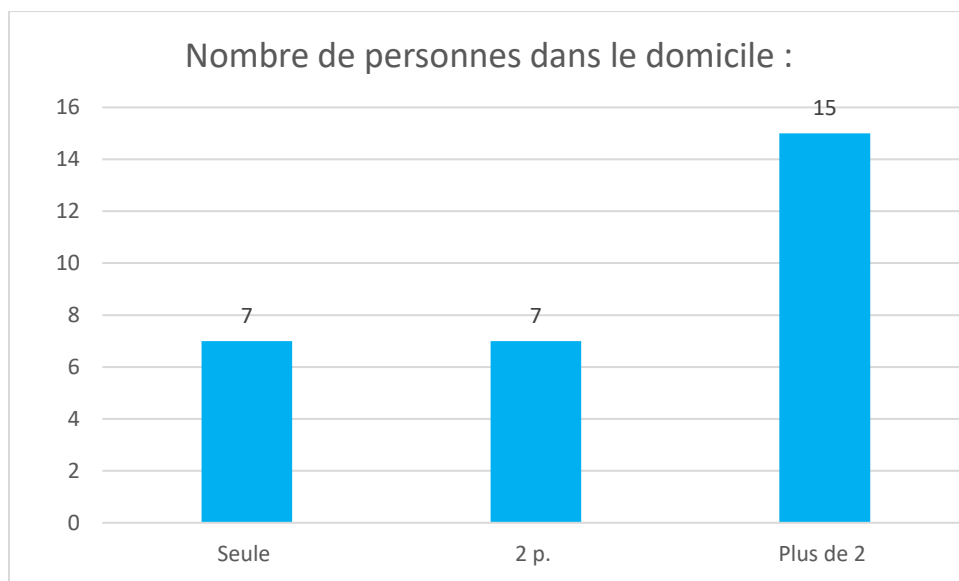
exerçant des emplois dans le secteur des services (femmes de ménage, hôtesses à l'aéroport, consultants en moyens de paiement), des fonctionnaires (des enseignantes de l'école primaire, des professionnels de santé, des ingénieurs territoriaux), des cadres du privé (informatique, associatif), et des niveaux de diplômes très variés (de Bac+2 à Bac+5).



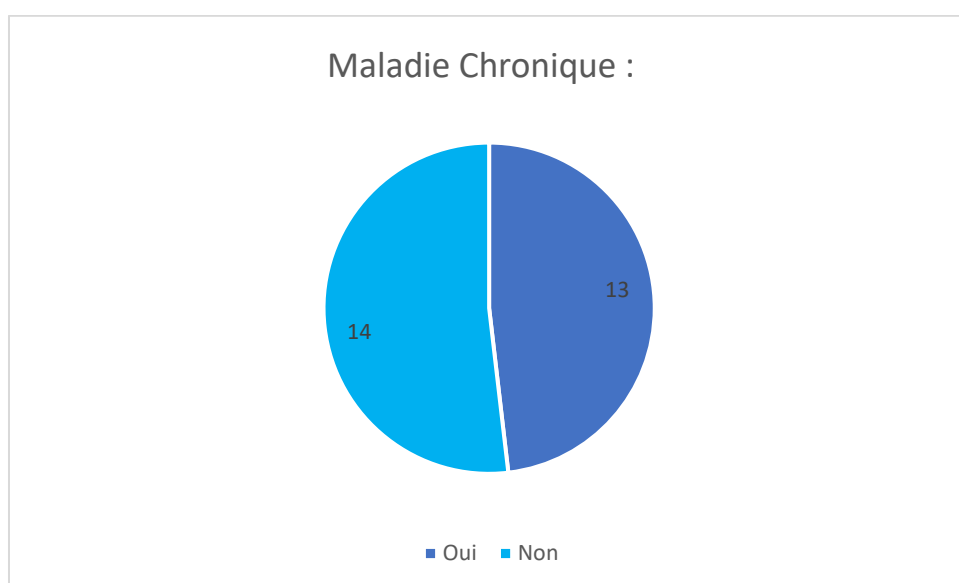
Parmi les inactifs se retrouvent de nombreux retraités qui sont des patients à domicile, parfois isolés, et d'autres, en âge avancé ou proches de la retraite, ne présentant aucun problème de santé particulier.



Parmi les usagers interviewés, plus de la moitié sont isolés ou vivent dans un ménage de deux personnes :



Plus de la moitié des usagers ont au moins une maladie chronique :



La plupart sont des Franciliens, qui habitent dans les départements de la Seine-Saint-Denis, du Val-d'Oise et de la Seine-et-Marne. Parmi les retraités, il y a une partie qui a cotisé et bénéficie aujourd'hui d'une vie confortable : ils peuvent même avancer des frais lors de leurs consultations, pour des traitements sans que cela pose un véritable problème. En revanche, d'autres ont plus de mal

à s'occuper de leur santé, leur petit salaire ou petite retraite constitue, en effet, un empêchement pour accéder aux soins.

Partie II : Résultats de l'enquête menée auprès des médecins généralistes

La partie II de ce rapport est structurée en 7 chapitres : le **chapitre 5** se focalise sur les éléments structuraux qui amènent les médecins généralistes à être plus ou moins disponibles pour répondre à la demande de soins non programmés. Dans le **chapitre 6** sont analysés les moyens de régulation de cette demande supplémentaire de rendez-vous. Dans le **chapitre 7**, il a été question de mettre en valeur les représentations qui participent de la construction de la notion (ou des notions) de soins non programmés et les représentations de la patientèle. Ces deux types de représentations, véhiculées dans le milieu médical, même si elles préexistent à la mise en place de l'enquête, ressurgissent avec une grande intensité dans le contexte actuel, marqué par une pénurie de médecins, et par une remise en question du métier de médecin généraliste. Dans le **chapitre 8**, nous avons mis l'accent sur les représentations du modèle de prise en charge des soins actuel et de l'urgence. Comment les médecins interrogés se positionnent-ils face à ce modèle, considéré par beaucoup comme hospitalo-centré ? Est-ce que c'est à la médecine de ville de s'occuper des soins non programmés ? Les chapitres **9 et 10** présentent les questionnements des médecins généralistes sur deux dispositifs mis en place par le gouvernement, le SAS et les CPTS. Ce chapitre montre les inquiétudes, les réticences et les questionnements que ces dispositifs peuvent susciter chez les médecins généralistes interrogés. Dans le **chapitre 11**, nous avons appréhendé les représentations des médecins généralistes sur la place des patients dans le système de santé. Sur le plan législatif, la France a beaucoup évolué sur ce sujet (voir la loi du 04/03/2002 dont le titre est la Démocratie sanitaire, la loi du 26/01/2016 sur la modernisation du système de santé et la loi du 02/02/2016 créant de

nouveaux droits aux personnes en fin de vie). Ce chapitre montre qu'il reste dans l'imaginaire des médecins interrogés des réticences par rapport au niveau de pouvoir que les usagers/patients pourraient avoir au sein de la CPTS.

Chapitre 5 : Les contraintes structurelles du métier de médecin généraliste

Chapitre 5.1 La nécessité de filtrer la demande due à une pression de la patientèle et la crainte de voir la qualité de son travail amoindrie

La pénurie de médecins en Île-de-France est due au départ à la retraite des médecins âgés et à la désertification médicale, laquelle a entraîné une réorganisation de la gestion du travail au sein des structures de soins primaires, voire des cabinets libéraux. Les médecins ont dû s'adapter à ces changements et mettre en place des outils pour mieux supporter la pression exercée par la patientèle de leurs territoires. La crainte de la saturation et de toutes les conséquences que cela peut provoquer (*burn-out*, baisse de rendement et de qualité) a amené certains médecins à prendre des mesures pour éviter le débordement dans les structures et cabinets privés. Ils essaient de filtrer la demande pour ne pas rencontrer de patients révoltés avec cette situation, qui vont tout de suite décharger leur colère contre eux, ou contre les structures de soins. Ils se « protègent » en surveillant de près leur agenda, puisqu'ils sont conscients que cette patientèle supplémentaire représente une charge de travail excessive, qui pourrait compromettre leur vie privée dans tous les domaines (vie familiale, vacances, etc.). Afin de préserver leur patientèle, et de lui assurer un travail de qualité, ils refusent de nouveaux patients – ce qui pour beaucoup se fait avec beaucoup de peine et de sentiments de culpabilisation. Dans l'extrait d'entretien ci-dessous, un médecin expose son angoisse par rapport au départ de l'un de ses collègues :

Au cabinet, en soi, il y a le changement, là, de notre collègue qui est parti sur M. et on sait que sur C., il y a une des médecins qui avait une grosse patientèle, qui est partie à la retraite en décembre et où, justement, on est sollicités pour prendre des patients, mais on ne peut

pas tous les... On essaye de se répartir avec les autres médecins du coin, ça va être compliqué. (9)⁴

La crise sanitaire n'a fait qu'accentuer le besoin de certains médecins de changer des modes d'organisation. Beaucoup de médecins ont dû être confrontés, pendant cette période, à leurs propres limites, parfois à une remise en question de leurs conditions de travail et des objectifs en termes de carrière, car pendant la crise Covid, leur qualité de vie a été amoindrie. L'extrait d'entretien ci-dessous est celui d'un médecin qui défend ses confrères qui ont changé leur planning pendant cette période :

Ouais, mais moi j'ai beaucoup de collègues qui ne savent pas dire non en fait, qui n'arrivent pas à mettre des limites. Du coup, on a des discussions très difficiles parmi des collègues. Moi, j'ai des collègues aussi qui, à un moment, se sont mis en arrêt pendant 4 semaines parce qu'ils en pouvaient plus, parce qu'en fait au bout d'un moment, ils ont beaucoup donné et ils ont été très fatigués, ils n'ont pas le retour attendu et ils ont dû aussi faire des pauses et ça s'est pas mal vu aussi cette année. Je pense que voilà, enfin, en tout cas, parmi les collègues qu'on a, on a tous un peu changé nos horaires de travail après l'année, ou les deux années qu'on vient de vivre. On est beaucoup à avoir une journée où on finit plus tôt ou ce genre de chose, quoi. (21)

5.1.2 Une gestion de la prise de rendez-vous tous azimuts

Indépendamment de la Crise Covid-19 et des changements que cette période a pu engendrer dans le quotidien des médecins, chaque structure a mis en place les outils qui lui semblent les plus adaptés pour gérer l'afflux de la patientèle. Le tableau ci-dessous montre le système formel de prise de rendez-vous, toutefois, il convient de noter que chaque médecin essaie de mettre en place son propre système à l'intérieur de la structure dans laquelle il travaille :

⁴ Pour plus d'information sur les personnes interrogées, veuillez vous reporter à chaque fin de citation, à l'Annexe 3 de ce rapport qui présente une liste d'informations détaillées sur chaque interviewé(e), auteur(e) de la citation.

Type de structure	Outils utilisés par la structure	Outil ajouté/rejeté par le médecin interviewé	Gestion des soins programmés au niveau de la structure
1. Maison de santé_1	Secrétaire présente aux heures ouvrables/ secrétariat extérieur/ Système de messagerie simultanée/Doctolib/Boîte e-mail pas sécurisée/Une boîte de la MSP gérée par la secrétaire/ Logiciel Bim/	N'utilise pas le secrétariat extérieur, pour des raisons économiques : chaque appel, c'est un euro.	Plages d'urgence avec un rétrocontrôle des médecins Plages en absence
2. Centre de santé_1	Doctolib et Secrétariat à distance ; secrétariats physiques ;	Utilise l'e-mail	Pas de gestion spécifique : prise en charge en fonction de l'arrivée dans le centre et des places disponibles. Urgence est vue dans la journée, tout ce qui est administratif est reprogrammé, ce qui n'est pas urgent, on programme.
3. Maison de santé_2	Site comme Doctolib, numéro de téléphone « où c'est un robot qui répond », et un numéro de téléphone qui arrive vers un télésecrétariat à des horaires précis / des secrétaires sur place (l'une en congé, l'autre n'avait pas encore pris son poste). Au moment de l'entretien, il n'y avait pas de « contact humain » dans la prise de rendez-vous.	Non	Plages de soins urgents et non programmés
4. Centre municipal de santé_1	Agent d'accueil (sur place/téléphone) ; Doctolib.	Médecin 1 : e-mail/Numéro de téléphone aux patients âgés ou visite à domicile Médecin 2 : e-mail	1) Consultation sans rendez-vous 2) Plages d'urgence 3) Plages de soins non programmés de la journée
5. Cabinet de groupe_1	Secrétaire physique, Doctolib, Télésecrétariat ; Téléconsultation ;		Consultation sans rendez-vous pour les demandes urgentes du jour, avec une priorité qui est donnée aux patients dont le médecin traitant est dans la maison de santé.
6. Maison de santé_3	Doctolib, secrétaire physique		À travers Doctolib, mise en place de créneaux qui se libèrent du jour au lendemain (des créneaux qui ne sont pas visibles, mais qui sont bloqués sur l'agenda du médecin). Des rendez-vous d'urgence sont possibles et réservés aux patients suivis à la maison de santé. Certains sont réservables en ligne la veille au plus tôt (motif « urgence »), d'autres via la secrétaire ou e-mail.
7. Cabinet de groupe_2	Télésecrétariat, pas de rendez-vous en ligne	Téléconsultation, gestion de courriels,	Des plages qui s'ouvrent le jour même

5.1.3 Un choix personnalisé en fonction des représentations de la patientèle

Il ne s'agit pas de simplement utiliser ou pas les outils qui sont mis à disposition au sein de la structure ou du cabinet. Comme il est possible de le vérifier sur le tableau ci-dessus, certains médecins ouvrent des créneaux qui, s'ils ne sont pas remplis, permettent de récupérer le retard ou de prendre quelqu'un qui demande un rendez-vous le même jour. L'idée de pouvoir paramétrer les plateformes numériques de prise de rendez-vous leur semble une bonne chose, dans la mesure où ils savent que s'ils laissent trop de créneaux ouverts, ces derniers seront pris d'assaut. Des représentations de la patientèle se trouvent derrière ces systèmes de prise de rendez-vous. L'idée que certains patients ont du mal à déterminer ce qui relève de l'urgence, par exemple, est l'une des raisons pour lesquelles l'un des médecins a préféré contrôler de près son agenda :

Parce que, du coup, les patients ont une vision de l'urgence qui est assez relative. Parfois, l'urgence, c'est « je viens de recevoir mon bilan, ma prise de sang et je veux discuter des résultats tout de suite avec vous ». Quand vous regardez la prise de sang, il n'y a rien. Et ceci m'est arrivé hier, en urgence à 18 h 30, et en fait, c'était ça, bon... **(1)**

De plus, à cette vision qu'ont certains médecins, fondée sur l'idée que les patients ont du mal à déterminer ce qui relève d'une urgence, s'ajoute l'idée qu'ils ont du mal à s'organiser.

Le problème, c'est quand les patients ont du mal à s'organiser. Quand on leur dit : bah, tous les trois mois ou six mois, faut qu'on se revoie et qu'ils arrivent quand même à arriver à chaque fois en rupture de médicaments parce qu'ils n'ont pas anticipé les choses. **(5)**

5.1.4 La peur d'être envahi par des demandes non légitimes

Le motif qui amène certains médecins à surveiller leur agenda, c'est sans doute la peur d'être envahis par des événements imprévus. Le médecin ci-dessous éprouve un véritable malaise à

l'idée de se voir dans une situation compliquée, faute d'avoir pu les anticiper :

Il y en a à qui elles vont remplir les créneaux et les collègues s'en fichent. D'autres qui vont être vachement regardants, ils vont tout vérifier, un peu comme moi. On filtre un peu plus. C'est vrai que je n'aime pas être envahi dans mon agenda de trucs non prévus **(1)**.

La vie familiale, les départs en vacances, l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle dépendent aussi de la capacité de chaque médecin à pouvoir anticiper au maximum les rendez-vous :

Dans ma pratique, par exemple, j'ai tendance à donner des rendez-vous aux gens d'une fois sur l'autre. Je prescris un examen, je sais pas, une IRM, je sais qu'il faut à peu près dans mon secteur 3 semaines pour avoir une IRM alors je donne rendez-vous au patient trois semaines plus tard. Je renouvelle un traitement pour six mois. Je donne rendez-vous au patient six mois plus tard. Ça permet aussi d'éviter les moments où je suis en vacances, puisque six mois plus tard, je sais si je suis en vacances ou pas. Je vais pouvoir donner le rendez-vous avant de partir ou en revenant. Je vais pouvoir anticiper. **(21)**

Comme parfois il est difficile de refuser une demande de soins non programmés venue de la part de patients, la crainte de découvrir pendant la consultation qu'il ne s'agit pas d'une urgence vitale, ou d'une « vraie » urgence, est aussi l'un des moteurs pour bien identifier les rendez-vous :

Je trouve qu'il est parfois difficile de dire non, alors que si on prend un petit peu de recul il n'y a pas d'urgence vitale. Mais bon, il y a les urgences ressenties et tout ça et il faut savoir l'accueillir. **(8)**

Le problème est que les oublis d'ordonnance, par exemple, doivent être gérés au moment du déjeuner, le seul moment où les médecins peuvent arrêter pour résoudre leurs petits problèmes quotidiens.

Disons que si ce sont des petites choses que je peux gérer facilement, un oubli ou une perte d'ordonnance, je le fais entre midi et deux, on va dire. Et puis je dis au patient « venez chercher » **(9)**.

Puis, quand la gestion des rendez-vous n'est pas bien faite, cela peut entraîner une conséquence négative sur le moment de la consultation.

Donc c'était inconfortable, on n'avait pas juste à se concentrer sur la consultation de la personne qu'on avait, on devait penser à j'ai vu untel dans le couloir, il va falloir que je lui réponde, j'ai cette note-là, je l'ai rajouté là, et puis comme je l'ai rajouté, il ne faut pas que je prenne trop de retard parce que sinon ça va être compliqué et je vais courir après le temps toute la journée. (8)

En raison de tout ce qui a été mentionné dans les paragraphes précédents, certains médecins ne voient d'autre solution que celle de planifier au maximum leur activité. L'exemple ci-dessous est celui d'un médecin qui essaye de planifier au maximum son activité :

Je vais essayer au maximum de planifier mon activité, de planifier le suivi du patient que ce soit de l'aigu, du subaigu ou du chronique. (21)

5.1.5 Face à la pénurie de médecins : l'impossibilité de recevoir de nouveaux patients

Cette question épineuse, à laquelle aucun médecin ne peut aujourd'hui échapper, représente finalement un véritable embarras. Si, déontologiquement, un médecin ne peut pas refuser un patient, comment faire dans des situations où celui-ci se retrouve dans un territoire marqué par une pénurie de médecins ? Afin de ne pas succomber à la pression exercée par les patients, en quête de rendez-vous, en raison du manque de médecins disponibles dans certaines communes d'Île-de-France, beaucoup de médecins interviewés n'acceptent plus de nouveaux patients. Certains médecins s'interrogent sur leur capacité à recevoir de nouveaux patients :

Je ne sais pas comment font les collègues qui ont 3000 à 5000 patients médecin traitant. C'est énorme. Donc, en tout cas, moi, j'en ai 1200 et j'estime que c'est déjà beaucoup. Donc, je n'accepte plus de nouveaux patients. (1)

Leur patientèle leur renvoie parfois l'idée qu'elle rencontre des difficultés à prendre un rendez-vous, ou à trouver un médecin généraliste. Certains usagers avouent qu'il est difficile de trouver un médecin qui les accepte en tant que médecin traitant. Selon le

médecin suivant, cela est dû à un manque d'effectifs en médecine générale :

Donc, je pense que c'est parce que les médecins sont déjà surchargés avec leur patientèle. Du coup, ils ne peuvent pas faire plus, les journées ne sont pas à rallonge, donc ils bloquent l'accès aux nouveaux patients, et donc, effectivement, si on était plus, cela nous permettrait de recevoir plus de patients, ça, c'est pour la médecine générale. (8)

La désertification médicale, le manque d'effectifs dans certaines communes d'Île-de-France ont comme conséquence l'engorgement des structures de soins primaires et des cabinets médicaux en ville. Certains médecins se sentent contraints de recevoir cette patientèle qui arrive parfois en nombre et qui, à leurs yeux, pose un problème, car, selon eux, il est parfois difficile de prendre des patients avec lesquels ils n'arrivent pas à établir une relation de confiance :

Forcément, la relation entre les patients et les patientes instaurée avec cette personne-là, elle était d'une certaine forme. Ils restent dans la même structure et donc, du coup, ils s'attendent à ce que nous fonctionnions de la même façon. Et quand ce n'est pas le cas, il faut parfois réexpliquer les choses, recadrer. C'est des profils de patients et de patientes. Chaque médecin a des patients qui lui ressemblent un peu au bout d'un moment. J'ai des collègues, je sais que leurs patients, leurs patientes avec moi, ça ne fonctionnera pas très bien. Le contact humain n'est pas le même. (1)

5.1.6 Découpage territorial, regroupement familial : des stratégies pour se protéger d'un patient inopportun

Plusieurs critères entrent au moment de réaliser le filtre. D'abord, pour certains, il s'agit d'un découpage territorial :

Quand ils ne sont pas de Pomponne, Dampmart, Carnetin, Thorigny, des 4 villes qu'on accepte, je leur dis exceptionnellement : je vous vois, mais il faut trouver quelqu'un d'autre parce que vous ne faites pas partie de notre territoire. (3)

D'autres filtrent en fonction des patients provenant d'une même famille et des patients qui arrivent à la suite du départ des leurs collègues médecins :

On filtre en prenant des connaissances de nos propres patients ou des patients qui sont adressés par certains médecins. Bah, typiquement, Dr O. qui est partie à la retraite en décembre, il y a certains patients qu'elle m'a envoyés directement. À un moment donné, il faut dire stop. (II)

Les filtres s'établissent de façon très personnalisée. Parmi les interviewés, il est possible de trouver une gamme de critères. Le médecin suivant a stipulé 3 critères bien précis. Le premier critère est de prendre des nouveaux patients qui ne présentent pas de pathologies graves, qui pourraient rallonger son temps de travail, déjà rétréci. Si, en théorie, ce médecin ne prend plus de nouveaux, il ouvre des exceptions à des patients de préférence jeunes, « qui vont bien » :

C'est des jeunes qui vont bien, etc. Qui viennent pour des problèmes de sport. Et souvent, ils me demandent en passant « et d'ailleurs, vous ne voulez pas être mon médecin traitant ? », parce que c'est pratique pour eux. Alors, dans ce cas-là, ça m'arrive souvent de les prendre. Pourquoi ? Parce qu'en fait, je sais qu'ils ne vont pas trop grever mon activité parce qu'ils ne sont pas très malades, ils n'ont pas de pathologies. (I)

Le deuxième critère qu'il adopte et qui est d'ailleurs suivi par maints médecins, c'est ce qu'il appelle le regroupement familial, et puis ça lui arrive de prendre des personnes en détresse et des personnes qui lui ont été adressées par un confrère qui est parti en centre de santé :

Donc, je fais du regroupement familial. Et puis, dernier cas, ça m'arrive aussi pour certaines urgences de cas de patients en difficulté, en détresse, que je croise en bas. Il y a un filtre par la secrétaire et parfois, je vais finir par les prendre aussi. Et dernièrement, il y a un autre filtre encore. C'est qu'on a une collègue qui est partie de la maison de santé qui n'a pas encore trouvé de remplaçant, un successeur. Donc, elle nous a déjà transmis un certain nombre de ses patients pour qui c'est pareil, ils étaient tellement en difficulté qu'on n'imaginait pas les abandonner dans la nature en disant débrouillez-vous, allez voir au Centre de Santé X s'ils ont de la place. (I)

Bien entendu, comme le dit un autre médecin, le choix de la patientèle passe aussi par la bonne entente et le respect mutuel. Le passage suivant montre clairement combien les médecins se trouvent dans une situation inconfortable, car certains patients –

peut-être parce qu'ils sont fatigués d'essayer des refus – réclament ce qu'ils croient leur appartenir, à savoir le droit d'être reçus. Ce passage montre, en outre, l'ambiance tendue qu'il peut y avoir certes par des incompréhensions et un manque de politesse de la part des patients face au refus des médecins de répondre à leurs besoins :

Donc, du coup, ça augmente le nombre de patients de toute façon. Oui, ça augmente, mais c'est aussi au feeling. On ne va pas se cacher que je ne suis qu'une humaine, quand quelqu'un me plaît, quand j'ai l'impression qu'il y a une relation de confiance qui s'établit, c'est plus facile pour moi d'accepter que quelqu'un qui estime que c'est un dû. Ça existe, je suppose. Les gens ne se rendent pas compte qu'ils s'adressent à nous parfois comme si on était un dû pour eux et donc, là, je n'ai pas envie de m'occuper d'eux. (3)

Plusieurs stratégies sont donc mises en place pour éviter de se faire prendre dans le piège de se retrouver face à quelqu'un qui se permet de faire appel à un médecin, sans qu'il y ait un vrai besoin. Le médecin suivant a bloqué l'accès en ligne des nouveaux patients, car elle croit que la prise de rendez-vous de ces derniers par internet peut engendrer des rencontres qu'elle préférerait éviter, d'autant plus que ces personnes peuvent occuper la place d'un patient habituel dont la demande de rendez-vous est tout à fait légitime :

Le nombre de rendez-vous non honorés de nouveaux patients, ça, c'est un peu gonflant, parce que c'est vraiment le côté pervers de Doctolib, c'est comme on va faire ses courses, et ils ne préviennent pas quand ils ne viennent plus, donc ça, c'est très agaçant, c'est qu'a priori, le motif n'était pas très très important ou que c'est vraiment des gens qui doivent avoir une errance médicale, donc ceux-là, je les bloque. (8)

5.1.7 L'appui insuffisant des secrétaires et des internes face aux limites de créneaux supplémentaires

Afin de « se protéger » de l'afflux des patients, et gérer de façon efficace les rendez-vous, quelques structures, voire cabinets, ont des agents d'accueil ou des secrétaires qui filtrent l'accès aux médecins. Cependant, il n'est pas rare que la secrétaire rencontre

des difficultés pour répondre aux attentes des usagers. Dans l'exemple suivant, un médecin raconte comment une secrétaire qui se rendait très disponible auprès des patients a fini par se « faire manger », car selon le médecin, c'était compliqué pour elle d'être expéditive :

Elle sert aussi de punching-ball, bah oui... Parce que les patients sont énervés, c'est comme au guichet de la SNCF quand il y a des grèves de train, c'est la personne derrière le guichet qui s'en prend plein la tête. Donc, c'est elle qui se faisait engueuler tout le temps, ce n'est vraiment pas le bon rôle. Donc, on en a pris une deuxième pour ça, pour que, des fois, justement, elle puisse s'isoler et qu'il y ait quelqu'un d'autre à l'accueil. (3)

Une autre médecin qui travaille dans une autre structure fait référence au même problème :

On a un problème, nous, d'accueil des patients avec beaucoup d'attente pour juste passer voir les secrétaires qui puissent être inscrits avant de voir le médecin et donc ça crée beaucoup d'insatisfaction du côté des patients. (7)

La gestion des secrétaires peut devenir aussi un véritable problème, quel que soit le type de secrétariat : en présentiel ou à distance. D'un côté, la secrétaire qui se trouve sur place (et qui est maintes fois formée sur le tas) rencontre comme on l'a vu des difficultés pour réaliser le filtre, faute d'une connaissance, d'un savoir-faire qui est difficilement transmis, car il est trop fondé sur plusieurs facteurs : la sensibilité, le tempérament, l'expérience et des connaissances médicales. Ces éléments deviennent d'autant plus essentiels lorsqu'elles doivent gérer des situations compliquées dues à la pénurie de médecins et à leur indisponibilité sur le lieu de travail. Les secrétaires à distance, parfois, se retrouvent dans la même situation. Le fait de ne pas connaître les patients les met dans une situation compliquée vis-à-vis du médecin. Elles rencontrent des difficultés à réaliser le filtre et à établir des priorités. Finalement, le médecin se retrouve face à un ensemble important de messages qui rajoutent parfois du stress. Cependant, comment se passer de ces outils qui malgré tout freinent l'afflux de demandes ?

Quel que soit l'outil employé, chaque médecin organise son quotidien à sa façon. Un système de rationalisations est adopté,

comme des stratégies visant à concilier la gestion du temps, l'intérêt des patients et les intérêts familiaux, personnels du médecin. Par conséquent, ce quotidien réfléchi et structuré révèle, in fine, les prédispositions de chacun. Leurs discours ci-dessous montrent deux attitudes différentes dans la façon de structurer leurs journées de travail et de répondre aux attentes de patients. Cette organisation pointe surtout les concessions et des limites de chacun, par rapport à la pression subie, en raison de la forte demande de prise en charge médicale. Le premier exemple ci-dessous provient d'un médecin qui s'appuie sur ses internes pour pouvoir répondre à toute demande supplémentaire :

Moi, comme je suis installée, j'ai un délai de rendez-vous qui varie entre 1 semaine et 15 jours en fonction des périodes. Mais par contre, j'ai un remplaçant, j'ai des internes aussi qui sont en stage et souvent les plannings de mes internes ou de mes remplaçants, ils se remplissent moins vite, donc normalement, les gens, ils peuvent avoir un rendez-vous sous 48 heures la plupart du temps. Sous 24 heures, c'est plus compliqué, mais sous 48 heures, c'est possible. (22)

Ce médecin hésite à déléguer à la secrétaire la mission de filtrer les demandes. La solution trouvée est de laisser la place au premier venant. Cependant, les créneaux supplémentaires ouverts dans la journée sont bien entendu limités, elle ne peut pas répondre elle-même à toutes les demandes de rendez-vous. Sa consœur, avec qui elle partage le cabinet de consultation, et qui se rend beaucoup plus disponible en termes d'horaires, est aussi sensible aux limites du système qu'elles ont créé. Comme elle le dit ci-dessous, lorsque toutes les propositions sont épuisées en termes de créneaux, il ne reste au patient comme alternative que de s'adresser à d'autres services d'urgence :

Par contre, on a toutes les deux notre planning où il y a des rendez-vous qui peuvent être pris à l'avance et des créneaux d'urgence. Ça permet de ne pas avoir trop de messages. Mais bon, malgré ces créneaux, il y a quand même des gens qui laissent des messages. Malheureusement, il y a des jours où je peux, des jours où je ne peux pas les rajouter. Si je ne peux pas, c'est SOS Médecins ou ma collègue si elle a plus de place ou ses internes (9).

5.1.8 Une plus forte prédisposition à se rendre disponible chez les plus âgés

Il convient de dire que la prise de rendez-vous est aussi conditionnée par la façon dont les médecins se rendent disponibles auprès de leur patientèle. Et cela est sans doute lié à la façon dont ils conçoivent leur métier, le sens qu'ils donnent à ce dernier. Certes, tous les médecins interviewés sont conscients des principes déontologiques fondamentaux qui sont à la base de l'exercice de la médecine. Cependant, il y en a certains, notamment les plus âgés, qui croient que leur métier, par le fait de frôler des situations limites, dans lesquelles il existe un réel danger de vie, exige une surveillance en continu. Ainsi, leur système de prise de rendez-vous est simple : on se rend disponible et à l'écoute de tous les patients et, par-dessus le marché, on essaie d'éliminer toutes sortes de filtres. Les propos d'un médecin ci-dessous sont très éclairants :

J'ai envie de faire le vieux et de dire que je suis de la vieille école et de dire que je pense être disponible, très disponible, mes secrétaires ont pour consigne de toujours me passer les communications dès qu'il y a un problème. Que ça ne sert à rien de discuter avec un patient pendant 5 minutes pour savoir s'il doit me le passer ou pas, il me le passe, et que jamais je ne leur ferais le reproche de me passer une communication. (6)

Certes, le médecin en question utilise plusieurs outils de communication et il peut compter sur la secrétaire. Toutefois, les outils, dans ce cas, ne constituent pas un moyen de filtrer l'accès au médecin, au contraire, ils sont utilisés par ce dernier comme moyen de contourner les barrières qui pourraient s'imposer à l'accès entre lui et ses patients :

Mes patients savent qu'ils peuvent me joindre, me parler, que ça a changé même ces deux, trois dernières années, j'ai de plus en plus d'échanges mail avec des patients, que certains patients que je choisis en accord avec eux ont mon téléphone portable. Des patients qui sont en soins palliatifs, des patients pour lesquels j'estime qu'il y a une surveillance du risque suicidaire. Je leur donne mon portable, ils peuvent m'appeler quand ils ne veulent pas de filtre. (6)

5.1.9 Une difficulté à dire non à leur entourage

Outre le contexte (désertification médicale, départs à la retraite, crise sanitaire, etc.), ce qui ressort des entretiens avec les médecins est également une appréhension par rapport au temps, le temps qui coule, qui leur échappe. Il n'est pas nécessaire peut-être de rappeler combien il est difficile pour eux de gérer à la fois les conséquences du *turn-over* des secrétaires et des collègues, les nouveaux patients et leurs patients à eux, les visites à domicile et les cas complexes (personnes âgées, mais également, les personnes parfois jeunes qui ont des maladies chroniques) et la relation patient-médecin, qui se trouve au cœur de leur vie professionnelle. En effet, ces médecins sont sollicités de partout, y compris par leur entourage. Si certains médecins ont comme principe de ne pas apporter de l'aide à un proche, sauf dans des situations extrêmes, d'autres sont plus gênés à l'idée de refuser la sollicitation d'un proche. Le médecin ci-dessous raconte combien les sollicitations qui semblent « légères » et « anodines » peuvent contribuer à augmenter le stress quotidien, notamment dans des périodes où il y a beaucoup de travail. « *Est-ce que tu peux me faire une ordonnance de... ? une lettre ?* » Le médecin en question perçoit ce type de demande comme quelque chose de très perturbant :

Sauf que quand on est sous l'eau, avec une journée en retard d'une heure et demie, c'est ressenti parfois excessivement comme un dérangement, quoi. (II)

Pour exprimer la gêne qu'il éprouve quand il est confronté à ce genre de situation, il donne l'exemple de son père qui ne comprend pas son silence :

Le truc classique, c'est mon père, par exemple, qui me demande des renouvellements, je mets une semaine à lui faire, j'oublie tous les jours. Alors il n'est pas content, il envoie des SMS en disant que je pense pas à mon pauvre père, mais il se rend pas compte que dans ma journée de travail, avoir ça en plus... (I)

Une autre médecin donne l'exemple de sa grand-mère qui n'a pas de médecin traitant à cause du départ de ses collègues et qui, depuis, la sollicite de plus en plus pour s'occuper de ses problèmes de santé et gérer son dossier médical à distance :

Tout le temps ! C'est insupportable. Alors, moi, je ne sais pas du tout dire non, je me retrouve toujours embarquée dans des histoires. Pour la petite histoire, j'ai une grand-mère qui habite à une centaine de kilomètres de Paris, dans une zone qui est encore plus déserte, désertée par les médecins qu'ici, qui a 93 ans, il n'y a plus aucun médecin qui passe la voir. C'est moi qui gère son dossier et ses pathologies à distance. C'est très difficile de faire de la médecine à distance, avec des photos, avec des ordonnances qu'on envoie par mail. Mais ça, il n'y a plus de médecins, elle vit dans une ville où il n'y a plus de médecin. [...] Ce n'était pas comme ça il y a quelques années. Aujourd'hui, c'est aussi en désespoir de cause. C'est parce qu'ils n'ont pas trouvé. Ma mère n'a pas trouvé, personne n'a trouvé. (2)

Et puis, il y a des situations dans lesquelles les éléments biographiques du médecin lui imposent une attitude de disponibilité envers ses proches, malgré lui. L'exemple suivant est celui d'une femme médecin qui est retournée dans sa région après son mariage et la naissance de ses enfants pour retrouver sa famille et qui est restée dans le secteur où elle a passé son enfance :

Et après, ce qui est délicat aussi, c'est que j'exerce à un endroit où j'étais enfant. **Speaker 1: Du coup, vous connaissez beaucoup du monde ?** Je connais beaucoup de monde. Mes parents qui me disent « Ah, au fait, tu ne peux pas prendre machin, c'est mon voisin ? » Des trucs, un peu... du coup, je me retrouve un peu à rajouter des gens par connaissance parce que c'est le père de machin qui était au lycée avec toi. Je me retrouve, si vous voulez... J'étais jusqu'au lycée dans le secteur. Donc, on se retrouve alors sollicité par ce biais-là. (9)

5.1.10 Des inégalités sur le plan numérique qui ne favorisent pas l'optimisation du temps médical, des visites à domicile perçues comme inutiles, une perte de temps :

À l'exception de ces situations délicates exposées ci-dessus, qui servent à donner une idée des types de pressions exercées sur les médecins, il y a deux thèmes auxquels il faudrait accorder une attention particulière, à savoir le partage des dossiers et les visites médicales. Ces deux composants des modes de planification du quotidien du médecin sont strictement liés à cette problématique du temps. D'une part, le partage de dossiers devrait permettre une plus grande optimisation de répartition du temps dans la journée. Que ce soit à l'intérieur des structures ou dans la relation hôpital-ville, ce partage peut accélérer l'examen médical en apportant des éléments au diagnostic fait par le médecin. D'autre part, les visites médicales, qui sont l'objet d'un véritable débat parmi les médecins, leur permettraient de combler les besoins de la patientèle plus âgée qui se trouve dans l'impossibilité de se déplacer à la structure de soins primaires ou au cabinet médical. En ce qui concerne les visites médicales à domicile, cela revient à poser la question encore une fois du filtre, car certains médecins, faute de temps, se refusent à réaliser ces visites :

Il y a une sorte de tri un peu et par exemple, il y a les visites et les demandes de visites. Je trie aussi un peu, alors là, j'en ai moins, je pourrais en reprendre un peu. **Visites à domicile ?** Oui, des visites à domicile, des patients chez qui je vais devoir aller pour assurer un suivi. Ça veut dire un certain nombre de visites. Et là, les visites, ça prend beaucoup de temps, beaucoup d'énergie. Je ne peux pas prendre beaucoup de patients à domicile. De plus, je vous avoue que je n'ai pas très envie parce que ça grève beaucoup mon organisation dans la journée, ou du moins, c'est la galère. J'ai beaucoup de retard, je reporte des trucs, ce n'est jamais très confortable. Je limite aussi les visites. (1)

Le récit d'une autre médecin est très intéressant dans la mesure où elle est consciente que ces visites prennent beaucoup de temps et elle les fait malgré tous les inconvénients que cela représente. En outre, elle estime que certains patients pourraient compter sur un moyen de transport, car ils sont en condition de se déplacer, même

si leur état de santé reste fragile. Toutefois, leurs lieux de résidence ne sont pas toujours desservis par ce type de transport. Par conséquent, le médecin doit se déplacer pour répondre à leur besoin d'avoir un avis spécialisé :

Après je suis aussi consciente que certains pourraient quand même venir à mon cabinet. C'est-à-dire qu'il y a des gens chez qui je fais la visite, si on organise un transport, en fait, ils pourraient aussi se déplacer jusque chez moi, parce que, bah, in fine, quand il y a besoin d'un avis spécialisé et quand il y a besoin d'une imagerie, ils doivent quand même se déplacer, et donc, euh, voilà, les gens sont vraiment grabataires, ce qui est vraiment très très compliqué. (21)

Le médecin suivant a six ou sept patients qui sont à domicile. Il s'agit notamment de personnes âgées qui, selon elle, ne sont pas forcément grabataires et pas forcément dans les lits médicalisés, mais des personnes qui présentent de réelles difficultés pour se déplacer : « *des personnes qui ont des troubles des fonctions supérieures, un peu démentes, et du coup, c'est compliqué de les faire venir* ». Par ailleurs, selon elle, les maisons de santé sont très sollicitées par les EHPAD et le MASS (structure d'accueil de personnes handicapées). Les médecins voient donc de leur côté à quelle distance ces institutions se trouvent de la maison de santé. Elle, par exemple, réalise ces trajets à vélo et préfère ne pas se déplacer très loin. Habituee à soigner cette patientèle, elle donne son avis sur le fait d'être trop sollicitée par ce type d'institution :

Les médecins coordinateurs, ce n'est pas simple d'en trouver et je pense que c'est compliqué effectivement pour les soignants là-bas d'avoir une réponse médicale. Parce que soit les résidents ont gardé leur médecin traitant, donc, dans ce cas-là, le médecin traitant se déplace dans la structure, mais quand c'est des résidents qui viennent d'autres départements et tout ça, bah, ils n'ont plus de médecin traitant et c'est une problématique particulière. (8)

Les médecins libéraux, par peur d'être absorbés par ce genre de demande, ferment leurs portes aux EHPAD et ce genre de structure :

C'est vrai que pour l'instant on a tendance à botter un peu en touche, moi et mes confrères de la maison de santé, parce que si on commence à ouvrir la porte, c'est vrai qu'on a peur d'être pas mal contactés par cette structure. C'est un autre problème, ça, hein, ce genre de

structure. Donc c'est vrai que, ça, je crois que c'est un peu un problème, on ne peut pas être partout. (8)

Quant à la question du partage des dossiers, on voit que malgré le progrès qu'il y a eu par rapport à quelques années, il reste encore des choses à améliorer. À ce propos, les médecins interrogés ont soulevé quelques points importants. Certains nous ont fait part de leur difficulté à communiquer avec l'hôpital. Cela reste un point qui divise les médecins. Certains estiment que la relation s'est fluidifiée par rapport à il y a quelques années, d'autres rencontrent toujours des problèmes à ce niveau :

Oui, parfois, parce que même sans forcément d'hospitalisation, des patients qui sont en cours de suivi par un service hospitalier et on reçoit les comptes rendus trois mois après, on les voit entre-temps. On ne sait pas ce qui a été fait par l'hôpital et du coup, on est un peu dans un flou artistique. On se retrouve à devoir gérer au quotidien entre guillemets. Et on n'a pas forcément les grandes lignes de l'hôpital pour savoir comment gérer le patient. Et tant qu'on n'a pas les infos de l'hôpital, c'est délicat. Ça dépend des services, mais il y a encore quelques fois où on se retrouve en difficulté parce qu'on n'a pas les infos de l'hôpital. (9)

Un autre médecin qui travaille dans un centre de santé et un hôpital peut utiliser des moyens numériques sophistiqués qui lui permettent de connaître le dossier de ses patients. Cependant, elle adhère parfois à l'ancienne méthode, car la connexion à ce type de plateforme demande trop de temps :

Donc, nous, il y a différentes choses. Moi, par exemple, j'ai... toujours vu que j'ai cette activité avec l'hôpital X, j'ai un VPN⁵, ce qui fait que j'ai accès avec mon ordinateur à l'hôpital et que j'ai accès aux logiciels métier de l'APHP qu'on peut consulter. Et puis quand même, sur le dixième (arrondissement), il y a un portail qui est créé, un portail ville-hôpital qui est créé et sur lequel n'importe quel médecin peut se connecter avec sa carte CPS professionnelle. On peut également avoir accès à l'ensemble du dossier médical, en fait. Mais clairement, se connecter sur ces plateformes, ça prend toujours une plombe, trois quarts du temps on interroge nos patients simplement. (2)

D'autres médecins ont néanmoins souligné dans leurs discours la résistance de leurs collègues à passer au numérique :

Oui, j'ai deux collègues qui sont encore sur dossier papier. Ils font de la résistance acharnée au passage au dossier informatique. Et c'est sûr que

⁵ VPN – Virtual private network

leur patientèle, on ne peut pas les prendre en charge comme on prend en charge la patientèle des autres. Quand ces deux médecins ne sont pas là, à leurs patients, clairement, on peut faire du dépannage, mais pas beaucoup plus, parce qu'on n'a pas accès. Ou alors, il faut aller chercher le dossier papier en admettant que le collègue ou la collègue ait noté les informations, que ce soit facile de le retrouver parce que c'est aussi une façon d'organiser l'information différente. Donc, c'est sûr que ces deux praticiens-là, clairement, leurs patientèles sont un peu à part. (5)

Donc, il est certain que l'un des avantages des maisons de santé est, comme l'ont dit de nombreux médecins, celui de pouvoir utiliser le même logiciel et utiliser les mêmes données. Cependant, parfois, les professionnels de santé ne maîtrisent pas complètement le numérique. Tout ce travail autour du système d'information interne à la maison de santé a été fait partiellement parce que c'est très compliqué pour certaines professions de s'investir dedans. En outre, très souvent, dans certaines structures, c'est au médecin de s'occuper de tout ce qui relève des moyens numériques sur les heures hors travail. Faute de moyens, ou d'investissement pour embaucher un spécialiste en la matière, la situation devient, comme le dit l'un des médecins, « intenable » :

On va le faire un peu au départ, mais au bout d'un moment, on en a marre, on laisse tomber. Et donc c'est tout un plan de travail qui disparaît. (1)

Devant tous ces obstacles, le patient reste la principale ressource pour informer les médecins de leurs pathologies. Un système un peu à l'ancienne, mais qui est perçu par les praticiens comme la principale source d'information :

La principale ressource, c'est le patient lui-même, ce qu'il raconte. Cela étant, il y a des moyens de... bien sûr, surtout qui nous amènent tous ces comptes rendus. Ça, c'est sûr, c'est ça le plus important. Le récit, c'est une vision succincte, le récit du patient, c'est une vision succincte des résultats. [...] Et puis ceux qui arrivent avec des dossiers ultraremplis, mais alors, ce qui est marrant, c'est que du coup, souvent, ils ne sont pas du tout triés. Tout est mis à la même enseigne. La facture de la Sécu comme le compte rendu du spécialiste (1)

Dans cette partie, nous avons montré comment des éléments de contexte et également des représentations sur ces derniers ont transformé les modes d'organisation des médecins traitants,

depuis la gestion de leurs agendas jusqu'à la mise en place des filtres pour pouvoir faire face à une forte demande de prise en charge médicale constituée au sein de leurs territoires. Nous avons montré les inconvénients et les avantages des outils qu'ils utilisent pour filtrer la demande et optimiser leur travail. Nous avons abordé leur surcharge de travail, leur épuisement au cours des dernières années et leurs difficultés à pouvoir combler la demande d'un suivi particulier des ménages constitués par des personnes âgées, handicapées et parfois isolées et pauvres. Cette partie montre combien ces sollicitations renforcent leur sentiment d'impuissance et de lassitude (« la confiture qui s'étale sur le pain », « on ne peut pas être partout ») et la culpabilisation. Elles justifient également, en partie, leur attitude de protection et les barrières qu'ils sont obligés d'ériger entre eux et la population de leur territoire. Dans la prochaine partie de ce rapport, il sera question d'analyser le sens que ces médecins donnent à leur pratique en se focalisant sur leur relation avec leurs patients et le type de prise en charge qui leur semble la plus appropriée.

5.2 La qualité du service rendu mise à l'épreuve



Dans cette partie, les médecins interviewés nous ont fait part des valeurs présentes dans la relation médecin-patient qu'ils croient être fondamentales. Ce faisant, ils ont pu s'exprimer sur ce qu'ils estiment être le rôle du médecin traitant. Bien entendu, ils ont abordé la relation patient-médecin sous l'angle des rapports entretenus avec l'ensemble des patients. Leur point de vue sur ce qu'ils considèrent comme important pour bien mener cette relation est la clé pour comprendre leurs attentes vis-à-vis de ces derniers. Leurs récits sont fondés notamment sur leurs expériences, toutefois, ils sont imprégnés de représentations sur ce qu'ils pensent être les attentes des patients (et d'une certaine façon l'ensemble de la société). Ces récits nous ont permis de mieux comprendre qui sont les médecins auxquels nous avons eu affaire pendant les entretiens. Cependant, cela nous a permis de comprendre que, pour certains médecins, la qualité de la relation entretenue avec les patients est aussi importante que l'expertise médicale et constitue l'un des piliers du métier de médecin généraliste. Face à ce constat, il est désormais plus facile de comprendre que beaucoup de médecins appréhendent les imprévus et tout ce qui peut désorganiser leur journée et amoindrir la qualité de ces rapports, laborieusement établis avec leur patientèle. Par ailleurs, ils sont conscients qu'il faut accueillir cette demande de soins non programmés et ils font cela, parfois, uniquement pour montrer aux patients qu'ils peuvent prendre en compte leurs appréhensions, leurs doutes et leur besoin d'être écoutés, même si médicalement la demande de rendez-vous n'est pas justifiée.

L'extrait ci-dessous est issu d'un entretien avec un médecin qui croit qu'un médecin doit être bienveillant, neutre et à l'écoute de ses patients. Il accorde beaucoup d'importance aussi à la disponibilité, car il admet que les patients sont parfois très découragés par la non-disponibilité récurrente de leur médecin généraliste :

Mais la disponibilité, en tout cas. Et donc, par rapport aux soins programmés, c'est important. Voilà, ça arrive souvent d'ailleurs que les patients changent de médecin parce qu'en fait, ils n'arrivent jamais à le joindre. Il est là, il peut les voir, mais ils n'arrivent pas à le joindre. Ou alors quand ils y vont, il n'y a que le remplaçant. Au bout d'un moment, ils ont l'impression de plus voir leur toubib, ce qui n'est pas faux. Et ça, ça joue. Je pense que la disponibilité est importante pour les patients. (1)

Certains médecins croient que le lien thérapeutique établi pendant les consultations avec les patients est essentiel. Toutefois, pour réussir à tisser ce lien, le médecin a besoin d'y croire et de se rendre disponible. Et là, on revient à la problématique du temps. Le temps de la consultation n'est pas suffisant pour établir ce lien (d'où la nécessité, pour certains, d'utiliser de nombreux moyens de communication pour être joignables et poursuivre le travail thérapeutique lorsque le patient en ressent le besoin). Comment se rendre disponible et tisser des liens aussi profonds si, par un hasard des circonstances, on est sollicité de partout ? Quelques médecins croient que c'est la possibilité de se rendre disponible et de réaliser un travail à long terme qui est au cœur de leur métier, ils s'efforcent de faire en sorte que le lien thérapeutique soit de grande qualité. Un médecin a partagé avec nous son sentiment de joie lorsqu'il a reçu le message suivant d'une patiente : « Docteur, merci, parce que grâce à vous j'ai réussi à faire le deuil de ma mère. Merci. Bonne journée ! »

Dans les paragraphes suivants, ce médecin nous a parlé des sentiments que ce message aurait pu éveiller en lui :

Vous recevez un mail comme ça, mais c'est une récompense, c'est un bonbon, quoi. Évidemment, je ne lui prescris aucun médicament à part moi. En toute humilité, voilà, c'est le lien thérapeutique qui fait ça, c'est tout. C'est tout. Et la disponibilité pas forcément en termes de temps, parce que je ne prends pas forcément des consultations très longues. Je la vois toutes les trois semaines, un mois, la consultation dure 20 minutes au maximum, mais ça a parfois duré plus longtemps. Mais là, en ce moment, c'est ça et c'est la qualité du suivi et, je pense, la qualité de l'échange qui autorisent ce genre de chose. (6)

Une autre médecin estime que le plus important dans la relation médecin-patient est la confiance. Ensuite, elle place l'engagement du médecin comme quelque chose de très important que les praticiens ne peuvent pas perdre de vue. D'après elle, « il faut savoir dire franchement quand on ne sait pas et pas essayer de noyer le poisson ». En dernier lieu, elle croit que dans cette relation, il ne devrait pas y avoir d'agression. Dans l'exemple qu'elle nous a donné, on voit clairement que cette agression est le fruit d'une incompréhension du patient des rôles joués par le médecin et le centre de santé dans lequel elle travaille :

C'est assez marrant que vous me posiez cette question aujourd'hui parce qu'en fait, hier, j'ai eu une patiente qui est arrivée, qui était très agressive dès le départ. Et je n'ai pas réussi à faire la consultation. En fait, je n'ai pas supporté de me faire hurler dessus parce qu'elle avait attendu à l'accueil, parce qu'elle voulait voir son médecin traitant. Et ça, j'ai vraiment trouvé ça trop dur. Aujourd'hui, au regard de l'investissement qu'on met dans notre métier, on ne peut pas en plus se faire crier dessus alors qu'en plus, je lui proposais une consultation. (2)

5.2.1 Deux attentes, deux mondes : reconnaissance de l'expertise et reconnaissance de l'importance de la disponibilité

D'autres médecins se sont exprimés sur leurs attentes par rapport au comportement de leurs patients. Le médecin suivant dit clairement que pour elle, le respect est le fondamental de la relation. Cela implique que le patient lui parle gentiment, qu'il arrive à l'heure, et qu'il annule son rendez-vous s'il n'est pas en mesure de l'honorer. La plus grande difficulté qu'elle observe, dans la relation entretenue avec ses patients, c'est qu'aujourd'hui le patient arrive à la consultation avec une demande précise, dont elle ne voit parfois pas la nécessité de tenir compte. Et c'est comme ça que la relation se dégrade, quand le médecin ne veut pas se plier à ce qu'il considère comme une demande expresse et infondée qui s'oppose radicalement à son expertise :

Oui, voilà, c'est d'égal à égal, c'est-à-dire que je ne me sens pas supérieur à eux. La seule chose, c'est qu'il tienne compte quand même de ce que je lui dis. Après il en pense ce qu'il veut, on peut discuter. Il y a certains patients qui viennent nous voir pour obtenir quelque chose. Voyez-vous, ils viennent, ils disent « je voudrais une radio », quoi. Moi, je vais plutôt essayer de comprendre pourquoi il veut une radio, ça ne va pas

forcément aboutir à ce qu'il veut. Ce n'est pas toujours évident, parce que même si j'ai envie d'être dans la relation avec lui et de l'accompagner, je n'ai pas forcément non plus envie d'aller prescrire des choses auxquelles je trouve qu'il n'y a pas de sens. Donc, c'est là que des fois, il peut y avoir des petits accrocs, voilà, des fois, on n'arrive pas toujours à faire comprendre au patient. (3)

Ce médecin considère que ce genre de situation est inacceptable. Lorsque son expertise n'est pas prise en compte dans la demande du patient, elle s'exaspère :

Bah, c'est ceux qui pensent que c'est un service, ils viennent, ils payent 25 euros, ils ont droit d'avoir leurs papiers, quoi ! Je me souviens, notamment, d'une dame qui m'a dit « Mais qu'est-ce que ça vous fait de me faire un papier, pour vous, ce n'est rien. Vous utilisez de l'encre sur un papier. Ce n'est rien du tout. » Alors, ce que l'on me demande, c'est mon expertise, on ne paye pas le bout de papier, on paie mon expertise. (3)

Plusieurs médecins partagent ce même constat : la relation médecin-patient est compliquée parfois, parce qu'il s'agit de mondes différents et d'attentes qui ne se rejoignent pas (ne « matchent » pas). Dans l'extrait ci-dessous, un médecin dit qu'il est bien conscient qu'il y a une divergence d'appréciation sur ce qui est primordial ou non :

Parce que je pense qu'il y a aussi ce qui est le plus important pour les patients et ce qui est le plus important pour le médecin. Ce n'est pas forcément les mêmes choses. Donc, j'essaie d'être un peu disponible quand même, parce que je sais que c'est important pour eux, mais bon, voilà. Des fois, je me force un peu à me rendre disponible parce que je sais que c'est une attente des patients et en particulier de certains patients, mais en fait, je sens que je fais un effort parfois pour eux. [...]
Parce que moi, il y a des choses parfois qui moi ne m'inquiètent pas, mais je sais qu'il y a des patients qui ont vraiment besoin de savoir qu'on est là, qu'on peut répondre à des mails et que c'est important. (5)

5.2.2 Clarté, confiance et empathie : quelques-unes de bases du lien thérapeutique, changement progressif d'un paradigme

Une autre médecin souligne qu'il est très important de répondre aux questions du patient, de l'orienter et lui donner une

explication claire sur tout ce qui a été abordé pendant la consultation.

Que la personne sorte soulagée que ça soit psychologiquement ou en tout cas qu'on ait répondu à sa problématique et qu'elle ait un plan d'action en tout cas quand elle sort [...], que ce ne soit pas vertical comme relation, comme ça pouvait être beaucoup, je pense, avant où on imposait, on donne l'ordonnance et puis on n'explique pas ce qu'il y a dessus. **(8)**

Le médecin suivant préconise l'établissement d'un climat de confiance mutuelle puisque ceci peut l'empêcher de passer à côté des choses importantes :

C'est dans les deux sens qu'eux, ils aient confiance en nous quand on leur dit de faire l'examen, c'est vraiment important, on sait qu'ils vont le faire. Et inversement, qu'eux se sentent à l'aise avec nous de nous donner tous les éléments pour qu'on puisse correctement les soigner et qu'ils n'omettent pas des choses qui pourraient nous faire tiquer. « Mince, il ne m'a pas dit ça, s'il me l'avait dit, je l'aurais tout de suite orienté là. » **(9)**

L'empathie et l'écoute constituent les meilleures qualités qu'un professionnel en santé peut avoir pour rendre un service qui, selon lui, correspond aux attentes des patients :

Si vous pratiquez une médecine comme chez nous, on accueille des personnes de toutes les nationalités, de toutes les religions, de toutes les classes sociales et que vous suivez tout au long de leur vie. À un moment donné, ils vont très bien, à un moment donné, ils vont très mal. Des patients psychiatriques, des patients chroniques, des patients polypathologiques, les patients qui n'ont rien, mais qui pensent avoir des choses. Il faut avoir une grande capacité d'empathie, des capacités d'écoute et toujours amener à « c'est un patient, c'est un patient ». Quand bien même sa demande paraît excessive, non légitime. Toujours, c'est un patient, il faut que je lui apporte la réponse et il faut que j'essaie de lui apporter la meilleure réponse possible. Et en plus ça, ce n'est pas que pour les médecins de l'équipe, c'est pour tous les professionnels de santé de l'équipe. Y compris nos accueillantes. **(13)**

Certains des médecins qui ont participé aux entretiens croient que la place des patients dans la prise de décisions est très importante. Cette posture, bien qu'elle ne soit pas unanime, reflète un changement de paradigme dans la relation médecin-patient. Ce changement dans les représentations de la place de chacun

pendant les consultations est une expérience d'apprentissage à la fois pour le médecin et le patient. D'après le médecin ci-dessous, il n'est pas facile de promouvoir le changement, car certains patients ont des difficultés à accepter leur rôle d'acteur :

Il y en a qui cherchent encore le côté un peu paternaliste, je ne vais pas leur répondre « eh bah non, je suis désolé », mais globalement, j'aime bien discuter avec mes patients. Parce que comme je dis à mes internes, il n'y a pas une bonne médecine, il y a plusieurs bonnes médecines et il y a plusieurs solutions souvent, et en fait, souvent, avant, je pense que les anciens médecins choisissaient en fait ce qui leur convenait le mieux. Moi, j'aime bien leur demander. **(11)**

Au-delà de cette transformation qui se fait progressivement concernant la place du patient dans sa relation avec le médecin traitant, le lien établi entre eux est essentiel, dans la mesure où c'est par l'échange fondé sur la confiance mutuelle que le médecin obtient les informations nécessaires pour constituer le dossier de son patient. Un dossier par lequel le médecin décèle au fil de l'eau les problématiques de santé qui affectent le patient. Selon le médecin suivant, le rôle joué par le médecin traitant consiste non seulement à apaiser le patient, à débloquer des situations qu'il ressent parfois à tort comme des urgences, mais aussi à éviter que les patients, notamment ceux qui ont les moyens, multiplient les consultations sans nécessité chez des spécialistes :

Et donc, vous arrivez à filtrer aussi les demandes. Voilà, c'est ça pour vous le rôle du médecin traitant ? Oui, parce que c'est vrai qu'effectivement, le fait que les gens soient obligés de passer par nous pour... C'est vrai qu'on oriente, il y a pas mal de choses où les gens disent « il me faut un courrier pour un gastro ou un dermato ou un machin » et finalement, on débloque le truc et ils ne vont jamais voir le spécialiste, ou ils vont le voir, mais dans un délai plus raisonnable, on aura des examens avant, on aura débloqué les choses. **(9)**

5.2.3 Le rôle oublié par le médecin traitant : cerner, désamorcer, temporiser

Devant le malaise exprimé ci-dessus, à cause des difficultés engendrées par la pénurie de médecins, j'avais l'impression que ces derniers oublièrent le rôle capital qu'ils devaient jouer pendant les consultations, tellement ils étaient préoccupés à trier la demande supplémentaire de rendez-vous. Si la plupart n'accordaient pas trop d'importance au rôle de filtre que le médecin peut jouer, un médecin a néanmoins mis l'accent sur cet aspect important. Selon ce médecin, le rôle du médecin traitant consiste à débloquent des situations gênantes pour les patients, désamorcer des choses à travers une écoute attentive et à long terme l'orienter, temporiser et éviter qu'ils se retrouvent dans des situations dramatiques sur tous les points de vue. Dans l'extrait suivant, elle souligne combien il est important non seulement pour le patient, mais aussi pour l'ensemble des professionnels de santé et pour le système de santé, que les médecins tiennent à cœur le rôle de filtre :

Au final, en discutant, on désamorce plein de choses. C'est vrai qu'on a l'avantage par rapport aux spécialistes, comme vous disiez, par rapport à ce côté relationnel, de connaître bien les gens, on arrive mieux à cerner si c'est vraiment grave. Là, par contre, on décroche le téléphone. On appelle le spécialiste en disant « c'est maintenant qu'il faut un rendez-vous et pas dans 6 mois ». On arrive à faire ce rôle de filtre et de mieux cerner ce qui est vraiment urgent, ce qui peut être temporisé. Parce qu'on connaît bien les gens et leur parcours et ça permet d'éviter parfois des situations qui se retrouvent dramatiques derrière, dans un sens comme dans l'autre. (9)

5.2.4 Méconnaissance du territoire, manque d'interlocuteurs, problématiques multiples : les limites d'une approche holistique

En ce qui concerne les patients qui ne disposent pas d'autant de moyens, et par conséquent ne vont pas consulter à droite et à gauche chez un spécialiste, c'est au moment de la consultation

avec le médecin traitant que les doutes et les angoisses sont apaisés.

La totalité des médecins interviewés ne fait pas de dépassements des tarifs horaires et travaille en secteur 1, ce qui les rend plus susceptibles de recevoir des personnes vulnérables du point de vue financier. Le tiers payant est une pratique courante lorsque le patient a la CMU ou l'AME. Tout cela montre que ces praticiens ont une conscience que la médecine est au service du patient, quel que soit son statut social. Cependant, quelques médecins interviewés considèrent que pour mieux comprendre la maladie, il faudrait la relier aux conditions socio-économiques du patient, c'est-à-dire à l'écosystème dans lequel ce dernier vit.

Aussi, à l'exception de quelques médecins, la plupart des personnes interrogées estiment que cela fait partie des prérogatives de la fonction médicale de tenir compte des besoins qui vont au-delà de l'examen clinique. Il s'agirait donc de regarder le patient et prendre en compte d'autres dimensions de sa vie, et de concevoir la prise en charge médicale à partir d'une approche globale. Cette approche écosystémique et globale en santé humaine n'est pas le propre des médecins salariés. En effet, plusieurs médecins libéraux le partagent également. Par conséquent, salariés et libéraux doivent de leur côté chercher des solutions sur leurs territoires. Les extraits suivants montrent l'importance accordée par les médecins interviewés aux nombreuses problématiques abordées par les patients pendant la consultation. Aussi, les difficultés et l'effort qu'ils doivent réaliser pour y apporter des solutions.

Une médecin installée dans son cabinet en ville estime que le volet social est très important. Elle observe les différences sociales parmi ses patients et constate que nombre d'entre eux sont dans une situation sociale moins aisée, ont beaucoup plus de difficultés pour avoir accès aux soins que les autres patients résidant dans les beaux quartiers de la ville :

Parce qu'effectivement, nous, on fait de la médecine, à la base, mais en fait, le côté social joue énormément. Effectivement, c'est quand même important de le prendre en compte parce que finalement, des patients qui n'ont aucun problème niveau social, ils vont plus facilement pouvoir voir une psychologue à défaut d'un psychiatre parce qu'ils peuvent le payer. Les problèmes sociaux, on sait que les gens ne peuvent rien faire. On sait que les gens qui ont moins de problèmes sociaux vont avoir plus

de ressources. Par exemple, on peut leur dire, à ceux qui n'ont pas de problèmes sociaux, si vous ne trouvez pas, allez sur Paris, machin. C'est des gens qui peuvent se permettre de payer un peu ou de se déplacer, mais ceux qui n'ont pas de permis, n'ont pas de... c'est plus compliqué.

(9)

Plusieurs médecins généralistes interrogés considèrent qu'il y a un enchevêtrement de différents problèmes médicaux auxquels s'ajoutent des problèmes sociaux :

Oui, oui, leur galère sociale. Oui, ils en parlent. Ça conditionne beaucoup de choses de leur santé. Oui, et on est un peu démunie dans la réponse à leur offrir. Je sais qu'il y a beaucoup de structures qui existent et on ne les sollicite pas. D'ailleurs, elles sont parfois même en manque d'activité, alors qu'en fait, il y a une demande. C'est vraiment la connexion qu'il faut faire. (1)

Il convient de noter que beaucoup de médecins ne connaissent pas suffisamment leur territoire et ne savent pas à quel endroit ils doivent adresser leurs patients lorsque ces derniers se confient pendant les consultations sur leurs problèmes de logement, d'emploi, d'argent, sur leurs habitudes de vie et leur vie privée. Par conséquent, même si la plupart de médecins considèrent important d'adopter une approche globale, celle-ci sera difficilement mise en œuvre, faute de connaissance du territoire. Ces médecins, dont certains côtoient une population en grande précarité, par le fait de connaître leurs besoins et d'être sensibles à leurs problématiques, nous ont fait part de quelques initiatives parfois un peu expérimentales, parfois définitives, qui ont abouti à des résultats qu'ils considèrent comme positifs. Ayant comme patients des personnes en situation de précarité, comme, par exemple, des personnes sans-papiers, qui n'osent pas accéder aux structures de soins par peur d'être repérées, l'un des médecins a exprimé son désir de pouvoir les adresser à une assistance sociale afin de mieux répondre à ce type de problème :

Je voudrais régler les problématiques sociales plus facilement avec elles en accès direct, en les connaissant bien, avec un rapport de confiance installé. (1)

À ce propos, il se souvient d'une expérimentation mise en place au sein de la maison de santé où il travaille par la Caisse régionale d'assurance maladie de l'Île-de-France (Cramif) :

C'était pas mal du tout. On faisait des listes de patients en demande et quand on en avait un certain nombre, en fait, l'assistante sociale venait passer une matinée dans la structure et on organisait des rendez-vous dans un cabinet libre. Et elle voyait les patients en demande sociale particulière. Ça, c'était très bien. Ça s'est un peu cassé la gueule avec le Covid... mais bon, c'est toujours dans les tuyaux. On envisage toujours de le refaire. **(1)**

Il n'est pas rare qu'à l'intérieur des Maisons de Santé et des Centres de santé il y ait des dispositifs pour permettre aux médecins, à travers un partenariat avec des institutions locales, de mieux prendre en charge leur patientèle et de pouvoir réaliser un travail plus personnalisé auprès de celle-ci :

On est quand même en lien avec le COMEDE, on a recours à eux... Un petit peu moins maintenant qu'on a notre médiatrice sociale qui nous permet de faire de la prise en charge sociale aussi, en intra ou au centre de santé. Après, on a tout ce qui est DAC, ce qui a été transformé en DAC, on avait avant le réseau AcSanté93 auquel on avait accès. On a essayé de monter un partenariat avec les conseillers sanitaires et sociaux qui sont réservés aux libéraux. Pour l'instant, on essaye de pouvoir les faire intervenir auprès des patients du centre de santé. Voilà, on a un système de partenariats... **(21)**

Dans un autre centre de santé, nous avons rencontré un médecin qui réalise avec une collègue un travail de prévention médicale auprès des personnes en grande précarité. D'après elle, il s'agit de migrants qui sont autour de la gare du Nord et de travailleuses du sexe qui ne connaissent ni l'offre de soins du territoire, ni le système de soins en France, ni le système de médecins traitants. Par conséquent, lorsqu'elles ont un souci de santé, elles s'adressent en priorité aux urgences des hôpitaux, le seul endroit connu par cette population, où elles se sentent à l'abri des préjugés, au vu de leur statut marginal. Le travail de ce médecin est d'abord de réaliser une prise en charge médicale auprès de ces personnes dans les lieux de vie et progressivement de les faire venir au centre de santé pour avoir une consultation avec un médecin traitant. En effet, son travail consiste à diffuser parmi cette population une connaissance du rôle de médecin traitant, pour lequel elles n'ont jamais eu accès au cours de leur vie.

