



HAL
open science

Offre de soins et besoins territoriaux des médecins généralistes du 14ème arrondissement parisien

Sophie Bernard

► **To cite this version:**

Sophie Bernard. Offre de soins et besoins territoriaux des médecins généralistes du 14ème arrondissement parisien. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02114697

HAL Id: dumas-02114697

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02114697>

Submitted on 6 May 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

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 2018

N° 233

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Offre de soins et besoins territoriaux des médecins généralistes
du 14^{ème} arrondissement parisien

Présentée et soutenue publiquement
le 12 octobre 2018

Par

Sophie BERNARD

Née le 12 octobre 1990 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Professeur Robert Sourzac, PA

Jury :

Mme Le Professeur Anne-Sophie Rigaud Monnet, PU-PHPrésidente

Mme Le Professeur Frédérique Noël, PA

Mme Le Docteur Marie-Laure Alby, MG

Remerciements

Au Pr Robert Sourzac,

Pour m'avoir proposé ce travail, mais aussi pour ses précieux conseils durant mon parcours d'internat, contribuant, par son accueil lors de mon 5^e semestre d'internat, à m'apprendre mon métier de médecin généraliste ;

Au Pr Rigaud Monnet,

Pour avoir accepté de présider cette thèse : c'est un honneur d'avoir, comme présidente de notre jury, un représentant hospitalier de cette spécialité si importante qu'est la gériatrie ;

Au Dr Marie-Laure Alby,

Pour avoir accepté d'évaluer ce travail, mais aussi pour m'avoir appris tant de choses sur la communication et la relation avec les patients, la gestion de la complexité en médecine générale lors mon stage en cabinet en deuxième année d'internat, et de m'avoir toujours apporté son soutien dans mon parcours, bien après la fin de mon semestre en ambulatoire ;

Au Pr Frédérique Noël,

Pour avoir accepté d'évaluer notre travail en tant que membre de notre jury ;

A mon co-thésard Raphaël Pecqueur,

Pour cette année et demi de travail en commun qui a été un vrai plaisir.

Aux médecins généralistes du 14^{ème} arrondissement,

Pour nous avoir accordé de leur temps pour notre étude, permettant des rencontres intéressantes et de riches échanges.

Aux membres des Maisons de santé Alésia-Denfert et Paris Porte de Vanves,

Pour leur accueil lors de mes stages en ambulatoire ;

Aux médecins hospitaliers qui ont participé à ma formation, aussi bien au sein de Paris VI et Paris V, et plus particulièrement :

L'équipe exceptionnelle du service de réanimation de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière du Pr Rouby, secteur Husson Mourier, dont le stage a été un tournant dans mon externat ;

Le service de gériatrie aigüe de l'hôpital Bécclère du Dr Mion où j'ai fait mes premiers pas d'interne dans un cadre idéal aussi bien sur le plan biomédical qu'humain ;

Les urgences générales de l'hôpital Saint Joseph du Dr Ganansia, où j'ai eu la chance de me former et de faire de nombreuses gardes durant mon internat,

Le CPEF de l'hôpital Port Royal.

Enfin, aux Dr Stéphane Templer, Donata Marra, Laetitia Falcou-Brunel, Claire Hauber et au Pr. Anne-Marie Magnier,

Pour leur bienveillance, leur écoute, et leurs conseils lors de mon choix de spécialité.

Mes remerciements ne seront jamais à la hauteur de la gratitude que j'ai envers Valérie Aubin, ma mère, qui croit en moi chaque jour. Je ne serai jamais arrivée jusque-là sans son soutien et sa force durant toute la durée de mon cursus aussi bien scolaire qu'universitaire ;

A Noémie,

Pour sa relecture attentive et bienveillante de professeur de français, pour ce mémorable petit-déjeuner, le lendemain de l'une de mes premières gardes à la Pitié-Salpêtrière, et sa présence à la sortie des ECN, mais avant tout pour son soutien inconditionnel et sans faille durant ces dix ans d'études ;

A Guillaume,

De m'avoir enseigné et conseillé patiemment lors de la création et la gestion de notre base de données informatique, ce qui nous a grandement facilité nos analyses, et pour ses encouragements tout au long de mes études ;

A Elise, diplômée en géographie,

Pour ses conseils dans la représentation cartographique des données, et de m'avoir épaulée tout au long de mes années d'études ;

A Marianne,

Pour l'amitié qui nous unit depuis plus de quinze ans, et pour sa présence sans faille durant l'intégralité de mon parcours, de mon projet d'étude au collège jusqu'à la rédaction et soutenance de cette thèse ;

Aux membres de ma famille qui m'ont encouragée durant mes études, certains se trouvant au-delà de la frontière suisse.

A François Bailleul, qui fait tout autant partie de notre famille.

Aux amis de la danse, Philippe, Fabien, Huy, Nathalie, Nicolas et Laetitia, Aurélien, Guillaume, Mathieu.

A mes futurs collègues et surtout mes amis, qui ont traversé ces mêmes dix années d'études : Joanna, Agathe, Camille, Houmam et Clara.

A Philippe et Francis, dont le souvenir m'accompagne aujourd'hui.

Table des matières

<i>Liste des abréviations</i> :	7
<i>Liste des tableaux</i> :	8
<i>Liste des figures</i> :	8
I- INTRODUCTION	10
1- UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE DU 14^{EME} ARRONDISSEMENT D'EVOLUTION DEFAVORABLE :	10
1.1 Evolution générale défavorable dans Paris	10
1.2 Des études antérieures:	13
1.3 Particularités démographiques du 14 ^{ème} arrondissement.....	13
2- EVOLUTION DE L'ORGANISATION DES SOINS :	14
2.1 Nouvelles formes d'exercices.....	14
2.2 Développement de dispositifs de travail groupés pluriprofessionnels	15
2.3 Nouveaux modes de rémunération	17
2.4 Le virage ambulatoire.....	18
2.4.1 <i>Chirurgie</i> :	18
2.4.2 <i>Psychiatrie</i>	19
2.4.3 <i>Soins de suite et de réadaptation (SSR)</i>	20
2.4.4 <i>Hospitalisation à domicile</i>	20
2.4.5 <i>Quelle évolution des mentalités et des besoins ?</i>	21
3- MODES D'EXERCICE PARTICULIERS	22
4- CARACTERISTIQUES DE NOTRE TERRITOIRE D'ETUDE, LE 14^{EME} ARRONDISSEMENT PARISIEN	24
5- RESUME DE LA PROBLEMATIQUE	27
6- OBJECTIFS DE L'ETUDE	27
II- METHODES	28
1. DESCRIPTION DE L'ETUDE.....	28
2. POPULATION DE L'ETUDE, RECRUTEMENT DES MEDECINS	28
3. INTERVENTION.....	29
4. COLLECTE DES DONNEES.....	30
5. DESCRIPTION DES VARIABLES	31
6. PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE, METHODES D'ANALYSE	32
7. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	33
III- RESULTATS	34
1- PARTICIPATION, DIAGRAMME DE FLUX.....	34
2- CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION REPONDANTE.....	36
2.1 Caractéristiques générales	36
2.2 Participation à la permanence de soins	40
2.3 Formation continue.....	40
2.3.1 <i>Etat des lieux des modes de formation continue</i>	40
2.3.2 <i>Proposition de formats variés</i>	42
2.3.2.1 <i>Analyse globale</i>	42
2.3.2.2 <i>Analyse en sous-groupes</i>	44
2.4 Evolution de l'offre de soins	47
3- EXERCICE GROUPE.....	48
3.1 Les arguments des médecins généralistes	52
3.1.1 <i>Arguments en faveur</i>	52

3.1.2	<i>Argument en défaveur</i>	53
3.2	Des acronymes mal connus.....	55
4-	RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES	57
4.1	Relations interprofessionnelles en général :	57
4.2	Relations avec la ville - coordination libérale	58
4.2.1	<i>Recours aux autres médecins spécialistes</i>	58
4.2.2	<i>Cas des soins psychiatriques</i>	67
4.2.3	<i>Recours aux paramédicaux</i>	68
4.3	Dispositifs et réseaux.....	71
4.3.1	<i>Dispositifs territoriaux et recours sociaux</i>	71
4.3.2	<i>Les Réseaux de santé</i>	73
4.4	Relations avec l'hôpital, lien ville-hôpital	75
4.4.1	<i>Des difficultés à joindre l'hôpital</i>	75
4.4.2	<i>Le patient hospitalisé, gestion du lien avec la ville</i>	76
4.4.3	<i>Le développement de l'accès direct</i>	81
5-	CONDITIONS D'EXERCICE, DIFFICULTES QUOTIDIENNES ET PROPOSITIONS D'AMELIORATION	82
5.1	Conditions globales d'exercice	82
5.1.1	<i>Analyse globale</i>	82
5.1.2	<i>Analyse en sous-groupes</i>	83
5.2	Principales difficultés rencontrées au quotidien.....	86
5.2.1	<i>La gestion du temps</i>	87
5.2.2	<i>La gestion administrative, hors consultation, ou téléphonique</i>	87
5.2.3	<i>La gestion de la consultation</i>	88
5.2.4	<i>Prise en charge de la personne âgée</i>	89
5.2.5	<i>Accès aux soins, coordination professionnelle et sociale</i>	89
5.2.6	<i>La rémunération et le coût de l'exercice</i>	90
5.2.7	<i>Les conditions générales de travail</i>	91
5.3	Propositions d'amélioration de la qualité de travail et de la facilité d'exercice	92
5.3.1	<i>La gestion hors consultation : administrative, secrétariat, et CPAM</i>	92
5.3.2	<i>Prise en charge au domicile et dépendance</i>	93
5.3.2.1	<i>Visites à domicile</i>	93
5.3.2.2	<i>Prise en charge de la personne âgée</i>	93
5.3.3	<i>Accès aux soins, coordination professionnelle et sociale</i>	93
5.3.4	<i>La rémunération et le coût de l'exercice</i>	94
5.3.5	<i>Les conditions générales de travail</i>	95
IV-	DISCUSSION	97
1-	SYNTHESE DES RESULTATS	97
2-	VALIDITE DE L'ETUDE	98
2.1	Points forts.....	98
2.2	Points faibles.....	99
3-	LIEN AVEC LES CONNAISSANCES ANTERIEURES	100
3.1	Une démographie médicale surestimée	100
3.2	Formation continue actuelle et future orientée sur le présentiel.....	102
3.3	Exercer en groupe : travailler sous le même toit, mais pas forcément en structure pluriprofessionnelle	104
3.4	Relations interprofessionnelles libérales : travailler ensemble sur le même territoire	108
3.5	Une inégalité entre les quartiers	112
3.6	Le cas des soins psychiatriques : une coordination recommandée mais non appliquée	112
3.7	Des dispositifs et des réseaux à l'image des nouveaux enjeux	113
3.7.1	<i>Dispositifs territoriaux et réseaux de soins</i>	113
3.7.2	<i>Particularités du vieillissement de la population parisienne : une augmentation des patients dépendants au domicile</i>	114
3.7.3	<i>La définition du patient complexe</i>	115
3.8	Relations avec l'hôpital.....	116
3.8.1	<i>Joindre l'hôpital : des réponses inégales, le développement de l'accès direct</i>	116
3.8.2	<i>Mode d'hospitalisation : encore trop de recours systématique aux urgences</i>	116
3.8.3	<i>Quelle coordination avec l'hôpital ?</i>	117
3.8.4	<i>Le virage ambulatoire</i>	118

3.9	De l'intérêt de travailler ensemble : quelles possibilités d'amélioration ?	119
3.10	Des médecins satisfaits de leurs prises en charge au cabinet, moins au domicile	120
3.11	Des problèmes quotidiens aux propositions d'amélioration	121
4-	IMPLICATIONS PRATIQUES	124
V-	CONCLUSION.....	125
	<i>Bibliographie</i>	127
	ANNEXES	132

Liste des abréviations :

ASIP	Agence française de la santé numérique
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APHP	Assistance publique des hôpitaux de Paris
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPEF	Centre d'éducation et de planification familiale
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CMP	Centre médicopsychologique
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMP	Dossier médical partagé
ESP	Equipe de soins primaires
EBM	Evidence Based Medicine
ENMR	Expérimentation de nouveaux modes de rémunération
GHPSJ	Groupe hospitalier Paris Saint Joseph
HEGP	Hôpital européen Georges Pompidou
HAD	Hospitalisation à domicile
IGN	Institut national de l'information géographique et forestière
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MSP	Maison de santé Pluriprofessionnelle
MT	Médecin traitant
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MG	Médecin généraliste
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MEP	Mode d'exercice particulier
NA	non attribué
NMR	Nouveaux modes de rémunération
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OGDPC	Organismes de gestion du développement professionnel continu
PMR	Personnes à mobilité réduite
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PMI	Protection maternelle et infantile
RA	Règlement arbitral
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
URPS	Union régionale des professionnels de santé
VAD	Visite à domicile
VMS	Volet médical de synthèse
ZAC	Zone d'action complémentaire
ZIP	Zone d'intervention prioritaire

Liste des tableaux :

Tableau 1 Caractéristiques des praticiens exclus pour MEP>50% de l'activité totale.....	36
Tableau 2 Localisation des médecins éligibles	37
Tableau 3 Répartition par quartier des médecins généralistes du 14ème arrondissement	38
Tableau 4 Caractéristiques générales des médecins généralistes.....	40
Tableau 5 Formation continue des médecins généralistes	41
Tableau 6 Intérêt des médecins généralistes pour certaines formations ou programmes de DPC	42
Tableau 7 Intérêt pour différents formats de formation continue – étude du temps de travail clinique et administratif.....	44
Tableau 8 Arguments favorables orientant vers l'exercice pluriprofessionnel type Maison de santé ou Maison de santé « hors les murs »	53
Tableau 9 Arguments défavorables envers l'exercice pluriprofessionnel type maison de santé ou maison de santé « hors les murs »	54
Tableau 10 Connaissance des sigles.....	55
Tableau 11 Type d'orientation vers un autre médecin spécialiste	57
Tableau 12 Autres spécialistes libéraux auxquels le recours est difficile pour les médecins généralistes	66
Tableau 13 Etat des lieux du recours aux dispositifs territoriaux médicaux ou paramédicaux	72
Tableau 14 Recours aux réseaux de santé	73
Tableau 15 Moyen d'hospitalisation des patients	77
Tableau 16 Recours au médecin généraliste lors de la sortie d'hospitalisation de patients nécessitant des soins.....	79
Tableau 17 Satisfaction générale des médecins généralistes de la prise en charge de leurs patients	82
Tableau 18 Satisfaction de la prise en charge des patients en fonction du temps de travail....	85
Tableau 19 Satisfaction de la prise en charge des patients en fonction de l'acceptation de nouveaux patients en médecin traitant au cabinet et au domicile.	85

Liste des figures:

Figure 1 Territoires parisiens éligibles aux aides à l'installation - Document le Parisien 2018	12
Figure 2 Quartiers du 14ème arrondissement parisien.....	26
Figure 3 Structures hospitalières et de soins du 14ème arrondissement et secteurs de proximité	26
Figure 4 Elaboration du listing de médecins	34
Figure 5 Diagramme de flux	35
Figure 6: Localisation par conseil de quartiers des praticiens inclus dans l'étude	37
Figure 7 Distribution des répondants et des non répondants par conseil de quartier.....	39
Figure 8 Intérêt pour des formations organisées dans l'arrondissement, analyse en sous groupe selon le territoire.....	45
Figure 9 Intérêt pour des formations organisées dans l'arrondissement, analyse en sous groupe selon l'âge	46
Figure 10 Intérêt pour des formations organisées dans l'arrondissement en fonction du type d'activité.....	47
Figure 11 Mode d'exercice groupé et pluriprofessionnel dans le 14ème arrondissement, par quartiers.....	48
Figure 12 Souhait d'une orientation vers une structure pluriprofessionnelle	49

Figure 13 Souhait d'une orientation vers une structure pluriprofessionnelle en fonction du mode d'exercice actuel	50
Figure 14 Souhait d'une orientation vers une structure pluri-professionnelle en fonction de l'âge.....	51
Figure 15 Orientation vers une structure pluriprofessionnelle en fonction de la localisation..	52
Figure 16 Connaissance des sigles en fonction du mode d'exercice (groupé ou seul).....	56
Figure 17 Connaissance des sigles en fonction du mode d'exercice (pluriprofessionnel)	56
Figure 18 Utilisation d'une messagerie sécurisée pour échanger de données médicales en fonction de l'âge.....	58
Figure 19 Utilisation d'une messagerie sécurisée en fonction du mode d'exercice	58
Figure 20 Etat des lieux du recours aux spécialistes libéraux.....	61
Figure 21 Appréciation globale de la présence de spécialistes libéraux par quartiers	65
Figure 22 Coordination entre le psychiatre et le MG concernant le suivi des patients atteints de pathologies psychiatriques chroniques % (n).....	67
Figure 23 Etat des lieux du recours aux professionnels paramédicaux.....	70
Figure 24 Difficultés à joindre l'hôpital en fonction du secteur	75
Figure 25 Moyen privilégié pour l'hospitalisation des patients en fonction du quartier	77
Figure 26 Moyen privilégié pour l'hospitalisation des patients en fonction de l'âge	78
Figure 27 Recours au médecin généraliste lors de la sortie d'hospitalisation de patients nécessitant des soins en fonction du territoire.....	79
Figure 28 Satisfaction générale des médecins généralistes concernant la prise en charge de leurs patients en fonction de la localisation	83
Figure 29 Satisfaction de la prise en charge des patients en fonction de l'âge	84
Figure 30 Satisfaction de la prise en charge des patients en fonction du type d'exercice (groupé ou seul).....	84
Figure 31 Satisfaction de la prise en charge des patients en fonction de l'acceptation de nouveaux patients en médecin traitant au cabinet et au domicile.	86

I- INTRODUCTION

A une époque marquée par la discussion à l'échelle nationale des problématiques de démographie médicale, des incitations voire limitations des installations libérales, et d'évolution du *numerus clausus* en première année de médecine, la question de l'état actuel de l'offre de soins de médecine générale dans la région parisienne, réputée sur-dotée en médecins, se pose. Des études récentes évoquent à l'inverse la possibilité que le territoire soit bien moins doté que ce que la perception commune le laisserait croire.

De plus, l'exercice de la médecine générale a évolué ces dernières décennies, que ce soit dans l'organisation, d'un exercice seul vers les possibilités d'exercice groupé, ou dans les besoins d'une population de plus en plus âgée et complexe, et qui fait elle-même face à la pénurie de médecins.

Il faudrait donc étudier l'adaptation de la profession aux problématiques actuelles: démographique, biomédicale, organisationnelle, mais également dans la coopération avec les autres acteurs majeurs du territoire, libéraux et hospitaliers.

1- UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE DU 14^{EME} ARRONDISSEMENT D'EVOLUTION DEFAVORABLE :

1.1 Evolution générale défavorable dans Paris

A la date du 1^{er} janvier 2017, le tableau de l'ordre des médecins recense 290 974 médecins en France, soit une hausse de +1,8% en un an, mais comprenant les médecins retraités actifs : seulement 197 859 sont inscrits en activité régulière, soit une diminution 0,5% en dix ans.

Parmi eux, on compte 88 137 médecins généralistes (MG) en activité régulière, soit une diminution de 9,1% des effectifs sur la même période. Ils sont 56,3% à exercer en libéral exclusif, 6,6% en activité mixte, 37 % en salarié. Cette diminution devrait se poursuivre au moins jusqu'en 2025.

En parallèle, la population française a augmenté de 21,3% sur la période 1979-2017, passant de 53 481 073 habitants à 64 859 599 habitants (1). Avec l'allongement de la durée de vie et l'avancée en âge des générations du baby-boom, le vieillissement de la population française se poursuit : les habitants âgés d'au moins 65 ans représentent 18,8% de la population, soit une progression de 3,7 points en 20 ans (2).

La région Ile de France a longtemps été considérée comme très bien dotée en médecins, y compris généralistes. Il s'agit pourtant de la seule région du pays dont aucun département n'enregistre une augmentation des effectifs de médecins en activité régulière durant ces sept dernières années, alors que sa population générale augmente. En ce qui concerne la spécialité de médecine générale, elle se place en troisième position des régions qui enregistrent les plus fortes diminutions des effectifs (-15,5%) (1).

La ville de Paris comporte au 1^{er} janvier 2017, 4325 médecins généralistes, constituant ainsi le deuxième département qui a enregistré la plus forte baisse (-25%) tout mode d'exercice confondu, du nombre de médecins généralistes en activité régulière sur la période 2010-2017. En parallèle sur cette même période, la population parisienne semble se stabiliser, à 2 220 445 personnes en 2017, mais de façon hétérogène : la tranche 0-19 ans stagne, les tranches 20-59 ans diminuent légèrement, tandis que la population de 60-74 ans a augmenté de 23%, et les plus de 75 ans de 4% (1,3).

Ce vieillissement de la population devrait se poursuivre selon les prévisions de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), puisqu'on estime qu'en 2050 plus d'un quart des parisiens aura plus de 60 ans.

Ce vieillissement est corollaire d'une augmentation de l'espérance de vie : estimée en 2013 à 80,6 ans pour les hommes et 85,8 ans pour les femmes, elle devrait être de 89,7 ans pour les hommes et 92,3 ans pour les femmes en 2050 : l'âge moyen des parisiens serait alors de 42,2 ans contre 39,2 en 2013 (4).

Toutes classes d'âge confondues, après une phase de baisse démographique évoluant depuis 2011, en stabilisation actuellement, la population devrait à nouveau croître à partir de 2024 pour retrouver un niveau proche de celui 2013 (4).

Ce vieillissement de la population laisserait présager que les besoins de soins devraient augmenter plus rapidement que le nombre d'habitants (5).

Pourtant, le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) ne recense pas la ville de Paris comme étant déficitaire en médecins généralistes, contrairement à 251 communes de l'Ile de France notamment en Seine et Marne, les Yvelines, l'Essonne et les Hauts de Seine. La ville de Paris n'est communément pas reconnue comme étant un 'désert médical'(1).

Mais cette estimation de l'offre de soin semble difficile à établir, puisque selon les documents de l'Assurance maladie, à la même date du 1^{er} janvier 2017, il y aurait seulement 2422 médecins généralistes omnipraticiens dans Paris (6).

Si la diminution des effectifs est une conclusion commune (-0.7% par rapport à l'année précédente), il existe donc entre ces deux sources officielles une différence non négligeable d'estimation du nombre de médecins généralistes parisiens, posant la question des vrais effectifs existant aujourd'hui : Paris serait-il un désert médical ?

La notion de désert médical est avant tout médiatique, et n'a aucune définition précise. Les pouvoirs publics parlent plutôt en termes de zones définies par les agences régionales de santé (ARS) par plusieurs critères : 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. La question du rapport entre le nombre de professionnels de santé et la taille de la population n'est donc pas suffisante pour évaluer la situation d'un territoire.

Sont ainsi définies des zones fragiles pour les médecins, qui déterminent les éventuelles mesures d'incitation mises en place, la notion de zones sous dotées et sur-dotées concernant les autres professionnels de santé (7).

Dans son communiqué de mars 2018, l'ARS Ile de France a défini par un arrêté de son directeur général Christophe Devys deux type de zones fragiles pour la région (8) :

- Les « zones d'intervention prioritaire » (ZIP) : éligibles à des aides de l'Assurance maladie et de l'Etat
- Les « zones d'action complémentaire » (ZAC) éligibles aux seules aides de l'Etat.

On constate alors que Paris n'est plus épargné par le phénomène des zones fragiles : le 18^{ème} et le 19^{ème} arrondissement sont classés en « zone d'intervention prioritaire » (ZIP), ainsi que certains quartiers du 13^{ème}, du 14^{ème} (secteur Didot-Porte de Vanves), et du 20^{ème} arrondissement. Par ailleurs, les autres quartiers du 13^{ème}, le 14^{ème}, et du 20^{ème} arrondissement sont désormais considérés comme des « zones d'action complémentaire » (ZAC) (9–11).

Cette nouvelle répartition est représentée dans la cartographie de l'ARS (Annexe 1), et représentée de façon plus schématique dans l'article du Parisien du 20 mars 2018 en **Figure 1** (12).

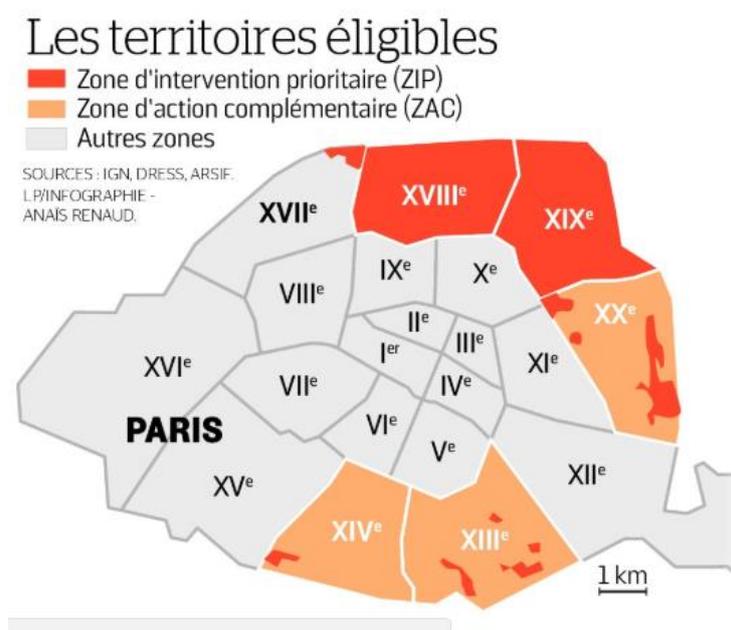


Figure 1 Territoires parisiens éligibles aux aides à l'installation - Document le Parisien 2018

Les causes évoquées sont diverses : prix de l'immobilier, difficultés de stationnement... mais pour certains, c'est bien le manque de praticiens par rapport à la population qui pose problème (12,13).

Parmi les dispositifs d'aide, nous comptons également Paris Med', mis en place par la Ville de Paris, orienté vers les praticiens souhaitant se regrouper (minimum requis de 3 professionnels dont un médecin généraliste) en exercice secteur 1 en zone d'intervention prioritaire pendant 3 ans. Néanmoins nous constatons que la liste des quartiers éligibles à Paris Med' s'étend un peu au-delà des ZIP (Annexe 2) (14), posant la question de leur présence et laissant présager que l'ampleur des zones « fragiles » varierait également en fonction des sources.

1.2 Des études antérieures:

Ce constat de démographie médicale préoccupante a déjà été évoqué dans certaines thèses d'exercice. Le 13^{ème} arrondissement de Paris, où l'évolution est également défavorable, a fait l'objet d'une étude sous la forme de deux thèses complémentaires précisant cette évolution en 2016, par le Ophélie de Castelbajac et Philippe Cohen (15,16), par une enquête auprès des médecins généralistes.

Cette étude a tout d'abord permis la reconstitution des effectifs des médecins généralistes de leur arrondissement : les sources officielles avaient établi un effectif de 354 médecins généralistes, mais après exclusion des médecins salariés exclusifs, urgentistes, SOS médecins, les praticiens n'ayant pas d'activité clinique ou un mode d'exercice particulier majoritaire, et leur directeur de thèse, l'effectif final n'a été que de 110 praticiens sur le 13^{ème} arrondissement. Leurs prévisions étaient inquiétantes : plus d'un tiers des médecins interrogés avaient plus de 60 ans, avec un taux de cessation d'activité totale à 5 ans de 29%, allant jusqu'à 41 % dans le secteur nord pourtant considéré comme plus favorisé.

Le 14^{ème} arrondissement avait également fait l'objet d'une thèse, cette fois en 2013, par Susanna Friedli. Cette thèse s'intégrait dans un projet réunissant les trois départements universitaires de médecine générale parisiens, nommé DEMOMED 75, avec pour objectif d'analyser précisément l'offre de soins libérale de premier recours (généraliste, pédiatres, gynécologues) disponibles sur Paris, mais également leur évolution à 2 et 5 ans.

Les prévisions de départ étaient bien plus importantes que dans les autres arrondissements parisiens : plus de 50% des médecins généralistes interrogés envisageaient un arrêt ou une diminution de leur activité dans les 5 ans. Néanmoins, leur taux de réponse était de 48%.

Ce constat ne se limitait pas aux généralistes, puisque l'étude avait également retrouvé que 63 % des gynécologues et 80 % des pédiatres envisageaient un arrêt ou une diminution de leur activité dans les 5 ans (17).

1.3 Particularités démographiques du 14^{ème} arrondissement.

Le 14^{ème} arrondissement est situé dans le sud de Paris, avec une superficie de 5,6 km², et une population en 2017 estimée à 139 992 habitants « municipaux », constituant le 10^{ème} arrondissement le plus peuplé de Paris, soit une densité de population de 24 821,3. Entre 2010 et 2015, cette population a augmenté de 0,2% (18,19).

Le vieillissement de la population n'épargne par ce territoire : en 2015, les plus de 75 ans constituaient 8,8 % de la population, contre 8,1% en 2010, tandis que les 60-74 ans représentaient 14,9 % de la population en 2015, contre 13% en 2010. A l'inverse, les autres tranches d'âges sont plutôt en diminution, à l'exception de la tranche 0-14 ans qui passe de 12,4 à 12,9% sur cette même période (20) [Annexe 3].

Le 14^{ème} arrondissement est reconnu comme étant l'un des moins dotés en professionnels de santé, comme l'indiquait le rapport 2017 de l'Assurance maladie (6), et avec le moins de

médecins généralistes : le secteur comporte moins de 10 omnipraticiens pour 10.000 habitants [Annexe 4].

Comme nous l'avons vu, l'ARS Ile de France a récemment redéfini ses territoires de zones fragiles, réagissant à la diminution du nombre de médecins généralistes libéraux. L'arrondissement est désormais une « zone d'intervention complémentaire » (ZAC), et le secteur Didot-Porte de Vanves une « zone d'intervention prioritaire » (ZIP) (9-11).

Le réseau Paris Med' ouvre ses aides au niveau des secteurs Parc Montsouris et Plaisance (correspondant sur la carte à Didot-Porte de Vanves et Pernety, cf.4-), ce qui ne correspond pas aux zones d'interventions prioritaires définies récemment, interrogeant sur la raison de leur présence comme évoqué précédemment.

2- EVOLUTION DE L'ORGANISATION DES SOINS :

2.1 Nouvelles formes d'exercices

Ces dernières années ont vu se développer l'attrait des jeunes professionnels de santé pour l'exercice en groupe, les avantages étant variés : continuité des soins mieux assurée par le partage des plages horaires et des vacances, un parcours de soin simplifié, un partage des tâches administratives, aide mutuelle, équipement plus important, mais aussi une rupture de l'isolement du médecin généraliste (15,21,22).

La forme la plus classique est l'exemple du **cabinet de groupe**, soumis à la l'article R 4127 du Code de la Santé Publique.

Comme le rappelle le CNOM, l'exercice en cabinet de groupe permet la mise en commun du lieu d'exercice, la salle d'attente, et de l'éventuel secrétariat, mais n'enlève pas la responsabilité de chaque médecin vis-à-vis des soins qu'il donne, et son indépendance professionnelle.

Un contrat écrit d'exercice en commun doit être communiqué au Conseil Départemental de l'Ordre, précisant les droits et obligations du médecin ainsi que les moyens d'exercice dont il dispose (conditions d'utilisation des locaux et de l'équipement, horaires des consultations, répartition des frais et des honoraires en cas de mise en commun), pour vérifier les garanties d'indépendance professionnelle et de liberté de choix du praticien des patients. En revanche, ils n'ont pas de projet de santé à soumettre à l'ARS (21,23).

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) se développent depuis 2008, et sont soumises à l'article L6323-3 du code de santé publique.

Elles sont définies de la façon suivante :

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. ».

Les praticiens y exercent une activité libérale.

Les maisons de santé doivent effectivement suivre un cahier des charges définies par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), avec entre autres l'exigence de comprendre au moins deux médecins et un personnel paramédical, et soumettent un projet de santé à l'ARS de la région, cette dernière vérifiant sa cohérence avec le projet régional de santé, pour en faire bénéficier de la classification 'Maison de santé' ainsi que d'aides financières (24,25).

Ces structures peuvent en effet bénéficier des nouveaux modes de rémunérations, développés dans le paragraphe 2.3).

Début 2017, Paris comptait 11 Maisons de santé pluriprofessionnelles, dont une dans le 14^{ème} arrondissement, la deuxième ayant officialisé son statut de MSP en juin 2018 (6)

Les centres de santé sont des structures semblables aux Maisons de santé, mais de développement bien plus ancien, remontant à la fin du XIX^{ème} siècle sous forme de dispensaires (26).

Ils sont définis par l'article L6323-1 du code de santé publique de la façon suivante :

« Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluri-professionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux ».

Les praticiens y exercent une activité salariée, la rémunération étant déterminée à la fonction ou à l'acte. Ces structures doivent pratiquer le tiers payant, et soumettent également un **projet de santé** à l'ARS (27).

En 2017, Paris comptait 119 centres de santé, dont 6 dans le 14^{ème} arrondissement (6).

Pour certains praticiens libéraux souhaitant travailler ensemble autour d'un projet de santé sans quitter leurs locaux actuels, l'idée des **Maisons de santé « hors les murs »** ou **« multisites »** semble une alternative intéressante. Evoquées dans les textes, notamment ceux évoquant les financements territoriaux (28), ces structures ne font pas l'objet de définitions claires et semblent moins répandues puisqu'aucune comptabilisation ne semble avoir été faite jusqu'à présent. A noter aussi que certains médecins exercent en cabinet de groupe, avec des professionnels paramédicaux donc en pluridisciplinaire, sans prétendre à la qualification MSP.

Le regroupement pluriprofessionnel peut être une aspiration pour certains praticiens, mais à l'inverse certains expriment des réticences en y voyant une perte de liberté d'exercice, un salariat déguisé, comme le retrouvait le travail de Philippe Cohen en 2016 (15), pour d'autres les obstacles relèvent également du manque d'infrastructure et les loyers élevés (12).

2.2 Développement de dispositifs de travail groupés pluriprofessionnels

Nous distinguons deux grandes catégories de dispositifs de travail pluriprofessionnels : les réseaux de santé qui se développent depuis plus de dix ans, et les nouveaux dispositifs proposés par la loi santé de 2016.

Inscrits dans la loi depuis 2002, **les réseaux de santé** sont définis par l'article L 6321-1 du code de la santé publique, avec la définition suivante :

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. ».

Ils constituent un des principaux dispositifs de coordination sanitaire, médico-social et social comprenant des professionnels de santé (médecin, infirmiers...) et professionnels non médicaux (travailleurs sociaux, personnels administratifs).

Ils ont donc pour missions :

- **L'organisation et la planification du parcours de santé** et d'orienter la prise en charge des patients complexes : évaluation des besoins, plan personnalisé de prise en charge, réponse globale
- **D'apporter un appui aux différents intervenants** auprès du patient en favorisant la coordination professionnelle
- **De favoriser la bonne articulation entre la ville et l'hôpital**

Ces réseaux sont donc pour la plupart dirigés essentiellement vers les patients en situation complexe, c'est-à-dire présentant des pathologies chroniques invalidantes ou responsables d'une dépendance (29,30).

Les équipes de soins primaires (ESP) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont deux dispositifs créés par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, pour les professionnels de santé qui veulent mieux travailler ensemble sur un territoire : elles ont été conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner (31–33).

Les ESP correspondent à une organisation coordonnée de professionnels de santé de premier recours à l'échelle de la patientèle, comprenant au moins un médecin généraliste, sur un ou plusieurs sites. Cette équipe de professionnels de santé s'entend autour d'un projet portant sur les besoins de cette patientèle : population vulnérable handicapée, soins palliatifs etc.

Elles peuvent prendre la forme de maisons de santé pluriprofessionnelles ou centres de santé, mais également d'autres formes de coopérations plus légères.

Les CPTS correspondent organisation plus large d'acteurs de santé (professionnels de santé, mais avec une vocation à associer les acteurs du second recours, du sanitaire, du social et du médico-social) pour répondre aux besoins des patients au niveau du territoire. Les CPTS élaborent et suivent plusieurs projets, et peuvent regrouper plusieurs ESP.

Les regroupements de professionnels de santé, qui répondaient jusqu'à présent à la définition des pôles de santé au sens de l'article L. 6323-4 du code de la santé publique, deviennent automatiquement, et sauf opposition de leur part, des CPTS.

Le point commun aux ESP et CPTS est l'organisation autour d'un projet de santé soumis à l'ARS, précisant les besoins identifiés (l'objet), les membres, les engagements, les modalités de travail, et les modalités d'évaluation du service rendu. Si ce projet est accepté, l'ARS établit avec la structure un contrat territorial de santé, permettant un soutien notamment financier par le fond d'intervention régional (FIR). L'absence d'engagement de l'ARS n'empêche pas la création de la structure, mais ne permettra pas l'obtention de financements.

On comprend par ailleurs que les ESP et les CPTS peuvent être une première étape à la constitution d'une Maison de santé, mono ou multisite... Mais sans obligation.

Les Maisons de santé « hors les murs » ou multisites sont d'ailleurs assimilées par le Ministère des affaires sociales et de la santé et la DGOS à des ESP (31).

Les PTA, sont des dispositifs d'appui aux professionnels de santé, définis également par la loi de 2016, constitués et financés par l'ARS pour prendre en charge des cas de patients en situations complexes, sans distinction d'âge, ni de pathologie. Leur constitution peut être à l'initiative des ESP et CPTS. Elles visent au déploiement du retour à domicile et son maintien. Ainsi, trois types de missions leurs sont attribuées (32) :

- **Information et orientation des professionnels de santé vers les ressources de leur territoire, qu'elles soient sanitaires, sociales ou médico-sociales**
- **Appui à l'organisation des parcours complexes**
- **Soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles** (exemple : pilotage et suivi des projets portés par les ESP, CPTS).

Le point commun aux ESP, CPTS, et PTA est qu'ils émergent avant tout à partir des initiatives des professionnels de santé eux-mêmes, sans « appel d'offre » de la part de l'ARS.

2.3 Nouveaux modes de rémunération

Le système actuel de la rémunération à l'acte, c'est-à-dire uniquement des consultations face au patient, ne favorise pas le développement de ce système d'exercice regroupé, notamment via les activités mutualisées.

Depuis 2015, à la suite de 5 ans d'expérimentation donnant des résultats prometteurs (ENMR), les structures pluriprofessionnelles comme les maisons de santé mono ou multisites et les centres de santé peuvent bénéficier de nouveaux modes de rémunération (NMR) dans le cadre du règlement arbitral (RA) : l'objectif est d'ajouter une rémunération complémentaire forfaitaire à l'équipe au paiement à l'acte classique, sur la base d'un projet de santé, avec des engagements constituant un accord entre l'ARS, la CPAM, et la structure de santé pour 5 ans (22,34).

Les engagements sont répartis en trois axes, eux-mêmes séparés en socle fixe obligatoire et des engagements optionnels, les sous-parties sont notifiées en Annexe 5 : (28,34,35)

- **Accès aux soins**
- **Travail en équipe pluriprofessionnelle, coordination**
- **Système d'information**

En contrepartie du respect des engagements définis, l'organisme local d'Assurance maladie s'engage à verser à la structure une rémunération annuelle complémentaire, dépendant de l'atteinte des résultats pour chaque catégorie d'engagements.

Elle comprend :

- **une rémunération de base** liée à l'atteinte des résultats pour les engagements socle
- **une rémunération supplémentaire** liée à l'atteinte des résultats pour les engagements optionnels

Chaque niveau de rémunération, socle et optionnel, comporte une partie fixe et une partie variable selon le volume de la patientèle. La rémunération finale est calculée selon un système de points correspondant aux critères remplis (28). A titre d'exemple, la rémunération maximale possible sur les critères socles était de 8400 euros en 2016 (35).

2.4 **Le virage ambulatoire,**

Le « virage ambulatoire » peut se définir comme le transfert en milieu ambulatoire de certaines activités de soins, dans sa totalité ou partiellement, traditionnellement proposées dans le cadre d'une hospitalisation. Cette notion existe depuis plusieurs dizaines d'années mais a été développée et renforcée dans la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 (36,37).

L'hospitalisation en ambulatoire est devenue fréquente et sert de modèle de référence : par opposition, l'hospitalisation traditionnelle définit un séjour de plus de 12 heures (38).

Les hospitalisations en médecine en ambulatoire (hôpitaux de jour) représentaient en 2016 un quart des séjours de médecine, et 31% selon les premiers chiffres de 2017 selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) (39).

