



HAL
open science

Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral; étude observationnelle sur 674 consultations de médecins généralistes des Alpes-Maritimes

Solomampionina Rakotoarivonina

► To cite this version:

Solomampionina Rakotoarivonina. Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral; étude observationnelle sur 674 consultations de médecins généralistes des Alpes-Maritimes . Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01490528

HAL Id: dumas-01490528

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01490528>

Submitted on 15 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MEDECINE

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE EN VUE DE L'OBTENTION DU
DIPLOME DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de médecine de Nice

Le mardi 15 septembre 2015

Par Solomampionina RAKOTOARIVONINA

Né le 25 février 1986

**IMPACT DU TRAVAIL ADMINISTRATIF
SUR LA QUALITÉ D'EXERCICE MÉDICAL LIBÉRAL**

Étude observationnelle sur 674 consultations
de médecins généralistes des Alpes-Maritimes

Président du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Monsieur le Professeur Thierry PICHE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Renaud FERRIER

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINEListe des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	
M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BATT Michel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE FICHOUX Yves
M. BRUNETON Jean-Noël	Mme LEBRETON Elisabeth
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. HAR TER Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLES AKIS Jean-André	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIÈRE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie -Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DEPERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	CHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIÈME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie –Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DEUXIÈME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE	Anglais

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Gabriel Fuzibet,

Vous m'avez fait l'honneur de présider ma soutenance et de juger de mon travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma plus haute considération.

A Monsieur le Professeur Philippe Hofliger,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury et d'honorer mon travail.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Thierry Piche,

J'ai eu le plaisir de débiter mon cursus à tes côtés et je suis particulièrement honoré de pouvoir le terminer en ta présence.

Reçois ici mon estime et mes plus sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Renaud Ferrier,

Tu as dirigé cette thèse, je te remercie de ta confiance et de ton accompagnement tout au long de ce travail. Tes qualités humaines, pédagogiques et professionnelles ont participé à forger ma conception de la médecine générale.

Je t'exprime ici toute ma gratitude et mes amitiés les plus sincères.

Aux 51 médecins généralistes ayant accepté de participer à cette étude,

Merci de votre disponibilité et de votre intérêt pour ce travail.

A Vincent Guyader,

Pour ton aide méthodologique et statistique qui a permis l'aboutissement de ce travail.

A ma famille,

A Audrey,

Nous partageons notre vie, nos passions et nos ambitions. Merci pour ton aide précieuse et pour ta présence dans tous les moments. Tiako ianao.

A mes parents Laurette et Wilson,

Je suis éternellement reconnaissant pour l'amour que vous m'apportez et pour les valeurs que vous m'avez inculquées, je suis fier d'être votre fils.

A ma sœur Doma, mes frères Doda et Rafa, et leurs familles,

Vous êtes mes modèles. Merci de m'avoir toujours porté vers le haut. Je vous aime.

A mes nièces Tina et Ava, mes neveux Timothée et Miaro,

Vous êtes les petits frères et sœurs que je n'ai jamais eus, je serai toujours là pour vous.

A ma cousine Hoby,

Merci d'avoir donné de ton temps et de ta personne pour le bien de notre famille.

A Charles, Annick, Anah, Arielle et Amélie,

Pour avoir contribué à mes plus beaux souvenirs d'enfance.

A Ben,

Mon frère, mon ami de toujours.

A ma grande famille,

De Madagascar ou des quatre coins du globe, tsy manadino n'aiza n'aiza.

A ma belle famille,

C'est un immense privilège que de vous avoir.

A mes aïeux, partis trop tôt...

A mes amis,

A Isa et Landry, mes amis d'enfance, je ne vous oublie pas.

A Kashmir, mon compère, confrère et complice.

A Elodie, star des rayons X, une des plus belles rencontres de cet internat.

A Marine, Gaëlle, Camille, vous êtes les meilleures (sauf à la pétanque...sans rancune)

A Florent, Alexandre, Jonathan, premières connaissances sur Nice, toujours alliés aujourd'hui.

A Madame le Docteur Bernadette Baldin, pour ta bienveillance et tes grandes qualités humaines. Tu as marqué l'ensemble de mon parcours, les connaissances que tu m'as apportées resteront ancrées dans ma pratique quotidienne. Reçois ici le témoignage de mon respect et de mon amitié.

A Pauline, Claudio, Amélie, Nassim, Nihal et tous mes co-internes, pour les rencontres de qualité pendant cet internat.

A Emilien, le *shark*, merci pour ces moments.

A Boris, *enjoy the process, no matter the result.*

A toute l'équipe du Centre Régional de Pharmacovigilance de Nice, pour votre sympathie et pour le formidable travail que vous réalisez.

Aux équipes soignantes des services de gastroentérologie, de MGU Saint-Roch, des urgences pédiatriques de Lenval, et particulièrement à l'équipe de dermatologie de l'Archet 2.

A tous ceux que je n'ai pu citer ici mais qui font partie de ma vie.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	15
I. UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE EN CRISE	16
A. DIMINUTION DE L'OFFRE DE SOINS ET INEGALITES TERRITORIALES	16
B. LA NOUVELLE GENERATION DE MEDECINS GENERALISTES	17
II. LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES MEDECINS GENERALISTES	20
A. DIVERSITE DES MODES D'ORGANISATIONS	20
B. UNE CHARGE GLOBALE DE TRAVAIL IMPORTANTE	22
C. LA CHARGE DE TRAVAIL ADMINISTRATIF	24
III. RATIONNEL ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	26
A. RATIONNEL DE L'ETUDE	26
B. OBJECTIFS DE L'ETUDE	27
MATERIELS ET METHODES	28
I. TYPE D'ETUDE	29
II. METHODE DE SELECTION	29
A. POPULATION CIBLE.....	29
B. BASE DE SONDAGE	29
C. METHODE D'ECHANTILLONNAGE	30
III. METHODE D'OBSERVATION	31
A. DEFINITION DES TERMES	31
B. DONNEES RECUEILLIES	31
C. REALISATION PRATIQUE	33
IV. METHODE D'ANALYSE STATISTIQUE	35
RESULTATS	36
I. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON D'ETUDE	37

A. TAUX DE PARTICIPATION.....	37
B. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	37
II. ANALYSE DESCRIPTIVE.....	40
A. ANALYSE DESCRIPTIVE DES CONSULTATIONS	40
B. ANALYSE DESCRIPTIVE DU TRAVAIL ADMINISTRATIF.....	42
III. ANALYSE INFERENTIELLE	52
A. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS ET MODE D'ORGANISATION	53
B. EFFETS DES MODES D'ORGANISATION SUR LA CHARGE DE TRAVAIL ADMINISTRATIF	55
DISCUSSION.....	61
I. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	62
A. LE TYPE D'ETUDE	62
B. LA METHODE D'ECHANTILLONNAGE ET DE RECRUTEMENT	62
C. LA METHODE DE RECUEIL DES DONNÉES	64
II. ANALYSE DES RESULTATS	66
A. LA CHARGE DE TRAVAIL LIEE AUX FEUILLES DE SOINS	66
B. LE POIDS DES TACHES DE SECRETARIAT	67
C. CONSEILS TELEPHONIQUES ET INTERRUPTIONS DE CONSULTATION	70
D. LES CERTIFICATS ET LES FORMULAIRES MEDICAUX	71
III. PLACE DE L'ETUDE DANS LA LITTERATURE	72
IV. HYPOTHESES ET PROSPECTIVES.....	73
A. VALORISATION DE L'ACTIVITE LIBERALE DANS LE CURSUS MEDICAL	73
B. MISE EN PLACE D'UNE DEMARCHE QUALITE.....	73
C. SECRETARIATS MEDICAUX : ACCESSIBILITE ET GAIN D'EFFICIENCE.....	74
D. LA MEDECINE LIBERALE : UN GISEMENT D'EMPLOIS PEU EXPLOITE.....	76
V. CONSLUSION	78

BIBLIOGRAPHIE	80
ANNEXE 1. Liste exhaustive des tâches administratives	86
ANNEXE 2. Grille de recueil des données	87
ANNEXE 3. Bordereau de recueil des caractéristiques démographiques	88

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Caractéristiques des 51 médecins généralistes.....	38
Tableau 2 : Temps médian, temps moyen et temps hebdomadaire estimés	46
Tableau 3 : Liste des tâches administratives.....	48
Tableau 4 : Temps médian, temps moyen des tâches administratives.....	51
Tableau 5 : Age des médecins selon le type de secrétariat.....	54
Tableau 6 : Type de secrétariat en fonction du mode d'installation.....	55
Tableau 7 : Proportion du temps de travail administratif par consultation selon le type de secrétariat.....	56
Tableau 8 : Fréquences des tâches de secrétariat selon le type de secrétariat.....	58
Tableau 9 : Fréquence des tâches de secrétariat et proportion du temps de travail administratif par consultation, selon le mode d'installation.....	60
Figure 1 : Répartition des médecins selon le type de secrétariat.....	39
Figure 2 : Répartition des médecins selon le nombre d'actes réalisés la semaine précédente.....	40
Figure 3 : Fréquence des consultations selon le motif de recours.....	41
Figure 4 : Distribution des consultations selon leur durée.....	42
Figure 5 : Distribution des consultations selon le nombre de tâches administratives réalisées.....	43
Figure 6 : Proportion de travail administratif pendant les consultations.....	44
Figure 7 : Fréquences et temps de travail administratif par grands types de tâches.....	45
Figure 8 : Parts du temps de travail administratif occupées par les différents types de tâches.....	47
Figure 9 : Fréquences des tâches administratives, hors feuilles de soins électroniques.....	49
Figure 10 : Temps totaux de réalisation des tâches administratives détaillées.....	50
Figure 11 : Proportions de consultations selon le nombre de tâche et le type de secrétariat.....	57

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de longue durée

AMELI : Assurance Maladie En Ligne

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

CAREPS : Centre Alpin Recherche Epidémiologique Prévention Sanitaire

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CERFA : Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

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

ECN : Epreuves classantes nationales

FSE : Feuille de soins électronique

IC : Intervalle de confiance

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

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

RDV : Rendez-vous

SNIR : Système National Inter-Régimes

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

URSSAF : Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

INTRODUCTION

La situation démographique en médecine générale se détériore depuis plusieurs années. Si la pénurie de médecins est encore loin d'être annoncée, les déséquilibres en matière d'offre de soins sont déjà bien présents sur notre territoire. Les conditions d'exercice et d'installation en libéral vont être déterminantes pour l'avenir de la profession. Cela suscite alors une réflexion sur l'optimisation de l'ergonomie de travail et du temps médical. Le but de cette étude était d'abord de décrire la charge de travail du médecin généraliste sur son versant administratif, une des principales plaintes des praticiens. Puis nous avons tenté de mettre en lumière ses déterminants et proposé des pistes d'amélioration de la pratique libérale. Dressons d'abord un état des lieux de la situation démographique et des conditions d'exercice afin d'appréhender les enjeux de notre étude.

I. UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE EN CRISE

La France connaît depuis plusieurs années une baisse de l'offre de soins en médecine générale associée à d'inquiétantes disparités locorégionales de l'accès aux soins. La dégradation des conditions de travail des médecins entretient une désaffection latente pour la médecine générale libérale et nourrit cette crise démographique. La capacité à redonner de l'attractivité à cette spécialité, notamment par l'amélioration de l'efficacité de travail des praticiens, constitue un élément essentiel pour inverser la tendance.

A. DIMINUTION DE L'OFFRE DE SOINS ET INEGALITES TERRITORIALES

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins [1] [2], on assiste depuis 2007 à une baisse continue de l'effectif des médecins généralistes, par rapport aux autres spécialités. La diminution de 7,8 % des médecins généralistes de France métropolitaine (93 820 en 2007 contre 86 450 au 1^{er} janvier 2015) affecte surtout la part exerçant en libéral, avec une chute de

9% de leurs effectifs (56 733 en 2007 contre 51 677 en 2015). Comparativement, le nombre de médecins spécialistes n'a cessé d'augmenter depuis 2007 (+ 6,4 %). La tendance semble s'amplifier d'année en année, et selon les projections de l'Ordre, cette baisse significative de la population de généralistes risque de se prolonger jusqu'à 12 % d'ici 2020. Cette situation est la résultante de plusieurs phénomènes, à savoir la réduction du numerus clausus dans les années 1990 (dont l'effet sur la démographie n'est perceptible que 10 à 15 ans après) et le non renouvellement des effectifs. En effet, l'âge moyen des médecins généralistes actifs est relativement élevé (52 ans), la part des plus de 60 ans également (26,7 %). Enfin il existe un fort déséquilibre entre les entrées en activité libérale et les départs en retraite, avec un rapport d'environ 1 entrant pour 3 sortants en 2014 [3].

Parallèlement à cette décroissance du nombre de médecins généralistes en activité, la population française tend à augmenter sensiblement, accentuant le problème crucial de la densité médicale et des fortes inégalités d'offre de soins primaires sur le territoire. En 2015, la densité moyenne de médecins généralistes en France métropolitaine est de 133,5 pour 100 000 habitants avec de forts contrastes géographiques. Nous retiendrons deux exemples : le département du Cher qui compte seulement 97 médecins pour 100 000 habitants et celui des Alpes-Maritimes où l'offre de soins est supérieure à la moyenne nationale, avec 155 médecins pour 100 000 habitants.

B. LA NOUVELLE GENERATION DE MEDECINS GENERALISTES

1. Une désaffection latente pour l'exercice libéral

La baisse continue du nombre de médecins généralistes en France et la hausse des effectifs de spécialistes traduisent une certaine désaffection pour la médecine générale. Selon

Bachelet (2014), dans une étude menée par la DREES intitulée « les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales de 2013 » [4], la médecine générale figure toujours parmi les spécialités peu attractives, en comparaison à d'autres spécialités médicales. Toutefois, elle recrute à tous les rangs de classement, traduisant un choix volontaire et positif de la part des étudiants.

Le modèle libéral n'est plus la référence unique de la pratique de la médecine générale. On assiste à une évolution du mode d'exercice des médecins généralistes vers une attirance grandissante pour le salariat. Selon le Conseil de l'Ordre [1], la proportion de salariés a massivement augmenté. Elle représentait 14,4 % des généralistes en 2007 contre 35 % en 2015, soit une hausse de près de 20%. Le mode d'exercice de première intention des jeunes généralistes inscrits à l'Ordre en 2014 illustre cet intérêt grandissant puisque 33,4 % ont fait le choix d'exercer en tant que salariés. La pratique libérale exclusive reste toutefois majoritaire (57,6 %) mais s'effrite d'année en année, avec une décroissance lente des effectifs (- 3 %) depuis 2007. Une volonté tardive de s'installer se traduit par la forte proportion de jeunes généralistes exerçant en tant que remplaçants à la sortie de l'internat (42 % en 2013), ainsi que par l'augmentation de l'âge moyen d'installation (35,5 ans en 2014) [3]. Ces phénomènes reflètent le clivage qui existe entre les anciennes et les nouvelles générations de médecins.

2. Mais une spécialité non délaissée

Au delà de ces éléments et projections démographiques pessimistes, la jeune génération de médecins généralistes constitue un maillon essentiel pour l'avenir de la profession, et n'entend pas pour autant abandonner cette filière. Les travaux sur les orientations des internes [5] [6] font état d'un choix volontaire (et non par défaut) d'une

grande majorité des étudiants pour la médecine générale. « L'enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale » réalisée par l'ISNAR-IMG en 2011 [7] en témoigne également. Sur les 1939 internes répondant, 84 % ont fait un choix positif pour la médecine générale. Conscients des enjeux liés aux problèmes démographiques, seulement 12,2 % déclaraient ne pas vouloir exercer en zone déficitaire. Contrairement aux idées reçues, l'exercice libéral attire toujours les futurs médecins puisque près de 80 % des internes interrogés souhaitent exercer en libéral à la fin de l'internat, en tant que remplaçant, collaborateur ou installé. Toutefois on observe un décalage entre ces souhaits et la faible proportion d'installation. Cela nous amène à penser que l'exercice libéral exclusif ne répond plus totalement aux attentes des jeunes médecins en terme de stabilité, de choix de vie ou de conditions de travail. L'installation en libéral n'est donc pas sans conditions pour la nouvelle génération.

3. Les souhaits d'exercice des futurs généralistes

La compréhension des souhaits et aspirations de la nouvelle génération de médecins, notamment en matière de conditions de travail, est essentielle pour redorer l'image de la médecine générale, répondre aux besoins démographiques et construire notre système de santé. Les conditions d'exercice, une organisation de travail adaptée laissant une place à la vie personnelle, et une pratique axée sur l'aspect médical de la profession apparaissent comme des facteurs primordiaux à l'installation des jeunes généralistes. Selon Robelet *et al.* (2006) [8], on constate chez la nouvelle génération un désir d'équilibrer condition de vie et condition de travail, qui se traduit notamment par la volonté de réguler et optimiser le temps professionnel. Les moyens permettant de dégager du temps médical, d'améliorer le confort d'exercice et d'axer pleinement l'activité sur le soin sont largement plébiscités. 91 % des

internes interrogés par l'ISNAR-IMG en 2011 [7] étaient favorables à des outils permettant de dégager plus de temps pour le soin dispensé aux patients. Il ressort également des études sur le sujet [9] [10], que les aspects administratifs de la profession s'avèrent être une des principales contraintes à l'installation. **Un changement du contenu de l'activité des médecins généralistes, orienté vers une meilleure utilisation des compétences médicales, pourrait ainsi participer à améliorer l'attractivité de la profession et à diminuer l'érosion du choix de cette spécialité chez les nouvelles générations d'étudiants en médecine.**

II. LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES MEDECINS GENERALISTES

Les médecins généralistes libéraux ont un rôle pivot dans le système de soins ambulatoires. De ce fait, leurs conditions d'exercice sont directement exposées à des facteurs exogènes comme l'environnement politique, socio-économique, épidémiologique et démographique. L'organisation de l'activité libérale est une question complexe car elle est propre à chaque praticien. Elle découle de choix individuels mais peut se heurter à des contraintes plus ou moins maîtrisables, qui ne permettent pas toujours une activité de soins et des conditions de travail optimales. Une réflexion sur les choix d'organisation en entreprise libérale et sur la charge de travail des généralistes, permet de comprendre les contraintes avec lesquelles ils exercent leur profession.

A. DIVERSITE DES MODES D'ORGANISATIONS

Les modes d'exercice des médecins généralistes libéraux sont très variés. Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, mené par la DREES entre mars 2007 et septembre 2009 [11] [12], a permis d'avoir un aperçu représentatif des modes d'exercice dans cinq régions françaises. Ainsi 61,3 % des médecins exerçaient en

zone urbaine, 16,1 % en zone périurbaine et 22,6 % en zone rurale. Dans les Alpes-Maritimes, en 2014, cette répartition est tout à fait différente, avec 85 % de médecins généralistes dans les communes urbaines, 12 % en communes périurbaines et seulement 3 % en communes rurales, d'après le Conseil de l'Ordre. Selon les chiffres de l'Assurance Maladie de 2013 [13], 93 % des médecins généralistes exerçaient en secteur 1 contre seulement 6 % en secteur 2.