Parmi la patientèle d'une autre médecin, il y a très peu de cas de personnes qui relèvent uniquement d'un examen médical. Ce qui ressort de son entretien, c'est que la plupart de ses patients

utilisent le moment de la consultation pour parler de leur vie privée. D'ailleurs, elle n'est pas la seule à avoir dit pendant l'entretien que beaucoup de ses patients sont en situation de détresse psychologique :

Mais c'est surtout qu'on a des situations où j'ai plein de consultations où finalement je pourrais ne pas être médecin en fait. Les gens viennent me voir et c'est des consultations où finalement on va aborder très peu de choses médicales, il y a des gens qui ne vont pas être très bien psychologiquement, je ne vais pas avoir besoin de les examiner en fait. On n'a pas examiné, on n'a pas eu à déshabiller la personne et donc on essaye d'adresser pour faire le lien avec des assistantes sociales ou à des associations. (9)

En effet, ce médecin se réjouit du fait qu'il y a depuis un an sur son lieu de travail une microstructure qui s'appelle « prose » avec laquelle la Maison de Santé pluriprofessionnelle a signé une convention financée par l'ARS. Il s'agit donc des microstructures installées dans différentes structures qui développent un travail social focalisé sur la précarité et les problèmes d'addiction. Ce travail a lieu tous les jeudis et est réalisé par un travailleur social qui travaille en binôme avec une psychologue. D'après l'interviewée, ceci permet aux médecins de ne pas passer leur temps à chercher sur le territoire des solutions pour des patients touchés par ces problématiques :

Mais ça, en fait, quand on a des situations un peu complexes de gens qui sont soit en arrêt de travail depuis longtemps ou en difficulté financière de savoir s'il y a une impossibilité pour avoir de l'aide ou des problèmes de logement, c'est pratique de pouvoir les caler sur le planning de l'assistante sociale et qu'elle nous aide un peu à dépatouiller la chose, parce que nous, je veux dire, on sait pas faire, on sait pas chercher, on est pas formés pour ça, c'est normal, ce n'est pas notre métier, on connaît les grandes lignes. Et donc, ça, c'est très agréable d'en avoir une sur place. (9)

Comme nous l'avons évoqué plus haut, les problématiques rencontrées par certains médecins sont multiples, elles vont du non-recours au droit aux violences à l'égard des femmes. En plus du vieillissement de la population, et tout ce qui accompagne l'évolution de la société (les pathologies chroniques, l'augmentation de l'espérance de vie), quelques médecins rencontrent des difficultés pour soigner des populations qui, maintes fois, n'ont pas recours aux droits fondamentaux :

Le véritable problème en France, c'est les gens qui ont des droits et qui ne les font pas valoir, des gens qui pourraient avoir une complémentaire santé solidarité ou une aide médicale d'état et qui ne font pas la demande. **C'est un problème de non-recours plutôt.** Un problème de non-recours au droit. Et donc, dans la structure X, on est PASS, donc en fait, on va pouvoir... On a l'enveloppe budgétaire qui nous permet à la fois de financer un travailleur social pour accompagner les gens vers l'obtention de droits et de financer les soins le temps que leurs droits soient recouverts. (21)

Une autre médecin croit que la solution passe par une meilleure connaissance du territoire et la mise à jour des initiatives locales qui y existent. À ce propos, elle estime que c'est important d'avoir la médiation en santé pour accompagner les patients qui ont besoin d'un accompagnement, car elle ne peut pas faire de « l'accompagnement individualisé » pour tous ses patients. Selon elle, le manque de connaissances des institutions sociales locales limite l'accès des médecins à certaines ressources, les médecins ont donc l'impression de passer à côté des initiatives qui ont lieu sur le territoire :

On l'a vu il y a deux semaines lors de la réunion de formation, il y a une association de sophrologie qui est venue nous voir, parce qu'ils font plutôt des ateliers destinés aux femmes victimes de violences, etc., mais en fait, si ma collègue qui est dans le groupe de travail des violences ne les avait pas rencontrés à une journée dédiée, et du coup avait échangé avec elles et les avait invités chez nous, jamais je n'aurais été au courant de ces ateliers, quoi. (5)

De toute façon, la majorité des médecins se sent démunie par rapport à ce type de demande. Un autre médecin qui s'est montré très sensible aux divers problèmes qui touchent leur patientèle avoue « être en échec » pour identifier un circuit des soins précis. Afin d'illustrer sa perplexité face à certaines demandes, il nous a fourni un exemple, celui d'une personne qui se trouve en état de détresse à son travail, qui demande une rupture conventionnelle et qui se voit opposer un refus. Lorsqu'il est confronté à ce type de demande, il ne sait pas comment réagir :

Mis à part lui dire d'aller consulter un avocat spécialisé en droit du travail, parce que moi je peux vous aider dans beaucoup de domaines, mais le droit du travail, ce n'est pas mon domaine, je ne peux pas. (6)

En effet, d'après lui, il ne se sent pas en mesure d'orienter son patient, car sa connaissance du territoire se limite à des

structures très connues comme, par exemple, le CCAS (Centre Communal d'action sociale). Il est très réticent sur le type d'orientation qu'il peut donner à son patient, car il ne dispose pas de moyens pour contacter les services compétents en la matière, il ne sait ni qui contacter, ni comment, ni quels seront les délais pour avoir accès à ce service :

Mais je ne sais pas ce que pourrait offrir particulièrement un syndicat, une caisse de retraite. Quelles sont les spécificités exactes de ces personnes que je viens de nommer par rapport au service social de la Caisse d'assurance maladie ? Qui est-ce qui vous dira quoi ? Quels sont les délais de rendez-vous ? Voyez toutes ces choses-là également qui concourent à l'accessibilité de ces services que je ne connais pas bien. (6)

Face à ce constat général par rapport aux difficultés de pouvoir prendre en compte d'autres dimensions de la vie de leurs patients, faute de connaissances et de moyens, certains médecins attendent qu'un jour la solution qu'ils estiment la plus satisfaisante puisse avoir lieu. Dans l'extrait ci-dessous, un médecin nous a confié ce qu'il aimerait mettre en place pour atteindre l'objectif de prendre en compte la globalité des besoins de ses patients :

L'idéal serait qu'il y ait un décloisonnement du sanitaire et du social... Moi, je rêve de faire des consultations avec une assistante sociale en binôme. (21)

Toutefois, si certains ont des attentes par rapport à l'évolution de la prise en charge des populations en situation de précarité, d'autres, face à l'effort que cela représente, préfèrent renoncer à cet idéal, car ils considèrent que compte tenu de leurs conditions actuelles de travail, cela est un objectif difficilement atteignable. L'extrait ci-dessous montre combien certains médecins préfèrent ne pas inclure ce problème dans leur travail quotidien :

Je pense qu'on ne peut pas tout faire. Moi, je pense qu'il y a des assistantes sociales pour ça et je pense qu'on ne peut pas tout faire, donc on peut les détecter et les adresser. Mais après, ce n'est plus de mon ressort. **Donc, il y a des limites à ça ?** Je ne peux pas prendre en charge, en plus de tout mon travail, les problèmes sociaux. Et en plus, je ne peux pas faire... qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? Je n'ai pas la capacité de trouver des solutions pour ça. C'est plutôt une assistante sociale qui fait ce travail. (10)

Le cabinet de consultation, que ce soit au sein d'une structure ou en ville, devient le lieu où les habitants du territoire francilien évacuent leur mal-être. Maintes fois, comme on l'a évoqué, leurs problèmes vont au-delà de problématiques biologiques. Les médecins, d'une façon générale, partagent une vision de la santé au sens plus large et, la plupart, essaient, avec les moyens dont ils disposent d'apporter une réponse aux problématiques qui relèvent d'autres domaines, mais qui sont mêlées aux problèmes de santé. Face à la détresse humaine, certains médecins sont prêts à se mobiliser et chercher des solutions. Cependant, c'est lorsqu'ils se voient confrontés à un problème de pénurie de médecins et à une pression exercée par les nombreuses demandes qui viennent de partout qu'ils s'aperçoivent des limites de leur intervention. Dans beaucoup de cas, ils sont appelés à intervenir dans des domaines où non seulement ils ne savent pas par où commencer pour chercher une réponse, mais aussi où ils ne sont pas très sûrs si c'est au médecin à lui seul de trouver des solutions. Comme le dit ce médecin, il ne peut pas être la réponse à tous les types de problèmes.

Il y a des choses assez interpellantes, par exemple... moi, je suis assez sensible à la problématique de la violence faite aux femmes. On avait fait une problématique médicale, ce n'est pas une problématique médicale, c'est une problématique sociétale. Et donc je ne crois pas vraiment que le médecin soit en mesure de régler tous les problèmes... Il y a un certain nombre d'éléments comme ça qui deviennent d'un coup des problèmes médicaux, alors qu'en réalité, ce ne sont pas des problèmes médicaux. En tout cas, ce n'est pas un des problèmes auxquels le médecin va pouvoir apporter une réponse. (21)

Comme solution, ce médecin croit qu'il faudrait avoir des transformations à un autre niveau. Le médecin peut recevoir la demande du patient, mais pour pouvoir y apporter une réponse, il faudrait qu'il y ait un changement structurel pour qu'il ait les moyens de le faire :

Donc, je pense que c'est la collaboration, la collaboration entre les professionnels de santé, le décroisement entre le sanitaire et le social. J'aimerais bien qu'il puisse y avoir un changement au niveau de l'organisation des réponses possibles. Et puis, de l'autre côté, l'amélioration de la connaissance du mode d'emploi par les habitants du territoire. (21)

Le malaise des médecins face à l'organisation du travail en ville peut être observé dans la partie I de ce chapitre. La partie II a montré que si d'un côté, les médecins essayent de se protéger, de l'autre côté, ils sont très préoccupés par la qualité de leur travail et les incidences de cette organisation chaotique retrouvée en ville sur la relation établie avec leurs patients. En se basant sur leurs représentations de ce qu'attend leur patientèle de cette relation, ils croient qu'ils ne sont pas en mesure de se rendre plus disponibles, comme celle-ci pourrait l'espérer. Mais ils voient que les soins non programmés représentent une remise en question des valeurs qui sont pour eux très précieuses dans la relation établie avec leurs patients.

Dans la prochaine partie, nous verrons qu'il existe des mécontentements par rapport à certains aspects liés au travail. Des mécontentements qui in fine vont influencer leur comportement par rapport aux décisions gouvernementales. Sans le dire ouvertement, ils savent qu'une bonne partie des problèmes qu'ils affrontent dans leur quotidien est due à des mesures qu'ils considèrent comme inappropriées, ou à un manque de mesures tout court qui pourraient du moins faciliter la gestion des problèmes quotidiens. Cependant, faute d'un dialogue avec « l'institution », ils sont face à des injonctions qu'ils doivent intégrer dans leurs pratiques. Toutefois, ces mécontentements n'affectent pas seulement leur disponibilité à coopérer avec l'institution, cela crée une insatisfaction au travail, des incompréhensions et, parfois, l'indignation. En effet, certains estiment qu'ils ne sont pas entendus, qu'ils sont dévalorisés, et que malgré leur investissement personnel dans des projets d'intérêt général, ils ne sont pas suffisamment reconnus par les instances de pouvoir soit, car elles ne leur donnent pas les moyens pour concrétiser ces projets, soit, car elles ne reconnaissent pas l'importance de certaines de leurs initiatives.

5.3 Rapport de force, rémunération et libération du temps médical, trois défis à relever

Lorsqu'on a abordé le rapport au métier auprès des médecins qui ont participé à l'enquête, ils ont focalisé leurs réponses autour d'un sujet fondamental : les mesures libératrices du temps médical.

Avant d'approfondir ce thème, il convient de souligner que certains médecins partagent un avis très pessimiste par rapport au système de santé tel qu'il se présente actuellement. En effet, ils croient que celui-ci est au bout de souffle, et à ce propos, ils ne cessent de se référer aux locaux insalubres, au manque d'effectifs (soignants et infirmiers) dans les hôpitaux et en ville, à des rémunérations qui laissent à désirer, à des horaires à « rallonge », enfin un système complètement « délabré ». Bien entendu, la crise sanitaire n'a fait qu'aggraver la situation, et les critiques contre le gouvernement s'intensifient. D'après ces médecins, la crise s'éternise, les politiques de santé n'ont pas évolué pour apporter une réponse satisfaisante aux médecins, ils continuent à travailler dans l'urgence et sont épuisés, car les décisions traînent et ils en pâtissent. D'une façon générale, ce mécontentement vis-à-vis d'un pouvoir centralisé et bureaucratique, très hiérarchisé, qui ne sait pas travailler de façon concertée, est très ancien. La corporation formée par l'ensemble de médecins ressent un manque de communication et de prise en compte de leurs avis fondé sur leur expérience sur le terrain. Face au manque de moyens et aux exigences gouvernementales, présentes dans chaque nouvelle mesure adoptée pour répondre à l'opinion publique, les médecins s'indignent et se sentent de plus en plus impuissants et fatigués. Comme nous l'avons évoqué, le Covid n'a fait que renforcer une tension qui remonte à plusieurs années :

On est des fois énervés par la manière dont ils nous traitent. On est mis au courant au dernier moment des nouvelles recommandations. Bon là, avec l'épidémie, c'était vraiment un sketch, c'était tiré au paroxysme. Ils nous donnent des recommandations après les informations. (3)

5.3.1 Le temps médical : des perceptions et des pratiques différentes chez les médecins libéraux et les salariés

La question centrale pour beaucoup de médecins et qui a été analysée tout au long du rapport est la question de la répartition du temps. Combien de temps médical ils souhaitent et sont en mesure de consacrer à leurs patients ? En effet, tous les médecins savent qu'ils sont dans un domaine où les activités peuvent devenir rapidement chronophages et le choix de leur statut – salarié ou libéral – présente des avantages et désavantages à ce propos. L'extrait suivant est issu d'un entretien avec une femme médecin qui se réjouit de ses conditions de travail. Elle est assez satisfaite de pouvoir planifier sa vie personnelle grâce aux avantages que sa structure lui procure. Outre les avantages en termes d'horaires, elle estime que par rapport aux médecins libéraux, elle a une meilleure qualité de vie :

Effectivement, je pense que si on compare la médecine libérale et la médecine salariée, peut-être que mes collègues libéraux qui travaillent sur des horaires extensifs, etc., ils ont des revenus plus importants que les miens. Mais je trouve que ce que je gagne en qualité de vie, du fait d'avoir un cadre, de ne pas travailler tous les jours, d'avoir des horaires fixes, etc., ça me semble largement compenser l'éventuel différentiel de salaire. (5)

Les désavantages du salariat ont été soulignés par une autre médecin, qui a quitté une structure salariale pour se mettre en libéral. De son point de vue, elle voit qu'il y a des inconvénients et des avantages dans les deux régimes. Parmi les motifs qui l'ont fait passer en libéral, on retrouve le désir de libérer du temps pour se consacrer à sa vie familiale et à des projets personnels. Elle trouvait que dans une structure salariale, il fallait que les médecins s'organisent davantage les uns par rapport aux autres et que l'on anticipe davantage, par exemple, les vacances, les jours de congé, etc. Les imprévus sont limités, car chaque fois, il faut poser un jour et bien entendu jusqu'à un nombre de jours donné. Et enfin, elle n'était pas satisfaite de la pression subie, car la structure lui imposait qu'un certain nombre de patients soient vus au cours de la journée, et cela a ajouté du stress :

Il y avait aussi pas mal de pression là où j'étais avant dans le salariat sur le nombre de patients à voir en fait un peu, mais en même temps, on ne donne pas aux gens les moyens de bien travailler. (8)

Par conséquent, selon ce médecin, la gestion du temps médical ne relève pas totalement de la disponibilité du médecin, celui-ci étant contraint aux règles imposées par sa structure. Donc, si d'une part les médecins n'ont pas le droit de refuser des patients, car de toute façon, c'est la structure qui fait office de médecin traitant et il pourra être remplacé en cas d'absence, d'autre part, dans certaines structures salariées, le quotidien peut devenir stressant, à cause du nombre de patients à voir. Les médecins salariés sont rassurés par ce système de remplacement, mais ils ne peuvent pas aménager leur temps de travail comme ils le veulent. Dans l'exemple suivant, un médecin affirme que grâce à ce dernier, il ne se sent pas affecté lors d'une demande de soins non programmés.

Moi, je consulte deux jours et demi par semaine, je suis là tel jour, j'ai beaucoup de gens que je suis, donc j'ai des délais assez longs. En revanche, j'ai des collègues dans la structure qui ont des délais de rendez-vous moins longs parce qu'ils sont arrivés plus récemment. J'ai des internes. La demande de consultation non programmée ne va pas forcément être effectuée par moi. (21)

Donc, certains salariés peuvent en effet se libérer du temps, pour se consacrer à leur famille, et avoir une meilleure qualité de vie, mais ils ne peuvent pas se libérer du temps médical, et pouvoir accorder plus de temps de consultation, car souvent une limite est établie au préalable par la structure qui les encadre.

En outre, un médecin salarié doit forcément obéir à son employeur, comme tout autre employé, il n'a pas de marge de manœuvre par rapport à certaines décisions :

Dans une situation de pénurie démographique, si mon employeur me dit « tu travailles en concertation avec les acteurs du territoire », j'ai pas le choix, je suis salarié, j'exécute. (21)

Face à toutes ces restrictions imposées par le salariat, il y a des médecins qui préfèrent s'installer en ville en tant que libéraux. La médecin ci-dessous avoue qu'avant de passer en libéral, elle avait pensé qu'elle pourrait trouver plus facilement des remplaçants pour mettre en place ses projets personnels, et trouver un équilibre entre le temps médical consacré aux patients et ses projets :

Même si, bah, en contrepartie, ce n'est pas simple parce que je pensais qu'on trouverait beaucoup plus facilement des remplaçants et plus, depuis la période Covid, ce n'est pas si simple que ça de trouver des remplaçants. Donc c'est assez chronophage en fait. (8)

L'idée de liberté est intrinsèque au choix de devenir libéral, ce que réalise une partie des médecins. C'est l'image qu'il associe à ce statut qui l'attire vers lui. La médecin ci-dessous se réjouit d'avoir choisi de s'installer en tant que médecin libérale :

Pour moi, le libéral, il va avec cette notion de choix. Alors comme je ne suis pas particulièrement anxieuse sur le plan administratif, etc. Je n'ai pas l'impression d'être débordée par ça si vous voulez, même par la compta, pour tous ces trucs-là. Donc pour moi, c'est la liberté. (20)

Et elle complète le discours ci-dessus, en se disant heureuse de la souplesse que le statut de médecin libéral lui procure :

Moi, ce que je vois du libéral, c'est que...c'est de la souplesse en fait. La souplesse de mon choix d'activité, je choisis combien de patients je veux voir par jour, je choisis quand est-ce que je veux les voir, je choisis combien de temps je leur accorde. (20)

5.3.2 Revalorisation de la rémunération et lourdeur administrative : les enjeux majeurs pour libérer du temps médical

En réalité, les libéraux sont de « faux libéraux », dans la mesure où leur rémunération est financée par la Sécurité sociale. Par-dessus le marché, leur liberté par rapport au choix du nombre de patients dans la journée est relative, car ils sont payés par acte et leur rémunération est stipulée par des forfaits obéissant à des critères précis.⁶ La médecin citée dans l'extrait précédent plaide la liberté, tout en étant consciente qu'il s'agit d'une liberté qui a des limites :

On est payé à l'acte, donc la consultation à 25 euros, la visite à 35, mais il y a des forfaits, des forfaits assez nombreux qui augmentent largement ce paiement à l'acte et qui va mieux prendre en compte la patientèle, le profil de la patientèle, les gens en ALD, etc. avec des paiements forfaitaires en fonction du... donc au final, par exemple, si je vois un patient de plus de 80 ans, il va me rapporter entre guillemets au-delà de 25 euros parce que j'ai aussi un forfait, je suis son médecin traitant, il est en ALD, j'ai correctement prescrit mes vaccins grippe, etc., donc on est des faux libéraux tout de même. (20)

⁶ Si, à la base, le médecin considère que le prix de sa consultation ne suffit pas (normalement, celle-ci est estimée à 25 euros), ou que les majorations de tarifs existantes pour mieux le rémunérer ne parviennent pas à lui procurer le revenu qu'il considère comme juste, il peut augmenter le nombre de consultations par jour, et devenir ainsi inaccessible soit pour ses propres patients (déjà très nombreux), soit pour de nouveaux patients.

Les médecins estiment souvent que leur rémunération n'est pas à la hauteur des efforts réalisés dans leur vie, de la qualité du travail procuré, des efforts réalisés au quotidien pour faire face aux mauvaises conditions de travail. Par conséquent, certains parmi eux s'autorisent à avoir une patientèle très nombreuse et effectuent un nombre d'actes très élevé. La question de la gestion de rendez-vous devient très compliquée, car les sollicitations se multiplient de partout. Dans ce contexte, comment répondre aux demandes de soins non programmés ? Le problème de l'insatisfaction par rapport à la rémunération, comme on le verra, est que la seule façon de vivre des consultations, c'est de multiplier le nombre de patients. En effet, certains médecins croient qu'en libérant du temps médical ils auront une rémunération plus élevée, des médecins plus satisfaits et une amélioration de la qualité du travail. Le médecin ci-dessous ne cache pas son insatisfaction à l'égard de ce qu'il peut gagner en consultant :

Moi, je fais 2 actes par heure, je gagne 50 euros l'heure. C'est nul. Avec la médecine du sport, je gagne 10 euros de plus. Ça va un peu mieux, mais c'est nul. Moi, j'ai toujours été un gagne-petit. **(1)**

Une autre médecin croit que la paperasse prend du temps et qu'en réalité, sa rémunération est bien en deçà du temps qu'elle passe en dehors des consultations pour résoudre ce type de problème. Selon elle, il est difficile d'utiliser le temps des consultations pour régler ce genre de problème parce que le temps d'attente avant pour avoir une consultation avec elle est long, et les patients peuvent considérer son attitude comme abusive :

Je pense qu'on a quand même des horaires de travail un peu fous, qu'il y a beaucoup de temps de travail, qui n'est pas vraiment rémunéré dans le sens où, voilà, les papiers, les machins... Alors après, c'est peut-être de ma faute. J'aimerais le faire en consultation, mais c'est compliqué. Les patients ayant un délai de consultation pas croyable, si je leur fais en plus prendre des rendez-vous pour remplir tel ou tel dossier, ça en rajoute. **(10)**

En outre, elle souhaite, le cas échéant, avoir un réajustement de façon à ce que sa rémunération soit similaire à celle d'un spécialiste :

Après, je ne comprends pas certains écarts de rémunération par rapport à certains spécialistes. Mais voilà, après, le reste, ça me paraît...

Je pense qu'on pourrait avoir droit à un réajustement par rapport à certaines spécialités. **(10)**

La comparaison avec les spécialistes est inéluctable. Le médecin ci-dessous croit que le fait d'effectuer un seul acte par jour pour le même patient à 25 euros le met dans une situation de désavantage par rapport à eux :

On n'a rien à voir avec les spécialistes. Eux, ils peuvent se faire payer 100 euros les 5 minutes. Nous, ce n'est pas du tout possible, nous, c'est une consultation par jour. Parce que si vous voyez le patient le matin, le midi et le soir, c'est une consultation, mais pas le droit à plusieurs. C'est un acte par jour, par patient, 25 euros, et qu'ils vous prennent 3 heures ou qu'ils vous prennent 20 minutes. C'est rare qu'on consacre trois heures pour 25 euros. On se débrouille, on bidouille, on met un paiement supplémentaire parce que... oui, oui, on fait du montage non abusif exceptionnel. **(1)**

Et enfin, le même médecin révèle que pour pouvoir vivre des consultations, la seule façon est de multiplier le nombre de patients et le nombre d'actes par heure :

En gros, c'est un patient, 25 euros la consultation. Le problème, c'est que c'est 25 euros la consultation que vous soyez à Paris ou au fin fond de la Creuse, sauf que votre cabinet dans la Creuse vous coûte 300 balles et à Paris, il vous coûte 3000 balles. Je caricature, mais ce n'est pas loin. Et donc, l'ajustement des médecins pour leur rémunération, c'est le nombre de patients, le nombre d'actes par heure... **(1)**

Le médecin ci-dessous, qui avait souligné dans un autre paragraphe son souci de préserver sa liberté, conclut à propos de sa rémunération :

C'est sûr que si mon salaire ne dépend pas du nombre de patients que je vois, je vais choisir d'en voir 15 par jour, et les voir super bien. Moi, aujourd'hui, mon salaire dépend du nombre que je vois donc je suis obligée d'en voir un minimum quand même. **(20)**

Cela étant, certains médecins libéraux estiment que la qualité de leur travail est strictement liée au temps consacré à la consultation. Et face à toutes les demandes de rendez-vous et la pression subie, ils trouvent des moyens pour se libérer du temps médical. Le médecin ci-dessous n'hésite pas à prendre du temps pendant les consultations, quitte à avoir des retards et à déplaire à ses patients :

On n'est pas obligé de prendre du temps pour tout... mais quand même, je pense qu'il y a un minimum de temps. Je ne suis pas d'accord avec le fait de ne pas examiner un patient, pour aller vite, on peut très vite être amené à dire « vous avez mal à la gorge, c'est une angine, je vais vous donner ça », je ne suis pas du tout d'accord avec ça. Il y a plein d'erreurs possibles, même s'il n'y a pas d'erreur, c'est important pour le patient. Il faut prendre en compte sa douleur, prendre en compte le patient. Ce n'est pas juste un papier. Les patients, ils le savent. Ils savent qu'avec moi, je suis en retard, je prends le temps. **(10)**

Les médecins sont tous confrontés à une impasse : accorder plus de temps aux consultations et gagner moins, ou l'inverse. Pour certains, le premier choix semble plus conforme aux principes éthiques de la profession de médecin, mieux répondre aux besoins des patients et déboucher sur un travail de plus grande qualité. C'est en fonction de ces facteurs qu'ils élaboreront des notions de soins non programmés pour gérer ce type de demande.

En résumé

→ Face à la non-régulation des soins en ville, les médecins généralistes interrogés, notamment les libéraux, craignent d'être envahis par des demandes « non légitimes ». Ils adoptent des stratégies pour faire face à cette demande supplémentaire, toutefois, celles-ci sont parfois insuffisantes. Les médecins, face à cette situation qui leur échappe, pensent que la qualité du service rendu est mise à l'épreuve, qu'ils ne répondent plus aux attentes des patients et que leur place dans le système de santé est remise en question. Ils sont moins disponibles pour leur clientèle qui exprime une insatisfaction liée à la difficulté de prendre rendez-vous. Si, avant la pénurie de médecins, l'expertise suffisait pour satisfaire les usagers/patients, aujourd'hui, ils remarquent que c'est aussi leur disponibilité qui entre dans l'évaluation du service rendu. Cependant, ils sont de moins en moins disponibles et, paradoxalement, de plus en plus appelés à recevoir leur clientèle en urgence. Cela les contrarie, car ils ont moins de temps à accorder à leur patientèle, et pour réaliser une prise en charge holistique. De plus, en raison de la complexité des situations médicales due aux évolutions de la société (vieillesse, chronicité de pathologies, problématiques qui se cumulent), et des problèmes qu'ils rencontrent sur le terrain dus à une connaissance partielle de l'offre sociale sur le territoire, et à la difficulté de joindre des interlocuteurs, ils disposent de moins de temps. Ce temps pris par des contraintes administratives s'étiole face à la demande de soins non programmés. Les médecins généralistes libéraux questionnent la nature de leur métier, certains vont jusqu'à questionner leur place et leur rôle dans le système de santé. Ils se demandent à quoi sert cette consultation qui ne vise qu'à dépanner l'utilisateur/patient. En réponse à cette situation chaotique, certains essaient de libérer du temps médical, se retrouvent dans un rapport de force contre le gouvernement pour réclamer une rémunération plus juste.

Chapitre 6 : Quels sont les moyens de la régulation de la demande de soins non programmés ?

Dans cette section, nous présenterons les résultats concernant la façon dont chaque médecin interviewé a cherché à répondre aux demandes de soins non programmés, soit au sein de sa patientèle, soit par rapport aux demandes de nouveaux patients. En parcourant les entretiens, il est possible de noter que la plupart des interviewés abordent la gestion des soins à partir de 5 critères (sans hiérarchie particulière). Les médecins, lorsqu'ils sont confrontés à un taux de demandes de soins non programmés élevé, doivent prendre des décisions par rapport à :

1. Délégation des tâches ou des compétences

Il s'agit de transférer à une autre personne (agent d'accueil, secrétaire physique, secrétaire à distance, infirmière) le filtre des appels pour la prise de rendez-vous. Les médecins restent vigilants et font d'habitude un rétrocontrôle, mais cela dépend des compétences de la personne à qui ils estiment pouvoir confier cette tâche.

2. Ouverture des créneaux le même jour

Cette décision implique la reconnaissance qu'il existe une forte demande de soins non programmés à laquelle le médecin (ou la structure de soins) est disposé à répondre. Plusieurs façons de s'organiser existent pour répondre à cette demande : ouverture des créneaux une demi-journée, créneaux bloqués sur internet, créneaux à la fin des journées, etc.

Il s'agit d'une décision qui évolue au fil de l'eau et qui s'adapte aux besoins des patients et du (des) médecin, il y a des allers-retours, des inconvénients et des avantages, pour les uns et pour les autres, avant qu'une pratique soit acceptée comme modèle par le médecin ou l'ensemble des médecins d'une structure.

3. Mise en place de filtres et de tris

Dans le cas d'une forte demande de soins, chaque médecin établit qui sera reçu en priorité, et les critères de la prise en charge dans le cas d'une demande de soins rapide. D'abord,

ce dernier utilisera des outils pour filtrer cette demande (mise en place d'un secrétariat [physique ou à distance], Doctolib, e-mail, etc.). C'est-à-dire qu'il choisit les outils qui lui conviendront le mieux pour réguler les demandes de rendez-vous et ensuite, parmi ceux qui ont été retenus, il établit des critères d'utilisation et parfois il fait un tri, fondé sur une évaluation médicale et sur ses capacités réelles de prise en charge. Ce faisant, il stipule des priorités dans la prise de rendez-vous. Par ailleurs, il évalue aussi les délais pour apporter une réponse satisfaisante au patient. Quels délais conviennent le mieux aux besoins du patient? Combien de temps faut-il au médecin pour répondre à cette demande de soins non programmés? À ce titre, certains médecins, voire certaines structures, refusent de réaliser un tri et s'organisent autrement pour prendre en compte cette demande de rendez-vous.

4. Coordination du travail / Partage des dossiers

Une autre option est de transférer le patient à un collègue lorsqu'il a plus de disponibilité sur son horaire dans un délai rapide. Cependant, les médecins demeurent tributaires de la disponibilité de leurs collègues, que ce soit dans des cabinets à plusieurs ou dans une structure de soins.

5. Prévention et planification de l'agenda

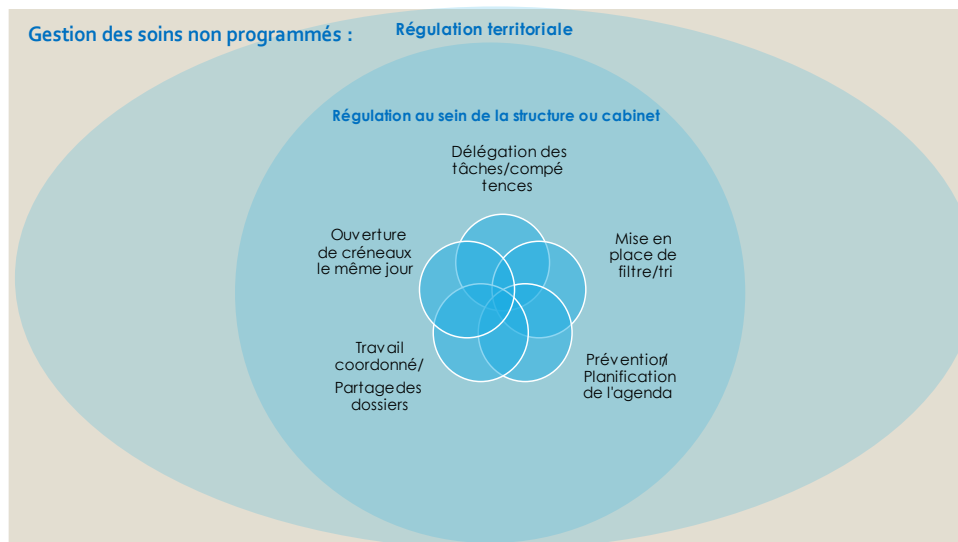
Quelques médecins se proposent de planifier au maximum leur agenda. Cela veut dire qu'ils essaient d'anticiper au maximum toutes les demandes qui peuvent entrer dans le cadre d'une demande de soins non programmés : renouvellement d'ordonnances, interprétation des examens sollicités, etc. La demande non programmée de soins est ainsi reprogrammée à chaque rencontre, de façon à ce qu'elle devienne une demande programmée et ne soit plus considérée comme une demande de soins non programmés. Cela demande une planification rigoureuse de la part du médecin et de la part du patient, un certain respect des conditions stipulées pour la prise des rendez-vous. Par ailleurs, pour éviter un taux recrudescant des demandes de soins non programmés, certains médecins préconisent la prévention par l'éducation comme une façon de freiner l'excès de demandes.

6. Éducation/Prévention :

Il s'agit d'un sujet qui fait l'unanimité entre les médecins : l'un des moyens d'amoindrir la demande de soins non programmés, c'est un travail de prévention/éducation de la patientèle.

Dans le graphique suivant, nous vous proposons une synthèse des moyens de régulation de la demande de soins non programmés utilisés par les médecins :

La régulation de la demande de soins non programmés :



La gestion des soins non programmés est conditionnée d'abord par les représentations qu'ont les médecins de l'offre de leur territoire. Dans l'exemple ci-dessous, un médecin s'appuie sur cette offre pour justifier son refus face à des demandes supplémentaires de rendez-vous. Selon lui, son territoire est assez pourvu d'offres et le patient pourra y retrouver facilement une réponse à son besoin :

On sait aussi qu'il y a ces possibilités, ce qui nous permet de dire, quand tout est vraiment plein de chez plein, on ne peut pas, et donc allez vers SOS, allez vers Sainte-Bathilde ou aux urgences si vraiment ça nécessite une prise en charge hospitalière. Donc, il y a aussi cette capacité territoriale à dire : je peux me permettre de refuser une prise de rendez-vous supplémentaire et donc de moins impacter mon quotidien. (14)

Dans les deux extraits suivants, il est possible de remarquer que tous les facteurs dont nous avons souligné le caractère significatif pour la gestion des soins non programmés apparaissent dans les discours des médecins de façon juxtaposée. Ainsi, dans le premier exemple, le médecin nous fait part de tels critères. Il nous avoue que la prise en charge des demandes de soins non programmées est réservée à ses patients, au moyen de créneaux bloqués à cette fin dans la journée, les demandes de nouveaux patients sont plutôt prises en charge par sa collègue. Ils s'alternent les jours de la semaine et arrivent ainsi à répondre à ce type de besoin en

48 heures. Lorsqu'il y a des refus, il recommande à la secrétaire d'adresser les patients vers d'autres structures/cabinets du quartier. Comme il est possible de le voir, tous les facteurs (tri/filtre, coordination/partage des dossiers, planification, disponibilité, délégation des tâches) sont des éléments constitutifs de son mode de gestion de la demande de soins non programmés, le mode qu'il a choisi ou qu'il a pu mettre en place au vu de ses conditions de travail :

Je ne vois en soins non programmés que mes patients à peu près. Sauf exception, avec des créneaux bloqués chaque jour pour y répondre éventuellement. Et les soins non programmés de patients non connus du cabinet trouvent réponse parce que j'ai une remplaçante qui les prend un jour sur deux, puisque moi je travaille le lundi, le mercredi et le vendredi et elle travaille le mardi et le jeudi et donc souvent. Du coup, quand je ne peux pas le lundi, le lendemain, elle peut éventuellement voir une urgence. Le délai à 48 heures est respecté. Cela étant, parfois, le lundi, je suis plein. Le lendemain, elle est pleine et donc on est un peu coincés. Et alors là, il y a des refus avec une réorientation des patients vers d'autres structures du quartier par la secrétaire. (1)

Le prochain exemple est celui d'un médecin qui est installé et a un délai d'attente qui peut varier entre 1 semaine et 15 jours. Elle a mis en place un système d'ouverture de 3-4 plages qui s'ouvrent le jour même pour répondre aux demandes de soins non programmés. Étant donné que son secrétariat n'a pas de formation suffisante pour évaluer l'état de santé des patients qui appellent son cabinet, les créneaux sont remplis de façon aléatoire, et une fois que ces créneaux sont remplis, le médecin se retrouve face à une demande supplémentaire. Comme dans l'exemple précédent, ce médecin a longuement réfléchi et a pris en compte dans son système de gestion des demandes de soins non programmés l'ouverture des créneaux, la délégation des tâches, la nécessité de réaliser un tri parmi les demandes de soins non programmés supplémentaires, qui arrivent lorsque les créneaux de la journée sont épuisés. En s'appuyant sur ses remplaçants ou internes, elle assure un délai de 48 heures pour répondre à cette demande supplémentaire. Si ce délai ne convient pas au patient, elle trie les demandes en fonction d'une évaluation médicale qui établit les priorités :

J'ai un remplaçant, j'ai des internes aussi qui sont en stage et souvent les plannings de mes internes ou de mes remplaçants, ils se remplissent moins vite, donc normalement les gens ils peuvent avoir un rendez-vous sous 48 heures, la plupart du temps. Sous 24 heures, c'est plus

compliqué, mais sous 48 heures, c'est possible. Et parfois, il y a des patients, voilà, 48 heures, ça ne leur convient pas, ils hésitent ou ils aimeraient pouvoir être reçus le jour même. Dans ces cas-là, soit j'estime que oui, il faut que je les voie le jour même et je les rajoute. Soit j'estime que non, ça peut attendre les 48 heures et je demande aux secrétaires de donner le rendez-vous pour dans 48 heures. (22)

Dans les prochains paragraphes, nous allons décrire les moyens de régulation de la demande de SNP utilisés par les médecins. L'analyse qui suit apporte un éclairage sur leurs avantages et désavantages.

6.1 Un filtre réalisé par des secrétaires formées sur le tas, confrontées à des situations difficiles à gérer

La nécessité d'avoir une secrétaire (physique, à distance, ou des outils numériques comme Doctolib) constitue le premier point auquel le médecin doit réfléchir lorsqu'il est face à une demande de soins non programmés, que ce soit parmi sa patientèle ou de nouveaux patients. L'embauche d'un agent d'accueil, d'une secrétaire pose beaucoup de problèmes, car ce type de professionnel est confronté à la fois au besoin de savoir tempérer et trouver des solutions lorsqu'on appelle un cabinet ou une structure pour une demande de rendez-vous. Dans la plupart du temps, les secrétaires doivent recevoir des publics très variés, avec des demandes et des comportements spécifiques, parfois agressifs, surtout dans un contexte de pénurie d'offres de soins. Elles sont aussi parfois confrontées à un public appartenant à d'autres cultures, parfois précaire, qu'il faut savoir écouter et dont il faut être en mesure d'accueillir les demandes. Beaucoup sont formées sur le tas et comptent sur leur bon sens ou leur expérience pour pouvoir affronter les difficultés quotidiennes. Dans l'extrait ci-dessous, un médecin raconte avec soulagement qu'une nouvelle secrétaire arriverait à son cabinet pour épauler celle qui est en poste et qui a fait un arrêt de travail, car elle a eu des difficultés à gérer quelques patients dont le tempérament était un peu explosif. En attendant ces changements au sein du cabinet, celui-ci répond à ces demandes par un système de télésecrétariat.

En fait, notre secrétaire, si elle est en arrêt de travail, c'est qu'il y a des raisons. C'était compliqué pour elle de faire bref avec les patients. Donc, elle se laissait un petit peu manger par les patients. Elle sert aussi de punching-ball, bah oui... Parce que les patients sont énervés, c'est comme au guichet de la SNCF quand il y a des grèves de train, c'est la personne derrière le guichet qui s'en prend plein la tête. Donc, c'est elle qui se faisait engueuler tout le temps, ce n'est vraiment pas le bon rôle. Donc, on en a pris une deuxième pour ça, pour que, des fois, justement, elle puisse s'isoler et qu'il y ait quelqu'un d'autre à l'accueil. Mais ça n'a pas été assez rapide.

(3)

L'ensemble des outils qui pourraient être utiles au médecin pour filtrer la demande de soins présente des avantages et des inconvénients. Ci-dessous, un médecin commente les difficultés qu'il a eues avec la gestion des rendez-vous réalisée par un système de télésecrétariat :

Donc j'avais à peu près 6-8 notes par jour qui me demandaient « j'ai madame machin, elle a de la fièvre, ceci cela, je n'ai plus de place sur votre agenda, qu'est-ce que je fais ? » J'avais ça en plus qui s'affichait, donc je voyais 1 note, 2, 3, 4, 5 notes donc il fallait que je voie et effectivement le secrétariat ne faisait pas tampon, filtre comme peut le faire notre nouvelle secrétaire actuelle qui n'hésite pas effectivement soit à dire non, en tout cas qui reste à trouver la solution. (9)

Les secrétaires, comme nous l'avons évoqué, sont formées sur le tas, c'est avec le temps qu'elles apprennent à connaître les patients et à répondre à leurs questions lorsqu'ils appellent la structure ou le cabinet. Comme les créneaux ne sont pas inépuisables, elles font un tri, avec un rétrocontrôle réalisé par les médecins. Leur marge de liberté par rapport au médecin est variable, elles acquièrent plus ou moins d'autonomie au cours des années, lorsqu'elles maîtrisent les conseils donnés par ces derniers et qu'elles se sentent en mesure de les appliquer au quotidien :

On trie les demandes, il n'y a jamais vraiment d'urgence vitale vraie. [...] C'est pour ça qu'on forme un petit peu notre secrétaire à recueillir ces soins non programmés s'il y a de la disponibilité dans la journée et qu'il y a des créneaux, bien sûr, on va les voir dans la journée. Soit effectivement on lui apprend à faire le tri entre l'enfant fébrile inquiétant les parents, celui qui a la cheville qui est enflée parce qu'il s'est pris dans le métro, celui-là, on va le voir rapidement effectivement, ou l'adulte qui a besoin de son certificat très rapidement parce qu'il s'y est pris au dernier moment, celui-là, en effet, ça nous agace un peu. (8)

Les secrétaires sont formées à être à l'écoute, poser des questions et prodiguer des conseils, jusqu'à ce que le médecin soit disponible :

C'est mon enfant, je ne sais pas... qui tousse, et elle va poser quelques questions qui font partie de sa formation, de son expertise, en disant « est-ce qu'il y a de la fièvre ? » Ou « c'est depuis combien de temps ? » Sans connaître les gens, elle régule ou elle fait du conseil téléphonique en disant, en ce moment, elle dit de faire un test aussi avant de venir, mais sinon, elle dit « si ça ne passe pas la fièvre au bout de... », si on lui dit que c'est un enfant, pas forcément un bébé, mais un enfant de cinq ans, elle va dire « donnez du paracétamol et rappelez ». Si elle a de la

place, elle va le mettre. S'il y avait vraiment une annulation ou une disponibilité, elle va le mettre, mais sinon elle va essayer de réguler comme ça. (12)

Au cas par cas, les médecins évaluent chaque demande de rendez-vous supplémentaire le jour de la consultation pour établir des critères et voir qui doit être vu en priorité, qui doit être refusé ou peut patienter quelques jours. Ainsi, il existe une régulation de l'accès au médecin traitant qui est réalisée à l'échelle du territoire, en fonction des disponibilités de chacun :

Oui, je pense, par exemple, un patient âgé qui avait une septicémie en fait, fin voilà, il avait vraiment un syndrome inflammatoire très élevé, il avait vraiment beaucoup de fièvre. Donc oui, lui, c'est quelqu'un que j'ai bien fait de voir le jour même, j'ai évalué comment il allait. Ou chez les enfants, je pense à une petite fille, ça fait un petit moment maintenant, c'était une crise d'asthme, quoi. Donc, elle, voilà, je l'ai prise, elle a eu un traitement. Je pense qu'effectivement il était mieux qu'elle ait le traitement aujourd'hui que 24 heures après. (...) Après, par exemple, il y a des patients que je vais prendre aussi en plus et notamment dans les suites d'annonces de cancer ou ce genre de chose. Voilà, quand je sais que ça ne va pas bien, et qu'il y a un résultat qui n'est pas bon, c'est des gens que je vais aussi recevoir, que je vais rajouter. (22)

Dans un autre cabinet, le système adopté est un peu similaire au précédent. En effet, avec l'arrivée de la nouvelle secrétaire, les médecins souhaitent modifier le système de prise de rendez-vous des patients avec une demande de soins non programmés. Aujourd'hui, leur cabinet reçoit les demandes de rendez-vous qu'ils appellent une urgence selon l'ordre d'arrivée, c'est-à-dire « premier arrivé, premier servi ». Cependant, selon le médecin suivant, cela se remplissait rapidement et « quand il n'y avait plus de place, il n'y avait plus de place. » Dans l'ancien système, la secrétaire qui était en poste lui disait : « j'ai une demande, je pense que là, ça semble quand même nécessiter une consultation ». Par conséquent, elle leur transmettait la demande et ils ne la rajoutaient que s'ils en avaient les moyens. Avec l'arrivée de la nouvelle secrétaire, ils souhaitent mettre en place un nouveau système de régulation qui puisse distinguer les urgences médicales des urgences ressenties par les patients :

Mais ce qu'on essaye de faire, la nouvelle secrétaire qui est un peu plus formée au secrétariat médical, qui a plus de bagages on va dire que la précédente, c'est d'essayer de mettre en place une régulation pour essayer, et c'est là tout l'enjeu, d'optimiser finalement le recours à ces rendez-vous urgents. Parce qu'il y a une différence entre ce qu'une personne va ressentir comme urgent et ce qui est médicalement une urgence où, dans cette situation complexe de démographie médicale difficile, on aimerait réussir à prioriser ce qui nous semble être de vraies urgences médicales, ce qui nécessite réellement une consultation ou ce qui peut être différé. Donc, c'est ce qu'on aimerait mettre en place, c'est de plus en plus de créneaux d'urgence régulés pour que justement on ne passe pas à côté de choses plus urgentes, plus graves. (14)

Un avantage des médecins qui travaillent de façon coordonnée, dans des structures de soins primaires ou cabinets, est le fait de pouvoir se faire épauler lorsqu'ils sont sollicités par un patient qui souhaite être reçu dans le cadre d'une demande de soins non programmés.

Par exemple, lundi, j'ai une des agentes d'accueil qui m'a laissé une note à propos d'un patient que je ne connais pas très bien à propos d'un traitement à visée cardiaque. Il est passé au centre et je n'avais pas de place de consultation de suivi avant 15 jours et il avait besoin de son traitement. Elles m'ont laissé une note en disant « Est-ce que tu peux lui faire son renouvellement ? Il viendra le 20 », et en fait, j'ai vu que mes internes et mes collègues avaient plein de place cette semaine, donc je l'ai orienté vers mes collègues. (21)

6.2 La délégation des tâches et des compétences : une question très controversée face à la formation jugée insuffisante des infirmières

Afin d'éviter de se retrouver dans une situation gênante, d'avoir en face quelqu'un qui a allégué une urgence, et qui est pris en soins non programmés, alors que ce n'était pas le cas, quelques médecins sont prêts à transférer à quelqu'un d'autre le « pouvoir » de réaliser un premier tri, une évaluation médicale pour justifier le besoin de se faire consulter. L'extrait suivant montre un médecin qui se dit satisfait de pouvoir compter sur le tri réalisé par les infirmières de sa structure :

Et il y a aussi le tri infirmier. Du coup, les patients sont orientés, s'il n'y a plus de place, on leur dit d'aller à l'infirmerie. Par exemple, celui qui s'est cassé la figure, il passe à l'infirmerie et là, s'il y a besoin d'une

consultation médicale au décours, c'est sûr que nous, le tri infirmier, ça nous aide beaucoup, parce qu'à partir du moment où une de mes collègues m'appelle pour me dire « j'ai besoin de toi parce que j'ai cette situation », je sais qu'il y a pas mal de choses en amont qu'ont déjà été faites. Si elle m'appelle, c'est qu'elle estime que c'est nécessaire. Et donc pour moi, ça suffit. (5)

D'une façon générale, les médecins sont partagés entre deux avis, un favorable au transfert des compétences et un autre plus dubitatif par rapport à celui-ci. L'extrait ci-dessous est un exemple d'un discours plutôt favorable à la délégation des tâches :

Alors, je pense qu'il n'y a pas forcément toujours besoin que ce soit qu'une compétence médicale. Je pense qu'une secrétaire physique, ça peut être un peu différent parce que les secrétaires physiques, elles connaissent plus les gens, elles connaissent l'histoire, etc. Je pense que dans le tri, je pense par exemple qu'un algorithme n'est pas bon pour trier, parce qu'un algorithme, il ne va pas avoir le côté relationnel de temps. Il ne va pas y avoir le côté relationnel, il ne va pas y avoir la connaissance de l'histoire, en fait de l'historique de... Donc c'est ce qui va faire que je pense qu'un algorithme est une machine et pas suffisante. Par contre je pense que non, ce n'est pas forcément que moi, je pense qu'il y a une assistance, une secrétaire physique qui pourrait le faire, ce travail, parce qu'ils vont connaître le patient. (22)

L'extrait suivant est emblématique et montre combien le sujet de la délégation des tâches est très controversé, car il repose sur des questions à la fois éthiques, de pouvoir, d'attribution de responsabilités. Certains médecins sont encore réticents par rapport à ce changement de paradigme. Le médecin ci-dessous travaille dans un cabinet de groupe qui avait embauché une nouvelle secrétaire pour expérimenter de nouveaux créneaux de régulation de la demande de soins non programmés. Si, d'un côté, le médecin était très satisfait de la création de ce nouveau poste, car il espérait pouvoir ainsi distinguer les urgences médicales des urgences ressenties par les patients, d'un autre côté, selon lui, les attributions de ce nouveau poste étaient suffisamment claires, notamment, par rapport à la question de la régulation de la prise de rendez-vous. Selon ce médecin, ce n'était pas à la secrétaire de faire la régulation, car cela relevait de la compétence des médecins. Par conséquent, la secrétaire ne pouvait ni orienter ni refuser des soins. Pour lui, le rôle de la secrétaire serait surtout du « recueil de la plainte initial au téléphone », du recueil des

informations que le patient ne dirait pas spontanément et qui pourraient modifier la hiérarchisation de la demande.

Il faut qu'elle soit compétente pour pouvoir rechercher les infos nécessaires pour pouvoir bien juger, même pour nous, si on n'a pas tous les éléments, on voit que ce qu'on voit et donc pour juger deux personnes qui ont de la fièvre, ce n'est pas la même chose selon l'âge, selon depuis combien de temps il y a de la fièvre, donc il y a quand même un certain nombre de paramètres qu'il faut avoir. Et donc c'est là toute la question, c'est est-ce qu'on arrivera à lui faire confiance et à bien la former pour qu'on puisse lui déléguer ces tâches-là. Mais clairement le choix final c'est nous qui le faisons, ça ne sera pas elle. (14)

Outre la question des responsabilités, la délégation des tâches implique un transfert de pouvoir qui, en principe, ne poserait pas de problème à ce médecin. Toutefois, pendant l'entretien, il n'a pas mesuré ses efforts pour étayer son idée selon laquelle les formations pour les infirmières sont très peu scientifiques, leurs compétences sont donc insuffisantes pour pouvoir leur déléguer des compétences :

Tout est une question de compétence. Là, actuellement, je pense qu'au niveau de la formation infirmière en France, les compétences ne sont pas suffisantes pour déléguer beaucoup de choses. On a une formation en France qui est très peu scientifique pour les infirmières, il n'y a pas du tout d'apprentissage de la lecture scientifique, de lecture critique d'articles et tout ça, et donc je pense que la formation d'IPA par contre semble être beaucoup plus approfondie là-dedans, ce qui permet aux professionnels d'acquérir des compétences, de savoir comment acquérir des compétences, quels articles lire, comment les lire, comment les critiquer. Donc pour moi, une confiance plus importante d'emblée sur la formation. Parce que dans les professions infirmières en tout cas, il y a de grosses disparités de formation. (14)

6.3 La crainte d'être relégué à une position dévalorisante

Un autre médecin a également un avis tranché sur la question de la délégation des tâches et compétences. Elle croit qu'il y a des situations qui sont plus faciles à gérer, et que si finalement ces tâches sont déléguées, les médecins seront confrontés aux questions les plus compliquées. Par conséquent, elle n'a pas un avis complètement favorable à la délégation des tâches, car en même temps qu'elle a besoin de moments simples pour se ressourcer, elle

admet que les situations compliquées lui renvoient à l'époque où elle a réalisé un stage en médecine interne :

Bien sûr, je pense qu'il y a plein de choses qu'on gère en médecine générale et en soins non programmés en particulier qui ne nécessitent pas 10 ans d'études. C'est sûr que par contre, intellectuellement et financièrement, c'est plus simple pour moi d'avoir à gérer un enfant qui a 37,8 °C depuis ce matin et qui a un peu le nez qui coule que d'avoir à gérer un patient diabétique multicompliqué qui ne parle pas très bien français. Donc, j'entends aussi quelquefois certaines remarques de collègues qui disent « bah oui, mais si on délègue tout ce qui est simple, on va avoir tout ce qui est compliqué ». C'est vrai, mais du coup, ça pose la question de comment on gère après le temps médical. Je pense qu'on a besoin de ces moments simples pour pouvoir être efficaces sur des moments plus compliqués. Et en même temps, j'entends aussi la remarque de me dire que je n'ai pas fait médecine générale pour me retrouver en stage de médecine interne à chaque consultation, sinon j'aurais fait médecine interne. (5)

6.4 Les créneaux de soins non programmés : une contrainte subie et un vrai casse-tête

L'ouverture des créneaux est perçue par les médecins interviewés comme une nécessité, voire une obligation, quelque chose à laquelle on s'adapte, mais pour laquelle on pourrait se passer s'il n'y avait pas ce contexte de pénurie de médecins. Ils sont à la fois imposés par les circonstances, par la pression exercée par les patients, qui appellent sans cesse à la recherche d'une réponse à leur problème de santé ou tout simplement par un règlement établi au sein d'une structure de soins. Si, d'un côté, une demande supplémentaire peut désorganiser le médecin habitué à un modèle de consultation organisé par des rendez-vous pris à l'avance, il peut se sentir exaspéré de devoir trouver de la place dans son planning à des personnes qui arrivent de façon inopinée. Et là, plus il y a de monde, plus il se sent « agacé » à l'idée d'être obligé de modifier son schéma habituel :

Donc, pour moi, les soins non programmés, c'est vraiment l'image du patient qui attend devant la porte du cabinet, qui n'a pas rendez-vous et qui est devant la porte du cabinet. (...) C'est vraiment une demande de soins sans rendez-vous et ça va de l'urgence au suivi habituel du patient. Mais ça se fait en dehors d'un modèle de consultation organisé, ce qui est

plutôt établi en France, de la consultation du médecin sur rendez-vous, ça vient désorganiser le médecin. Mais c'est vrai que ce n'est pas facile quand on a une consultation qui est pleine et cinq patients à la porte au fil de la journée. Mais pour réussir à les mettre entre deux, ça énerve, ça exaspère. (2)

La régulation de la demande de soins en ville est souvent réalisée à travers de la mise en place de créneaux ouverts le jour de la consultation, chaque structure ou cabinet met en place son propre créneau. Une distinction se fait entre ses patients et ceux d'ailleurs :

Par exemple au niveau de la secrétaire, elle a plein d'appels. Donc on met en place des rendez-vous un peu d'urgence, des « trous » dans le planning, qui ne sont pas prenables en ligne, qu'elle ne peut donner normalement que le jour même. (12)

L'accès aux créneaux réservés aux soins non programmés peut être assuré de plusieurs façons. Dans la structure de soins primaires ci-dessous, un médecin est détaché tous les matins pour ne recevoir que des personnes inscrites en soins non programmés. Le médecin interviewé utilise également ces créneaux pour recevoir ses propres patients en tant que médecin traitant. Toutefois, ceux qui proviennent d'ailleurs passent par un tri fait par les infirmières pour ensuite être orientés dans ces créneaux. Une distinction est faite entre ses propres patients et ceux d'ailleurs :

Alors quand je consulte et que c'est prévu que je fasse du soin non programmé le matin, je prends tous les patients qui passent par l'accueil qui sont inscrits. Après quand ce sont mes patients qui me demandent de les voir en soins non programmés sans que ce soit sur cette plage-là, les patients que je connais, je leur demande de venir le matin parce que comme ça je peux leur redonner un rendez-vous dans la journée. On a des créneaux pour les urgences donc j'arrive à les replacer sur ces créneaux-là. Ou alors il y a certains patients qui ont mon mail professionnel et qui vont m'envoyer un mail pour me demander si je peux les recevoir dans la semaine et eux, pareil, je vais les replacer sur ces créneaux qu'on a débloqués pour ces patients-là. Et l'autre possibilité, ce sont les patients où il y a plus de places de consultation, ils vont passer chez les infirmières si c'est des gens qu'on ne connaît pas et les infirmières vont voir quel médecin a ce créneau de disponible et vont nous mettre les patients sur ces créneaux-là. (7)

L'extrait ci-dessous est intéressant, car il montre le souci des médecins d'un cabinet à ouvrir des créneaux pour pouvoir

répondre aux patients qui, faute de place, continuent d'appeler la secrétaire, dans l'attente d'une solution à leur problème de santé. Il s'agit de patients qui ne lâchent pas lorsque le sujet est leur santé :

Et récemment, on a mis en place des créneaux pour ceux qui appellent plusieurs fois parce qu'il y en a qui vont avoir besoin d'avoir une réponse tout de suite et qui vont aller dans une autre structure, mais il y en a qui, parfois, quand il n'y a pas de place, arrivent à attendre le lendemain et ils rappelleront plusieurs fois. **(10)**

En ce qui concerne les représentations sur les créneaux utilisés, il convient de noter que dans les représentations de certains médecins, les créneaux réservés aux soins non programmés sont mal utilisés, car les patients ont une autre vision de l'urgence qui ne correspond pas à celle du médecin :

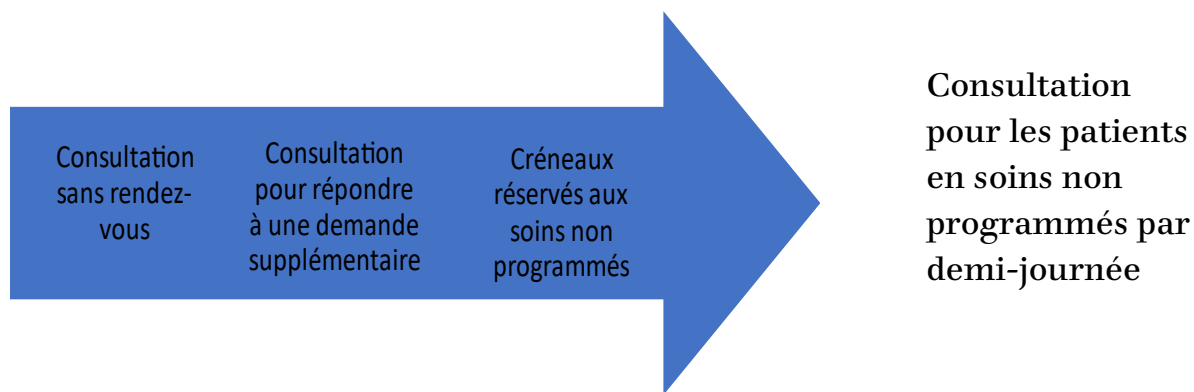
Parce que, du coup, les patients ont une vision de l'urgence qui est assez relative. Parfois, l'urgence, c'est « je viens de recevoir mon bilan, ma prise de sang et je veux discuter des résultats tout de suite avec vous ». Quand vous regardez, la prise de sang, il n'y a rien. Et ceci m'est arrivé hier, en urgence à 18 h 30, et en fait, c'était ça, bon. **(1)**

Selon un autre médecin qui travaille dans une structure salariée de soins primaires, les plages de soins non programmés, puisqu'elles sont rarement complètement prises, servent finalement à rattraper son retard. Ainsi, selon elle, ces plages ont été détournées de leur usage. De plus, quand elles sont prises, cela l'oblige à répondre à ce type de besoin, alors que si le créneau n'existait pas, elle aurait pu recourir à l'un de ses collègues pour atténuer son retard :

En tout cas, dans mon planning, clairement, elles servent à absorber mon retard et donc du coup si j'ai une demande légitime de soin non programmé et que je dois la caler parce que de fait, j'ai de la place sur mon planning, en fait, ça fait que mon retard est plus important encore. Donc, il y a un impact, mais ça me force aussi à répondre à ces demandes-là, alors que si je n'avais pas de plages dédiées, je pense que j'aurais de toute façon du retard et par contre, je pourrais plus légitimement dire à mes collègues « bah non, je n'ai pas de temps dédié pour ça ». Là, comme je suis censée en avoir, bah, je suis obligée de faire de la place. **(5)**

6.5 Des systèmes de prise en charge qui évoluent dans le temps

Comme nous l'avons évoqué plus haut, chaque structure, chaque médecin essaye de mettre en place un système pour recevoir la demande supplémentaire de soins non programmés. Ces systèmes ne sont pas figés, ils évoluent dans le temps et sont en phase avec les représentations des médecins sur les soins non programmés. Pendant les entretiens, nous avons eu affaire au directeur d'une structure de soins qui nous a raconté l'évolution du système de gestion des soins non programmés depuis son arrivée à la structure il y a 20 ans. Au départ, la structure proposait des soins sans rendez-vous à tous les patients. Pendant cette période de 20 ans, plusieurs mesures ont été mises en place pour répondre aux besoins des patients, ces besoins ont eux-mêmes évolué au cours de ces années. Le schéma ci-dessous montre les 4 phases durant lesquelles ils ont pu expérimenter des réponses adaptées à la demande des patients d'une prise en charge de soins non programmés.



Selon le directeur interviewé, ce qui a motivé la structure à passer de la première à la deuxième phase, c'était le constat qu'il fallait être totalement et pleinement concentré sur la prise en charge des patients et respecter aussi les horaires, pouvoir apporter un service de qualité aux patients qui prenaient rendez-vous. Par conséquent, il a fallu mettre en place un deuxième système d'organisation qui consistait à avoir des plages bloquées, réservées à ces soins non

Type de consultation			Description
Phase 1	Consultation sans rendez-vous	sans	Les patients viennent pour faire la queue le matin pour avoir accès, parce qu'ils savent que tel médecin consulte sans rendez-vous. Mais ce n'était pas une consultation stricto sensu de soins non programmés au service de l'ensemble de l'équipe et du territoire.
Phase 2	Consultation pour répondre à une demande supplémentaire	pour à une	Prendre en surbooking des personnes qui alléguaient une urgence.
Phase 3	Créneaux réservés aux soins non programmés	réservés aux soins non programmés	Plages bloquées réservées aux soins non programmés partagés entre tous les médecins.
Phase 4	Consultation pour les patients en soins non programmés par demi-journée	pour les patients en soins non programmés par demi-journée	Le patient consulte sur rendez-vous pour ceux qui ont pris rendez-vous et il y a un médecin détaché qui prend tous les soins non programmés le matin et l'après-midi.

programmés et partagés entre tous les médecins. Cela amortissait

évidemment le volume des demandes en soins non programmés en évitant les retards des médecins. Les usagers se consultaient en dehors des plages dédiées, malgré la solidarité entre médecins, ils cumulaient des retards et l'infirmière qui faisait le filtre se retrouvait sans réponse à ses demandes de soins non programmés. Comme il s'agit d'une structure de soins primaires qui fonctionne sur la base du salariat, il était possible de se faire épauler par un confrère, mais cela était parfois compliqué, car la pression exercée par un taux élevé de demandes ne permettait pas aux médecins de se relayer. Le passage à la phase 3 a eu lieu lorsque les médecins ont constaté que parmi la patientèle qui venait consulter, il y avait de moins en moins de patients médecins traitants et de plus en plus de patients qui s'adressaient à leur structure sans médecin traitant, ou pour lesquels le médecin était absent. Dans les prochains paragraphes, il sera question d'exposer l'évolution de ce système d'après le point de vue du médecin interviewé :

Et c'est devenu de plus en plus compliqué de dire « Bah, on ne vous prend pas, nous ne sommes pas votre médecin traitant ». Ce n'est pas notre nature. Il a fallu faire face à ça. Donc, comme ça commençait à impacter de façon très forte sur nos propres consultations, à entraîner évidemment de grosses difficultés de réponse à nos propres patients qui avaient pris rendez-vous. Et au vu de cette situation, en anticipant un peu ce qui était déjà dans les tuyaux, la CPTS, évidemment, le SAS... Donc en 2019, on a dit on change radicalement, on détache un médecin tous les jours pour accueillir et ne faire que ça, les soins non programmés. Donc, aujourd'hui, le médecin qui consulte ne fait que ses consultations. Éventuellement, ça ne l'empêche pas de prendre, s'il l'estime, des patients à lui, parce qu'il est suivi, parce qu'il y a un problème très très spécifique. Mais l'organisation de base, c'est le patient consulte sur rendez-vous pour ceux qui ont pris rendez-vous et il y a un médecin détaché qui prend tous les soins non programmés le matin et l'après-midi. (13)

De façon résumée, l'ouverture des créneaux n'arrange pas les quelques médecins qui travaillent dans une structure salariée, car ils ne peuvent pas s'en détourner, puisque cela fait partie du règlement en vigueur dans la structure. Alors quand ils se retrouvent submergés par une forte demande, cela vient rajouter du stress dans leur quotidien. Cela ne plaît pas non plus à quelques médecins libéraux, notamment quand ces créneaux sont « mal utilisés », car cela représente une perte de temps, ou quand le médecin s'aperçoit qu'il ne s'agit pas d'une demande légitime de

soins, mais d'une demande administrative, ou autre chose qui ne relève pas d'une urgence.

6.6 L'éducation comme un moyen pour éviter les rendez-vous non programmés : apprendre aux patients à relativiser

Comme nous l'avons indiqué, beaucoup de médecins généralistes pensent que les rendez-vous en soins non programmés sont pris pour des raisons qui ne relèvent pas de l'urgence médicale. Il s'agit des demandes considérées comme une urgence par le patient, mais qui ne le sont pas du point de vue du médecin :

(Les soins non programmés) ... Ça ne concerne pas tout ce qui est administratif, qui peut paraître urgent pour le patient, mais qui n'est pas urgent médicalement. Par exemple, le certificat de sport, je suis désolée, pour moi, c'est pas... Ça engendre qu'il faut avoir des moments prévus pour ça et que plus la patientèle est importante, plus possiblement, il y a des demandes comme ça et parfois, c'est très compliqué à gérer, notamment en cas de... d'événements intercurrents.
(10)

Selon le médecin ci-dessous, l'éducation qui devrait être faite auprès des patients comprend aussi des informations sur la santé, qui peuvent aider les patients à relativiser l'urgence de leur consultation, dans certaines situations, et patienter avant de recourir à une structure de soins :

Et puis, il y a, pour un certain nombre, notamment pour des maladies aiguës bénignes, une action d'éducation en santé... Une maman qui vient avec son enfant qui a de la fièvre et le nez qui coule, si on lui donne, au moment d'une première consultation ou même une consultation de suivi de son enfant, des conseils d'éducation en santé, on va augmenter son pouvoir d'agir et on va faire que le jour où l'enfant aura de la fièvre ou le nez qui coule, elle ne va pas forcément demander un soin non programmé. J'ai des patients qui prennent rendez-vous et puis, le jour du rendez-vous, ils annulent, en disant « non, j'ai pris rendez-vous au cas où ça s'aggrave, mais là, ça va mieux ». C'est un petit peu ce qu'on travaille avec eux, dans le suivi des enfants, par exemple. « On arrive en hiver. Est-ce que vous avez du paracétamol à la maison ? Est-ce que vous savez nettoyer le nez de votre enfant ? Vous savez que s'il a le nez qui coule et de la fièvre, ce n'est pas forcément la peine de venir dans les cinq premières heures pour avoir une consultation. » **(21)**

6.7 Une autre solution : re(programmer) les soins non programmés

Une partie des médecins interviewés croient qu'ils peuvent réduire fortement les demandes en soins non programmés par la planification :

Une partie de la solution est de planifier au maximum l'activité. Alors bien sûr, il y a toujours des problèmes de santé qui ne peuvent pas être programmés qui aboutiront toujours à des demandes non programmées de soins. Mais par contre, on peut réduire de manière importante les demandes non programmées de soin pour des soins qui auraient pu être programmés.