En ce qui concerne les hospitalisations dites « MCO » (médecine, chirurgie, obstétrique), avec 6,1 millions de patients pris en charge et 7,8 millions de séjours en 2017, le taux de prise en charge ambulatoire reste globalement stable depuis 2015 autour de 39-40% des séjours (39-41).

Le virage ambulatoire concerne principalement 3 secteurs : la chirurgie, la psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation. Un cas particulier à mi-chemin entre l'hôpital et la ville est à noter, car également évoqué dans les textes : l'hospitalisation à domicile.

2.4.1 **Chirurgie :**

La chirurgie ambulatoire est un des acteurs historiques de ce virage ambulatoire. Elle comprend les actes chirurgicaux programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, suivie d'une surveillance postopératoire en salle de réveil permettant, sans risque avéré, la sortie du patient le jour même.

Il n'existe aucune recommandation de caractère réglementaire concernant l'anesthésie et les actes pouvant être réalisés dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, mais seulement des recommandations des sociétés savantes et de l'association française de chirurgie ambulatoire :

elle concerne aujourd'hui l'opération de la cataracte, extraction dentaire, arthroscopie du genou, chirurgie des varices, opération des végétations et des amygdales.

En 2017, 52% des 4,8 millions de patients pris en charge en chirurgie l'ont été en chirurgie ambulatoire, contre la moitié en 2016, et 37,7% en 2010 : l'objectif annoncé est d'atteindre un taux de 62 % en 2020 (38,39,41).

Ce chiffre est donc en constante augmentation : +7,2 % entre 2015 et 2016, alors que parallèlement les séjours chirurgicaux avec nuitées diminuent de -2,7% (38-41).

Cette activité connaît néanmoins des disparités entre les secteurs (en 2010, le taux d'actes ambulatoires représentait 46% de la chirurgie dans le secteur privé et 26,3% dans le secteur public), entre les régions avec parfois des écarts de 20%, entre les types de prise en charge chirurgicales (87% des opérations du canal carpien réalisés en ambulatoire en 2009 contre 21% pour la hernie inguinale).

Si la chirurgie ambulatoire a été de nouveau d'actualité dans la loi santé, les mesures pour en favoriser le développement remontent à 2003 : procédures de mise sous accord préalable avec la sécurité sociale pour une hospitalisation prolongée pour des actes pouvant être ambulatoires, incitations financières des établissements... (38).

2.4.2 Psychiatrie

L'histoire de la psychiatrie, et son tournant dans les années 1950-1960 associant une évolution des mentalités vers la « désinstitutionalisation » des patients, et la découverte des neuroleptiques, montre que cette discipline est un des acteurs historiques de la démarche de soins en ambulatoire plus ancien que la chirurgie (42).

La psychiatrie a donc évolué d'une offre hospitalière exclusive à un ensemble de structures permettant par secteur une offre de soin ambulatoire.

Les centres médico-psychologique (CMP) sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, et sont reconnus depuis 1991 comme pivot des soins de secteur, avec pour mission d'organiser et de coordonner toutes les actions extra-hospitalières, en lien avec les unités d'hospitalisation, certains CMP assurant également les urgences psychiatriques. On compte également parmi les structures de prise en charge à temps partiel : les hôpitaux de jour, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), les ateliers thérapeutiques, l'hôpital de nuit. Chacun de ces services est rattaché à un hôpital, et sectorisé (42).

Le nombre d'actes psychiatriques ambulatoires est en augmentation depuis 2013 dans la plupart des régions selon l'ATIH : 30% des patients psychiatriques étaient pris en charge à temps partiel en 2016, avec près de 2 millions de patients ayant eu recours à des soins ambulatoires, soit +2,1% entre 2015 et 2016 (39).

La discipline psychiatrique se caractérise par une population globalement jeune, puisque toute prise en charge confondue les trois quart des patients ont entre 18 et 64 ans, et près de la moitié

entre 40 et 64 ans : en ambulatoire, les moins de 18 ans concentre plus du quart des actes, et 40% des actes sont réalisés sur des patients de 40 à 64 ans.

Les pathologies en catégorie "Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants" sont les plus importantes en nombre d'actes (21,1 % en 2015), suivis par les troubles de l'humeur (14,8%) (39,40).

2.4.3 Soins de suite et de réadaptation (SSR)

Le secteur du SSR n'est pas visé en premier lieu par le virage ambulatoire, mais il connaît une évolution qui consiste en des séances itératives sur plusieurs semaines.

Leur activité se caractérise par une patientèle âgée, avec en 2015 40% de patients âgés de plus de 80 ans. Les domaines de prise en charge concernent majoritairement les **affections du système ostéo-articulaire** (37,5% des prises en charge), et les **affections du système nerveux** (22%) (40).

La prise en charge à temps partiel connaît une évolution croissante, avec +5,8% des séjours entre 2015 et 2016, constituant 10% des journées de présence (39). Cette prise en charge ambulatoire concerne principalement la patientèle jeune : pour plus de 60 % des journées en hospitalisation à temps partiel en 2015, les patients ont moins de 40 ans. Néanmoins, cette activité progresse aussi pour les plus âgés, avec +11.2% pour les plus de 65 ans entre 2014 et 2015 (40).

2.4.4 Hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une forme « d'hospitalisation » au cours de laquelle les soins sont effectués au domicile de la personne, la continuité des soins étant assurée par une équipe de coordination pluridisciplinaire (infirmières, rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne...) et médicalisée via un médecin coordonnateur (43).

Ce mode de prise en charge intéresse particulièrement la population âgée : en 2017 près de 27% des patients bénéficiant de la HAD avait plus de 80 ans, en 2016 un patient sur deux avait plus de 65 ans (39,44), cette part de patient âgés augmentant.

Deux modes de prise en charge principaux concentrent plus de la moitié des prises en charge HAD depuis plusieurs années : **les soins palliatifs** (27% des journées HAD en 2017), et **les pansements complexes et soins spécifiques** (28 % des journées HAD en 2017). Ces deux activités sont en évolution croissante de l'ordre de 10% chacune entre 2015 et 2016 (39,40,44).

Toute personne peut bénéficier de l'HAD si sa situation clinique le justifie et si ses conditions de domicile personnel ou établissement d'hébergement le permettent. La demande peut être faite par le médecin traitant (MT) ou un médecin hospitalier, dans le second cas, qui constitue actuellement 70% des prescriptions, l'avis du médecin traitant doit être toujours sollicité puisqu'il partage la responsabilité médicale des soins (43,45).

La mise en place de la HAD passe par une évaluation de la faisabilité des soins par l'équipe de coordination, avec éventuellement avec un réaménagement du domicile (lit médicalisé par

exemple), puis par la validation des protocoles de soins et leur organisation. Les situations d'urgence font l'objet d'un protocole d'alerte, avec au minimum une permanence téléphonique infirmière permet de prendre contact avec l'établissement d'HAD 7 jours/7 et 24 heures/24.

Les établissements d'HAD sont de statuts variés, publics ou privés, rattachés à un établissement hospitalier ou autonomes (associatifs ou mutualiste par exemple), tous considérés comme des établissements de santé, avec leurs obligations de continuité des soins et de certification HAS. L'Etat s'est engagé depuis 2005 dans une politique d'encouragement de développement de la HAD, renforcé par le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie où la place de la HAD est confortée (43,45).

2.4.5 Quelle évolution des mentalités et des besoins ?

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 réaffirme le virage ambulatoire comme étant le passage d'un système centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins et des ESP des pivots et des coordinateurs des parcours entre les structures de ville et les établissements hospitaliers, constituant des « soins de proximité ».

L'hôpital serait alors recentré sur un rôle de « plateforme de soins techniques », permettant la prise en charge des épisodes aigus d'une pathologie, avec un retour rapide du patient au domicile, les soins de proximité de ville permettant le relai.

Cette prise en charge incite au travail coordonné et pluriprofessionnel, que ce soit en structure de groupe ou avec les acteurs du territoire, par exemple les réseaux et les PTA, mais également le développement de moyens de communication fiables, sécurisés, et rapides, pouvant passer par les outils numériques. On comprend également l'importance de la coordination avec l'hôpital dans cette modification du système auquel doivent s'adapter les soignants, et les patients (46,47).

Si les médecins généralistes sont satisfaits de voir leur rôle de pilier du système de soins primaires réaffirmé, aussi bien sur l'aspect coordonnateur du parcours de soin, que sur leur rôle de médecine de premier recours dans le cas de complications liées à des actes de chirurgie par exemple, certains affirment qu'au-delà des déclarations les moyens ne sont pas mis en place.

Ils ont donc l'impression de voir leurs responsabilités et leur charge de travail croître sans leur en donner les moyens : difficultés de coordination et de communication avec les intervenants alors que certaines prises en charge relèvent de la décision partagée, raréfaction de l'offre de soins, diminution du temps médical, et faible reconnaissance du médecin généraliste, y compris financière (48).

Un autre élément de réflexion est la possibilité que ce virage ambulatoire soit motivé plutôt par une nécessité de désengorger les hôpitaux et limiter les coûts. Les hôpitaux voient en effet leur nombre de lits d'hospitalisation chuter depuis plus de dix ans, comme le montre les chiffres de l'OCDE : le nombre de lits hospitaliers pour 1000 habitants est passé de 7,11 en 2006 à 6,05 en 2016 (Annexe 6) (49). La limitation des coûts pour les établissements de santé et l'Assurance Maladie était, quant à elle, évoquée comme l'un des avantages de la chirurgie ambulatoire par le Ministère de la santé (38).

3- MODES D'EXERCICE PARTICULIERS

Parmi les problématiques d'évaluation de l'offre de soins en médecine générale se trouve le cas des praticiens exerçant majoritairement, voire exclusivement, un mode d'exercice particulier. Leur dénombrement est très difficile, puisque leur définition diffère selon les sources, et les données existantes relèvent de la déclaration auprès du Conseil de l'Ordre et de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM), qui est facultative.

En 2017, 618 omnipraticiens parisiens, soit 26 % de leur effectif total, déclaraient exercer un mode d'exercice particulier à l'Assurance Maladie (6). Pour trois quart d'entre eux, il s'agissait de la médecine d'urgence (35,6%), de l'acupuncture (19%), de l'angiologie (12%), et de l'homéopathie (11%). Le rapport ne propose pas de définition, mais une liste exhaustive : en plus des trois disciplines déjà évoquées nous retrouvons entre autres l'allergologie, phlébologie, médecine physique, diététique psychothérapie et psychanalyse, mais également la gériatrie, gynécologie, pédiatrie.

Le mode d'exercice particulier pose donc également un problème de définition, entre autres dans sa différenciation avec un domaine de prédilection qui est communément rencontré en médecine générale.

Le mode d'exercice particulier était déjà évoqué dans la thèse DEMOMED et les thèses du 13^{ème} arrondissement, nécessitant de définir ce terme :

❖ **Pour la thèse DEMOMED, il s'agit d'une médecine non reconnue par la sécurité sociale ou d'une qualification particulière (17) :**

La thèse DEMOMED se base sur la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui distingue, au sein des omnipraticiens, les généralistes des MEP (50). Elle définit un médecin ayant un mode d'exercice particulier comme « *un médecin dont la spécialité n'est pas reconnue par la Sécurité sociale, telles l'acupuncture et l'homéopathie, ou un médecin généraliste exerçant plusieurs disciplines pour lesquelles il a été qualifié.* »

La CNAMTS distingue ainsi parmi les omnipraticiens libéraux « *ceux qui exercent réellement une activité de médecine générale (généraliste) de ceux qui pratiquent une activité plus spécifique (MEP)* ».

Les MEP sont alors classés en deux grands types, qui sont développés en Annexe 8 :

- **Les MEP proches de la médecine générale :** la médecine d'urgence, médecine du sport, gériatrie, réanimation, médecine de la douleur
- **Les MEP éloignés de la médecine générale :** allergologie, angiologie, diabétologie/nutrition, médecine légale

La thèse évoque également une autre définition intéressante de la fédération des médecins de France (51), différenciant **les compétences particulières non reconnues comme spécialité** au sens ordinal (angiologie, allergologie, échographie), **une spécialisation dans une partie de la**

médecine générale (urgentiste, addictologie, médecine du sport), et **une approche différente de la médecine traditionnelle** (acupuncture, ostéopathie, homéopathie).

- ❖ **Dans les deux thèses du 13^{ème} arrondissement, il s'agit d'un praticien qui remplit moins la définition du médecin généraliste de premier recours, de coordination des soins, et d'Evidence Based Medicine (EBM) (15,16)**

Les auteurs se basent sur une enquête de l'Union Régionale des Médecins de 2008, où le mode d'exercice particulier est défini comme le qualificatif d'usage pour désigner les médecins généralistes pratiquant les médecines alternatives (homéopathie, acupuncture...), des spécialités « non reconnues » comme telles comme l'allergologie ou l'angiologie ou encore les médecins libéraux membres d'associations d'urgentistes (52).

Ils apportent une autre définition qu'est la médecine à orientation particulière (MOP), concept un peu plus large que celui des MEP.

Ces médecins ont des caractéristiques communes aux autres médecins généralistes, mais présente quelques nuances par rapport à la définition européenne de la médecine générale élaborée par la Société européenne de la médecine générale (Wonca Europe) (Annexe 9) (53) : ils sont moins souvent médecins de premier recours que leurs confrères, remplissent moins souvent le rôle de coordinateurs des soins, attachent une importance moins grande à la médecine basée sur des preuves (EBM) qu'aux outils thérapeutiques alternatifs (dans l'ordre décroissant de fréquence l'homéopathie, l'acupuncture, et l'ostéopathie). La conclusion de cette enquête est d'évoquer une orientation diagnostique et thérapeutique plutôt qu'un exercice particulier.

Les auteurs de la thèse ont donc inclu l'acupuncture, l'homéopathie, l'angiologie/phlébologie, l'allergologie, la médecine manuelle dont l'ostéopathie, la diététique, l'échotomographie. Ils considèrent que si cette activité est supérieure à 50% de l'activité totale, l'organisation de la pratique est très probablement différente et que l'activité globale est orientée par le MEP, et ne correspond pas à l'offre de médecine générale de premier recours.

Nous avons retenu comme définition du mode d'exercice particulier une synthèse des raisonnements précédents, restant au plus près des définitions « officielles » de la médecine générale, et tenant compte des domaines de prédilection possible d'un omnipraticien :

- **Exercice d'une médecine alternative non reconnue par la sécurité sociale** (acupuncture, homéopathie, ostéopathie)
- **Ou autre qualification** (angiologie, allergologie)
- **Ayant pour conséquence une pratique, partielle ou non, qui s'éloigne de la médecine générale de premier recours, de coordination des soins selon les critères de la Société européenne de médecine générale.**

Nous ne considérons donc pas la gériatrie et la gynécologie comme étant des modes d'exercice particuliers répondant à notre définition, mais des domaines de prédilection, puisqu'ils s'intègrent dans une prise en charge globale de médecin traitant et dans l'offre de soins primaire. La classification de la gériatrie comme un exercice particulier différent de la médecine générale paraît d'autant plus injustifiée dans ce contexte de vieillissement croissant de la population

nécessitant des compétences dans cette spécialité multidisciplinaire qui fait partie intégrante de la profession des médecins généralistes.

Il est à noter que cette définition des MEP est donc destinée à évoluer, du fait de l'absence de référentiel précis, mais aussi avec la réforme du 3ème cycle amenant à la création en 2017 de DES pour des disciplines relevant jusqu'à maintenant de DESC et cité dans les MEP « non reconnus » comme l'angiologie ou l'allergologie.

4- CARACTERISTIQUES DE NOTRE TERRITOIRE D'ETUDE, LE 14^{EME} ARRONDISSEMENT PARISIEN

Le 14^{ème} arrondissement parisien peut être séparé en six quartiers, définis par les conseils de quartier par la mairie (Annexe 10) (54,55), et représenté sur la carte en **Figure 2**.

Les recours hospitaliers dans le 14^{ème} arrondissement, et dans les secteurs environnants sont résumés sur la carte en **Figure 3**, nous pouvons compter par quartiers :

Quartier Raspail Montparnasse : Hôpital Cochin et Port Royal

Quartier Mouton-Duvernet : aucune structure existante

Quartier Montsouris-Dareau :

Hôpital Sainte Anne appartenant à l'APHP

Institut Mutualiste Montsouris : établissement privé à but non lucratif

Quartier Jean Moulin- Porte d'Orléans

Clinique Sainte Geneviève : structure privée se définissant comme spécialisée dans les domaines de la chirurgie plastique et esthétique, de la chirurgie dermatologique, de la chirurgie ophtalmologique, de la gastro-entérologie, de la chirurgie ORL et implantologie dentaire

L'établissement Notre Dame de Bon secours a fusionné avec l'hôpital Saint Joseph depuis 2006, constituant le groupe hospitalier Paris Saint Joseph.

Quartier Pernet :

Absence de structure hospitalière, mais présence du FAM du Maine : Foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés mentalement ou physiquement

Quartier Didot-Porte de Vanves

Hôpital Saint Joseph : hôpital privé à but non lucratif, établissement de santé privé d'intérêt collectif.

Hôpital Léopold Bellan : établissement de soins privés à but non lucratif, constitué sur son site du 14^{ème} arrondissement de services dédiés uniquement à la gériatrie, localisé sur le site du groupe hospitalier Paris Saint Joseph (GHPSJ).

Fondation hospitalière Sainte Marie : établissement hospitalier privé à but non lucratif, établissement de santé privé d'intérêt collectif, orienté vers les soins de suite et de réadaptation localisé également sur le site du GHPSJ.

Clinique privée Arago : au sein du GHPSJ

Etablissements à proximité du 14^{ème} arrondissement :

13^{ème} arrondissement (secteur est) :

Hôpital Broca : structure de l'APHP orientée vers la gériatrie

Hôpital la Pitié Salpêtrière : structure de l'APHP

Hôpital privé des Peupliers : établissement privé à but non lucratif

Polyclinique René Angelergues : structure spécialisée dans les maladies mentales, faisant partie de l'association de santé mentale du 13^{ème} arrondissement de Paris (ASM13)

15^{ème} arrondissement (secteur ouest)

Hôpital Necker enfants malades : structure de l'APHP à orientation pédiatrique

Clinique Blomet : établissement privé à but non lucratif

Clinique Alleray-Labrouste : établissement privé à but non lucratif

Maternité Sainte Félicité

5^{ème} et 6^{ème} arrondissement (secteur nord)

Institut Curie : établissement de santé privé d'intérêt collectif, centre de lutte contre le cancer

Hôpital Cochin-Tarnier : centre de dermatologie

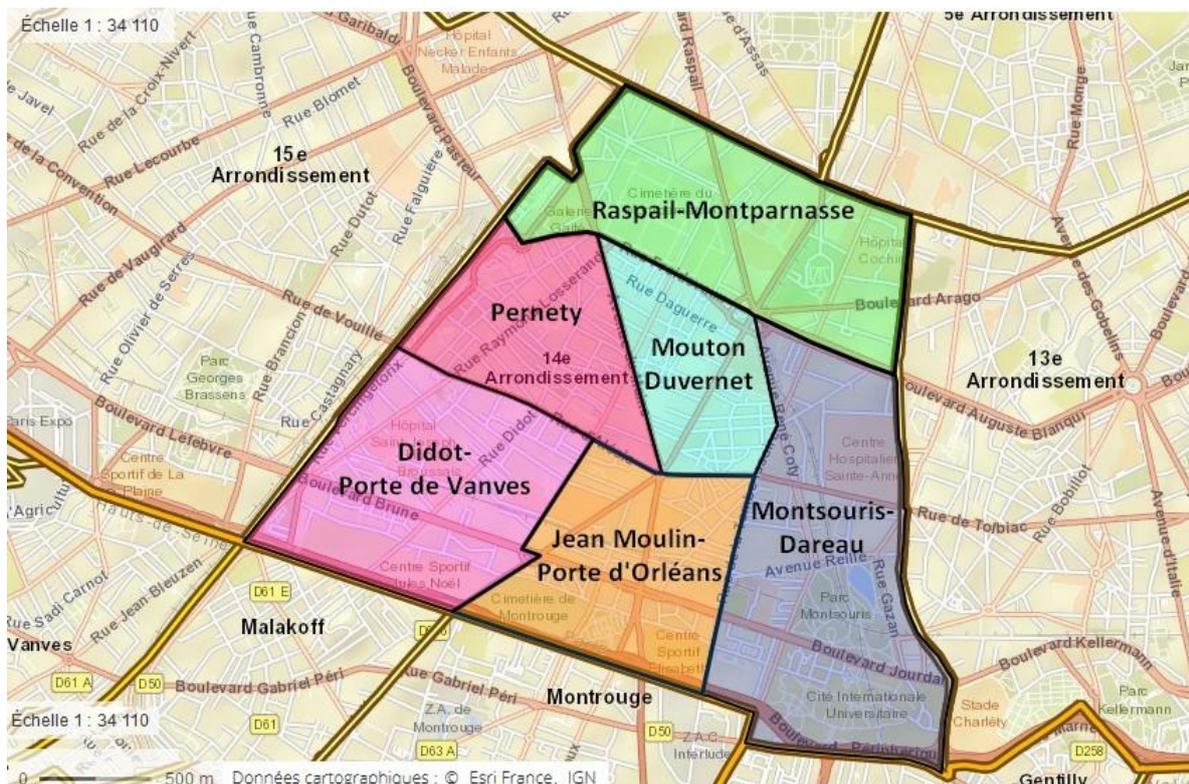


Figure 2 Quartiers du 14ème arrondissement parisien

Carte réalisée avec Géoportail © IGN 2018

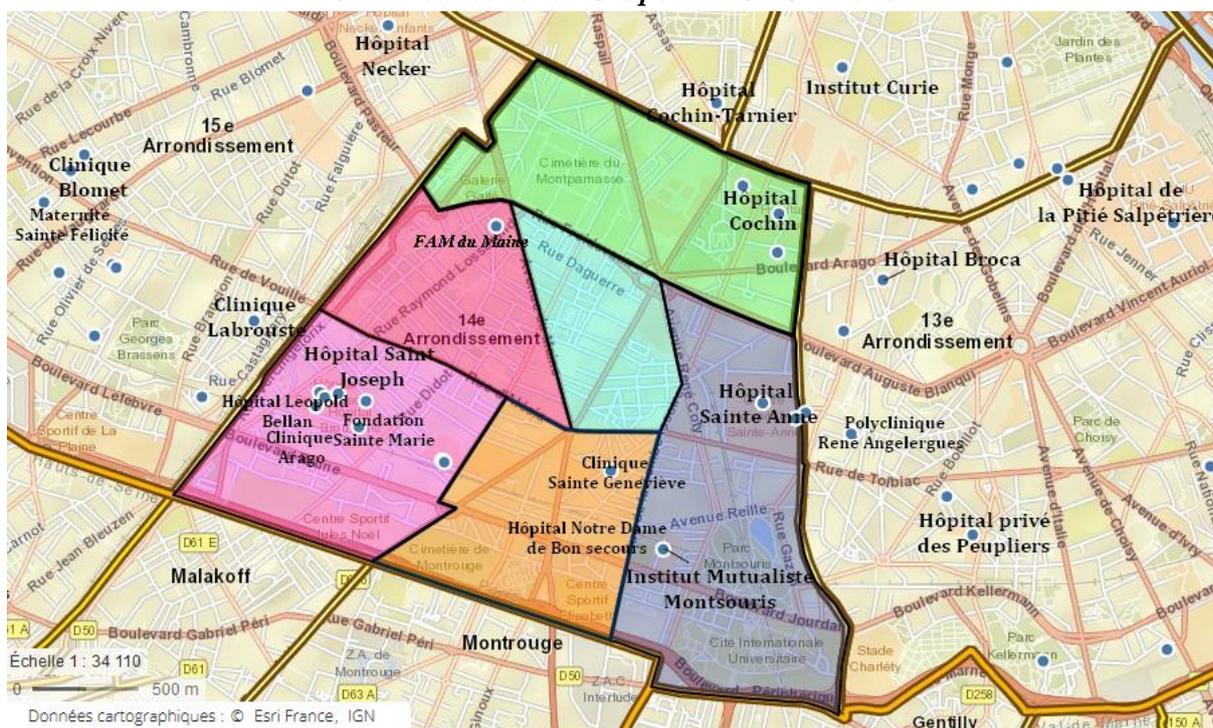


Figure 3 Structures hospitalières et de soins du 14ème arrondissement et secteurs de proximité

Carte réalisée avec Géoportail © IGN 2018

5- RESUME DE LA PROBLEMATIQUE

Nous ne connaissons donc pas à l'heure actuelle les véritables effectifs des médecins généralistes du 14^{ème} arrondissement parisien, ni les perspectives d'évolutions sur ce territoire, tant les données entre l'Assurance maladie et le CNOM diffèrent, problème auquel se rajoute la définition des MEP de déclaration facultative pouvant donner, s'il s'agit d'une activité prédominante, une estimation faussée des effectifs de la médecine générale dans le sens médecin traitant et soin de premier recours, telle que décrite dans les définitions européennes. Les seules données d'évolution démographique concernent DEMOMED, qui n'avait recueilli que 48% de réponses, et prenant en compte les professionnels ayant un MEP : en 2018 et avec l'évolution depuis l'étude, nous ne connaissons pas la situation actuelle. Les territoires éligibles à Paris Med' laissent également supposer que d'autres secteurs, en dehors des ZIP définies par l'ARS, soient en difficulté.

En regard des modifications profondes de notre système de santé que nous avons évoquées, nous ne savons pas quels sont les besoins actuels des médecins généralistes de l'arrondissement. L'émergence de l'exercice groupé, avec ses partisans et ses détracteurs, pose de nouvelles questions en termes de recours des praticiens à cet exercice mono ou multidisciplinaires, et de leurs besoins au niveau du lieu de travail. De plus, les possibilités de travail en groupe ne se limitent pas à travailler sous le même toit, et nous ne savons pas quel est l'intérêt des médecins pour ces différentes possibilités de travailler ensemble.

Il serait intéressant en regard du travail dans le 13^{ème} arrondissement de chercher les similitudes et différences entre ces secteurs voisins, notamment concernant l'exercice en groupe et l'orientation pluriprofessionnelle.

Face au probable déficit de praticien déjà observé à l'échelle nationale, à confirmer dans l'arrondissement, et au vieillissement de la population, nous ne savons pas si les médecins généralistes du 14^{ème} arrondissement arrivent à assurer ce rôle de coordination des soins interprofessionnelle dans de bonnes conditions : il s'agit des liens avec les correspondants libéraux médicaux, ou paramédicaux, mais également avec un acteur majeur du système de soin qu'est l'hôpital : nous avons vu combien la coordination devient primordiale avec le virage ambulatoire, qu'en est-il de la situation et des besoins des médecins généralistes dans le contact ville-hôpital ?

6- OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude était de réaliser un état des lieux de l'offre de soins en médecine générale du 14^{ème} arrondissement parisien afin de préciser les caractéristiques, les pratiques et besoins des médecins généralistes en termes de coordination interprofessionnelle et d'organisation au niveau territorial.

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale avec analyse quantitative auprès des médecins généralistes libéraux du 14^{ème} arrondissement parisien.

II- METHODES

1. DESCRIPTION DE L'ETUDE

Nous avons réalisé une étude épidémiologique, descriptive, transversale, par hétéro-questionnaire comprenant principalement des questions fermées pour une analyse quantitative, auprès des médecins généralistes libéraux du 14^{ème} arrondissement parisien.

L'enquête a été conjointement menée avec Raphaël Pecqueur, interne en DES de médecine générale à Paris Descartes, avec le même directeur de thèse.

L'étude effectuée comprend deux parties :

La première partie concerne l'état des lieux de l'offre de soins en médecine générale dans le 14^{ème} arrondissement de Paris, la caractérisation des médecins généralistes, de leurs pratiques, et de leurs besoins en termes d'organisation au niveau de la structure où ils travaillent. Cette partie constitue la thèse de Raphaël Pecqueur.

La seconde partie constituant cette thèse concerne la situation actuelle et les besoins des médecins généralistes en termes d'organisation à un niveau territorial : l'accès aux autres spécialités, la coopération professionnelle dont la coordination libérale, le lien ville-hôpital dans la coordination et la constitution des parcours de soins des patients.

La réflexion autour de ces thématiques, l'élaboration des questions, et le questionnaire final, a été l'objet d'un travail commun aux deux investigateurs et au directeur de thèse, permettant d'obtenir des questions complémentaires abordant les différents thèmes.

La base de notre travail a été le questionnaire des thèses du 13^{ème} arrondissement de P. Cohen et O. de Castelbajac, enrichi par l'apport de leurs analyses complémentaires qualitatives, permettant d'isoler des verbatims pouvant être intégrés dans notre questionnaire sous forme de questions fermées, pour bénéficier d'une analyse quantitative. Nous avons également adapté notre questionnaire au contexte actuel, et notamment aux réformes récentes et modifications de l'organisation des soins, aux questions de coordination libérale et du lien ville-hôpital, ainsi qu'aux apports de la thèse DEMOMED, et aux spécificités du 14^{ème} arrondissement parisien que nous avons développés dans l'état des lieux.

2. POPULATION DE L'ETUDE, RECRUTEMENT DES MEDECINS

La population source était les médecins généralistes libéraux du 14^{ème} arrondissement de Paris, dont une liste a été établie en croisant les données de l'annuaire Ameli.fr, l'annuaire du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) consultés respectivement en août et septembre 2017, ainsi que la liste des médecins généralistes du 14^{ème} arrondissement fournie par le CNOM sur demande en août 2017, et les sites de rendez-vous en ligne en recherchant les médecins généralistes sur ces différentes sources.

3. INTERVENTION

Pour être éligibles à l'étude, les praticiens devaient avoir une activité de médecine générale libérale stricte ou mixte, en tant que titulaires ou collaborateurs, dans le 14^{ème} arrondissement de Paris.

Nos critères d'exclusion étaient les suivants :

- **Le salariat exclusif** (hôpitaux, centres de santé), remplaçants, urgentistes (SOS médecins, Urgences médicales de Paris) : nous avons considéré que notre étude ne serait pas adaptée pour ces praticiens, notamment concernant l'organisation administrative propre à l'activité libérale.
- **Absence d'activité clinique, MEP supérieur à 50% de l'activité totale** : notre questionnaire ne serait pas adapté, nous avons considéré, en continuité avec les thèses du 13^{ème} arrondissement, qu'une pratique majoritaire du MEP éloignerait significativement de la définition du médecin généraliste dans le sens du médecin traitant, médecin de premier recours.
- **Le directeur de cette thèse le Professeur Robert Sourzac**

Nous avons réalisé, sur la base de notre listing de médecins, une évaluation systématique des critères d'inclusion et d'exclusion par appel téléphonique de chaque praticien, reprenant la méthodologie des thèses du 13^{ème} arrondissement.

Nous demandions à parler directement au médecin généraliste, dans certains cas le contact initial pouvait se faire via le secrétariat avec un rappel du praticien par la suite. Si le secrétariat était en mesure de nous renseigner, nous réalisions l'évaluation des critères d'inclusion et d'exclusion.

Nous avons identifié six situations possibles à l'issue du premier appel téléphonique :

- **Contact avec le médecin** : proposition de participer à l'étude, en annonçant un entretien d'une durée estimée entre 30 et 45 minutes.
 - **Accord du médecin** : planification d'un entretien avec l'un des internes selon les disponibilités du praticien.
 - **Refus** : arrêt des appels
 - **Indécision** : argumentation de l'interne pour essayer de convaincre.
 - **Pas le temps de répondre à l'étude actuellement** : proposition de rappeler plus tard à un moment choisi par le médecin.
 - **Demande de rappeler plus tard** : rappel à un moment choisi par le médecin.
- **Obtention d'une adresse mail de contact, via le médecin, le répondeur, ou le secrétariat** : envoi d'un mail descriptif au contenu identique aux appels téléphoniques, pouvant être en complément du message laissé au répondeur ou au secrétariat, avec coordonnées de l'interne.
- **Message laissé au secrétariat téléphonique à distance**
- **Message laissé au secrétariat physique**
- **Message sur le répondeur**
- **Pas de réponse**

Sur la base de la méthodologie de la thèse du 13^{ème} arrondissement, nous avons déterminé les conduites à tenir suivantes pour les tours d'appels suivants :

- **Pas de réponse** : au moins 4 appels à des jours différents.
- **Obtention d'une adresse mail** : nouvel essai d'appel téléphonique, en l'absence de réponse ou de nécessité de laisser un message nouveau mail envoyé, avec précision du souhait d'être contacté même en cas de refus de participation à l'étude pour arrêt des appels.
- **Message laissé au secrétariat téléphonique, au secrétariat physique, sur le répondeur** : renouvellement de l'appel, laisser un deuxième message, avec précision du souhait d'être contacté même en cas de refus de participation à l'étude pour arrêt des appels.
- **Pas de réponse** : vérifier à l'adresse indiquée l'existence d'une plaque ou d'une adresse internet orientant sur les critères d'inclusion ou d'exclusion.

Lorsque le médecin était injoignable après au moins quatre appels, dans le cas d'une sonnerie sans messagerie, d'un répondeur non nominatif, d'une messagerie pleine persistante ou d'un répondeur ne prenant pas de message, nous nous sommes rendus directement à l'adresse pour vérifier la présence d'une plaque, s'il existait un interphone au nom du médecin nous essayons de joindre le praticien, si nous faisons la rencontre d'un voisin ou d'un gardien nous posons la question de la présence du praticien à cette adresse.

Si l'un de nos entretiens se déroulait à proximité, nous demandions également au praticien interrogé s'il pouvait nous renseigner.

Nous recherchions également l'existence d'un site internet tenu par le praticien, ou site de rendez-vous en ligne, s'il pouvait nous orienter vers des critères d'inclusion ou d'exclusion, et s'il permettait l'envoi d'un message, auquel cas nous appliquions la même conduite qu'en cas d'obtention d'une adresse mail.

4. COLLECTE DES DONNEES

Le recueil de données était effectué lors d'entretiens physiques par hétéro-questionnaire, sous la forme de questions fermées majoritairement, avec un complément par des questions ouvertes minoritaires pour une analyse qualitative à titre illustratif et complémentaire, avec enregistrement audio si le praticien donnait son accord.

Le questionnaire soumis aux médecins inclus dans l'étude était identique pour les deux internes, comprenant des questions se rapportant aux deux parties de l'étude. Le travail commun initial avait permis une anticipation des éventuelles informations et explications complémentaires à donner aux médecins interrogés, cohérente et identique entre les deux internes.

Le questionnaire était rempli par le thésard sous format papier, les réponses ont ensuite été retranscrites sur le logiciel Excel, dans un fichier commun aux deux investigateurs, avec retranscription écrite de l'éventuel enregistrement audio pour analyse des verbatims en complément.

5. DESCRIPTION DES VARIABLES

Les données recueillies relevaient des thématiques pour chacune des deux parties de l'étude, certaines données étant communes. Le travail commun lors de la constitution du questionnaire permettait d'avoir des questions complémentaires.

Les thématiques abordées étaient les suivantes :

Le praticien	Sexe Age Type de formation du 3 ^{ème} cycle
Son activité :	Type d'activité Statut Exercice isolé ou en groupe Nombre et activité des professionnels exerçants dans la structure Volume de la patientèle médecin traitant Patientèle pédiatrique et déclaration des enfants médecin traitant Temps d'activité clinique hebdomadaire Temps d'activité administrative hebdomadaire Recours à un remplaçant ou un collaborateur Données d'activité et de patientèle du RIAP Mode d'exercice particulier Actes particuliers réalisés au cabinet Accueil d'étudiants au cabinet
Organisation du lieu d'exercice : locaux et secrétariat	Accessibilité personnes à mobilité réduite (PMR) Travaux de mise aux normes PMR Présence et type de secrétariat Délégation de tâches au secrétariat Freins en termes de secrétariat Intérêt pour une forme mutualisée de secrétariat Horaires de travail Gestion des demandes de consultation Gestion des demandes de nouveaux patients médecin traitant Agenda avec ou sans rendez vous Secteur d'activité
Informatique et tiers payant	Format des Feuilles de soins Informatisation du dossier médical Partage du dossier médical Dossier des patients suivis à domicile Utilisation d'une messagerie sécurisée Pratique du tiers payant
Gestions des visites à domicile	Gestion des demandes de visites Réalisation de visites urgentes ou non programmées Temps consacré à une VAD Freins à prendre de nouveaux patients en visite VAD pluri professionnelles Intérêt pour un système de régulation des demandes de visite et/ou de coordination pour les cas complexes
Permanence des soins	Participation à la permanence des soins ambulatoires

	Congés Remplacement pendant les congés
Coopération professionnelle à l'échelle du territoire	Orientation du patient pour avis spécialisé Coordination avec les professionnels libéraux médicaux et paramédicaux Coordination du suivi médical avec les psychiatres Accès aux services sociaux Recours aux structures/dispositifs territoriaux médicaux ou paramédicaux du territoire et satisfaction Recours aux réseaux de santé Connaissance du dispositif Autonomie Paris Saint Jacques Accès téléphonique à l'hôpital Mode d'hospitalisation des patients Communication ville/hôpital à la sortie d'hospitalisation Intérêt pour le développement de l'accès téléphonique direct aux praticiens hospitaliers Connaissance des dispositifs d'accès direct existant (médecins partenaires, allo Saint Jo)
Développement personnel continu	Modalités de la formation continue Intérêt pour l'organisation de formations dans l'arrondissement
Conditions d'exercice	Satisfaction globale de la prise en charge des patients Principaux problèmes rencontrés dans l'activité médicale quotidienne Principales propositions pour améliorer la qualité de travail et faciliter l'exercice
Prévision d'évolution	Evolution probable de l'activité médicale à 2 et 5ans Succession en cas cessation totale Regroupement pluriprofessionnel envisagé et justification Connaissance des sigles issus des nouvelles réformes de santé

6. PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE, METHODES D'ANALYSE

Les questions ont été réparties entre les deux internes en fonction de leurs thématiques respectives, certaines questions étant communes et ayant fait l'objet d'une analyse individuelle dans un premier temps avec mise en commun par la suite.

Pour les questions fermées, l'analyse a été réalisée via le logiciel Excel sous la forme de moyennes, pourcentages, médiane, écart type, minimum, maximum.

Les données chiffrées sont arrondies dans la rédaction à une décimale pour une meilleure lisibilité.

Les questions ouvertes et les compléments de réponses mentionnés dans les entretiens enregistrés ont fait l'objet d'une analyse qualitative, uniquement à titre complémentaire et illustratif de notre étude quantitative.

Certains résultats seront représentés sous forme de graphiques ou histogrammes pour plus de lisibilité, les tableaux complets étant en Annexe.

Une analyse en sous-groupe a été effectuée lorsque celle-ci semblait pertinente par rapport à la question posée. Nous avons notamment réalisé des analyses en fonction de l'âge, du mode d'exercice groupé ou pluriprofessionnel, et de la localisation territoriale, cette dernière étant basée sur les conseils de quartier de l'arrondissement.

7. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Dans un souci de confidentialité des réponses des médecins généralistes, pour favoriser le taux de praticiens répondants, les questionnaires ont été remplis sur format papier, avec attribution d'un numéro d'entretien pour permettre leur retranscription sur format Excel par les deux internes sur le même fichier. L'anonymisation de la base de données a donc consisté à cette identification uniquement par numéro d'entretien.

Les enregistrements audios n'étaient réalisés qu'avec l'autorisation du médecin interrogé, et conservé par l'investigateur ayant réalisé l'entretien uniquement pour l'analyse qualitative des verbatims.

L'étude a été financée par la future CPTS du 14^{ème} arrondissement, sur la même base que le financement qui avait été obtenu pour la thèse de P. Cohen et O. de Castelbajac, permettant de proposer aux médecins généralistes une indemnisation financière à la hauteur de 2C, soit 50 euros, en dédommagement du temps consacré à l'entretien.

La participation à l'étude ne conditionne en rien l'adhésion des médecins à cette association. Certains praticiens nous ont communiqué leur adresse mail en vue d'être informés des résultats de l'étude. Ces adresses ont par ailleurs été transmises à la CPTS via la note d'honoraires signée par les praticiens qui pourront refuser de recevoir d'éventuelles sollicitations de la part de la future CPTS.

Le Docteur Marie-Laure Alby et le Professeur Frédérique Noël ayant intégré le jury de notre thèse après la fin du recueil de données, nous avons conservé leurs entretiens dans notre base de données anonymisée, contrairement au Professeur Robert Sourzac, directeur de cette thèse, qui a été exclu de l'étude. A noter que le Docteur Marie-Laure Alby est également membre actif de l'organisation de la future CPTS.

