HAL
open science

Besoins des médecins généralistes du 13ème arrondissement de paris concernant leur organisation professionnelle et la gestion de leur activité médicale

Ophélie de Reviers de Mauny - de Castelbajac

To cite this version:

Ophélie de Reviers de Mauny - de Castelbajac. Besoins des médecins généralistes du 13ème arrondissement de paris concernant leur organisation professionnelle et la gestion de leur activité médicale . Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01599821

HAL Id: dumas-01599821

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01599821

Submitted on 2 Oct 2017

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

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES | USPC Université Sorbonne Paris Cité

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016 N° 170

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Besoins des médecins généralistes du 13ème arrondissement de Paris concernant leur organisation professionnelle et la gestion de leur activité médicale

Présentée et soutenue publiquement

le 29 septembre 2016

Par

Ophélie de REVIERS de MAUNY - de CASTELBAJAC

Née le 1er novembre 1985 à Versailles (78)

Dirigée par M. Le Professeur Hector Falcoff

Jury :

M. Le Professeur Christian Ghasarossian ..... Président

M. Le Professeur Marc Verny

M. Le Docteur Pierre Durieux

Except where otherwise noted, this work is licensed under

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 4
TABLE DES ILLUSTRATIONS 6
1 INTRODUCTION 7
1.1 Une densité médicale en baisse 7
1.2 Démographie des médecins généralistes du 13ème arrondissement de Paris 9
1.3 Présentation du Pôle santé Paris 13 sud-est 10
1.4 Les besoins des médecins généralistes 11
1.5 Objectif de l'étude 12
2 METHODE 13
2.1 Description de l'étude 13
2.2 Recrutement des médecins 13
2.3 Recueil des données 15
2.3.1 Mode de recueil 15
2.3.2 Données recueillies 15
2.4 Analyses 17
3 RESULTATS 17
3.1 Population de l'étude 17
3.2 Caractéristiques des répondants 20
3.3 Description des besoins 23
3.3.1 Charge de travail 23
3.3.2 Collaborations et formation continue 26
3.3.3 Accessibilité 29
3.3.4 Informatisation 33
3.3.5 Diversité des pratiques des médecins 35
3.3.6 Problèmes et difficultés dans l'activité médicale quotidienne 37
4 DISCUSSION 45
4.1 Synthèse des résultats 45
4.1.1 Les besoins exprimés directement par les médecins généralistes 45
4.1.2 Les besoins des MG et de la population déduits des résultats de l'enquête 46
4.2 Portraits de médecins généralistes installés dans le 13ème arrondissement 47
4.3 Points forts et limites de l'étude 49
4.3.1 Un point fort : le taux de participation 49
4.3.2 Points faibles de l'enquête 49
4.3.3 La représentativité des médecins répondeurs 51
4.4 Les besoins exprimés directement par les médecins généralistes 52

4.4.1 Réduire le fardeau professionnel 52
4.4.2 Revalorisation Professionnelle 60
4.5 Les besoins des MG déduits de l'enquête pour mieux répondre aux besoins des patients 63
4.5.1 Accès physiques aux PMR 63
4.5.2 Suivi à domicile des personnes dépendantes 64
4.5.3 Diversifier ses compétences 65
4.5.4 Participation à la permanence des soins 66
4.5.5 La sécurité des soins 67
4.6 Préserver la santé des médecins 67
5 CONCLUSION 69
Annexe 1. Questionnaire destinés aux médecins généralistes 70
Annexe 2. Plages d'ouverture des cabinets, horaires étendus et ½ journées off 78
BIBLIOGRAPHIE 79

REMERCIEMENTS

Au Professeur Marc Verny et au Docteur Pierre Durieux

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Je vous remercie de l'expertise que vous pourrez apporter à ce sujet. Soyez assurés de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au Professeur Christian Ghasarossian

Je vous remercie de m'avoir accueillie dans votre cabinet et de m'avoir transmis avec passion la pratique de la médecine générale. Je suis très touchée que vous acceptiez de juger ce travail et d'être le président de ce jury.

Au Professeur Hector Falcoff

Un immense merci de m'avoir proposé ce travail. Il m'a permis de rencontrer de nombreux médecins qui ont pu se raconter dans l'intimité de leur cabinet. Merci pour tout le temps que vous y avez passé. Je suis très admirative de votre activité professionnelle qui allie si bien activité de soins et formation. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

A ma famille

A mes parents, pour tout ce que vous m'avez appris et qui me sert quotidiennement: le respect des autres, l'empathie, l'écoute, la patience et le partage. Je vous remercie de m'avoir encouragée et permis de faire des études. Un immense merci pour votre soutien pendant toutes ces années. Je vous aime profondément.

A Henry, mon mari, qui a eu la bonne idée de n'arriver dans ma vie qu'en PCEM 2. Je te remercie pour ton soutien et tes encouragements depuis 11 ans. Merci pour tout le temps que tu donnes pour t'occuper de notre famille.

A mes frère et sœurs, et à toute ma belle famille. Un immense merci pour tout le temps passé à vous occuper des filles pendant que je travaillais. Merci pour votre soutien et vos

corrections attentives. Noup, merci pour le temps que vous avez pris à me relire et merci pour tous les échanges que nous avons pu avoir grâce à cela.

A mes amis

A Paméla, qui m'a appris la rigueur du travail dès le collège. Tu es toujours là pour m'encourager et savoir que tu crois en moi m'aide à avancer.
A Claire Villette et Pierre Seners ; je vous remercie sincèrement du temps que vous avez passé à m'aider à travailler pendant l'externat. Vous êtes et resterez pour moi des exemples et des amis chers.
A Clémence Dognin, une fidèle amie, une cousine et une consœur sur qui je peux toujours compter. Avec Alexandre, vous êtes des témoins de notre vie. Merci pour votre présence à nos côtés.

A mon parrain, le Professeur Claude Degos. J'ai toujours été si fière de toi. Merci d'avoir su maintenir la pression pendant toutes ces années d'études. Je te remercie, ainsi que Catherine, de votre soutien.

A ma marraine, j'espère devenir une femme accomplie dans ma vie personnelle et professionnelle comme tu as su l'être.

A Ours et Tati Ours ; je vous remercie pour ces moments de bonheur passés avec vous. Ours, merci pour tes réflexions toujours intéressantes qui m'ont permis d'ouvrir mon champ de vision. Soyez assurés de ma fidélité et de mon affection.

Et à mes filles, Eléonore et Isaure ; vous m'avez permis de prendre un peu de recul pendant toutes ces années d'études et vous êtes mes rayons de soleil. Merci de votre gentillesse et de votre patience qui m'ont permis de travailler sereinement. Je vous aime tendrement.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Les tableaux

Tableau 1. Les données recueillies 15
Tableau 2. Caractéristiques des répondants 20
Tableau 3. Répartition des MG éligibles 22
Tableau 4. Charge de travail 23
Tableau 5. Collaborations et formation continue 26
Tableau 6. Thèmes proposés pour des actions de DPC 29
Tableau 7. Accessibilité 30
Tableau 8. Informatisation 33
Tableau 9. Besoins et souhaits par rapport aux évolutions de l'informatique au cabinet 34
Tableau 10. Gestes techniques et domaines d'expertise ou de prédilection 35
Tableau 11. Besoins ou souhaits concernant des gestes ou des examens 36

Les Figures

Figure 1. Quartiers d'intervention prioritaire dans le cadre du dispositif de soutien à l'installation de professionnel(le)s de santé en exercice regroupé de secteur 1 (source ARS). 10
Figure 2. Diagramme du flux d'inclusion des répondeurs 19
Figure 3. Statut vis-à-vis du local professionnel par tranche d'âge 21
Figure 4. Répartition géographique des MG éligibles et des centres de santé 22

1 INTRODUCTION

1.1 Une densité médicale en baisse

La situation de la démographie médicale en France est préoccupante. On constate une diminution du nombre de médecins généralistes (MG) en activité régulière en France mais également dans les grandes métropoles comme Paris (1) .

A l'échelle nationale, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) rapporte une diminution de 8.4 % (de 96 889 à 88 886) du nombre des médecins généralistes en activité régulière en France entre 2007 et 2016 (1,2). Cette tendance à la baisse a une forte probabilité de se poursuivre jusqu'en 2025 pour atteindre le nombre de 81 455 médecins (2). On observe également un recul de l'activité libérale avec un nombre de MG libéraux français (activité libérale exclusive ou mixte) de 64 915 en 2007 à 58 182 en 2015 (1).
Actuellement, la densité de médecins généralistes en France est de 9.3 pour 10 000 habitants selon le rapport 2015 de l'Assurance Maladie (3). Certains territoires semblent manquer de plus en plus de médecins avec l'apparition de "déserts médicaux" en France.

La notion de "désert médical" n'a pas de définition précise. Un zonage est effectué par les agences régionales de santé (ARS)**,** dont l'objectif est une meilleure répartition sur le territoire de l'offre médicale. La zone est définie en fonction de plusieurs critères, comme l'accessibilité à un professionnel de santé, les caractéristiques de la population considérée (âge, taux d'affection longue durée, nombre de bénéficiaires de la CMU, etc.), le nombre des professionnels de santé, leur âge, leur activité, etc. Il ne s'agit pas seulement du rapport quantitatif entre le nombre de professionnels de santé et la taille de la population d'un territoire donné. Le "désert médical" correspond à une zone dite "sensible". Cela concerne aussi bien les territoires ruraux que les métropoles. Dans ces territoires, l'accès aux soins de premiers recours est en danger, ce qui préoccupe les médecins et les pouvoirs publics (4).
A l'échelle régionale, l'Ile de France n'est pas épargnée par ce constat. Elle enregistre la plus forte diminution du nombre de médecins généralistes en activité régulière : 18 710 médecins en 2007 (1), contre 15 211 en 2016 (2), soit un recul de 18,7%. L'activité libérale recule également avec un nombre de médecins généralistes libéraux en Ile de France passant de 10 871 omnipraticiens en 2007 à 7 590 en 2013 soit un recul de 30% (1,2).

Le danger pour les soins de premier recours ne concerne pas exclusivement les territoires ruraux mais aussi les métropoles, comme Paris. A Paris la densité de médecins généralistes (9,4/10 000 hab.) est légèrement supérieure à la densité médicale nationale (9.3/10 000 hab.). Mais on constate un recul du nombre de médecins généralistes dans la capitale : ils étaient 2 612 en 2011 à pratiquer à Paris en libéral ou mixte, et 2 145 en 2015, soit une diminution de 18% selon le rapport 2015 de l'Assurance Maladie (3).

L'étude DEMOMED 75, lancée en 2013 par les trois départements universitaires parisiens, a permis d'évaluer l'offre réelle de soins primaire libérale (généralistes, pédiatres, gynécologues) disponible sur Paris, mais également d'évaluer son évolution à 2 et 5 ans. Cette enquête a été menée en partenariat avec la Mairie de Paris, l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris, et le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Paris. (5)

Selon leurs résultats, dans Paris, il existe de nombreuses disparités entre les arrondissements, ceux du nord et de l'est de la capitale par exemple sont beaucoup moins dotés en médecins et ont même une densité bien inférieure à la densité nationale (5,2/10 000 hab dans le 18ème arrondissement, vs 14.7/10 000 hab dans le 5ème arrondissement) (6).

Une grande consultation pour l'avenir de la Santé a été organisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (7). Elle a été réalisée sur 4 mois de septembre à décembre 2015, 35 000 médecins y ont participé, ainsi que des membres des institutions et des patients. Les inquiétudes mises en évidence sont le manque de cap de pilotage pour l'organisation des soins, une augmentation de la charge de travail, un accroissement des contraintes, une course à la rentabilité et un tiers du temps de travail des médecins consacré aux tâches administratives et aux réunions ; et tout cela au détriment de la valorisation de la mission de service public. Les priorités pour le CNOM sont de redonner du temps médical et de faire une réforme de l'organisation des soins avec les médecins comme acteurs centraux de l'évolution. Pour répondre aux inégalités territoriales en terme de démographie médicale, il est préconisé de réaliser un "état des lieux des besoins de santé pour chaque périmètre territorial et une étude de l'offre actuelle ".

1.2 Démographie des médecins généralistes du 13ème arrondissement de Paris

Le 13ème arrondissement de Paris compte 184 235 habitants recensés en 2012 pour une superficie de 714.6 hectares (8). Il est le cinquième arrondissement le plus peuplé de Paris après le 15ème, le 18ème, le 20ème et le 19ème . On observe une même répartition de la population dans la tranche des plus de 60 ans (19%) et des moins de 20 ans (19%). Avec cependant un accroissement de la tranche des 40-59 ans qui est plus élevée que la moyenne à Paris et qui dépasse les 20-39 ans. La communauté asiatique du 13e représente environ 20 000 personnes.

Selon les données de l'Assurance Maladie, on compte 345 omnipraticiens dans le 13ème arrondissement soit 18.7 omnipraticiens pour 10 000 habitants (3).. Cependant ce chiffre porte à confusion, car il inclut les MG libéraux faisant partie de 2 associations d'urgentistes exerçant leur activité à Paris (SOS médecins; Urgence Médicale de Paris) (9). De plus, un certain nombre d'omnipraticiens ont des modes d'exercice particuliers (MEP) : homéopathie, acupuncture, phlébologie… Ils n'exercent donc la médecine générale qu'à temps partiel, voire pas du tout.

D'après l'étude DemoMed75 (enquête auprès de l'ensemble des MG libéraux parisiens, menée en 2013) dans le 13ème, la densité de médecins généralistes serait de 7.4 MG pour 10 000 habitants. Selon cette étude, les départs à la retraite projetés par les MG libéraux du 13ième dans un futur proche étaient plus importants que dans le reste de la capitale : 13% versus 9% à 2 ans et 30% versus 25% dans 5 ans. D'après ces projections, il faudrait pallier à 42 cessations totales d'activité en 5 ans, soit environ 8 installations par an pendant 5 ans (10).

Cependant, le taux de réponse de Demomed75 pour le 13ème arrondissement est faible (30%) (6,10). Une validation des résultats de DEMOMED sur un échantillon plus large serait utile pour justifier une action en faveur des installations de MG dans le 13 ème.

Pour répondre à la problématique de l'accès aux soins primaires, l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a déterminé des zones d'intervention prioritaires correspondant aux quartiers où se développent des déserts médicaux à Paris(11). Le 13ème arrondissement comprend 2 quartiers fortement prioritaires dans le sud de l'arrondissement (figure 1).

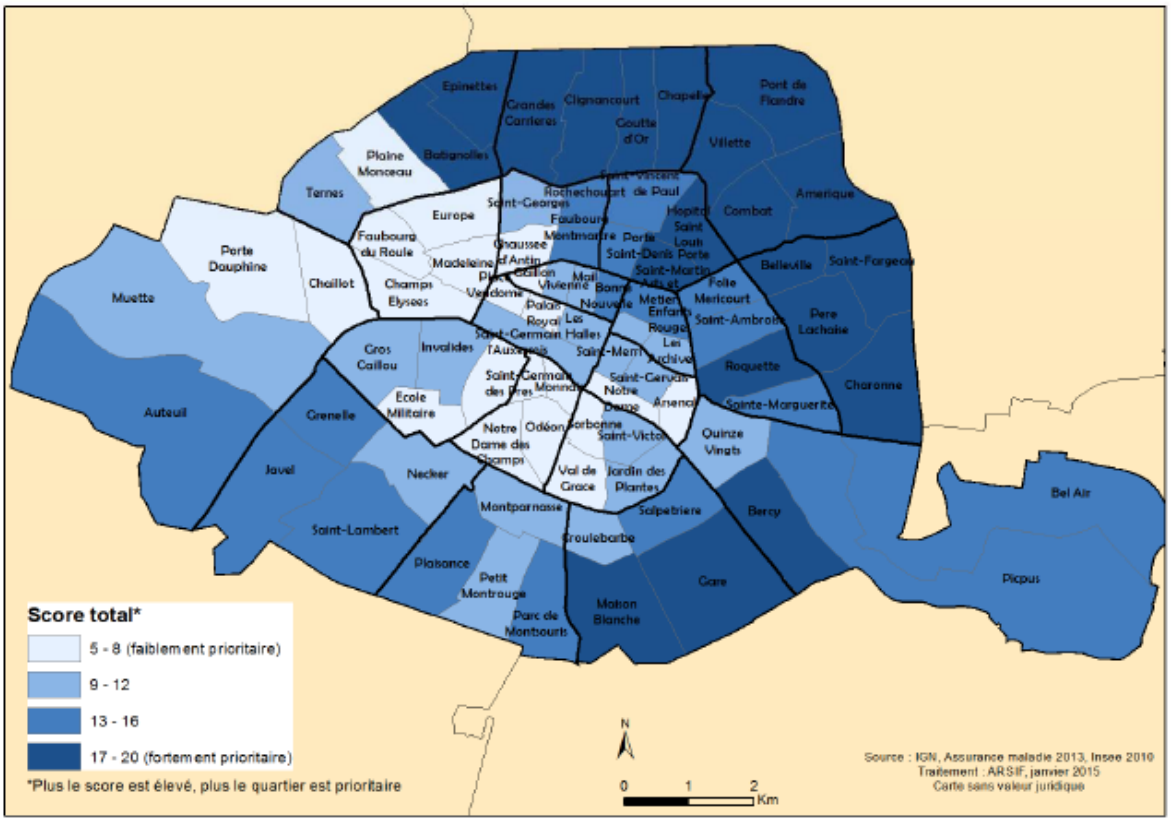


Figure 1. Quartiers d'intervention prioritaire dans le cadre du dispositif de soutien à l'installation de professionnel(le)s de santé en exercice regroupé de secteur 1 (source ARS)

1.3 Présentation du Pôle santé Paris 13 sud-est

Le Pôle santé Paris 13 est une association regroupant environ 80 professionnels de santé de l'arrondissement dont des médecins, des pharmaciens et des infirmières. Créé en 2011, il est financé en partie par l'ARS Ile de France dans le cadre du programme national « Expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels libéraux ».

Le Pôle mène des projets en partenariat avec d'autres acteurs du sanitaire et du social du territoire : plusieurs équipes du CH Pitié-Salpétrière, le secteur de santé mentale du 13e, les services sociaux (CRAMIF, Service social départemental polyvalent, l'Atelier Santé Ville…)

Le Pôle a trois objectifs :

1. développer et mutualiser des ressources et des outils nécessaires pour améliorer les parcours de santé : protocoles, staffs thématiques, réunions pluri-professionnelles, programmes d'éducation thérapeutique…

2. aller vers des publics dont les besoins de santé sont mal couverts aujourd'hui : migrants vivants dans des foyers, patients ayant des pathologies psychiatriques lourdes, personnes âgées dépendantes « orphelines » de médecin traitant…
3. contribuer à améliorer l'offre de soins primaires sur le territoire par la création de Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) dans ou à proximité de quartiers particulièrement déficitaires en médecins généralistes.

Pour dégager des priorités et développer ses actions de manière rationnelle, le Pôle s'efforce d'analyser les besoins des professionnels de soins primaires et de la population sur son territoire.

L'analyse des besoins en santé est complexe et nécessite de multiplier les sources d'informations, les enquêtes sur différentes cibles et les méthodes (recherche bibliographique, études quantitatives et qualitatives). Les médecins généralistes constituent une source d'information majeure (7).

1.4 Les besoins des médecins généralistes

Le climat de la médecine générale est tendu : les MG contestent, n'hésitant pas à manifester. Ils s'opposent entre autre à la généralisation du tiers-payant et à la manière dont s'effectue le virage ambulatoire, prévus dans le projet loi santé de Marisol Tourraine présenté en octobre 2014. Ils se sentent déconsidérés et expriment leur mécontentement. Les syndicats de MG se mobilisent (12). Selon des études sur la santé physique et psychique des médecins libéraux franciliens, 53 % des médecins répondants se sentent menacés par le burn-out. Il s'agit surtout de généralistes (60.8%), secteur 1, qui réalisent plus de 6 000 actes par an, consultent sans rendez-vous, pratiquent la visite à domicile, âgés entre 45 et 50 ans, célibataires (13).

Face à l'expression d'un profond malaise et au vu de la baisse de la démographie médicale, il parait important de se mettre à l'écoute des MG pour connaître leurs besoins dans leur exercice professionnel.

1.5 Objectif de l'étude

L'objectif de notre travail est d'analyser les besoins exprimés par les MG du 13e arrondissement, concernant leur organisation professionnelle et la gestion de leur activité médicale.

Ce recueil de besoins devrait aider le Pôle santé Paris 13 à développer son action dans le sens de la mission qu'il s'est donnée : « faire évoluer l'organisation des soins primaires dans le 13e arrondissement, afin d'améliorer le service rendu aux patients, aux professionnels de santé et à la population du territoire ».

2 METHODE

2.1 Description de l'étude

Il s'agit d'une enquête transversale comprenant des questions fermées et ouvertes, effectuée d'octobre 2015 à mars 2016 auprès des médecins généralistes libéraux du 13ème arrondissement de Paris.

L'enquête a été menée conjointement avec Philippe Cohen, interne en DES de médecine générale à Paris Descartes, dont l'objectif était d'analyser les besoins des MG du 13e arrondissement, concernant l'organisation territoriale des soins.

2.2 Recrutement des médecins

Une liste exhaustive des omnipraticiens a été établie en partant des données de la CPAM en y ajoutant les praticiens nouvellement installés qui nous ont été signalés. Ces signalements sont venus du directeur de thèse, du Pôle de Santé et de certains médecins avec qui nous nous sommes entretenus.