L'exercice en groupe est majoritaire aujourd'hui avec plus de 54 % des généralistes libéraux travaillant en cabinet mono ou pluridisciplinaire selon Baudier *et al.* (2010) [14]. Cette pratique concerne particulièrement les médecins de moins de 40 ans et semble permettre de mieux maîtriser le rythme de travail hebdomadaire, sans en modifier le volume d'activité. L'exercice en groupe permet également la mutualisation des dépenses afin de faciliter l'organisation du cabinet, notamment par l'emploi d'un secrétariat, souvent d'une aide précieuse pour les médecins.

Concernant l'organisation des consultations, les pratiques sont variables. Le choix de fixer ou non des rendez-vous résulte de la volonté d'organiser son temps de travail. Cependant, une notion ressort du panel d'observation de la DREES : les médecins dont le rythme de travail est le plus soutenu ont tendance à davantage recourir aux rendez-vous programmés, cela peut correspondre à un moyen d'optimiser le planning pour intensifier l'activité médicale.

Les formes de secrétariat sont très différenciées d'un praticien à l'autre et d'après les travaux de Jakoubovitch *et al.* (2012) [15], on estime que près d'un médecin sur deux n'en dispose pas. Ils assurent alors eux-mêmes l'ensemble des tâches, avec plus ou moins de désagréments. L'emploi d'un secrétariat est plus fréquent dans les cabinets de groupe et

facilité au-delà d'un certain seuil d'activité. En effet, l'importance de la charge financière que représente la rémunération d'une secrétaire est le principal frein pour les médecins, un poste pouvant représenter jusqu'à 15 % de leurs dépenses, selon les travaux de l'URPS Rhône-Alpes (2014) [16]. Les formes d'organisation du secrétariat sont multiples : une ou deux secrétaires présentes au cabinet, un télésecrétariat, ou encore les deux modalités, avec des plages horaires d'ouverture variables. Le choix est conditionné par l'aspect économique et par les besoins de chaque cabinet. Les activités des secrétariats sont plus ou moins développées selon les cabinets : principalement elles assurent la gestion de l'agenda, l'accueil des patients et la gestion administrative des consultations ; mais aussi la gestion des commandes et des stocks, l'aide aux patients, la transcription de comptes rendus médicaux, la gestion des impayés, l'encaissement des règlements et parfois la comptabilité. Ces activités déchargent en partie le médecin et lui permettent d'axer sa pratique sur le soin en faisant moins de tâches non médicales.

Dans le contexte actuel de crise démographique, la charge globale de travail des libéraux ne cesse de s'alourdir. De plus, face au projet de loi de santé en cours, on pourrait craindre davantage de travail administratif. On peut penser que la présence d'une assistance médicale dans les cabinets de médecine générale ne sera plus un simple besoin mais un réel impératif.

B. UNE CHARGE GLOBALE DE TRAVAIL IMPORTANTE

D'une manière générale, la charge de travail globale des médecins généralistes est élevée, avec une hétérogénéité selon les praticiens et des facteurs comme le lieu d'implantation du cabinet ou la saisonnalité. Depuis ces vingt dernières années, le niveau d'activité des médecins généralistes a fortement augmenté. Les données du Système National

Inter-régimes (SNIR) [17] sont parlantes : si dans les années 1980, il fallait trois années aux médecins généralistes pour atteindre les 4000 actes par an, ce chiffre est atteint dès la deuxième année d'activité pour les médecins installés après 1990. Pour les dernières générations, le seuil de 6000 actes par an est largement dépassé dès la septième année d'activité alors que les plus anciens n'arrivent à ce niveau qu'à la vingtième année. Cette évolution s'explique par la diminution des effectifs médicaux et par l'augmentation de la consommation de soins liée au vieillissement de la population [18]. Dans ce contexte, qu'en est-il de la qualité des soins ?

Le temps de travail des médecins libéraux est une notion difficile à mesurer, en raison de variabilités importantes selon les praticiens. Les généralistes déclarent travailler en moyenne entre 52 et 60 heures par semaine et les journées de travail durent en moyenne 10 heures. Ces chiffres sont constants dans le temps et les différents travaux sur le sujet [12] [15] [19] [20] [21]. Malgré le manque de données représentatives, les études disponibles dressent un même constat : les semaines sont globalement chargées et le volume de travail est important. Ventelou et Saliba (2007) [21] soulignaient un désir chez 60,5 % des généralistes de PACA de réduire leur temps de travail. Ce désir était significativement associé au fait d'être un homme, d'exercer en commune rurale, d'avoir un niveau d'activité et un rythme de consultation élevés, et d'être amené à réaliser de nombreux « actes gratuits ». Ainsi, le nombre d'heures travaillées, mais également le nombre d'actes réalisés, provoqueraient un sentiment de surcharge chez les praticiens et justifieraient leurs souhaits de mieux maîtriser leur temps de travail. Dans ces conditions, nous pouvons alors nous interroger sur la charge supplémentaire qu'apportent toutes les activités annexes (administratif, secrétariat, interruptions...) qui jonchent les consultations et qui se trouvent hors des limites de la mission médicale.

En effet, l'exercice ne se limite pas seulement aux activités de diagnostics et de soins mais intègre aussi diverses activités extérieures au cabinet : les permanences de soins, les visites en établissement de santé, la formation continue ou encore les activités en lien avec une organisation professionnelle (syndicats, Ordre...). S'ajoutent à cela les activités inhérentes à la profession libérale : la gestion du cabinet médical, les conseils téléphoniques, les actes gratuits, la tenue de l'agenda et les tâches administratives. En raison de leur omniprésence et de leur caractère aléatoire et très dispersé dans le flux de travail quotidien, ces pratiques courantes morcellent les journées et sont difficiles à quantifier.

C. LA CHARGE DE TRAVAIL ADMINISTRATIF

L'exercice libéral des médecins généralistes comprend un certain nombre de tâches connexes qualifiées de « travail administratif », dont l'ampleur réelle et la répartition sont difficiles à objectiver dans les études statistiques. Sous ce vocable « administratif » se cachent en réalité plusieurs types de tâches : certaines sont inhérentes à la gestion de l'entreprise libérale, d'autres ont lieu pendant les consultations et la limite entre leur nature médicale ou administrative est parfois floue. Les praticiens s'accordent toutefois sur leur aspect très contraignant au quotidien et leur inintérêt au regard de la mission médicale.

1. Diversité des tâches administratives

Omniprésentes et rébarbatives, ces tâches administratives ont lieu pendant les consultations, mais aussi en dehors du temps de travail en raison de leur caractère parfois trop chronophage. On pourrait globalement les classer selon trois grands groupes :

- Les tâches de gestion du cabinet : comptabilité, fiscalité, gestion du matériel, gestion du personnel... Elles incombent à tous, car sont intimement liées au fonctionnement libéral.

- Les tâches relatives à l'organisation journalière de l'activité : tenue de l'agenda, gestion des rendez-vous, filtrage des appels, interruptions... Elles peuvent être partagées ou déléguées à un secrétariat.
- Le volet « médico-social » qui comprend à la fois des tâches à valeur médicale peu discutables, telles que les correspondances avec les confrères, la gestion des résultats d'examen, la mise à jour des dossiers... Et d'autres tâches souvent perçues comme dénuées d'intérêt médical et qui fragmentent les consultations. Elles sont considérées par les médecins comme des transferts de charges vers eux, par les autorités administratives (Assurance maladie, Etat...) voire par les patients [22] : formulaires Cerfa, certificats médicaux non justifiés [23], dossiers de prise en charge ALD, feuilles de soins, télétransmissions...

2. L'insatisfaction des médecins généralistes

Les enquêtes menées auprès des médecins généralistes sur leur activité ont révélé une insatisfaction générale concernant cette part administrative de leur travail. Dans l'enquête de perception sur le rôle du médecin traitant, menée par l'URML Rhône-Alpes (2010) [24], plus de 80% des praticiens ont déclaré avoir constaté une augmentation de leur charge de travail administratif depuis la mise en place du dispositif « médecin traitant », promulgué par la loi du 13 août 2004 [25]. Pour eux, cette charge de travail supplémentaire participe amplement à la surcharge de travail globale, au détriment du temps strictement médical pouvant être consacré aux patients.

Les études qualitatives, comme celle de Maupas *et al.* (2006) [26], ont aussi permis d'appréhender cette réalité et le sentiment négatif des médecins vis-à-vis du travail administratif. Les praticiens étaient unanimes sur le caractère envahissant et insidieux de ces tâches qualifiées de « paperasses », qui les détournent de leur activité première. Ils ressentent

alors, comme le souligne Manzano et Lhuilier (2008) [27], un changement de nature de leur profession et une « *perte de sens par rapport à ce qu'ils souhaitent faire et ce pour quoi ils ont été formés* ». Mais au-delà de l'insatisfaction, les conséquences de cette surcharge de travail peuvent être plus graves et mener à un surmenage voire un *burnout*. Dans l'étude de Cathébras *et al.* (2004), le travail administratif apparaît comme une des causes d'épuisement professionnel perçues par les médecins généralistes.

III. RATIONNEL ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

A. RATIONNEL DE L'ETUDE

Nous avons vu d'une part que le travail administratif faisait l'objet d'une insatisfaction générale. A ce titre, il est considéré comme du temps superflu, peu qualitatif, qui envahit les journées et réduit le temps consacré à « la vraie médecine ». D'autre part, il se surajoute à une charge de travail quotidienne et hebdomadaire déjà conséquente et constitue un temps peu productif au cours des consultations. Ainsi, l'ampleur de l'activité quotidienne des généralistes et les exigences en terme de qualité des soins font que le temps médical devient précieux. Dans leur choix de l'entreprise libérale, les médecins généralistes doivent aussi gérer l'aspect économique du cabinet, principalement à travers leur niveau d'activité, qui conditionne en grande partie les choix d'organisations. Or, bien souvent les tâches administratives ne donnent lieu à aucune rétribution économique ni symbolique malgré leur caractère contraignant.

Notre constat est donc le suivant : les temps consacrés à ces tâches dites administratives contribuent peu à l'amélioration de la santé des patients, fragmentent les consultations et dégradent les conditions ergonomiques et économiques de travail des

libéraux. Nous supposons que cela implique une perte d'efficacité. Mais quel est réellement le poids de ces tâches au cours des consultations ? Sont-elles aussi chronophages que nous le supposons ? Face à la crise démographique et au recul de l'offre de soins en médecine générale, comprendre la logique des temps de travail du médecin devient un enjeu afin d'élaborer des solutions d'amélioration des conditions de travail, redonner de l'attrait à la médecine générale libérale et recentrer l'exercice sur le soin du patient.

B. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Notre étude avait pour objectif principal de décrire, de manière objective, la nature et la répartition du travail administratif, et d'estimer sa quantité pendant les consultations des médecins généralistes libéraux des Alpes-Maritimes. L'objectif secondaire était d'analyser les déterminants de la charge de travail administratif pour mener une réflexion sur les moyens organisationnels, individuels et collectifs, à mettre en œuvre pour optimiser le temps de soin et les conditions d'exercice en libéral.

MATERIELS ET METHODES

I. TYPE D'ETUDE

Pour estimer la nature et la charge de travail administratif au cours des consultations de médecine générale dans les Alpes-Maritimes, nous avons réalisé une étude descriptive de type observationnelle.

II. METHODE DE SELECTION

A. POPULATION CIBLE

Nous avons choisi d'étudier la population de médecins généralistes libéraux installés dans le département des Alpes-Maritimes. Au 1^{er} juillet 2014, leur nombre était de 1239 dont 67% d'hommes et 33 % de femmes. Concernant le lieu d'installation, 85 % des praticiens exerçaient dans des communes de plus de 10 000 habitants (urbaines¹), 12 % dans des communes de 2000 à 10 000 habitants (périurbaines¹) et 3 % dans des communes de moins de 2000 habitants (rurales¹). 87,6 % exerçaient exclusivement en libéral et 12,4 % avaient une activité mixte, c'est-à-dire avec une part libérale et salariée.

B. BASE DE SONDAGE

Aucun organisme professionnel ou administratif n'a pu nous communiquer de base de données complète des médecins avec leurs coordonnées. Nous avons donc créé notre base de sondage à partir de l'annuaire des professionnels de santé en ligne, disponible sur le site de l'Assurance Maladie (www.ameli-direct.fr). Nous avons ainsi pu établir, à l'aide du logiciel Microsoft Excel®, une liste exhaustive des 1239 médecins généralistes des Alpes-Maritimes,

¹ Il s'agit du zonage en aires urbaines (ZAU) établi par l'INSEE.

avec les caractéristiques démographiques dont nous avons besoin pour l'échantillonnage : le nom, le genre, la commune d'installation et le numéro de téléphone de chaque praticien. Les médecins à exercice particulier (acupuncture, homéopathie, ostéopathie...), les médecins ayant une activité spécifique (échographie, SOS médecins...) et les médecins ayant un statut de remplaçants ou de collaborateurs ont été volontairement exclus de l'étude, car nous avons estimé que leur activité et leur charge de travail administratif n'étaient pas représentatives de celles des omnipraticiens installés.

C. METHODE D'ECHANTILLONNAGE

Afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population cible et pour faciliter le travail de terrain, nous avons choisi la méthode d'échantillonnage aléatoire stratifié sur les critères de genre et de lieu d'installation. Nous avons donc divisé la population de la base de sondage en 6 sous-groupes (strates) :

- Les médecins hommes en communes urbaines, périurbaines et rurales
- Les médecins femmes en communes urbaines, périurbaines et rurales

Les médecins ont ensuite été tirés au sort de façon aléatoire dans chaque strate, en respectant les proportions de genre et de lieu d'installation de la population générale, grâce à la fonction « RAND » du logiciel Microsoft Excel®. Concernant le nombre de sujets nécessaires, nous ne l'avons pas déterminé au préalable : nous avons choisi d'observer le plus grand nombre possible de médecins, dans la limite de la faisabilité, afin d'obtenir une puissance suffisante (95 %). Les médecins étaient contactés par téléphone et sollicités pour participer à l'étude. Pour ceux qui acceptaient, une date, hors vacances scolaires, était définie pour l'observation des consultations en cabinet sur une demi-journée de travail.

III. METHODE D'OBSERVATION

A. DEFINITION DES TERMES

1. Définition du temps de travail administratif

Le « *travail administratif* » est une notion très vaste. Sa définition et sa perception peuvent différer d'un praticien à l'autre, d'où la difficulté des enquêtes par questionnaire de quantifier avec précision le poids de ce travail. C'est pourquoi dans notre étude, le temps de travail administratif a été mesuré de manière objective par un observateur extérieur, par relevé et chronométrage direct des différentes activités réalisées au cours des consultations. Il a donc été primordial de définir préalablement le « travail administratif », de préciser son contenu et ses limites. Nous avons retenu cette définition : *toutes les activités réalisées par le médecin, pendant le temps de consultation et qui ne concourent pas directement aux soins du patient.*

2. Définition du temps de soin

Nous avons défini le « *temps de soin* » comme le temps de réalisation des actes liés à la prise en charge diagnostique et thérapeutique du patient : l'entretien, l'examen clinique, les actes médicaux, les prescriptions de traitements et d'examens complémentaires. Nous y incluons également le temps consacré à l'éducation, à la prévention et au relationnel.

B. DONNEES RECUEILLIES

1. Les tâches administratives

Selon les définitions ci-dessus, une liste de tâches administratives (*Annexe 1*) a été établie à partir de recherches sur le site de l'Assurance Maladie (www.ameli.fr) pour les formulaires Cerfa et les certificats médicaux, puis sur le site de l'administration française

(www.service-public.fr) pour les documents à visée sociale. Afin de compléter cette liste, une réflexion a été menée sur les tâches habituellement réalisées en cabinet, à partir de mes expériences en stage ambulatoire et des remplacements en libéral. Elle a été affinée par l'observation préliminaire de consultations au cabinet du directeur de thèse. Précisons que la liste des tâches administratives a subi quelques modifications au cours des observations, car des tâches non répertoriées avaient été rencontrées. Nous avons ensuite regroupé les items par grands types de tâches qui sont les suivants :

- Les tâches liées à la prise en charge financière des soins
- Les formulaires Cerfa
- Les certificats médicaux
- Les dossiers lourds
- Les tâches de secrétariat
- Les interruptions

2. Les tâches non prises en compte

Nous n'avons pas recueilli les tâches administratives consacrées au fonctionnement du cabinet libéral, puisqu'elles ne concernent pas le patient. Elles sont souvent réalisées en dehors des consultations et sont difficiles à quantifier : il s'agit de la comptabilité, la gestion fiscale, la gestion du matériel, la gestion du personnel, la maintenance informatique, les relations avec les organismes sociaux (URSSAF) et professionnels (Ordre, CARMF...).

Les tâches, même administratives, réalisées en dehors du temps de consultation n'ont pas été prises en compte. Les actes diagnostiques, thérapeutiques, la réalisation d'ordonnances de traitements et d'exams complémentaires n'ont pas été mesurés car il s'agissait de temps

de soin. Nous n'avons observé que les consultations en cabinet et exclu les visites à domicile de notre étude, pour des raisons de faisabilité. Les plages de consultation ont été choisies hors périodes de vacances scolaires afin d'obtenir des données issues de demi-journées type des médecins.

3. Les caractéristiques des médecins

Les caractéristiques démographiques et les modalités d'exercice suivantes ont été recueillies pour chaque médecin, à l'aide d'un bordereau de recueil anonyme (*Annexe 3*) : l'âge, le genre, l'année d'installation, le lieu d'installation, le mode d'installation (individuel ou en groupe), le conventionnement, l'informatisation, le mode de consultation (avec ou sans rendez-vous), le type de secrétariat. Le nombre d'actes réalisés la semaine précédant le recueil était également relevé, à partir du logiciel médical, pour chaque médecin, afin d'estimer leur niveau d'activité hebdomadaire.

C. REALISATION PRATIQUE

1. Pré-test

Un pré-test portant sur quatre médecins hors échantillon (deux femmes et deux hommes) a été réalisé dans les mêmes conditions que celles prévues pour l'enquête afin de vérifier sa faisabilité, la pertinence des données et l'acceptabilité de notre méthode par les médecins et les patients. Ainsi, nous avons pu procéder aux ajustements nécessaires afin de perfectionner le recueil.

2. Méthode de recueil des données

Le recueil des données a été réalisé par observation directe et chronométrage des consultations de médecins généralistes de l'échantillon, sur une demi-journée de travail au cabinet pour chaque participant. J'ai été le seul observateur et il n'y a eu aucune intervention de ma part pendant le déroulement des consultations. Le bon fonctionnement du matériel de mesure (chronomètres) était systématiquement vérifié avant les observations. Aucune consigne particulière n'a été donnée aux médecins sur la manière de mener leurs consultations, ceux-ci ont seulement été avisés de ne pas modifier leurs habitudes de travail, dans la mesure du possible.

Les caractéristiques socio-démographiques et d'exercice du médecin étaient recueillies avant le début des consultations. Les patients étaient informés de ma présence par la secrétaire ou par le médecin lui-même, et leur accord était systématiquement demandé au début de chaque consultation.