Et d'ailleurs, on a des plages de soins non programmés sur tous nos agendas, qui sont rarement remplies. **Rarement remplies?! C'est drôle. Mais pourquoi?** Parce que je pense qu'il y a beaucoup de choses qu'on planifie. (21)

Les médecins essaient de trouver des solutions pour diminuer le nombre de consultations non programmées, à l'échelle de leur cabinet ou structure et de leur planning, afin de mieux gérer ce genre de problème. Dans l'extrait ci-dessous, le médecin tient à planifier ses rendez-vous avec les patients qu'il suit et qui ont une maladie chronique :

Donc, ça veut dire qu'en ce qui concerne les gens chroniques que je vois régulièrement, finalement, mes patients chroniques, ils repartent, ils ont déjà un rendez-vous, ils savent déjà à quel moment ils vont me revoir, ça permet de sécuriser en fait l'emploi du temps. Après, il y a les personnes qui vont venir où on sent qu'il se passe quelque chose, on ne sait pas trop, on a prescrit des examens, on sait qu'il va falloir qu'on les revoie avec les examens. Ça, c'est pareil, je vais essayer de programmer le rendez-vous arrivé. (22)

Dans le cadre du suivi d'une maladie chronique ou d'un soin non programmé concernant une personne âgée, ce médecin planifie le suivi en s'appuyant sur ses connaissances sur les modes de fonctionnement des plateaux techniques qui existent sur son territoire. Il sait au moment de la consultation de combien de temps il lui faut attendre pour recevoir les résultats de l'examen et pouvoir prendre le rendez-vous avec le patient :

Par exemple, le patient âgé qui n'allait pas très bien à qui je vais prescrire un examen à la recherche d'une infection urinaire ou une

infection pulmonaire, je sais à peu près dans quels délais je vais avoir les résultats. Je sais qu'ici, où je travaille, une radio poumons, c'est rapide à faire. Donc voilà, je sais que dans 3 jours, j'aurai les résultats, et si mon planning était déjà plein ce jour-là, et bah, je rajoute sur un de ces créneaux que j'ai rajoutés. (22)

Le besoin de contrôler le flux de patients au quotidien est fortement ressenti, à tel point que le médecin suivant réfléchit à la possibilité de modéliser ce besoin à l'échelle de sa patientèle :

Alors en fait, c'est ça qui est un peu paradoxal, c'est que c'est du soin non programmé, mais c'est finalement non programmé à l'échelle d'un individu, mais à l'échelle d'une patientèle, on peut considérer que statistiquement, si j'ai tant de patients, je n'ai pas de formule ou de calcul préfait, mais si j'ai tant de patients, je sais que chaque jour je vais avoir besoin de tant de créneaux non programmés parce que statistiquement, **il y a la probabilité que tant de personnes soient malades**. [...] Ce qui fait que finalement, il serait presque possible de modéliser finalement, à l'échelle d'une patientèle, combien de créneaux non programmés il faudrait. À l'échelle d'un individu, on ne peut pas prévoir que le 3 janvier, il va avoir la grippe, mais à l'échelle d'une patientèle finalement, statistiquement, il serait, je pense, quasiment possible de modéliser le besoin. (14)

Programmer et éduquer sont les deux mots qui surgissent fréquemment dans le discours des médecins de ville. En fait, les soins non programmés, selon quelques médecins, s'ils ne sont pas pris dans un cadre organisé, peuvent amoindrir la qualité des soins :

Alors moi, ils ne peuvent pas venir comme ça parce qu'ils savent que ça, c'est hors de question. Parce qu'en fait, le gros problème, c'est que vu la difficulté de l'accès aux soins des patients, on peut très vite, je pense, être amené à se dire « je vais faire des consultations plus courtes comme ça, je verrai plus de monde, etc. » Mais moi, ça, je ne suis pas du tout d'accord avec ça. Je pense qu'il ne faut pas baisser la qualité des soins parce que... je pense qu'il faut éduquer mieux les patients, un rhume, on peut y survivre deux jours, ce n'est pas la fin du monde, et on peut tous survivre. (10)

Outre le tri, le filtre, la délégation des tâches, le travail en équipe et la mise en place des créneaux, la gestion en soins non programmés dépend, en grande partie, de la disponibilité de chaque médecin, c'est-à-dire de sa volonté ou capacité à se rendre disponible à ses patients traitants et à ceux qui ne le sont pas.

6.8 Les formes de représentation qui divisent les médecins : préserver sa vie familiale ou exercer le métier comme un sacerdoce ?

Les médecins savent que parfois ils sont tout simplement injoignables. Il n'est pas rare que leur absence se fasse ressentir au moment de la prise de rendez-vous par les patients. Parfois, l'accès au médecin est rendu difficile parce que les créneaux dédiés aux soins non programmés sont épuisés. Il y a également des cas où, dans l'absence du médecin, le patient, se sentant démuni, ne sait pas qu'il peut s'adresser à un autre médecin quand il s'agit d'une structure de soins primaires (ou un cabinet à plusieurs médecins), ou à une remplaçante, ou même à un interne, dont l'un des rôles est d'assister le médecin traitant. Toutefois, dans le discours de quelques médecins, on remarque une certaine prédisposition à recevoir n'importe quel type de demande de soin, de conseil, d'orientation. Cette prédisposition est plus marquée chez certains, tandis que chez d'autres, pour plusieurs raisons (personnelles, professionnelles, structurelles), cette prédisposition est moins importante. Dans l'extrait ci-dessous, un médecin trouve ahurissant le fait que ses collègues ne soient pas disponibles pour ouvrir un créneau le même jour, pour répondre à des demandes de soins non programmés. Selon elle, par une régulation téléphonique, ils adressent le patient soit aux urgences, soit à SOS Médecins. La question que l'on peut se poser par rapport à la disponibilité est la suivante : pourquoi, dans une même structure, il y a des médecins qui s'organisent pour recevoir dans la journée des demandes supplémentaires, tandis que d'autres ne sont pas prêts à recevoir une telle demande ?

On fonctionne comme ça. Ils appellent le secrétariat qui met une note sur Doctolib. Je les préviens que dans ce cas-là, il faut qu'ils appellent tôt. Parce que c'est sûr que s'il y a un appel à 15 heures et qu'ils sont à deux heures du centre, c'est difficile. Donc, je leur dis d'appeler le matin comme ça, on trouve une place dans la journée. Je le fais encore, tous mes collègues ne le font pas. Ils disent « Allez aux urgences ou aux consultations sans rendez-vous. **Aux urgences ou sans rendez-vous...** » Je pense qu'ils font une régulation téléphonique. (2)

Plusieurs variables entrent dans le calcul du médecin qui reçoit des demandes de soins non programmés. Dans l'extrait ci-dessous, le

médecin a prévu dans son planning des créneaux de pause pour avoir un compromis entre sa vie personnelle et professionnelle :

Vu que j'essaie aussi de garder du temps pour ma famille et je bloque un petit peu pour que justement ne pas avoir trop de retard et que ça reste fluide avec les patients. Je bloque des créneaux de pause, entre autres. Du coup, j'ai pas tant que ça, finalement, de places disponibles à l'avance. (9)

Ce médecin trouve que les soins non programmés désorganisent son quotidien, sa vie personnelle est complètement envahie par ces imprévus incontournables :

Oui, ça affecte le quotidien parce que régulièrement, je demande à mon mari : « Tu peux chercher les filles aujourd'hui parce que j'aimerais bien rajouter des patients ». Oui, ça affecte quand même. Je pense que c'est dû au manque de médecins en général, qui fait que nous, on essaye de freiner des quatre fers pour préserver la vie familiale. Mais après, on se retrouve face à la réalité du terrain où il n'y a pas beaucoup de médecins. Forcément, on se retrouve sollicités. (9)

Ce calcul prend en compte aussi la variabilité de la demande, selon les jours de la semaine. Dans un cabinet de groupe, un médecin affirme qu'ils sont à plusieurs (3 ou 4) en début de semaine à recevoir les demandes en soins non programmés, alors qu'en fin de semaine, ils sont à peine 2 :

Ça dépend aussi du jour de la semaine, c'est-à-dire que le lundi il y a beaucoup de soins non programmés parce qu'il y a eu un week-end et le week-end, il n'y a pas de médecin ou les urgences. Donc il y a beaucoup de gens qui viennent le lundi. Le vendredi il y a un peu moins de monde, le jeudi aussi il y a moins de monde. On va dire lundi, mardi, mercredi, il y a beaucoup de monde et puis après ça s'estompe dans la semaine. En fonction entre guillemets des statistiques, de notre ressenti et de notre expérience, on arrive à ouvrir le lundi par exemple, on est peut-être 3-4 en soins non programmés, alors que le vendredi on n'est plus que 2, vous voyez. (11)

Le tempérament et le degré de tolérance des patients constituent des facteurs qui entrent dans le système de rationalisation des médecins. Dans l'extrait suivant, un médecin nous fait part des formes de rationalisation des conduites des patients :

Soit il va prendre son téléphone pour essayer de voir avec la secrétaire, soit, quelquefois, ils disent juste qu'ils ont regardé sur Doctolib malgré le fait qu'on leur dit qu'on a quand même des plages en plus et qu'il faut essayer d'appeler. Mais soit ils n'ont pas réussi à nous joindre ou quoi.

Et s'ils ne trouvent pas une réponse, et ça dépend quel est son degré, pas de patience, mais de tolérance et sa personnalité. J'ai des patients qui ont un vrai problème et qui nous ont attendus comme on n'était pas là. Ils nous disent, « vous n'étiez pas là, alors j'ai attendu » et on se retrouve cinq jours après avoir eu ce problème, quelques fois, ils sont tombés ou ils avaient un gros problème, une énorme sciatique, quelque chose de très invalidant ou quelque chose de plus grave. Et on leur dit non. Mais je leur dis pour la prochaine fois, quand je ne suis pas là, vous savez qu'il y a la remplaçante. (12)

6.9 Formes de rationalisation de l'organisation du temps qui découlent d'une représentation de la médecine comme sacerdoce

L'extrait suivant est celui d'un médecin qui affirme être disponible, voire très disponible, vis-à-vis de ses patients. Ses secrétaires ont pour consigne de toujours passer la communication, quelles que soient les raisons de l'appel :

Mes patients savent qu'ils peuvent me joindre, me parler, que ça a changé même ces deux, trois dernières années, j'ai de plus en plus d'échanges mail avec des patients, certains patients que je choisis en accord avec eux ont mon téléphone portable. Des patients qui sont en soins palliatifs, des patients pour lesquels j'estime qu'il y a une surveillance du risque suicidaire, je leur donne mon portable, ils peuvent m'appeler quand ils veulent. [...] Je travaille comme ça, les jours où je travaille, je suis entièrement là pour mes patients, je finis tard et je commence tôt et ça fait partie de l'essence même de mon métier. (6)

Selon lui, se rendre disponible n'est pas simplement se rendre accessible aux patients, c'est surtout être là pour les réassurer lors d'une inquiétude, même si cette inquiétude n'est pas légitime du point de vue médical. À ce titre, il se souvient de son dernier rendez-vous à la veille de l'entretien, une demande de soins non programmés pour obtenir un avis extérieur, une certitude :

Je suis en train de penser à mon dernier rendez-vous de lundi : un enfant, les parents ont galéré toute la nuit précédente et toute la journée avec lui, il n'avait plus de fièvre, ils ont demandé un rendez-vous dans l'après-midi, le secrétariat leur a donné 20 h 15, ils sont arrivés à 20 h 15 et le petit est reparti avec Doliprane et lavage de nez. Mais c'était selon eux une urgence, ils m'ont abondamment remercié en me disant qu'ils étaient rassurés, mais leur venue était légitime parce que ce n'était pas évident de...

voilà, il ne mange pas bien, il a vomi une fois, il avait de la fièvre, il en a plus, on voit bien qu'il n'est pas en forme. (6)

6.10 Les risques de passer à côté d'une urgence vitale lorsqu'on est face à une demande de soins non programmés :

Les soins non programmés correspondent à un type de situation qui n'est ni voulue ni souhaitée par de nombreux médecins. Ils s'y adaptent. Quand bien même le médecin aurait une attitude de bienveillance vis-à-vis des patients (qui demandent une consultation de ce type), il préférerait sans doute ne pas être confronté à un nombre trop important de demandes de ce genre.

Nous avons demandé à quelques médecins quelle serait la pire des situations dans le cadre d'une demande de soins non programmés. Qu'est-ce qu'ils craignent ou les freinent éventuellement à ce moment-là ?

Rien que le fait de ne pas pouvoir recevoir un patient trouble certains médecins qui sont conscients de ce que ce refus peut entraîner dans sa vie. Le médecin ci-dessous admet qu'il prend quelques risques lorsqu'il refuse de recevoir quelqu'un :

La difficulté, c'est le fait de ne pas pouvoir recevoir le patient. Et malgré tout, cette demande est au bout du fil. Et puis, il ne s'agit pas d'un rendez-vous de soins non programmés demandé dans un cabinet d'esthéticienne. On parle de médecine et donc potentiellement de risque vital qui soit physique ou psychologique ou de confort, parce que c'est une urgence. C'est un soin non programmé ressenti donc parfois... voilà, d'où cette question du tri aussi, mais qui est risquée, car, comme on vient de le dire, parce que l'urgence ou la demande non programmée ressentie varie d'un patient à un autre, à mon avis. Il y en a qui peuvent venir, qui viennent dès le premier éternuement et d'autres qui attendent cinq jours avec une douleur dans la poitrine. (12)

Un autre médecin, en toute sincérité et humilité, nous a avoué que ce qu'elle craignait lors d'un événement de ce type, c'est ne pas être sûr qu'il ne s'agit pas de quelque chose de grave. Le temps passé au téléphone pour parler au service spécialisé de l'hôpital est trop long, et c'est comme ça qu'elle a des retards :

Un diagnostic qu'on n'arrive pas à faire, **Speaker 1 ça peut arriver, oui**
Speaker 2 Ça arrive de ne pas savoir ce qu'a le patient, c'est très

anxiogène. En tout cas, pour moi, c'est sûr que j'ai horreur de ça. En fait, il y a plein de symptômes qui n'appellent pas maladie, mais ça, on sait, ce qu'on appelle les symptômes médicalement inexpliqués. Mais on sait que ce n'est pas grave, mais par contre, parfois, on voit des trucs et on sait que c'est grave. On ne sait pas ce que c'est et ça, c'est difficile, c'est dans ces cas-là qu'on a envie de les envoyer aux urgences. Et il faut se faire un peu violence pour rappeler dans les services pour dire « j'ai ça, qu'est-ce que je fais ? » Mais ça, ça vous plombe une consult' parce que ça prend une heure, une heure et demie de faire ça. Du coup, vous avez énormément de retard, mais c'est le jeu. (2)

Bien entendu, ce qu'un médecin peut craindre, lors d'une demande de soins non programmés, c'est de passer à côté de quelque chose de grave. L'entretien suivant est très emblématique :

Speaker 2 Oui, d'accord. Et quelles sont les difficultés majeures que vous craignez d'affronter pour apporter une réponse adaptée aux soins non programmés ? Les difficultés majeures, c'est qu'on ne peut pas prendre tout le monde, qu'on passe à côté des vraies urgences. (3)

Un autre médecin affirme que ce qu'elle craint lors d'une consultation dans le cadre d'une demande de soins non programmés, c'est de devoir annoncer à un patient qu'il a une maladie grave. Selon le médecin, cela requiert du temps passé auprès du patient, et quand celui-ci est inscrit sur un créneau d'urgence, cela devient une affaire très compliquée :

Les craintes, c'est un peu quand il y a des choses au niveau médical et qu'on sait que ça va être compliqué et qu'on va devoir annoncer quelque chose de pas sympathique. Que ce soit cancer, VIH... ou bien les situations de violence, où on sait qu'on va avoir une patiente, où on comprend que c'est une situation de violence, machin... on va avoir besoin de prendre du temps avec elle. C'est ce genre de demande un peu complexe, on va les caser à des moments où je sais gérer correctement. Ce n'est pas forcément facile parce que... vu que nous, les soins non programmés, c'est des créneaux d'urgence, qui sont déjà à des endroits du planning où c'est assez serré. Je suis censée aller un peu vite pour pouvoir être tranquille avec le patient. (9)

Outre les représentations sur les modes de gestion des soins non programmés, les médecins développent chacun de leur côté des représentations sur l'attitude de la patientèle à l'égard de ces derniers. Comme on le verra dans la prochaine section, il existe des façons différentes de recevoir ce type de demande.

→ Les médecins généralistes multiplient les démarches pour filtrer la demande de soins. Chaque médecin choisit le mode de gestion qui lui correspond le mieux pour répondre à la demande de soins non programmés, dans un délai qu'il considère comme raisonnable. La gestion des soins non programmés est conditionnée par les représentations des médecins de l'offre de leur territoire : plus ils pensent que les usagers y trouveront facilement une réponse, plus ils sont à l'aise face à l'idée de refuser un nouveau patient. La régulation réalisée à l'intérieur des structures et des cabinets se répercute sur le territoire et vice-versa. Les médecins cherchent à tout prix des moyens pour libérer du temps médical. Les secrétaires et agents d'accueil formés sur le tas sont confrontés en permanence à l'insatisfaction grandissante des usagers. Parfois, le fait de travailler de façon coordonnée dans les structures et cabinets peut diminuer l'impact de la pression subie par cette forte demande. Cependant, la délégation des tâches reste une question très controversée et ne fait pas l'unanimité parmi les médecins interrogés. Les créneaux rendus disponibles aux soins non programmés sont épuisables et représentent un vrai casse-tête. Cela ne correspond pas au modèle de consultation organisé par rendez-vous pris à l'avance qui prévaut en France. L'ouverture de créneaux supplémentaires est quelque chose à laquelle ils s'adaptent quelquefois, mais ils pensent que l'on pourrait s'en passer s'il n'y avait pas ce contexte de pénurie de médecins. Les médecins salariés ne voient pas l'utilité de ces créneaux qui ne servent finalement qu'à absorber leur retard. Les structures, quelle que soit leur nature, libérale ou salariée, ont des systèmes de prise en charge de la demande de soins non programmés qui évoluent au fil du temps. Aucun système n'est figé. Indépendamment des décisions collectives prises à l'intérieur des structures, les médecins emploient d'autres moyens pour interrompre le flux de demandes non programmées de soins. Certains préconisent que le médecin doive s'organiser pour ne pas être encombré par cette demande, en reprogrammant ce type de soin le plus rapidement possible. Une autre solution consiste à « mieux éduquer » la patientèle. Des différences existent par rapport aux formes de rationalisation du temps qui est consacré à leur métier : les médecins les plus âgés considèrent que leur métier est un sacerdoce et que la disponibilité fait partie des principes déontologiques qui régissent leur métier. Ce que les médecins ont en commun, c'est qu'ils redoutent certaines situations créées par des soins non programmés. L'idée de devoir refuser un patient/usager est une source de stress pour certains médecins. Par ailleurs, il existe la crainte de passer à côté d'une vraie urgence. De plus, à l'inverse, quand le médecin conclut après examen qu'il s'agit de quelque chose de grave, il va falloir passer du temps au téléphone auprès du service hospitalier pour savoir comment intervenir et donner suite au parcours du patient. Et puis, quand il s'agit d'annoncer une mauvaise nouvelle, ces créneaux de soins non programmés ne conviennent à personne. Le médecin est embêté, car cela prend du temps, et il va falloir diminuer le temps de consultation des autres patients/usagers.

Chapitre 7 : Les représentations de la patientèle et de l'utilisation des rendez-vous dans le cadre des soins non programmés

7.1 Les représentations qui participent à la notion des soins non programmés : entre l'urgence qui n'est jamais vitale, l'urgence qui n'est jamais médicale, l'urgence (il)légitime et le dépannage

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction de ce rapport, les représentations des soins non programmés sont une construction sociale. Elles n'existent que dans l'imaginaire d'un groupe de médecins généralistes que nous avons pu interroger et elles servent à légitimer leur mode d'organisation des soins. En déconstruisant le concept médical de soins non programmés, il a été possible de vérifier quelles sont les notions qui sont chères aux interviewés dans la pratique de la médecine générale. Les résultats de ce rapport donnent une indication de la façon dont ces médecins conçoivent des thèmes importants pour l'exercice de leur métier. Une telle analyse fondée sur les représentations nous permet de comprendre l'évolution des mentalités. Cela nous permet également de nous apercevoir que ce concept de soins non programmés est une élaboration intellectuelle qui ne retrouve pas d'écho dans la société. Toute l'analyse de la partie finale de ce rapport montrera que les usagers n'en ont aucune connaissance.

Afin de résumer les représentations de médecins interviewés sur les soins non programmés, nous avons regroupé leurs réponses en quatre axes. Le premier axe permet de trouver une définition qui distingue l'urgence médicale et l'urgence ressentie par les patients. C'est la « vraie urgence » et « l'urgence ressentie » qui sont au cœur de cette définition. Ce type de représentation suppose l'existence d'un monde fracturé en deux (médecins et patients) et l'existence de deux vérités concernant l'urgence :

1. Urgence médicale ≠ Urgence ressentie par le patient

« Une urgence, mais ce n'est pas forcément des urgences. C'est une ordonnance qui arrive à expiration. Des urgences et des pathologies aiguës. » **(2)**

« C'est les gens qui ont un problème qu'ils ressentent urgent et qui voudraient avoir une réponse rapide. C'est le sentiment d'urgence face à un symptôme. » **(3)**

« C'est les soins qui ne sont pas prévus dans l'agenda du professionnel. Il va y avoir des soins qui revêtent un caractère d'urgence médicale et des soins qui revêtent un caractère d'urgence pour les usagers. » **(5)**

« Ce n'est jamais une urgence vitale. C'est l'aigu bénin de la médecine générale. **(8)** »

« Les urgences ressenties par le patient, ce ne sont pas de vraies urgences, mais quand il arrive, on ne peut pas leur refuser » **(7)**

« C'est les demandes qui nécessitent un rendez-vous rapide et c'est quelque chose forcément aigu et qui ne concerne pas non plus les ordonnances de renouvellement. Ça ne concerne pas tout ce qui est administratif, qui peut paraître urgent pour le patient, mais qui n'est pas urgent médicalement. » **(10)**

Une deuxième définition a comme présupposé l'idée que les demandes de soins non programmés sont celles qui sortent du suivi habituel, et du suivi des maladies chroniques. Ce sont des demandes ressenties qui nécessitent une réassurance médicale. Ce qui ressort de cette vision est l'acceptation que les patients ont besoin d'être réassurés et que cela est légitime :

2. Demande de soins en dehors du suivi classique/ qui n'est pas de l'ordre du suivi d'une maladie chronique

« Des urgences ressenties par les patients qui vont être amenés à consulter rapidement en dehors du suivi classique. J'ai remarqué que j'avais un truc, je ne l'ai pas vu avant. Est-ce que c'est grave ? » **(9)**

Ça va être les épisodes on va dire interférents, ça peut être aussi bien une maladie aiguë : « j'ai de la fièvre », c'est tout ce qui ne va pas être de l'ordre du suivi d'une pathologie chronique, qui n'est pas quelque chose de programmable **(14)**

Une autre définition prône qu'on pourrait enlever beaucoup de soins non programmés, s'il y avait une réelle planification de la part des soignants visant à anticiper des situations dans lesquelles les patients pourraient se retrouver sans soins. Tous les soins devraient donc être planifiés lors de la consultation, entre la dernière et la prochaine consultation, de façon à simplifier la vie des médecins et des patients. Cette représentation s'appuie notamment sur un besoin de planification des rendez-vous et des soins non programmés et met l'accent sur le malaise de certains médecins devant l'idée de se confronter à une situation inopinée, qui échappe au modèle des consultations par rendez-vous. Par ailleurs, une autre définition souligne qu'il est important que le médecin soit disponible pour répondre au besoin du patient dans un délai rapide, en l'incluant rapidement dans son agenda, afin de programmer immédiatement la date du prochain rendez-vous. Selon cette définition, le soin ne devient pas non programmé, si le médecin n'est pas disponible dans un court délai, et qu'il ne peut pas « programmer rapidement » le soin. Selon cette définition, le médecin qui planifie les rendez-vous est moins sujet à une demande de soins non programmés.

**3. Demande de soins
qui aurait pu être
programmés / qui
pourraient être
reprogrammés
rapidement**

« Des gens qui arrivent avec une demande de soin pour un soin qui aurait pu être programmé. Patient à court de traitement pour une maladie chronique, sa demande va être non programmée puisqu'il en a besoin le jour même. Le soin pourrait être programmé quand on a renouvelé son soin. » (21)

« Puisque le soin non programmé est conditionné par le fait qu'on n'a pas de place, donc si vous avez de la place le lendemain, le soin non programmé sera à peine considéré comme non programmé parce qu'il y a de la place. C'est un soin non programmé, mais qu'il arrive à programmer rapidement. Donc, c'est le soin non programmé qui n'a pas trouvé de réponse dans les disponibilités. » (1)

4. Demande de soins dont on ne juge pas la légitimité

« Vous pouvez très bien avoir quelqu'un qui vous appelle en vous disant "Je suis trop fatigué, il me faut un arrêt de travail pour demain". Si vous ne le recevez pas en consultation, vous pouvez vous dire "c'est un emmerdeur, qu'est-ce qu'il vient me demander ça au téléphone ?" Si vous le recevez, vous vous rendez compte qu'il a un risque suicidaire élevé et que vous avez bien fait de le recevoir. » (6)

Une troisième notion qui participe à la définition des soins non programmés concerne la légitimité de ce type de demande. Cette question qui sera analysée dans plusieurs sections de ce rapport est à la base de la définition des soins non programmés. Le degré de légitimité est présent dans toutes les définitions, à tel point que l'ensemble des médecins sont complètement partagés sur cette question. Si, à la base, le médecin croit qu'il n'est pas question de juger la légitimité des demandes en soins non programmés, il mettra en place un système de gestion beaucoup plus souple qu'un autre médecin qui croit que certaines demandes sont plus légitimes que d'autres.

Il nous a semblé important de prendre en considération, dans cette analyse, l'avis d'un médecin qui travaille dans une structure complètement consacrée aux soins non programmés. Selon ce médecin urgentiste, la consultation des soins non programmés, c'est du dépannage. Se trouvant à mi-chemin entre la consultation médicale avec le médecin traitant et celle proposée aux urgences, ce type de consultation, qui en principe s'occupait notamment des traumatismes, est devenu de plus en plus une consultation qui remplace celle avec le médecin traitant. Les notions de dépannage et de roue de secours montrent bien le côté palliatif, provisoire de ce type de soin qui, malgré tout, est un soin de qualité.

C'est finalement du dépannage. Vous allez me dire quand vous avez une roue de secours, elle vous sert juste pour remplacer votre roue. Mais là, ça devient du quotidien, dès que les gens n'ont pas un rendez-vous très rapidement. Ils savent que cette

consultation non programmée existe. Et donc on vit au quotidien avec ces patients-là qui ont besoin de leur médecin traitant, mais qui n'est pas disponible dans l'immédiat. On répond à cette immédiateté pour leurs soucis qu'ils soient traumatiques ou médicaux, mais bien sûr les consultations non programmées, ça a aussi des limites... (16)

L'exemple antérieur montre que les notions de soins non programmés sont le fruit à la fois d'une représentation de la réalité et de ce que vivent les médecins dans leur quotidien. Il est intéressant de voir qu'en comparant les représentations des médecins généralistes et celles de l'urgentiste, il est clair que par cette notion le médecin exprime ce qui lui semble essentiel de son point de vue. Les représentations de l'urgentiste empruntent à la notion de soins non programmés son réel visage, la démystifient et montrent son côté dévalorisant puisque faire du dépannage n'est pas l'ambition première des médecins généralistes. Cela les rabaisse à une situation difficile à supporter.

Après avoir vu les types de définitions que les médecins peuvent attribuer au problème de soins non programmés, il sera question de voir comment chaque médecin, inspiré des définitions ci-dessus, va chercher à répondre à cette demande.

7.2 La bienveillance et la bienséance et d'autres formes de représentations de la patientèle

Dans cette section, nous allons aborder la façon dont les médecins interviewés interprètent l'attitude de leur patientèle par rapport à la prise de rendez-vous en soins non programmés. Un discours normatif sur la façon dont les patients doivent se comporter vis-à-vis de la prise de rendez-vous est à la base des règles stipulées au sein du cabinet et des structures de soins primaires. À ce propos, il est possible de noter deux tendances : la première, il s'agit d'une tendance où le médecin est plutôt bienveillant par rapport à toute demande en soins non programmés. Nous avons remarqué que dans ce cas spécifique, il y a une absence de discours normatif à l'égard du comportement des patients. À l'inverse, la deuxième tendance est largement répandue et marquée par une certaine

rigidité des médecins à l'égard des patients qui, selon eux, agissent de façon inconsciente par rapport à la situation actuelle, caractérisée par la pénurie de médecins. Leurs discours deviennent très normatifs à l'égard de ceux qui prennent des rendez-vous qu'ils considèrent comme « illégitimes ». À ce titre, ils sont complètement divisés entre ceux qui sont très dérangés par les demandes administratives et ceux qui trouvent que cela constitue une demande légitime puisqu'il est très recommandable du point de vue médical qu'une personne ait une pratique sportive. Ces médecins ont une posture bienveillante par rapport aux oublis ou un manque d'organisation et d'anticipation. Aussi, ils pensent que l'un des moyens pour diminuer le nombre de demandes de soins non programmés, c'est faire de l'éducation. Dans l'extrait ci-dessous, le médecin suivant se refuse à recevoir des patients en soins non programmés lorsque le motif de la consultation, c'est le besoin d'un certificat de sport :

Pareil, le certificat de sport en urgence, je ne vois pas l'urgence. **D'accord, mais vous le prenez quand même, parce qu'il faut passer par vous pour avoir le certificat ?** Ah non, je ne les prends pas en soins non programmés. Je les prends en consultation normale. **D'accord, il faut qu'il programme aussi les rendez-vous qui ne soient pas une urgence.** Voilà, voilà. Ce n'est pas aujourd'hui, maintenant, ça sera quand il y aura de la place. La foire à la bienséance. **(10)**

Les médecins critiquent les patients qui ne s'adressent à la structure que dans le cadre d'une consultation en soins non programmés. Ce genre de patient va à la structure de soins primaires quand il a besoin d'une réponse rapide (un certificat, un avis, un conseil), et il estime que cela peut être fait par n'importe qui, car il n'a pas de préférence par rapport au médecin qui le recevra pour le dépanner. Quelques médecins ne voient pas du bon œil cette stratégie utilisée par quelques patients, car le fait de ne pas pouvoir suivre le patient sur le long terme est vécu par de nombreux médecins comme une dévalorisation :

Donc, il se trouve que chez nous, le soin non programmé, ça peut être des gens qui viennent pour le renouvellement d'ordonnances et qui ne fonctionnent qu'en soins non programmés et qui ne viennent qu'en soins non programmés, donc peu importe qui est le médecin, il n'y a pas vraiment de suivi. Ce sont des gens qui verront que des internes souvent. [...] On a des gens qui viennent pour nous montrer des résultats, ils savent que tel jour il y a tel médecin qui consulte en sans rendez-vous. **(7)**

Femme, 37 ans, mariée, 2 enfants, 9 ans d'expérience, qui travaille en tant que salariée dans un CDS, conventionnée secteur 1.

7.3 La bienveillance et la bienséance

Les demandes administratives ont fait l'objet d'une longue réflexion de la part des médecins. Si d'un côté, certains responsabilisent les patients, d'un autre côté, d'autres font une sorte de mea culpa, en se reprochant le fait de ne pas avoir suffisamment programmé les rendez-vous pour répondre à cette demande. Cela dit, la plupart des médecins considèrent qu'une consultation consacrée au renouvellement d'une ordonnance est une consultation manquée :

Pour moi, déjà, tout ce qui est programmé, ça ne devrait pas rentrer dans les soins non programmés. Typiquement, les demandes de renouvellement d'ordonnance. C'est quelque chose qui, pour les patients et patientes, pourrait rentrer dans le cadre du soin non programmé. Mais pour moi, c'est une mauvaise gestion de leurs stocks de médicaments. C'est une méconnaissance du fait que les pharmacies peuvent les dépanner, surtout pour les traitements chroniques, etc., et pour les patients dont l'organisation est compliquée, c'est une mauvaise gestion de ma part, en partie, de ne pas avoir su anticiper et qu'il fallait prévoir les choses pour le rendez-vous, etc. C'est une responsabilité qui est en partie partagée. (5)

À travers une démarche d'autoréflexibilité procurée par le cadre de l'entretien, un médecin nous a confié les raisons pour lesquelles il relativise la notion de légitimité lorsqu'on parle de soins non programmés. Selon lui, la personne qui émet la demande de soins non programmés se sent légitime et agit dans son droit, mais ce qu'elle éprouve par rapport au sentiment de légitimité ne sera pas forcément perçu de la même façon par son médecin. Ce médecin affirme que spontanément, s'il avait de la place pour recevoir toutes les demandes de soins non programmés, il le ferait, mais ce n'est pas le cas, et, par conséquent, il est obligé de les prioriser. Afin de nous donner un exemple, il cite une conversation avec sa secrétaire, pendant laquelle ils essayaient de comprendre l'urgence ressentie et exprimée par un patient :

Pour les certificats, c'est pareil, ce n'est jamais une urgence, on en parlait encore une fois avec la secrétaire ce midi de ce qu'est l'urgence

ressentie et elle me parlait d'une situation où un patient voulait un rendez-vous rapide parce qu'il avait un dossier de prêt à remettre et que le deadline pour obtenir le prêt c'était le 5 avril et que pour lui c'était urgent. Effectivement, pour lui, c'est urgent, et dans sa vie, ça a une importance primordiale, mais nous, on doit avoir un regard aussi à l'échelle de la patientèle, il faut qu'on priorise avant tout le médical. (14)

Selon lui, la question des certificats reste un problème, car cela suscite de l'incompréhension de la part des patients et les médecins en sont bien conscients :

Et c'est hyper compliqué, parce que ça, en tout cas c'est ce qu'on ressent, c'est que des fois, les gens ne comprennent pas qu'on ne les prenne pas et on doit penser à l'ensemble et pas qu'au personnel et ce n'est pas simple. (14)

Cependant, ce ne sont pas uniquement les certificats qui représentent un problème. Quelques médecins remettent en question le comportement des patients qui prennent rendez-vous sans aucune justification importante. C'est là où les médecins remarquent un très grand écart entre eux et les patients, comme s'ils appartenaient à deux mondes complètement différents. Le médecin ci-dessous s'indigne face à quelques demandes de soins incompréhensibles :

« J'ai un petit rhume, je veux savoir si demain je prends l'avion, j'ai peur que ça s'aggrave. Je pars une semaine. Ce n'est pas au fin fond de l'Afrique, je pars en Italie, du coup... ? » (12)

Aussi, il est difficile pour certains parents de comprendre qu'il ne faut pas se précipiter dans certaines situations et prendre un rendez-vous à la hâte, car cela rend plus difficile le travail du médecin d'écarter les hypothèses pour arriver à un diagnostic. Le médecin précédent voit que les vendredis, c'est la ruée pour prendre un rendez-vous pour son enfant fébrile puisque le week-end le médecin n'est pas joignable. Pourtant, venir au cabinet n'est pas la meilleure solution, selon ce médecin, parfois, il vaut mieux attendre 1 jour ou 2, pour se faire consulter :

Et le vendredi soir, pareil. Voilà les enfants. Il y a plus de consultations d'enfants les vendredis soir. Je ne pense pas qu'ils soient plus malades, mais les parents se disent d'habitude pour un rhume ou quoi, si ça arrive lundi, ou de la fièvre, mais là, vendredi, ils ont peur que ce soit moins facile de trouver un rendez-vous si ça persistait au week-end.

Sauf qu'en fait, ils viennent trop tôt parce que ça vient de commencer, il est très peu probable de voir s'il y a une otite ou quelque chose. (12)

La bienséance comme règle de comportement est défendue en ville et à l'hôpital. Partout il y a des médecins qui remarquent un manque d'éducation chez leurs patients : soit dans le sens de ne pas savoir comment réagir face aux premiers symptômes d'une maladie, soit dans le sens d'un manque de politesse, voire d'incivilité. Ces derniers étant plus souvent évoqués dans le contexte des centres de santé, des maisons de santé ou des urgences et à l'intérieur de l'hôpital. Le discours ci-dessous est d'un médecin urgentiste qui soutient les mêmes propos que ses confrères généralistes :

J'ai vu trois personnes entre 3 h et 6 h du matin. Ça ne relevait absolument pas... enfin, ce sont des consultations justifiées aux urgences, mais injustifiées à cette heure-là. Ça, il y en a de plus en plus. Ou alors c'est de la nonchalance. Il y a un mélange du mélange de tout ça, il y a des motifs tout à fait valables. Il y a un incivisme croissant. Les gens considèrent qu'ils payent leur sécu, donc ils ont droit à avoir un médecin quand ils veulent, à l'heure qu'ils veulent. Eh bien non ! ça ne marche pas comme ça. (16)

Il convient de noter que derrière ce discours qui accuse le patient de manquer d'éducation au sens large se trouvent des représentations sur la surconsommation des soins et un rapport aux soins assez particulier, fondé sur l'idée qu'on peut se procurer tout ce dont on a besoin en claquant du doigt. En outre, un médecin interviewé souligne le comportement exigeant de certains patients et essaie de le comprendre comme une réaction face à la probabilité de mourir, qu'ils veulent conjurer sur-le-champ. Selon les représentations de ce médecin, il s'agit notamment des citoyens, angoissés, qui réclament leur droit d'être vus, soignés de façon instantanée. Il considère que la santé est un bien comme les autres, mais dans l'extrait ci-dessous, il se pose la question du passage de la logique d'un bien commun à une logique d'un service à la personne interiorisée par quelques patients. L'extrait d'entretien ci-dessous montre un médecin s'interrogeant sur le comportement de certains de ses patients qui se précipitent pour avoir rapidement un rendez-vous avec elle, dès les premiers symptômes d'une pathologie :

7.4 La surconsommation de soins : une question de commodité

J'ai l'impression que les gens sont plus angoissés, mais aussi parce que je pose la question, c'est toujours pareil. Ils étaient peut-être déjà angoissés avant, mais on ne leur demandait pas. Je ne sais pas trop. Par contre, effectivement, il y a une consommation de soins et je pense que ça... Je pense que là, il y a un problème aussi un peu d'éducation, je n'aime pas ce mot-là, mais de prévention en fait et d'apprentissage des patients. Ils peuvent aussi gérer un peu des problématiques aiguës tout seuls au début et après voir comment ça évolue et si ça se passe bien. C'est vrai que comme il y a beaucoup d'informations, les gens entendent plus les erreurs médicales aussi. Après, ça peut faire paniquer. Si jamais on ne se rend pas compte de ceci, cela... Mais sinon, je ne sens pas plus d'angoisse. Je sens beaucoup de consommation de soins. Ou alors... je ne sais pas pourquoi... Je remarque que très vite, j'ai des consultations, parfois un parent qui vient en consultation pour son enfant qui a de la fièvre depuis une heure. Je trouve ça délirant, du coup, je ne trouve rien cliniquement, c'est trop tôt... Il faut attendre au moins une journée. [...] Je ne sais pas si c'est parce qu'on pense maintenant que c'est un acquis, ce n'est pas péjoratif. Et je pense que les gens ont l'impression que c'est un devoir, qu'on les soigne parfaitement, que leur santé soit parfaite, qu'ils n'aient pas du tout de problèmes de santé, qu'ils ne meurent jamais. Il y a quand même une problématique de la peur de la mort et de la maladie qui fait qu'on a l'impression qu'on peut tout soigner, mais en fait non, la fièvre, je ne peux pas l'empêcher. Elle est là. Elle va être là et ce n'est pas grave. Je pense que c'est plus l'angoisse de la mort. Oui, on a l'impression qu'on va tout soigner, tout traiter. Et je pense que c'est plus ça. Et donc, comme si on devait absolument avoir une solution à tout, notamment en termes de médical. Mais je pense que c'est un problème de société où bah, on a un problème, on prend son téléphone, on a tout de suite un résultat, j'ai l'impression que tout est un peu comme ça. (10)

Plusieurs idées ont été développées par les médecins sur le comportement des patients vis-à-vis de leur santé et du système français de soins. Nous avons essayé dans cette partie d'en mettre en avant quelques-unes, qui sont en lien avec les problématiques analysées dans ce rapport. Nul ne doute que nous n'avons pas épuisé ce que pensent les médecins interviewés. Dans les prochains paragraphes, nous allons aborder les propos d'un médecin qui considère comme désuète l'idée selon laquelle le manque de médecins serait un frein à la consommation démesurée de soins procurée par la gratuité de ces derniers, via le remboursement généralisé des dépenses en santé par l'Assurance Maladie. Selon lui, le manque de médecins a fait payer cher à quelques patients qui sont restés privés de soins, de suivi, d'un

travail d'éducation en santé. C'est le revers de la médaille : des conséquences désastreuses d'une régulation expresse des soins ambulatoires qui viserait à éviter la consommation excessive de soins et promouvoir des économies en santé. Voici ci-dessous ce que dit le médecin :

7.5 Le manque de disponibilité : un frein à la surconsommation de soins

C'est, je pense, finalement, notre système qui, même si ça manque, mais en tout cas où il y a un accès aux soins facilité. Bon, je pense quand même que le fait qu'il y ait l'assurance maladie avec le remboursement des consultations incite, ça, c'est sûr, à la consommation. Donc c'est freiné par le manque de disponibilité et la faible offre de soins. C'était d'ailleurs souvent une hypothèse souvent dite. Comme quoi les pouvoirs publics n'ont pas augmenté cette offre volontairement parce que c'est le meilleur moyen de contrôler les dépenses de santé. Quand finalement vous cherchez un médecin pour votre enfant et qu'il n'y en a pas. Bon, si c'est le sixième jour, vous allez finalement aller aux urgences, vous déplacer, mais sinon, il n'y a pas de rendez-vous disponibles. Vous allez plus ou moins, en tout cas, ça va freiner beaucoup de personnes qui vont prendre leur mal en patience, ça va forcer à réguler. Sauf que là, c'est devenu un stade où c'est dangereux et finalement peut-être plus coûteux parce que les gens ne sont pas pris en charge. Donc, il y a des risques, il n'y a pas de prévention, donc il y a plus de mal-être, déjà psychologique, plus de risque de ne pas prendre de cancers à temps, moins de prévention sur le tabac, donc plus de problèmes cardiovasculaires. On a pris conscience de ça, là, un peu tard. (2)

Le médecin ci-dessous a développé pendant l'entretien son idée selon laquelle certains patients considèrent les soins rendus au patient comme un dû :

7.6 Les soins sont un dû

Les gens ne se rendent pas compte qu'ils s'adressent à nous parfois comme si on était un dû pour eux et donc, là, je n'ai pas envie de m'occuper d'eux. Moi, je pense qu'en France, la médecine, c'est comme un dû pour les gens. C'est un service public pour beaucoup, on est privés, mais on est en partie salariés de la Sécu quand même. Donc, ce sont des gens qui payent avec leurs impôts. Et donc, beaucoup, certains, je ne sais pas... ils ont l'impression que... voilà... ils ne nous demandent même pas si l'on veut bien être leur médecin traitant, c'est « je veux que vous soyez mon médecin traitant ». Je crois que c'est quelque chose... La médecine est quasiment gratuite en France pour beaucoup de gens. **Donc, c'est-à-dire que la connaissance de leurs droits fait qu'ils sont plus exigeants vis-**

à-vis de ces droits. En fait, si vous voulez, quand vous avez un ou deux patients qui sont comme ça dans la journée, vous avez l'impression que ça vous a plombé votre journée alors que 80 pour cent des gens étaient adorables. Donc, il faut relativiser un peu ce que je dis pour le remettre quand même à la bonne proportion, ce n'est pas tout le monde. Mais voilà, il y a quand même une certaine proportion de patients qui ont l'impression que voilà, on leur doit un service. Et ceux-là ne se rendent pas compte qu'en nous parlant, comme si on était des objets, en plus, 25 euros, c'est comme si on n'était rien du tout, quoi. Ils ne se rendent pas compte qu'on est des humains derrière et que ça ne va pas marcher. Bien sûr. Oui, c'est vrai qu'il faut bien voir proportionnellement, c'est pas très significatif, mais quand même, c'est désagréable à vivre. Une situation où le patient arrive, s'impose et qu'il... Oui, ça fait partie de notre quotidien et c'est quand même... ça participe au mal-être de certains médecins. (3)

Parmi les représentations des médecins sur le comportement des patients, il y a celle sur le manque de discernement des patients par rapport à ce qui est urgent et ce qui ne l'est pas. Le médecin ci-dessous soutient cette thèse, mais maintient une posture compréhensive à l'égard des patients qui trouvent des difficultés à évaluer leur état de santé ainsi que celui de leurs proches :

7.7 La garantie de l'accès aux soins a enlevé les capacités de discernement de quelques patients

Dans l'imaginaire que j'ai de la santé d'avant, le recours aux soins était plus compliqué, plus onéreux. Donc du coup, forcément, les gens étaient obligés de faire un tri. Là, du fait que l'accès aux soins est quand même plus simple, c'est vrai qu'il y a peut-être moins cet effort aussi de se dire « est-ce que c'est vraiment important ou pas ? » Mais, en même temps, ce n'est pas forcément facile aussi comme posture, en tant que patient ou patiente, de s'auto-évaluer et d'évaluer, par exemple, ses enfants, ce n'est pas facile et quelquefois je comprends que les parents n'ont pas forcément envie de se mettre dans ce rôle-là, parce qu'ils n'ont pas envie de prendre le risque de mal évaluer la situation. Et ce n'est pas par mauvaise foi qu'ils viennent nous voir. (5) C'est pour ça que je dis qu'au bout d'un moment, les médecins modèlent un peu leurs patients. J'ai quand même l'espoir qu'au bout d'un moment, les messages qu'on fait passer, surtout si on les fait passer de façon répétée, ça finit par être entendu, ce qui n'est pas forcément vrai. Moi, j'ai des familles qui continuent à me consulter pour le deuxième et le troisième enfant, toujours pour des motifs que j'estime complètement absurdes. Et pourtant, ce n'est pas la faute de leur dire à chaque fois que je ne suis pas inquiète, mais ça revient, gentiment. (5)

S'il y a une éducation à faire, ce serait notamment auprès des plus pauvres, car selon quelques médecins, ils ont plus de difficulté à honorer les rendez-vous, à comprendre le système de santé, ils

sont plus nombreux que les riches à se présenter aux urgences des hôpitaux :

7.8 Une surconsommation des urgences chez les pauvres :

On a une population qui est très mixte, c'est-à-dire qu'on a des cadres sur le canal qui font partie des catégories socioprofessionnelles, les CSP+, comme on appelle, qui, eux, je pense, effectivement, connaissent bien l'offre et en tout cas, même s'ils ne la connaissent pas, savent où la chercher. Donc, ils savent utiliser un ordinateur et accéder à Doctolib, appeler un secrétariat pour les rendez-vous. Et puis, on a quand même une population qui est plus vulnérable à côté de ça. Alors, deux types de précarité, il y a... Comment décrire ça ? On a une population qui est très pauvre, très, très précaire, très marginale, c'est-à-dire les migrants qui sont autour de la gare X, les usagers de drogues, parce que dans le quartier, on a la première salle de conso moindre risque et beaucoup d'associations qui travaillent sur ce sujet, il y a des travailleuses du sexe sur la dixième place, c'est une population qui est très marginale, qui ne connaît pas très bien l'offre de soins du territoire et qui, en plus, ne connaît pas très bien le système de soins en France, ne connaît pas le système des médecins traitants. Et ça, ce sont des gens qui sont très consommateurs de soins aux urgences, alors, quand ils ont un souci, ils vont consulter aux urgences. C'est ça qu'on essaye un petit peu de casser. C'est ce circuit-là qu'on essaye de casser avec les postes de praticiens partagés avec ces médecins qui vont consulter, ces médecins généralistes qui vont consulter à l'hôpital, c'est le retour de la médecine générale à l'hôpital pour permettre à eux d'aller au-devant de ces patients et de leur dire « maintenant, vous voyez, vous avez une angine. Il n'y a pas besoin d'aller en consultation aux urgences. Il faut que vous ayez un médecin traitant en ville qui puisse vous recevoir. »

Et après, il y a des populations qui sont plus vulnérables, plus précaires, mais qui sont plutôt des populations issues de l'immigration de troisième génération, qui habitent dans les quartiers prioritaires de la ville, qui sont un peu différents, ils sont moins isolés, c'est des familles qui vivent tous ensemble dans des petits espaces, dans les HLM parisiens. Ils ont assez bien intégré le concept de médecin traitant, mais il n'empêche qu'ils sont quand même consommateurs de soins hospitaliers parce qu'ils ont compris le concept de médecin traitant pour le suivi. En revanche, pour l'urgence en ville, en tout cas le soin non programmé en ville, ils ne connaissent pas et dans ce cas, ils vont aux urgences. (2)

Et puis, aux urgences, mais également en ville, des représentations sur des comportements insoucians, voire négligents des patients qui, selon les médecins, ont un comportement inadmissible, car ils font exprès d'utiliser les urgences, alors qu'ils n'en ont pas besoin :

7.9 Le civisme qui s'en va :

Voyez, ce que j'ai trouvé fatigant, c'est qu'à partir de 3 h du matin, on faisait des non-stop depuis 8 h du matin hier matin, jusqu'à 3 h du matin cette nuit, ça a été non-stop et le plus fatigant, c'était tous les trois quarts d'heure, au compte-gouttes, entre 3 h du matin et 6 h du matin. Alors là, et alors là, du coup, là, il faut faire un effort sur soi-même pour recevoir bien les gens, aux urgences, quand ils viennent à 5 h du matin, parce qu'ils ont mal au dos depuis une semaine. Ça, c'est tout le temps. Et ça, c'est insupportable ! Et c'est de pis en pis, ça aussi. Il y a quand même... soit c'est du je-m'en-foutisme, soit c'est des gens qui ne réfléchissent pas, qui agissent sans réfléchir. En se disant, bon, mon truc, il peut attendre 2 heures ou il ne peut vraiment pas attendre deux heures. Et là, c'est une question de savoir-vivre. Il y a un savoir-vivre, un civisme qui s'en va à grande vitesse qui est très inquiétant. (16)

Les représentations ci-dessus sont diffusées dans beaucoup d'entretiens analysés dans ce rapport. Il s'agit d'un ensemble d'idées qui sont dans l'imaginaire de quelques médecins et orientent certainement la façon dont ceux-ci vont gérer les soins non programmés. Leur disponibilité à recevoir des patients en soins non programmés sera influencée par un ensemble de représentations ainsi que par les critères qu'ils estiment importants lorsqu'ils réaliseront le tri des patients qui demandent un rendez-vous médical. Leur attitude de bienveillance et l'attente d'un comportement bienséant sont entremêlées de ces représentations.

À ce propos, il est important de dire que bienveillance et bienséance ne s'excluent pas. En vérité, tous les médecins attendent que leurs patients et les nouveaux aient un comportement bienséant. Cependant, il y a une partie des médecins qui, comme nous l'avons évoqué, ont une posture bienveillante à l'égard d'eux. Cela implique notamment de relativiser, temporiser, être plus flexible par rapport à leurs oublis, leurs demandes jugées inadaptées, leurs difficultés à faire face à des événements personnels, parfois tragiques, enfin, prendre en compte leurs faiblesses. Dans le prochain entretien, un médecin expose les raisons pour lesquelles il croit que les demandes de soins non programmés sont en bonne partie légitimes. Il enlève la responsabilité du patient, car selon lui, il n'est pas coupable de la pénurie de médecins en France :

Et ce n'est pas illégitime de demander ça. Par contre, ce n'est pas très adapté, ce n'est pas adapté et on a du mal à répondre pour d'autres raisons qui ne dépendent pas que du patient, on reconnaît que ce n'est pas sa faute s'il n'y a pas assez de médecins en France. Donc, on est toujours... Après, on peut lui dire « bon, bah, écoutez, tant pis pour ce dimanche-là, pas de match, mais je vous vois la semaine prochaine, on va s'arranger », on arrive à trouver des solutions. Moi, je les trouve souvent assez légitimes quand même. (1)

Un autre médecin estime que toutes les demandes doivent être prises en compte, notamment après la crise Covid. Elle croit qu'il vaut mieux évaluer l'état de santé des patients qui se présentent au cabinet, même si pendant la consultation, les motifs qui ont amené ce dernier à consulter se révèlent être de moindre importance :

L'urgence, ça peut être une fièvre. Donc c'est dans le sens où c'est non programmé parce que ce n'était pas prévisible. Et quand même, même s'il n'y a pas mort d'homme, bah, on est censé y répondre, surtout si c'est quelqu'un qui ne se sent pas bien. Il faut l'évaluer, surtout en ce moment. Même si c'est un peu moins grave, mais par rapport à la situation Covid, surtout si c'est un petit enfant, un bébé ou une personne âgée, qui a quelque chose, qui a un essoufflement, qui a une douleur dans la poitrine ou qui a fait une chute, ou un malaise. (12)

Le médecin suivant est du même avis que le précédent. Elle souligne dans son discours que derrière une demande de certificat, il peut y avoir une « détresse sous-jacente » qui justifie la demande de se faire consulter rapidement pour l'obtenir. Contrairement à ses collègues qui voudraient afficher partout dans le centre de santé les motifs illégitimes qui ne devraient pas aboutir à une consultation, elle préfère recevoir toutes les demandes de rendez-vous :

Effectivement, il y a effectivement des gens qui viennent en consultation et ça aurait pu attendre une semaine. Je crois qu'il y a plein de choses dans la consultation médicale et parfois, même si le motif ne transparait pas quelque chose, il y a une détresse sous-jacente. Il y a peut-être un besoin de réassurance, je crois qu'on est là pour voir tout le monde et il faut trouver l'organisation qui fonctionne. Mais je ne suis pas forcément très partisane pour placer les gens... On a beaucoup de discussions dans l'équipe, on a des médecins très stricts, très rigides qui disent « Non, il faut mettre des affiches. Un motif pour la consultation sans rendez-vous, c'est un motif, on ne fait pas les certificats. Il faut qu'on éduque les patients ». Et puis, en fait, on n'arrive pas à mettre ça en place. Je me dis que voilà... il y a peut-être autre chose derrière la consultation et le motif médical pur et dur. (2)

L'attitude bienveillante est partagée par des médecins appartenant à plusieurs générations. Le médecin ci-dessous, d'un âge plus avancé que le précédent, est aussi de l'avis qu'il est essentiel de ne pas juger de la légitimité d'une demande de soins quitte à se retrouver face à quelqu'un qui n'est pas vraiment malade. Selon lui, juger de la légitimité a priori d'une demande urgente ou non programmée de soins est impossible :

Bien sûr, mais faire la différence est extrêmement difficile, extrêmement difficile. Vous pouvez très bien avoir quelqu'un qui vous appelle en vous disant « Je suis trop fatigué, il me faut un arrêt de travail pour demain ». Si vous ne le recevez pas en consultation, vous pouvez vous dire « c'est un emmerdeur, qu'est-ce qu'il vient me demander ça au téléphone ? » Si vous le recevez, vous vous rendez compte qu'il a un risque suicidaire élevé et que vous avez bien fait de le recevoir. Donc voilà, juger de la légitimité a priori d'une demande urgente ou de soin non programmé est une tâche quasiment impossible. C'est simplement a posteriori qu'on peut s'en rendre compte. Avec des exceptions bien sûr.

(6)

Cette posture de bienveillance, qu'ont quelques médecins, contribue finalement à une meilleure fluidité au sein du territoire. Un patient dont la demande de soins non programmés n'est pas reçue va chercher une autre solution sur le territoire à son problème de santé qui ne sera pas forcément la plus appropriée. Le médecin qui ne préjuge pas de la légitimité d'une demande utilise la consultation pour débloquer des situations pendant la consultation, en évitant que le patient mobilise parfois inutilement ses efforts, multiplie les consultations, pour finir « au mauvais moment, au mauvais endroit, avec le professionnel le moins approprié ». Dans un contexte de désertification médicale, une bonne régulation territoriale de l'offre de soins reste tributaire de cette bienveillance du corps médical. Même si, pour certains, cela comporte des limites.

Le médecin ci-dessous est convaincu que l'une de ses attributions en tant que médecin est de débloquer des choses pendant la consultation, pour éviter que ses patients aillent inutilement chercher un spécialiste sur le territoire :

Oui, parce que c'est vrai qu'effectivement, le fait que les gens soient obligés de passer par nous pour... C'est vrai qu'on oriente, il y a pas mal de choses où les gens disent « il me faut un courrier pour un gastro ou un dermato ou un machin » et finalement, on débloque le truc et ils ne vont

jamais voir le spécialiste. Ou ils vont le voir, mais dans un délai plus raisonnable, on aura des examens avant, on aura débloqué les choses. (9)

Ce même médecin croit que c'est en répondant aux demandes de patients que l'on peut non seulement désamorcer les choses, mais aussi éviter les consultations multiples chez les spécialistes et surtout éviter qu'ils aillent inutilement aux urgences :

Parfois, en voyant les gens finalement assez tôt, on les rassure et après, ça évite des consultations multiples. Et parfois, même si ce n'est pas une urgence médicale, les voir quand même assez tôt, ça évite de multiples consultations à droite, à gauche, parce que sinon, on ne les voit pas. Si on n'apaise pas les choses, ils vont voir SOS ou ceux qui sont dans des milieux plus aisés, ils vont voir 36 spécialistes de ci, de ça. Alors que si on arrive à débloquer le truc assez tôt, même si à la base ce n'est pas une urgence vitale, ça évite... C'est quand même important de les voir au départ. (9)

En plus des représentations sur les attitudes de la patientèle à l'égard des soins non programmés, nous avons cherché à appréhender dans le cadre de cette étude, les représentations de l'hôpital et de l'urgence chez les médecins. Dans la prochaine section, nous allons analyser ce qu'ils pensent à ce sujet.

En résumé

→ Être ou non disponible pour sa patientèle relève bien entendu des capacités d'organisation liées parfois au contexte social dans lequel le médecin vit. Toutefois, il existe d'autres facteurs qui peuvent influencer cette prédisposition à se rendre disponible, comme les représentations de la patientèle et celles concernant l'utilisation de créneaux dédiés aux soins non programmés. Comme l'indiquent les données présentées dans cette section, la prise en charge de la patientèle dépend des représentations du médecin quant à la nature des soins prodigués et l'importance de son intervention lorsqu'il est sollicité à recevoir en urgence. En outre, les prédispositions de ceux-ci à recevoir ce type de demande ne sont souvent pas en phase avec les représentations des patients/usagers sur ce que devrait être à l'origine d'un tel type de demande. Les médecins interrogés classent la demande de soins non programmés comme une demande « qui n'est jamais vitale », car les demandes vitales relèvent d'une autre branche de la médecine. Cependant, ils se divisent sur la légitimité d'une demande qui n'est « jamais médicale » et qui relève plutôt d'un besoin de la part du patient d'être réassuré, car cela prend du temps et interroge certains sur les finalités propres à leur métier. Par ailleurs, ils se divisent également sur la légitimité d'une demande de rendez-vous pour des questions administratives. Et puis, comme le dit un médecin urgentiste, les soins non programmés correspondent à une sorte de dépannage, ce qui, pour certains médecins, peut être vécu comme dévalorisant. Tous ces questionnements indiquent que les médecins sont profondément chamboulés par les transformations qui touchent le cœur de leur métier, à cause de l'augmentation de la demande de soins non programmés. C'est le sens de leur travail et de leur place dans le système de santé qui est remis en question. Leur prédisposition à recevoir cette demande supplémentaire et les tergiversations qui en découlent sont tributaires de ces flottements, sur le plan des représentations, à propos de ce qu'ils peuvent/doivent apporter lors d'une demande de soins non programmés. Ces doutes minent le système habituel de représentations sur lequel se fondent les convictions du médecin à son égard et sa valeur dans le système de santé.

Face aux demandes de soins non programmés, les médecins adoptent deux types d'attitudes par rapport à leur patientèle : la bienveillance et la bienséance. Pour la première, il s'agit d'une tendance où le médecin est plutôt bienveillant par rapport à toute demande en soins non programmés. À l'inverse, la deuxième tendance est largement répandue et marquée par une certaine rigidité des médecins à l'égard des patients qui, selon eux, agissent de façon inconsciente par rapport

à la situation actuelle, caractérisée par la pénurie de médecins. Leurs discours deviennent très normatifs à l'égard de ceux qui prennent des rendez-vous qu'ils considèrent comme « illégitimes ». La bienséance comme règle de comportement est défendue en ville et à l'hôpital. Partout, il y a des médecins qui remarquent un manque d'éducation chez leurs patients : soit dans le sens de ne pas savoir comment réagir face aux premiers symptômes d'une maladie, soit dans le sens d'un manque de politesse, voire d'incivilité. Il s'agit d'une sorte de responsabilisation du patient/usager par rapport à la situation actuelle du système de santé.

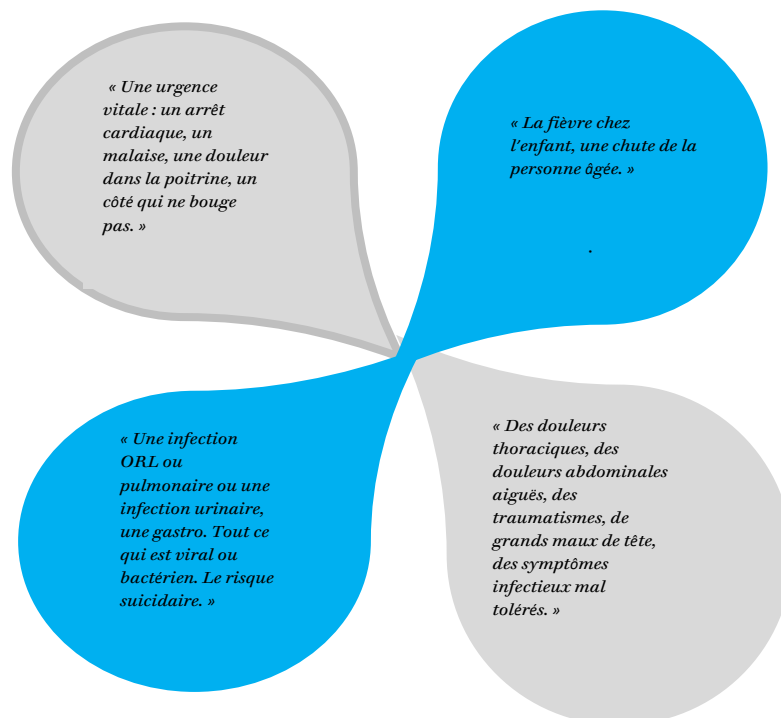
La responsabilisation des patients/usagers s'appuie sur des représentations qui probablement préexistent à la période actuelle, caractérisée par la pénurie de médecins. Ces représentations fondées sur la surconsommation des soins, le manque de discernement, la réclamation du soin comme un dû et l'incivilité sont réactivées pendant la période actuelle et ne font que renforcer la méfiance, l'insatisfaction, les accusations et les punitions à l'égard des patients/usagers.

Chapitre 8 : Un modèle de prise en charge de l'urgence qui mérite d'être revu

8.1 L'urgence n'est pas la branche choisie par les médecins généralistes

Dans la figure ci-dessous, nous avons essayé de synthétiser les principales définitions concernant l'urgence, utilisées par les médecins interviewés. Étant donné que le métier de médecin généraliste consiste, en grande partie, à réaliser de la prévention, un diagnostic sans urgence, et les suivis dans le temps de pathologies chroniques, la définition de l'urgence concerne tout ce qui n'appartient pas à ces trois domaines. Cependant, comme le montrent les données, les définitions sont variables et peuvent être plus ou moins larges, car elles peuvent ne pas se référer uniquement à ce qui est vital et recouvrir plusieurs symptômes ou maladies. Comme dans les cas des représentations sur les soins non programmés, les représentations sur l'urgence participent à une construction sociale. Chaque médecin interrogé a donné sa propre définition de l'urgence fondée sur ses expériences, connaissances scientifiques et représentations. Le concept d'urgence médicale est ainsi le fruit d'un amalgame de notions scientifiques et de notions du sens commun. Elles servent comme moyen de justification au médecin lorsque celui-ci doit prendre des décisions concernant son patient.

Exemples de définitions de l'urgence



Bien entendu, les définitions ci-dessus ne sont qu'un exemple de ce que les médecins entendent par urgence. Comme nous l'avons dit, ce mot comprend de nombreuses définitions. Nous n'avons pas l'intention d'épuiser ici toutes les définitions données pendant les entretiens. Étant donné que pour quelques médecins l'urgence n'est pas l'intérêt premier du médecin généraliste, il devient compliqué pour certains d'entre eux d'aborder ce sujet, car ils trouvent que l'urgence est l'objet d'une autre branche de la médecine. Dans l'exemple suivant, un médecin allègue que l'urgence n'a pas été son choix d'activité :

Oui, je pense que ça, c'est aussi, ce sont aussi des choix d'activité, je veux dire, si on veut faire que l'urgence, bah, on est urgentiste. [...] Je trouve que l'intérêt du médecin traitant, il est dans le suivi, dans l'accompagnement, dans la prise en compte du social, du professionnel. Ce sont des choix aussi d'activité, sinon j'aurais été urgentiste. Si j'avais eu envie d'être réveillé à 3 heures du matin le dimanche. (20)

Et donc pour que le médecin traitant ne puisse se consacrer qu'au suivi, et que l'hôpital ne puisse prendre en charge que l'hospitalisation de courte durée et les actes chirurgicaux, le médecin ci-dessous dit de façon caricaturale qu'il faudrait davantage de soins en ville avec des horaires à temps plein :

Parce que c'est vrai qu'idéalement, ce qu'on projette, c'est que les urgences sont la porte d'entrée de l'hôpital pour, du coup, des gens qui nécessiteraient une hospitalisation même de courte durée ou un acte chirurgical, et que tout le reste pourrait être soigné en ville. Mais on est limités par le fait que les soins de ville ne sont pas ouverts 7 jours sur 7. (2)

En outre, la plupart des médecins considèrent comme une urgence médicale quelques symptômes aigus qui peuvent se manifester soit le jour même de la consultation, la veille ou dans les 2-3 jours précédents et qui demandent une réponse rapide.

