



HAL
open science

Système de santé français en 2017 : analyse des résultats de l'enquête du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-Maritime

Soline Linhart

► To cite this version:

Soline Linhart. Système de santé français en 2017 : analyse des résultats de l'enquête du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-Maritime. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01598602

HAL Id: dumas-01598602

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01598602>

Submitted on 29 Sep 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.

Thèse pour le doctorat en médecine

(Diplôme d'état)

Par

Soline LINHART

Née le 14 décembre 1989 à Rouen

Présentée et soutenue publiquement le mardi 5 septembre 2017

Systeme de santé français en 2017 : Analyse des résultats de l'enquête du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Seine- Maritime

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THÈSE : Madame le Docteur Marianne LAINE

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Docteur Patrick DAIME

Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD

Madame le Docteur Yveline SEVRIN

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017
U.F.R. DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME** HCN Cardiologie

Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR** HCN Chirurgie plastique

Mr Fabrice **BAUER** HCN Cardiologie

Mme Soumeya **BEKRI** HCN Biochimie et biologie moléculaire

Mr Jacques **BENICHOU** HCN Bio statistiques et informatique médicale

Mr Jean-Paul **BESSOU** HCN Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Mme Françoise **BEURET-BLANQUART** HCN Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité

(surnombre)

Mr Olivier **BOYER** UFR Immunologie

Mr François **CARON** HCN Maladies infectieuses et tropicales

Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie

Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (détachement)	HCN	Réanimation médicale – Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	HCN	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale

Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS
HOSPITALIERS**

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTSHCN	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire

Mme Rachel **MARION-LETELLIER** UFR Physiologie
Mr Thomas **MOUREZ** HCN Bactériologie
Mme Muriel **QUILLARD** HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mme Christine **RONDANINO** UFR Physiologie de la reproduction
Mr Mathieu **SALAUN** HCN Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER** HCN Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN** HCN Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ** UFR Anglais
Mr Thierry **WABLE** UFR Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON** Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET** Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH) Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite) Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS** Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH) Parasitologie

Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER	Statistiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE-BOUCHER	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
----------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie Organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES UNIVERSITAIRE

Mr Matthieu **SCHUERS** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** URF Médecine générale

Mme Marianne **LAINE** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Neurophysiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation
Rouen*

SJ – Saint Julien

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et 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 le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Au président du jury,

À Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Monsieur, vous pouvez être assuré de mon respect le plus profond.

Au directeur de thèse,

À Madame le Docteur Marianne LAINE,

Veillez recevoir mes remerciements pour votre confiance, votre soutien et votre aide précieuse lors de l'élaboration de cette étude. J'ai été honorée de travailler avec vous, vous trouverez ici ma plus grande reconnaissance.

Aux membres du jury,

À Monsieur le Docteur Patrick DAIME,

Vous me faites l'honneur de faire partie du jury de cette thèse, veuillez recevoir mes sincères remerciements pour votre disponibilité lors de l'élaboration de cette étude en tant que Président du Conseil Départemental du Conseil de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime.

À Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD,

Vous me faites l'honneur de faire partie du jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect. Merci pour vos riches enseignements au sein du cabinet médical.

À Madame le Professeur Yveline SEVRIN,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez recevoir ici l'expression de tout mon respect ainsi que mes remerciements pour la qualité de la formation médicale que vous m'avez apportée.

Monsieur le Docteur Charles POLAERT, Monsieur le Docteur Arnaud DUCHEZ,

Vous avez participé à ma formation médicale en m'accueillant dans vos cabinets médicaux. Je vous adresse mes sincères remerciements pour vos enseignements. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Hervé COMOZ, Monsieur le Docteur Christophe MENARD,

Vous avez participé à ma formation médicale en m'accueillant dans l'enceinte du Service d'Accueil des Urgences des cliniques de l'Europe et du Cèdre. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mes remerciements sincères.

Aux services ayant participé à ma formation médicale,

De Médecine Interne du Centre Hospitalier de Dieppe,
Des Urgences du Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf et de Louviers,
Des Urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen,
De Gynécologie et Obstétrique de la Clinique du Belvédère à Mont-Saint-Aignan,
Au Département de Médecine Générale de la faculté de médecine de Rouen.

A André GILLIBERT,

Ton aide m'a été précieuse pour les statistiques. Encore merci.

Aux membres du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime,

Je vous remercie de m'avoir permise de réaliser cette thèse. Merci encore pour votre disponibilité et votre accueil.

À mes amis.

À mes co-internes.

À ma belle-famille,

Merci de m'avoir accueillie si chaleureusement dans votre famille.

À mon papa,

Pour tes nombreuses relectures et ton aide précieuse tout au long de ce travail. Je t'aime plus que tout.

À ma maman,

Tu me manques chaque jour. Je n'aurais pu imaginer ma vie sans toi.

À ma sœur Clémence,

Je t'aime fort, je suis fière de toi.

À Yann,

Mon futur mari que j'aime tant.

1. Table des matières

1. Table des matières	22
2. Abréviations	25
3. Introduction	26
3.1. Le Conseil de l'Ordre	27
3.1.1. Historique	27
3.1.2. Fonctions	27
3.1.3. Structures et missions	28
3.1.4. Elections	28
3.1.5. Inscription	29
3.1.6. Financement	29
3.2. La Grande Consultation	29
3.2.1. Préambule	29
3.2.2. Les principaux résultats de La Grande Consultation	31
3.2.2.1. Pilotage du système de santé	31
3.2.2.2. Répartitions et organisations des soins sur le territoire	32
3.2.2.3. Pratique professionnelle	32
3.2.2.4. Coopérations et relations professionnelles	33
3.2.2.5. Formation médicale initiale et continue	33
3.2.3. Les 10 propositions du Conseil National de l'Ordre des Médecins : socle de la réforme proposée	34
3.2.4. Questions posées aux candidats de l'élection présidentielle 2017	35
4. Matériels et méthodes	37
4.1. Type d'étude	37
4.2. Population étudiée	37
4.3. Recueil des données	37
4.4. Objectifs de l'étude	38
4.4.1. Objectif principal	38
4.4.2. Objectifs secondaires	38
4.5. Analyse statistique	39

4.6.	Synthèse des commentaires	39
5.	Résultats	40
5.1.	Taux de réponse	40
5.2.	Description de la population	41
5.3.	Objectif principal	45
5.4.	Objectifs secondaires	46
5.4.1.	Analyse statistique du classement des propositions par ordre de pertinence .	47
5.4.2.	Analyse statistique des résultats selon la spécialité exercée	51
5.4.3.	Analyse statistique des résultats selon le mode d'exercice	55
5.4.4.	Analyse statistique des résultats selon le territoire d'exercice.....	57
5.4.5.	Proposition par laquelle les médecins se sentent moins concernés.....	59
5.5.	Commentaires des 10 propositions par les médecins de Seine-Maritime	60
5.6.	Rencontres sur site	68
6.	Discussion	69
6.1.	Rappel des principaux résultats	69
6.2.	Forces de l'étude	69
6.3.	Taux de participation.....	70
6.3.1.	Chiffre et hypothèses.....	70
6.3.2.	Justification du choix du bootstrap.....	71
6.4.	Biais liés au questionnaire.....	72
6.4.1.	Consignes de hiérarchisation des 3 propositions.....	72
6.4.2.	La présentation des propositions en blocs de 3 priorités	73
6.5.	Méthodologie pour l'extrapolation des commentaires	74
6.6.	Discussion autour des résultats.....	74
6.6.1.	Autour du premier choix de réponse : « Redonner du temps médical aux médecins »	74
6.6.2.	Autour du deuxième choix de réponse : « Mettre en place un système social protecteur et une rémunération valorisante pour tous »	76
6.6.3.	Autour du troisième choix de réponse : « Réformer le numerus clausus et la PACES pour une meilleure adaptation aux besoins des territoires ».....	78
6.6.4.	Autour de la proposition par laquelle les médecins se sentent moins concernés.....	79

6.6.5. Autour des propositions concernant la simplification de l'organisation territoriale des soins	81
6.7. Perspectives	82
6.7.1. Les médecins et la politique de santé	82
6.7.2. Les médecins et le Conseil de l'Ordre	82
6.7.3. Les mesures à envisager.....	83
7. Conclusion	84
8. Bibliographie	85
9. Annexes	89
9.1. Annexe 1 : Le questionnaire de la thèse	89
9.2. Annexe 2 : Les commentaires	94
Incompréhension du questionnaire :	94
Au sujet du Conseil de l'Ordre :	94
Proposition numéro 1 :	95
Proposition numéro 2 :	96
Proposition numéro 3 :	98
Proposition numéro 4 :	99
Proposition numéro 5 :	103
Proposition numéro 6 :	107
Proposition numéro 7 :	108
Proposition numéro 8 :	110
Proposition numéro 9 :	113
Proposition numéro 10 :	115

2. Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

BPS : Bassin de Proximité de Santé

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CNG : Centre National de Gestion

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CO : Conseil de l'Ordre

DMP : Dossier Médical Personnel/Partagé

DPC : Développement Professionnel Continu

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

ECN : Epreuve Classante Nationale

ECOS : Examen Clinique par Objectifs Structurés

LGC : La Grande Consultation

Loi HPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoire

ONDPS : Observatoire National Des Professions de Santé

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

TCS : Test de Concordance de Script

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

3. Introduction

Le système de santé français est un système complexe et performant. Il est composé de multiples institutions et acteurs, liés et organisés entre eux.

Les différentes institutions regroupent les établissements de santé publics et privés, le Parlement, l'Etat, l'Assurance maladie, les assurances privées et les mutuelles ainsi que les syndicats et associations.

Les acteurs de ce système sont les professionnels de santé, les financeurs publics et privés, les élus locaux, départementaux, régionaux, nationaux, et européens, les fonctionnaires d'état, les gestionnaires des soins, et enfin la population. Tous ces acteurs sont potentiellement usagers de ce système.

Cet ensemble d'éléments fonde notre système sanitaire actuel. Il s'est construit et remanié au fur et à mesure des années, avec un objectif persistant : son perfectionnement.

Des dysfonctionnements entravent ce système. Afin d'identifier les difficultés des médecins, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a mené une enquête en 2015 appelée « La Grande Consultation » (LGC). L'objectif était de faire l'état des lieux du ressenti des médecins quant à l'exercice et l'avenir de la médecine en France et ensuite de rédiger un rapport pour envisager la santé de demain. Les résultats ont montré un malaise de la profession médicale, une inquiétude pour l'avenir de la santé, et aussi le souhait des médecins d'être les acteurs du changement dans le cadre d'une réforme de ce système (1) (2) (3).

A partir de cette enquête, un Livre Blanc a été élaboré. Il énumère dix propositions à mettre en œuvre pour tenter de répondre aux dysfonctionnements mis en évidence, relancer le débat public, et nourrir les projets politiques.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de Seine-Maritime a initié une autre enquête début 2017 pour affiner les priorités des médecins, à l'échelle du territoire. L'objectif était d'extraire trois propositions parmi les dix du Livre Blanc, jugées les plus pertinentes par les médecins de Seine-Maritime pour améliorer le système de santé. Ces trois propositions serviront ensuite de socle pour porter la voix des médecins auprès des autorités et des décideurs locaux, politiques et institutionnels et proposer une réforme sanitaire en adéquation avec les attentes des professionnels de santé (4).

L'objet de notre travail a été de donner et analyser les résultats de cette enquête menée par le CDOM de Seine-Maritime. Afin d'appréhender notre étude, nous présenterons dans une première partie le Conseil de l'Ordre (CO) et La Grande Consultation.

3.1. Le Conseil de l'Ordre

3.1.1. Historique

L'idée d'instaurer un Ordre des médecins était envisagée depuis la seconde moitié du XIX^{ème} siècle. Le Conseil Supérieur de la médecine est fondé en 1940 sous le régime de Vichy, puis dissout en 1943 par ordonnance du gouvernement provisoire de la République Française à Alger. Le Conseil de l'Ordre est créé sous de nouvelles bases en 1945 par le Général de Gaulle. La principale mission est de veiller au respect de l'éthique médicale (5).

En 1947, le premier code de déontologie est publié. Il comprend un ensemble de règles qui s'imposent à la profession médicale et fait maintenant partie intégrante du code de santé publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112 (6) (7).

3.1.2. Fonctions

Le CO est un organisme de droit privé chargé d'une mission du service public. L'article L 4121-2 du code de santé publique mentionne que « l'Ordre des médecins (...) veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine (...) et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L 4127-1. Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale. Il peut organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de leurs membres et de leurs ayants droit» (8).

L'Ordre des médecins dit travailler « au service des médecins, dans l'intérêt des patients ».

Les rôles de l'Ordre sont les suivants (9) :

- Rôle moral : Le CO rédige et adapte le code de déontologie, tout en veillant à son respect. Il est l'interlocuteur privilégié des usagers du système de santé.
- Rôle juridictionnel : En cas de non-respect du code de déontologie.
- Rôle réglementaire : Il veille à la compétence du corps médical.
- Rôle administratif : Il tient à jour le Tableau de l'Ordre.
- Rôle consultatif : Il fait l'interface entre les autorités et les médecins, propose des projets, décrets ou lois dans l'intérêt des patients et des professionnels de santé.

3.1.3. Structures et missions

Les missions du CO sont accomplies par l'intermédiaire des Conseils Départementaux, Régionaux et du Conseil National.

- Le Conseil Départemental : Il tient un rôle principalement exécutif et de proximité pour les médecins. Il gère leurs inscriptions, autorisations d'installation et de remplacements, délivre les caducées, contrôle les libellés des ordonnances et des plaques. Il participe à l'entraide et à la solidarité entre médecins et organise les conciliations en cas de plainte.
- Le Conseil Régional : Il tient un rôle disciplinaire, administratif, de régulation des soins et de formation des médecins. La structure disciplinaire est indépendante et présidée par un magistrat. Il est l'interlocuteur entre les médecins et les instances de gouvernance régionale comme les Agences Régionales de Santé (ARS).
- Le Conseil National : Il est composé des services administratifs, financiers, juridiques, et d'informations. Il fait respecter le code de déontologie médicale, reçoit les propositions réglementaires des services publics, gère l'entraide entre médecins à l'échelle nationale, s'assure de la sécurité professionnelle des médecins et représente la profession médicale.

3.1.4. Elections

Tous les médecins sont électeurs et éligibles au CO, dès leur première inscription au Tableau de l'Ordre et sous condition d'absence de condamnation ordinaire dans les 5 ans précédents.

Les membres du CDOM sont élus démocratiquement pour six ans et sont renouvelés de moitié tous les 3 ans.

Les Conseils Départementaux élisent les membres des Conseils Régionaux et du Conseil National. Chaque Conseil Départemental et Régional, élit son président, son bureau et les membres de ses commissions (10).

3.1.5. Inscription

L'inscription au CO est obligatoire pour la pratique de la médecine, d'après les articles L 4161-1 à 5 du code de santé publique. Elle est sollicitée auprès du conseil du département dans lequel le médecin exerce.

Les dérogations d'inscriptions concernent les médecins militaires et fonctionnaires de l'Etat, comme le stipule l'article L 4112-6 du code de la santé publique : « L'inscription à un tableau de l'ordre ne s'applique pas aux médecins (...) appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées. Elle ne s'applique pas non plus aux médecins (...) ayant la qualité de fonctionnaire de l'Etat ou d'agent titulaire d'une collectivité locale. » (11)

3.1.6. Financement

Le Conseil de l'Ordre est financé uniquement par les médecins inscrits à l'Ordre, via la cotisation obligatoire pour l'exercice de la profession médicale d'après l'article L 4122-2 du code de la santé publique (12). La cotisation est annuelle et doit être réglée au premier trimestre de chaque année. En 2017, elle s'élève à 333 € par médecin, avec une quote-part nationale, régionale et départementale.

Cette cotisation permet d'assurer le fonctionnement de l'ensemble de tous les CO et garanti sa totale indépendance.

3.2. La Grande Consultation

3.2.1. Préambule

Le système de santé fait face à de nombreux dysfonctionnements, inhérents à sa complexité et à l'évolution de la société. De plus, la pratique actuelle de la médecine diffère des décennies précédentes (13) (14) :

- Perte de l'autonomie professionnelle des médecins,
- Nouvelle organisation de travail en équipe ou en réseau,

- Nouvelle relation médecin-malade,
- Implication plus grande des financeurs et de la gouvernance,
- Evolution de la démographie médicale avec le vieillissement du corps médical et la féminisation de la profession...

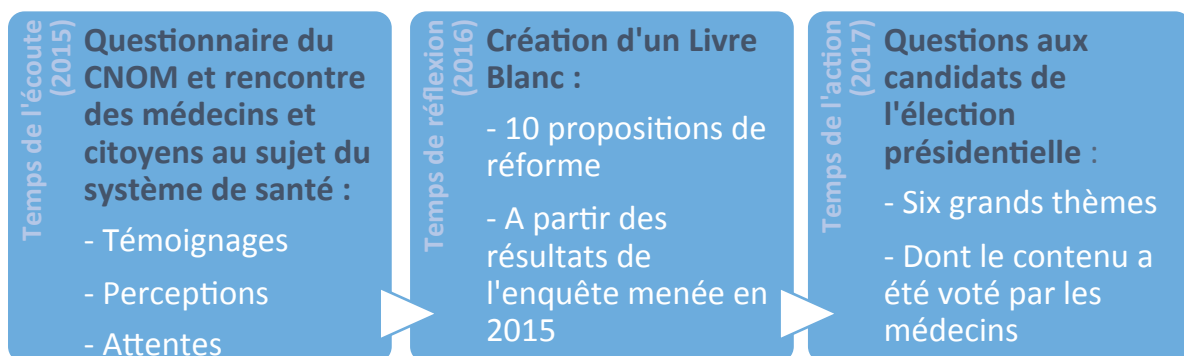
La représentation du médecin par le malade a également changé. Danièle Levy (14) écrit dans un article la Revue Française des affaires sociales en 2011 : « L'image du médecin (...) a été profondément modifiée au cours des cinquante dernières années. Du notable à forte rémunération qui inspirait la considération à ses malades, on est passé de nos jours au technicien devant se tenir au courant (...) des progrès scientifiques galopants. (...) Les mentalités et les relations sociales ayant changé, le médecin est confronté à des patients très informés, (...) exigeants, et il se sent soumis à des obligations administratives de plus en plus contraignantes ».

Dans ce nouveau contexte, il semblait pertinent d'évaluer le ressenti des praticiens face à leur exercice professionnel aujourd'hui et leurs attentes pour l'avenir de leur profession demain.

C'est pourquoi le CNOM s'est engagé dans une Grande Consultation depuis 2015 pour récréer un dialogue et construire un projet de réforme global, concerté et partagé du système de santé (2). L'intention finale étant de proposer une réforme de santé « ambitieuse et profonde, mais aussi réaliste et opérationnelle » (Dr Patrick Bouet, président du CNOM).

Cette Grande Consultation s'est déroulée en plusieurs étapes (Cf. Figure 1 ci-dessous). Elle a débuté par l'état des lieux du ressenti des médecins face à leur exercice professionnel. À partir des résultats, un Livre Blanc a été réalisé, il énumère 10 propositions de réforme sanitaire. Puis, des questions précises, votées par les médecins, ont été posées aux candidats à l'élection présidentielle.

Figure 1 : Chronologie de la Grande Consultation



L'intérêt de notre étude est de décliner ces 10 propositions de réforme à l'échelon d'un territoire de santé, ici la Seine-Maritime. Chaque département a son contexte biopsychosocial spécifique. Le médecin est un déterminant majeur des liens entre le système politique de soin et le terrain.

3.2.2. Les principaux résultats de La Grande Consultation

L'enquête menée par le CNOM en 2015 est issue de la réflexion de 13 table-rondes, 16 débats avec les médecins, une enquête auprès de 35 000 médecins participants et de 4000 usagers du système (15). Les résultats ont été rendus publics le 17 décembre 2015.

3.2.2.1. *Pilotage du système de santé*

Le pilotage et le financement des soins sont de véritables problèmes de santé publique, inévitablement dépendants l'un de l'autre. Dans un article publié en 2016 dans le *New England Journal of Medicine* (16), les soins français sont décrits comme de haute qualité mais nécessitant des dépenses publiques élevées. Ils n'aboutiraient pas sans le soutien financier des citoyens français, des professions influentes, de l'existence de l'Assurance maladie, ainsi que des complémentaires santé.

Une Note du conseil d'analyse économique publiée en 2013 par Askenazy et al (17), montre que l'organisation des dépenses hospitalières, ambulatoires et pharmaceutiques se fait selon un pilotage cloisonné, ce qui « nuit à l'efficacité d'ensemble du système de santé » et qu'assurer « le meilleur niveau de santé possible pour l'ensemble de la population nécessite de réformer le pilotage de l'offre de soins ».

Par ailleurs, l'augmentation du pouvoir administratif et la dérive bureaucratique des hôpitaux publics, liées aux évolutions de gestions et de coûts sanitaires, sont une des principales causes de la crise hospitalière, d'après un communiqué de 2007 (18).

Les répercussions sur la pratique de la médecine sont importantes. Le système de santé s'appuie sur son pilotage, permettant son financement, et son bon fonctionnement. Ainsi, nous retrouvons dans LGC (2) :

- 93 % des médecins sont insatisfaits du pilotage de la santé par les pouvoirs publics,
- 92 % souhaitent rééquilibrer les pouvoirs entre l'Assurance maladie, les pouvoirs publics et les médecins,
- 95 % souhaitent réformer ou adapter le système de santé français.

3.2.2.2. Répartitions et organisations des soins sur le territoire

L'offre de soins est très inégale sur le territoire Français et l'organisation des soins se révèle être trop centralisatrice et mal coordonnée.

Les données de LGC (2) à ce propos sont :

- Seuls 37 % des médecins jugent satisfaisante l'organisation des soins sur le territoire,
- 85 % jugent important de structurer le parcours ville-hôpital,
- 83 % sont favorables au partage de l'autorité des ARS avec les médecins dans la gestion territoriale des soins,
- 59 % souhaitent une organisation qui privilégie la proximité des soins,
- Mais 66 % sont défavorables à la contrainte à l'installation en fonction des besoins territoriaux.

3.2.2.3. Pratique professionnelle

De manière générale, les médecins sont plutôt satisfaits de l'exercice de leur profession. Dans LGC (2), ils sont 88 % à se dire heureux d'être médecin et 61 % à être satisfaits de leur situation professionnelle. Ces taux sont similaires dans la littérature, avec cependant l'existence de nombreux éléments d'insatisfaction.

Une étude menée en 2008, à l'échelle du territoire, dans le département de la Loire, retrouve une note de satisfaction globale de 6,4/10 des médecins généralistes. Mais ils déploraient l'excès de travail administratif, la perte de l'autonomie professionnelle et les grandes amplitudes horaires de travail (19).

En 2016, une thèse de médecine (20) montre que 92,5 % des médecins de premier recours du Nord-Pas-de-Calais se déclarent épanouis dans leur exercice professionnel. Mais le temps consacré aux tâches administratives et à la comptabilité étaient jugés inacceptables dans 75 % et 55 %. Par ailleurs, 70 % des médecins regrettaient un manque de temps de formation médicale et 15 % ne feraient pas d'études médicales.

Ces difficultés sont les mêmes pour les médecins salariés. Une étude publiée en 2010 et menée auprès de 3200 médecins salariés français, essentiellement hospitaliers, a montré qu'ils appréciaient leur rapport au travail et notamment le travail en collaboration, la diversité et les responsabilités de leur exercice, les techniques utilisables et la discipline exercée. En revanche, ils se plaignaient de la place majeure de la pénibilité administrative, des difficultés des conditions de travail, de l'agressivité des patients, du manque de considération des collègues et de la fatigue engendrée par les gardes entravant l'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle (21).

Les médecins sont 86 % dans LGC (2) à être pessimistes face à leur avenir. Les principaux points de frustration sont :

- Une surcharge de travail administratif ou règlementaire (97 %),
- Un manque de temps de soins (98 %),
- Une insatisfaction face à leur niveau de rémunération (60 %).

3.2.2.4. Coopérations et relations professionnelles

Le défaut de coopérations entre les professionnels et avec les organismes gestionnaires est en partie lié à une mauvaise clarification des rôles de chacun. Il s'agit d'un des éléments les plus critiqués par les professionnels de santé.

Les résultats de LGC (2) sont les suivants :

- 79 % des médecins souhaitent des coopérations fortes entre médecins ambulatoires et hospitaliers,
- 86 % estiment important de définir la place respective de l'Assurance maladie et des assurances complémentaires,
- Seuls 21 % jugent satisfaisante l'articulation des rôles entre médecins, sécurité sociale et organismes gestionnaires,
- Les relations professionnelles avec les pouvoirs publics (74 %) et avec l'Assurance maladie et l'ARS (55 %) sont jugées insatisfaisantes.

3.2.2.5. Formation médicale initiale et continue

Le mode de sélection des étudiants en médecine a toujours été un sujet polémique. La sélection se fait sur concours avec un contenu très scientifique et technique, ne prenant pas en compte les qualités relationnelles du futur médecin. Le numerus clausus est instauré en 1971 pour réguler le flux d'étudiants en médecine en fonction des capacités de formation des établissements universitaires. Il se révèle inadapté à la répartition géographique de l'installation des médecins et connaît aujourd'hui ses limites (22): 80 % de taux d'échec au concours d'entrée en médecine, système contourné par le recours aux médecins étrangers, etc.

Les principales améliorations proposées par les médecins dans LGC (2) sont :

- Mettre en adéquation la formation initiale avec la réalité des exercices professionnels (93 %),
- Organiser un mode de sélection différent (66 %),
- Adapter le numerus clausus en fonction des besoins et notamment des flux de médecins sortants (89 %).

3.2.3. Les 10 propositions du Conseil National de l'Ordre des Médecins : socle de la réforme proposée

Après analyse des résultats de LGC, le CNOM a énoncé 10 propositions édictées dans un Livre Blanc, pour améliorer le système de santé français. Elles sont axées selon trois grandes priorités citées ci-dessous (Cf. Encadré 1).