III- RESULTATS

1- PARTICIPATION, DIAGRAMME DE FLUX

Nos différentes sources de recrutement de médecins généralistes (MG) nous ont donné les résultats suivants, représentés sur la **Figure 4** :

L'annuaire santé Ameli.fr retrouvait 143 MG dont 7 doublons soit 136 MG.

L'annuaire du CNOM retrouvait 284 MG dont 149 exclus pour les motifs suivants :

- Pratique hospitalière : 59
- N'exerce plus à cette adresse : 13
- Salarié en centre de santé : 23
- Médecin du travail : 6
- Industrie pharmaceutique : 20
- Médecin d'EHPAD : 3
- Biologiste médical : 2
- Milieu associatif : 2
- Rééducation fonctionnelle : 7
- Laboratoire de recherche : 4
- Médecin en entreprise : 4
- Centre spécialisé addictologie : 1
- PMI : 1
- Hébergement d'urgence : 2
- Préfecture de police : 2

La liste fournie par le CNOM retrouvait 136 médecins généralistes, dont 7 ne figurant pas dans la liste Ameli.fr.

A l'inverse, sept médecins figurant dans la liste Ameli.fr ne figuraient pas dans la liste du CNOM et deux médecins figurant dans l'annuaire du CNOM n'étaient retrouvés ni dans la liste du CNOM ni dans l'annuaire Ameli.fr

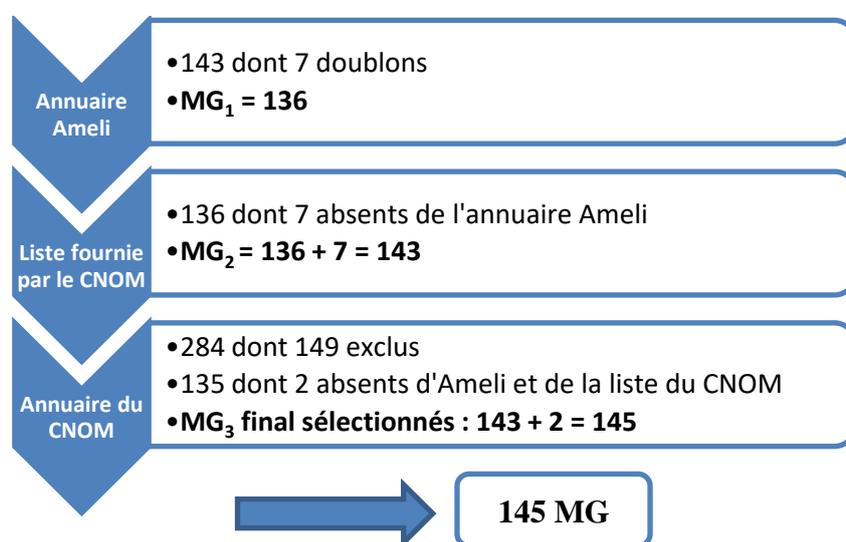


Figure 4 Elaboration du listing de médecins

Nous obtenons le diagramme de flux représenté sur la **Figure 5**.

Parmi les 145 médecins initialement éligibles, nous avons exclu 35 médecins pour MEP supérieur à 50% de l'activité, soit 24% de notre listing initial, ainsi que 9 médecins n'exerçant finalement pas à l'adresse indiquée (6%), 7 médecins retraités (4,8%), 4 en salariat exclusif

(urgentistes), 1 ayant arrêté son activité médicale, 1 décédé, et le directeur de cette thèse. Les différents types de MEP observés parmi les praticiens exclus sont précisés dans le **Tableau 1**.

Nous avons, au final, exclu 58 médecins, soit 40% de notre listing initial issu des données du conseil national de l'ordre des médecins et du site ameli.fr.

Les entretiens se sont déroulés entre décembre 2017 et avril 2018. Ils se sont tous déroulés au cabinet du médecin généraliste concerné, à deux exceptions près d'entretiens ayant été réalisé dans un lieu public pour raisons de disponibilité du bureau. Les entretiens ont duré en moyenne 42,7 minutes (de 21 à 150 minutes), la durée médiane était de 37 minutes

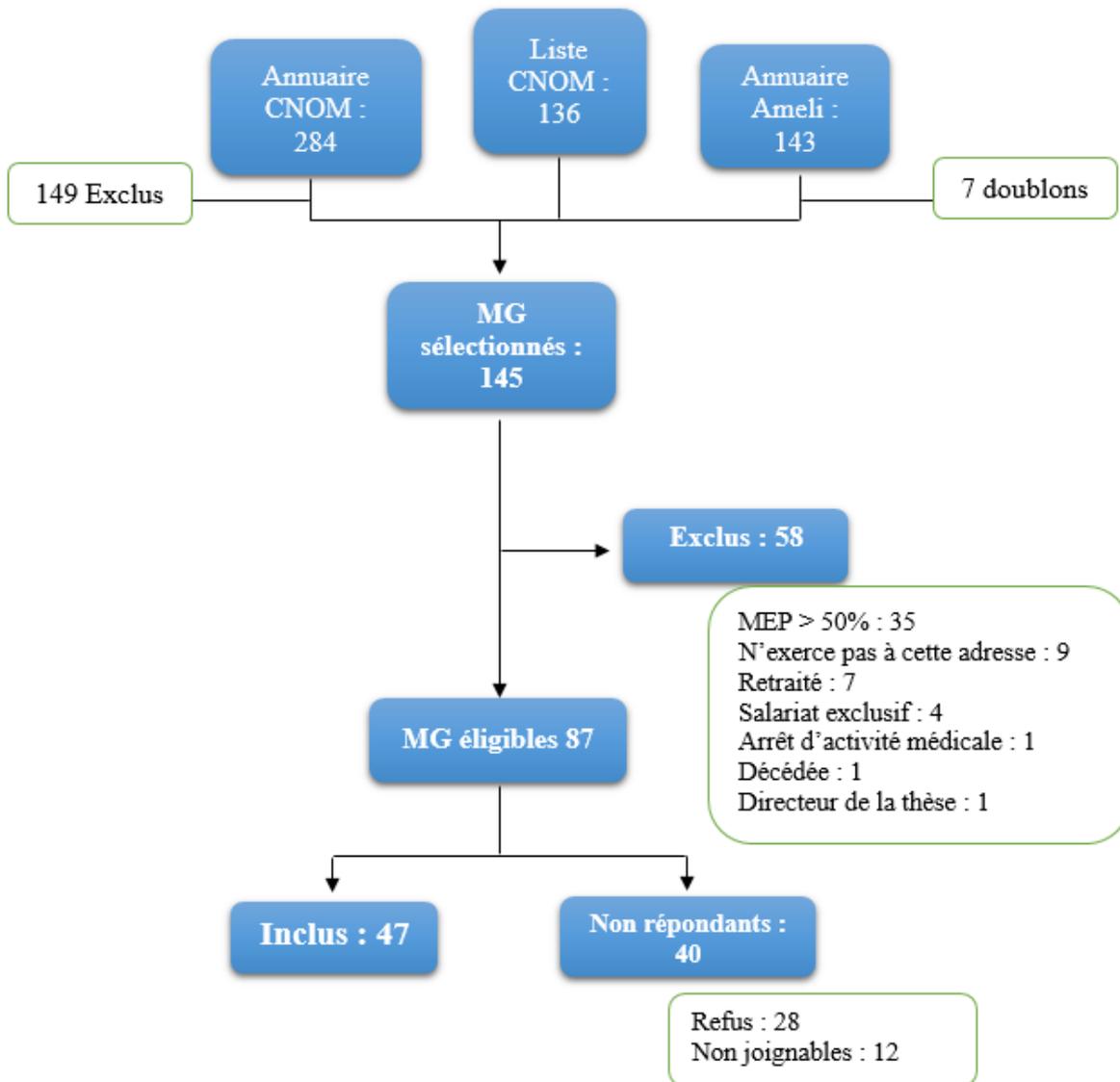


Figure 5 Diagramme de flux

Praticiens exclus pour mode d'exercice particulier supérieur à 50 % de l'activité totale	
MEP unique : 26	
Type de MEP	Nombre de praticiens
Acupuncture	5
Allergologie	1
Angiologie	4
Chirurgie capillaire	1
Echo-doppler	3
EMG neurophysiologie	1
Expertise médicolégale	2
Homéopathie	3
Médecine de l'adolescent	1
Médecine esthétique	3
Nutrition	1
Psychothérapie	1
MEP multiple : 9	
Acupuncture et homéopathie	1
Allergologie et homéopathie	1
Angiologie et expertise médicolégale	1
Nutrition et trouble du comportement alimentaire	1
Homéopathie, micro nutrition, mésothérapie, hypnose	1
Médecine du sport et mésothérapie	1
Médecine esthétique, mésothérapie, nutrition et médecine du surpoids	1
Micronutrition et ostéopathie	1
Psychothérapie, phlébologie	1

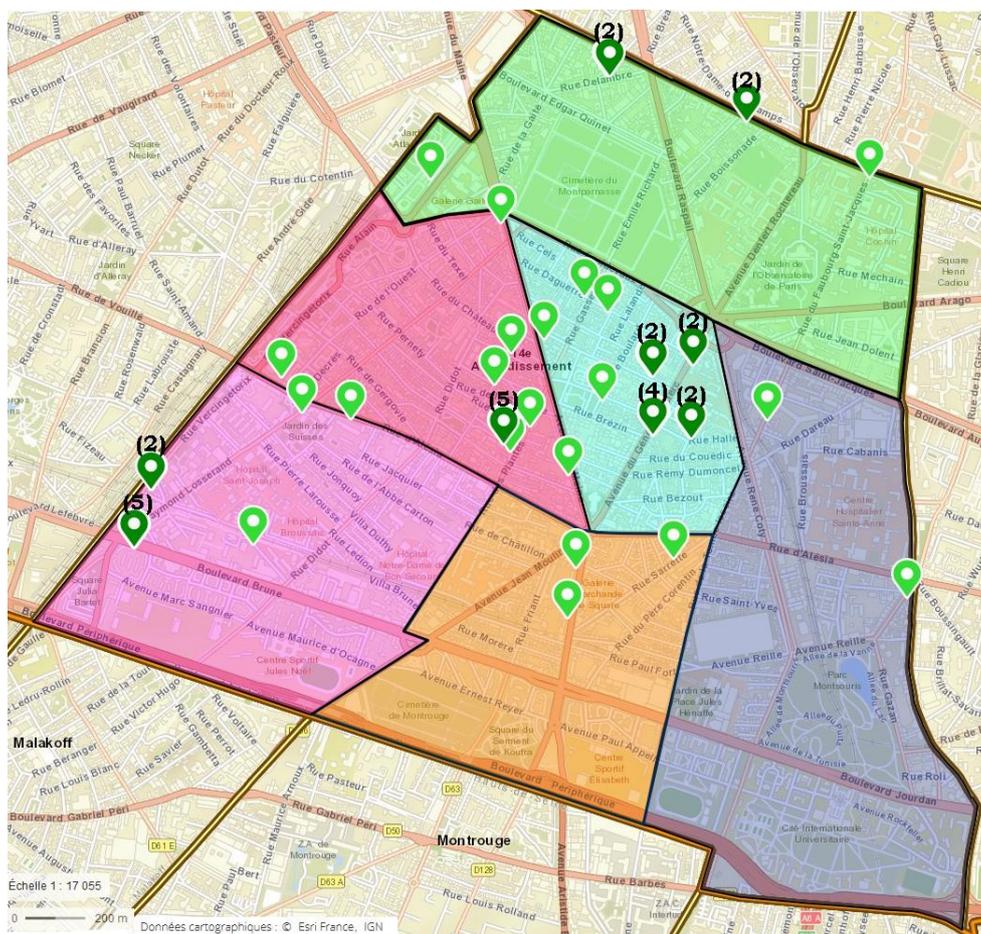
Tableau 1 Caractéristiques des praticiens exclus pour MEP>50% de l'activité totale

2- CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION REpondANTE

2.1 Caractéristiques générales

Les praticiens interrogés sont représentés sur la carte de la **Figure 6**.

Près de 30% des praticiens interrogés exerçaient dans le quartier de **Mouton-Duvernet**, il s'agit du secteur où nous avons eu un taux de réponse supérieur à 80%. Les quartiers où nous avons obtenu le moins d'entretiens sont les secteurs **Montsouris-Dareau** avec seulement deux praticiens interrogés, et **Jean Moulin-Porte d'Orléans** avec trois entretiens (**Tableau 2**).



-  **Médecins répondants**
-  **Structure de groupe avec plusieurs médecins répondants**

Figure 6: Localisation par conseil de quartiers des praticiens inclus dans l'étude

Carte réalisée avec Géoportail © IGN 2018

Caractéristique répondant ou non	n	n(%)
Inclus	47	54,02%
Didot-Porte de Vanves	10	21,28%
Jean Moulin-Porte d'Orléans	3	6,38%
Montsouris-Dareau	2	4,26%
Mouton-Duvernet	14	29,79%
Pernety	12	25,53%
Raspail-Montparnasse	6	12,77%
Non inclus	40	45,98%
Didot-Porte de Vanves	12	30,00%
Jean Moulin-Porte d'Orléans	2	5,00%
Montsouris-Dareau	5	12,50%
Mouton-Duvernet	3	7,50%
Pernety	10	25,00%
Raspail-Montparnasse	8	20,00%
Total général	87	

Tableau 2 Localisation des médecins éligibles

La répartition géographique de l'ensemble des médecins éligibles est représentée sur la carte en **Figure 7**, avec calcul de la répartition dans le **Tableau 3**.

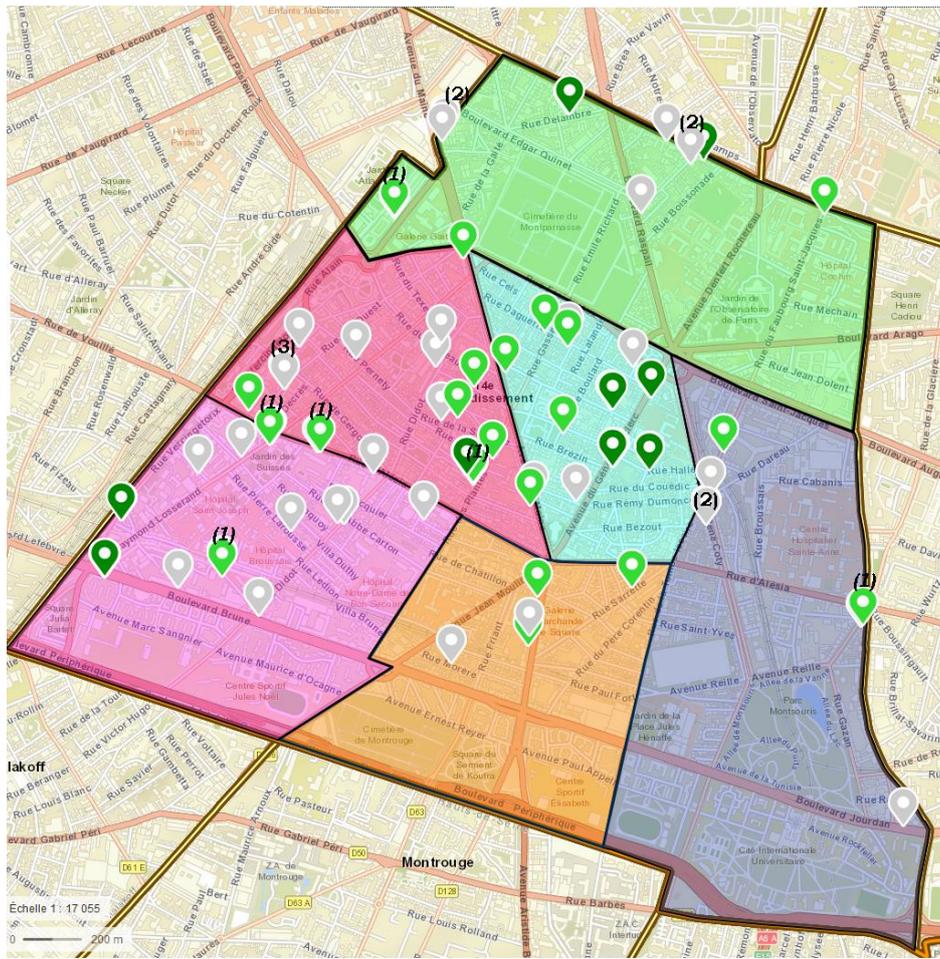
Les quartiers comportant le plus de médecins généralistes sont le secteur **Didot-Porte de Vanves et Pernety** qui ont chacun 22 praticiens, la somme de ces deux secteurs regroupe ainsi la moitié des médecins généralistes de l'arrondissement.

A l'inverse, les secteurs **Jean Moulin-Porte d'Orléans et Montsouris-Dareau** sont les moins dotés en médecins généralistes, avec respectivement cinq et sept praticiens. Si nous avons pu interroger trois des cinq médecins du secteur Jean Moulin – Porte d'Orléans, nous n'avons pu rencontrer que deux des sept praticiens de Montsouris-Dareau, ce qui fait de ce dernier quartier le secteur le moins bien représenté de l'étude.

A l'inverse, les secteurs pour lesquels nous avons obtenu les taux de réponses les plus importants sont **Mouton-Duvernet**, avec 82,3% des médecins interrogés, et **Jean Moulin-Porte d'Orléans**, avec 60% des médecins interrogés.

Quartiers	n	n(%)
Didot-Porte de Vanves	22	25,29%
Inclus	10	45,45%
Non inclus	12	54,55%
Jean Moulin-Porte d'Orléans	5	5,75%
Inclus	3	60,00%
Non inclus	2	40,00%
Montsouris-Dareau	7	8,05%
Inclus	2	28,57%
Non inclus	5	71,43%
Mouton-Duvernet	17	19,54%
Inclus	14	82,35%
Non inclus	3	17,65%
Pernety	22	25,29%
Inclus	12	54,55%
Non inclus	10	45,45%
Raspail-Montparnasse	14	16,09%
Inclus	6	42,86%
Non inclus	8	57,14%
Total général	87	100,00%

Tableau 3 Répartition par quartier des médecins généralistes du 14ème arrondissement



Données cartographiques : © Esri France, IGN

-  **Médecins non répondants**
-  **Médecins répondants**
-  **Structure de groupe avec plusieurs médecins répondants**

Figure 7 Distribution des répondants et des non répondants par conseil de quartier

((1) Indique qu'à cette adresse exercent deux praticiens, dont un a pu être interrogé et l'autre non répondant)

Carte réalisée avec Géoportail © IGN 2018

Les caractéristiques générales sont représentées dans le **Tableau 4**, et développées dans la thèse de Raphaël Pecqueur :

Caractéristiques	Répondants n (%)	Non répondants n(%)
Sexe		
- Homme	19 (40,43)	27 (67,5)
- Femme	28 (59,57)	13 (32,5)
Age		
- >60 ans	16 (34,04)	Non disponible
- 51-60 ans	11 (23,40)	
- 41-50 ans	5 (10,64)	
- ≤40 ans	15 (31,91)	
Secteur d'activité		
- Secteur 1	35 (74,47)	32 (80)
- Secteur 2	11 (23,40)	6 (15)
- Non conventionné	1 (2,13)	2 (5)
Formation du 3^{ème} cycle		
- DES MG	16 (34,04)	Non disponible
- Autre	31 (65,96)	
Type d'activité		
- Libérale intégrale	36 (76,60)	Non disponible
- Mixte	11 (23,40)	
Statut libéral		
- Titulaire	44 (93,62)	Non disponible
- Collaborateur	3 (6,38)	

Tableau 4 Caractéristiques générales des médecins généralistes

2.2 Participation à la permanence de soins

Une infime minorité des MG interrogés participe à la permanence des soins ambulatoires sous la forme de garde ou d'astreinte : ils ne sont que deux parmi les 47 (4,3%), tous les deux régulateurs au centre 15, exerçant dans les secteurs Didot-Porte de Vanves et Raspail-Montparnasse.

2.3 Formation continue

2.3.1 Etat des lieux des modes de formation continue

Près de 60% des MG assure leur formation continue par les journaux professionnels et les revues médicales (**Tableau 5**). Parmi les formations d'organismes de gestion du développement professionnel continu (OGDPC), ce sont les formations présentiels qui sont privilégiées par rapport aux formations en ligne, respectivement évoquées dans vingt (42,5%) et six (12,8%) entretiens.

Les congrès et séminaires ont également une place majeure dans la formation continue, constituant le deuxième moyen le plus souvent évoqué dans les entretiens, avec 21 réponses soit 44,7% des praticiens. Cependant, les praticiens regrettent leur coût sans possibilité de prise en charge, contrairement aux formations OGDPC.

Les amicales de médecins ont également leur place dans la formation continue des généralistes, puisqu'elles sont autant évoquées que les formations OGDPC en ligne.

Variable	Modalités	n	n(%)	N
Comment assurez-vous votre formation continue ?	Journaux professionnels, Revues	28	59,57%	47
	Congrès/Séminaires	21	44,68%	
	Formations OGDPC présentielle	20	42,55%	
	Amicale de MG	6	12,77%	
	Formations OGDPC en ligne	6	12,77%	
	Internet (hors DPC en ligne)	6	12,77%	
	Diplômes universitaires	5	10,64%	
	Expérience pratique et échanges professionnels	5	10,64%	
	Livres, recherches documentaires	5	10,64%	
	Soirées formations cabinet	5	10,64%	
	Formations organisées par des laboratoires pharmaceutiques	4	8,51%	
	Formations pédagogiques avec la faculté/maîtrise de stage	3	6,38%	
	Soirée de formation hôpital	3	6,38%	
	Groupe d'échange de pratique	2	4,25%	
	Activité de formateur/expert hors faculté	1	2,13%	
	Formations organisées par le pôle	1	2,13%	
	Groupes Balint	1	2,13%	
Soirée organisés par réseaux	1	2,13%		

Tableau 5 Formation continue des médecins généralistes

Parmi les moyens de formation autres, 10,6% évoquent l'expérience pratique et les échanges professionnels, qu'ils soient oraux ou par écrit, notamment via les courriers de confrères (« *La meilleure formation continue, c'est de relire ses dossiers complexes* »). De plus, les formations pédagogiques avec la faculté et la maîtrise de stage sont évoqués dans trois entretiens (6,4%) parmi les 19 praticiens accueillant des étudiants en médecine soit 1,8% d'entre eux: deux accueillent des externes, le troisième un étudiant Saspas.

Les livres et recherches documentaires ont été évoqués indépendamment des revues par les praticiens évoquant l'accès à un autre point de vue que la presse médicale, dans 10,6% des entretiens.

Les groupes d'échange de pratique et groupes Balint sont peu évoqués dans les entretiens, avec respectivement deux (4,3%) et un entretien (2,1%) où ils sont notifiés.

Parmi les formations à l'hôpital citées par 6,4% des répondants étaient notamment citées les soirées de formation organisées par l'hôpital Saint Joseph.

2.3.2 Proposition de formats variés

2.3.2.1 Analyse globale

Seriez-vous intéressé(e) par des formations ou des programmes de DPC organisés dans l'arrondissement				
Variable	Modalités	n	n(%)	N
Formation à l'hôpital	Oui	31	67,39%	46
	Non	15	32,61%	
Formation à la Faculté de médecine	Oui	26	56,52%	46
	Non	20	43,48%	
Formation au sein des cabinets par des praticiens libéraux	Oui	31	67,39%	46
	Non	15	32,61%	
Formation au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers	Oui	34	73,91%	46
	Non	12	26,09%	

Tableau 6 Intérêt des médecins généralistes pour certaines formations ou programmes de DPC

Nous avons demandé aux médecins interrogés s'ils seraient intéressés par des formations ou programmes de DPC organisés au sein de l'arrondissement avec différents formats et intervenants : une localité hospitalière, universitaire, ou au sein des cabinets, par des praticiens hospitaliers ou libéraux. Les résultats sont présentés dans le **Tableau 6**, certains étant déjà évoqués dans les moyens de formation continue actuels, comme les soirées de formation en cabinet et à l'hôpital.

De façon générale, la grande majorité des praticiens est ouverte à toutes les formations proposées, quel que soit le lieu ou le formateur.

Les formations par des praticiens hospitaliers au sein des cabinets des médecins généralistes sont celles qui suscitent le plus d'intérêt (34 réponses positives soit 73,9%), recueillant même plus de réponses positives que les formations au sein des cabinets faites par les praticiens libéraux (31 soit 67,4%).

Le format qui intéresse le moins les praticiens est celle à la **faculté de médecine** qui ne recueille que 56,5% des effectifs.

Durant les entretiens, nous pouvions distinguer deux réactions possibles : un premier groupe de praticiens était fermement opposé au principe de formations se déroulant à l'hôpital ou par des médecins hospitaliers, l'argument principal étant que leur pratique serait trop éloignée de la médecine de ville (« *Pour faire quoi ? Pas du tout. A priori ce n'est pas du tout adapté à ce qu'on a en médecine générale et je préfère des 'trucs' faits par des médecins généralistes* »,

« *Même symboliquement il vaut mieux être en dehors de l'hôpital* ») ; pour le second groupe de praticiens, seule la qualité de l'intervention compte, il était assez étonnant pour eux que nous leur propositions autant de 'combinaisons' possibles de lieu et d'intervenant, la notion de déplacement à l'hôpital ou d'un intervenant hospitalier n'entrant pas en considération, ce groupe étant même plutôt ouvert à ces formats moins habituels (« *Tout est intéressant, ça dépend de l'organisation et du sujet* », « *Je ne trouve ça pas très gênant de se déplacer pour aller en formation, et puis ça fait du bien des fois de sortir un peu de son quartier, de rencontrer d'autres gens* », « *Moi le lieu peu importe, c'est juste la qualité du programme. Je suis assez exigeant* »). Le tableau de résultats montre que ce second groupe est majoritaire.

A l'inverse, certains praticiens nous indiquaient limiter leurs formations par méfiance vis-à-vis des sujets abordés et leur qualité. (« *Si c'est le 25^{ème} 'truc' sur l'hypertension ça ne m'intéresse absolument pas.* », « *Globalement j'ai surtout l'impression de perdre mon temps dans ces formations* »).

La possibilité que des praticiens hospitaliers se déplacent dans les cabinets était donc majoritairement appréciée par les généralistes, puisque 34 médecins (73,9%) y sont favorables : certains praticiens y étaient au contraire opposés, dans la continuité des arguments évoqués précédemment, mais pour la plupart il s'agirait au contraire d'un format intéressant, voire de l'occasion d'un contact enrichissant entre la ville et l'hôpital (« *Si les hospitaliers pouvaient venir dans les cabinets ce serait une grande avancée, ça les ferai sortir un peu pour venir nous voir* »).

Les interventions de médecins libéraux ont fait l'objet de moins de remarques des généralistes, mais l'accueil était également favorable avec 31 médecins intéressés (67,4%).

Le principal autre facteur limitant évoqué lors des entretiens était le manque de temps.

En effet, lors des entretiens, certaines réponses « non » n'étaient pas tellement liées à un problème de lieu, de formateur, ou de méfiance concernant la qualité, mais au manque de temps pour s'y rendre (« *Pourquoi pas... la question c'est quand* », « *Mon problème c'est de dégager du temps (...)* *On ne sait jamais à quelle heure on finit...* »), auquel pouvait s'ajouter le manque d'énergie en regard d'un emploi du temps déjà chargé (« *Je suis fatigué, je n'ai plus envie de faire de médecine le soir après 20h* », « *Dans quelques années je vais arrêter donc je ne m'en rajouterai pas actuellement compte tenu de ma 'maturité'* »).

L'analyse **Tableau 7** montre effectivement une différence pour les propositions de **formation à l'hôpital et à la faculté de médecine**, portant :

- Sur le temps administratif hebdomadaire : les praticiens n'étant pas intéressés par ce type de formation avaient un temps moyen hebdomadaire consacré aux tâches administratives plus important que ceux qui étaient intéressés, particulièrement marqué pour la proposition de formation à la faculté de médecine, avec un temps moyen de 6,3 heures pour les non intéressés (médiane 5 heures), contre 4,4 heures pour les praticiens intéressés (médiane 3,8 heures).

- Sur le temps médian d'activité clinique hebdomadaire : ce temps était plus élevé chez les praticiens non intéressés par ces formations (40 heures pour les deux catégories) que chez les praticiens intéressés (respectivement 38 et 35,5 heures).

Variable	Modalités	n	n(%)	N	Temps clinique moyen hebdomadaire (h) [médiane]	Temps administratif moyen hebdomadaire (h) [médiane]
Formation à l'hôpital	Oui	31	67,39%	46	39,84 [38]	4,78 [4]
	Non	15	32,61%		39,27 [40]	6,16 [5]
Formation à la Faculté de médecine	Oui	26	56,52%	46	39,52 [35,5]	4,41 [3,8]
	Non	20	43,48%		39,82 [40]	6,30 [5]
Formation au sein des cabinets par des praticiens libéraux	Oui	31	67,39%	46	40,74 [40]	4,98 [4,25]
	Non	15	32,61%		37,4 [35]	5,69 [4,5]
Formation au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers	Oui	34	73,91%	46	40,6 [40]	5,23 [5]
	Non	12	26,09%		36,91 [34]	5,16 [3]

Tableau 7 Intérêt pour différents formats de formation continue – étude du temps de travail clinique et administratif

Cependant, cette différence n'est pas retrouvée dans toutes les propositions, et le rapport inverse est même observé pour la proposition de formations au sein des cabinets par les praticiens hospitaliers, avec des moyennes de temps administratif comparables (5,2 heures arrondi à une décimale) mais une médiane de 5 heures pour les praticiens intéressés, contre 3 heures pour les praticiens non intéressés. De la même manière, le rapport inverse concernant les temps médians d'activité clinique hebdomadaire est observé pour les formations en cabinet : 34 heures pour les non intéressés, 40 heures pour les intéressés.

2.3.2.2 Analyse en sous-groupes

L'analyse en sous-groupe en fonction des conseils de quartiers est représentée en **Figure 8**, le tableau étant en Annexe 10.1. Il apparaît que le secteur Montsouris-Dareau est intéressé par l'intégralité des formations proposées.

On constate une différence entre le centre et la périphérie de l'arrondissement concernant la proposition de formation à l'hôpital : seuls les quartiers Pernety et Mouton Duvernet semblent très partagés sur la question avec 50 à 53,9% de praticiens intéressés par ce format, contre 80 à

100% dans les autres quartiers. Cependant, c'est dans ces mêmes quartiers, Pernety et Mouton Duvernet, que les praticiens sont nettement plus intéressés par une intervention de praticiens hospitaliers dans les cabinets que par des libéraux, alors que pour tous les autres le taux d'intérêt est égal entre les deux types d'intervenants.

En revanche, en ce qui concerne le taux « brut » d'intérêt pour les formations par des praticiens hospitaliers dans les cabinets, il est sensiblement moins important dans les secteurs au sud de l'arrondissement (Didot-Porte de Vanves et Jean Moulin-Porte d'Orléans) qu'au nord.

L'intervention au sein des cabinets par les praticiens libéraux intéresse particulièrement les secteurs Montsouris-Dareau, Raspail-Montparnasse, et Mouton-Duvernet, c'est-à-dire le nord, nord-est, et le centre de l'arrondissement.

Concernant la formation à la faculté de médecine, si les réponses sont très différentes en fonction des quartiers, on n'observe pas de répartition géographique particulière. A noter tout de même que dans le secteur Raspail-Montparnasse qui contient le site Cochin de la faculté Paris Descartes, 100% des médecins sont intéressés par des formations à la faculté de médecine.

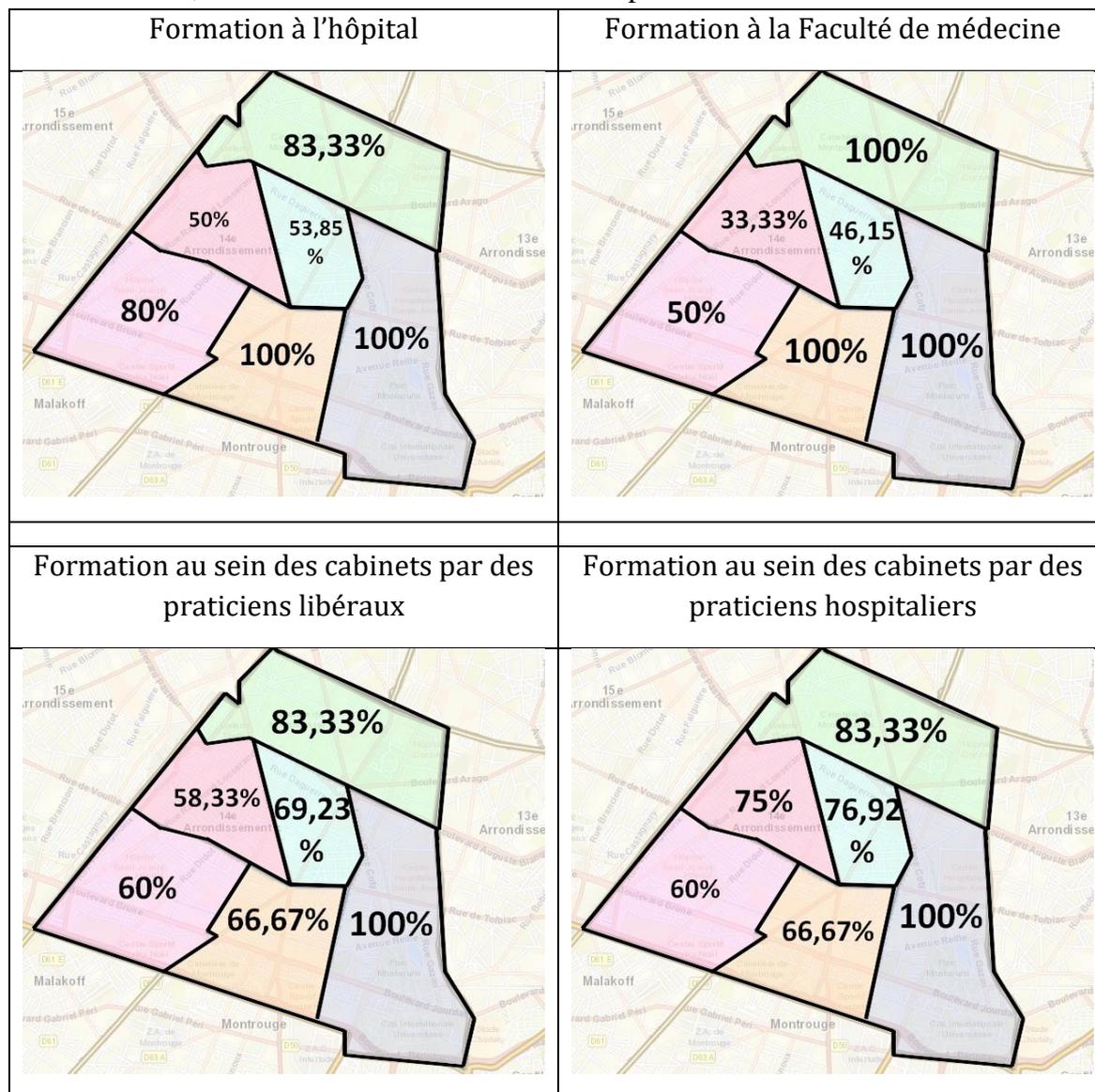


Figure 8 Intérêt pour des formations organisées dans l'arrondissement, analyse en sous groupe selon le territoire

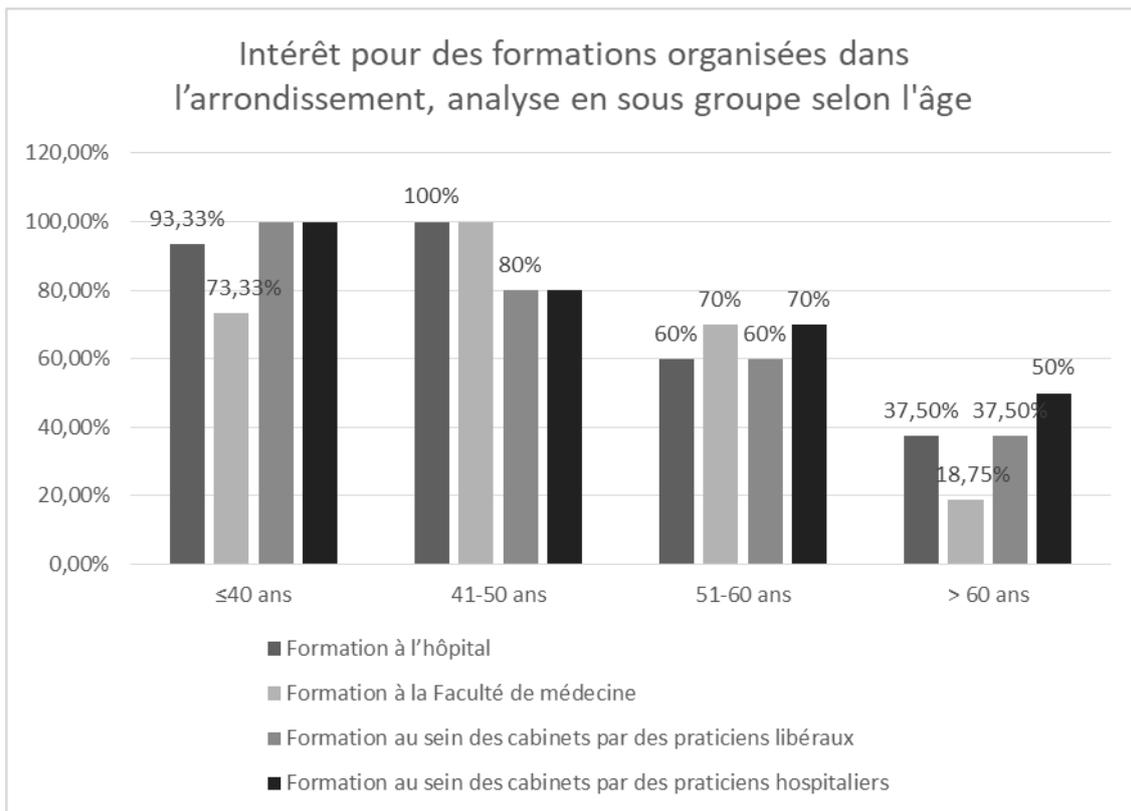


Figure 9 Intérêt pour des formations organisées dans l'arrondissement, analyse en sous groupe selon l'âge

L'analyse en sous-groupe en fonction de l'âge représenté en **Figure 9** (tableau en Annexe 10.1) montre que, pour toutes les formes proposées, les praticiens de moins de 50 ans manifestent beaucoup plus d'intérêt (entre 73 et 100%) que les plus de 50 ans (entre 18 et 70 %).

Pour l'ensemble des classes d'âge, on remarque que concernant les formations au sein des cabinets, l'intérêt est égal voire supérieur pour les formations par des praticiens hospitaliers par rapport à des praticiens libéraux, cet écart est surtout marqué dans la population des plus de 60 ans, avec 37,5% de praticiens intéressés par les formations par les praticiens libéraux contre 50% par des praticiens hospitaliers.

De façon générale, les libéraux exclusifs sont plus intéressés par les formations en cabinet quel que soit l'intervenant, que les praticiens à activité mixte qui sont plus intéressés par les formations extérieures au cabinet, qu'elle soit à l'hôpital ou à la faculté de médecine (**Figure 10**, tableau en Annexe 10.1).

Le taux « brut » d'intérêt pour des formations au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers est néanmoins peu différent entre les deux modes d'exercice (74,3% contre 72,7%).