Pour être éligibles pour l'enquête, les MG devaient exercer une activité libérale stricte ou mixte, en tant que titulaires ou collaborateurs, et être installés dans le 13ème arrondissement de Paris.

Etaient exclus les médecins salariés exclusifs (des centres de santé, des hôpitaux ou autres), les remplaçants, les médecins urgentistes (SOS médecins, Urgences Médicales de Paris), les médecins n'ayant plus d'activité clinique, ceux qui avaient délocalisé leur activité dans un autre arrondissement, ceux qui avaient un mode d'exercice particulier (MEP) représentant plus de 50% de leur activité clinique, le directeur de thèse Hector Falcoff.

Une évaluation systématique des critères d'inclusion et exclusion a été réalisée par appel téléphonique. Nous avons distingué 5 situations lors des appels téléphoniques :

- Pas de réponse
- Message sur répondeur
- Contact avec le secrétariat téléphonique
- Contact avec le secrétariat physique
- Contact avec le médecin

Une conduite à tenir a été établie pour chaque situation :

Au premier tour d'appel:

- Pas de réponse : 4 appels à des jours différents
- Message sur répondeur : laisser un message sur le répondeur
- Contact avec le secrétariat téléphonique/ secrétariat téléphonique : laisser un message
- Contact avec le médecin : en fonction de la réponse
    - "j'accepte": planification d'un rendez-vous
    - "je n'ai pas le temps" : essayer de convaincre
    - "je refuse" : arrêt des appels.
    - "rappelez plus tard": renouvellement de l'appel à un moment choisi par le médecin

Pour les tours suivants :

- Pas de réponse: 4 appels à des jours différents
- Message sur répondeur: laisser un deuxième message
- Contact avec le secrétariat téléphonique/ secrétariat téléphonique: en fonction de la réponse du secrétariat : essayer d'avoir le médecin directement ou arrêt des appels ou renouvellement de l'appel.
- Contact avec le médecin: en fonction de la réponse

Enfin si les médecins ne répondaient pas au téléphone (sonnerie sans messagerie, messagerie pleine, messagerie sans prise de message, etc.), on vérifiait en se déplaçant à l'adresse indiquée s'il y avait toujours une plaque médicale et si celle-ci pouvait nous orienter sur les critères d'éligibilité.

Tous les MG qui ont pu être joints et qui se sont avérés éligibles se sont vus proposer un entretien en face à face avec un des deux thésard. Cet entretien était fixé par téléphone, au jour et à l'heure convenant au MG. L'étude a été financée par le Pôle santé Paris 13. Une indemnisation financière de 2 C, soit 46 euros, était proposée à chaque MG pour le dédommager du temps consacré à l'entretien.

2.3 Recueil des données

2.3.1 Mode de recueil

L'enquête était basée sur un hétéro-questionnaire avec des questions fermées et des questions ouvertes.

Pendant l'entretien, l'interne posait les questions au MG et reportait ses réponses sur le questionnaire. Les réponses aux questions ouvertes étaient recueillies *verbatim*.

Les données ont ensuite été saisies par les internes dans un fichier Excel .

2.3.2 Données recueillies

Le questionnaire visait à recueillir des informations sur :

- le profil sociodémographique du médecin et ses types et volume d'activité
- ses locaux, son organisation professionnelle
- les principales caractéristiques de sa pratique
- les besoins ressentis dans divers domaines
- la projection de son activité à 2 ans et 5 ans
- son intérêt pour les projets en cours du Pôle santé Paris 13

Le tableau 1 détaille l'ensemble des données recueillies pendant l'entretien.

Tableau 1. Les données recueillies

Données sociodémographiques	Sexe Age
Type d'activité	Activité exclusivement libérale ou mixte Statut de titulaire ou de collaborateur Exercice de groupe ou non
Locaux	Situation du cabinet (rez de chaussée, étage avec ou sans ascenseur) Accessibilité des cabinets aux Personnes à mobilité réduite (PMR) Travaux prévus pour devenir accessible aux PMR Statut de propriétaire ou locataire
Organisation du médecin	Type de secrétariat Informatisation des dossiers, type de logiciel Partage du dossier avec associés Consultations avec ou sans rendez-vous Horaires d'ouverture

	Recours à un remplaçant
Mode d'exercice professionnel	Appartenance à un réseau de soins, une maison de santé, un pôle de santé Pratique d'un mode d'exercice particulier: type et pourcentage par rapport à l'activité totale, Pratique d'actes techniques, Accueil d'étudiants en médecine, Implication dans la permanence des soins.
Accès aux soins	Secteur d'activité (1, 2), Réalisation du tiers payant, Acceptation de la carte Vitale pour feuille de soins électroniques (FSE), Acceptation des patients bénéficiant de la CMU et de l'AME. Acceptation de prendre de nouveaux patients comme médecin traitant en consultation et en visite à domicile
Volume d'activité	Soit par estimation du médecin interrogé soit via son RIAP pour le nombre de patients dont il est le médecin traitant et le nombre d'actes et de visites par an, Pourcentage de patients de plus de 70 ans et de moins de 16 ans, Pourcentage de patients bénéficiant de l'AME Nombre d'heures travaillées par semaine, Durée des congés annuels,
Ressenti du médecin	Concernant son activité au cabinet et ses visites à domicile Problèmes et difficultés ressenties dans leur activité médicale quotidienne Difficultés d'accès aux autres professionnels de santé
Projection de l'activité à 2 et 5 ans	Afin de savoir si le praticien comptait cesser son activité à Paris (et le cas échéant s'il avait un successeur), diminuer son activité de plus de 25%, maintenir son activité stable, augmenter son activité de plus de 25%. Pour ceux qui restent, il leur a été demandé les modifications éventuelles de leur mode d'exercice : - organisation en groupe ou non, - regroupement pluri-professionnel: travail en maison de santé ou pôle de santé. - intérêt pour une aide au regroupement et nouveaux modes de rémunération
Place de la formation Continue	Mode de formation continue Participation à une action de DPC (Développement Professionnel Continu)
Besoins et attentes: conditions d'exercice et qualité des soins	Besoins en terme de secrétariat Besoins et souhaits par rapport aux évolutions de l'informatique au cabinet Besoins en terme d'organisation pour améliorer et faciliter l'exercice Besoins et souhaits concernant des gestes ou des examens à effectuer au cabinet Souhait de devenir maitre de stage Besoins concernant l'amélioration de la coordination des soins dans le 13ème arrondissement.
Intérêt pour les actions proposées par le Pôle de santé Paris 13	Les ressources pour la qualité des soins: - groupe d'échange de pratiques, - dispositif d'automesure tensionnelle, - protocole pluri-professionnel, - atelier outils numériques ou recherche d'informations sur internet, - dispositif d'astreinte pour les urgences
	L'aide à la coordination: - Staffs, - Facilitation à la prise de rendez vous de consultation en milieu hospitaliser (Pitié-Salpétrière), - Avis spécialisés téléphoniques, - Aide à la coordination avec le secteur social
	L'aide à l'éducation thérapeutique des patients avec des ateliers spécialisés: diabète,

	surpoids, traitement par Anti-vitamines K (AVK), Tabac, Activité physique.
	Prise en charge en tant que médecin traitant des personnes socialement fragiles: - patients âgés nécessitant un suivi à domicile, - patients migrants, - patients ayant une pathologie psychiatrique suivie, - patients précaires, - patients ayant une addiction à prendre en charge.

Le questionnaire est joint en annexe 1.

Les données ont été partagées avec Philippe Cohen, en fonction des thématiques respectives.

2.4 Analyses

S'agissant de décrire les besoins exprimés par les médecins, les données ont été analysées de manière strictement descriptive :

- pour les réponses aux questions fermées : moyenne, écart-type, médiane, minimum, maximum ;
- pour les *verbatim* : dans un premier temps nous avons appliqué la méthode de l'analyse qualitative descriptive (14), avec un faible niveau d'interprétation des contenus, afin de rester au plus près des besoins exprimés par les MG ; dans un deuxième temps nous nous sommes demandés si de certaines difficultés, impossibilités, frustrations, exaspérations formulées par des MG, nous pouvions déduire l'existence de besoins, actuels ou à venir, pour la population de l'arrondissement, en termes d'accès aux soins ou de qualité des soins.

Nous avons présenté à la suite les résultats quantitatifs et les résultats qualitatifs portant sur un même thème, espérant que les seconds éclairent et enrichissent le sens des premiers.

3 RESULTATS

3.1 Population de l'étude

345 omnipraticiens figuraient sur la liste fournie par la CPAM, auxquels s'ajoutent 9 médecins généralistes libéraux installés en 2015 dans le 13ème arrondissement. (figure 2)

244 omnipraticiens ont été exclus pour les motifs suivants:

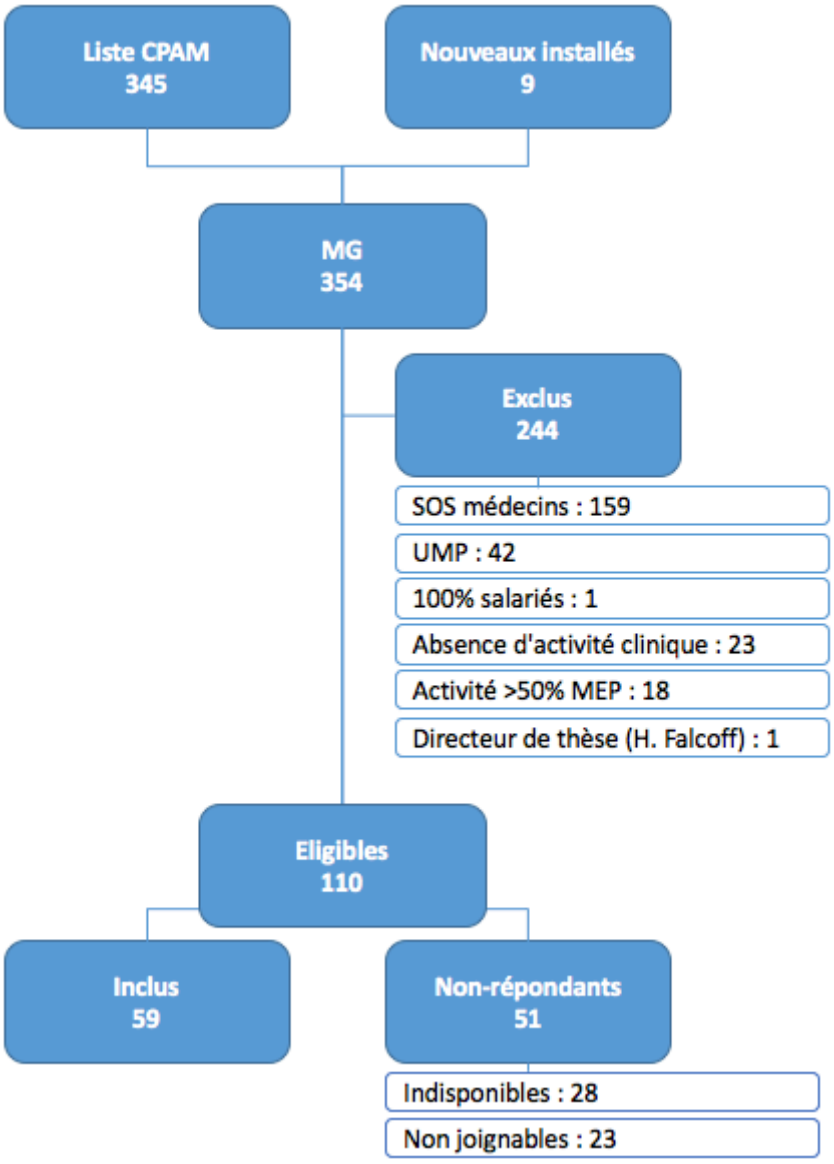
- absence d’activité clinique, pas de cabinet à l’adresse indiquée, numéro de téléphone non valide, non joignable malgré 4 tentatives : 20
- ne pratique plus dans cet arrondissement: 2
- arrêt maladie prolongé: 1
- salarié: 1
- appartenance à SOS Médecins ou aux Urgences Médicales de Paris (UMP): 201
- pratique d'un mode d'exercice particulier représentant plus de 50% de la pratique: 18
- Dr Hector Falcoff, le directeur de cette thèse: 1

Sur les 110 médecins éligibles, 28 médecins ont refusé de participer à l'étude, 23 n'ont pas répondu à notre demande (absence de réponse à nos messages ou à ceux du secrétariat). Au total 59 médecins ont été inclus dans l’enquête (c’est à dire qu’ils ont répondu au questionnaire).

Les entretiens se sont déroulés pendant 5 mois, entre le 3 novembre 2015 et le 22 mars 2016. La durée de l’entretien était de trente minutes environ (de quinze minutes à une heure trente en fonction des MG).

Le taux de participation des MG est de 54%.

Figure 2. Diagramme du flux d'inclusion des répondeurs



3.2 Caractéristiques des répondants

Le tableau 2 résume les principales caractéristiques des MG répondants.

Tableau 2. Caractéristiques des répondants

Variable	*Modalités*	*N (miss)*	*n (%)*
Sexe	F	59 (0)	25 (42)
	H		34 (58)
Age	< 40	59 (0)	10 (17)
	[40-50[		7 (11)
	[50-60[		21 (36)
	[60-75[		21 (36)
Activité	Libérale	59 (0)	52 (88)
	Mixte		7 (12)
Statut	Titulaire	59 (0)	52 (88)
	Collaborateur		7 (12)
Mode exercice	Seul	59 (0)	20 (34)
	En groupe		39 (66)
Statut vis à vis du local professionnel	Propriétaire[1]	59 (0)	30 (51)
	Locataire		29 (49)
Secteur	1	59 (0)	45 (76)
	2		14 (24)
MEP	Oui	59 (0)	8 (14)
	Non		51 (86)

1= propriétaire de la totalité du local = 22 (37) ; propriétaire d'une partie du local = 8 (14)

On compte 6 hommes pour 4 femmes. 72% des MG ont plus de 50 ans, il s'agit majoritairement d'hommes (27 hommes pour 15 femmes) alors que les moins de 40 ans sont surtout des femmes (2 hommes pour 8 femmes)

La répartition homme/femme est similaire parmi les non répondants et les répondants, 30 hommes (59%) pour 21 femmes (41%).

Type d'activité

Concernant l'activité en médecine générale, 52 médecins généralistes exercent en libéral soit 88%, 7 médecins ont une activité mixte soit 12% (4 hommes et 3 femmes). Parmi les 59 MG, 52 sont titulaires (88%) et 7 sont collaborateurs (12%).

Une forte majorité de médecins travaillent en groupe (39 soit 66%) tant pour les femmes (68%) que pour les hommes (71%).

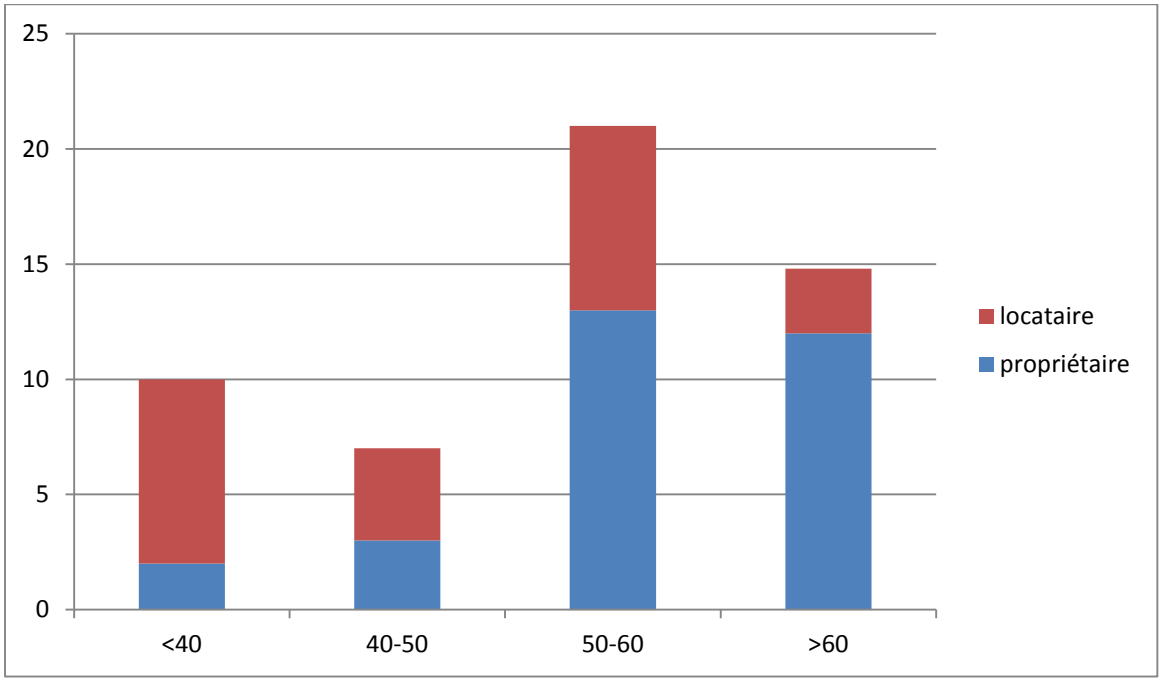


Figure 3. Statut vis-à-vis du local professionnel par tranche d'âge

Concernant le local professionnel, il y a autant de propriétaires que de locataires (51% vs 49%).

La plupart des jeunes médecins sont locataires contrairement aux médecins de plus de 50 ans qui sont majoritairement propriétaires de tout ou partie de leurs locaux. (Figure 3)

3 médecins généralistes sur 4 exercent en secteur 1 (76% vs 24%).

Répartition géographique des MG dans le 13ème arrondissement

La répartition des MG éligibles est présentée dans le tableau 3.

Tableau 3. Répartition des MG éligibles

	Nord	Sud	Total
Répondants	21 (72)	38 (47)	59
Non répondants	8 (28)	43 (53)	51
Total	29 (100)	81 (100)	110

Sur l'ensemble des 110 MG exerçant dans le 13ème, 81 (soit 74%) exercent dans le « sud » de l'arrondissement. Le taux de participation à notre enquête est significativement plus élevé au nord qu'au sud (73% vs 46% p-value : 0.011). Toutefois, l'ensemble des 8 « sous quartiers » de l'arrondissement est représenté (cf. figure 4).

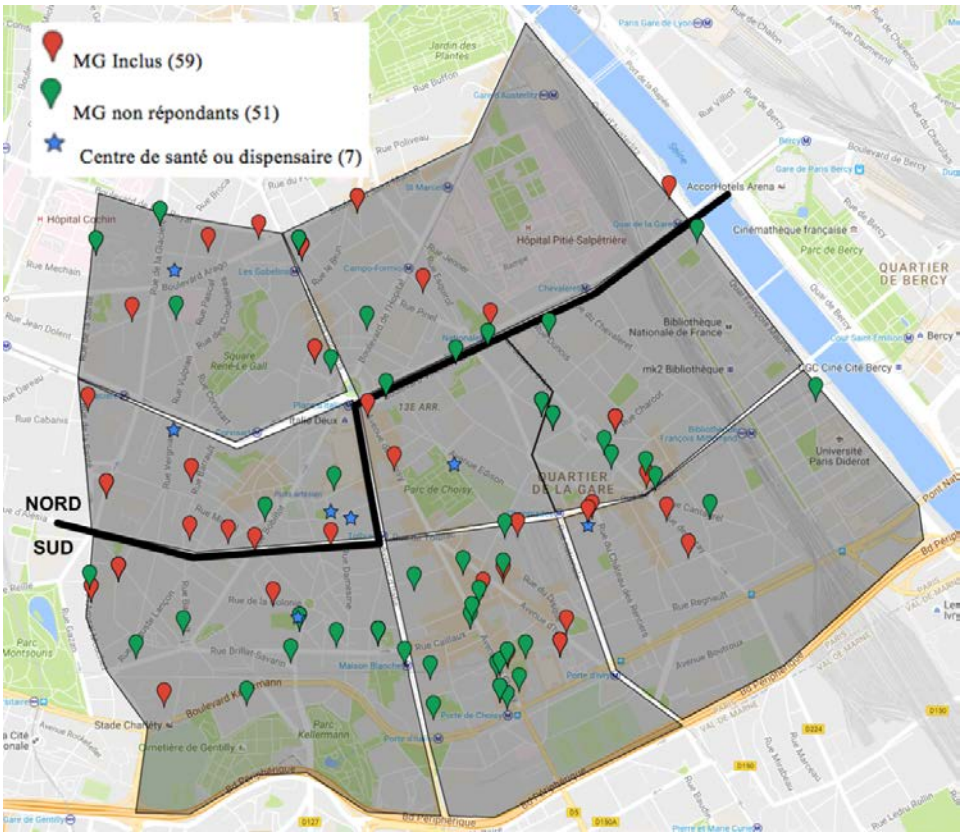


Figure 4. Répartition géographique des MG éligibles et des centres de santé

La ligne de séparation noire, divise le 13ème arrondissement en une partie nord et une partie sud. Les MG des centres de santé ne sont pas inclus dans cette étude.