Encadré 1 : Les 10 propositions du Livre Blanc

1. Simplifier l'organisation territoriale des soins

- Proposition 1 : Mettre en place un échelon territorial unique pour améliorer la coordination des soins
- Proposition 2 : Instaurer la démocratie sanitaire à tous les niveaux territoriaux
- Proposition 3 : Créer un portail unique d'informations entre acteurs de santé et usagers au niveau de chaque bassin de proximité de santé

2. Alléger et décloisonner l'exercice professionnel

- Proposition 4 : Redonner du temps médical aux médecins
- Proposition 5 : Mettre en place un système social protecteur et un mode de rémunération valorisant pour tous
- Proposition 6 : Promouvoir et faciliter les coopérations inter et intra-professionnelles
- Proposition 7 : Simplifier les relations avec les organismes gestionnaires

3. Ouvrir et professionnaliser la formation des médecins

- Proposition 8 : Réformer le numerus clausus et la PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé) pour une meilleure adaptation aux besoins des territoires
- Proposition 9 : Régionaliser la formation initiale et renforcer la professionnalisation du deuxième cycle à l'internat
- Proposition 10 : Renforcer la formation continue par la recertification

3.2.4. Questions posées aux candidats de l'élection présidentielle 2017

Suite à ces résultats, l'Ordre des médecins a poursuivi son engagement pour proposer une réforme globale et partagée du système de santé en énumérant plusieurs questions à poser aux candidats de l'élection présidentielle de mai 2017.

Les médecins étaient appelés à voter pour les questions qu'ils souhaitent soumettre aux candidats. Ce sont 15 000 médecins qui ont participé à ce vote et six questions ont été posées (Cf. Encadré 2).

Encadré 2 : Les 6 questions posées aux candidats de l'élection présidentielle 2017

- 1) *Les médecins sont de plus en plus surchargés par des obligations administratives au détriment du temps consacré à soigner les patients. Quelles mesures concrètes proposez-vous pour redonner du temps médical aux médecins ?*
- 2) *Comment remédier à la saturation permanente actuelle des services d'urgence ?*
- 3) *Quelles propositions formulez-vous pour rendre le métier de médecin attractif et valoriser la profession ?*
- 4) *Que comptez-vous faire pour promouvoir la médecine libérale et la rendre attractive pour l'exercice dans les territoires ?*
- 5) *Le tiers-payant généralisé obligatoire a été très largement rejeté par les médecins. Le maintiendrez-vous ? Pourquoi ?*
- 6) *Alors que l'exercice de la médecine se transforme et continuera de se transformer, comment mieux accompagner les médecins et garantir leurs compétences tout au long de leur vie ?*

Les réponses des candidats ont été rendues publiques le 17 mars 2017.

Le 7 mai 2017, Monsieur Emmanuel Macron est élu Président de la République et ses principaux éléments de réponses étaient les suivants (23) :

- Concernant l'avenir de la profession médicale :
 - Renforcer la prévention.
 - Lutter contre les inégalités territoriales et sociales.
 - Réformer le système de soins dans sa globalité.

- Les mesures concrètes pour redonner du temps médical aux médecins :
 - Rémunérer certaines tâches administratives,
 - Dégager du temps pour les tâches administratives,
 - Réorganiser le parcours de soins.

- Rendre le métier attractif :
 - Revaloriser les actes médicaux en prenant en compte les actes de prévention et la réalité du quotidien,
 - Sortir de la tarification à l'activité,
 - Accroître la pluridisciplinarité, les équipements, la capacité à travailler entre le public et le privé.

- Concernant les déserts médicaux :
 - Multiplier les maisons de santé.

- Concernant la saturation des services d'urgences :
 - Proposer une meilleure offre de soins,
 - Changer l'organisation de l'hôpital.

- Promouvoir l'exercice de la médecine libérale :
 - Par la juste valorisation des actes,
 - Par un cadre de vie professionnel adapté aux attentes d'aujourd'hui.

- Concernant le tiers payant généralisé :
 - Débuter par une phase d'évaluation du projet.
 - Tiers payant généralisable initialement sur la base du volontariat du médecin.

4. Matériels et méthodes

4.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative observationnelle descriptive.

Elle a été initiée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime, pour identifier les problématiques des médecins sur le territoire.

4.2. Population étudiée

Le critère d'inclusion était d'être Docteur en médecine inscrit au CDOM de Seine-Maritime en 2017.

Les médecins non inscrits à l'Ordre des médecins n'étaient pas inclus.

4.3. Recueil des données

Le questionnaire a été réalisé par certains membres du CDOM de Seine-Maritime. Il était composé comme suit (*Cf. Annexe 1*) :

- Page 1 : La présentation de l'étude.
- Page 2 : Les dix propositions du Livre Blanc.
- Page 3 : Les réflexions du médecin participant :
 - ❖ Les trois propositions qu'il juge les plus pertinentes,
 - ❖ Ses commentaires,
 - ❖ La proposition par laquelle il se sent peu ou pas concerné.
- Page 4 : Les renseignements démographiques du médecin participant :
 - ❖ Âge,
 - ❖ Sexe,
 - ❖ Mode d'exercice : libéral/salarié/mixte,
 - ❖ Territoire d'exercice : urbain/rural,
 - ❖ Spécialité exercée.

Ce questionnaire a été adressé par courrier à 4119 médecins actifs inscrits au CDOM de Seine-Maritime. Les participants pouvaient retourner le questionnaire par enveloppe T jointe ou y répondre par le site Internet du CDOM 76.

Le recueil des données s'est effectué entre le 10 janvier et le 15 février 2017.

Des réunions ont été organisées et animées par des conseillers ordinaires du CDOM pour rencontrer des confrères et échanger au sujet des propositions de réforme. Elles ont eu lieu le 12 janvier à Rouen et à Val de Saône et le 19 janvier à Neufchâtel et à Dieppe.

4.4. Objectifs de l'étude

4.4.1. Objectif principal

L'objectif principal était de définir les trois propositions parmi les dix du Livre Blanc jugées les plus pertinentes par les médecins de Seine-Maritime pour une réforme de santé.

4.4.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient de donner et d'analyser :

1. Les premier, deuxième et troisième choix de réponse des médecins :

Cette analyse statistique se justifiait car la consigne pour remplir le questionnaire était de classer les réponses par ordre de pertinence de 1 à 3, en précisant celle qui semblait la plus importante au médecin participant (*Cf. Annexe 1*).

Cela permettait d'apporter une hiérarchie de pertinence au sein des 3 propositions choisies et d'isoler celle qui serait la plus urgente à mettre en œuvre.

2. Les réponses des médecins en fonction de leurs modes d'exercice :

- ❖ Spécialité,
- ❖ Activité salariée ou libérale,
- ❖ Territoire urbain ou rural.

Cette analyse statistique permettait d'affiner les demandes des médecins selon leurs caractéristiques, pour cibler et relever les différences de besoins et d'attentes inhérentes à leurs fonctions.

3. La proposition par laquelle les médecins se sentaient peu ou pas concernés :

Cette analyse statistique permettait de cibler de manière précise les besoins des médecins en isolant la proposition qui ne leur correspondait pas, et qui ne serait donc pas attendue dans l'immédiat dans une réforme sanitaire.

4.5. Analyse statistique

Les intervalles de confiance des pourcentages de chaque item ont été estimés par un bootstrap non paramétrique avec la méthode des percentiles. L'unité statistique était le médecin répondant.

Pour calculer les statistiques de notre objectif principal et les pourcentages de réponses en fonction des spécialités, du mode et du territoire d'exercice, seuls les questionnaires complets étaient inclus, pour limiter les biais liés aux questionnaires ne contenant pas 3 choix de réponses.

Pour le calcul des pourcentages des premier, deuxième et troisième choix de réponse, nous avons inclus tous les participants, y compris ceux qui n'avaient pas donné 3 choix de réponses. En effet, pour ce type d'analyse, nous avons considéré que l'absence de réponse était un choix de réponse.

Le logiciel utilisé était R 3.3.1.

4.6. Synthèse des commentaires

Les commentaires libres des médecins à chaque proposition étaient réécrits dans leur exactitude, à l'aide du logiciel Word®. Ils étaient ensuite classés par propositions puis catégorisés selon leur idée principale.

Afin de préserver l'anonymat des médecins, nous avons décidé de ne mentionner aucun renseignement sur le médecin répondant pour la partie résultat. Les commentaires sont mentionnés selon le numéro du questionnaire en *Annexe 2*, en intégrité.

5. Résultats

5.1. Taux de réponse

Nous avons reçu 362 réponses sur 4119 questionnaires envoyés.

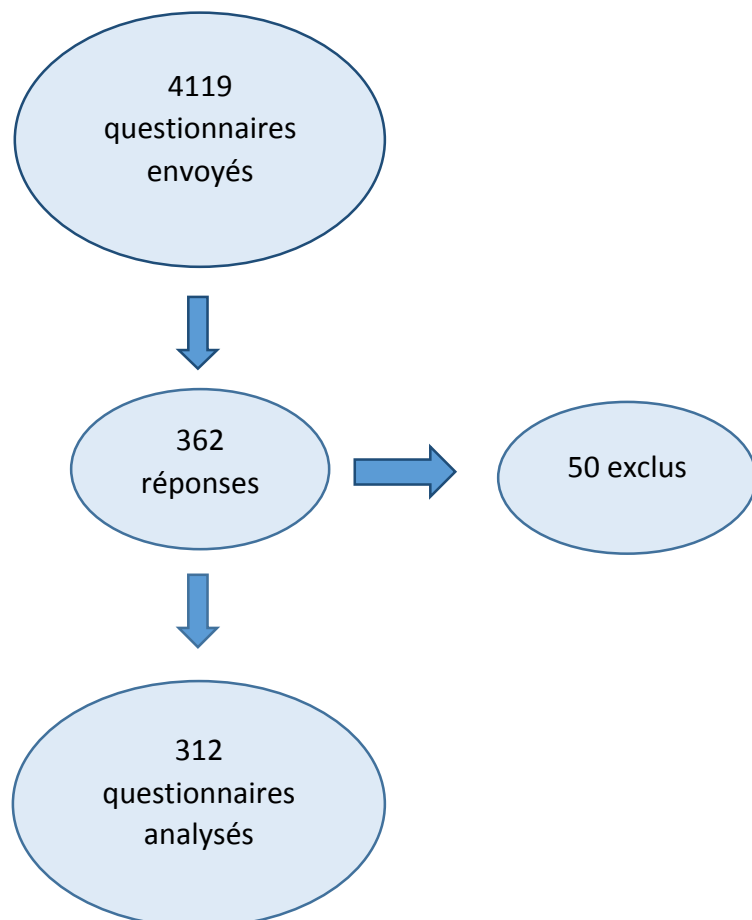
Le taux de réponse était de 8,8 %.

Le taux d'inclusion était de 86,2 % avec 312 questionnaires complets.

50 questionnaires n'étaient pas interprétables :

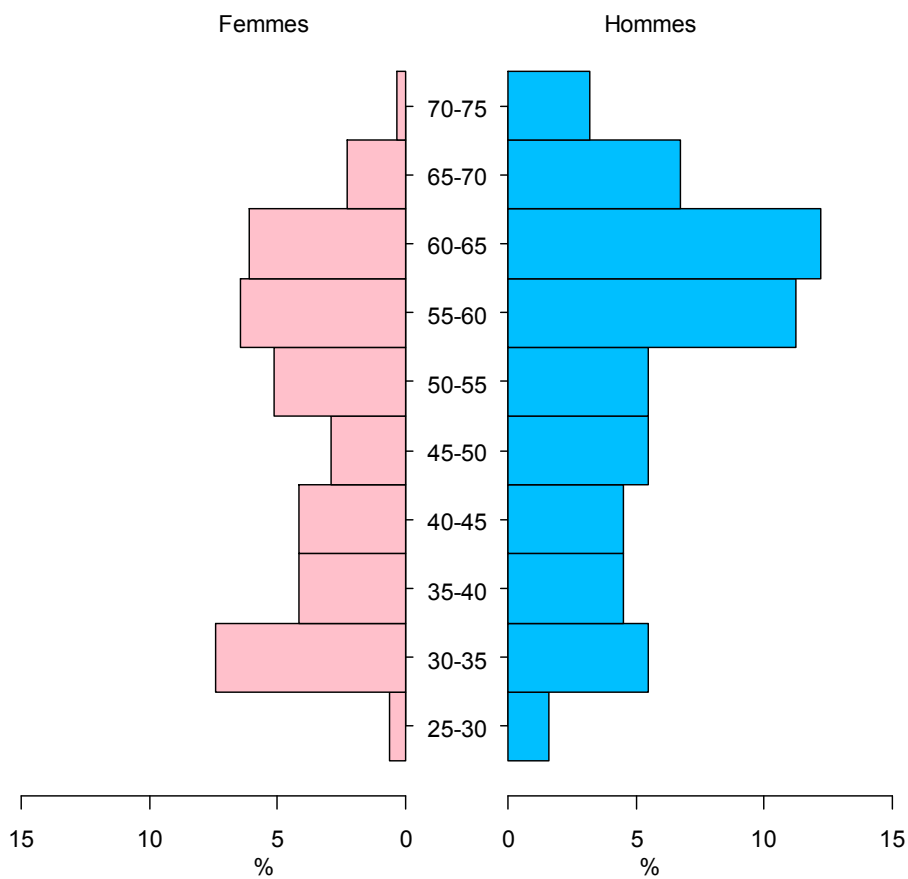
- Trente-deux questionnaires incomplets,
- Neuf questionnaires contenant plus de trois propositions choisies,
- Neuf questionnaires critiquant l'Ordre.

Figure 2 : Flow Chart de l'étude



5.2. Description de la population

Figure 3 : Pyramide des âges des médecins de l'étude



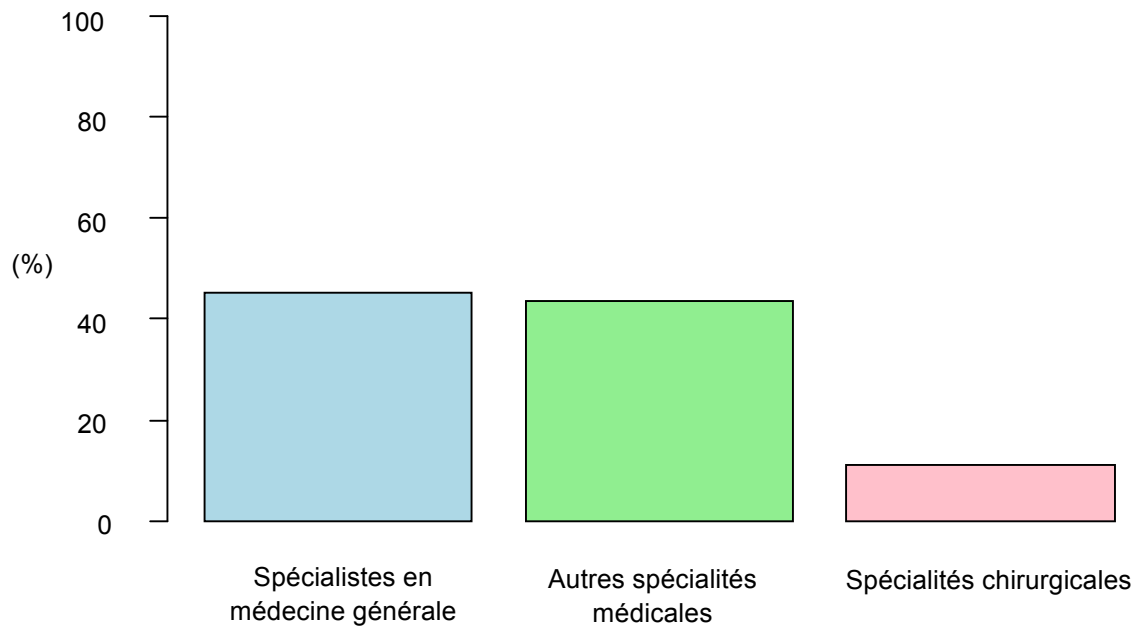
L'âge minimum était de 27 ans.

L'âge maximum était de 75 ans.

L'âge moyen était de 51,2 ans avec un écart-type à 12,4 ans.

Il y avait 39,4 % de femmes.

Figure 4 : Spécialités des médecins de l'étude

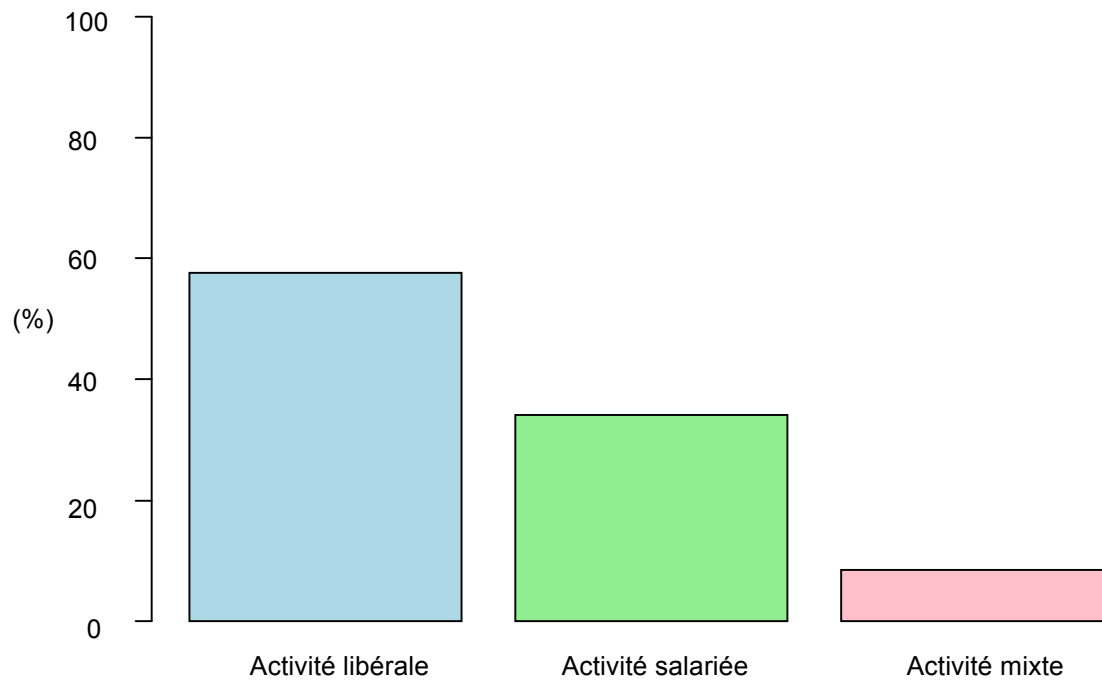


La population de l'étude était composée de :

- 45,3 % de spécialistes en médecine générale,
- 43,6 % de médecins spécialistes médicaux hors médecine générale,
- 11,1 % de médecins spécialistes en chirurgie.

La donnée était manquante dans 16 questionnaires, soit 5,1 % des réponses.

Figure 5 : Modes d'exercice des médecins de l'étude

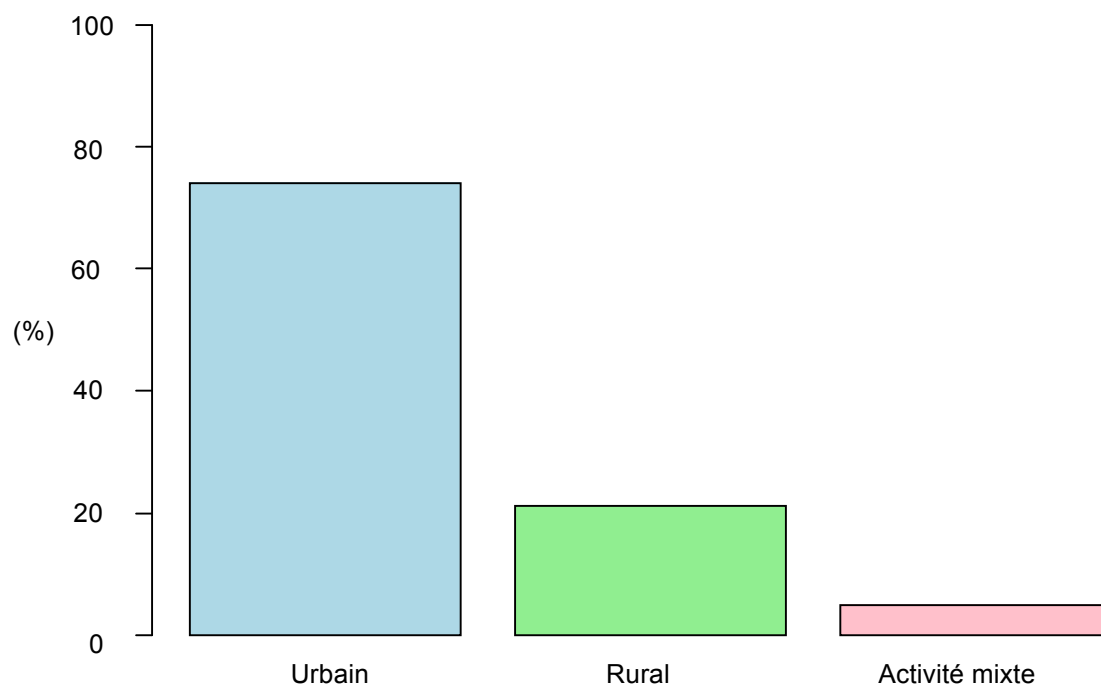


Les modes d'exercice des médecins de l'étude étaient les suivants :

- 57,5 % des médecins avaient une activité libérale,
- 34,1 % avaient une activité salariée,
- 8,4 % avaient une activité mixte.

La donnée était manquante pour 1 questionnaire sur 312, soit 0,3 % des réponses.

Figure 6 : Territoires d'exercice des médecins de l'étude



Les territoires d'exercice des médecins de l'étude :

- 74 % des médecins exerçaient en milieu urbain,
- 21,1 % exerçaient en milieu rural,
- 4,9 % exerçaient à la fois en milieu urbain et rural.

La donnée était manquante pour 4 médecins sur 312, soit 1,3 % des réponses.

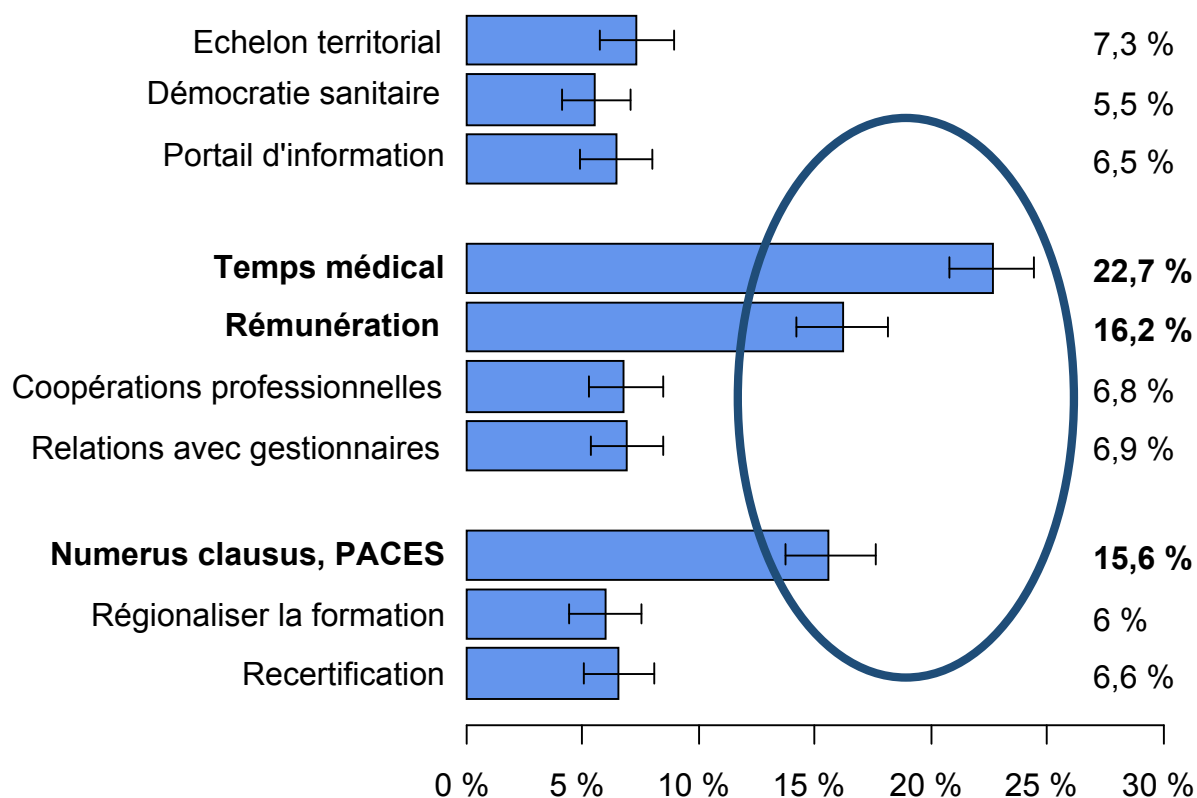
5.3. Objectif principal

L'objectif principal était de donner les trois propositions jugées les plus pertinentes parmi les 10 du Livre Blanc par les médecins de Seine-Maritime.

Sur les 312 questionnaires inclus, 284 contenaient bien trois propositions choisies, soit 91 % de questionnaires complets.

Nous avons calculé les pourcentages parmi ces 284 questionnaires pour limiter les biais liés aux questionnaires incomplets, comme expliqué dans la partie Matériel et Méthodes. Nous avons donc 284 fois 3 réponses soit 852 réponses.

Figure 7 : Pourcentages des réponses pour chaque item



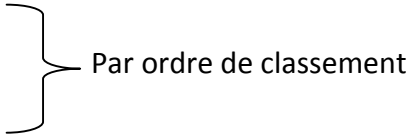
- La proposition 4 « Redonner du temps médical aux médecins » était choisie dans **22,7 %** des cas.
- La proposition 5 « Mettre en place un système social protecteur et un mode de rémunération valorisant pour tous » était choisie dans **16,2 %** des cas.
- La proposition 8 « Réformer le numerus clausus et la PACES pour une meilleure adaptation aux besoins des territoires » était choisie dans **15,6 %** des cas.

Nous avons défini pour chaque item un intervalle de confiance à 95% qui représentait l'intervalle ayant 95 chances sur 100 de contenir la vraie fréquence du choix de la proposition dans la population des 4119 médecins actifs de Seine-Maritime. Cet intervalle de confiance a été estimé par la méthode du bootstrap. Il est représenté par les moustaches sur la *Figure 7*.