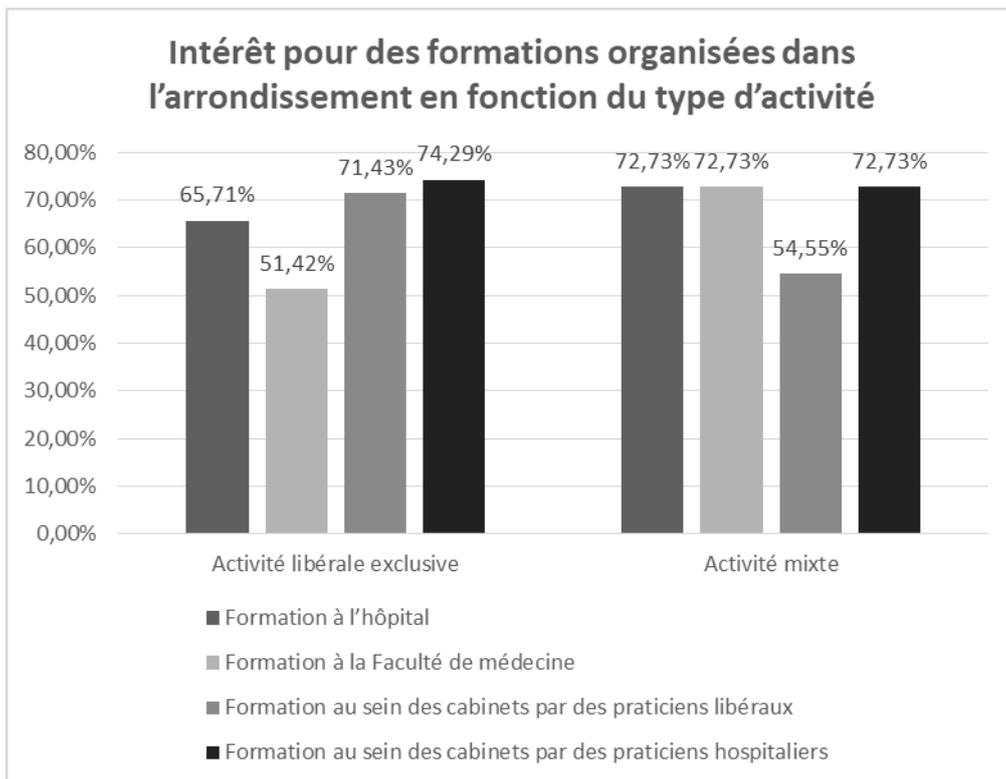


Figure 10 Intérêt pour des formations organisées dans l'arrondissement en fonction du type d'activité

Nous observons que les praticiens à activité mixte ont un surcroît d'intérêt pour les formations au sein des cabinets si ces dernières sont assurées par des intervenants hospitaliers par rapport aux libéraux (+18,2%) plus important que celui observé chez les praticiens libéraux exclusifs (+2,9%).

2.4 Evolution de l'offre de soins

L'évolution de l'offre de soins en médecine générale dans le 14^{ème} arrondissement à deux et cinq ans est approfondie dans la thèse de Raphaël Pecqueur : seuls les résultats principaux sont évoqués ici.

A l'horizon 2020, 14,9% des médecins interrogés envisagent une diminution notable ou une cessation d'activité, dont 6,4% une cessation totale.

A l'horizon 2023, ce sont 34% des médecins interrogés qui envisagent une diminution notable d'activité ou une cessation totale, dont 12,8% une cessation totale soit 6 médecins, représentant une patientèle médecin traitant de 11 663 patients. Les cessations toucheront quatre des six quartiers de l'arrondissement : **Raspail-Montparnasse** (deux soit 33,3% des effectifs), **Pernety** (deux soit 16,7%), **Didot-Porte de Vanves** (un soit 10%), **Mouton-Duvernet** (un soit 7,1%). Dans ce dernier quartier, cinq médecins soit 35,7% des effectifs envisagent une diminution de leur activité.

On compte 21,3% des médecins qui envisagent une diminution notable d'activité alors que seulement 17% d'entre eux envisagent d'augmenter leur activité libérale. Près de la moitié des médecins (48,9%) prévoient une stabilité de leur activité.

3- EXERCICE GROUPE

Parmi les 47 médecins interrogés, 34 d'entre eux (72,3%) exercent dans les mêmes locaux que d'autres professionnels de santé, dont 12 exercent dans une structure à regroupement pluriprofessionnel (soit 25,5% du total des médecins interrogés).

Il est notable que parmi les douze médecins exerçant dans une structure à regroupement pluriprofessionnel, huit d'entre eux (66,7%) sont âgés de moins de 40 ans, soit 53,3% de cette tranche d'âge. Parmi les praticiens exerçant en groupe, quatorze ont moins de 40 ans (soit 93,3% des praticiens de cette tranche d'âge), quatre entre 41 et 50 ans (80%), six entre 51 et 60 ans (54,5%), et dix ont plus de 60 ans (62,5%).

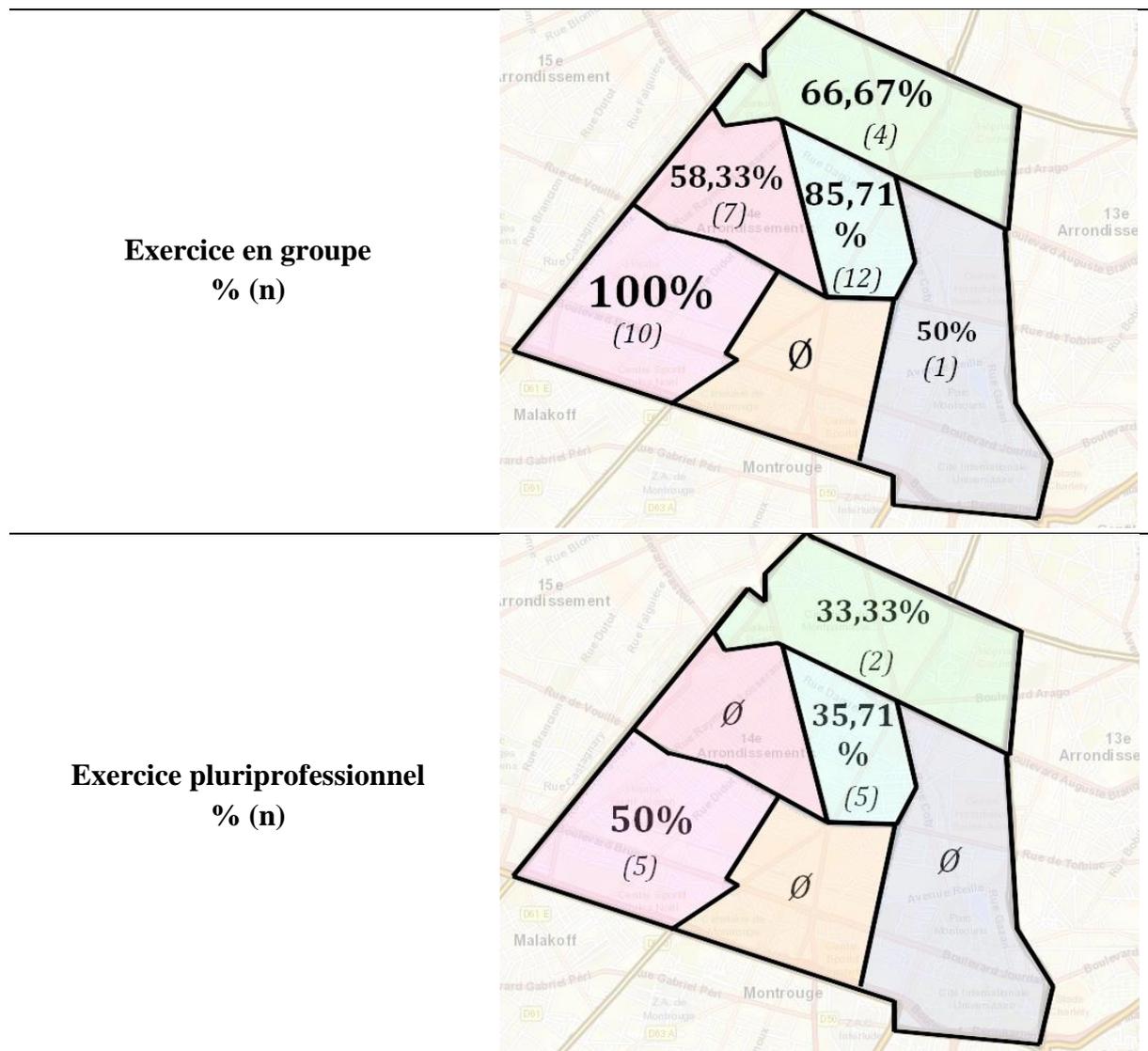


Figure 11 Mode d'exercice groupé et pluriprofessionnel dans le 14ème arrondissement, par quartiers

L'analyse en sous-groupe par quartiers, détaillée en Annexe 10.2, et représentée dans la **Figure 11**, montre que les deux secteurs voisins **Didot-Porte de Vanves** et **Jean Moulin-Porte**

d'Orléans sont diamétralement opposés dans leur mode d'exercice: l'intégralité des praticiens interrogés du premier exerce en groupe, l'intégralité du second exerce seul.

Le deuxième quartier de l'arrondissement concentrant le plus de praticiens à activité de groupe est **Mouton-Duvernet (85,7% des praticiens)**, suivi de **Raspail-Montparnasse (66,7%)**, **Pernety (58,3%)**, puis **Montsouris-Dareau (50%)**.

L'exercice pluriprofessionnel, « type MSP » mais sans en porter forcément le nom, n'existe aujourd'hui que dans trois des six secteurs de l'arrondissement, avec dans l'ordre décroissant de fréquence **Didot-Porte de Vanves avec 50% de ses effectifs (à la même adresse)**, suivi de **Mouton-Duvernet (35,71%)**, puis **Raspail-Montparnasse (33,33%)**.

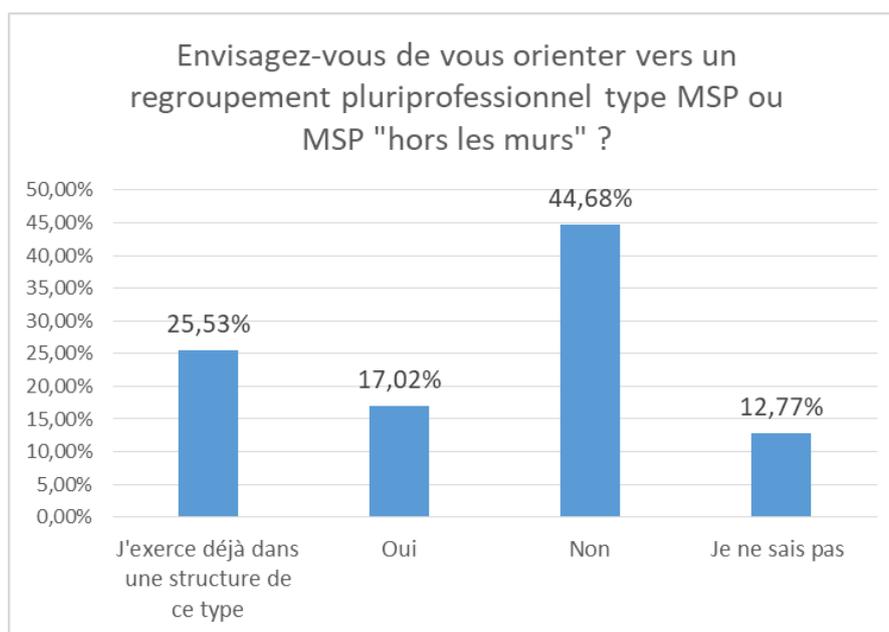


Figure 12 Souhait d'une orientation vers une structure pluriprofessionnelle

Les résultats concernant le souhait d'une orientation vers un regroupement pluriprofessionnel sont représentés sur la **Figure 12**. Parmi les praticiens n'exerçant pas dans ce type de structure actuellement (35 praticiens), 8 médecins (22,9%) envisagent de s'orienter vers un regroupement pluriprofessionnel, que ce soit sous forme de maison de santé pluriprofessionnelle ou maison de santé « hors les murs », 21 (60%) n'envisagent pas cette orientation, et 6 (17,2 %) sont indécis.

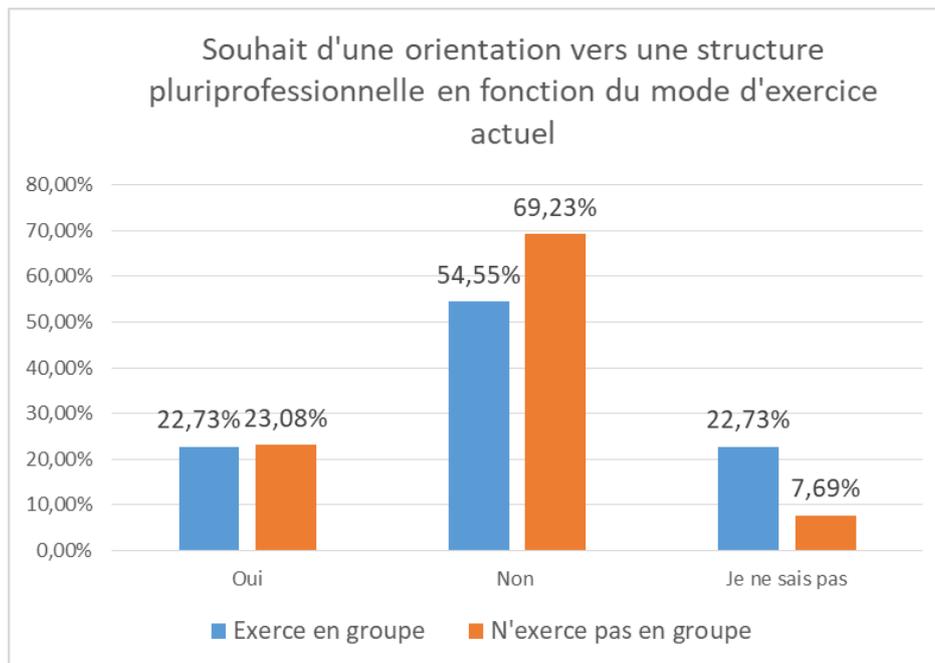


Figure 13 Souhait d'une orientation vers une structure pluriprofessionnelle en fonction du mode d'exercice actuel

Concernant l'analyse en sous-groupe en fonction du mode d'exercice, représentés sur la **Figure 13** et détaillés en Annexe 10.3, on constate que parmi les 22 praticiens exerçant en groupe, mais pas dans une structure pluriprofessionnelle, la majorité (12 soit 54,5%) n'envisage pas une orientation vers ce type de structure. Le taux de praticiens souhaitant s'orienter vers ce mode d'exercice est comparable entre les praticiens n'exerçant pas en groupe et ceux exerçant en groupe mais non pluriprofessionnel actuellement (respectivement 23 et 22,7%).

Il y a néanmoins plus de praticiens certains de ne pas vouloir s'orienter vers une structure pluriprofessionnelle parmi ceux n'exerçant pas en groupe actuellement (69,2%) par rapport à ceux qui exercent en groupe, donc moins d'indécis.

L'analyse par classe d'âge, représentée dans la **Figure 14** et détaillé en Annexe 10.3, montre un intérêt plus fréquent pour les structures pluriprofessionnelles de la part des plus jeunes praticiens, notamment les classes de moins de 50 ans qui sont entre 20 à 40% à envisager cette orientation (40 et 42,9% 20 à 40% parmi ceux n'exerçant pas dans des structures de ce type actuellement), contre 6 à 18% pour les classes d'âges supérieures (7 à 22% de ceux qui n'exercent pas en pluriprofessionnel actuellement).

A l'inverse il semblerait qu'il y ait une plus grande méfiance vis-à-vis de ce type d'exercice pour les plus de 60 ans, qui sont 75% à ne pas envisager cette orientation.

On constate un grand taux d'indécision à 60% sur cette question dans la classe des praticiens entre 41 et 50 ans, et un taux égal d'orientation et non orientation vers les structures pluriprofessionnelles chez les moins de 40 ans.

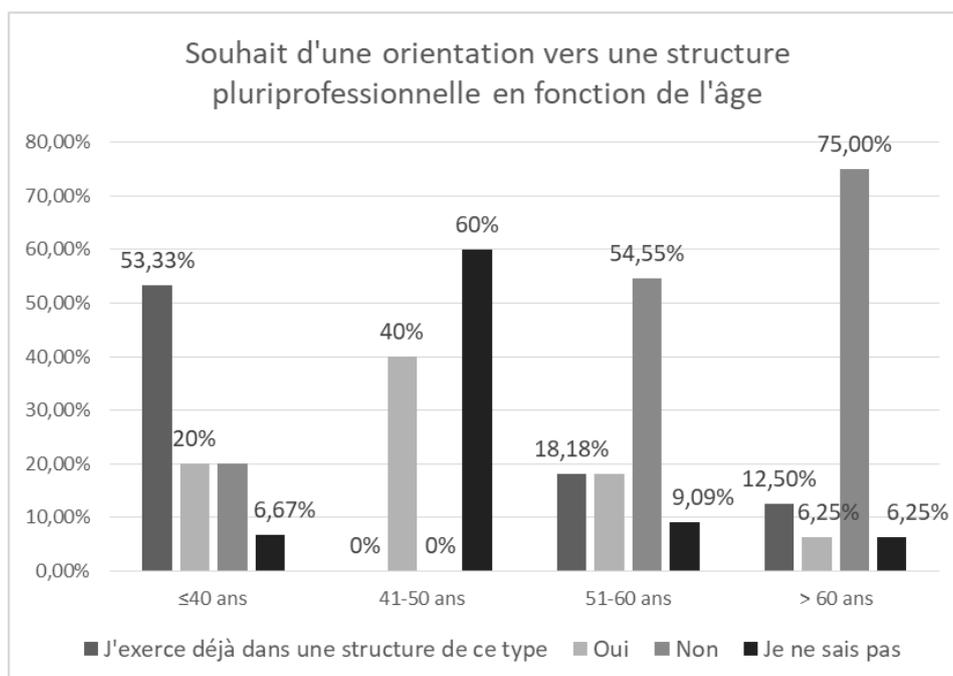


Figure 14 Souhait d'une orientation vers une structure pluri-professionnelle en fonction de l'âge

Comme nous l'avons vu précédemment, la situation concernant l'exercice pluriprofessionnel aujourd'hui dans l'arrondissement est particulière puisqu'elle existe dans la moitié des secteurs, et concerne alors du tiers à la moitié des effectifs.

Si nous nous focalisons sur les praticiens n'exerçant pas actuellement en structure pluriprofessionnelle, nous constatons que dans la plupart des secteurs, les praticiens n'envisagent absolument pas cette orientation : les praticiens n'exerçant pas en groupe dans les quartiers Didot-Porte de Vanves, Jean Moulin-Porte d'Orléans, Pernety, et Raspail-Montparnasse, y sont très majoritairement opposés.

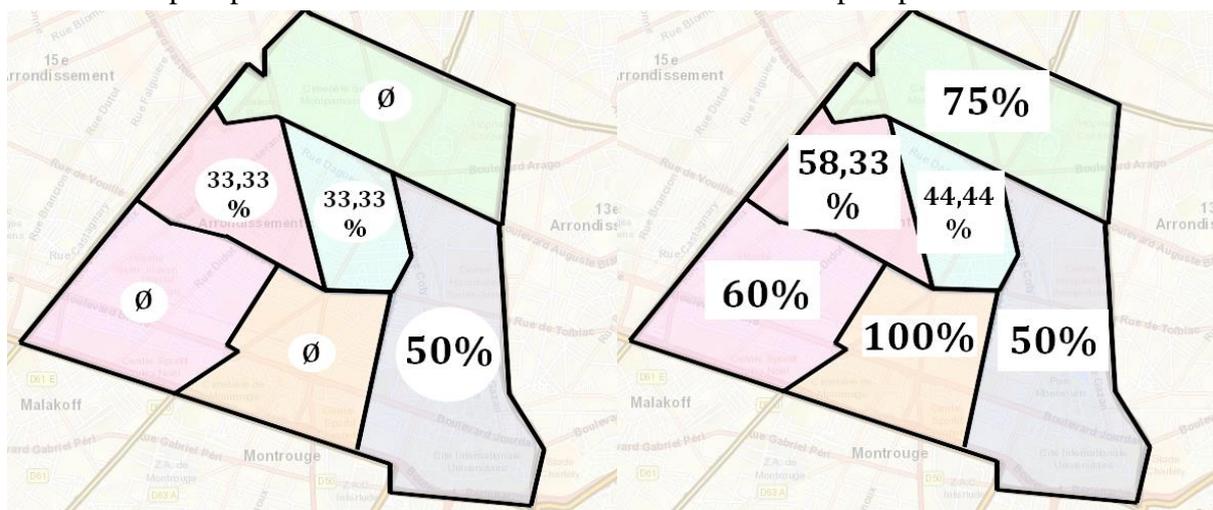
Dans le secteur Mouton Duvernet, si 44,4% des praticiens ne souhaitent pas s'orienter vers cet exercice, ils sont tout de même un tiers à l'envisager, et 22,2% indécis. Le secteur Montsouris-Dareau reste un cas particulier, partagé entre un intérêt vers ces structures et l'indécision.

Ces résultats sont en

Figure 15, le tableau étant exposé en Annexe 10.3.

Souhait d'orientation vers une structure pluriprofessionnelle

Pas de souhait d'orientation vers une structure pluriprofessionnelle



Indécision

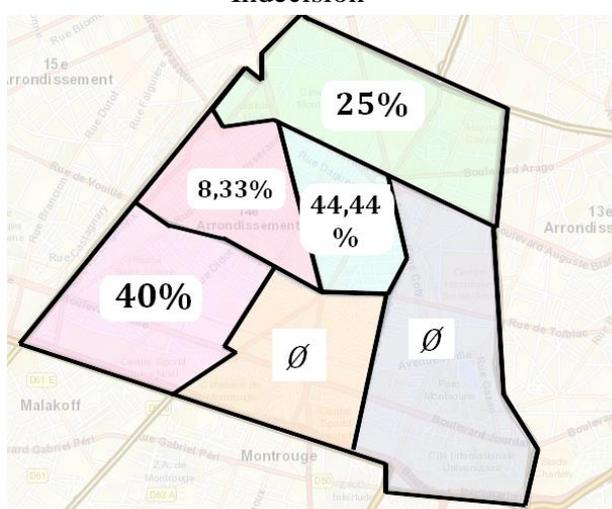


Figure 15 Orientation vers une structure pluriprofessionnelle en fonction de la localisation

3.1 Les arguments des médecins généralistes

3.1.1 Arguments en faveur

Les médecins généralistes s'orientant vers l'exercice pluriprofessionnelles évoquent le plus souvent comme argument le **plaisir du travail en groupe et la meilleure qualité des soins**, avec respectivement dix-neuf (79,2% des répondants) et dix-huit (75%) réponses (**Tableau 8**). Le **partage des plages horaires et des vacances** est également un argument pour plus de la moitié des médecins (52%). Le **partage des tâches administratives et des charges** est moins évoqué, mais concernent plus du tiers des réponses (respectivement 36 et 44%).

Lors des entretiens, certains médecins ont également évoqué comme points forts une plus grande facilité de communication entre les professionnels, dans le cadre de la coordination autour du patient, mais aussi d'une démarche réflexive, de partage de cas cliniques, de progression dans ses connaissances, et une mutualisation des moyens, l'intérêt pouvant être porté sur la forme de Maison de santé pluriprofessionnelle « classique » ou « hors les murs »

(« Pourquoi pas pour voir plus facilement, renforcer les liens avec les autres professionnels de santé »).

La possibilité d'une coopération entre médecins de générations différentes a également été évoquée, ainsi que la tendance actuelle de ce type de regroupement professionnel (« Je pense que c'est l'avenir, c'est dans l'air du temps comme on dit. »).

Variable	n	n(%)	N
Plaisir du travail en groupe	19	76%	25
Meilleure qualité des soins	18	72%	
Partage des plages horaires et vacances	13	52%	
Partage des charges	11	44%	
Nouveau mode de prise en charge du patient	9	36%	
Partage des tâches administratives	9	36%	
Sans objet pour cette question			

Tableau 8 Arguments favorables orientant vers l'exercice pluriprofessionnel type Maison de santé ou Maison de santé « hors les murs »

3.1.2 Argument en défaveur

Parmi les médecins généralistes ne souhaitant pas s'orienter vers un exercice pluriprofessionnel ou indécis, **les contraintes de fonctionnement** constituent le principal argument en défaveur, rassemblant près de 60% des réponses (**Tableau 9**).

Les autres propositions de notre questionnaire étaient moins reconnues par les médecins comme correspondant à leurs arguments de discrédit: le plus retrouvé est néanmoins la **difficulté d'entente entre les associés** qui a été évoquée par dix médecins (37%).

La perte d'autonomie, ou salariat déguisé, est retrouvée chez neuf médecins (33,3%) (« J'aime bien mon indépendance », « le vrai libéral », « on risque de perdre en autonomie, c'est sûr, parce que là on est libre (...) j'imagine que si on devient maison de santé, on sera obligé de rendre des comptes et on se sentira un peu plus bloqué, là on décide au jour le jour et les choses se mettent en place très rapidement quand on décide »).

L'augmentation des tâches administratives a été identifiée par six médecins (22,2%) (« On n'est pas une maison de santé et on est aussi content de ne pas en avoir les contraintes administratives », « Ça serait très intéressant de travailler en pluriprofessionnel, mais le prix à payer en termes de tâches administratives, de risque de mauvaise équipe est trop grand »), de même pour les **coûts de fonctionnement**.

Un autre argument souvent retrouvé en entretien, mais absent de nos propositions, était tout simplement une installation actuelle satisfaisante sans souhait d'en changer. Cela pouvait concerner l'exercice seul, ou en cabinet de groupe, rejoignant cette crainte de ne pas s'entendre avec d'autres collègues en structure pluriprofessionnelle (« *On est très attachés à notre façon de fonctionner* », « *On a la chance de s'entendre très bien* »).

Parfois cette installation est surtout ancienne (« *C'est une question d'individualisme, quand on travaille comme ça seul depuis 30 ans... On s'organise comme on veut* ») et/ou avec un contexte de fin de carrière qui rendait moins enclin à une modification de leur mode d'exercice (« *Je suis trop vieux pour ça* », « *Je suis en fin de carrière, je ne vais pas aller ailleurs* »). Concernant ces médecins, certains n'étaient donc pas forcément opposés aux Maisons de santé pluriprofessionnelles, mais n'en voyaient pas une opportunité dans leurs dernières années d'exercice (« *J'aurai très bien pu être dans ce partage-là* », « *Mais moi je suis en fin... Je finis ma carrière comme ça* »).

En revanche, certains médecins généralistes étaient opposés à l'exercice pluriprofessionnel qui ne serait tout simplement pas compatible avec leur façon de travailler (« *Ce n'est pas le même boulot que moi actuellement* », « *Mais avec le genre de médecine que je fais ce n'est pas possible* »).

Même si certains sont opposés à ce mode d'exercice, les praticiens évoquent des modifications à venir dans le mode d'exercice de la médecine générale libérale, notamment du fait des nombreux départs à la retraite (« *Dans 10 ou 15 ans, vu les dramatiques déserts médicaux qui se programment on va totalement vers un changement de structure de la médecine* », « *Vous allez voir que le 14^{ème} ça va se dépeupler.* »), et pour certains médecins si l'exercice pluriprofessionnel ne leur convient pas à titre personnel, ils comprennent qu'il puisse être adapté pour d'autres, notamment les jeunes praticiens (« *Autant je suis contre pour les raisons qu'on a évoqué, mais je comprends pour votre génération (...) je comprends cette démarche-là,* » « *Mais pour vous les jeunes (...) ça peut être une façon de travailler plus intelligente* » « *Ça peut permettre de mettre en place de la télémédecine par exemple (...)* »).

Variable	n	n(%)	N
Contraintes de fonctionnement	16	59,26%	27
Difficultés d'entente entre les associés	10	37,04%	
Perte d'autonomie, salariat déguisé	9	33,33%	
Coût de fonctionnement	6	22,22%	
Augmentation des tâches administratives	6	22,22%	
Médecine moins personnalisée	5	18,52%	
Sans objet pour cette question			

Tableau 9 Arguments défavorables envers l'exercice pluriprofessionnel type maison de santé ou maison de santé « hors les murs »

3.2 Des acronymes mal connus

Variable	Modalités	n	n(%)	N
ESP (équipe de soins primaires)	Non	39	82,98%	47
	Oui	8	17,02%	
CPTS (communauté professionnelles territoriales de santé)	Non	31	65,96%	47
	Oui	16	34,04%	
PTA (plateforme territoriale d'appui)	Non	36	76,60%	47
	Oui	11	23,4%	
NMR (nouveaux modes de rémunération)	Non	28	59,57%	47
	Oui	19	40,43%	

Tableau 10 Connaissance des sigles

La majorité des MG interrogée ne connaît pas la signification des ESP, CPTS, PTA et NMR (**Tableau 10**). On remarque néanmoins un meilleur taux de réponse pour la l'acronyme NMR, qui est connu de dix-neuf médecins généralistes (40%). Parmi ces dix-neuf réponses exactes, seize exercent dans une structure avec d'autres professionnels de santé (84% des réponses exactes), dont dix en structure pluri-professionnelle (53%). L'analyse en sous-groupe montre un meilleur taux de réponse concernant l'ensemble des acronymes chez les médecins généralistes qui exercent en groupe, et encore plus marqué en cas d'exercice pluriprofessionnel (**Figure 16** et **Figure 17**, Tableaux en Annexe 10.4).

On constate que seulement 5 médecins sur les 47 interrogés connaissaient les 4 sigles : ils exercent tous dans une structure de groupe, dont 2 en structure pluri-professionnelle.

Lors des entretiens, nous expliquions brièvement la signification aux médecins qui ne les connaissaient pas, nous avons pu constater une certaine méfiance, s'approchant d'un découragement ne serait-ce que sur cette forme de dénomination (« *Quand je vois des trucs avec des noms à rallonge, ça fait administratif, ça fait lourdeur, (...) ça me fait fuir* »). Pour d'autres qui connaissaient ces structures, la réticence pouvait porter sur le contenu (« *NMR, c'est de l'arnaque ça* », « *C'est complètement en dehors des réalités de terrain* »).

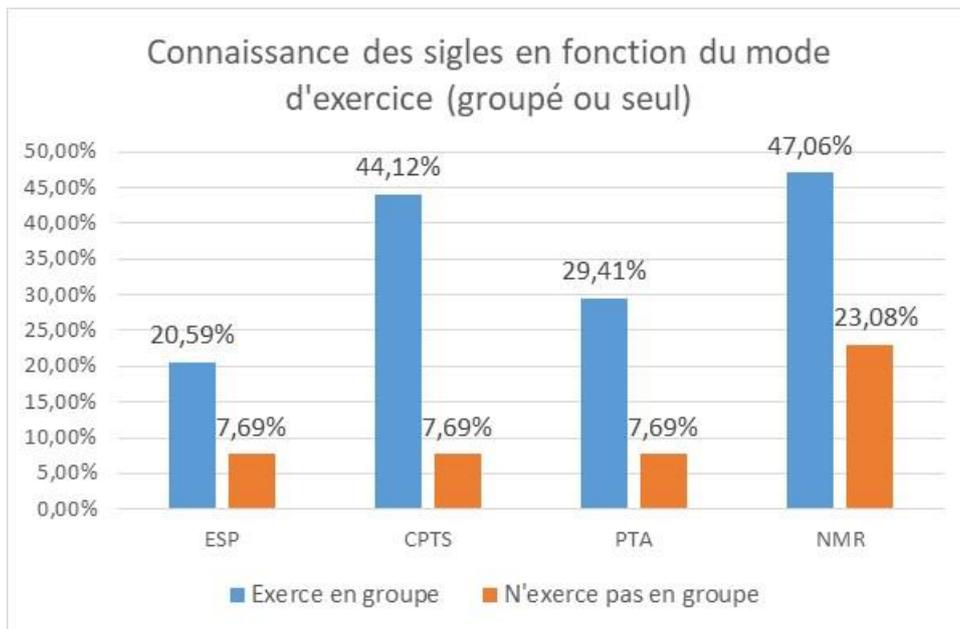


Figure 16 Connaissance des sigles en fonction du mode d'exercice (groupé ou seul)

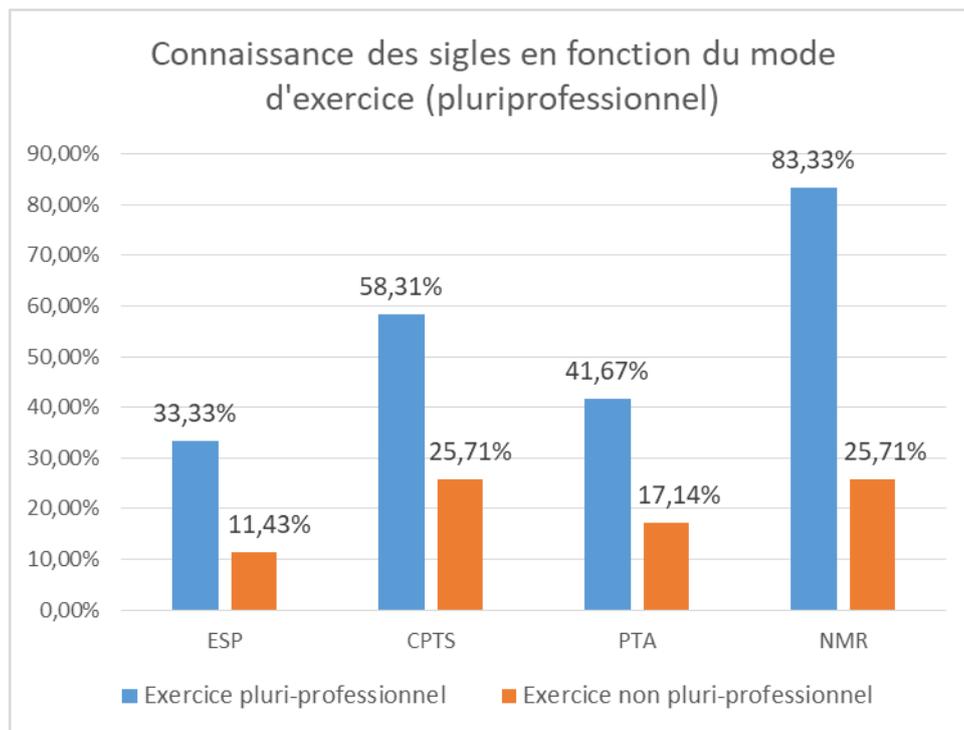


Figure 17 Connaissance des sigles en fonction du mode d'exercice (pluriprofessionnel)

4- RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES

4.1 Relations interprofessionnelles en général :

Lorsque vous devez orienter (hors urgence) votre patient vers un spécialiste, quels confrères privilégiez-vous ?			
Variable Modalités	n	n(%)	N
Hospitalier	1	2,13%	47
Libéraux	11	23,40%	
Pas de préférence/cela dépend de la situation	35	74,47%	

Tableau 11 Type d'orientation vers un autre médecin spécialiste

Dans le cas général d'une orientation du patient vers un spécialiste (**Tableau 11**), les médecins généralistes ne privilégient pas les confrères libéraux ou hospitaliers, puisque 35 d'entre eux (74,5%) précisent qu'ils n'ont pas de préférence ou que cette décision dépend de la situation.

Les critères de choix les plus souvent évoqués sont dans l'ordre décroissant de fréquence :

- **La spécialité** (« *Si c'est un néphrologue ça va plutôt être l'hôpital, un hématologue aussi* », « *Chirurgical, ORL, où il y a des débouchés interventionnistes moi je fais plutôt en milieu hospitalier, et puis des trucs de tous les jours par exemple cardio j'envoie aux cardiologues [libéraux] parce que j'ai confiance en eux, mais ils ont tous un pied à l'hôpital !* »)
- **Les tarifs et moyens des patients**
- **les délais de rendez-vous et le niveau d'urgence**
- **le carnet d'adresse du médecin généraliste** (« *J'ai un réseau, j'ai de la chance de connaître plein de copains médecins, notamment à l'hôpital* »)
- **le souhait du patient,**
- **la compétence reconnue du praticien**

En ce qui concerne les échanges de données, 37 médecins soit 78,7% utilisent une messagerie sécurisée ou une plateforme informatique ou échanger des données médicales ou des comptes rendus, les plus souvent cités étant Apicrypt et MSSanté. En revanche, les praticiens de Raspail-Montparnasse et surtout Jean Moulin-Porte d'Orléans les utilisent moins que leurs confrères, avec respectivement 66,7% et un tiers des praticiens utilisant ces systèmes (Annexe 10.5).

L'analyse en sous-groupe en fonction de l'âge (**Figure 18**, Annexe 10.5) montre que l'utilisation est moins importante chez les plus de 60 ans, avec des chiffres comparables sur les tranches 41-50 ans et 51-60 ans, mais moins importants que les moins de 40 ans qui utilisent presque tous ce système.

L'analyse en sous-groupe en fonction du mode d'exercice (**Figure 19**, même Annexe), montre une large utilisation des messageries sécurisées par les praticiens exerçant en groupe, alors qu'elle ne concerne qu'un peu plus de la moitié des praticiens exerçant seuls.

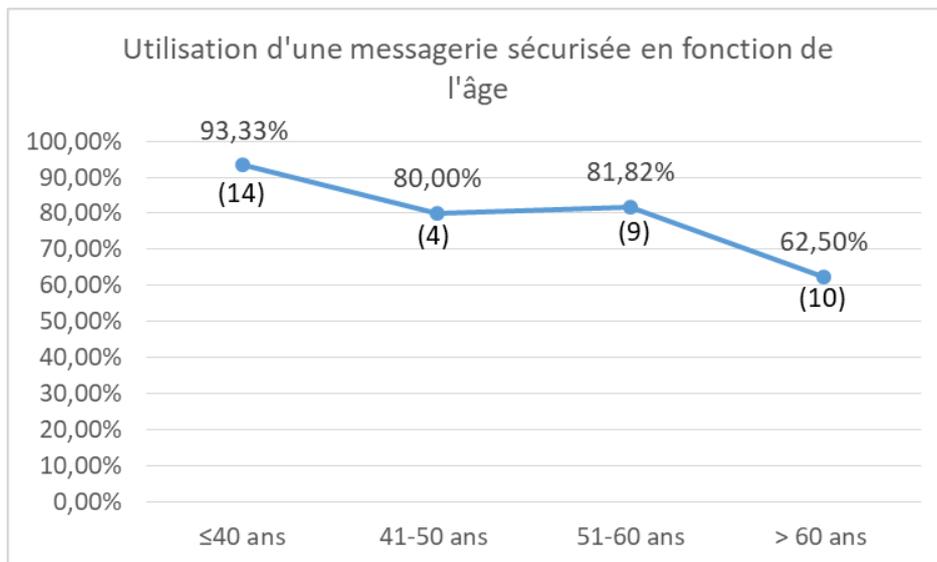


Figure 18 Utilisation d'une messagerie sécurisée pour échanger de données médicales en fonction de l'âge

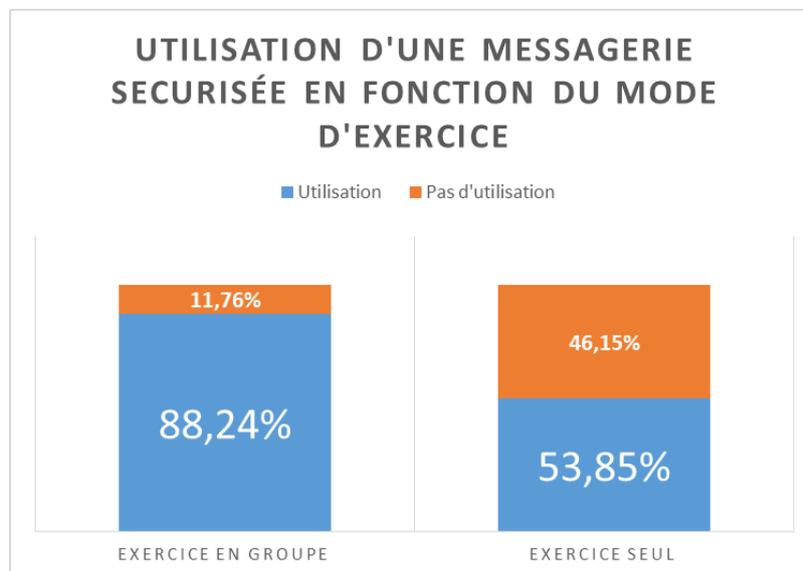


Figure 19 Utilisation d'une messagerie sécurisée en fonction du mode d'exercice

4.2 Relations avec la ville - coordination libérale

4.2.1 Recours aux autres médecins spécialistes

Nous avons demandé aux MG quel était leur degré de satisfaction sur certains critères précis lors de leur recours aux autres médecins spécialistes libéraux. Les résultats sont présentés sur la **Figure 20**, les tableaux complets étant en Annexe 10.6. Pour plus de lisibilité, nous regroupons en « opinion favorable » les réponses « satisfait » et « très satisfait », et en « opinion défavorable » les « insatisfaits » et « très insatisfaits ».

Les MG sont plutôt satisfaits du recours aux **gynécologues libéraux**, que ce soit concernant leur accessibilité, les avis urgents, et surtout la réponse à leur besoins puisque 37 médecins se déclarent d'opinion favorable pour ce critère, soit 84% des répondants.