Les mesures ont été réalisées à l'aide deux chronomètres : l'un mesurait la durée de la consultation (temps de référence) à partir de l'entrée du patient dans la salle de consultation jusqu'à sa sortie, l'autre mesurait le temps de réalisation des tâches administratives recensées. Les unités utilisées étaient les heures, minutes et secondes. Il a été comptabilisé le temps où les tâches devaient être répétées à cause d'erreurs. Les données étaient consignées au fur et à mesure, pendant la consultation, sur la grille de recueil (Annexe 2).

IV. METHODE D'ANALYSE STATISTIQUE

Dans notre étude, le médecin généraliste était l'unité d'échantillonnage et la consultation était l'unité de référence. Les variables recueillies étaient qualitatives et quantitatives.

La saisie des données a été réalisée avec le logiciel Microsoft Excel® et l'analyse statistique grâce au logiciel R®, avec l'aide d'un statisticien. La statistique descriptive a présenté les données sous forme de tableaux et figures, avec des effectifs, des pourcentages et des durées en heures, minutes, secondes. Pour la caractérisation des groupes, deux méthodes ont été employées : l'analyse de variance et la comparaison de moyennes (test de Student) pour les variables quantitatives, le test χ^2 pour les variables qualitatives. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme seuil de significativité statistique dans le cas d'un test bilatéral. Les tests multiples ont été contrôlés par la méthode de Holm pour les variables quantitatives et par le test HSD de Tukey pour les variables qualitatives.

RESULTATS

Les résultats de notre étude sont présentés dans cette partie selon trois chapitres. Le premier est une description des caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon. Le deuxième expose les résultats descriptifs des consultations et du travail administratif, afin de répondre à notre objectif principal. Dans le dernier chapitre, nous recherchons les déterminants de la charge de travail, par une analyse inférentielle des données.

I. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON D'ETUDE

A. TAUX DE PARTICIPATION

248 médecins généralistes ont été contactés par téléphone pour participer à notre étude (soit 20 % de l'ensemble des médecins généralistes libéraux du département). 54 ont accepté mais seulement 51 ont pu être observés en raison de 3 désistements. Le taux de participation était relativement élevé puisque 20,6 % des généralistes sollicités ont réellement participé.

B. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Au total nous avons observé 51 médecins, dont 34 hommes (67 %) et 17 femmes (33 %), le sex ratio étant de 2/1. L'âge moyen était de 52,8 ans (36 ans pour le plus jeune et 64 ans pour le plus âgé). Tous les modes d'activités étaient représentés dans notre échantillon puisque nous avons 43 médecins exerçant en zone urbaine (84 %), 6 en zone périurbaine (12 %) et 2 en zone rurale (4 %). Grâce à la méthode d'échantillonnage aléatoire stratifié, notre échantillon était représentatif de la population cible des médecins généralistes libéraux des Alpes-Maritimes. Les médecins exerçaient principalement en secteur 1, sauf 6 en secteur 2. Ils étaient installés depuis 1981 pour la plus ancienne installation et 2008 pour la plus récente. Le *tableau 1* résume les caractéristiques des médecins observés.

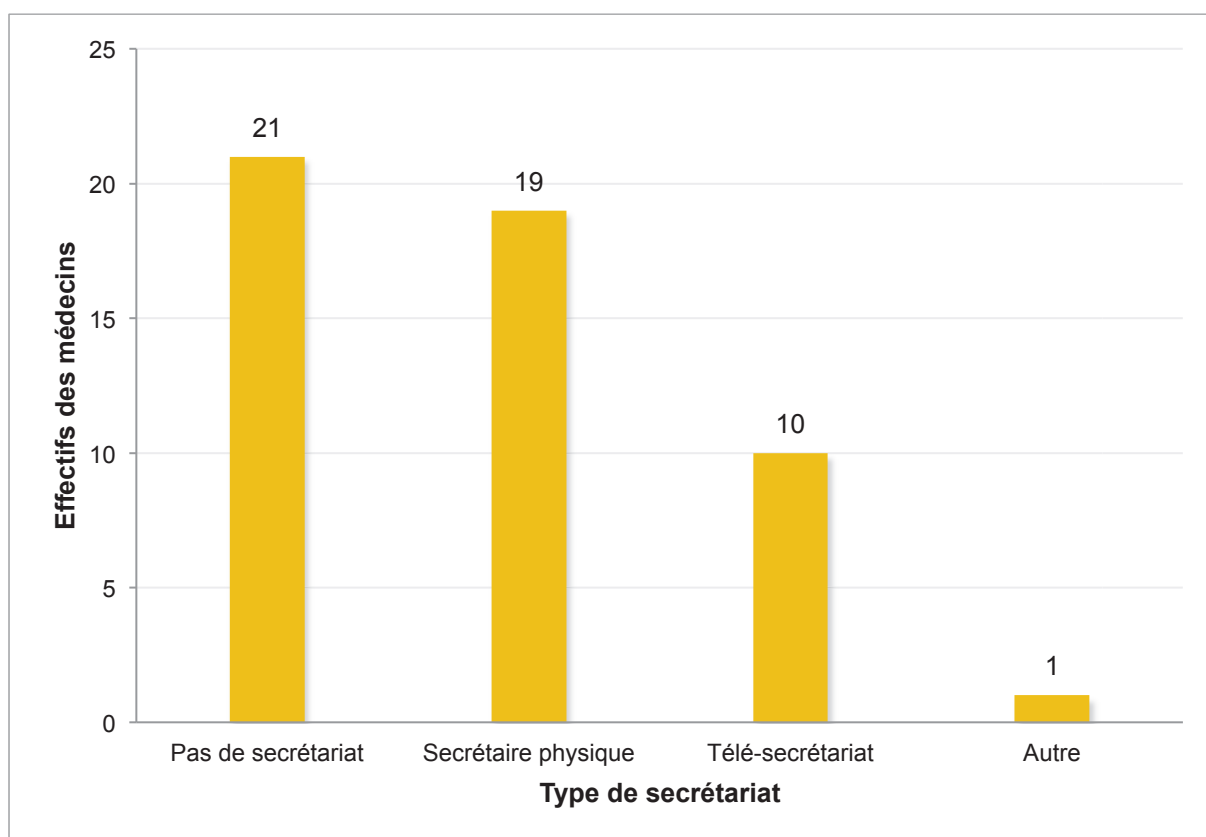
Tableau 1. Caractéristiques des 51 médecins généralistes

Caractéristiques des médecins	Effectifs (N = 51)	Pourcentages %
Age		
30 à 39 ans	2	4%
40 à 49 ans	15	29%
50 à 59 ans	28	55%
plus de 60 ans	6	12%
Genre		
Hommes	34	67% (67%)*
Femmes	17	33% (33%)*
Lieu d'installation		
Zone urbaine	43	84% (85%)*
Zone périurbaine	6	12% (12%)*
Zone rurale	2	4% (3%)*
Mode d'installation		
Cabinet de groupe	28	55%
Cabinet individuel	23	45%
Mode de conventionnement		
Secteur 1	45	88% (93%)*
Secteur 2	6	12% (6%)*
Type de secrétariat		
Pas de secrétariat	21	41%
Secrétaire physique	19	37%
Télésecrétariat	10	20%
Autre	1	2%
Mode de consultation		
Sur rendez-vous uniquement	25	49%
Sans rendez-vous uniquement	11	22%
Mixte	15	15%
Informatisation du cabinet		
Oui	50	98%
Non	1	2%
Demi-journée d'observation		
Matin	23	45%
Après-midi	28	55%

* Pourcentage dans la population cible des médecins généralistes des Alpes-Maritimes (n=1239)

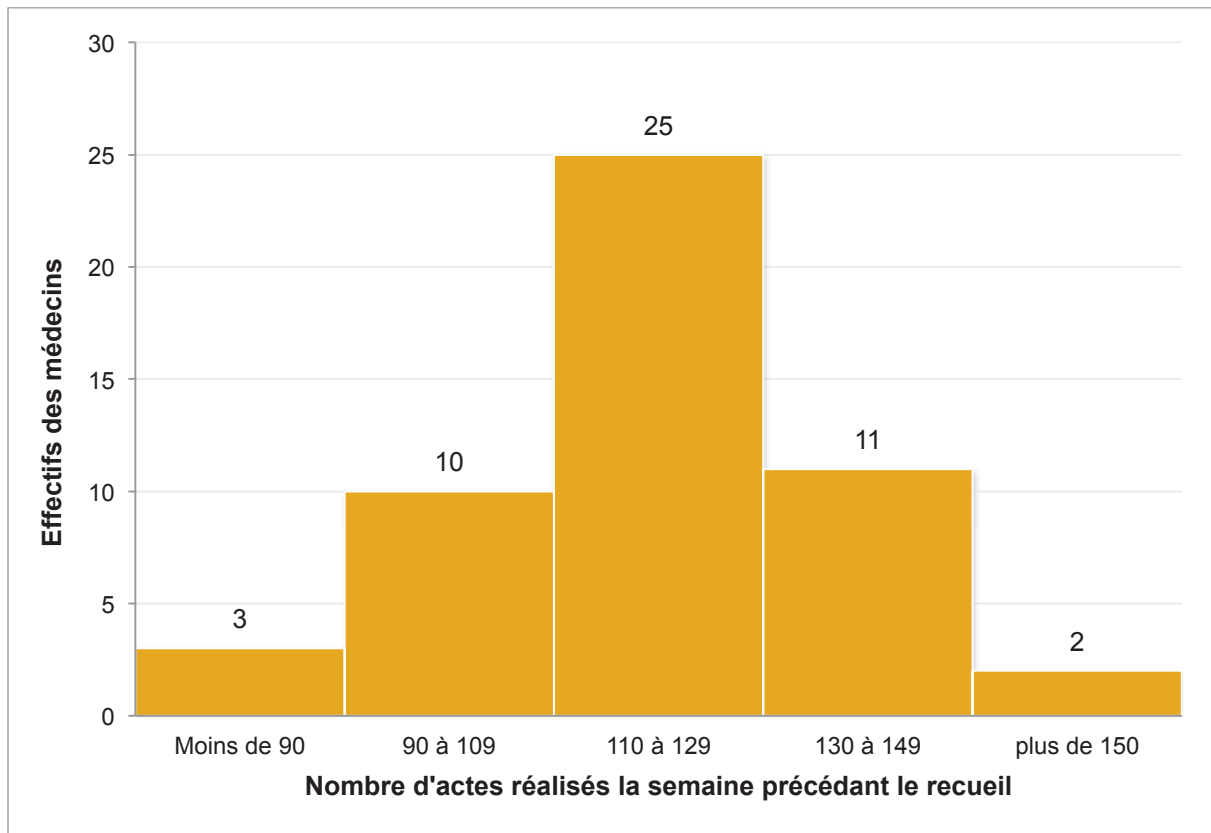
Concernant l'organisation de l'activité, 28 médecins étaient installés en cabinet de groupe contre 23 en cabinet individuel. Quatre modalités de secrétariat ont été rencontrées (*figure 1*) : les médecins sans secrétariat ($n = 21$), ceux employant une secrétaire physique ($n = 19$), ceux utilisant un télésecrétariat ($n = 10$) et un médecin employait son conjoint comme secrétaire à temps partiel.

Figure 1. Répartition des médecins selon le type de secrétariat ($N = 51$)



Le recueil des données s'est déroulé sur une période de 9 mois, de septembre 2014 à mai 2015, sur des demi-journées de travail. La semaine précédant les observations, les 51 médecins ont réalisé en moyenne 120 actes, avec un minimum de 80 et un maximum de 189 (*figure 2*). Dans une certaine mesure, nous avons considéré le nombre d'actes réalisés la semaine précédente comme le reflet du niveau d'activité hebdomadaire des médecins.

Figure 2. Répartition des médecins selon le nombre d'actes réalisés la semaine précédente (N = 51)



II. ANALYSE DESCRIPTIVE

A. ANALYSE DESCRIPTIVE DES CONSULTATIONS

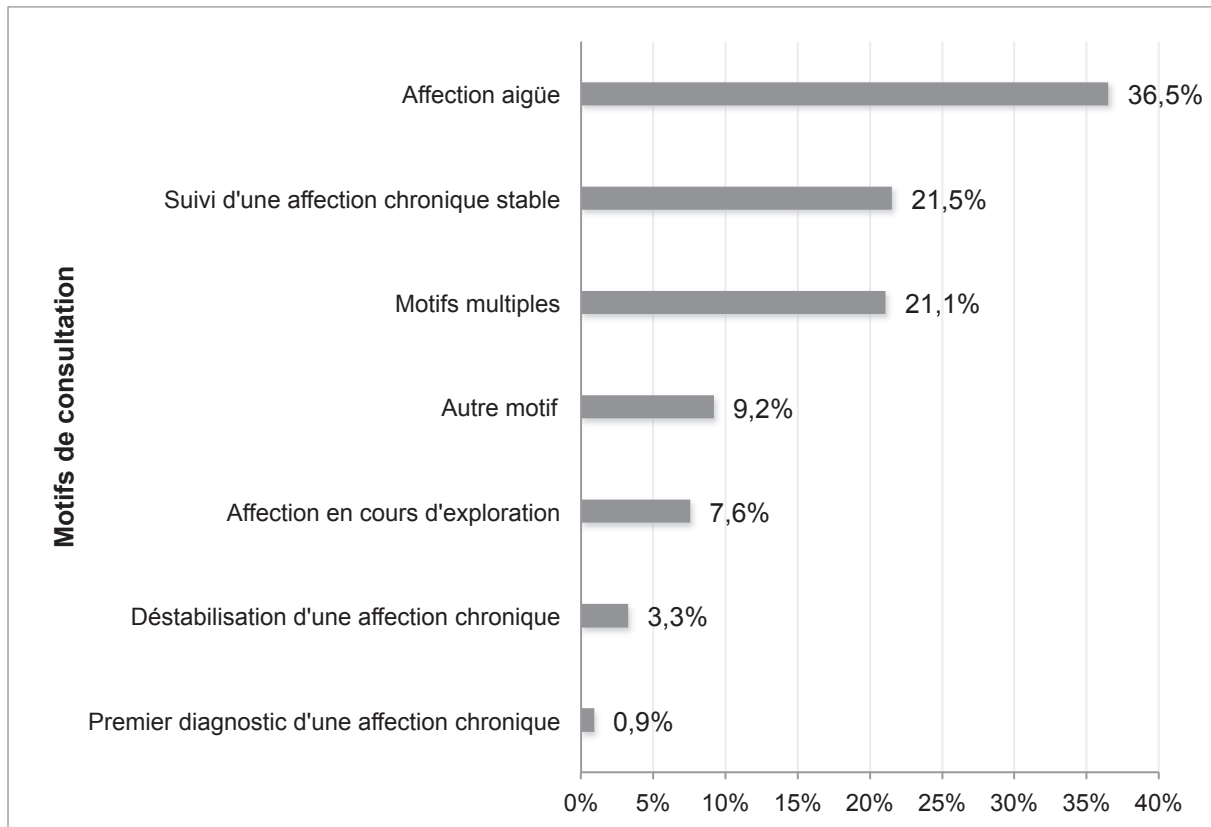
Au total, 674 consultations ont été observées, soit une moyenne de 13 par médecin et par demi-journée, avec un minimum de 9 et un maximum de 23 consultations.

1. Motifs de consultation

Nous avons relevé pour chaque consultation le motif de recours. Comme nous pouvons le voir dans la *figure 3*, celles pour affections aiguës étaient les plus fréquentes, elles représentaient 36,5 % des consultations (n = 246), suivies des contrôles d'affections

chroniques stables (21,5 %, n = 145). A noter, la fréquence relativement élevée des consultations à motifs multiples (21,1%, n = 142). Enfin, les consultations pour un premier diagnostic d'affection chronique étaient relativement rares (0,9%, n = 6).

Figure 3. Fréquence des consultations selon le motif de recours (n = 674)

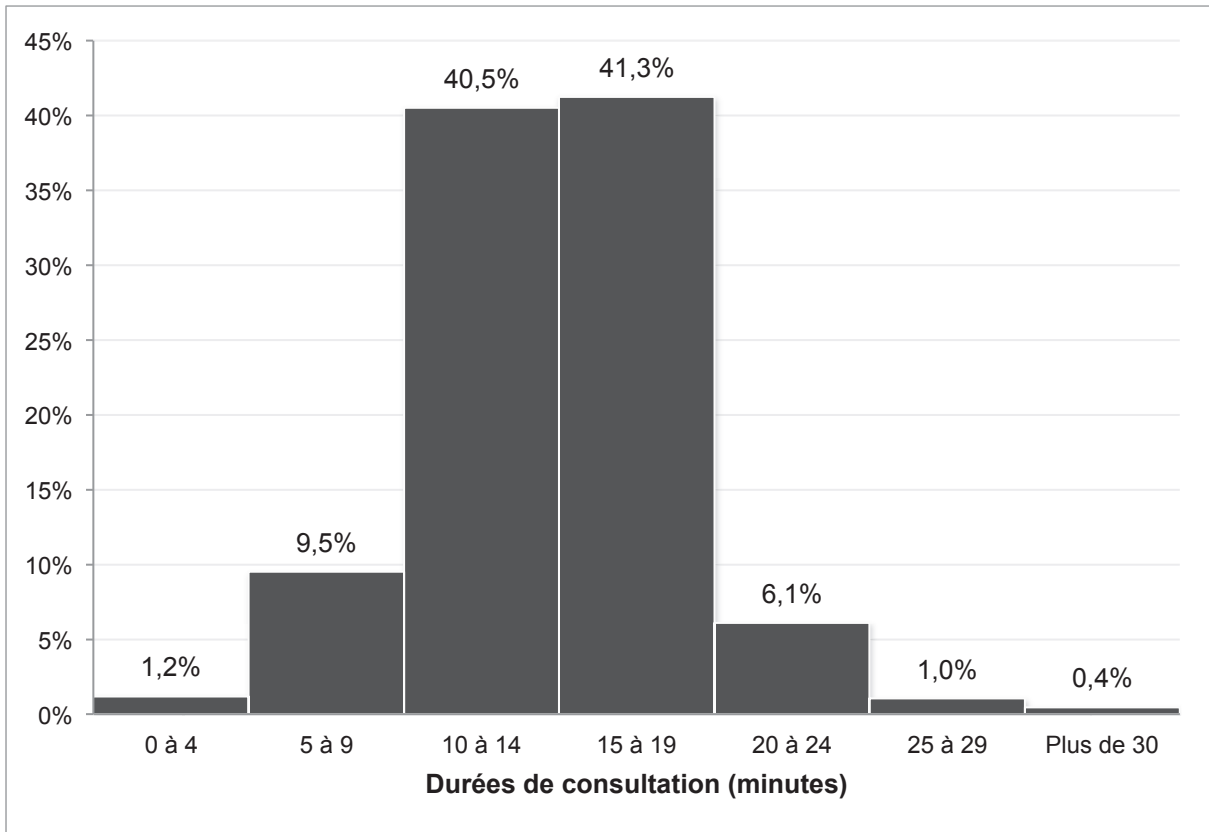


2. Temps de consultation

Le temps total consacré à la réalisation des 674 consultations était de 166 h 12 min 57 s, soit une durée moyenne de 14 min 47 s par consultation (écart type $\sigma = 4$ min 8 s). La consultation la plus courte a duré 1 min 10 s et la plus longue 37 min 57 s. Comme exposé dans la *figure 4*, on peut constater que plus de 80 % des consultations ont duré entre 10 et 20 minutes (n = 551). Les consultations de moins de 5 minutes sont rares (1,2 %, n = 8), de

même que les consultations de plus de 30 minutes (0,4 %, n = 4). Notons que parmi les consultations ayant duré entre 15 et 19 minutes, plus d'une sur trois concernait des motifs multiples.