Nous avons remarqué que les pourcentages des 7 autres propositions étaient similaires, situés entre 5,5 % pour la proposition 2 « Instaurer la démocratie sanitaire à tous les niveaux territoriaux » et 7,3 % pour la proposition 1 « Mettre en place un échelon territorial unique pour améliorer la coordination des soins ». Cela montre bien que les 3 premières propositions se détachent nettement des autres.

5.4. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient de donner :

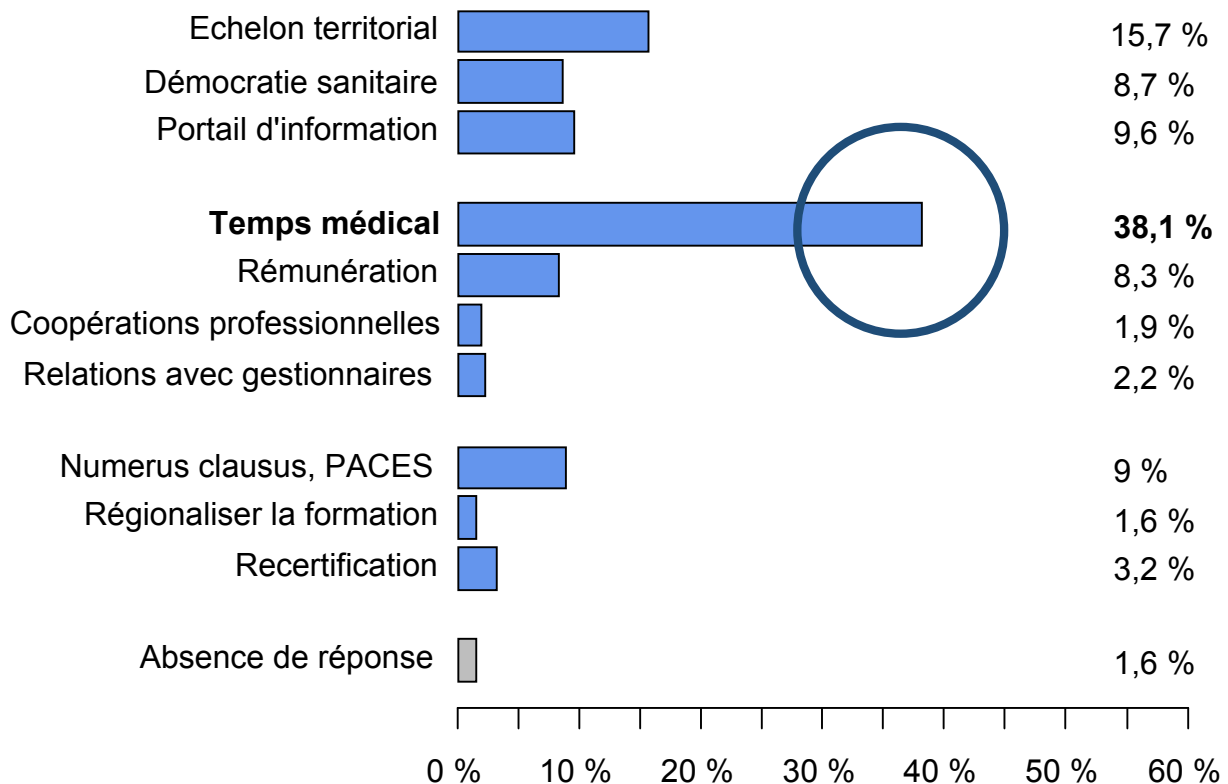
- Les pourcentages :
 - ❖ Du premier choix de réponse,
 - ❖ Du deuxième choix de réponse,
 - ❖ Du troisième choix de réponse.
- Les choix des médecins selon :
 - ❖ Leur spécialité,
 - ❖ Leur mode d'exercice,
 - ❖ Leur territoire d'exercice.
- Le pourcentage de la proposition par laquelle les médecins se sentaient peu ou pas concernés.

5.4.1. Analyse statistique du classement des propositions par ordre de pertinence

La consigne pour remplir le questionnaire était de classer les 3 propositions jugées les plus pertinentes par le médecin répondant. Il était demandé de préciser celle qu'il mettait précisément en première position, et donc jugée la plus importante des 3.

Nous avons analysé le premier, deuxième et troisième choix de réponse des 312 médecins. Pour ce type d'analyse, nous avons établi que l'absence de réponse était un choix de réponse.

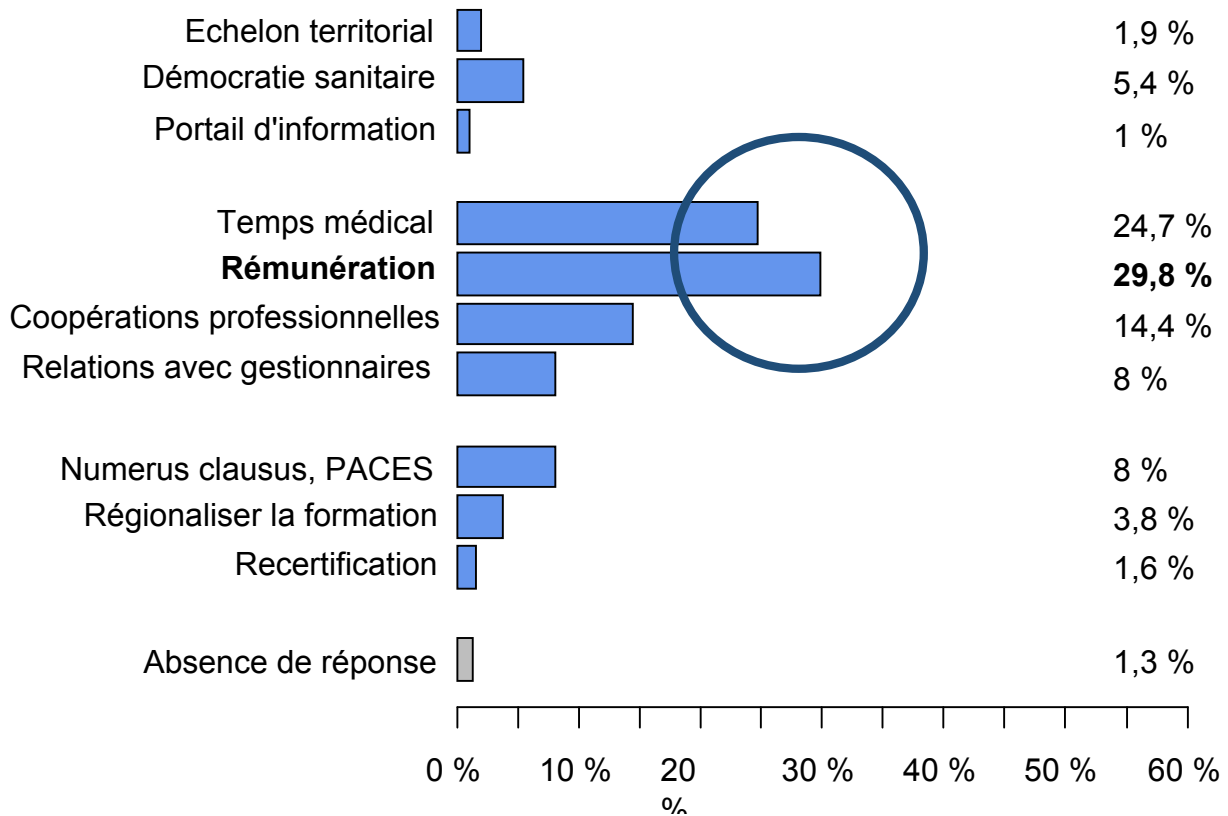
Figure 8 : Pourcentages du premier choix de réponse



Le premier choix de réponse était la proposition numéro 4 « Redonner du temps médical aux médecins » pour **38,1 %** des 312 médecins inclus.

La donnée était manquante pour 5 médecins, qui n'avaient pas coché de premier choix, soit 1,6 % des questionnaires inclus.

Figure 9 : Pourcentages du second choix de réponse

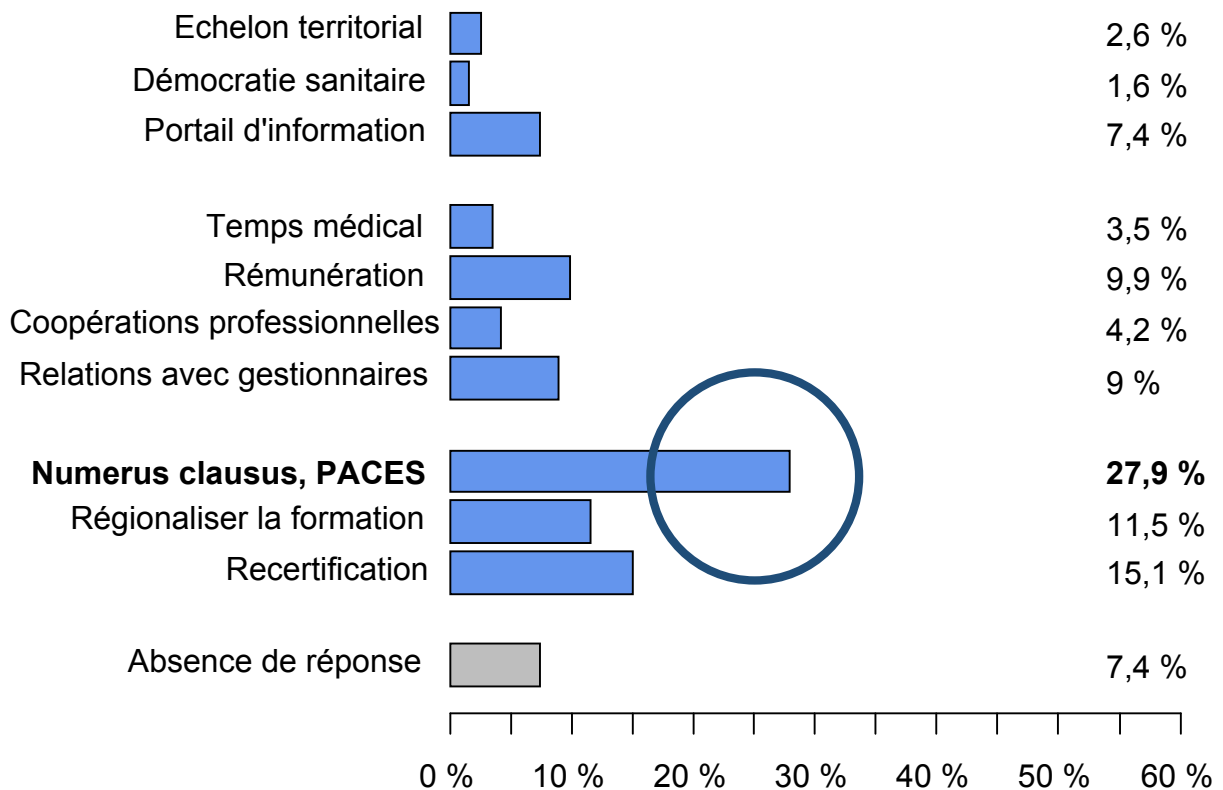


Le deuxième choix de réponse était la proposition numéro 5 « Mettre en place un système social protecteur et un mode de rémunération pour tous » avec un taux de **29,8 %** parmi les 312 médecins.

Elle était suivie de près par la proposition 4 « Redonner du temps médical aux médecins » avec un taux de **24,7 %**, ce qui montre l'importance que les médecins portent à cette proposition.

La donnée était manquante pour 4 médecins, qui n'avaient pas coché de deuxième choix, soit 1,3 % des questionnaires inclus.

Figure 10 : Pourcentages du troisième choix de réponse



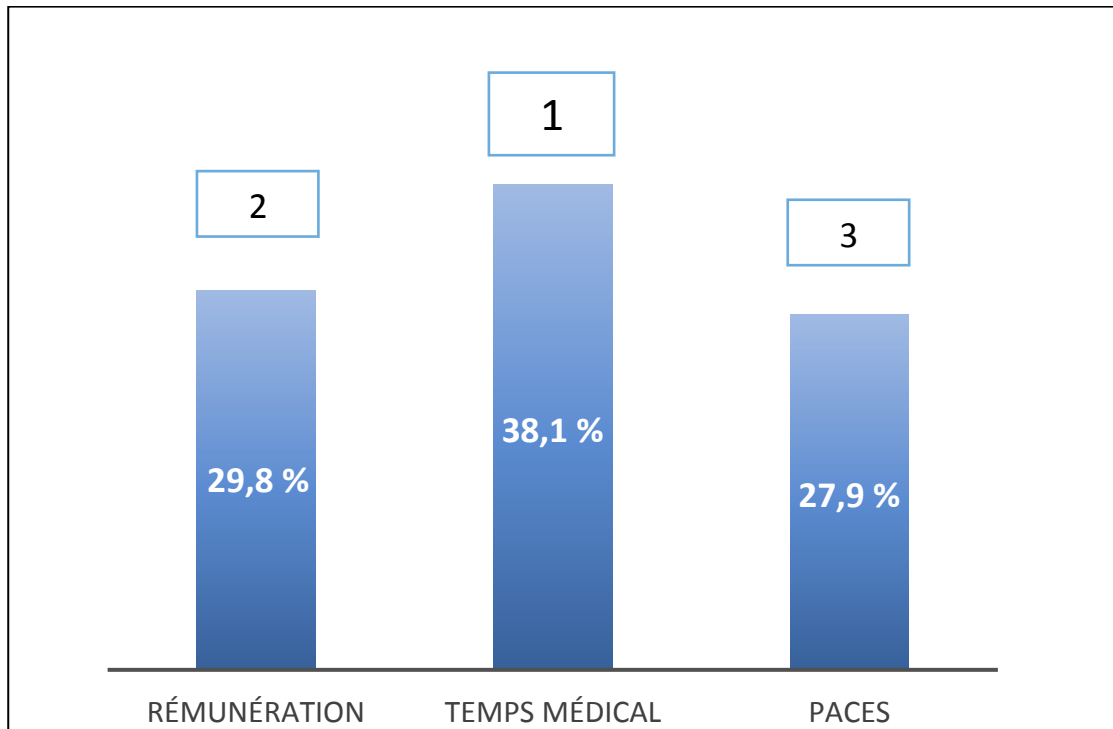
Nous avons calculé que **27,9 %** des 312 médecins avaient choisi la proposition 8 « Réformer le numerus clausus et la PACES pour une meilleure adaptation aux besoins des territoires », en troisième choix.

La donnée était manquante dans 23 questionnaires soit 7,4 % des questionnaires inclus.

La combinaison de réponses la plus fréquente était les propositions numéros 4, 5 et 8 soit n=31 représentant 9,9 % des 312 réponses.

Les médecins étaient 58,8 % à avoir choisi 3 propositions en respectant l'ordre de la présentation, c'est-à-dire allant de la proposition 1 à la proposition 10, par ordre de lecture.

Figure 11 : Hiérarchie au sein des 3 choix de réponses



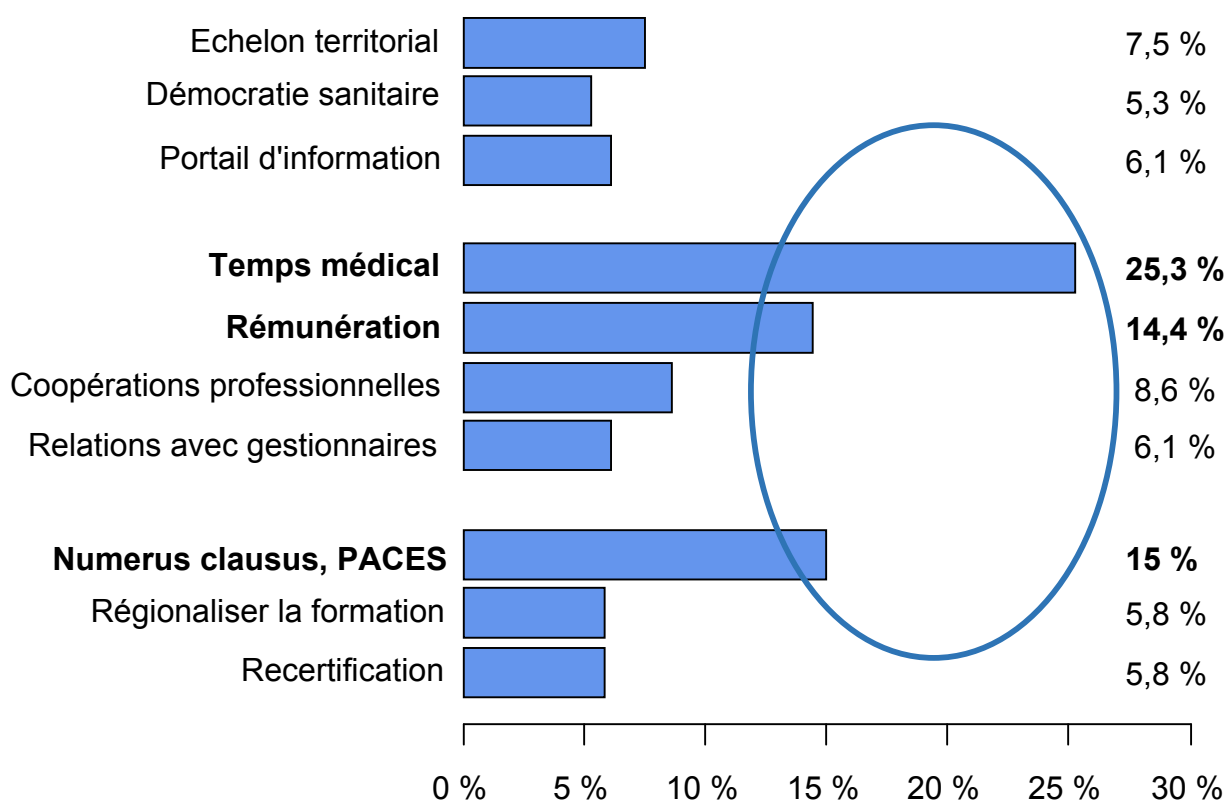
Pour résumer, parmi les 3 propositions retenues par l'ensemble des médecins, et classées par ordre de pertinence :

- La nécessité de retrouver du temps médical se situait largement en première position avec **38,1 %** de choix,
- Suivie de la question de la rémunération, choisie en deuxième position dans **29,8 %** des cas,
- Et enfin de la nécessité de réformer la PACES était choisie dans **27,9 %** des cas en troisième position.

5.4.2. Analyse statistique des résultats selon la spécialité exercée

Nous avons effectué une analyse en sous-groupes pour rechercher si les réponses des médecins différaient selon la spécialité exercée.

Figure 12 : Réponses des spécialistes en médecine générale

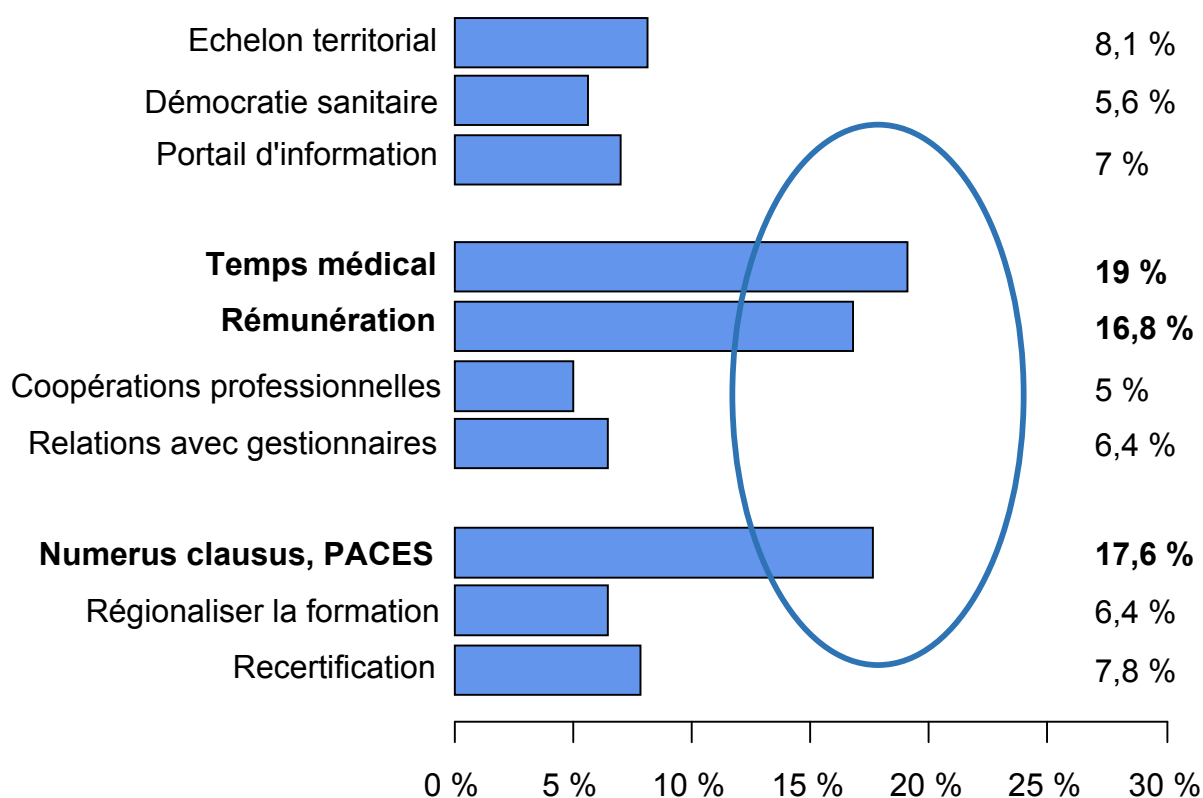


Il y avait 134 médecins généralistes dans l'étude. Nous avons analysé les 3 réponses des 120 médecins ayant renvoyé un questionnaire complet. Nous obtenons 120 fois 3 propositions, soit 360 réponses au total :

- **25,3 %** des réponses étaient la proposition 4 « Redonner du temps médical aux médecins »,
- **15 %** des réponses étaient la proposition 8 « Réformer le numerus clausus et la PACES pour une meilleure adaptation des besoins sur le territoire »,
- **14,4 %** des réponses étaient la proposition 5 « Mettre en place un système social protecteur et une rémunération valorisante pour tous ».

Les pourcentages des autres réponses étaient similaires allant de 5,3 % pour la proposition 2 « Instaurer la démocratie sanitaire à tous les niveaux territoriaux » à 8,6 % pour la proposition 6 « Promouvoir et faciliter les coopérations inter et intra-professionnelles ».

Figure 13 : Réponses des autres spécialistes médicaux

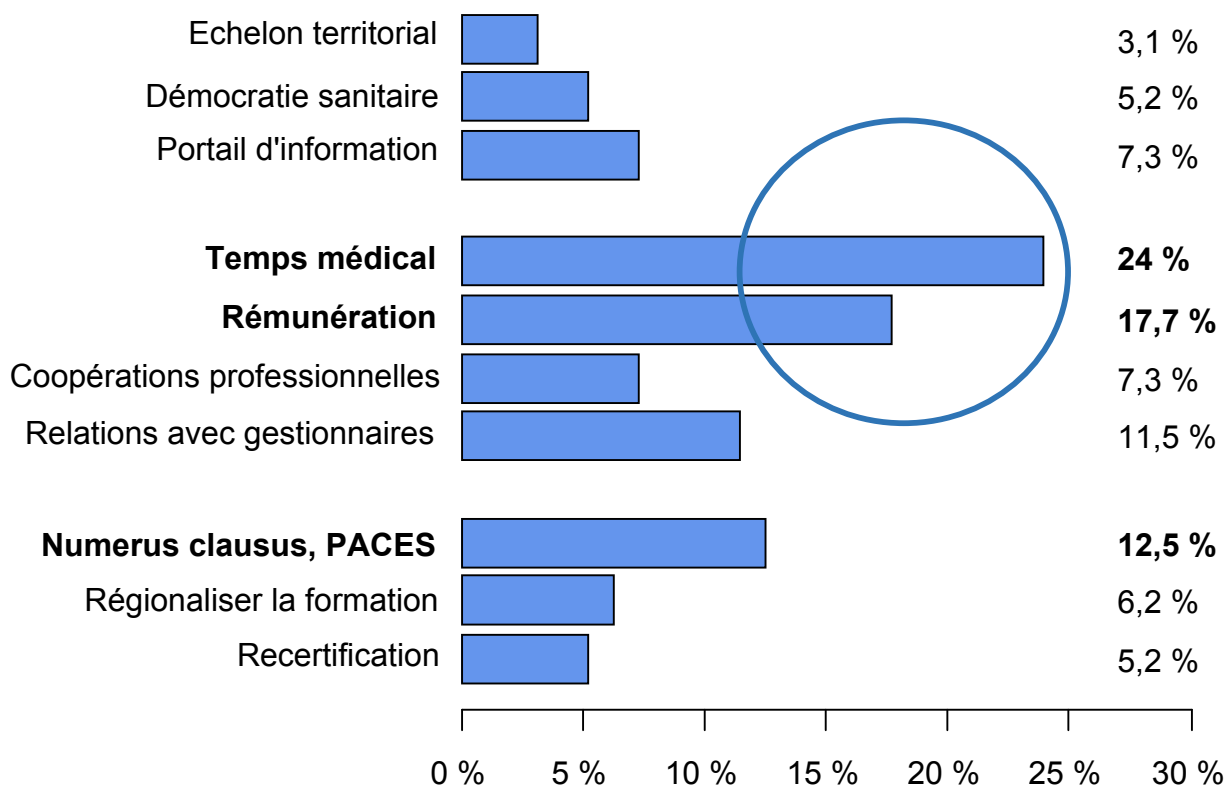


Il y avait 129 médecins spécialistes médicaux (hors médecins généralistes) dans l'étude. Nous avons analysé les 3 réponses des 119 médecins ayant renvoyé un questionnaire complet. Nous obtenions 119 fois 3 propositions soit 357 réponses au total :

- **19 %** des réponses étaient la proposition 4 « Redonner du temps médical aux médecins »,
- **17,6 %** des réponses étaient la proposition 8 « Réformer le numerus clausus et la PACES pour une meilleure adaptation des besoins sur le territoire »,
- **16,8 %** des réponses étaient la proposition 5 « Mettre en place un système social protecteur et une rémunération valorisante pour tous ».