3.3 Description des besoins

3.3.1 Charge de travail

Le tableau 4 présente les résultats relatifs à la charge de travail des MG

Tableau 4. Charge de travail

Variable	*Modalités*	*N(miss)*	*Moyenne/ n (%)*	*Ecart type*	*Médiane*	*Min-Max*
Temps activité déclaré[1]		59 (0)	40	12	40	[20-64]
Remplacement [2]		59 (0)	0.80	1.4	0	[0-5]
Congés (semaines/an)		59 (0)	6	2		[2-12]
Patientèle MT [3]	Ameli	14 (45)	1041		1230	[200-1746]
	Estimée	37 (22)	1763		1100	[20-10000]
RIAP[4]	C	16 (43)	4464		4650	[1750-7190]
	V		282		143	[2-1071]
	% CMU		9		5	[3-12]
	% <16a		16		13	[5-40]
	% > 70 a		15		15	[5-24]
% AME (estimé)		58 (1)	4		2	[0-20]
Capacité C [5]	a	59 (0)	19 (32%)			
	b		14 (24%)			
	c		26 (44%)			
Capacité V [6]	a	59 (0)	16 (27%)			
	b		7 (12%)			
	c		29 (49%)			
	d		7 (12%)			
Nouveau patient C[7]	Oui	59 (0)	51 (86%)			
	Non		8 (14%)			
Nouveau patient V[8]	Oui	59 (0)	20 (34%)			
	Non		39 (66%)			
Permanence des soins[9]	Oui	59 (0)	6 (10)			
	Non		53 (90)			

[1]: en heure par semaine, [2]: nombre de demi- journées remplacées par semaine

[3] :il s'agit du nombre de patients de plus de 16 ans qui ont déclaré le MG comme médecin traitant, il a été récupéré sur le site ameli.fr ou estimé par le MG

[4]: relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions

[5]: capacité à répondre aux demandes de consultations

[6]: capacité à répondre aux demandes de visites à domicile

[7]: accepte de prendre de nouveaux patients comme médecin traitant en consultation

[8]: accepte de prendre de nouveaux patients comme médecin traitant en visite à domicile

[9]: participation à la permanence des soins

a : arrive à voir tous les patients sans problème; b: travaille plus pour voir tous les patients; c: refus régulier de patient

d: ne fait pas de visite,

3.3.1.1 Volume d'activité

Le temps d'activité clinique dédié aux patients comprenant les consultations et les visites à domicile est très variable. Il est en moyenne de 40 heures par semaine. 25% des MG travaillent moins de 31h par semaine,, 25% travaillent plus de 49h par semaine.

Le tableau décrivant les horaires d'ouverture des cabinets figure en annexe n°2.

Concernant les plages horaire étendues, on constate en moyenne que chaque jour de semaine, un peu plus de la moitié des répondants commencent à travailler entre 8h et 9h. Ils sont plus de 75% à terminer à 19h ou après. 9% des MG ouvrent à 8h ou avant et 29% des MG terminent à 20h ou après. (à l'exception du vendredi, où 7% terminent après 20h).
Concernant les ½ journées non travaillées, 20% des matinées et 12% des après-midi ne sont pas travaillés en semaine ; 59% des MG travaillent le samedi matin, 5% travaillent le samedi après-midi. Aucun ne travaille le dimanche.
1 MG sur 3 a un remplaçant régulier (19 MG soit 32%) pour 2 à 3 demi-journées par semaine (moyenne=2,5). La totalité de ces MG travaillent en cabinet de groupe. 4 MG sur 5 exerçant seuls ne se font pas remplacer (14 MG sur 18 soit 78%).
En moyenne la "patientèle médecin traitant" est de 1041 patients selon les données du site ameli.fr contre 1763 patients selon l'estimation des MG. Seuls les patients de plus de 16 ans doivent déclarer à la CPAM un médecin traitant. Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas pris en compte dans les chiffres disponibles sur ameli.fr. Le chiffre fourni par la CPAM de la patientèle MT n'est pas un bon indicateur d'activité pour les MG qui font de la pédiatrie.

3.3.1.2 Permanence des soins

Seuls 6 MG (10%) participent à la permanence des soins. Ils réalisent exclusivement des gardes en maison médicale de garde. Aucun ne fait de visites d'urgences régulées par le 15, et aucun n'est médecin régulateur du 15.

3.3.1.3 Capacités ressenties à répondre aux demandes de consultations et de visites à domicile

19 MG (32%) considèrent qu'ils répondent sans problème aux demandes de consultations, et 16 MG (27%) aux demandes de visites à domicile. 14 MG (24%) parviennent à répondre avec difficulté aux demandes de consultation et 7 MG (12%) aux demandes de visites : cela nécessite de travailler plus qu'ils ne le souhaitent. Un médecin fait la comparaison suivante: "je fonctionne comme un ballon de baudruche: quand il y a besoin il se distend mais il faut faire en sorte qu'il n'explose pas ".

26 MG (44%) déclarent refuser régulièrement de voir des patients en consultation faute de temps, et en ce qui concerne les visites ce chiffre est de 29 MG (49%).

7 MG (12%) ne font pas de visites à domicile. Parmi les MG faisant des visites à domicile, 2 MG sur 3 refusent de devenir le médecin traitant de nouveaux patients si ceux-ci doivent être exclusivement suivis à domicile. La première raison invoquée est financière " les tarifs des visites sont dérisoires alors que SOS médecins facture 80 euros.", "les visites sont mal payées, c'est fatiguant, c'est chronophage et en plus comme je n'ai pas de secrétariat je ne peux pas prendre de rendez-vous pendant ce temps", "difficile de faire une visite à domicile en voiture, où se garer ? Dans la plupart des cas, on a une contravention pour stationnement gênant malgré le caducée sur le pare-brise: à 33 euros la visite, cela n'est pas rentable". Cette réflexion sur les problèmes de stationnement est partagée par d'autres médecins: " le problème du stationnement lors des visites est connu par l'Ordre des médecins mais on continue à être verbalisés !". Des médecins évoquent aussi le manque de temps pour faire ces visites alors que leur planning de consultations est surchargé. Un médecin dit sa "frustration de devoir conseiller à ses patients d'appeler SOS médecins car (elle n'a) pas le temps de se déplacer à domicile".

3.3.2 Collaborations et formation continue

Le tableau 5 présente les résultats relatifs à la collaboration professionnelle et la formation continue.

Tableau 5. Collaborations et formation continue

Variable	*Modalités*	*N (miss)*	*n (%)*
Maitrise de stage	Oui[1]	59 (0)	12 (20)
	Non		47 (80)
Formation continue	Oui	58 (1)	57 (97)
	Non		2 (3)
Mode de formation	1	58 (1)	38 (65)
Continue €	2		12 (21)
	3		8 (14)
	4		7 (12)
	5		23 (40)
	6		14 (24)
	7		18 (31)
	8		10 (17)
DPC* 2014-2015	Oui	59 (0)	33 (56)
	Non		26 (44)

[1]= 4 externes en médecine, 8 internes en stage de niveau 1, 7 internes en stage de niveau 2 (SASPAS)

1 = presse, 2 internet, 3 = échange avec un/des spécialiste(s), 4 = groupe d'échange de pratique, 5 = DPC, 6 = Journées/Congrès de sociétés savantes, 7=Enseignement post-universitaire, 8= Pôle de santé

€ = plusieurs réponses possibles, * = développement professionnel continu

3.3.2.1 Collaboration

Plusieurs médecins déclarent comme besoin en termes d'organisation de "trouver un collaborateur" pour ainsi pouvoir "partager le travail", "répondre à la demande de soins" et aussi satisfaire à l'obligation de permanence des soins.

3.3.2.2 Maitrise de stage

Seulement 1 médecin sur 5 est maître de stage à la faculté de médecine (12 soit 20%) en recevant des externes (4), des internes en stage de niveau 1 (8) et des internes en stage de niveau 2 (7). La totalité des MG maîtres de stage sont installés en cabinet de groupe.

63% de répondants ne sont pas intéressés par la maîtrise de stage (37 MG). "J'ai été maître de stage il y a 10 ans mais être à trois c'est difficile pour une consultation". Une raison évoquée

par plusieurs médecins: "la consultation est un espace intime, une relation privilégiée. Je ne veux pas de voyeur. Je n'accueille pas d'étudiant."
D'autres médecins étaient tentés par la maîtrise de stage, mais des raisons matérielles les ont fait changer d'avis: "j'aimerais bien être maître de stage mais en pratique (dans ces locaux) ce n'est pas possible".
Le temps nécessaire pour débriefer la consultation et expliquer à l'étudiant est également souvent évoqué: "mon associé avait un externe, mais cela rallongeait la durée de la consultation, il fallait prendre un temps entre chaque patient, or on finit déjà après 20h sans cela, on manque de temps".
Pour un médecin qui est maître de stage, " on est déconsidéré par les responsables du DES de médecine générale, notre pratique au cabinet est évaluée par les étudiants en fin de stage. J'ai découvert cela plusieurs semestres après et je trouve cela étonnant comme pratique."
1 médecin sur 6 n'est pas maître de stage mais envisage de le devenir dans le futur (10 MG sur 59 soit 17%).

3.3.2.3 Formation Continue , DPC

Presque tous les MG déclarent une formation médicale continue (FMC). Un peu plus de la moitié (33 MG soit 56%) a participé à au moins une action de DPC en 2014-2015. Le mode de formation continue le plus fréquemment cité est la lecture de revues médicales (65% des répondants).

3.3.2.4 Intérêt pour l'organisation locale d'actions de DPC

Dans le cadre de la formation continue, 39 médecins (66%) se sont déclarés intéressés par l'organisation d'actions de DPC dans le quartier et / ou dans les établissements hospitaliers de proximité. La moitié est intéressée par les actions de DPC quelque soit le thème. "Les meilleures actions de DPC que j'ai faites étaient celles dont je n'avais pas choisi le thème. Il ne faut pas choisir les thèmes qu'on aime mais plutôt ceux qu'on n'aime pas". L'ensemble des thèmes proposés par les MG est présenté dans le tableau 6. Le thème le plus cité concerne la pratique de la gynécologie évoqué par 2 MG sur 5.

Les médecins qui ne sont pas intéressés donnent des raisons diverses. "Je suis déçu par la qualité des formations DPC. Ce n'est pas assez pratique, ils ne disent pas ce qu'il faut faire mais ce qu'il faudrait faire en théorie. On ne peut pas faire un examen mammaire à toutes les femmes qui viennent consulter." Le manque de temps est un obstacle cité fréquemment. "Pas trop le temps pour faire des DPC".

Les médecins insistent sur l'importance de réaliser des formations adaptées à la pratique quotidienne. En ce qui concerne le moment le plus approprié pour les organiser, les avis divergent: "je suis très demandeur de formation DPC mais le week-end s'il vous plait", "des DPC oui mais pas le week-end et pas l'après-midi".

Tableau 6. Thèmes proposés pour des actions de DPC

Médecin intéressé par action de DPC dans quartier ayant proposé au moins un thème	39 (100%)
Tous thèmes	19 (49)
Gestes techniques gynécologiques (pose DIU, implant, frottis etc)	6 (15)
Gestes techniques de traumatologie	5 (13)
Spirométrie	6 (15)
Echographie	5 (13)
ECG	6 (15)
Procédures administratives	5 (13)
Gynécologie médicale	7 (18)
Pédiatrie	5(13)
Rhumatologie	6 (15)
Psychologie/psychiatrie	6 (15)
Pneumologie	5 (13)
Gériatrie	5 (13)
Néphrologie	5 (13)
Diabétologie	6 (15)
Dermatologie	5 (13)
Oncologie	5 (13)
Neurologie	6 (15)
Actualité thérapeutique	5 (13)
Actualité vaccination	6 (15)
Actualité infectieux	5 (13)

Nb: Chaque médecin pouvait citer plusieurs thèmes

Un médecin confie les "difficultés à rester compétent dans certains domaines du fait de l'orientation de la patientèle (gynécologie, pédiatrie, psychiatrie) et de l'isolement". Mais un autre médecin insiste sur le fait que" les missions du généraliste sont spécifiques. Nous n'avons pas pour objectif de tout connaître sur tout, d'être des sous-spécialistes."

3.3.3 Accessibilité

L'accessibilité présente plusieurs composantes:

- l'accessibilité physique: accès au cabinet pour les personnes à mobilité réduite (PMR).
- l'accessibilité à la consultation / prise de rendez-vous: consultation avec ou sans rendez-vous, accessibilité au secrétariat pour la prise de rendez-vous (téléphone, internet, sur place)
- l'accessibilité financière: réalisation d'une feuille de soins électronique qui permet un remboursement de la sécurité sociale plus rapide, pratique du tiers payant sur la part obligatoire.

Les résultats concernant l'accessibilité sont présentés dans le tableau 7.

Tableau 7. Accessibilité

Variable	*Modalités*	*N (miss)*	*n (%)*
Situation du cabinet	RDC	59(0)	25 (42)
	Et. avec asc		29 (49)
	Et. sans asc		5 (9)
Accessibilité PMR	Oui, totalité	59(0)	30 (51)
	Oui, partiel		6 (11)
	Non		23 (38)
Travaux prévus	Oui	29 (0)	4 (14)
	Non		25 (86)
Consultation	Sur RDV	59 (0)	47 (80)
	Sans RDV		3 (5)
	Les deux		9 (15)
Secrétariat	Oui	59 (0)	39 (66)
	Non		20 (34)
	Sur place	39 (0)	18 (49)
	A distance		21 (51)
FSE	FSE C	59 (0)	54 (92)
	FSE V		10 (17)
TPO	Jamais	59 (0)	1 (2)
	AME		52 (88)
	CMUc		58 (99)
	Certains ALD[1]		36 (61)
	Tous les ALD[2]		15 (25)
	SFD		44 (75)
	Tous		1 (2)

FSE = feuille de soins électronique : FSE C = FSE en consultation, FSE V = FSE en visite à domicile
TPO = Tiers payant sur la part obligatoire, [1]= pour certains patients ayant une ALD, [2]= pour tous les patients ayant une ALD,
SFD = patients ayant une situation financière difficile, Tous = pour tous les patients

3.3.3.1 Accessibilité physique

La grande majorité des MG dispose d'un cabinet situé au rez-de-chaussée ou en étage avec ascenseur et 3 médecins sur 5 déclarent être accessibles aux personnes à mobilité réduite. Seulement 1 médecin sur 10 compte réaliser des travaux pour adapter les locaux et permettre une accessibilité PMR. La plupart évoque des "refus de la copropriété pour la remise aux normes" ou du propriétaire, voire une contrainte financière : " le coût des travaux de mise aux normes est estimé à 50 000 euros, c'est impossible !". La majorité des médecins répondants demandent des dérogations: " On a rempli un long dossier et finalement on a obtenu une dérogation, mais ça nous a beaucoup inquiétés". Certains pensent à changer de locaux et sont en discussion avec la mairie ; un médecin déclare "on avait le projet de changer de locaux et

d'acquérir un local accessible aux PMR mais il y a un manque de dialogue avec la mairie, surprenant. Il fallait transformer le local à visée commerciale en bureau. Réponse négative de la mairie un an et demi après en 2 lignes. Pas de réponse de ParisMed.". Une jeune médecin qui pratique dans un cabinet en étage sans ascenseur confie: "Je veux acheter un appartement dans le neuf au rez-de-chaussée mais les règles d'accessibilité sont très strictes et je n'ai pas l'accord. La largeur du couloir ne correspond pas aux normes demandées."
20 MG expriment la volonté de remise aux normes PMR de leurs locaux (20 MG sur 59 soit 34%): "mes locaux ne sont pas accessibles, il faudrait que j'améliore ça" déclare un médecin.

3.3.3.2 Prise de rendez-vous

La majorité des MG dispose d'un secrétariat médical (66%). Pour la moitié, le secrétariat médical se trouve sur place. Plus d'un tiers des MG assurent eux-mêmes leur secrétariat. La très forte majorité des MG consulte sur rendez-vous (80%). Seulement la moitié des MG consultant sur rendez-vous a un secrétariat médical sur place. Tous les MG ayant un secrétariat médical sur place (18 MG soit 30% des répondants) sont installés en cabinet de groupe.
1 médecin sur 5 a un secrétariat téléphonique pour la prise de rendez-vous. Une minorité utilise internet (doctolib, mondocteur.com etc), il s'agit principalement des médecins de moins de 50 ans.
Les répondants consultant sans rendez-vous se situent exclusivement dans la partie sud du 13ème (Quartier « chinois », Olympiades).
Deux tiers des médecins déclarent avoir des besoins en terme d'organisation pour améliorer leur qualité de travail et faciliter leur exercice. 30 MG (51%) déclarent avoir des besoins non ou mal résolus en terme de secrétariat. 12 MG évoquent un frein financier: " J'ai besoin d'une secrétaire mais je ne peux pas la financer." ou encore "Un bon secrétariat, ca coûte cher". "Avoir un secrétariat présentiel serait bien mais c'est une question de prix et de place " déclare un médecin. 4 MG ayant des besoins de secrétariat déclarent être limités par la superficie de leur local professionnel. Ainsi, même les médecins installés en groupe peuvent avoir des problèmes pour fournir un espace suffisant au secrétariat. La problématique de la gestion du personnel est évoquée seulement par 1 MG.

9 MG (15%) déclarent avoir besoin d'un secrétariat sur place : "il manque un contact humain". 5 MG (8%) souhaiteraient un secrétariat téléphonique : "J'aimerais bien un secrétariat

téléphonique pour ne pas être interrompu" confie un médecin qui travaille sans secrétaire et doit ainsi donner les rendez-vous et répondre aux questions téléphoniques des patients pendant ses consultations. "J'aurais besoin d'un secrétariat téléphonique car ça diminuerait le nombre d'appels" insiste un autre médecin.
Le besoin de secrétariat peut être ponctuel (7 MG sur 59 soit 12%) : "J'aimerais prendre une secrétaire mais uniquement quand j'en ai besoin, ponctuellement quand je n'y arrive plus. Idem pour le secrétariat téléphonique, j'aimerais pouvoir basculer quand j'ai trop d'appels".

4 MG se disent intéressés par les plateformes de rendez-vous sur internet", "Doctolib" c'est bien pour débuter, ça amène beaucoup de nouveaux patients et ça soulage le secrétariat". Ce mode de prise de rendez-vous en ligne est évoqué aussi bien par des médecins ayant déjà un secrétariat sur place que des médecins sans secrétariat : "Il faudrait informatiser la secrétaire mais elle n'est pas prête pour ça. On va sûrement prendre aussi un système de rendez-vous en ligne."

Certains s'orientent plutôt vers un secrétariat téléphonique en dehors des heures de présence de la secrétaire : "On a un secrétariat seulement le matin, il faudrait trouver un secrétariat téléphonique l'après-midi."

8 MG (14%) souhaitent améliorer leur secrétariat en augmentant les missions (gestion du Tiers Payant, gestion des paiements) et les horaires du secrétariat. Cela concerne aussi bien les MG ayant un secrétariat sur place (4 MG) que téléphonique (4 MG).

3.3.3.3 Accessibilité financière

9 MG sur 10 réalisent des feuilles de soins électroniques (FSE) en consultation mais ils sont seulement 1 sur 5 à le faire en visite à domicile, faute de lecteur de carte vitale portable.
15 MG (25%) réalisent le tiers payant sur la part obligatoire pour tous les patients ayant un protocole de soins pour une affection de longue durée (ALD). Pour les bénéficiaires de la CMUc et de l'AME ils sont respectivement 58 (99%) et 52 (88%) à faire le tiers payant.
3 MG sur 4 appliquent le tiers payant sur la part obligatoire pour les patients en situation financière difficile.
Les médecins évoquent une gestion du "tiers payant chronophage" ou encore une "course aux tiers payant impayés".

3.3.4 Informatisation

Le tableau 8 résume les caractéristiques de l'informatisation des cabinets.

Tableau 8. Informatisation

Variable	*Modalités*	*N (miss)*	*n (%)*
Informatisation des dossier médicaux	Oui	58 (1)	45 (78)
	Non		13 (22)
Partage dossier Informatisé[1]	Oui	32 (0)	19 (59)
	Non		13 (41)
Logiciel	Mediclick	45 (0)	13 (29)
	Hellodoc		8 (18)
	Crossway		6 (13)
	Eomedecin		3 (7)
	Medistory		3 (7)
	Axilog		2 (4)
	Medical		2 (4)
	Almapro		1 (2)
	Docware		1 (2)
	Axisanté		1 (2)
	Picsvital		1 (2)
	Medicawin		1 (2)
	Actiae		1 (2)
	Ordovitale		1 (2)
	Microsoft Word		1 (2)

1= partage des dossiers médicaux informatisé entre les médecins d'un même cabinet de groupe, 32 MG concernés

Les logiciels informatiques sont très divers, les plus utilisés sont Médiclick et Hellodoc.

2 MG sur 5 ayant des dossiers médicaux informatisés et installés en cabinet de groupe ne partagent pas leurs dossiers avec les MG associés.

13 MG (22%) n’ont pas informatisé les dossiers des patients. La majorité (9 MG) d'entre eux déclare n'avoir ni besoin ni souhait par rapport aux évolutions de l'informatique au cabinet. Seuls 2 MG souhaitent une formation ainsi qu'une aide à l'installation et à la maintenance, et des échanges informatisés sécurisés.