Cependant, la plupart signalent des délais de rendez-vous trop longs, puisque 25 d'entre eux en sont insatisfaits ou très insatisfaits (55,6%), et des tarifs trop élevés, ce dernier critère recueillant l'opinion défavorable de 23 médecins (62,2%) (« *J'ai une correspondante très bien mais à 80€, c'est trop cher* », « *Trop de secteur 2* »).

On constate que les praticiens sont plus partagés en ce qui concerne leur présence dans le secteur, avec 24 praticiens d'opinion favorable (54%), contre 20 d'opinion défavorable (45%), certains signalant une diminution importante de leurs effectifs ces dernières années, devenant problématique pour adresser leurs patientes puisque comme eux, certains ne prennent plus de nouvelles patientes (« *J'en avais de très bons, très accessibles qui ont tous pris leur retraite* », « *Je ne sais même plus à qui adresser mes patients* », « *les gynécos ne prennent pas de nouvelles patientes* »). Le retour de courrier ou de téléphone donne lieu à des réponses très partagées également.

L'analyse en sous-groupe par quartiers (Annexe 10.7) montre que les difficultés avec cette spécialité concernent essentiellement :

- **Le quartier Pernety** qui recueille le plus d'opinion défavorable pour l'ensemble des items : 70% concernant l'accessibilité, 83,3% concernant les délais de rendez-vous, 55,5% concernant les avis urgents, 58,3% concernant les tarifs pratiqués, 72,7% concernant le retour de courrier ou de téléphone, 58,3% concernant la présence dans le secteur.
- **Le quartier Jean Moulin-Porte d'Orléans** : 66,7% d'insatisfaction concernant les délais de rendez-vous, 100% concernant la présence dans le secteur.
- **Le quartier Montsouris-Dareau** : les deux praticiens interrogés déclaraient une insatisfaction sur l'accessibilité, les délais de rendez-vous, les avis urgents, un seul sur le retour de courrier et présence dans le secteur

Le secteur Mouton-Duvernet était très partagé concernant le retour de courrier ou de téléphone et recueille une courte majorité de satisfaction concernant les délais de rendez-vous avec 42,8% d'opinion défavorable (35,7% insatisfaits).

Les autres secteurs sont surtout réservés concernant les tarifs pratiqués.

On peut en revanche remarquer que dans l'ensemble des secteurs, il y a une réponse à leur besoin de façon satisfaisante.

ACCESSIBILITÉ DES SPÉCIALISTES LIBÉRAUX

■ Très satisfait ■ Satisfait ■ Insatisfait ■ Très insatisfait



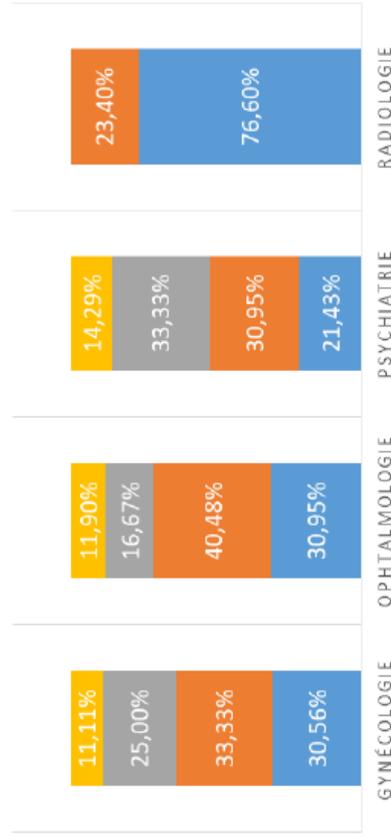
DÉLAIS DES SPÉCIALISTES LIBÉRAUX

■ Très satisfait ■ Satisfait ■ Insatisfait ■ Très insatisfait



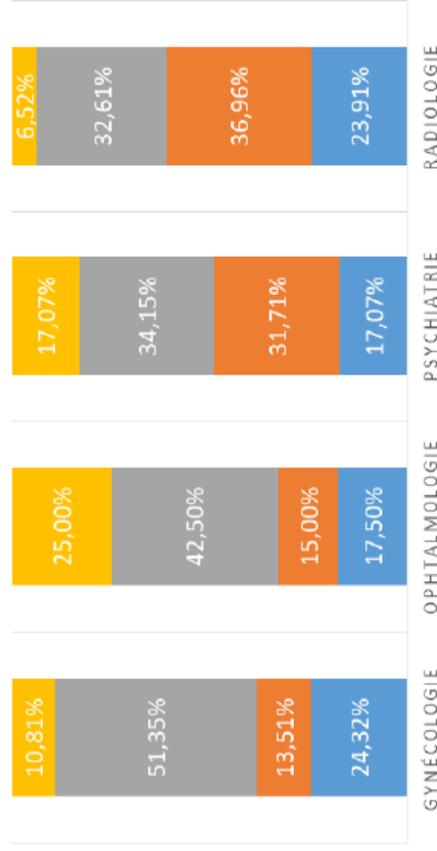
AVIS URGENTS DES SPÉCIALISTES LIBÉRAUX

■ Très satisfait ■ Satisfait ■ Insatisfait ■ Très insatisfait



TARIFS DES SPÉCIALISTES LIBÉRAUX

■ Très satisfait ■ Satisfait ■ Insatisfait ■ Très insatisfait



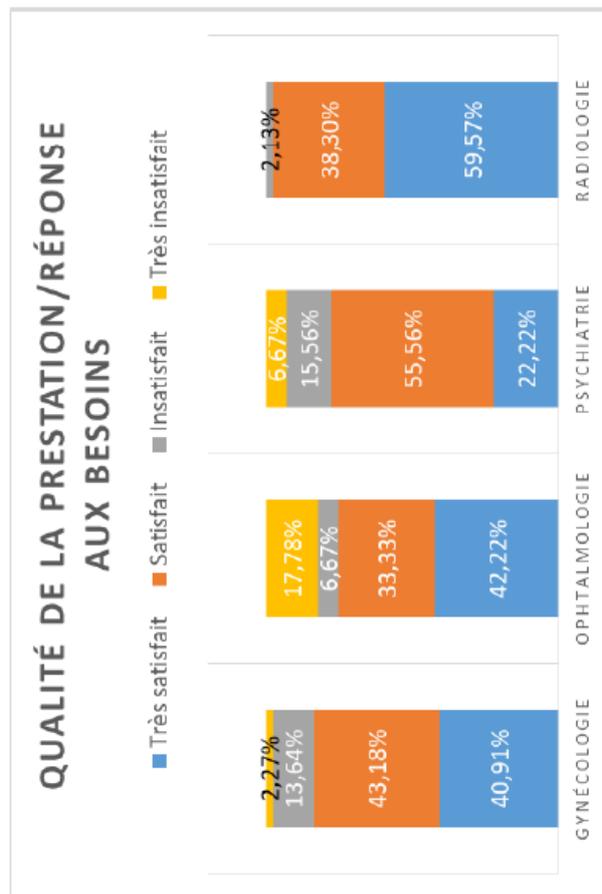


Figure 20 Etat des lieux du recours aux spécialistes libéraux

Lors du recours aux **ophtalmologistes**, les MG sont majoritairement satisfaits de leur présence dans le secteur puisque 31 expriment une opinion favorable pour ce critère soit 72%, dont 11 très satisfaits (25%), mais également concernant leur accessibilité pour 27 d'entre eux (61%), dont 16 très satisfaits (36,4%), y compris pour les avis urgents pour 30 praticiens (71%), et dans la réponse à leur besoins pour 34 médecins soit 75% (« *Je n'ai pas de problème avec les ophtalmos, ils sont très biens* »)

La question du retour de courrier ou de téléphone a, à l'inverse, donné lieu à des avis particulièrement partagés, avec 23 médecins avec une opinion défavorable (51,1%), mais 22 avec une opinion favorable (48,9%) ... Lors des entretiens, des cas de difficultés ont été rapportés notamment pour les patients chroniques nécessitant un suivi régulier (« *Je suis forcé de demander aux diabétiques s'ils ont vu leur ophtalmo parce que jamais je n'ai un courrier d'ophtalmo disant 'votre patient diabétique n'a rien', jamais* »).

Parmi les questions moins débattues et constituant les principales difficultés, nous retrouvons celle des délais de rendez-vous, majoritairement considérés comme trop longs pour 25 médecins (55% des répondants), et les tarifs trop élevés pour 27 (67,5%) (« *C'est un frein pour le patient mais je ne peux pas les juger*»). On retrouve également dans les entretiens la notion de contacts privilégiés du carnet d'adresse facilitant le recours.

L'analyse en sous-groupe montre des difficultés dans les quartiers suivants :

- **Le quartier Didot-Porte de Vanves** : les difficultés se concentrent autour des délais de prise en charge (50% très insatisfaits), les tarifs, le retour de courrier ou de téléphone (62,5% d'opinion défavorable), tandis que les praticiens sont partagés en ce qui concerne l'accessibilité et les avis urgents.
- **Le quartier Raspail-Montparnasse** : les difficultés se concentrent sur les délais de prise en charge et le retour de courrier ou de téléphone (66,7% d'opinion défavorable dont 50% insatisfaits pour ces deux critères), les tarifs (60% insatisfaits), tandis qu'ils sont partagés concernant les avis urgents.
- **Le quartier Mouton-Duvernet** : les difficultés concernent les délais de rendez-vous (57% d'opinion défavorable) et les tarifs (75% d'opinion défavorable), tandis qu'ils sont partagés concernant le retour de courrier ou de téléphone. La qualité de la prestation recueille une courte majorité d'opinion favorable, avec 42,9% des praticiens insatisfaits ou très insatisfaits (28,6% très insatisfaits).

Les deux entretiens réalisés dans le quartier Montsouris-Dareau sont divergents concernant l'accessibilité, les délais, le retour de courrier ou de téléphone, et la présence dans le secteur.

Le secteur Jean-Moulin est également partagé en ce qui concerne la présence dans le secteur.

Tous les quartiers sont insatisfaits ou très insatisfaits en ce qui concerne les tarifs pratiqués.

Nous retrouvons également pour cette spécialité des avis très majoritairement favorables et pour toute localisation pour la qualité de la prestation et la réponse aux besoins.

Les **psychiatres libéraux** sont considérés comme accessibles par les généralistes, ce critère étant jugé satisfaisant ou très satisfaisant pour 27 praticiens (65,8%), avec une qualité de prestation satisfaisante ou très satisfaisante pour 35 d'entre eux (77,8%).

Si la présence dans le secteur est également considérée comme satisfaisante ou très satisfaisante pour la majorité des praticiens (59,6%), les difficultés à obtenir un retour de courrier ou de téléphone ont été clairement identifiées comme étant le principal problème dans les relations avec cette spécialité : ce critère étant considéré comme très insatisfaisant pour 14 praticiens, soit 32,6%. Analysé avec les réponses « très insatisfait », nous atteignons 25 praticiens ayant une opinion défavorable sur le retour de courrier ou de téléphone, soit 58% des répondants. (« On n'a jamais de courrier de réponse », « Les psychiatres il y en a mais ce n'est pas facile de les avoir », « En tant que médecin généraliste on fait notre courrier pour adresser au psychiatre, on n'a jamais de retour. »). Ce point est développé plus loin.

Beaucoup de questions ont néanmoins été l'objet de réponses très diversifiées avec quasiment autant d'opinion favorable et défavorable parmi les personnes interrogées, que ce soit les délais de rendez-vous, les avis urgents, et les tarifs (« J'en ai un qui prend souvent mes urgences mais le problème c'est les dépassements d'honoraires », « ils sont accessibles mais ils sont chers »).

L'analyse en sous-groupe par quartier retrouve quelques particularités dans les secteurs suivants :

- **Le quartier Pernety** rencontre des difficultés majeures lors du recours à cette spécialité, puisque les praticiens sont insatisfaits ou très insatisfaits pour tous les critères à l'exception de la qualité de la prestation :
 - Délais de rendez-vous : deux tiers des praticiens d'opinion défavorable, avec 58,3% insatisfaits
 - Tarifs : 63,6% d'opinion défavorable
 - Accessibilité : 58,3% d'opinion défavorable avec un tiers des praticiens très insatisfaits
 - Avis urgents : 58,3% d'opinion défavorable, 50% insatisfaits
 - Retour de courrier ou de téléphone : 58,3% d'opinion défavorable, un tiers très insatisfait
 - Présence dans le secteur : 58,3% d'opinion défavorable, 41,7% insatisfaits

- **Le quartier Mouton-Duvernety** : les difficultés se concentrent autour du retour du courrier ou de téléphone (69% d'opinion défavorable, 46,1% très insatisfaits) et des tarifs (58,3% d'opinion défavorable), tandis que les praticiens sont partagés concernant les délais de rendez-vous et les avis urgents. Si présence dans le secteur recueillait majoritairement une opinion favorable, 42,86% des praticiens se déclaraient insatisfaits ou très insatisfaits.

- **Le quartier Jean-Moulin Porte d'Orléans** : les difficultés concernent les délais de rendez-vous et les tarifs pratiqués où les deux entretiens sont d'opinion défavorable (100% insatisfaits ou très insatisfaits, avec 50% très insatisfaits pour les tarifs). Les deux entretiens répondants sont discordants concernant les avis urgents et le retour de courrier ou de téléphone.

Les quartiers Didot-Porte de Vanves et Raspail Montparnasse sont partagés respectivement pour les avis urgents et les tarifs, et tous les deux en ce qui concerne le retour de courrier et

de téléphone. Les deux entretiens réalisés dans le secteur Montsouris-Dareau rapporte une insatisfaction en ce qui concerne le retour de courrier ou de téléphone.

Tous les quartiers sont satisfaits de la qualité de la prestation, mais les tarifs divisent les secteurs : les secteurs Didot-Porte de Vanves et Montsouris-Dareau étant plutôt satisfaits, contrairement à Jean Moulin-Porte d'Orléans, Mouton-Duvernet et Pernety.

Les avis urgents sont appréciés de façon très variable:

- Les secteurs à opinion favorable : 100% de satisfaction à Montsouris-Dareau, 66,7% à Raspail Montparnasse
- Les secteurs très partagés : Didot-Porte de Vanves, Jean Moulin-Porte d'Orléans, Mouton Duvernet.
- Les secteurs rencontrant de grandes difficultés : Pernety (58,3% d'opinion défavorable)
- Semblant dégager un gradient est-ouest

La spécialité que nous avons choisi d'évoquer avec les généralistes qui a donné lieu aux réponses les moins partagées et les plus positives est la **radiologie** : la totalité des médecins interrogés est très satisfaite ou satisfaite de leur présence dans le secteur (dont 75,6% très satisfaits), de leur accessibilité (dont 78,7% très satisfaits), et de leur recours lors d'avis urgents (dont 76,6% très satisfaits).

Concernant les autres critères, les praticiens sont très majoritairement satisfaits, qu'il s'agisse des délais de rendez-vous avec 46 praticiens d'opinion favorable (97,9%) dont 36 très satisfaits (76,6%), et du retour de courrier ou de téléphone avec 43 praticiens d'opinion favorable (93,5%), dont 32 très satisfaits (69,6%) avec parfois des nuances selon les cabinets de radiologie (« *Il y en a qui nous faxent des retours, un qui fait systématiquement un courrier et qui faxe un double du compte rendu, donc ça dépend où on envoie* », « *Les radiologues du quartier (...) n'envoient jamais de compte rendu : ils remettent deux compte rendus aux patients* »).

La seule réserve émise par les généralistes concerne les tarifs, puisque 18 praticiens se considèrent insatisfaits ou très insatisfaits (soit 39,1%) par les dépassements d'honoraires pratiqués (« *Ils font tous des dépassements quand même les libéraux, il y a certains patients qui ronchonnent un peu.* ») : cette problématique intéresse essentiellement le secteur centre du territoire, avec jusqu'à 50% d'opinion défavorable dans les secteurs Montsouris-Dareau, Mouton Duvernet et Pernety, et 20% de très insatisfaits à Didot-Porte de Vanves, alors qu'à l'inverse les autres secteurs sont majoritairement satisfaits.

L'appréciation générale de la présence de spécialistes libéraux par secteur est présentée en Annexe 10.7, nous pouvons la représenter de façon schématique sous la forme « opinion favorable » et « opinion défavorable » sur la **Figure 21**.

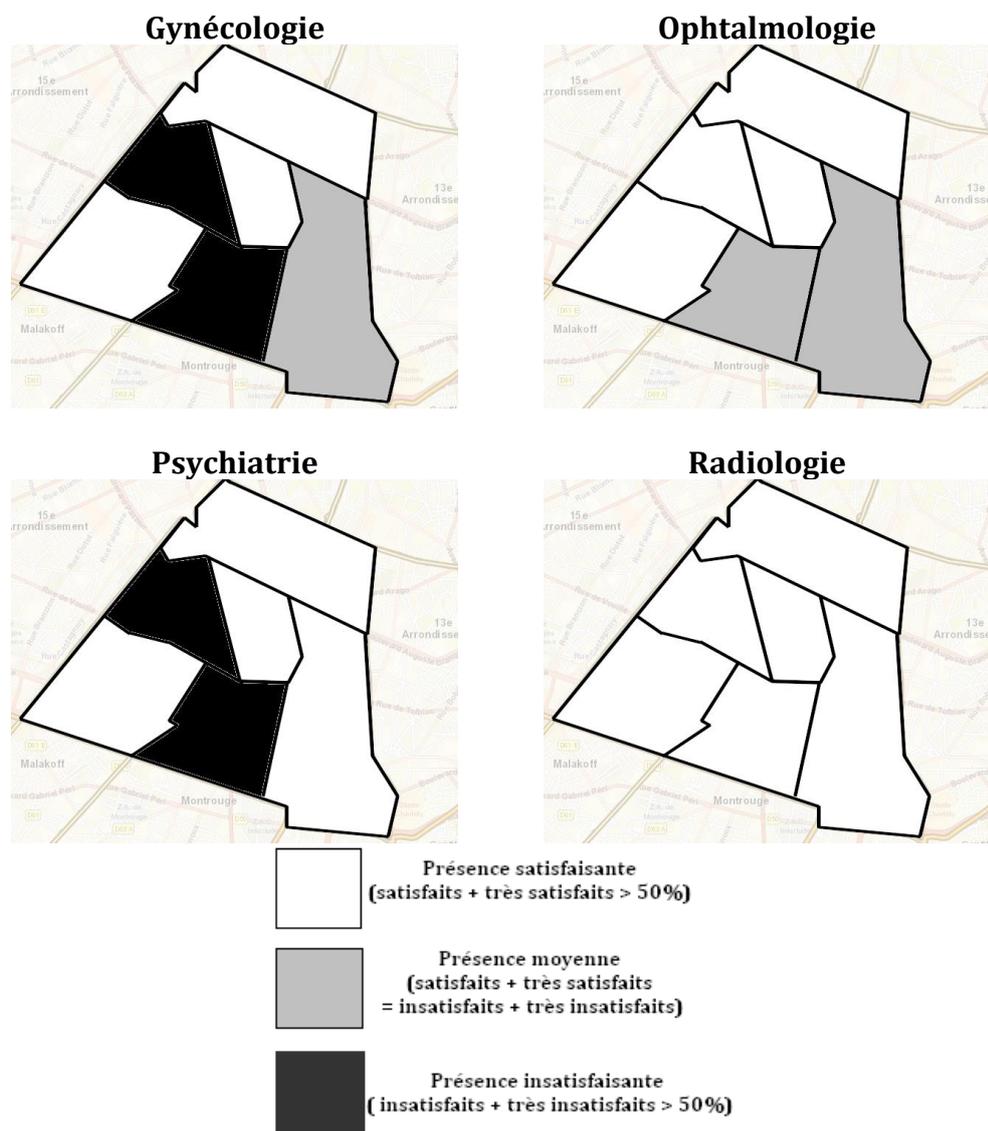


Figure 21 Appréciation globale de la présence de spécialistes libéraux par quartiers

Nous pouvons remarquer que les secteurs **Jean Moulin-Porte d'Orléans, Montsouris-Dareau, et Pernety**, sont ceux où la présence des spécialistes libéraux est considérée comme étant la moins satisfaisante : 100% d'insatisfaction pour la gynécologie et la psychiatrie dans le quartier Jean Moulin-Porte d'Orléans, près de 58% insatisfaits ou très insatisfaits de la gynécologie et de la psychiatrie dans le quartier Pernety, 50% d'insatisfaits pour la gynécologie et l'ophtalmologie dans le quartier Montsouris-Dareau.

Les autres spécialités libérales avec lesquelles les médecins généralistes ont le plus de difficultés de façon globale lorsqu'ils y ont recours sont représentées dans le **Tableau 12** : on y retrouve majoritairement la rhumatologie évoquée par 39% des répondants (« *Ils sont très bien mais ils ont 3 mois de délai, c'est trop !* »), puis la dermatologie évoquée par 21,7%, et enfin la neurologie (« *Hospitaliers et libéraux, il n'y en a pas* ») évoquée par 13% des répondants.

Variable	Modalités	n	n(%)	N	n'(% total)*	N'
Autres spécialistes auxquels le recours est difficile	Rhumatologue	9	39,13	23	19,15	47
	Dermatologie	5	21,74		10,64	
	Neurologue	3	13,04		6,39	
	Cardiologue	2	8,7		4,26	
	Gastroentérologue	2	8,7		4,26	
	ORL	2	8,7		4,26	
	Pédiatre	2	8,7		4,26	
	Tous	2	8,7		4,26	
	Hématologue	1	4,35		2,13	
	Phlébologue	1	4,35		2,13	
	Pneumologue	1	4,35		2,13	
	Stomatologue	1	4,35		2,13	

Tableau 12 Autres spécialistes libéraux auxquels le recours est difficile pour les médecins généralistes

**Calcul du pourcentage par rapport au nombre total d'entretiens (n/N')*

Quelle que soit la spécialité ou le critère évoqué, un élément revenait très souvent lors des entretiens : l'importance du réseau de correspondants ou « carnet d'adresse ».

En effet, selon les spécialités, leur impression globale dépendait souvent de l'existence d'un ou plusieurs correspondants « favoris », facilitant l'ensemble des modalités évoquées (« *Quand on n'a pas un correspondant préféré, c'est toujours plus compliqué* », « *Je les connais tous, c'est des copains [en évoquant les radiologues]*»), ceci ressort particulièrement pour certaines spécialités où les réponses étaient diversifiées comme l'ophtalmologie (« *Par chance il y a un cabinet d'ophtalmo que je connais bien, dès que j'ai une urgence (...) suspicion décollement de rétine (...) ils me disent toujours 'envoyez le moi tout de suite' (...) ils sont tops.* ») ou la psychiatrie (« *J'ai un bon correspondant* », « *avec ma collègue [NB psychiatre exerçant à proximité] évidemment on échange beaucoup, avec les autres pas du tout* »).

La conséquence logique est que pour le même critère au sein d'une même spécialité, les praticiens précisaient souvent que cela dépendait s'il s'agissait des relations avec leur correspondant ou non, rendant parfois leur réponse difficile à choisir (« *Ça dépend : j'ai une gynécologue qui est parfaite ..* », « *Si j'ai une urgence, je vais appeler un copain qui va le voir, si je dis au patient d'aller voir le spécialiste [autre] c'est différent* »), notamment en cas d'avis urgent (« *Si j'ai un 'truc' vraiment urgent, je vais déranger des collègues que j'apprécie et qui me connaissent (...), mais il ne faut pas en abuser (...). Si c'est en terme en général (...) et hors cas d'urgence c'est forcément 'galère' puisqu'on manque de collègues* »).

Le revers de ce fonctionnement par réseau, lié à l'évolution de la démographie médicale, est l'émergence de difficultés pour certains généralistes qui voient leurs correspondants partir à la retraite (« *Très lié au réseau (...) lié à une correspondante, ça se passe bien mais quand elle sera retraitée je ne sais pas à qui je vais adresser [pour l'ophtalmologie]* »)

Dans certains entretiens, la possibilité de contourner ce besoin d'un réseau par l'utilisation des plateformes de rendez-vous en ligne a été évoquée, mais avec ses limites : l'absence de 'connaissance' du praticien (« *c'est vrai que Doctolib résout pas mal de choses quand même,*

mais en ne choisissant pas forcément.. », « Les sites internet de prise de rendez-vous en ligne intra APHP et libéral solutionnent beaucoup cela. Cela m'arrive de prendre directement rendez-vous en ligne pour mes patients. ».

4.2.2 Cas des soins psychiatriques

Comme nous l'avons vu précédemment, la principale problématique rencontrée dans le recours à la psychiatrie libérale est le **retour de courrier ou de téléphone**. Il semblerait ce ne soit pas propre à l'activité libérale comme indiqué sur la **Figure 22**.

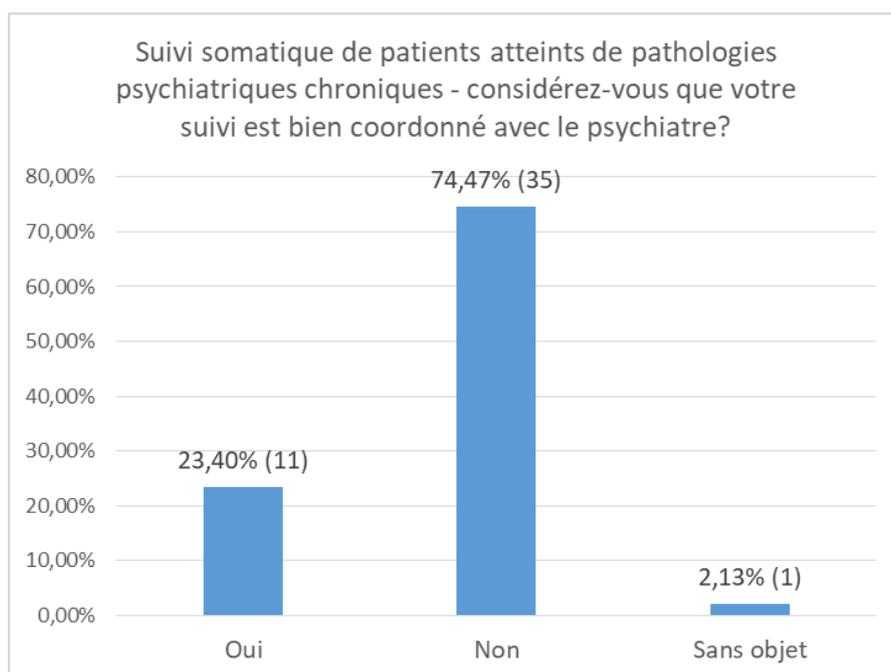


Figure 22 *Coordination entre le psychiatre et le MG concernant le suivi des patients atteints de pathologies psychiatriques chroniques % (n)*

(Sans objet : MG ne suivant pas sur le plan somatique de patients atteints de pathologies psychiatriques chroniques)

En effet, la quasi-totalité des MG acceptent de suivre sur le plan somatique les patients atteints de pathologie psychiatrique chronique comme les troubles bipolaires ou la schizophrénie (46 sur les 47 praticiens interrogés), en revanche, seulement 11 d'entre eux considèrent que ce suivi est bien coordonné avec le psychiatre référent soit 23,9%. Le seul médecin ne suivant pas sur le plan somatique de patient atteint de pathologie psychiatrique chronique déclarait qu'il l'accepterait si ce suivi était bien coordonné avec son psychiatre.

Parmi les éléments rapportés lors de l'étude, les courriers sont décrits comme rares (« *Les psychiatres ne sont pas très loquaces.* », « *Il y a une espèce d'obscurantisme intellectuel vis-à-vis de nous* »), avec parfois une méconnaissance par le généraliste du diagnostic psychiatrique du patient, pouvant créer des situations difficiles comme la demande d'ALD (« *On nous demande parce qu'on est le médecin traitant de faire la prolongation du 100 % et on ne sait même pas de quoi il s'agit, donc j'envoie un petit courrier 'merci de me donner quelques*

éléments pour que je puisse remplir le protocole de soins', « Quand il faut refaire une demande d'ALD (...) la dernière fois il ont été sympas ils m'ont rempli la feuille et je l'ai signée »).

Les praticiens nuançaient leur réponse en fonction des intervenants : nous retrouvons l'importance du carnet d'adresse, avec de meilleures relations lorsque les collègues psychiatres sont des correspondants connus (« Avec les psychiatres non, à part deux qui sont des copains mais de façon générale non », « Je me considère comme privilégiée (...) nous avons un bon travail d'équipe »), mais également des variations entre les correspondants, libéraux, hospitaliers, dont le cas du CMP, évoqué également dans le chapitre des dispositifs territoriaux, structure pour laquelle les praticiens ont manifesté une insatisfaction dans 50% des cas, la principale difficulté rapportée étant le manque de communication et de retour de courrier (cf. 4.3) (« Aucun retour sur les patients suivis », « Contrairement au CMP du 13^{ème} », « Le CMP ne me tient jamais au courant de mes patients » « C'est pratique, on a de grands psychotiques et on n'a jamais de lettre ! » « C'est catastrophique le CMP du 14^{ème}, nous écrire ils ne savent pas ce que c'est ! »). L'autre obstacle concerne les délais de rendez-vous, mais les praticiens reconnaissent également une probable surcharge du dispositif (« Ce n'est pas de leur faute, ils sont débordés »).

Parmi les quelques médecins bénéficiant d'une bonne coordination avec le psychiatre, certains évoquent de longs échanges indispensables, et regrettent qu'ils ne soient pas comptabilisés dans le temps médical rémunéré (« Cette très bonne coordination se fait par exemple avec une heure au téléphone avec une collègue, ce sont des temps non rémunérés non plus, puisque cela fait partie de la question coordination des soins. »).

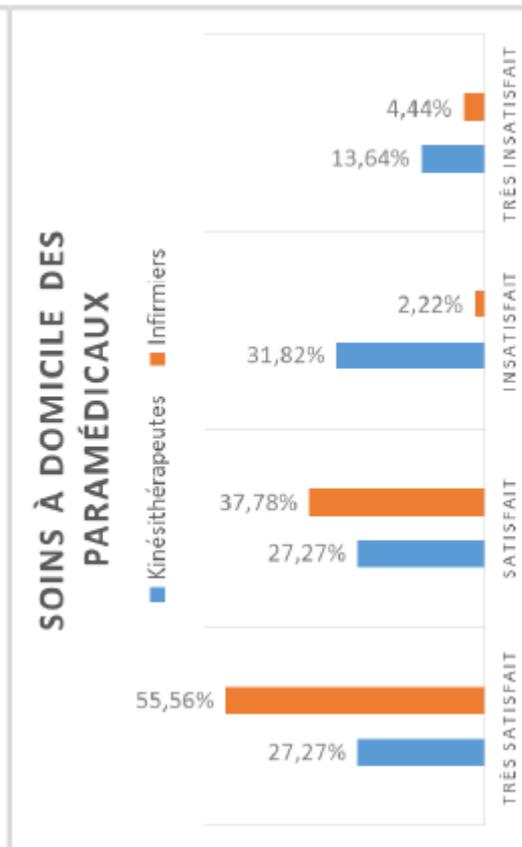
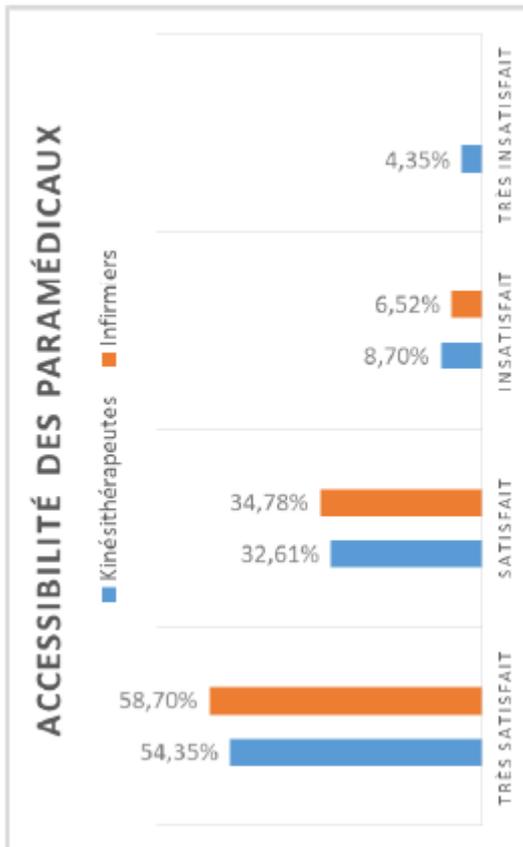
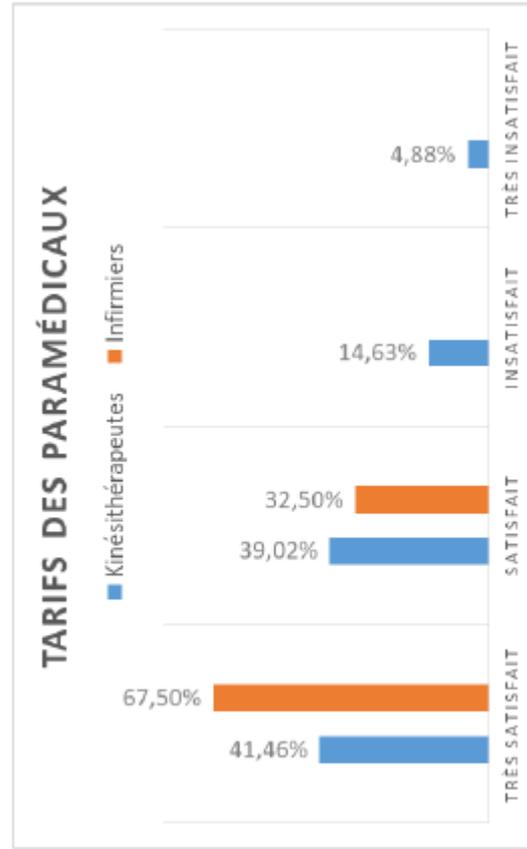
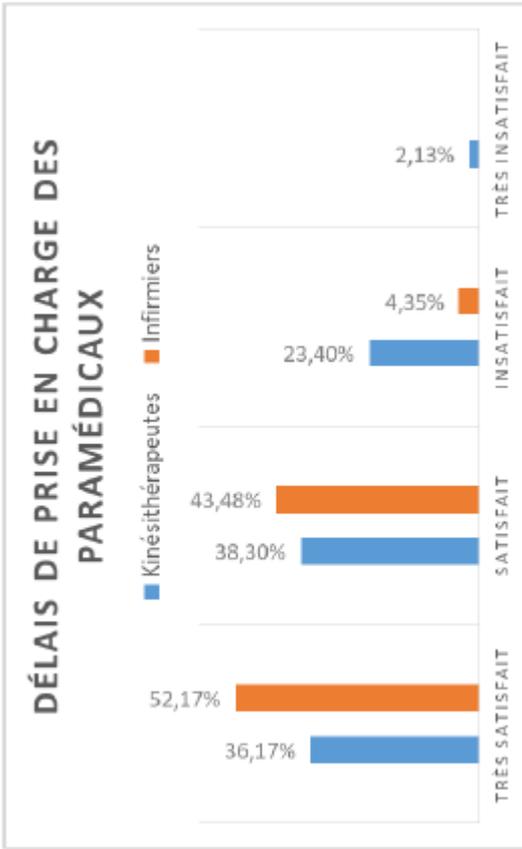
4.2.3 Recours aux paramédicaux

Les médecins généralistes sont très majoritairement satisfaits du recours aux kinésithérapeutes et infirmiers, comme représenté sur la **Figure 23**, et développé en Annexe 10.8.

Concernant les kinésithérapeutes, ils sont 40, soit 87%, à avoir une opinion favorable (satisfaits ou très satisfaits) concernant leur accessibilité avec 54,35 % très satisfaits, et entre 70 et 89% concernant leurs délais de prise en charge, les tarifs, la réponse aux besoins, et leur présence dans le secteur.

Les praticiens sont en revanche plus partagés concernant les soins au domicile puisqu'ils sont vingt soit 45% à avoir une opinion défavorable concernant ce critère, avec six (13,6%) très insatisfaits. Là encore, les médecins soulignent l'importance du carnet d'adresse (« Ça dépend du réseau que l'on a développé », « J'y arrive toujours mais parce qu'ils me connaissent »).

L'analyse en sous-groupe en fonction de la localisation, représenté en Annexe 10.9, retrouve ces chiffres globalement très favorables, particulièrement dans le secteur Raspail-Montparnasse recueillant uniquement des opinions satisfaites ou très satisfaites concernant l'accessibilité, les délais de prise en charge, les tarifs, la qualité de la prestation.



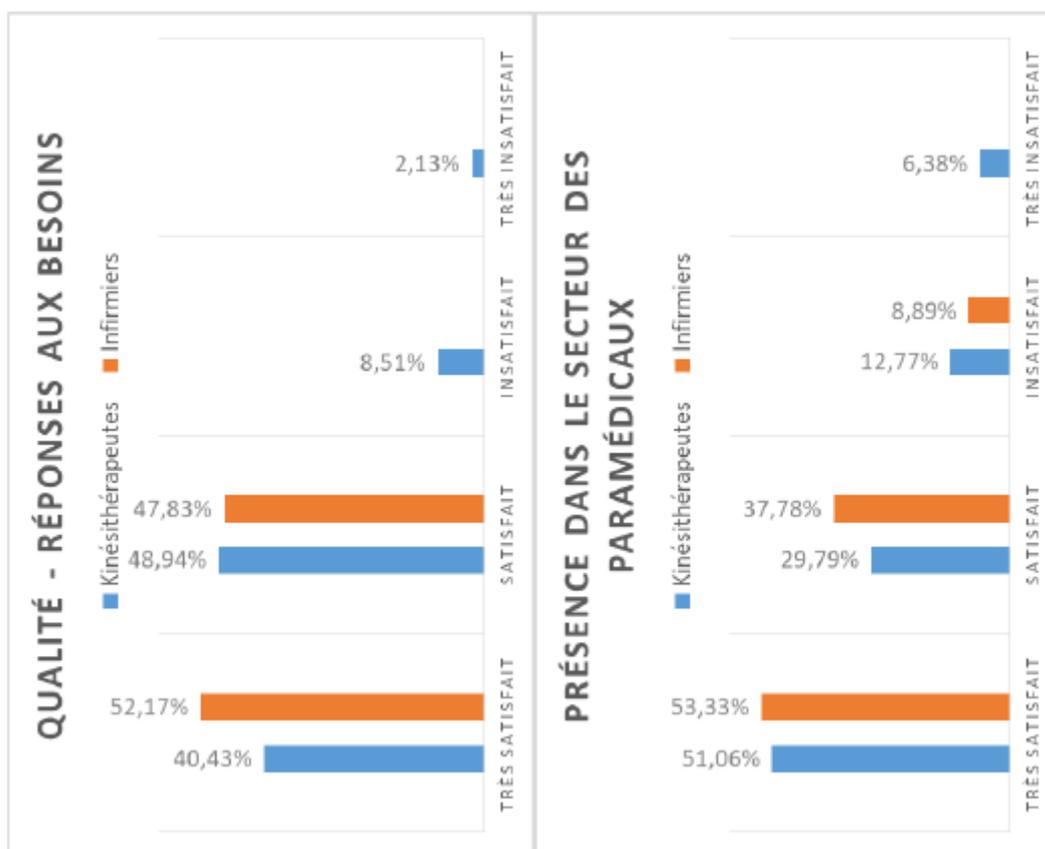


Figure 23 Etat des lieux du recours aux professionnels paramédicaux

Le secteur Montsouris-Dareau rencontre des difficultés concernant les délais de prise en charge où à l'inverse les deux praticiens interrogés ont une opinion défavorable

Il est à noter que le quartier Didot-Porte de Vanves récolte 75% d'opinion très satisfaite en ce qui concerne les tarifs, et 100% d'opinion favorable avec 50% très satisfaits en ce qui concerne la qualité de la prestation.

En revanche, le quartier Jean Moulin-Porte d'Orléans, dont nous avons trois entretiens, recueille les opinions les plus partagées avec un tiers d'insatisfaits ou très insatisfaits concernant l'accessibilité, les délais, la qualité de la prestation, et deux tiers d'insatisfaits en ce qui concerne les tarifs pratiqués.

Concernant les soins au domicile, la répartition est différente :

- Secteurs d'opinion favorable : Raspail Montparnasse (80% d'opinion favorable avec 40% très satisfaits), Pernety (83,3% d'opinion favorable), Mouton-Duvernet et Jean Moulin-Porte d'Orléans (66,7%).
- Secteur présentant des difficultés : Montsouris-Dareau recueille 100% d'opinion insatisfaite ou très insatisfaite.
- Didot Porte de Vanves ne recueille que 50% d'opinion favorable, avec seulement 10% de praticiens très satisfaits.