Les pourcentages des autres réponses étaient là aussi similaires, allant de 5,6 % pour la proposition 2 « Instaurer la démocratie sanitaire à tous les niveaux territoriaux » à 7,8 % pour la proposition 10 « Renforcer la formation continue par la recertification ».

Figure 14 : Réponses des spécialistes chirurgicaux



Il y avait 33 médecins spécialistes en chirurgie dans l'étude. Nous avons analysé les 3 réponses des 32 chirurgiens ayant renvoyé un questionnaire complet. Nous obtenons 32 fois 3 propositions soit 96 réponses au total :

- **24 %** des réponses étaient la proposition 4 « Redonner du temps médical aux médecins »,
- **17,7 %** des réponses étaient la proposition 5 « Mettre en place un système social protecteur et une rémunération valorisante pour tous »,
- **12,5 %** des réponses étaient la proposition 8 « Réformer le numerus clausus et la PACES pour une meilleure adaptation des besoins sur le territoire ».

Les pourcentages des autres réponses étaient plus disparates que pour les spécialités médicales allant de 3,1 % pour la proposition 1 « Mettre en place un échelon territorial unique pour améliorer la coordination des soins » à 11,5 % pour la proposition 7 « Simplifier les relations avec les organismes gestionnaires ».

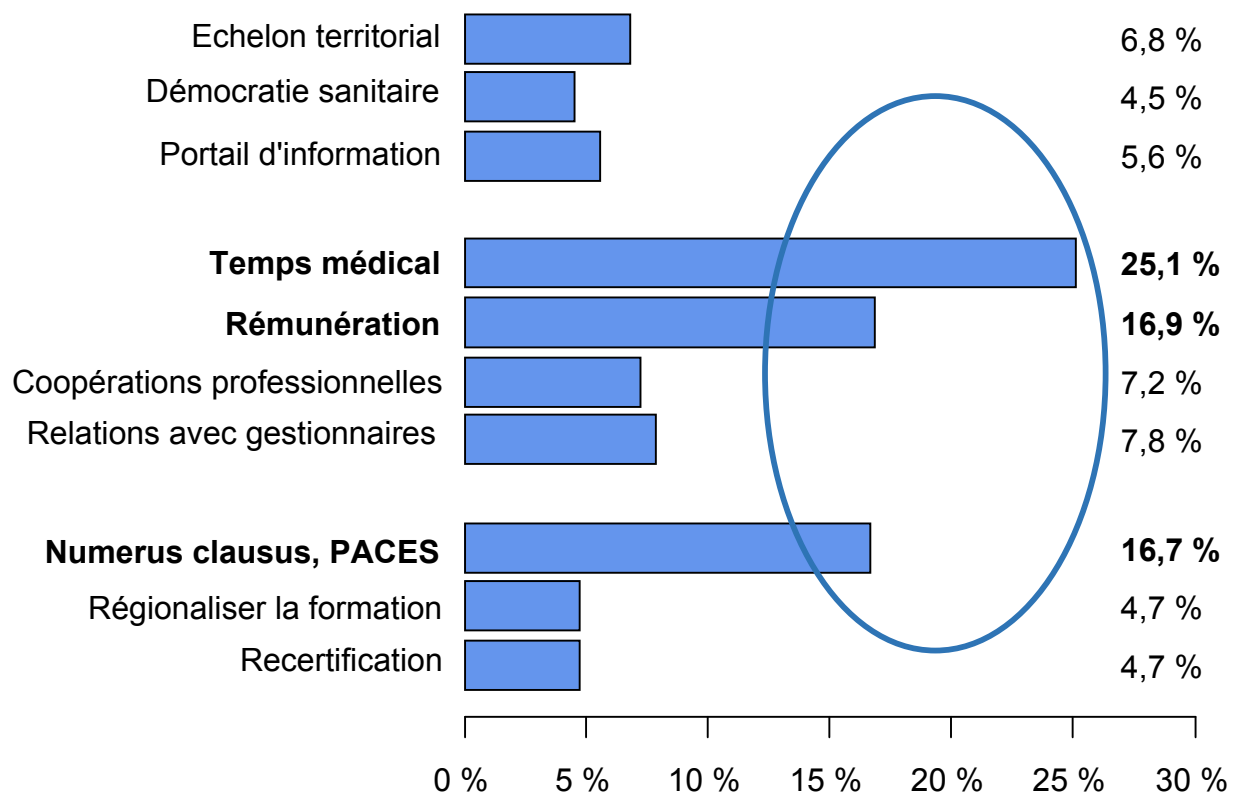
Cela était probablement dû au fait que nous avons un petit effectif inclus (n=33), avec en conséquence des résultats moins « lissés ».

Au total, les 3 propositions choisies étaient identiques quelle que soit la spécialité exercée. De plus, la proposition numéro 4 « Redonner du temps médical » était toujours retrouvée en première position.

5.4.3. Analyse statistique des résultats selon le mode d'exercice

Nous avons effectué une analyse en sous-groupes pour rechercher si les réponses des médecins différaient selon les modes d'exercice libéral ou salarié des médecins.

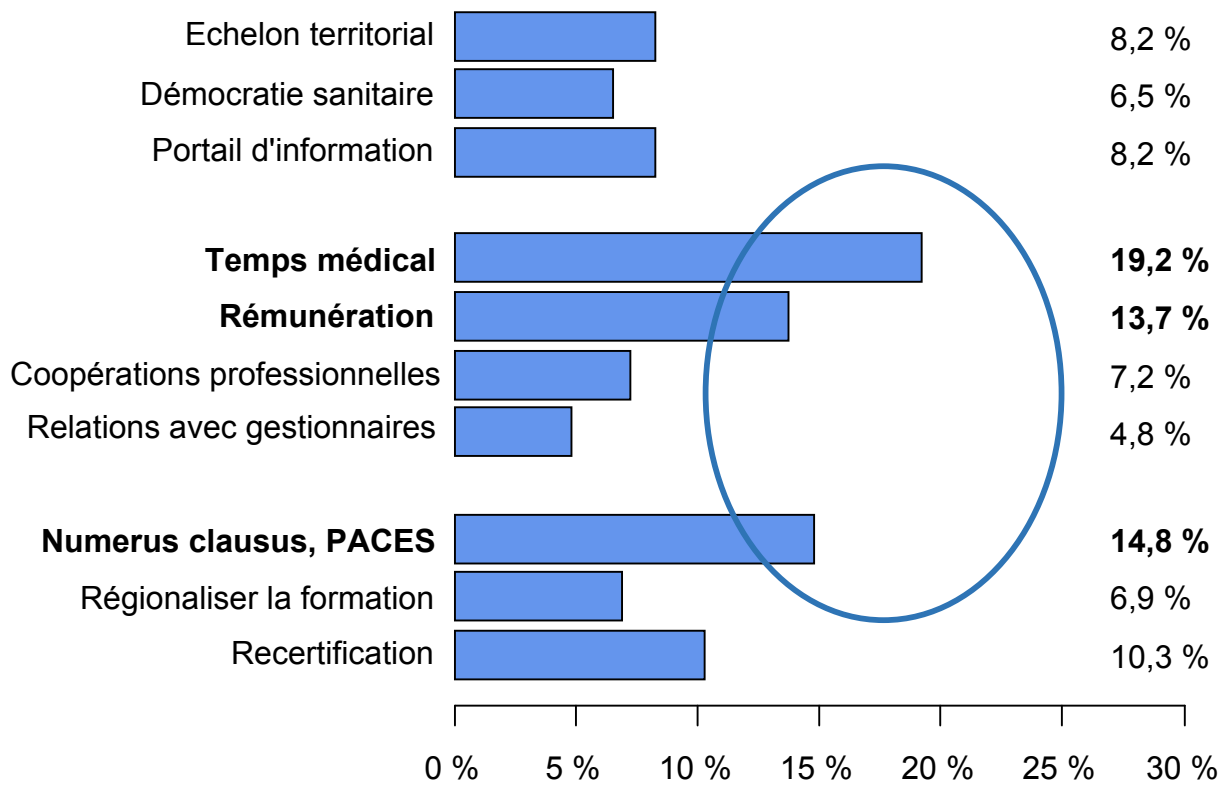
Figure 15 : Réponses des médecins libéraux



La proportion de médecins libéraux était de 57,5 %. Nous avons effectué les statistiques parmi les 162 médecins libéraux ayant renvoyé un questionnaire complet. Nous obtenions 162 fois 3 propositions, soit 486 réponses au total :

- **25,1 %** des réponses étaient la proposition 4 « Redonner du temps médical aux médecins ».
- **16,9 %** des réponses étaient la proposition 5 « Mettre en place un système social protecteur et une rémunération valorisante pour tous ».
- **16,7 %** des réponses étaient la proposition 8 « Réformer le numerus clausus et la PACES pour une meilleure adaptation des besoins sur le territoire ».

Figure 16 : Réponses des médecins salariés



La proportion de médecins salariés était de 34,1 %. Nous avons effectué les statistiques parmi les 97 médecins salariés ayant renvoyé un questionnaire complet. Nous obtenions 97 fois 3 propositions, soit 291 réponses au total :

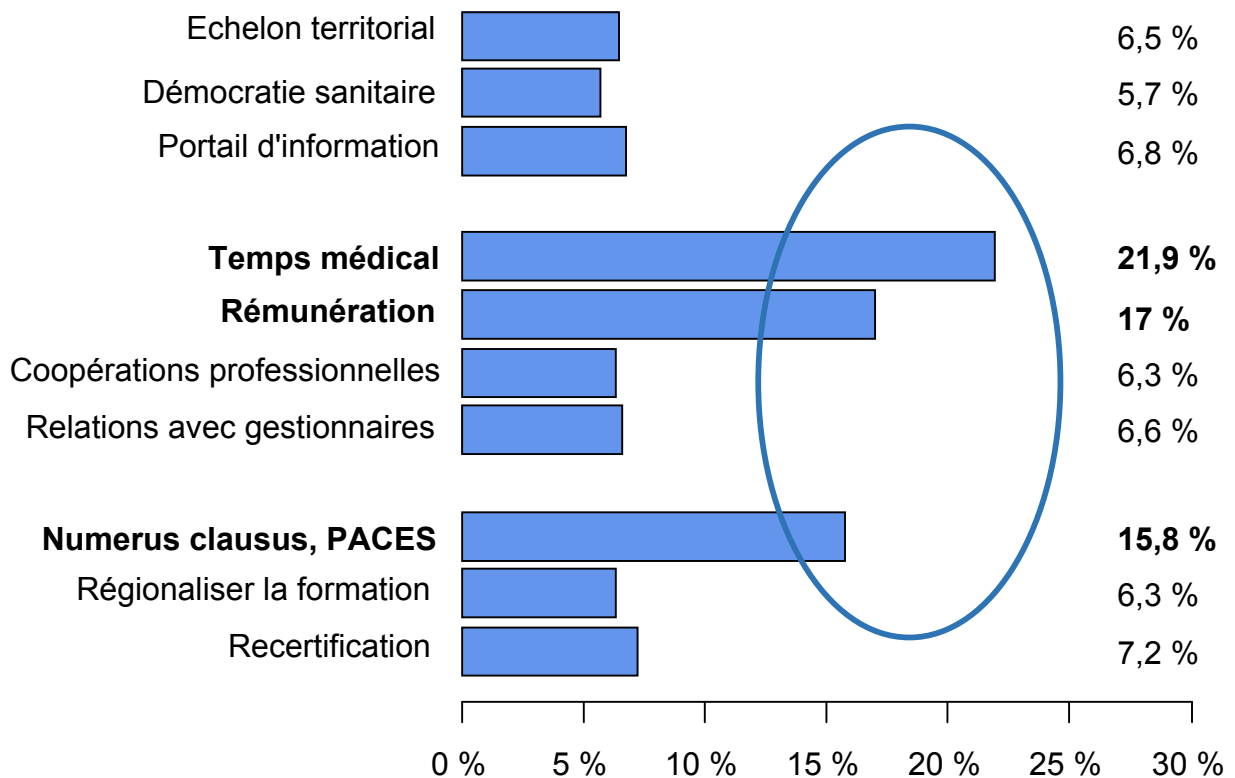
- **19,2 %** des réponses étaient la proposition 4 « Redonner du temps médical aux médecins ».
- **14,8 %** des réponses étaient la proposition 8 « Réformer le numerus clausus et la PACES pour une meilleure adaptation des besoins sur le territoire ».
- **13,7 %** des réponses étaient la proposition 5 « Mettre en place un système social protecteur et une rémunération valorisante pour tous ».

Au total, les 3 propositions choisies étaient identiques quel que soit le mode d'exercice. De plus, la proposition numéro 4 « Redonner du temps médical » était toujours retrouvée en première position.

5.4.4. Analyse statistique des résultats selon le territoire d'exercice

Cette analyse statistique en sous-groupes permettait de rechercher s'il y avait des réponses différentes selon le territoire d'exercice urbain ou rural des médecins.

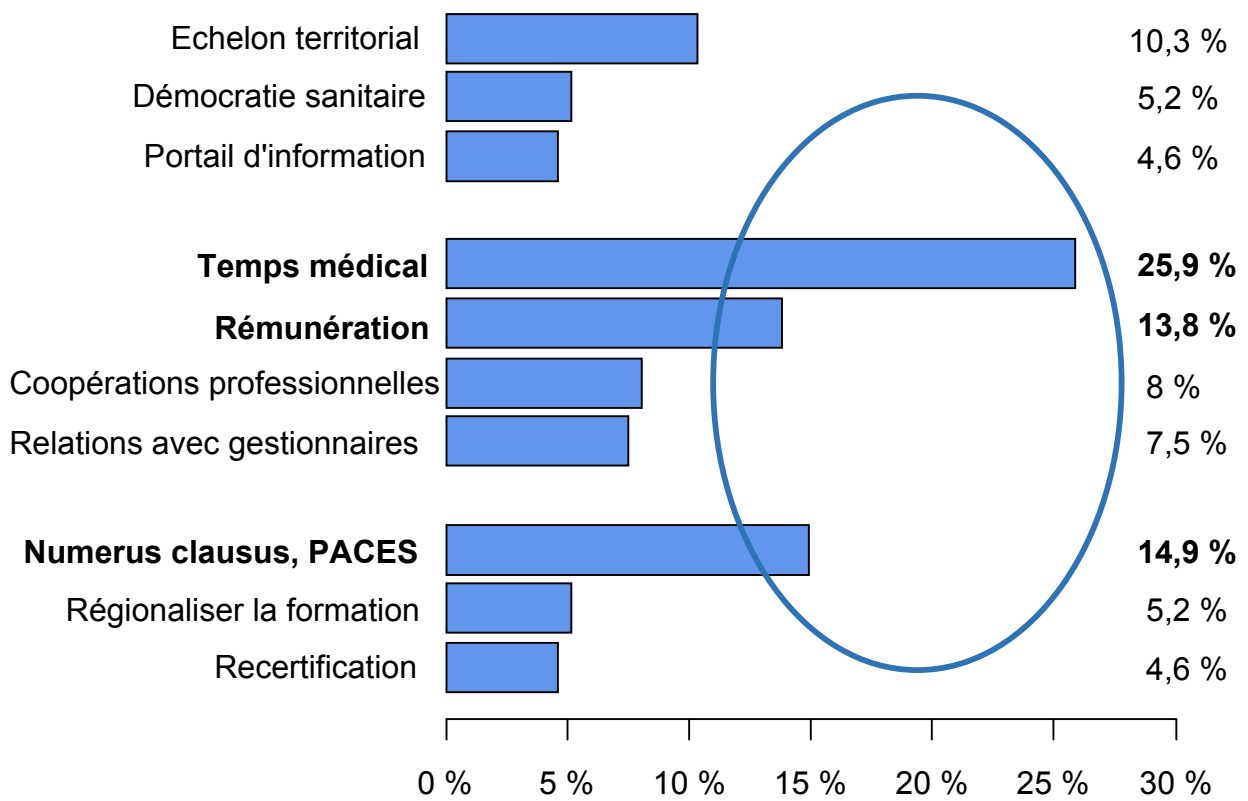
Figure 17 : Réponses des médecins exerçant en milieu urbain ou mixte



Le pourcentage de médecins exerçant en milieu urbain était de 74 % et de 4,9 % en exercice mixte. Nous avons effectué les statistiques parmi les 222 médecins exerçant en milieu urbains ou mixte ayant renvoyé un questionnaire complet. Nous obtenions 222 fois 3 propositions, soit 666 réponses au total :

- **21,9 %** des réponses étaient la proposition 4 « Redonner du temps médical aux médecins ».
- **17 %** des réponses étaient la proposition 5 « Mettre en place un système social protecteur et une rémunération valorisante pour tous ».
- **15,8 %** des réponses étaient la proposition 8 « Réformer le numerus clausus et la PACES pour une meilleure adaptation des besoins sur le territoire ».

Figure 18 : Réponses des médecins exerçant en milieu rural



Le pourcentage de médecins exerçant en milieu rural était de 21,1 %. Nous avons effectué les statistiques à partir des 58 médecins ayant renvoyé un questionnaire complet. Nous obtenons 58 fois 3 propositions, soit 174 réponses au total :

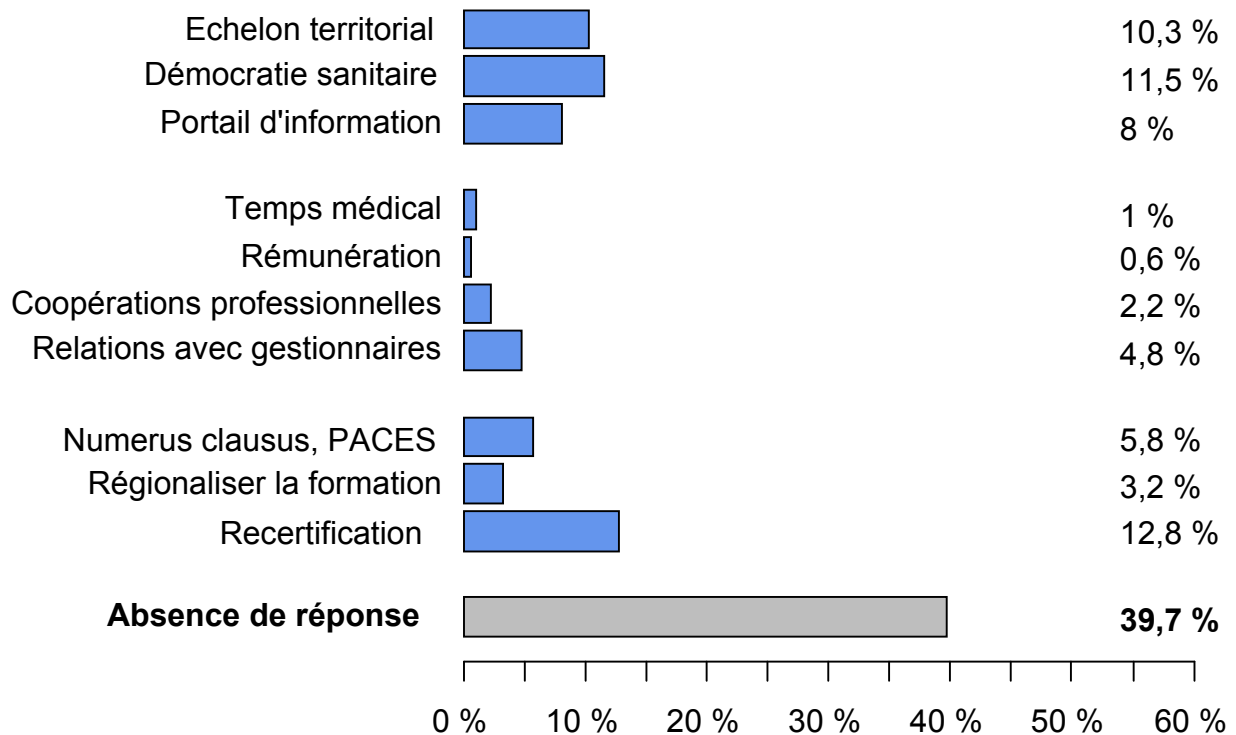
- **25,9 %** des réponses étaient la proposition 4 « Redonner du temps médical aux médecins ».
- **14,9 %** des réponses étaient la proposition 8 « Réformer le numerus clausus et la PACES pour une meilleure adaptation des besoins sur le territoire ».
- **13,8 %** des réponses étaient la proposition 5 « Mettre en place un système social protecteur et une rémunération valorisante pour tous ».

Au total, les 3 propositions choisies étaient identiques quel que soit le territoire d'exercice. De plus, la proposition numéro 4 « Redonner du temps médical » était toujours retrouvée en première position.

5.4.5. Proposition par laquelle les médecins se sentent moins concernés

Nous avons demandé aux médecins quelle était la proposition par laquelle ils se sentaient peu ou pas concernés pour une réforme de santé.

Figure 19 : Pourcentages pour la proposition concernant peu ou pas les médecins



Aucune proposition ne s'était démarquée de façon significative pour cette question. Mais les médecins ont globalement choisi 3 propositions :

- La proposition 10 « Renforcer la formation continue par la recertification » (**12,8 %**).
- La proposition 2 « Instaurer la démocratie sanitaire à tous les niveaux territoriaux » (**11,5 %**).
- La proposition 1 « Mettre en place un échelon territorial unique pour améliorer la coordination des soins » (**10,3 %**)

Notons que les taux étaient similaires et peu élevés (entre 10,3 % et 12,8 %). L'absence de réponse à cette question était en revanche très significative (**39,7 %**).

5.5. Commentaires des 10 propositions par les médecins de Seine-Maritime

Dans cette partie, les commentaires des médecins ont été répertoriés et classés selon leurs idées principales. Ils sont retranscrits dans leur exactitude et intégrité en *Annexe 2*.

Proposition 1 : Mettre en place un échelon territorial unique pour améliorer la coordination des soins

- Cette proposition était choisie par 7,3 % des médecins.
- Un défaut de compréhension a été mis en évidence.
- Concernant la problématique de la coordination des soins :
 - Les médecins ont reconnu :
 - ❖ L'importance d'une coordination optimale des soins.
 - ❖ La nécessité de maintenir la place de pivot central du médecin traitant.
 - Ils ont demandé :
 - ❖ Un référent unique de coordination des soins,
 - ❖ L'optimisation de l'utilisation du DMP (Dossier Médical Partagé),
 - ❖ Des comptes rendus d'hospitalisation systématiques et obligatoires,
 - ❖ Une meilleure coordination entre les médecins, avec les paramédicaux, et avec les organismes gestionnaires.
- A propos de l'échelon territorial unique, les médecins ont écrit :
 - Le système de soins doit être pensé à l'échelle du territoire (le Bassin de Proximité de Santé (BPS) imaginé par le CNOM),
 - Nécessité de trouver le bon équilibre entre autonomie et indépendance de chaque bassin de santé,
 - La principale motivation est de remédier aux déserts médicaux sur le territoire.
- Les médecins se sont interrogés :
 - Comment définir les BPS ?
 - Qui va les définir ?
 - Les professionnels de santé pourront-ils participer à leur élaboration ?

Proposition 2 : Instauration de la démocratie sanitaire à tous les niveaux territoriaux

- Cet item était choisi par 5,5 % des médecins.
- Un défaut de compréhension a été mis en évidence.
- Les définitions de la démocratie sanitaire étaient multiples :
 - Instauration de réunions locales et élection de représentants,
 - Permettre de donner la parole aux patients et aux médecins,
 - Améliorer la représentativité des syndicats,
 - Respecter le libre choix du patient.
- Pour la mettre en œuvre, les médecins ont insisté sur l'importance d'équilibrer la représentation des différents professionnels de santé ambulatoires, hospitaliers, et l'administration.
- Les participants ont ici soulevé la problématique de l'offre de soins sur le territoire.
- Afin d'optimiser la permanence des soins, ils ont proposé :
 - D'instaurer une meilleure régulation des horaires avec des lieux de gardes variés et multiples,
 - De prendre en compte les déserts médicaux et notamment le manque de spécialistes d'organes.

Proposition 3 : Création d'un portail unique d'information entre acteurs de santé et usagers au niveau de chaque bassin de proximité de santé

- Cet item était choisi par 6,5 % des médecins.
- Les médecins ont imaginé la conception de ce portail unique d'information :
 - Objectifs cités :
 - ❖ Faciliter les contacts et les échanges dans l'exercice de la médecine,
 - ❖ Offrir une information indépendante au public sans conflits d'intérêts,
 - ❖ Permettre de donner un véritable choix aux patients.
 - Accessibilité et contenu :
 - ❖ Portail sous forme de réseau social, de site intranet ou internet,
 - ❖ Accessible aux usagers et aux professionnels de santé via des codes d'accès différents et avec des contenus différents,

- ❖ Liste des médecins de garde au jour le jour,
- ❖ Liste des informations administratives nécessaires : horaires d'ouverture, numéros de téléphone, adresses mails.
- ❖ Recensement de tous les médecins, paramédicaux, associations et aidants, hôpitaux publics et privés.

Proposition 4 : Redonner du temps médical aux médecins

- Cet item était choisi par 22,7 % des médecins.
- Première proposition retenue.

- L'importance du temps médical a été soulignée.
- Les médecins ont déploré une charge de travail administratif trop lourde et chronophage.
- Le temps de formation a été jugé insuffisant.

- Ils ont demandé :
 - La comptabilisation, revalorisation et rémunération du temps hors soins,
 - La facilitation des tâches administratives :
 - ❖ Dématérialiser au maximum les comptes rendus et biologies,
 - ❖ Réduire le nombre de formulaires papiers à compléter,
 - ❖ Clarifier les obligations légales des multiples certificats (sport, absence à l'école ...).
 - L'augmentation du nombre de secrétariats,
 - La possibilité de déléguer certaines tâches aux secrétaires et aux paramédicaux,
 - L'obtention d'aides sur les modalités logistiques et administratives au cabinet,
 - La simplification des logiciels médicaux,
 - De ne pas faire « l'interface » entre le patient et les organismes gestionnaires.

- Conséquences d'une surcharge de travail administratif :
 - Le refus de nouveaux patients par faute de temps,
 - Des délais de rendez-vous de consultation plus longs,
 - Un risque d'épuisement de la profession et de burn out des médecins.

- Conséquences probables du tiers payant généralisé, citées par les médecins :
 - Les patients auront moins conscience du coût de la santé et une perte de repère,
 - La tâche administrative de comptabilité sera encore plus lourde.