35 MG (59%) ont des besoins ou des souhaits par rapport aux évolutions de l'informatique au cabinet. Un tiers des MG déclarent avoir besoin d'une formation en informatique. Les autres besoins ou souhaits sont présentés dans le tableau 9.
Parmi les 24 (41%) n'ayant pas de besoins sur le plan informatique, 14 MG sont informatisés et 10 MG ne le sont pas

Tableau 9. Besoins et souhaits par rapport aux évolutions de l'informatique au cabinet

Formation	18 (30%)
Aide à l'installation des outils informatiques	11 (19 %)
Aide à la maintenance	12 (20%)
Amélioration du logiciel médical	13 (22%)
Echanges informatisés sécurisés	14 (24%)
Pas de souhait particulier	24 (41%)

Un médecin déclare : "il y a trop de libertés pour les développeurs de logiciel. Il n'y a pas d'unité entre les logiciels médicaux. Il existe une grande disparité entre grosses et petites entreprises (d'édition de logiciels)." Un autre médecin reproche à son logiciel de ne pas être assez didactique et assez clair : "On ne peut même pas voir en un seul coup d'œil si notre patient est tabagique ou non". Une jeune médecin insiste sur le fait qu'avec les échanges informatisés sécurisés, "les biologistes et radiologues ne nous appellent plus en cas d'urgence". "Avec les labos c'est volontaire (de ne pas vouloir d'échanges informatisés sécurisés) car, avec, on oublie de regarder dans la journée et du coup on gère des urgences à 19h" déplore une femme médecin. Plusieurs médecins insistent sur l'importance de "garantir la confidentialité " lors des échanges informatisés.
Plusieurs médecins sont désireux de s'informatiser: " il faudrait que je fasse une informatisation complète" déclare un médecin, en insistant sur le " besoin d'une informatique efficace et surtout sans faille !". Un médecin déjà surchargé avoue: " Pour moi c'est impossible d'informatiser tous mes dossiers papiers."

L'informatisation du cabinet est une condition importante "pour trouver des remplaçants" selon plusieurs médecins. Mais elle peut aussi être une limite pour certains : "j'hésite à prendre un remplaçant par crainte qu'il ne sache pas utiliser le logiciel présent au cabinet". Un des points essentiels évoqué par la majorité des médecins informatisés est le " besoin d'une maintenance à cause de l'informatique car ça prend trop de temps".

3.3.5 Diversité des pratiques des médecins

Le tableau 10 présente les gestes techniques effectués au cabinet, et les domaines d'expertise ou de prédilection lorsqu'il y en a.

Tableau 10. Gestes techniques et domaines d'expertise ou de prédilection

Variables	Modalités	N	n(%)
Gestes effectués	FCV[1]	59 (0)	12 (20)
	DIU[2]		4 (7)
	Pose implant contraceptif		4 (7)
	Retrait implant contraceptif		4 (7)
	IVG médicamenteuse[3]		2 (3)
	Suivi de grossesse		41 (69)
	Suivi de nourrisson		43 (73)
	Infiltrations		14 (24)
	Sutures		22 (37)
	ECG[4]		18 (30)
	Spirométrie		1 (2)
	Autres		6 (10)
Domaines de prédilection, d'expertise	Oui	59 (0)	34 (58)
	Non		25 (42)
Lesquels	Ostéopathie	34 (0)	1(3)
	Pneumologie		1 (3)
	Médecine interne		2 (6)
	Dermatologie		1 (3)
	Gynécologie		5 (15)
	Cardiologie		2 (6)
	Gestes micro chirurgie, traumatologie		1 (3)
	Douleurs		1(3)
	Gériatrie		6 (18)
	Rhumatologie		1 (3)
	Expertise médicale		1 (3)
	Urgences		1 (3)
	Oncologie		1 (3)
	Psychiatrie		9 (26)
	Psychothérapie de soutien		6 (18)
	Pédiatrie		9 (26)
	Endocrinologie		1 (3)

[1]FCV= Frottis Cervico-Vaginal, [2]DIU= pose de DIU, [3] Interruption de grossesse médicamenteuse soit avant 8 Semaines d'aménorrhée, [4] Electrocardiogramme

Aucun des MG ne mentionne les soins palliatifs comme domaine d'expertise ou de prédilection.

Malgré la diminution importante des gynécologues médicaux, moins d'1 MG sur 10 pratique des actes gynécologiques à but contraceptif (pose de DIU ou d'implant) alors qu'1 MG sur 5 réalise les frottis cervico-vaginaux au cabinet.
Les MG rapportent principalement un manque de temps mais également un manque de formation dans ces domaines.
1 médecin sur 5 déclare avoir comme domaine de prédilection ou d'expertise la gériatrie et la psychiatrie/psychologie.

Besoins et souhaits concernant les gestes ou les examens à réaliser au cabinet

A la question: "avez-vous des besoins ou des souhaits concernant des gestes ou des examens que vous aimeriez réaliser ? ", la moitié des médecins déclare non (33 médecins sur 59 soit 56%). Le tableau 11 regroupe l'ensemble des réponses. Parmi les médecins qui aimeraient diversifier leur pratique, un médecin sur trois souhaiterait soit s'équiper d'un électrocardiogramme et/ou réaliser une formation à la lecture et l'interprétation de l'ECG. De même, plus d'un médecin sur trois aimerait pouvoir réaliser le suivi gynécologique des patientes avec la réalisation des frottis cervico-vaginaux et la pose de dispositifs intra-utérins au cabinet. Cette demande répond à la diminution du nombre de spécialistes en ville principalement les gynécologues médicaux.

Tableau 11. Besoins ou souhaits concernant des gestes ou des examens

Médecin ayant cité au moins un thème	26 (100)
Frottis cervico-vaginal	9 (35)
Formation à l'Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse	3 (12)
Pose de Dispositif intra-utérin	7 (27)
Formation et réalisation d'infiltrations intra-articulaires	2 (8)
Acheter un Electrocardiogramme ou formation à la lecture de l'ECG	8 (31)
Formation à la spirométrie	4 (15)
Formation à l'échographie	2 (7)
Formation et réalisation de sutures	1 (4)

Nb: Chaque médecin pouvant citer plusieurs thèmes

3.3.6 Problèmes et difficultés dans l'activité médicale quotidienne

Les entretiens avec les médecins généralistes font ressortir un attachement fort des médecins pour leur profession associé à un réel malaise chez la plupart des répondants. Un médecin résume la situation ainsi "on est en période de mutation de la médecine générale et il faut faire attention aux pots cassés".
La majorité des MG déclare aimer ce métier qui est pour eux une vocation. " Je suis à la retraite mais je continue de travailler à mi-temps depuis 2 ans, c'est bien parce que j'adore mon métier" ou encore "je suis très content de ma liberté d'exercice".

20 MG (34%) déclarent ne pas avoir de besoins en terme d'organisation et 11 MG (19%) ne déclarent aucun problème ni difficulté dans l'activité médicale quotidienne : " je ne vois pas de problème dans mon activité clinique. C'est pour ca que je continue!", "Je travaille dans la joie et dans la bonne humeur. Je n'ai pas de besoins."

41 MG (70%) mentionnent des problèmes et des difficultés dans leur activité médicale quotidienne. 46 MG (78%) déclarent avoir des besoins en terme d'organisation pour améliorer leur qualité de travail et faciliter leur exercice.

Dévalorisation de la profession

Presque tous les médecins interrogés constatent une dévalorisation de leur profession. "Il existe un mépris général pour la médecine générale, c'est imprégné à tous les échelons, de la politique au patient, et cela crée des difficultés pour les MG : c'est dur de tenir son rôle ". Certains médecins constatent une "diminution de l'estime pour le médecin voire une certaine méfiance: les médias et l'Etat donnent une mauvaise image des médecins et la valorisation du métier passe aussi par le prix de la consultation". Le MG est celui qui fait tout : "voyez ça avec votre médecin traitant … tout ce qui n'intéresse pas les spécialistes c'est pour nous…" déclare un médecin.

Les commentaires recueillis lors de ces entretiens traduisent un profond malaise chez la majorité des MG : "Il faut valoriser la médecine générale ! On nous a « pissé » dessus pendant des années ! "tu finiras généraliste" … image de m… en bas de l'échelle. Depuis 5 ans, cela

s'est aggravé … écœurée de cette image négative … c'est la responsabilité des pouvoirs publics, de la société, de l'hôpital..."

Charge de travail

La grande majorité des MG déplore la lourdeur de la charge de travail. Un médecin qui prend sa retraite cette année, âgé de plus de 65 ans, confie " J'ai été très heureux de faire de la médecine générale mais c'est fatiguant et épuisant; ça laisse peu de place au reste. Ce métier est trop totalisant et si c'était à refaire je ne le referais pas." Ils mettent en évidence le retentissement sur leur vie personnelle et leur santé : "C'est un métier stressant, l'année dernière on a dû m'emmener en urgence à la Pitié pour me poser un stent. Les jeunes médecins ne font pas assez les groupes Balint. Il faut plus de groupes Balint ou de groupes d'échange de pratique. Cet équilibre est important.". Une femme médecin qui a plus de 30 ans de métier confie " j'ai arrêté de travailler trois ans car c'était la folie, je travaillais trop d'heures et j'avait perdu le "moi"." Après cette pause de 3 ans, elle a repris une activité à mi-temps à Paris et travaille également en maison de santé pluri-professionnelle dans le Cotentin !

Nombre de médecins évoquent l'augmentation de cette charge de travail et le manque de temps : moins de médecins généralistes et plus de patients à voir au détriment de la qualité de la prise en charge selon eux : "Je travaille de plus en plus mais de moins en moins bien", "On manque de temps pour faire une bonne médecine". Les médecins déplorent à la quasi unanimité l'insuffisance de nouvelles installations de médecins généralistes. "Je fais environ 40 consultations par jour… où est la nouvelle génération ? Il faudrait plus d'installations et plus de remplaçants." déclare un médecin fatigué. Les médecins se plaignent d'un manque de temps avec la multiplication des consultations et un médecin rapporte: " j'ai un problème pour gérer les urgences (…) je n'ai pas le temps d'aller en visite pour les voir; du coup je suis forcé de leur dire d'appeler SOS médecins. C'est frustrant mais on n'a pas le choix". "Un besoin ? Le temps !!! Il faudrait des journées de 48h." résume bien un médecin. "Besoin de temps clinique car c'est une course contre la montre et pas assez de temps pour les patients qui en nécessitent"

Diminution du temps clinique

Au moins 9 MG sur 10 soulignent une diminution du temps disponible pour l'activité clinique en raison des tâches administratives. "Si on pouvait faire de la médecine ça serait bien, on est formé pour ça mais on est mauvais en administratif.".
"Beaucoup d'administratif et peu de temps clinique pour voir les patients, " avec "de plus en plus de paperasse, sécu, renouvellement des ALD, demandes de cures, bons de transports, compte rendus, courriers, biologie…". Des tâches diverses qui sortent du domaine clinique et qui occupent en moyenne 1 à 1h30 par jour : "Ces multiples tâches qui polluent l'existence !".
Mais il n'y a pas que l'administratif : « Ce qui me fait perdre du temps et m'exaspère ce sont les sollicitations médicales des patients en dehors des consultations, c'est très chronophage."
« Je suis encombré par toutes ces fausses urgences. Trop peu de consultations intéressantes, on pourrait sûrement déléguer beaucoup !".
Un médecin insiste sur le temps passé à renouveler les certificats médicaux demandés par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) sans pour autant qu'il y ait une évolution du handicap. Il demande un "audit sur la MDPH : on a un problème pour définir le vrai handicap, pour remplir les questionnaires MDPH et les renouveler".

L'importance des problèmes sociaux est source de difficultés. "Il y a une dérive sociale de la médecine alors qu'on n'est pas assistante sociale.", " Au niveau de la prise en charge sociale des patients: cela prend du temps, on n'a pas toujours les bons contacts et on a un manque de compétences sur le sujet."

Pour déléguer les activités chronophages qui réduisent le temps clinique, plusieurs MG demandent une aide pour la gestion de l'administratif: " j'ai besoin d'aide pour l'administratif car cela encombre le "Moi". Une attente pouvant être concrétisée par l'aide ponctuelle, quelques heures par semaine:" j'aurais besoin d'1h de secrétariat par semaine pour scanner différents papiers. Mais c'est trop compliqué d'embaucher quelqu'un".

Relations avec l'Assurance Maladie

Un médecin déclare: "il y a un besoin de rigueur, une nécessité d'économie de santé, sous certaines conditions bien sûr qu'il faut rendre des comptes."

Mais cette position n'est pas défendue par la majorité des médecins qui se sentent "pris en étau entre les patients et la sécu". "Les organismes (Sécurité Sociale etc) ne prennent pas de gants avec les médecins" ajoute ce médecin. Une grande majorité des médecins dénonce le fait que "la mise sous tutelle de la médecine générale par la sécu, l'ARS et l'URSSAF devient insupportable" ; " la tournure que prend la médecine est détestable: le délégué de la sécu vient tous les mois et demi pour voir si les objectifs sont atteints."
Un médecin déclare: " je ne veux pas être fliqué, ROSP (rémunérations sur objectifs de santé publique, ndlr), NMR (nouveaux modes de rémunérations) et compagnie, c'est du contrôle et du salariat déguisé." Cette position est partagée par plus de deux médecins sur trois, bien que certaines positions soient plus nuancées : "Il faut trouver un juste milieu entre la liberté d'exercice et les comptes à rendre. Si le contrôle est juste, je ne vois pas de problème à ce qu'on soit contrôlé".

Des MG déclarent une mauvaise communication avec la sécurité sociale: "on n'a plus la ligne directe du médecin conseil à la sécu. C'est absurde, il nous faut des interlocuteurs privilégiés". Ils pointent la lenteur des services: "Six semaines pour obtenir des feuilles de soins papier ! On nous met des bâtons dans les roues". Les médecins utilisant quotidiennement internet durant leurs consultations sont unanimes: "L'utilisation de l'Espace Pro (espace professionnel du site de l'assurance maladie) est trop longue avec des problèmes d'accessibilité, il faut toujours remettre le code et donc manque de rapidité".

En règle générale, les médecins interrogés ne sont pas défavorables au tiers payant sur la part obligatoire (TPO) à la condition qu'ils soient vraiment payés et ce, dans des délais convenables. "Aucun problème avec le tiers payant, mais à condition que ça marche !" déclare un médecin. "Je ne veux pas devoir contrôler les impayés, mais si le système marche bien alors pourquoi pas."
La réalité selon eux est que le système marche mal et dans ces conditions la majorité se déclare "contre le tiers payant." Un autre médecin fait ce constat: "Les paiements par la sécu marchent très mal, les mutuelles s'engouffrent dans le système, les patients croient que tout est gratuit". Le Tiers payant est vécu comme "chronophage" par beaucoup de médecins qui doivent vérifier les remboursements.

Certains craignent que "le tiers payant augmente le nombre de consultations ».

Evolution des missions du médecin généraliste

Pour la majorité des médecins interrogés, on assiste à une évolution de la médecine générale.
" La politique actuelle de restriction des soins augmente les responsabilités pour les médecins généralistes". "La prise en charge ambulatoire c'est une révolution, la médecine a changé : aujourd'hui on voit des OAP sortir au bout de deux jours, des phlébites gérées en ambulatoire…". Ce virage ambulatoire soulage les hôpitaux au détriment des MG dont la responsabilité et la charge de travail augmentent.
Un médecin déplore cette "augmentation des missions et l'augmentation des thérapeutiques sans augmentation des moyens !".
Ils observent une augmentation de la fréquence des prises en charge en ville de patients poly-pathologiques avec la nécessité de gérer des pathologies lourdes dans le cadre de la consultation: "l'exercice évolue, la gestion des multi-morbidités est complexe. Il y a de plus en plus de choses à traiter". " On manque de temps avec les patients qui sont souvent très lourds".
Certains pointent aussi l'augmentation de l'activité de médecine préventive qui nécessite également du temps et qui rallonge la durée de la consultation. Un médecin déplore le jeu d'équilibriste qu'il doit faire pour garder la confiance de ses patients malgré diverses affaires concernant l'industrie pharmaceutique: " Les difficultés rencontrées ? Les messages pas clairs : la confusion apportée par les annonces sur les médicaments (pilule etc.), les vaccinations (rupture de stock, polémique autour des vaccins etc.)... C'est une planche de savon…"

La quasi totalité des médecins insiste sur l'incohérence entre l'augmentation des missions du MG en ville et l'absence d'augmentation des honoraires.

Evolution du comportement des patients

Les médecins sont unanimes pour dire que l'attitude et le comportement des patients a changé.
Le changement porte sur l'exigence d'obtenir une réponse immédiate. « La psychologie des patients a changé : ils sont tellement exigeants ! Toujours pressés, ils ne supportent pas d'attendre, il faut qu'on s'adapte à leurs demandes multiples, à leurs horaires décalés ! ». Un médecin décrit la "pression sur le médecin pour l'immédiateté des rendez-vous", la plupart des

patients sont jugés " impatients" par les médecins interrogés. Un autre insiste sur "l'évolution du comportement des patients qui veulent de l'immédiat et du "Médecin Kleenex".
Le changement porte aussi sur le contenu des consultations. "Je ne viens pas souvent voir le médecin alors j'ai fait une liste"…". Plusieurs MG insistent sur la "multiplication des motifs de consultation lors d'une consultation". "Les patients arrivent en consultation avec une liste de courses". "Comment faire avec les demandes multiples ? Souvent 1 rendez-vous pour 5 à 6 motifs!". "On est confronté au problème des consultations longues et des multiples motifs de consultations. Re-convoquer, est-ce vraiment la solution ? Il faut différencier la mini-consultation de la consultation lourde."
Certains MG évoquent le non respect du parcours de soin coordonné, et les demandes concernant le niveau de remboursement. "La relation avec les patients a changé: ils diversifient leurs correspondants et du coup le médecin généraliste n'est pas en première ligne". "A Paris, les gens ne sont pas dans la logique du médecin traitant, ils vont voir directement leurs spécialistes". "Il existe une importante pression des patients sur leur MG concernant des choses qu'ils ne comprennent pas. Par exemple, qu'une consultation ou qu'un médicament ne soit pas pris à 100% etc."
Un des changements majeurs concerne le non respect des rendez-vous, voire le non respect tout court. "L'absentéisme des patients sans décommander (…) représente environ 10% des consultations". "Il y a un changement énorme de la population ! Beaucoup de patients n'annulent pas leurs rendez-vous (alors qu'ils ne viennent pas), il y a moins de respect pour les médecins généralistes". "Les incivilités augmentent, ils sont exaspérés d'attendre plus d'une heure" déclare un médecin, alors qu'un autre insiste "il y a beaucoup de retards des patients, je ne le supporte pas". Plusieurs médecins font ce constat: "il y a un vrai problème de mentalité. Pas de respect à Paris !"
Selon un médecin en fin de carrière, "la clé; c'est (…) d'arriver à dire non aux patients".

Tarif de la consultation

Plus de 9 médecins sur 10 évoquent la nécessité d'une revalorisation du prix de la consultation.
"Le blocage des tarifs à 23€ est inadmissible : la consultation coûte plus que 23€, c'est le nœud du problème.". Pour un autre médecin ce qui est nécessaire c'est "une augmentation du prix de la consultation ou au moins d'arrêter d'augmenter les charges ! Arrêter d'augmenter

l'URSAFF". "Quand on fait une consultation d'une heure à régler de nombreux problèmes, à la fin j'ai honte de demander 23€ … et le patient aussi ! Surtout qu'en général il sort d'une consultation avec un spécialiste à l'issue de laquelle on lui a demandé plus de 100 € pour une consultation expéditive (sans courrier)".
Selon certains, "il faut plus de souplesse dans les honoraires". Cependant d'autres déplorent "une codification trop compliquée des actes". Pour des médecins, le tarif de la consultation reflète la perception de la médecine générale au sein la population générale: "Vingt trois euros la consultation, c'est une honte ! C'est un mépris pour la profession !" confie un médecin.
Un jeune médecin généraliste sur le point de quitter cette année le 13ème arrondissement et en réflexion sur la mise entre parenthèse de sa profession de MG déplore: "Vingt trois euros pour une consultation complexe, ça fait mal au cœur. Ils ne se rendent pas compte que le secteur 1 n'est pas bien payé et ça fait partie des choses qui font que je veux arrêter : de nombreuses années d'études, une responsabilité importante… et une consultation mal payée."

Difficultés à créer les conditions de travail

"La médecine générale est le plus beau métier si les conditions d'exercice sont correctes." déclare un médecin.

Nombreux sont les médecins qui décrivent leurs difficultés pour créer des conditions de travail optimales pour assurer une bonne prise en charge médicale. "Quelle galère pour créer les conditions nécessaires au travail. Immobilier, personnel, impôts, assurances: tout est cher, même en secteur 2. Il y a un gros problème avec le bail professionnel qui ne donne aucune protection au médecin. Le loyer peut doubler du jour au lendemain." confie un médecin, qui rajoute " Une ancienne secrétaire nous a attaqués aux Prud'hommes alors qu'elle était en arrêt de travail injustifié depuis longtemps.". Il met l'accent sur la difficulté d'embaucher, de gérer le personnel (secrétaire, personnel d'entretien) et de conserver son local professionnel à Paris en gardant un loyer raisonnable. Un médecin insiste sur le fait que les loyers sont "trop chers même en secteur 2". "A Paris les loyers sont élevés et on est payé moins qu'un vétérinaire" déplore un médecin.
Un médecin confie: "secrétariat et ménage, j'aimerais embaucher mais c'est trop cher". Concernant les dispositions de la ville de Paris pour susciter de nouvelles installations de médecins, un médecin déclare : "ParisMed c'est bien, mais pourquoi ça arrive aussi tard ? Le Conseil de l'Ordre savait (la pénurie de médecin et le problème d'installation avec des loyers

et des charges élevés) ». Plusieurs médecins évoquent leurs difficultés de trouver des remplaçants ou des collaborateurs: "ils jugent les charges trop élevées et ne veulent pas s'installer à Paris".

Pour compenser ces charges, certains médecins décident de multiplier les consultations courtes : "on se retrouve dans l'obligation de bosser de nombreuses heures pour payer les charges". Un mode d'exercice que refuse ce médecin qui nous confie : " aucun intérêt pour la médecine abattage, je préfère prendre le temps nécessaire !".