Par ailleurs, les médecins généralistes affirment qu'en pourcentage, les cas d'urgence médicale sont rares et qu'ils sont confrontés plutôt à une demande d'urgence ressentie :

Bon, le soin urgent, le soin vraiment urgent, c'est assez rare. C'est vraiment assez rare, mais il y en a. À mon avis, il y a un gros biais puisqu'on a... bon, évidemment, il y a le SAMU, vraiment, c'est urgent,

et on a SOS Médecins qui fait parfois l'urgence à domicile, etc., ça va être orienté vers un service de visites urgentes comme SOS, la garde médicale de Paris ou les urgences médicales. (1)

Un autre médecin généraliste qui travaille dans une autre ville confirme ce qu'a dit le précédent :

Donc ça permet d'évaluer le degré d'urgence, car quand même, ça nous arrive rarement. Ça nous arrive plusieurs fois par mois. Je ne vais pas vous dire plusieurs fois par semaine, mais en fait, il y a des semaines parfois difficiles où on n'a pas de chance, ce sont plusieurs fois par mois où il y a une nécessité d'adresser quand même pour une suspicion d'urgence cardiocirculatoire, cardiorespiratoire un patient aux urgences et pour lequel il faut d'emblée quand même installer un patient dans de bonnes conditions. (15)

Selon le médecin ci-dessous, cela va sans dire que les délais pour apporter une réponse aux demandes de soins urgents dépendront beaucoup de ce que le patient ressent par rapport à sa maladie :

Par exemple, une infection urinaire, ce n'est pas urgent, mais si vous n'avez pas beaucoup de symptômes ou si vous avez beaucoup de symptômes, le ressenti ne sera pas le même et donc la demande de soins associés devra être satisfaite dans un délai qui ne sera pas le même. (5)

8.2 L'adressage aux urgences, une nécessité, l'auto-adressage aux urgences : une maladresse

Quelques médecins ont évoqué pendant l'entretien le cas de personnes qui se sont présentées aux urgences spontanément, sans avoir consulté un médecin traitant au préalable :

J'ai plusieurs cas de patients qui se trouvaient aux urgences sans appeler, parce qu'ils pensaient que cela relevait des urgences et que je n'allais pas pouvoir être utile ou disponible. (1)

Si l'on revient sur le thème concernant la prise de rendez-vous, il arrive parfois que les médecins conseillent leurs patients sans être entendus par ces derniers, d'appeler la structure en cas d'urgence au lieu d'essayer de prendre un rendez-vous par internet :

Il y en a qui ne passent que par Internet, alors je ne sais pas comment ils font. En fait, ils oublient qu'on peut téléphoner à la structure, il faudrait mettre un message comme quoi si vous avez un problème, vous pouvez téléphoner. (1)

Dans plusieurs structures, il est souvent rappelé, par les secrétaires, aux patients qui n'ont pas réussi à fixer un rendez-vous qu'ils doivent s'adresser aux urgences ou à SOS Médecins si ces places ont été déjà prises. Deuxièmement, ils peuvent, s'ils le souhaitent, attendre un rendez-vous en urgence le lendemain. La décision d'envoyer ou pas aux urgences sera alors prise par le médecin selon le niveau de complexité de la maladie ou de vulnérabilité du patient. Cela étant, selon le médecin ci-dessous, il peut y avoir des patients qui n'ont pas trouvé de place aux plages d'urgence ou qui n'entrent pas dans le système de catégorisation des patients qu'elle a créé et qui se présenteront spontanément aux urgences. Selon ce médecin, l'adressage aux urgences est fait naturellement par ceux qui ont « échappé » au filtre mis en place pour trier l'urgence :

Et si c'est un patient vulnérable, parce que du coup, sur nos fiches au secrétariat, il y a marqué patients vulnérables ou patients complexes, là, le secrétariat nous laisse un message. [...] Donc, il y a probablement des patients dans tout cela qui vont aux urgences alors qu'il ne serait pas nécessaire d'aller aux urgences parce que ce ne sont pas des cas complexes ni des personnes vulnérables, mais on n'a plus de place pour eux. (3)

Autrement, l'adressage aux urgences est fait par les médecins, malgré leur envie de résoudre le problème en ville. Nombreux sont les médecins qui ont adressé, ne serait-ce qu'une seule fois, voire plusieurs fois, des patients aux urgences faute d'une meilleure solution. Cet adressage est réalisé, car le médecin n'était pas sûr d'assurer une bonne prise en charge en ville, et ainsi, il adresse le patient aux urgences même si après le passage de ce dernier à l'hôpital, on constate que l'adressage aurait pu ne pas avoir lieu. Dans les deux exemples ci-dessous, les médecins ont dû envoyer aux urgences à des moments où l'offre en ville était indisponible :

On sait parfois qu'à certains moments de la journée, le vendredi soir, si le cabinet est fermé le lendemain et qu'il s'agit d'un patient fragile qui n'est pas bien, on sait qu'il ne va pas pouvoir avoir les antibiotiques. C'est une infection urinaire et on sait qu'il ne pourra pas avoir les antibiotiques le soir même à la pharmacie, puisque tout est fermé. Ça va être galère. On lui dit « allez aux urgences ». Mais c'est très rare. (1)

Le deuxième médecin pense également que cela peut avoir lieu surtout les vendredis, lorsque les laboratoires ferment, et leur

plateau technique dont ils disposent était insuffisant pour qu'ils puissent donner leur avis au patient :

Ça m'est déjà arrivé d'envoyer quelqu'un aux urgences, genre un vendredi à 16 heures. En fait, je savais que je n'allais pas avoir l'offre en ville. Ça aurait pu attendre un autre jour de la semaine, ça aurait pu attendre le lendemain si le lendemain avait été un mardi. Mais en fait, comme je savais très bien que derrière les centres, les médecins ne consultaient plus, nous, le centre était fermé, qu'il n'y avait pas forcément de labo ouvert, ça m'est déjà arrivé de les envoyer là-bas le vendredi. (2)

D'autres médecins adressent un patient, car ils sont convaincus qu'il y a des pathologies qui ne peuvent pas être soignées en ville :

Je pense, oui. Il y a des urgences médicales et chirurgicales. Tout ne peut pas être soigné en ville, donc oui, bien sûr. Je m'efforce de les envoyer quand il y a une vraie urgence. Ce n'est pas toujours facile. (14)

Quelques médecins peuvent, comme dans l'exemple ci-dessous, conseiller un patient d'aller aux urgences, lorsqu'il constate qu'il n'est pas en mesure de recevoir son patient :

Oui ça m'est arrivé, mais dans ces cas-là, il n'y a eu aucune évaluation médicale à proprement parler. C'était juste un conseil téléphonique : je ne suis pas capable de vous recevoir et comme il n'y a que les urgences de disponibles, eh bien, allez aux urgences. Ce n'était pas une orientation évaluée préalablement. C'était juste : bah, on ne peut pas faire autrement, je vais peut-être vous déplacer pour rien, mais je préfère vous déplacer pour rien plutôt que de courir un risque. (6)

S'il s'agit d'un patient qui l'appelle pour la première fois pour être vu en urgence à des heures tardives, il opposera son refus au patient et lui demandera de s'adresser aux urgences :

Parce qu'il y a des choix à faire, je ne refuse pas de voir de nouveaux patients, mais si quelqu'un que je n'ai jamais vu me décrit une situation possiblement urgente, « je tousse, j'ai du mal à respirer, j'ai de la fièvre », je ne vais pas lui dire je vous reçois à 21 heures ou même à 19 heures, je vais lui dire « écoutez, vaut mieux aller aux urgences faire une radio et vous faire évaluer ». (6)

Cela va sans dire que selon certains médecins, qu'il s'agisse d'une urgence ressentie par le patient ou par le médecin, indépendamment de savoir si cela est légitime ou pas, il faut demander au patient de s'adresser aux urgences :

Après, on peut toujours se tromper, on a eu un mauvais ressenti, finalement, il n'y avait rien. Je dirais que moi je ne regretterai pas d'envoyer aux urgences si vraiment j'ai un mauvais ressenti ou que le patient a un mauvais ressenti. De toute façon, s'il y a un symptôme de ressenti d'urgence vaut mieux l'envoyer. (11)

Un autre médecin partage le même avis que le précédent, il est impossible de savoir si le problème est urgent avant d'adresser le patient aux urgences :

Ça arrive, mais alors là, vraiment, j'ai rarement de la culpabilité parce que la question c'est : est-ce que c'est grave ou pas ? C'est pour ça qu'on envoie aux urgences. Si c'est grave, il faut qu'il soit vu d'urgence. Si ce n'est pas grave, il peut en sortir. (12)

Selon quelques médecins, l'adressage aux urgences constitue un dernier recours, car maintes fois, ils estiment que faute de place, le patient qui a été adressé aux urgences à cause d'un problème de santé retourne chez lui alors que le médecin aurait aimé qu'il soit gardé par l'hôpital :

On évite au maximum d'envoyer de nous-mêmes. On a beaucoup plus de limites, même de freins, parce qu'on a plutôt tendance finalement à ne pas envoyer, à gérer le maximum de choses nous-mêmes [...] Pourquoi ? Déjà, parce que, surtout qu'au niveau du système de santé, ça ne suit pas. Donc, il m'est déjà arrivé d'adresser des choses totalement justifiées et finalement de savoir qu'on les a renvoyés chez eux parce qu'en fait il n'y a pas de place par rapport aux faillites du système de soins. (12)

La relation avec l'hôpital pose un problème dans la mesure où les médecins se sentent instrumentalisés par ce dernier et complètement exclus des décisions qui sont prises concernant leurs patients. Dans l'exemple précédent, le médecin a manifesté son mécontentement par rapport à la prise en charge de son patient, l'exemple suivant est d'un autre médecin qui se sent dévalorisé par rapport au fait de devoir assurer le suivi des soins réalisés à l'hôpital, dans la période post-passage-aux-urgences :

Ils viennent que pour ça. Ils reviennent pour nous raconter ce qui s'est passé et qu'on le mette dans le dossier. Et puis assurer le petit suivi. Justement, ils m'ont demandé de faire une prise de sang pour vérifier. Est-ce que vous pourriez prescrire, docteur ? On sert à ça. En fait, on ne fait pas beaucoup d'actes. C'est juste qu'on assure le suivi de la consultation en urgence à l'hôpital, etc. Oui, il y a des patients qui font ça. (1)

L'auto-adressage aux urgences est un thème très controversé. Le médecin ci-dessous affirme que c'est le système de santé qui incite les patients à s'adresser spontanément aux urgences. Selon lui, le fait qu'ils aient une ordonnance à la suite de leur passage aux urgences stimule ce type de comportement chez les usagers. À travers ce discours qui responsabilise le patient, il met en avant son idée que la régulation devrait être faite aux urgences afin que le patient ne devienne pas un habitué de ce type de service :

Après, c'est pareil, c'est un problème d'organisation. C'est-à-dire que si aux urgences, il n'y avait pas d'ordonnance, vous voyez, là, ils partent, ils vont aux urgences, ils partent avec l'ordonnance de soins. Ils ont vu un médecin. Ils sont rassurés. Pourquoi ils iraient plus chez le médecin généraliste? Forcément, ils vont recommencer parce qu'ils ont la solution à leurs problèmes. Si on leur dit « je suis désolé, ça ne concerne pas une urgence médicale. Il faut que vous alliez voir votre médecin traitant et je ne vous donnerai pas d'ordonnance, aujourd'hui », ils ne reviendront pas. (9)

Par ailleurs, ce médecin croit que pour des raisons financières, les urgentistes ne limitent pas le nombre de passages dans le secteur des urgences. Et cela représente aussi un facteur qui stimule le patient à se présenter directement aux urgences :

Par contre, après, il faut savoir que les urgences ont une enveloppe aussi par rapport au nombre de passages, tous ces gens qui ne sont pas des urgences, ça fait des passages, de l'argent dans leur enveloppe. C'est un système qui ne va pas, c'est tout le système qui ne va pas, c'est coté à l'acte. Donc, il faut qu'il y ait quand même des gens qui rentrent pour qu'ils aient de l'argent aux urgences. [...]. En fait, les urgences les accueillent et les traitent, etc., ils en ont besoin aussi. C'est ça qui ne va pas, le système général. (9)

L'avis des médecins sur l'adressage et l'auto-adressage est partagé. Certains croient que seulement par l'éducation des patients il serait possible de limiter le nombre de passages aux urgences tandis que d'autres trouvent des explications à l'auto-adressage dans le dysfonctionnement du système de santé. Ces derniers plaident que les patients ne savent pas comment utiliser le système de santé :

On est quand même dans ces situations où le besoin est là, tout le monde dit « je fais », mais c'est faux. Sinon il n'y aurait pas d'usagers qui se plaindraient et diraient que je n'arrive pas à.. qui iraient aux urgences en disant « Je viens chez vous, je suis désolé. Ce n'est pas parce

que je veux embêter les urgences, c'est parce que mon médecin n'a pas répondu. Personne n'a été capable de me dire ce qu'avait mon enfant qui avait de la fièvre, qui n'était pas bien ». À la fin, on lui dit « c'est une gastro. Retournez voir votre médecin traitant dans trois jours si ça ne va pas mieux ». Il ne sera toujours pas plus disponible dans trois jours... **(15)**

Peu importe les moyens par lesquels le patient se présente aux urgences, l'auto-adressage ou l'adressage fait par son médecin, ce sont les motifs qui l'ont amené à l'hôpital qui sont souvent source d'insatisfaction chez les médecins urgentistes, que ces derniers perçoivent comme injustifiés :

J'ai vu trois personnes entre 3 h et 6 h du matin. Ça ne relevait absolument pas... enfin, c'est des consultations justifiées aux urgences, mais injustifiées à cette heure-là. Ça, il y en a de plus en plus. Ou alors c'est de la nonchalance. Il y a un mélange du mélange de tout ça, il y a des motifs tout à fait valables. Il y a un incivisme croissant. [...] Ce n'est pas parce que vous êtes médecin aux urgences que vous êtes tenu de recevoir quelqu'un qui aurait pu attendre le lendemain. **(16)**

8.3 Le problème de la déperdition d'information et du suivi du patient dans le cadre d'une relation constituée entre ville et hôpital :

Ce problème a été souligné par les médecins interviewés comme le symptôme d'un mauvais lien établi entre la ville et l'hôpital. Certains croient que des mesures ont été mises en place, notamment pendant la période Covid-19 pour améliorer cette relation. Des logiciels qui facilitent le partage d'informations (comme Terr-esanté) ont été rappelés au cours de quelques entretiens. Cependant, selon ces médecins, la relation n'est pas encore fluide pour sécuriser complètement le parcours de soins des patients. Le risque de la non-continuité de soins a été abordé à partir de deux angles, l'information et la communication :

- 1)** Un manque d'information à la sortie d'un passage aux urgences ;
- 2)** Un manque d'information à la sortie d'une hospitalisation en urgence (même si les comptes rendus sont transmis dans le cadre d'une hospitalisation hors urgence) ;

- 3) Une difficulté à adresser les patients aux spécialistes de l'hôpital ;
- 4) Une difficulté à communiquer sur l'évolution de l'état de santé d'un patient lorsqu'il est hospitalisé ;
- 5) Un problème d'organisation qui résulte de doublons en termes de suivi.

En ce qui concerne le premier point, le médecin ci-dessous se plaint du fait de ne pas avoir un compte rendu quand ses patients quittent les urgences. Il aurait aimé pouvoir avoir autre chose que les ordonnances pour comprendre la situation globale de ses patients :

Le fait que les patients en sortie du service d'accueil des urgences n'aient pas systématiquement un compte rendu médical, ça, c'est classique, c'est même la majorité des cas. Du coup, on ne peut pas parler de lien parce qu'ils vont dans un service, qu'on leur dise des choses et nous tout ce qu'on réceptionne comme informations, c'est ce que les patients en ont compris et les ordonnances de sortie, ce qui quelquefois est un peu court parce que pour extrapoler la prise en charge des hypothèses diagnostiques des collègues sur les ordonnances, c'est un peu juste, quoi.
(5)

Il aimerait que le dialogue entre ville et hôpital s'améliore, notamment dans le cadre de l'urgence. Sans essayer de rendre l'hôpital et ses collègues urgentistes coupables de cette situation, il met en question le système d'information existant entre la ville et l'hôpital lors d'une urgence :

Après, en termes de post-hospitalisation, il y a du mieux. Maintenant que les comptes rendus hospitaliers sont formalisés, obligatoires et systématiques, même s'il y a du délai dans leur réception au moment où l'information est transmise. Mais dans le cadre de l'urgence, c'est très rarement le cas. Et après, je ne veux pas dire que c'est de la faute de l'hôpital, même nous, de notre côté, pour avoir travaillé aux urgences durant ma formation, c'est vrai que des fois, ça arrive quand même quand les patients sont adressés par leur médecin, c'est rare qu'on ait toutes les informations qu'on aurait pu attendre d'un ou d'une collègue. Donc, la logique d'information entre collègues, entre ville et hôpital, elle n'est pas encore hyper développée, mais dans les deux sens. (5)

Afin d'avoir accès aux spécialistes de l'hôpital, la solution rencontrée par un médecin, c'est d'étendre son réseau de

connaissances à l'intérieur de celui-ci. Selon lui, pour sécuriser le parcours de soins de patients, le seul moyen est l'utilisation des portables :

On vient de lancer des staffs ville-hôpital tous les quinze jours, c'est les médecins partagés qui l'organisent et vous voyez, le dernier, c'était le premier, le 25 janvier, il y avait 15 personnes. On était contents pour un premier staff, c'est bien. Et puis, ça permet que les gens se connaissent. On peut tourner le truc dans tous les sens, mais quand tout le monde aura le numéro de portable de tout le monde, il n'y aura plus de questions de parcours de soin. (2)

La communication entre la ville et l'hôpital est un vrai problème remarqué par plusieurs médecins :

Oui, parfois, parce que même sans forcément d'hospitalisation, des patients qui sont en cours de suivi par un service hospitalier et on reçoit les comptes rendus trois mois après, on les voit entre-temps. On ne sait pas ce qui a été fait par l'hôpital et du coup, on est un peu dans un flou artistique. On se retrouve à devoir gérer au quotidien entre guillemets. Et on n'a pas forcément les grandes lignes de l'hôpital pour savoir comment gérer le patient. Et tant qu'on n'a pas les infos de l'hôpital, c'est délicat. Ça dépend des services, mais il y a encore des fois où on se retrouve en difficulté parce qu'on n'a pas les infos de l'hôpital. (9)

Certains se souviennent de la période Covid la plus aiguë, lors de la première vague, comme un bon souvenir, car les liens entre ville et hôpital se sont resserrés :

Pendant le Covid, par contre, c'est bien parce qu'on avait des contacts avec les urgences. On pouvait les appeler, leur demander des conseils et leur transférer des patients. C'était pendant le Covid. (3)

Les médecins se posent beaucoup de questions sur le lien entre la ville et l'hôpital, notamment sur le fait qu'il n'y a pas vraiment de coordination de soins. Parfois, cela se traduit pour des doublons en termes de suivi : tantôt le médecin généraliste, tantôt le médecin à l'hôpital réalise le même type de suivi auprès du patient. Reste à savoir si cela est vraiment nécessaire :

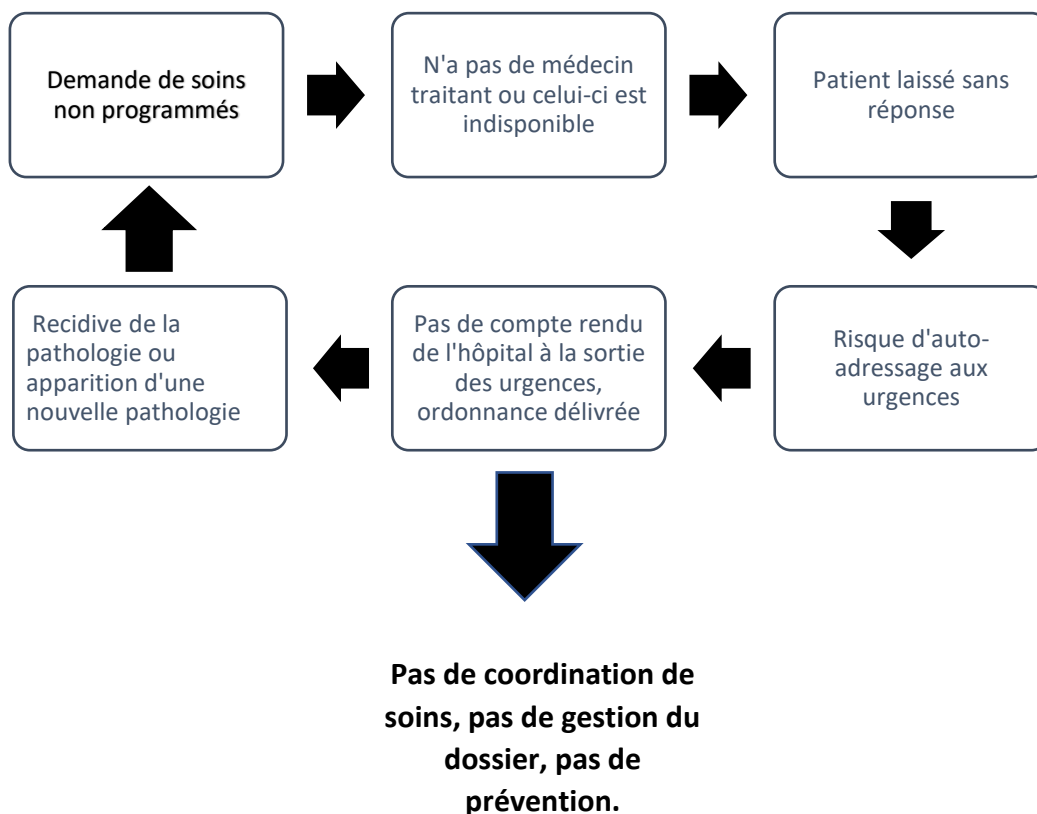
Je trouve que ça ne se passe pas très bien entre la ville et l'hôpital. On adresse, il n'y a pas de place. Ils font le suivi alors que nous, on fait le suivi aussi. Parfois, il y a des suivis doublons, on ne sait pas pourquoi. Parce que, par exemple, l'endocrinologue... non, les endocrinologues, ils font

quand même attention à bien mettre tout. Mais il y a parfois un patient qui va être suivi en psychiatrie, le psychiatre va mettre que le traitement pour la psychiatrie. Donc, il faut qu'il aille voir son généraliste pour son traitement pour la tension et en même temps, le généraliste s'occupe du problème psychiatrique. Et donc, finalement, on se retrouve tous à faire la même chose. C'est une perte de temps. Moi, je veux bien faire moins et déléguer aussi. Mais je pense qu'il y a quand même... faudrait que ce soit mieux organisé. (10)

8.4 Le médecin traitant : garant de la continuité des soins

En nous appuyant sur les avis des médecins analysés dans ce rapport, il nous a semblé pertinent de proposer le schéma suivant pour faciliter la compréhension du lien qui peut exister entre une demande de soins non programmés qui est restée sans réponse, notamment de la part du médecin traitant, et la rupture progressive du parcours de soins. En nous appuyant sur les entretiens réalisés auprès des médecins, nous avons élaboré un schéma pour expliquer le lien entre une demande de soins non programmés qui reste sans réponse et la rupture progressive du parcours de soins :

Schéma de la rupture progressive du parcours de soins



Lorsqu'une personne essaye de joindre son médecin traitant pour une demande de soins non programmés et ne trouve pas de réponse (soit parce qu'il n'a pas de médecin traitant et n'est pas accepté comme nouveau patient nulle part, soit parce que son médecin traitant est indisponible ou la date du prochain rendez-vous est assez loin), il y a un risque élevé qu'il se présente spontanément aux urgences par un système d'auto-adressage. Si à la sortie des urgences l'hôpital ne fait pas de compte rendu ou si le compte rendu tarde à arriver, le médecin aura de toute façon beaucoup de difficultés à reconstituer ce qui a été fait à l'hôpital. Les informations en amont (qui devraient être fournies par l'hôpital) ont été perdues. Il pourra éventuellement s'occuper de son dossier et courir après les informations, et garantir ainsi la continuité des soins proscrits à l'hôpital. Toutefois, cela est fait souvent dans l'incertitude de pouvoir avoir accès aux données :

Voilà, c'est très dépendant de la bonne volonté des professionnels et de leur disponibilité et des moyens de communication qu'ils mettent en place entre eux. (5)

En ce qui concerne ceux qui n'ont pas de médecin traitant ou un médecin traitant souvent indisponible, comment assurer la continuité de soins, une fois que cela implique la coordination de soins, la gestion du dossier et la prévention pour qu'il n'y ait pas de récurrence de la pathologie ? En effet, il peut y avoir une perte d'information à la fois en aval (détenue par le médecin) et en amont (détenue par l'hôpital).

Le problème est que si le patient emprunte à plusieurs reprises le parcours de soins tel qu'il est montré ci-dessus, quitte à ce que cela devienne une habitude, il y aura forcément au cours des années un risque réel de rupture de son parcours de soins, par manque d'information, de coordination de soins, de gestion de dossier et de prévention. Les coûts pour la société seront très élevés du fait d'aller souvent aux urgences et de ne pas avoir de médecin traitant. Une demande de soins non programmés qui n'est pas satisfaite est

la porte d'entrée vers un système progressif marqué par l'intermittence dans le parcours des soins. En outre, cela rend difficile la prise en charge globale, structurée et continue des patients et accentue la sectorisation (soins d'hôpital, soins de ville, soins médico-sociaux) en dépit d'une médecine de parcours. Faute d'information partagée, le médecin de ville et les équipes de soins primaires perdent la place centrale dans le système de soins tel qu'il est préconisé par la loi de modernisation du système de santé de 2004. Dans le schéma proposé ci-dessus, les médecins ne peuvent être ni les pivots ni les coordinateurs des parcours, car depuis le début, lors de la demande de soins non programmés, ils étaient absents, et à l'issue de ce parcours, leur implication reste toujours un peu floue à cause du manque d'informations transmises par l'hôpital ou du fait de se rendre toujours indisponibles au patient ou au nouveau patient.

8.5 La régulation des soins urgents et non programmés :

Aujourd'hui, la régulation des soins urgents et non programmés, lorsqu'ils ont lieu le week-end ou la nuit, est réalisée par quelques acteurs très connus. De façon résumée, elle passe par le numéro 15 du SAMU, qui débrouille la situation par téléphone, établit le degré d'urgence et indique à quelle structure le patient doit s'adresser. De nombreuses structures privées constituent une alternative au 15. Par ailleurs, il existe, comme nous l'avons déjà souligné, des endroits dans lesquels le patient se présente spontanément aux urgences, mais qui ont une infirmière IAO (Infirmières d'accueil et orientation) pour trier les demandes en fonction de leur degré d'urgence. Par ailleurs, il existe également les maisons médicales de garde qui sont parfois collées à l'hôpital et qui ont une infirmière d'accueil et d'orientation. Celles-ci peuvent orienter les patients vers les urgences générales ou à la Maison Médicale de Garde. Cela étant dit, de nombreux médecins partagent le sentiment que ce système de régulation est en train d'évoluer, mais ils signalent de nombreux problèmes que cela représente :

À la fois, il y a vraiment un traitement d'urgence très caricatural du SAMU, la douleur thoracique, l'accidenté de la route, donc on y va à gogo pour envoyer les gens, OK. Et puis, il y a le patient qui appelle en disant « Je ne me sens pas bien, j'ai besoin d'un médecin ». Alors, est-ce

qu'il a besoin d'un médecin tout de suite ou est-ce qu'il faut lui trouver un médecin qui va le voir ? Et là, par contre, on voit bien qu'il y a un gros problème pour sélectionner le degré d'urgence et puis pour trouver, ensuite, selon le degré d'urgence du patient, le soin qui lui va bien. (1)

Selon le même médecin, les systèmes de régulation actuels peuvent fonctionner de façon improvisée, voire informelle. La pression qui est exercée aujourd'hui sur eux, due à l'augmentation de la demande de soins non programmés, peut entraîner des conséquences parfois inattendues, indiquant une saturation de la demande et une nécessité d'innover pour trouver des réponses adaptées à chaque demande.

8.6 Les conséquences inouïes d'une régulation improvisée des soins non programmés

Dans l'encadré qui suit, ce médecin raconte un épisode de sa vie professionnelle dans lequel il s'est retrouvé dans une situation délicate qui lui a demandé beaucoup d'ingéniosité pour s'en débarrasser :

L'autre fois, j'ai un patient qui était à domicile, qui sortait d'hospitalisation et qui était en hospitalisation à domicile, qui avait un problème de dos et donc il avait une jambe rouge. Il fallait vérifier qu'il n'ait pas une infection de la jambe. Et ce patient a appelé le SAMU en fait, tellement il était en demande, et alors la demande était incroyable parce que du coup, le SAMU a ce patient. Ils peuvent lui envoyer SOS Médecins. Mais les mecs sont débordés. Ils savent qu'il va y avoir beaucoup de temps et en fait, c'est qu'au SAMU, à ce moment-là, y était une collègue qui faisait de la régulation et qui dit à son collègue « Mais il est où, ton patient ? » « Il est rue de machin dans le X^e » et elle lui dit « Ah, mais il y a le Dr D. qui est juste à côté dans la maison de santé », il dit « Ah bon, mais c'est qui celui-là ? », « Ah, mais t'inquiète, c'est un copain, appelle-le. Tu vas voir, il va te dire s'il est dispo, il ira le voir. C'est juste à côté de chez lui, ça lui demandera 5 minutes ». Donc, j'ai un appel du SAMU qui appelle ma secrétaire qui me passe l'appel. « C'est le docteur machin du SAMU, il y a un patient juste à côté de chez toi. C'est M.-L. qui m'a parlé de ta maison de santé », alors je dis « bon, oui, d'accord », je ne vais pas refuser un appel du SAMU. Je me suis démerdé pour y aller. Effectivement, c'était vraiment à 5 minutes, mais c'était une situation très compliquée. C'était le vendredi midi. Rien ne marchait le samedi. Il fallait faire des examens. Je lui ai tout organisé. Il a tout compris de travers. Il a annulé les trucs alors que je me suis

bagarré pour lui trouver des rendez-vous. Donc ça a été un boulot dantesque. J'y ai passé le week-end. Je vais passer mon numéro de téléphone portable pour gérer le truc pendant le samedi et le dimanche. J'ai dû me rebattre le lundi pour lui retrouver des examens parce qu'il ne les avait pas faits. Il n'avait pas compris. Pourtant, j'avais tout expliqué. J'avais tout marqué sur un papier, vraiment. Donc ça a été dantesque cette histoire. Mais c'était une demande très inhabituelle du SAMU. Et pas parce qu'il avait une cartographie avec ses... « Tiens, là, c'est l'optimum, c'est le docteur Machin juste à côté. On va l'appeler. » Non ! C'est la copine qui a été dire... c'est le truc complètement informel. (1)

Dans l'imaginaire des quelques médecins interrogés, la régulation de l'urgence s'est transformée au cours des années. Depuis longtemps, elle s'est organisée autour du SAMU. L'image qu'ils ont de la médecine de cette époque est tranchée : d'une part, il y avait le SAMU pour s'occuper des soins vitaux et d'autre part, le « toubib du coin » pour s'occuper de toutes autres sortes de soins. Toutefois, la demande de soins a augmenté et les situations se sont complexifiées avec l'allongement de vie et l'augmentation des maladies chroniques. L'ancienne régulation de l'urgence n'a pas évolué. Les soins en ville restent désorganisés, comme le suggère l'un des médecins interviewés, « chacun fait à sa sauce ». Il croit que les soins non programmés (l'urgence ressentie par le patient qui n'est pas vitale) sont gérés de façon aléatoire. Quelques patients se retrouvent donc, selon lui, sans réponse à leur demande de soins, et l'hôpital est passé à gérer tous les degrés d'urgence (urgences vitales + soins non programmés). Ce médecin se demande s'il est possible qu'en ville il y ait une meilleure régulation de l'urgence. En effet, selon de nombreux médecins, ce modèle reste très centré sur l'hôpital. Cela signifie que l'hôpital prend en charge les urgences médicales vitales et les médecins en ville font essentiellement le suivi des maladies chroniques, et de la prévention. Ils croient qu'il n'y a pas eu de véritable planification de la réponse de soins non programmés en ambulatoire. Et cela a entraîné un coût pour la société : il aurait fallu faire des investissements en amont pour éviter des dépenses très élevées, lorsque le patient, faute d'autre solution, s'oriente vers les urgences. À ce titre, l'un des médecins plaide pour les patients qui se retrouvent dans cette situation, car quelle autre solution pourrait-il y avoir que de contacter un prestataire privé ? Selon elle, tous les médecins ne se sentent pas

concernés de la même façon par la problématique des soins non programmés. Par conséquent, les réponses apportées sont insuffisantes, et en fonction du volume de demandes, cela représente une vraie contrainte pour les médecins, car il est difficile d'estimer combien de temps le médecin va prendre pour y répondre. Cela finit donc par déborder sur les autres tâches et leurs plannings. De plus, la plupart des médecins ne se considèrent pas suffisamment payés par rapport au temps consacré aux soins non programmés. Dans les extraits ci-dessous, il est possible de constater ce qui vient d'être dit. Le médecin ci-dessous raconte comment la France est passée d'un système très équilibré, avec pratiquement deux acteurs pour répondre aux urgences, à un système en crise et avec des dysfonctionnements significatifs, tant du côté de l'urgence que du côté de la médecine de ville :

Et c'est parce que les soins d'urgence en France, c'est organisé autour de la caricature de l'urgence, c'est-à-dire le SAMU, on le sait très bien. Oui, il faut répondre dans les 4 minutes à un arrêt cardiaque, ça, c'est sûr. Mais après, il n'y a pas que ça. Il n'y a pas que ça en médecine et on se rend compte que bah, avant, les gens se démerdaient en allant voir le toubib du coin. Sauf que le toubib du coin, maintenant, il est à 50 km quand on est en province. Ou alors le toubib du coin, il est complètement injoignable quand il est à 100 mètres à Paris. En fait, il n'y a plus d'accès facilité aux médecins du coin. Puis, il faut avouer qu'aussi, ce n'était pas organisé, les gens se démènent. C'est la régulation libérale que chacun fait selon ses moyens. Donc, il y a des gens qui étaient mal soignés et en fait, on s'est rendu compte petit à petit que ça coûtait à la société. (1)

Les médecins sont conscients que cette régulation désordonnée, dans laquelle « chacun fait à sa sauce », est vécue par les patients comme quelque chose de très difficile, et que c'est cela qui a provoqué la crise du système avec l'engorgement des urgences :

Mais aujourd'hui, il n'y en a pas, chacun fait à sa sauce. C'est difficile pour les patients, il y a des consultations sans rendez-vous, il y a des créneaux d'urgence sur leur plage. Quoi qu'il arrive, j'ai l'impression que ce n'est pas suffisant parce que sinon, si c'était suffisant, on ne verrait pas des angines aux urgences, non ? En fait, on ne verrait pas un lumbago aux urgences. Mais c'est ce qu'on voit. (2)

Le médecin précédent dit qu'il faudrait avoir un système en ville pour absorber tous les degrés d'urgence pour dépister des choses graves et faire de l'éducation thérapeutique :

On ne peut pas réfléchir à l'urgence en pensant qu'à la douleur thoracique de l'infarctus du myocarde, c'est sûr, on ne peut pas penser à l'urgence qu'en pensant à l'appendicite, qu'il faut opérer et qu'il ne faut pas rater. Il faut penser à tous les degrés d'urgence, y compris les trucs pénibles qui ne sont pas prioritaires, mais qui sont légitimes pour le patient et qui sont un moyen de dépister d'autres choses graves, qui sont un moyen de faire de l'éducation thérapeutique, qui sont un moyen de faire de la santé publique. (1)

Le médecin ci-dessous affirme que le modèle d'aujourd'hui de gestion de l'urgence reste un modèle centré sur l'hôpital :

Je pense qu'à partir du moment où on réduit les soins non programmés aux urgences, du coup, le raccourci vers le service d'accueil des urgences hospitalières est vite fait. En fait, c'est très hospitalo-centré, pour l'instant. (5)

Le médecin précédent croit qu'il n'y a pas eu suffisamment de planification pour répondre à la demande de soins non programmés et que cela a une incidence sur le choix des patients. Aujourd'hui, ces derniers n'ont qu'une solution, celle de s'adresser à des prestataires privés qui coûtent cher. Selon elle, l'engorgement des urgences résulterait d'un choix économique réalisé par les patients. Le manque d'effectifs et, par-dessus le marché, le nombre excessif de patients qui ont recours aux urgences seraient la cause du désarroi à la fois des patients et des soignants :

Le problème, c'est qu'on n'a pas pensé la réponse aux soins programmés en médecine ambulatoire et du coup cela n'est pas accessible d'un point de vue financier pour tous. Parce que si l'alternative, c'est soit les urgences où l'on sait que l'on va attendre 7 heures, soit faire appel à des prestataires privés, qui vont facturer des visites extrêmement chères, bah pour toute une partie de la population, vu qu'il n'y a que ces deux options qui existent, en fait, ils vont aller aux urgences. Donc c'est problématique parce que ça fait qu'il y a des personnes qui sont là et qui attendent et que ça crée beaucoup de souffrance de la part des patients avec de l'énervement, mais aussi de la part des soignants. (5)

8.7 Les problèmes majeurs : l'idée que la ville n'est pas le lieu pour les soins non programmés, et l'absorption de ces derniers par les urgences

Le médecin ci-dessous pense que le problème majeur aujourd'hui c'est que les urgences reçoivent toutes les demandes de soins non programmés. La solution selon elle est la création de nouvelles structures en soins non programmées :

Normalement, les urgences ne devraient accueillir que des choses urgentes, mais le problème, c'est que comme ils accueillent tous les petits soins non programmés. Ils sont débordés, ils n'arrivent plus à faire leur travail correctement. Comme nous, quand je vous disais qu'il ne faut pas qu'on réduise notre temps, eux, c'est pareil. En fait, ils n'arrivent plus à faire leur travail correctement et ils ne sont plus dédiés aux urgences, ils sont dédiés aux urgences et à beaucoup de soins non programmés, ce qui fait qu'après, ils risquent de mal prendre en charge les vraies urgences parce qu'ils sont débordés, fatigués et qu'ils n'arrivent pas à gérer les choses correctement. Je pense qu'il faut plus de structures de soins non programmés. (10)

Les médecins de la ville n'apprécient pas d'être contraints de répondre à la demande de soins non programmés, car cela peut interférer sur leur planning quotidien. En outre, affirme le même médecin du paragraphe précédent, « il est ancré sur la pratique des médecins et des patients » que la ville n'est pas le lieu pour avoir accès aux soins non programmés :

Et si nous, on s'organise pour des soins programmés, ce n'est pas pour nous, en fait. C'est pour rendre service aux patients. Sauf que du coup, ça nous contraint nous. On ne sait pas trop quel va être le volume d'un patient. On ne sait pas trop combien de temps ça va nous prendre. Si c'est en plus comme nous, on le fait un petit peu, bah, forcément, ça déborde sur d'autres tâches. [...] Donc, je pense que ça s'est ancré dans nos pratiques et du coup, dans la pratique des patients aussi, que la médecine de ville n'est pas le lieu du soin non programmé. (5)

Ce médecin fait son mea culpa et affirme qu'il aurait dû y avoir un moyen de contraindre les médecins généralistes à prendre en charge les demandes de soins non programmés, car, comme c'était à chacun de faire à sa guise, ils ont privilégié les soins programmés au détriment de cette demande qui était en forte augmentation :

Je pense qu'on n'a pas suffisamment forcé, peut-être, les médecins de ville à consacrer une part de leur activité à cette problématique. Si on dit chacun fait ce qu'il veut dans son coin, ce qui est le plus simple, c'est quand même de travailler sur rendez-vous parce que c'est cadré, voilà, ça passe. (5)

Il serait envisageable, selon l'opinion d'un médecin, de trouver un équilibre entre la façon dont les médecins libéraux et les salariés prennent en charge les demandes de soins non programmés. Il serait intéressant selon elle d'avoir une meilleure répartition et coordination entre eux, notamment à l'égard des visites à domicile et des soins non programmés :

On a l'impression quand même qu'il y a une scission entre les libéraux et les salariés sur les soins non programmés et sur les visites à domicile où nous, on trouve qu'ils ne font pas beaucoup de soins non programmés et eux trouvent qu'on ne fait pas beaucoup de visites à domicile. Faut qu'on arrive à trouver un équilibre du coup entre leurs visites à domicile et nos soins non programmés. Parce que c'est vrai que beaucoup de nos consultations sont liées à l'absence de soins non programmés des autres médecins. (7)

Un autre médecin nous a donné un exemple de la façon dont il est parvenu à gérer une situation qu'il considérait comme médicalement grave sans passer par le service des urgences. Selon lui, en procédant ainsi, tout le monde en a bénéficié, surtout le patient, qui a été plus épargné émotionnellement. Cela lui a pris néanmoins beaucoup de temps. Quand bien même elle ne serait pas déçue de sa rémunération, elle estime que tout ce travail pour empêcher que le patient aille aux urgences devrait être mieux récompensé :

Voyez, là, par exemple, typiquement, c'est une catastrophe, il y a un jeune de 22 ans pour qui on soupçonne quelque chose de grave, un cancer, et en fait, vous voyez, on a reçu les résultats du laboratoire qui sont très mauvais. Je pense que, voilà, peut-être qu'il y aurait certains médecins qui auraient dit on l'envoie aux urgences, ça ne va pas et tout. Moi, j'ai préféré au lieu de le laisser traîner dans un brancard aux urgences avec un bilan où ils auraient un peu galéré à appeler. Moi, j'ai appelé un spécialiste, je lui ai dit voilà, il a ça, ça, il m'a dit « ah oui, il faudrait que je le voie en urgence ». Je lui programme une consultation demain matin à 11 heures. J'ai appelé le patient, je lui ai dit oui. Vous voyez, déjà c'est moins générateur de stress pour le patient. Je pense que c'est mieux pour lui directement de voir le bon interlocuteur. Et je trouve que c'est mieux de manière générale, même pour les urgences, pour moins les encombrer. Donc en fait, tout le monde est gagnant, mais encore une fois, je pense qu'en fait, il faudrait peut-être plus de rémunération pour les médecins généralistes pour ça. Encore une fois, moi, je vous le dis, je suis assez satisfaite de ma rémunération. Je ne suis pas du tout chiant sur ça, mais peut-être que ça pourrait motiver les médecins. (11)

Pour plusieurs raisons, les médecins de ville ont dû s'adapter aux changements qui les ont poussés à absorber une demande supplémentaire de soins. En réponse au besoin de mieux organiser l'offre de soins en ville, le gouvernement a mis en place plusieurs dispositifs. Nous les avons interrogés dans le cadre de l'enquête sur ce qu'ils pensent des changements en cours et de ces nouveaux dispositifs. Dans les prochains paragraphes, nous allons analyser ce qui ressort lorsqu'ils abordent les dispositifs anciens et nouveaux censés répondre à la demande de soins non programmés.

En résumé

→ Quelques médecins pensent que l'urgence n'est pas l'intérêt premier du médecin généraliste, par conséquent, il devient compliqué pour certains d'entre eux d'aborder ce sujet, car ils trouvent que l'urgence est l'objet d'une autre branche de la médecine. Certains d'entre eux se voient confrontés à des situations où l'adressage aux urgences était une nécessité incontestable, les motifs par lesquels ils envoient aux urgences sont divers et variés. Cet adressage peut être réalisé lorsque le médecin n'est pas sûr d'assurer une bonne prise en charge en ville. Ainsi, il adresse le patient aux urgences même si après le passage de ce dernier à l'hôpital, on constate que l'adressage aurait pu ne pas avoir lieu. Cependant, il y a des patients qui ne trouvent pas de rendez-vous d'urgence et « échappent » aux catégorisations qui participent aux filtres réalisés par le médecin ou de la structure, et, dans ce cas, ils se présentent spontanément aux urgences. Ils peuvent aussi essuyer un refus s'ils appellent un médecin généraliste en urgence pour la première fois, et, dans ce cas également, ils se présentent spontanément aux urgences. Même si l'auto-adressage est souvent vu comme une maladresse, il y a des circonstances qui concourent pour atténuer la gravité des faits. À titre d'exemple, plusieurs médecins pensent qu'il est impossible de savoir si le problème est urgent avant d'adresser le patient aux urgences. Si le médecin lui-même reconnaît qu'il ne peut pas souvent évaluer la gravité du problème, comment censurer ceux qui se précipitent directement aux urgences ? L'auto-adressage aux urgences est fortement censuré par certains médecins qui accusent les patients, voire la façon dont la prise en charge aux urgences est organisée. Ces médecins croient qu'il existe plusieurs raisons qui stimulent le patient à se présenter aux urgences. D'autres plaident la cause des patients qui ne savent pas comment utiliser le système de santé. En plus de cette ambiguïté par rapport à l'adressage aux urgences, quelques médecins ne sont pas complètement satisfaits de la relation établie avec l'hôpital, même si certains avouent qu'il y a eu des progrès et que le système de soins français est moins « hospitalo-

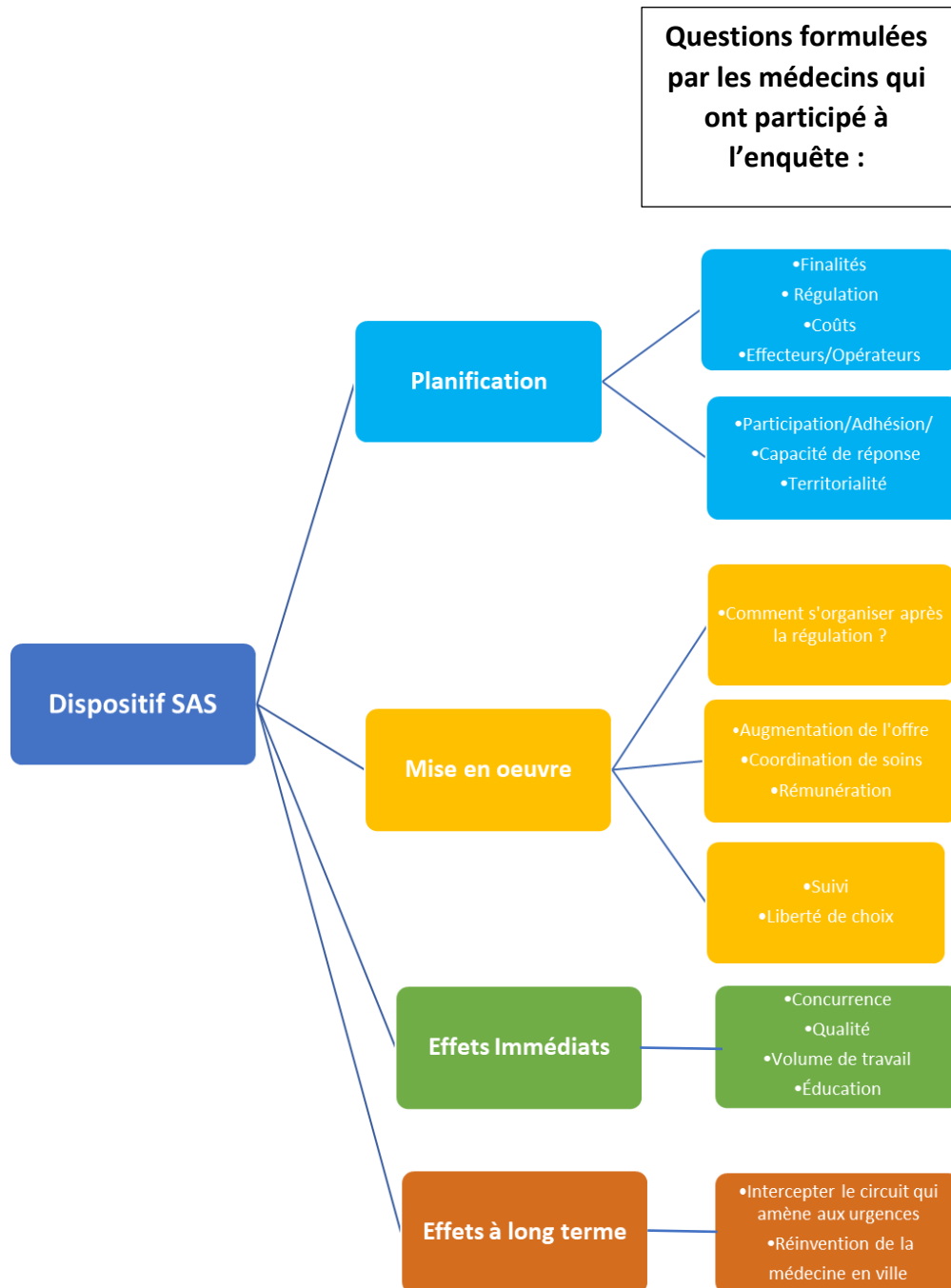
centré ». C'est la prise en charge et le suivi post-hospitalisation qui entravent le plus la relation avec l'hôpital. À ce propos, les médecins manifestent leur insatisfaction par rapport à la déperdition d'informations. Par ailleurs, ils remarquent qu'il subsiste quelques difficultés : un manque d'information à la sortie d'un passage aux urgences, un manque d'information à la sortie d'une hospitalisation en urgence, une difficulté à adresser les patients aux spécialistes de l'hôpital, une difficulté à communiquer sur l'évolution de l'état de santé du patient hospitalisé. Ces difficultés contribuent à la rupture progressive du parcours de soins, notamment quand le lien avec le médecin traitant est fragile ou inexistant. Seul le médecin traitant peut assurer la continuité des soins, notamment dans le contexte actuel marqué par une crise dans le secteur hospitalier. En ce qui concerne la régulation des soins urgents et non programmés, les médecins constatent que les structures de prise en charge sont en train d'évoluer, mais que le système de santé n'est pas en mesure d'assurer une prise en charge rapide, car il est difficile de déterminer rapidement « au bon moment, la bonne structure et le soin le plus approprié ». L'ancienne régulation fondée sur deux acteurs (les médecins en ville, d'un côté, le SAMU et l'hôpital, de l'autre) ne suffit plus. Il n'y a pas d'uniformité dans la prise en charge, « chacun fait à sa sauce ». Les nouveaux dispositifs ont été mis en place de façon improvisée. Malgré ces changements, l'idée que la ville n'est pas le lieu pour les soins non programmés prend le dessus dans l'imaginaire des médecins.

Chapitre 9 : Beaucoup de réticences par rapport au SAS et la CPTS

Dans cette partie, nous avons recueilli l'avis des médecins sur le SAS (Service d'Accès aux Soins) et la CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé). Avant de commencer l'analyse des données, il convient de dire que les territoires où travaillent les médecins interviewés sont des territoires dans lesquels il y a une CPTS. Leurs représentations sur les CPTS varient donc en fonction du niveau de leur engagement auprès de celles-ci, la plupart des médecins ayant adhéré aux CPTS ou, du moins, ayant déjà participé à une réunion.

9.1 Des questionnements sur les principes de base du SAS

Les représentations du SAS – Service d'Accès aux Soins – ont été plutôt exprimées sur la forme de questionnements sur ce dispositif, dont les principaux points concernant la planification, la mise en œuvre et les effets sont à peine connus par les médecins. Le SAS procure chez la plupart des médecins des sentiments de doute et d'incertitude par rapport à ses principes de base, sa faisabilité, sa capacité à promouvoir les objectifs visés. En analysant les questionnements tels qu'ils ont été formulés par les médecins, nous avons pu les regrouper autour des 4 principales étapes qui composent la mise en place d'un dispositif : la planification, la mise en œuvre, les effets immédiats et les effets à long terme. Comme beaucoup d'entre eux n'ont pas participé à ces étapes, ils se retrouvent face à des questionnements concernant chacune d'entre elles. Le graphique ci-dessous montre le type de questionnement qu'ils ont formulé. Il convient de noter que même si aujourd'hui le dispositif est dans sa phase de mise en œuvre, beaucoup de questionnements de la part des médecins relèvent de la phase de planification qui la précède ou des effets immédiats et à long terme du dispositif. Sans distinguer, bien entendu, les phases les unes des autres, chaque médecin interviewé a pu réfléchir sur des thèmes variés qui ont très probablement fait partie de l'ensemble d'hypothèses et d'objectifs qui ont orienté les concepteurs du dispositif au moment de sa planification.



Ils ont également anticipé les effets du dispositif dans l'immédiat et à long terme, car ils n'étaient pas convaincus de ces derniers. Aussi, ils ont manifesté leurs inquiétudes et doutes par rapport à la phase actuelle, de mise en œuvre, notamment au manque de clarté vis-à-vis de certains sujets, ce qui justifie, d'ailleurs, leur hésitation à soutenir de façon enthousiaste ce dispositif.

Analysons d'abord les questions concernant la planification du dispositif.

Planification		
Qui va faire la régulation ? Combien cela représente en termes de dépenses ? Qui seront les opérateurs, les effecteurs qui vont participer à la mise en oeuvre ?	Comment prendre en considération les différences territoriales ? Quelles sont les attributions du SAS et celles des CPTS par rapport à la demande de soins non programmés ? Quelle est la capacité de réponse des acteurs par rapport à la demande de soins non programmés ?	Quelles seront les objectifs visés par les acteurs (coordination ou prestation) ? Quel type de relation avec les acteurs/opérateurs du dispositif ? (hiérarchique ou participative ?) Comment prendre en compte les territorialités ?

Bien entendu, la planification du dispositif dépasse les points soulignés sur le tableau. Cependant, il s'agit des questionnements des médecins qui ont besoin d'être éclaircis sur ce sujet, car ils restent très réticents par rapport à des facteurs fondamentaux qui peuvent freiner leur adhésion au dispositif.

9.2 Qui aura la main sur la prise de rendez-vous : les SAS ou les CPTS ?

Le médecin ci-dessous a deux façons de concevoir la régulation de la demande de soins non programmés sur le territoire. Selon lui, il y a deux choix qui pourraient être possibles :

Ou bien on fait une cartographie disponible au SAMU, ou bien le SAMU envoie à la CPTS du X^e avec un régulateur de la CPTS (1)

Lorsqu'on aborde la régulation, la première question qui surgit concerne le partage des agendas. Qui aura la main sur l'agenda

des médecins? Aussi, les médecins sont curieux de savoir comment ils doivent communiquer leurs disponibilités. Dans le paragraphe suivant, nous avons mis en avant ce que dit un médecin à ce propos :

C'est le patient qui appelle le 15, en prenant le cas où le 15 est censé être saturé, ou en tout cas un service de régulation. Comment ils vont regarder notre agenda des médecins qui pourront libérer au moins deux heures par semaine de temps pour le SAS? On va communiquer ce temps-là, mais est-ce que vraiment l'on va s'y mettre? Comment ils vont savoir qu'on ne l'a pas donné à un autre patient ou faire qu'ils donnent le premier rendez-vous si par exemple, je fais du SAS, je n'en sais rien, de 16 à 18 pour remplir d'abord 16 h et au niveau de l'organisation, c'était peut-être à la CPTS de trouver des rendez-vous disponibles. (12)

Face aux deux possibilités qui se présentent, un médecin se dit favorable à une régulation des soins non programmés par les CPTS des différents territoires. Cependant, il regrette que cela ne corresponde pas au choix réalisé par le SAS, qui a préféré avoir la visibilité des disponibilités des médecins, indépendamment des CPTS :

Donc moi, j'ai deux hypothèses sur notre territoire. Je vois deux hypothèses. C'est, oui, le SAS. On a une vraie coordination des CPTS pour le soin non programmé. C'est bien le SAS qui contacte la coordination de la CPTS qui va dire au SAS « Pas de problème, cette personne ira voir tel médecin ou telle structure ». C'est le coordinateur de la CPTS qui a la visibilité sur la disponibilité. L'autre solution qui semble être la solution retenue pour le SAS, c'est qu'ils aient la visibilité indépendamment de la CPTS sur l'ensemble des effecteurs volontaires du territoire. Donc, ça shunt un peu la CPTS. (13)

La question qui se pose pour certains médecins est celle de savoir quels sont les opérateurs désignés pour organiser les rendez-vous selon les disponibilités des médecins. Est-ce qu'il s'agira des acteurs publics ou privés? Le choix de ces derniers est fondamental dans la mesure où cela impliquera des enjeux de nature différente, puisque ces acteurs ont des logiques différentes :

Vous ne pouvez pas dire que c'est des systèmes privés libéraux qui vont répondre à ça en fonction de leurs critères. [...] Le jeu de Doctolib pour

se placer dans le truc et être éventuellement un acteur de dispatching des demandes sur leur fameux agenda de tous les médecins, ce n'est pas bon. Ce n'est pas bon parce qu'ils ont des enjeux qui ne sont pas les mêmes que pour les instances publiques. (1)

9.3 Les coûts des opérateurs seraient dispendieux

Parmi les médecins, il y en a certains qui s'interrogent sur la nécessité de réaliser des investissements sur un dispositif qui a priori n'est pas indispensable :

Pour que ce soit bien, il faut mettre beaucoup plus de fric dans quelque chose qui ne nous paraît pas absolument indispensable. (1)

D'autres croient qu'il s'agit d'un montant exorbitant, puisque cela impliquera le paiement d'un opérateur chargé de la prise de rendez-vous :

En fait, tout cela m'a semblé d'une énorme complexité, ne serait-ce qu'en termes de coûts. Combien ça va coûter de payer une personne intermédiaire qui bosse pour trouver ce rendez-vous médical ? (12)

9.4 Le souhait que le dispositif s'adapte aux différents territoires

L'avis des médecins est unanime, il est exclu que le SAS soit une réponse modélisée sur tout le territoire national. Ils attendent des adaptations selon les spécificités de chaque territoire. Dans l'exemple suivant, un médecin se prononce à ce sujet :

Il va falloir quand même adapter à chaque territoire, chaque territoire est quand même différent. Il faudra pouvoir faire en fonction des disparités de chacun... Il faudra pouvoir adapter aux populations qui vivent sur le territoire et à l'offre de soins qu'il y a, on ne va pas tous être logés à la même enseigne. Cela étant, il semble que ce que j'ai vaguement compris, c'est que le SAS, il y aura des SAS dans chaque département. Ça va être peut-être un peu adapté à chaque département, ce que je souhaite. (2)

9.5 Un tuilage entre les missions du SAS et la CPTS

Outre le manque de clarté sur le contenu du dispositif, les médecins s'inquiètent par rapport à un effacement de la CPTS et une centralité excessive du SAS vis-à-vis de la régulation et coordination des soins non programmés.

Donc, le SAS, je sais que ça va être un emmerdement, parce que les missions du SAS vont couper celles de la CPTS, mais je ne sais même pas comment ça va s'articuler. Donc il y a un double problème, le SAS existe, on ne sait même pas ce qu'il y a dedans et la deuxième chose, c'est que l'on ne connaît pas exactement de quelle façon il va y avoir un tuilage entre les missions du SAS et les missions de la CPTS. Sur un truc typiquement français, deux personnes s'occupent de la même chose, donc ça va faire de la merde. (6)

9.6 Quelle charge de travail cela peut représenter ?

Une autre question formulée par les médecins concerne leur propre capacité à répondre aux appels du SAS. Une appréhension est partagée par de nombreux médecins sur la charge de travail que cela peut représenter :

Je ne sais pas par contre, évidemment, quel serait le nombre de patients, c'est-à-dire quel niveau d'activité ça va représenter. Est-ce qu'avec un seul médecin, je vais être en mesure de supporter cette activité supplémentaire ? (15)

9.7 La crainte d'un *burn-out*

Après avoir traversé des épreuves notamment pendant la période Covid, liées parfois aux conditions de travail et à la pression subie à cause de la désertification médicale, les médecins craignent le SAS et la charge de travail que cela peut impliquer, pouvant les mettre dans une situation de *burn-out* :

Oui, le problème, c'est qu'on est déjà tellement sollicités sur nos heures classiques que si en plus, on nous demande de déborder le soir... à un moment donné, on a plus de vie. [...] Mais c'est vrai que moi, je m'implique aussi pas mal au niveau émotionnel et au niveau mental. Déjà, c'est compliqué de faire la limite. Si en plus, il n'y a pas de

coupure... alors là, on va tous au *burn-out*. À un moment donné, il n'y aura plus personne. Ils sont gentils, mais ça va être compliqué. (9)

9.8 Les objectifs visés du SAS : système de prestation ou coordination ?

Un système de prestations serait un système qui fonctionne par actes isolés, de façon ponctuelle, pour résoudre un problème aigu, factuel. Un système de coordination est un système dans lequel un médecin ne remplace pas l'autre, il rassure le suivi du patient, il fait partie d'un réseau de médecins plus large, celui du territoire. Il partage le dossier, il écrit des lettres de redressement sur le territoire. Les médecins se demandent-ils quels sont les objectifs visés par le SAS :

Il faut qu'on se coordonne, il faut que tout le monde comprenne qu'il ne faut pas qu'on soit dans un système de prestations. Il faut qu'on soit un système de coordination. Ils vivent le SAS comme une prestation. (15)

9.9 Des injonctions aux petits soldats : les inconvénients d'un système pyramidal

Indépendamment du choix réalisé par les concepteurs du dispositif, il existe parmi les médecins une appréhension exprimée par les médecins que le SAS soit un dispositif contraignant, hiérarchisé, rigide. Du point de vue sociologique, un dispositif donne une orientation, un cadre, pour atteindre un objectif précis. Il préconise la réorganisation des soins en ville pour répondre à la demande de soins non programmés. Et en ce sens, il est **normatif** et **transformateur**. Par son action, il réalise la distinction des actions qui réussiront, comme, par exemple la réponse en 48 heures, le tri de demandes par un opérateur, l'orientation vers un médecin disponible, de celles qui devront être stoppées (*difficulté à avoir accès aux soins à cause de l'absence de médecins et de réponses dans un délai « raisonnable »*). Il s'agit des règles tournées vers l'avenir et qui visent à éviter la répétition du : non-recours aux soins, abandon du traitement préconisé, auto-adressement aux urgences. La crainte d'un pouvoir qui s'impose pour réorganiser la réponse en termes de soins est fondée sur des expériences antérieures vécues dans le cadre du Covid-19. À cette

époque, l'adressage fait à certaines structures ne se préoccupait pas de leurs capacités d'absorption des nouvelles demandes :

Quand on avait le centre Covid, on nous adressait les gens, sans demander si nous étions en mesure, quelle était notre activité réelle. Notre activité était faible donc OK, pas de problème pour les recevoir, mais ils ne se sont jamais inquiétés de savoir si nous étions débordés ou pas. Donc il ne faut pas que ça se reproduise dans un système descendant, pyramidal qui fait que le SAS dit « je vous adresse madame, c'est comme ça ». Vous avez un message « vous allez recevoir » sans qu'on ait eu le moindre échange. Il faut quand même qu'on valide. (14)

Cette attitude réfractaire par rapport au SAS retrouve une explication dans le rapport de force institué entre le gouvernement et ses acteurs (ARS, ANR) et les acteurs du terrain (les professionnels de santé). À ce titre, l'avis du médecin ci-dessous est emblématique :

Juste pour terminer, pour vous dire que ce sont aussi des injonctions à chaque fois de la Sécu parce que le SAS, ça en fait un peu partie. Je vous le dis, on sera pénalisé si on ne le fait pas. Et de dire voilà, vous devez faire ça. On sait pourquoi tout ça est fait, c'est pour que le médecin généraliste prenne en charge toutes les défaillances du système. Enfin, avec des injonctions comme ça, ça a réveillé des réactions en cascade et vraiment des révélations de ras-le-bol en disant « mais je ne peux plus accepter ça ». Tout ce qu'on nous met responsable, pas responsable, mais nous faire porter... essayer de sauver avec nos frêles épaules tout le système qui ne tient plus en fait. Il faudrait que vous, vous fassiez ça, que vous communiquiez comme ça. Mais on n'est pas assez et il n'y a pas d'accès aux autres soins. Et ce n'est pas en nous obligeant à faire ça. C'est un peu comme les clauses coercitives à l'installation ou autres dans des endroits où les pouvoirs publics ont tout enlevé, où il n'y a rien. Ce n'est pas pour rien qu'il n'y a rien et que ça ne marche pas. (12)

Certains médecins redoutent que le SAS soit un dispositif oppresseur, par lequel le gouvernement puisse mieux contrôler ses soldats qui, au lieu d'avoir une voix participative, seront contraints de se résigner devant les objectifs fixés :

Donc après, pour autant, je ne suis pas non plus un lapin de trois semaines et je sais aussi qu'il y a des enjeux politiques et des attentes politiques qui sont différentes de mes attentes à moi. Et la crainte c'est celle de mieux contrôler les professionnels et de pouvoir mieux leur donner des objectifs et que ça soit de bons petits soldats. (14)

Selon le médecin suivant, les médecins ne sont pas trop écoutés et cela explique leur refus de s'emparer des dispositifs mis en place

par le gouvernement. Selon l'avis du médecin ci-dessous, puisque le gouvernement n'a pas augmenté le nombre de médecins, pourquoi ces derniers vont-ils s'emparer des nouvelles mesures qu'il essaye de mettre en place ?

Vous voyez, cette histoire-là, je ne sais pas trop comment me positionner parce qu'au niveau politique, ils font plein de trucs, mais en réalité, ils n'augmentent pas le nombre de médecins. OK, ils veulent créer plein de trucs, mais... est-ce que les médecins de ville vont s'en emparer ? (3)

Passons maintenant à l'analyse des représentations sur la mise en œuvre du dispositif :

La mise en oeuvre		
Comment s'organise-t-on après la régulation ? Quelles actions/ mesures pour atteindre les objectifs fixés ?	Recevoir de nouveaux patients Prendre rendez-vous avec un médecin inconnu Le partage des dossiers	Comment réaliser le suivi du patient ? Quelles actions/ mesures pour mettre en place la coordination des soins ?

9.10 Comment nous organisons-nous après la régulation ? L'adhésion des médecins : un pari qui n'est pas encore gagné

Le dispositif SAS est actuellement dans sa phase de mise en œuvre. Après le choix des effecteurs responsables de la régulation, certains médecins se demandent comment ils doivent s'organiser :

Après, le problème, c'est comment on s'organise ? Parce que le problème du SAS, c'est une régulation, mais c'est qui ceux qui vont accueillir et accepter, évidemment, ces patients pour lesquels il faut apporter une réponse rapide et de ville ? **(13)**

Si d'une part, il existe des médecins prêts à négocier les conditions de leur adhésion au SAS, d'autre part, il existe des médecins qui ne veulent pas, pour le moment, entendre parler du dispositif. L'exemple suivant est celui d'un médecin qui veut adhérer au dispositif si des conditions sont remplies :

C'est pour ça que quand je vous dis la régulation, pour moi, elle est importante parce que quand on régule, moi, le deal que j'aurai avec le SAS, ça sera clair, c'est oui, je prends, mais jusqu'à tel niveau. **(13)**

D'autres se déclarent moins disposés à adhérer au dispositif, quelles que soient les conditions proposées par celui-ci pour favoriser leur participation :

Alors c'est ce système de SAS... Le principe serait bon, mais c'est une réorganisation de nos cabinets. Et je pense que quand vous aurez plus de médecins, ça sera très bien de passer un peu plus de temps, laisser des plannings pour les urgences, mais là, dans l'immédiat, je ne suis pas favorable, pas favorable. Si je le fais, ça sera en râlant un peu, quoi. **(15)**

Certains médecins affichent comme condition de leur participation au SAS que la demande de soins non programmés soit cadrée. Il est difficile pour eux de libérer des places pour des problèmes médicaux qui ne correspondent pas aux motifs de la consultation pour lesquels ils ont accepté de faire un effort et de se rendre disponibles :

Il y a aussi le service d'accès aux soins, le SAS. Bon, du coup, c'est beaucoup de réunions, hein. On est un peu dessus, on a essayé un petit peu, avec la bronchiole, de libérer des places. Les gens ont plutôt bien répondu, c'est-à-dire que la plupart des médecins ont donné leurs disponibilités, mais la difficulté elle a été dans la régulation. C'est-à-dire que les médecins sont tous d'accord pour faire un effort et voir deux patients de plus par jour à condition que ce soit cadré, que les patients viennent bien pour ce pour quoi ils étaient venus initialement, quoi. Qu'on ne se retrouve pas avec effectivement une demande non urgente alors qu'on avait bloqué un créneau urgent, on se retrouve avec une demande de traumatologie alors qu'à la base, on pensait avoir une bronchiolite. **(22)**

Selon un autre médecin, la crainte, c'est que derrière les demandes de rendez-vous triées par le SAS, il y ait des demandes de soins illégitimes. Cela est, selon lui, le risque que tous les médecins courent lorsqu'ils acceptent de participer à des actions en santé qui visent à apporter une réponse en soins non programmés. À ce titre, il se souvient de sa participation à une permanence de soins dont il s'est retiré à cause d'un nombre excessif de demandes administratives :

[...] Après, je me méfie un petit peu parce que j'ai participé à la permanence des soins, à G. à l'époque, il y avait le soir des permanences de soins de 20 heures à minuit. Au début, on était régulés par le centre I5 et on avait aussi informé l'hôpital qui était à deux kilomètres, L. M., de l'ouverture de ce centre pour qu'il réadresse des patients. Sur les trois premiers mois, 0 adressage de patients depuis les urgences et en même temps, ils médiatisent le fait qu'ils étaient débordés, qu'ils en pouvaient plus, que les médecins généralistes ne faisaient pas leur travail. 0 redressage. Par le biais de la régulation, très peu de consultations. Puis après, les... la présence de cette consultation de permanence de soins a été... les gens de G. commençaient à connaître et moi je me suis retrouvée avec des demandes où les gens venaient à 23 heures parce qu'ils avaient besoin d'un certificat médical pour faire du sport le lendemain. C'était un truc délirant, donc moi, j'ai arrêté de participer à ça. (21)

L'une des questions concernant la mise en œuvre du SAS est celle de savoir qui seraient les premiers à expérimenter le dispositif. Selon l'opinion d'un médecin, il serait judicieux que dans une « phase de test » ce soient les structures de soins primaires, notamment les centres et maisons de santé, les premiers à participer à sa mise en œuvre. Premièrement, car ils disposent d'un plateau technique (un service d'imagerie, un laboratoire de biologie médicale, des infirmières et parfois des dentistes) qui les rend capables de répondre à un champ large de demandes de soins non programmés et d'aller un peu plus loin que la seule hypothèse diagnostique. Deuxièmement, car quelques structures de ce type se constituant déjà comme une référence ont été repérées par les patients comme structures qui répondent à ce type de demande. Elles apportent depuis quelques années une réponse adaptée aux soins non programmés.