Proposition 5 : Mettre en place un système social protecteur et un mode de rémunération valorisant pour tous

- Cet item était choisi par 16,2 % des médecins.
- Les commentaires ont essentiellement porté sur la problématique de la rémunération, et peu sur le système social.
- Les médecins ont demandé à revaloriser l'acte :
 - A la hauteur des responsabilités médicales,
 - Et à adapter leur rémunération :
 - ❖ Valorisation de certains actes non cotés (acte de coordination ou de prévention, rédaction de certificats...),
 - ❖ Instauration de forfaits selon la pathologie ou la durée de consultation.
- Les différences des revenus des médecins ont été critiquées :
 - Entre les différentes spécialités,
 - Entre le secteur public et privé,
 - Entre le secteur 1 et 2.
- Conséquences d'une rémunération non valorisante :
 - Un défaut d'attrait des jeunes à prendre la voie de la médecine,
 - Un risque de burn out,
 - Une fuite des praticiens vers le secteur privé.
- Au sujet de la sécurité sociale, les médecins ont demandé :
 - D'améliorer leur protection sociale,
 - De revaloriser le congé maternité,
 - De valoriser leur retraite,
 - De baisser l'âge de la retraite.

Proposition 6 : Promouvoir et faciliter les coopérations inter et intra-professionnelles

- Cet item était choisi par 6,8 % des médecins.
- Concernant les coopérations inter et intra-professionnelles, les médecins ont noté :
 - Qu'elles étaient indispensables,
 - Et une obligation éthique de communication,
 - Qu'elles permettent de coordonner les soins,
 - Et d'assurer la continuité des prises en charge des patients.
- Pour faciliter ces coopérations, les médecins ont proposé :
 - L'utilisation de sites internet ou d'annuaires dédiés,
 - De permettre un contact direct entre médecins en cas d'hospitalisation,
 - D'optimiser l'utilisation du DMP,
 - D'organiser des réunions régulières entre les spécialistes autour de patients communs,
 - D'encourager le développement de maisons pluridisciplinaires,
 - De développer les SISA (Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires).

Proposition 7 : Simplifier les relations avec les organismes gestionnaires

- Cet item était choisi par 6,9 % des médecins.
- Il a souvent été mis en lien direct avec la proposition 4 : « Redonner du temps médical ».
- Les relations avec les tutelles ont été jugées trop complexes.
- Pour les simplifier, les médecins ont proposé :
 - D'assurer une meilleure communication avec les organismes gestionnaires,
 - De pouvoir contacter facilement un membre dudit organisme : interlocuteur unique avec numéro dédié par exemple.
 - De créer des passerelles entre les différentes caisses de l'Assurance maladie,
 - D'obtenir des aides dédiées en cas de besoin,
 - Et enfin, de responsabiliser les patients et de les éduquer pour faciliter leur implication dans ce domaine.

Proposition 8 : Réformer le numerus clausus et la PACES pour une meilleure adaptation aux besoins des territoires

- Cet item était choisi par 15,6 % des médecins.
- Plusieurs problématiques ont été identifiées pour expliquer les déficits actuels :
 - Le renouvellement de la population,
 - La féminisation de la profession,
 - L'attrait des jeunes médecins pour le salariat,
 - Le défaut d'attrait des jeunes médecins pour les zones rurales,
 - Les départs en retraite multiples.
- Concernant le numerus clausus et la PACES :
 - Les médecins ont revendiqué l'importance de réformer la PACES de façon à ce qu'elle soit moins théorique.
 - Ils ont proposé :
 - ❖ De supprimer le numerus clausus,
 - ❖ De l'adapter aux besoins du territoire,
 - ❖ De le régionaliser pour pallier au déficit de certaines spécialités selon les régions.
 - ❖ D'encourager une meilleure attractivité de la profession auprès des jeunes étudiants.
 - D'autres moyens de sélections des étudiants ont été proposés :
 - ❖ Sélection sur dossier avec lettre de motivation et bilan scolaire,
 - ❖ Sélection selon la qualité relationnelle à partir d'entretiens.
- Quant à l'ECN (Epreuve Classante Nationale), le mode de sélection a suscité d'autres remarques :
 - Propositions d'établir une note minimale de validation, ou de redoublement.
- Concernant la liberté d'installation :
 - Deux points de vue différents ont semblé départager les médecins :
 - ❖ Ceux qui soulignent l'intérêt de restreindre la liberté d'installation pour répondre aux besoins du territoire,
 - ❖ Ceux qui défendent ce droit, obtenu depuis toujours.

- Les médecins ont évoqué les problématiques des formations médicales à l'étranger avec :
 - Le départ d'étudiants français à l'étranger pour obtenir le diplôme,
 - Le recours aux médecins étrangers en France,
 - En soulignant que la formation française permettait d'obtenir un continuum entre les études et l'exercice professionnel.

Proposition 9 : Régionaliser la formation initiale et renforcer la professionnalisation du deuxième cycle à l'internat

- Cet item était choisi par 6,0 % des médecins.
- La régionalisation de la formation :
 - A été demandée par les médecins,
 - Pour que les jeunes médecins soient incités à rester dans leur région.
- L'intérêt des stages dans l'apprentissage de l'exercice médical a suscité de nombreux commentaires. Les médecins ont demandé :
 - De permettre davantage :
 - ❖ De stages pratiques,
 - ❖ De stages de médecine générale dès l'externat et pendant l'internat, pour apporter une meilleure compréhension des problématiques de ville,
 - ❖ De stages en milieu libéral,
 - ❖ De stages dans les hôpitaux non universitaires.
 - De permettre la participation à un stage de médecine générale pour toutes les spécialités,
 - De permettre aux étudiants d'apprendre à travailler en réseau dès les premiers stages.

Proposition 10 : Renforcer la formation continue par la recertification

- Cette proposition était choisie par 6,6 % des médecins.
- 12,8 % des médecins ont jugé qu'ils se sentaient peu ou pas concernés par cette proposition.
- La formation médicale continue a été décrite par les médecins :
 - Pour garantir une qualité de prise en charge des patients,
 - Pour améliorer le niveau médical,
 - Pour envisager des évolutions des modes d'exercices,
 - Pour rompre avec l'isolement et éviter le burn out.
- La question de la recertification a départagé les médecins :
 - Une partie d'entre eux souhaite l'imposer,
 - Une autre partie demande une totale indépendance quant à leur formation.
- Les médecins ont soulevé les problématiques suivantes :
 - Temps de formation non rémunéré,
 - Budget insuffisant des institutions pour la formation,
 - Conflits d'intérêts avec les laboratoires ou industries privées qui financent certains congrès ou formations,
 - Offre insuffisante de formation dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu),
 - Et surtout : un système de DPC jugé trop complexe et mal reconnu.
- Les propositions des médecins pour améliorer la qualité de la médecine ont été :
 - D'évaluer les médecins par des examens de type ECOS (Examen Clinique par Objectifs Structurés) et TCS (Test de Concordance de Script),
 - De proposer des évaluations par des pairs régulièrement,
 - D'adapter les formations en fonction des lacunes repérées lors de ces évaluations, mais aussi à la spécialité et aux modalités d'exercices.
 - De proposer des maquettes de formation et de recertification,
 - De faciliter la participation aux formations,
 - De récompenser ou sanctionner selon les résultats obtenus en formation continue.

5.6. Rencontres sur site

Les élus du CDOM de Seine-Maritime ont organisé sur le territoire quatre réunions pour rencontrer les médecins et discuter avec eux des propositions du Livre Blanc. Le 12 janvier 2017, 3 médecins étaient présents à Rouen et 17 à Val de Saône. Le 19 janvier 2017, 6 étaient présents à Neufchâtel et 10 à Dieppe.

Un rapport a été rédigé au cours de chacune des réunions, puis analysé par la suite.

Peu d'arguments supplémentaires ont été relevés par rapport aux nombreux commentaires écrits dans les questionnaires.

Du fait de la faible mobilisation des médecins aux réunions de Rouen, Neufchâtel et Dieppe, les réunions initialement prévues à Yvetot et au Havre n'ont pas eu lieu.

6. Discussion

6.1. Rappel des principaux résultats

Notre étude a montré que les médecins de Seine-Maritime demandent :

- En premier choix : davantage de temps médical (22,7 %).
- En deuxième choix : la revalorisation de leur mode de rémunération et l'obtention d'un système social plus protecteur (16,2 %).
- En troisième choix : ils s'inquiètent de l'avenir de la profession et souhaitent une réforme du numerus clausus et de la PACES (15,6 %).

Ces trois choix de réponses sont les mêmes selon la spécialité, le mode et le territoire d'exercice.

La nécessité d'augmenter le temps médical des praticiens est toujours placée en première position sur les 3 choix, quelle que soit la spécialité exercée, le mode ou le territoire d'exercice.

La proposition pour laquelle ils se sentent peu ou pas concernés est le renforcement de la formation continue par la recertification (12,8 %), suivi de la proposition 2 « Instaurer la démocratie sanitaire à tous les niveaux territoriaux » (11,5 %) et de la proposition 1 « Mettre en place un échelon territorial unique pour améliorer la coordination des soins » (10,3 %). Avec cependant un faible taux de réponse à cette question (39,7 % d'absence de réponse).

Les commentaires étaient nombreux et variés. Ils permettaient l'expression des idées et sentiments des médecins pour améliorer le système de santé français. Leur contenu exprimait bien l'inquiétude de corps médical.

6.2. Forces de l'étude

Notre étude a été initiée par le CDOM et a été construite à partir d'un socle de données solides issues de LGC menée par le CNOM. Elle a pu inspirer confiance aux médecins et les inciter à répondre.

Initiée à quelques mois des élections présidentielles, elle a pu susciter un intérêt particulier des médecins. Le moment choisi pour la réaliser n'était pas lié au hasard et permettait l'implication de chacun dans un mouvement de réforme.

Peu d'enquêtes offrent la possibilité aux médecins de donner leur avis sur le système de santé qui les encadre et de faire des propositions de changement. Cette étude a permis non seulement de réaliser un coup de projecteur sur les besoins des praticiens de Seine-Maritime dans leur exercice, mais également de leur permettre de s'exprimer de manière libre et totalement anonyme. Cet anonymat a très certainement permis d'obtenir des commentaires fiables et sans retenus concernant la critique du système sanitaire.

Cependant, notre étude a présenté quelques faiblesses que nous détaillerons ci-dessous :

- Un faible taux de participation,
- Des biais liés à des difficultés de compréhension du questionnaire.

6.3. Taux de participation

6.3.1. Chiffre et hypothèses

Pour rappel, La Grande Consultation a été le pilier de notre enquête avec la création du Livre Blanc. Trente-cinq mille médecins avaient répondu au questionnaire. En 2015, au moment de l'étude, la France recensait 281 087 médecins (24). Le taux de participation était donc faible avec 12,5 % de réponses. Il semble difficile d'extrapoler les données de cette enquête à l'ensemble de la profession médicale. En revanche, bien qu'il y ait eu un faible taux de participation, cette étude était innovante et de grande envergure (35 000 participants).

Dans notre étude, seuls 8,8 % des médecins de Seine-Maritime ont répondu au questionnaire, malgré les efforts du CDOM :

- Envoi du questionnaire par courrier lettre T,
- Disponibilité du questionnaire sur internet,
- Durée de recueil de 5 semaines,
- Suggestion de l'intérêt de la participation de chacun dans l'étude,
- Rencontre des médecins sur site au cours de réunions.

Les réunions initialement prévues pour rencontrer les médecins et discuter de leurs difficultés ont d'ailleurs dues être annulées devant l'absence d'inscription et la faible mobilisation des médecins à Rouen, Neufchâtel, Dieppe et Val-de-Saône.

Ce faible taux de participation peut s'expliquer par différents éléments :

- Manque de temps des médecins au premier plan.
- Se plaignant d'une charge de travail administrative déjà chronophage, ils ont pu considérer ce questionnaire comme un document supplémentaire.
- Les médecins peuvent penser ne pas avoir de poids, à l'échelle individuelle, dans l'élaboration d'une réforme de santé.
- Beaucoup d'enquêtes statistiques, pharmaceutiques ou professionnelles sollicitent déjà fréquemment le corps médical.
- Défaut de compréhension des 10 propositions.
- Le CO semble manquer de considération (recueil de 2,5 % de questionnaires contenant des critiques négatives envers l'Ordre des Médecins).

Les médecins répondants ont un profil probablement différent des non répondants. En l'occurrence, seuls les plus revendicateurs et mécontents peuvent prendre la peine de répondre au questionnaire. Le taux de participation gagnerait à être majoré, afin d'augmenter la puissance de cette d'étude.

6.3.2. Justification du choix du bootstrap

Devant le faible taux de réponse de l'étude (8,8 %), l'objectif est d'estimer le pourcentage de préférence de chaque item parmi les 4119 médecins actifs de Seine-Maritime, sachant que les répondants ne forment qu'un échantillon supposé représentatif.

Nous supposons que les participants à l'étude n'ont pas été sélectionnés sur leur propension à préférer un item plus qu'un autre. Sous cette hypothèse, ils sont considérés comme obtenus d'un tirage au sort depuis les 4119 médecins.

Pour notre objectif principal (*Figure 7*), les intervalles de confiance ont pu être estimés par bootstrap non paramétrique par la méthode des percentiles. Nous avons rééchantillonné 10 000 fois l'échantillon qui contenait les 284 observations complètes dans lesquelles trois choix étaient bien cochés.

Cette technique de rééchantillonnage permet de prendre en compte :

- L'incompatibilité entre les réponses d'un même médecin : un médecin peut cocher une seule fois telle ou telle proposition.
- La dépendance entre les réponses d'un même médecin : certaines combinaisons pouvant être plus probables que d'autres.
- La limitation à trois réponses par médecin, réduisant la probabilité de choix des autres items à zéro.

Nous obtenons les intervalles de confiance dans lesquels se trouvent, à 95 % de chance, le vrai pourcentage des 4119 médecins de Seine-Maritime, s'ils avaient tous répondu.

6.4. Biais liés au questionnaire

Notre étude a présenté deux biais principaux liés aux instructions pour répondre au questionnaire. Nous les avons constatés à posteriori de sa réalisation, lors du recueil des données.

6.4.1. Consignes de hiérarchisation des 3 propositions

Nous avons demandé aux médecins de classer les propositions qui leur semblaient les plus pertinentes et de préciser celle qu'ils considéraient comme la plus importante.

Il semble que certains d'entre eux n'aient pas effectué de hiérarchisation dans leur choix. Pour le démontrer, nous avons comparé statistiquement l'hypothèse de hiérarchisation aléatoire par rapport à l'hypothèse de hiérarchisation par le numéro de rang des items pour comparer un taux théorique à un taux observé.

La procédure de simulation est la suivante :

- Tirer un premier choix avec une loi multinomiale correspondant aux probabilités de la *Figure 7* ;
- Tirer un deuxième choix, exclusif, avec une loi multinomiale à laquelle nous avons enlevé le premier item ;
- Tirer un troisième choix, exclusif, avec une loi multinomiale à laquelle nous avons enlevé les 2 premiers choix.

Cette théorie statistique est fondée sur l'hypothèse que la préférence générale des items correspond à celle de la *Figure 7* (pourcentages des réponses pour chaque item, sans hiérarchie de pertinence).

Nous trouvons qu'en théorie, seuls 10,8 % des médecins devraient choisir un ordre de réponse allant de la proposition 1 à la proposition 10, par ordre de lecture. Or, en pratique ce sont 58,8 % des médecins qui l'ont fait.

Le classement des 3 réponses choisies aurait probablement été différent si les propositions avaient été listées dans un autre ordre.

6.4.2. La présentation des propositions en blocs de 3 priorités

Les propositions étaient exposées selon 3 blocs de priorités (*Cf. Annexe 1*) :

- Le bloc 1 comprenait les 3 premières propositions.
- Le bloc 2 comprenait les propositions 4, 5, 6 et 7.
- Le bloc 3 comprenait les 3 dernières propositions.

Les participants semblent avoir parfois compris devoir choisir une proposition par bloc de priorité. En effet, dans 27 % des cas, le choix numéro 1 se trouvait dans le bloc 1, le choix numéro 2 dans le bloc 2 et le choix numéro 3 dans le bloc 3.

Nous avons calculé la probabilité théorique d'avoir une proposition par bloc sous l'hypothèse de hiérarchisation aléatoire respectant la répartition générale des préférences de la *Figure 7*. Nous avons réalisé la même analyse statistique que celle détaillée ci-dessus pour la hiérarchisation des réponses.

Nous obtenons qu'en théorie, 2,7 % des médecins devraient choisir une proposition par bloc, or en pratique il y en a 10 fois plus. Nous pouvons penser qu'il y a eu une erreur d'interprétation liée au fait qu'il fallait choisir précisément trois propositions.

Toutefois, ces deux biais ne sont pas pénalisants pour l'étude car nous obtenons 3 propositions bien distinctes en termes de pourcentages (*Cf. Figure 7*), qui nous permettent de bien cibler les propositions les plus attendues pour entamer une réforme du système de santé.

6.5. Méthodologie pour l'extrapolation des commentaires

Le recueil des commentaires des médecins participants à l'étude a permis de déployer un large éventail de points de vue sur le système de santé. Leur analyse a permis d'obtenir une bonne compréhension de leurs besoins et de mettre en évidence leurs doléances et difficultés.

Quelques précisions sont à apporter quant au recueil et traitement des commentaires. Nous n'avons pas effectué d'analyse qualitative des résultats car ce n'était pas la méthodologie initiale de l'étude.

Nous avons réécrit au mot près chaque commentaire, assigné au numéro de la proposition du Livre Blanc correspondante. Nous nous sommes aperçus que les opinions et déclarations étaient souvent de même ordre, mais exprimées de façon différente selon le participant. Nous avons donc classé chaque commentaire selon son idée principale.

Une petite partie des commentaires n'a pas pu être retranscrite du fait d'une difficulté de déchiffrement, ce qui entraîne un biais minime devant la quantité de commentaires obtenus.

Afin de préserver l'anonymat des interrogés, nous avons décidé de ne mentionner aucune caractéristique du médecin dont le commentaire a été exploité.

6.6. Discussion autour des résultats

6.6.1. Autour du premier choix de réponse : « Redonner du temps médical aux médecins »

La problématique des impératifs professionnels surajoutés au temps médical des médecins est explicitée dans l'étude de Jakoubovitch et al en 2012 (25). Les autres temps de travail des médecins généralistes donnés sont :

- Temps de gestion du cabinet (4 heures par semaine en moyenne) dont :
 - ❖ Entretien des locaux (14 % le font eux-mêmes),
 - ❖ Comptabilité (22 % la font eux-mêmes),
 - ❖ Secrétariat ou prise des rendez-vous (44 % l'assurent eux-mêmes).

- Temps d'encadrement des étudiants (19 % accueillent un étudiant),
- Temps de formation et mise à jour des connaissances,
- Temps de réception des visiteurs médicaux,
- Temps de trajets (du domicile et lors des visites).

Une autre étude publiée en 2009 par Le Fur et al (26) montre que sur un temps de travail moyen de 52 à 60 heures par semaine des médecins généralistes:

- 80 % du temps est consacré aux activités de soins,
- 20 % du temps est consacré aux autres temps dont :
 - ❖ 12 % d'activité administrative,
 - ❖ 8 % pour la formation continue, la lecture, la réception des visiteurs médicaux et de l'Assurance Maladie.

Les conséquences de cette surcharge de travail sont évoquées dans les commentaires : risque de burn-out, délai de consultation trop longs, refus de nouveaux patients...

En effet, une étude menée par l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) d'Ile de France en 2011 montre que 95,5 % des médecins jugent que l'allègement des tâches administratives permettrait une meilleure accessibilité aux soins des patients par gain de temps (27).

Quant à la problématique du burn out des médecins, très évoquée ces derniers temps mais connue depuis longtemps, plusieurs études ont montré que les facteurs de risques étaient en partie liés aux activités professionnels et aux modalités d'exercices des médecins. Une thèse de médecine de 2016 (28) révèle que l'absence de diversification de l'activité professionnelle est un facteur de risque significatif de burn out. Une autre thèse de médecine de 2016 (29), montre que la surcharge de travail, l'augmentation de la charge administrative, la pression des institutions, l'absence de secrétariat sont, en partie, des facteurs de risque de survenue d'un burn out du médecin.

Concernant le tiers payant généralisé, largement évoqué par les médecins de l'étude et qui avait suscité une vague de mécontentement en 2016, Madame Agnès Buzyn, Ministre de la Santé, explique le 6 Juillet 2017 dans une interview sur RTL (30) : « J'y suis favorable car certains Français ont des difficultés d'accès à un médecin pour des raisons financières (...). Les médecins ont besoin de temps médical, je cherche à trouver une solution pour que ce ne soit pas une paperasserie supplémentaire ».

Cette proposition est en première position quels que soient la spécialité, le mode ou le territoire d'exercice des médecins. Elle est également retrouvée en première position parmi les 3 propositions choisies, et est donc la proposition de réforme la plus attendue.

Pour retrouver ce temps médical, le Conseil de l'Ordre propose (31) :

- Pour les médecins libéraux :
 - ❖ La mise à disposition d'une aide administrative,
 - ❖ Sous forme de plateforme, assistance ou télésecrétariat,
 - ❖ Qui remplirait les missions suivantes : gestion des rendez-vous, entrées et sorties d'hospitalisation, accès aux soins de deuxième recours, lien avec le domaine médico-social ou avec l'Assurance maladie.

- Pour les médecins hospitaliers, médecins du travail et médecins scolaires :
 - ❖ Une réduction du temps administratif,
 - ❖ En allégeant les procédures,
 - ❖ En mettant du personnel à disposition.

- Faciliter le numérique :
 - ❖ Simplifier les logiciels médicaux,
 - ❖ Promouvoir une messagerie unique sécurisée,
 - ❖ Favoriser l'accès à un très haut débit sécurisé à l'ensemble du territoire.

6.6.2. Autour du deuxième choix de réponse : « Mettre en place un système social protecteur et une rémunération valorisante pour tous »

Les médecins sont insatisfaits de leurs modes de rémunération et des variabilités de revenus.

Dans le secteur public, les différences de revenus peuvent atteindre 40 %. Ces disparités sont en partie liées aux primes (exercice multisite, activité sectorielle ou de liaison, exercice public exclusif...), à la rémunération liée à la permanence des soins, aux activités d'intérêt général extérieures à l'hôpital, aux expertises médicales ou encore aux activités libérales hospitalières (32).

Concernant les médecins libéraux, une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) menée en 2011 montre que les disparités de rémunération entre les spécialités sont importantes. Concrètement, le revenu d'activité annuel d'un médecin s'élève en 2011 à 106 000 euros. Les anesthésistes et radiologues déclarent 189 000 euros contre 82 000 euros pour les médecins généralistes (33).

Là encore, les médecins ont évoqué dans les commentaires le risque de burn out. Le manque de reconnaissance financière de l'exercice de la médecine générale, la dévalorisation et le manque reconnaissance globale de la profession sont en effet identifiés comme facteurs de risque de burn out, d'après un travail datant de 2016 (29).

Concernant la sécurité sociale des médecins, 99% des médecins libéraux adhèrent à la Convention Nationale des Médecins (34). Ils bénéficient du régime général de la sécurité sociale qui comprend le remboursement des soins du médecin et de ses ayants droits, le versement d'indemnités au titre de la maternité et le versement de prestations en cas de décès. Il ne comprend pas le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie, ni à la protection Accident de travail. Le risque maladie est couvert par le régime de prévoyance de la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) avec un versement d'indemnités journalières prévu à partir du 91ème jour d'arrêt de travail.

Des avancées sont en cours quant au congé maternité. L'Avantage Supplémentaire Maternité permettrait de valoriser le congé maternité des femmes exerçant en libéral. Il est actuellement en cours de négociation entre le Gouvernement, l'Assurance Maladie et les Syndicats médicaux et devrait être mis en place pour fin octobre 2017 (35).

La protection sociale des médecins salariés hospitaliers dépend du régime général de la sécurité sociale et de la protection statutaire hospitalière. L'indemnisation des médecins varie selon leur statut (36).

Le choix d'une assurance complémentaire est indispensable aux médecins salariés ou libéraux.

Les résultats de notre étude retrouvent cette proposition en deuxième position dans le cadre de notre objectif principal avec 16,2 % de choix.

A ce sujet, le Conseil de l'Ordre propose (31):

- Pour la protection sociale :
 - ❖ Une couverture sociale unique pour tous les médecins,
 - ❖ La préservation des droits sociaux lors d'un changement d'exercice.

- Pour la rémunération :
 - ❖ Une diversification des modes de rémunération,
 - ❖ Pour reconnaître la mission de service public des médecins,
 - ❖ Et reconnaître les acquis de l'expérience dans leur rémunération par la recertification,
 - ❖ Revaloriser le paiement des médecins hospitaliers en début de carrière.

6.6.3. Autour du troisième choix de réponse : « Réformer le numerus clausus et la PACES pour une meilleure adaptation aux besoins des territoires »

Le numerus clausus concerne le passage en deuxième année de médecine par obtention du concours de la PACES. Il est fixé annuellement et publié par un arrêté dans le journal officiel (37) (38). La régionalisation du numerus clausus doit permettre d'adapter la démographie médicale aux besoins des populations.

Les étudiants en médecine peuvent être amenés à changer de région au moment du choix de l'internat. D'après un mémoire (39) réalisé à partir des données du CNG (Centre National de Gestion), 59 % des étudiants ont changé de ville pour pouvoir accéder à leur spécialité de prédilection lors de l'internat 2012. Concernant les internes en médecine générale, seuls 56 % sont restés dans leur ville d'origine.

Ce chiffre est proche selon le rapport 2014-2015 de l'ONDPS (Observatoire National Des Professions de Santé) qui retrouve que 63 % des primo-inscrits à l'Ordre s'inscrivent en effet dans la région de leur diplôme (40). Les étudiants changeant de région au moment de l'internat, c'est donc essentiellement à ce niveau que doivent être envisagés les besoins territoriaux.

Les résultats de notre étude retrouvent cette proposition en troisième position dans le cadre de notre objectif principal avec 15,6 % de choix.