Un médecin déclare: "j'ai besoin de locaux plus appropriés : plus accessibles, plus grands…"

Parmi les besoins exprimés, certains souhaiteraient " être aidés pour la rédaction des contrats avec les associés."

Dans le même domaine, un médecin souhaiterait "une aide juridique pour certaines situations difficiles avec des patients: il existe un vide juridique sur certaines questions comme celle de ne plus vouloir être le médecin traitant d'un patient".

Préserver la santé des médecins

Parmi leurs besoins, plusieurs MG confient l'importance de garder un bon équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle.

"Pour être un bon médecin il n'y a pas que la formation médicale qui compte, il faut que les médecins prennent soin d'eux. Il faudrait même un service de prévention des risques médicaux et psycho-sociaux dédié aux généralistes. Pourquoi pas des consultations pour les MG, comme un médecin du travail ?".

4 DISCUSSION

4.1 Synthèse des résultats

Le but de l'étude était de disposer d'une analyse des attentes et des besoins des médecins généralistes dans le 13ème arrondissement de Paris pour aider le Pôle de santé Paris 13 à construire son projet pour les 5 années à venir.
Au vu des résultats de notre étude, nous constatons que les besoins des MG regroupent les besoins exprimés directement par les MG mais également des besoins des MG et la population déduits de l'enquête.

4.1.1 Les besoins exprimés directement par les médecins généralistes

En majorité, les MG souhaitent une diminution de leur charge de travail. Deux tiers des médecins n'arrivent pas à répondre à la demande des patients. La charge de travail s'accroît du fait des départs en retraite non remplacés.
Les MG ont besoin d'augmenter le temps clinique et de réduire le temps consacré aux tâches administratives. Pour ce faire, la moitié des MG ont besoin d'améliorer leur secrétariat, si celui-ci existe déjà, ou de mettre en place un secrétariat (sur place de manière permanente ou ponctuelle, téléphonique, internet ou mixte). Les besoins déclarés en terme de secrétariat concernent la prise de rendez-vous, la gestion des tâches non médicales telles que l'intégration des documents au dossier du patient, la gestion des tiers payants et/ou des paiements et l'accueil des patients. L'augmentation du temps clinique pourrait passer également par la diminution et la simplification de la charge administrative que constituent la création et le renouvellement des protocoles de soins, les prescriptions de transports, la gestion des arrêts maladie prolongés, les certificats MDPH.
La majorité des MG exprime des besoins concernant l'informatique au cabinet : formation dans ce domaine, installation d'outils, évolution du logiciel, maintenance et échanges informatisés sécurisés.
Globalement, la grande majorité des MG exprime un besoin de revalorisation de la profession impliquant d'une part la revalorisation de la consultation et de la visite, et d'autre part une information et une éducation des patients, dont le comportement a changé ces dernières

années avec une exigence accrue et une attitude de consommateur de la santé (absentéisme, multiplication des motifs de consultations etc.).
Les MG déclarent avoir besoin d'améliorer les relations avec les institutions publiques (ARS, CPAM, MDPH..) avec qui le dialogue est ressenti comme difficile ou inexistant. Ils ont besoin de pouvoir joindre directement des interlocuteurs. Ils veulent préserver leur indépendance professionnelle et se méfient des nouveaux dispositifs tels que les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) ou la Rétribution sur Objectifs de Santé Publique (ROSP..).

4.1.2 Les besoins des MG et de la population déduits des résultats de l'enquête

L'enquête met en évidence le besoin de proposer aux MG des formations adaptées pour diversifier leur pratique médicale: organisées sur le territoire, avec des horaires minutieusement adaptés, et permettant la mise en réseau efficace des professionnels de santé.
Un besoin de formation dans les domaines de la gynécologie médicale (réalisation des FCV, pose de DIU et implant) et de l'électrocardiogramme ressort (31%) de l'étude
Il est également nécessaire de susciter des installations de jeunes MG, et pour cela, une des solutions évoquées, est de développer la maîtrise de stage dans l'arrondissement.
Devant le vieillissement de la population et la prise de conscience du handicap, il est nécessaire d'améliorer l'accès aux cabinets médicaux des personnes à mobilité réduite avec la mise aux normes PMR des locaux et d'améliorer l'accès aux soins des personnes qui ne peuvent pas du tout se déplacer, par une augmentation globale de la capacité à assurer des visites à domicile.
Afin d'aider les MG à prendre en charge des patients en situation sociale difficile, sans y perdre du temps, il y a un besoin de développer la coopération avec le secteur social.
Avec l'augmentation de l'informatisation dans la pratique médicale actuelle (échanges informatisés avec les autres médecins, envoi des résultats biologiques ou d'imagerie par internet etc), il est nécessaire de garantir la sécurité des soins pour éviter des pertes d'informations pouvant représenter un danger pour les patients.

4.2 Portraits de médecins généralistes installés dans le 13ème arrondissement

Premier portrait

Le "profil moyen" du médecin généraliste du 13ème arrondissement de Paris est un homme de plus de 50 ans. Il exerce en libéral, en secteur 1, dans un cabinet de groupe où il est médecin titulaire. Il est propriétaire de son local professionnel, contrairement aux jeunes médecins généralistes installés qui sont plutôt des femmes locataires de leurs locaux.

Ce médecin consacre en moyenne 40 heures par semaine aux activités de soins (auprès de ses patients) et il ne se fait pas remplacer. Il prend 6 semaines de vacances par an. Sa "patientèle médecin traitant" déclarée comprend environ 1000 patients (médiane à 1230). Il réalise 4650 consultations et 143 visites par an soit environ 100 consultations et 3 visites à domicile par semaine. Dans ses consultations, on compte 5% de CMU, 2% d'AME, 13% de patients de moins de 16 ans et 15% de plus de 70 ans.

Ce médecin refuse régulièrement des consultations et des visites à domicile. Il accepte de devenir médecin traitant de nouveaux patients au cabinet mais refuse de devenir le médecin traitant de patients suivis exclusivement à domicile. De même, il ne participe pas à la permanence des soins.

Dans le cadre de la prise en charge médicale des patients, il lui arrive de faire appel à des réseaux de santé, principalement pour les soins palliatifs et la gériatrie. Son implication dans ces réseaux reste très limitée. Il n'est pas maitre de stage et ne souhaite pas le devenir.

Pour sa formation médicale continue, il lit des revues médicales et participe à des actions de DPC. Il est d'ailleurs intéressé par l'organisation d'action de DPC dans l'arrondissement sans préférence pour un thème en particulier.

Son cabinet médical se trouve en étage avec un ascenseur, avec une accessibilité aux PMR relative car elle correspond à une accessibilité pour les personnes ayant un déficit locomoteur mais ses locaux ne satisfont pas les nouvelles normes pour les autres déficits (visuel, auditif). Il n'envisage pas de faire des travaux pour plusieurs motifs dont le refus de la copropriété et le coût élevé.

Le médecin consulte seulement sur rendez-vous et la prise de rendez-vous se fait soit sur place auprès du secrétariat soit par téléphone auprès du secrétariat sur place ou d'un secrétariat téléphonique.

En ce qui concerne l'accessibilité financière, ce médecin prend la carte vitale pour réaliser des feuilles de soins électroniques en consultation en cabinet et il applique le tiers payant sur la part obligatoire aux patients bénéficiaires de la CMU et de l'AME, à la majorité des patients

en situation financière difficile et assez souvent aux patients consultant pour une affection de longue durée. Il ne réalise pas de feuilles de soins électroniques lors des visites à domicile.
Les dossiers médicaux de ses patients sont informatisés et partagés avec les autres médecins associés. Il n'a pas de souhait ou de besoin concernant l'évolution de son informatique au cabinet.
Concernant sa pratique, il suit des nourrissons et des patientes en début de grossesse (< 3-4 mois) mais ne s'occupe pas du suivi gynécologique des patientes. Le plus souvent, il ne réalise pas d'ECG, d'infiltrations ou d'autres actes au cabinet et s'en tient à une pratique très clinique avec peu d'actes techniques. Son domaine de prédilection est souvent la gériatrie, la psychiatrie ou la pédiatrie. Il n'a pas de souhait ou de besoin concernant les gestes ou les examens qu'il pourrait réaliser au cabinet. S'il devait vraiment accroitre sa pratique d'actes techniques, il souhaiterait se former à la pratique des actes gynécologiques, acheter un ECG et se former à son interprétation.

Deuxième portrait

Le deuxième portrait de MG dans le 13e est un homme âgé de 55 ans. Il diffère du portrait du premier dans la mesure où il exerce seul en cabinet libéral, en secteur 1. Il travaille 5 jours et demi par semaine, n'a pas de remplaçant. Il n'a pas de secrétariat. Il n'est pas intéressé par la maîtrise de stage : "cela prend trop de temps". Il est submergé par les demandes de ses patients et refuse régulièrement des demandes de consultations ou de visites. Il refuse d'être le médecin traitant de nouveaux patients. Il souhaiterait se former davantage mais ne trouve pas le moment opportun. Il est fatigué par son exercice professionnel.

Troisième portrait

Un autre type de MG se profile dans le 13e arrondissement de Paris. Il s'agit d'une femme âgée d'environ 35 ans. Elle exerce en libéral, en secteur 1, dans un cabinet de groupe où elle est collaboratrice. Elle travaille environ 4 jours et demi par semaine. Elle est maître de stage. Elle prend part aux activités du Pôle de Santé et s'intéresse au projet de maison de santé pluri-professionnelle dans laquelle elle projette un jour de s'installer.

4.3 Points forts et limites de l'étude

4.3.1 Un point fort : le taux de participation

Un point fort de cette enquête est le taux de répondants (53%). La plupart des enquêtes auprès des médecins généralistes parisiens atteignent (difficilement) des taux de 20 à 30%. Le taux moyen de participation à DEMOMED 75 était de 33%, et dans le 13e il était de 28% (6,10).
Les MG éligibles étaient globalement peu disponibles. Le contact téléphonique a été difficile avec une partie d'entre eux : beaucoup d'appels filtrés par le secrétariat avec des messages non transmis aux MG ou des refus catégoriques du secrétariat, des disponibilités téléphoniques restreintes (uniquement sur certaines plages horaires) pour plusieurs MG n'ayant ni secrétariat ni répondeur ou encore des refus catégoriques. Ces médecins ou leurs secrétaires évoquent une course contre le temps : " Ils n'ont pas le temps, ils travaillent beaucoup, ils ne reçoivent personne, ni labo ni autre", "Je n'ai pas le temps, je n'ai pas le temps, tous les jours sont pleins!" ou encore "Pas le temps, trop démarché pour les thèses, beaucoup de collègues à la retraite", " Je n'ai pas le temps de prendre des patients pour les examiner alors répondre à des questionnaires ...encore moins!".
Le taux de participation de 54% a pu être atteint grâce au renouvellement des appels téléphoniques (minimum 4 tentatives) et à la flexibilité pour rencontrer les MG au moment qu'ils choisissaient.
Un autre point fort de l'étude est qu'il n'y a quasiment aucune donnée manquante, les questionnaires ayant été remplis par les internes au cours des entretiens.

4.3.2 Points faibles de l'enquête

Dans cette étude, nous avons inclus seulement les MG libéraux. Or, une étude exhaustive de la démographie des MG sur le 13e arrondissement devrait inclure l'offre de soins assurée par les centres de santé (de la ville de Paris, associatifs ou mutualistes) et par les consultations hospitalières, qui participent à l'offre de soins primaires. Le 13ème compte 6 centres de santé dans lesquels consultent des MG correspondant à nos critères d'éligibilités :

- CS Edison (Ville de Paris)
- CS du Moulinet (Union Territoriale de la Mutualité Ile de France)

- CS Olympiades (Croix Rouge)
- CS Broca (Mutualité): 2MG
- CS Hôpital des Peupliers (Ramsay Générale de Santé) : pas de consultation de médecine générale
- CS Hahnemann (associatif) : uniquement consultations d'homéopathie, ostéopathie et acupuncture.

Il est difficile d'évaluer l'offre de soins de médecine générale des consultations hospitalières.

Nous avons exclu les 18 MG qui ont déclaré lors du premier contact téléphonique un mode d'exercice particulier (MEP) prédominant, supérieur à 50% de leur activité totale. Nous avons considéré que dans ce cas l'organisation de la pratique était très probablement différente et que globalement l'activité était orientée par le MEP et ne correspondait pas à l'offre de médecine générale de premier recours. Selon une enquête de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France datant de 2008, les médecins à orientation particulière (MOP), concept un peu plus large que celui des MEP, sont moins souvent médecins de premier recours que leurs confrères, remplissent moins souvent le rôle de coordinateurs des soins, et attachent une importance moins grande à la médecine basée sur des preuves (evidence based medicine) qu'aux outils thérapeutiques alternatifs (homéopathie, ostéopathie, acupuncture)(15).
Une limite de notre travail est que les données qualitatives sont des commentaires faits par les MG en complément des réponses aux questions fermées ou des réponses à des questions ouvertes. Ils n'ont pas été recueillis dans des entretiens semi-directifs. Une étude qualitative aurait peut être permis le recueil d'informations plus fines. Cependant les entretiens avec les médecins ont duré en moyenne 45 minutes (de 15 minutes à 1h30) ce qui a permis aux MG de réfléchir à leurs réponses et de fournir une matière assez riche à analyser.

Une autre limite concerne la validité des réponses sur le volume d'activité et la proportion de patients bénéficiaires de la CMUc ou de l'AME. Certains médecins n'étaient pas en mesure de consulter le site ameli.fr, ou leur Relevé Individuel d'Activité du Praticien (RIAP), ou étaient réticents à le faire devant l'interne, et ont donné des estimations subjectives.

Les entretiens ont été réalisés pendant les discussions sur la loi de santé de Marisol Touraine(16), dont un volet était le tiers payant généralisé sur la part obligatoire et sur la part

complémentaire, une mesure très contestée par les syndicats de médecins libéraux. Dans l'étude, un certain malaise était perceptible dans la majorité des entretiens lorsque ce point était abordé. Il est possible que ce contexte ait contribué à « noircir le tableau » décrit par les MG.

Enfin notre étude est restée strictement descriptive. Nous n'avions pas la puissance statistique nécessaire pour chercher des associations entre caractéristiques des médecins et type de pratique ou type de besoin. Cette limite n'est pas un réel problème par rapport aux objectifs de l'étude.

4.3.3 La représentativité des médecins répondeurs

L'échantillon des répondants est comparable à la moyenne des MG en France.
Dans l'étude, on constate un vieillissement des MG. Un peu plus des deux tiers ont plus de 50 ans avec une même proportion de MG entre 50 et 60 ans et plus de 60 ans alors que seulement 17% des MG ont moins de 40 ans. Ces observations sont proches de celles du CNOM, au niveau national, qui constate que 26.4% des inscrits au tableau ont plus de 60 ans dont 23% sont des retraités actifs et seulement 14% ont moins de 40 ans. Les hommes sont majoritaires dans la tranche d'âge de plus de 50 ans (64%) alors qu'ils sont fortement minoritaires chez les moins de 40 ans (20%) soulignant la féminisation de l'exercice libéral. D'après le CNOM en 2015, les femmes médecins sont beaucoup plus nombreuses que les hommes chez les moins de 45 ans et elles représentent 58% des nouveaux inscrits au tableau de l'ordre (1). Dans notre étude, une minorité de médecins a une activité mixte libérale et salariée (12%) et nous n'avons pas constaté de différence entre les hommes et les femmes contrairement à l'étude Demomed13 (10). D'après le CNOM, 60 % des médecins généralistes à activité mixte âgés de moins de 40 ans sont des femmes (1).

4.4 Les besoins exprimés directement par les médecins généralistes

4.4.1 Réduire le fardeau professionnel

4.4.1.1 Augmenter le temps clinique et réduire le temps de gestion

La majorité des médecins déclarent vouloir augmenter le temps consacré aux activités cliniques. Le temps de travail hebdomadaire des MG est en effet partagé entre les activités de diagnostic et de soins (consultations, visites, astreintes, conseils téléphoniques), les activités médico-administratives, les activités de gestion, de comptabilité et d'entretien du cabinet, les activités de formation et d'amélioration de la qualité (groupes d'échange de pratique, staff multidisciplinaire).

Les MG déclarent consacrer en moyenne 40 heures par semaine à leurs patients en consultations ou en visites contre une moyenne d'environ 33 heures par semaine selon les chiffres de la Drees (17). Ce chiffre ne concerne que le temps consacré aux activités cliniques dans le cadre libéral. Le temps consacré aux autres activités représente environ 1h à 1h30 par jour selon les déclarations des MG et en moyenne 4h par semaine selon la Drees soit environ 12% du temps hebdomadaire moyen estimé entre 52 et 60 heures par semaine. (18,19)

Simplification des tâches administratives

La quasi totalité des MG interrogés évoque un excès de "paperasserie" qui est en partie administrative mais qui requiert une compétence médicale. Il est important de prendre en compte ce fait qui est pointé comme la principale cause du syndrome d'épuisement professionnel par les médecins libéraux franciliens (96% des médecins interrogés évoquent cette cause) (13). La simplification administrative est une condition importante pour réduire le fardeau professionnel. Cela a été amorcé par l'Assurance Maladie par l'intermédiaire du site Ameli.fr où les protocoles de soins et les procédures d'arrêt de travail ont été simplifiés pour plus de rapidité (20). En pratique, il est plus long de remplir les formulaires sur internet du fait des lenteurs ou dysfonctions du système (longueur de connexion, site inaccessible, problèmes techniques). L'exemple du certificat MDPH est parlant: lorsque le MG coche la case pour renouveler à l'identique un certificat devant l'absence d'évolution de l'examen

clinique du patient (cécité, amputation), il lui est renvoyé par la MDPH pour qu'il refasse un certificat médical initial.

Une informatisation performante

L'informatisation du cabinet est à mon sens un élément essentiel de gain de temps clinique. Grâce au logiciel médical, la rédaction de documents est plus rapide. De plus, l'informatisation permet une meilleure sécurité des soins (par exemple, contrôle d'incompatibilités médicamenteuses) et une meilleure qualité du suivi des patients, à la condition évidement que les dossiers soient bien tenus. Dans notre enquête, au sein des cabinets informatisés, 4 fois sur 10 les dossiers ne sont pas partagés. Le partage du dossier médical du patient facilite la continuité des soins, et donc la qualité du suivi, dans les cabinets de groupe en attendant que le "dossier médical partagé" soit généralisé (21). Pour qu'elle représente réellement un gain de temps, l'informatique doit être bien "accompagnée" (formation, support, maintenance). Dans notre enquête, un quart des MG présentent des besoins dans le domaine de l'informatique. Pour y répondre, le Pôle pourrait proposer des formations ainsi que les services d'une société spécialisée en informatisation médicale pouvant intervenir dans le 13ème arrondissement. Les services principalement demandés par les MG sont l'aide à la maintenance, aspect essentiel car sans un service rapide de maintenance le cabinet peut tourner au ralenti en cas de problème informatique, la mise en place d'échanges informatisés sécurisés entre les professionnels de santé et l'amélioration de leur logiciel.

Une autre manière de réduire le temps consacré à ce poste serait de déléguer les activités pouvant être faites par une personne autre que le MG.

Un secrétariat performant

Le secrétariat est un moyen d'augmenter le temps clinique du MG. Parmi les MG interrogés, seulement un tiers a un secrétariat sur place, un autre tiers a un secrétariat à distance et le tiers restant n'a pas du tout de secrétariat. En interrogeant les médecins, on remarque que le besoin en terme d'organisation est d'avoir un secrétariat physique c'est-à-dire un secrétariat sur place. Les tâches sont étendues : répondre aux appels des patients, prendre les messages, filtrer les appels tout en identifiant ceux où le conseil du médecin est essentiel, prendre les rendez-vous,

gérer l'archivage d'éléments de dossiers (résultats d'examens, courriers, biologie), mettre à jour les dossiers (coordonnées du patient, nouveaux antécédents, etc). Il peut s'agir aussi d'assurer la prise de rendez-vous d'examens pour les patients, joindre des professionnels ou organismes à la demande du MG, frapper des courriers et assurer la comptabilité de recettes et les écritures comptables. Lors des entretiens, ce constat était confirmé. Un des médecins travaillant en groupe avec plusieurs secrétaires sur place, déclare ne pas avoir de besoins en terme d'organisation et confie que "beaucoup de choses sont résolues par le secrétariat". La plupart des MG ayant un secrétariat téléphonique disent être beaucoup moins dérangés pendant leurs consultations et du coup le ressenti de la pratique professionnelle était plus positif. Cependant, un médecin qui a un secrétariat à distance trouve qu' "il manque un contact humain". Le secrétariat crée un lien entre les patients et le médecin mais aussi un "sas de décompression" entre le patient et le MG. Se posent alors plusieurs limites :

- Le manque de place dans les locaux pour accueillir un secrétariat physique est évoqué par des médecins exerçant seuls mais également par ceux exerçant en groupe. Il est nécessaire d'avoir des locaux de taille appropriée. Le coût du m^2 à Paris à l'achat et à la location est une limite à l'emploi d'un(e) secrétaire.
- Les charges liées à l'embauche de personnel sont une autre limite. Les médecins déclarent payer trop de charges. Dans cette étude, les 18 médecins ayant un secrétariat sur place sont installés en groupe. Il est évidemment plus facile pour les médecins installés en cabinet de groupe d'embaucher du personnel pour partager les frais avec leurs associés. Le médecin exerçant seul a très peu de marge de manœuvre pour augmenter le temps clinique.