Concernant la présence dans le secteur, les quartiers les moins bien dotés sont dans l'ordre **Jean Moulin-Porte d'Orléans** (33,3% très insatisfaits), **Pernety** (25% insatisfaits), **Didot-Porte de Vanves** (20% très insatisfaits), **Raspail-Montparnasse** (16,7% insatisfaits), et **Mouton Duvernet** (14,3% insatisfaits).

L'état des lieux est également très positif en ce qui concerne **le recours aux infirmiers** : la totalité des médecins interrogés a une opinion favorable de la qualité de la prestation et des tarifs pratiqués, dont respectivement 52,2% et 67,5% très satisfaits. La principale différence avec les kinésithérapeutes est une opinion très majoritairement favorable concernant les visites à domicile, dans 93% des cas, dont très satisfaits dans 55,6% des cas.

L'accessibilité, les délais de prise en charge, et la présence dans le secteur sont également considérés favorablement par plus de 90% des généralistes.

L'analyse en sous-groupe montre que les praticiens de Didot-Porte de Vanves, Mouton-Duvernet et Jean Moulin-Porte d'Orléans sont tous satisfaits ou très satisfaits des soins infirmiers de leur territoire.

Le secteur Montsouris-Dareau recueille le plus d'opinion défavorable, avec 50% d'insatisfaits concernant les délais de prise en charge, 50% très insatisfaits concernant les prises en charge au domicile.

Concernant la présence dans le secteur, les quartiers **Pernety** et **Raspail Montparnasse** semblent être les moins dotés, avec respectivement 18,2% d'opinion insatisfaite pour l'un et 16,7% très insatisfaite pour l'autre.

4.3 Dispositifs et réseaux

4.3.1 Dispositifs territoriaux et recours sociaux

Parmi les médecins interrogés, 30 (66,7% des répondants) déclarent ne pas avoir un accès facile aux services sociaux pour gérer les difficultés des patients. Ces difficultés concernent particulièrement le secteur Didot Porte de Vanves (8 déclarant des difficultés soit 80% des praticiens de ce quartier), suivi de Pernety, Raspail-Montparnasse et Jean Moulin-Porte d'Orléans (66,7%).

Ils évoquent souvent la possibilité de passer par des structures territoriales comme les services sociaux du CLIC.

Durant cette question ouverte, demandant aux médecins quels sont les structures ou dispositifs territoriaux médicaux ou paramédicaux auxquels ils ont le plus recours, ainsi que leur degré de satisfaction pour chacun, nous observons que le plus souvent cité est le **CLIC (Centre local d'information et de coordination)**, évoqué par 66% des personnes interrogées, dont la majorité a une opinion favorable avec 77,4% de praticiens satisfaits ou très satisfaits du dispositif, dont 29% très satisfaits (**Tableau 13**) Le souhait d'évolution évoqué dans certains entretiens est une meilleure coordination avec le généraliste.

	CMP			AS foyer d'hébergement			Centre 15			Centre d'accueil Renault			CLIC			CPEF		
Modalités	n	n(%)	N	n	n(%)	N	n	n(%)	N	n	n(%)	N	n	n(%)	N	n	n(%)	N
Très satisfait	2	7,14	28	1	100	1	2	50	4	1	100	1	9	29,03	31	1	100	1
Satisfait	12	42,9		0			2	50		0			15	48,39		0		
Insatisfait	9	32,1		0			0	0		0			6	19,35		0		
Très insatisfait	5	17,9		0			0	0		0			1	3,23		0		

	HAD			MAIA			PMI			Point accueil cancer de la ville de Paris			Services sociaux de la mairie / ville de Paris			SSIAD		
Modalités	n	n(%)	N	n	n(%)	N	n	n(%)	N	n	n(%)	N	n	n(%)	N	n	n(%)	N
Très satisfait	7	38,9	18	1	16,7	6	0	0	1	1	100	1	0	0	2	4	20	20
Satisfait	6	33,3		4	66,7		1	100		0			0	0		12	60	
Insatisfait	5	27,8		0	0		0	0		0			1	50		3	15	
Très insatisfait	0	0		1	16,7		0	0		0			1	50		1	5	

Tableau 13 Etat des lieux du recours aux dispositifs territoriaux médicaux ou paramédicaux

Le CMP, que nous avons déjà évoqué, est mentionné par 28 praticiens (59,6%), avec des opinions très divergentes puisqu'il y a exactement autant de réponses d'opinion favorable et défavorable... Néanmoins nous retrouvons 17,9% de 'très insatisfaits' contre seulement 7,1% de 'très satisfaits'. Comme précisé précédemment, les principales demandes des généralistes sont une meilleure communication, un retour de courrier lorsqu'ils adressent des patients («*J'adresse des patients au CMP, mais après par contre je n'ai pas le moindre retour.* »), et des délais de rendez-vous moins long même si sur ce dernier point les praticiens reconnaissent que la structure est surchargée de demandes.

Le SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile), évoqué par 20 praticiens (42,5%), dont 19 pratiquant des visites à domicile, recueille majoritairement des avis favorables dans 80% des cas, dont 20% très satisfaits, les praticiens évoquant des différences selon les équipes («*Ça dépend des moments, c'est assez mitigé* »).

La HAD est évoquée par dix-huit praticiens (38,3%), qui sont treize (72%) à en être satisfaits ou très satisfaits. Il est à noter que tous les praticiens qui l'ont évoquée pratiquent des visites à domicile.

La MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) est évoquée dans six entretiens (12,7%), uniquement par des praticiens effectuant des visites à domicile, et recueille 16,6% d'avis très satisfaits, 66,6% de satisfaits.

Les services sociaux de la mairie de Paris, qui ne sont évoqués que dans deux entretiens, constituent le seul dispositif recueillant uniquement des avis insatisfaits ou très insatisfaits.

4.3.2 Les Réseaux de santé

Une très grande majorité de médecins généralistes prennent en charge leurs patients à l'aide d'un ou de plusieurs réseaux de santé, ils étaient 40 lors de notre étude soit 85,1%. Leur utilisation est décrite dans le **Tableau 14** :

Variable	Modalités	n	n(%)	N	n'(%)	N'
Prenez vous en charge des patients à l'aide d'un ou de plusieurs réseaux de santé ? Si oui, lesquels	Memorys – réseau gérontologie	22	55%	40	46,8%	47
	Réseau bronchiolite	1	2,5%		2,13%	
	Réseau diabète	8	20%		17,02%	
	Réseau périnatalité	2	5%		4,25%	
	Réseau rein	5	12,5%		10,64%	
	Réseau soins Palliatifs (Ensemble)	34	85%		72,34%	
	RespiAIR	2	5%		4,26%	
	REVHO	1	2,5%		2,13%	

Tableau 14 Recours aux réseaux de santé

Le réseau de santé le plus utilisé par les médecins généralistes du 14^{ème} arrondissement est de loin le **réseau de soins palliatifs Ensemble**, utilisé par 85% des médecins généralistes ayant recours aux réseaux (soit 72,34% des généralistes).

Le deuxième le plus utilisé est le réseau de prise en charge des personnes âgées fragiles et dépendantes **Memorys**, et les **réseaux de gérontologie en général** (dont Alois), auquel ont recours la moitié des praticiens.

Egalement utilisés dans des proportions moindres par rapport aux précédents, le réseau diabète est sollicité par 20% des généralistes et le réseau rein par 12,5%. Le réseau périnatalité, bronchiolite, RespiAIR, et Revho, sont moins utilisés (entre 2,5 et 5% chacun).

Parmi les généralistes utilisant les réseaux de santé, ils sont 32 (80%) à y faire appel à en cas de cas complexes à prendre en charge au domicile, le cas le plus souvent évoqué étant le recours à Ensemble. Pour 31 d'entre eux (96,9%), cette prise en charge constitue un recours utile et adapté à leurs besoins.

Les soirées de formation par les réseaux sont en revanche peu évoquées par les praticiens lorsqu'ils doivent citer leurs principaux moyens de formation continue (un seul entretien).

Les principales limites évoquées durant l'enquête sont la gestion des urgences et les demandes de prise en charge rapide (« *Souvent quand on les appelle c'est un peu dans l'urgence, puis ils prennent leur agenda 'rendez-vous dans 1 mois et demi' 'non mais dans un mois et demi elle ne sera plus là la patiente !'* »), parfois des difficultés de mise en place (« *A priori ça me facilite la tâche mais parfois ce n'est pas le cas* »), et la complexité qui découle de la prise en charge « collégiale » (« *C'est compliqué parce qu'il faut se réunir avec le médecin, l'infirmier, la secrétaire, la psychologue du coin et puis un rendez-vous à 5 c'est toujours un peu lourd... et là ce n'est plus une demi-heure de visite !* »).

Nous avons décidé d'évoquer avec les médecins généralistes leur connaissance ou non de la plateforme autonomie Paris Saint Jacques, mis en place récemment dans l'arrondissement : seulement onze praticiens (23,4 %) étaient informés de son existence.

Les réactions lors de l'explication du dispositif ont été assez diverses, suscitant parfois l'intérêt, mais régulièrement une méfiance qui pouvait prendre plusieurs aspects : la multiplication des ressources essentiellement (« *En quoi c'est innovant par rapport au Clic ? Multiplier le nombre de choses comme ça, ça devient obscur après.* »), mais aussi le format de formulaire qui ne conviendrait pas pour transmettre certaines informations, souhaitant plutôt des structures privilégiant les moyens de communication directe (« *Parce que si on doit en plus remplir des choses qui nous 'gonflent' en termes de paperasserie tout ça...* », « *Je suis radicalement contre le remplissage de formulaire au lieu de la communication entre professionnels, parce qu'il y a des choses qu'on ne peut pas dire. Attention aux formulaires* »).

4.4 Relations avec l'hôpital, lien ville-hôpital

4.4.1 Des difficultés à joindre l'hôpital

L'accès à l'hôpital par téléphone est complexe pour les MG : ils sont 34 (72,3%) à rencontrer des difficultés à joindre un praticien hospitalier, que ce soit pour un avis, ou une demande d'hospitalisation, et 36 (76,6%) pour joindre un secrétariat pour obtenir un compte rendu ou un rendez-vous pour leur patient.

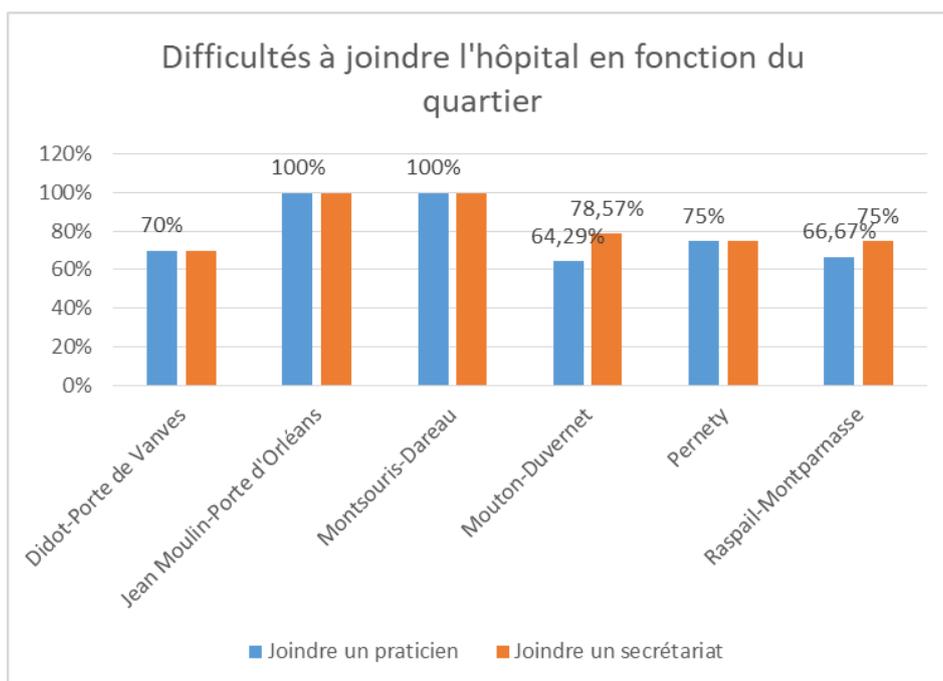


Figure 24 Difficultés à joindre l'hôpital en fonction du secteur

Ces difficultés semblent concerner particulièrement les quartiers Jean-Moulin et Montsouris-Dareau, (Figure 24, tableau en Annexe 10.10). A l'inverse, les secteurs Didot-Porte d'Orléans, Mouton Duvernet et Raspail Montparnasse rencontrent un peu moins de difficultés à joindre un praticien hospitalier, les deux derniers étant les seuls quartiers soulignant avoir plus de difficultés lorsqu'il s'agit de joindre un secrétariat.

Ce résultat est à nuancer, avec de nombreuses remarques de la part des praticiens interrogés, ayant parfois des difficultés à nous donner une réponse.

La première remarque concerne l'importance de ne pas généraliser ce constat à tous les établissements, car il existe une très grande variabilité entre les hôpitaux et les services, certains pouvant être joints sans aucune difficulté, à l'inverse d'autres où l'accès est décrit totalement impossible. Malheureusement, à l'échelle de leur activité quotidienne, il est plus fréquent qu'ils se retrouvent en difficulté, même s'ils reconnaissent une amélioration ces dernières années (« Ils ont fait beaucoup d'efforts », « Ça dépend de l'hôpital et quel praticien même si c'est mieux avec les lignes directe, mais ce n'est pas vrai pour tous, globalement ça reste oui [difficile] »). Les praticiens semblent avoir plus de difficultés à joindre les hôpitaux de l'APHP (« Cochin et Necker sont assez difficiles à joindre »), alors qu'ils différencient des établissements comme

l'hôpital Saint Joseph, l'institut Gustave Roussy et Curie comme étant plus facilement accessibles.

Cette accessibilité est permise notamment par le développement de numéros directs dans les services, entre autres via des systèmes comme « médecins partenaires » et « allo Saint-Jo », connus par 36 (76,6%) médecins (« *De ce fait [application allo Saint Jo], j'ai une relation exclusive avec eux (...) pour les autres c'est une galère* »), même si certains soulignent un système encore perfectible avec des accès restant difficiles selon les services (« *C'est toujours utile mais il faut qu'ils répondent !* », « *Certains fonctionnent très bien, d'autres un peu moins.* »), et des difficultés techniques avec l'application allo Saint Jo (« *Je n'ai jamais réussi à le télécharger* », « *J'ai redemandé mes codes et je ne les ai jamais reçus* »).

D'autres systèmes de numéros directs étaient évoqués par les praticiens, comme le numéro d'urgences embolie pulmonaire de l'HEGP (donc hors 14^{ème} arrondissement), et les numéros directs pour l'institut mutualiste Montsouris.

Les difficultés d'accessibilité se matérialisent essentiellement sur la recherche du bon interlocuteur, les praticiens étant souvent renvoyés d'un poste téléphonique à un autre, le nombre d'intermédiaires allongeant le délai de réponse à leur appel, parfois malgré le numéro c'est la disponibilité qui pose problème, là encore la rapidité dépend des hôpitaux et des services (« *Ils ont refait le site internet de l'APHP et il n'y a plus aucun numéro (...), il faut passer par le standard, et là c'est l'enfer sur terre* », « *C'est très complexe d'avoir un correspondant à l'hôpital, de savoir sur qui tomber* », « *Soit c'est 'hyperfacile' et là c'est un miracle, soit c'est un jeu de piste où on est 'balancé' d'une boîte vocale à une autre, c'est désespérant (...) On peut avoir un 'coup de bol' on a le numéro tout de suite (...) c'est génial, ou bien il est en visite, en staff, il va vous rappeler, il n'est pas là, on tombe sur la secrétaire qui est sur répondeur dans ses horaires où elle devrait être là et elle n'est pas là ... On perd beaucoup de temps et c'est très désespérant.* »).

Cette amélioration progressive est notée par les médecins, mais elle ne concerne pas seulement la communication téléphonique : les praticiens utilisent également les plateformes de rendez-vous en ligne, de développement récent à l'APHP et plutôt appréciées, mais aussi les mails des hospitaliers pour les avis en remplacement des numéros de téléphone, ces derniers permettant de donner plus d'informations sous format écrit avec des délais de réponses satisfaisants (« *Les mails ça marche limite dans la minute* », « *Les mails sont très adaptés car on peut mettre plein de choses* »).

4.4.2 Le patient hospitalisé, gestion du lien avec la ville

Lorsque les MG doivent faire hospitaliser leurs patients, on constate que la majorité d'entre eux utilisent les deux moyens de recours que sont l'adressage aux urgences générales, et l'admission directe dans un service hospitalier après contact avec un praticien (**Tableau 15**). On constate néanmoins que plus d'un tiers des praticiens utilise l'admission directe.

Variable	Modalités	n	n(%)	N
Comment procédez-vous pour demander l'hospitalisation d'un de vos patients ?	Adressé aux urgences	10	21,28%	47
	Directement dans un service hospitalier après contact avec un praticien	17	36,17%	
	Les deux	20	42,55%	

Tableau 15 Moyen d'hospitalisation des patients

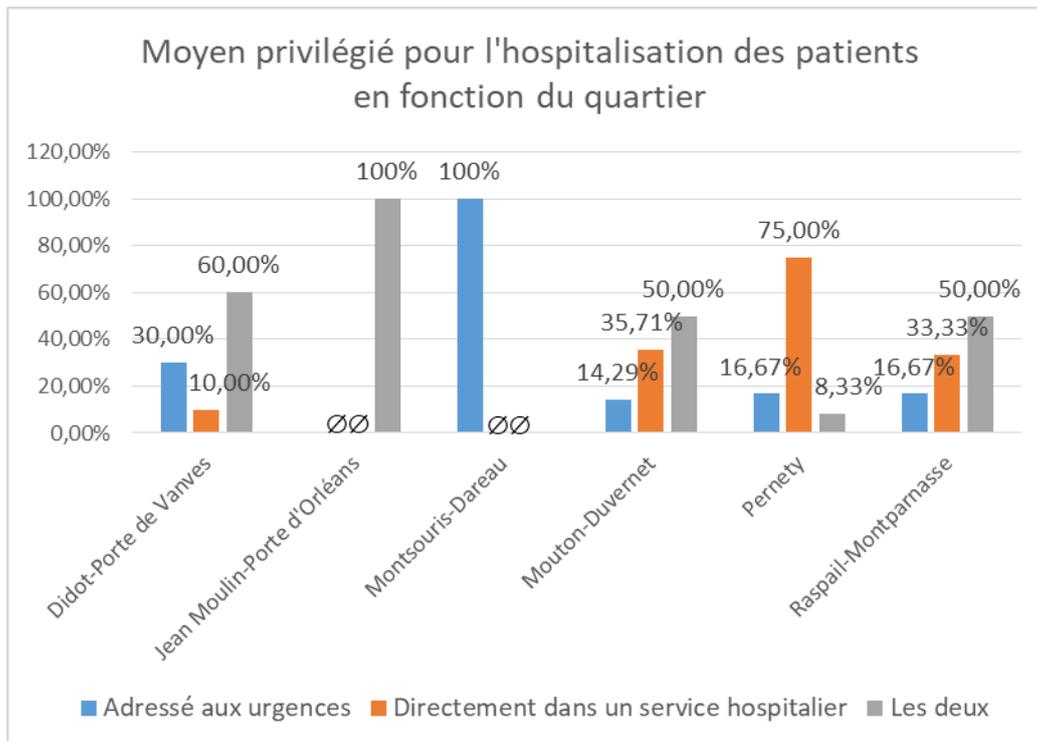


Figure 25 Moyen privilégié pour l'hospitalisation des patients en fonction du quartier

L'analyse en sous-groupe en fonction du secteur (**Figure 25**, tableau en Annexe 10.11) retrouve que 75% des praticiens de **Pernety** privilégient l'admission directe dans un service hospitalier, les deux autres quartiers utilisant de façon notable ce moyen sont **Raspail-Montparnasse** et **Mouton-Duvernet** avec respectivement 33,3% et 35,7% des praticiens. L'utilisation des deux moyens reste la réponse majoritaire, à l'exception de nos deux entretiens du secteur Montsouris-Dareau n'indiquant que l'admission par les urgences.

L'analyse en sous-groupe en fonction de l'âge, représenté en **Figure 26** (même Annexe), montre que les moins de 40 ans orientent majoritairement directement vers le service hospitalier, alors que pour toutes les autres classes d'âge c'est l'utilisation des deux moyens qui est majoritaire.

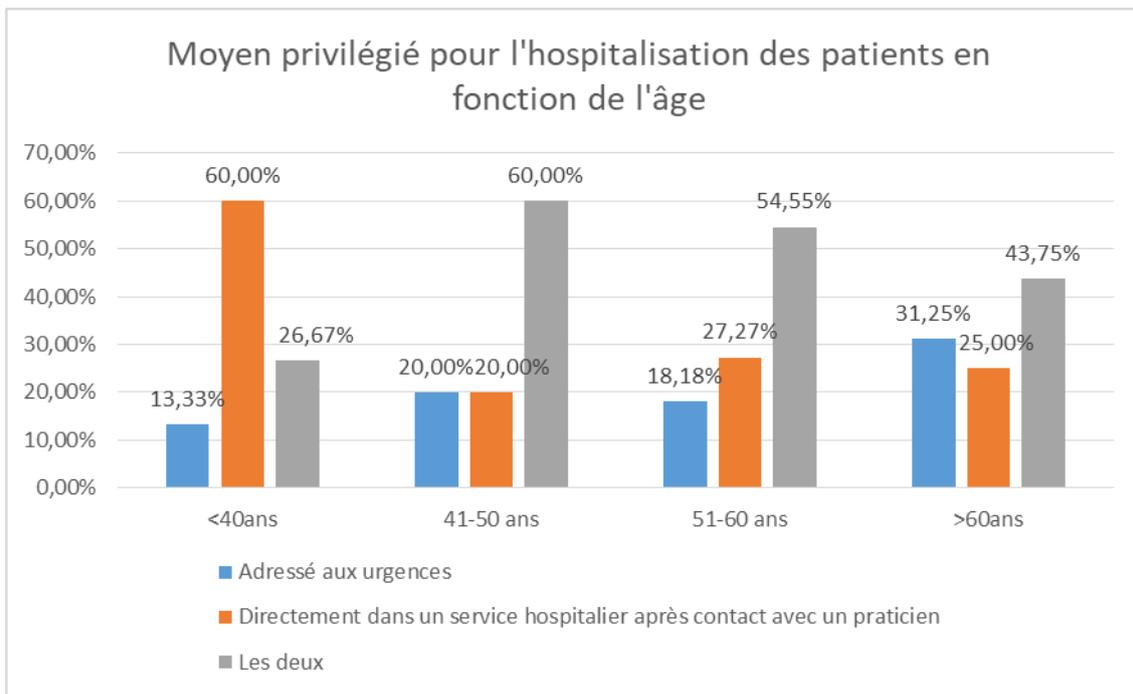


Figure 26 Moyen privilégié pour l'hospitalisation des patients en fonction de l'âge

La principale limite à utiliser l'admission directe dans un service hospitalier est l'exigence d'un passage aux urgences par certaines structures hospitalières, même lorsque le lien avec le praticien du service hospitalier est fait (« *On est quand même toujours obligés de passer par les urgences* », « *Je suis obligé de faire passer par les urgences parce qu'on n'a aucun moyen de contourner* », « *J'ai perdu du temps à essayer de joindre la bonne personne pour finalement entendre 'faut que vous l'envoyiez aux urgences (...), ils nous l'enverront'* ». De plus, certains praticiens évoquent qu'il y aurait plus de 'chances' à faire hospitaliser leur patient en passant par ce biais qu'en multipliant les appels vers les services (« *Je ne me fais plus 'suer' à essayer à téléphoner, sauf cas particulier, c'est moins pratique pour le malade qui attend plus longtemps mais malgré tout, il y a plus de chances qu'il soit pris [hospitalisé] en urgence* »).

Le degré d'urgence est également déterminant dans la stratégie du médecin généraliste, si une hospitalisation programmée nécessitant quelques jours de délais, mais directement dans le service, est envisageable ou non (« *Quand c'est urgent on est obligé de passer par les urgences même si on prévient le service* », « *J'essaie d'éviter les urgences (...) c'est vrai qu'il faut attendre qu'il y ait une place, mais on y arrive* »).

L'autre élément entrant dans la décision est une nouvelle fois le réseau de correspondants, les médecins parvenant plus facilement à contourner les urgences s'ils connaissent les praticiens hospitaliers (« *Directement à l'hôpital [dans le service] en priorité si je connais les correspondant hospitaliers* »), ceci est également vrai si le patient est déjà connu du service (« *Quand c'est plus personnalisable ou que le patient est connu je téléphone l'interne ou le chef de clinique du service (...) et on essaie de programmer l'hospitalisation pour éviter le circuit urgences* »).

Variable	Modalités	n	n(%)	N
<i>Etes-vous sollicité lors de la sortie d'hospitalisation de vos patients qui nécessitent des soins à la sortie (appel téléphonique, HAD, soins au domicile)</i>	Jamais	12	25,53%	47
	Rarement	23	48,94%	
	Souvent	10	21,28%	
	Très souvent	2	4,26%	

Tableau 16 Recours au médecin généraliste lors de la sortie d'hospitalisation de patients nécessitant des soins

La majorité des médecins généralistes regrette de ne pas être plus souvent sollicitée lors de la sortie de leurs patients nécessitant des soins à la sortie : près de la moitié se déclare rarement sollicitée, et un peu plus du quart jamais (

Tableau 16). Il n'y a pas de variation notable en fonction de l'âge du praticien.

La seule exception rapportée est une sortie en HAD, cas où ils seraient plus contactés en tant que médecin traitant du patient, avec comme réserve qu'il s'agirait plus d'un devoir d'information qu'une association à l'organisation de la prise en charge (« *S'il y a la HAD normalement ils nous appellent, autrement...* », « *Je suis éventuellement prévenue quand il y a une HAD qui se met en route, mais voilà je n'ai pas beaucoup de patient en HAD...et puis on me demande pas vraiment mon avis d'ailleurs* »).

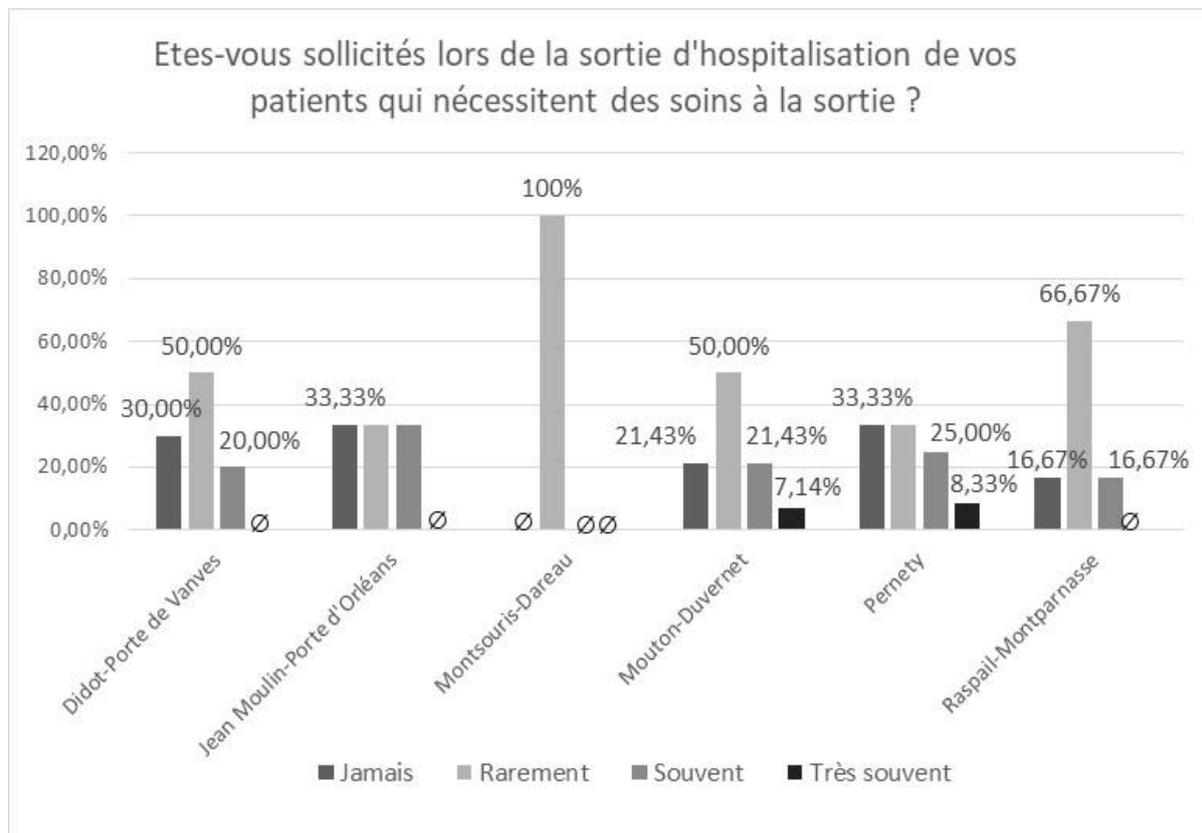


Figure 27 Recours au médecin généraliste lors de la sortie d'hospitalisation de patients nécessitant des soins en fonction du territoire

En analyse en sous-groupe en fonction du quartier (**Figure 27**, tableau en Annexe 10.12) il apparaît que ce sont essentiellement les secteurs **Raspail-Montparnasse et Montsouris-**

Dareau qui sont peu sollicités. A l'inverse les quartiers **Pernety** (25% sollicité souvent, 8,33% très souvent), **Mouton-Duvernet** (21,43% souvent, 7,17% très souvent), **Didot-Porte de Vanves** (20% souvent) et **Jean Moulin-Porte d'Orléans** (33,33% sur la base de trois entretiens) semblent être plus régulièrement impliqués dans les sorties d'hospitalisation de leurs patients, ce qui correspond aux secteurs centre et sud-ouest de l'arrondissement.

Le principal manque qui cristallise les revendications à la sortie d'hospitalisation est le retard à l'envoi, voire l'absence, de compte rendu adressé au médecin traitant.

Cette situation est mal vécue par la profession d'autant qu'elle est source de rendez-vous, après le retour au domicile, où le praticien manque d'éléments pour mener sa consultation, apprenant souvent à cette occasion que son patient avait été hospitalisé... Les seules possibilités de reconstituer le parcours du patient sont alors de demander la transmission du compte rendu, avec les difficultés évoquées précédemment, ou si le patient est lui-même en possession du document (« *A Saint Joseph, les patients sortent avec leur CRH au moins, ça c'est quand même appréciable* »).

Cependant, cette communication semble mieux fonctionner avec certaines structures hospitalières et certains services, que ce soit par un envoi postal systématique du compte rendu dans des délais raisonnables, voire immédiat par les messageries sécurisées, même si elles sont considérées comme sous-exploitées (« *Je devrai avoir tout en instantané sur MS santé.* », « *Il y en a beaucoup qui envoient bien les comptes rendu de consultation et d'hospitalisation sur MS santé (...) Le patient est encore à l'hôpital et j'ai déjà reçu son compte rendu.* »). L'existence d'une organisation commune de la sortie n'a été rapportée que dans un seul entretien.

Cette grande variabilité en fonction des services rajoute d'autant plus de frustration pour certains praticiens (« *C'est fonction des services et ça c'est une chose qui n'est pas normale (...) Pourquoi est-ce que ça marche avec le service du professeur 'Dupont' et pas celui avec le professeur 'Durand' ?* »).

La remise d'un compte rendu provisoire au patient à sa sortie est également appréciée par les médecins, mais certains regrettent qu'elle ne soit parfois pas suivie d'un envoi de compte rendu définitif au praticien.

Finalement, c'est le manque d'information, de façon générale, de l'hospitalisation de leurs patients que rapportent les praticiens, suivi d'un manque de communication à la sortie pour un relai optimal avec la médecine de ville, sans pouvoir en identifier clairement les raisons : manque de temps des professionnels, méconnaissance de l'existence du médecin traitant, sous-estimation du relai avec la médecine de ville, dysfonctionnement au niveau administratif, sont quelques-uns des motifs supposés par les généralistes (« *Les patients ne sont pas incités à venir voir leur médecins, on leur donne des ordonnances pour 3 mois* », « *Il y a quand même des secrétaires dont c'est le métier de vérifier que j'aie un courrier, dans un service où elle [la patiente] a déjà été et où ils ont donc normalement mes coordonnées* », « *Je pense que l'hôpital est débordé et le secrétariat fait défaut à l'hôpital* »)

Une idée a d'ailleurs été évoquée lors d'un des entretiens, raisonnant en miroir de la disponibilité des numéros directs des praticiens hospitaliers : l'existence également dans les hôpitaux d'une liste des numéros des médecins généralistes du quartier pour encourager à joindre les médecins traitants en cas d'hospitalisation de leurs patients...

4.4.3 Le développement de l'accès direct

Compte tenu des réponses précédentes, nous retrouvons de façon assez attendue une très large majorité de praticiens souhaitant le développement de numéros de téléphone pour joindre les praticiens hospitaliers (44 soit 93,6%), pour obtenir un avis ou demander une hospitalisation, dédiés aux médecins libéraux, dans la continuité cette amélioration de l'accès à l'hôpital (« *Depuis qu'on a les numéros c'est beaucoup mieux !* », « *Saint Joseph, qui a mis en place une application : c'est royal* », « *Enorme amélioration depuis médecins partenaires* »).

Les principales réserves émises durant les entretiens étaient de ne pas multiplier par excès ces systèmes (« *Il faut arrêter la multi-communication, on est un peu submergés* »), au profit d'un travail d'amélioration de ceux qui existent déjà, les exemples souvent repris étant médecin partenaire et allo Saint Jo (« *Ce n'est pas une mauvaise idée mais encore faut-il que ça fonctionne vraiment* », « *Ça paraît génial, mais ça ne marche pas quand on en a besoin* », « *Quand on a le spécialiste qui va bien sur la petite liste, le numéro de téléphone dédié aux médecins de ville pour des avis urgents c'est bien, et quand la spécialité n'entre pas dans la case, là c'est le début de l'enfer* »).

Les praticiens ayant appris l'existence de ces dispositifs lors de notre étude souhaitent également une amélioration de la communication auprès des libéraux sur l'existence de ces numéros directs, mais les praticiens les utilisant nous notifiaient également un besoin d'information auprès des praticiens hospitaliers (« *Ils sont très surpris quand on les appelle 'mais comment vous avez eu mon numéro ?'* »).

Comme évoqué précédemment, certains ajoutent qu'ils souhaiteraient le développement des systèmes de mails qui semblent être plus adaptés à leurs besoins dans certains cas, ou des systèmes d'application.

Nous retrouvons de nouveau cette importance du réseau, avec des médecins généralistes qui ne sont pas forcément orientés vers le développement de numéros directs à titre personnel puisqu'ils connaissent les praticiens et savent donc comment les joindre directement, ce qui peut faciliter les demandes d'hospitalisation (« *Pas besoin car j'ai déjà de bons contacts* »).

5- CONDITIONS D'EXERCICE, DIFFICULTES QUOTIDIENNES ET PROPOSITIONS D'AMELIORATION

5.1 Conditions globales d'exercice

5.1.1 Analyse globale

Variable	Modalités	n	n(%)*	N
Prise en charge au cabinet	Oui	37	82,22%	45
	Non	8	17,78%	
Prise en charge à domicile	Oui	25	62,50%	40
	Non	15	37,50%	
	Sans objet**	4		

Tableau 17 Satisfaction générale des médecins généralistes de la prise en charge de leurs patients

**n(%) Pour l'intégralité des résultats exposés dans cette partie, n(%) est calculé par rapport au nombre de répondants N, ne prenant pas en compte les réponses 'sans objet' et non répondants ; **Sans objet : médecins ne réalisant pas des visites à domicile*

Si les médecins généralistes identifient des situations problématiques dans leur exercice quotidien, nous pouvons constater que la majorité est satisfaite de la prise en charge des patients (**Tableau 17**).

Nous remarquons tout de même un décalage important entre la prise en charge au cabinet, satisfaisante pour 82,2% des praticiens, et la prise en charge au domicile qui n'est satisfaisante que pour 62,5% des médecins.

Ce cas particulier des prises en charge au domicile a souvent été détaillé en entretien par les praticiens. Les causes de cette différence de satisfaction évoquées sont diverses : la complexité globale, les conditions matérielles, la tenue du dossier plus complexe (« *Ça manque d'informatique (...) j'aimerais pouvoir avoir accès à mon logiciel en VAD* »), les possibilités d'intervention diminuées par rapport aux consultations en cabinet, avec pour conséquence une sensation de prise en charge nettement moins optimale du patient suivi au domicile, alors qu'il s'agit le plus souvent de patients âgés, complexes, polyopathologiques, par rapport aux patients suivis en consultation au cabinet (« *Les personnes qui sont vraiment bloquées à domicile, elles n'ont pas le service auquel elles devraient vraiment avoir droit.* », « *Je pense que c'est plus complet dans le cadre des patients [en consultation]* », « *C'est un peu plus compliqué pour ceux qui sont en maison de retraite c'est toujours un peu frustrant, les pauvres.* »). Ces difficultés sont parfois la cause de freins à prendre de nouveaux patients en visite à domicile, comme évoqué dans la thèse de Raphaël Pecqueur.

5.1.2 Analyse en sous-groupes

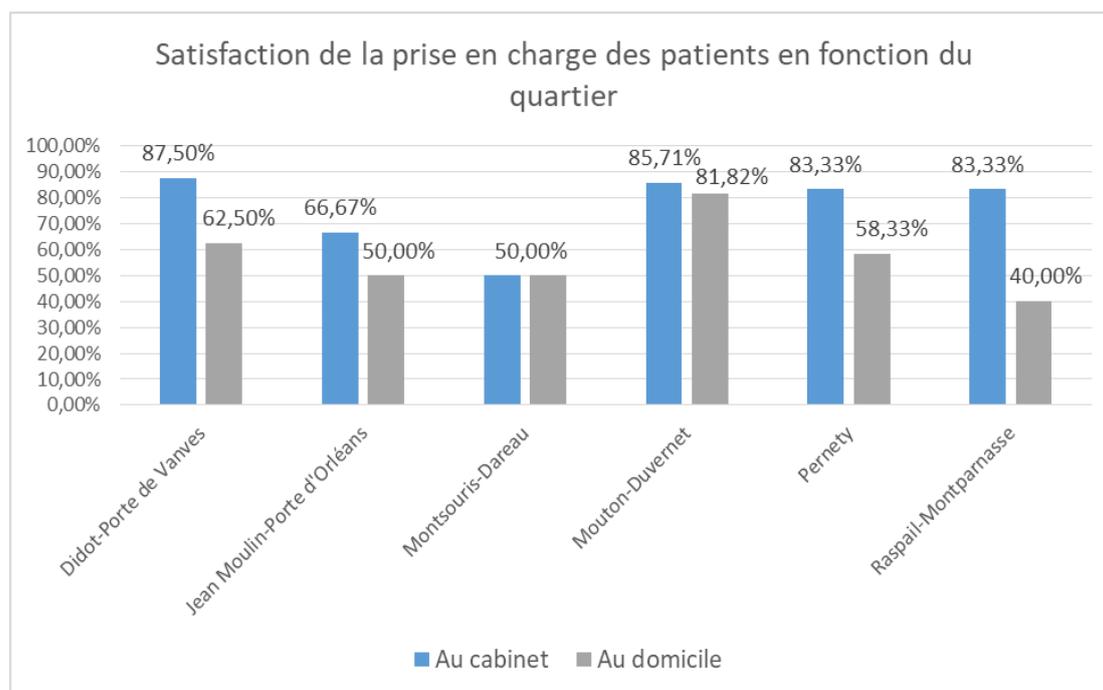


Figure 28 Satisfaction générale des médecins généralistes concernant la prise en charge de leurs patients en fonction de la localisation

Nous retrouvons ce « décrochage » de la satisfaction dans la prise en charge des patients suivis à domicile par rapport au cabinet lors de l'analyse en sous-groupe en fonction de la localisation (**Figure 28**, tableau en Annexe 10.13), à l'exception de Montsouris-Dareau qui obtient le même taux de satisfaction avec deux entretiens disponibles. Cette différence est particulièrement notable dans les secteurs **Didot-Porte de Vanves** (-25%), **Pernety** (-25%), et **Raspail-Montparnasse** (-13,3%), ce dernier ayant le taux de satisfaction le plus faible concernant la prise en charge à domicile, ce qui correspond à la partie ouest et nord de l'arrondissement. Le secteur **Mouton Duvernet** recueille les meilleurs taux de satisfaction et pour les deux lieux de prise en charge avec respectivement 85,7% et 81,8% de satisfaction au cabinet et au domicile.