Figure 4. Distribution des consultations selon leur durée (n = 674)



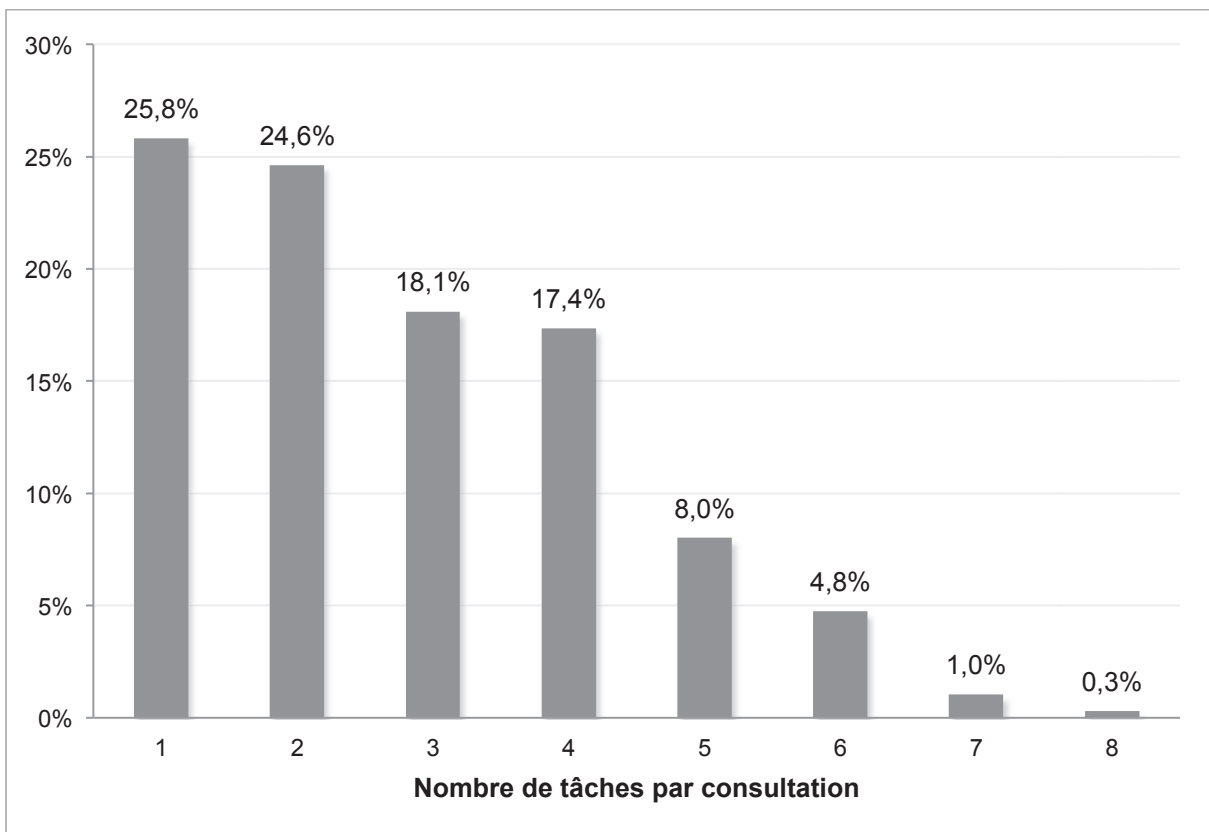
B. ANALYSE DESCRIPTIVE DU TRAVAIL ADMINISTRATIF

Cette partie permet de répondre à l'objectif principal de notre étude, qui était de *décrire la nature et estimer la charge de travail administratif pendant les consultations des médecins généralistes des Alpes-Maritimes*. Afin de mieux appréhender cette charge de travail, nous avons d'abord présenté les résultats généraux, puis les résultats par grands types de tâches administratives, et enfin les résultats détaillés pour chaque tâche.

1. Résultats généraux

Au cours des 674 consultations, nous avons recensé au total 1594 tâches administratives réalisées par les médecins, soit une moyenne de 2,36 ($\pm 0,09$) tâches par consultation. Nous estimons donc que les médecins ont réalisés en moyenne 31 tâches par demi-journée de travail, au minimum 1 et au maximum 8 tâches différentes par consultation. La *figure 5* montre la distribution des consultations selon le nombre de tâches administratives réalisées : il est important de relever que près d'une consultation sur deux (49,6 %) comprenait au moins de 3 tâches administratives.

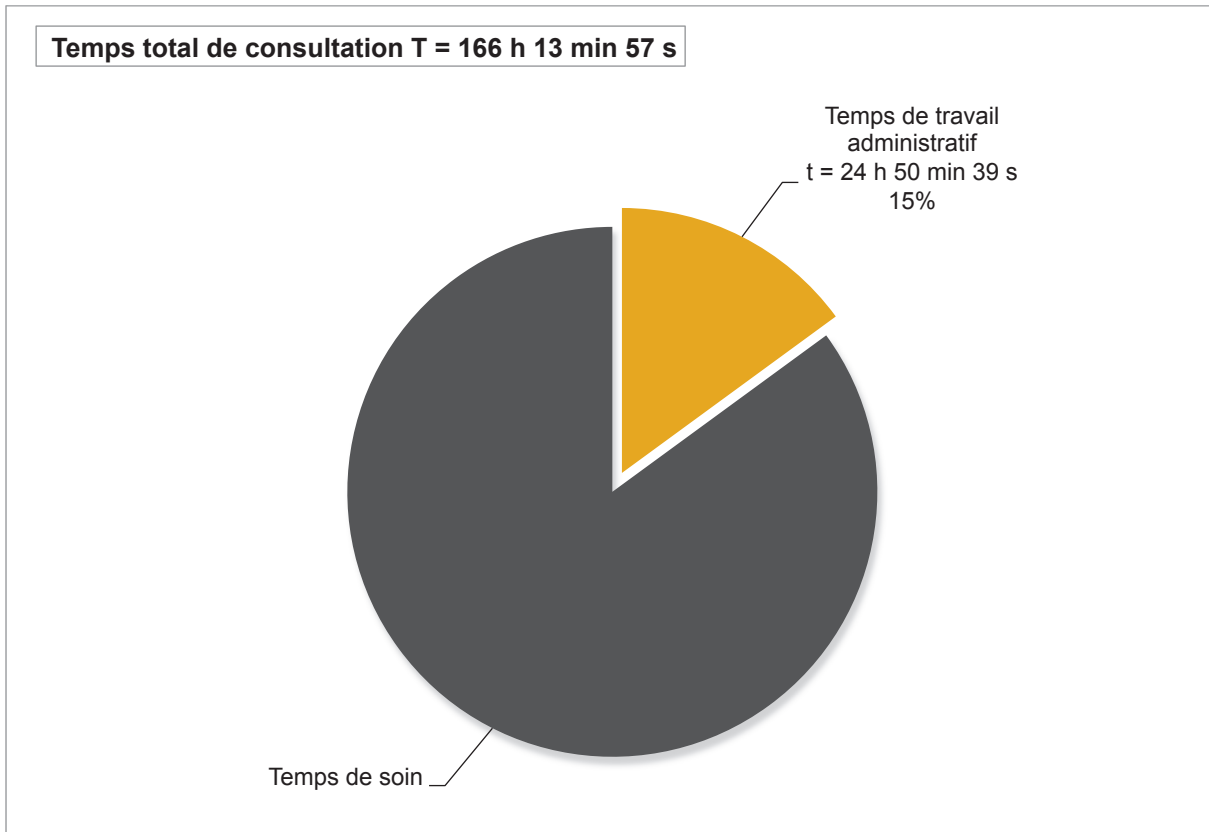
Figure 5. Distribution des consultations selon le nombre de tâches administratives réalisées ($n = 674$)



Guide de lecture : 18,1 % des consultations ont comporté 3 tâches administratives différentes.

L'ensemble des tâches administratives réalisées par les médecins représentait un volume horaire de 24 h 50 min 39 s, soit 15 % du temps total des consultations (*figure 6*).

Figure 6. Proportion de travail administratif pendant les consultations ($n = 674$)

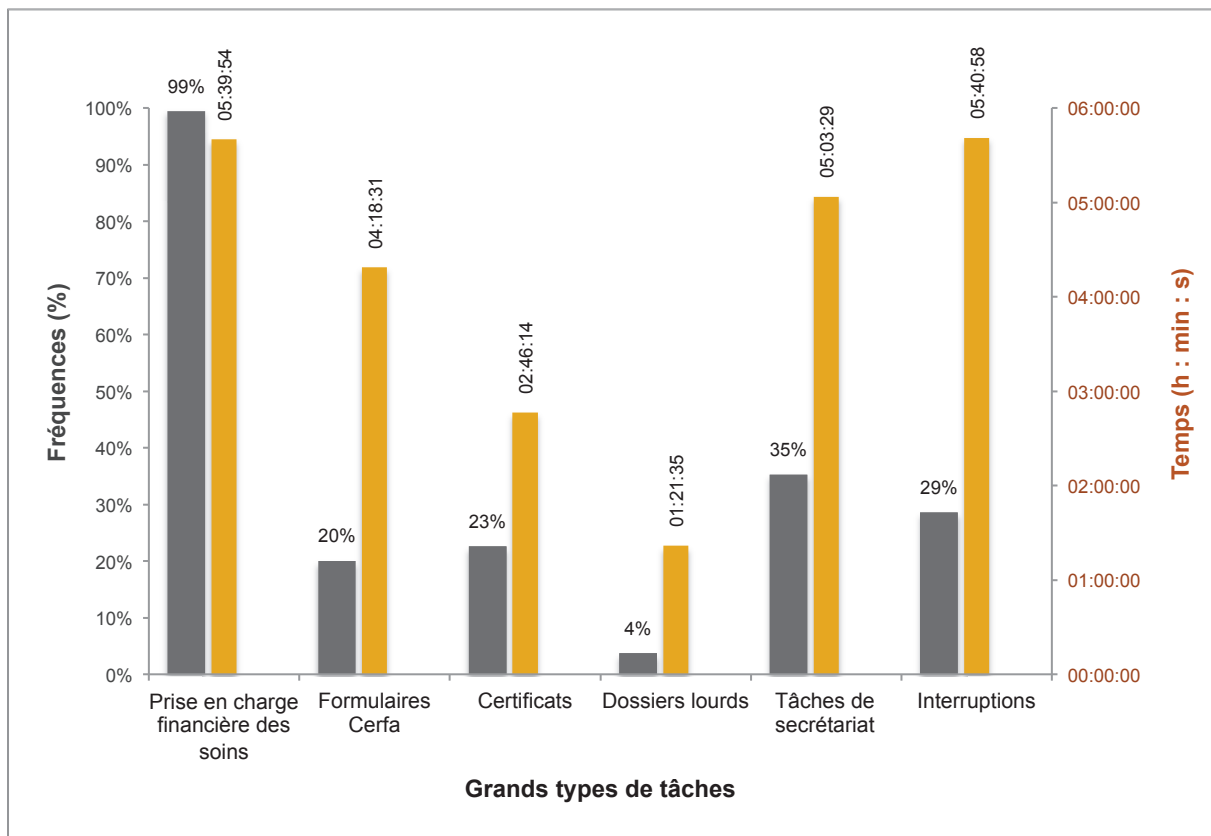


En moyenne 2 min 12 s (± 8 s) par consultation étaient consacrées aux tâches administratives soit en moyenne 16,4 % (IC 95 % [15,2 – 17,6]) du temps de consultation. Rapporté au nombre moyen de consultations hebdomadaires qui était de 120, cela représente entre 4 h 08 min et 4 h 42 min de travail administratif par semaine pendant les consultations et près de 30 minutes par demi-journée de travail (sur une base de calcul de 13 consultations en moyenne par demi-journée). Nous pouvons ainsi mieux nous rendre compte du poids des tâches administratives.

2. Résultats par grands types de tâches administratives

Les différentes tâches administratives que nous avons recensées ont été regroupées en 6 grands types : les tâches liées à la prise en charge financière des soins, les formulaires Cerfa, les certificats médicaux, les dossiers lourds, les tâches de secrétariat et les interruptions. Les résultats présentés dans cette partie concernent l'ensemble des 674 consultations. La *figure 7* présente les fréquences des tâches administratives par grands types de tâches, ainsi que les temps totaux consacrés à leur réalisation.

Figure 7. Fréquences et temps de travail administratif par grands types de tâches ($n = 674$)



Guide de lecture : des formulaires Cerfa ont été réalisés dans 20 % des consultations. Le temps total occupé par ce type de tâche était de 4 h 18 min 31 s.

Tableau 2. Temps médian, temps moyen et temps hebdomadaire estimés (min : s)

TYPES DE TACHES ADMINISTRATIVES	Temps médian	Temps moyen (écart-type)	Temps hebdomadaire estimé
Prise en charge financière des soins	00:29	00:30 (12 s)	59:00
Formulaires Cerfa	01:15	01:54 (91 s)	45:00
Certificats	00:49	01:05 (57 s)	30:00
Dossiers lourds	03:51	03:15 (104 s)	15:00
Tâches de secrétariat	00:54	01:16 (65 s)	53:00
Interruptions	01:29	01:46 (65 s)	60:00

Ainsi, nous pouvons voir que les tâches de prise en charge financière des soins étaient de loin les plus fréquentes. Elles ont été réalisées dans la quasi-totalité des consultations (99 %) : il s'agissait principalement des feuilles de soins électroniques et papiers, indispensables au remboursement des patients ou à la rémunération des médecins en cas de tiers-payant, et plus rarement des formulaires de déclaration de choix du médecin traitant. Le temps total consacré à la réalisation de ces tâches était de 5 h 39 min 54 s et nous avons estimé à près d'une heure par semaine le temps qui leur était dédié (*tableau 2*).

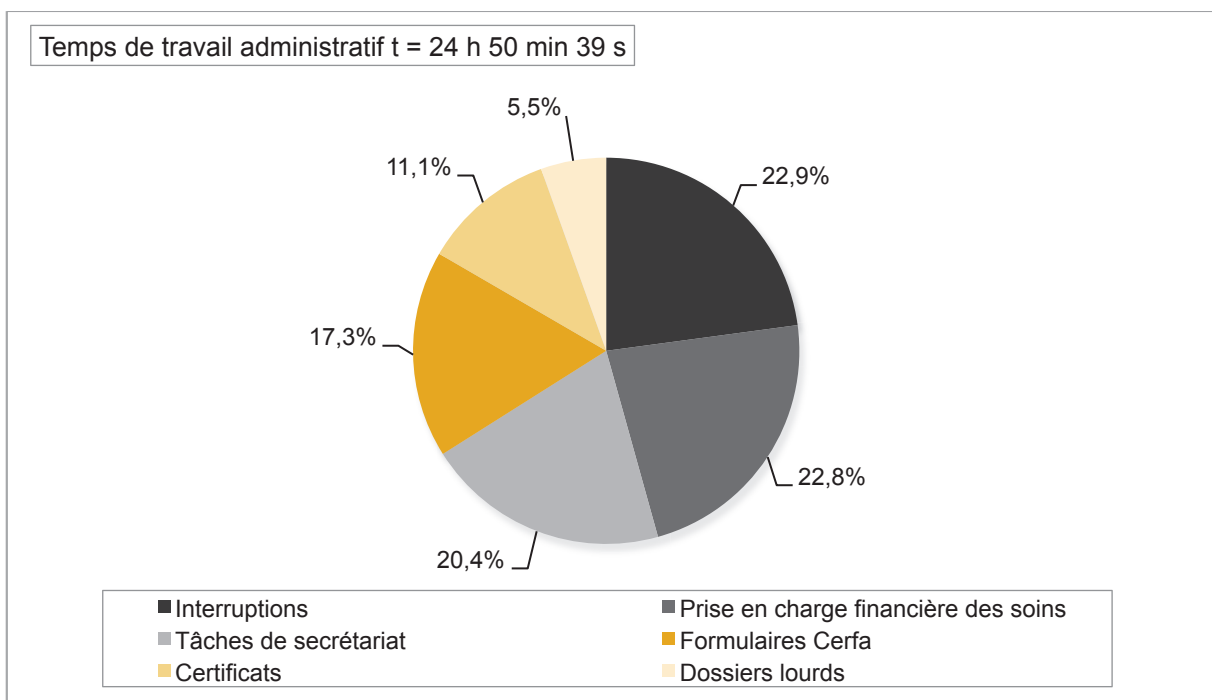
Le deuxième type de tâche le plus fréquent était les tâches de secrétariat. Elles ont été effectuées dans plus d'une consultation sur trois (35 %) et au total 5 h 03 min 29 s leur ont été consacrées. Ces tâches se décomposaient de la façon suivante : les gestions téléphoniques des rendez-vous, les tenues de dossiers, la rédaction de courriers et les prises de rendez-vous spécialisés pour les patients. Elles représentaient environ 53 minutes par semaine.

Il est important de remarquer que les tâches de rédaction de certificats et de formulaires Cerfa concernaient respectivement 23 % et 20 % des consultations, soit des durées de 4 h 18 min 31 s et 2 h 46 min 14 s. Si nous ajoutons à cela l'établissement de dossiers lourds (plus rares, 4 % des consultations), nous nous apercevons que toutes ces tâches de rédaction et de remplissage de documents divers (hors ordonnances et observations médicales) concernaient près d'une consultation sur deux (47 %) et constituaient le volume horaire le plus important, soit 8 h 26 min 20 s et environ 1 h 30 min hebdomadaire.

Enfin, nous avons relevé les différentes interruptions de consultations qui sont d'une part, les conseils téléphoniques, et d'autre part les autres interruptions (telles que les passages de patients hors consultation). Nous pouvons voir, toujours dans la *figure 7*, que non seulement leur fréquence n'était pas négligeable puisque les médecins ont été interrompus dans 29 % des consultations, mais aussi que ces interruptions occupaient un temps très important de 5 h 40 min 58 s, et en moyenne 1 h par semaine.

La *figure 8* représente la composition du temps de travail administratif par les grands types de tâches. Nous voyons que les tâches de prise en charge financière des soins, les interruptions, et les tâches de secrétariat occupaient chacune plus de 20% du temps de travail administratif, suivies des formulaires Cerfa (17,3 %), puis des certificats (11,1 %) et enfin des dossiers lourds qui représentaient seulement 5,5 % du temps de travail administratif.

Figure 8. Parts du temps de travail administratif occupées par les différents types de tâches



Guide de lecture : les tâches de secrétariat représentent 20,4 % du temps de travail administratif des médecins.

3. Résultats détaillés des tâches administratives

L'étude détaillée des tâches administratives a permis de démontrer leur diversité. Nous avons recensé 23 items différents (*tableau 3*) que nous avons classés en grands types de tâches, dont les résultats ont été exposés précédemment.