Certains MG ont besoin d'avoir une personne qui ne serait là que ponctuellement pour, par exemple, l'archivage des éléments de dossiers etc. Le Pôle de santé Paris 13 pourrait ainsi embaucher une personne (secrétaire, étudiant..) qui pourrait permuter sur les différents cabinets des MG faisant partie du Pôle de Santé assurant ainsi une partie des activités administratives.

Répartition des compétences

Un aspect permettant d'optimiser le temps clinique est d'avoir des patients éduqués sur leur(s) pathologie(s). C'est le rôle des ateliers d'éducation thérapeutique pour les maladies chroniques qui ont été mises en place en France au sein, par exemple, de Maison de santé (MDS) et de Pôle de santé (PDS). Ils sont financés dans le cadre de l’expérimentation de nouveaux modes de rémunération et sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à

l'élaboration d'un programme personnalisé (22). Ces ateliers permettent au médecin de réduire le temps de la consultation et d'améliorer la prise en charge de la pathologie du patient (23).

Une autre solution serait de déléguer des tâches à d'autres professionnels de santé tels que les infirmières travaillant en parallèle avec les médecins dans le programme ASALEE (Action de Santé Libérale En Équipe) au sein de structures de soins type MDS/PDS (24). Le principe est de confier aux infirmières des consultations d'éducation à la santé et de suivi protocolisé pour certaines pathologies (diabète, hypertension artérielle, dépistage des facteurs de risques cardio-vasculaires) laissant au médecin les cas compliqués ou ceux qui affichent un « red flag ». Ces procédés existent déjà au Royaume-Unis, aux Etats-Unis, et au Canada. Les anglo-saxons parlent de « skill mix » décrivant une équipe de soins pluri-professionnelle avec une répartition des compétences. Il s'agit d'infirmières à compétence étendue. Pour les Etats-Unis, ce concept a été mis en place dès les années 60, lors du développement des Health Management Organization (réseaux de soins coordonnés) dans une logique plutôt économique. Alors qu'au Royaume-Uni cela s'est fait dans un contexte de faible densité de médecins généralistes et d'infirmières, qui étaient alors saturés. Leur système de santé est organisé de façon collective et avec des modes de rémunération très différents. Selon une étude de Marsch, au Royaume Uni, la délégation de certaines tâches pourrait permettre aux médecins de doubler leur liste de patients (25). De plus, les études n'ont pas retrouvé d'effet négatif sur la santé, les patients sont satisfaits par les services des infirmiers et la qualité des soins (26,27)
En appliquant ce concept de répartition des compétences qui implique de revoir l'organisation du travail et des collaborations, les MG pourraient gagner du temps clinique. Cela implique de sortir du modèle du paiement quasi exclusif à l'acte.

4.4.1.2 Maîtriser la durée du travail et diminuer la charge de travail

Dans le 13ème, la charge de travail est importante. Seulement la moitié des MG parviennent à voir tous les patients qui les sollicitent, un quart des MG interrogés doit travailler plus qu'il ne le souhaite pour répondre aux demandes des patients et plus de 2 médecins sur 5 refusent régulièrement des consultations, principalement les patients dont ils ne sont pas le médecin traitant déclaré. Les MG sont confrontés au départ à la retraite de leurs confrères. Il y a une forte demande des patients se retrouvant sans médecin traitant. Les MG adaptent, la plupart du temps, leur rythme de travail à la demande. Nous avons ressenti la tension liée à cette

charge de travail lors des appels téléphoniques effectués pour obtenir des rendez-vous. D'après les données de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees), 42% des MG considèrent "avoir travaillé autant qu'ils le souhaitaient et avoir choisi l'emploi du temps qui leur convenait". 42% déclarent qu'ils auraient désiré travailler moins mais qu'il n'y avait personne pour les suppléer ou les remplacer en leur absence", 15% déclarent qu'ils auraient souhaité travailler moins mais qu'ils ne peuvent pas pour des raisons financières et 1% souhaiteraient travailler davantage (17). D'après les résultats de notre étude [Thèse de Philippe Cohen], dans le 13ème arrondissement de Paris, 29% des généralistes libéraux vont cesser totalement leur activité dans les 5 prochaines années. Les MG installés vont devoir faire face à une augmentation importante de leur charge de travail en attendant que de nouveaux MG s'installent à leur tour. Pour répondre au besoin de diminuer la charge de travail, il faut proposer des solutions incitant rapidement de nouveaux MG à venir s'installer dans le 13ème arrondissement.

Parmi les autres moyens permettant de diminuer la charge de travail des MG, il pourrait être envisagé de promouvoir les collaborations ou les remplacements permanents dans l'arrondissement : informer les médecins des modalités, constituer un pool de remplaçants.

Une autre solution pour maîtriser la durée de travail est de s'installer en cabinet de groupe. D'après les chiffres de la Drees, le fait d'exercer en groupe réduit significativement le temps de travail hebdomadaire des MG (- 4%, seuil de 5%)(17).

Le fait d'être maître de stage universitaire (MSU) d'un interne en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS), permettrait également de diminuer sa durée de travail. Le travail de Bernadette Haspot a montré que la charge de travail était différemment répartie du fait de la présence du stagiaire, favorisant ainsi la diversification de pratique, la formation continue, l'enseignement ou même des moments de détente. La présence des internes apporterait également un soutien logistique (28).

4.4.1.3 Susciter des installations dans le territoire

Au niveau foncier: proposer des locaux à un loyer raisonnable

Dans notre enquête, on compte une même proportion de propriétaires et de locataires. Les MG de plus de 50 ans sont, en majorité, propriétaires de leurs locaux contrairement aux plus jeunes qui sont locataires. Ceci peut s'expliquer par le prix de l'immobilier qui est un frein à

l'installation des jeunes MG qui ont souvent entendu, dans les séminaires "Entrées dans la vie professionnelle", qu'il fallait être propriétaire de ses locaux (29). A l'achat il faut compter en moyenne, dans le 13ème arrondissement de Paris 7 510 euros / m^2 (30). Pour un médecin souhaitant s'installer seul, dans un local de 40 m2, un investissement de 300 000 € auquel s'ajoutent les frais de notaire (environ 22 000 €), nécessiterait un remboursement d'emprunt de plus de 1360€ par mois pendant 20 ans ou 1800€ par mois pendant 15 ans à la condition que les taux d'emprunt restent d'environ 1,2% hors assurance.

Les loyers à Paris sont encadrés depuis le 1er août 2015 (31). Les tarifs pratiqués par les bailleurs ne peuvent pas dépasser de plus de 20% les loyers de référence fixés par le préfet pour chacune des zones. Les 80 quartiers administratifs de la capitale ont été regroupés en 14 zones. Le 13ème arrondissement se compose de 4 zones: la zone 5 (Croulebarbe), la zone 10 (Salpêtrière), la zone 12 (Maison Blanche) et la zone 13 (Gare). Les loyers doivent ainsi être inférieurs au "loyer de référence majoré". Dans le 13ème arrondissement de Paris, les loyers de référence s'échelonnent en fonction des zones entre 20 et 30 euros / m2 par mois (32). Pour un MG désirant s'installer seul il devra compter environ 1200 € par mois pour louer à un propriétaire privé un local de 40 m^2, sans compter l'investissement pour les travaux, ce qui est plus envisageable. Il est plus abordable de louer à plusieurs mais pour cela il faut des locaux plus grands pour accueillir une plus grande salle d'attente et le secrétariat. Les loyers pratiqués par la Ville de Paris pour des bureaux (notamment pour les MSP ou le dispositif Paris Med') sont plus attractifs (200 € HT/m2 par an environ soit 220 (avec taxes) * 40 m^2 / 12 mois : 733 € par mois). Le problème pour le MG voulant s'installer seul est que ces petits locaux sont plus difficiles à trouver par les bailleurs sociaux.

L'autre aspect en faveur de la location est de rendre plus libres les MG quant à l'évolution de leur activité professionnelle, n'ayant plus le problème de revendre leur cabinet.

Devant la diminution de la densité médicale parisienne, la ville de Paris a mis en place un plan de renforcement de l'offre de soins en secteur 1 à Paris (33)-(34). Ce plan repose sur trois piliers : le développement de l'offre de soins dans les centres de santé gérés par la Ville de Paris ou par des acteurs privés, le soutien à la création de maisons de santé pluridisciplinaires et un dispositif d'aide à l'installation de cabinets d'exercice libéral regroupés en secteur 1. Le projet Paris Med' concerne les quartiers définis comme prioritaires par l'ARS et les zones déficitaires et fragiles définies par le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Il s'agit de quartiers situés dans les arrondissements 10 à 20 et dans le 3ème arrondissement de Paris. La mairie aide les médecins à trouver des locaux au travers de ses parcs fonciers et des bailleurs sociaux. Elle peut également faire le lien entre plusieurs professionnels de santé qui

cherchent à s'installer en groupe. Le Département de Paris peut financer les travaux d'aménagement des locaux à la hauteur de 15 000 € par professionnel installé. Ce dispositif pourra être complété par une aide du conseil régional, par le biais du contrat régional d'exercice sanitaire conclu avec chaque professionnel (financement de travaux d'aménagement et/ou d'équipement jusqu'à 15 000 €, sous conditions), s'installant dans les zones déficitaires ou fragiles définies par le SROS, zones dans lesquelles le cumul de l'aide départementale et régionale sera donc possible. En échange, le professionnel de santé s'engage à rester installé pour une durée minimum de 3 ans et à exercer en secteur 1 (35). Depuis le 12 mars 2015, date de lancement du dispositif Paris Med', 126 médecins généralistes ont contacté Paris Med', 30 d'entre eux sont installés ou en cours d'installation dont 5 montent finalement la Maison de Santé Pluri-professionnelle Maryse Bastié. Il est prématuré de juger des résultats mais il semblerait que le processus soit long entre la demande et l'installation. Les critères de localisation sont très restrictifs. En l'absence de local trouvé dans la zone définie par le SROS mais à une courte distance de celle-ci, le projet peut être refusé.

Le travail en groupe permet de partager les charges liées à la location ou à l'achat des locaux professionnels, à l'emploi de personnel (secrétaire, personnel d'entretien etc.). Cependant, il reste quand même difficile de trouver des surfaces assez grandes à Paris pour accueillir les cabinets de groupe. Le dispositif Paris Med' pourra peut-être faciliter cette recherche.

Favoriser la maîtrise de stage

Dans notre échantillon, seul 1 médecin sur 5 est maître de stage (20%). Tous les maîtres de stage interrogés sont installés en cabinet de groupe. Ces résultats sont représentatifs de la moyenne nationale, estimée à 19% selon la Drees, avec une majorité de médecins exerçant en groupe (24% contre 13% exerçant seuls)(17). Dans notre échantillon, plus de la moitié des MG (63%) ne sont pas intéressés par la maîtrise de stage. La problématique de la gestion du temps avec une augmentation du temps de consultation, la crainte du jugement des MG par l'étudiant, la perte d'intimité voire la gêne des patients devant la présence d'un étudiant sont autant de freins évoqués par les MG. Les autres freins non rapportés par les MG interrogés mais souvent évoqués dans les études sont les modalités pour devenir maître de stage perçues comme fastidieuses et chronophages, le manque de connaissances et d'informations sur la formation actuelle des internes de médecine générale et la maîtrise de stage universitaire, la crainte de ne pas être à la hauteur de la formation de l'étudiant.(36)

La maîtrise de stage pour la formation des internes (stage de niveau 1 et SASPAS) implique d'avoir des locaux suffisamment grands avec deux bureaux pour la mise en autonomie de l'interne. Cela peut expliquer que seuls des médecins exerçant en groupe soient maîtres de stage.
Les modalités pour devenir maître de stage comprennent une formation initiale à la pédagogie. Cette formation est intégrée au DPC des médecins généralistes (37) et à ce titre ne représente pas un temps de formation supplémentaire. Le DPC est obligatoire pour tout MG. Le manque de temps est le principal frein évoqué par les MG mais la perte de temps initial est compensée par le gain de temps et le dégagement de temps libre une fois l'interne autonome lors des consultations. La volonté d'être un bon modèle de MG est un moteur pour améliorer sa pratique et consolider ses connaissances avec une formation médicale continue.

La promotion de la médecine générale passe par l'augmentation du nombre de stages ambulatoires proposés aux étudiants du 2ème cycle d'études médicales (externes). Or en 2011, l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France recensait seulement 561 maîtres de stage, soit 5 % des omnipraticiens (38). La présence d'un maître de stage est une condition indispensable à la formation des externes ainsi qu'à celle des étudiants au DES de médecine générale. Augmenter le nombre d'enseignants pourrait permettre de majorer le taux d'appropriations précoces de projets d'installation chez ces internes peu avancés dans le cursus. Cela pourrait également augmenter la proportion d'étudiants en médecine qui choisissent la médecine générale. Il est en effet prouvé qu'une des variables les plus importantes pour prédire la proportion d'étudiants qui choisissent la médecine générale est la proportion de professeurs qui sont des médecins généralistes (39). Les médecins s'installant préférentiellement sur leurs lieux d'étude, il est nécessaire de promouvoir ce statut de maitre de stage (40).

Rendre le territoire professionnellement attractif

Les internes en MG souhaitent très majoritairement travailler en collaboration avec l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux (41). Le Pôle de santé est un facteur de dynamisation de la vie professionnelle du territoire auquel internes et remplaçants sont sensibles. Sa présence contribue à leur donner envie de s'installer dans le territoire (42).

Aider concrètement au montage des projets

La mise en place d'un projet d'installation est longue et difficile. Pour la jeune génération de MG souhaitant s'installer dans des cabinets de groupe ou des MSP, les modalités d'installations sont plus lourdes (trouver les collaborateurs pour monter un équipe pluri-professionnelle, trouver les locaux, les subventions). Le pôle de santé pourrait ainsi apporter une aide aux MG voulant s'installer en s'appuyant sur l'expérience des professionnels de santé qui ont monté les deux MSP dans le 13ème arrondissement. (guide aide à l'installation ...)

4.4.2 Revalorisation Professionnelle

4.4.2.1 Améliorer la rétribution

La majorité des MG attendent une revalorisation de la MG au niveau national. L'image de la médecine générale est ébranlée par les diverses communications venant des institutions dirigeantes, des médias ou des patients. Cette attente n'est pas récente, déjà en 2002, un rapport de l'Académie de Médecine évoquait qu'une des principales attentes des médecins généralistes concernait une meilleure reconnaissance de l'importance de leur rôle (43) .

Dans le parcours de soins coordonnés, le médecin traitant est dans la majorité des cas un médecin généraliste (44). Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention. Il est au centre de la prise en charge du patient et à ce titre ses missions ne cessent de s'accroître (médecine préventive, prise en charge ambulatoire, coordination des soins etc.)

La revalorisation de la consultation est une attente importante des MG. Dans la grande consultation pour l'avenir de la Santé (CNOM), Jérôme Marty de l'Union Fédérale des Médecins Libéraux (UFML) dénonce le fait que malgré "des responsabilités de plus en plus grandes, [...] nos tarifs restent bloqués par le gouvernement et nous ne pouvons pas multiplier le nombre d'actes pour faire face à la dépense"(7). Le tarif de la consultation est une des causes de ce malaise : pourquoi le tarif de la consultation de médecine générale, reconnue comme spécialité et discipline universitaire depuis 2004, n'est pas le même que celui des autres spécialités ? La revalorisation de la profession passe pour les MG par une augmentation sensible de la consultation dont le tarif est bloqué à 23 euros depuis 2011. Les MG interrogés insistent sur le fait que les charges, elles, ne cessent d'augmenter : impôts, CSG, CFE, cotisations personnelles et loyers. Alors que la valeur des actes est le même sur tout le territoire français (hors DOM-TOM), les coûts du foncier et des charges sont plus élevés à

Paris. Il est nécessaire que les institutions négociant cette année la convention médicale, régissant les liens entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, prennent en compte cette situation particulière comme c'est déjà le cas dans les DOM-TOM où la valeur des actes est différente de celle de la métropole pour des raisons liées au coût de la vie. En l'absence de revalorisation, le risque est une diminution de la qualité de la pratique médicale en faveur de la multiplication des actes dans le but de compenser l'augmentation des charges mais aussi de palier le départ à la retraite des MG de l'arrondissement.

Lors des discussions actuelles (juillet 2016), plusieurs syndicats ont obtenu que l'acte passe à 25 euros dès 2017 avec l'application de majorations en fonction de la longueur et de la difficulté de la consultation ainsi que des moyens pour mieux organiser les soins primaires, organisés autour du médecin généraliste traitant grâce au forfait structure (45). Dans cette nouvelle convention, les deux tiers des revalorisations iront à la Médecine Générale. Il pourrait s'agir d'un premier pas vers la reconnaissance de la place de cette spécialité. Il reste à savoir si cette augmentation de la rétribution sera suffisante pour les MG installés dans la capitale.

4.4.2.2 Améliorer les relations avec les institutions sanitaires

Les difficultés qui reviennent très souvent dans les commentaires des MG concernent le poids des charges administratives et la pression de l'Assurance Maladie ou de la part d'autres institutions (ARS, MDPH...). Les MG vivent cela comme des mesures qui leur sont imposées sans concertation. Preuve d'une difficulté déjà connue, « l'augmentation des contraintes collectives » est reconnue comme étant une cause de l'épuisement professionnel par 88.6% des médecins libéraux franciliens interrogés dans un rapport de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (46). Les MG réclament un contact plus facile avec l'Assurance Maladie pour leur permettre de régler plus rapidement leurs problèmes. Ils évoquent une pression des caisses trop importante et décalée de l'activité de terrain à laquelle la profession est soumise. Ils craignent une perte d'autonomie professionnelle (ce que les médecins veulent défendre et ce que la sécurité sociale veut cadrer), et sont réticents au fait de devoir rendre des comptes.
Cependant, il ne faut pas oublier que le maintien d'un bon système de santé repose sur l'existence de l'Assurance Maladie et la nécessité d'une pratique raisonnable de la part des médecins. Pour permettre une meilleure maîtrise des dépenses de santé, l'Assurance maladie a décidé lors de la convention de 2011 de mettre en place le paiement à la performance. Entrée

en vigueur le 1er janvier 2012, la ROSP est considérée comme un complément du paiement à l'acte. Le médecin perçoit ainsi une rémunération complémentaire selon l'atteinte des objectifs qu'il a choisis.

Un besoin des médecins vis à vis de l'assurance maladie est d'assainir les relations et de modifier les représentations réciproques. Le pôle peut jouer un rôle en permettant aux professionnels d'exister collectivement et ainsi pouvoir prendre des initiatives. Le pôle devient alors un partenaire des institutions (ARS, CPAM), ce qui permet un dialogue. Celui-ci est beaucoup plus difficile à initier pour des MG exerçant seuls. C'est ce que pourraient permettre les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). La reconnaissance des institutions implique la responsabilisation collective des professionnels sur le territoire.

4.4.2.3 Améliorer la gestion du "consumérisme médical"

Notre étude a mis en évidence un épuisement progressif des MG installés, résultant de leur charge de travail mais également d'un changement du comportement des patients. Ces résultats sont retrouvés dans une étude menée entre 2012 et 2013 (47), mettant en évidence que du côté des patients, le niveau d'exigence a augmenté. Le patient de l'ère Internet est plus au fait de ses pathologies, et plus en demande d'examens, de questionnement sur le diagnostic, de conseils, ou d'aide psychologique et sociale. De plus, en salle d'attente, plus le délai s'allonge avant de voir le médecin, plus le niveau d'exigence et d'insatisfaction du patient augmente. Les médecins questionnés sur les causes principales du burn-out dans leur profession citent en premier lieu la charge de travail (46 %), suivie du comportement des patients (41 %). Viennent ensuite les contraintes administratives (31 %) et la gestion du cabinet (15 %) (47). Ces mêmes résultats étaient déjà retrouvés en 2007, lors d'une enquête sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens.

Durant les entretiens, nous avons observé que contrairement aux MG décrits ci-dessus, très fatigués par l'exercice de la profession, d'autres ont une image plus positive de la profession et ont réussi à organiser leur activité de sorte d'exercer avec plaisir "Je suis très heureux d'exercer la médecine générale. Je n'ai pas vraiment de problèmes à vous rapporter concernant mon activité clinique" ou encore " Je suis heureux de mon activité ". D'après un des médecins, la clé réside dans la gestion du "non": savoir dire "non" aux patients. C'est une manière d'éduquer son patient. Cette éducation doit se faire par des campagnes de communication auprès des patients, ou par des affiches à disposer dans les cabinets médicaux rappelant la

nécessité d'être ponctuel, de limiter les motifs de consultation à 2. L'éducation des patients doit faire partie de la formation des MG et le pôle de santé pourrait proposer de telles formations.

4.5 Les besoins des MG déduits de l'enquête pour mieux répondre aux besoins des patients

4.5.1 Accès physiques aux PMR

La moitié des cabinets n'est pas aux normes PMR (11% d'accessibilité partielle et 38% non accessibles). La plupart des MG ne comptent pas réaliser les travaux de remise aux normes (86%). Ayant rencontré les MG dans leur cabinet et ayant pu observer celui-ci, nous avons constaté qu'en réalité, parmi les MG ayant déclaré que leurs locaux sont accessibles en totalité, la majorité ne répondent pas aux normes PMR pour les handicaps autres que physiques. La loi Accessibilité (48) a pour but d'améliorer l'accessibilité aux personnes porteuses d'un handicap, mais il s'agit aussi d'anticiper le vieillissement de la population.