L'analyse en sous-groupe en fonction de l'âge, représentée en **Figure 29** (tableau en Annexe 10.14) montre un meilleur taux de satisfaction dans la prise en charge au cabinet chez les plus de 60 ans, avec plus de 90% d'opinion satisfaite, par rapport au moins de 40 ans qui sont 78,6%. Néanmoins ce taux ne croit pas toujours avec l'âge comme on peut l'observer dans la tranche 41-50 ans.

En revanche, on constate que le taux de satisfaction pour la prise en charge à domicile croit avec l'âge, passant de 33,3% chez les moins de 40 ans, à 85,7% chez les plus de 60 ans. Cette relation n'est pas linéaire mais plus nette que le cas des prises en charge au cabinet.

On constate par ailleurs que le décalage entre la prise en charge au cabinet et à domicile a tendance à s'atténuer avec l'âge : de -45,2% chez les moins de 40 ans, il n'est plus que de -7,6% après 60 ans. Cette relation n'est pas parfaitement linéaire puisque la différence la moins importante est observée pour la tranche 51-60 ans avec -4%.

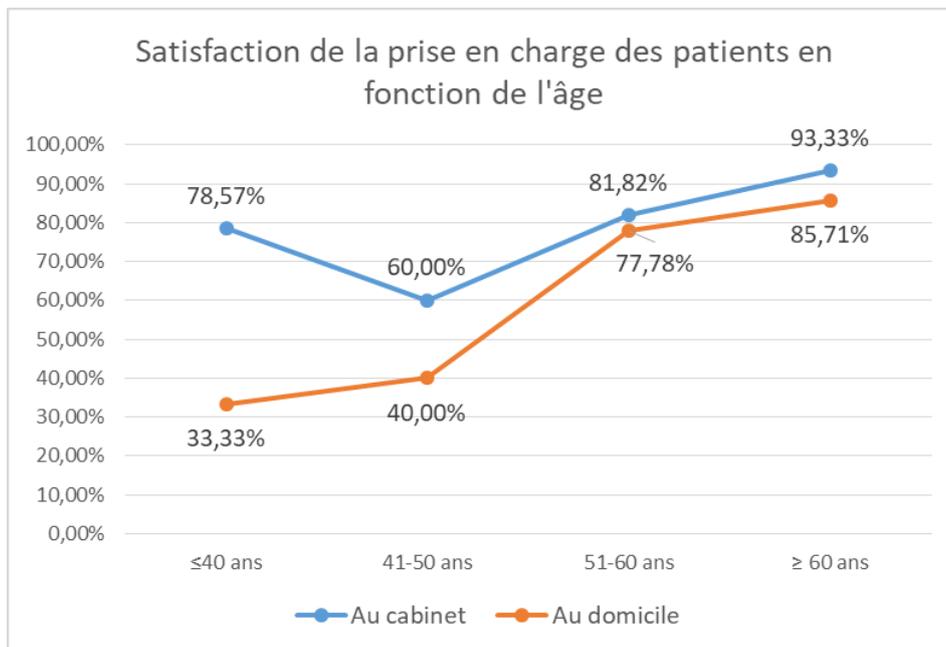


Figure 29 Satisfaction de la prise en charge des patients en fonction de l'âge

Il existe une part un peu plus importante de médecins généralistes satisfaits de leur prise en charge au cabinet parmi ceux exerçant en groupe (84,4%) par rapport à ceux exerçant seuls (76,9%), ces résultats sont présentés en **Figure 30** (tableau en Annexe 10.15).

En revanche, il existe une différence plus importante, avec un rapport inverse, concernant la prise en charge au domicile : 72,7% des praticiens exerçant seuls sont satisfaits de la prise en charge de leurs patients à domicile, contre seulement 58,6% de ceux exerçant en groupe, avec une différence plus importante chez ces derniers entre les deux modes de prise en charge.

Parmi les douze praticiens exerçant en structure pluri-professionnelle, dix (83,3%) sont satisfaits de leur prise en charge au cabinet, mais seulement deux de leur prise en charge au domicile, sur les huit faisant des visites (soit 25% des médecins en exercice pluriprofessionnel réalisant des visites).

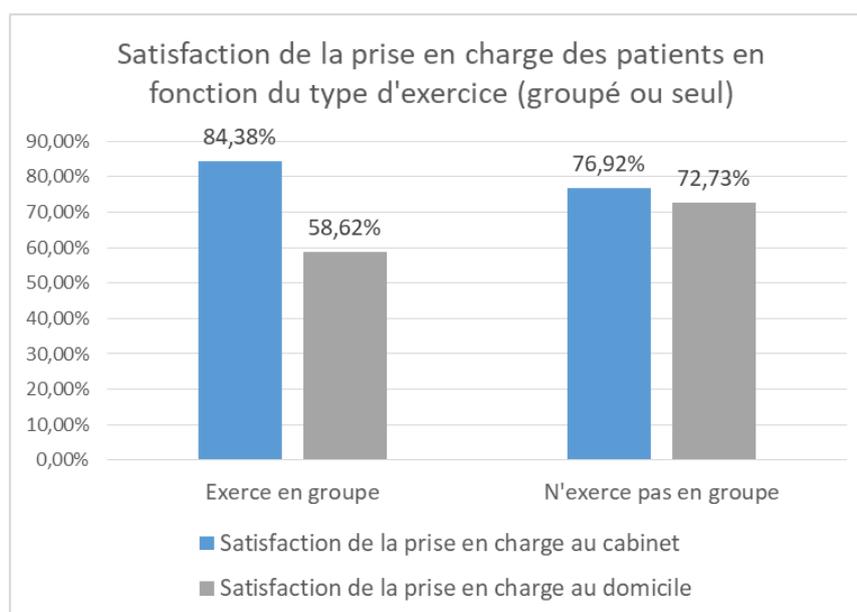


Figure 30 Satisfaction de la prise en charge des patients en fonction du type d'exercice (groupé ou seul)

Parmi les 36 médecins exerçant une activité libérale intégrale, 29 (80,6%) sont satisfaits de leur prise en charge en cabinet et 20 (55,6%) au domicile, les praticiens à activité mixte sont 8 (72,7%) à être satisfaits de leur prise en charge à domicile, et 5 (45,4%) au domicile.

Variable	Modalités	n	n(%)*	N	Temps clinique moyen hebdomadaire (h) [médiane]	Temps administratif moyen hebdomadaire (h) [médiane]
Prise en charge au cabinet	Oui	37	82,22%	45	41,11 [40]	5,51 [4,75]
	Non	8	17,78%		34,88 [31,5]	3,63 [3]
Prise en charge à domicile	Oui	25	62,50%	40	42,04 [40]	6,29 [5]
	Non	15	37,50%		38,9 [36]	3,93 [3,75]
	<i>Sans objet**</i>	4				

Tableau 18 Satisfaction de la prise en charge des patients en fonction du temps de travail

L'analyse en fonction du temps de travail est représentée dans le **Tableau 18** et montre qu'en moyenne, les médecins satisfaits de la prise en charge de leurs patients à domicile comme au cabinet ont un temps clinique moyen hebdomadaire un peu plus élevé. Mais ce constat est valable également pour le temps administratif moyen hebdomadaire.

	Modalités		n	n(%)	n'(%)*	N
Prise en charge au cabinet	Accepte de nouveaux patients MT au cabinet	Satisfait	36	92,31%		39
		Non satisfait	3	7,69%		
	N'accepte pas de nouveaux patients MT au cabinet	Satisfait	1	16,67%		6
		Non satisfait	5	83,33%		
Prise en charge au domicile	Accepte de nouveaux patients MT au domicile (VAD programmée)	Satisfait	9	64,29%		14
		Non satisfait	5	35,71%		
		<i>Sans objet</i>	0			
	N'accepte pas de nouveaux patients MT au domicile (VAD programmée)	Satisfait	16	53,33%	61,54%	30
		Non satisfait	10	33,33%	38,46%	
		<i>Sans objet</i>	4	13,33%		

Tableau 19 Satisfaction de la prise en charge des patients en fonction de l'acceptation de nouveaux patients en médecin traitant au cabinet et au domicile.

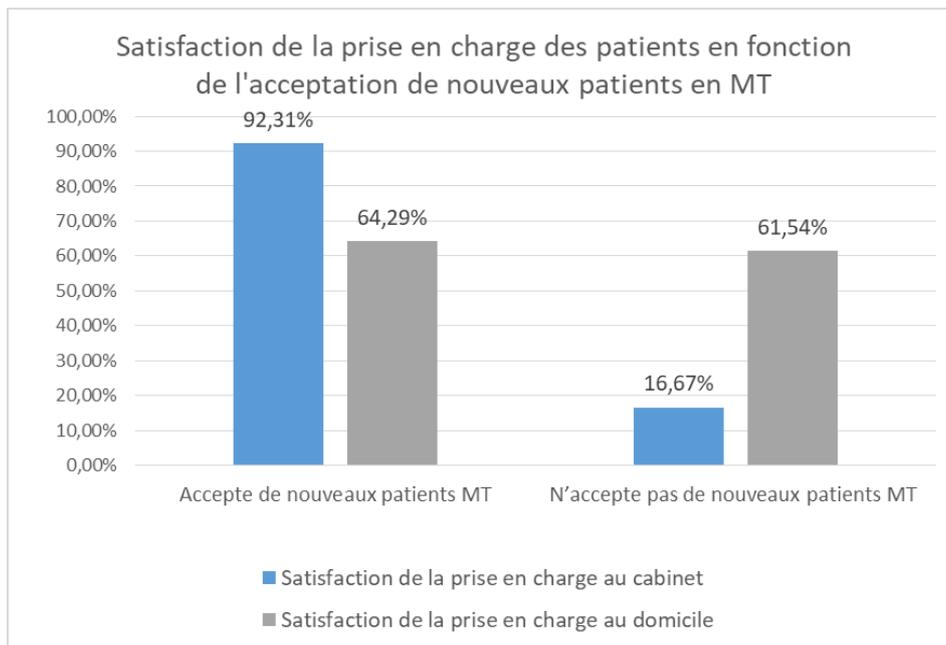


Figure 31 Satisfaction de la prise en charge des patients en fonction de l'acceptation de nouveaux patients en médecin traitant au cabinet et au domicile.

Lors de l'analyse en sous-groupe, représentée dans le

Tableau 19 et **Figure 31**, nous constatons que la quasi-totalité des médecins acceptant de nouveaux patients en médecin traitant au cabinet sont satisfaits de leur prise en charge au cabinet (92,3%), alors qu'à l'inverse plus de 80% des médecins n'acceptant pas de nouveaux patients en médecin traitant ne sont pas satisfaits de la prise en charge des patients.

Ce constat n'est pas retrouvé aussi nettement pour les prises en charge au domicile, puisqu'il y a quasiment le même taux de praticiens satisfaits de la prise en charge au domicile parmi ceux acceptant de nouveaux patients en médecin traitant (cas de la visite à domicile programmée, voir également la thèse de Raphaël Pecqueur) que parmi ceux n'acceptant pas de nouveaux patients en médecin traitant, avec respectivement 64,3% et 61,5%.

Durant les entretiens, les médecins nous ont régulièrement fait la remarque de la complexité de cette question (« *Il faut demander aux patients !* », « *C'est difficile comme question !* »), souvent au-delà des thématiques abordées avec des aspects qui devraient évoluer, beaucoup concluaient que les soins pouvaient être améliorés mais restaient satisfaisants (« *Elle pourrait être améliorée mais je me débrouille avec ça* », « *On a encore beaucoup de chance d'être en France* », « *On est toujours perfectible* », « *Je ne suis pas mécontent de mes conditions de travail (...)* *Tout est toujours améliorable, mais je n'ai pas une grande souffrance au travail donc ça va.* »).

5.2 Principales difficultés rencontrées au quotidien

Dans les dernières questions de nos entretiens, nous demandions sous forme de question ouverte quels étaient les trois principaux problèmes rencontrés dans l'activité médicale quotidienne.

5.2.1 La gestion du temps

La question du temps, sur tous ses aspects, est de loin la première problématique évoquée par les médecins généralistes, presque dans la moitié des entretiens: un manque de temps dans leur activité quotidienne, et ce qui leur prend trop de temps.

De la même manière, beaucoup des réponses suivantes sont corollaires au temps, et il arrivait que les médecins résumant finalement en cette seule réponse leurs problèmes au quotidien, avec des répercussions sur le temps médical (« *Tout cela vient du temps que ça génère et qu'on n'a pas* », « *Je suis en retard sur tout* », « *Il faudrait pouvoir se démultiplier* », « *On ne peut pas rester suffisamment longtemps avec les patients* », « *Si on veut réussir à garder un bon temps de consultation par patient ; soit on travaille plus (...) ou alors on diminue l'accessibilité des consultations, il y a toujours cette équation entre qualité de vie professionnelle/personnelle/accessibilité des consultations.* »).

Il s'agit notamment du temps médical en consultation, que ce soit les difficultés de gestion de l'agenda avec le flux de patients, les demandes de consultations 'urgentes' finalement non justifiées (« *Comment 'caser' tout le monde* ») ou au contraire la gestion des 'vraies' urgences, et l'accumulation des motifs de consultation.

Mais il s'agit également du temps 'médical' hors consultation, notamment en cas de besoin d'obtenir un avis spécialisé rapide, et du temps non médical, notamment administratif, et la gestion du téléphone. Ces différents items sont développés dans les points suivants.

5.2.2 La gestion administrative, hors consultation, ou téléphonique

Les difficultés rencontrées dans l'activité médicale quotidienne des praticiens dans le domaine de la gestion non biomédicale sont largement dominées par la **surcharge administrative**, qui est le deuxième problème le plus souvent évoqué.

Cette surcharge concerne aussi bien l'exigence de multiples certificats que la pression administrative liée à l'activité libérale, d'autant plus frustrante pour les praticiens quand elle a des répercussions sur le temps médical (« *Judiciarisation' de la société : il faut des certificats pour tout (...) ce recours au médecin parasite notre exercice* », « *Tous les certificats médicaux à remplir alors qu'on sait que ça ne va pas changer grand-chose dans la maladie* », « *L'administratif, c'est inintéressant au possible, c'est intellectuellement nul* »).

Là encore, cette complexité rejoint celle du temps pris par ces tâches, et du manque de temps pour les réaliser (« *C'est la paperasse avec tous les dossiers à remplir, du 'style' MDPH (...) on y passe un temps fou et puis il est refusé parce qu'on a oublié une date ou un arrondissement, il y a une perte de temps là-dessus énorme.* »)

Les conflits avec la CPAM ont été mentionnés, avec des situations rapportées d'absence de remboursements de certains tiers payants ou accident de travail, et l'impossibilité à joindre le bon interlocuteur pour une réclamation (« *Mes tiers payants, comme en plus je ne cours pas après, je ne suis pas payée (...) tous mes impayés je ne sais pas qui appeler (...)* On doit appeler

le [numéro] attendre 2 heures pour tomber sur quelqu'un qui ne sait pas. », « les accidents de travail ne me sont jamais remboursés »)

L'absence de secrétariat physique, ou le souhait d'une optimisation de la formation notamment à la gestion des tâches administratives, a été évoqué dans quelques entretiens. (*« Devoir tout faire, c'est complètement invraisemblable »*)

Les difficultés informatiques entrent également dans cette catégorie, et sont évoquées plus loin.

A la frontière entre le domaine du biomédical ou non biomédical, et en tout cas en dehors de la consultation, **la gestion des appels téléphoniques** pose un véritable problème pour les médecins généralistes, puisqu'il s'agit du quatrième le plus fréquemment évoqué.

Ils précisent que leurs difficultés concernent surtout les appels incongrus, particulièrement pour ceux qui n'ont pas de secrétariat...

Certains praticiens l'intégraient dans une réflexion plus large sur l'évolution de la société vers la **multi-communication**, particulièrement dans le développement de l'accès facile et immédiat à distance, avec pour conséquence une exigence d'instantanéité de la réponse à apporter, parfois peu compatible avec la gestion dans le même temps des consultations (*« Je fais l'erreur de prendre trop souvent mes appels quand j'ai un patient en face de moi », « La généralisation du portable a rendu la communication sans critère de restriction de la part du patient... c'est simple maintenant on appuie sur un bouton et hop ! C'est moins difficile que de faire comme dans le temps (...), donc on a quand même un surnombre d'appels téléphoniques de façon un peu envahissante », « Il y a une instantanéité demandée par tout à chacun et quelques fois c'est un peu épouvantable (...) la notion de 'on prend son temps' et la notion de 'attends je te réponds pas tout de suite parce que je n'y suis pas' ce n'est pas évident, je pense qu'il faut savoir dire 'là je ne répondrai pas' (...) c'est vraiment une souffrance »*).

5.2.3 La gestion de la consultation

Les praticiens mentionnaient également des difficultés dans la gestion biomédicale de leur activité.

Il pouvait s'agir des conditions de la consultation en elles-mêmes que ce soit le manque de ponctualité de certains patients (retards et rendez-vous non honorés), l'accumulation des motifs de consultation (*« Ils viennent avec une liste de commissions épouvantable, et qui ne correspond pas à l'exercice », « Comme les patients ont du mal à avoir un rendez-vous (...) ils viennent déjà avec beaucoup de plaintes qu'ils ont accumulées »*), mais également la gestion de l'incertitude diagnostique et des urgences.

Dans cette gestion des urgences nous retrouvons un lien avec d'autres thématiques déjà évoquées : le temps de les accueillir, mais également la coordination pour leur prise en charge, avec l'importance du 'carnet d'adresse' (*« Maintenant j'ai les bons contacts pour pouvoir le faire, mais il faut que j'appelle le cardio, que j'attende qu'il me rappelle, que j'appelle le labo pour être sûre qu'ils vont 'techniquer' en urgence, que j'appelle le centre de radio (...) tout cela ça prend du temps (...) c'est difficile à caser dans une journée de consultation qui est pleine »*)

Les situations complexes d'éducation thérapeutique et à la santé ont été mentionnées dans l'un des entretiens.

5.2.4 Prise en charge de la personne âgée

En ce qui concerne la gériatrie, certains besoins des praticiens sont évoqués dans la thèse de Raphaël Pecqueur, puisqu'ils relèvent régulièrement des visites à domicile avec leur complexité propre.

Lors de cette question ouverte et générale, lorsque la discipline gériatrique est évoquée, nous isolons deux grands thèmes :

- **La gestion de la polypathologie** : intégrée dans un entretien dans une réflexion globale sur l'augmentation de l'espérance de vie, ayant pour conséquence une multiplication des affections du patient avec la complexité qui en découle, biomédicale et dans la gestion du temps de consultation ou des visites (« *Comme les gens survivent nous rentrons dans des problématiques extrêmement complexes* », « *Avant même qu'on ait pu commencer la consultation il fallait (...) que je sois mise au courant d'antécédents très lourds (...) on en est déjà à 20 minutes de prise en compte du problème.* »)
- **La gestion de la dépendance** : qu'il s'agisse du biomédical, ou du social, les praticiens évoquent une complexité également 'chronophage', l'aspect social les confrontant également aux limites de leurs compétences parfois mal établies en tant que professionnel de santé (« *C'est un peu difficile à organiser : les infirmiers on y arrive, les kinés on y arrive, ça c'est de notre compétence, mais après faire venir les aides ménagères, les courses le ménage la toilette ça non c'est moins ce qu'on sait faire* », « *On a quand même des bons réseaux mais on en a pas suffisamment* »). Si ce thème ne concerne pas exclusivement les personnes âgées, les praticiens sont le plus souvent confrontés à cette problématique dans cette population.

Ces difficultés s'intégrant, une nouvelle fois, dans celle du temps.

5.2.5 Accès aux soins, coordination professionnelle et sociale

Cette gestion biomédicale s'étend au-delà des 'murs' de la salle de consultation, puisque les médecins mentionnent les difficultés de gestion de la dépendance dans son organisation médicale et paramédicale.

Les difficultés de communication et de coordination avec les autres professionnels, libéraux ou hospitaliers, constituent le troisième problème le plus souvent évoqué.

Plusieurs niveaux ont été développés par les praticiens :

- **L'accessibilité aux autres spécialités** : délais de rendez-vous, possibilité d'obtenir un avis rapide, rejoignant la gestion des urgences (« *Délai des consultations hospitalières insupportables* », « *Quand on demande au patient d'aller voir un cardio rapidement et qu'on lui dit 'rendez-vous dans un mois' (...) et après ça se termine aux urgences...c'est dommage* »)

- **Les échanges entre professionnels** autour de la prise en charge du patient, par exemple sous forme de courrier de consultation (« *Il n’y a pas de culture de la communication* », « *On pourrait améliorer les échanges avec les correspondants au sujet d’un patient, la fluidité de nos échanges.* »).
- **La transmission d’informations** comme une hospitalisation ou un suivi, avec parfois des courriers ou comptes rendus tardifs, voire absents comme évoqué précédemment (« *Pas moyen d’avoir des informations spontanément, [sans l’aide du patient]* », « *Parfois les patients sortent de l’hôpital on a pas grand-chose dans les mains, ou ils ont vu le spécialiste et on n’a pas [le compte rendu]* »)

Nous retrouvons la thématique du temps, touchant l’ensemble des professionnels du territoire (« *Tout le monde est débordé donc on manque de temps pour réfléchir ou monter des projets de soins à plusieurs* » Pour avoir un avis cardio on l’a au téléphone mais il dit (...) ‘*adressez le aux urgences parce que moi je peux pas*’, ils sont complètement ‘*surbookés*’ aussi... *On est tous dans le même état.* »)

Lors d’un des entretiens, mais repris par d’autres dans la question suivante, on retrouve un regret de la **mauvaise connaissance du réseau professionnel**, par l’absence d’annuaire de professionnels du quartier, l’absence de ‘relationnel’ interprofessionnel avec des praticiens qui ne se connaissent pas, et une mauvaise connaissance des compétences des confrères du quartier (« *Difficultés à connaître les autres professionnels (...) qui fait quoi dans le secteur, (...) peut être y a-t-il d’autres possibilités de prise en charge (...) avec des parcours de soins qui seraient plus pertinents pour les patients, et que je ne connais pas* »).

Dans cette même thématique est donc évoquée la difficulté d’accès à un avis spécialisé, parmi eux **l’accès aux soins psychothérapeutiques** est évoqué dans deux entretiens : la complexité liée aux soins psychiatriques évoquée précédemment, mais aussi les freins d’ordre financiers dans l’accès à ces soins, comme l’absence de remboursement des prises en charge par les psychologues. Les relations difficiles avec l’hôpital sont quant à elles évoquées dans quelques entretiens également.

La gestion des problèmes sociaux est également évoquée dans un entretien, posant la question de l’absence de responsabilité et compétence du médecin généraliste à les prendre en charge... (« *Situations sociales de plus en plus compliquées (...) quoi qu’on fasse au niveau médical, on ne règle pas le problème de fond* »).

5.2.6 La rémunération et le coût de l’exercice

La rémunération constitue le cinquième problème le plus fréquemment évoqué, jugée trop faible en regard des responsabilités et de l’investissement important.

Cette remarque concerne aussi bien une valorisation insuffisante de l’acte que l’absence, difficilement compréhensible par certains, de rémunération de l’ensemble de l’activité médicale, par exemple de coordination, réalisée pour le patient en dehors du temps de

consultation, tout ceci en regard d'un coût de l'exercice notamment lié aux charges trop élevées (« *Ce n'est pas normal que la rémunération ne soit pas adaptée au coût de l'exercice* », « *J'aimerais bien être rémunérée aussi sur des choses que je fais en plus, (...) qui ne sont pas rémunérées et ça prend du temps : (...) faire une consultation par téléphone, passer un coup de fil à un spécialiste qu'on met 15 minutes à joindre plus 15 minutes au téléphone* »).

Le lien immédiat entre le coût de l'exercice et la rémunération est les difficultés de stationnement rencontrées lors des visites à domicile (manque de place et PV), évoqué dans un entretien.

L'autre élément évoqué est le compromis à trouver entre la multiplication du nombre d'actes pour une rémunération satisfaisante et un temps médical consacré au patient suffisant (« *On ne peut pas faire de la bonne médecine telle qu'on nous oblige à le faire pour tout simplement rentrer dans nos frais et gagner convenablement notre vie (...) la rémunération à l'acte est tellement ridicule qu'il faut en faire un certain nombre, et que si on en fait un certain nombre on ne prend pas le temps nécessaire avec le patient, en tout cas pas comme il le faudrait.* »)

5.2.7 Les conditions générales de travail

Les limites de l'informatique sont également mentionnées par les praticiens, avec une fiabilité insuffisante en regard d'une dépendance croissante (« *C'est très anxiogène (...) vous ne pouvez plus rien faire [quand il y a un dysfonctionnement] (...) l'informatique c'est 'sympa' mais quand ça 'plante'...*»), mais aussi un besoin d'optimisation des logiciels (« *Logiciels médicaux peu performants, fait par des 'non médecins'.*»). L'informatisation excessive, du généraliste et du patient, était également évoquée comme pouvant poser problème (« *Ça fait perdre du temps pour rien (...) ça m'agace* »).

La situation des locaux a également été mentionnée, que ce soit dans la taille insuffisante ou le souhait de rénovation.

Les praticiens signalent globalement une **surcharge de travail**, dont la surcharge administrative déjà évoquée précédemment, avec une pénurie de médecins généralistes sur le territoire, responsable d'une certaine fatigue pour certains, notamment les plus proches de la retraite (« *Il y a beaucoup de patients, il y a pleins de médecins qui sont partis à la retraite, on a récupéré les patientèles du coup ça charge, (...) on ne peut pas tout régler (...).* », « *Il n'y a pas assez de médecins, on manque de temps parce qu'on est trop peu nombreux (...) il y a 10 ans j'avais le temps de faire des choses, là j'ai beaucoup moins le temps* »), qu'ils mettent une nouvelle fois en relief avec leur manque de temps permanent dans leur activité.

Cette idée générale de gestion du temps confrontée à la surcharge de travail, beaucoup évoquée dans les entretiens, a été résumée par l'un d'eux sous une autre forme : le difficile équilibre à trouver entre la quantité et la qualité du travail, que nous pourrions également nommer efficacité (« *Arriver à ne pas trop travailler, à prendre son temps en ayant un exercice de qualité : (...) l'équilibre entre ce que l'on peut faire et bien faire ...* »).

5.3 Propositions d'amélioration de la qualité de travail et de la facilité d'exercice

5.3.1 La gestion hors consultation : administrative, secrétariat, et CPAM

La **simplification administrative**, par un allègement des tâches demandées, est une demande fondamentale des médecins généralistes : elle constitue l'une des deux propositions les plus fréquemment évoquées.

L'autre demande majeure, l'une des trois demandes les plus fréquentes, est **l'accès à un secrétariat formé**.

En effet, les praticiens sont intéressés par une aide du territoire, notamment financière, pour leur faciliter l'accès à un secrétariat, notamment ceux qui présentent des freins justement financiers du fait des charges, ce souhait constituant la troisième demande la plus fréquente des médecins.

Ce secrétariat pourrait par exemple être partagé avec d'autres professionnels du quartier. La formation est également un point important, notamment pour la gestion des tâches administratives mais pas uniquement (« *Je sais qu'en campagne les cabinets de groupe financés par les communes en zone désertique comprennent un secrétariat qui assure tout : (...) qui fait autant les appels téléphoniques, le planning, la gestion de dossier (...) Ce qui correspondrait à alléger le temps de travail.* », « *Que la mairie nous offre des secrétaires médicales formées, en gratuité ou un peu rémunérées en tout cas (...) surtout quelqu'un de formé, de mature, de compétent... Ça ce serait vraiment idéal.* »).

En miroir des conflits rapportés, certains praticiens souhaitent un **numéro unique de contact direct avec la CPAM**, dédiés aux médecins :

- **Téléphonique** pour communiquer les paiements non effectués,
- **Fax** pour permettre la transmission plus simple et rapide des feuilles de soins en format papier, qui restent incontournables lorsque les patients n'ont pas leur carte vitale, ou sont bénéficiaires de l'AME (« *Devoir passer systématiquement par le courrier ça prend un temps fou à faire* »)

De plus, la CPAM est identifiée comme pouvant jouer un rôle majeur sur cette simplification administrative (« *Ils pourraient nous appeler pour les compléments d'information en cas de demande d'ALD au lieu de refuser (...) on est obligé de refaire, d'imprimer les CR, de les transmettre (...), on ne peut plus les joindre* », « *Si on pouvait me décharger des tâches un peu rébarbatives et qui ne servent à rien : un diabétique à 60 ans sera diabétique à 70 ans ça ne va pas changer ! (...) à partir du moment où il y a un suivi pourquoi refaire tout le temps les dossiers pour dire « il est toujours diabétique* », « *Sur le plan administratif, la 'sécu' pourrait faire un tout petit peu plus d'efforts.* »).

Ces souhaits exprimés par les médecins sont justifiés par le gain de temps que ces mesures apporteraient.

5.3.2 Prise en charge au domicile et dépendance

5.3.2.1 Visites à domicile

Devant les difficultés à réaliser les visites à domicile, il a été proposé, comme cela existe dans certains pays, de développer sur le territoire un **système de transport du patient** au cabinet, qui ne soit pas aux frais du patient (« *Après tout ça pourrait être PAM [NB Pour Aider à la Mobilité] qui amène les gens à la porte du cabinet.(...) On voyage à l'étranger quand même, on voit bien qu'il y a des médecins qui ne se déplacent pas du tout.* », « *Taxi dédié à ce genre de transports* »).

D'autres évoquent l'idée d'une mutualisation des visites à l'échelle du territoire, permettant à chacun d'en réaliser moins.

La mobilité du dossier médical en visite est également une demande des praticiens (« *Dans les EHPAD c'est compliqué, il faudrait qu'on ait accès tous au même logiciel, aux mêmes infos et tout coordonner, mais ça c'est mission impossible* »).

Le thème des visites à domicile est développé dans la thèse de Raphaël Pecqueur.

5.3.2.2 Prise en charge de la personne âgée

La gestion de la dépendance et la prise en charge au domicile constituent des thématiques pouvant concerner toutes les tranches d'âges, mais il est plus fréquemment rencontré dans le cadre de la prise en charge de la personne âgée.

Sur ce thème, les médecins généralistes souhaitent une **simplification de la prise en charge au domicile** : un accès plus facile aux services à domicile, une mise en place plus aisée et plus rapide, une coordination plus fiable, avec un temps paramédical conservé.

Dans cette optique, il a été évoqué l'idée du développement d'un **système de 'guichet unique'**, particulièrement pour aider à la gestion de la dépendance (« *Ce qui nous gêne aujourd'hui c'est je reçois un coup de fil de patient 'ma sœur est au lit elle ne peut plus bouger, qu'est-ce qu'on fait moi je n'en peux plus je ne supporte plus de la changer, lui faire à manger, la laver...' donc s'il y a des structures avec un numéro presque unique qui après 'dispatche' sur différentes structures...* », « *Nous à la limite on aurait un numéro de téléphone central pour les médecins qui après dit (...) 'On se charge de trouver les différents organismes qui peuvent intervenir pour ce type de choses.* »).

Ce thème est développé dans la thèse de Raphaël Pecqueur.

5.3.3 Accès aux soins, coordination professionnelle et sociale

En regard des difficultés majeures évoquées par les praticiens, il n'est pas très étonnant de retrouver des propositions autour de la communication et de la coordination avec les autres professionnels. Parmi lesquelles :

- **Améliorer la transmission d'information entre les professionnels** : il s'agit de l'une des deux demandes les plus fréquentes. Elle peut passer par une amélioration informatique comme évoqué plus loin, par le développement du dossier médical partagé (« *Améliorer la transmission d'information par tous les moyens possibles (...) échange facilité d'informations par courriels, messageries sécurisés* », « *Ça m'arrive de recevoir (...) des patientes adressées par des collègues et qui viennent sans rien, ça m'oblige à tout refaire (...) si on m'envoyait un mail avec le résumé du dossier et les derniers bilans j'aurai plus d'infos et ça me ferait gagner du temps.* »).
- **Meilleure connaissance du réseau de professionnels** : par la création d'un annuaire, mais aussi par des moments de rencontre avec les différents acteurs du territoire (« *Favoriser des temps de rencontre pluri professionnels pour fluidifier le parcours de soin* »). Il s'agit de la quatrième proposition la plus souvent évoquée dans l'étude.
- **Faciliter l'accès à un avis spécialisé libéral ou hospitalier rapide** : développement de systèmes de messagerie instantanée avec une interface commune, accès privilégié aux agendas de rendez vous pour pouvoir adresser facilement (« *Ne serait ce que pour demander un conseil (...) est ce que je vous l'envoie ou pas ? (...) et les spécialistes hospitaliers si besoin*», « *Ca se fait un peu plus maintenant avec les agendas en ligne mais je pense que ça peut encore être développé* »).
- **Améliorer les relations interprofessionnelles**, rejoignant les axes précédents.

L'hôpital a plus spécifiquement fait l'objet de deux propositions : **l'amélioration de la communication ville hôpital**, avec des thèmes évoqués précédemment comme l'information des hospitalisations entre autres avec la transmission des comptes rendus, et la modification de l'organisation hospitalière pour une meilleure offre de soins.

Dans des proportions moindres mais sur ce même thème, les praticiens évoquent l'amélioration de la coordination des soins plus spécifiquement avec les paramédicaux, il a été évoqué la possibilité de délégation de certaines tâches. Le développement des réseaux de soins est également un souhait.

Le développement de professions de supports d'aide à la coordination administrative, organisationnelle et logistique a également été mentionné, et est développé plus loin.

Enfin, durant l'un des entretiens, la création de la CPTS du 14^{ème} arrondissement a été évoquée.

5.3.4 La rémunération et le coût de l'exercice

La rémunération de la médecine générale est une thématique qui intervenait lorsque nous demandions aux praticiens leurs principaux problèmes du quotidien, elle a également une place majeure dans leurs souhaits : l'augmentation de la rémunération est la cinquième demande la plus fréquente dans notre étude.

En dehors de la revalorisation de l'acte, demande commune, la question d'une rémunération autre fait débat : pour certains, il y a une demande de la prise en compte de l'investissement du praticien en dehors de la consultation en elle-même, comme le travail de coordination, pour d'autres il y a une certaine méfiance d'une diversification de cette rémunération (« *Les NMR, c'est gentil mais si à chaque fois il faut pense à ce qu'on fait, ce qu'on ne fait pas (...) je crois qu'il vaudrait mieux payer une consultation honnête* »).

Le raisonnement dans ce dernier cas revient sur le problème du manque de temps : une revalorisation de l'acte donnerait plus de temps, dont médical pendant et hors consultation, puisqu'il y aurait moins besoin d'accumuler le nombre de consultations pour une rémunération acceptable (« *Ça permettra de prendre plus de temps clinique et d'organiser la prise en charge de tout ce qui n'est pas du temps médical, que les médecins fassent de la médecine, pas de la paperasse, pas de l'informatique, ni de l'assistance sociale, qu'on nous laisse faire de la médecine* », « *Meilleure rémunération pour pouvoir prendre le temps (...) pour pouvoir prendre en charge le patient dans sa globalité* »).

Face au coût de l'exercice, les praticiens souhaitent également une **aide financière pour les secteurs à loyer élevé** comme le 14^{ème} arrondissement, dont financement du matériel informatique, et la possibilité d'obtenir un stationnement gratuit qui simplifierait les visites à domicile. Le financement du matériel informatique et de son entretien est développé plus loin.

5.3.5 Les conditions générales de travail

En miroir des problématiques évoquées, l'augmentation du nombre de médecins pour partager la charge de travail a été évoquée, avec une augmentation de l'attractivité du territoire pour la médecine générale, qui s'intègre dans une idée d'alléger la charge de travail des médecins généralistes du territoire, soit à nouveau un gain de temps (« *Il faut plus de médecins généralistes, on perd 40% de médecins généralistes sur le 14^{ème} en 2 ans, et on ne peut pas bosser deux fois plus* » « *Il faudrait avoir moins la pression sur les demandes de rendez-vous* », « *S'il y avait plus de médecins on aurait moins de pression et on pourrait prendre plus de temps* »).

Cette simplification passe également par des actions sur l'informatique :

- **une meilleure fiabilité de l'informatique**, avec assurance de son entretien en libéral comme ce qui existe en hospitalier (« *Il faudrait qu'il y ait un référent qui connaisse l'informatique et que quand 'ça plante', il puisse arriver et réinstaller tous les logiciels dans l'heure qui suit* »)
- **le développement du dossier médical partagé** : permettant un accès facilité aux traitements au long cours, aux antécédents, voire même aux visites annuelles (exemple pris en entretien de la dernière consultation ophtalmologique d'un patient diabétique) (« *Avoir une plateforme pour croiser rapidement toute les données du patient* »)

- **la mobilité du dossier médical en visite domicile** (« *C'est un peu le DMP mais il n'est toujours pas en place, mais au moins avoir sur son portable quand on va en visite les dossiers patients, pouvoir avoir accès au dernier problème rencontré par les soignants autour d'eux* »)

En termes d'exercice, favoriser l'exercice pluriprofessionnel a été une demande dans certains entretiens, sur l'aspect de la diversification de l'offre de soin limitant la charge de travail, mais augmentant également les moyens d'avoir un secrétariat (« *Pour mieux répartir la charge de travail* », « *Avoir un cabinet avec plus de médecins (...) et du coup pouvoir choisir plus qui je vois et ce que je fais* »).

Enfin, face à la complexité qui atteint parfois les limites des compétences des médecins, notamment dans les activités de coordination avec les autres professionnels, ou lors des prises en charge de patients complexes au domicile, il a été évoqué l'idée du développement de je crois qu'en termes de professions de supports 'administratifs' pour aider à cette gestion administrative et logistique sortant du domaine 'biomédical' (« *Des gens qui sont là pour faire l'aspect administratif, organisationnel, logistique, même gestion du cabinet ; qui nous dégagent au moins une partie de ce temps-là (...) ça faciliterai l'exercice (...) au moins des gens qui nous conseillent* »).

IV- DISCUSSION

1- SYNTHESE DES RESULTATS

L'offre de soins en médecine générale dans le 14^{ème} arrondissement est inférieure aux chiffres officiels du CNOM et de l'Assurance Maladie, avec seulement 87 médecins généralistes libéraux parmi les 145 annoncés initialement, soit 40% d'exclus. La répartition est très hétérogène sur le territoire, les secteurs Montsouris-Dareau et Jean Moulin-Porte d'Orléans étant les moins dotés en médecins généralistes. Seulement deux médecins participent à la permanence des soins, régulateurs au centre 15. Leurs moyens de formation continue privilégient le présentiel, avec une place majeure pour les congrès-séminaires et les OGDPC, suivis par les formations par internet, mais avec toujours une place importante pour les journaux et revues médicales qui restent le premier moyen de formation.

La majorité des praticiens (72%) exerce en groupe, mais l'exercice pluriprofessionnel « type MSP » ne concerne que le quart des effectifs, avec une répartition très différente selon les secteurs, et avec finalement peu de praticiens souhaitant s'orienter vers ce mode d'exercice.

Les problèmes quotidiens des praticiens sont souvent liés au temps, intégrés dans la surcharge administrative, la gestion des appels téléphoniques, la surcharge de travail en regard d'une rémunération insuffisante, mais également les difficultés sociales et la gestion du patient complexe comme le patient âgé, polypathologique et dépendant, à l'image du vieillissement de la population, comme le montre les recours fréquents aux dispositifs territoriaux et réseaux de soins spécialisés dans leur prise en charge.

Mais, parmi les problématiques principales quotidiennes, nous retrouvons les difficultés de coordination et de communication avec les professionnels du territoire, révélateur d'un besoin de travailler ensemble même si ce n'est pas sous le même toit.

Ces besoins territoriaux comprennent une amélioration dans le recours aux autres spécialistes libéraux, en particulier concernant leurs délais de rendez-vous et leurs tarifs, mais aussi de façon plus générale dans les moyens de communication, et de connaître les professionnels du territoire. Le secteur psychiatrique souffre particulièrement de ce manque de communication et de coordination entre le généraliste et le psychiatre. La radiologie est le recours le plus satisfaisant pour les libéraux, tandis que le recours aux gynécologues et ophtalmologues diffère selon les secteurs. La qualité du travail des médecins spécialistes n'est en revanche jamais critiquée.