En pratique, le Conseil de l'Ordre propose (31) :

- Un numerus clausus régionalisé en fonction des capacités de formation des facultés et des possibilités d'organisation de stage.
- Un nouveau mode de pré-sélection des étudiants avant l'entrée en PACES pour éviter le gâchis humain.
- La possibilité d'équivalences vers d'autres filières.
- De faciliter les passerelles précoces vers d'autres professions de santé en :
 - ❖ Elargissant la PACES à toutes les professions de santé.
 - ❖ Organisant des stages dès la deuxième année en médecine dans d'autres professions de santé pour mieux les connaître.
- La réalisation d'un portfolio étudiant dès la deuxième année d'études qui :
 - ❖ Recense tous les résultats, stages et acquisitions de compétences de l'étudiant,

- ❖ Permet la certification finale par l'université à l'obtention du diplôme d'études spécialisées,
- ❖ Est mis à jour tout au long de la carrière du médecin.

6.6.4. Autour de la proposition par laquelle les médecins se sentent moins concernés

Pour cette question, 39,7 % des médecins n'ont pas répondu. Les résultats doivent donc être interprétés avec précaution. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce taux de non-réponse :

- La question a parfois été mal interprétée :
 - ❖ Certains médecins ont noté la proposition la moins comprise,
 - ❖ D'autres ont noté la proposition qu'ils considéraient comme la moins réalisable.
 - ❖ La question était située en bas de page et pouvait être négligée par les médecins.
 - ❖ Les médecins ont pu se sentir concernés par toutes les propositions.

La proposition qui a retenu le plus de voix est la proposition 10 « Renforcer la formation continue par la recertification » avec 12,8 %.

Depuis la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) en 2009, la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles sont réunies sous le terme de Développement Professionnel Continu (DPC). Ce DPC est mis en pratique depuis 2013 et a été adapté par la loi de modernisation du système de santé de 2016. Il se présente sous de multiples facettes avec des actions, démarches, méthodes et formations envisageables pour valider un parcours de 3 ans de DPC (41) (42). Bien qu'obligatoire sur le plan déontologique et maintenant sur le plan légal, le DPC est finalement mal connu, difficile à organiser et peu adapté aux besoins des professionnels de santé.

Une revue de la littérature datant de 1999 (43) montre que la diffusion de matériels éducatifs ou d'action de DPC ne semble pas modifier le comportement des médecins. De plus, la formation continue paraît être de faible efficacité pour faire évoluer les pratiques cliniques.

La formation continue est difficile à organiser par les médecins. Une enquête de Maisonneuve et al de 2008 (44) concernant la formation continue des praticiens hospitaliers

a catégorisé leurs difficultés à se former. Ainsi, 55 % avaient des difficultés organisationnelles pour la réaliser, 48 % avaient des difficultés personnelles de disponibilité et 45 % des difficultés financières. Cette étude montrait également que le système de formation privilégié était les congrès et que les ateliers interactifs et le e-learning étaient très souhaités pour l'avenir.

Par ailleurs, les médecins ne semblent pas bien déterminer leurs besoins en termes de formation, comme le démontre Vandermeer en 2012 (45) dans une thèse de médecine. En effet 40 % des médecins pensent connaître leurs besoins de formation de façon implicite, 34 % par la lecture des programmes de formation, 30 % grâce aux participations dans des groupes de formation continue et 71 % se forment selon leur intérêt au sujet proposé.

Autre point important, les interactions entre les différents groupes d'acteurs qui s'organisent autour de la formation continue créent des conflits d'intérêts, notamment d'ordres financiers, dénoncés dans les commentaires des participants à notre étude. L'analyse bibliographique de Pascal et al (46) montre qu'en effet, le contenu des formations est bien souvent influencé par l'industrie pharmaceutique qui la finance.

Concernant la formation continue, le Conseil de l'Ordre propose (31) :

- Renforcer la formation continue :
 - ❖ Pour garantir les compétences professionnelles des médecins,
 - ❖ Les accompagner tout au long de leur carrière,
 - ❖ Leur permettre une meilleure prise en compte de leur niveau de compétences et de connaissances,
 - ❖ En proposant entre autre une recertification des médecins.

- Modalités de la recertification :
 - ❖ Objectif de valider les acquis,
 - ❖ Basée sur le DPC, l'activité du médecin et son portfolio,
 - ❖ Tous les 6 ans,
 - ❖ Réalisée par des pairs en rapport direct avec l'exercice de son métier,
 - ❖ Pilotée par l'Ordre.

6.6.5. Autour des propositions concernant la simplification de l'organisation territoriale des soins

Concernant les trois premières propositions sur la simplification de l'organisation territoriale des soins (bloc 1), de nombreux commentaires d'incompréhension ont été répertoriés. L'incompréhension des items s'est révélée importante et notable dans notre étude.

Les participants n'assimilaient pas bien les mots « démocratie sanitaire », « échelon territorial unique » ou encore « bassin de proximité de santé ». Les définitions exactes de ces termes sont effectivement complexes et multiples selon les points de vue. Par exemple, Letourmy et Naïditch écrivent en 2009 dans *Santé, Société et Solidarité* (47), que plusieurs sens peuvent s'appliquer à un principe de démocratie sanitaire. Il peut s'agir de qualifier la représentation de la population en vue de la gouvernance (besoins des usagers, malaises ressentis). Ce peut aussi être la définition de principes démocratiques eux-mêmes en termes de santé (droit de savoir du patient, égalité d'accès aux soins etc.).

Devant cette difficulté de compréhension, les participants à l'étude ont expliqué avoir coché ces propositions comme « proposition par laquelle ils se sentent peu ou pas concernés ».

Ainsi, les médecins se sentaient moins concernés par :

- La proposition 1 « Mettre en place un échelon territorial unique pour améliorer la coordination des soins » dans 10,3 % des cas,
- La proposition 2 « Instaurer la démocratie sanitaire à tous les niveaux territoriaux » dans 11,5 % des cas,
- La proposition 3 « Créer un portail unique d'information entre acteurs de santé et usagers au niveau de chaque bassin de proximité de santé » dans 8 % des cas.

Pourtant, les médecins semblent s'inquiéter de la problématique des déserts médicaux et de l'importance de l'organisation territoriale des soins. D'après LGC (2):

- 59 % souhaitent une organisation qui privilégie la proximité des soins,
- 88 % trouvent prioritaire et important de lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins.

Il est donc important de clarifier et de préciser le langage administratif utilisé pour une meilleure compréhension des médecins en termes de politique sanitaire. Cela pourrait permettre une plus grande implication des praticiens dans la politique de santé.

6.7. Perspectives

6.7.1. Les médecins et la politique de santé

Le faible taux de participation de l'étude (8,8 %) laisse à penser que les médecins sont peu impliqués ou ne s'engagent pas dans le fondement d'une réforme de santé. Pourtant, même à échelon individuel la voix de chacun est primordiale pour faire fonctionner un système démocratique et faire remonter les besoins des praticiens aux décideurs et autorités.

Nous avons vu qu'un certain nombre de participants ne comprenaient pas le sens des propositions. Le lexique administratif des politiques de santé (bassin de proximité de santé, échelon territorial, démocratie sanitaire) ne semble pas assimilé par une partie des médecins et peut être un frein à leur implication dans ce domaine.

Les médecins sont-ils impliqués dans la politique et l'économie de la santé à titre individuel ou à échelon local ? Quel est leur niveau de connaissance en santé publique ? Il serait intéressant d'évaluer cela et de proposer des formations à ce sujet et/ou de clarifier le langage des politiques de santé pour permettre un meilleur accès à ce sujet.

6.7.2. Les médecins et le Conseil de l'Ordre

Après avoir recueilli 9 questionnaires (= 2,5 %) injurieux ou critiquant le CO, nous avons évoqué un manque de considération des médecins envers ce dernier.

Pourtant, le CO tient des missions en faveur des médecins. Notre étude, dans le cadre de La Grande Consultation, est d'ailleurs réalisée dans l'intérêt des médecins, en se préoccupant de leurs besoins et en proposant de fonder une réforme en adéquation avec leurs réponses.

Comment expliquer ces critiques négatives et injures ? Les médecins connaissent-ils les fonctions de l'Ordre ? Une enquête menée par le CNOM à ce sujet a été initiée en juillet 2017, afin d'apporter des réponses à ces questions.

L'enseignement des droits et des devoirs des médecins pendant les études médicales, au cours de l'externat et de l'internat, permettrait de comprendre l'organisation et les fonctions du CO. Les médecins sauraient le solliciter plus souvent en cas de difficultés.

6.7.3. Les mesures à envisager

Les médecins ont proposé des solutions, options et nouveaux concepts pour tenter de pallier les aléas professionnels qu'ils subissaient.

Le Conseil Départemental de Seine-Maritime va pouvoir relayer ces trois principales demandes des médecins, au niveau national :

- Faciliter la gestion du travail administratif,
- Revaloriser la rémunération,
- Réformer la PACES et le numerus clausus.

La prise en compte de ces résultats est pertinente dans l'élaboration d'une réforme de santé et est de grande valeur car issue de la réflexion des médecins confrontés au quotidien au système de santé.

Les réflexions des médecins sont spécifiques à notre département, il serait intéressant d'élaborer la même enquête dans d'autres départements et d'identifier les idées communes.

7. Conclusion

Cette étude a mis en évidence les trois propositions jugées les plus pertinentes par les médecins de Seine-Maritime pour améliorer le système de santé français parmi les 10 du Livre blanc, élaborées par le CNOM au cours de La Grande Consultation en 2015.

En premier choix, 22,7 % des médecins demandaient à augmenter leur temps médical. En deuxième choix, 16,2 % souhaitaient une revalorisation de leur rémunération ainsi qu'un système social protecteur. En troisième choix, 15,6 % jugeaient qu'il fallait réformer la PACES et le numerus clausus. Ces trois propositions étaient retrouvées quels que soient la spécialité, le mode ou le territoire d'exercice.

Les perspectives à la suite de cette étude sont multiples. Il semble important de clarifier le langage des politiques de santé et de mettre en œuvre les différentes attentes des médecins relevées ci-dessus par des moyens qui restent aujourd'hui à élaborer.



A titre personnel, ce travail m'a initiée aux problématiques de santé publique. J'ai pris conscience de la complexité de l'élaboration d'un projet de santé idéal, avec les contraintes économiques et démographiques souvent situées au premier plan.

Ce sujet de thèse m'a semblé être pertinent pour ma culture personnelle et mon avenir professionnel. Désormais, je place mieux la profession médicale dans son ensemble théorique, pratique, mais aussi politique et économique. J'appréhende de manière différente les propositions de lois faites à son égard.

J'ai compris l'importance du rôle de l'Ordre des Médecins comme relais entre les praticiens et les Autorités supérieures.

8. Bibliographie

1. Acchiardi E. Présentation des résultats de la grande consultation de l'Ordre des médecins pour la Santé de demain. Communiqué de presse. 17 déc 2015.
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La grande consultation, [En ligne] 2015. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/resultatsdelagrandeconsultation_0.pdf, Cité 1 mars 2017.
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Pour l'avenir de la santé. De la grande consultation aux propositions, [En ligne] 2016. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_lb_grande_consultation.pdf, Cité 1 mars 2017.
4. Conseil Départemental de la Seine-Maritime de l'Ordre des Médecins. Bulletin d'information. Numéro 24. nov 2016 ; 2-3.
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Histoire de l'ordre national des médecins français [En ligne]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/historique2012_0.pdf, Cité 1 mars 2017.
6. Code de la santé publique. Legifrance, Code de déontologie médicale [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>, Cité 17 juin 2017.
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale. [En ligne]. Edition Avril 2017. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>, Cité 17 juin 2017.
8. Code de la santé publique. Article L4121-2 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>, Cité le 02 juillet 2017.
9. Conseil Départemental de Seine-Maritime de l'Ordre des Médecins. La mission de l'Ordre [En ligne]. Disponible sur : <http://www.conseil76.ordre.medecin.fr/content/la-mission-de-lordre>, Cité 13 mai 2017.
10. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le Fonctionnement [En ligne]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-fonctionnement-1208>, Cité 1 mars 2017.
11. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Inscription au tableau et dérogations [En ligne]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/inscription_au_tableau_et_derogations.pdf, Cité 21 mai 2017.

12. Code de la santé publique. Article L4122-2 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>, Cité le 02 juillet 2017.
13. Gallois P, Vallee J-P, Noc YL. Médecine générale en crise : faits et questions. *Médecine*. 1 mai 2006 ;2(5):223-228.
14. Levy D. Le métier de médecin aujourd'hui. *Revue française des affaires sociales*. 16 déc 2011;(2):297-309.
15. Conseil National de l'Ordre des Médecins. #SantéDeDemain, Consultation pour l'avenir de notre système de santé [En ligne]. Disponible sur : <http://lagrandeconsultation.medecin.fr/>, Cité 22 juin 2017.
16. Steffen M, Ph D. Universalism, Responsiveness, Sustainability — Regulating the French Health Care System. *New England Journal of Medicine*. Février 2016 ;374(5):401-405.
17. Askenazy P, Dormont B, Geoffard P-Y, Paris V. Pour un système de santé plus efficace. *Notes du conseil d'analyse économique*. Août 2013;(8):1-12.
18. Huguier M. L'hôpital public en crise ? *Académie des sciences morales et politiques*. Séance Publique du 21 mai 2007.
19. Martin A, Trombert-Paviot B. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire. *Médecine*. 1 févr 2008 ;4(2):89-93.
20. Delobelle A. Les médecins de premier recours sont-ils satisfaits de leurs conditions de travail ? : enquête de satisfaction auprès de 80 médecins généralistes installés en libéral dans la région Nord - Pas-de-Calais. Thèse de doctorat : médecine générale. Lille. oct 2016.
21. Estryng-Behar M, Leimdrofer F, Picot G. Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail, Abstract. *Revue Française des affaires sociales*. 9 févr 2011;(4):27-52.
22. DREES. Les évolutions du numerus clausus et des quotas pour les professionnels de santé. 2016;11:84-88.
23. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Réponses des candidats #SantéDeDemain [En ligne]. Interview Emmanuel Macron. Disponible sur : <http://lagrandeconsultation.medecin.fr/node/366>, Cité 19 juin 2017.
24. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale. 2015.
25. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. *DREES Etudes et résultats*. Mars 2012;(797):8.

26. Le fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Questions d'économie de la Santé. Juillet 2009;(144):8.
27. Broudic M, Klein J-M, Huynh B, Elghozi B. L'accès aux soins en Ile-de-France : pratiques, ressentis et difficultés des usagers et des médecins libéraux franciliens. URPS Ile de France ; 2011.
28. Bontoux E. Prévalence et facteurs de risques de burn out des médecins généralistes du Gers. Thèse de doctorat : médecine générale. Toulouse. 2016 ;44.
29. Jourdan A. Les mesures de prévention du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes libéraux : Étude qualitative par entretiens semi - dirigés. Thèse de doctorat : médecine générale. Marseille. 2016 ;118.
30. Interview RTL : Madame Agnès Buzyn, Ministre de la Santé. Vaccinations obligatoires et tiers payant généralisé. Réalisée le 6 juillet 2017.
31. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Construire l'avenir à partir des territoires. La réforme voulue par les médecins. Janvier 2017 [En ligne]. Disponible sur : http://lagrandeconsultation.medecin.fr/sites/default/files/WEB-CNOM_LB_REFORME.pdf
32. Aubart F, Delmotte D, Jacob A, Pruvo JP, Veran O. Exercice médical à l'hôpital. Un système de santé recomposé, un hôpital public en mouvement, des citoyens mieux soignés, des praticiens plus reconnus. Centre National de Gestion. Sept 2011;118.
33. DREES. Les revenus des médecins libéraux. 2016 [En ligne]. Disponible sur : www.drees.social-sante.gouv.fr, Cité 11 avr. 2017.
34. L'assurance maladie. La convention nationale 2016-2021 entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. 2016.
35. MG France, le syndicat des Médecins Généralistes. L'avantage Supplémentaire Maternité (ASM). Bientôt le droit de choisir pour les femmes médecins [En ligne]. Disponible sur : <http://www.mgfrance.org/index.php/exercice/la-protection-sociale/1527-l-avantage-supplementaire-maternite-asm-bientot-le-droit-de-choisir-pour-les-femmes-medecins>
36. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Maladie [En ligne]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/arret-de-travail-1246>, Cité 18 mars 2017.
37. Gouvernement.fr. Études de médecine : le numerus clausus augmente de 478 places [En ligne]. Disponible sur : <http://www.gouvernement.fr/argumentaire/etudes-de-medecine-le-numerus-clausus-augmente-de-478-places>, Cité 23 mars 2017.

38. Arrêté du 10 janvier 2017 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé (...) en application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014.
39. Riviere E. Analyse des choix de 7658 étudiants en médecine après les ECN 2012. Mémoire de diplôme universitaire de Pédagogie dans l'Enseignement Supérieur Bordeaux. 2013;20.
40. ONDPS. Les conditions d'installation des médecins en ville en France et dans 5 pays européens. Mars 2015;1:101.
41. Haute Autorité de Santé. DPC des médecins [En ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438418/fr/dpc-des-medecins, Cité 26 mars 2017.
42. Site de l'Agence national du Développement professionnel Continu. MonDPC. Le DPC en pratique. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.mondpc.fr/>, Cité 1 juill 2017.
43. Durieux P, Chaix C, Durand-Zaleski I. La formation médicale continue améliore-t-elle le comportement des médecins ? La Presse Médicale. 1999 ;28(9) :468-472.
44. Maisonneuve H, Touboul C, Bonnelye G, et al. La formation continue des praticiens hospitaliers : importante mais avec des difficultés organisationnelles et financières. La Presse Médicale. 2008 ;37(10) :1391-1396.
45. Vandermeer A. Critères de choix et stratégies d'évaluation des besoins de formation médicale continue : une enquête transversale descriptive sur un échantillon de médecins généralistes de région centre. Thèse de doctorat : médecine générale. Tours. 2012 ;33.
46. Pascal J, Riou F, Chaperon J. Difficultés de mise en place et enjeux institutionnels de la formation continue des médecins libéraux. Mars 2000 ;12(2) :177-189.
47. Letourmy A, Naïditch M. L'émergence de la démocratie sanitaire en France. Santé, Société et Solidarité. 2009 ;8(2) :15-22.

9. Annexes

9.1. Annexe 1 : Le questionnaire de la thèse



Conseil Départemental de la Seine-Maritime de l'Ordre des Médecins

Enquête : vos attentes, vos priorités

Chères Consoeurs, chers Confrères,

Suite à la grande consultation organisée par le Conseil National en 2015, **l'Ordre des Médecins a présenté 10 propositions pour limiter et corriger les nombreux dysfonctionnements** de notre système de santé, tant pour les patients que pour les professionnels de santé.

L'Ordre est la seule institution qui rassemble tous les médecins, quels que soient leur spécialité et leur mode d'exercice. Nous nous devons de vous entendre et de faire savoir vos attentes et celles de vos patients.

L'enquête de 2015 mérite d'être affinée pour **préciser nos 3 priorités**, et **définir les réponses concrètes** qu'elles doivent recevoir, pour notre département, en les **déclinant selon nos territoires et selon nos modes d'exercice**.

Nous **porterons ensuite la voix des médecins, de tous les médecins**, auprès des autorités et des décideurs locaux, politiques et institutionnels. Une synthèse des propositions sera portée ainsi au niveau national.

C'est votre avis qui est pertinent.

Outre le questionnaire joint, nous recueillerons vos propositions au cours de **réunions qui se tiendront à :**

- **Rouen**, le 12 janvier à 20h00, amphi 600 de la faculté de médecine
- **Val de Saône**, le 12 janvier (plus de places disponibles)
- **Neufchâtel, Dieppe, Le Havre et Yvetot** : **consultez notre site Internet pour les dates et lieux de rencontre**

En pratique : parmi les 10 propositions du Livre Blanc (cf verso), nous vous demandons de classer les **3 propositions qui vous semblent les plus pertinentes**, en les commentant et en précisant celle que vous trouvez la plus importante, avec des **idées concrètes** pour les décliner localement.

Nous avons besoin de vos avis et de vos suggestions pour notre département.

Nous porterons vigoureusement, et au nom de toutes et tous, vos attentes auprès des politiques en responsabilité localement. Bien sûr, sous forme de revendications, mais aussi et surtout sous forme de mesures concrètes et pragmatiques à mettre en application sans délai.

Vos réponses au questionnaire sont à retourner dans l'enveloppe T jointe, ou directement sur le questionnaire en ligne qui se trouve sur notre site Internet : **www.conseil76.medecin.fr avant le 15 février 2017.**

Merci d'avance pour votre participation et votre engagement pour l'avenir de la santé dans notre département.

Bien confraternellement à tous et à tous,

90

Votre Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

Rappel des 10 propositions du Livre Blanc

Simplifier l'organisation territoriale des soins

Choix

Proposition n° 1 : mettre en place un échelon territorial unique pour améliorer la coordination des soins

Proposition n° 2 : instaurer la démocratie sanitaire à tous les niveaux territoriaux

Proposition n° 3 : créer un portail d'information unique entre acteurs de santé et usagers au niveau de chaque bassin de proximité santé

Alléger et décloisonner l'exercice professionnel

Proposition n° 4 : redonner du temps médical aux médecins

Proposition n° 5 : mettre en place un système social protecteur et un mode de rémunération valorisant pour tous

Proposition n° 6 : promouvoir et faciliter les coopérations inter et intra-professionnelles

Proposition n° 7 : simplifier les relations avec les organismes gestionnaires

Ouvrir et professionnaliser la formation des médecins

Proposition n° 8 : réformer le numerus clausus et la PACES pour une meilleure adaptation aux besoins des territoires

Proposition n° 9 : régionaliser la formation initiale et renforcer la professionnalisation du deuxième cycle à l'internat

Proposition n° 10 : renforcer la formation continue par la recertification



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil Départemental de l'Ordre

Questionnaire

Mes propositions les plus pertinentes et mes commentaires

Choix des propositions que vous jugez les plus pertinentes

Choix n° 1 : proposition n°

Commentaire libre, suggestion d'applications concrètes

.....

Choix n° 2 : proposition n°

.....

Choix n° 3 : proposition n°

.....

Proposition par laquelle vous vous sentez peu ou pas concerné

Proposition n°

Quelques renseignements pour analyser l'ensemble des réponses

Sexe : H F

Age : ans

Mode d'exercice : Libéral Cabinet individuel Cabinet de groupe
Salarié Hospitalier Autre
Mixte

Territoire/Bassin : Urbain
Rural

Spécialité :

Adresse mail si vous souhaitez recevoir les résultats du questionnaire et de la synthèse des propositions :

.....

9.2. Annexe 2 : Les commentaires

Les commentaires des questionnaires ont été retranscrits mots à mots. Entre parenthèse, le numéro de questionnaire correspondant, afin de préserver l'anonymat du médecin répondant.

Incompréhension du questionnaire :

- Qu'est-ce qu'un échelon territorial ?
- Que signifie un niveau territorial ?
- Qu'est-ce qu'un bassin de proximité de santé ?
- Je comprends mal le sens des propositions. Par exemple « qu'est-ce que la démocratie sanitaire à tous les niveaux territoriaux ? » (169)
- Je ne comprends que le langage clair et précis et non pas celui que vous utilisez qui s'adresse plutôt à des politico économique intellecto-administratifs et non à des médecins qui sont plus des personnes terre à terre (224)
- Après un certain nombre d'années d'études je suis incapable de répondre à ces questions que je ne comprends pas et où je ne vois aucun intérêt (10)
- Je ne choisis qu'une seule proposition car les autres sont incompréhensibles ou bien trop éloignées des difficultés que je pourrais rencontrer (234)
- Du baratin pour noyauter les libertés individuelles tant des patients que des professionnels (212)
- Je n'ai rien compris au charabia de vos questions.
- Et concrètement ?
- Après avoir relu plusieurs fois ce papier, je ne me retrouve pas dans ces propositions. J'en suis fort désolée et je vous envoie un bulletin blanc.
- Bloc 1 : propositions incompréhensibles et très loin de la réalité de mon métier (234)

Au sujet du Conseil de l'Ordre :

- Proposition numéro 11 : réformer le Conseil de l'Ordre (53)
- Il serait bon que le Conseil de l'Ordre organise des réunions avec les médecins généralistes pour leur expliquer leur devenir et aller à la rencontre des jeunes, ouvrir le numerus clausus, retour des étudiants actuellement en formation à l'étranger (80)
- Monsieur les Conseillers Ordinaux, en vous lisant j'ai envie que vous atterrissez et interrogez nous avec un langage clair, sur nos réelles préoccupations. A savoir : quelle

est vraiment la place du médecin devant cette demande de consommation des patients : médecin ou partenaire de service ? Et les honoraires : ce n'est pas un gros mot ! Dans ce mot, il y a honneur et je pense que l'Ordre pourrait aider plus à cette reconnaissance : représenter les patients c'est bien mais soyez au cœur de nos préoccupations même si notre place dans le système de santé mérite d'être ?

- Cotisation Conseil de l'Ordre franchement hors de prix (186)
- Suppression de cette cotisation inutile.
- Parasite de la médecine !
- Voleurs !
- Cotisations moins élevées. Avoir le sentiment qu'il s'agit de l'Ordre de tous les médecins et non plus prioritairement de la médecine générale.
- Transformer l'Ordre en un syndicat comme les autres et pas obligatoire.
- Diminuer nos cotisations à l'Ordre en n'intervenant plus hors de vos compétences.