Tableau 3. Liste des tâches administratives

Prise en charge financière des soins
Feuille de soins électronique
Feuille de soins papier
Déclaration médecin traitant
Formulaires Cerfa
Arrêt de travail
Accident du travail / Maladie professionnelle
Prescription médicale de transport
Protocole de soins ALD
Demande d'entente préalable
Autres formulaires Cerfa *
Certificats
Certificat médico-légal †
Certificat lié à la pratique sportive
Certificat d'absence obligatoire
Certificats non obligatoires, inutiles, interdits
Dossiers lourds
Dossier MDPH
Dossier APA
Dossier protection judiciaire
Autres dossiers lourds ‡
Tâches de secrétariat
Gestion de rendez-vous
Tenue de dossier
Courriers
Prise de rendez-vous spécialisés pour le patient
Interruptions
Conseils téléphoniques
Autres interruptions §

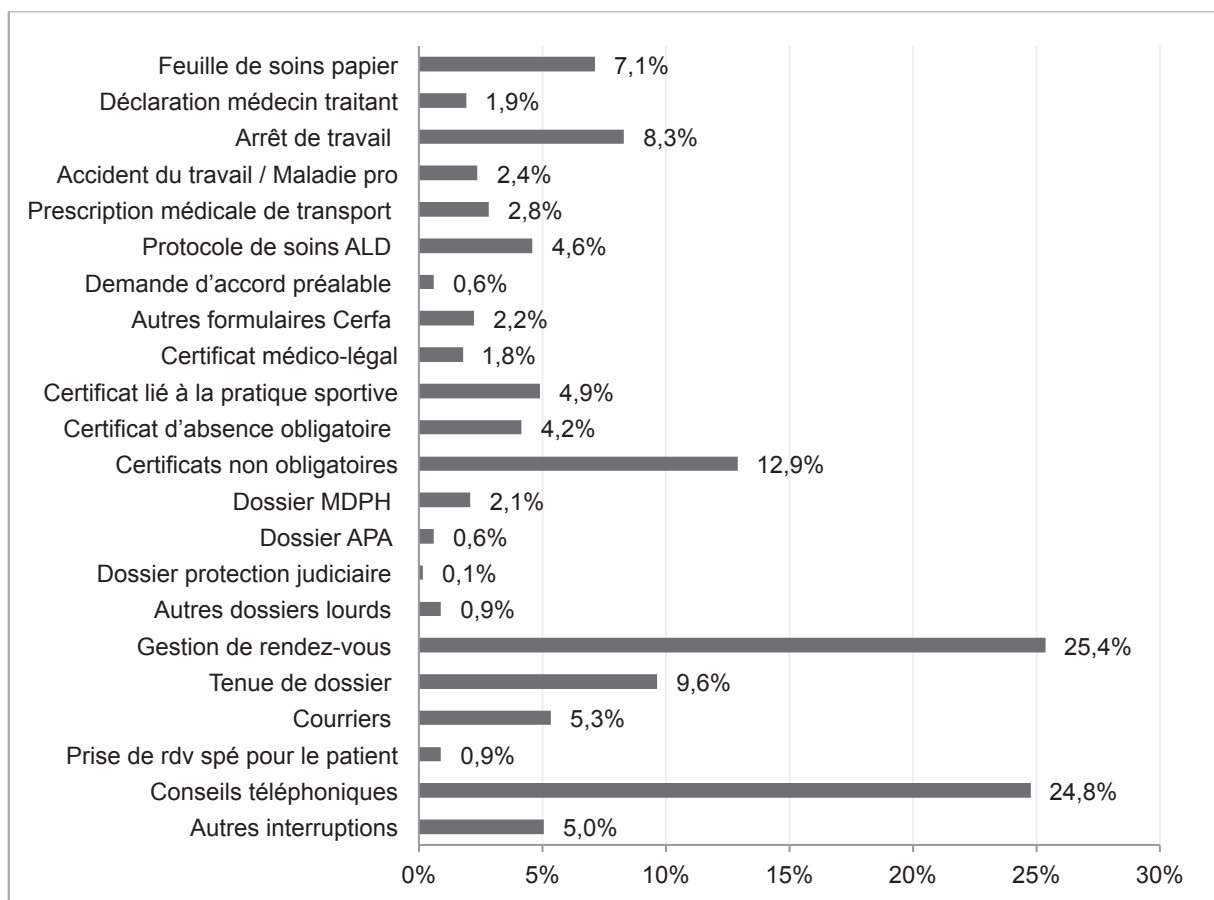
* Cure thermale, premier examen médical prénatal. † Constatation de coups et blessures, vaccination.

‡ Questionnaire médical d'assurance. || Création de dossier, intégration des résultats d'examens, classement du

courrier. § Passages hors consultations, pannes informatiques, etc.

Outre les feuilles de soins réalisées dans la quasi-totalité des consultations (99,2 %), trois tâches prédominaient par leurs fréquences relativement élevées : la gestion des rendez-vous (25,4 %) et les conseils téléphoniques (24,8 %) présents dans près d'une consultation sur quatre, ainsi que les certificats médicaux non obligatoires dans 12,9 % des consultations. On trouve ensuite, par ordre de fréquence, les tâches de tenue de dossier (9,6 %), la rédaction des arrêts de travail (8,3 %) et des courriers (5,3 %). Par ailleurs, il est important de noter la fréquence des protocoles de soins pour affections de longue durée (4,6 %). La *figure 9* montre en détail les fréquences des tâches administratives.

Figure 9. Fréquences des tâches administratives, hors feuilles de soins électroniques ($n = 674$)



Considérons maintenant le temps de réalisation de ces tâches administratives. Pour chacune, nous avons distingué le temps total (*figure 10*), le temps médian, moyen et hebdomadaire (*tableau 4*).

Figure 10. Temps totaux de réalisation des tâches administratives détaillées (h : min : s)

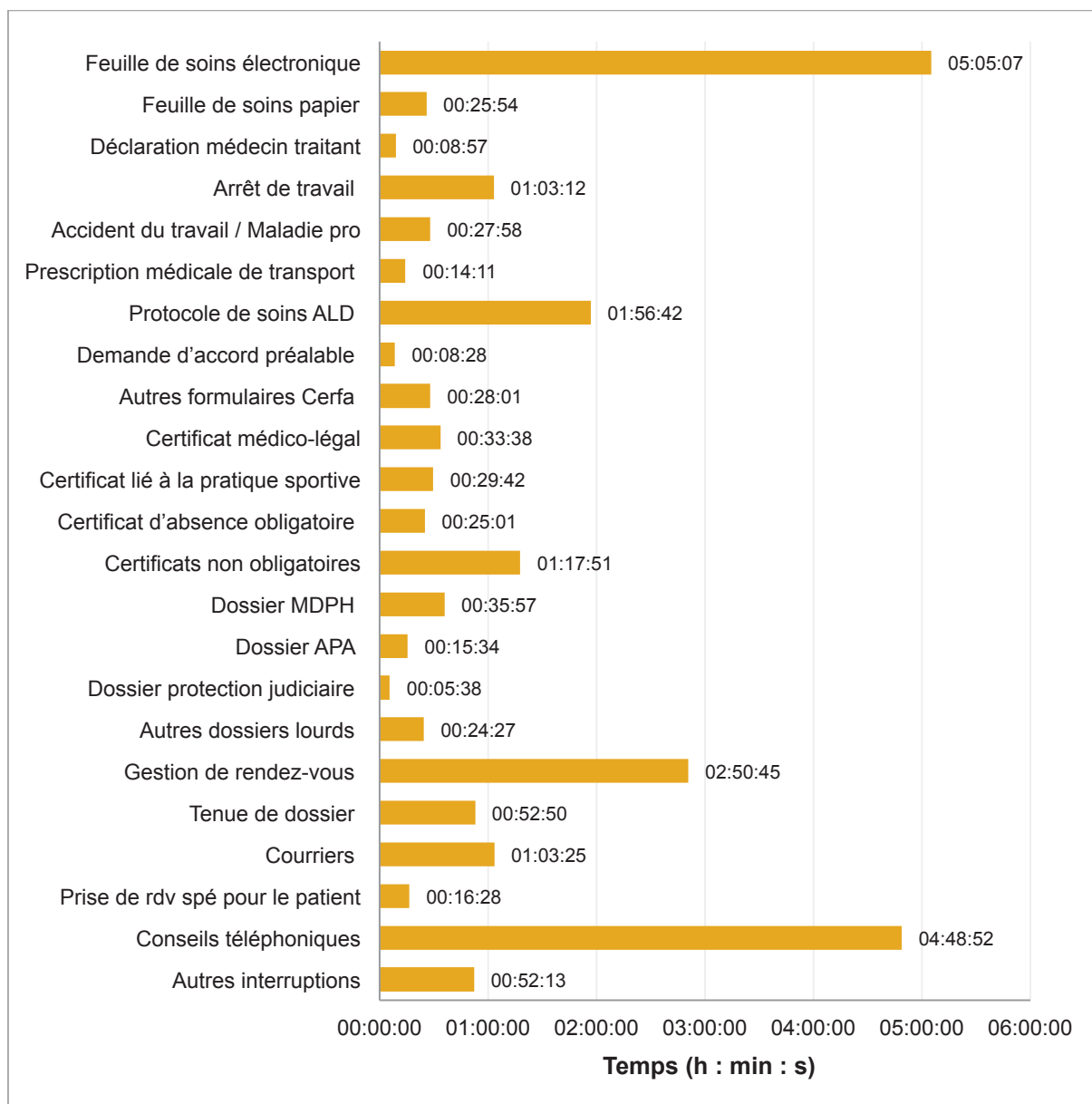


Tableau 4. Temps médian, temps moyen des tâches administratives (min : s)

TACHES ADMINISTRATIVES	Temps médian	Temps min	Temps max	Temps moyen (écart-type)
Prise en charge financière des soins	00:29			00:30 (12 s)
Feuille de soins électronique	00:29	00:15	01:34	00:29 (8 s)
Feuille de soins papier	00:25	00:15	01:17	00:32 (13 s)
Déclaration médecin traitant	00:25	00:14	02:30	00:41 (37)
Formulaires Cerfa	01:15			01:54 (91 s)
Arrêt de travail	01:03	00:31	02:26	01:07 (23 s)
Accident du travail / Maladie pro	01:41	00:50	03:41	01:44 (49 s)
Prescription médicale de transport	00:39	00:29	01:09	00:44 (11 s)
Protocole de soins ALD	03:30	01:06	10:39	03:45 (92 s)
Demande d'accord préalable	02:10	01:23	02:45	02:07 (34 s)
Autres formulaires Cerfa	01:20	00:39	03:50	01:52 (70 s)
Certificats	00:49			01:05 (57 s)
Certificat médico-légal	02:14	01:04	09:02	02:48 (124 s)
Certificat lié à la pratique sportive	00:54	00:18	01:36	00:54 (19 s)
Certificat d'absence obligatoire	00:47	00:23	04:24	00:53 (42 s)
Certificats non obligatoires	00:45	00:29	04:46	00:53 (35 s)
Dossiers lourds	03:51			03:15 (104 s)
Dossier MDPH	01:52	00:34	05:54	02:34 (117 s)
Dossier APA	03:54	03:05	04:40	03:53 (38 s)
Dossier protection judiciaire	05:38	-	-	05:38
Autres dossiers lourds	04:22	02:31	04:40	04:04 (48 s)
Tâches de secrétariat	00:54			01:16 (65 s)
Gestion de rendez-vous	00:42	00:11	05:32	00:59 (49 s)
Tenue de dossier	00:40	00:15	02:43	00:48 (30 s)
Courriers	01:39	00:27	03:40	01:45 (47 s)
Prise de rdv spé pour le patient	02:39	02:16	03:30	02:44 (29 s)
Interruptions	01:29			01:46 (65 s)
Conseils téléphoniques	01:24	00:16	06:45	01:43 (64 s)
Autres interruptions	01:10	00:20	04:44	01:32 (60 s)

La tâche la plus lourde était la réalisation des feuilles de soins électroniques qui représentait un volume horaire total de 5 h 5 min 7 s. Pourtant, à l'unité, cette tâche était estimée une des moins chronophages pour les médecins, avec un temps médian de 29 s. Elle ne dépassait pas 1 min 34 s par patient. Cette tâche, intimement liée à la consultation, était réalisée une seule fois par patient mais représentait l'activité la plus importante en terme de fréquence et de temps cumulé. Nous avons estimé que cette tâche représentait à elle seule près d'une heure de travail par semaine.

L'activité de conseil téléphonique constituait la deuxième tâche la plus importante. Elle a occupé 4 h 48 min 52 s du temps de consultation total. Le temps médian était de 1 min 10 s (minimum 20 s, maximum 6 min 45 s). Les médecins ont été interrompus, dans 24,8 % des consultations, par des appels pour conseils téléphoniques de durées variables (écart-type de 64 s). Cette tâche représente environ 51 minutes de travail par semaine.

Les gestions de rendez-vous par téléphone (25,4% des consultations), apanage des médecins sans secrétariat, ont occupé un temps non négligeable de 2 h 50 min 45 s. On estime à 30 minutes par semaine le temps que les médecins passent à gérer l'agenda.

Les médecins ont passé au total 1 h 56 min 42 s à remplir des protocoles de soins ALD. Cette tâche bien que moins fréquente, faisait partie de celles qui prenaient le plus de temps aux médecins au cours de la consultation avec un temps médian de 3 min 30 s (maximum 10 min 39 s).

Trois tâches, la rédaction d'arrêtés de travail, de certificats non obligatoires et de courriers étaient équivalentes en temps. Un peu plus d'une heure a été consacrée à chacune.

Enfin, remarquons que les dossiers lourds occupaient un temps médian de 3 min 51 s et un temps total de 1 h 21 min 35 s. Malgré leur rareté, ils ont occupé plus de temps que les tâches précédentes.

III. ANALYSE INFÉRENTIELLE

Dans cette partie, nous avons étudié les relations entre les différentes caractéristiques des médecins, pour rechercher les liens qui existent entre le type d'activité et les choix d'organisation du cabinet. Nous avons aussi analysé les effets de ces modes d'activités et

d'organisation sur la charge de travail administratif. Les résultats ont été présentés avec leurs intervalles de confiance à 95 % et un seuil de significativité $p < 0,05$.

A. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS ET MODE D'ORGANISATION

1. Lieu d'installation et mode d'installation

Nous avons mis en évidence une différence hautement significative ($p < 0,01$) du nombre d'actes hebdomadaires réalisés par les médecins selon leur lieu d'installation. Elle s'est traduite par une activité plus soutenue des médecins ruraux. Ceux-ci ont réalisé en moyenne 45 actes (IC 95 % [14 - 77]) de plus que leurs confrères urbains et 52 actes (IC 95 % [16 - 88]) de plus que les médecins exerçant en périurbain. Aucune différence significative n'a été observée entre les médecins urbains et périurbains.

Par ailleurs, le lieu d'installation ne semblait pas déterminer de manière significative le choix du mode d'installation (seul ou en groupe) ni celui du type de secrétariat. Nous n'avons pas pu observer d'influence du genre ni de l'âge des généralistes sur leur lieu d'installation. Enfin, la taille de notre échantillon ne nous a pas permis de déterminer si le fait d'être installé seul ou en groupe avait un effet significatif sur le nombre d'actes hebdomadaires des médecins.

2. Type de secrétariat

L'âge des médecins était significativement associé au type de secrétariat choisi (*tableau 5*). En effet, les médecins employant une secrétaire physique étaient, en moyenne, de 5,2 ans (IC 95 % [0,3 - 10]) plus jeunes que les médecins sans secrétariat ($p = 0,03$). De même, ceux ayant recours à un télésecrétariat étaient en moyenne de 6,2 ans (IC 95 % [0,3 - 12]) plus jeunes que ceux sans secrétariat ($p = 0,04$). Il pouvait y avoir jusqu'à 12 ans de

différence d'âge entre ces deux groupes. Nous n'avons pas pu conclure à une différence d'âge entre les médecins avec secrétaire physique et télésecrétariat.

Tableau 5. Age des médecins selon le type de secrétariat

	Pas de secrétariat	Secrétaire physique	Télésecrétariat
Age moyen des médecins	56	50,8	49,8
	Différence moyenne d'âge	Intervalle de confiance à 95%	Valeur p
Pas de secrétariat vs Secrétaire physique	5,2 *	[0,3 ; 10]	0,03
Pas de secrétariat vs Télésecrétariat	6,2 *	[0,3 ; 12]	0,04
Télésecrétariat vs Secrétaire	1	[-7 ; 4,9]	0,97

* différence significative $p < 0,05$

Guide de lecture : les médecins sans secrétariat étaient de 0,3 à 10 ans plus âgés que les médecins employant une secrétaire physique, en moyenne 5,2 ans.

Le mode d'installation, seul ou en groupe, conditionnait également le choix du type de secrétariat (*tableau 6*). 17 médecins installés en groupe employaient une secrétaire physique, contre seulement 2 médecins installés seuls ($p < 0,01$). Près 90 % des médecins ayant une secrétaire étaient en cabinet de groupe et 2/3 des médecins installés seuls n'étaient pas pourvus de secrétariat. En revanche, le choix des médecins en groupe s'est plutôt porté vers une secrétaire physique plutôt qu'un télésecrétariat (17 vs 4, $p = 0,04$).

Tableau 6. Type de secrétariat en fonction du mode d'installation

	Cabinet de groupe ** n = 28	Cabinet individuel ** n = 23
Pas de secrétariat	6	15
Secrétaire physique *	17	2
Télésecrétariat *	4	6
Autre	1	0

* Différence significative entre secrétaire physique vs télésecrétariat : $p < 0,04$

** Différence hautement significative entre cabinet de groupe vs cabinet individuel : $p < 0,01$

Nous n'avons pas pu conclure à une différence significative du nombre d'actes hebdomadaires selon le type de secrétariat.

3. Mode de consultation

Dans notre étude, les médecins ayant une secrétaire étaient plus nombreux à consulter sur rendez-vous que sans rendez-vous (13 vs 2), et ils étaient plus nombreux à travailler sur rendez-vous que les médecins sans secrétaire (13 vs 8). Toutefois, ces résultats n'étaient pas statistiquement significatifs.

B. EFFETS DES MODES D'ORGANISATION SUR LA CHARGE DE TRAVAIL

ADMINISTRATIF

Nous avons pu observer deux facteurs principaux ayant un impact sur la charge de travail administratif des médecins : le type de secrétariat et le mode d'installation (seul ou en groupe).

1. Les effets du type de secrétariat

Le premier constat est que la charge de travail administratif était significativement plus importante chez les médecins sans secrétariat que chez les autres. Cela s'est traduit par un temps travail administratif par consultation plus élevé : en moyenne il représentait 20,1 % du temps de consultation pour les médecins sans secrétariat, 14,2 % pour les médecins utilisant un télésecrétariat, et 13,2 % pour les médecins employant une secrétaire physique. Ces différences étaient hautement significatives. Rappelons que le ratio moyen pour l'ensemble des médecins était de 16,4 %. Le *tableau 7* présente la proportion du temps de travail administratif par consultation, selon le type de secrétariat.