Moi, j'ai proposé sur mon territoire, mais je n'ai absolument aucune écoute là-dessus. J'ai proposé que les centres de santé, les maisons de santé organisées soient les premiers expérimentateurs en tant

qu'effecteurs du SAS. Je pense qu'il faut encourager dans les structures d'exercice groupé la mise en place d'organisations et une expérimentation en vie réelle avec le SAS. Voir quelle va être la typologie des patients, comment on va pouvoir y répondre, voir si on va être débordés tout de suite. Auquel cas, on va dire « stop, ce n'est pas possible. Là, notre équipe n'est pas adaptée pour répondre à un tel flux ». Voir si au final ce n'est pas pertinent, les gens n'y font pas appel. On fait beaucoup d'hypothèses, mais je pense que tant qu'on ne l'aura pas testé en vie réelle, on ne saura pas. (13)

9.11 Prendre des patients qu'on ne connaît pas : un véritable obstacle

Le SAS suppose que le médecin qui adhère au dispositif accepte de recevoir des patients qui ne font pas partie de leur patientèle. Selon ces médecins, c'est compliqué de prendre en charge des patients au pied levé qu'on ne connaît pas parce qu'ils se retrouvent face à des patients et des patientes qui ont des habitudes de prise en charge qui ne sont pas les leurs. Et cela peut provoquer par-dessus le marché des incompréhensions et potentiellement des conflits. Ainsi, certains médecins ne sont pas prêts à recevoir des patients qui résident dans d'autres territoires :

Parce que, organiser une offre de soins programmés, c'est un service que l'on rend à nos patients, mais ça nous demande un investissement. Et donc, je ne suis pas sûr que l'ensemble de mes collègues, et moi en premier lieu, soient prêts à faire cet effort pour le tout-venant. Tant que c'est des gens dont je sais qu'ils font partie de mon territoire ou de la patientèle des CMS, ça me semble normal de le faire. (5)

Le médecin ci-dessous se plaint de devoir reprendre le dossier de ce nouveau patient, car cela prend beaucoup de temps :

Mais le problème, c'est qu'on n'a déjà pas de place pour prendre nos patients. Je me vois mal libérer des créneaux pour des gens que je ne connais pas et du coup, je vais devoir reprendre tout le dossier. [...] Et du coup, même si c'est pour soi-disant une petite urgence, si je ne connais pas le patient ni d'Ève ni d'Adam, je vais quand même être obligé de reprendre des tas de choses et moi, ça va me prendre un temps fou. (9)

Si certains trouvent que la méconnaissance du dossier du patient est un véritable problème, d'autres sont plus focalisés sur l'idée que pendant quelques périodes de l'année, notamment les

vacances, il faudrait avoir plus de souplesse puisqu'on est dans une situation de désertification médicale :

Mes collègues disent « mais moi, je fais déjà des consultations sans rendez-vous pour mes patients, déjà je réponds à mes patients », et donc très souvent me disent « Je n'ai aucune envie de m'investir pour les patients des autres ». « Que chacun prenne en charge ses patients ! » Mais on a les périodes de vacances en situation de désertification médicale, vous avez des médecins absents et donc les patients se retrouvent devant les cabinets fermés. **(13)**

Contre toute attente, un médecin libéral qui travaille seul dans son cabinet affirme qu'il ne s'opposerait pas à recevoir des patients qu'il ne connaît pas, car la relation de confiance entre lui et le patient peut s'établir dès le premier rendez-vous, alors pourquoi pas les recevoir ?

Après 20 ans d'installation, quand on connaît le patient, c'est toujours plus confortable. [...] La confiance peut être présente dès la première consultation. La personne n'est pas méfiante sur ce que l'on dit... J'ai vu sur Internet qu'il y avait ça et ça. Voilà, si la confiance peut être acquise dès la première consultation, donc ça ne me poserait pas de souci si c'est des gens que je vois pour la première fois. **(15)**

Selon le médecin ci-dessous, c'est justement la confiance établie entre médecin et patient qui fait défaut lors d'une demande de soins non programmés. Ainsi, ce type de consultation pose un problème au médecin traitant, car ses patients reviendront toujours vers lui, après une consultation avec un médecin effecteur pour se certifier que ce dernier a bien fait son travail :

C'est démultiplier le soin pour rien, en fait. Parce qu'il n'a pas confiance, donc il revient me voir en disant « On m'a prescrit ça. Je n'ai pas pris les médicaments parce que je n'avais pas confiance, parce que ce n'était pas vous »... **(10)** Moi, je pense que quand on les prend en soins non programmés, ils ont l'impression qu'on bâcle le travail et donc ils font moins confiance. Il y a aussi toutes les représentations des patients. Je ne sais pas, il faudrait interroger les patients, mais je pense qu'ils ont aussi cette impression qu'on bâcle les choses et donc, ils reprennent rendez-vous avec moi quand même en se disant « Dr X. va bien m'examiner et puis on verra si le traitement est le même ». **(10)**

D'une façon générale, les médecins pensent que déssectoriser les soins non programmés n'est pas la meilleure solution, car le médecin effecteur ne saura pas comment orienter le patient pour la suite de la prise en charge. Ainsi, leur connaissance du territoire

ne constitue pas une plus-value dans le cadre des demandes de soins non programmés dont la réponse se trouve dans un autre territoire que celui du patient :

Et au contraire, l'idée de déssectoriser les soins non programmés, je pense que c'est une erreur, parce que moi, si j'ai quelqu'un du 13^e qui vient me voir, comment est-ce que, moi, je vais pouvoir vraiment l'orienter sur la suite de la prise en charge ? **(5)**

9.12 Comment peut-on faire un suivi, mettre en place une approche globale, étant donné que ce sont des actes isolés ?

Durant l'entretien, un médecin s'est dit préoccupé par la disponibilité de créneaux horaires pour le SAS. Premièrement, elle craint que cela lui enlève du temps de médecine générale et en même temps qu'elle ne puisse pas se consacrer pleinement au suivi de ses patients :

Et puis je me dis aussi que ça enlève du temps de médecine générale, où on ne va pas avoir de suivi parce que finalement, c'est à nous de faire ça. Bon, en même temps, il faut que ce soit un médecin généraliste derrière. **(12)**

Deuxièmement, elle croit qu'en fin de compte, le SAS n'est pas adapté aux personnes âgées, surtout celles qui n'ont pas de médecin traitant, car les consultations via SAS leur enlèveraient la possibilité d'être correctement suivies :

Par exemple, de mes personnes âgées, sans médecin traitant, d'avoir un SAS, ça ne va pas régler le truc. On en voit quelquefois là pour dépanner, parce que leur médecin n'est pas là ou qu'ils n'en ont plus. On voit bien que ce n'est pas le suivi qu'il leur faudrait. **(12)**

9.13 Une mesure pour garantir la coordination en ville – le courrier d'adressage

Le fait que la consultation médicale, lorsqu'elle est réalisée par l'intermédiaire du SAS, n'est qu'un acte ponctuel suscite le mécontentement de nombreux médecins. Certains médecins tentent de réfléchir aux moyens qui permettraient d'aller au-delà de la logique de prestation, et d'assurer une logique de coordination, dans les consultations fournies dans le cadre du dispositif. Cependant, cet exercice de réflexion devrait se faire de façon articulée et dans un esprit collectif. Le problème est qu'il est encore difficile que les médecins adhèrent à un projet collectif comme la CPTS, pour échanger ce genre d'idée. Un médecin que nous avons rencontré préconise le courrier d'adressage pour ses consultations, il se plaint de ne pas réussir à se faire entendre là-

dessus. Le courrier de redressement pour les consultations dans le cadre du SAS serait donc, selon lui, une façon d'assurer la continuité et la qualité des soins procurés :

Dans une réponse ponctuelle, on ne va pas évidemment être dans la prise en charge de maladies chroniques, être dans une réévaluation complète. Ce qui sera important, c'est une réponse à un besoin ponctuel et ce qui va être très, très important, c'est qu'il va falloir que nous adoptions tous quelque chose qui n'est pour l'instant pas en ville, c'est le courrier de redressement. C'est-à-dire, c'est le courrier de sortie, je l'ai vu, j'ai fait ça, j'ai réadressé vers son médecin traitant dans les délais habituels sous 48 heures, trois jours et il n'y a pas d'urgence, d'accord ? Ou si jamais il y a un problème, n'hésitez pas à repasser par le SAS en revenant nous voir ou voir un autre collègue. **(13)**

Effets immédiats		
Est-ce que le SAS va créer de la concurrence entre les organismes de prise en charge existants ?	Quelque chose qui vient rajouter du stress	La nécessité de faire de l'éducation
Qu'est-ce qui peut représenter une demande sur-le-champ en termes de qualité de soins ?	Une rémunération qui comporte des limites	

9.14 La concurrence entre les acteurs et le favoritisme doivent être évités

Si le SAS représente une tentative de réorganiser les soins en ville, selon certains médecins, il peut représenter également une menace pour certaines structures de soins qui existent depuis longtemps sur le marché, même si cela est faux :

Et le problème, c'est qu'après le SAMU, il fait toujours son urgence. Il a besoin d'argent pour payer son truc et SOS, ils veulent garder leur part de marché. (1) Après, il y a des enjeux économiques, de pouvoir qui sont un peu compliqués, avec des gens qui ont très peur de ne plus exister dans le système suivant, alors que ce n'est pas vrai. Mais ça, c'est une fausse représentation. **(1)**

Une autre question qui préoccupe les médecins, c'est la gestion des plannings. Ils redoutent qu'une telle gestion puisse créer du favoritisme à l'égard de certains acteurs au détriment d'autres :

Et une dernière chose, c'est que derrière, il y a quand même des enjeux financiers de qui a la main sur les plannings. Comment on peut favoriser tel ou tel type de structure et ce n'est pas neutre en fait politiquement d'avoir une structure qui soi-disant va être impartiale entre tous les acteurs possibles du territoire. (5)

9.15 Une réponse sur-le-champ : qu'est-ce que cela implique en termes de qualité de soins ?

Selon les représentations des quelques médecins, le temps de décrochage du SAS est stipulé à 30 secondes, pour répondre à n'importe quel type de besoin en termes de soins. Si d'une part ce temps paraît logique par rapport à une crise cardiaque, d'autre part, lorsqu'il s'applique à des situations moins graves, il devient un non-sens.

Donc je suis vigilant à ça et justement le SAS est quelque chose pour moi de... Je parlais tout à l'heure de ça, ça dépend en fait de ce qu'on fait en termes de qualité et là, typiquement, c'est un bon exemple parce que pour moi, ce n'est pas de la qualité en fait. (14)

Il existe beaucoup de doutes et de controverses par rapport aux objectifs fixés par le SAS et les effets de ce dernier sur la qualité de soins :

L'objectif, c'est de pouvoir répondre, bien sûr, en 30 secondes quand c'est un infarctus, ou quand c'est une prise en charge urgente, mais là, c'est le rôle du SAMU. Et puis après, c'est de pouvoir hiérarchiser, de pouvoir différer des demandes, mais si l'objet du SAS c'est de pouvoir garantir à tous les citoyens que dans les 48 heures ils auront un rendez-vous pour leur rhume, bah non, en fait, ça n'aidra personne. Ni nous en tant que professionnels déjà épuisés, ni la population. (14)

L'argument présenté par ce même médecin est que le SAS, pour être de bonne qualité, doit réaliser un tri des demandes et faire de l'éducation en santé, même si cela est déjà fait par le SAMU et les médecins de ville. En fait, l'une des principales fonctions du SAS consisterait à conseiller et à orienter la population sur la prise en charge de ses problèmes de santé :

Donc, si c'est pour avoir un travail qualitatif en permettant de dire voilà, en rassurant les gens, bah, là, ça ressemble à un rhume, donc il faut consulter si vous avez de la fièvre pendant plus de temps, bref, en faisant de l'éducation, de ce qu'on fait tous les jours en consultation, là, oui, et en expliquant que là, non, ça ne nécessite pas une consultation, mais que dans deux jours, si l'état persiste ou quoi, là, il faudra peut-être consulter et aller du coup à tel endroit. Ça, oui, ça peut être constructif, mais si c'est simplement décrocher en 30 secondes pour dire oui, j'ai un rendez-vous pour vous avec le docteur Bidule qui m'a

partagé son agenda et qui a un créneau demain, non, et ça, peu de gens accepteront ça. (14)

9.16 Une rémunération qui comporte des limites

En ce qui concerne la rémunération, certains médecins estiment qu'ils ne sont pas suffisamment payés pour se sacrifier, c'est-à-dire effectuer un travail de moindre qualité et, par-dessus le marché, pour des patients qu'ils ne connaissent pas :

Et mine de rien, parce que typiquement, dans ma manière de fonctionner, vu que je prévois du temps pour les patients, je n'ai pas un salaire de folie. Par rapport à la rémunération, on ne va pas non plus se saigner à blanc. Moi, je cherche à travailler dans de bonnes conditions pour moi et pour les patients. (9)

Dans l'imaginaire des médecins, non seulement le salaire ne les incite pas à participer au SAS, ils croient que ne pas adhérer au dispositif implique une « sanction », à savoir celle de ne pas pouvoir toucher à quelques primes du forfait structure :

On nous demande des choses parce qu'on a bien vu que ça allait être intégré dans ce qu'on appelle le forfait structure de notre rémunération sur objectifs de santé publique, vous connaissez peut-être, la ROSP. Cette espèce de prime là que touchent les médecins en fonction d'indicateurs. Ce n'est pas non plus une prime énorme, mais en tout cas, il y a une sorte de valorisation, d'incitation. Mais quand même, ça peut être pénalisant parce que si on ne fait pas partie du SAS, il y aura quand même d'autres aspects du forfait structure que nous touchons, qu'on ne pourra pas toucher. (12)

Ce même médecin avoue que le SAS peut avoir un effet pervers, dans le sens où il pourrait détourner les médecins (qui sont, selon lui, dans un état de stress et fatigués à cause des consultations avec des horaires impartis et faiblement rémunérés) de leurs cabinets. Dans l'extrait ci-dessous, elle nous fait part de ce que pense l'un de ses collègues à ce propos. En effet, ce dernier pense que si en plus, c'est mieux payé, et qu'on ne donne pas de moyens sur le reste, on ne revalorise pas le reste, donc il choisirait sans doute de ne faire que cela, quitte à renoncer à son cabinet. Voici ci-dessous les extraits de l'entretien auquel elle a participé :

Il y a quand même une sorte de petite rémunération en plus par rapport au temps de SAS, donc il a dit : « vu que c'est moins galère que la médecine générale, puisque c'est de l'aigu, on va répondre juste au problème du patient. Et après, il ne va pas nous parler de dix motifs à la fois, c'est que pour dépanner. On ne fait pas tout le suivi. Je vais faire deux jours par semaine, je ferme le cabinet. Je ne fais que ça, de toute façon, en plus c'est mieux payé. Je serai beaucoup moins fatigué, moins naze à la fin de ma journée, j'aurai moins mal à la tête, je serai moins démoralisé et je fais juste cette chose-là. » (12)

9.17 Le SAS comme quelque chose qui viendra ajouter du stress : un travail qui a une moindre qualité et qui n'apporte pas d'avantages financiers

Et puis, certains médecins croient que l'adhésion au SAS ne va pas être généralisée parmi l'ensemble des médecins, puisqu'il apporte plus d'inconvénients que d'avantages aux médecins :

Et en plus, je n'ai pas regardé les conditions financières proposées, mais j'imagine qu'en plus ce n'est même pas intéressant d'un point de vue des conditions financières. Et donc en plus, on va se rajouter du travail dans de moins bonnes conditions de réalisation puisqu'on ne connaît pas les gens et qu'il y aura des gens qui ne viendront pas aux rendez-vous parce qu'ils n'auront pas trouvé le cabinet ou parce qu'ils s'en foutront parce que de toute façon ils ne reviendront pas là donc ils se permettront de pas venir sans prévenir. Donc une situation dégradée de satisfaction, de qualité de travail et, en plus, sans avoir, je pense, le bénéfice financier si on pouvait y voir un bénéfice. Donc, je pense vraiment que peu de gens vont adhérer si c'est proposé comme ça, le SAS, effectivement, et moi-même en l'état, je n'y participerai pas vraiment. (14)

9.18 La nécessité de faire de l'éducation pour désengorger les urgences

Et finalement, certains médecins pensent que peut-être l'expérience du SAS va montrer qu'il s'agit plutôt d'un problème d'éducation et que l'on peut éviter l'auto-adressage aux urgences en apprenant aux patients des choses simples, sur la meilleure façon de se conduire lors d'un soin non programmé :

Peut-être changer les mentalités, peut-être éduquer les patients sur les soins non programmés. Peut-être leur apprendre ce que c'est qu'une

consultation d'urgence. Par exemple, l'arrêt de travail, quelqu'un qui n'a pas été travaillé, il va ressentir le besoin de consulter absolument dans la journée parce qu'il faut qu'il justifie cette absence auprès de son employeur, peut-être lui dire qu'on peut dater le lendemain l'arrêt de travail de la veille sur le site Ameli pro et que ce n'est pas nécessaire de consulter absolument dans la journée pour avoir un arrêt de travail le jour même. Ou peut-être changer aussi au niveau des employeurs, je pense qu'il y a pas mal de choses aussi qu'il faut changer dans le fond.
(19)

Effets à long terme

Le SAS est-il un moyen d'intercepter le circuit qui amène le patient directement aux urgences ?

S'agit-il d'une réinvention de la médecine de ville ?

Qu'est-ce qui change pour le médecin traitant ?

9.19 Le SAS est-il le meilleur moyen d'interrompre le circuit qui mène le patient aux urgences ?

Comme cela a été démontré dans les paragraphes précédents, beaucoup de médecins sont dubitatifs sur leur participation au SAS. Toutefois, l'opinion sur les effets du SAS à l'égard des urgences est assez mitigée. Parmi ceux qui éprouvent un besoin de transformation du système actuel de régulation, le SAS peut devenir une solution à long terme :

Les régulations, en fait, c'est... ah non, je pense que ça ne marche pas. Ça ne marche pas par cabinet. Vous avez un médecin, vous appelez votre médecin, il est disponible, très bien. Il n'est pas disponible, vous vous retrouvez un peu le bec dans l'eau. Vous appelez sur notre territoire, vous allez appeler SOS Médecins pour l'exemple. Il est disponible, bah, au moins, vous aurez un avis médical. Parfois, ils ne sont pas disponibles non plus. Donc, vous allez finir par appeler éventuellement sur le 15 pour avoir au moins un avis. Et ça, c'est ce qui ébauche le futur SAS, le service d'accès aux soins ou quand vous aurez fait votre coup de fil au médecin et que votre médecin ne répond pas, vous appellerez le numéro du SAS et la régulation, elle se ferait plutôt au niveau territorial. Ce n'est pas demain non plus. (20)

9.20 Est-ce que c'est une réinvention de la médecine de ville ? Quels changements en ce qui concerne le médecin traitant ?

Les effets à long terme du SAS peuvent aller même à une totale remise en question de la place du médecin traitant dans le système de santé. Certains médecins craignent que la notion même de médecin traitant subisse des changements importants. Les transformations en cours constituent un terrain incertain, nul ne sait où cela va déboucher :

Moi, par exemple, j'ai commencé à travailler en 2002, la problématique de la démographie médicale, j'en entends parler depuis 2002. Depuis que je me suis installé, on sait que ça va arriver. On l'a gentiment laissée s'installer. C'est arrivé, on a la tête sous l'eau, et pour mettre en place des outils qui seront efficaces au moment où la démographie médicale va remonter, mais qui auront peut-être eu l'intérêt de retravailler sur

la notion de parcours de soins, sur l'accès aux soins, sur la place du patient, ce dont on parlait moi qui me semble très intéressant, sur quelles sont les attentes du patient en termes de santé, etc. Et peut-être qu'on arrivera à remettre en question la notion de médecin traitant, je ne sais pas, ce n'est pas impossible. On n'a pas les mêmes besoins de santé à 30 ans qu'à 5 ans, qu'à 70. **(20)**

C'est du côté d'un médecin urgentiste, qui travaille dans une structure de soins non programmés, que nous avons trouvé une réponse sur l'avenir des médecins traitants. Selon lui, il faudra que ce métier continue à exister pour répondre aux besoins d'une partie de la population qui ne se satisfait pas du dépannage réalisé par ces structures, notamment les personnes les plus âgées :

Oui, oui, oui, oui, oui, oui, pourquoi pas ? Mais les consultations non programmées, dans le nom, il y a « non programmées ». Il y a des médecins qui n'ont pas de rendez-vous et qui fonctionnent un peu comme nous, mais à l'échelle individuelle. Oui, je pense que pour la population, on a besoin des deux. Il y a sûrement des patients qui se disent je vais attendre, je ne sais pas combien de temps, il faut conserver sûrement d'une certaine façon le rendez-vous à heure fixe pour une certaine catégorie de la population, c'est évident. Peut-être pour les personnes plus âgées qui ont besoin d'un horaire fixe pour être reçues. À mon avis, il faut préserver ça absolument. **(16)**

Comme cela a été démontré dans cette partie, les médecins ont beaucoup de questionnements par rapport au dispositif SAS. Chacun dans son environnement de travail assez chargé essaye de comprendre les hypothèses, les objectifs visés, les moyens employés, et d'imaginer les effets du dispositif sur le territoire et dans sa vie. Le dispositif se trouve aujourd'hui dans sa phase de mise en œuvre, mais des incompréhensions demeurent parmi les médecins par rapport à sa planification, à sa mise en œuvre et ses effets. Et de cela, il en résulte que de nombreux médecins sont très réticents quant à l'efficacité du dispositif. En ce qui concerne les effets, la plupart redoutent que toutes les transformations qui ont lieu et qui touchent en premier lieu les structures de soins primaires et les médecins traitants aillent à l'encontre du virage ambulatoire, axe de la politique de la stratégie nationale de santé et de « Ma santé 2022 », qui assurerait au médecin traitant une position clé. En effet, ce que de nombreux médecins constatent, c'est que le SAS (tel qu'il est préconisé) peut dévaloriser la place

centrale qui devrait être occupée par le médecin traitant dans le système de santé.

En résumé

→ Au moment de l'enquête, les médecins ont pu s'exprimer sur les SAS (Services d'Accès aux Soins), le dispositif lancé dans le cadre du Pacte de refondation des urgences et réaffirmé lors du Ségur de la santé. Ce dispositif vise à « répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés de la population partout et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire. »⁷ En mettant l'accent sur la coordination territoriale des soins, ce dispositif affirme la volonté du gouvernement de résoudre à la fois le problème de l'engorgement des urgences, la difficulté des médecins généralistes à se rendre disponibles, en s'attaquant frontalement aux problèmes signalés dans ce rapport, notamment l'interruption du parcours de soins. Les médecins sont très réticents par rapport à ce dispositif. Ils ressentent le fait de ne pas avoir été invités à participer de façon concertée à la planification de ce dernier. Si concertation il y a eu entre les acteurs, ces médecins n'ont pas été consultés. Par ailleurs, il existe parmi les médecins une appréhension que le SAS soit un dispositif contraignant, hiérarchisé, rigide. Certains médecins redoutent que le SAS soit un dispositif oppresseur, par lequel le gouvernement puisse mieux contrôler ses « soldats » qui, au lieu d'avoir une voix participative, seront contraints de se résigner devant les objectifs fixés. Les médecins interrogés questionnent le dispositif sur plusieurs niveaux et concluent que le SAS aura comme effet d'effectuer un travail de moindre qualité, qui n'apportera pas d'avantages financiers. De plus, le SAS se heurte aux objectifs de réaliser un suivi à long terme, et de prise en charge globale du patient. Les médecins craignent aussi qu'il y ait un tuilage entre les missions du SAS et de la CPTS. L'adhésion des médecins est un pari qui n'est pas encore gagné. Ainsi, beaucoup pensent que le désengorgement des urgences implique surtout l'éducation des usagers. Les effets à long terme du SAS peuvent se traduire même par une totale remise en question de la place du médecin traitant dans le système de santé. Certains médecins craignent que la notion même de médecin traitant subisse des changements importants. Les transformations en cours constituent un terrain incertain, nul ne sait où cela va déboucher.

⁷ Information obtenue à partir du site <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/>

Chapitre 10 : Les CPTS : un outil pas trop convaincant pour la prise en charge des SNP

Abordons maintenant, un autre acteur clé qui a fait son apparition récemment dans le système de santé français : les CPTS. Quelles sont les représentations de la CPTS chez les médecins interviewés ?

Les données concernant l'avis des médecins sur les CPTS montrent que ces derniers peuvent se distribuer en trois groupes : **1.** Ceux qui sont absolument convaincus des avantages de la CPTS **2.** Ceux qui s'y opposent, car ils croient que les CPTS représentent un enjeu politique et **3.** Ceux qui ont un avis mitigé et se partagent entre les deux premiers avis.

10.1 Un outil qui peut donner du sens

Parmi ceux qui sont complètement convaincus des avantages de la CPTS, ils développent l'argument que les CPTS peuvent devenir un moyen de coordination et d'information des actions du territoire. Ils croient qu'elles peuvent être un outil efficace pour la réorganisation de la médecine en ville. Les données issues des entretiens montrent qu'en fait l'envie des médecins de travailler ensemble germait depuis quelques années parmi eux. En effet, cette idée était déjà présente dans les esprits de chacun, mais c'est seulement avec la crise Covid qu'elle a pu se concrétiser. L'un des médecins interrogés affirme dans l'extrait suivant que la CPTS n'est que le résultat d'une énergie qui existait de vouloir travailler ensemble et qui s'est concrétisée avec la crise sanitaire puisque, selon lui, les professionnels de santé de son territoire se sont organisés très rapidement et très efficacement pour créer un centre de consultation Covid puis un centre de vaccination. Selon lui, les CPTS ne sont qu'une transposition d'une réalité vécue sur le terrain dans l'institution :

Donc pour moi, la CPTS, ce n'est pas quelque chose d'abstrait et institutionnel, c'est une réalité du terrain qui se transpose dans l'institution et voilà. Après, quand des collègues sur Twitter me disent ouais, les CPTS machin, je leur dis en fait, les CPTS, c'est moi, hein, c'est toi, c'est toi et moi, moi, la CPTS, c'est mes collègues du cabinet et mes collègues du cabinet d'à côté. Et c'est l'envie de travailler ensemble et de réfléchir ensemble à comment on fait mieux. **(14)**

Un autre médecin nous a relaté l'état d'épuisement de certains de ses collègues, à cause de la crise Covid, et des nombreuses sollicitations faites par l'ARS aux professionnels de santé visant une meilleure performance et productivité. Ainsi, selon elle, face à leur fatigue, la CPTS pourrait être l'occasion de redonner un sens à ces derniers :

Il y a un moment, c'est... et donc la grosse vigilance, CPTS aujourd'hui, c'est de prévenir le *burn-out* des professionnels de santé, c'est la réunion qu'on a faite sur les soins non programmés à la MSP parce qu'il y a une infirmière qui n'est pas bien, parce que quand elle n'est pas bien, bah, elle agresse les autres, c'est facile de se dire « Je ne suis pas bien, bah, c'est la faute des autres » et donc d'être vraiment vigilant là-dessus sur le fait que des gens sont fatigués. Il y a un manque de sens pour moi, je pense que la CPTS peut donner du sens à notre exercice plus qu'individuellement. (22)

10.2 La difficulté d'attirer des médecins vers les CPTS

Le plus grand problème pour la plupart des CPTS est celui d'attirer vers elles l'ensemble des médecins et professionnels de santé du territoire. Les médecins qui en font partie essayent de comprendre les raisons pour lesquelles leurs collègues n'ont pas encore adhéré à la CPTS de leur territoire. Selon un jeune médecin salarié, il y a une plus grande proportion d'adhérents chez ses collègues salariés que chez ses homologues libéraux :

Cela dit, par exemple, sur P., tous les médecins salariés sont adhérents à la CPTS, il y a 50 % des libéraux qui ne sont pas adhérents. (21)

Les raisons pour lesquelles le médecin ci-dessus croit que l'adhésion parmi les libéraux est moindre tiennent au fait que ces derniers n'ont pas intégré l'importance du travail en équipe :

Je pense qu'il y a un certain nombre de médecins libéraux qui sont dans un exercice individuel et qui n'ont pas intégré tous ces enjeux. Travailler en équipe, coordination. (21)

10.3 Un outil de connaissance du territoire

Les CPTS sont vues comme un outil qui permettrait une meilleure connaissance des actions et structures de soins du territoire. Comme indiqué par le médecin ci-dessous, son rôle serait d'organiser la médecine libérale afin de faciliter l'adressage des patients :

Les CPTS semblent quand même être un outil de connaissance du territoire, d'organisation d'une médecine libérale quand même. (1)

Répertorier et cartographier les structures médico-sociales sur le territoire serait une façon de contribuer à informer mieux les médecins sur les offres disponibles. Cela, c'est ce qui croit un médecin qui voudrait connaître mieux les offres pour les personnes isolées à domicile :

On s'en sert plutôt comme un canal d'information. Oui, après, l'avantage, en tout cas, c'est de faire un maillage précis des offres de territoire. Moi, en tout cas, je m'en servirais comme ça, ça peut être une offre sociale, une offre médicale, une sorte d'annuaire de correspondants. Et après, tout ce qui est aussi associatif, souvent qu'on ne connaît pas. Ce qui nous manque, en tout cas, justement, c'est la connaissance des associations pour des personnes isolées à domicile. Qu'est-ce qui existe en tout cas ? (8)

10.4 Un outil pour promouvoir la coordination et faire tomber les barrières entre les professionnels de santé

Selon un autre médecin, une CPTS devrait promouvoir la coordination entre les structures de soins du territoire et informer les médecins sur ce qui existe :

De la coordination entre les différents centres de soins du territoire et puis peut-être un relais d'information aussi. (2)

Les CPTS auraient le rôle de faire travailler ensemble des professionnels de santé qui ne se connaissent pas :

Travailler ensemble entre différentes professions, c'est compliqué parce qu'on ne se connaît pas bien. Déjà, les médecins entre eux, ils

ne connaissent pas toujours comment leurs collègues travaillent, etc. Mais on ne connaît pas bien comment fonctionnent les infirmiers ou les kinés. (1)

Un autre médecin a affirmé que les CPTS ont réussi à faire tomber les barrières entre les différents professionnels de santé :

Et pour répondre à votre question, c'est ça qui a changé dans la CPTS, c'est le réseau, le réseau. Le lien entre les professionnels et le fait de commencer à faire tomber un peu les barrières entre les différentes professions de santé. Et ça, ça existe déjà et ça existe [...] grâce à cet outil de communication qui s'appelle Ledomet, qui a permis de faire des équipes de soins primaires tout simplement [...], ça a pérennisé un peu cette idée que la facilité des échanges, ça modifie déjà nos pratiques. (20)

Le médecin ci-dessous ne voit que des avantages de travailler ensemble dans une CPTS :

Je pense que la CPTS peut permettre de, en tout cas, moi, je suis partisan de travailler ensemble. Je pense que c'est fini l'ère du travailler chacun dans son coin et surtout dans une situation de crise qu'elle soit sanitaire, avec le Covid, ou démographique, on peut n'avoir qu'une réponse collective. Ça permet aussi de mieux se structurer et de moins s'épuiser donc, au niveau individuel, c'est plus satisfaisant. (14)

10.5 Les CPTS aident à lutter contre l'isolement et la souffrance

En effet, la CPTS aide les médecins à se sentir moins isolés et plus soutenus en situation de *burn-out* :

Ça lutte contre l'isolement, le fait de nous forcer à travailler ensemble, c'est bien, ça a un bon côté, ça lutte contre l'isolement, le *burn-out*, etc. (3)

Un autre médecin membre d'une CPTS affirme que le fait d'être ensemble peut aider les professionnels de santé à trouver des solutions pour atténuer la souffrance quotidienne. Il résume ainsi cette idée :

Quel que soit l'avenir de la CPTS, quelle que soit l'issue, qu'on y arrive ou qu'on n'y arrive pas, le simple fait de s'être retrouvés, d'avoir pu échanger, d'avoir pu présenter un peu en fonction de nos professions, nos difficultés, nos besoins, nos attentes, déjà, ça crée une émulsion positive. **(20)**

10.6 Un outil pour mutualiser les ressources et libérer du temps médical

Une autre idée concernant l'utilité des CPTS, c'est celle de connaître mieux les acteurs et mutualiser un nombre de ressources pour libérer du temps médical. Selon un médecin, cela semble être la meilleure solution pour diminuer la demande de soins non programmés :

Je pense que la première chose, c'est déjà de mieux connaître les acteurs du territoire, mieux se connaître entre nous, connaître les compétences de chacun. Et puis, dans l'idéal, on aurait... euh, un petit intérêt à... par exemple, à mutualiser un certain nombre de choses, à mutualiser, par exemple, la réponse aux demandes de soins non programmés, ça pourrait être quelque chose d'intéressant. Mutualiser aussi les demandes de médecins traitants, mutualiser les visites à domicile qui sont une épine dans le pied pour tout le monde et qui, à mon avis, si elles étaient mutualisées, entre autres, pour tout le monde, pourraient être beaucoup moins lourdes en termes d'organisation, en termes de temps. **(21)**

Étant donné que les soins non programmés sont une mission de la CPTS, quelques médecins s'interrogent sur le fait que chaque CPTS mette en place une organisation qui est propre à chaque territoire. Combien cela est-il vraiment efficace ? Le constat qu'ils font, c'est que pour le moment, la gestion des soins non programmés par les CPTS part dans tous les sens :

Parce que les CPTS sont une mission de réponse au soin non programmé. Une organisation de soins non programmés sur le territoire. Évidemment, la logique voudrait que le SAS, lorsqu'il est sollicité par quelqu'un sur un territoire, se mette en relation directement avec ses effecteurs, mais avec la CPTS, la coordination de la CPTS. On voit bien que les CPTS, ça part un peu dans tous les sens. Chacun met en place un peu l'organisation qu'il souhaite. **(15)**

Ce même médecin se demande quel est l'acteur – CPTS ou SAS – qui aura une totale visibilité du territoire, au point de pouvoir identifier les effecteurs disponibles et les contacter lors d'une demande de soins non programmés? Dans les paragraphes suivants, il propose deux scénarios différents, selon l'acteur choisi :

Donc moi, j'ai deux hypothèses sur notre territoire. Je vois deux hypothèses. C'est oui, le SAS, on a une vraie coordination des CPTS pour le soin non programmé. C'est bien le SAS qui contacte la coordination de la CPTS qui va dire au SAS « Pas de problème, cette personne ira voir tel médecin ou telle structure ». C'est le coordinateur de la CPTS qui a la visibilité sur la disponibilité. L'autre solution qui semble être la solution retenue pour le SAS, c'est qu'ils aient la visibilité indépendamment de la CPTS sur l'ensemble des effecteurs volontaires du territoire. Donc, ça shunt un peu la CPTS.

(13)

De nombreux médecins ne pensent pas que la CPTS soit un outil adéquat pour organiser la médecine libérale ou la médecine en ville. Ils sont donc réticents devant l'idée de devenir membres de la CPTS, et cela pour plusieurs raisons. En premier lieu, ils estiment que cela nuira à leur organisation du travail, ou du moins ne va pas atténuer la lourdeur administrative ou l'aménagement du temps consacré au travail ou à leur vie privée. Au contraire, la CPTS viendrait ajouter du stress au lieu d'être une source d'épanouissement. Par ailleurs, quelques médecins croient que la CPTS représente un véritable enjeu politique. La relation entre l'institution et les médecins a toujours été marquée par un véritable rapport de forces. Les médecins responsabilisent les agences régionales de santé, voire l'agence Nationale de santé, de ne pas les écouter et de ne pas prendre à bras-le-corps leurs demandes. Ainsi, en ce qui concerne les CPTS, nous avons repéré deux types de discours : le premier s'exprime par le souhait que les CPTS, au vu de leur ancrage sur le terrain, soient force de proposition, mais que la responsabilité sur l'organisation des soins ne soit pas transférée aux CPTS, que d'autres acteurs puissent y participer, notamment l'État. Un autre discours est fondé sur la crainte que les CPTS soient instrumentalisées par les agences de santé, qui feront de la pression et utiliseront les CPTS pour imposer et exiger plus que ce que les médecins peuvent offrir. Et donc, malgré le fait que les CPTS aient été appelées à

s'organiser librement, elles n'auront pas toute la liberté d'agir. Aussi, les médecins porteurs de ce discours se sont engagés auprès des CPTS pour empêcher que l'institution ne décide seule de leur avenir et celui des patients. Ils craignent également qu'une fois que la CPTS sera organisée on revienne vers elle pour exiger de plus en plus des choses, avec des demandes qui proviennent de plusieurs interlocuteurs, à savoir les hôpitaux, les institutions, et que, finalement, le fait de s'organiser en ces CPTS facilite l'instrumentalisation des médecins libéraux. Comme si la visibilité des CPTS jouait contre ses adhérents en les prédisposant à être plus accessibles, et à répondre à toutes sortes de demandes. Et puis, il y aurait beaucoup de réticence également par rapport aux effets que les CPTS pourraient produire sur le territoire. Plusieurs médecins croient donc que les CPTS ne réussiront pas à résoudre le problème de l'accès aux soins tant que les médecins traitants resteront une référence dans le système de santé. D'ailleurs, selon eux, tant que celui-ci restera au cœur du système de soins en ville, l'accès aux soins non programmés ne pourrait être résolu que par la libération du temps médical et l'augmentation du taux de réponse en ville. De plus, ces médecins estiment qu'il n'est pas judicieux que les CPTS déplacent le patient à droite et à gauche avec une prise en charge de moindre qualité.

Dans les prochains paragraphes, nous allons revenir aux données récoltées lors des entretiens. Comme nous l'avons évoqué plus haut, les CPTS représentent un problème pour certains médecins, qui ne les voient que comme une entrave à l'organisation du travail qu'ils ont mis en place.

10.7 Une surreprésentation des médecins qui travaillent de façon coordonnée

Un médecin qui affirme ne pas aimer les CPTS justifie sa position par la lourdeur administrative de certaines procédures. Par ailleurs, elle croit également que les adhérents des CPTS seront pour la plupart des professionnels qui travaillent de façon

coordonnée, par le fait d'être regroupés et d'avoir l'habitude du travail coordonné. Aussi, elle pense qu'il y aura une représentation biaisée des professionnels de santé au sein des CPTS, qui exclura les médecins généralistes et les spécialistes qui travaillent de façon isolée :

Et puis, finalement, est-ce qu'ils vont avoir tous les acteurs du territoire, est-ce qu'ils vont avoir les bons acteurs, c'est compliqué. Est-ce que ce n'est pas biaisé finalement? Est-ce qu'on ne va pas juste faire des regroupements de maisons de santé? Et ne pas avoir l'infirmière qui travaille seule ou l'orthophoniste qui travaille seul. Bon, j'exagère parce que les rares réunions où je suis allé, il y avait quand même pas mal de paramédicaux qui travaillaient seuls, des médecins généralistes qui travaillent seuls vous n'en verrez pas, quoi. Des spécialistes qui travaillent seuls, vous n'en verrez jamais, quoi. **(11)**

Lorsque nous avons demandé à un médecin qui travaille seul pourquoi elle n'était pas encline à l'idée d'adhérer à une CPTS, voici ci-dessous ce qu'elle a répondu :

Je pense que dans les réunions, quand on a pris l'habitude de travailler seul en libéral, on a un rendement assez efficace. Nous, dès qu'on va à une réunion, il y a un partage de données, des discussions sur un point-virgule, sur un accent... On a l'impression de perdre du temps, ce qui n'est peut-être pas bien comme raisonnement. Mon raisonnement est peut-être mauvais, mais si vous voulez, après, on se dit, OK on va au but, quoi. **(15)**

Ce même médecin qui travaille isolé nous a fait part de ses appréhensions sur le fait de ne pas avoir adhéré aujourd'hui à la CPTS. Elle craint que dans l'avenir, ça soit une condition rédhibitoire pour toucher la ROSP, et cela ne lui plaît pas du tout :

OK. Non, mais voilà. Donc j'en avais entendu parler. Je n'avais plus les initiales en tête, j'en avais entendu parler. De toute manière, j'ai cru comprendre que si on fait ça, on va être obligé d'adhérer à ces CPTS. Parce que si on veut pouvoir obtenir tous nos points pour notre ROSP (la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique), on est content de l'avoir, on va essayer de la garder. Mais j'ai cru comprendre que de toute manière, ça allait devenir

obligatoire, non pas dans l'immédiat, mais peut-être dans deux ans. (15)

10.8 Le refus de devenir « les meneurs » des politiques de santé à l'échelle du territoire

Comme nous l'avons indiqué, une partie de médecins est dans un rapport de force avec les agences (nationales et régionales) de santé. Le sentiment de ne pas être entendu provoque de l'indignation chez certains médecins :

D'ailleurs au niveau de la CPTS, il y a un grand courant de raclage si je puis dire là-dessus parce qu'on voit bien la situation qui se dégrade pour l'accès aux soins et on a des solutions très pragmatiques et très simples à mettre en place, mais qui ne sont pas entendues, on a l'impression, par nos politiques. (14)

Afin de préserver leur liberté, une partie de médecins interrogés accepte d'être force de proposition par rapport aux questions de santé qui touchent leurs territoires, mais ne veut pas que les CPTS remplacent le pouvoir public dans leur obligation de conduire les politiques de santé. Cette délégation de pouvoir n'est pas perçue du bon œil, au contraire, on la perçoit plutôt comme un abus. Voici ci-dessous les propos d'un médecin qui participe de façon active à une CPTS :

Je veux bien que les CPTS soient forces de proposition, mais de là à ce que ce soit elles qui mènent des politiques de santé publique à l'échelle territoriale... (5)

Le sentiment partagé entre la plupart de médecins est qu'il y a une limite dans leur action sur le territoire, et qu'ils n'ont pas les moyens nécessaires pour être les porteurs de la politique de santé. Voici ci-dessous un extrait d'un médecin qui accuse l'institution de déléguer des responsabilités à l'égard de l'organisation des soins :

Je pense que l'écueil à éviter, c'est, et je pense que c'est un peu ça que veulent les politiques en faisant les CPTS, c'est de déléguer la responsabilité de l'organisation des soins et on ne peut pas, il y a des choses qu'on ne peut pas faire à notre niveau et il y a des choses qu'on ne pourra pas changer à notre petit niveau, même avec toute la bonne volonté du monde si on n'a pas les moyens de le faire. **(14)**

10.9 Une liberté de façade

Fondamentalement, les CPTS représentent donc pour ces médecins une perte de temps et une perte de liberté. L'idée sous-jacente est que derrière la sollicitation qui leur est faite de s'organiser comme ils entendent sur le territoire, il y aura toujours des injonctions de la part de l'institution, de la pression, des incompréhensions, des exigences et par conséquent une perte progressive de leur indépendance :

La plus grosse réticence des professionnels de santé à la CPTS, c'est l'institution. Il y a deux choses. Il y a le temps, je n'ai pas le temps, je n'ai pas le temps et l'idée d'être manipulé par l'institution. Et donc, à chaque fois que l'institution se comporte comme ça, elle vient conforter les professionnels de santé dans l'idée qu'ils se sont fait avoir. À chaque fois qu'elle nous dit que, proposant le projet, elle nous répond « Ah oui, mais vous pourriez... vous avez pensé à si vous ne pourriez pas faire ça », etc. [...], c'est de la pression. Donc, ça vient conforter les professionnels de santé sur l'idée qu'on va perdre un peu de notre liberté sur la CPTS. **(20)**

10.10 Être victime d'une plus grande visibilité sur le territoire

Une autre idée partagée par certains d'entre eux est que l'organisation de la médecine libérale en ville, par les CPTS, peut les amener à être plus facilement utilisés par plusieurs interlocuteurs, comme l'hôpital et l'institution. S'ils ne s'organisent pas, ils seront absorbés par les injonctions, s'ils s'organisent, ils seront instrumentalisés par leurs interlocuteurs

qui vont sans doute profiter du fait qu'ils sont organisés pour les assommer avec de nouvelles sollicitations. Les propos suivants traduisent en effet leur crainte de leur organisation dans la ville :

Et avec la grosse crainte, en fait, c'était même plutôt l'inverse, la grosse crainte que se constituer comme ça en organisation un peu structurée, donc identifiable par les hôpitaux, par les institutions, ça a beaucoup changé, c'est-à-dire que les libéraux, du coup, deviennent la CPTS. Donc l'hôpital a un interlocuteur, l'institution a un interlocuteur, des professionnels libéraux avec la CPTS. Mais pour les gens qui constituent cette CPTS, justement, il y a une espèce de sentiment que maintenant qu'on est identifiés comme ça, eh ben, on va pouvoir nous utiliser aussi. [...] La CPTS, c'est quelque chose d'organisé par l'institution pour utiliser les professionnels de santé libéraux. (20)

10.11 Les CPTS ne réussiront pas à solutionner le problème de l'accès aux soins :

Autrement, ce qui freine l'adhésion de certains médecins à la CPTS, c'est qu'ils sont très dubitatifs par rapport aux effets de celle-ci sur l'accès aux soins. Le même médecin qui s'exprime sur les réticences de ses homologues libéraux à s'organiser se dit très pessimiste par rapport à l'idée que c'est aux CPTS de résoudre le problème de l'accès aux soins.

D'accord et est-ce que vous constatez qu'il y a des effets vraiment par rapport, par exemple, à l'accès aux soins ?

Non, mais c'est ce que tout le monde voudrait. Mais enfin, il ne faut pas rêver, quoi, l'ARS s'attend à ce que voilà, on s'appelle CPTS, donc on va révolutionner la médecine, mais non. Et dans notre lettre d'intention, on l'a rédigé comme ça. Mathématiquement, ce n'est pas solutionnable. (20)

10.12 La seule solution : libérer du temps médical

En poursuivant le raisonnement ci-dessus, ce même médecin croit que la solution au problème actuel lié à la pénurie de médecins pour des raisons démographiques et à cause du *numerus clausus*, c'est de libérer du temps médical au médecin traitant, mais cela prendra, selon lui, beaucoup de temps :

En fait, si on reste sur le processus du médecin traitant tel qu'il est fait actuellement, on n'a pas de solution à proposer et tout ce qui va nous permettre, donc, le projet de santé, notamment sur l'accès aux soins, il est rédigé surtout dans l'idée de libérer du temps médical, donc libérer du temps médical, c'est présenter aux collègues les dispositifs comme infirmières de pratique avancée, infirmières Asalée, assistants médicaux. Mais le temps que cela se mette en place dans un cabinet, et que ce soit efficace, c'est deux, trois ans. La délégation de tâches vers les pharmaciens, les infirmiers, etc. C'est deux ou trois ans. **(20)**

10.13 Les CPTS ont un rôle d'éducation auprès des patients :

Certains médecins attendent des CPTS qu'elles fassent un travail d'éducation auprès des patients pour éviter qu'ils prennent des rendez-vous chez les médecins libéraux pour des raisons illégitimes. Comme le dit le médecin ci-dessous, ça serait aux CPTS d'informer, d'orienter et d'éduquer les patients et de faire en sorte qu'ils s'adaptent au rythme des médecins :

Ah oui, parce qu'effectivement, quand les patients sont bien éduqués entre guillemets, ils ne consultent pas pour rien et vont moins aux urgences. Après, le problème, c'est qu'il y a énormément de patients qui n'ont pas de médecin traitant qui fait ce travail de filtre. Voilà, le problème, c'est que nous, avec notre bâton de pèlerin, on ne peut pas rattraper le gros trou du *numerus clausus* qu'il y a eu. Parce que je pense que, justement, ils ont dû se projeter sur des rythmes de travail de médecins qui ne sont plus les mêmes. **(9)**

10.14 Est-ce que les CPTS peuvent offrir une médecine de qualité ?

Une autre idée diffusée au sein des médecins, c'est que les CPTS ne feront qu'un décalage de patients partout, avec une prise en charge de moindre qualité. Selon le médecin suivant, les CPTS seront utiles pour décharger les secrétariats médicaux, mais elle reste très dubitative quant à leur capacité de promouvoir une médecine de qualité :

La CPTS, c'est exactement le même problème. Je pense que ça peut être bien pour décharger nos secrétariats parce que mon secrétariat est débordé. Et le problème, c'est quand on n'arrive pas à répondre à une demande urgente. Les patients deviennent très vite agressifs et si on peut les adresser vers un numéro qui pourra dispatcher certaines urgences, ça pourrait être bien. Mais faut-il encore que nous, on puisse gérer nos propres urgences et qu'on ne fasse pas un décalage de patient un peu partout qui, finalement, sera moins bien pris en charge. **(10)**

10.15 Des propositions qui ne sont pas accueillies partout :

Les CPTS, dans cette première phase qui correspond à la mise en œuvre de leur projet, essaient de faire des propositions pour répondre aux problématiques de leurs territoires. Des propositions qui ne sont pas toujours accueillies par les médecins qui acceptent de participer aux réunions planifiées dans le cadre des CPTS. Tel est le cas d'un médecin qui suit de près les travaux de la CPTS, si d'un côté il voit qu'elle joue un rôle d'entraide important, d'un autre côté, il reste réticent sur le fait que ses homologues puissent libérer des créneaux, pour les personnes âgées de son territoire. Elle reste donc très pessimiste par rapport aux problématiques liées aux médecins traitants :

Mais de ce que je vois, ça va aider, mais je ne pense pas que ça va suffire. Comme dans plein d'organisations, à un moment même certain, qui est plus utopiste, on disait qu'il fallait se reporter à une sorte de listing [fait par] le pôle autonomie territoriale ou le DAC. Toute structure médico-sociale qui repère un patient vraiment âgé – ou ayant besoin d'un médecin traitant – fait la liste. Et puis après, si on est sur une sorte de pool d'une cinquantaine de médecins, il faudrait petit à petit les dispatcher pour prendre en charge [ces patients], donc déjà je n'y croyais pas. Il y en a tellement que ce n'est pas juste qu'on fasse l'effort d'en prendre cinq en plus chacun, en fait. (12)

10.16 Les CPTS ne seront pas efficaces pour diminuer les demandes de soins non programmés

En ce qui concerne les soins non programmés, quelques médecins croient qu'ils ne constituent pas le véritable enjeu pour la CPTS. Dans les années à venir, l'enjeu majeur est d'assurer le suivi des patients qui n'auront pas de médecin traitant, à cause des problèmes démographiques déjà évoqués. Par conséquent, en ce qui concerne le problème des soins non programmés, certains

médecins restent sceptiques sur l'efficacité des CPTS. Les propos ci-dessous sont très éclairants à ce sujet :

L'enjeu, ce n'est pas tellement les soins non programmés, en fait, je pense que le vrai enjeu, c'est les soins tout court et surtout les soins programmés et complexes, et là, dans les années à venir, avec la baisse à venir de médecins et de recours possibles pour le suivi, le vrai enjeu, ça va être justement les soins programmés parce que si les gens ne peuvent pas faire leurs soins programmés, il va découler beaucoup plus de soins non programmés, beaucoup plus de décompensations, beaucoup plus de problèmes, et donc je pense qu'il faut prendre le problème dans l'autre sens, et déjà solidifier la possibilité de suivi pour les gens qui en ont vraiment besoin. (14)

Au lieu de s'investir sur les CPTS pour résoudre le problème des soins non programmés, l'idée serait de créer une structure pour répondre au besoin des maladies complexes et qui n'ont pas de médecin traitant. Voici ci-dessous comment un médecin décrit le projet consacré à ce type de structure, tel qu'il est envisagé par l'une de ses collègues. L'idée de ce projet consiste essentiellement à assurer les soins programmés pour décharger les soins non programmés et éviter les demandes non légitimes de soins dans les structures censées prendre en charge les demandes de SNP :

Le temps, on en manque tous, donc l'idée, ce n'est pas de nous rajouter des choses, mais plus on va être nombreux dans un projet et moins ça va impacter notre quotidien à chacun. Et donc de faire tourner cette structure où les gens pourraient venir pour avoir des soins programmés, pour leur suivi de pathologies complexes, quand ils n'ont pas de médecin traitant. [...] Donc l'idée serait ça, faire une espèce de dispensaire qui tournerait avec les professionnels du territoire où on ferait chacun une demi-journée, une fois de temps en temps, pour prendre en charge des patients pour les soins plutôt programmés, puisque les soins non programmés, finalement, ils sont déjà en partie absorbés par SOS et par les structures qu'on a sur le territoire. (14)

En résumé

→ Ceux qui sont entièrement convaincus des avantages de la CPTS développent l'argument que les CPTS peuvent devenir un moyen de coordination et d'information des actions du territoire. Ils croient qu'elles peuvent être un outil efficace pour la réorganisation de la médecine en ville. Ce qui expliquerait que de nombreux médecins n'ont pas adhéré à une CPTS, c'est le fait que ces derniers n'ont pas intégré l'importance du travail en équipe, c'est-à-dire le travail intra et interstructures. À cet égard, la CPTS a pour rôle de faire tomber les barrières entre les différents professionnels de santé afin d'assurer la prise en charge globale du patient. Par ailleurs, l'idée que la CPTS constitue également un outil qui permet aux professionnels de santé de lutter contre l'isolement et la souffrance est l'un des arguments en faveur de la CPTS. Elle permettrait également aux structures de soins de mutualiser les ressources et de libérer du temps médical. L'adhésion à la CPTS comporte donc beaucoup d'avantages. Toutefois, de nombreux médecins ne sont pas convaincus que la CPTS soit un outil adéquat pour organiser la médecine libérale ou la médecine en ville. Le constat qu'ils font, c'est que pour le moment, la gestion des soins non programmés par la CPTS va dans tous les sens. De plus, ils se demandent quel est l'acteur – CPTS ou SAS – qui aura une totale visibilité du territoire, au point de pouvoir identifier les effecteurs disponibles et les contacter lors d'une demande de soins non programmés ? Les résultats de l'enquête indiquent qu'il existe deux types de discours : le premier s'exprime par le souhait que les CPTS, au vu de leur ancrage sur le terrain, soient forces de proposition, mais que la responsabilité de l'organisation des soins ne soit pas transférée aux CPTS, que d'autres acteurs puissent y participer, notamment l'État. Un autre discours est fondé sur la crainte que les CPTS soient instrumentalisées par les agences de santé, qui feront pression et utiliseront les CPTS pour imposer et exiger plus que les médecins peuvent offrir. Ils craignent également qu'une fois que la CPTS sera organisée l'on revienne vers elle pour exiger de plus en plus des choses, avec des demandes qui proviennent de plusieurs interlocuteurs, à savoir les hôpitaux, les institutions et que finalement, le fait de s'organiser en CPTS facilite l'instrumentalisation des médecins libéraux. Comme si la visibilité des CPTS jouait contre ses adhérents en les prédisposant à être plus accessibles, et à répondre à toutes sortes de demandes. Fondamentalement, les CPTS représentent donc, pour les médecins interrogés, une perte de temps et une perte de liberté. L'idée sous-jacente est que derrière la sollicitation qui leur est faite de s'organiser comme ils l'entendent sur le territoire, il y aura toujours des injonctions de la part de l'institution, de la pression, des incompréhensions, des exigences et, par conséquent, une perte

progressive de leur indépendance. Autrement, ce qui freine l'adhésion de certains médecins à la CPTS, c'est qu'ils sont très dubitatifs par rapport aux effets de celle-ci sur l'accès aux soins. Il existe un pessimisme par rapport à l'idée que c'est aux CPTS de résoudre le problème de l'accès aux soins. La solution au problème actuel lié à la pénurie de médecins pour des raisons démographiques et à cause du *numerus clausus*, c'est de libérer du temps médical au médecin traitant, mais cela prendra beaucoup de temps. Certains médecins attendent des CPTS qu'elles effectuent un travail d'éducation auprès des patients pour éviter qu'ils prennent des rendez-vous chez les médecins libéraux pour des raisons illégitimes. Une autre idée diffusée au sein des médecins, c'est que les CPTS ne feront qu'une dispersion des patients sur le territoire, avec une prise en charge de moindre qualité. Si d'un côté, quelques médecins voient qu'elle joue un rôle d'entraide important, d'un autre côté, ils restent réticents sur le fait que leurs homologues puissent libérer des créneaux, notamment pour les personnes âgées de leur territoire qui ne peuvent pas se déplacer.

Certains médecins croient que les soins non programmés ne constituent pas le véritable enjeu pour la CPTS. Dans les années à venir, l'enjeu majeur est d'assurer le suivi des patients qui n'auront pas de médecin traitant, en raison des problèmes démographiques déjà évoqués.

Chapitre 11 : Beaucoup de controverses sur la place de patients au sein des CPTS : Qui ? Quand ? Comment ?

Les médecins ont une position mitigée à propos de la place des patients au sein des CPTS : certains sont convaincus que l'entrée de ceux-ci est inexorable, d'autres sont très dubitatifs sur la façon dont cette place doit être accordée. L'extrait ci-dessous est issu d'un entretien avec un médecin qui pense que les patients doivent participer à l'organisation des soins via CPTS :

Parce que le patient doit petit à petit rentrer aussi dans la CPTS. Dans le dixième, il y a le collège des patients, qui est prévu avec des associations de patients, des représentations d'habitants du quartier, etc. Ils doivent participer à l'organisation des soins. **(1)**

Toutefois, même convaincus de l'importance des usagers, certains médecins trouvent que la réflexion à ce propos est encore prématurée, car il faudrait d'abord que les médecins du territoire adhèrent à leur CPTS. L'un des médecins que nous avons interviewés a partagé avec nous ce besoin :

La place des usagers dans la CPTS, il faudra qu'elle arrive et je pense qu'elle est un peu prématurée dans le sens où il faut déjà que les CPTS s'organisent et fédèrent les professionnels du territoire. **(2)**

Par ailleurs, le constat de beaucoup de médecins qui participent à la CPTS est que, pour le moment, les usagers n'y trouvent pas leur place. Voici ci-dessous ce que dit un médecin à ce sujet :

Dans notre CPTS, je pense qu'elle n'est pas du tout importante. Il n'y a aucun usager qui fait partie de la CPTS. On propose des actions pour les usagers, mais eux ne participent pas à l'organisation des actions. Il était question de faire une enquête auprès des usagers pour savoir ce qu'ils attendaient et ça n'a pas été fait. Donc pour l'instant, les usagers n'ont aucune place dans la CPTS de X. **(7)**

11.1 Quel pouvoir accorder aux usagers ?

En effet, selon quelques médecins interviewés, l'idée de rendre les usagers acteurs du système de santé, de leur accorder une place pour exposer leurs points de vue, c'est une vision qui est en train de progresser en médecine générale. Il s'agit d'un vrai chamboulement dans le mode que les médecins prennent en charge leurs patients. Comme l'a affirmé l'un des médecins interviewés, il s'agit d'un changement important dans la perspective sujet-objet présente dans la relation médecin-patient :

Ça s'est vu avec l'évolution des droits des usagers au sens large, les droits des patients, le droit de dire « non », le droit de refuser des soins, on part quand même de très, très loin en médecine, où le patient et la patiente sont un peu un objet qu'on soigne et qui est un peu soumis à la volonté toute-puissante des médecins. Ça, c'était il y a quelques années. (5)

À ce stade de la réflexion sur la place accordée aux patients, plusieurs questions ont été posées par les médecins : **1)** Est-ce qu'il faut leur accorder une place décisionnaire ? **2)** Quel pouvoir les médecins souhaitent-ils laisser à leurs patients ? **3)** Qui choisit-on pour avoir de la représentativité ?

Dans le paragraphe suivant, il est possible de noter que quelques CPTS hésitent à donner un pouvoir décisionnaire aux usagers. Les médecins n'ont pas d'opinion claire sur le sujet :

Mais de là à dire que c'est le ou la patiente qui est au centre et qui est du coup complètement décisionnaire de sa santé, ça avance un peu, mais aussi de notre façon de travailler, là, c'est carrément une révolution. Et c'est ça le problème de la CPTS, c'est qu'on est d'accord pour que les usagers et les usagères s'impliquent et soient avec nous pour nous donner leurs idées, etc. Mais est-ce qu'on leur donne un pouvoir décisionnaire ? (5)

Ce même médecin pense que c'est bien beau selon certains médecins d'avoir des usagers dans les associations, mais si ce n'est que consultatif, ce n'est pas complètement une place d'acteur central de la prise en charge. Alors, quel pouvoir leur accorder ? Dans le paragraphe ci-dessous, il se pose la question de

savoir si les médecins ont envie de leur accorder du pouvoir et jusqu'à quel point :

Et puis, on peut légitimement se poser la question, est-ce que en tant que professionnel, est-ce ce dont j'ai vraiment envie et est-ce que c'est vraiment nécessaire ? Après, il y a un juste milieu à trouver. (5)

11.2 Les associations en santé et le risque d'encourir un biais de sélection

Selon la plupart des médecins interrogés, la question de l'inclusion de l'utilisateur au sein des CPTS est d'une grande complexité. Un médecin se demande s'il est toujours pertinent et pas biaisé de sélectionner les représentants de moult associations qui existent en Île-de-France :

Et après, quand on implique des gens usagers dans des structures comme les CPTS, le problème, c'est qui est-ce qu'on choisit ? Soit on prend des représentants d'associations, mais souvent il y a des enjeux qui sont très spécifiques à l'association, au type de pathologie, qui sont souvent plutôt d'envergure nationale ou sur un plus grand territoire. (15)

Afin d'être équitable, un conseil de représentants des usagers devrait comporter le même nombre de médecins. Des usagers qui seraient en mesure d'avoir une vision du collectif qui dépasserait leurs intérêts individuels. Selon l'opinion du médecin suivant, cela n'est pas facile :

L'expérience patient, c'est très important, mais je veux dire à l'échelle d'une CPTS, il faudrait un groupe de patients... il faudrait au moins autant de patients que de professionnels de santé. Donc là, on est 60 professionnels de santé, si on ramène 60 usagers... C'est sortir de ce cadre, de sa propre expérience et essayer de voir quelque chose au niveau collectif. Ça, ce n'est pas facile. (15)

11.3 Comment établir une vraie représentation ?

Conscient qu'il existe des dynamiques territoriales d'usagers qui préexistent, voire une culture de l'investissement en santé et autour des questions de santé sur le territoire qui remontent, parfois sur plusieurs années, un médecin s'oppose à l'idée de les instrumentaliser et se demande comment établir une vraie représentation de la population. Voici ci-dessous ce qu'il dit à ce propos :

Ils ne représentent pas du tout les habitants de la ville. Et du coup, il y a des patients qui se sont un peu professionnalisés dans la représentation des usagers, mais ce n'est pas à des échelles territoriales, ils représentent les intérêts d'usagers au sens large. Et puis, même s'ils sont formés aux problématiques de santé et aux enjeux, est-ce que vraiment ils sont représentatifs de la population ? Je pense que si on veut inclure des patients et des patients dans les CPTS, il faut que nous, les CPTS, on soit clairs sur la place qu'on leur donne et que ce ne soit pas juste une instrumentalisation et une façade. (5)

L'utilité de faire remonter le besoin des usagers est pourtant remarquée par des médecins qui attendent que la CPTS soit un moyen par lequel les usagers pourraient s'impliquer dans l'organisation des soins :

Souvent, c'est des profils de personnes qui vont s'impliquer dans ce type de structure. Je pense que quand même, il peut y avoir un échantillon de personnes un peu varié qui peut, justement, faire remonter les besoins ressentis. (8)

11.4 Quels rôles pour la CPTS dans la formation citoyenne des habitants du territoire ?

La question centrale pour les CPTS est non seulement d'inclure qui pour faire quoi, mais aussi de savoir jusqu'où elles peuvent s'impliquer dans la formation démocratique et citoyenne des usagers. Selon un médecin impliqué dans une CPTS, cela ne fait pas partie des fonctions qu'elles doivent exercer sur le territoire :

Donc, à terme, je pense qu'on ira vers ça. J'espère, mais pareil, ce n'est pas les CPTS qui vont répondre aux problématiques de l'implication démocratique et citoyenne à l'échelle territoriale. (5)

11.5 La crainte que l'intégration des usagers puisse éveiller des attentes chez eux

Un médecin interviewé a imaginé par anticipation les difficultés que les CPTS pourraient rencontrer lorsqu'elles accepteraient d'inclure les usagers dans les discussions menées par les professionnels de santé. Premièrement, il convient de noter qu'il existe parmi les médecins une crainte par rapport aux attentes que les usagers pourraient avoir à leur égard et leurs capacités à répondre à leurs attentes :

Après, la difficulté, c'est qu'on voit bien qu'aujourd'hui, entre les attentes des usagers et les capacités des professionnels de santé sur un territoire à répondre à ces attentes, il y a un monde, il y a un gouffre. (15)

11.6 Un moyen d'aider les usagers à comprendre les difficultés des médecins

L'intérêt d'intégrer les usagers serait de leur faire comprendre les difficultés des médecins à pouvoir répondre à leurs demandes :

Donc je pense qu'au moins la place d'usagers est nécessaire, ne serait-ce que pour qu'ils soient témoins de nos difficultés. Il ne faut pas avoir peur des usagers, au moins ils vont voir qu'on est vraiment dans la galère

et qu'on a qu'une envie, c'est que ça s'améliore. Donc, nous, sur notre CPTS, on réfléchit à comment intégrer des usagers ou des représentants d'usagers ou des représentants de patients. (13)

11.7 La crainte d'un conflit

La crainte d'un débat conflictuel entre médecins et usagers peut également prédisposer ces derniers à se demander comment les inclure dans les CPTS ? Face à un contexte de pénurie de médecins, il est normal que ces derniers ne puissent pas correspondre aux attentes des usagers, comme selon le médecin ci-dessous, ses homologues médecins ne pourront que développer des arguments défensifs :

Ça va prendre du temps avant que... ça va nous aider à gérer la pénurie. Quand on est en pénurie, qu'il va falloir trouver des modalités d'interpellation qui seront peut-être un peu différentes. Ça peut être très utile, mais c'est un peu en mode défensif. C'est sur le mode gestion de pénurie. On est dans le mode réellement positif, constructif. En tout cas sur le soin non programmé, les usagers ne peuvent que déplorer l'accès aux consultations de médecine générale en ville. (9)

Un autre médecin craint que la participation des usagers dans les débats des CPTS puisse devenir très anxiogène pour les patients. Dans l'extrait ci-dessous, il est possible de comprendre les motifs qui l'amènent à s'y opposer :

Alors oui, je pense que les patients, ce serait bien qu'ils soient inclus. Après, mettre le patient face à toutes nos difficultés, je ne sais pas si ça peut aussi engendrer beaucoup d'angoisse chez eux, donc je ne sais pas trop dans quelle mesure. Il ne faut peut-être pas les laisser dans des réunions où on sait tous qu'on n'arrive pas à trouver de solutions. Je ne suis pas sûr que ça soit très bon pour eux parce qu'ils sont déjà assez paniqués du fait de ne pas avoir... qu'on n'arrive pas à répondre à leurs demandes, je pense que ça peut être anxiogène. (10)

11.8 On ne veut pas inclure les usagers dans les CPTS : recours aux pratiques éducatives

Il faut noter que certains médecins durcissent leurs positions en ce qui concerne la place des usagers au sein des CPTS. En s'appuyant sur l'idée que les usagers n'ont pas la formation nécessaire ni les connaissances et qu'ils ne connaissent pas leurs limites, quelques médecins préféreraient qu'ils ne soient pas inclus dans les CPTS :

Moi, je pense qu'on ne peut pas qu'écouter le patient parce que le patient, il aura toujours une demande sans limites. Et le patient, il n'est pas professionnel de santé, donc il n'a pas de connaissance et pas de formation, donc non, je ne pense pas que, c'est bien de demander au patient ce qu'il en pense, c'est plutôt une notion intéressante, mais nous, on connaît bien les patients aussi, on les voit toute la journée, on connaît leurs demandes et leurs besoins, donc moi, je ne mettrais pas le patient au centre de la CPTS. Je pense que les professionnels de santé connaissent les patients, connaissent leurs besoins et qu'on ne peut pas écouter le patient et se coller aux désirs du patient. (19)

Certains médecins reviennent sur les bénéfices que des pratiques éducatives pourraient procurer aux patients, dans les sens où ces derniers pourraient ne pas se précipiter à prendre des rendez-vous médicaux, si les institutions françaises telles que les crèches et les écoles arrêtaient de les culpabiliser, notamment les parents d'élèves qui sont malades :

C'est-à-dire que je pense qu'il y a plein de problèmes de santé qui se règlent sans médecin. **Sauf qu'ils ne le savent pas.** Sauf qu'ils ne le savent pas. On leur a inculqué pendant des années qu'il fallait venir voir le médecin tout de suite, il y a aussi un aspect culpabilisateur des crèches ou des écoles par exemple : « Comment ? Votre enfant a de la fièvre et vous n'êtes toujours pas allé voir le médecin, il a de la fièvre depuis 2 heures et vous n'avez toujours pas vu le médecin ? Vous êtes un mauvais parent. » (21)

11.9 La solution : innover, voir ce qu'on fait ailleurs

Comment faut-il impliquer les patients dans les CPTS ? Ce même médecin qui prône la déculpabilisation des parents propose des solutions concrètes plus osées, mais qui, selon lui, pourraient transformer la place des usagers dans le système de santé. Selon lui, un long travail de réflexion reste à faire, il faudrait néanmoins regarder ce qui est fait dans d'autres pays, comme en Afrique, pour pouvoir inventer de nouvelles solutions :

Moi, je crois beaucoup à la médiation en santé. En Afrique, on a créé des agents sanitaires de base qui sont des gens issus de la communauté du territoire. Je parle de communauté au sens de territoire. À qui on a apporté un certain nombre de compétences en santé et qui vont se faire le relais auprès des patients du territoire. Qui vont être des espèces de référents, d'avant-garde du système de santé... Moi, je crois qu'il faut innover, faire des choses comme ça. **(21)**

En résumé

→ Les médecins ont une position mitigée à propos de la place des patients au sein des CPTS : certains sont convaincus que l'entrée de ceux-ci est inexorable, d'autres sont très dubitatifs sur la façon dont cette place doit être accordée. Le constat de beaucoup de médecins qui participent à la CPTS est que, pour le moment, les usagers n'y trouvent pas leur place. L'idée de rendre les usagers acteurs du système de santé, de leur accorder une place pour exposer leur point de vue, c'est une vision qui est en train de progresser en médecine générale. Il s'agit d'un vrai chamboulement dans le mode de prise en charge des patients. C'est bien beau selon certains médecins d'avoir des usagers dans les associations, mais si ce n'est que consultatif, ce n'est pas vraiment une place d'acteur central de la prise en charge. Alors, quel pouvoir leur accorder ?