Refus des travaux par la copropriété ou coût des travaux trop élevé, la plupart des MG demandent des dérogations. Cependant depuis le 6 juillet 2016, le Conseil d'Etat a annulé une disposition permettant une dispense automatique de mises aux normes des locaux en cas d'inadaptation des abords immédiats (si l'accès au bâtiment ne permettait déjà pas à une personne en fauteuil roulant de le franchir)(49). Les demandes de dérogations faites après le 3 mars 2016 sont refusées. Les MG doivent refaire la demande et les conditions de dérogations seront plus strictes. La mise aux normes des locaux représente un besoin important des MG.

Dans une étude sur l'accessibilité des cabinets de médecine générale à Paris pour les personnes à mobilité réduite, il a été montré que les médecins ne réalisant pas de visites à domicile sont aussi peu accessibles que les autres. Ils ne compensent donc pas leur inaccessibilité (50). Cette situation met en évidence la nécessité d'aider les MG à assurer cette transition et limiter ainsi les dérogations.

Le pôle pourrait aider à la constitution des dossiers de mise aux normes. Pour les locaux, dont les travaux seraient trop importants pour être financés par les MG, le pôle ou la CPTS, en tant que partenaire des institutions (Ville de Paris, ARS, Conseil régional) pourrait monter un projet de demande de financement des travaux. Une autre solution serait de trouver aux MG n'ayant pas des locaux aux normes et dont les travaux ne peuvent être faits (refus de la

copropriété, immeubles non adaptés) des locaux adaptés. Cela pourrait également permettre un regroupement professionnel.

4.5.2 Suivi à domicile des personnes dépendantes

Concernant les visites à domicile, elles représentent environ 6% du nombre total d'actes (282 visites pour 4746 actes par an). Ce chiffre est bien en-dessous de la moyenne parisienne de 256 visites par an en moyenne sur Paris (6) et de la moyenne nationale estimée à 12% du total des actes soit 612 visites par an (17). Les MG sont de moins en moins nombreux à réaliser les visites à domicile et 12% refusent d'en faire. En 2006, la convention médicale a décidé d'un nouvel objectif visant à réduire le nombre des visites à domicile à moins de 10% du total des actes en médecine générale, alors qu'elles en représentaient 30% en 1990 (51). Pour ce faire, l'Assurance Maladie a fixé des critères précis justifiant la prise en charge du déplacement à domicile pour des personnes dans l'incapacité de se déplacer (critères médico-administratifs, cliniques avec état de dépendance, sociaux) (52). En dehors de ces critères, le médecin est en droit de facturer une majoration de déplacement au patient mais elle ne lui sera pas remboursée. Le but étant de réduire les demandes de visites pour convenances personnelles et ainsi les déficits budgétaires. D'autre part, les MG y trouvent un gain de temps clinique, leur permettant ainsi d'organiser leur travail.

Un autre aspect important à souligner est que deux tiers des MG réalisant des visites à domicile refusent de devenir le médecin traitant de nouveaux patients nécessitant un suivi à domicile. Cela pose un problème énorme pour le suivi de patients âgés et/ou présentant un handicap moteur qui sont dans l'incapacité de se rendre au cabinet.

Les visites à domicile posent plusieurs problèmes aux MG : manque de temps pour répondre à la demande de consultations et de visites ainsi qu'un problème financier avec des visites à domicile peu rémunérées par rapport au temps passé au domicile du patient (temps de visite moyen de 30 min) (53) .

Cependant, devant le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes dépendantes, les MG vont devoir modifier leur organisation.

Le 13ème est un arrondissement étendu et les visites doivent se faire le plus souvent en voiture, ce qui pose le problème de stationnement. C'est un frein aux visites à domicile et qui est l'objet de nombreux commentaires des MG : manque de place de stationnement dans Paris, amendes. Il est donc essentiel de le prendre en compte dans l'analyse des besoins des MG. Parmi ses actions, le pôle de santé Paris13 recherche des médecins traitants pour les patients suivis exclusivement à domicile qui n'ont plus de médecin traitant. Il est souhaitable que le cabinet du MG se trouve à proximité du logement du patient pour faciliter la prise en charge médicale sans alourdir la charge de travail du MG. Il serait également envisageable de trouver des solutions, en collaboration avec la Mairie de Paris et la Préfecture de Police de Paris, pour faciliter le stationnement des MG lors de leurs déplacements à domicile : stationnements autorisés sur les emplacements de livraison, etc.

4.5.3 Diversifier ses compétences

Dans cette étude, peu de MG diversifient leur activité, et nous constatons une faible implication dans la pratique de la gynécologie (20% pratiquent les FCV et seulement 7% la pose de DIU et d'implant contraceptif). Seulement, 9% veulent se former. Parmi les difficultés rencontrées par les MG dans leur pratique gynéco-obstétricale, les 3 freins principaux retrouvés étaient : la méconnaissance des compétences des MG par les patientes, le suivi des patientes par d'autres professionnels et le rapport rémunération/temps passé ou coût du matériel défavorable (54). Il existe également un problème de formation à la gynécologie. D'après une étude de l' ISNAR (41), il existe une carence de formation aux gestes techniques et en particulier à ceux en lien avec les consultations de gynécologie. Or un médecin généraliste doit être en mesure de prendre en charge la santé des femmes (55) et sera probablement amené à assumer de plus en plus cette fonction à l'avenir face à une diminution du nombre de gynécologues libéraux. Il existe donc un décalage important entre la formation délivrée aux internes de médecine générale et les missions confiées aux médecins généralistes. On peut espérer que les MG installés vont développer leur pratique en gynécologie. La féminisation de la profession médicale pourra probablement faciliter la prise en charge des patientes par les généralistes, les femmes ayant une activité gynéco-obstétricale souvent plus importante (56).

4.5.4 Participation à la permanence des soins

Le nombre de consultations aux urgences a doublé entre 1990 et 2004, en France, passant de 7 à 14 millions par an. A Paris, le nombre de passages dans les urgences hospitalières a progressé de 4,7% par an entre 2004 et 2008, soit une progression supérieure à celles observées au niveau régional (3,0%) et national (3,4%). Dans ce contexte, la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) (22) a réformé la permanence des soins (autrefois appelée gardes médicales). La permanence des soins ambulatoires (PDSA) se définit comme l'organisation de l'offre de soins libérale permettant de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmées des patients. Elle permet aux patients d'avoir accès à un médecin la nuit et le week-end, quand les cabinets de médecins libéraux sont fermés. L'accès au médecin de la permanence de soins fait l'objet d'une régulation préalable organisée par le service médical d'urgence. Le besoin de consultations exprimé en urgence, qui requiert dans un délai relativement rapide mais non immédiat la présence d'un médecin, relève de la permanence de soins ambulatoires assurée par des médecins libéraux. Notre enquête montre une participation minime à la permanence des soins dans le 13ème (6 MG sur 59 soit 10%). A Paris, la permanence des soins est généralement assurée par un très faible nombre de praticiens regroupés en associations d'urgences médicales de type SOS Médecins. Le pourcentage de médecins volontaires est minime mais suffisant. D'après l'ARS, 11% des omnipraticiens libéraux d'Ile de France participent à la PDSA (57). Si le taux de participation à la PDSA à Paris est très faible, jusqu'à présent ce pool de médecins a réussi à assurer le roulement des gardes dans les maisons médicales sans recours à des réquisitions (58). Alors que les gardes en maison médicale sont préférentiellement effectuées par un pool suffisant de jeunes MG (nouvellement installés ou remplaçants), les gardes de régulation sont partagées entre un nombre plus restreint de MG plus anciens.

On peut noter l'augmentation significative du nombre de régulateurs à Paris qui passe de 55 en 2014 à 102 en 2015 au sein du Centre de réception et de régulation des appels-Centre 15, sans compter les 44 médecins participant à l'activité de régulation médicale au sein des plates-formes interconnectées de «SOS Médecins 75» et des «Urgences Médicales de Paris» (59).

Avec les prévisions de départs à la retraite dans les 5 années à venir, il faut augmenter le taux de participation à la PDSA. Bien que le volontariat ne baisse plus significativement, le CNOM souligne au niveau national un désinvestissement pour certaines missions (créneaux horaires de soirée), et certaines ne sont plus assurées (dans les zones sous-dotées). Pour palier

à ce problème, il propose de ne plus s'appuyer uniquement sur les MG libéraux mais également sur les médecins salariés du privé et du public, les médecins remplaçants, les internes ayant une licence de remplacement et les retraités qui voudraient s'y inscrire sans que cela leur occasionne les lourdes contraintes de gestion d'un exercice mixte libéral et salarié.
Pour augmenter l'attractivité de la PDSA, une augmentation de la rentabilité des gardes pourrait être envisagée en augmentant le nombre d'actes, ce qui requiert une meilleure information des patients sur l'existence et le rôle de la PDSA, ou en instaurant un forfait d'astreinte à Paris comme c'est le cas dans le reste de l'Ile-de-France (forfait dégressif en fonction du nombre d'actes effectués).
Un des freins envisagés à la participation à la PDSA, pourrait être une crainte du MG de ne pas pouvoir gérer une situation d'urgence ou inhabituelle. Pour cela, deux pistes peuvent être envisagées au niveau de l'arrondissement: proposer des formations complémentaires adaptées aux MG dont une sur la gestion des urgences vitales, et renforcer la complémentarité avec les services d'accueil des urgences pour une aide à la prise en charge si le MG en a besoin.

4.5.5 La sécurité des soins

Un des besoins déduits de l'enquête est la nécessité de sécuriser le circuit de l'information. Avec l'ère du numérique, le fax et les échanges téléphoniques laissent la place aux échanges entre les différents professionnels de santé par mail ou via des messageries médicales sécurisées telles que Apicrypt. Le professionnel de santé qui envoie des résultats par ce biais ne peut s'assurer que le MG ait pris connaissance du contenu. Ce problème s'inscrit dans le cadre plus large des événements indésirables associés aux soins, et du développement de la culture de sécurité en ville, qui commencent à faire l'objet de recherches (60) et de recommandations (61).

4.6 Préserver la santé des médecins

Ce besoin est peu évoqué par les MG mais certainement très important et sous estimé. Les MG ne se soucient pas de leur santé, préférant s'occuper de celle de leurs patients.

Tous les moyens mis en œuvre pour répondre aux besoins des médecins généralistes ne suffiront pas si l'on ne prend pas en compte la santé physique et mentale des MG. Selon les chiffres de la Drees, plus d'un généraliste sur dix est en détresse psychologique, les femmes

étant deux fois plus souvent concernées que les hommes. La fréquence des idées et projets de suicide ne varient pas selon l'âge, mais sont plus fréquents parmi les médecins qui exercent seuls. La prise d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs est plus fréquente pour les femmes médecins que pour les hommes. Dans la majorité des cas, le traitement est auto prescrit (62).
Pour prévenir ou répondre à l'épuisement professionnel des MG, l'URML avance des mesures concrètes à mettre en œuvre telles que : étudier la possibilité d'une diminution du délai de carence et inciter les médecins à souscrire une assurance complémentaire, reconnaître le burn-out comme maladie professionnelle, limiter la judiciarisation de la relation médecin/patient, intégrer à la formation des étudiants en médecine un module présentant le statut libéral, ses spécificités, avantages et difficultés de ce mode d'exercice, développer les formations des médecins à la prise en charge de leurs confrères en souffrance, assouplir les règles du remplacement, inciter les praticiens au développement d'une « hygiène de vie professionnelle » et enfin rechercher et activer la mise en œuvre de moyens visant à améliorer la vie professionnelle des médecins.
Au terme de son rapport sur "L'aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin", Mme le Dr DELGA insistait sur trois points (63) :

- l'impérieuse nécessité d'une évaluation de l'aptitude physique et mentale des étudiants en Médecine avant qu'ils ne s'engagent dans l'irréversible voie du troisième cycle.
- l'intérêt d'un suivi médical du médecin en exercice, pour sa propre sécurité comme pour la sécurité des patients dont il a la charge.
- que le médecin malade puisse être pris en charge comme tous les patients, en particulier avec confidentialité totale. Il faudrait envisager une structure régionale qui pourrait veiller à la santé du médecin, faciliter son exercice professionnel en cas de difficultés, et protéger matériellement sa famille.

Des conclusions similaires sont retrouvées dans le rapport du CNOM en 2008 sur le médecin malade (64).

Au niveau local, le Pôle de Santé pourrait mener des actions de sensibilisation aussi bien sur la santé des médecins que sur le remplacement, la maîtrise de stage et tout autre champ d'action visant à réduire le fardeau professionnel. Elle pourrait également organiser des consultations dédiées aux MG dans l'arrondissement ou dans un arrondissement voisin, en collaboration avec les autres Pôles de Santé.

5 CONCLUSION

Le système de santé français est en pleine réorganisation du fait des défis liés aux évolutions démographiques, technologiques et sociologiques. Outre les chiffes alarmants de la démographie médicale, la profession médicale subit également des changements qui affectent le rapport au travail des hommes comme des femmes (temps de travail, articulation du temps de travail par rapport à la vie familiale, conception du métier). La manière de pratiquer la médecine est en cours de mutation.

Alors que le mode d'exercice des anciennes générations de médecins généralistes était solitaire voire individualiste, les nouvelles générations doivent trouver une nouvelle organisation devant prendre en compte les contraintes suivantes : une faible densité médicale, une population à soigner plus nombreuse, une volonté d'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle de la part des médecins qui diffère de l'"ethos professionnel" médical connu antérieurement, qui impliquait un dévouement total dans l'exercice de la médecine. Au vu des difficultés et des besoins des MG recueillis dans cette enquête, le nouveau mode d'organisation de la médecine générale ne semble pas compatible avec une pratique isolée.

Notre étude a fait ressortir les principaux besoins des médecins généralistes du 13ème arrondissement dans l' organisation de leur vie professionnelle et de leur pratique médicale. Il faut maintenant étudier la faisabilité des moyens à mettre en œuvre pour y répondre et pourquoi pas les généraliser à une plus grande échelle dans le but d'améliorer le système de soins de premier recours (qualité et efficience des soins).

En améliorant l'organisation de la médecine générale en France, nous rendrons cette spécialité plus attractive pour les étudiants en médecine. Avec plus de MG et une pratique mieux optimisée et plus efficiente, il sera plus facile de réduire les inégalités d'accès aux soins.

Annexe 1. Questionnaire destinés aux médecins généralistes

BESOINS ET ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES
DANS LE 13ème ARRONDISSEMENT DE PARIS

VOUS

1. Vous êtes : ☐ Une femme ☐ Un homme

2. Quel âge avez-vous ? ☐ < 40 ans ☐ 41-50 ans ☐ 51-60 ans ☐ > 60 ans

VOTRE ACTIVITE - TYPE D'ACTIVITE

3. Votre activité en médecine générale est : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)
☐ Libérale intégrale ☐ Salariée ☐ Mixte (libérale et salariée)

4. Si libéral, vous exercez comme : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)
☐Médecin titulaire ☐Collaborateur libéral

COOPERATION PROFESSIONNELLE

5. Exercez-vous dans les mêmes locaux que d'autres professionnels de santé ?
☐ Oui ☐ Non

6. Si oui, précisez le nombre de professionnels pour chacune des professions suivantes (vous inclus) :

Médecin généraliste		Orthophoniste	
Autre spécialité médicale		Podologue	
Chirurgien-dentiste		Sage-femme	
Infirmier(e)		Diététicien(ne)	
Masseur-kinésithérapeute		Autre	
Psychologue			

7. Prenez-vous en charge des patients avec l'aide d'un ou plusieurs réseaux de santé ? ☐ Oui ☐ Non

8. Si oui, le(s)quel(s)?
☐ réseau de soins palliatifs ☐réseau périnatalité ☐ réseau diabète ☐ réseau rein
☐ autres:

LOCAUX

9. Le cabinet est situé : (Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent si plusieurs niveaux)
☐Au rez-de-chaussée
☐En étage avec ascenseur
☐En étage sans ascenseur

10. Pouvez-vous recevoir dans vos locaux des personnes en fauteuil roulant ? (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)
☐Oui, dans la totalité des locaux ☐Oui, dans une partie des locaux ☐Non

11. Dans le cadre de la réglementation sur l'accessibilité, envisagez-vous des travaux pour mettre aux normes vos locaux ?
☐Oui ☐Non

12. Etes-vous propriétaire de tout ou d'une partie des locaux dans lesquels vous exercez ?
☐Oui, en totalité ☐Oui, partiellement ☐Non

SECRETARIAT

13. Avez-vous un secrétariat ? ☐Oui ☐Non Si oui est-il sur place ? ☐Oui ☐Non

14. Avez-vous des besoins non ou mal résolus en termes de secrétariat ? ☐Oui ☐Non

Si oui, merci de les préciser:

INFORMATIQUE - TIERS-PAYANT

15. Faites-vous des feuilles de soins électroniques
- en consultation? ☐ Oui ☐ Non
- en visite? ☐ Oui ☐ Non

16. Les dossiers médicaux de vos patients sont-ils informatisés ? ☐ Oui ☐ Non

17. Si oui, de quel logiciel s'agit-il ? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

18. Partagez-vous votre dossier médical informatisé avec d'autre médecins ou professionnels de santé ?
☐ Oui ☐ Non

19. Pour les patients suivis à domicile, sous quelle forme sont les dossiers?
☐ Informatique
☐ Papier exclusif
☐ Les deux
☐ Autre :

20. Quels sont vos besoins et souhaits par rapport aux évolutions de votre informatique au cabinet ?
☐ Formation
☐ Aide à l'installation des outils informatiques
☐ Aide à la maintenance
☐ Amélioration de votre logiciel de dossier médical (merci de préciser quelle(s) évolution(s))
☐ Echanges informatisés sécurisés
☐ Sans souhait particulier
☐ Autres : ...

21. Dans votre activité libérale vous pratiquez le tiers payant sur la part obligatoire pour :
(Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- ☐ Aucun patient
- ☐ Les patients bénéficiant de l'AME
- ☐ Les patients bénéficiant de la CMUc
- ☐ Certains patients en ALD
- ☐ Tous les patients en ALD
- ☐ Les patients en situation financière difficile
- ☐ Tous les patients

VOLUME D'ACTIVITE – RIAP

22. De combien de patients êtes-vous le médecin traitant ? (quelque soit leur lieu de domicile)
Vous pouvez trouver cette information, pour la part libérale, sur votre espace professionnel sur le site ameli.fr.
Si vous n'y avez pas accès, vous pouvez donner votre estimation.

Données ameli.fr :	_ _ _ _	OU estimation	_ _ _ _

23. Le **temps d'activité clinique** dédié à vos patients, comprenant consultations et visites à domicile, est de :_ _ heures en moyenne par semaine
(Si vous disposez d'un remplaçant régulier, incluez son temps d'activité dans la réponse)

24. Combien de **demi-journées par semaine** sont assurées de façon régulière par un **remplaçant** en dehors de vos périodes de congés (ne pas tenir compte des demi-journées éventuelles assurées par un interne) ?_ _ demi-journées

Vous pouvez répondre aux questions suivantes avec les données de votre Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP). Si vous ne disposez pas de votre RIAP, répondez-y en estimant par vous-même les réponses.

25. Je dispose de mon RIAP : ☐ Oui ☐ Non

26. Veuillez renseigner les données suivantes :

Nombre de consultations par an (Nb consultations, en volume)	
Nombre de visites à domicile par an (Nb visites, en volume)	
Pourcentage de patients bénéficiant de la CMU (% patients CMU)	
Pourcentage de patients de moins de 16 ans (% moins de 16 ans)	
Pourcentage de patients de 70 ans et plus (% 70 ans et plus)	

27. Le pourcentage de vos patients bénéficiant de l'AME (Aide Médicale d'Etat) est : _ _ %
(Attention cette donnée ne figure pas sur votre RIAP, merci de faire une estimation de ce pourcentage)

ORGANISATION

28. Quels sont les **horaires d'ouverture et de fermeture** de votre cabinet ?

	Lundi	**Mardi**	**Mercredi**	**Jeudi**	**Vendredi**	**Samedi**	**Dimanche**
Ouverture							
Fermeture							

29. Dans l'ensemble, concernant les **consultations** :
(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)
☐Vous parvenez à voir **tous les patients** qui vous sollicitent sans problème
☐Vous recevez tout le monde mais vous devez pour **cela travailler plus** que vous ne le souhaitez
☐Vous **refusez** régulièrement des patients

30. Dans l'ensemble, concernant les **visites à domicile** :
(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)
☐Vous parvenez à aller **voir tous les patients** qui vous sollicitent sans problème
☐Vous allez voir tous les patients qui vous sollicitent mais vous devez pour cela **travailler plus** que vous ne le souhaitez
☐Vous **refusez** régulièrement des patients
☐Vous ne faites **pas de visites à domicile**

31. Acceptez-vous de prendre de **nouveaux patients** comme médecin traitant ?
- En consultation: ☐ Oui ☐ Non
- En visite à domicile: ☐ Oui ☐ Non

32. Vous consultez : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)
☐Uniquement sur rendez-vous
☐Uniquement sans rendez-vous
☐Avec rendez-vous et sans rendez-vous

33. Votre secteur d'activité
☐ Secteur 1 ☐ Secteur 2 ☐ Autre ...

VOTRE ACTIVITE – CONTENU

34. Avez-vous un mode d'exercice particulier ? ☐Oui ☐Non
Les modes d'exercice particuliers (MEP) sont par exemple : Acupuncture, Homéopathie, Angiologie/Phlébologie, Allergologie, Médecine manuelle/Ostéopathie, Diététique, Echotomographie.