Tableau 7. Proportion du temps de travail administratif par consultation selon le type de secrétariat

	Pas de secrétariat	Secrétaire physique	Télésecrétariat
Proportion du temps de travail administratif par consultation (%)	20,1%	13,2%	14,2%
	Différence moyenne (%)	Intervalle de confiance à 95%	Valeur p
Pas de secrétariat vs Secrétaire physique	6,9% **	[3,5 ; 10]	< 0,01
Pas de secrétariat vs Télésecrétariat	5,9% **	[1,7 ; 10,1]	< 0,01
Télésecrétariat vs Secrétaire	1,0%	[-5,3 ; 3,2]	0,93

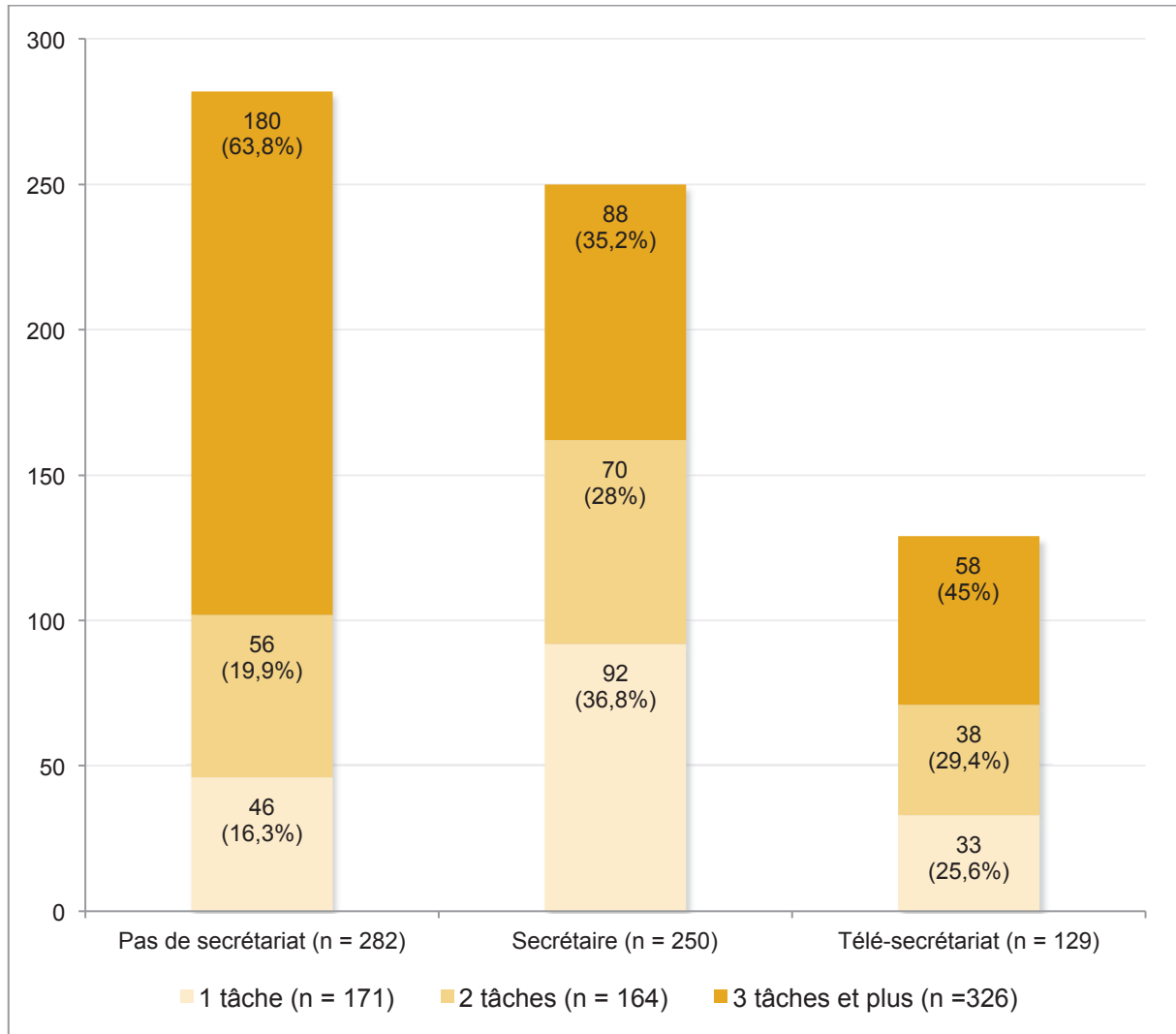
** différence hautement significative $p < 0,01$

Guide de lecture : les médecins sans secrétaire avaient une proportion de travail administratif de 3,5 % à 10 % plus élevée que les médecins employant une secrétaire physique, en moyenne 6,9%.

Cette différence de charge de travail administratif s'illustre également par une fréquence significativement plus élevée de consultations comportant au moins 3 tâches chez les médecins sans secrétariat ($p < 0,01$). Comme nous le voyons dans la figure 11, 63,8 % des consultations de médecins sans secrétariat comportaient au moins 3 tâches, contre seulement 35,2 % des consultations de médecins avec secrétaire et 45 % de celles de médecins utilisant un télésecrétariat. Le corollaire, la fréquence des consultations comportant 1 seule tâche administrative était plus élevée chez les médecins avec secrétaire que sans secrétariat (36,8 % vs 16,3 %, $p < 0,01$).

Pour rappel, les médecins faisaient en moyenne 2,36 tâches par consultation. Les médecins sans secrétariat en faisaient 3,27 en moyenne tandis que ceux ayant une secrétaire ou un télésecrétariat en faisaient moins (respectivement 2,25 et 2,60 tâches par consultation). Toutes ces différences étaient hautement significatives ($p < 0,01$).

Figure 11. Proportions de consultations selon le nombre de tâche et le type de secrétariat ($n = 661$ †)



† L'effectif total est $n = 661$ consultations, et non 674, car nous n'avons pas inclus les 13 consultations du médecin ayant une modalité de secrétariat autre.

Guide de Lecture : 180 consultations (63,8 %) des médecins sans secrétariat comportaient 3 tâches administratives et plus.

En analysant la fréquence des tâches selon le type de secrétariat (*tableau 8*), nous avons démontré une différence attendue : les médecins sans secrétaire faisaient significativement plus de tâches de secrétariat (55,5 % de leurs consultations) que les médecins avec secrétaire (15,6 %) et télésecrétariat (30,2 %), $p < 0,01$.

Plus précisément, 46,1 % des consultations de médecins sans secrétariat étaient interrompues par des tâches de gestion de rendez-vous contre seulement 6% chez les médecins avec secrétaire et 17,8 % chez les praticiens utilisant un télésecrétariat ($p < 0,01$). La gestion téléphonique des rendez-vous, chez les médecins ne disposant pas d'une plateforme dédiée, constituait un réel inconvénient. 9 médecins sans secrétariat étaient remarquables par le nombre considérable d'appels qu'ils avaient reçus pour ce motif (plus de 10 appels lors de la demi-journée, dont un qui avait reçu 19 appels) et un autre qui avait dû gérer 9 demandes de rendez-vous au cours d'une seule et même consultation. De plus, la présence d'une secrétaire physique réduisait significativement ($p < 0,01$) la fréquence des tâches de tenue de dossier qui était de 4,8 % contre 13,4 % chez les médecins sans secrétariat. Aucun effet n'a été mis en évidence sur l'établissement de courriers.

Tableau 8. Fréquences des tâches de secrétariat selon le type de secrétariat

	Pas de secrétariat n = 282	Secrétaire physique n = 250	Télésecrétariat n = 129	Valeur p
TACHES DE SECRÉTARIAT	157 (55,6%) **	39 (15,6%) **	39 (30,2%) **	< 0,01
Gestion de rendez-vous	130 (46,1%) **	15 (6%) **	23 (17,8%) **	< 0,01
Tenue de dossier	38 (13,4%) **	12 (4,8%) **	15 (11,6%)	< 0,01
Courrier	16 (5,7%)	14 (5,6%)	6 (4,7%)	1

** différence hautement significative $p < 0,01$

Guide de lecture : 46,1 % des consultations de médecins sans secrétariat comportaient des tâches de gestion de rendez-vous.

Concernant toutes les autres tâches administratives (prise en charge financière des soins, formulaires Cerfa, certificats, dossiers lourds et interruptions) les différences de fréquence selon le type de secrétariat n'étaient pas significatives, nous ne pouvons donc pas conclure.

Nous avons ensuite analysé l'effet du type de secrétariat sur la durée du travail administratif. Toutes tâches confondues, elle était supérieure d'en moyenne 43 s par consultation (IC 95 % [19 ; 68]) chez les médecins sans secrétariat par rapport aux médecins avec secrétaire, et ce de manière significative ($p < 0,01$). Cette différence est plus parlante si on la rapporte au nombre de moyen de consultations hebdomadaires qui était de 120, elle représentait alors 38 min à 2 h 16 min (moyenne 1 h 26 min) de temps de travail en plus par semaine pour les médecins sans assistance médicale. Aucune conclusion n'a pu être tirée entre secrétaire physique et télésecrétariat. L'analyse détaillée des tâches retrouvait aussi une différence significative de durée des conseils téléphoniques, entre les médecins sans secrétariat et avec télésecrétariat ($p = 0,02$). Cette durée était plus élevée d'en moyenne 40 sec par consultation (IC 95 % [4 ; 75]) chez les médecins utilisant un télésecrétariat par rapport aux médecins sans secrétariat, soit une différence moyenne de 1 h 20 sur une semaine d'activité type. Cette différence soulève la question de l'intérêt du télésecrétariat en matière de filtrage des appels.

Enfin, notre étude n'a pas permis de mettre en évidence un effet significatif du type de secrétariat sur la durée des consultations ni sur celle des autres catégories de tâches (formulaires Cerfa, certificats, dossiers lourds).

2. Les effets du mode d'installation

Le fait d'être installé seul ou en cabinet de groupe avait un effet sur la charge de travail administratif des médecins généralistes. Nous avons retrouvé, en terme de fréquence des tâches, des résultats superposables à ceux du type de secrétariat. Selon le *tableau 9*, la fréquence des tâches de secrétariat en général, de gestion de rendez-vous, de tenue de dossier

ou encore la proportion de travail administratif par consultation étaient plus importantes dans les cabinets individuels que dans les cabinets de groupe.

Tableau 9. Fréquence des tâches de secrétariat et proportion du temps de travail administratif par consultation, selon le mode d'installation

	Cabinet de groupe n = 371	Cabinet individuel n = 303	Valeur <i>p</i>
TACHES DE SECRÉTARIAT	88 (23,7%)	150 (49,5%)	< 0,01 **
Gestion de rendez-vous	52 (14%)	119 (39,3%)	< 0,01 **
Tenue de dossier	28 (7,5%)	37 (12,2%)	0,04 *
Courrier	15 (4%)	21 (6,9%)	0,12
Proportion du temps de travail administratif par consultation (%)	14,4%	18,9%	< 0,01 **

* différence significative $p < 0,05$

** différence hautement significative $p < 0,01$

Guide de lecture : 49,5 % des consultations en cabinet individuel comportaient des tâches de secrétariat contre 23,7 % des consultations de cabinet de groupe.

DISCUSSION

I. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Cette étude nous a permis d'appréhender la charge de travail administratif pendant les consultations des médecins généralistes libéraux, un aspect assez peu étudié mais non négligeable de leur activité. Comme nous l'avons démontré, le travail administratif représente une charge importante en terme de temps mais aussi de fréquence, et nous avons pu mettre en évidence certains de ses déterminants.

A. LE TYPE D'ETUDE

Le choix d'une étude observationnelle, sur le terrain, était selon nous la meilleure méthode pour comprendre l'activité des généralistes pendant les consultations au cabinet. Contrairement aux enquêtes basées sur du déclaratif, l'observation directe des consultations nous a permis de nous affranchir de la subjectivité des médecins concernant cette part de leur activité qu'ils considèrent souvent comme indue. Ainsi, nous avons pu analyser avec objectivité et précision le déroulement des consultations. Les observations mais aussi les échanges avec les praticiens ont permis de comprendre leurs conditions réelles d'exercice, les avantages et les difficultés qui découlent de leurs choix d'organisation, pouvant être utiles à la pratique future des jeunes médecins généralistes.

B. LA METHODE D'ECHANTILLONNAGE ET DE RECRUTEMENT

L'enquête de terrain s'est heurtée à quelques difficultés. Nous avons pensé que la réticence des médecins à accueillir une tierce personne pendant leurs consultations pouvait compliquer le recrutement. Afin de limiter cela, nous avons opté pour un recrutement téléphonique plutôt que par correspondance. Malgré la lourdeur de cette méthode (248 médecins sollicités), les médecins ont pu être sensibilisés à notre travail, ce qui peut expliquer

le taux de participation relativement élevé de 20,6%. Cependant, nous ne pouvons nous départir d'un biais de sélection : le recrutement étant basé sur le volontariat, les caractéristiques des médecins participants différaient peut-être de celles des non-participants, notamment en matière de charge de travail. Les médecins les plus sensibles à cette problématique étaient possiblement surreprésentés.

Concernant l'échantillon, l'effectif de 51 médecins reste faible, notamment pour les médecins exerçant en zone rurale qui n'étaient qu'au nombre de deux. Malgré cela, notre méthode d'échantillonnage aléatoire et stratifié, sur les critères de genre et de lieu d'installation, nous a permis d'obtenir un échantillon représentatif des médecins généralistes libéraux des Alpes-Maritimes. Les proportions de ces deux critères étaient identiques à la population cible (*cf. tableau 1*). Il en est de même pour l'âge moyen des médecins (52,8 ans) qui était similaire à la moyenne départementale de 52 ans. Si on considère le type de secrétariat, 41 % de nos médecins assuraient eux-mêmes cette activité, ce qui est proche de l'estimation de 44 % de Jakoubovitch *et al* (2012) [15], lors de la deuxième vague d'enquête du panel de médecins généralistes libéraux. Les caractéristiques et modes d'exercice habituels étaient donc représentés dans notre échantillon et nous pouvons ainsi généraliser nos résultats à l'ensemble des médecins généralistes du département.

A défaut d'avoir calculé au préalable un nombre de sujets nécessaires, le nombre de consultations observées ($n = 674$) était suffisamment élevé pour permettre une analyse descriptive précise et même une analyse statistique inférentielle avec une puissance statistique de 95 %, bien supérieure à ce que nous avons escompté. Ceci dit des effectifs plus grands auraient probablement permis d'obtenir plus de précision et de mettre en évidence plus de différences significatives entre les groupes.

Enfin, la méthode d'échantillonnage et de recrutement a également facilité la faisabilité de l'étude, en regroupant les observations pour limiter les déplacements superflus.

C. LA METHODE DE RECUEIL DES DONNEES

Comme souligné précédemment, l'originalité de notre étude réside dans la méthode d'observation des consultations. Le choix d'un investigateur unique a permis d'éliminer la variabilité entre enquêteurs et de limiter les différences de mesure entre les observations. Nous ne pouvons cependant pas exclure des erreurs systématiques dans les mesures de temps. Ces biais de mesure étaient de plusieurs ordres : des erreurs aléatoires liées aux fluctuations d'échantillonnage, des erreurs personnelles dans le chronométrage des tâches, en particulier lorsque la réalisation de celles-ci était interrompue ou dans le cas de plusieurs tâches réalisées simultanément par le médecin. Il pouvait s'agir également d'erreurs instrumentales, par mauvais fonctionnement des chronomètres. Néanmoins, notre objectif n'était pas d'obtenir une exactitude des mesures à la seconde près et notre méthode était appropriée pour avoir une estimation réaliste de la charge de travail administratif des généralistes. Ces biais d'information étaient donc inévitables, mais la définition précise des tâches ne laissant place à aucune interprétation, l'utilisation d'une grille de recueil adaptée, la vérification de la faisabilité grâce aux pré-tests et la vérification systématique du matériel de mesure, nous ont permis de limiter leurs impacts.

Nous devons également souligner que, lors des observations, les médecins ont pu être amenés à modifier leur méthode de travail. Le fait qu'ils aient été informés au préalable de la finalité de notre étude et ma seule présence a pu les rendre plus vigilants sur la réalisation des tâches administratives (modification de la fréquence ou de la durée de réalisation). J'ai donc

essayé de pallier à ce biais de subjectivité en ne faisant aucune intervention pendant les consultations et en limitant au maximum les interactions avec le médecin et les patients.

Il est important de remarquer que, sur le plan terminologique, nous avons employé tout au long de ce travail les termes « *travail administratif* » ou « *tâche administrative* ». Nous avons arbitrairement choisi le vocable « administratif » afin de distinguer clairement ces activités du travail médical. Si certaines des tâches étudiées étaient réellement de nature administrative (feuilles de soins, formulaires Cerfa) dans la mesure où elles constituaient une relation avec une administration de l'Etat (Assurance Maladie), d'autres étaient plutôt relatives à l'organisation du cabinet, la gestion de l'emploi du temps ou des communications téléphoniques. Enfin, pour certaines tâches, la distinction entre le caractère médical ou non pouvait être floue et porter à discussion pour certains praticiens. Le terme « administratif » regroupait donc l'ensemble de ces activités qui avaient pour point commun de ne pas concourir directement aux soins du patient et, à ce titre, étaient potentiellement déliables du médecin.

Enfin, notre enquête s'est déroulée sur une période de 9 mois, de septembre à mai 2015. Nous avons donc couvert une grande partie de l'année civile. Soulignons qu'aucune observation n'a été réalisée en période de vacances scolaires (période de moindre activité), car nous souhaitons étudier les conditions de travail habituelles. Toutefois nous étions forcément soumis à l'effet de la saisonnalité (périodes épidémiques, rentrée scolaire) qui pouvait augmenter le niveau d'activité des généralistes et leur charge de travail administratif. Le choix de l'observation de demi-journées plutôt que des journées entières de travail était volontaire : nous avons considéré la demi-journée comme une unité plus appropriée en raison de la grande

variabilité des emplois du temps des médecins, avec pour certains, des demi-journées entières consacrées aux visites à domicile ou d'autres activités externes au cabinet.

II. ANALYSE DES RESULTATS

L'objectif principal de notre étude était de décrire la nature, la répartition et la quantité de travail administratif pendant les consultations de médecins généralistes libéraux des Alpes-Maritimes. Cette charge est considérable pour les praticiens : c'est une trentaine de tâches (représentant près de 30 minutes de travail) qui fragmentent leurs demi-journées de consultations, soit plus de 4 heures par semaine. Notons que ce pan d'activité fastidieux est imbriqué dans les consultations, ce qui peut rendre difficile pour les médecins d'en estimer le poids réel, d'où l'intérêt de notre travail. Certains praticiens étaient surpris de l'ampleur du travail administratif lorsqu'ils étaient informés du bilan de leur demi-journée. En plus d'être très nombreuses, certaines de ces tâches revêtent un caractère rébarbatif puisque près de la moitié des consultations était concernée par au moins trois tâches administratives différentes. Rappelons également que notre étude exclue le temps de travail hors consultation, lié à la gestion du cabinet libéral (comptabilité, fiscalité, gestion du matériel, etc.), souvent déploré par les médecins et qui vient se surajouter à la charge globale.