Une autre question concerne la représentation des usagers. Est-il pertinent de sélectionner les représentants de nombreuses associations qui existent en Île-de-France ? Afin d'être équitable, un conseil de représentants des usagers devrait comporter un nombre équivalent de médecins. Il faut que les usagers soient en mesure d'avoir une vision du collectif qui dépasse leurs intérêts individuels. Par ailleurs, conscients qu'il existe des dynamiques territoriales d'usagers qui préexistent, voire une culture de l'investissement en santé et autour de questions de santé sur le territoire qui remontent, parfois, à plusieurs années, les médecins s'opposent à l'idée de les instrumentaliser et se demandent comment établir une vraie représentation de la population.

La question centrale pour les CPTS est non seulement d'inclure qui, pour faire quoi, mais aussi de savoir jusqu'où il est possible de s'impliquer dans la formation démocratique et citoyenne des usagers. La crainte d'un débat conflictuel entre médecins et usagers peut également prédisposer ces derniers à se demander comment les inclure dans les CPTS.

Il faut noter que certains médecins durcissent leur position en ce qui concerne la place des usagers au sein des CPTS. En s'appuyant sur l'idée que les usagers n'ont pas la formation nécessaire ni les connaissances et qu'ils ne connaissent pas leurs limites, quelques médecins préféreraient qu'ils ne soient pas inclus dans les CPTS.

Partie III

La question des soins non programmés dans le quotidien des infirmières

La partie III de ce rapport est consacrée à l'analyse des représentations des soins urgents des infirmières IDEL (infirmières diplômées, ayant exercé à l'hôpital et qui se sont installées en ville, dans un cabinet libéral). Même si la notion de soins non programmés n'était pas suffisamment connue de quelques professionnels infirmiers interrogés, elles ont pu nous faire part de leur vécu sur leur territoire et des difficultés rencontrées. Dans le **chapitre 12**, il a été question d'analyser leur rapport aux médecins de ville installés, afin d'avoir une idée sur le travail de coordination territoriale qui est mis en place. Les **chapitres 13 et 14** reposent sur une analyse des représentations de l'urgence fondée sur leur propre ressenti. Le **chapitre 15** met en valeur leurs représentations de la patientèle et des diverses difficultés que celles-ci rencontrent, à partir d'une approche globale.

Chapitre 12 : Une communication souvent difficile avec les médecins

Les infirmières travaillent en permanence avec les médecins de leur territoire. Elles n'ont pas le pouvoir pour prendre certaines décisions médicales et dépendent le plus souvent des décisions prises par eux. Le problème est que l'accès aux médecins est parfois difficile. Certains d'entre eux, notamment les plus âgés, n'ont pas l'habitude de communiquer par des outils numériques. L'infirmière ci-dessous essaye de comprendre les raisons pour lesquelles certains médecins de son territoire ne répondent pas à leurs appels. Premièrement, elle croit que cela est dû à une habitude de travailler seuls, de façon indépendante :

C'est vraiment médecin-dépendant. En fait, on repart sur le conflit générationnel, en fait. On a les médecins en préretraite qui n'ont jamais eu l'habitude de communiquer. Très peu. Très peu ont eu l'habitude de communiquer. Ils ont travaillé pendant 40 ans dans leur cabinet, soit tout seuls, soit avec leur secrétaire. Ils n'ont pas de mail, ils ne répondent pas au téléphone. On leur laisse des messages, ils ne répondent pas. Donc ça, c'est des médecins qu'on n'arrive pas... (I)⁸

Elle se plaint des médecins qui ne comprennent pas que l'appel d'une infirmière n'est jamais anodin, elles ont toujours de bonnes raisons pour les contacter. Indignée, elle n'arrive pas à comprendre ce comportement qui laisse les infirmières dans l'incertitude :

C'est très compliqué en fait, surtout qu'en fait, nous, les infirmiers, on n'appelle pas les médecins pour savoir comment ils vont et pour leur donner des informations inutiles. Quand j'appelle un médecin, c'est que j'ai un réel problème. Et en fait, ça, ils n'ont pas compris. Ils n'ont pas compris, mais parce que probablement qu'ils sont débordés, probablement qu'ils n'ont pas le temps de nous répondre. Donc nous, on reste dans des incertitudes, dans les ordonnances pas claires. Donc ça, c'est le problème du médecin préretraité qui a toujours travaillé tout seul. (I)

⁸ Pour plus d'informations sur les infirmières interviewées, voir la liste qui se trouve en annexe.

Une autre infirmière, qui travaille dans le même territoire que la précédente, pense aussi qu'il est difficile de réaliser un travail coordonné avec les médecins du territoire. Son message est clair :

Il faut absolument qu'ils se rendent compte que quand il arrive dans son cabinet, mais que nous on a un problème avec son patient et qu'on n'arrive pas à le joindre, c'est très compliqué pour nous, quand on a besoin d'une réponse. (2)

Si certains médecins lui confient leur numéro de téléphone portable, d'autres sont injoignables et refusent de transmettre leurs coordonnées aux infirmières libérales. Selon elle, le problème est que lorsqu'elles sont confrontées à des situations compliquées, elles n'ont que leur bon sens pour pouvoir s'en sortir :

C'est à nous de réfléchir, de savoir comment on fait pour sortir le patient de ce cas-là, de savoir quelle décision on prend, si on tempère, si on ne tempère pas, si on en parle à un copain médecin qui peut nous donner un tuyau. C'est plein de choses comme ça. Sinon, on envoie à l'hôpital. (2)

Une autre infirmière, qui arrive globalement à coordonner son travail avec les médecins, souligne tout de même qu'ils sont surchargés et que cela constitue souvent un problème :

Là, c'est un peu le casse-tête parce que... c'est arrivé il n'y a pas longtemps pour une patiente qui est âgée, qui a un parcours... On connaît très bien la famille, qui a perdu sa fille l'année dernière à la suite d'un cancer du sein, suivie sur du long terme par Curie, très bien accompagnée par l'hôpital Curie.. et la maman... c'est une population asiatique, ils habitent dans la même maison, il y a eu la barrière de la langue avec nous, elle comprend un peu le français, mais on a pas beaucoup échangé. Je pense qu'elle allait très bien, elle a des petits soucis de cohérence, d'infection urinaire, de déshydratation. Tout ça, c'est sûrement lié. C'est probablement lié à la perte de sa fille. Et on ne sait pas quoi faire de cette dame parce que l'hôpital de Jossigny, elle est âgée, on sait qu'aux urgences de Jossigny, ils sont surchargés. Donc après, on pèse le pour et le contre de... est-ce qu'on la garde au domicile. On fonctionne aussi beaucoup par mail avec le médecin traitant quand on peut. On fait pas mal de coordination, ce qu'on ne faisait pas forcément avant. (3)

Elle évoque également les problèmes techniques que posent la coordination numérique des soins et le temps perdu à essayer de les résoudre :

Après dès qu'il y a de la coordination, ça demande du temps... si on a les adresses mail des médecins, c'est super important qu'on en ait... Alors, les adresses mail sécurisées, c'est encore compliqué... pour nous envoyer les ordo, il faut que ça soit sécurisé. Moi, j'ai Mailiz, sauf que le médecin de cette dame, elle va pas avoir Mailiz, elle va fonctionner sur Apicrypt. Moi, je n'ai pas Apicrypt... on est confrontés à des problèmes techniques, logistiques, chiants qui font perdre du temps. (3)

Les infirmières s'adaptent à la disponibilité des médecins, à leurs horaires de travail, et s'interdisent de les appeler le week-end. Quand les médecins ne sont pas disponibles, elles mettent en place un système de débrouille. Mais elles peuvent aussi trouver un arrangement et entretenir une relation privilégiée avec certains d'entre eux. Parfois, ils se mobilisent pour les épauler à des heures où leurs cabinets sont fermés :

Il a un problème, vraiment, de santé ou même pour, à la rigueur, pour des ulcères, il peut le faire, mais jamais j'irai embêter un médecin un week-end alors qu'on sait qu'il ne travaille pas, je ne peux pas. Je ne peux pas me permettre de faire ça. C'est à moi de me débrouiller après là-dessus. Mais c'est vrai que c'est déjà arrivé que je l'appelle pour un autre patient qui va mal. Et j'appelle ce médecin traitant et il me fait aussi une ordonnance. Il me l'envoie par mail ou je l'envoie, comme je l'ai dit tout à l'heure, à la pharmacie. Mais ce n'est pas tous les médecins et ce n'est pas tous les jours. Il y a vraiment des fois des soucis pour soigner les gens. (4)

Le problème que ressentent les infirmières provient en grande partie de la quasi-absence des médecins sur le terrain. Ils ne font pratiquement plus de visites à domicile. Ce sont donc les infirmières qui sont en première ligne. Elles doivent évaluer la gravité des problèmes de santé des patients qui ne peuvent pas se déplacer au cabinet médical.

Question : Et pourquoi vous pensez qu'ils ne font pas de visites à domicile ?

Réponse : Parce qu'ils n'ont pas le temps, et puis concrètement, financièrement, c'est pas rentable pour eux non plus. Le temps qu'ils aillent faire une visite à domicile, ils en font quatre en cabinet. [...] Quand on est sur une petite commune. On peut dire que géographiquement, ce n'est pas infaisable de prendre sa voiture ou son vélo et de faire une tournée une demi-journée par semaine. Quand on est dans de grosses villes ou en plein Paris, on ne va pas quadriller son quartier pour aller faire ses visites à domicile. Ça existe, mais c'est rare. Nous, les patients qu'on prend en charge. On les prend en charge à un instant T, mais leur dépendance, elle s'accroît et du coup, ils ne peuvent plus, à un moment

donné, aller chez le médecin. Sauf que si le médecin ne vient pas à eux, on fait comment ? (1)

Le problème est d'autant plus compliqué que la nouvelle génération de médecins aspire à un rythme de travail moins contraignant. Ils vont de moins en moins à domicile, et adoptent un emploi du temps compatible avec leur mode de vie. Les femmes, de plus en plus nombreuses dans la profession, souhaitent souvent être disponibles auprès de leurs enfants le mercredi ou le week-end. L'offre de soins se réduit ainsi fortement.

Les maladies se sont complexifiées parce que les gens, ils vieillissent. L'espérance de vie augmente, les gens, on les garde de plus en plus à domicile. Et puis je pense qu'il y a un changement aussi, c'est pas méchant et péjoratif, mais il y a un changement de comportement de la part des médecins. Avant, on avait aussi des médecins de famille qui avaient de grosses amplitudes horaires, qui travaillaient les samedis et dimanches. La nouvelle génération de médecins, elle a des amplitudes horaires plus petites, c'est de plus en plus féminisé. Avec aussi des mamans médecins qui ne travaillent pas le mercredi, qui ne travaillent pas le samedi matin. Donc ça diminue énormément l'offre de soins et tous les médecins traitants qui faisaient du domicile sont proches de la retraite. Moi, dans ma commune, ils sont en train de partir, ils sont partis. Donc en fait là, actuellement, j'ai deux médecins traitants qui sont partis à la retraite, qui prenaient en charge des patients âgés et qui faisaient du domicile. Donc là, j'ai des patients de plus de 85 ans qui ne peuvent plus se déplacer chez leur médecin traitant. Et je n'ai pas de médecin traitant. Et si je trouve un nouveau médecin traitant, ce nouveau médecin traitant ne vient pas au domicile.

Concrètement, ce n'est pas honteux de le dire. Dans ma commune, tous les médecins qui se sont installés ne font pas de visites à domicile [...]. On est obligés de faire recours à SOS Médecins [...]. Donc, quand on a des patients âgés qui n'ont pas de médecin traitant et on a besoin d'accès aux soins non programmés ou le médecin traitant ne se déplace pas, eh bien, on fait appel à SOS Médecins, mais le problème, c'est qu'ils sont vite saturés. Si on appelle à 12 h, on a plus de disponibilités. Donc, après, le dernier recours, bah, c'est envoyer nos personnes âgées aux urgences sur des brancards pendant 48 heures alors que ça aurait pu être traité en ville [...]. Ils se retrouvent aux urgences. Il y a quand c'est réellement justifié. On n'appelle pas le médecin traitant, un patient qui fait un malaise ou un malaise cardiaque. On appelle le SAMU, on appelle les pompiers. Il va aller à l'hôpital. Mais il y a un motif. Quand on a un patient qui va pas bien, qui a besoin d'une consultation, qui pourrait être géré en ville, mais qu'on n'a pas de médecin qui se déplace, eh bien, si SOS Médecins est saturé, inévitablement, on va le faire transiter aux urgences parce qu'on n'a pas d'autre solution. Le patient étant resté 48 heures sur un brancard,

on ne va pas lui avoir fait nécessairement plus de choses qu'à domicile. À part avoir une consultation, il n'y a pas de place à l'hôpital, il n'y a pas de nécessité de le garder, donc 48 heures après, il va rentrer chez lui juste parce qu'il aura eu besoin de voir un médecin. Et on n'aura pas fait plus en fait. Donc on évite d'en arriver à ce genre de situation. Et c'est compliqué quand on n'a pas de médecin traitant qui se déplace à domicile.

(1)

En réalité, si les médecins sont débordés, les autres professions médicales le sont également, comme les kinés, les pédiatres et les orthophonistes... La pression que les infirmières ressentent dans leur travail est en grande partie liée à ce contexte. Elles ne trouvent pas toujours facilement de solutions adaptées aux patients auprès desquels elles interviennent en raison de l'insuffisance de personnel médical sur leur secteur. Les extraits d'entretien ci-dessous sont éloquentes :

Mais oui, il y a trop de demandes dans tous les domaines. Je travaille avec un couple de kinés et ils sont overbookés. Et on le voit bien, il n'y a pas que les kinés avec qui on travaille, on voit bien que les kinés sont débordés, surbookés. C'est très compliqué de trouver des kinés, alors on a de temps en temps des personnes qui s'installent dans le secteur et qui ont compris qu'il y avait une demande importante à domicile. Donc ils font du domicile, mais ces personnes-là sont très vite saturées. Il y a beaucoup de demandes, donc très vite on se retrouve de nouveau confrontés à des problèmes pour trouver des kinés pour s'occuper des patients. Ils ont beaucoup de monde en cabinet, ce qui fait que les demandes à domicile ne sont pas forcément toujours honorées parce que c'est très compliqué. On n'est pas forcément directement impactés, mais les orthophonistes, c'est la même chose. Les orthophonistes, elles sont bookées et les demandes attendent jusqu'à un an pour être prises en charge. Pour peu que vous en ayez une dans le secteur, son planning est vite plein. On se retrouve très vite dans ce genre de situation. **(2)**

Il y a encore des médecins qui vont essayer de les caler entre deux. Le problème, c'est que les pédiatres, on n'en a plus qu'un. Donc souvent, c'est SOS Médecins. Ça finit chez SOS Médecins ou aux urgences. En termes de médical, l'accès aux soins non programmés, sur le plan médical, il n'est pas efficace. Quand on appelle le médecin traitant et qu'on lui dit j'ai mal à une oreille ou j'ai une infection urinaire et qu'il vous dit je peux vous prendre dans quatre jours, c'est compliqué, quoi. Donc on n'attend pas. **(1)**

Pour ce qui est des médecins généralistes, en ce qui concerne notre secteur, on a une ville où on a quand même pas mal de médecins qui ont un certain âge. Certains sont déjà partis à la retraite, d'autres projettent de partir, récemment, on en a eu un qui avait un problème de santé, ça

fait un de moins. On se retrouve donc avec des patients qui n'ont pas de médecin traitant du jour au lendemain, qui se rabattent sur ceux qui sont déjà en activité, qui ne les prennent pas parce qu'ils sont surbookés, alors que ceux qui s'en vont à la retraite ne sont pas remplacés. On arrive, on va arriver à une situation... alors que je parle dans la ville où on est, mais par répercussion sur les territoires avoisinants, les gens vont forcément essayer d'aller chercher ailleurs. Je pense que les problématiques restent les mêmes dans chaque commune, dans chaque agglomération, ça ne fait que reporter les problèmes. (2)

Dans les hôpitaux, il y a du manque de personnel. La nuit aux urgences, il n'y a pas beaucoup de médecins. [...] Alors il y a des endroits, ce qu'on appelle des déserts médicaux, en disant qu'il y a des endroits où il n'y a pas beaucoup de médecins à proximité, ce qui ne facilite pas non plus les choses. Alors ça, on voit ça plus dans les campagnes. Plus on s'éloigne du centre-ville, plus les problèmes sont compliqués. (2)

[...] Il y a trop de demandes. SOS Médecins, c'était bien avant, parce qu'il avait quand même une certaine disponibilité. Aujourd'hui, il y a beaucoup trop de demandes. Donc il y a des endroits où SOS Médecins... alors je crois, à côté de chez mes parents, dans le Val-de-Marne, quand le médecin traitant n'est pas disponible, vous appelez SOS Médecins qui vous dit « on ne peut pas se déplacer, il faut venir ». Sauf que SOS Médecins, quand on les appelle... Alors c'est pas vrai ce que je vais dire parce qu'il y a des gens qui peuvent se déplacer, mais qui ne se déplacent pas. Mais là, en l'occurrence, c'est mon père qui était malade et il ne pouvait pas se déplacer. SOS Médecins vous dit « si vous ne pouvez pas venir à nous, allez à l'hôpital ». (2)

À un moment, on est tous des humains. Si vous avez 50 appels dans la journée, vous devez prioriser ce qui est plus important en fonction de ce que l'on vous dit. Si c'est vraiment très urgent, vous appelez les pompiers parce que SOS Médecins ne pourra rien faire pour vous. Et derrière, humainement parlant, il faut pouvoir gérer le territoire. SOS Médecins 77, c'est très grand. Donc jusqu'où on va, jusqu'où on s'arrête, il y a un moment où SOS Médecins ne peut pas tout gérer. Les médecins traitants, avant, pareil, ils se déplaçaient à domicile, mais maintenant ils se déplacent plus parce qu'ils ont du monde au cabinet la journée et qu'ils peuvent plus le faire à domicile parce que ça prend beaucoup trop de temps. Le temps de partir, de se garer, de trouver l'adresse, de monter, de rentrer chez soi. Les médecins traitants ne se déplacent plus à domicile. (2)

La question des soins non programmés s'avère donc épineuse en raison de l'insuffisance de personnel médical sur le terrain, mais aussi des difficultés de communication avec des médecins surchargés. Ces derniers, soucieux de maintenir un équilibre de vie, limitent leurs horaires de disponibilité et restreignent leurs

interventions à domicile, ce qui contribue à placer les infirmières en première ligne.

En résumé

→ Les infirmières travaillent en permanence avec les médecins de leur territoire. Elles n'ont pas le pouvoir pour prendre certaines décisions médicales et dépendent le plus souvent des décisions prises par eux. Le problème est que l'accès aux médecins est parfois difficile.

Si certains médecins leur confient leur numéro de téléphone portable, d'autres sont injoignables et refusent de transmettre leurs coordonnées aux infirmières libérales. Selon elle, le problème est que lorsqu'elles sont confrontées à des situations compliquées, elles n'ont que leur bon sens pour pouvoir s'en sortir. Elles évoquent également les problèmes techniques que posent la coordination numérique des soins et le temps perdu à essayer de les résoudre. Le problème que ressentent les infirmières provient en grande partie de la quasi-absence des médecins sur le terrain. Ils ne font pratiquement plus de visites à domicile. Ce sont donc les infirmières qui sont en première ligne. Elles doivent évaluer la gravité des problèmes de santé des patients qui ne peuvent pas se déplacer au cabinet médical. Le problème est d'autant plus compliqué que la nouvelle génération de médecins aspire à un rythme de travail moins contraignant. Ils vont de moins en moins à domicile, et adoptent un emploi du temps compatible avec leur mode de vie. En réalité, si les médecins sont débordés, les autres professions médicales le sont également, comme les kinés, les pédiatres et les orthophonistes... La pression que les infirmières ressentent dans leur travail est en grande partie liée à ce contexte. La question des soins non programmés s'avère donc épineuse en raison de l'insuffisance de personnel médical sur le terrain, mais aussi des difficultés de communication avec des médecins surchargés.

Chapitre 13 : Un arbitrage difficile entre les « petits soins » et les « gros soins »

Si les médecins sont débordés, les cabinets d'infirmières sont également le plus souvent surchargés de demandes. Ils sont tenus aussi d'assurer leur viabilité économique et en viennent parfois à prendre des décisions de prise en charge des patients en fonction d'un critère de rentabilité. Ils participent à la régulation des soins sur leur territoire. Certains extraits d'entretien confirment que les cabinets évitent parfois de prendre des patients dont la durée et le coût des soins souhaités ne sont pas « rentables ». Une infirmière explique par exemple pourquoi la directrice de son cabinet a préféré prendre des « petits soins ».

Elle prend beaucoup de pansements, tous les pansements, voire compliqués, mais elle ne prendra pas les soins techniques comme les perfusions, les piquages sur PAC, des branchements de chimiothérapie, des pansements stériles. Voilà, elle évite de prendre ces trucs-là, ça prend beaucoup de temps. Elle privilégie les petits soins pour en faire énormément et se retrouver avec un bon chiffre d'affaires. Moi, je ne fais pas de gros là-bas. Du coup, on se retrouve des fois avec énormément de patients. Même moi je suis... c'est hyper fatigant, même si je travaille que dix jours par mois. (4)

Et puis, le tri se fait aussi dans certains cabinets en fonction des barèmes établis par la Sécurité sociale, ce qui est rémunéré ou pas. Quelques patients, les plus démunis, peuvent, dès lors, se retrouver sans soins, sans l'aide dont ils ont besoin, car il y a des soins qui ne sont plus rémunérés :

Mais il y a des infirmières qui refusent de prendre les patients qui ont juste des antico parce que faut pas croire... Mais même pour les patients, c'est compliqué des fois de trouver des infirmières. Dans le sens où tu appelles « J'ai des bas de contention à mettre ». « Ben non, désolé, ce n'est pas pris en charge par la sécurité sociale ». Donc c'est soit vous payez nos passages tous les jours pour la mise de vos bas de contention, mais ils ne payeront jamais parce que ça ferait une fortune par mois. Mais il y a aussi des choses qui ont été enlevées par la sécurité sociale. Prise de tension, on n'est pas payés. Mise de bas de contention, on n'est pas payés. (4)

Confrontées aux changements qui viennent du haut, les infirmières doivent toujours compter sur leur conscience professionnelle et le bon sens lorsqu'elles sont devant un patient. Elles doivent non seulement connaître tous les « nouveaux » protocoles en santé, mais aussi s'adapter à ces changements. Un exemple classique est celui qui se réfère à la mesure de la tension. Aujourd'hui, la prise de tension est réalisée selon le protocole PRADO. L'infirmière ci-dessous sait qu'elle ne sera pas payée pour prendre la tension de ses patients, car elle est payée à l'acte, mais en toute bonne conscience, elle le fera quand même :

Question : Et si la personne a envie de mesurer sa tension ?

Elle peut le faire toute seule. Mais nous, on le fait quand même, on prend la tension. On a quand même une conscience professionnelle. Le médecin te dit de la prendre. On sait qu'on ne va pas être payé, mais il y a des gens chez qui je prends la tension tous les jours. Sinon on la prend au minimum une fois par semaine. Mais on n'est pas rémunéré pour ça parce qu'on est payé à l'acte. Mais nous, on a quand même une conscience professionnelle. On se dit quand même que c'est des personnes âgées, il faut surveiller la tension. (4)

L'impression des infirmières, surtout de celles qui sont plus anciennes dans leur métier, est qu'elles sont au cœur d'un système de santé qui devient de plus en plus fragilisé. L'une d'entre elles dresse un tableau très pessimiste du système de santé. Après 18 ans de travail d'exercice du métier, elle constate la tendance libérale de diminution ou de maîtrise des coûts dans le système de santé et ses effets délétères sur le patient :

Le système de santé aujourd'hui fait que le patient est en bout de chaîne. Il est en bout de chaîne pour tout. Donc le système de santé actuel, le premier qui trinque, c'est le patient. Toutes ces instances, les hautes autorités de santé, les agences régionales de santé, franchement, je pense que ça n'a pas fait beaucoup de bien à la santé. On est dans une société où on a besoin d'argent. L'argent, ça pourrait tout. Et en fait, dans la façon qu'ont les gens de manager la santé, ils veulent manager la santé comme ils gèrent une entreprise de matériel. Sauf qu'un être humain, ce n'est pas du matériel... Et ce patient qui doit être au cœur des débats, il est à la fin. (2)

Elles remarquent qu'elles sont submergées par une charge de travail toujours grandissante, les injonctions du haut qu'elles ne comprennent pas, la complexification des maladies et le manque de réponses adaptées, notamment aux personnes âgées. Lorsqu'elles planifient leur journée, elles prévoient de se déplacer

au domicile d'un nombre déterminé de patients. Elles craignent en réalité d'être retardées par des soins plus lourds ou qui prennent plus de temps. Quand cela se présente, elles sont contraintes de revoir leur programmation... En réalité, les soins non programmés peuvent désorganiser leur journée.

Ça veut dire que... nous, on organise nos journées en tournée, on sait qu'on a, entre telle et telle heure, tel patient à faire. Quand on arrive chez un patient et qu'on a ponctuellement un problème qui se passe, donc ça dérègle la tournée dans son ensemble dans la journée et je pense que c'est le seul problème que ça peut nous occasionner dans la journée, c'est d'avoir à déprogrammer ou en tout cas à réorganiser notre journée d'une autre façon.

Question : C'est-à-dire que vous allez avoir des journées plus longues, des heures de travail en plus, qui dépassent peut-être les heures normales ?

Ça dépend ce qu'on appelle heure normale en libéral. On n'a pas tous les mêmes heures normales. Après, ça va jouer en fonction de ce qu'on a l'habitude de faire. Je vous dirais, c'est un peu ça. Alors en libéral, on peut déprogrammer de deux façons, c'est-à-dire qu'on peut déprogrammer dans le temps, c'est-à-dire reporter le rendez-vous de 15 h à 15 h 30. Mais on peut aussi reprogrammer dans le temps, c'est-à-dire « Écoutez, je ne vous vois pas aujourd'hui parce que ce n'est pas important. Je peux vous voir demain ». On a cette marge de manœuvre là qui nous permet de jongler entre les personnes pour qui on peut reporter au lendemain et les personnes pour qui on peut reporter sur la journée. (2)

Mais, même si elles travaillent sous pression et avec le souci de la « rentabilité », elles sont conscientes qu'elles sont confrontées à des besoins importants qui nécessitent de leur part une disponibilité et une présence régulière auprès de certains patients, notamment les plus âgés.

Moi, le souci actuel que j'ai sur le soin non programmé, c'est la prise en charge de la personne âgée. J'ai vraiment un souci, un souci majeur parce que c'est des soins qui se font chroniques. C'est-à-dire que vous m'appellez parce que vous avez besoin de piqûres pendant dix jours, je vais vous voir pendant dix jours et après je m'en vais. La prise en charge de la personne âgée, c'est une prise en charge sur du long terme, donc qui va devenir un soin chronique. C'est des gens qui demandent du temps, de l'énergie. Et en fait, on a déjà, nous, actuellement une tournée qui déborde de prises en charge âgées avec des toilettes ou des choses comme ça. Et en fait, c'est des gens qui ne sont pas placés, on garde de moins en moins les personnes âgées à l'hôpital, donc on les fait rentrer. Mais quand on nous appelle pour nous dire « Monsieur machin, il sort de l'hôpital, il a 88 ans, il sort demain. Il a besoin d'une infirmière trois fois par jour ou une aide à la toilette et des pansements », autant, vous m'appellez pour

me dire « J'ai besoin d'une prise de sang », ça va me prendre dix minutes, je vais réussir à vous caler, là, j'ai besoin d'une heure le matin, je ne peux pas ! INF_1

Tout se passe comme si les soins non programmés constituaient néanmoins un problème peu ou mal régulé par le système de soins actuel. La charge supplémentaire qu'ils représentent pour les infirmières est souvent difficilement compatible avec les contraintes temporelles et financières de leur profession et des conditions dans lesquelles elle s'exerce aujourd'hui.

En résumé

→ Si les médecins sont débordés, les cabinets d'infirmières sont également le plus souvent surchargés de demandes. Ils sont tenus aussi d'assurer leur viabilité économique et en viennent parfois à prendre des décisions de prise en charge des patients en fonction d'un critère de rentabilité. Ils participent à la régulation des soins sur leur territoire. Et puis, le tri se fait aussi dans certains cabinets en fonction des barèmes établis par la Sécurité sociale, ce qui est rémunéré ou pas. Quelques patients, les plus démunis, peuvent, dès lors, se retrouver sans soins, sans l'aide dont ils ont besoin, car il y a des soins qui ne sont plus rémunérés.

Confrontées aux changements qui viennent d'en haut, les infirmières doivent toujours compter sur leur conscience professionnelle et le bon sens, lorsqu'elles sont devant un patient. Elles doivent non seulement connaître tous les « nouveaux » protocoles en santé, mais aussi s'adapter à ces changements.

L'impression des infirmières, surtout de celles qui sont plus anciennes dans leur métier, est qu'elles sont au cœur d'un système de santé qui devient de plus en plus fragilisé. Elles remarquent qu'elles sont submergées par une charge de travail toujours grandissante, les injonctions du haut qu'elles ne comprennent pas, la complexification des maladies et le manque de réponses adaptées, notamment aux personnes âgées.

Mais, même si elles travaillent sous pression et avec le souci de la « rentabilité », elles sont conscientes qu'elles sont confrontées à des besoins importants qui nécessitent de leur part une disponibilité et une présence régulière auprès de certains patients, notamment les plus âgés.

Tout se passe comme si les soins non programmés constituaient néanmoins un problème peu ou mal régulé par le système de soins actuel. La charge supplémentaire qu'ils représentent pour les infirmières est souvent difficilement compatible avec les contraintes temporelles et financières de leur profession et des conditions dans lesquelles elle s'exerce aujourd'hui.

Chapitre 14 : Un travail en première ligne pour évaluer les urgences

La difficulté pour les infirmières est d'évaluer les urgences, c'est-à-dire de déterminer les soins les plus appropriés en fonction de la gravité des problèmes de santé des patients qui s'adressent à elles. Or, si cette évaluation est simple dans la plupart des cas, elles sont également confrontées régulièrement à des situations où il leur est plus difficile de trancher, d'autant qu'elles ne peuvent pas toujours s'appuyer sur des services médicaux disponibles dans leur secteur pour accueillir les patients. Une infirmière donne plusieurs exemples sur les choix qu'elle doit faire au quotidien et les problèmes qu'elle rencontre :

Alors moi, par exemple, j'ai eu un jour un appel d'une dame qui me dit « Voilà, mon mari, il s'est fait mal au petit doigt. Est-ce que vous pouvez regarder son petit doigt ? », je lui ai dit « Si ça ne va pas, allez à l'hôpital, je pense que ce sera beaucoup mieux parce que de toute façon, moi, il me faut une ordonnance et je crois que ça sera mieux », et elle me dit « Mais est-ce que vous pouvez le voir ? »... OK, donc j'ai accepté de le voir. Et quand j'ai vu effectivement le doigt de son mari, je lui ai dit « Alors, si vous ne voulez pas aller aux urgences, parce que les urgences étant une grosse problématique, je comprends, je vais vous diriger vers un médecin que je connais bien, qui est compétent. » Elle m'a réglé ma consultation comme si j'avais une ordonnance. Sauf qu'elle n'est pas déclarée, elle est allée voir le médecin et le médecin lui a fait une ordonnance directe pour qu'il aille à l'hôpital. (2)

Question : Mais est-ce qu'il y a des demandes qui sont plus légitimes que d'autres ?

Oui, dans la nature du soin. Un exemple... Quelqu'un qui a un pansement de genou où il n'y a pas grand-chose à faire, ça ne coule pas, ça ne suinte pas, pas de risque infectieux, c'est un soin que je peux reporter au lendemain. Quelqu'un qui a une injection, un anticoagulant pour la circulation du sang parce qu'il a un pied dans le plâtre, il est hors de question de le déprogrammer le lendemain. Par contre, il sera reprogrammé plus tard dans la journée. (2)

C'est géré en amont. C'est en amont, la personne qui a son pansement de genou, qui est propre, qui ne suinte pas, si vous voulez, quand on arrive et qu'on fait son pansement ; elle voit très bien que ce n'est pas quelque chose de vital. Donc on reporte facilement. Ça ramène à la notion dont on a parlé dès le départ, la confiance. C'est-à-dire qu'en tant que soignant, si je vous dis « écoutez, je ne peux pas venir aujourd'hui. Mais vous ne

craignez rien, votre pansement, tout se passe bien. Ça peut être décalé au lendemain », si la personne est en confiance et si au départ, le travail qu'on a mis en place a mis cette personne en confiance, sans aucune difficulté, elle vous dira « Écoutez, pas de problème, on se voit demain ». Pour l'avoir vécu plusieurs fois, il n'y a aucun souci. Mais voilà, on est dans un climat de confiance qui nous permet de faire beaucoup de choses. (2)

Actuellement, on a une patiente qui est angoissée, très angoissée. Confiance ou pas confiance, quoi qu'on fasse, elle est angoissée. Donc, comme c'est une personne qu'on sait angoissée, c'est une personne à qui on ne pourrait pas faire ça. Quand bien même, elle avait une prise de sang à faire un mercredi, on n'a pas pu le faire le mercredi, elle a rué dans les brancards. Elle voulait absolument sa prise de sang. Ce genre de personne là, ce n'est pas une personne que je décalerai le lendemain. On va la décaler dans le temps, dans la durée, on va la garder dans la journée. Par contre, on ne va pas la décaler le lendemain parce qu'on va perdre encore deux fois plus de temps à lui expliquer pourquoi on décale. C'est peine perdue, ça va la mettre dans un état de stress inutile. [...] C'est sa nature. Être stressé, c'est sa nature, c'est comme ça. Donc on n'est pas là pour engendrer le stress. C'est beaucoup plus de temps pour moi pour apaiser tout ça. Donc en fait, pour ne pas la mettre dans un état de stress qu'on devra gérer, du coup, cette personne, on va la décaler juste dans la journée, ce qui sera sûrement plus possible que de lui dire « je passerai que demain », où là, je sais que ça va être compliqué à entendre. Même s'il n'y a pas de caractère de gravité. Donc on s'adapte. (2)

Les infirmières ont également conscience que la solution qui consiste à envoyer un patient aux urgences de l'hôpital n'est pas toujours la meilleure solution. Elles y ont recours très souvent comme un pis-aller, d'autant qu'elles savent que si les patients ne sont pas dans un état d'extrême urgence (comme un AVC par exemple), ils risquent d'attendre plusieurs heures avant d'être soignés. Mais elles se sentent malgré tout soulagées, car, en ayant recours aux urgences, elles réduisent le risque d'erreur de diagnostic. Cette solution, même insatisfaisante, leur permet de ne pas se sentir coupables d'avoir sous-évalué un risque.

Le problème ne vient pas de nous. Nous, dans la démarche, quand on détecte une urgence, on appelle les pompiers. La personne arrive aux urgences et puis elle attend 5 heures aux urgences par exemple. Il faut quand même se dire que le problème est là. Nous, on a tout géré, si vous voulez au départ. Par contre, ce n'est pas parce qu'aujourd'hui, on arrive aux urgences qu'on est pris tout de suite aux urgences. Ce ne sont plus des urgences directes parce que quand vous arrivez sur une situation d'urgence et qu'on vous voit cinq heures après, c'est un peu compliqué. À moins vraiment d'être à l'article de la mort, à moins que vous fassiez un

AVC ou un truc comme ça, de toute façon quand vous faites un AVC, ce sont des services d'urgences spécialisés où là, on sait que quand vous arrivez dans ce cadre-là, de toute façon, c'est tout de suite. Mais quand ce sont des urgences classiques, nous, on fait ce qu'il faut. Le problème aujourd'hui est derrière. (2)

Ah ouais, mais quand on fait ça... Alors moi, ça ne m'est pas arrivé souvent. Mais ça peut arriver. Mais en tant que soignant, je ne pourrais pas me dire « je suspecte quelque chose » et me dire « je ne préfère pas l'envoyer ». Passer à côté de quelque chose et dans la nuit louper quelque chose de grave parce que je n'ai pas fait ce qu'il fallait. S'il a été aux urgences, oui, ça peut arriver que finalement, ce n'était pas ça, mais que c'était ça. Et du coup, ça me permet d'être rassurée, que je ne culpabilise pas. J'ai eu des moments de culpabilité, je le fais plus, je fais mon taf, je me dis « Bon, je préfère l'avoir fait partir et qu'il soit en bonne santé. Tant pis, ils ont fait des examens, ils ont écarté le diagnostic ». (3)

Potentiellement, quand tu suspectes un truc, il y a des examens qu'on doit faire, soit un bilan sanguin, soit une radio, soit un truc qui appuie le diagnostic. La clinique ne va pas suffire.

Question : Et donc parfois, il faut envoyer aux urgences pour avoir ces examens...

Oui, parce que la prise de rendez-vous en ville, même si on peut le faire en ville, ça va mettre dix ans. Le temps d'avoir un rendez-vous, ça sera que la semaine prochaine. Pour un soin rapide, on a besoin de savoir tout de suite. (3)

En cas d'urgence, la question est aussi de savoir qui appeler en priorité : les pompiers ou le SAMU ?

Question : Vous préférez appeler les pompiers d'abord ?

Ce n'est pas que je préfère appeler les pompiers, c'est que... j'arrive sur quelqu'un qui est tombé, par exemple. J'appelle les pompiers parce que la personne est consciente, elle va bien, j'appelle les pompiers et en fonction de ce que les pompiers voient et de l'état de la personne, ils appellent le SAMU. Maintenant, moi, j'appelle les pompiers en premier, parce que quand on appelle les pompiers, ils arrivent très vite. Et qu'après, si vous appelez le SAMU, je ne sais pas du tout son truc et le SAMU est toujours plus éloigné de notre position. Donc je préfère de toute façon en première intention appeler les pompiers, qui arrivent très vite, qui installent tout de suite, qui prennent des constantes et qui après prennent le relais sur ce qu'il y a à faire et qui appellent le SAMU. Ils demandent des conseils et s'il y a besoin, le SAMU est déclenché. [...] Le SAMU, c'est très spécifique quand même. C'est un service d'aide médicale urgent. On est d'accord que le SAMU, c'est vraiment pour les AVC, pour les gros traumatismes où il faut vraiment perfuser, intuber, des gestes d'urgence. Les crises cardiaques, c'est de l'urgence. Le SAMU c'est encore quelque chose à part, mais qui pour moi vient après les pompiers, on ne peut pas monopoliser le SAMU pour, par exemple, pour une douleur dans le mollet. Par contre, pour quelqu'un qui vient de faire un malaise et qui est tombé, inconscient, on mobilise un SAMU parce que du

coup on a des réanimateurs qui vont faire des actes de réanimation. Donc ça reste quand même quelque chose de très particulier. (2)

Le problème se pose aussi lorsque les patients qui nécessitent des soins immédiats ne sont pas des patients chroniques qu'elles accompagnent depuis longtemps et pour lesquels elles peuvent joindre plus facilement les médecins. Il peut exister un flottement dans la réponse à apporter quand il s'agit de nouveaux patients dont l'état de santé s'est subitement dégradé.

Ça concerne tout le monde, ça concerne tout le monde. Alors, nos patients chroniques, qu'on a tout le temps, tous les jours, depuis des années. Ceux-là sont moins confrontés parce que quand ils ont un problème, on arrive toujours à envoyer des mails et à joindre les médecins et à avoir quelque chose. Ceux-là, ils sont déjà dans un circuit, ils sont déjà dans un circuit parce qu'ils sont malades depuis longtemps, ils sont connus depuis longtemps. Donc on a les coordonnées des personnes qu'on peut joindre et qu'on doit joindre. C'est beaucoup plus compliqué effectivement pour un patient lambda qui a juste un médecin traitant parce qu'il n'a pas de pathologie chronique, il a juste un médecin traitant, et qu'entre les deux visites, il y a quelque chose qui se passe. Je pense que c'est plus ce profil-là qui est concerné par les soins non programmés. (2)

La décision d'aller ou non aux urgences se prend parfois en relation avec la famille du patient, laquelle a également besoin d'être rassurée. Il est donc nécessaire d'instaurer avec elle un climat de confiance.

Le contexte familial est très important. On discute avec la famille. La famille est inquiète. On va être potentiellement inquiets. Soit on leur dit, eux sont très inquiets, qu'ils vont devoir aller tout de suite aux urgences, soit on leur dit, en fonction de nos paramètres cliniques et de la surveillance que l'on peut faire, nous en tant qu'infirmiers, c'est-à-dire le peu de petites choses qu'on peut faire, dire « Ça peut attendre lundi. Lundi, on verra. ». En fait, il y a pas mal de médecins sur Bussy avec un numéro d'urgence. [...] Ça permet de faire du tri et du coup, nous, on peut aussi prendre le relais et dire d'appeler ce numéro. Quand c'est un soignant, en général, ils y vont quand même. Soit on dit à la famille « attendez, n'allez pas le week-end la laisser traîner dans un couloir hospitalier alors que là, ça ne va pas faire avancer le schmilblick, il faut qu'elle soit vue par un médecin lundi ou tout de suite, là, vendredi soir », c'est beaucoup de discussion et la confiance, elle est là. C'est une responsabilité pour nous. (3)

C'est ma collègue qui a... Ça me fait tout de suite penser à ça parce que sur une famille avec fratrie de trois, on voyait l'aînée pour un pansement. Et le jour où elle est arrivée pour le pansement, le deuxième enfant qui a une

quinzaine d'années ne va pas du tout. Il mange plus. Il a des cernes jusque-là. On dirait qu'il a perdu vachement de poids depuis le début de la semaine. SOS Médecins lui a prescrit une prise de sang. Ma collègue est venue pour la prise de sang. Le lendemain matin, elle a dit « mais là, je ne fais même pas la prise de sang, là, vous allez tout de suite aux urgences », il serait mort dans la nuit, le gamin. C'était un diabète, il était dans un état ! Mais là, la question ne se pose pas. C'est ou SAMU ou le parent qui va. (3).

En résumé

→ La difficulté pour les infirmières est d'évaluer les urgences, c'est-à-dire de déterminer les soins les plus appropriés en fonction de la gravité des problèmes de santé des patients qui s'adressent à elles. Or, si cette évaluation est simple dans la plupart des cas, elles sont également confrontées régulièrement à des situations où il leur est plus difficile de trancher, d'autant qu'elles ne peuvent pas toujours s'appuyer sur des services médicaux disponibles dans leur secteur pour accueillir les patients.

Les infirmières ont également conscience que la solution qui consiste à envoyer un patient aux urgences de l'hôpital n'est pas toujours la meilleure solution. Elles y ont recours très souvent comme un pis-aller, d'autant qu'elles savent que si les patients ne sont pas dans un état d'extrême urgence (comme un AVC par exemple), ils risquent d'attendre plusieurs heures avant d'être soignés. Mais elles se sentent malgré tout soulagées, car, en ayant recours aux urgences, elles réduisent le risque d'erreur de diagnostic.

Le problème se pose aussi lorsque les patients qui nécessitent des soins immédiats ne sont pas des patients chroniques qu'elles accompagnent depuis longtemps et pour lesquels elles peuvent joindre plus facilement les médecins.

Chapitre 15 : Une confrontation avec la misère sociale et l'isolement des patients

Les infirmières sont confrontées à des situations contrastées. Si des patients leur demandent d'intervenir pour des soins de confort qu'elles refusent le plus souvent, d'autres, en revanche, sont touchés par des difficultés cumulatives qui renvoient à la misère sociale et l'isolement et pour lesquelles elles peuvent se sentir impuissantes. Une infirmière explique pourquoi elle est obligée de faire un tri afin d'intervenir en priorité auprès des patients dont les soins sont urgents.

Quand quelqu'un m'appelle et me dit « J'ai besoin d'une prise de sang », moi, je dis toujours « oui. Vous avez quel âge ? Vous habitez où ? Et votre ordonnance, c'est pourquoi ? », parce que s'il me dit « C'est mon médecin traitant qui m'a fait une ordonnance il y a trois mois. Mais j'ai pas envie d'aller au laboratoire. Je veux que vous veniez », c'est non. Là, on est sur du soin de confort, on n'est pas sur du soin non programmé en fait. C'est ça aussi. Que si je lui dis oui à lui, si 2 heures après quelqu'un m'appelle pour me dire SOS Médecins est passé, j'ai besoin d'une prise de sang en urgence, j'aurai plus la place, donc, malheureusement, je suis obligée de faire un tri. (I)

Après, sur nos patients, dont on a l'habitude et qu'on voit tous les mois, où on a l'habitude de nous rappeler pour des soins ou prises de sang ou des choses qu'ils peuvent anticiper. Et c'est pour ça qu'on les éduque en leur expliquant que dès qu'ils savent qu'ils vont avoir besoin d'un rendez-vous, de ne pas hésiter à nous appeler avant qu'on puisse prendre le rendez-vous et caler pour justement pouvoir mieux gérer les appels de soins, donc sortie d'hospitalisation qui demande une intervention dans les 24 à 48 heures. Donc, 48 heures, ça reste pour moi du non programmé, mais gérable. Par contre, c'est vrai que là, il y a même des gens qui appellent le jour même parce que c'est des gens qui connaissent, n'ont pas forcément fait appel à une infirmière et qui pensent qu'ils vont appeler l'infirmière, et qu'elle va arriver dans l'heure. [...] C'est des gens qui n'ont pas anticipé, alors ça pourrait être du soin non programmé, ou du soin programmé. Mais quand les gens n'ont jamais fait appel à des infirmiers ou des infirmières, ils se disent, je vais appeler et elle va venir dans la journée, en fait. En tout cas, c'est par manque de connaissances, c'est surtout ça. (I)

Les situations précaires sont nombreuses et les infirmières doivent parfois intervenir sur le versant social, tant le soin médical est

souvent intrinsèquement lié au soutien social. Des infirmières travaillent souvent avec les services sociaux et parfois même avec des associations caritatives. Elles rencontrent ainsi des cas de grande misère et agissent comme elles peuvent pour les soulager, même si c'est au prix d'un allongement de leurs journées de travail.

Des raisons liées à l'âge et des raisons qui ne peuvent pas se déplacer parce que justement ils n'ont pas l'offre de soins qui s'ouvre à eux, parce qu'ils n'ont pas l'outil numérique pour prendre des rendez-vous. Donc forcément, ils sont souvent en retard parce que du coup, ils ne peuvent pas prendre de nouveaux rendez-vous. Après, il y a tout le contexte social, des gens qui ne sont pas véhiculés, qui n'ont pas l'habitude de prendre les transports, même si on est en Île-de-France. Pour certaines personnes, c'est compliqué de prendre le RER, d'aller à Paris. **(1)**

Chez les personnes âgées, il y a beaucoup de personnes âgées qui sont isolées et qui n'ont pas d'entourage familial. Il y a l'âge et puis après, il y a la précarité chez des sujets plus jeunes. Et qui ont des problèmes pour se mobiliser. Mais dans l'ensemble, c'est surtout les personnes âgées qui posent problème. **(1)**

On a des patients qui nécessiteraient d'avoir quelqu'un pour leur préparer leurs repas ou pour les aider dans leur quotidien, mais qui, financièrement, ne peuvent pas. Une aide à domicile, c'est entre 20 et 25 € de l'heure. Donc quand vous avez des gens qui ont une retraite à 1 000 ou 1 200 €, c'est des gens qui ne sont pas en mesure de payer 300 ou 400 € pour des aides à domicile. Donc c'est des gens qui vivent avec les voisins, un petit peu la famille. Mais ce n'est pas une bonne prise en charge, ce n'est pas optimal parce que, financièrement, de toute façon, le côté financier impacte sur la prise en charge à domicile, il n'y a pas de doute. **(1)**

Alors, vous imaginez un vieux qui gagne 800 balles de retraite par mois et à qui on a enlevé l'APL souvent la plupart du temps maintenant. J'ai des vieux, ils gagnent même pas 800 € par mois. Ils ont été sucrés d'APL ou d'une grande partie de leurs APL. Soi-disant ils gagnent trop, mais ils vivent dans la misère sociale de plus en plus. **(4)**

Tu ne te fais pas soigner, soit parce que justement tu as des dépassements d'honoraires, qu'ils ne sont pas capables de payer, soit parce qu'il n'y a pas d'accès aux soins, parce qu'ils ne peuvent pas se déplacer. Quelqu'un qui est dans une situation précaire, moi, j'en vois beaucoup. J'en vois beaucoup qui sont chez eux, qui ne sortent jamais de chez eux et qui ne sortiront pas de chez eux.

Question: Pour des problèmes de chômage ou des problèmes physiques ?

Non, des problèmes psychologiques. Gros problèmes psychologiques. Il y a des gens qui ne sortent pas de chez eux et qui ne vont pas se faire soigner à cause de ça. Pour eux, c'est impossible.

Question : Oui, alors là, c'est un autre domaine, mais la psychiatrie, les psychologues ?

En fait, c'est vrai. Pareil, vous en avez déjà vu des psychologues ou des psychiatres à domicile ? (4)

Pour certains patients, c'est une vraie galère de se faire soigner pour certaines choses. Je te parle de l'ophtalmologue, je te parle du dentiste, kiné, il y en a de moins en moins. [...] Il y a des patients qui sont à domicile, mais parce qu'ils ont des aides... Mais ça ne veut pas dire qu'ils ont des familles à côté, qui les gèrent. J'en ai beaucoup de patients isolés. Moi, j'en ai beaucoup et donc je fais intervenir. Ce qui peut être bien aussi, c'est la Croix-Rouge. La Croix-Rouge aussi. Ils ne vont pas venir aider à domicile, mais pour que les gens soient moins isolés, la Croix-Rouge peut se déplacer à domicile chez des gens pour leur rendre visite. Et parfois, s'il fait beau, ils font même des promenades avec les gens. [...] Ça ne me soulage pas dans mon travail, mais ça me soulage psychologiquement parce que je sais que ma patiente est moins isolée. Donc déjà, ça lui fait de la compagnie. [...] Moi, quand je travaille, c'est 6 h et demie du matin, jusqu'à 21 h sans m'arrêter, sans faire de pause. Donc il y a des moments, tu rentres chez toi, tu es rincée, je ne peux rien faire quand je rentre chez moi. Heureusement que j'ai beaucoup de repos à côté. C'est vrai que quand tu es en libéral, tu fais le rôle d'infirmière, assistante sociale, famille, tu donnes ton épaule. « Est-ce que vous pouvez me changer mon ampoule ? » Tu changes l'ampoule. (4)

Certains patients sont atteints de la maladie d'Alzheimer, ce qui implique une assistance aussi bien sociale que sanitaire. Et les besoins d'aide dans ce domaine sont énormes et très insuffisamment pris en charge. En cas de difficultés, la solution de l'envoi aux urgences s'impose même si elle n'est pas la plus adaptée.

Tu as des gens qui oublient tout, il y en a. C'est des mémoires de poisson. Ils ont fait des AVC, il y en a qui ont des maladies aussi. Des gens qui perdent la tête très rapidement très jeune. On a une dame d'à peine 60 ans qui perd la boule, très entourée par sa famille et heureusement par ses enfants. Donc quand elle a des rendez-vous... Elle a dû arrêter de travailler plus tôt parce qu'elle a déjà la maladie d'Alzheimer, elle met des patches et tout, elle perd complètement la tête. Elle n'arrive même plus à savoir si elle a pris ses médicaments ou pas. Il y a des rendez-vous qu'elle oublie. On lui dit d'aller à la pharmacie. Pendant plusieurs jours, elle m'a demandé « Mais qu'est-ce que je dois prendre à la pharmacie ? » (4)

D'une façon plus générale, les infirmières se retrouvent de plus en plus en première ligne pour évaluer les cas d'urgence, répondre aux besoins de soins primaires tout en étant attentives aux problèmes sociaux souvent cumulatifs d'une part non négligeable de patients.

Leur travail quotidien s'avère très souvent chronophage et, face aux situations les plus incertaines, quand elles ne peuvent pas avoir l'appui des médecins et des autres professionnels de santé, elles doivent en venir à envoyer des patients aux urgences qui auraient pu être soignés d'une autre façon si les structures de santé avaient été plus nombreuses et plus adaptées.

En résumé

→ Les infirmières sont confrontées à des situations contrastées. Si des patients leur demandent d'intervenir pour des soins de confort qu'elles refusent le plus souvent, d'autres, en revanche, sont touchés par des difficultés cumulatives qui renvoient à la misère sociale et l'isolement et pour lesquelles elles peuvent se sentir impuissantes.

Les situations précaires sont nombreuses et les infirmières doivent parfois intervenir sur le versant social, tant le soin médical est souvent intrinsèquement lié au soutien social. Des infirmières travaillent souvent avec les services sociaux et parfois même avec des associations caritatives. Elles rencontrent ainsi des cas de grande misère et agissent comme elles le peuvent pour les soulager, même si c'est au prix d'un allongement de leurs journées de travail.

D'une façon plus générale, les infirmières se retrouvent de plus en plus en première ligne pour évaluer les cas d'urgence, répondre aux besoins de soins primaires tout en étant attentives aux problèmes sociaux souvent cumulatifs d'une part non négligeable de patients. Leur travail quotidien s'avère très souvent chronophage et, face aux situations les plus incertaines, quand elles ne peuvent pas avoir l'appui des médecins et des autres professionnels de santé, elles doivent en venir à envoyer des patients aux urgences qui auraient pu être soignés d'une autre façon si les structures de santé avaient été plus nombreuses et plus adaptées.

Partie IV

Les représentations des soins non programmés chez les usagers

Cette partie est composée de trois chapitres qui montrent les représentations des usagers dans un contexte de pénurie de médecins, et cela pendant les trois phases : la prise en compte d'un problème qui apparaît de façon inopinée, la recherche d'une solution à ce problème, les démarches mises en place pour accéder au soin souhaité. Le **chapitre 16** repose sur les représentations des usagers de leur état de santé, les procédures qu'ils mettent en place, dans un contexte marqué par la pénurie de médecins, pour obtenir le soin qu'ils estiment approprié, lors d'un soin non programmé.

Il a été possible d'analyser dans le **chapitre 17** les effets de la non-régulation en ville sur les représentations des patients concernant la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin traitant et les stratégies adoptées pour faire face à la pénurie de médecins. Le **chapitre 18**, le dernier de cette partie, a pour but d'appréhender les niveaux de connaissance des usagers de la notion de soins non programmés, l'existence de structures censées répondre à cette demande au niveau du territoire et le système de débrouille qu'ils mettent en place pour accéder à ce type de soin.

Chapitre 16 : La prise en compte d'un problème qui surgit de façon inopinée :

Lorsqu'un problème de santé arrive de façon inopinée, les usagers prennent en compte ce problème de façon variée. Chacun essaye de trouver la solution la plus plausible, selon ses habitudes, les conseils de ses proches (lorsqu'il est entouré par un parent ou ami), les ressources dont il a connaissance sur le territoire, les moyens d'accès à ces ressources selon si elles sont disponibles ou pas. Parmi nos interviewés, nous constatons deux types d'attitudes, lors d'une situation dans laquelle ils se retrouvent d'un jour à l'autre malades : la première, bien entendu, est d'utiliser les ressources dont ils disposent, la deuxième est d'improviser en attendant que ça passe. Le tableau ci-dessous résume tous les types de situations que nous avons pu trouver pendant l'analyse des données concernant les usagers interrogés dans le cadre de l'enquête :

La prise en compte d'un problème de santé inattendu : quelles solutions dans l'immédiat ?

Quand la solution implique le passage chez le médecin généraliste :
1. Prendre rendez-vous avec le médecin traitant dans son cabinet individuel
2. Aller à une structure de soins primaires : MDS, CDS, CMS, etc.
3. Se soigner, passer en téléconsultation pour avoir une attestation, un conseil.
4. Prendre des médicaments (habituels), alterner consultation chez le MG et le spécialiste pour avoir des examens.
5. D'autres solutions : Rester à la maison, prendre du Doliprane, se reposer, attendre que ça passe.
6. Aller voir un spécialiste sans passer par le MG
7. Aller aux urgences
8. Aller directement à un endroit pour avoir accès à un plateau technique

16.1 Être quelqu'un en très bonne santé et qui en plus supporte bien la douleur : les raisons pour ne pas se précipiter dans la recherche d'un avis médical

La façon dont on va prendre en compte un problème de santé qui surgit subitement dépend, en outre, des représentations que l'on a de son propre état de santé. Ces représentations évoluent au fil du temps, certes, mais c'est l'une des composantes de l'identité du patient, de son auto-image. D'une façon générale, les usagers interrogés (mis à part ceux qui subissent un traitement en cancérologie) pensent qu'ils sont en très bonne santé et croient à l'idée qu'ils peuvent endurer la douleur. La plupart ne se désespèrent pas face aux premiers symptômes d'une maladie. À ce titre, nous avons sélectionné un extrait qui montre combien ils sont attachés à cette représentation de leur endurance devant les douleurs, la maladie :

Je suis quelqu'un qui tient dur. Pour moi, être malade, c'est vraiment me sentir faible pendant quelques jours, voire une semaine. Je ne m'alerte pas tout de suite. Je suis quelqu'un qui tient dur, qui se pose des questions, qui se dit « Oh, ça va passer ». Et puis après, si je vois que ça ne passe pas et que je suis toujours... euh, que je suis affaibli, alors là, je me sens malade. Et ça, c'est-à-dire que vous tenez quelques jours parce que vous avez confiance, que vous avez des ressources, votre organisme va réagir ou c'est parce que vous supportez la douleur, vous supportez bien la douleur ou les deux ? Speaker 2 : Oui, je supporte la douleur. (23)

Que ce soit un homme ou une femme, un jeune ou une personne âgée, tous les interviewés ont voulu partager avec nous pendant l'entretien leur sentiment d'aller bien et de pouvoir supporter les épreuves lors d'une situation inouïe. Dans l'extrait suivant, il est possible de noter dans le discours d'un usager qu'il résiste à demander l'avis de son

médecin afin d'avoir un diagnostic sur son pied. Selon sa façon de concevoir les choses, le médecin n'aurait pas pu l'aider, les délais de rendez-vous étaient tellement longs qu'il n'avait pas d'autre choix que d'aller aux urgences ou guérir tout seul. Voici comment il fait son choix et les raisons de sa décision :

Mais là, vraiment, je n'arrivais pas du tout à m'appuyer sur mon pied. Alors j'ai laissé passer un jour, deux jours, trois jours et puis j'ai consulté ma kiné dans le cadre de mes consultations hebdomadaires et donc je lui en parle, alors elle regarde et mesure le pied. Elle me dit « je ne vois rien de cassé, mais il faudrait quand même que tu consultes ton médecin ». Elle me dit que ça serait préférable. Donc je vais sur le site pour prendre rendez-vous avec mon médecin. Je crois qu'on était au début du mois, et donc je regarde son site et je vois que sa première disponibilité c'était 20 jours après. Et pour moi, en plus de ça, mon médecin, qu'est-ce qu'elle allait faire ? Elle n'est pas voyante, elle m'aurait sûrement prescrit une radio. Une fois que j'aurais eu cette radio, il aurait fallu que je retourne la voir peut-être pour en discuter avec elle et pour donner suite. Ça m'avait l'air tellement long, que je me suis dit je ne vais pas faire ça, ce n'est pas possible, j'ai que deux choix : soit je laisse faire, soit je vais aux urgences. J'avais que ces deux choix-là. Alors j'ai laissé faire. Bon, j'ai bien fait, aujourd'hui, j'ai plus mal. Mais j'avais toujours mal au moment où j'ai pris cette décision. Et là, je me suis trouvé un peu démuni. (2)

La définition de maladie, employée par l'utilisateur ci-dessous, exclut les symptômes qui ne relèvent pas d'un traitement médical. Selon lui, pour qu'il se considère comme malade, il faut que ses symptômes persistent avant de recourir à un médecin. En outre, un petit rhume ne suffirait pas à se faire consulter :

C'est un état général qui ne correspond pas à un état normal. Peut-être des symptômes tels que la fièvre ou ce genre de chose, en l'occurrence, c'était des malaises, donc forcément, là, c'était beaucoup plus parlant. Mais oui, « un état pas normal » entre guillemets, mais je ne parle pas d'un rhume ou d'un truc comme ça, faut que ça ait duré un petit peu, dès qu'on a le nez qui coule on ne court pas chez le médecin non plus. (21)

De toute façon, parmi ceux qui croient qu'ils sont vraiment malades, beaucoup s'adressent d'abord à leur médecin traitant, car ils ont établi avec lui une relation de confiance :

Moi, je consulte tout de suite mon... enfin, si je sens que je suis malade, que j'ai quelque chose qui ne va pas, la première personne que je vais consulter, c'est mon médecin généraliste. Je suis dans la confiance. C'est quelqu'un que je connais depuis longtemps. Qui me suit depuis 20 ans, c'est toujours le même. Et la première visite, c'est lui toujours. Et lui va m'orienter. (23)

Le recours au médecin généraliste dépend évidemment de sa disponibilité. Dans l'extrait suivant, un usager avoue que le fait que son médecin ait des plages d'urgence l'encourage à faire des démarches vers celui-ci lorsqu'il est confronté à un problème de santé qui surgit de façon inopinée :

Alors j'ai contacté mon médecin généraliste.

D'accord et vous avez réussi à avoir un rendez-vous rapidement ou ça a mis du temps pour avoir un rendez-vous avec lui ?

Non, on a cette chance d'avoir un médecin qui garde souvent des créneaux disponibles pour les petites urgences. Que ce soit en vidéo ou en présentiel. Et là, en l'occurrence, c'était en présentiel. Donc je crois que je l'ai eu dans les 24 heures, le rendez-vous, donc impeccable. (21)

16.2 Un système de débrouille qui s'installe lorsque le médecin traitant est absent :

En effet, lorsque le médecin traitant n'est pas disponible, c'est là où un véritable système de débrouille s'installe, depuis l'automédication jusqu'à la téléconsultation, tout est valable pour avoir un diagnostic et un certificat médical pour justifier ses congés :

Qu'est-ce que vous avez fait la dernière fois où vous avez été malade ?

Qu'est-ce que je fais... alors... j'ai été malade, je n'ai pas trouvé de médecin, donc je me suis soignée toute seule.

Je suis quand même allée sur Internet avec un médecin en téléconsultation, qui m'a fait un arrêt de trois jours.

Malheureusement, j'avais une bonne bronchite avec de la fièvre, donc j'ai été obligée de prendre des vacances pour

pouvoir être en règle avec mon employeur. C'était avant de devenir patient de la structure (la Maison de santé où elle est patiente). J'avais un médecin traitant qui ne répondait pas au téléphone ou il n'y avait pas de place. (9)

Comme nous l'avons évoqué, lors d'un symptôme qui surgit de façon inopinée, les usagers essayent de mettre en place le système qui correspond à leurs besoins : la rapidité, les compétences, la qualité, le prix entrent dans leur calcul pour avoir accès aux soins qu'ils nécessitent. La femme ci-dessous a essayé de joindre le médecin de son assurance privée pour avoir le conseil dont elle avait besoin de façon rapide :

J'étais malade, je sais qu'une fois, il y a quelque temps, je n'étais pas bien, j'ai vomi, j'avais des vertiges. Ma première réaction, vous voulez dire, pour peut-être joindre quelqu'un ? J'ai appelé un médecin via mon assurance que j'ai actuellement. Ce que je ne savais pas, mais je l'ai su par un ami qui travaille chez eux et qui m'a fait avoir la mutuelle qui est un peu moins chère que celle de mon travail. Et puis, j'ai appelé un médecin au téléphone. C'est gratuit. Et puis on a un conseil. On peut faire ça aussi par téléconsultation. Et donc, voilà, c'est la première chose que j'ai faite. Speaker D'accord, c'est d'appeler les médecins de l'assurance. Oui, de AXA, j'ai la mutuelle AXA. Je vous le dis carrément. (10)

16.3 Des maladies graves qui sont décelées quand les usagers ne prennent pas en compte leur état de santé

Tout au long de ce rapport, nous avons souligné combien les usagers sont responsabilisés par les professionnels de santé, du fait de se rendre aux urgences en alléguant des motifs considérés comme illégitimes du point de vue médical. Parfois, le fait de prendre un rendez-vous non programmé en ville est considéré comme un abus, selon les justifications de l'utilisateur. Dans les paragraphes suivants, nous avons sélectionné un extrait d'une femme qui regrette le fait de ne pas avoir eu recours à son médecin à temps. Elle se culpabilise de ne pas avoir recours au médecin traitant avec qui elle a toujours eu de bonnes relations. Par conséquent, elle a mis du temps pour découvrir qu'elle avait

un cancer de l'utérus à 47 ans. La façon qu'elle a de représenter son état général de santé a exercé une influence sur sa décision de ne pas consulter vite son médecin :

Et comme j'ai été quelqu'un qui n'a jamais été... je me suis toujours portée en bonne santé. J'ai deux enfants. Et puis, à 47 ans, j'ai eu une faiblesse. Je commençais à avoir des pertes très, très, très abondantes. Mais j'ai résisté là aussi, c'est-à-dire que je me disais « Oh, ça doit être la période de stress, etc. » Et finalement, ces pertes m'ont apporté une faiblesse assez importante et c'est là où ça m'a alarmée. [...] Et du coup, ce n'est pas que ça s'est mal passé. Mais c'est que moi, je n'avais jamais été malade. (23)

Ainsi, si d'un côté il y aurait un travail d'éducation à réaliser auprès des patients qui présentent aux médecins des motifs illégitimes lors de leurs consultations, d'un autre côté, ce travail d'éducation devrait inclure une partie de la population qui, pour plusieurs raisons (absence de médecin, délais trop longs, difficultés de déplacement, mais aussi, de par leur nature ou tempérament), traîne sa maladie, jusqu'à ce que cela devienne grave. Quand se faire consulter est donc un sujet qui n'est pas clair dans la tête des professionnels de santé, et qui entraîne des conséquences, parfois graves, voire très graves chez les usagers du système de santé. Une partie d'entre eux appartient à une culture qui leur a inculqué dès l'enfance de ne pas déranger le médecin, sauf en dernier recours.