Proposition numéro 1 :

« Mettre en place un échelon territorial unique pour améliorer la coordination des soins »

- Faire fusionner toutes les caisses de l'Assurance maladie en une seule : la CPAM (3)
- Créer une communication nationale des CPAM (3)
- Détermination d'un territoire de proximité pertinent pour permettre une coordination des soins primaires de premier recours autour du médecin généraliste avec les infirmiers, kinésithérapeute, pharmaciens (5)
- S'appuyer sur les hôpitaux de proximité et les EHPAD (5)
- Un référent de coordination des soins unique peut entraîner une simplification dont le bénéfice irait aux soignants et aux soignés (9)
- Le nombre de secrétaire diminue dans le milieu hospitalier et entraîne une augmentation du temps administratif (39)
- Salariat de la médecine générale avec une réglementation du temps de travail pour permettre de libérer du temps de formation (80)
- Une meilleure coordination = plus de rapidité moins de coût plus d'efficacité (102)
- Une carte vitale qui contient le dossier médical informatisé, crypté avec différents accès selon les médecins et les paramédicaux (103)
- Un échelon territorial permet d'avoir une réflexion de proximité pour les professionnels (105)
- Meilleure coordination ville – hôpital et entre médecins et paramédicaux pour assurer la continuité des soins (111)
- Hémorragie de départ en retraite des médecins sans successeurs est dramatique surtout dans la région du Havre (122)
- A l'heure des GHT, répartir les soins en différents niveaux mais avec coordination pour éviter les transferts abusifs et retard de diagnostic (164)

- Désenclaver les composantes de la distribution locale des soins (177)
- Le nombre de consultation faites pour des patients sortis de structures hospitalières sans compte rendus... dossier médical partagé ou obligation de sortie d'hospitalisation avec un compte rendu (178)
- Il n'est plus acceptable de n'avoir aucune coordination que ce soit entre les établissements de soins ou les praticiens libéraux au moment des vacances scolaires et de se retrouver avec une offre de soins de premiers recours désastreuse : l'exemple de cette fin d'année 2016 est probant. (190)
- Retenir un échelon territorial unique cohérent en termes de bassin de vie et d'habitude de la population (202)
- Mise en place de centre de santé médicaux avec possibilités de temps de prévention et d'éducation thérapeutiques à répartir selon les professionnels impliqués et avec un mode de paiement type salariat d'une collectivité (213)
- Suppression des ARS qui ne sont que des officines politiques non élues et non démocratiques et purement destituées à une gestion économique de la santé (236)
- Avec un seul souci : les patients. Egalité des chances qu'on soit en rural ou en ville. Collaboration étroite entre l'hôpital, les médecins de ville, les médecins conseils, les médecins du travail ... (271)
- Il faut repenser le système de soins à l'échelle du territoire (298)

Proposition numéro 2 :

« Instaurer la démocratie sanitaire à tous les niveaux territoriaux »

- Donner la parole aux patients (2)
- Nécessité d'une répartition équitable des professionnels et spécialistes médicaux sur le territoire (8)
- Revaloriser l'acte (13)
- Revaloriser l'acte et pas que si l'on signe une convention type secteur 2 (13)
- Etablir un poids équitable entre les professionnels de soins ambulatoires et le monde hospitalier et l'administration (16)
- Améliorer la représentativité des syndicats, notamment des petits syndicats étudiants, voire ouvrir à d'autre forme de représentations : cadre associatif par exemple (16)
- Augmenter la permanence des soins : lieu des gardes, régularisation, horaires... (33)
- Représentativité des médecins libéraux de manière équitable avec les instances hospitalières à l'ARS (36)
- Trop de disparités d'accès aux soins en fonction de son lieu d'habitation (62)
- Trop de pouvoir médical à l'hôpital, qui empêche la réalisation de projets médicaux pour des questions administratives (formation de personnel et projet médical) (76)

- La négociation d'un taux de rémunération doit se faire par la génération des 40 à 50 ans, sinon les jeunes vont se retrouver avec des salaires à 3500 euros par mois (80)
- L'encadrement d'un poste à pourvoir permettrait une répartition sur tout le territoire (80)
- Les patients sont plus concernés par leur santé, leur prise en charge et le coût. (100)
- A qui revient la gestion de l'offre de soins ? actuellement un patient dont le médecin traitant est parti en retraite et qui n'a trouvé aucun médecin pour le prendre en charge a un taux de remboursement de 30 % seulement. Le médiateur de la CPAM qui, dans ses attributions, a l'injonction de l'aider croule sous les demande et n'en résout pratiquement aucune (122)
- Démocratie sanitaire = choix du médecin / variété des spécialités / limite des dépassements (149)
- Les obligations réglementaires, notamment la qualité et la traçabilité sont de plus en plus lourdes, laissant de moins en moins de temps pour la prise en charge médicale elle-même, et allongeant encore les délais de prise en charge dans une région en pénurie de médecine. A quand des outils informatiques qui font gagner du temps aux médecins et pas seulement aux administrations et aux organismes ? (190)
- Il me semble évident que les territoires de santé dans la région doivent offrir un accès aux soins plus aisés. Trop de villages n'ont pas d'offre de soins adéquats sans oublier le manque de médecins généralistes sur les territoires. Il faudrait des jours fixes de permanence médicale et de soin aux endroits stratégiques en alternant chaque professionnel qui prête ses services là où il n'y en a pas assez. (192)
- De plus en plus difficile d'exercer sa profession : absentéisme, paperasse, défaut de contrôle avec les organismes gestionnaires, plaintes des patients pour des faits non médicaux et on ne se sent pas épaulé par le conseil de l'ordre bien au contraire (198)
- En finir avec la liberté d'installation sans conditions en suivant l'exemple des officines et des infirmiers (202)
- En redonnant du temps médical, amélioration de la qualité de vie des médecins et diminution du risque de burn out (213)
- Appliquer plutôt les lois concernant les conflits d'intérêts au niveau national et international. Réforme complète de l'ANSE officine des laboratoires pharmaceutiques (236)
- Réduire l'inégalité d'accès aux soins de qualité en fonction des ressources personnelles par une revalorisation du secteur 1 et un encadrement des tarifs d'actes en secteur 2 (288)
- Instaurer des assemblées pluri professionnelles locales dans chaque bassin d'activité avec élections de représentants (293)

Proposition par laquelle les médecins se sentaient peu ou pas concernés :

- Il vaut mieux une gouvernance éclairée qu'une démocratie à tout bout de champ (4)

- La démocratie est la loi du plus grand nombre, mais le plus nombreux n'a pas forcément raison (4)
- Qu'est-ce qu'une démocratie sanitaire ? (9)
- Démocratie sanitaire = socialisation de la médecine ? non car elle sera plus coûteuse, plus lente et plus discutée (102)
- Je n'ai pas compris cette question (111)
- Je ne comprends pas le concept de démocratie sanitaire (195)
- Je ne comprends pas l'item (217)
- Je ne comprends pas le terme de démocratie sanitaire (220)
- C'est quoi ? (272)
- Enorme dépense pour rien (230)

Proposition numéro 3 :

« Créer un portail d'information unique entre acteurs et usagers de santé au niveau de chaque bassin de proximité de santé »

- Intérêt de raisonner en bassin de population (4)
- En 1990 : besoin d'un seul billet d'admission pour une opération ; en 2017 : on donne 7 à 9 feuilles (28)
- Afin de faciliter l'accès aux soins, un portail unique présentant l'ensemble des hôpitaux publics et privés de l'agglomération serait utile, ainsi que l'ensemble des centres de compétences et de références concernant les maladies rares (39)
- Faire un portail pour donner un véritable choix aux patients (72)
- Recenser tous les médicaux, paramédicaux, aidants, associations sur un même site internet (72)
- Le public doit recevoir une information indépendante et équilibrée, en plus des informations à caractères commerciales qui existent déjà (83)
- Compte tenu de l'exigence de la CPAM de désigner un médecin traitant c'est à elle de faire cela (122)
- Partenariat véritable ARS-Ordre-Assurance maladie (129)
- Le médecin généraliste doit rester le centre de soins pour le patient (130)
- Portail qui serait utile pour éduquer une population qui, bien souvent, consulte aux urgences. Liste de médecins de garde (163)
- La communication est et restera le « nerf de la guerre » (166)
- Portail internet informant sur les éléments administratifs par exemple : numéro de téléphone des cabinets médicaux, horaires de consultations et de visite, documents à fournir, préparations particulières à telle opération, examen d'imagerie, endoscopie etc... (183)

- La liberté d'installation doit être confrontée aux réalités de terrains. Nos collègues pharmaciens ont sauté le pas depuis longtemps. Cela ne pourra se faire que dans le même temps que l'adaptation régionale du numerus clausus. (190)
- Les médecins sont peu informés sur les aides apportées pour l'installation en zone rurale défavorisées (191)
- Développement d rencontres interdisciplinaires comme dans le cadre de formations organisées par le CHEM. Améliorer les relations chu-médecine générale. (213)
- A quand l'intranet entre médecins généralistes et CHU ? (229)
- Mettre en route de vraies politiques de prévention sur le tabac, l'alcool, le cannabis, les activités physiques intégrées au quotidien, sur la quantité de sucre dans l'alimentation moderne, la carence en vitamine D, en utilisant les techniques de marketing et en coordonnant la communication synchrone sur affichage dans les salles d'attente, les radios libérales, la TV locale, les réseaux sociaux, la parole des médecins est plus écoutée qu'on ne le croit. (240)
- Réseau social patient – médecin avec réseau de toutes les spécialités et professionnels paramédicaux (244)
- Peu probable vu l'échec du projet de PACS régional (244)

Proposition numéro 4 :

« Redonner du temps médical aux médecins »

- Encourager l'émergence d'un nouveau métier (2)
- Accompagner les cabinets et structures dans le cadre de projets de soins pour mettre en place l'aspect administratif (2)
- Nécessité de quantifier et rémunérer le travail administratif (4)
- Réduire le travail administratif ++++
- Aider les secrétariats médicaux à la gestion des tâches administratives (5)
- Simplifier le temps entrepreneurial pour redonner du temps médical (6)
- Nombreux certificats à remplir : tutelle / MDPH / enfants malades / dossiers d'admission / banques (7)
- Désigner des médecins dont l'unique activité serait le temps administratif (7)
- Revaloriser les actes administratifs (7)
- Donner plus de temps de formation, sans déborder sur le temps extra professionnel (8)
- Moins de travail administratif = plus de patients pris en charge (13)
- Rémunérer le travail administratif (13)
- Recentrer l'acte médical sur le colloque singulier avec le patient, redonner à l'interrogatoire et à l'examen clinique leur place prépondérante initiale dans la décision thérapeutique d'autant que peu onéreux (19)

- Le suivi et la prévention demande un temps minimal (19)
- Simplifier les démarches administratives (23)
- Problème avec l'espace pro d'ameli qui est chronophage : bug fréquent et lenteur du logiciel (23)
- Ne pas faire de tiers payant généralisé obligeant les médecins à vérifier leurs recours aux remboursements, de plus les patients ne savent pas le tarif des soins (23)
- A l'hôpital, faciliter la dictée, si possible numérique, impliquant l'embauche de personnel secrétariat et en ville, faciliter l'embauche de secrétaire (32)
- Embaucher du personnel paramédical et administratif dans les hôpitaux pour alléger les tâches administratives (33)
- Lutter contre la hausse du temps administratif dans le milieu libéral (33)
- Près de 50 % de l'activité concerne des tâches non médicales et pour l'essentiel sans aucun intérêt (52)
- Tâches administratives trop complexes, harcèlement des caisses (54)
- Supprimer le tiers payant généralisé (60)
- Favoriser la création de maisons médicales et de cabinet de groupe avec des mesures facilitaires pour l'embauche d'un secrétariat efficace qui dégage du temps au médecin (72)
- Le temps à réaliser des comptes rendus n'est pas comptabilisé (76)
- Allègement des contraintes administratives multiples et favoriser le travail d'équipe avec secrétaire, infirmière etc... dans des structures de soins (77)
- Déclaration des ALD tous les 5 ans est une aberration (78)
- Bon de transport à faire par le médecin prescripteur (78)
- Certificats pour les activités non sportives (zumba, cirque...) / dispense d'école pour le coût de la cantine/certificats de la MDPH à refaire tous les 6 mois / répétition des dossiers d'entrée en EHPAD (101)
- Limiter les tâches inutiles : certificat de sport, renouvellement MDPH.... (103)
- Mettre fin à 90% de formulaires papiers, Convaincre les structures médicosociales que leur demandes itératives – APA, MDPH) est du harcèlement administratif, de plus ces formulaires sont souvent mal remplis (105)
- Eviter d'avoir à gérer le tiers payant (111)
- Temps perdu à gérer les problèmes informatiques et à remplir des logiciels inadaptés (123)
- Refus de nouveau patient et délai de consultations liés à la faute de temps (144)
- Mettre fin à la répétition des formulaires administratifs type ALD, MDPH, tutelle, inutile en l'absence de modification clinique (153)
- Le temps passé avec le patient en contact singulier, humain, bienveillant est un facteur important de la qualité des soins, du bien-être et de la prévention. (155)
- Admettre qu'un anesthésiste a besoin de temps hors bloc et consultation pour l'organisation des soins, du matériel, et la gestion des réserves (156)

- Dans toute forme d'exercice, l'administratif prend trop de temps, surtout depuis l'informatisation (162)
- Ce qui implique de simplifier et automatiser : exemple, possibilité de vérifier la validité des droits e ligne directement depuis le logiciel quel que soit le type de sécurité sociale (163)
- Trop de charge administrative à l'hôpital, revalorisation des actes pour éviter les objectifs de résultats imposés par l'administration (164)
- Quel est l'avenir de notre métier si le cabinet médical finit petit à petit par devenir une annexe administrative des caisses et des mutuelles ? réponse : il ferme (168)
- Redonner du temps clinique en le valorisant (170)
- Temps administratif de gestion du cabinet, papiers de la sécurité sociale, dossier EHPAD, ordonnances de comptoir en tout genre, dossier assurances au détriment du temps clinique (178)
- Forfaitisation territoriale pour le temps administratif impondérable (178)
- Refus du tiers payant généralisé et améliorer l'accès à la formation médicale continue (180)
- Valoriser financièrement les consultations longues comme l'éducation thérapeutique, la prévention, maternage, allaitement... où il n'y a pas d'actes techniques. Le temps médical n'est pas pris en compte (181)
- Actuellement on passe autant de temps avec le patient à faire de la clinique que de l'administratif. Permettre de déléguer certains actes pour redonner du temps à la prise en charge des vraies pathologies (187)
- Nous passons trop de temps en administratif. Il faut mieux payer les médecins pour avoir la possibilité de payer une secrétaire. (191)
- Il faut être ferme là-dessus : le travail administratif ne peut pas être géré par les médecins. Il y a déjà assez de personnel pour gérer cela je ne sais pas par quel biais réformer cela mais je pense que l'informatisation devrait permettre de créer des outils à cet effet. (192)
- Ne pas accepter le tiers payant généralisé (194)
- Comment simplifier les tâches administratives sans augmenter le contrôle permanent ? faire plus confiance aux médecins et ce qui implique de plus sanctionner ceux qui abusent. (197)
- Promouvoir les regroupements professionnels (202)
- Déléguer un certain nombre d'actes : surveillance tensionnelle, vaccination, aux IDE sur protocoles médicaux et diminuer les tâches administratives (203)
- Notre travail est la médecine, pas l'économie, le droit, la gestion et la politique (205)
- Diminution de la charge de paperasse par des certificats unique (100%, MPDH, APA...) on coche la case souhaité et transmissions dématérialisée (208)
- Il est essentiel d'alléger la charge administrative des médecins. Le recours au tiers payant systématique va encore alourdir le système actuel (209)

- Fondamental et valoriser le temps non médical, de recherche, de formation ... Permet d'être plus performant et plus disponible pour le temps médical avec nos patients (210)
- Redonner du temps médical, c'est rémunérer décemment le temps consacré. C'est avoir à nouveau e secteur 2. Les médecins et les patients ont le droit de choisit la médecine de leur choix (212)
- Eliminer les courriers obligatoires. Laisser se développer apycrypt pour ne pas multiplier les boîtes à consulter. Exiger des caisses de s'expliquer sur les notifications concernant les FSE : faire apparaître le nom des patients et expliquer l'erreur constatée (214)
- Simplification administrative et revoir le système de contrôle en impliquant la CPAM et le conseil de l'ordre dans une même instance (220)
- Simplifier les démarches administratives, les certificats à établir, les renouvellements de dossiers APA tous les 6 mois... (223)
- Limiter l'administratif au strict nécessaire et non aux fantaisies de la sécurité sociale (244)
- Redonner du temps médical aux médecins. Alléger les contraintes administratives. Renforcer les formations de recyclage et mieux rémunérer les actes. (247)
- Ne pas faire l'interface sécurité sociale – mutuelle – patients (282)
- Les médecins ont tendance à devenir des prescripteurs, faire valoir et à devoir endosser les responsabilités d'actes ou de structures de soins sans avoir dorénavant le temps de mener une activité clinique et / ou psychothérapeutique (288)
- Le devoir du médecin est d'être au chevet de son patient donc son travail principal et d'être à l'écoute du patient et de l'examiner et de l'observer. Fondement de notre pratique médicale que nous ont enseigné nos maîtres. (289)
- Recadrer les certificats sportifs et scolaires auprès des directeurs (293)
- Transferts de certaines tâches sur les travailleurs médicaux sociaux avec accès à nos données informatiques (dossier APA) (292)
- Voir un patient actuellement, c'est penser dossier à jour, courrier, compte rendu, éviter ce qui pourrait amener à une procédure, coter le bon acte, être certain que la télétransmission a marché. Il y a 30 ans, mon interrogatoire et mon examen occupait 90% de ma consultation. Ne parlons pas de nos interventions chirurgicales tellement de paperasses et lignes informatiques que la petite discussion avant induction n'existe plus, mais nous sommes certifiés. (295)
- Surcharge de travail effectif (55heures par semaines) + travail administratif chronophage. Rémunération ne permettant pas l'emploi d'une secrétaire à plein temps. D'où un secrétariat téléphonique. Epuisement de la profession. (296)
- Nous passons trop de temps à faire de l'administratif. J'aimerais voir plus de patients et ne pas venir le dimanche faire mes papiers. Il faudrait dématérialiser les biologies et les comptes rendus et pouvoir les rentrer facilement dans les logiciels médicaux. (297)

- Il faut rémunérer le temps hors soins. (298)

Proposition par laquelle les médecins se sentaient peu ou pas concernés :

- Redonner du temps médical : il faudrait des regroupements avec maisons de santé et personnels. Le rêve mais à la vitesse que ça avance ... (293)

Proposition numéro 5 :

« Mettre en place un système social protecteur et une rémunération valorisante pour tous »

- Revaloriser le paiement à l'acte pour les pathologies tout venant (5)
- A associer à un forfait de santé publique pour les pathologies lourdes et les prise en charge spécifiques (5)
- Rémunérer les actes de coordinations (5)
- Supprimer le secteur 2 en valorisant le secteur 1 (23)
- Revaloriser les salaires des médecins hospitaliers pour les aligner sur le secteur privé (23)
- Cadrer les CMU, invalidité afin d'éviter les consultations abusives ou remboursement d'actes non vitaux ni nécessaires (23)
- Revaloriser les échelons des praticiens hospitaliers pour éviter la fuite vers le libéral. Il faut envisager une convergence des salaires entre le secteur public et privé. (24)
- Les honoraires des chirurgiens n'ont augmenté que de 6% en 30 ans, ils devraient doubler ou tripler (28)
- Contre le tiers payant généralisé qui promet une idée de gratuité des soins (32)
- Améliorer la protection sociale des libéraux (33)
- Maintenir la rémunération à l'acte (34)
- Rémunérer les certificats de MDPH, d'APA, les consultations en fonction de leur durée (42)
- Une partie du temps des études doit être prise en compte pour le calcul de la retraite (45)
- Inacceptable qu'une greffe cardiaque ou que l'ablation d'un cancer soit de loin, moins valorisée que la chirurgie du canal carpien ou l'interprétation d'une radiographie pulmonaire. (52)
- Revaloriser l'acte médical avec un dépassement d'honoraire autorisé et remboursé (54)
- Réformer la CARMF (60)
- Inégalité de traitement entre les spécialistes alors que les études sont les mêmes pour tous et que les responsabilités sont identiques (62)

- Etant donné le tarif de la consultation, les médecins doivent avoir un débit de consultation tel qu'ils ne prennent plus le temps d'examiner leurs patients qui deviennent des clients (67)
- 5eme trimestre d'étude à compter pour la retraite (72)
- Revaloriser la consultation à plus de 25 euros (78)
- Remplacement des mutuelles par une sécurité sociale élargie (79)
- Réduire les dépassements d'honoraires (79)
- Le système libéral est faussé par le fait que le financement est public. La rémunération des médecins dans la société correspond à la rémunération que les pouvoirs publics leur attribuent (83)
- Permettrait d'éviter le burn out des médecins (84)
- Modification des tarifications et diversification. Rémunérer selon le degré de l'acte et de niveau de consultation. Cumuler les actes. Revaloriser certains actes comme les vaccins (85)
- La rémunération n'est pas à la hauteur des responsabilités et qualifications des médecins (87)
- Rémunérations supranormales de certaines spécialités libérales qui ne sont pas en adéquation avec le service rendu et stérilisent les recrutements en milieu hospitalier (88)
- Le système d'assurance complémentaire et des mutuelles ne devraient être un élément de couverture qu'à la marge. Il n'y a pas de logique à avoir un double système d'assurance sociale et assurance privée pour le même risque maladie et c'est pourtant la direction qu'ont prise la plupart des réformes récentes avec l'augmentation du reste à charge pour la plupart des patients et masqués pour les ALD (98)
- Sécurité sociale unie et universelle : fusion de tous les régimes de sécurité sociale (CPAM, RSA, RSI...) / contrôle médical unique et équitable pour tous les assurés (101)
- Améliorer la prévention, notamment remboursement des vaccins contre la grippe pour tous les assurés (101)
- Rémunération revalorisante pour tous et stimulante pour les installations (110)
- Médecin de l'éducation nationale sous-payés par rapport aux autres médecins salariés, d'où la pénurie actuelle très dommageable (125)
- Il n'est pas possible que les honoraires d'un généraliste soient 10 fois inférieurs à ceux d'un pédicure et les podologues sont payés comme ils se doivent (127)
- Les disparités entre médecins sont disproportionnées (132)
- Forfait ou revalorisation de l'acte mais la rémunération actuelle est indécente et empêche les jeunes de prendre la voie de la médecine générale (133)
- Les dépassements d'honoraires devraient être supprimés pour tous les praticiens conventionnés. (138)
- La moyenne européenne de consultation est à 45 euros → revaloriser les actes médicaux et supprimer le ROSP. (142)

- Le burn out va toucher les médecins restants après le départ en retrait de leurs aînés (144)
- Limiter les consultations à multiples motifs (147)
- Permettre au médecin de privilégier les soins aux patients plutôt que de se préoccuper de sa sécurité financière ou sociale. (155)
- Il faut niveler la rémunération des privés sous peine de voir fuir les radiologues, anesthésistes et chirurgiens vers le privé (156)
- Niveau de rémunération dans le public bien trop bas pour des contraintes toujours plus importantes et des horaires de fous qui n'incitent pas les jeunes à rester à l'hôpital (156)
- Dévalorisation du C par rapport à une foule de tarifs (même le coiffeur) au fil des dizaines d'années passées (165)
- Privilégier la médecine libérale qui est efficace et rentable, elle est efficiente (166)
- Supprimer les carences pour maladie, les médecins ne sont pas exclus d'être malades ; abaisser l'âge de la retraite ; forfaitisation territoriale en fonction de la démographie (178)
- Revoir d'urgence la revalorisation des actes techniques bloqués depuis plus de 20 ans (180)
- Par rapport à la plupart des pays européens, le système de cotation est complètement décalé par rapport au coût réel et aux investissements nécessaires pour une médecine de qualité (181)
- Le système social est déjà très protecteur et notre travail peu ou mal valorisé (186)
- Redonner de la valeur à l'acte médical au sens large afin de ne pas obliger à faire du volume (187)
- Cela devrait permettre de lutter contre les dépassements d'honoraires source d'une médecine à deux vitesses (194)
- Regardez le niveau de rémunération des généralistes français par rapport à nos voisins (201)
- Mettre en œuvre sans tarder une messagerie sécurisée entre les acteurs de soins primaires et l'hôpital (202)
- Les gardes de nuit aux urgences du CHU sont épuisantes mais leur rémunération est dérisoire. Je comprends nos jeunes collègues qui quittent le service public (207)
- Le recours à l'offre de soins de santé devrait être payant pour tous. De l'euro symbolique pour les plus démunis à la totalité pour ceux qui disposent d'une couverture sociale adaptée. (209)
- Revaloriser les carrières médicales qui se papérisent et uniformiser les rémunérations entre les différentes carrières médicales (210)
- Redonner confiance dans le libre arbitre de chacun et cesser de prendre les professionnels de santé comme des délinquants en puissance (212)

- Le choix de la spécialisation et du mode d'exercice ne doit pas être guidé en priorité par la rémunération. Valoriser la médecine préventive dans des structures existants déjà type PMI (220)
- Réduire le délai de carence nous obligeant à prendre une prévention privée en cas de maladie alors que nous cotisons pour la sécurité sociale via l'URSAFF (223)
- Stop aux excès de paperasseries et autres tracasseries administratives dont le nombre, la fréquence et les difficultés de compréhension vont en augmentant (224)
- Travail = rémunération. La santé est une richesse pour tous. Valoriser la prévention = rendre attractif des postes de médecine scolaire, de PMI... (238)
- En secteur 1, la dernière revalorisation de la consultation est très ancienne. Pratiquant la radiographie mes actes sont sous cotés par rapport aux radiologues (coefficient inférieurs) et ont été baissés d'office avec ceux des radiologues qui peuvent cependant compenser par l'imagerie en coupe (241)
- La rémunération n'est plus à la hauteur du temps passé et des responsabilités. Il n'y a aucune augmentation du C alors que toutes les factures augmentent chaque année. Et il n'y a donc plus d'attraction pour les jeunes à faire un métier sous payé avec beaucoup d'heures et de responsabilités, ce qui est normal (254)
- Eviter le déséquilibre public privé. Rendre toutes les spécialités attractives (257)
- Plus on consulte vite et mal et plus on gagne de l'argent. Je suis donc un médecin pauvre et parfois c'est rageant surtout quand on rattrape les bêtises et négligences des autres. (260)
- La sécurité sociale telle qu'on la connaît est obsolète. Remettons tout à plat ! (267)
- Pas de délai de carence pour alors de 3 jours pour les indemnités journalières. Revenu de base en cas d'arrêt supérieur à 30 jours sans avoir recours aux assurances privées (270)
- Ouvrir le concours pour laisser nos enfants faire des études médicales au lieu d'ouvrir les frontières pour permettre l'accès aux médecins formés hors frontières mais cela coûte moins cher à l'état. (282)
- Nécessité d'un congé maternité digne de ce nom avec augmentation des indemnités journalières, remplacement prioritaire du médecin absent, remplacement de renfort pour les associés... aide financière pour le remplaçant ou le cabinet pour inciter à venir. (292)
- Rémunération nette à l'heure non adapté au niveau des responsabilités et de la formation de la profession médicale. Libérale dans l'activité, rémunération sous tutelle (296)
- Il faut améliorer la protection sociale notamment en cas d'arrêt maladie ou de maternité (298)
- Ce n'est pas le sujet, nous sommes épuisés, découragés ! il faut mieux nous rémunérer pour faire venir des jeunes médecins ! (191)

- Et surtout se pencher sur les conditions d'exercice des retraités actifs assurés de la CARMF, URSAFF et cotisation de l'Ordre alors que sans eux, le déficit médical serait encore plus catastrophique (269)
- Créer une loi permettant une indemnisation forfaitaire du médecin quand le patient prend un rendez-vous, ne vient pas, ne décommande pas le rendez-vous et ne justifie pas son absence.