A. LA CHARGE DE TRAVAIL LIEE AUX FEUILLES DE SOINS

Quasiment toutes les consultations se terminent par la réalisation de feuilles de soins qui, lorsqu'elles sont cumulées, occupent un temps considérable. Délivrer le médecin de cette tâche lui permettrait donc de dégager en moyenne une heure de travail par semaine. Si ce gain de temps semble modeste, il est important de mentionner que la réalisation d'une FSE implique également d'autres activités, souvent réalisées en dehors du temps de consultation

(non comptabilisées dans notre étude) : ce sont la sauvegarde, la télétransmission et la gestion des tiers-payant. Les médecins ont estimé à plus de 30 minutes par jour le temps hors consultation consacré à ces opérations, dans l'étude de l'URML Rhône-Alpes (2004) [22]. La gestion des tiers-payants et des impayés est à l'heure actuelle très chronophage. En effet, les nombreux refus de règlement par l'Assurance Maladie impliquent une perte financière pour le médecin ou une surcharge de travail lorsqu'il décide de refaire les FSE concernées. C'est une des principales inquiétudes des médecins face au projet de loi de financement de la Sécurité sociale de 2015 et à la généralisation du tiers-payant.

La réalisation d'une feuille de soin est une tâche intimement liée à l'acte d'encaissement des règlements, et nous avons remarqué qu'il était encore peu souvent confié par les médecins de notre échantillon, quelque soit la modalité de secrétariat. Si on se réfère au répertoire national des certifications professionnelles [28], « la réalisation de la facturation, l'encaissement des actes médicaux et la déclaration auprès des organismes de Sécurité sociale et des mutuelles [...] » font clairement partie des compétences de base d'une assistante médico-sociale. Au vu du poids de ces tâches, nous sommes convaincus de l'amélioration du flux de travail et du sentiment de surcharge des médecins par la délégation de ces activités à une assistance administrative, lorsqu'elle existe. Cela permettrait également de se départir de l'aspect financier de la consultation et ainsi d'améliorer la relation médecin-patient.

B. LE POIDS DES TACHES DE SECRETARIAT

Dans notre étude, les tâches de secrétariat ont représenté une part importante de l'activité des médecins. Rappelons qu'il s'agissait des travaux courants devant être réalisés par une secrétaire médicale, à savoir la gestion du planning d'activité (gestion des rendez-vous), la tenue des dossiers médicaux et administratifs des patients (création, mise à jour,

archivage...) mais aussi la production de courriers destinés à d'autres professionnels de santé ou organismes administratifs. Ces tâches sont tout à fait à la limite du champ d'activité du médecin généraliste, mais il est frappant de constater à quel point celles-ci embolissent son temps de travail. Elles arrivent en seconde position des tâches les plus fréquentes et les plus chronophages. Nous avons mis en évidence l'effet significatif du type de secrétariat sur cette charge de travail. Le temps hebdomadaire de 53 minutes qu'occupent ces tâches semble donc être réellement du surplus de travail, et particulièrement pour les médecins sans support administratif, qui les subissent dans plus de la moitié de leurs consultations. Il faut souligner également l'efficacité moindre des télésecrétariats en la matière, puisque ces tâches sont toujours présentes dans un peu moins d'une consultation sur trois chez les médecins utilisant cette modalité. Cela peut s'expliquer par le rôle de ces plateformes, souvent limité à de la permanence téléphonique.

Nous avons mis en évidence la problématique des gestions de rendez-vous lors des consultations. Les appels téléphoniques, qui concernent un quart des consultations, sont en effet omniprésents dans l'activité, et constituent un réel fardeau pour les médecins qui ne disposent pas de plateforme dédiée à leur gestion. Ces multiples appels occasionnent de nombreuses interruptions de consultation, impactent le flux de travail, détournent l'attention du médecin et l'empêchent de se focaliser pleinement sur son patient. Est-il admissible qu'une consultation, dont la durée n'est pas extensible à l'infini, soit en plus entrecoupée pour des motifs non médicaux ? Rappelons qu'il y a eu, dans notre étude, jusqu'à 9 appels par consultation et 19 par demi-journée. La dégradation de la qualité de consultation et de la relation médecin-patient qui en résulte nous incite à nous interroger sur les limites de la fonction du médecin généraliste. Ainsi le choix de consulter sur rendez-vous, pour le médecin sans plateforme de secrétariat, se heurte à cette contrepartie de devoir les gérer lui-même, à

une fréquence 7 fois plus élevée qu'un médecin employant une secrétaire. Si nous n'avons pas pu démontrer de différence en terme de durée des gestions de rendez-vous, il paraît probant que l'utilisation d'un secrétariat permet un gain de temps considérable et améliore la qualité de l'activité. Mais dans quelle mesure ce gain de temps est-il intéressant ? La réalisation de consultations supplémentaires peut-elle participer à compenser financièrement, à minima, le recours à un service de télésecrétariat ?

Par ailleurs, la tenue du dossier médical est essentielle à la pratique de la médecine générale. Elle est obligatoire et fait l'objet de recommandations [29] et de programmes d'amélioration de la qualité [30]. Elle permet la continuité, la traçabilité et la coordination des soins. Cette tâche est peu chronophage pendant les consultations, principalement grâce à l'apport de l'informatique médicale. Mais l'existence d'une assistance administrative permet de libérer le médecin du travail d'intégration des documents médicaux (résultats, courriers) dans le dossier.

Nous avons vu que le mode d'installation (individuel ou en groupe) avait un effet significatif sur la charge de travail administratif des médecins, en particulier pour les tâches de secrétariat. Cela peut s'expliquer par la plus grande facilité d'accès à un secrétariat en exercice de groupe, grâce à la mutualisation des moyens. Cela confirme ainsi les bénéfices du regroupement dans le but d'améliorer l'organisation du travail.

Concernant l'établissement de courriers destinés à d'autres professionnels de santé, aucune différence significative n'a pu être observée entre les médecins avec et sans secrétariat. Soulignons qu'aucun médecin de notre échantillon n'a délégué cet acte. La réalisation de courriers revêt un caractère médical certain, lorsqu'il est motivé par le médecin lui-même, pour une demande d'avis spécialisé ou pour l'orientation du patient dans un

contexte d'urgence. Au vu de son poids horaire tout à fait raisonnable et comme il doit être remis au patient dans l'immédiat, il ne paraît pas justifié de déléguer la réalisation d'un courrier à une tierce personne.

C. CONSEILS TELEPHONIQUES ET INTERRUPTIONS DE CONSULTATION

En plus des nombreux appels reçus pour la gestion des rendez-vous, près d'une consultation sur quatre est interrompue par des appels pour des conseils et avis téléphoniques divers. Ces interruptions multiples sont imprévisibles, morcellent les consultations et dégradent le flux de travail. A travers celles-ci, nous pouvons voir une exigence grandissante des patients vis-à-vis du médecin qui, en contrepartie d'une grande disponibilité, se voit réaliser en moyenne 51 minutes par semaine de travail de télé-conseil non reconnu, non rémunéré et engageant sa responsabilité. Cette sollicitation constante et l'exposition permanente à cette forme de stress peuvent être le lit d'un syndrome d'épuisement professionnel. En présence d'une secrétaire physique correctement formée au filtrage des appels, à la gestion de l'urgence et à la coordination de l'activité, le nombre d'appels reçus par le médecin peut être aisément maîtrisé. Même si notre étude n'a pas permis de démontrer un effet du type de secrétariat sur la fréquence des conseils téléphoniques, on peut penser que le télésecrétariat constituerait une alternative intéressante pour la gestion de ces appels. Malheureusement, les médecins ne disposant pas de secrétariat n'ont parfois d'autre alternative que la neutralisation de leur ligne téléphonique, en cas d'appels trop fréquents ou de consultation difficile.

D. LES CERTIFICATS ET LES FORMULAIRES MEDICAUX

En plus des prescriptions médicales (thérapeutiques et examens complémentaires), l'activité du médecin généraliste est soumise à une part de travail de rédaction de divers documents (certificats, formulaires Cerfa, dossiers lourds), qui réduisent le temps strictement médical. Ces tâches concernent près d'une consultation sur deux et occupent environ 1 heure 30 minutes par semaine du temps de consultation des praticiens. Si certaines demandes sont justifiées, d'autres ne se fondent sur aucun texte réglementaire et ne comportent aucun contenu médical. Ces dernières sont encore présentes dans 12,9 % des consultations. Ainsi, le processus de rationalisation des certificats médicaux entrepris depuis la circulaire du 27 septembre 2011 [23] doit être poursuivi, avec une démarche de sensibilisation des praticiens, des patients, et des institutions. Rappelons les trois principes à retenir à ce sujet : il ne doit pas y avoir d'attestation ou de certificat sans examen médical ; en l'absence de texte normatif l'exigeant, le certificat médical n'est pas nécessaire ; les certificats médicaux exigés dans le cadre de situations reconnues par la loi doivent être simplifiés, harmonisés voire dématérialisés. Le site Certifmed.fr [31] constitue un outil d'aide à la décision pour les demandes d'attestations et de certificats médicaux.

Concernant les formulaires Cerfa, notre étude montre qu'il s'agit de tâches incombant quasi-exclusivement aux médecins et occupant 45 minutes de leur temps hebdomadaire. Si l'informatique médicale permet aujourd'hui d'automatiser un grand nombre de formulaires, nous pouvons nous interroger sur la possibilité d'en déléguer certains à l'assistante administrative, toujours sous le contrôle et la responsabilité du médecin : il peut s'agir, par exemple, des prescriptions de transport ou des demandes de renouvellement d'ALD stables. D'autres formulaires comme les arrêts de travail, s'avèrent toutefois difficiles à déléguer car

s'apparentent à une vraie prescription médicale. Il est donc important que leur réalisation soit maintenue à la responsabilité du médecin. Autrement, une amélioration des logiciels médicaux par une dématérialisation totale des formulaires avec télétransmission directe vers l'Assurance Maladie serait un gain considérable pour le flux de travail, et permettrait de limiter les erreurs.

III. PLACE DE L'ETUDE DANS LA LITTERATURE

La principale étude comparable à la notre est celle de l'URML Rhône-Alpes (2004) [22] intitulée « Études des transferts de charge des organismes tiers vers les médecins libéraux », qui a porté sur un échantillon de 123 généralistes et 117 spécialistes libéraux. Ceux-ci ont collecté, pendant deux journées, les tâches administratives réalisées pour tous les patients vus, ainsi que le travail administratif réalisé hors consultation. Ainsi la part de travail administratif global estimée était de 18 % du temps d'activité professionnelle quotidienne du généraliste, dont 14 % hors consultation et 4 % seulement pendant la consultation. Or dans notre étude, cette part était bien supérieure et représentait 15 % du temps de consultation. Cette différence peut s'expliquer par le fait que nous avons en plus tenu compte des tâches de secrétariat et des interruptions qui occupaient un temps tout à fait conséquent. Cette étude de l'URML Rhône-Alpes (2004) [22] avait un échantillon plus grand qui comprenait également des médecins spécialistes. Mais étant donnée la définition floue des activités dites « administratives », nous pouvons mettre en avant notre méthode d'observation directe, peut-être plus proche de la réalité qu'une méthode basée sur du déclaratif.

Selon Ventelou et Saliba (2007) [21], les médecins estimaient consacrer en moyenne 6 heures 30 minutes par semaine aux tâches administratives et de gestion sans autre précision

(échantillon de 527 généralistes). 57 % des médecins interrogés par l'URML Midi-Pyrénées (2002) [32] estimaient ce temps entre 2 et 5 heures par semaine et 30 % de ceux enquêtés par l'URML Centre (2004) [33] déclaraient y passer entre 5 et 10 heures. Il existe donc des écarts selon les enquêtes sur le sujet, certainement liés aux interprétations diverses des médecins et à la définition peu explicite de ce que sont les tâches administratives. Le résultat que nous avons obtenu (entre 4 h 08 min et 4 h 42 min) reste en corrélation avec les travaux existants et a l'avantage d'être basé sur une définition très précise de la notion de travail administratif.

IV. HYPOTHESES ET PROSPECTIVES

A. VALORISATION DE L'ACTIVITE LIBERALE DANS LE CURSUS MEDICAL

L'avenir de la médecine libérale réside dans la capacité à améliorer son image auprès des futurs généralistes. Afin de redonner de l'attrait pour la spécialité, il est fondamental de préparer et familiariser les étudiants en médecine au fonctionnement du cabinet libéral. Cela passe par l'intensification des stages ambulatoires et par des formations avancées sur la gestion de l'entreprise libérale, en fin de cursus.

B. MISE EN PLACE D'UNE DEMARCHE QUALITE

L'amélioration de l'organisation et du fonctionnement des cabinets pourrait passer par une démarche de qualité. Il s'agirait d'une démarche pragmatique d'incitation des médecins vers une auto-évaluation de leurs pratiques, centrée sur le mode d'organisation, le flux de travail et l'efficacité du cabinet. Comme toute démarche d'amélioration des pratiques, la création d'un référentiel identifiant différents critères de qualité d'exercice est nécessaire. Ainsi les médecins et les différents acteurs du cabinet (associés, collaborateurs, comptables, secrétaire...) pourraient analyser leurs difficultés en terme de condition de travail, mettre en

œuvre des stratégies d'amélioration et en réévaluer l'efficacité. Il est important que cette démarche de qualité exclue toute forme de sanction, et doit se concevoir comme un accompagnement des praticiens vers une meilleure gestion de l'entreprise libérale dans le but de proposer une offre de soins de qualité. Des études quantitatives de plus grande envergure mais aussi des travaux qualitatifs analysant l'avis des praticiens et des patients sur ce qu'est une organisation de qualité, sont nécessaires pour établir les modalités précises de cette démarche.

C. SECRETARIATS MEDICAUX : ACCESSIBILITE ET GAIN D'EFFICIENCE

Notre travail a pu mettre en lumière l'importance du secrétariat en terme d'optimisation du temps au sein du cabinet. A l'issu de notre étude, nous pouvons distinguer deux niveaux d'organisation en matière de secrétariat : l'absence de secrétariat, le recours à un télésecrétariat et l'emploi d'une secrétaire physique.

1. L'absence de secrétariat : un choix non dénué de répercussions

En l'absence de secrétariat, les médecins ont la totale liberté de gérer leur temps de travail comme ils le souhaitent. Certains assument ce mode d'organisation et y trouvent des agréments. Ils ont ainsi mis en place des stratégies qui leur permettent de garantir une grande disponibilité pour leur clientèle et de maîtriser l'ensemble de leur activité. Mais en contrepartie, l'activité médicale peut se trouver noyée dans des tâches administratives, de secrétariat et d'accueil, dont nous pouvons constater les conséquences sur la qualité de travail. Malheureusement, le coût (jusqu'à 15 % des recettes brutes) en limite toujours l'accès aujourd'hui.

2. Le télésecrétariat : une solution pratique mais incomplète

Le télésecrétariat est le deuxième niveau d'assistance administrative envisageable pour le médecin. Il est plus facilement accessible, grâce à la multitude des sociétés existantes sur le marché, la diversité des offres proposées, la simplicité de gestion (facture) et le coût moindre par rapport au salaire d'une secrétaire physique. Au vu de la charge que représentent les tâches de gestion des rendez-vous et les interruptions téléphoniques, l'utilisation de ces services peut constituer une alternative intéressante. Dans l'hypothèse où la performance de ces télésecrétariats est telle que le médecin n'est plus interrompu lors de ces consultations, c'est en moyenne un gain de 1 heure 20 minutes par semaine qu'il peut espérer et une plus grande tranquillité de travail. Ce gain pouvant alors être consacré à une meilleure disponibilité et qualité de soins, pour les patients pendant les consultations. Cela peut aussi permettre d'augmenter le nombre de consultation hebdomadaire : ainsi pour une durée de consultation moyenne de 15 minutes, ce serait 5 consultations supplémentaires par semaine que le médecin peut réaliser. Le tarif moyen d'un télésecrétariat assurant la gestion des appels entrants, de l'agenda et des messages, étant approximativement de 450 euros par mois (tarif forfaitaire + 1 euro en moyenne par appel supplémentaire), ce gain d'actes pourrait permettre de couvrir partiellement voire même la totalité de l'investissement, chez les médecins très sollicités par téléphone. Soulignons toutefois l'absence de gestion, par ces plateformes, des tâches administratives et de secrétariat sur place.

3. Le secrétariat physique : le prix de l'efficience

L'emploi d'un secrétariat physique constitue une configuration plus avancée que le télésecrétariat. Sous réserve d'une formation adéquate de l'assistante médico-administrative,

un grand nombre de tâches liées à l'activité médicale peut être assumé, sous réserve d'une formation suffisante :

- L'accueil et l'information des patients.
- La gestion des rendez-vous, du planning d'activité.
- La gestion et le filtrage des appels entrants, des urgences.
- La facturation, l'établissement des feuilles de soins, l'encaissement des règlements, la gestion des relations avec les organismes de Sécurité sociale et mutuelles.
- La tenue des dossiers : création, intégration, mise à jour.
- La gestion de la correspondance : saisie, tri, affranchissement du courrier.
- On peut imaginer également des délégations de rédaction de certificats et de formulaires (toujours sous responsabilité du médecin).

D'après nos résultats, dans l'hypothèse que ces activités soient entièrement déléguées (sauf les certificats et formulaires), c'est en moyenne 2 heures 50 minutes de travail par semaine que le médecin peut dégager pour du temps de soins, sans oublier l'optimisation de l'exercice quotidien du praticien, alors soulagé du travail superflu et pouvant se consacrer uniquement à son art. Cela représenterait en moyenne 11 consultations supplémentaires, qui pourraient permettre de compenser financièrement, une partie non négligeable du salaire minimal légal (1486,25 euros) d'une secrétaire médicale assurant les activités de base [34].

D. LA MEDECINE LIBERALE : UN GISEMENT D'EMPLOIS PEU EXPLOITE

Dans le contexte actuel de sous-emploi, la médecine libérale présente un potentiel de création d'emploi non négligeable. Aujourd'hui, encore un peu moins de la moitié des médecins généralistes en France ne dispose pas d'assistance administrative. On observe, dans ce secteur où la qualité des soins est primordiale, un déficit d'emplois pouvant être comblé

notamment grâce à la valorisation du cabinet médical comme un modèle d'entreprise libérale, dont le rôle de santé publique est indéniable.

Le regroupement en cabinet mono ou pluridisciplinaire, à l'initiative des praticiens, est un moyen déjà connu pour faciliter l'embauche de secrétaire. Or une intervention des pouvoirs publics permettrait, en plus, d'ouvrir cette possibilité aux médecins installés seuls ou aux cabinets en zone isolée. Cela pourrait prendre la forme d'une aide à la création de secrétariat (réduction de charges sociales liées à la gestion d'employés, formation appropriée des praticiens au rôle de chef d'entreprise). Il est donc important de valoriser le modèle du cabinet de médecine générale avec assistance administrative. La mise en place d'incitations financières à l'emploi de secrétariat ou la valorisation forfaitaire ou à l'acte pour les praticiens s'engageant dans une démarche de qualité est aussi envisageable, par l'intervention des caisses et des mutuelles qui sont en passe de devenir les principaux financeurs des médecins libéraux.