16.4 Internet : source d'information et d'angoisse lors de la prise en compte d'un soin non programmé

Les données analysées concernant l'usage d'internet montrent que l'utilisation la plus récurrente a pour objectif la recherche d'offres de soins sur internet, lorsque les usagers ne savent pas où s'adresser sur le territoire. Cependant, l'usage d'internet sert aussi à d'autres finalités, comme, par exemple, trouver des explications sur des symptômes méconnus, notamment quand le spécialiste est injoignable, ou lorsqu'on n'a pas envie de déranger le médecin traitant sur un sujet quelconque. Les personnes qui font ce type d'usage d'internet pensent qu'il existe « des sites sérieux, malgré tout », et qu'il faut faire une recherche plus affinée, pour trouver les meilleurs sites, notamment ceux de la personne qui signe les orientations en santé qui sont transmises est médecin. L'une de nos interviewées nous a fait part du fait qu'elle trouve sur internet toutes les informations concernant les effets secondaires de son problème de thyroïde. Les interviewés font donc plusieurs usages d'internet, mais parmi eux, il y en a certains qui préfèrent ne pas l'utiliser du tout, car ils considèrent que de toute façon internet n'est pas fiable. Par ailleurs, il est possible de noter que la plupart des personnes âgées rencontrent une grande difficulté à utiliser internet, quelles que soient les finalités de cet usage : recherche de rendez-vous sur Doctolib, prise des rendez-vous, recherche des offres disponibles sur le territoire, horaires de fonctionnement des structures, etc. L'exemple ci-dessous est celui d'une femme âgée, très cultivée, mais qui pâtit de cet usage dans son quotidien :

Après, ce que je trouve très compliqué pour les malades, c'est toutes les histoires de rendez-vous sur Internet, on vous envoie sur Internet tous les résultats... ou ça, je trouve, ça va pas du tout bien pour les vieux. (1)

Une autre femme, appartenant à une classe moyenne aisée, qui reçoit des soins à domicile, affirme qu'elle préfère le téléphone à internet, et qu'elle appelle le secrétariat médical à des heures où les secrétaires sont plus disponibles pour répondre à l'appel :

Pour moi, c'est très agaçant. Mots de passe. C'est une torture. J'ai un petit carnet avec mes mots de passe. Ça marche, enfin, ça marche, ça ne marche pas. Des fois c'est fluide et des fois non. Et limite, je ne sais pas pourquoi. Moi, je préfère mon téléphone, et avoir quelqu'un. Alors en

général, à part les rappels de rendez-vous, je passe par mon téléphone. J'essaye de choisir l'heure où les secrétaires ne sont pas trop encombrées. **(20)**

16.5 L'importance du pharmacien dans le cadre de la prise en compte d'une demande de soins non programmés

Il convient de signaler que le pharmacien, malgré l'usage massif d'internet, n'a pas perdu sa place, pour conseiller les usagers par exemple, dans le cadre d'un soin non programmé. Son rôle a été souligné à plusieurs reprises par les infirmières interrogées dans le chapitre précédent. Le choix de la pharmacie est déterminé par le prix et la confiance en ce dernier. Les deux exemples qui suivent montrent qu'il est considéré comme un acteur important, non seulement car il est toujours prêt à donner un conseil, mais aussi, car il constitue une référence, notamment pour des usagers atteints de maladies chroniques qui n'ont pas suffisamment de connaissances des acteurs ou des structures du territoire. Dans le premier exemple, c'est le pharmacien qui a mis l'utilisateur en contact avec les infirmières du quartier grâce à sa connaissance des professionnels de santé de son territoire :

Internet et la pharmacie aussi. La pharmacie d'à côté m'a conseillé parce qu'une fois que j'avais écumé Internet et que je n'avais pas trouvé, je me suis retourné vers le réel, le professionnel de santé le plus proche de chez moi, c'est la pharmacie d'à côté. Donc je leur ai demandé directement s'ils connaissaient des infirmières dans le quartier ou des gens. Et il se trouve qu'ils avaient des cartes. J'en ai récupéré 3 ou 4 et j'ai continué à appeler. C'est là que j'ai trouvé. (2)

Un autre usager a exprimé une forte reconnaissance envers le pharmacien qui lui a proposé de venir livrer les médicaments à domicile et qui l'a énormément aidée dans les moments qui ont succédé les deux opérations qu'elle a dû subir dans le cadre de sa maladie :

Je vous dis, par exemple... C'est tout bête, mais j'ai eu besoin dernièrement de médicaments et je ne pouvais pas me déplacer. Ma pharmacienne, enfin, ma pharmacienne... la pharmacienne dans laquelle je vais, c'est une pharmacie dans laquelle je vais depuis des années, pareil. Elle s'est proposé d'elle-même de me les livrer à la maison. Vous voyez ce que je veux dire ? Voilà, c'est la personne qui m'a suivie lors de ma première et deuxième opération où vous devez... vous savez ? Par exemple, réserver des bas de contention, des choses comme ça, des médicaments, des trucs, etc. Et bah, depuis, cette pharmacienne, je sais qu'elle est là si j'ai réellement un besoin. Je ne vais pas en abuser.

Dernièrement, elle s'est proposée : « Mme B., je vous livre les médicaments ». (23)

16.6 La problématique des soins non programmés s'aggrave face à l'affaiblissement ou l'absence de liens sociaux

La prise en compte d'une maladie qui survient de façon inattendue est liée à de nombreux facteurs analysés dans ce rapport : les représentations sur son état de santé, l'utilisation ou pas d'internet comme moyen de s'informer, le type de relation entretenue avec le pharmacien, le niveau de connaissance du territoire. De toute évidence, plus on connaît le territoire, plus on a accès à ces ressources. En outre, les représentations concernant la disponibilité du médecin traitant constituent un autre facteur décisif lorsqu'on tient compte d'un problème de santé. Par ailleurs, les données issues de l'enquête montrent que l'entourage compte beaucoup non seulement dans la prise en compte d'un problème de santé, mais aussi pour faciliter l'accès des usagers aux structures de soins. Parmi nos interviewés se trouvaient des personnes vivant seules, des personnes en couple et des couples mariés avec enfants. Plus d'une famille monoparentale a participé à l'entretien. Nous avons sélectionné parmi nos entretiens les extraits les plus représentatifs d'une situation d'isolement et ceux pour qui, lors d'un soin non programmé, l'accès aux soins est plus difficile. Comme il est possible de le constater, beaucoup de personnes souffrent de solitude en Île-de-France ou comptent sur un réseau très étroit de relations. Nous avons donc essayé de prendre en compte leurs discours. L'entretien suivant est celui d'une femme qui vit avec son chat, elle croit pouvoir compter sur sa voisine pour lui signaler si quelque chose cloche chez elle. Pourtant, elle n'est même pas certaine à ce sujet :

Ben, je vis seule. Alors ce n'est pas mon chat qui va me dire « oh là là, il y a quelque chose qui ne va pas bien chez toi ». Si elle pouvait parler, peut-être. Mais sinon, non. J'ai encore une voisine qui s'inquiète des fois quand elle voit que je ne vais pas bien.

Ah bon, elle vient vers vous, elle pose des questions ?

Oui, elle me dit « ça ne va pas, toi, hein, le moral qui ne va pas là ». Oui, elle n'est pas indifférente du tout. Et pourtant, elle... vous savez, elle en a eu des cancers du poumon, de tout ça. (7)

L'éloignement géographique n'empêche pas les personnes d'entretenir des relations par téléphone pour se soutenir mutuellement en cas de maladie. Une femme usagère, mariée, avec 1 enfant, nous a dit qu'elle compte plus sur sa mère qui habite à Bordeaux que sur son mari. Son exemple montre qu'il n'y a pas que le fait d'être entouré qui peut assurer à quelqu'un que l'autre s'intéresse à sa santé. En effet, selon elle, c'est la qualité de la relation qui compte davantage que d'être entouré :

Bah, il y a ma maman que j'ai au téléphone, elle habite vers Bordeaux, donc on ne se voit pas physiquement, mais à la voix, elle va me dire « tu es malade ? » J'appelle beaucoup ma grand-mère aussi. Donc voilà, je les ai au moins une fois par semaine toutes les deux, en général. Après, il y a mon conjoint, mais il ne va pas me dire, j'ai l'impression qu'il ne va pas faire trop attention. Moi, oui, mais lui, je ne crois pas qu'il va... ça ne me dit rien qu'il me dit « t'as l'air fatiguée ». (10)

Les personnes âgées souffrent davantage d'isolement que les jeunes. Un monsieur sexagénaire que nous avons rencontré dans un centre de santé à Paris nous a avoué que ni lui ni sa femme peuvent compter sur quelqu'un d'autre. Ce monsieur qui avait fait des kilomètres pour se rendre au centre, malgré ses problèmes de santé, affirme ne pouvoir compter que sur lui-même lors d'une maladie survenue de façon inopinée :

Il n'y a pas des membres de la famille ou des voisins pour vous accompagner ?

Non, personne.

Pour vous aider ?

Non, on ne compte que sur nous-mêmes. (12)

L'exemple suivant est celui d'une autre personne âgée peu entourée :

Bon, quelle est selon toi la meilleure personne pour signaler que tu es malade ? Moi (rires), si je compte sur mon mari (rires), j'ai peur. (Rires) (19)

Plus nous vieillissons, plus la famille et le réseau de connaissances se rétrécissent, et les personnes âgées ne peuvent compter que sur un entourage affaibli, constitué de personnes qui vieillissent également :

Donc voilà, peut-être ces gens-là pourraient me le dire, mais je pense qu'a priori c'est plutôt mon mari. Sinon je ne vois pas. À part les gens avec qui je suis au Secours populaire ou éventuellement ma voisine si on se croise en sortant de nos propriétés chacune. **Et avec qui vous entretenez une relation cordiale ?** Oui, tout à fait. Oui, on n'est pas amies, mais on s'entend bien. (20)

Lorsque la famille ne réside pas à proximité du domicile, il est plus difficile de compter sur le réseau familial dans les périodes en dehors des vacances. Heureusement, dans l'exemple suivant, la femme ci-dessous était entourée de ses parents lorsqu'elle a appris son cancer :

Non, non. À ce moment-là, il y avait mes parents qui étaient, là, en vacances. Mais non, habituellement, non. (23)

Toutefois, cette femme qui se dit seule et qui a découvert le cancer au moment où ses parents sont venus lui rendre visite pendant les vacances ne peut pas compter sur son voisinage pour quoi que ce soit :

Mais est-ce que vous pouvez compter sur des voisins, par exemple ? Non. Ça, non. Non, parce qu'en fait, et pourtant j'habite une petite résidence, on est 8 propriétaires dans la résidence, il n'y a qu'un étage. Non, je vous dirai non parce qu'il n'y a pas de partage, il n'y a rien. Alors moi, j'ai aidé, à plusieurs reprises. S'ils toquent chez moi et qu'ils ont un besoin, je ne vais pas dire non. Je vous avoue que... non, c'est très individuel. Non. Non, je compterai plus sur, euh... Ouais, oui, c'est très individuel, moi, je suis dans cette résidence depuis la construction, donc ça fait plus de quinze ans. (23)

Ne pouvant pas compter sur sa famille, ou son voisinage, nous lui avons demandé alors comment elle aurait pu s'en sortir si elle avait éprouvé le besoin de consulter rapidement dans le cadre d'un soin non programmé :

Alors comment je fais ? Je m'appuie sur ma grande qui a quatorze ans et qui va me soulager pour emmener le petit à l'école, qui a neuf ans. Et c'est vrai que ça change l'organisation, et que si je n'ai vraiment pas d'autre choix... je fais appel à une maman d'un de ses copains. **Vous pouvez lui demander ce genre de service ?** Je peux demander s'ils

peuvent partir ensemble à l'école, si je peux le déposer devant, je ne sais pas, j'essaie de trouver une solution. (23)

Toutes sortes de liens peuvent donc remplacer la famille, lors d'un soin non programmé. Dans l'extrait suivant, une femme affirme que c'est dans sa vie professionnelle qu'elle retrouvera quelqu'un pour lui signaler si quelque chose ne va pas :

Alors que je suis assez proche de ma patronne avec qui je travaille dans le même bureau. On est assez aux petits soins l'une pour l'autre. Attentives du moins, donc l'une ou l'autre effectivement, s'il y a quelque chose qui ne va pas, on sait se le dire sans problème. (21)

16.7 L'automédication : une pratique banalisée

En attendant le soin, lors d'un problème de santé dans le cadre d'un soin non programmé, plusieurs usagers adoptent comme solution à leurs besoins l'automédication. La boîte de médicaments chez les ménages franciliens interviewés est remplie de médicaments de confort, mais pas seulement. Les entretiens démontrent que plusieurs tentatives sont réalisées avant de recourir au médecin traitant pour soulager sa douleur, quitte à ce que ça traîne pendant plusieurs jours :

Et qu'est-ce qui a déclenché la recherche d'un professionnel de santé? C'est-à-dire que c'était la douleur? Qu'est-ce qui a fait que...
Oui, la douleur, oui. Le fait de la douleur, qu'elle ne passe pas malgré tous les traitements. Donc oui. Non seulement ça ne passait pas, mais en plus, ça déclenchait d'autres problèmes, par exemple intestinaux. Je pense que ce n'est pas original. Et puis le fait de ne pas être soulagé... suffisamment. Moi, je prends des médicaments si ça me soulage. Bon, j'accepte. (20)

16.8 Penser que le médecin traitant n'est pas disponible devient un automatisme :

Et c'est seulement au moment où l'utilisateur ne peut plus se procurer son médicament qu'il pense à appeler son médecin traitant :

Qu'est-ce qui déclenche le besoin d'avoir un avis du médecin ?

Le besoin d'un médicament qui va pouvoir me soigner, que je n'ai pas dans ma pharmacie.

D'accord, parce que vous avez votre pharmacie à vous chez vous, que nous avons tous, hein ?

Voilà, c'est ça, donc je vais m'automédiquer et effectivement quand je ne vais pas avoir ce qu'il faut pour le mal dont j'ai besoin, je vais aller consulter. (24)

C'est acquis dans les habitudes de certains qu'il ne faut pas gêner le médecin traitant même en cas d'urgence. L'homme ci-dessous ne sait pas expliquer d'où vient cet automatisme de penser que de toute façon le médecin ne sera pas disponible :

Non, c'est vrai que je ne sais pas si ça vient de mon éducation ou pas, mais je n'ai jamais appelé le médecin traitant pour ce qui relève de l'urgence. Vous prenez l'exemple de ma fille, mais il aurait pu y avoir d'autres exemples. Non, je n'ai jamais appelé mon médecin traitant pour des urgences, notamment parce que je suis pratiquement certain qu'il ne sera pas disponible. Parce qu'il a d'autres choses à faire tout simplement. Je n'ai jamais embêté mon médecin traitant avec des urgences. (2)

Cet homme qui ne s'adresse jamais aux médecins est pris en charge par les infirmières de son territoire. Il se permet, néanmoins, de faire de l'automédication pour gérer les douleurs qui l'affligent, mais, quand il s'agit d'une vraie urgence, il s'adresse directement à l'hôpital :

Et en attendant, qu'est-ce que vous faites ? L'automédication ? Parce qu'il faut faire quelque chose si vous avez beaucoup de douleurs.

Oui, bien sûr, en attendant, c'est de l'automédication pour gérer la douleur. Alors comme je vous ai dit, bien, quand on se coupe, on ne peut rien faire, on est obligé d'aller aux urgences. On peut essayer de bricoler un truc pour éviter de saigner partout, mais on n'a pas le choix, on doit aller aux urgences. Pour la douleur, bien sûr, c'est de l'Efferalgan qu'on prend en pharmacie puis on essaie et on se laisse un petit peu de temps pour voir dans quel état je suis, est-ce que ça marche bien ou pas, puis après on avise. Est-ce que je peux passer la nuit comme ça ou pas, après c'est vrai qu'on peut avoir des nuits très hachées, souvent réveillé, là, faut aviser, on n'a pas le choix, on va aux urgences. (2)

Les entretiens montrent qu'il y a une ambiguïté dans les représentations du médecin traitant véhiculées dans l'imaginaire des usagers. Comme nous l'avons vu, pour beaucoup, on peut se passer de son avis, lors des problèmes sérieux, voire d'une urgence. Dans les paragraphes suivants, nous allons amorcer les composantes de ces représentations afin d'identifier leur contenu et le sens que les usagers attribuent au médecin traitant.

En résumé

→ La façon dont les patients vont prendre en compte un problème de santé qui surgit subitement dépend de leurs représentations de leur propre état de santé. Ces représentations évoluent au fil du temps, certes, mais c'est l'une des composantes de l'identité du patient, de son auto-image. D'une façon générale, aucun des usagers interrogés (mis à part ceux qui subissent un traitement en cancérologie) pense qu'il est en très bonne santé et tous croient à l'idée qu'ils sont résistants. La plupart ne se désespèrent pas face aux premiers symptômes d'une maladie. Leur définition de la maladie exclut les symptômes qui ne relèvent pas d'un traitement médical et pour qu'ils se considèrent comme malades, il faut que ces symptômes persistent. Le recours au médecin généraliste dépend évidemment de sa disponibilité. En effet, lorsque le médecin traitant n'est pas disponible, c'est là où un véritable système de débrouille s'installe, depuis l'automédication jusqu'à la téléconsultation, tout est valable pour avoir un diagnostic et un certificat médical pour justifier ses congés. Parfois, le fait de prendre un rendez-vous non programmé en ville est considéré comme un abus, selon les justifications de l'utilisateur. Les données montrent que le fait de ne pas avoir recours au médecin traitant peut susciter un sentiment de culpabilisation lorsque l'utilisateur découvre plus tard qu'il est atteint d'une grave maladie. Quand se faire consulter est donc un sujet qui n'est pas clair dans la tête des professionnels de santé, et qui entraîne des conséquences parfois graves, voire très graves chez les usagers du système de santé. Les données analysées concernant l'usage d'internet montrent que l'utilisation la plus récurrente a pour objectif la recherche d'offres de soins lorsque les usagers ne savent pas où s'adresser sur le territoire. Cependant, l'usage d'internet sert aussi à d'autres finalités, comme, par exemple, trouver des explications sur des symptômes méconnus, notamment quand le spécialiste est injoignable, ou lorsqu'ils n'ont pas envie de déranger le médecin traitant. Il convient de signaler que le pharmacien, malgré l'usage massif d'internet, n'a pas perdu sa place, pour conseiller les usagers par exemple, dans le cadre d'un soin non programmé. De toute évidence, plus on connaît le territoire, plus on a accès à ses ressources. En outre, les représentations concernant la disponibilité du médecin traitant constituent un autre facteur décisif lorsqu'on tient compte d'un problème de santé. Par ailleurs, les données issues de l'enquête montrent que l'entourage compte beaucoup non seulement dans la prise en compte d'un problème de santé, mais aussi pour faciliter l'accès des usagers aux structures de soins. Beaucoup de personnes souffrent de solitude en Île-de-France ou comptent sur un réseau très étroit de relations. Toutes sortes de liens peuvent remplacer la famille, lors d'un soin non programmé, une voisine, un collègue de bureau. En

attendant le soin, lors d'un problème de santé dans le cadre d'un soin non programmé, plusieurs usagers adoptent comme solution à leurs besoins l'automédication. La boîte de médicaments chez les ménages franciliens interviewés est remplie de médicaments. Les entretiens démontrent que plusieurs tentatives sont réalisées pour se soigner seul avant de recourir au médecin traitant pour soulager sa douleur, quitte à ce que ça traîne pendant plusieurs jours. Et c'est seulement au moment où l'utilisateur ne peut plus se procurer son médicament qu'il en vient à appeler son médecin traitant. C'est acquis dans les habitudes de certains qu'il ne faut pas gêner le médecin traitant même en cas d'urgence. Penser que le médecin traitant n'est pas disponible devient un automatisme. Les entretiens montrent qu'il y a une ambiguïté dans les représentations du médecin traitant véhiculées dans l'imaginaire des usagers. Comme nous l'avons vu, pour beaucoup, on peut se passer de son avis lors des problèmes sérieux ou d'une urgence.

Chapitre 17 : Face à la non-régulation de la médecine en ville, une remise en question du rôle de médecin traitant

17.1 Une contrainte : accepter le premier venant

Le choix d'un médecin traitant est devenu une affaire compliquée, car aujourd'hui le manque de médecins dans certaines régions françaises entraîne non seulement des inégalités territoriales en termes d'accès au soin, mais également la tendance chez quelques usagers à accepter le premier venant. Cela pose un vrai problème, car l'efficacité des traitements dépend beaucoup de la qualité du lien établi entre le médecin et le patient. Le médecin ne se rend pas compte, mais les moments qui précèdent la première rencontre entre le patient et son nouveau médecin traitant peuvent être marqués par la crainte de rencontrer quelqu'un de désobligeant. Dans l'extrait ci-dessous, un usager regarde les commentaires sur Google avant de prendre rendez-vous avec un nouveau médecin :

Disons que ça faisait un moment que je voulais changer de médecin traitant. Mais bon, peut-être que je ne me suis pas trop intéressé à la question non plus.

Après, j'étais sur Internet, j'ai regardé les commentaires.

Je voulais quand même un médecin qui soit sympa, dont les gens étaient contents. Parce que déjà, je n'aime pas aller chez le médecin, s'il n'est pas sympa, je ne vois pas trop l'intérêt, en plus de ça s'il n'est pas professionnel, n'en parlons plus.

Vous regardez sur Google dans les commentaires ? Oui...ça marche, mais parfois...

Bah oui, parce que c'est intéressant de savoir à qui on va avoir affaire, quoi. (9)

17.2 La ponctualité, l'intérêt et l'efficacité : quelques critères stipulés au préalable :

Le parcours qui mène plusieurs usagers au médecin est souvent le même : rendez-vous par Doctolib et ensuite c'est la prise de rendez-vous. En revanche, les critères qui vont orienter l'utilisateur dans le choix du médecin peuvent varier d'une personne à l'autre.

D'une façon générale, le critère le plus cité par les usagers, c'est le feeling, le passage d'un courant qui indique qu'on peut faire confiance au nouveau médecin. En quoi consiste cette notion ? Étant donné qu'il nous est impossible de vérifier le sens de cette notion au cas par cas, nous allons présenter ci-dessous le discours d'un usager qui, après une consultation, nous a fait part de tous les critères qui l'ont conduit à retourner au cabinet de celui qui pourrait devenir son médecin traitant. Procédant de cette manière, elle nous a aidés à comprendre le sens que pourrait prendre le mot « *feeling* » pour certains patients. Loin d'être un sentiment abstrait, celui-ci correspond plutôt à des critères préétablis avant la première consultation :

Mais si je n'ai pas de conseils, le seul moyen, c'est que je vais me fier à Doctolib, chercher la proximité, après, c'est la prise de rendez-vous. Après, quand j'y vais, je sais que par exemple, quand je vois... je me dis, euh.. C'est l'attente, je vois si le médecin respecte ou pas les rendez-vous, vous voyez, c'est les premiers signes. Puis, après, c'est le premier rendez-vous qui va faire si ça marche ou pas. Oui, le feeling. Par exemple, je cherchais un dermatologue pour moi. J'ai fait ma démarche. J'ai regardé sur Doctolib, apparemment c'est très compliqué dans les environs. Ici, moi j'habite à B. S. G. en Seine-et-Marne. Donc finalement, le rendez-vous était dans les cinq, six mois et la personne était dans un petit village, ici, à cinq, six kilomètres, vous voyez ? Donc je suis allée, j'ai pris ce rendez-vous, je suis allée voir cette personne. Le feeling... bah, écoutez, j'ai été accueillie à l'heure. Ça, c'est un bon feeling pour moi. Après, la personne était curieuse parce qu'elle posait des questions. Et elle n'était pas dans le mutisme. Et ça, c'est important. On dirait qu'elle s'intéresse à vous. Et puis après, il m'a soignée. J'avais deux grains de beauté qui me blessaient énormément. Il m'a soignée. Mais il ne m'a pas poussée à faire autre chose. Vous voyez ce que je veux dire ? Donc, il s'est concentré sur ce qui était mon besoin. Et ça, pour moi, c'est top. Donc, ce monsieur, rebelote, une fois que je suis sortie de là, j'ai repris tout de suite un autre rendez-vous. ADOM_4

17.3 Le médecin choisi, le médecin subi

Cependant, maintes fois, le médecin traitant n'a pas été vraiment choisi. Il était le seul disponible sur le territoire, par exemple, à la suite du départ d'un médecin très apprécié. Il devient difficile pour l'utilisateur de se confier, d'autant plus que les approches thérapeutiques peuvent être différentes les unes des autres. La

relation est subie alors par le patient comme quelque chose de difficile à vivre, car certains aspects de sa vie, de sa personnalité ne seront peut-être pas chaleureusement accueillis par le médecin remplaçant. Tel est le cas d'une femme qui déplore le manque de médecins sur son territoire :

Pour moi, c'est qu'on puisse se confier, d'avoir confiance en le médecin et pouvoir se confier sur certaines choses, certaines peurs. C'est donc un aspect de confiance. Là, actuellement, je ne sais pas, si psychologiquement je n'étais pas bien, si j'irais lui confier des choses, parce qu'elle ne m'a jamais montré qu'elle pourrait accueillir cet aspect en fait.

Donc vous n'êtes pas à l'aise.

Non, pas vraiment à l'aise, non. J'y vais parce qu'il n'y a pas le choix, parce qu'il n'y a qu'elle qui est là et voilà. **(24)**

17.4 Intériorisation et acceptation de la difficulté de prendre rendez-vous avec le médecin traitant :

Quoi qu'il en soit, la situation démographique du territoire fait que les usagers ont compris que leurs médecins n'ont pas le temps et qu'ils ne sont pas disponibles comme auparavant. L'expérience vécue auprès des secrétariats des cabinets ou des structures de soins, voire auprès de son médecin ou d'un nouveau médecin sur le territoire, amène les usagers à conclure rapidement qu'ils sont surchargés. Ce message est donc passé, et partout on entend les commentaires des usagers qui ne cessent de le répéter. La femme suivante sait que les médecins n'ont pas le temps de prendre soin du patient à partir d'une approche holistique :

Oui, avant elle, j'habitais donc à Lagny-sur-Marne et j'ai pris le médecin traitant de mon mari de l'époque et c'est pareil. Mais après, je ne leur reproche pas, ils ont trop de patients et pas assez de temps à accorder aux patients, ça, c'est certain. Mais du coup, je n'ai jamais retrouvé cet aspect-là, c'est certain. J'ai eu deux médecins traitants depuis et ces deux-là ne correspondent pas à cette approche. (24)

Tous les patients ont constaté qu'il est plus difficile aujourd'hui de prendre un rendez-vous avec un médecin, que ce soit son médecin ou un autre :

Et à ce moment-là, vous aviez un médecin traitant. Et pourquoi vous ne l'avez pas contacté ?

Parce que mon médecin traitant, il faut appeler Doctolib et vous avez rendez-vous dans trois semaines, quatre semaines. [...] L'autre jour, j'avais besoin d'un rendez-vous, par Doctolib, c'était plus d'un mois et demi d'attente. (1)

17.5 La rationalité instrumentale dans un contexte de pénurie de médecins :

Dans la partie consacrée aux représentations des médecins sur les soins non programmés, il est possible de noter que la rationalité instrumentale caractérise la façon dont les médecins interviewés

organisent leur quotidien et planifient leurs rendez-vous. Face au contexte sociodémographique et aux problèmes structurels auxquels sont confrontés les médecins, ils mettent en place un système de débrouille pour pouvoir répondre, dans la mesure du possible, à la demande supplémentaire de rendez-vous. Cela exige une vigilance permanente et le calcul pour trouver un équilibre optimal entre leur vie professionnelle et personnelle. Par ailleurs, les usagers de leur côté essaient de mettre en place un système de débrouille, lorsqu'ils ne trouvent pas de réponses à leurs besoins en santé. Eux aussi développent une sorte de rationalité pour atteindre leurs objectifs. Le manque de médecins sur le territoire explique en partie la logique instrumentale qui prévaut lorsqu'ils utilisent le système de santé. Toutefois, cette logique est présente dans leurs représentations à propos du médecin traitant et de son rôle dans ce système. L'exemple suivant est celui d'un jeune de 19 ans qui croit que le rôle du médecin traitant est de rédiger une lettre d'adressage afin qu'il puisse consulter des spécialistes :

Et qu'est-ce que c'est pour vous un médecin traitant ?

Je pense que c'est le médecin dont on donne le nom aux autres médecins spécialistes quand ils nous demandent pour qu'ils puissent justement chapeauter la situation globale d'un patient.

D'accord, c'est-à-dire que c'est lui qui fait l'intermédiaire.

C'est le médecin de référence, on va dire.

Non, mais souvent en fait, je prends rendez-vous chez le médecin généraliste parce que quelquefois avec les rendez-vous surchargés des spécialistes, c'est compliqué, donc souvent, le médecin généraliste essaie de gérer la situation en envoyant un courrier par exemple à un spécialiste qu'il connaît. (8)

Quelques patients qui ont une maladie chronique pensent que le rôle du médecin traitant dans leur vie est uniquement celui de renouveler les ordonnances pour qu'ils puissent avoir accès aux médicaments dont ils ont besoin. L'exemple ci-dessous est celui d'une femme suivie à cause de sa maladie, elle voit l'utilité de ses consultations seulement dans le renouvellement de sa médication :

Un médecin traitant, c'est lui qui intervient lorsqu'on a des petits soucis de santé pour renouveler aussi nos ordonnances si on en a besoin. (22)

Pour ces personnes dont la rationalité instrumentale prend le dessus, le rôle du médecin traitant n'a pas de sens, il s'agit de

personnes pour qui la finalité du rendez-vous est plus importante que la qualité de la relation entretenue avec celui-ci. Par conséquent, n'importe quel médecin peut assurer ce rôle. L'homme ci-dessous pense toujours à aller chez le médecin le plus proche lorsque sa demande de soins relève d'une demande de soins non programmés :

Et alors là, on est lundi matin en partant au travail, tu te bloques le dos, qu'est-ce que tu fais ?

Je préviens mon employeur de ce que j'ai, et puis je vais essayer d'aller voir mon médecin.

D'accord. Quand tu dis ton médecin, c'est ton médecin traitant ?

Je n'ai pas de médecin traitant pour le coup, mais j'irai voir le médecin le plus proche.

D'accord, peu importe, un médecin, quoi.

N'importe lequel, quelqu'un qui pourra peut-être savoir ce que j'ai ou qui pourrait m'envoyer vers un endroit plus adéquat si lui ne peut pas faire grand-chose. (14)

Voici un exemple emblématique de logiques instrumentales. Le jeune ci-dessous a mis en place des stratégies pour obtenir ce qu'il voulait, à savoir, un certificat médical :

D'accord et quand vous demandez un certificat médical, comment c'est reçu par le médecin ? Ils font ça sans problème ?

Ça dépend. D'habitude, oui, c'est sans problème, par exemple pour des journées où on n'a pas été ausculté, ils peuvent accepter de propager la validité du certificat pour des journées antérieures par exemple. Mais aujourd'hui, par exemple, Dr X** était un peu réticent à m'en faire un pour hier. Et donc il m'a fait quelque chose avec « M. ** peut justifier de son absence due à sa situation... », mais c'est avec des réserves, du conditionnel. Alors que par exemple la dernière fois, on me l'a proposé, même carrément de faire un certificat pour l'année. J'ai dit non, je n'en ai pas besoin, donc ça dépend des médecins en fait.

C'est-à-dire que quand c'est votre médecin traitant, c'est plus facile parce qu'il vous connaît, c'est ça ?

Non, je ne pense pas, je pense que ça dépend vraiment du médecin. À chaque fois, je tombe sur un médecin différent quand je consulte en urgence, donc Dr X, c'est mon médecin traitant, mais il n'a pas été plus conciliant, au contraire. Ça dépend aussi peut-être de la jeunesse du médecin. J'ai l'impression que les médecins plus jeunes, ils sont plus enclins à donner des certificats.

Homme, 19 ans, étudiant en droit, célibataire, vit avec ses 2 parents et 2 frères et sœurs dans le 95, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant. (8)

17.6 La logique instrumentale : le premier pas pour devenir acteur

La logique instrumentale est le fondement de l'action qui oriente les usagers vers leurs objectifs. Certes, cela est une question de tempérament, toutefois, lorsque l'accès au soin rencontre des obstacles, ou quand les problèmes administratifs ne trouvent pas de solutions, les usagers n'hésitent pas à mettre en place un système de débrouille où prévaut cette logique. En effet, en l'absence de réponses, ils sont poussés par le système de santé à instrumentaliser leurs relations pour atteindre leurs objectifs. Par ailleurs, si d'un côté on pouvait leur reprocher de mettre en place des stratégies pour atteindre leur but, de façon à mettre leurs propres intérêts en avant et au détriment de la collectivité, d'un autre côté, c'est en s'appuyant sur ce type de rationalité que certains arrivent à identifier et explorer les ressources de leur territoire, à utiliser ces ressources selon leurs besoins, et de la meilleure façon possible (sans perdre trop de temps, sans se faire balader sur le territoire à la recherche des solutions, en ayant une vision claire des ressources à explorer et où s'adresser pour obtenir les solutions envisagées). Est-ce que tout cela, au bout du compte, ne les rend pas acteurs de leur santé ? L'exemple suivant est celui d'une maman de trois enfants, qui connaît son territoire et qui sait où trouver les solutions aux problèmes de santé de chaque membre de sa famille. Elle utilise les consultations à l'hôpital qui se trouve à proximité, pour elle et ses enfants, et s'oriente vers le médecin traitant qui prend sans rendez-vous à côté de son domicile, quand cela lui semble nécessaire. De plus, elle accompagne son mari chez un spécialiste de la confiance qui se trouve sur un autre territoire. Ce faisant, elle veille à ce que tous les ans, tous les membres de sa famille soient suivis correctement. La logique instrumentale lui permet d'accéder au soin dont elle a besoin :

Après, les enfants, ils vont chez le pédiatre une fois par an. Ils vont chez le pédiatre, pas chez le médecin. Même si le pédiatre est un médecin, et donc là, il y a comme un check up complet et elle prend son temps, donc

voilà, c'est très bien. Moi, une fois par an, je vais chez le gynéco, j'ai l'impression d'avoir quand même un point sur ma santé et de toute manière B. va tous les six mois renouveler ses ordonnances.

Donc voilà, ça suffit.

En tout cas, on a un suivi médical qui nous semble... après, voilà, c'est vraiment pour des petites choses qu'on va pouvoir consulter, mais le moins possible. Moi, la dernière fois que je suis allée chez le médecin, c'était pour demander un certificat médical pour pouvoir faire de la course. Donc voilà, ça va être ce genre de chose, quoi.

Là, il répond !

Bah là, il va faire un check up, quoi, mais pas complet, quoi. (26)

17.7 La logique altruiste : entre la bienveillance, les petites attentions et le besoin d'une relation plus personnelle

Ce qui résume la logique altruiste est le besoin d'attachement. Ces personnes veulent établir un lien plus profond avec leur médecin traitant, qui serait altruiste, parce que fondé sur un besoin autre que celui d'apporter une solution aux besoins immédiats (administratifs ou médicaux). Autrement dit, il s'agit d'un besoin d'avoir une relation désintéressée avec son médecin, caractérisée par l'indulgence, l'attention et la compréhension réciproques. Parmi les personnes interrogées, nous en avons trouvé quelques-unes qui avaient une vision du médecin traitant plus humaniste, voire bienveillante. Un homme de 32 ans que nous avons interviewé a affirmé que le côté humain des médecins a pour lui une grande importance :

Il faut sentir une affinité avec le médecin aussi, ça marche aussi comme ça. Moi, je sais que c'est important pour moi. Il faut que je sente que la personne ait un côté humain, pas juste « je suis un patient, j'ai besoin que vous me soigniez ». Je sais que j'ai un médecin quand je vais le voir, je vais pouvoir discuter un petit peu. Du coup, ça donne confiance parce qu'on se dit que la personne parle un peu d'elle et nous on parle de nous, donc ça donne confiance. Il y a un côté humain, ce n'est plus « quelqu'un qui a des organes malades, hop, on le soigne et puis c'est tout ». J'ai besoin d'un petit côté humain. (4)

À l'opposé de ceux qui développent la rationalité instrumentale se trouvent ceux qui attendent du médecin un comportement qui va au-delà de la politesse. En effet, dans le discours d'un jeune étudiant, cela ne suffit pas pour établir une bonne relation avec son médecin, car selon lui, le plus important est la bienveillance :

Qui est à l'écoute, qui est disponible et... qui comprend la position et le train de vie de la personne, aussi. [...] J'en ai vécu un, comme je vous ai dit, c'était pas top. **Même du point de vue humain ? C'est-à-dire la relation ?** Oui, même la relation elle est devenue froide... C'était « Bonjour, bonjour. Vous avez quoi ? J'ai ci, j'ai ça. Au revoir ».

Homme, 21 ans, étudiant, formation en plomberie, célibataire, vit au domicile de ses parents dans le 95, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas des soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant. (6)

Un autre usager souligne dans les prochains paragraphes qu'un médecin doit être toujours bienveillant à l'égard de ses patients :

Voilà, c'est le médecin qui s'occupe de vous, et qui s'occupe bien de vous sûrement. Et puis voilà, qu'on vient voir quand on a besoin de ses services, qu'on a besoin de lui pour tout et n'importe quoi, pour être rassuré dans un sens ou dans un autre. Et puis voilà, un médecin qui est bienveillant. (7)

La logique altruiste suppose qu'un médecin n'ait pas la seule fonction de prescrire des cachets. Il est essentiel pour les personnes les plus altruistes qu'il soit à l'écoute, qu'il prenne en compte les événements de la vie et les souffrances psychologiques :

Alors, un médecin traitant, bon, bah, c'est ce que j'ai eu pendant 40 ans, 45 ans. Bon, il est parti à la retraite. Donc j'en ai pris un autre, évidemment. C'est quelqu'un qui vous connaît déjà très bien, qui vous écoute et qui va au-delà de vous soigner. C'est-à-dire que quand je dis au-delà de vous soigner, c'est qu'en fait, le fait de se confier à son médecin, en fait, il comprend, vous voyez ? Parce que des fois, si on a des maux, on va voir un docteur. Mais des fois, c'est simplement psychologique ou parce que vous êtes mal, ou parce que vous, vous avez eu quelque chose dans votre vie. Je dis n'importe quoi, un divorce, un décès, un machin. Et en fait, pour moi, un médecin traitant, c'est quelqu'un qui va au-delà de prescrire des cachets. En fait, qui vous connaît bien, qui essaie de bien comprendre, de vous analyser en fait. (25)

Et curieusement, la même déférence que quelques médecins attendent des patients, ces derniers aimeraient aussi, à certains moments, que les médecins ne les privent pas de ces bonnes manières et petites attentions qui montrent que le médecin éprouve une considération à leur égard. La dame ci-dessous se plaint de son ancien médecin traitant, car dès que son mari a été atteint d'une grave maladie, il ne lui a jamais téléphoné pour avoir des nouvelles :

C'était sympathique. Mais il y a des moments où on s'est... Voilà. Et quand mon mari... Quand on s'est aperçu de la maladie, ce n'était pas lui, c'était son remplaçant qui était là. Et mon mari lui en veut. Enfin, lui en veut... Un petit peu parce qu'il n'a jamais appelé à la maison pour savoir comment ça allait et comment ça se passait, quoi. Parce que c'était grave. Alors moi, pour dédramatiser, je dis à mon mari... À l'époque, c'était notre médecin traitant, donc tout ce qui se passait à l'hôpital, il le recevait en cabinet. (20)

L'importance accordée au médecin traitant est très variable, mais il y a des situations où il occupe une place centrale dans la vie du patient à travers le suivi réalisé, car il a réalisé un suivi tout au long d'une vie. En partageant avec lui les meilleurs moments et les pires, le médecin devient une référence au sein de toute la famille, et lorsque le patient est atteint dans son parcours par une maladie chronique, il devient irremplaçable. Les propos d'une femme sont très éclairants sur ce sujet, elle considère son médecin comme « un guide » et est très reconnaissante à son égard du rôle qu'il a pu jouer dans sa vie :

Ah, ça va être mon guide. C'est un guide. Ah oui, oui, c'est un guide, c'est la confiance, c'est l'accueil. Et c'est la personne qui va comprendre que si je l'alerte, c'est qu'il y a un besoin derrière. Et je sais qu'il sera là pour m'écouter. **Donc c'est quelqu'un qui a un rôle... très important dans votre vie.** Oui, c'est une personne de confiance, j'avais 20 ans... J'avais 25 ans quand je l'ai vu pour la première fois. Aujourd'hui, j'en ai 50, donc... c'est quelqu'un qui a de la même façon... euh... Une fois, mon papa était là, il était en vacances, il était là. Mon papa a eu des douleurs à l'estomac, mais assez fortes. Et donc moi, par défaut, c'est « Viens, je t'amène chez mon médecin traitant ». Et lui, au palper, il a dit « Il y a un truc qui ne va pas » et effectivement, mon père avait un cancer du côlon. (23)

17.8 Le retour de l'ancien médecin de famille :

Dans les deux extraits suivants, les interviewées évoquent l'image de l'ancien médecin de famille lorsqu'elles abordent le thème du rôle du médecin traitant. En effet, ce qu'elles prônent comme étant le plus important dans la relation entretenue avec lui, c'est le partage de leur vie intime dans le sens le plus large, c'est-à-dire non seulement de leurs problèmes de santé (physiques, psychologiques), mais aussi de tout ce qui concerne leur vie privée. Dans l'extrait ci-dessous, une femme fait référence à l'image de l'ancien médecin de famille :

C'est quelqu'un qui agit dans la prévention, qui a un contact avec vous, autre que, voilà, je vous prescris des médicaments et puis terminé. C'est quelqu'un qui enregistre tout ce que... enfin ça, c'est plutôt aux anciens médecins de famille qu'on avait dans le temps, mais c'est quelque chose qui n'existe plus... Voilà, c'est quelqu'un qui vous connaît, qui... quand il vous parle, il sait très bien que vous avez une pathologie, même s'ils ont l'ordinateur pour le leur rappeler... (9)

Une autre femme a exprimé ci-dessous son souhait de pouvoir entretenir une relation moins formelle avec son médecin :

Alors, un médecin traitant, moi, je l'assimile à l'ancienne notion de médecin de famille. C'est un médecin qui est référent, qui va pouvoir traiter les affections les plus faciles/bénignes. Enfin, faciles, ce n'est pas un mot gentil, mais les plus bénignes. Et qui saura nous rediriger vers les bonnes personnes en cas de souci. Mais qui également connaîtra peut-être notre vie, notre mode de vie et qui sera à même de nous connaître un petit peu et de pouvoir jauger des choses à faire.

C'est-à-dire aussi quelqu'un qui suit votre parcours, c'est ça ?

Voilà, avec une relation un peu plus personnelle, on va dire. (21)

Nous avons montré dans les parties 1 et 2 que, selon les professionnels de santé, il y a des patients qui s'adressent aux urgences pour des motifs qui ne sont pas légitimes. Et cela est peut-être vrai. À ces patients, il faudrait néanmoins proposer un travail d'éducation qui, selon les médecins, pourrait les aider à mieux distinguer les motifs légitimes de ceux qui ne le sont pas. À ce titre, il ne faut pas oublier l'ambiguïté de la notion de demande légitime (cela a été largement discuté dans ce rapport). Dans cette partie sur les représentations des usagers autour du médecin traitant, les

données recueillies ont montré quelques points de faiblesse dans la relation entre les patients et les médecins traitants. On pourrait même supposer que si pour certains patients le médecin occupe une place centrale dans leur vie, pour d'autres, il n'a qu'un rôle accessoire. Par conséquent, ces personnes seraient peut-être plus susceptibles de s'adresser aux urgences si elles ressentent le besoin d'une consultation rapide, cela n'étant pour le moment qu'une hypothèse à développer.

En résumé

→ Face à la non-régulation de la médecine en ville, la pénurie et l'indisponibilité des médecins, le choix d'un médecin traitant est devenu une affaire compliquée, car il ne s'agit pas proprement d'un choix, les usagers sont contraints d'accepter le premier venant, notamment lors d'un problème de santé qui surgit de façon inopinée. Cela pose un vrai problème, car l'efficacité des traitements dépend beaucoup de la qualité du lien établi entre le médecin et le patient. Le parcours qui mène plusieurs usagers au médecin est souvent le même : rendez-vous par Doctolib et ensuite c'est la prise de rendez-vous. Le « feeling » et les avis publiés par les autres usagers sur Google constituent les critères de sélection les plus utilisés (après l'identification et la vérification du secteur auquel appartient le médecin, et parfois, de ses titres et diplômes). Pendant la consultation, des critères comme la ponctualité, l'intérêt et l'efficacité sont pris en considération pour assurer le retour du patient au cabinet médical. Cependant, lorsqu'il s'agit des territoires marqués par la désertification médicale, le choix se restreint. Il devient difficile pour l'usager de se confier, d'autant plus que les approches thérapeutiques peuvent être différentes les unes des autres. La relation est subie alors par le patient comme quelque chose de difficile à vivre, car certains aspects de sa vie, de sa personnalité ne seront peut-être pas chaleureusement accueillis par le médecin remplaçant. Quoi qu'il en soit, la situation démographique du territoire fait que les usagers ont compris que leurs médecins n'ont pas le temps et qu'ils ne sont pas disponibles comme auparavant. L'expérience vécue auprès des secrétariats des cabinets ou des structures de soins, voire auprès de son médecin ou d'un nouveau médecin sur le territoire, amène les usagers à conclure rapidement qu'ils sont surchargés. Les usagers de leur côté essaient de mettre en place un système de débrouille lorsqu'ils ne trouvent pas de réponses à leurs besoins en santé. Pour ces personnes dont la rationalité instrumentale prend le dessus, le rôle du médecin traitant n'a pas de sens, il s'agit de personnes pour qui la finalité du rendez-vous est plus importante que la qualité de la relation entretenue avec celui-ci. Par conséquent, n'importe quel médecin peut assurer ce rôle. En effet, en l'absence de réponses, ils sont poussés par le système de santé à instrumentaliser leurs relations pour atteindre leurs objectifs. Par ailleurs, si d'un côté on pouvait leur reprocher de mettre en place des stratégies pour atteindre leurs buts, de façon à mettre leurs propres intérêts en avant et au détriment de la collectivité, d'un autre côté, c'est en s'appuyant sur ce type de rationalité que certains arrivent à identifier et explorer les ressources de leur territoire, à utiliser ces ressources selon leurs besoins, et de la meilleure façon possible (sans perdre trop de temps, sans se faire « balader » sur le territoire à la recherche de solutions, en ayant une

vision claire des ressources à explorer et où s'adresser pour obtenir les solutions envisagées). Est-ce que tout cela, au bout du compte, ne les rend pas acteurs de leur santé ? Ce qui résume la logique altruiste, c'est le besoin d'attachement. Ces personnes veulent établir un lien plus profond avec leur médecin traitant, qui serait altruiste, parce que fondé sur un besoin autre que celui d'apporter une solution aux besoins immédiats (administratifs ou médicaux). Autrement dit, il s'agit d'un besoin d'avoir une relation désintéressée avec son médecin, caractérisée par l'indulgence, l'attention et la compréhension réciproques. Il est essentiel pour les personnes les plus altruistes qu'il soit à l'écoute, qu'il prenne en compte les événements de la vie et les souffrances psychologiques. L'importance accordée au médecin traitant est très variable, mais il y a des situations où il occupe une place centrale dans la vie du patient. Beaucoup d'utilisateurs souhaitent le retour du médecin de famille pour entretenir avec lui le partage de leur vie intime dans le sens le plus large, c'est-à-dire non seulement de leurs problèmes de santé (physiques, psychologiques), mais aussi de tout ce qui concerne leur vie privée.

Chapitre 18 : La notion médicale de soins non programmés ne trouve pas d'écho chez les usagers

18.1 La notion de soins primaires reste assez floue :

Avant de demander à nos interviewés ce qu'ils comprennent par la notion de soins non programmés, nous avons essayé de vérifier quel est le sens qu'ils attribuent à la notion de soins primaires. Toutefois, toutes les personnes interrogées ont reconnu, au cours de l'entretien, qu'elles n'étaient pas familières avec cette expression. La structure de l'accès aux soins en France peut évidemment expliquer ce phénomène. Contrairement à d'autres pays européens, cet accès est libre : les usagers peuvent donc choisir le type de professionnel ou de structure sans passer obligatoirement par un acteur intermédiaire qui ferait un premier tri pour mieux cerner la nature du besoin exprimé par l'utilisateur. Dans l'imaginaire social des usagers, la porte d'entrée du système de santé en ville n'est pas la structure de soins, c'est le professionnel de santé qui demeure le point de repère pour une bonne partie des usagers. Les structures de soins primaires constituent une référence pour un groupe minoritaire de personnes. Le cadre de l'entretien a servi comme espace de réflexion sur les soins primaires, les structures de soins et les soins non programmés. Comme il est possible de le voir dans l'extrait de l'entretien suivant, un homme a essayé de donner une définition à la notion de soins primaires, mais après avoir ébauché une idée à ce propos, il a conclu qu'il n'avait pas suffisamment de connaissances sur ce sujet :

Oui, oui, pour moi, il y a des soins primaires, je n'ai pas la définition exacte, mais pour moi c'est des soins que tout le monde a besoin en fait. Par exemple, les yeux, tout ce qui est vue, les dents aussi, tout ce qui est peau, ce sont des soins primaires, parce que tout le monde peut être concerné par un problème lié à ces parties du corps.

Donc c'est plus par organe pour toi, tu vois plus ça en mode fonctionnement d'organe.

Non, je sais pas ce que c'est les soins primaires. (15)

18.2 Une méconnaissance de la notion de soins non programmés :

Par ailleurs, la notion de soins non programmés est également méconnue des usagers. Nous avons sélectionné dans le cadre de l'analyse des données quelques entretiens qui résument la façon dont les usagers se positionnent par rapport à cette notion. Ces extraits montrent qu'ils n'avaient jamais entendu parler de cette expression avant l'entretien et, par conséquent, n'avaient jamais réfléchi à ce sujet avant notre rencontre. Le cadre de l'entretien a été propice pour l'introduire dans le sujet, pour qu'elle devienne familière, et pour qu'ils se l'approprient. Un homme, père de deux enfants, se souvient lors de l'entretien avoir entendu cette expression au sein de la structure de soins primaires où il se fait consulter. Lors de ses premières consultations, quand il venait pour un problème de santé de l'un de ses enfants, sans avoir pris rendez-vous, la secrétaire lui faisait comprendre qu'il ne pouvait pas être reçu, car le rendez-vous n'était pas prévu. C'est à ce moment-là qu'il a retenu des expressions proches de soins non programmés, gravées pour toujours dans sa mémoire :

Alors, est-ce que vous avez déjà entendu cette expression : « soins non programmés » ou « demandes non programmées de soins » ? Est-ce que vous avez déjà entendu ça quelque part ?

Pas en soi, l'expression, mais parfois, je me rappelle ici au début, quand on a appelé la secrétaire, on nous disait « oui, mais monsieur, vous saviez que ce n'était pas prévu/programmé ». On nous disait « on n'a pas de place, il faut prendre le rendez-vous bien assez tôt ». Oui, mais l'enfant est malade aujourd'hui. « Ce n'était pas prévu » qu'on nous disait. Ça va en ce sens, mais ce n'est pas vraiment l'expression en telle. Mais on nous disait « mais ce n'était pas prévu ». L'enfant est malade, là, vous vous accrochez un peu et vous décidez d'aller aux urgences. (5)

D'après les souvenirs d'une femme enseignante qui habite le 93, c'est plutôt l'expression « soins déprogrammés » qu'elle avait entendue, probablement dans la période Covid, où beaucoup de soins ont été déprogrammés :

Est-ce que tu as déjà entendu parler de soins non programmés ? Ce n'est pas un concept qu'on utilise souvent donc est ce que tu as déjà entendu parler de ça ?

De soins déprogrammés oui, mais non programmés, non. (26)

En effet, c'était au moment de l'entretien où on demandait aux interviewés de relater les structures de soins auxquelles ils se sont adressés pour obtenir une réponse lors d'un soin non programmé qu'ils se rendaient compte de leur manque de connaissances sur ce sujet :

D'accord, ça marche. Du coup pour des soins non programmés, tu t'es adressé à quelles personnes ou structures, on va dire, dans le passé ?

Après, je n'ai pas la définition exacte des soins non programmés, mais... (15)

Comme nous l'avons mentionné, il est possible de multiplier à l'infini les exemples de personnes interrogées qui n'ont aucune idée de ce qu'est un soin non programmé. Tout amène à croire que cette expression est réservée aux professionnels de santé. La participation des usagers aux débats qui pourraient en découler est exclue par manque de connaissances :

Alors, puisqu'on est... Le thème de la recherche, ce sont les soins non programmés. Qu'est-ce que c'est pour vous, une demande de soins non programmés ? Est-ce que vous avez déjà réfléchi ou pas à cette question ? Non, je ne sais pas. Pour moi, non programmé, non, je ne sais pas. Je ne sais même pas quoi vous répondre. (23)

Voici ci-dessous un dernier exemple qui montre combien les usagers sont loin de connaître le contenu de cette expression :

Est-ce que vous en avez déjà entendu parler ?

Non, pas vraiment, non.

On va en parler. À part ici entre nous dans le cadre de l'entretien, ce n'est pas quelque chose qu'on aborde souvent, c'est ça ?

Non, non, pas vraiment, non. (21)

Si d'une part la dame ci-dessous ne connaît pas la notion de soins non programmés, d'autre part, elle relate un épisode dans lequel elle s'est adressée aux urgences pour soigner un traumatisme sur son pied, dans le cadre d'une demande de soins non programmés.

Si la notion ne trouve pas d'écho chez les usagers, ce n'est pas qu'ils n'ont jamais été confrontés à une demande de ce genre :

Vous me demandez si j'en ai entendu parler ? Euh... mais il y a que ça comme terme employé ?

Oui, soin non programmé, oui.

J'ai dû sûrement lire ça un jour, mais là tout de suite, ça ne me parle pas beaucoup.

D'accord. Mais par expérience, est-ce que ça vous est déjà arrivé ce genre de chose ? Un soin pour lequel on ne peut pas attendre et où il faut consulter un médecin ?

Bah, je vous dis, à part d'aller aux urgences un jour pour mon pied, euh, sinon, bah, jusqu'alors, non. C'est bête, mais non. C'est le réflexe de beaucoup de personnes, mais non, pour moi, actuellement, non. (7)

Les entretiens ont montré qu'une demande de soins non programmés est tout simplement perçue par la plupart des usagers comme une nécessité de voir un médecin rapidement, quels que soient leurs motifs. D'une façon générale, ils sont très satisfaits quand ils ne trouvent pas de barrière pour avoir un rendez-vous. La femme ci-dessous se réjouit d'avoir trouvé, au bout d'un certain temps, une structure qui la reçoit rapidement que ce soit pour un problème de santé ou une question administrative :

Ça vous est arrivé déjà ?

Oui.

Et comment ça a été, comment ça se passait ? Vous pouvez me raconter en fait ?

Souvent... Ici, il n'y a pas de problème, parce que moi, ça m'est arrivé pour ma belle-fille, on a appelé, on a eu un rendez-vous assez rapidement dans la journée si je me souviens bien, mais antérieurement, c'était toujours compliqué.

On ne pouvait pas avoir un rendez-vous tout de suite.

La gamine a été obligée de manquer l'école. Moi, c'est pareil pour mon travail, j'ai besoin d'un arrêt de travail, c'est clair. Je ne peux pas épuiser toutes mes vacances parce que je suis malade. (9)

Dans cette partie, nous avons montré que la notion de soins non programmés reste pour le moment une notion réservée aux professionnels de santé et que malgré cela, tous les usagers ont été confrontés à une demande de soins non programmés. Dans le chapitre suivant, nous allons analyser les représentations des usagers de l'existence et de la disponibilité des structures sur leur territoire.

18.3 Une méconnaissance totale des structures de soins non programmés :

D'une façon générale, pour le moment, les CPTS, les maisons de santé et les centres de santé ne sont pas totalement connus au sein du territoire. Comme pour la femme ci-dessous, ils ne savent pas de quoi nous parlons en réalité quand nous parlons de ces sujets :

D'accord. Alors, je vais poser une question, est-ce que vous avez déjà entendu parler des soins non programmés ? Parce que c'est le thème de notre recherche.

Non. Non, pas vraiment.

Qu'est-ce que vous connaissez de votre territoire ? Le territoire où vous habitez ?

Bah rien, hormis ce que je connais. Mais mon environnement... non, je ne connais pas. **C'est-à-dire d'autres médecins. Je vais vous parler de maisons de santé, CPTS, il y a plein de structures, d'organismes. Est-ce que vous avez une connaissance de cette offre ?**

Non, pas vraiment. (25)

Malgré cela, nous avons rencontré quelques usagers dans des centres et maisons de santé qui, même s'ils ne savaient pas si la structure en l'occurrence était un centre de santé ou une maison de santé, se montraient très satisfaits par rapport à la disponibilité des plages horaires pour répondre à leurs demandes de soins urgents :

Qu'est-ce que vous faites quand vous avez un questionnaire sur votre santé, mais qui ne peut pas attendre ? C'est-à-dire quelque chose que vous ressentez comme urgent ? Je vais prendre rendez-vous directement. Généralement, ici, tous les 8 h 15, on appelle pour des rendez-vous dans la journée pour avoir une consultation urgente. Jusqu'à présent, j'en ai toujours eu. Même à la dernière seconde, on me trouve un horaire, en fin d'après-midi, fin de matinée. On me trouve un rendez-vous et c'est ça qui est au top parce que malgré le rush qu'il y a de personnes qui défilent, ils arrivent toujours à avoir une petite place de secours. Ils ont une bonne organisation, au niveau rapidité, c'est fluide, ce qui est bien. (6)

18.4 Une insatisfaction par rapport à l'inexistence des soins et à l'indisponibilité des médecins :

Les représentations des usagers sur l'offre de soins non programmés disponible sur leur territoire sont très variées, mais en général, elles s'articulent entre deux pôles : le premier regroupe des représentations qui prônent le manque de médecins, le deuxième regroupe les représentations sur la disponibilité des médecins. Analysons donc les extraits que nous avons sélectionnés sur ce sujet. L'homme ci-dessous se dit chanceux d'avoir découvert une maison de santé qui se trouve proche de son domicile, où il a des rendez-vous dans un délai qu'il estime raisonnable. Il remarque, néanmoins, qu'à cause du manque de médecins sur le territoire, ses voisins, ou voisines, n'ont pas eu la même chance que lui :

Il n'y a pas que moi. Mais, quand je rencontre des familles, des voisins, des voisines, en tout cas, tout le monde se plaint qu'il n'y a pas assez de médecins. Et nous, je dois avouer que c'est une exception parce qu'on est ici depuis un moment. Et on nous prend de temps en temps. En tout cas, c'est rare qu'on l'appelle ici et qu'il n'y ait pas de place. (5)

La femme ci-dessous pense également qu'il y a une pénurie de médecins généralistes sur son territoire. En outre, elle regrette de devoir aller à l'hôpital pour trouver quelques spécialités :

Plus d'implantations de médecins en cabinet en ville. On manque beaucoup de praticiens en ville. Je pense que ce n'est pas normal de devoir aller à l'hôpital pour aller trouver des spécialistes. Il y a quelques années on avait quand même des dermatologues, des gynécologues à proximité, plus ça va, plus il y en a moins. D'ailleurs, nous, là, dans le 77, je crois qu'il y a plus du tout de dermatologues en cabinet. Les gynécologues dans le coin, il n'y en a pas, il n'y a que des sages-femmes en cabinet qui continuent leur pratique, mais voilà, on manque cruellement de spécialistes et de généralistes en ville. (24)

Une femme âgée qui vit dans le même département francilien nous a dit qu'elle a dû chercher un nouveau médecin sur le territoire pour obtenir une ordonnance et suivre le traitement préconisé par son cardiologue. Si elle a dû recourir à un nouveau médecin traitant pour l'obtenir, c'était parce que le sien (qui d'ailleurs venait de s'y installer) est parti du jour au lendemain. Dans les

paragraphes suivants, nous avons souligné l'expérience vécue par cette dame tel qu'elle nous l'a décrite :

Alors, en ce moment, j'ai un cardiologue qui m'a demandé de prendre un anti... contre la tension et contre le cholestérol. Il m'a fait une prescription. Donc la prescription a été épuisée. J'ai vu un médecin, en plus, c'est un médecin que je ne connaissais pas parce que mon médecin traitant... C'était un nouveau médecin traitant depuis un an ou un an et demi, et elle est partie sans tambour ni trompette. [...] Sans un mot, rien. Et il y a plein de gens dans la région parce que c'était à P. donc à P., avant, il y avait un médecin qui a fini d'exercer. Celle-ci s'est installée donc, les gens étaient contents parce qu'avant ils allaient avoir un médecin traitant... Bon, quelques-uns à Ferrières, beaucoup à Bussy, quelques-uns à... Enfin, bon, chacun allait... Et donc là, ça... (20)

Comme indiqué précédemment, les usagers sont insatisfaits du fait que quelques médecins ne sont pas disponibles. Ils savent que c'est pour cette raison qu'ils n'arrivent pas à prendre rendez-vous avec eux. Les propos d'une femme qui vit dans un département francilien sont assez clairs. Depuis le Covid, il y a des structures de soins qui se développent partout. Selon elle, le problème majeur, c'est la disponibilité des médecins :

Je pense qu'on est bien desservi, on a un hôpital juste à côté. On a un cabinet médical, il y a des structures qui se développent partout. On l'a vu pendant le Covid. Après, c'est qu'il y est de la disponibilité, c'est autre chose. Mais je pense qu'on est bien desservi. (20)

Une autre femme affirme qu'elle est assez impressionnée par le fait que les médecins soient indisponibles et par le délai d'attente sur son territoire :

Et ça, c'est dû au manque de médecins sur le territoire. **Vous trouvez que ça manque de médecins? C'était juste quelque chose qui s'est passé, voilà...** Je ne crois pas que ce soit... Enfin bon, c'est mon sentiment. Je ne crois pas qu'il y ait un manque de médecins. Ce qui peut manquer, c'est leur disponibilité. C'est-à-dire, vous avez un truc, mais pas au point d'aller à l'hôpital. Ça peut être quatre, cinq ou six jours d'attente pour avoir un rendez-vous. Donc souvent cinq, six jours, si c'est bénin, ça se termine tout seul. (20)

Compte tenu des temps d'attente, beaucoup d'usagers renoncent à demander un rendez-vous à un médecin traitant :

Bah, je fais comme j'ai fait l'autre jour. Ben, je me couche, je me mets au lit, j'attends que ça passe. Et puis, si je ne vomis pas, c'est bon, je reste comme ça, je m'allonge ou je me fais une petite tisane pour faire digérer

si je la vomis pas. Mais je m'allonge. Voilà, au repos, on est mieux quelquefois.

Oui, et vous n'allez pas appeler un service ? Pas forcément ? Vous préférez supporter ?

Pas forcément, oui, me connaissant, oui, peut-être que je verrai le médecin, enfin dès que j'ai un rendez-vous, parce que maintenant, avoir des rendez-vous le lendemain, faut plus y compter. (7)

18.5 La grande difficulté : où obtenir un conseil ?

Selon de nombreux interviewés, la grande difficulté lorsqu'ils sont confrontés à un problème de santé qui surgit de façon inopinée est celle de savoir où obtenir un conseil qui leur permettrait de prendre les décisions les plus appropriées concernant leurs problèmes de santé. Parmi les personnes interrogées, seule une mère de 3 enfants nous a confié qu'elle appelait le SAMU dans les moments de doute, où elle ne savait pas quoi faire :

Et alors je m'étais posé une question, par exemple si très tard dans la nuit, samedi soir, l'un des enfants commence à vomir et avoir de la fièvre, qu'est-ce que tu fais à ce moment-là ?

J'appelle le SAMU.

Sans réfléchir, c'est le SAMU ?

Oui, d'abord parce qu'il y a un médecin régulateur au téléphone et qu'après c'est eux qui évaluent de façon assez pragmatique ce qu'on doit faire, quoi. Pour avoir un avis médical, et après savoir si je peux attendre ou pas en fait. Si je dois aller à l'hôpital, si je peux attendre ou si j'appelle SOS Médecins... Après, SOS Médecins fonctionne aussi, notamment pour les enfants. (26)

18.6 Le SAMU et SOS Médecins restent la référence :

D'une façon générale, les urgences restent une référence lorsque les usagers sont confrontés à un problème de santé qui a lieu pendant la nuit. Dans l'exemple suivant, une femme n'hésite pas à s'adresser aux urgences pendant la nuit :

Si vous êtes au milieu de la nuit, à 3 heures de la nuit, vous vomissez, vous avez vraiment mal au ventre, qu'est-ce que vous faites à ce moment-là ? À qui vous allez vous adresser ?

Je pense qu'on va aux urgences.

Aux urgences. Et si un jour vous vous levez et vous avez mal au dos, très mal au dos, vous n'arrivez pas à vous mettre debout, qu'est-ce que vous faites à ce moment-là ?

Là, je pense que j'appelle SOS Médecins à domicile.

Donc, pour vous, les références, c'est les urgences et SOS Médecins quand ça arrive tard le soir, d'accord. Est-ce que ça vous est déjà arrivé d'avoir des problèmes de ce type ?

Alors ça m'est arrivé pour ma fille. Plus petite, elle a fait beaucoup de fièvre, très, très forte, pareil, avec vomissements tout ça, à 2 h du matin, elle se plaignait vraiment, elle avait mal partout et là, oui, on a fait les urgences. Les dernières urgences, ça devait être ça. Elle devait avoir huit mois et on avait fait les urgences en pleine nuit. **(24)**

L'homme ci-dessous affirme que c'est le degré de souffrance qui le dirigera vers le SAMU. Seulement, si la douleur est moins intense, communiquera-t-il avec son médecin traitant :

C'est la nuit, il est 3 h du matin, tu as très mal au ventre, qu'est-ce que tu fais ?

Après, très, très mal, oui, ça m'est déjà arrivé d'avoir mal au ventre, mais si c'est vraiment une douleur très intense, oui, j'appelle le SAMU.

Et si c'est le matin et qu'il est 10 heures ?

Si c'est très intense, pareil, SAMU. Si je peux me déplacer, oui, je me déplace, mais si je ne peux pas me déplacer, oui, c'est SAMU.

D'accord, et si tu peux te déplacer ? J'essaye d'appeler peut-être un ou deux numéros, ça dépend vraiment de l'intensité de la douleur en fait. Si vraiment j'ai quand même très mal, je vais directement à l'hôpital par moi-même.

Et les numéros, ça serait des numéros de quels professionnels ?

Peut-être un généraliste. **(15)**

À part le SAMU, un autre acteur souvent cité pendant les entretiens, c'est SOS Médecins. Lorsqu'une femme s'exprime sur l'existence des structures qui seraient susceptibles de répondre aux demandes de soins non programmés sur son territoire, elle se réfère d'abord à une nouvelle structure qui se trouve en face de l'hôpital, mais qui pour l'instant n'est pas ouverte. Sinon, les urgences et SOS Médecins restent toujours les seules références concernant les soins non programmés :

Alors modérément. Je sais qu'il y a des choses qui se montent en ce moment, notamment en face de l'hôpital de J., actuellement, je crois que ça va ouvrir le deuxième trimestre 2022. Mais hormis SOS Médecins, les urgences et ce nouveau lieu qui pourra, je pense, aider beaucoup, je n'ai pas d'autres connaissances sur l'offre. (21)

Dans l'exemple ci-dessous, c'est un sentiment d'angoisse qui a amené une femme de 63 ans à appeler SOS Médecins pendant la nuit :

D'accord, mais vous m'avez dit que vous n'allez pas appeler un service de nuit. C'est parce que vous ne connaissez pas ? Parce que vous n'osez pas ?

Ça m'est déjà arrivé dans le temps d'appeler SOS Médecins.

Ah, SOS Médecins, d'accord.