35. Si oui, le MEP correspond à quel pourcentage de votre temps d'activité ?.....

36. Réalisez-vous au cabinet les actes suivants: (possibilité de cocher plusieurs cases)
☐ Frottis Cervico-Vaginal
☐ Pose de dispositif intra-utérin (Stérilet)
☐ Pose d'implant contraceptif sous-cutané
☐ Retrait d'implant contraceptif sous-cutané
☐ Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse
☐ Suivi de grossesse
☐ Suivi de nourrisson
☐ Infiltrations intra-articulaire
☐ Sutures
☐ Electrocardiogramme
☐ Spirométrie
☐ Autre …

37. Avez-vous des besoins ou des souhaits concernant des gestes ou des examens que vous aimeriez réaliser?
☐Oui, lesquels:
……..
☐Non

VOTRE ACTIVITE - MAITRISE DE STAGE

38. Accueillez-vous des étudiants en médecine en tant que maître de stage ? (Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)
☐Non, cela ne m'intéresse pas
☐Non, mais dans le futur, j'envisage de devenir maître de stage
☐Oui, des étudiants de 2ème cycle (externes en médecine)
☐Oui, des internes en médecine en stage niveau 1
☐Oui, des internes en médecine en stage niveau 2 (SASPAS)

39. Avez-vous un ou plusieurs domaines de prédilection / d'expertise ?
☐ Oui ☐ Non
Si oui, le(s)quel(s) _____

PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS

40. Participez-vous à la permanence des soins ambulatoires (Prenez-vous des gardes ou astreintes) ?

	Non	Oui
Gardes en maison médicale ou poste fixe	☐	☐
Visites d'urgences régulées par le 15	☐	☐
Etes-vous Médecin régulateur du centre 15	☐	☐

41. Le nombre de semaines de congés que vous prenez en moyenne par an est : _ _ semaines

42. Vous faites-vous remplacer pendant vos congés ?
☐ Oui, totalement ☐ Oui, partiellement ☐ Non

Si la réponse est Non : pourquoi? _____

FORMATION CONTINUE ET DPC

43. Comment assurez-vous votre formation continue ?

44. En 2014 ou 2015 avez-vous participé(e) à un/des programme(s) de DPC (indemnisé) proposé(s) par un/des organisme(s) agréé(s) ?
☐Oui ☐Non
Si oui, par quel(s) organisme(s) ?_____ Quel(s) thème(s) ?
_____
_____ _____

45. Seriez-vous intéressé(e) par des formations ou des programmes de DPC organisés dans le quartier avec des spécialistes ou des hôpitaux proches ?
☐Oui ☐Non

Si oui, sur quel(s) thème(s) :

CONDITIONS D'EXERCICE et QUALITE DES SOINS

46. Dans votre activité médicale quotidienne, quels sont les **principaux problèmes et les difficultés rencontrées** ?

47. Quels sont vos **besoins en termes d'organisation** pour améliorer votre qualité de travail et faciliter votre exercice ?

48. Y a-t-il des **difficultés pour accéder à certains professionnels de santé** ou du secteur social (médecins spécialistes, professions paramédicales, intervenants à domicile, etc…) ? ☐ Oui ☐ Non

Profession	Si oui, préciser quelles difficultés:
	☐ Tarif ☐ Délai ☐ Qualité de la prestation ☐ Faible présence dans le secteur ☐ Autres: .....
	☐ Tarif ☐ Délai ☐ Qualité de la prestation ☐ Faible présence dans le secteur ☐ Autres: .....
	☐ Tarif ☐ Délai ☐ Qualité de la prestation ☐ Faible présence dans le secteur ☐ Autres: .....

49. En considérant la situation globale, y a t il selon vous des choses à faire pour **améliorer l'organisation et la coordination des soins** dans le 13e arrondissement ?

PREVISION D'EVOLUTION DE VOTRE ACTIVITÉ

50. Quelle est **l'évolution probable de votre activité libérale** de médecine générale dans 2 ans et dans 5 ans (ne prenez pas en compte vos éventuels modes d'exercice particuliers ni votre éventuel exercice salarié) ?

	Cessation totale d'activité	Cessation d'activité à Paris	Diminution d'activité de plus de 25%	Activité stable	Augmentation d'activité de plus 25%
Dans 2 ans	☐	☐	☐	☐	☐
Dans 5 ans	☐	☐	☐	☐	☐

51. Si vous envisagez une cessation totale de votre activité : envisagez-vous d'avoir un successeur ?
☐Non
☐Oui
Commentaires:

52. Si oui, avez-vous déjà trouvé ce successeur ?
☐Non ☐Oui, mais c'est incertain ☐Oui, de façon certaine

53. Etes-vous intéressé(e) par une aide pour trouver un successeur ? ☐Oui ☐Non

54. Envisagez-vous de vous orienter vers un **regroupement pluriprofessionnel** type maison de santé ?
☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas
☐ J'exerce déjà dans une structure de ce type

Si oui ou non pouvez-vous expliquer les raisons de la réponse ?

56. Etes-vous intéressé(e) par une **aide au regroupement** avec d'autres professionnels : ☐ Oui
☐ Non

57. Etes vous informé(e) des **nouveaux modes de rémunérations** pour les professionnels de santé exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles ? ☐ Oui ☐ Non
Si non, souhaiteriez-vous avoir des informations ? ☐ Oui ☐ Non

INTERET (OU NON) POUR LES ACTIVITES DU PÔLE SANTE PARIS 13

58. Dans le cadre de votre activité professionnelle, seriez-vous intéressé(e) par :

	OUI	NON
Des ressources pour la qualité des soins		
Groupe d'échange de pratiques	☐	☐
Dispositif d'auto-mesure tensionnelle	☐	☐
Protocoles pluri-professionnels	☐	☐
Atelier « outils numériques »	☐	☐
Atelier « recherche d'informations sur internet»	☐	☐
Dispositif d'astreinte pour vos urgences lorsque vous êtes en consultation, assuré par	☐	☐

des médecins volontaires eux-mêmes installés dans le quartier		
Aide à la coordination		
Staffs « cas complexes »	☐	☐
Tickets coupe file pour des consultations à la Pitié-Salpêtrière	☐	☐
Réunions téléphoniques autour d'un patient, avec un/des spécialiste(s)	☐	☐
Aide à la coordination avec le secteur social	☐	☐
Aide à l'éducation thérapeutique des patients		
Diabète	☐	☐
Surpoids	☐	☐
AVK	☐	☐
Tabac	☐	☐
Activité physique	☐	☐
Autre(s) thème(s)_____	☐	

Le Pôle Santé Paris 13 est sollicité pour des personnes socialement fragiles, pour lesquelles il essaie de trouver des médecins traitants. Dans ce contexte seriez-vous d'accord pour prendre en charge, dans votre quartier :		
	OUI	NON
Personnes âgées ayant besoin d'un suivi à domicile et dont le médecin traitant est parti à la retraite	☐	☐
Patients migrants ayant une pathologie chronique	☐	☐
Patients ayant une **pathologie psychiatrique** suivie et besoin d'une prise en charge somatique	☐	☐
Patients précaires orientés par la permanence d'accès aux soins de la Pitié-Salpêtrière (une fois leur couverture assurance maladie en place)	☐	☐
Patients ayant un problème d'addiction orientés par un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)	☐	☐

59. Avez-vous d'**autres besoins**, d'**autres attentes**, que vous souhaitez formuler ?

Si vous le souhaitez, vous pouvez laisser votre adresse mail afin d'être informé(e) des résultats de cette enquête: _____

Annexe 2. Plages d'ouverture des cabinets, horaires étendus et ½ journées off

MATIN	**MOYENNE**	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
≤ 8H	5 **(9%)**	5 (9%)	6 (10%)	4 (7%)	4 (7%)	6 (10%)
≤ 9H	30 **(51%)**	33 (56%)	28 (48%)	32 (54%)	31 (53%)	28 (48%)
>9h :	12 **(20%)**	12 (20%)	15 (25%)	12 (20%)	10 (17%)	11 (19%)
1/2j Off	12 **(20%)**	9 (15%)	10 (17%)	11 (19%)	14 (24%)	14 (24%)

APREM	**MOYENNE**	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Avant 19h	7 **(12%)**	7 (12%)	8 (14%)	7 (12%)	7 (12%)	8 (14%)
(19H – 20h(	27 **(46%)**	26 (44%)	25 (42%)	24 (41%)	23 (39%)	37 (63%)
≥ 20H	18 **(29%)**	22 (37%)	21 (36%)	19 (32%)	22 (37%)	4 (7%)
1/2j Off	7 **(12%)**	4 (7%)	5 (9%)	9 (15%)	7 (12%)	10 (17%)

59% travaillent le samedi matin, 5% travaillent le samedi après-midi
Aucun médecin généraliste ne travail en libéral le dimanche
N = 59, miss=0

BIBLIOGRAPHIE

1. Atlas de la démographie médicale 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 3 févr 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607

2. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016 - atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf [Internet]. [cité 22 juin 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

3. Démo2015 - Démographie médicale parisienne [Internet]. [cité 3 févr 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Demographie_Medicale.pdf

4. Qu'est-ce qu'un désert médical ? - La protection de la santé Découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr [Internet]. 2016 [cité 23 août 2016]. Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/professionnels-sante/qu-est-ce-qu-desert-medical.html

5. Demomed Ile de France | Présentation [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: http://www.demomed-idf.com/#!presentation-paris/ch1q

6. Etude-sur-la-demographie-medicale-demomed-75-24012014.pdf [Internet]. [cité 29 août 2016]. Disponible sur: http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Actualites/2014/Etude-sur-la-demographie-medicale-demomed-75-24012014.pdf

7. DE LA GRANDE CONSULTATION AUX PROPOSITIONS [Internet]. [cité 5 févr 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_lb_grande_consultation.pdf

8. 13e M du. Mairie du 13e - Le 13e en chiffres [Internet]. [cité 20 juin 2016]. Disponible sur: http://www.mairie13.paris.fr/mairie13/jsp/site/Portal.jsp?page_id=49

9. Liste des praticiens spécialistes libéraux au 1er janvier 2015. Données CPAM [Internet]. 2015 [cité 29 août 2016]. Disponible sur: http://annuairesante.ameli.fr/

10. Wendling G. Evaluation de l'offre de soins primaires dans le 13ième arrondissement et évolution à horizon 2 et 5 ans : Demomed13, une enquête déclarative.

11. Cartes ARS février 2015 - 154573.pdf [Internet]. [cité 20 juin 2016]. Disponible sur: http://api-site-cdn.paris.fr/images/154573.pdf

12. Virage ambulatoire, tiers payant : MG France et la CSMF affichent leur mécontentement | Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 24 août 2016]. Disponible sur: http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2015/04/09/virage-ambulatoire-tiers-payant-mg-france-et-la-csmf-affichent-leur-mecontentement_750256

13. L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL DES MEDECINS LIBERAUX FRANCILIENS TEMOIGNAGES, ANALYSES ET PERSPECTIVES. Juin 2007. [Internet]. [cité 29 août 2016]. Disponible sur: https://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/R_BurnOut_0707.pdf

14. Neergaard MA, Olesen F, Andersen RS, Sondergaard J. Qualitative description - the poor cousin of health research? BMC Med Res Methodol. 2009;9:52.

15. Les pratiques des médecins généralistes en Ile-de-F rance : un désir de singularité [Internet]. [cité 27 août 2016]. Disponible sur: http://www.urml-idf.org/upload/doc_site_urml_idf_org/080619_cp.pdf

16. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

17. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Études Résultats Fr Minist Health. 2012;797:1–8.

18. Billaut A, Breuil-Genier P, Collet M, Sicart D. Les évolutions démographiques des professions de santé. Santé Prot Soc Données Soc- Société Fr. 2006;555–564.

19. DANG HA DOAN B, LEVY D, TEITELBAUM J, ALLEMAND H. Les conditions de vie et d'exercice. Cah Sociol Demogr Med. 03 2009;49(1):41‑60.

20. ameli.fr - Protocole de soins électronique simplifié [Internet]. [cité 2 août 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-calvados/vous-informer/protocole-de-soins-electronique-simplifie_calvados.php

21. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé. 2016-914 juill 4, 2016.

22. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.

23. Gagnayre R, Traynard PY. L'éducation du patient atteint de maladie chronique L'exemple du diabète. Actual Doss En Santé Publique. 2001;36:48–49.

24. ASALEE - Action de santé libérale en équipe [Internet]. [cité 29 août 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/tr3_j._gautier.pdf

25. Marsh GN. Efficient care in general practice. Br J Gen Pract. avr 1992;42(357):172.

26. Buchan J, Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. Bull World Health Organ. 2002;80(7):575‑80.

27. Moher M, Yudkin P, Wright L, Turner R, Fuller A, Schofield T, et al. Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care. BMJ. 2 juin 2001;322(7298):1338.

28. HASPOT B. LE SASPAS DIX ANS APRÈS SA CRÉATION : LE POINT DE VUE DES MAÎTRES DE STAGE UNIVERSITAIRE S [Internet]. [cité 29 août 2016].

Disponible sur:
http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/These%20B%20HASPOT.pdf

29. Le Guide de l'entrée dans la vie professionnelle. Le cabinet médical f [Internet]. [cité 29 août 2016]. Disponible sur: http://b.charlotbuon.free.fr/Cabinetmedecinmedical.pdf

30. Prix immobilier du m2 Paris 13ème [Internet]. [cité 29 août 2016]. Disponible sur: http://www.efficity.com/prix-immobilier-m2/v_paris_75013/#14.00/48.8284/2.3621

31. loi Alur et l'arrêté n°2015 176-0007 signé par le Préfet de Paris le 26 juin 2015 [Internet]. [cité 30 août 2016]. Disponible sur: http://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Arrete_no2015_176_-_0007_cle5d1377.pdf

32. Décret n° 2015-650 du 10 juin 2015 relatif aux modalités de mise en œuvre du dispositif d'encadrement du niveau de certains loyers et modifiant l'annexe à l'article R.* 366-5 du code de la construction et de l'habitation | Legifrance [Internet]. [cité 4 juill 2016]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/6/10/ETLL1505864D/jo/texte

33. depliantPARIS MED-25032015-def.indd - 72378 [Internet]. [cité 22 juin 2016]. Disponible sur: https://api-site.paris.fr/images/72378

34. Paris Med': un projet d'aide à l'installation des professionnels de santé [Internet]. [cité 20 juin 2016]. Disponible sur: http://www.paris.fr/actualites/paris-med-un-projet-d-aide-a-l-installation-des-professionnels-de-sante-2062

35. Convention de partenariat relative au dispositif de soutien à l'installation de professionnel-le-s de santé en exercice regroupé de secteur 1 à Paris [Internet]. [cité 20 juin 2016]. Disponible sur: https://api-site.paris.fr/images/154202.pdf

36. Lefevre S. Les freins à la maîtrise de stage universitaire chez les médecins généralistes de Lorraine non maîtres de stage universitaires pour le Troisième Cycle des Études Médicales en 2014. thèse de médecine soutenue le 4 juin 2015. Consultée le 17 juillet 2016 http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_LEFEBVRE_SABINE.pdf [Internet]. [cité 30 août 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_DIB_PIERRE.pdf

37. Initiation à la maîtrise de stage en troisième cycle de MG. CNGE. [Internet]. [cité 30 août 2016]. Disponible sur: http://www.cnge.fr/la_formation/formations/detail/69/

38. Accueillir un interne ou un externe en stage à son cabinet : pourquoi pas ? [Internet]. [cité 12 juill 2016]. Disponible sur: http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/urps-med-idf-accueillir-un-stagiaire.pdf

39. The effects of medical school curricula, faculty role models... : Academic Medicine [Internet]. LWW. [cité 29 août 2016]. Disponible sur:
http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/1995/07000/The_effects_of_medical_school_curricula,_faculty.12.aspx

40. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Santé Publique. 24 mars 2015;27(1):49‑58.

41. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale [Internet]. [cité 29 août 2016]. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf

42. Mousquès J, Bourgueil Y, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. Paris: IRDES; 2014.

43. Réflexions sur le rôle, les missions et les attentes des médecins généralisteshttp://www.academie-medecine.fr/publication100034959/ consulté le 04/07/2016.

44. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

45. User S. MG France signe aujourd'hui une convention qui doit faciliter l'exercice de la médecine générale [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 29 août 2016]. Disponible sur: http://www.mgfrance.org/index.php/presse/communiques/1423-mg-france-signe-aujourd-hui-une-convention-qui-doit-faciliter-l-exercice-de-la-medecine-generale

46. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: Témoignages, Analyses et Perspectives [Internet]. [cité 1 août 2016]. Disponible sur: https://www.souffrancedusoignant.fr/images/PDF/R_BurnOut_0707.pdf

47. Enquête BVA « Mieux identifier les déterminants du burnout » réalisée entre 2012 et 2013 auprès de 120 médecins et d'un échantillon représentatif de patients de la région Champagne-Ardenne.

48. Ordonnance n o 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées [Internet]. [cité 30 août 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf_frame.do

49. 160810_LeGeneraliste_accessibilite.pdf [Internet]. [cité 27 août 2016]. Disponible sur: http://www.urps-med-idf.net/RPQ/RPQ_1608/RPQ_160811/160810_LeGeneraliste_accessibilite.pdf

50. Devort. L'accessibilité des cabinets de médecine générale à Paris pour les personnes à mobilité réduite [Médecine Générale]. [Paris]: Paris Descartes; 2015.

51. Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes | Legifrance [Internet]. [cité 29 août 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2006/3/23/SANS0621311A/jo

52. ameli.fr - Les visites à domicile [Internet]. [cité 2 août 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/les-visites-a-domicile.php

53. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles - Qes144.pdf [Internet]. [cité 5 févr 2016]. Disponible sur: http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf

54. Brosset M. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale | Thèse IMG [Internet]. [cité 30 août 2016]. Disponible sur: http://www.theseimg.fr/1/node/157

55. BACHELOT-NARQUIN R, =Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes. (C.A.S.S.F.). Bagnolet. FRA, =Collège National des Généralistes Enseignants (C.N.G.E.). Vincennes. FRA, =Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (C.N.G.O.F.). Paris. FRA, =Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (C.N.O.S.F.). Paris. FRA, =Ministère chargé de la Santé. Mission nationale Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Paris. FRA. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.

56. Sabrina D. Etat des Lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Internet]. UNIVERSITE PARIS DIDEROT–PARIS; 2010 [cité 29 août 2016]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432_THESE-DIAS.pdf

57. Cahier des charges régional de la PDSA à Paris [Internet]. [cité 29 août 2016]. Disponible sur: http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/PDSA_Medecins/CCR/CCR_2016_Paris.pdf

58. Fernandes Lopes S. Etats des lieux de la permanence des soins ambulatoires en Ile-de-France. Thèse pour le diplome d'état en médecine [Internet]. UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT-PARIS; 2013 [cité 29 août 2016]. Disponible sur: http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/d00013c83/machaon_2014_38_FERNANDES.pdf

59. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence de soins ambulatoires en médecine générale [Internet]. [cité 29 août 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquete_pds_2015.pdf

60. Etude Perception de la sécurité des soins en ville [Internet]. [cité 29 août 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/culture_de_securite_professionnels_de_ville_mode_de_compatibilite.pdf

61. Protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours Exemple gestion quotidienne des AVK [Internet]. [cité 29 août 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ppspr_exemple__avk.pdf

62. Santé physique et psychique dse médecins généralistes - er731.pdf [Internet]. [cité 8 févr 2016]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf

63. Delga. L'aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin. Rapport CNP de Juin 2000. 2000.

64. Leriche B, FAROUDJA JL, MONTANE F, MOULARD J-C. Le médecin malade. Rapp Comm Natl Perm Adopté Lors Assises Cons Natl L'Ordre Médecins Du [Internet]. 2008

[cité 29 août 2016];28. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

RESUME

La diminution de la démographie médicale à Paris nécessite de revoir l'organisation des soins primaires. L'objectif était d'analyser les besoins des médecins généralistes libéraux du 13ème arrondissement de Paris concernant leur organisation et la gestion de leur activité médicale au sein du cabinet.

Nous avons mené une étude observationnelle transversale quantitative par hétéro-questionnaire comprenant des questions ouvertes. Les entretiens avec les médecins généralistes libéraux du 13ème arrondissement de Paris se sont déroulés de novembre 2015 à mars 2016.

Après exclusion de 244 médecins généralistes, 110 étaient éligibles. 59 médecins ont été inclus. Les besoins les plus souvent exprimés ont été la diminution de la charge de travail (en augmentant le temps clinique et en réduisant le temps de gestion des tâches ne demandant pas d'expertise médicale), la maîtrise de la durée du travail et l'installation de nouveaux médecins généralistes dans l'arrondissement. La revalorisation de la profession est également souhaitée. Elle sous-entend une augmentation de la rétribution, en revalorisant la consultation et la visite, une amélioration des relations avec les institutions publiques et une meilleure gestion du consumérisme médical. D'autres besoins des médecins généralistes et de la population ont été déduits de l'enquête : besoin de formations adaptées pour diversifier les compétences des médecins généralistes, mise aux normes PMR des locaux, augmentation de la capacité à assurer des visites à domicile, organisation de la permanence des soins, amélioration de la sécurité des soins en lien avec l'informatisation et suivi de la santé des médecins.

Les aides apportées aux médecins généralistes permettraient de rendre plus attractive la pratique de la médecine générale en ville. Pour cela, plusieurs pistes sont à étudier : formations plus adaptées, mutualisation de secrétariat, répartition des compétences, promotion de la maîtrise de stage, des remplacements et de la collaboration, regroupement de médecins généralistes.

Mots clés : Médecin généraliste, besoins, organisation, cabinet, pratique médicale, formation, informatique, coopération.