Enfin, la formation des assistantes médico-administratives est essentielle au vu du gain d'efficacité considérable qu'elles peuvent apporter pour le cabinet. L'extension et la diversification de leurs compétences et de leurs champs de responsabilités peuvent permettre de dégager un temps médical certain, mais également d'augmenter la reconnaissance pour cette profession qui constitue un atout majeur pour le généraliste.

V. CONCLUSION

La désaffection latente pour la médecine libérale et l'évolution actuelle de la démographie médicale et de la politique de santé doivent faire émerger des interrogations sur les conditions d'exercice en médecine générale. Notre étude a confirmé la surcharge du temps de travail des généralistes par des activités diverses. Ces tâches ont un effet délétère pour la qualité de travail et sont souvent vécues comme une dévalorisation du métier et une perte de sens par rapport au rôle premier du généraliste. Si le surcroît de travail a été étudié de façon objective et chiffrée dans notre étude, il ne faut pas perdre de vue son poids subjectif. En effet la pénibilité du travail ne réside pas uniquement dans sa longueur, mais également dans l'incapacité à en maîtriser la charge. Le vécu est aussi conditionné par le niveau de reconnaissance, tant symbolique qu'économique, qui y est associé. Le rythme soutenu des consultations et le stress quotidien occasionné par les tâches non-médicales, associés à la nécessité d'une vigilance et d'une responsabilité permanente, participent à détériorer les conditions d'exercice, la qualité des soins et la santé physique et psychique des médecins. Théoriquement, le mode d'organisation relève de choix personnels et appartient à chaque praticien. Un agrément pour l'un peut représenter un désagrément pour un autre. Mais en réalité, grâce à ce travail, nous avons pu constater que l'organisation résulterait plutôt d'un compromis entre la demande de soins, le temps de travail acceptable, le revenu souhaité, ainsi que les stratégies mises en place pour limiter la surcharge de travail. En tant qu'entreprise libérale, la gestion du cabinet médical doit se concevoir en terme d'efficience, par l'optimisation des outils et du mode d'organisation, pour parvenir à une meilleure qualité des soins, des conditions ergonomiques de travail et un niveau de revenu convenable. En effet, le médecin ne peut se départir d'une certaine rentabilité, pour avoir accès à des services

essentiels à son activité comme un secrétariat. Par ailleurs, les médecins ayant recours à un secrétariat (quelque soit le type) sont significativement plus jeunes que ceux sans secrétariat. Cela souligne la préoccupation des nouvelles générations pour une activité maîtrisée et délestée le plus possible de travail administratif.

Il nous semble donc primordial d'améliorer la formation des futurs praticiens à la gestion libérale, de redéfinir les contours du métier de généraliste et d'inciter le médecin libéral/chef d'entreprise à adopter une démarche de maîtrise de son activité, selon ses propres critères de qualité, plutôt que selon la demande de soins et les contraintes extérieures. Enfin, il est nécessaire que les pouvoirs publics s'engagent dans cette action, par une simplification administrative, une aide à l'accès à une plateforme de secrétariat et une valorisation des cabinets s'engageant dans une initiative de qualité d'exercice. Redorer l'image de la médecine générale par le perfectionnement des conditions d'exercice constitue une réelle piste pour répondre aux défis démographiques actuels et à la crise de vocation que vit la médecine libérale.

BIBLIOGRAPHIE

1. LE BRETON-LEROUVILLOIS G.

Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2015 [en ligne]. Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2015. [Consulté le 27/06/2014]. Disponible sur :

<URL : http://www.demographie.medecin.fr/sites/default/files/atlas_demographie/atlas_2015.pdf>

2. LE BRETON-LEROUVILLOIS G.

Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2007 [en ligne]. Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2007. [Consulté le 27/06/14]. Disponible sur :

<URL : http://www.demographie.medecin.fr/sites/default/files/atlas_demographie/atlas_2007.pdf>

3. LE BRETON-LEROUVILLOIS G.

Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2014 [en ligne]. Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2014. [Consulté le 27/06/2014]. Disponible sur :

<URL : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf>

4. BACHELET M.

Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2013. *Etudes et résultats* [en ligne], octobre 2014, n° 894, 6p. [Consulté le 29/06/2014]. Disponible sur :

<URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-affectations-des-etudiants-en-medicine-a-l-issue-des,11359.html>>

5. ROUGER A-S.

La médecine générale : un choix par défaut aux épreuves classantes nationales ? Etude multicentrique sur la concrétisation des souhaits des étudiants aux ECN [en ligne]. Thèse d'exercice : Médecine : Rouen ; 2013. [Consulté le 02/02/2015]. Disponible sur :

<URL : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00910158/document>>

6. PITOL BELIN S.

Raisons du choix de spécialité et de localisation des internes de médecine générale dans trois facultés françaises [en ligne]. Thèse d'exercice : Médecine : Grenoble ; 2010. [Consulté le 02/02/2015]. Disponible sur :

<URL : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00628138/document>>

7. INTERSYNDICALE NATIONALE AUTONOME REPRESENTATIVE DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE.

Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [en ligne]. Rapport de recherche. Lyon : ISNAR-IMG, 2011, 30p. [Consulté le 02/07/2014]. Disponible sur :

<URL : <http://www.isnar-img.com/content/enquête-nationale-sur-les-souhaits-d'exercice-des-internes-de-médecine-générale-résultats>>

8. ROBELET M, LAPEYRE-SAGESSE N, ZOLESIO E.

Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans [en ligne]. Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2006. [Consulté le 25/06/2014]. Disponible sur :

<URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/feminisationsociologie.pdf>>

9. WORONOFF A, GAGEY S, PAULIN B, HOCHART A.

Les médecins généralistes diplômés en Franche-Comté. Description des situations professionnelles, analyse des motivations et des freins à l'installation en libéral [en ligne]. Rapport de recherche. Besançon : ORS Franche-Comté, 2007, 54p. [Consulté le 29/06/2014]. Disponible sur :

<URL : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportMG_070615.pdf>

10. TOUSSAINT E.

Principales contraintes administratives identifiées comme des freins à l'installation des jeunes médecins généralistes [en ligne]. Thèse d'exercice : Médecine : Reims ; 2013. [Consulté le 20/12/2014]. Disponible sur :

<URL : <http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Thèse%20Élodie%20Toussaint.pdf>>

11. PARAPONARIS A, VENTELOU B, VERGER P.

La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. *Revue française des affaires sociales* [en ligne]. 2011, n° 2-3, p. 29-47. [Consulté le 06/07/2014]. Disponible sur :

<URL : <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-2-page-29.htm>>

12. AULAGNIER M, OBADIA Y, PARAPONARIS A.

L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Etudes et résultats* [en ligne], novembre 2007, n° 610, 8p. [Consulté le 06/07/2014].

Disponible sur :

<URL : <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12796/1/er610.pdf>>

13. ASSURANCE MALADIE.

Informations relatives à la démographie des professionnels de santé libéraux [en ligne]. (Mis à jour le 9/02/2015). [Consulté le 04/07/2014]. Disponible sur :

<URL : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/secteur-conventionnel.php>>

14. BAUDIER F, BOURGUEIL Y, EVRARD I, GAUTIER A, LE FUR P, MOUSQUES J.

La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009.

Question d'économie de la santé [en ligne], septembre 2010, n° 157, 6p. [Consulté le 06/07/2014].

Disponible sur :

<URL : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>>

15. JAKOUBOVITCH S, BOURNOT MC, CERCIER E, TUFFREAU F.

Les emplois du temps des médecins généralistes. *Etudes et résultats* [en ligne], mars 2012, n° 797, 8p. [Consulté le 22/09/2014]. Disponible sur :

<URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-emplois-du-temps-des-medecins,10839.html>>

16. UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECINS DE RHONE-ALPES.

Vos pratiques et besoins en matière de secrétariat médical [en ligne]. Rapport de recherche. Paris : KYNOS, 2014, 100p. [Consulté le 06/08/2014]. Disponible sur :

<URL : http://www.urps_med_ra.fr/upload/editor/2014_07_10_URPS_Med_RA_Synthese_Enquete_Secretariat_medical.pdf_1409229389444.pdf>

17. LUCAS-GABRIELLI V, SOURTY-LE GUELLEC M-J.

Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). *Question d'économie de la santé* [en ligne], avril 2004, n° 81, 8p. [Consulté le 02/09/2014].

Disponible sur :

<URL : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes81.pdf>>

18. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE.

Annexe 1. Programmes de qualité et d'efficacité Maladie [en ligne]. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale, 2014, p. 34–5. [Consulté le 10/10/2014]. Disponible sur :

<URL : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/24524_plfss_14_annexe_1_maladie_bd.pdf>

19. BREUIL-GENIER P, SICART D.

La situation professionnelle des conjoints de médecins. *Etudes et résultats* [en ligne], septembre 2005, n° 430, 12p. [Consulté le 06/07/2014]. Disponible sur :

<URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-situation-professionnelle-des-conjoints-de-medecins,4752.html>>

20. DANG HAO DAN B, TEITELBAUM J, ALLEMAND H.

Médecins et pratiques médicales en France : 1967-1977-2007. *Cahier de sociologie et de démographie médicales*, 2008/10, 48, n°4, p. 514-532.

21. VENTELOU B, SALIBA B.

Etat des lieux sur l'activité, le temps de travail et la disposition à employer un délégué pour les médecins généralistes de la région Provence Alpes Côte d'Azur [en ligne]. In *Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé*. Paris : HAS, 2007, p. 134-155. [Consulté le 11/12/2014]. Disponible sur :

<URL : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pratiques_actuelles_de_cooperation.pdf>

22. UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX DE RHONE-ALPES.

Etude des transferts de charges des organismes tiers vers les médecins libéraux [en ligne]. Rapport de recherche, n° 411. Grenoble : CAREPS, 2004, 58p. [Consulté le 27/06/2014]. Disponible sur :

<URL : http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/transfertdecharges.pdf>

23. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE.

Circulaire N°DSS/MCGR/DGS/2011/331 du 27 septembre 2011 relative à la rationalisation des certificats médicaux [en ligne]. Validé par le CNP le 26 août 2011. [Consulté le 06/07/2014]. Disponible sur :

<URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/331Circulaire_certificats_medicaux.pdf>

24. UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX RHONE-ALPES.

Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et étude d'observation sur les diverses activités des médecins généralistes [en ligne]. Rapport de recherche, n° 661. Grenoble : CAREPS, 2010, 50p. [Consulté le 27/06/2014]. Disponible sur :

<URL : http://www.urps_med_ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/Rapport_CAREPS_URML_medecin_traitant_Version_Finale.pdf>

25. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [en ligne]. Journal officiel du 17 août 2004. [Consulté le 04/07/2014]. Disponible sur :

<URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>>

26. MAUPAS JL, HURTEBIZE P, MARX A.

Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie [en ligne]. Rapport de recherche. Rouen : CDOM de Seine-Maritime et de l'Eure, 2008, 16p. [Consulté le 09/01/2015]. Disponible sur :

<URL : http://www.apima.org/img_bronner/enquete_HN_soigne_medecin.pdf>

27. MANZANO M, LHUILIER D.

Processus de construction du rapport des médecins généralistes libéraux à leur propre santé [en ligne]. Rapport de recherche. Rouen : CDOM, 2008, 15p. [Consulté le 09/01/2015]. Disponible sur :

<URL : http://sante-indep.sciencesconf.org/conference/sante-indep/program/Manzano_Lhuillier_processus_de_cosntruction_sept_2013.pdf>

28. RNCP (Répertoire National des Certifications Professionnelles).

Résumé descriptif de la certification. Titre professionnel Secrétaire-assistant(e) médico-social(e). [Consulté le 27/07/2015]. Disponible sur :

<URL : <http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/visualisationFiche?format=fr&fiche=5863>>

29. FALCOFF H, DOUMENC M, LAFONT-PICTON M.

La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations [en ligne]. Rapport de recherche. Paris : ANAES, 1996, 80p. [Consulté le 27/07/2015]. Disponible sur :

<URL : <http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dm.pdf>>

30. MAGUEREZ G, DERENNE Y.

Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé [en ligne]
Rapport de recherche. Paris : ANAES, 1996, 66p. [Consulté le 27/07/2015]. Disponible sur :
<URL : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/paq.pdf>>

31. BUHART O, DUFORESTEL J.

Outil d'aide à la décision concernant les demandes de certificats médicaux [en ligne]. (Mis à jour le
08/12/2014). [Consulté le 27/07/2015]. Disponible sur :
<URL : <http://www.certifmed.fr>>

32. UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX MIDI-PYRÉNÉES.

Besoins et attentes des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Bulletin d'information, n°5.
Toulouse : URML Midi-Pyrénées, 2002.

33. UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX CENTRE.

Étude sur les préoccupations et aspirations des médecins généralistes libéraux en région centre.
Rapport de recherche. Orléans : URML Centre, 2004.

34. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET
DU DIALOGUE SOCIAL.

Avenant n° 65 du 23 janvier 2014 relatif aux salaires minima au 1er janvier 2014 [en ligne].
Convention collective nationale du personnel des cabinets médicaux du 14 octobre 1981. [Consulté le
07/08/2015]. Disponible sur :
<URL : http://www.legifrance.gouv.fr/telecharger_rtf.do?idTexte=KALITEXT000029149579>

ANNEXE 1. Liste exhaustive des tâches administratives

Grands types de tâches	Détails des tâches	
CERTIFICATS	<p>Obligatoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arrêt de travail - Non contre-indication - Dispense sport - Admission en sport-étude - Sport de haut niveau et Espoirs - Certificat de grossesse - Certificat de décès - Carnet de santé - Carnet suivi grossesse - Aptitude à l'exercice de la fonction d'interne des hôpitaux - Certificat accident du travail - Certificat d'accouchement (enfant né sans vie) - Certificat de décès - Certificat en vue d'un aménagement d'un examen ou concours pour le candidat handicapé - Certificat de maladie professionnelle - Certificat pédiatrique (8ème jour, 9ème mois, 24ème mois). - Choix du type d'hospitalisation sans consentement - Certif de non admission (détenu) - Constatation de coups et blessures) - Hospitalisation à la demande d'un tiers - Hospitalisation sans consentement - Interruption volontaire de grossesse - Sauvegarde de justice, curatelle et tutelle, Mandat de protection future 	<p>Non obligatoire/Inutiles/Interdits :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispense cantine - Absence d'allergie - Admission à l'école élémentaire - Admission en crèche - Admission en école maternelle - Autorisation de sortie ou voyage scolaire - Certificat d'embauche - Certificat de non-contagion - Certificat médical et divorce - Certificat prénuptial - Inaptitude au poste de travail - Certificat d'insalubrité - Prise de médicaments à l'école ou à la crèche - Réintégration à la crèche - Remboursement de la cantine scolaire - Reprise du travail
TACHES DE PRESCRIPTIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Demande entente préalable - Ordonnance spécifique - Prescription médicale de transport - Arrêt de travail - Autres documents Cerfa 	
DOSSIERS LOURDS	<ul style="list-style-type: none"> - APA - MDPH/AAH - ALD - Sauvegarde de justice - Demande d'EHPAD - Autres élaboration de dossiers 	
PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES SOINS	<ul style="list-style-type: none"> - Déclaration de médecin traitant - Feuilles de soin électroniques - Feuilles de soin papier - Télétransmission - Gestion tiers payants - Gestion des impayés - Relation avec Sécurité sociale, mutuelle - Demande de contrôle médical - Demande renseignements administratifs par la Sécurité sociale - Renseignements statistiques - Etude de cas demandée par la Sécurité sociale - Autres demandes de la Sécurité sociale 	
TACHES DE SECRÉTARIAT	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion des rendez-vous - Courriers aux spécialistes - Appels pour demande d'examen ou consultation - Appels des services de soins - Appels prises de rdv - Appels de transport - Appels de pharmacies - Réalisation d'ordonnances non faits par les services de soins - Ordonnances itératives/rattrapages 	
GESTION DE L'ACTIVITE LIBERALE	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion comptabilité - Gestion fiscalité - Gestion URSSAF, CARMF - Gestion du personnel - Gestion matériel - Relation Ordre des médecins - Maintenance informatique - Gestion de pannes 	

ANNEXE 3. Bordereau de recueil des caractéristiques démographiques

MEDECIN N°

Age :**Genre :** M F**Année d'installation dans le cabinet actuel :****Lieu d'installation :** <2000 hab
(Rural) 2000 à 10000 hab
(Périurbain) >10000 hab
(Urbain)**Mode d'installation :** Individuel En groupe**Convention :** Secteur 1 Secteur 2 Non conventionné**Type de secrétariat :** Aucun Télésecrétariat
 Secrétaire Télésecrétariat et secrétaire
 Autres**Mode de consultation :** Sur Rdv Sans Rdv Mixte**Informatisation :** Oui Non**Nombre d'actes réalisés la semaine précédente :**

RÉSUMÉ

Introduction : La médecine générale traverse une crise démographique avec une diminution de l'offre de soin, une désaffection pour le modèle libéral et une dégradation des conditions d'exercice. L'évaluation de l'organisation et de la charge de travail du généraliste constitue un réel enjeu pour l'amélioration de la qualité des soins primaires.

Objectifs : Les objectifs de notre étude étaient de quantifier la charge de travail administratif pendant les consultations des médecins généralistes libéraux des Alpes-Maritimes, d'analyser ses déterminants et de proposer des pistes d'optimisation de l'exercice libéral.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle sur des généralistes libéraux. Chacun a été observé sur une demi-journée de travail, pendant laquelle les tâches administratives réalisées per consultation étaient relevées et chronométrées.

Résultats : Au total, 674 consultations de 51 médecins, représentatifs des généralistes des Alpes-Maritimes, ont été analysées. Le temps de consultation total était de 166 h 13 min, soit une durée de consultation moyenne de 14 min 47 s. 24 h 50 min étaient consacrées au travail administratif soit 15 % du temps de consultation et plus de 4 h de travail hebdomadaire. Une consultation sur deux comprenait au moins 3 tâches. Les feuilles de soins concernaient 99 % des consultations, soit 59 minutes hebdomadaires. Une consultation sur trois comportait des tâches de secrétariat, la gestion des rendez-vous occupant 30 minutes par semaine. 24,8 % des consultations étaient interrompues par des appels téléphoniques, représentant 51 minutes hebdomadaires. La rédaction de certificats et formulaires divers intéressait 47 % des consultations et occupaient 1 h 30 min par semaine. Les médecins sans secrétariat faisaient significativement plus de tâches administratives, principalement des tâches de secrétariat. Ils étaient interrompus 7 fois plus que ceux employant une secrétaire et 2 fois plus que ceux utilisant un télésecrétariat.

Conclusion : Le travail administratif constitue un réel fardeau pour les généralistes, dégrade leur condition de travail et entrave la qualité des soins par leur fréquence et leur poids horaire. Valoriser la médecine libérale par une sensibilisation des futurs généralistes, une facilitation de l'accès à une assistance administrative et une démarche d'optimisation de l'efficacité des cabinets sont essentielles pour construire le modèle libéral de demain.

Mots-clés : administratif, temps, efficacité, ergonomie, qualité, exercice, optimisation, cabinet, libéral, médecine générale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

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

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

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