Avant, avant, c'était avant. Eh oui, parce que j'avais le cœur qui s'emballait. La tachycardie, vous savez, sûrement des contrariétés ou je ne sais pas, et j'ai eu peur. Je me suis un peu angoissée, j'étais angoissée, et il y a quelqu'un qui est venu, tout ça. Il m'avait auscultée, m'avait pris le cœur aussi, là. Eh bien, non, c'était surtout des angoisses et puis voilà, voilà. Mais j'ai fait appeler quelqu'un.

Donc c'était une fois, deux fois ?

Une fois ou deux. Mais c'était encore bien avant. (?)

Quelques personnes s'adresseraient pendant la nuit à SOS Médecins et, pendant la journée, si la douleur est trop intense, elles appelleraient d'abord SOS Médecins et ensuite le médecin traitant :

Dans la nuit, j'appellerais SOS Médecins, je pense. Si c'est ce type de symptôme, j'appellerais SOS Médecins.

D'accord, et dans la journée, par exemple, vous vous levez et vous avez mal au dos, vous êtes bloqué, comment vous faites ? Vous ne pouvez pas aller travailler par exemple. Vous êtes empêché d'aller travailler tellement ça fait mal.

J'appellerais mon médecin traitant.

D'accord, parce qu'il a des plages, c'est ça. Et le week-end, si c'est samedi ou dimanche, c'est pareil, c'est SOS Médecins ou... ?

Si vraiment c'est très compliqué, etc., ça peut être SOS Médecins effectivement. Sinon j'attendrais le lundi pour aller voir le médecin. (21)

Les usagers ne connaissent pas les structures de soins qui sont présentes au sein de leur territoire, ils ont comme référence le SAMU et les urgences comme les endroits susceptibles de recevoir leurs demandes de soins urgents. Ils ne savent pas où trouver les

informations sur d'autres structures disponibles sur le territoire.
Telle est la situation d'une mère qui vit avec ses enfants dans le 77 :

Mais est-ce que vous connaissez ces structures sur le territoire ?

Non, du tout. Je n'ai pas ces informations-là. Je ne sais même pas où je pourrais les trouver. **Et est-ce que vous êtes déjà allée aux urgences ?**

Une fois pour ma fille, mais suite à un passage de SOS Médecins à la maison. **Ah, d'accord, donc c'est lui qui vous a dit d'y aller ? Il faut y aller.** Oui, c'était pour une appendicite. En fait, je ne sais plus comment on appelle ça, celle qui est aiguë ou je ne sais pas quoi. C'est la seule fois. Sinon, non, je n'y vais pas d'instinct. **(23)**

18.7 En l'absence de la famille, il faut appeler les pompiers :

Les personnes âgées se tournent souvent vers la famille pour demander de l'aide. Cependant, il est très probable qu'en semaine, tout le monde soit indisponible et très occupé. Une femme que nous avons interrogée nous a dit que si ses proches ne pouvaient pas l'aider, elle téléphonerait probablement aux pompiers :

C'est la nuit, le vendredi à 3 heures du matin, t'as mal au ventre, qu'est ce que tu fais ?

J'essaie de me calmer, je respire, je vois si ça continue ou pas. Et là, j'appelle ma famille peut-être, enfin quelqu'un sur qui je sais pouvoir compter. Et puis sinon, s'il n'y a personne, j'appelle les pompiers.

Et si c'était le matin à 10 heures, tu ferais pareil ?

Ben, je pense, puisqu'en plus les personnes en question, elles travaillent. Donc je pense que si je peux, j'irais moi-même toute seule aux urgences, ou sinon, pareil, j'appelle les pompiers.

17 heures le week-end, c'est pareil ?

Pareil, bah, à vrai dire, je ne vois pas ce que je pourrais faire d'autre. **(19)**

18.8 Le sentiment qu'il n'y a rien en intermédiaire :

Le sentiment partagé par beaucoup de personnes que nous avons interrogées, c'est qu'il n'existe pas d'autres solutions que celles qu'ils connaissent déjà. Ainsi, selon l'expression utilisée par l'un des usagers, il n'y a rien en intermédiaire, c'est soit la pharmacie, soit les urgences :

Comment tu évalues la gravité ?

Je sais que si ce n'est pas trop trop grave, je sais que de toute façon, les structures actuelles françaises font qu'on est obligé de passer par le pharmacien. De toute façon, il n'y a pas 50 000 solutions. C'est soit le pharmacien, soit le médecin pharmacien, soit les urgences puisqu'il n'y a rien en intermédiaire.

On n'a pas 5000 solutions, soit pharmacie, soit urgences. (17)

Le sentiment qu'il n'y a pas beaucoup de solutions et que de toute façon rien n'est garanti en termes de prise en charge d'un soin non programmé amène certains usagers à ironiser sur leur propre sort. Une femme dit avec beaucoup d'humour ce qu'elle aurait fait si quelque chose lui arrivait aux heures où les établissements de soins sont fermés :

Et qu'est-ce que tu fais quand les services de soins ne sont pas disponibles le week-end, la nuit, pendant les vacances ? En vacances, par exemple, qu'est-ce que tu fais ?

Je fais des prières, je mets des bougies, des incantations, voilà.

Oui. (rires)

Il n'y a pas trop de solutions à vrai dire. Je chante, j'appelle l'intervention des dieux bénéfiques. (19)

18.9. La maison médicale : une solution méconnue des usagers

Parmi les personnes interviewées, seules deux d'entre elles ont parlé d'une maison médicale comme alternative à SOS Médecins et aux urgences. Ainsi, si nécessaire, elles seraient prêtes à aller à l'hôpital pour avoir accès à ce type de structure :

Tu connais les structures de soins non programmés ? Maintenant que tu sais ce que c'est, alors tu as parlé de SOS Médecins.

À A., on a la maison médicale qui est associée à l'hôpital, qui ne va pas être les urgences, mais du coup qui va avoir des médecins sans rendez-vous non-stop, quoi, jour et nuit.

Très bien, donc, tu connais ça, et tu sais que tu peux compter sur ça.

Si vraiment il y a un gros problème, oui, c'est dans l'hôpital B. en fait.

(26)

Dans les représentations des usagers qui connaissent les maisons médicales, il n'y a pas suffisamment de structures de ce type sur leur territoire. Selon une femme interviewée, cela est déplorable :

À part, le SAMU, que vous aviez cité tout à l'heure, pour vous amener aux urgences...

Les pompiers. **Les pompiers. Et puis, après, où peut-on se diriger ? Ce n'est pas grave si vous ne connaissez pas...** Les maisons médicales. Par ici, il n'y en a pas beaucoup. Il y en a une qui vient d'ouvrir à Lagny. Mais ce n'est pas trop notre secteur, enfin pour faire les courses, mais pas pour se faire soigner. Je sais que la maire ici parle d'en ouvrir une, mais pour l'instant, ce n'est pas le cas. Le médecin chez qui j'allais à P., c'était une maison médicale. Il y a une psychologue. Il y a trois personnes, enfin plus que deux maintenant. **(20)**

18.10 La nécessité d'un acteur pour obtenir un conseil lors d'une demande de soins non programmés

Le besoin d'un acteur pour mieux réguler l'offre et obtenir un conseil est ressenti pour quelques usagers qui aimeraient par exemple avoir accès à des structures qui seraient disponibles à des horaires extensibles. Voici ci-dessous ce que dit une patiente chronique à ce propos :

Alors, je pense que dans le cadre des soins non programmés, que ce soit pour les urgences que je qualifierais de vitales ou accidentelles, pour moi, les urgences restent quand même la référence. Mais je pense que si on pouvait avoir des maisons de santé ouvertes, alors je ne dirais pas 24 h sur 24, c'est compliqué quand même, mais un peu plus disponibles pour délester les urgences, ça régulerait très certainement l'accès aux urgences pour être tout autant pris en charge en non programmé. Je pense à un genre de maison de santé d'urgence, des maisons de santé, c'est-à-dire pas une urgence vitale, mais une urgence : un enfant qui

est malade qui a 40 de fièvre ou ce genre de chose, ce serait possible par exemple.

Ou un accident domestique par exemple.

Vous auriez, je ne sais pas, quelques médecins, une ou deux infirmières, je suis sûr que déjà ça délesterait énormément. (21)

18.11 Les soins non programmés ont mis en lumière d'anciennes problématiques d'accès aux soins :

En ce qui concerne les soins non programmés, l'accès aux structures et professionnels de santé en soins primaires représente un véritable problème pour quelques usagers du système de santé. Les données analysées montrent que le problème d'accès se pose, en particulier, à cause du manque de médecins, d'un manque de connaissances du territoire et d'informations sur l'existence et les horaires d'ouverture des structures de soins et notamment une difficulté pour se déplacer vers celles-ci. Dans tous les cas, tel est le ressenti des usagers. Le problème des soins non programmés a donc contribué à mettre en lumière ces difficultés en termes d'accès aux soins, qui remontent à quelques années. Ensuite, il y a également le temps d'attente qui représente également une difficulté pour accéder aux soins et, dans certains cas, un motif pour renoncer à ces derniers. De plus, le vieux problème des difficultés financières pour accéder à certains soins, comme les soins dentaires, demeure un problème important pour certains usagers qui renoncent à ces types de soins qui arrivent souvent de façon inopinée. Dans le passage suivant, une femme décrit comment elle perçoit la pénurie de médecins sur son territoire :

Oh oui, il y a un manque, c'est certain. Là, le médecin traitant qu'on a, elle ne consulte que le lundi, mardi, jeudi et vendredi de 8 h à 16 h 45. Je suis enseignante donc à part les vacances scolaires, je ne peux pas aller consulter.

C'est très compliqué, c'est vrai.

Compliqué. En dans le coin, en fait, les médecins ne prennent plus de nouveaux patients, donc on ne pourrait même pas essayer d'aller voir un autre médecin. Là, elle va certainement partir en retraite dans les cinq ans à venir, je pense. Je ne sais pas si le cabinet va être repris, sinon je ne sais pas comment on aura un suivi derrière.

Il n'y a pas de maisons de santé, des centres de santé ?

Il y a un pôle médical dans la ville juste à côté. Il y avait quatre médecins. Il y en a trois qui sont partis en retraite. Il n'en reste plus qu'un et ça n'a pas été repris. Et il va bientôt partir en retraite aussi lui, donc... (24)

Comme cela a été démontré maintes fois dans ce rapport, le temps d'attente pose un problème d'accès aux soins qui s'aggrave lors d'un problème de santé qui arrive de façon non inopinée. Voici ci-dessous un autre exemple qui met en avant les difficultés des usagers à trouver un rendez-vous dans un délai raisonnable :

Et à ce moment-là, vous aviez un médecin traitant. Et pourquoi vous ne l'avez pas contacté ?

Parce que mon médecin traitant, il faut appeler Doctolib et vous avez rendez-vous dans trois semaines, quatre semaines. [...] Oui, c'est ça. L'autre jour, j'avais besoin d'un rendez-vous, par Doctolib, c'était plus d'un mois et demi d'attente.

Femme, 70 ans, directrice d'EHPAD retraitée, a un Master, 2 enfants, vit seule dans le 77, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant. (1)

Un couple (Y et X) nous a raconté combien ils ont souffert en attendant les soins dont le mari avait besoin dans le cadre d'un traitement pour sa leucémie :

X : Les spécialistes, c'est un peu compliqué quand même ! **Y :** Oui, c'est long. Oui, j'ai dit ça. **X :** C'est plus que long ! Des fois, c'est 4-5 mois, c'est plus que long. **Y :** Si, j'avais eu une expérience... C'était déjà mes hanches ou mon dos, je ne sais plus ce que c'était. On m'avait conseillé un centre antidouleur et là aussi, ça a été long. J'avais attendu quatre mois pour avoir un rendez-vous. **Et en attendant, vous avez souffert ?** **Y :** Oui. Jusqu'au jour du rendez-vous. C'est ça, c'est compliqué quand on ne trouve pas de rendez-vous tout de suite. (20)

Les difficultés de déplacement sont également évoquées par les usagers, notamment les plus âgés, ceux atteints de maladies chroniques et ceux qui sont seuls, et ne sont pas véhiculés. Outre la méconnaissance du territoire, un problème d'accès se pose aux structures qui pourraient recevoir ces personnes lors d'un besoin de soin non programmé :

J'ai appris, vous voyez, elle le dit la dame quand on appelle, on fait le numéro du cabinet et elle le dit au bout d'un moment, quand il y a le répondeur, ils disent qu'après 20 heures, il y a un service d'urgences à A., dans une maison là-bas à A., qui assure, vous voyez, souvent toute la nuit à partir de 20 heures. Et ça, je ne le savais pas, mais il faut encore aller là-bas.

Oui, c'est ce que j'allais vous demander, vous avez une voiture pour vous déplacer ?

Oui, mais même, il y a des cas où on ne peut pas, hein.

C'est ça qui est compliqué, hein.

Oh oui, c'est compliqué.

Parce que c'est loin quand même quand on se sent mal, ça fait un déplacement.

Ou alors il faut que quelqu'un nous emmène, mais c'est pareil.

Oui, ça, c'est une situation compliquée.

Il y a des moments de la vie où c'est compliqué. (7)

Une autre femme nous a fait part de ses difficultés pour avoir accès à une structure de soins lors d'un besoin de soin non programmé. Atteinte d'une grave maladie, elle n'a pourtant pas accès à la prise en charge d'un taxi par la Sécurité sociale et doit payer son déplacement pour se rendre à une structure de soins, faute de quelqu'un pour l'accompagner :

Moi, je suis véhiculée. Voilà. Donc je prends ma voiture et je me déplace. Et après, si ça me touche personnellement, je n'arrive pas à bouger ou je ne me sens pas de prendre la voiture, moi, je ne vous cache pas, j'appelle un Uber. **D'accord. Bah, c'est une bonne idée. C'est vrai. Ouais, je n'y ai pas pensé, d'accord.** J'ai découvert ça il n'y a pas longtemps. Ce n'est pas quelque chose qui était dans mes habitudes, mais finalement au niveau service, c'est top. Ben **oui, c'est vrai.** C'est un budget, mais c'est un bon budget. (23)

Plusieurs personnes interviewées nous ont fait part de leurs difficultés à trouver un soin qu'elles estiment de qualité proche de leur domicile. En plus des distances kilométriques par rapport au domicile, ce sont les embouteillages qui rendent difficile l'accès aux soins, que ce soit dans le cadre d'un suivi avec un spécialiste ou d'un recours à une structure dans le cadre d'un soin non programmé. Pour donner un exemple de ce genre de situation, nous revenons ainsi au couple de personnes âgées dont le mari est en ALD, et qui a bénéficié d'un remboursement pour le taxi pour se rendre à l'hôpital pour voir son spécialiste. Malgré l'aide proposée par la Sécurité sociale, les hôpitaux choisis par le couple pour le suivi de sa maladie se trouvent à des kilomètres de leur domicile.

Selon les distances, il faut même compter une bonne heure de route pour rencontrer le spécialiste disponible. Dans le cas suivant, les hôpitaux ont été choisis en fonction de leur renommée et pour la disponibilité des médecins. Les déplacements en Île-de-France et à Paris s'expliquent donc par le désir d'avoir accès au meilleur professionnel. Les personnes interviewées ne mesurent pas leurs efforts pour avoir le bon professionnel, au bon moment et au bon endroit :

Et en termes de distance, ça fait beaucoup d'ici ? Alors en kilomètres, ça ne fait pas beaucoup, ça doit faire une petite vingtaine de kilomètres. **Oh, quand même.** Mais, en temps, c'est très aléatoire. Parce que la circulation... Moi, j'en parle avec le sourire. Si c'était lui, il ne vous en parlerait pas avec le sourire, parce qu'il en a assez des embouteillages, bien qu'on sorte peu. Mais bon, par exemple, M., ça peut être 20 minutes s'il n'y a pas de circulation, ça peut être une heure et demie... **1 h et demie !** Ah ben oui, s'il y a des bouchons, parce que là, on a l'A4, je ne sais plus comment elle s'appelle, la Francilienne, enfin bon... c'est... Et, alors B., c'est pire, c'est plus loin, c'est dans le Nord-Ouest parisien, alors que nous, on est plutôt dans le Sud-Est. Et il n'y a pas de parking. Donc tant que le taxi a pu nous emmener, il nous a emmenés. Ce taxi, c'est un ancien papa d'élève, donc on se connaissait bien et il en a plus qu'assez de faire le taxi en région parisienne. Donc il a abandonné le taxi très récemment, là, le mois dernier. **(19)**

Faute d'option, quelques usagers de l'Île-de-France ont intériorisé l'idée que c'est normal de se déplacer en voiture pendant une vingtaine de minutes pour rejoindre la structure de soins la plus proche de leur domicile. Une autre femme parle sans enthousiasme de ses déplacements vers l'hôpital le plus proche :

Ça va être 20 ou 25 minutes maximum.

C'est déjà beaucoup, 25 minutes, ce n'est pas la porte à côté quand même.

En soi, ce n'est pas très, très loin, mais c'est un petit peu embouteillé, quoi.

C'est ça, d'accord.

En soi, on est à douze kilomètres, mais ça fait bien 20 minutes en voiture. **(24)**

En résumé

→ Toutes les personnes interrogées ont reconnu, au cours de l'entretien, qu'elles n'étaient pas familières avec l'expression « soins primaires ». Par ailleurs, la notion de soins non programmés est également méconnue des usagers. Ils n'avaient jamais entendu parler de cette expression avant l'entretien et, par conséquent, n'avaient jamais réfléchi à ce sujet avant notre rencontre. C'était au cours de l'entretien, lorsqu'on leur demandait de relater les structures de soins auxquelles ils s'étaient adressés pour obtenir une réponse lors d'un soin non programmé, qu'ils se rendaient compte de leur manque de connaissances sur ce sujet. Tout amène à croire que cette expression est réservée aux professionnels de santé. La participation des usagers aux débats qui pourraient en découler est exclue par manque de connaissances. Si la notion ne trouve pas d'écho chez les usagers, ce n'est pas qu'ils n'ont jamais été confrontés à une demande de ce genre. Les entretiens ont montré qu'une demande de soins non programmés est tout simplement perçue par la plupart des usagers comme une nécessité de voir un médecin rapidement, quels que soient leurs motifs.

D'une façon générale, pour le moment, les CPTS, les maisons de santé et centres de santé ne sont pas totalement connus au sein du territoire. Les représentations des usagers sur l'offre de soins non programmés disponible sur leur territoire sont très variées, mais en général, elles s'articulent autour de deux pôles : le premier regroupe des représentations qui prônent le manque de médecins, le deuxième regroupe les représentations sur la disponibilité des médecins. Une insatisfaction par rapport à l'inexistence des soins et à l'indisponibilité des médecins : les usagers sont insatisfaits du fait que quelques médecins ne sont pas disponibles. Ils savent que c'est pour cette raison qu'ils n'arrivent pas à prendre rendez-vous avec eux. Compte tenu des temps d'attente, beaucoup d'usagers renoncent à demander un rendez-vous à un médecin traitant. La grande difficulté, lorsqu'ils sont confrontés à un problème de santé qui surgit de façon inopinée, est celle de savoir où obtenir un conseil qui leur permettrait de prendre les décisions les plus appropriées concernant leurs problèmes de santé. D'une façon générale, les urgences restent une référence lorsque les usagers sont confrontés à un problème de santé qui a lieu pendant la nuit. À

part le SAMU, un autre acteur souvent cité pendant les entretiens, c'est SOS Médecins. Les urgences et SOS Médecins restent toujours les seules références concernant les soins non programmés. Quelques personnes s'adresseraient pendant la nuit à SOS Médecins et pendant la journée, si la douleur est trop intense, elles appellent d'abord SOS Médecins et ensuite le médecin traitant. Les usagers ne connaissent pas les structures de soins qui sont présentes au sein de leur territoire, ils ont comme référence le SAMU et les urgences comme les endroits susceptibles de recevoir leur demande de soin urgent. Ils ne savent pas où trouver les informations sur d'autres structures disponibles sur le territoire. Les personnes âgées se tournent souvent vers la famille pour demander de l'aide. Cependant, il est très probable qu'en semaine, tout le monde soit indisponible et très occupé. Une femme que nous avons interrogée nous a dit que si ses proches ne pouvaient pas l'aider, elle téléphonerait probablement aux pompiers. Le sentiment partagé par beaucoup de personnes que nous avons interrogées, c'est qu'il n'existe pas d'autres solutions que celles qu'ils connaissent déjà. Ainsi, selon l'expression utilisée par l'un des usagers, il n'y a rien en intermédiaire, c'est soit la pharmacie, soit les urgences. Le sentiment qu'il n'y a pas beaucoup de solutions et que de toute façon rien n'est garanti en termes de prise en charge d'un soin non programmé amène certains usagers à ironiser sur leur propre sort. Parmi les personnes interviewées, seules deux d'entre elles ont parlé d'une maison médicale comme alternative à SOS Médecins et aux urgences. Dans les représentations des usagers qui connaissent les maisons médicales, il n'y a pas suffisamment de structures de ce type sur leur territoire. Le besoin d'un acteur pour mieux réguler l'offre et obtenir un conseil est ressenti pour quelques usagers, qui aimeraient par exemple avoir accès à des structures disponibles à des horaires extensibles.

Les données analysées montrent que le problème d'accès se pose, en particulier, à cause du manque de médecins, d'un manque de connaissance du territoire et des informations sur l'existence et les horaires d'ouverture des structures de soins et notamment une difficulté pour se déplacer vers celles-ci. Dans tous les cas, tel est le ressenti des usagers. Le problème des soins non programmés a donc contribué à mettre en lumière ces difficultés en termes d'accès aux soins, qui remontent à quelques années. Ensuite, il y a également le temps d'attente qui représente

également une difficulté d'accéder aux soins et, dans certains cas, un motif pour renoncer à ces derniers. De plus, le vieux problème des difficultés financières pour accéder à certains soins, comme les soins dentaires, demeure un problème important pour certains usagers. Ces derniers renoncent à ces types de soins. Les difficultés de déplacement sont également évoquées par les usagers, notamment les plus âgés, ceux atteints par des maladies chroniques et ceux qui sont seuls, et ne sont pas véhiculés. Outre la méconnaissance du territoire, un problème d'accès se pose aux structures qui pourraient recevoir ces personnes lors d'un besoin de soin non programmé. Plusieurs personnes interviewées nous ont fait part de leur difficulté à trouver un soin qu'elles estiment de qualité proche de leur domicile. En plus des distances kilométriques par rapport au domicile, ce sont les embouteillages qui rendent difficile l'accès aux soins, que ce soit dans le cadre d'un suivi avec un spécialiste ou d'un recours à une structure dans le cadre d'un soin non programmé. Faute d'option, quelques usagers d'Île-de-France ont intériorisé l'idée que c'est normal de se déplacer en voiture pendant une vingtaine de minutes pour joindre la structure de soins la plus proche de leur domicile.

Conclusion :

Cette recherche a permis de faire ressortir les points suivants que nous reprenons de façon synthétique afin d'ouvrir la réflexion sur le devenir des soins non programmés.

- 1) Les données montrent un décalage entre les idées présumées présentes dans le projet initial et la réalité du terrain. Les univers auxquels appartiennent les médecins et les usagers se sont montrés incompatibles et éloignés. Cela est en soi un résultat important à prendre en compte dans l'analyse : en partant des présumés, un groupe de médecins voulait comprendre ce qui motive les usagers à développer des stratégies pour avoir une réponse rapide à leurs besoins. Qu'est-ce qui les poussait à prendre un rendez-vous ? Qu'est-ce qu'ils attendaient d'une consultation de ce type ? Dans quelles circonstances étaient-ils amenés à rechercher, déclencher les soins souhaités ? Quel sens attribuaient-ils aux soins non programmés ? Les médecins étaient ainsi persuadés que les patients/usagers qu'ils avaient l'habitude de côtoyer dans leur cabinet/structure et à qui ils destinaient scrupuleusement leurs soins étaient des acteurs du système de soins à part entière, conscients, autonomes, dotés d'une intentionnalité, poussés par une logique d'action, orientés par un système de rationalisations, de représentations, disposant d'une faculté à faire des calculs et évaluer les risques et les coûts de leurs actions. Les résultats présentés dans ce rapport montrent que contrairement à la logique imaginée par les médecins, les usagers, lorsqu'ils sont face au besoin d'un soin non programmé, se retrouvent démunis. Ils subissent ce genre d'événement et utilisent de façon minimale leurs propres ressources. Les soins non programmés restent une énigme qu'ils vivent au quotidien sans parvenir à la résoudre. Lors d'une demande de soins non programmés, ils agissent par impulsion, orientés par leurs peurs et émotions, en repoussant le problème, en se soumettant à ce qui se présente à eux, sans trop se questionner sur le pourquoi du comment. Ce décalage entre les suppositions des médecins et la réalité s'explique, au moins partiellement, par la surestimation des capacités à agir des

patients dans un système de santé qui se fragilise. Les soins non programmés entraînent une diminution du pouvoir d'agir des usagers, mais certains médecins ne sont pas sensibles à cela, soit parce qu'ils sont submergés par une demande qu'ils n'arrivent pas à canaliser, soit parce qu'ils sont imprégnés des idées préconçues qui les empêchent d'avoir une meilleure compréhension de la réalité.

- 2) La forte demande de soins exerce une pression sur les médecins interviewés, les amène à se protéger des patients indésirables porteurs d'une demande considérée maintes fois comme illégitime. Par conséquent, ils établissent d'un autre côté des barrières, et essayent, en même temps, de libérer du temps médical, par crainte de voir la qualité de leur travail amoindrie et leur vie personnelle envahie (en particulier les plus jeunes). Leur vie professionnelle est remplie d'activités chronophages : ils sont dispersés entre les consultations, la gestion de rendez-vous, le choix des filtres, la gestion administrative et la bureaucratie (la « paperasse »). Par une démarche réflexive, ils essaient d'objectiver leur relation avec le gouvernement, leurs rémunérations et conditions de travail. Ce qui en ressort, c'est l'idée que leur activité se transforme, certains doutent de leur avenir et de ce qu'ils peuvent/doivent apporter pendant les consultations, ils ne savent plus quelle place ils occupent dans le système de santé. Par ailleurs, ils croient que l'urgence n'est pas la branche qu'ils ont choisie, la ville n'est pas le lieu pour les soins non programmés. En effet, peu de médecins pensent que leur rôle consiste à cerner, désamorcer et temporiser les situations. Il est clair que les soins non programmés les amènent également à s'interroger sur les fondements de la profession, qui a été mise à l'épreuve pendant la pandémie.
- 3) Les soins non programmés deviennent donc un souci, car ce type de demande ne correspond pas au modèle de consultations organisées par rendez-vous pris à l'avance, qui prévaut en France. Plusieurs méthodes sont mises en place pour trier la demande. En procédant ainsi, chaque médecin participe à la régulation de son territoire. Le taux global de demandes de soins non programmés dépend donc de la répartition de cette demande réalisée dans chaque structure/cabinet, et, à l'inverse,

la régulation réalisée dans chaque cabinet/structure relève notamment de ce qui se passe en amont, dans l'ensemble des cabinets et structures médico-sociales du territoire. Le tri, fondé sur des procédures aléatoires pour se protéger, avoir un équilibre de vie, libérer du temps médical, peut assurer aux médecins la bonne régulation des rendez-vous en soins non programmés, en revanche, au niveau du territoire, cela a un impact très négatif, en particulier pour les usagers.

- 4) En ce qui concerne le tri, le choix réalisé par le médecin est personnalisé, et fait en fonction des représentations de la patientèle. Dans le milieu médical, plusieurs représentations à propos du rapport des usagers au système de santé sont répandues, elles tendent à une responsabilisation des patients. L'idée que les dysfonctionnements du système de santé sont en grande partie dus au comportement inadéquat des usagers est très ancienne. Ces représentations ont toujours existé, à côté d'autres types de représentations, qui reposent sur la bienveillance et un regard compréhensif vis-à-vis des patients. Toutefois, les soins non programmés ne font que réactiver et renforcer ces représentations négatives, car, pour certains médecins, les usagers sont les responsables de cette situation intenable. Une distinction doit être faite entre le discours des médecins qui prône l'éducation comme un moyen de faire de la prévention, c'est-à-dire, dans le but d'améliorer la santé publique, et un autre discours qui revêt une connotation morale : il faut civiliser les comportements, car les soins non programmés relèvent plutôt d'un autre habitus (au sens bourdieusien). L'idée clé de ce discours – « le civisme s'en va » – met l'accent sur le comportement des usagers et masque la dimension structurelle du problème, qui reste insoluble. Cette attitude qui consiste à opposer les acteurs du système de santé en deux camps distincts – (nous) les médecins et (eux) les usagers – ne fait pas avancer le dialogue et ne contribue point à la recherche d'une solution au problème de soins non programmés.
- 5) L'analyse réalisée dans ce rapport montre la difficulté pour certains médecins de ville à atteindre des objectifs essentiels des politiques de santé. Si, d'un côté, ils plaident pour la mise en

place d'une médecine de parcours, qui repose sur la coordination de professionnels de santé au niveau d'un territoire, voire le décroisement entre les professions médicales et sociales, afin de pouvoir pratiquer l'approche globale, d'un autre côté, ils se sentent démunis par rapport à cet objectif. Leur connaissance du territoire est pour certains partielle, il leur manque des interlocuteurs pour les aider à répondre aux problématiques multiples auxquelles ils sont confrontés. Les soins non programmés aggravent la situation. Une demande de soin non programmé qui ne trouve pas de réponse sur un territoire donné, dans un délai raisonnable, peut entraîner une rupture de parcours. Les problèmes s'accumulent avec le temps faute d'un travail de coordination qui pourrait éviter bien entendu le passage aux urgences, mais aussi la dégradation des conditions de vie du patient.

- 6) Selon les médecins, les dispositifs créés par le gouvernement, le SAS et la CPTS, ne constituent pas un outil convaincant pour la prise en charge des soins non programmés. Parmi d'autres questions, plusieurs médecins se demandent ce que cela peut représenter dans leur vie en termes de charge de travail, car ils craignent un *burn-out*. La crainte de voir leur liberté se réduire en raison d'un dispositif mis en place par un pouvoir pyramidal et une méfiance par rapport à la capacité du SAS et de la CPTS de promouvoir le désengorgement des urgences constituent les principaux arguments qui les empêchent d'adhérer à ces deux dispositifs. En ce qui concerne les objectifs de démocratie sanitaire, l'étude présentée dans ce rapport montre que les médecins sont mitigés par rapport à l'inclusion des patients/usagers au sein des CPTS. Certains médecins se demandent comment les intégrer, d'autres se refusent de leur attribuer une plus grande participation aux CPTS. Ces résistances de la part des médecins montrent que sur le plan des représentations, il existe beaucoup d'hésitations, et cela constitue un obstacle pour une meilleure répartition de pouvoir au sein des CPTS. La démocratie sanitaire peine à s'imposer puisque certains médecins pensent que cela peut représenter un problème dans la mesure où cette rencontre peut engendrer des discussions conflictuelles. Par ailleurs, il y a des médecins qui pensent que les usagers/patients n'ont pas suffisamment le

niveau pour participer de façon active et avoir un pouvoir de décision au sein des CPTS.

- 7) Il convient de noter que si les CPTS ont été impulsées par le Gouvernement, elles correspondent surtout à la construction sociale et institutionnelle dans le champ de la santé. Elles sont l'incarnation des valeurs, des idées et des principes de base partagés par une partie des professionnels de santé. Ce qui unit ces derniers, c'est le fait de croire que les CPTS peuvent occuper une place importante dans l'organisation des soins sur l'ensemble du territoire français en favorisant la coordination interprofessionnelle. Il s'agit donc d'une structure qui a été façonnée par les représentations et attentes des professionnels de santé en écho aux besoins exprimés par de nombreuses franges de la société. Son avenir dépend aussi de l'évolution de ces représentations.
- 8) L'analyse sur les infirmières IDE confirme l'idée que l'objectif de territorialiser la santé a peut-être eu des avancées, mais reste une réalité encore lointaine. Sur le plan politique, il existe une hésitation des médecins à adhérer aux CPTS – principal outil de coordination territoriale. Ce processus implique la mise en place des réseaux de professionnels et services d'un même territoire, et d'un travail de coordination entre eux. Cependant, il existe des barrières qui rendent ce travail de coordination difficile, car d'un côté, les secteurs médicaux et médico-sociaux sont encore cloisonnés, d'un autre côté, il est difficile de faire tomber ces barrières entre les professionnels, qui sont indisponibles la plupart du temps. L'exemple des IDE est emblématique, puisque les infirmières rencontrent des difficultés pour communiquer avec les médecins. Comme elles sont en première ligne pour arbitrer sur la gravité des soins, elles sont toujours exposées à des situations difficiles, à cause de l'indisponibilité des médecins. Au niveau du territoire, elles sont souvent confrontées à la misère, au vieillissement et à l'isolement de la population et se débrouillent comme elles peuvent pour trouver des réponses adaptées aux besoins de chacun sur le territoire. Leurs difficultés témoignent de la

lenteur de la mise en œuvre d'un véritable effort de coordination à l'échelle territoriale. Tout mène à croire que d'autres acteurs de la santé souffrent de ce manque de coordination dans leur quotidien et regrettent les effets que cela peut entraîner dans la vie des patients/usagers.

- 9) La porte d'entrée du système de santé est la structure/cabinet de soins primaires. Cependant, comme en France il s'agit d'un modèle professionnel non hiérarchisé dont l'organisation des soins est laissée à l'initiative des acteurs, cette porte reste ouverte si l'utilisateur remplit certaines conditions (par exemple, s'il est porteur d'une demande considérée comme légitime, s'il est un ancien patient ou si son comportement correspond aux attentes du médecin). Il a intériorisé et banalisé l'idée que, pour ces raisons, il n'aura pas accès aux soins primaires, d'autant plus qu'il sait qu'il y a une pénurie de médecins généralistes. En outre, la plupart d'entre eux considèrent qu'en général ils sont en très bonne santé et qu'ils supportent bien la douleur, et cela les reconforte dans l'idée de ne pas courir pour voir le médecin lors d'un soin non programmé. Un système de débrouille s'installe, notamment quand le médecin généraliste est absent : de l'internet au pharmacien, ils essayent de trouver une explication et une solution à leur problème. L'automédication est banalisée et devenue une pratique récurrente. En cas d'isolement, de multipathologie chez les personnes âgées et de maladies chroniques, les soins non programmés peuvent constituer une épreuve difficile à supporter. D'une façon générale, indépendamment de l'âge, la prise en compte d'un problème de santé est influencée par ces représentations sur la disponibilité du médecin généraliste. Certains ne pensent plus à prendre un rendez-vous avec leur médecin, et ils croient d'emblée pouvoir se passer de la consultation. Leur stratégie consiste à trouver des moyens pour se soigner en contournant le système de santé. D'autres se débrouillent pour trouver le médecin qui pourra les recevoir, ils ne visent qu'à se débarrasser d'une situation épineuse qui les accable.
- 10) Des obstacles s'interposent dans la recherche de soins adéquats avec le professionnel de leur choix, à l'endroit qu'ils estiment être le plus approprié pour répondre à leurs besoins,

notamment lorsqu'il s'agit d'une demande de soins non programmés. Face à la non-régulation du système de soins, les usagers sont contraints d'accepter le premier venant, leur capacité à réaliser des choix est réduite, et cela peut avoir des effets négatifs sur la relation thérapeutique établie avec le nouveau médecin. Par ailleurs, les usagers ont intériorisé et accepté le fait qu'ils doivent attendre longtemps pour un rendez-vous avec leur médecin traitant. Ils deviennent stratégiques lorsqu'ils prennent un rendez-vous pour obtenir un certificat médical (arrêt de travail, pratique sportive...). C'est à ce moment-là que certains développent un système de rationalisation pour prendre le rendez-vous rapidement et convaincre le médecin de la nécessité de leur demande de certificat. Un système de rationalisation est mis en place, ils élaborent des calculs et sont rusés envers leur médecin. Toutefois, ils savent d'emblée que leur demande peut ne pas être considérée comme légitime, ce qui les met dans une position embarrassante. Cependant, ce ne serait qu'à ce moment-là qu'ils deviennent vraiment acteurs calculateurs. Ils se rebellent parfois face à l'opacité des mesures administratives et aux renvois successifs entre les services et se battent pour obtenir ce qu'ils pensent être un droit. Mis à part les situations inexcusables, où prévaut le manque de respect, cette course aux certificats oblige certains à sortir de leur passivité, d'autres à affronter leur déréliction. Par ailleurs, la plupart d'entre eux aimeraient établir avec leur médecin une relation altruiste, fondée sur la bienveillance, les petites attentions et le besoin d'une relation plus personnelle. En effet, ce que beaucoup d'usagers souhaitent, c'est d'avoir à nouveau un médecin de famille.

- 11)** Les usagers méconnaissent les portes d'entrée du système de santé, lorsqu'ils sont confrontés à une demande de soins non programmés. En effet, dans l'imaginaire des usagers, cette porte n'existe pas quand ils ont un problème qui apparaît de façon inopinée. Ils vont spontanément se soigner ou se présenter aux structures de soins primaires qu'ils connaissent et tenter leur chance. Ils tâtonnent autour d'eux, ils sont très reconnaissants quand ils trouvent un médecin dans une maison

de santé pluriprofessionnelle ou un centre de santé qui réserve des créneaux dans la journée aux soins non programmés. Cependant, avant de connaître ces structures, c'est souvent, comme ils le disent, la galère. Le soir, la nuit ou le week-end, le problème s'aggrave. Ils ne savent pas où se diriger pour se soigner. D'ailleurs, ils ne savent même pas ce que signifie l'expression « soins non programmés ». Pour eux, il s'agit d'une urgence, dont le degré d'intensité aurait pu être atténué s'ils avaient su où obtenir un conseil avant de s'adresser au médecin traitant. Entre le SAMU, SOS Médecins et le médecin traitant qui est de moins en moins disponible, il n'y a pas d'intermédiaire. Les soins non programmés relèvent d'un problème d'accès aux soins qui affecte les habitants des différents territoires de l'Île-de-France. L'organisation des soins en ville est en train de se transformer, cependant ces changements ne seront vraiment effectifs que si une évolution profonde se produit sur le plan des représentations véhiculées dans l'imaginaire des acteurs du système de santé.

Annexes

Annexe 1 - Tableaux

Planning de projet de renforcement des capacités :		
	Méthode	Objectifs
Sept-octobre 2021	Entretiens individuels	Réalisation des entretiens individuels avec les 3 co-chercheurs pour présenter Match, connaître leurs trajectoires, aspirations et vérifier leur compréhension de la problématique étudiée. (N.B. J'ai utilisé ces entretiens a posteriori pour compléter à partir du matériel obtenu les questions du guide d'entretien pour les usagers). Ces entretiens ont été utilisés également dans la phase « analyse des données ».
Oct-nov /2021	Ateliers 1,2,3 et 4	Définir le projet de recherche-action, élaborer un planning, établir les rôles de chacun, réaliser la formation « enquêteur ». (N.B. J'ai utilisé le matériel issu de ces ateliers pour compléter à partir du matériel obtenu les questions du guide d'entretien pour les usagers.)
Jan-Fév/ 2022	Enquête	Participation en tant qu'enquêteurs à l'enquête qualitative réalisée dans le cadre de Match. Un total de 6 entretiens a été réalisé.

Mars 2022	Analyse des données	Analyser avec les co-chercheurs sur les données recueillies, au vu des problématiques soulevées dans le projet. N.B. Cette phase n'a pas été mise en place, car l'équipe de co-chercheurs s'est dissoute.
Avril 2022	Évaluation	J'aurais aimé réaliser une évaluation/bilan de tout ce que les co-chercheurs ont pu retirer de leur participation aux ateliers. (Non seulement en termes de compétences, mais aussi en termes de renforcement de leur auto-estime, de l'élargissement de leur réseau, de leur connaissance du territoire, de la problématique, etc.) Cependant, le projet de recherche-action a fini avant le début de cette étape.

Atelier 2

Présentation des objectifs de l'atelier	Définition de recherche action :	Recherche-action dans le cadre de Match :	Le rôle des co-chercheurs	Le rôle du coordinateur	Les ateliers à venir
<i>Qu'est-ce qu'on fait ?</i>	<i>Définition du concept</i>	<i>Dans quelle mesure cette recherche peut devenir un outil pour le changement social ?</i>	<i>Quel niveau de participation ?</i>	<i>Horizontal Démocratique Instaurer une dynamique de groupe Préparer les ateliers</i>	<i>Modulable</i>
<i>Où allons-nous ?</i>	<i>A quoi ça sert ?</i>		<i>L'élaboration d'un projet ; lequel ?</i>	<i>Mettre en synergie, Synthétiser les discours proférés Créer une bonne ambiance</i>	<i>Respect de la liberté</i>
<i>Comment ? Par quels moyens ?</i>	<i>Qui peut participer ?</i>		<i>Des objectifs définis au préalable</i>	<i>Favoriser l'échange Proposer des outils d'apprentissage</i>	<i>L'esprit collectif</i>
	<i>Objectifs</i>		<i>Un planning d'action ;</i>		<i>Plaisir de participer</i>

Atelier 3

Qu'est-ce que c'est un entretien ?	Quelques consignes sur la posture d'enquêteur :	Les stratégies d'écoute :	Conseils d'ordre pratique :
<i>Consignes Méthodologiques pour mener à bien une enquête qualitative :</i>	<i>L'écoute</i>	<i>L'opposition systématique</i>	<i>Comment commencer l'entretien Le choix de la personne à enquêtée</i>
<i>Questionnaire OU guide d'entretien ?</i>	<i>La neutralité</i>	<i>Validation/retour</i>	<i>Avant de prendre rendez-vous</i>
	<i>Que faire lorsque la personne n'adhère pas à l'entretien ?</i>	<i>Autre procédures</i>	<i>Le jour de l'entretien (avant de quitter votre domicile pour aller au rendez-vous)</i>
<i>A quoi ça sert un entretien ?</i>	<i>Les appréhensions L'art de séduire Une bonne image</i>		<i>Le déroulé de l'entretien : utilisation de l'outil Comment finir l'entretien</i>

Annexe 2 - Liste des personnes interviewées

Médecins généralistes qui exercent en libéral/salarié en Île-de-France :

- 1.** Homme, 57 ans, 9 ans d'expérience professionnelle, qui travaille en libéral dans son cabinet et une MSP à Paris, conventionné secteur 1.
- 2.** Femme, 32 ans, 5 ans d'expérience professionnelle, qui travaille dans un CDS et un hôpital à Paris, conventionnée secteur 1.
- 3.** Femme, 47 ans, 15 ans d'expérience professionnelle, qui travaille en libéral dans une maison de santé située dans le département de la Seine-et-Marne, conventionnée secteur 1.
- 4.** Femme, 56 ans, 30 ans d'expérience professionnelle, qui travaille en libéral dans un centre de santé située dans le département de la Seine-Saint-Denis, conventionnée secteur 1.
- 5.** Femme, 33 ans, 6 ans d'expérience professionnelle, qui travaille en salariée dans un centre de santé situé dans le département de la Seine-Saint-Denis, conventionnée secteur 1.
- 6.** Homme, 62 ans, 15 ans d'expérience professionnelle, qui travaille en libéral dans une MUSSP située dans le département du Val-d'Oise, conventionné secteur 1.
- 7.** Femme, 37 ans, 9 ans d'expérience professionnelle, qui travaille en salariée dans un CDS situé dans le département du Val-d'Oise, conventionnée secteur 1.
- 8.** Femme, 41 ans, 13 ans d'expérience professionnelle, travaille en libéral dans une MSP située dans le département de la Seine-Saint-Denis, conventionnée secteur 1.
- 9.** Femme, 37 ans, 8 ans d'expérience professionnelle, travaille en libéral dans un cabinet médical de groupe situé dans le département de la Seine-et-Marne, conventionnée secteur 1.

10. Femme, 39 ans, 6 ans d'expérience professionnelle, travaille en libéral dans une MUSSP située dans le département du Val-d'Oise, conventionnée secteur 1.

11. Femme, 36 ans, 7 ans d'expérience professionnelle, travaille en libéral dans une MUSSP située dans le département du Val-d'Oise, conventionnée secteur 1.

12. Femme, 38 ans, 9 ans d'expérience professionnelle, travaille en libéral dans une MSP située dans le département de la Seine-et-Marne, conventionnée secteur 1.

13. Homme, 50 ans, 22 ans d'expérience professionnelle, salarié dans une MDS située dans le département des Hauts-de-Seine, conventionné secteur 1.

14. Homme, 33 ans, 5 ans d'expérience professionnelle, travaille en libéral dans une MSP située dans le département de la Seine-et-Marne, conventionné secteur 1.

15. Homme, 38 ans, 6 ans d'expérience professionnelle, travaille dans une MSP située dans le département du Val-d'Oise, conventionné secteur 1.

16. Homme, 63 ans, médecin urgentiste, 30 ans d'expérience professionnelle, travaille en libéral dans un Pôle de santé pluriprofessionnel situé dans le département de la Seine-et-Marne, conventionné secteur 1.

17. Homme, 66 ans, médecin urgentiste, 40 ans d'expérience professionnelle, travaille en libéral dans un cabinet privé situé dans le département de la Seine-et-Marne, conventionné secteur 1.

18. Femme, 50 ans, 23 ans d'expérience professionnelle, travaille en libéral dans un cabinet privé situé dans le département de la Seine-et-Marne, conventionné secteur 1.

19. Femme, 33 ans, 5 ans d'expérience professionnelle, travaille en libéral dans une MDS située dans le département du Val-d'Oise, conventionnée secteur 1.

20. Femme, 46 ans, 20 ans d'expérience professionnelle, travaille en libéral dans une MSP située dans le département de la Seine-et-Marne, conventionnée secteur 1.

21. Homme, 41 ans, 14 ans d'expérience professionnelle, salarié dans un CDS situé dans le département de la Seine-Saint-Denis, conventionné secteur 1.

22. Femme, 37 ans, 10 ans d'expérience professionnelle, travaille en libéral dans un cabinet privé situé dans la Seine-et-Marne, conventionnée secteur 1.

.....

Infirmières :

1. Femme, 37 ans, 15 ans d'expérience professionnelle, travaille en libéral dans un cabinet privé situé dans le département de la Seine-et-Marne.

2. Femme, 55 ans, 18 ans d'expérience professionnelle, travaille en libéral dans un cabinet privé situé dans le département de la Seine-et-Marne.

3. Femme, 48 ans, 22 d'expérience professionnelle, travaille en libéral dans un cabinet privé situé dans le département de la Seine-et-Marne.

4. Femme, 46 ans, 23 ans d'expérience professionnelle, travaille en libéral dans un cabinet privé situé dans le département du Val-de-Marne.

.....

Usagers :

1. Femme, 70 ans, directrice d'EHPAD retraitée, a un Master, 2 enfants, vit seule dans le 77, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

2. Homme, 32 ans, informaticien, chômage, marié, 2 enfants qui vivent au domicile dans le 77, a une maladie chronique, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

3. Femme, 35 ans, travaille dans la recherche clinique, a un Master, vit seule, sans enfants, dans le 94, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, n'a pas de médecin traitant.

4. Homme, 45 ans, informaticien, vit avec sa conjointe et ses 2 enfants dans le 95, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

5. Homme, 38 ans, Licence en économie au Congo, au chômage, marié, 2 enfants, habitant le 95, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

6. Homme, 21 ans, étudiant, formation en plomberie, célibataire, vit au domicile avec ses parents dans le 95, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas des soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

7. Femme, 63 ans, agent social, retraitée, BEPC/Sténo-dactylo, célibataire, vit seule dans le 95, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

8. Homme, 19 ans, étudiant en droit, célibataire, vit avec ses 2 parents et ses 2 frères et sœurs dans le 95, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

9. Femme, 63, infirmière, Bac+3, mariée, vit dans une famille recomposée de 5 personnes dans le 95, 3 enfants, a une maladie chronique, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

10. Femme, 32 ans, consultante dans le paiement bancaire, vit avec son conjoint et 1 enfant dans le 95, n'a pas de maladie chronique, reçoit des soins psychologiques/psychiatriques, a un médecin traitant.

11. Femme, 76 ans, sociologue retraitée, Bac+5, vit avec son conjoint dans le 10^e arr. de Paris, 3 enfants, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas des soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

12. Homme, 66 ans, rencontré dans le 10^e arrondissement, agent de laboratoire (stérilisation), retraité, est devenu bachelier au Maroc, vit en couple depuis 40 ans en France, n'a pas d'enfants, ne sait pas s'il a une maladie chronique, ne reçoit pas des soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

13. Femme, 15 ans, rencontrée dans le 10^e arrondissement, étudiante au lycée, vit avec sa mère et ses 3 frères dans le 93, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas des soins psychiatriques/psychologiques, n'a pas de médecin traitant.

14. Homme, 32 ans, directeur dans une association sportive, BAC+5, sans enfants, vit seul dans le 94, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, n'a pas de médecin traitant.

15. Homme, 27 ans, ingénieur territorial SIG, BAC+5, vit en colocation avec 4 personnes dans le 94, célibataire, n'a pas d'enfants, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, n'a pas de médecin traitant.

16. Homme, 62 ans, retraité, BAC+2, vit avec sa conjointe dans le 77, a une maladie chronique, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

17. Femme, 74 ans, professeur retraitée, BAC+5, vit avec son conjoint dans le 77, 2 enfants, a une maladie chronique, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

18. Femme, 86 ans, propriétaire d'auto-école retraitée, Brevet commercial, veuve, vit seule à son domicile dans le 77, n'a pas de maladie chronique, ne reçoit pas des soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

19. Femme, 68 ans, cadre de banque retraitée, vit avec son conjoint dans le 77, 2 enfants, 3 petits-enfants, a une maladie chronique, reçoit des soins à domicile, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

20. Femme, 70 ans, institutrice retraitée, vit avec son conjoint dans le 77, 2 enfants, a une maladie chronique, reçoit des soins psychiatriques/psychologiques et des soins à domicile, a un médecin traitant.

21. Femme, 50 ans, comptable, vit avec son conjoint et son enfant dans le 77, a une maladie chronique, reçoit des soins à domicile, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

22. Femme, 68 ans, secrétaire en service social à l'hôpital retraitée, un enfant, vit seule dans le 77, a une maladie chronique, reçoit des soins à domicile, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

23. Femme, 50 ans, cadre autonome dans une société privée, vit seule avec ses deux enfants dans le 77, a une maladie chronique, reçoit des soins à domicile, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

24. Femme, 36 ans, enseignante, vit avec son conjoint et ses 2 enfants dans le 77, a une maladie chronique, reçoit des soins à domicile, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

25. Femme, 63 ans, ancienne employée de l'aéroport de Paris retraitée, 3 enfants, vit avec son conjoint dans le 77, a une maladie chronique, reçoit des soins à domicile, reçoit des soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

26. Femme, 40 ans, institutrice à l'école primaire, vit avec son conjoint et ses 3 enfants dans le 93, n'a pas de maladie chronique, reçoit des soins à domicile, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

27. Femme, 62 ans, employée domestique, vit avec son fils, sa belle-fille et ses 2 petits-enfants dans le 93, n'a pas de maladie chronique, reçoit des soins à domicile, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

28. Femme, 36 ans, employée de magasin, vit avec son conjoint et ses 2 enfants dans le 93, n'a pas de maladie chronique, reçoit des soins à domicile, ne reçoit pas de soins psychiatriques/psychologiques, a un médecin traitant.

Annexe 3 - Guides d'entretien à destination des usagers

- Quelles sont les démarches et attentes des usagers quand ils ont besoin de soins non programmés ? urgents ?

- Introduction

- Bonjour, je suis chercheur.e et je participe à un programme de recherche intitulé « MATCH ».
- Cette recherche porte sur l'accès au système de soins, dans le cadre des soins qui ne peuvent pas attendre, et repose sur une enquête par entretiens.
- Acceptez-vous d'y participer ? Acceptez-vous aussi que cet entretien soit enregistré ? Il sera retranscrit et anonymisé avant d'être analysé. Cet entretien restera donc anonyme.
- [Consentement] formulaire de consentement ou consentement oral ?

Axe 1 : Les usagers et le processus de prise en compte de leurs problèmes de santé

- 1.1. Qu'avez-vous fait **la dernière fois** que vous avez été malade, ou que vous avez eu une inquiétude pour votre santé, pour vous ? Comment est-ce que cela s'est passé ? Et quand votre enfant ou conjoint(e) a été malade, la dernière fois, c'était pareil ?
- 1.2. Qu'est-ce que cela signifie, pour vous, être malade ? (La limite du supportable : qu'est-ce qui fait que la personne peut affirmer « je suis malade » ?)
- 1.3. Qu'est-ce que pour vous un soin urgent ? (Qu'est-ce qui pousse la personne à tirer la sonnette d'alarme, à demander l'aide des professionnels de santé ?)
- 1.4. Qui est selon vous la meilleure personne pour signaler/confirmer d'abord que vous êtes malade, ensuite que vous devez agir (ou agir vite) ? (Vous-même, votre entourage, le médecin traitant ?)
- 1.5. Où allez-vous chercher des informations sur votre problème de santé, votre maladie chronique ? (Comment évaluez-vous internet comme moyen d'information ?)
- 1.6. Qu'est-ce que selon vous un médecin traitant ?

Axe 2 : Perception du problème et de la nécessité de faire appel aux personnels de santé

- 2.1. D'habitude, qu'est-ce qui déclenche la recherche d'un professionnel (ou structure de santé) ?
- 2.2. Connaissez-vous l'offre de soins qui existe autour de vous ? (donner des exemples, expliquer.) Comment obtenez-vous l'information sur le professionnel disponible ou la structure adaptée pour répondre à vos besoins en santé ? (où elle se trouve ? Comment y avoir accès ? Les horaires de fonctionnement ? La qualité de la prestation ?)
- 2.3. Qu'est-ce que c'est pour vous une demande de soin non programmé ?
- 2.4. Que faites-vous quand vous avez un questionnement sur votre santé ou un besoin qui ne peut pas attendre ? Pour vous ? Pour votre famille ? (Relances : De quelles ressources disposez-vous quand vous êtes malade ? **À quelle(s) personne(s) ou structure(s) de soins** vous êtes-vous adressé pour des soins non programmés ? Comment vous vous y prenez ? Des exemples ?)
- 2.5. Qu'est-ce qui motive un besoin de recourir à un avis sur votre santé dans un délai rapide ?
- 2.6. Connaissez-vous l'offre de soins primaires ? De soins non programmés ? De la médecine d'urgence qui existe aux alentours de votre domicile ?
- 2.7. Êtes-vous **satisfait** des réponses des différents professionnels à vos demandes de soins non programmés ?
- 2.8. Êtes-vous déjà allé aux urgences ? Pourquoi ?
- 2.9. Selon vous, quels sont les critères qui doivent entrer dans le choix de la structure ou du professionnel de santé quand vous faites votre recherche ? (*technicité X humanité ; proximité, confiance, clarté et transmission de l'information, public, privé, prix*) Avez-vous renoncé aux soins prodigués par un praticien parce que celui-ci ne répondait pas à ces critères ? Vous êtes-vous présenté aux urgences pour les mêmes raisons ?

- 1.7. Êtes-vous déjà passé à côté d'un problème de santé qui s'est révélé par la suite être un problème grave ? Vous êtes-vous inquiété pour un problème de santé pour rien ? Comment cela s'est-il passé ? Pour un problème de santé que finalement vous avez bien fait de prendre en compte ?

Axe 3 : Probabilité d'obtenir le soin lors d'une demande de SNP

3.1. Croyez-vous que dans les alentours de votre domicile, dans votre quartier, territoire, il existe suffisamment de médecins ? À quoi cela est-il dû ? Expliquez. (Vérifier que la personne est au courant de la démographie médicale du territoire.)

3.2. Dans le cadre d'une demande de soins non programmés, avez-vous des difficultés pour vous déplacer vers les structures et avoir accès aux professionnels de santé qui répondent à cette demande ? (Vérifier les moyens de transport, la durée du trajet, etc.) Pourquoi ?

3.3. Comment se déroule la prise de rendez-vous, dans le cadre de soins non programmés ? Quelles sont les principales difficultés pour accéder aux médecins/soignants ?

3.4. Que pensez-vous des outils numériques pour avoir accès à un médecin dans le cadre d'une demande de soin non programmé ?

3.5. Dès que vous constatez que vous avez besoin d'un conseil ou soin d'un professionnel de santé, combien de temps devez-vous attendre pour avoir accès à ce professionnel ? Comment cette attente pourrait-elle être raccourcie ? Que faites-vous pendant cette attente ?

3.6. Comment un problème de santé qui survient de façon non programmée peut-il affecter votre quotidien ?

3.7. Que faites-vous quand les services/personnels d'offre de soins habituels ne sont pas disponibles (le week-end, le soir, la nuit, les vacances, etc.) ?

3.8. Pensez-vous que le fait d'avoir des relations, des connaissances dans votre entourage (famille, voisinage, vie professionnelle, autre) peut vous assurer un accès plus rapide ou privilégié aux personnels/structures de santé dans le cadre d'une demande de soins non programmés ?

3.9. Comment pensez-vous qu'on pourrait améliorer le système de santé en France ?

Vignettes cliniques

- Vignettes de situation
 - Pour permettre d'identifier les ressources des usagers
 - Explorer la motivation du lieu d'entrée dans le système de santé, et le circuit

Vignette 1 :

C'est la nuit. Le vendredi à 3 h du matin, vous avez mal au ventre. Comment faites-vous ?

Et si c'était le matin à 10 h ? Et à 17 h ? Le week-end ?

Si vous êtes chez vous, est-ce différent que sur votre lieu de travail ?

Vignette 2 : Votre enfant vomit et a 38,5°. On est lundi, il est 6 h.

Vignette 3 : On est lundi matin, en partant au travail vous vous bloquez le dos.

Questions de caractérisation

- Pourriez-vous préciser votre âge et votre commune de résidence ?
- Sexe
- Activité professionnelle (si retraité ou sans activité, dernière activité professionnelle)
- Niveau de diplôme
- Vivez-vous seul ?
 - Situation maritale (selon réponse, CSP du conjoint, PACS, etc. ; nombre d'enfants ; aidants familiaux dans l'entourage ; êtes-vous vous même aidant familial)
- Avez-vous une maladie chronique ?
- Avez-vous un médecin traitant ?
- Avez-vous recours au SAMU social, à des associations de patients (par ex., l'UNAF) ?
- Quelle couverture sociale avez-vous (CMU, AME, mutuelle...) ?
- Avez-vous un proche qui travaille dans le milieu médical ?

Annexe 4 - Guide d'entretien pour les professionnels de santé

Bonjour,

[Se présenter comme chercheur, projet de recherche en lien avec la fac de Paris 13, rappeler l'anonymat de l'entretien]

Comme vous le savez, il y a une recrudescence de la demande non programmée de soins par les patients. (Rappel : dans tous les pays, il est possible de constater une hausse ininterrompue en 20 ans de la fréquentation des urgences

hospitalières qui est passée de 10 millions de passages aux urgences en 1996 à plus de 20 millions en 2016 [Bejaoui et coll., 2018].)

L'objectif du projet Match est celui de la congruence entre la demande de soins non programmés et les réponses de l'offre de soins. Nous voudrions vous interviewer pour comprendre ce que vous pensez à propos de ce problème et recueillir des informations sur combien ce problème impacte votre quotidien et la coordination de soins sur votre territoire.

Axe 1 : parlons d'abord de votre territoire

- 1) Comment me décririez-vous l'offre de soins de votre territoire ? *[le professionnel de santé va y décrire ce qu'il perçoit de son territoire]*
- 2) Quelles sont, selon vous, les connaissances des patients sur l'offre de soins du territoire ? Pensez-vous que les patients savent quel est le service de santé le plus approprié pour répondre à leurs problèmes de santé ponctuels ? Savent-ils en général où se diriger ?
- 3) Combien de temps estimez-vous mettre pour trouver un correspondant sur le territoire ? Pourquoi ? Pensez-vous que l'offre de soins existante correspond aux besoins des habitants ? Pourquoi ?
- 4) Connaissez-vous les institutions médico-sociales du territoire ? Lesquelles ? Les considérez-vous comme des partenaires ?

Axe 2 : votre quotidien...

- 1) Compte tenu de la complexité des cas, les médecins généralistes du territoire [ou soignants] sont-ils obligés de faire un tri ? Quels sont les critères qui prévalent en la matière ? S'il existe, ce tri est-il réalisé en amont par les institutions sanitaires du territoire ? [C'est-à-dire : les patients que vous soignez ont-ils été triés avant leur arrivée dans votre cabinet ?]
- 2) Comment gérez-vous les flux de patients ? Quels sont les moyens existants [accès au numérique, secrétaire médicale, messagerie] que vous utilisez ? Quelle est la place de ces outils dans la question des urgences ? Est-elle adaptée à tous les patients ?

- 3) Constatez-vous un *turn-over* important des patients sur votre lieu de travail ?
À quoi cela est-il dû ?
- 4) Comment gérez-vous vos appels téléphoniques pour répondre aux sollicitations de patients ou réaliser le suivi post-consultation ? Recevez-vous un grand nombre d'appels ? Avez-vous le sentiment d'être débordé par ces appels ?
- 5) Est-ce que vous pouvez prendre en ce moment de nouveaux patients ? Si vous ne pouvez pas les prendre, êtes-vous en mesure de leur transmettre les coordonnées d'un autre médecin ?
- 6) Comment faites-vous pour connaître le parcours de soins d'un nouveau patient ? Pour avoir des informations sur lui ? Sur les soins qu'il a pu recevoir ?
- 7) Comment gérez-vous l'emploi du temps de votre journée ?
- 8) Êtes-vous souvent sollicité par votre entourage ? Votre famille ? Vos voisins ?
- 9) Faites-vous des visites à domicile ? Combien de temps cela vous prend-il ?
- 10) Comment décririez-vous votre patientèle ?
- 11) Parmi vos patients, combien cumulent des problèmes socio-économiques et de santé ? Prenez-vous en compte leurs besoins dans d'autres domaines de la vie ? Savez-vous comment les orienter ? Avez-vous d'autres partenaires sur le territoire à qui vous pouvez « envoyer » ces patients ?
- 12) Y a-t-il des situations complexes ?
- 13) Quels sont les principes de base qui doivent entrer dans la relation patient-médecin ?
- 14) Quel type d'accompagnement pouvez-vous envisager avec les moyens dont vous disposez auprès de vos patients ? Pensez-vous que l'accompagnement que vous réalisez peut être amélioré ? Est-il possible de l'adapter à chaque patient ? De le rendre plus personnalisé en fonction de ses besoins ?

Axe 3 : votre métier - Rapport au métier de la personne interrogée

- 1) Pourriez-vous en quelques mots me dire ce que vous pensez de l'état actuel du système de santé en France ? En particulier sur les soins ambulatoires en ville, les soins de premiers secours et les urgences. Quels sont leurs soucis majeurs ? Les avantages et désavantages du métier.
- 2) Pourriez-vous vous positionner brièvement par rapport aux thèmes suivants :
 - Conditions de travail / Heures de travail / Rémunération / Valorisation professionnelle
 - Est-ce que vous éprouvez une surcharge de travail dans votre quotidien ? À quoi cela est-il dû ?
 - Existe-t-il un malaise dans le secteur par rapport aux points que vous avez soulevés dans les réponses précédentes ? À quoi cela est-il dû ?

Axe 4 : Les soins non programmés : notions et prise en charge par le professionnel de santé

- 1) Qu'est-ce que vous comprenez par la notion de soins non programmés ?
- 2) Pourriez-vous me dire quel est votre avis sur ce problème ? À quoi est dû cela ? Comment cela peut-il affecter votre quotidien ?
- 3) Selon vous, qu'est-ce qu'une urgence ?
- 4) Aujourd'hui, recevez-vous des patients avec une demande de soins non programmés ? Comment vous organisez-vous pour répondre à cette demande ? Sinon, pensez-vous que dans l'avenir vous allez vous organiser pour répondre à cette demande [comment ?]
- 5) Comment accueillez-vous une demande de soin urgent ?
- 6) Est-ce que, faute d'une meilleure solution, vous avez dû envoyer un patient aux urgences ? Même si au fond cela ne se justifiait pas ?
- 7) Vous est-il arrivé de recevoir une demande de soins urgente alors qu'elle ne l'était pas ? Quelles sont les conséquences de ce type de demande ? Comment avez-vous réglé ce genre de situation avec le patient ?
- 8) Vous est-il arrivé d'envoyer un patient aux urgences pour que sa prise en charge soit réalisée plus rapidement ? [C'est à dire, pour obtenir des examens dans un délai plus court ?]
- 9) [Pour les pharmaciens/sages-femmes/kinés] : Avez-vous déjà identifié un patient dont l'état de santé pouvait être identifié comme grave ? À ce moment-là, qu'est-ce que vous avez fait ? Quelles étaient l'orientation et la solution trouvée ?

- 10) Est-ce que vous considérez que tous les besoins de soins non programmés sont légitimes ou adaptés ?
- 11) Selon vous, y a-t-il des patients plus confrontés que d'autres à la problématique des soins non programmés ? Qui sont-ils ?
- 12) Comment une demande de soins non programmés peut-elle affecter votre quotidien ?
- 13) Selon vous, quelles sont les attentes des patients au regard de la réponse des soins non programmés ? [Quel type de réponse aimeraient-ils avoir ?]
- 14) Lorsque vous êtes en face d'une demande de soins non programmés, quelles sont les difficultés majeures que vous craignez d'affronter pour apporter une réponse adaptée ?

Axe 5 : Les soins non programmés : représentations de la prise en charge réalisée par les dispositifs existants et les nouveaux dispositifs

- 1) Pensez-vous que vos patients, d'une façon générale, connaissent l'offre de soins non programmés disponibles sur leur territoire ?
- 2) Avez-vous le sentiment que l'offre de soins non programmés existante répond aux besoins de patients [adaptés en termes de qualité et de délai] ?
- 3) Comment évaluez-vous la façon dont l'urgence est organisée en France aujourd'hui ? Y a-t-il besoin de changements ?
- 4) Quels sont les acteurs en France qui ont traditionnellement répondu à la demande de SNP ? Comment évaluez-vous la réponse qui a été faite jusqu'à présent en termes de SNP ?
- 5) Comment évaluez-vous la réponse en SNP telle qu'elle a été envisagée jusqu'à présent, en termes de prise de contact, délai, proximité géographique, etc. ?
- 6) Pensez-vous qu'il est possible de modéliser la réponse aux soins non programmés sur tout le territoire français ?
- 7) Que pensez-vous de l'utilisation de la télémédecine dans le cadre des soins non programmés ? Dans quels cas cela vous semblerait-il utile ?
- 8) Selon vous, à qui devraient être réservés en priorité les soins en urgence dans les hôpitaux ?
- 9) Comment évaluez-vous la réponse en soins primaires en France en termes de diagnostic, traitement et solutions proposées ?
- 10) Quels sont les effets à long terme d'une meilleure prise en charge territoriale des soins non programmés ?
- 11) Que pensez-vous du SAS comme régulateur de la demande de soins non programmés ?
- 12) Pour mieux répondre à la demande de soins non programmés, quels sont, selon vous, les dispositifs régulateurs les plus adaptés pour

« filtrer » cette demande et orienter les patients vers les services les mieux adaptés à leurs besoins [appel téléphonique, opérateur de soins non programmés, secrétaires médicales, régulateurs médicaux, plateforme numérique] ?

- 13) Quels sont les avantages et désavantages de ces outils ?
- 14) « La demande de soins non programmés doit trouver une réponse adaptée à n'importe quel moment du jour ou de la nuit », êtes-vous d'accord avec cela ? Cela est-il compatible avec le système de santé français ?
- 15) Selon vous, les médecins libéraux sont-ils prêts à s'engager davantage pour délivrer des réponses à des soins non programmés ?
- 16) Quels sont les facteurs qui pourraient motiver ou empêcher leur engagement ?
- 17) Est-il possible d'établir un lien entre la ville et l'hôpital de façon rapide, fluide ?
- 18) Quels seraient les bons indicateurs pour suivre la gestion des soins non programmés sur un territoire ?
- 19) Pensez-vous que les CPTS peuvent répondre à la demande de soins non programmés ? Quels sont les avantages et les désavantages du travail réalisé par une CPTS ?

Recueil de caractérisation de la personne interrogée

- 1) Données démographiques : Sexe, âge, nombre d'années d'expérience dans la profession exercée/nombres d'années d'exercice sur le territoire ?
- 2) Profession/statut d'exercice/territoire/deux emplois