Proposition numéro 6 :

« Promouvoir et faciliter les coopérations inter et intra professionnelles »

- Favoriser les formations interprofessionnelles (2)
- Il existe une obligation éthique de communication entre les professionnels de santé autour d'un même patient, or on constate que c'est souvent le patient qui fait l'intermédiaire entre la ville et l'hôpital, surtout dans le sens hôpital -> ville (16)
- Projet ambitieux de dossier médical unique et centralisé avec une garantie d'indépendance absolue vis-à-vis de tout organisme assureur, y compris public (16)
- Accès au spécialiste dans des délais normaux sont maintenant le devoir du généraliste avec une perte de temps (19)
- Les spécialistes doivent prendre leur responsabilité y compris dans les prises de rendez-vous (19)
- En chirurgie, nécessité d'une astreinte commune entre les cliniques privées des grandes villes et d'une garde commune dans les hôpitaux publics avec la participation des chirurgiens privés (28)
- Nécessité d'un encadrement, soutien, formation face à la gestion du cabinet médical : outils informatiques, convention, recrutement... le médecin libéral est seul face aux exigences de la CPAM et des organismes sociaux. (49)
- Proposer un annuaire spécial avec les coordonnées des médecins installés dans la région avec mail car pages jaunes non à jour, pour faciliter le lien avec les confrères (74)
- Favoriser la communication entre le milieu hospitalier et le milieu libéral pour une meilleure coordination et pertinence des soins en optimisant l'usage des ressources (77)
- Portail de réseau professionnel sécurisé avec code RPPS, avis médical sur dossier médical pour archivage et traçabilité (85)
- Favoriser la création de maisons médicales et soutenir l'action des syndicats et de l'URPS (118)
- Un seul ordre des professions de santé (129)
- Permettre des contacts directs pour des hospitalisations directes dans des services de médecine (143)

- Développer la délégation pour redonner du temps médical aux médecins et pour renforcer la FMC, un hic : le financement (144)
- Il est urgent que chaque médecin se sente concerné par une prise en charge globale des patients et donc améliorer la coordination des soins (154)
- Ne pas considérer que seule la médecine libérale et hospitalière existe. Des lois importantes sont votées et ne concernent pas les médecins sus cités donc aucun intérêt pour le conseil de l'ordre qui pense que les médecins du travail ne servent qu'à payer la cotisation (loi khombery) (162)
- Développer les compétences cliniques des auxiliaires de santé, surtout infirmiers (170)
- Monter un dossier de nouvelle coopération interprofessionnelle est une galère sur au moins 2 ans avec l'HAS très peu réactive, et pourtant c'est une amélioration de qualité des soins et un bénéfice pour les médecins et paramédicaux (176)
- Nous recevons encore trop de courrier papier. Nous devrions recevoir tous les comptes rendus d'hospitalisation de façon dématérialisée (79)
- Pouvoir consulter les dossiers des autres, ne pas refaire ou passer à côté de ce qui a déjà été fait, gain de temps et économie de santé (205)
- Sans entrer dans la complexité des structures comme l'ANDPC qui entrave plus qu'elle ne facilite les coopérations interprofessionnelles dans le cadre de la formation professionnelle (212)
- Développement de maisons de santé pluridisciplinaires (223)
- Je perçois 28 euros par consultation depuis plus de 10 ans. Quelle nouille je suis de ne pas être en secteur 2 et de ne pas faire de dépassements ! (224)
- Favoriser les échanges entre praticiens (237)
- Promouvoir et faciliter les coopérations inter et intra professionnelles. Documents de transmissions pour la continuité des soins et les échanges. Organisation de réunions inter et intra professionnelles. Faciliter et raccourcir les délais de consultations des spécialistes. (247)
- Mettre en œuvre un site internet qui permettrait de contacter facilement un professionnel de terrain. Carte avec localisation des cabinets, téléphone et adresse mail (293)
- Développer les SISA avec des critères moins contraignants. (297)

Proposition numéro 7 :

« Simplifier les relations avec les organismes gestionnaires »

- Nécessité de passerelles entre les caisses de l'Assurance maladie (6)
- Problème de rémunération des actes télétransmis (6)
- Problème d'anonymat des patients dans certaines caisses pour la comptabilité (6)

- Autoriser les médecins généralistes à mettre à jour les cartes vitales (7)
- Simplifier les relations avec la sécurité sociale pour les libéraux et l'administration hospitalière pour les hospitaliers (100)
- Relations très tendues avec les médecins conseils via la visite de pré reprise pour les médecins du travail (123)
- Demande d'un respect des règles de déontologie pour les organismes employant des médecins et aide ++ de l'ordre quand on est en difficultés (123)
- Une seule sécurité sociale obligatoire = un seul régime et un seul régime gestionnaire (129)
- Aucune relation avec les mutuelles, impossible de savoir le taux de remboursement des patients (148)
- Eviter la complexité administrative et les interlocuteurs multiples (153)
- Que les différents organismes assurent entre eux une meilleure communication (153)
- A l'heure de l'informatique, il est dommage qu'il n'existe aucune passerelle entre tous les organismes gestionnaires (162)
- Interlocuteur unique. Horaires pour pouvoir joindre lesdits organismes compatibles avec notre exercice. Qu'ils répondent aux mails. (197)
- Dénoncer toutes les usines à gaz qui nous sont imposées au prix de centimes insignifiants (199)
- Le tiers payant, oui, mais sans la paperasse obligatoire pour voir si les mutuelles nous règlent vraiment (201)
- Simplifier les relations c'est remplir des papiers inutiles et de bon sens en abandonnant certains prestataires obsolètes (215)
- Simplifier et réduire les organismes, réduire les postes administratifs occupés par des médecins afin qu'ils puissent s'occuper de patients (217)
- Mettre en place une filière d'assistants de médecins comme en Scandinavie et Allemagne ou USA. On les appelle physicien ou assistant. Ils assurent le secrétariat, l'éducation sanitaire, et a biométrie de base et sont payés par des honoraires qui ne peuvent être utilisés que pour les rémunérer. (240)
- Pourquoi les actes en accidents de travail en dehors des salariés chez qui on peut utiliser la carte vitale, sont-ils si compliqués à obtenir (pas de carte vitale, caisses multiples, lenteur au paiement, envoi systématique du RIB...) (241)
- Alléger les tâches administratives, les usines à gaz. Laisser le patient débattre avec les organismes gestionnaires, le responsabiliser. (259)
- J'espère un numéro d'appel direct qui nous serait dédié au niveau des différentes caisses soi pour joindre de façon directe un médecin conseil si nécessaire, et surtout pour répondre à toutes nos questions administratives. (263)
- Trop d'organismes, trop de papiers, trop d'ordinateur ... moins de temps pour les malades (273)
- Les relations avec la sécurité sociale se sont bien améliorées avec l'outils informatique. Il manque parfois un peu de formation quand un nouvel outil arrive.

Nous avons besoins d'anticiper avec nos patients les déremboursements car médicaments trop chers. (293)

- Simplifier ne veut pas dire tout nous déléguer. Nous avons perdu le respect de tous, patients et interlocuteurs gestionnaires. Nous sommes des grattes papiers. (295)
- Simplification de toutes les tâches administratives, non médicales, afin d'être centré sur nos malades. Notre cœur de métier est de soigner avec dignité, compétence et efficacité (296)
- Autre proposition : soutenir les médecins face aux pressions institutionnelles et aux procédures de plus en plus nombreuses à l'encontre des médecins (92)

Proposition numéro 8 :

« Réformer le numerus clausus et la PACES pour une meilleure adaptation des besoins des territoires »

- Les gouvernances précédentes n'ont pas su anticiper le renouvellement de la population, la féminisation de la profession, l'attrait des nouveaux médecins pour le salariat, ce qui entraîne les difficultés d'accès aux soins de premier recours actuel. (4)
- Recours à des médecins à diplômes étrangers qui prive les pays de provenance de médecins et les politiques précédentes ont privé la France de médecin Français (4)
- Il faut réfléchir le numerus clausus au niveau européen et non français, à l'heure de la reconnaissance européenne des diplômes (6)
- Former à l'exercice libéral dès l'internat (7)
- Le concours en médecine en PACES étant tellement sélectif que nous perdons des étudiants qui partent à l'étranger (9)
- Pour qu'il y ait un réseau de généraliste il faut qu'il y en ait assez et que le métier soit attrayant (19)
- Adapter le nombre de postes disponibles par territoire au nombre d'étudiant ayant validé le concours pour éviter les postes non pourvus et les zones désertées (23)
- Désertification médicale même dans les grandes villes suite aux multiples départs en retraite (34)
- Réformer la formation initiale des étudiants en les préparant à la réalité du métier, faire une formation moins théorique (35)
- Il faut réformer la PACES et l'ECN. Il faut que les étudiants qui ont le niveau puissent poursuivre leurs études (note à 12) mais aussi que l'ECN prévoie une note de redoublement pour éviter le nivellement vers le bas des derniers classés. (39)
- La PACES devrait être inaccessible aux étudiants non scientifiques (51)
- Adapter le nombre d'étudiants en tenant compte de la démographie

- Il faut sélectionner des étudiants empathiques plutôt que des intellectuels scientifiques (84)
- Fin de la liberté totale d'installation (100)
- Les étudiants étant pris en charge par la collectivité, il semble qu'ils sont redevables à celle-ci et devraient venir occuper les territoires désertiques en médecine. Il suffit de les prévenir (100)
- Le numerus clausus devrait être différent par inter régions selon les besoins du territoire avec obligation de s'installer dans la région (103)
- Revaloriser et renforcer la formation des gériatres (103)
- Gros problème de démographie médicale dans notre région et notamment près du havre. Régionaliser le numerus clausus et la PACES pourrait inciter plus de médecins à choisir les spécialités concernées, surtout s'il y a un numerus clausus « qualitatif » (107)
- Augmenter la formation en nombre pour la PACES (118)
- Soutenir les maîtres de stages universitaires en particulier en médecine générale, augmenter le nombre de postes d'agrégés, médecine générale et le nombre de postes d'internes en Normandie (118)
- Ce n'est pas le numerus clausus qui pose problème mais la liberté d'installation (138)
- Anticiper les besoins médicaux et la démographie médicale en augmentant l'attractivité pour les jeunes médecins (153)
- Limiter l'installation des médecins dans les secteurs favorisés en nombre de médecins (154)
- Certaines spécialités (médecine générale, psychiatrie, gynécologue obstétricien ...) ont besoin de médecins plus humains que techniciens ou hyperspécialisés, or la PACES sélectionne trop de cerveaux au détriment de l'enthousiasme et des capacités humaines. Proposition ; une sélection sur 3 ans comme en Belgique. (155)
- Surtout pour inciter les étudiants à s'éloigner de la ville. Encourager une obligation d'aller faire 6 jours en campagne serait judicieux (163)
- Augmenter le numerus clausus pour avoir des étudiants français issus de la PACES en quantité suffisante à former dans les CHU et leur donner le goût de leur région d'origine hors CHU (164)
- Inadéquation entre les matières sélectionnantes et la pratique ultérieure (165)
- Le numerus clausus constitue une idiotie institutionnelle contreproductive, calamiteuse et parfaitement illégitime. Pourquoi cet entêtement à le maintenir ? (177)
- Pas assez de jeunes médecins pour prendre la suite ; décalage entre le numerus clausus, très théorique, et la réalité des choses. Peu de jeunes voient l'activité libérale attractive (179)
- 10% des médecins sortants s'installent en libéral (contre 90% il y a 30 ans) (180)

- La sélection actuelle au PACES ne se justifie pas quand on voit la pénurie sur le terrain. Elle pousse même certains de nos étudiants à se former dans d'autres pays, on marche sur la tête (181)
- Réformer le numerus clausus et augmentation de l'égalité homme femme au concours de façon à rééquilibrer pour l'avenir la population médicale homme femme (186)
- A mon sens, il faut qu'après le cycle commun, il y ait autant d'étudiants qu'il est nécessaire pour les territoires. Un numerus clausus est nécessaire mais selon le classement local. Il faudrait ensuite valoriser la place du médecin coordinateur d'EHPAD (192)
- Cela devrait permettre de lutter contre les déserts médicaux et la pénurie de médecins dans certaines disciplines (ophtalmo et rhumato par exemple) (194)
- Augmenter le numerus clausus en PACES d'autant surtout avec 2/3 de femmes de médecins qui auront des horaires vraisemblablement plus souples en libéral (196)
- Mettre fin au déficit dramatique du nombre de généralistes et spécialistes (201)
- Augmenter le numerus clausus essentiellement en fonction des besoins régionaux selon les spécialités les plus déficitaires, en instaurant lors des examens une note éliminatoire afin d'écartier le risque d'être médecin sans avoir les compétences suffisantes (203)
- Réformer le numerus clausus et l'adapter en fonction des besoins à venir (211)
- Il est temps d'adapter le nombre de médecins formés en tenant compte : des besoins régionaux, sans obliger l'installation, de la féminisation de la médecine, du fait qu'on ne peut continuer à exiger 70h de travail hebdomadaire pour base d'un temps plein. (213)
- Améliorer le système de concours par QCM en ouvrant un peu plus les vannes aux médecins français. Et réduire ainsi le passage des bêtes à concours sans vocation vraie (215)
- Réformer le mode de sélection et de formation afin d'avoir des jeunes motivés pour la médecine au quotidien (217)
- Réformer la PACES pour ouvrir à plus de diversité intellectuelle pour redonner du souffle à la médecine (220)
- Adapter le nombre d'étudiants aux besoins régionaux semble très important (228)
- Redonner espoir aux candidats afin de rendre cohérent la formation et les besoins. Arrêter les recours au vol des pays étrangers en leur propre besoin (238)
- Je suis pour l'augmentation du numerus clausus. Les délais sont partout longs. Certes on a tous augmenté notre patientèle mais notre santé risque d'y passer. (241)
- Modifier le numerus clausus et la PACES ne modifieraient en rien les choix d'orientation lors de l'ECN qui est un classement national. Une sélection préalable et une véritable première année de médecin seraient préférables. (246)
- Le numerus clausus doit être abandonné. La sélection doit se faire sur dossier avec lettre de motivation et bilan scolaire comme dans les grandes écoles. (267)

- Prendre modèle sur la présélection à l'anglo-saxonne. (272)
- Augmenter le numerus clausus = plus d'étudiants français qui parlent français ne sont pas obligés et s'expatrier, pour ne pas importer des médecins roumains à bas prix formés en 3 ou 5 ans qui ne répondent même pas aux patients. Adaptation au territoire = s'il y a plus d'étudiants nés dans la creuse, il y aura plus de médecins dans la creuse... (273)
- Nous sommes en présence d'un désert médical et nous n'avons plus de médecins ou que des médecins étrangers qui ne parlent pas ou mal la langue de nos patients. Il faut plus de médecins français. (289)
- Le besoin d'un territoire ne se résume pas à un numerus clausus. Il est important de répartir les professions médicales et paramédicales sur l'ensemble du territoire. Il faut peut-être réfléchir sur l'organisation de l'installation pour la médecine générale et rediscuter la liberté du choix même si cette proposition est très dure (291)
- Il est vrai que les modifications de notre exercice peuvent rendre heureux les techniciens de la médecine. Mais recruter des vacances n'est pas mal non plus surtout dans les régions sinistrées. A chaque région son type de concours en fonction des besoins sans pour autant le brader mais en le valorisant scientifiquement plus loin dans le parcours. (295)
- La manière de sélectionner les médecins est assez déplorable. Organiser les entretiens et des dossiers pour l'entrée en médecine. (297)

Proposition par laquelle les médecins se sentaient peu ou pas concernés :

- Il faut rendre attractif le métier plutôt que de modifier le nombre de candidats (83)
- Aucune utilité : les choix d'installation se font en deuxième partie d'internat. (300)

Proposition numéro 9 :

« Régionaliser la formation initiale et renforcer la professionnalisation du deuxième cycle à l'internat »

- Proposer un stage en médecine libérale pour tous les internes et non uniquement les spécialistes en médecine générale (3)
- Instaurer des notes minimales pour la validation des ECN (8)
- Montrer aux étudiants autre chose que le CHU (72)
- Le nombre d'internes devraient être fonction du bassin de population (76)
- Stage en médecine générale obligatoire pendant l'externat et en cabinet de ville pour toutes les spécialités entrainerait une meilleure compréhension des problématiques retrouvées en ville (78)
- Former les médecins aux besoins de leur région (82)
- Mettre des stages en médecine scolaire (86)

- Adapter le nombre d'étudiants aux besoins du département 76 (101)
- Il faut augmenter le nombre de stages chez le médecin généraliste, un seul stage obligatoire actuellement est insuffisant (101)
- Davantage de stage pratique (102)
- Se connaître en tant que professionnels de santé pour former une équipe autour du malade (106)
- Ouverture de stages hospitaliers dans les hôpitaux non universitaires (108)
- Il faut en finir avec l'ECN qui fait descendre au sud les bien classés du nord qui ne remontent pas (127)
- C'est indispensable si l'on veut éviter les déserts médicaux. Devoir faire des choix entre spécialités et région d'installation est un non-sens (132)
- Renforcer la connaissance médicale de base des généralistes qui ont besoin maintenant de connaître la gériatrie, la pédiatrie, la gynécologie et tout le reste (158)
- Rendre obligatoire ou intégrer aux étudiants de deuxième cycle 6 mois en médecine générale pour tous les étudiants (170)
- Augmenter l'attractivité des régions provinciales pour les internes et multiplier les terrains de stages périphériques (208)
- La lutte contre la désertification médicale ne passera que par des mesures incitatives, augmentation du nombre d'étudiants dans les petites structures, passage des externes pendant au moins 6 mois dans un cabinet de médecine générale (209)
- L'internat doit permettre un bon encadrement de façon qu'à la fin l'interne soit bien formé (211)
- Des stages médicaux en ville en deuxième cycle d'internat sont nécessaires pour promouvoir les nouvelles installations (214)
- L'aménagement des territoires impose la proximité de recrutement (238)
- La liberté d'installation ? Se voir comme acteur de santé c'est se voir comme tributaire du besoin sanitaire (239)
- Inciter / obliger les étudiants à rester dans leur région avant la spécialité (244)
- Utile si associée à l'amélioration des stages hospitaliers (246)
- Plus de pratique et moins de théorie, il n'y a pas que les CHU qui forment (259)
- Travailler en réseau est fondamental entre spécialistes et médecin généraliste, par spécialités. Se connaître de longue date, avoir déjà travaillé ensemble facilite le processus. Faire participer très tôt les étudiants à ces réseaux (271)

Proposition par laquelle les médecins se sentaient peu ou pas concernés :

- A partir du moment où le diplôme est national et qu'il y a une liberté d'installation, cette régionalisation n'a peu de sens (135)

Proposition numéro 10 :

« Renforcer la formation continue par la recertification »

- Analyser par des pairs le niveau de compétence à intervalle régulier sauf pour les médecins généralistes en activité (5)
- Validation des acquis par exploration des pratiques professionnelles et adaptation avec les manques repérés, faire des examens type ECOS (5)
- Garantir la qualité des formations (16)
- Niveau médical moyen bas, la recertification serait une contrainte mais aussi une stimulation. Elle ne pourrait être acceptable qu'en concomitance avec une remise à niveau des honoraires permettant aux médecins de dégager du temps pour la formation (37)
- Le conseil de l'ordre devrait être le chef d'orchestre de la FMC et non les laboratoires qui sponsorisent les congrès (49)
- Prises en charge inadaptées secondaire à la non mise à jour des formations. Une recertification dans sa spécialité, théorique et pourquoi pas pratique, à intervalle régulier serait bienvenue. Elle existe déjà dans de nombreuses professions (52)
- Organiser, favoriser, imposer la formation continue par la recertification (79)
- Temps de formation obligatoire et rémunéré (80)
- Seule façon d'améliorer le niveau général et de permettre des évolutions des mode d'exercice en cours de vie (83)
- Formation continue et indépendante de l'industrie pharmaceutique et des financeurs. Permettrait d'assurer et de conserver une bonne image (98)
- Maquette de recertification : simulations, congrès, conférences (108)
- Recertification tous les 10 ans avec examen type ECOS ou TCS (110)
- La formation continue pour une émulation médicale, pour rompre l'isolement en ville et pour assurer une qualité de soins optimale et éviter le burn out (111)
- Améliorer la formation médicale continue en laissant les médecins généralistes l'organiser afin qu'elle soit adaptée à leur pratique de ville et non pas à la pratique de l'hôpital (133)
- Les avocats ont une revue de formation obligatoire annuelle par exemple (135)
- Formation continue pour tous avec des réévaluations régulières pouvant entraîner des récompenses ou des sanctions (138)
- Oui, car combien de médecins se forment ? Les FMC ne sont pas reconnues à leur juste titre (149)
- Indispensable mais souvent matériellement difficile (165)
- La formation tout au long de la carrière est primordiale pour une médecine efficace (166)
- Recertification mais sans les usines à gaz complexes. Impliquer les sociétés savantes de spécialités (176)

- La Formation continue ok mais pas forcément par recertification mais par facilitation à la participation à des formations (ateliers, congrès...), remplacements plus aisés, certificat de participation... (183)
- Il faut donner plus de possibilité et simplifier les démarches de requalification par la validation des acquis et par la reconnaissance des formations post universitaires validantes (187)
- Imposer la certification pour améliorer la qualité de la prise en charge (197)
- Simplifier le DPC et exercer un véritable contrôle au-delà des initiatives individuelles (202)
- Favoriser les passerelles entre les spécialités médicales ou augmenter les possibilités de diplôme universitaire favorisant les pluri exercices professionnels (203)
- Pour arrêter les soins d'il y a 30 ans qui n'ont plus lieu d'être, restons formés (205)
- Impératif de s'évaluer et d'être évalué pour garder du qualitatif dans nos prises en charge (210)
- Accès à une formation continue non financée par des laboratoires pharmaceutiques (216)
- Renforcer la formation continue par la certification. La formation continue doit avoir plusieurs formes et supports et doivent être couronnés de certification pour être rémunérées (247)
- Continuer à se former ensemble, à échanger, à faciliter les relations médecins de terrain et hospitaliers. S'ouvrir aux besoins spécifiques de certains patients comme les travailleurs handicapés qui souffrent plus qu'ils ne profitent d'un arrêt de travail, et risque de désocialisation (271)
- Dormez 3 heures par jour, consultez, paperassez, courez en FMC non indemnisée, interdit de burn out (273)
- Les DPC deviennent les formations de références et pourtant l'offre de formation DPC pour les médecins est quasi inexistante. Les budgets dans les institutions sont ridicules et obligent à trouver les formations intégralement financées en DPC quasi absentes. (288)
- Recertification obligatoire avec définition donnée du champ d'activité des médecins généralistes (293)

Proposition par laquelle les médecins se sentaient peu ou pas concernés :

- Laisser les médecins gérer leur formation continue selon leur besoins spécifiques
- Supprimer la cotisation pour la formation professionnelle (6)
- La formation est une affaire de conscience professionnelle et non d'administration car les différents types de formation ne correspondent pas à nos besoins très particuliers lors de spécialités (39)
- Faire confiance aux médecins (54)
- Le meilleur juge reste le patient (130)

- On fait déjà cours de façon obligatoire aux internes ou aux infirmières (156)
- La FMC est conçue actuellement comme une usine à gaz, chronophage pour les organisateurs et opaque pour ceux qui veulent se former (181)

Résumé

Introduction : Le système de santé français est en constante évolution et est perfectible. Dix propositions de réforme ont été présentées dans un Livre Blanc suite à La Grande Consultation menée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2015. L'objectif de cette étude est de définir les trois propositions jugées les plus pertinentes par les médecins de Seine-Maritime parmi ces dix, afin de proposer une réforme de santé en adéquation avec les besoins des médecins sur le terrain. Les objectifs secondaires étaient d'analyser le classement de leurs trois choix de réponses, les demandes selon leurs spécialités, modes et territoires d'exercice et de donner la proposition par laquelle ils se sentaient peu ou pas concernés.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une enquête observationnelle descriptive, réalisée entre le 10 janvier et 15 février 2017. Un questionnaire élaboré par les membres du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime a été envoyé par voie postale à 4119 médecins actifs de Seine-Maritime inscrits à l'Ordre et était disponible sur internet. Les médecins pouvaient commenter leurs choix.

Résultats : L'échantillon était composé de 312 médecins. Ils étaient 22,7 % à demander davantage de temps médical, 16,2 % une revalorisation de leur rémunération ainsi qu'un système social protecteur, et 15,6 % une réforme de la PACES et du numerus clausus. Les analyses en sous-groupes retrouvaient toujours ces trois mêmes propositions quels que soient la spécialité, le mode ou le territoire d'exercice, et le souhait d'augmenter le temps médical se retrouvait systématiquement en première position. Les médecins se sentaient peu ou pas concernés par la question de la formation continue et de la recertification dans 12,8 % des cas, suivie de la proposition concernant la démocratie sanitaire avec 11,5 % de choix. L'analyse des commentaires confirmait le malaise de la profession médicale et donnait un éventail de propositions d'amélioration du système sanitaire fourni par les participants.

Conclusion : Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime permet aux médecins de participer à l'élaboration d'une réforme de santé grâce à la prise en compte de leurs points de vue. Les trois propositions les plus attendues doivent être mises en application dès que possible par l'intermédiaire des Conseils Régionaux et du Conseil National de l'Ordre des Médecins, afin de proposer une réforme sanitaire répondant aux attentes des professionnels de santé.

Mots clés : Réforme sanitaire, Conseil de l'ordre, Exercice professionnel, Démocratie sanitaire, Organisation territoriale des soins, Rémunération, Formation médicale initiale, Formation médicale continue.