Il existe des inégalités entre les secteurs de l'arrondissement, en particulier Pernety est très en difficulté dans ses recours aux spécialistes libéraux. Ce quartier ainsi que Montsouris-Dareau et Jean Moulin-Porte d'Orléans semblent avoir le moins de spécialistes libéraux de secteur.

Le recours aux paramédicaux est nettement moins sujet à débat, très majoritairement satisfaisant, avec une seule limite concernant les possibilités de prise en charge à domicile des kinésithérapeutes.

Le lien ville-hôpital est quant à lui toujours perfectible, avec néanmoins des améliorations récentes par un effort de l'hôpital notamment dans le développement des numéros d'accès directs bien qu'encore imparfaits, mais il persiste des inégalités entre les structures hospitalières, et un véritable intérêt des praticiens dans le travail en commun avec l'hôpital, en

étant notamment très intéressés par une intervention des hospitaliers dans les cabinets dans le cadre de la formation continue dans le quartier.

Malgré ces difficultés, la majorité des praticiens est satisfaite de la prise en charge actuelle de leurs patients, parfois au prix d'une charge de travail croissante au fil des années, mais avec un net décrochage en ce qui concerne les prises en charge au domicile.

2- VALIDITE DE L'ETUDE

2.1 Points forts

La principale force de notre étude a été le travail commun réalisé avec Raphaël Pecqueur en amont des entretiens autour de l'offre de soins et des besoins des médecins généralistes de l'arrondissement. La recherche bibliographique et les réunions de préparation autour de la problématique, ont permis l'élaboration d'un questionnaire commun. Ce dernier, sur la base du travail concernant le 13^{ème} arrondissement, a été adapté pour tenir compte de notre territoire d'étude, du thème de nos deux thèses, et de l'évolution de l'offre de soins et de son organisation.

La deuxième force principale est un taux de réponse ayant atteint 54% avec 47 praticiens interrogés sur les 87 éligibles, soit comparable à la thèse le 13^{ème} (53,6%) et supérieur à DEMOMED.

Nos entretiens ont été réalisés dans tous les quartiers de l'arrondissement, nous permettant une représentation de chaque secteur dans notre base de données, ce qui est d'autant plus intéressant que nous avons constaté les différences, nous avons obtenu un taux de réponse globalement satisfaisant avec plus de 40 % de réponse dans cinq des six quartiers de l'arrondissement, et plus de 50 % de réponse dans trois des six quartiers, atteignant jusqu'à 82,3% de répondants sur le secteur Mouton-Duvernet.

L'analyse fine des effectifs en vérifiant pour chaque médecin généraliste présent sur les listes du CNOM et de l'Assurance Maladie leur activité par téléphone, voire dans certains cas en se déplaçant directement à l'adresse pour vérifier la présence d'une plaque, permet d'obtenir un chiffre précis de l'offre de soins en médecine générale libérale conforme aux définitions européennes.

Le format de questionnaire lors d'entretiens nous permettait de limiter le nombre de manque de données sur l'ensemble de notre étude, ou d'apporter des précisions à certaines questions, notre travail en commun ayant permis de délivrer les mêmes éléments d'information complémentaires.

Le recueil de données en face à face ne comprenait pas que des données quantitatives. Nous avons pu obtenir un complément qualitatif enrichissant, permettant des précisions et des nuances. De plus les deux principales questions ouvertes en fin de questionnaire concernaient les principales difficultés quotidiennes et leurs propositions d'amélioration : cela était un moyen plus direct de donner la parole aux médecins interrogés. Il ne s'agit néanmoins pas d'une étude qualitative.

2.2 Points faibles

La principale limite de notre étude concerne les effectifs faibles malgré un taux de réponse dépassant 50%, ne nous permettant pas l'application de tests statistiques de significativité des résultats observés par manque de puissance.

De la même manière, les analyses en sous-groupe concernant donc des effectifs encore plus réduits, leur interprétation et leur pertinence sont limitées, par exemple les analyses concernant les quartiers Jean Moulin- Porte d'Orléans et Montsouris-Dareau avec respectivement trois et deux entretiens.

La principale difficulté que nous avons rencontrée lors du recrutement a été la complexité à joindre les médecins généralistes. Nous avons souvent été amenés à interagir en premier lieu avec le secrétariat qui a pu constituer un barrage, ne nous laissant parfois pas terminer notre descriptif d'étude, évoquant une consigne reçue de ne pas recevoir les thésards. A l'image de nos résultats, le principal obstacle évoqué par les médecins a été le temps : beaucoup de médecins nous ont fait part de leur charge de travail importante ne leur permettant pas de nous accorder un entretien.

Le premier biais à évoquer est donc le biais de sélection : si nous n'avons pas pu tenir une comptabilisation exhaustive des raisons des refus, nous avons pu constater de façon globale que les médecins les plus débordés n'étaient pas en mesure de nous recevoir : il s'agissait souvent de médecins plus âgés, qui nous précisaient d'ailleurs ne pas prendre de nouveaux patients. Nous avons également eu un cas de praticien classé « non répondant » car ne pouvant pas nous recevoir, mais qui nous avait proposé de nous répondre par mail, ce qui ne correspondait pas à notre protocole. Ces praticiens sont donc sous-représentés dans notre étude.

Les praticiens répondants étaient finalement répartis de façon hétérogène sur l'arrondissement, et si nous en avons évoqué les forces, nous avons un très faible taux de réponse sur le secteur Montsouris-Dareau, avec seulement deux entretiens disponibles sur les sept praticiens éligibles. Il aurait pourtant été intéressant d'avoir plus de réponses sur ce secteur nettement déficitaire en offre de soin en médecine générale. A l'inverse, nous avons une sur-représentation du secteur Mouton Duvernet qui constitue près de 30% de nos entretiens (**Tableau 2**). Si nous avons en revanche obtenu un taux de réponse de 60% dans le secteur Jean Moulin-Porte d'Orléans, en termes d'effectifs nous raisonnons sur la base de seulement 3 entretiens, ce qui limite énormément l'interprétation des résultats.

La représentativité de notre échantillon par rapport à l'ensemble des médecins éligibles est donc difficile à établir: globale, elle l'est probablement, puisque nous avons plus de 50 % de réponses. A l'échelle des conseils de quartiers, nous sous-estimons probablement Montsouris-Dareau, et surestimons Mouton Duvernet.

Nos informations concernant la population non répondantes sont néanmoins limitées ne permettant pas de plus développer cet aspect de notre étude.

Le deuxième biais possible est le biais de déclaration ou de mesure propre au format de notre étude.

Les réponses que nous avons obtenues relevaient uniquement des déclarations des praticiens interrogés, avec une certaine subjectivité notamment dans l'évaluation du recours à certaines

ressources territoriales. Malgré le format d'hétéro-questionnaire, nous n'avons pas pu éviter quelques données manquantes, particulièrement lors de notre thématique sur la coordination avec les spécialistes libéraux, par exemple les praticiens ayant comme domaine de prédilection la gynécologie n'était pas en mesure de nous renseigner, puisqu'effectuant eux-mêmes ces consultations. Les praticiens ne pouvaient pas nous donner de réponse aux questions portant sur des situations jamais rencontrées, par exemple un avis urgent ophtalmologique.

Le troisième biais possible est un biais de confusion concernant certaines analyses en sous-groupe, notamment concernant la question de la satisfaction de la prise en charge, évoquée par la suite.

Enfin, notre étude ne porte pas sur la médecine générale salariée, pour les raisons méthodologiques évoquées dans le paragraphe concerné.

3- LIEN AVEC LES CONNAISSANCES ANTERIEURES

Les comparaisons aux études antérieures concernant les caractéristiques générales et les besoins au niveau du lieu de travail sont évoquées dans la thèse de Raphaël Pecqueur.

3.1 Une démographie médicale surestimée

Le premier constat de notre étude est que **l'effectif de médecins généralistes libéraux du 14^{ème} arrondissement est nettement surestimé par le CNOM et l'Assurance maladie** : avec 40% de notre listing initial finalement exclu, il ne reste que 87 praticiens sur l'arrondissement, au lieu des 145 initiaux.

En revanche, nos résultats sont à première vue assez cohérents avec DEMOMED qui avait inclus 126 médecins généralistes, mais en prenant en compte les praticiens exerçant un MEP : si nous reprenons notre diagramme de flux nous avons 87 éligibles + 35 exclus pour MEP majoritaire + notre directeur de thèse, soit 123 médecins, nous pouvons aisément supposer que la minime différence est liée à de possibles départs non remplacés depuis 2014, date de la thèse de S.Friedli (17).

Cependant, leur protocole imposait d'exclure par la suite les MEP exclusifs : ils n'étaient que 4, parmi les 60 praticiens interrogés. Or, si nous n'avons pas pu tenir un chiffre précis et rigoureux différenciant un exercice majoritaire mais avec une petite part de médecine générale, d'un exercice exclusif, nous avons au moins dix praticiens nous ayant déclaré un MEP exclusif lors de notre contact téléphonique... Ces protocoles et taux de réponses différents faussent peut être ce résultat, mais nous pouvons aussi émettre l'hypothèse que parmi le groupe de médecins généralistes et MEP, il y aurait plus de médecins ayant un MEP exclusif en 2018. Il serait intéressant de préciser ce point par des études complémentaires, d'autant que nos déclarations étaient téléphoniques, permettant plus d'incertitude que le questionnaire postal utilisé pour DEMOMED.

Les autres praticiens exclus n'étaient pas médecins généralistes : les quatre salariés exclusifs étaient tous urgentistes, et dix-huit praticiens n'exerçaient pas à cette adresse ou avaient arrêté leur activité.

Nous pouvons calculer un taux de MEP dans le 14^{ème} arrondissement, si on se base sur notre nombre de médecins sélectionnés initialement sans les personnes n'exerçant pas ou plus, les salariés urgentistes, sans compter les praticiens exclus uniquement pour raison méthodologique, nous arrivons à 123 médecins dont 35 MEP majoritaire et 8 praticiens dont l'exercice particulier constituait moins de 50% de leur activité (voir la thèse de Raphaël Pecqueur). La comparaison avec les chiffres officiels est limitée par la méthodologie, mais nous arriverions à 34,9% de MEP, soit bien supérieur aux 26% déclarés à l'Assurance Maladie (6).

Notre étude conclut à une densité médicale dans l'arrondissement d'environ **6,2 médecins pour 10.000 habitants**, soit bien inférieure à la moyenne parisienne (10,8) et nationale (9,2 pour 10 000 habitants) (6), mais aussi inférieure à celle estimée par l'étude du 13^{ème} arrondissement (7 pour 10 000 habitants) (15,16). Une des conséquences possibles de ce déficit est évidemment le débordement sur les services d'urgences.

Les causes principales de cette surestimation sont donc un défaut de mise à jour des effectifs, mais pour une grande part cette complexe question des MEP, aussi bien dans leur définition que dans la détermination d'une part du MEP dans l'activité à partir de laquelle le praticien ne répond plus aux définitions européennes du médecin généraliste. La définition est amenée à évoluer dans les prochaines années en termes de spécialités faisant désormais l'objet d'un DES.

La répartition de l'offre de soins en médecine générale est très hétérogène dans l'arrondissement.

Les secteurs Didot-Porte de Vanves et Pernety regroupent à eux seuls la moitié de l'offre de médecine générale libérale de l'arrondissement. Il est tout de même à noter que cette évolution est récente pour Didot-Porte de Vanves avec l'ouverture d'une Maison de santé pluri-professionnelle fin 2016.

A l'inverse, les secteurs **Jean Moulin-Porte d'Orléans et Montsouris-Dareau** sont les moins dotés en médecins généralistes, avec respectivement 5 et 7 praticiens. Cependant, l'étude cartographique de l'arrondissement **Figure 7** permet de comprendre de façon assez intuitive que la situation est bien plus préoccupante sur le second quartier qui s'étend sur une surface plus étendue que le premier. DEMOMED avait donné comme explication l'emprise du Parc Montsouris et de la Cité universitaire, il est néanmoins notable qu'à titre comparatif il s'agit du secteur le plus étendu de l'arrondissement avec Raspail-Montparnasse, et qu'au contraire la Cité Universitaire avec sa population étudiante constitue un besoin en soins, dans un quartier à proximité structures de soins comme l'hôpital Sainte Anne, l'institut mutualiste Montsouris, l'hôpital Broca, et la clinique des Peupliers.

Ces deux quartiers ne figurent pas dans les zones prioritaires de l'ARS mais en zone complémentaire, en revanche ces données semblent connues de Paris Med', puisque Montsouris-Dareau fait bien partie des secteurs éligibles.

Pernety, qui n'est pas particulièrement en déficit de médecins généralistes à titre quantitatif, figure également dans ces secteurs éligibles à Paris Med', mais nous avons vu que le nombre de médecins n'est pas suffisant pour déterminer la situation d'un territoire, et nous trouvons des explications possibles à sa présence dans le paragraphe 3.4.

Concernant la participation à la permanence des soins, il y a nettement moins de participants par rapport au 13^{ème} (10%), avec un profil différent puisqu'ils réalisaient des gardes en maison médicale de garde, alors que les deux praticiens (4,3%) de notre arrondissement sont régulateurs au centre 15 (16).

Nous avons vu que 34% des médecins interrogés envisageaient une cessation ou une diminution notable de leur activité d'ici 2023, dont 13% de cessation totale, ce qui est moins que dans le 13^{ème} (23%), mais également moins que DEMOMED où 50% envisageaient un arrêt ou une diminution de leur activité, dont 23% de cessation totale. A noter tout de même que l'une des explications possibles est que ces chiffres étaient donc des prévisions pour... 2019.

Les prévisions actuelles à l'échelle nationale de la Drees s'orientent vers une hausse à partir de 2020 du nombre total de médecins, mais moins clairement pour les MG : comme nous l'avons vu dans l'atlas de la démographie médicale, le nombre de MG à l'échelle nationale devrait plutôt diminuer au moins jusqu'en 2025 (1,5).

Il est néanmoins difficile d'évaluer l'évolution puisque l'on sait que tous les diplômés en médecine générale ne seront pas forcément médecin généraliste, certains choisissant une autre orientation. Il semble par ailleurs déjà bien difficile d'établir les chiffres de l'offre de soins actuelle, on pourrait donc craindre que les prévisions soient elles aussi surestimées.

3.2 Formation continue actuelle et future orientée sur le présentiel

Internet ayant une place majeure dans notre société, il est intéressant de constater que **le premier moyen de formation continue des praticiens du 13^{ème} et du 14^{ème} arrondissement est la presse**, avec des taux de réponse comparables (65% dans le 13^{ème}).

Les échanges avec les spécialistes sont plus évoqués dans la thèse de O. de Castelbajac, néanmoins les pourcentages ont une certaine cohérence par rapport aux autres propositions, avec respectivement pour notre étude et le 13^{ème} 14% et 10,6% de réponses.

En revanche, les praticiens de notre arrondissement utilisent plus les congrès et les séminaires, avec un taux de réponse presque deux fois plus important que dans le 13^{ème}.

Les moyens de formation continue privilégiés par les praticiens montrent une préférence pour la rencontre avec les collègues, puisque les formations présentielles et congrès sont préférés aux formations en ligne. Parmi les résultats inattendus, nous retrouvons parmi ces formations présentielles que les amicales de MG, l'expérience pratique et échanges professionnels sont finalement bien plus évoqués que les classiques groupes Balint et groupes d'échange de pratique, alors que ces derniers étaient bien plus évoqués dans la thèse du 13^{ème} arrondissement, avec 12% des réponses soit presque trois fois plus que dans notre étude (16).

Les praticiens du 13^{ème} et du 14^{ème} arrondissement sont tout autant enthousiastes pour des formations organisées dans le quartier ou dans les établissements hospitaliers de proximité : 66% des praticiens de l'étude d'O.de Castelbajac et P.Cohen étaient intéressés, ce qui correspond exactement à la moyenne de nos quatre sous questions.

Il est assez inattendu de retrouver un surcroît d'intérêt pour les formations en cabinet par des praticiens hospitaliers par rapport aux libéraux.

La nature de notre étude et son effectif limité ne permet pas de conclure sur la significativité de nos résultats, néanmoins cette différence se retrouve aussi dans la majorité des analyses en sous-groupe.

Nous avons vu le débat que constitue une intervention d'un lieu hospitalier, ou d'un intervenant hospitalier. On pourrait donc imaginer que ce surcroît d'intérêt serait la visibilité d'un lien ville-hôpital par l'intervention « sur le terrain des généralistes » de praticiens avec lesquels les libéraux ne sont pas forcément amenés à échanger régulièrement.

Ce constat est d'autant plus crédible que ces formations intéressent autant les praticiens libéraux exclusifs et à activité mixte, mais il y a un surcroît d'intérêt sur les interventions au sein des cabinets si ce sont des hospitaliers beaucoup plus importante chez les mixtes (+18,2%) que les libéraux exclusifs (+2,9%).

Le déficit d'intérêt non négligeable pour les formations à l'hôpital constaté à Pernety et Mouton Duvernet par rapport aux autres secteurs pourrait s'expliquer par une variation des effectifs limitant les analyses en sous-groupe, mais nous pouvons aussi faire la remarque qu'il s'agit des deux quartiers ne comportant aucun hôpital de proximité immédiate...Le déficit d'intérêt pourrait être lié à l'absence de grand hôpital de proximité limitant les interactions, ou la nécessité d'un déplacement plus lointain que leurs voisins.

Il est à noter qu'à l'inverse ces mêmes quartiers sont ceux qui marquent un surcroît d'intérêt si ce sont des hospitaliers qui viennent dans les cabinets et pas des libéraux, alors que pour tous les autres quartiers l'intérêt est le même quel que soit l'intervenant en cabinet : ce qui montre qu'il ne s'agit pas d'une défiance vis-à-vis d'une intervention hospitalière dans leur formation, bien au contraire.

Le taux brut de formation au sein des cabinets par les praticiens hospitaliers est moins important au sud de l'arrondissement qu'au nord, alors que le secteur Didot Porte de Vanves bénéficie de structures hospitalières comme le GHPSJ, et Jean Moulin-Porte d'Orléans de deux structures moins générales : l'hôpital Saint Joseph proposant déjà des formations dans ses locaux, cela pourrait expliquer que les MG ne souhaitent pas rajouter d'autres formations.

Les formations au sein des cabinets par les praticiens libéraux intéressent surtout le secteur nord nord-est et le centre, sans explication évidente avec nos données.

Concernant les formations à l'hôpital et à la faculté de médecine, les praticiens non intéressés ont un temps hebdomadaire consacré aux tâches administratives et un temps médian d'activité clinique plus important. Nous pouvons émettre des doutes sur cet impact du temps tel que calculé dans notre étude, puisque cette relation n'est pas retrouvée dans les formats en cabinet. Ce sont même les praticiens ayant moins de temps clinique/administratif qui ne sont pas intéressés.

La problématique du temps étant majeure dans notre étude, il est tout de même assez inattendu de ne pas voir de différence chiffrée plus nette. Une autre limite commune à nos analyses, qui est plus évoquée dans la thèse de Raphaël Pecqueur, est justement cette difficulté à estimer le temps de travail des généralistes : les entretiens nous apprennent que les réels horaires des praticiens sont souvent bien différents de ceux affichés sur leur plaque, et l'estimation administrative est parfois complexe. Il serait donc intéressant de réévaluer cette hypothèse avec des études complémentaires permettant de préciser le temps réel de travail.

Nous pouvons en déduire que ces formations diverses intéresseraient la majorité des praticiens du quartier, quel que soit leur profil, en particulier la formation au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers semble être une piste particulièrement intéressante dans cette démarche de renforcement du lien ville-hôpital.

Reste la question de la recherche de formations intéressantes avec des possibilités d'application pratique aidant à l'activité professionnelle du quotidien, également évoqué dans la thèse du 13^{ème} arrondissement, sujet commun à toute formation post deuxième cycle des études médicales, quel que soit notre spécialité...

3.3 Exercer en groupe : travailler sous le même toit, mais pas forcément en structure pluriprofessionnelle

Le travail de thèse effectué dans le 13^{ème} arrondissement retrouvait un exercice en groupe pour 66% des praticiens, mais mono-disciplinaires la plupart du temps : 20% se considéraient en pluriprofessionnel.

On retrouve ce même constat d'exercice en groupe prédominant dans le 14^{ème}, et même un peu plus répandu avec 72,3% des praticiens interrogés en exercice groupé, et un taux d'exercice pluri-professionnel à 25,5% des praticiens. Ces taux sont bien plus élevés que ce qui était annoncé dans DEMOMED avec 52% des praticiens exerçant en groupe, et 12% exerçant en structure pluriprofessionnelle.

Notre question évoquait néanmoins un exercice pluriprofessionnel « type MSP ou MSP hors les murs », et donc pas uniquement les MSP « officielles » : nous avons vu qu'elles sont actuellement au nombre de deux dans l'arrondissement, et concernent neuf médecins que nous avons tous interrogés, soit 19% des effectifs interrogés, comparable au 13^{ème} arrondissement.

Le calcul prenant en compte les non répondants trouve 10,3% des praticiens éligibles exerçant en pluriprofessionnel, ce qui se rapproche plus de DEMOMED qui dénombrait les MSP et pôles de santé, d'autant plus si nous rajoutons dans cette analyse notre directeur de thèse exclu pour raison méthodologique, donnant 11,36%. Ce calcul n'avait pas été fait dans la thèse de P.Cohen. Nous pouvons donc constater que certains MG s'organisent en pluriprofessionnel, sans porter le titre de MSP. Nous n'avons pas de question dédiée sur leur souhait d'évolution à terme vers ce titre officiel, mais une étude spécifique serait intéressante : nous pourrions nous interroger sur l'absence de titre de MSP et d'un souhait de rester ainsi pour par crainte de contraintes de déclaration et de fonctionnement : démarches administratives, projet de santé, RA contraignant...

La situation actuelle est très hétérogène dans l'arrondissement, l'exercice pluriprofessionnel ne concernant que les quartiers **Didot-Porte de Vanves, Mouton Duvernet, et Raspail Montparnasse** parmi les interrogés.

Le secteur **Jean Moulin-Porte d'Orléans** fait figure à part en ne comportant aucun médecin généraliste exerçant en groupe et donc aucun en pluriprofessionnel, tandis que son voisin **Didot-Porte de Vanves** n'exerce qu'en groupe parmi les praticiens interrogés.

Notre analyse est forcément limitée concernant les non interrogés, puisque nous ne pouvons nous prononcer que sur l'existence d'un autre médecin généraliste à la même adresse, ce qui rend l'analyse différente : en effet, dans notre étude parmi les 34 exerçant en groupe, 32 exercent avec d'autres généralistes.

Si on prend en compte notre liste de médecins éligibles, nous avons 15 praticiens non interrogés exerçant avec d'autres généralistes, ajouté aux inclus nous arrivons à 47 praticiens exerçant avec d'autres médecins généralistes, soit 54% du total éligible, ce qui est donc moins que le taux que nous avons obtenu parmi les interrogés (68% si on ne compte que les 32 praticiens) : nous avons donc probablement une surreprésentation des praticiens exerçant en groupe dans notre étude.

A titre de comparaison, dans le secteur Didot Porte de Vanves neuf médecins exercent seuls, le vrai taux d'exercice groupé est donc de 59%, il est en revanche inchangé pour le secteur Jean-Moulin Porte d'Orléans qui comporte exclusivement des généralistes exerçant seuls.

P. Cohen avait également réalisé ce travail d'analyse : sur le total des médecins éligibles, 47% exerçaient en groupe, contre 54% dans le 14^{ème}.

Nous pouvons donc au moins conclure que l'exercice de groupe est plus important dans le 14^{ème} arrondissement que dans le 13^{ème} arrondissement, mais du même ordre de grandeur.

Nous pouvons constater que très **peu de praticiens souhaitent s'orienter vers une structure pluriprofessionnelle** : seulement 17% soit 22,9% de ceux qui n'y exercent pas actuellement, un peu supérieur à DEMOMED (11%).

Si beaucoup de praticiens sont certains de ne pas s'orienter vers les structures pluriprofessionnelles (44,7%, soit 60% de ceux qui n'exercent pas ainsi actuellement), ce taux est plus faible que celui observé dans le 13^{ème} arrondissement avec 56% de praticiens opposés soit 70% de ceux qui n'exercent pas ainsi actuellement, et également plus faible que dans DEMOMED où 74% des praticiens y étaient opposés.

Cette différence se fait au profit de l'indécision, plus fréquente dans notre arrondissement : 12,8%, contre 8% dans le 13^{ème}, mais proche de DEMOMED (11% déclaraient ne pas avoir assez d'informations pour répondre à la question).

Exercer en groupe n'induit pas un surcroît de souhait d'orientation vers une structure professionnelle, mais il y a plus de praticiens certains de ne pas vouloir ce mode d'exercice parmi ceux qui exercent seuls, au profit de plus d'indécis chez les praticiens qui exercent en groupe.

L'intérêt plus marqué des classes d'âge jeunes était attendu, car on rapporte souvent un intérêt de la jeune génération. La thèse d'Hélène Gridel en 2017 portant sur les MSP d'Ile de France avait retrouvé que les praticiens exerçant en MSP étaient effectivement jeunes avec un

âge moyen de 44 ans, soit 8 ans de moins que la moyenne nationale, et 49% ayant moins de 40 ans (56). Cependant, nous pouvons également imaginer que les classes jeunes n'étant pas installées depuis longtemps pourraient être plus enclins à un changement, alors que comme nous l'avons vu certains praticiens plus âgés ne s'orientent pas vers cet exercice parfois du fait d'une installation actuelle ancienne et pleinement satisfaisante.

Les arguments majeurs d'orientation ou de défiance concernent :

Les contraintes de fonctionnement d'une MSP, 1^{er} argument de défiance (60%).

Le socle même du fonctionnement de ce mode d'exercice qu'est le travailler ensemble: **le plaisir de travailler en groupe** rompant avec l'isolement du médecin généralistes est le premier argument favorable (76%), tandis que la **Crainte d'une mauvaise entente entre associés** est le deuxième argument contre (37%). Cet argument constituait effectivement l'une des principales causes de départ de ces structures dans la thèse d'Hélène Gridel.

La meilleure qualité des soins du patient, qui est le deuxième argument d'intérêt (72%).

Ces arguments figuraient dans les résultats de la thèse d'Elsa Léger, qui avait réalisé en 2016 une étude qualitative auprès de 17 professionnels de santé dont 7 MG exerçant dans 8 MSP en Ile de France, dont deux en projet. Cette étude portait sur les freins et moteurs de l'interprofessionnalité (57). Les contraintes de fonctionnement y figuraient parmi les freins principaux, concernant plus spécifiquement les démarches de création, et le règlement arbitral par cet aspect astreignant de « rendre des comptes », et par son manque de visibilité à long terme.

La meilleure qualité des soins constituait aussi un argument majeur, par une prise en charge du patient dans sa globalité, le dialogue facilité entre les praticiens permettant ce regard d'ensemble et une amélioration des compétences, notamment pour la prise en charge du patient complexe.

Cette étude insistait également sur le socle qu'est l'entente entre les associés, à l'origine d'un équilibre fragile: le plaisir de travailler en groupe, convivial et stimulant, en balance avec des tensions ou lutte de pouvoir pouvant venir d'une seule personne. La déstabilisation créée serait à rapidement désamorcer au risque de voir une mise en péril de la dynamique de toute l'équipe. Les pistes évoquées pour maintenir l'équilibre étaient d'avoir les mêmes valeurs de travail, des projets de vie compatibles, et une bonne entente initiale. Ceci permettant la construction d'une relation de confiance et de respect dans l'équipe, de se connaître et s'adapter aux pratiques des confrères.

La question de la variation des tâches administratives avec l'exercice pluriprofessionnel fait débat dans notre étude, mais ne constitue probablement pas actuellement un argument majeur de décision ou de défiance vis-à-vis de cet exercice.

En effet, le principal résultat inattendu a été le peu de réponses concernant les tâches administratives (36%), alors qu'il s'agit du deuxième problème quotidien pour la profession.

Il n'y a néanmoins pas de différence de mention d'un allègement des **tâches administratives** parmi les répondants exerçant déjà en structure pluriprofessionnelle ou souhaitant s'y orienter (25% de chaque sous-groupe), mais cet argument est plus évoqué parmi les indécis (deux tiers). Nous avons volontairement proposé dans les arguments contre à l'inverse une augmentation des tâches administratives, et pourtant cet argument n'est évoqué que dans 22,2% des cas. Les personnes indécises répondent plus fréquemment cet argument (un tiers d'entre eux) que les

personnes opposées à l'exercice pluriprofessionnel (19%) : les praticiens opposés ne mentionnent donc pas plus cet argument que les autres. Si nous ne pouvons pas prouver la significativité, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'argument n'étant pas plus important chez les partisans et détracteurs, il n'entre pas en première ligne dans la décision.

L'analyse est limitée par le fait que les personnes exerçant en structure pluriprofessionnelle ou souhaitant y travailler ne répondaient qu'à la question des arguments en faveur, les personnes opposées uniquement à la question des arguments en défaveur, et les indécis aux deux. Il pourrait être intéressant d'avoir une étude sur les attentes lors d'un projet de rassemblement pluriprofessionnel et la réalité de l'exercice pluri-professionnel.

La perte d'autonomie n'arrive qu'en troisième argument en défaveur, à 33%, alors qu'il s'agissait du premier argument défavorable évoqué dans la thèse de P.Cohen, mais à 36% donc du même ordre de grandeur. Nous retrouvons néanmoins cette prédominance de l'argument de la difficulté d'entente avec les collègues, prouvant qu'il s'agit d'une problématique majeure.

Nous pouvons remarquer que certains MG ne veulent pas d'une MSP non pas sur une argumentation comme celle du questionnaire, mais parce qu'ils sont heureux dans leur lieu actuel d'exercice ou trop proche de la retraite pour songer à déménager. On pourrait imaginer une autre étude proposant donc spécifiquement comme argument une installation actuelle pleinement satisfaisante et une seconde partie de carrière.

Cet argument d'installation ancienne sans souhait de changer de lieu d'exercice semble être une porte ouverte aux MSP hors les murs ou multisites, qui intéressaient certains médecins.

Il s'agit de la définition des ESP, où à une échelle plus large des CPTS. Il y a pourtant un problème de communication autour de ces nouveaux dispositifs qui n'étaient pas connus de la très grande majorité des praticiens.

La connaissance des sigles était en effet assez parlante sur cette communication à améliorer : seuls les NMR étaient plus connus, majoritairement et de façon assez attendue par les médecins exerçant soit en groupe, soit en structure pluriprofessionnelle, puisqu'ils sont les premiers à pouvoir être concernés.

Nous pouvions noter une véritable méfiance vis-à-vis de ces dispositifs : aspect administratif, modalités pratiques floues, sensation de perte d'indépendance par la nécessité de « contractualisation ». Ces arguments ressemblaient à ceux qui avaient pu être notés dans la thèse du 13^{ème} vis-à-vis du pôle de santé (qui devrait donc s'appeler CPTS selon les nouveaux textes).

Il existe néanmoins peu de données concernant le fonctionnement MSP multisites, et on pourrait se questionner sur l'impact de ne pas travailler dans les mêmes murs sur l'interprofessionnalité. C'est ce qui était évoqué dans la thèse d'Elsa Léger, qui avait pu interroger un coordonnateur de MSP hors les murs : l'interprofessionnalité était plus difficile à mettre en place, par cette impossibilité d'interaction informelle des acteurs de soins en se croisant quotidiennement. Cependant, la coordination externe reste, et serait favorisée par ce type d'exercice, par une ouverture sur l'extérieur favorisant les participations aux réseaux, aux formations, et donc le développement du carnet d'adresse.

3.4 Relations interprofessionnelles libérales : travailler ensemble sur le même territoire

L'URPS avait réalisé en mars 2014 une enquête sur 802 médecins généralistes d'Ile de France concernant le recours aux spécialistes libéraux par le médecin traitant : ils avaient conclu que les spécialistes libéraux étaient le premier recours du MT, avec 93% des MG qui adressaient leurs patients à leurs confrères libéraux exerçant en cabinet, et 63% vers leurs confrères hospitaliers (58). L'URPS avait réalisé une autre étude en 2017, cette fois auprès de 705 médecins libéraux dont 383 généralistes, et avançait le chiffre de 80% ayant prioritairement recours aux professionnels de santé libéraux pour la gestion des cas complexes (59).

La situation est moins nette dans le 14^{ème} arrondissement : dans plus de 70% des cas, les praticiens ne manifestent pas de préférence lors qu'ils orientent leurs patients vers un spécialiste libéral ou hospitalier, tout dépendant de la situation, les critères de choix par ordre décroissant de fréquence étant : la spécialité volontiers plus libérale ou hospitalière, le tarifs et moyens financiers des patients, les délais de rendez-vous compatibles avec la demande, le réseau du praticien, le souhait du patient, et la compétence reconnue du spécialiste. Il est intéressant de constater en revanche que les délais de rendez-vous et les tarifs étaient évoqués comme étant les deux principaux freins lors de l'adressage dans l'enquête de 2014.

La thèse du 13^{ème} mentionnait que 71% des praticiens rencontraient des difficultés d'accès à certains professionnels en santé, nous avons pu constater dans notre étude que les réponses étaient très hétérogènes notamment en fonction des quartiers, mais que quelques résultats communs ressortent.

Si nous résumons les résultats retrouvés par spécialité :

Gynécologie :

Les MG sont plutôt satisfaits de leurs recours aux gynécologues libéraux, sauf en ce qui concerne les **délais de rendez-vous et les tarifs**, ce qui était également identifié dans la thèse de P. Cohen parmi les trois difficultés les plus fréquentes, ainsi que par DEMOMED qui rapportait que la majorité des praticiens exerçaient en secteur 2.

La présence dans le secteur donne lieu à des opinions sont très partagées. Nous avons vu que tous les quartiers ne sont pas dans la même situation, avec la moitié des quartiers insatisfaits ou partagés. Ce qui est cohérent avec l'étude DEMOMED qui prévoyait en 2014 que 63% des gynécologues de l'arrondissement arrêteraient ou diminueraient de leur activité dans les cinq ans, dont 43% de cessation totale ou cessation uniquement à Paris. Nous n'avons pas de donnée concernant l'arrivée de successeurs, mais il est possible que l'évolution démographique défavorable ne concerne donc pas uniquement la médecine générale.

Ophtalmologie : très satisfaits, mais **délais de rendez-vous et tarifs** trop élevés. Ces résultats sont cohérents avec la thèse de P.Cohen à l'exception de la présence dans le secteur plus satisfaisante dans notre étude. Le retour de courrier ou de téléphone donne lieu à des opinions très diverses.

Radiologie :

Il s'agit clairement de la spécialité avec laquelle les relations interprofessionnelles semblent les plus efficaces et surtout les moins divergentes en fonction des secteurs, à l'exception des tarifs. Cette accessibilité des radiologues est cohérente avec l'étude URPS de 2014 qui les décrivaient comme les plus facilement accessibles avec les cardiologues, les gastro-entérologues, et les ORL. En revanche, nous retrouvons une présence dans le secteur nettement plus satisfaisante que dans le 13^{ème} arrondissement.

Psychiatrie : les difficultés à obtenir un retour de courrier ou de téléphone est le principal obstacle, avec 58% d'opinion défavorable, critère non évalué dans la thèse du 13^{ème}. Les autres critères font l'objet de réponses diversifiées, et notamment à l'échelle des quartiers, alors que dans le 13^{ème} les délais excessifs, la présence dans le secteur insuffisante et les tarifs étaient les principaux obstacles. Ce constat est assez cohérent avec l'étude de l'URPS de 2017 où 77% considéraient que les psychiatres libéraux n'étaient pas facilement joignables, mais diffère concernant la réponse aux besoins qui est bien meilleure dans notre étude, contre seulement 55% de satisfaction dans l'étude URPS.

La thèse du 13^{ème} avait évoqué de façon générale les difficultés d'accès aux spécialistes libéraux : 27% rencontraient des difficultés, pour la plupart liée aux tarifs excessifs, ce qui est un point commun parfaitement cohérent avec notre étude. Nous remarquons tout de même que la présence insuffisante dans le secteur dans l'analyse générale étaient plus marquées dans cet arrondissement.

Ces problématiques récurrentes liées aux tarifs et délais de rendez-vous, ne sont pas négligeables, le CNOM rappelant que 46% des français ont déjà dû renoncer à des soins de santé en raison des délais pour obtenir un rendez-vous, 42% pour des raisons financières (60).

L'URPS avait réalisé en novembre 2011 une étude auprès de médecins spécialistes à exercice mixte en Ile de France, avec 1339 médecins interrogés, étudiant notamment leur disponibilité dans les 48 heures (61) :

Les radiologues étaient, conformément à notre étude, très facilement disponibles sous 24-48 h (70% des cas).

A l'inverse les ophtalmologistes et les gynécologues étaient les plus difficilement disponibles :

- Gynécologie : 23% disponibles sous 24-48 h, 31% sous 15 jours 46% dans un mois ou plus,
- Ophtalmologie : 12 % sous 24-48 heures, 12% sous 15 jours, 68% dans un mois ou plus.

Si ces données sont globalement cohérentes avec notre étude, l'URPS suggère néanmoins que les délais de rendez-vous seraient plus longs pour l'ophtalmologie, ce qui ne correspond pas à notre étude qui retrouve des chiffres équivalents à ceux de la gynécologie : nous pourrions donc évoquer que la disponibilité des ophtalmologistes de l'arrondissement est tout de même meilleure qu'à l'échelle de l'Ile de France.

Les psychiatres n'étaient que 18% à être disponibles en 24-48 heures et 57% dans les quinze jours, cohérent également avec nos statistiques très partagées.

Les praticiens étaient majoritairement satisfaits de l'accessibilité et en cas d'avis urgents, mais avec une grande variabilité en fonction de la spécialité : à peine la moitié des praticiens sont satisfaits concernant les avis urgents de psychiatrie, alors qu'ils sont 100% à l'être pour la radiologie. Les études antérieures donnaient des résultats plus positifs :

-Selon l'enquête URPS de 2014, 80 % des MG répondants parvenaient à joindre directement les confrères spécialistes libéraux en cas d'urgence.

-Selon l'enquête URPS de 2011, 94% des spécialistes libéraux d'Ile de France déclaraient avoir des créneaux d'urgences réservés prioritairement sur demande du médecin traitant.

L'enquête URPS de 2014 évoquait un retour dans 97 % des cas, dans les trois quarts des cas dans les 15 jours à partir de l'envoi du patient vers le spécialiste, nous avons vu que ce point posait régulièrement problème, à l'exception de la radiologie.

On rappelle que notre étude, en interrogeant les médecins généralistes, n'évoquent que les cas où le MG adresse le patient, or le recours au gynécologue, ophtalmologiste et psychiatre ne nécessite pas le passage par le MT, comme le pédiatre ou stomatologue, alors que pour les autres situations le parcours de soin exige le passage par le médecin traitant est obligatoire pour être remboursé par l'Assurance Maladie. Or, cette l'enquête de 2011 rapportait qu'un tiers des patients consultaient sans être adressés, ce qui limite notre étude sur le recours aux libéraux.

Si nous résumons la situation par quartier :

- **Quartier Didot Porte de Vanves : les difficultés concernent essentiellement l'ophtalmologie**, particulièrement pour les délais de rendez-vous, les tarifs pratiqués, et le retour de courrier et de téléphone, et la psychiatrie
- **Quartier Jean Moulin-Porte d'Orléans** : les principales difficultés concernent la **psychiatrie**, particulièrement avec les délais de rendez-vous et les tarifs pratiqués, et la **gynécologie** concernant les délais de rendez-vous et les tarifs pratiqués, mais un seul entretien disponible limitant évidemment l'analyse.
- **Quartier Montsouris-Dareau** : principales difficultés avec la **gynécologie** qu'il s'agisse de l'accessibilité, des délais de rendez-vous ou de la gestion des avis urgents. Les avis sont très partagés concernant le retour de courrier ou de téléphone ou la présence dans le secteur.
- **Quartier Mouton-Duvernet** : les principales difficultés concernent la **psychiatrie**, particulièrement le retour de courrier ou de téléphone, les tarifs, tandis que l'opinion sur les délais de rendez-vous et les avis urgents était partagée. Mais aussi avec l'**ophtalmologie** concernant les délais de rendez-vous, les tarifs, tandis la moitié des praticiens manifestent une opinion défavorable concernant les le retour de courrier ou de téléphone.
- **Quartier Pernety** : Ce quartier se distingue de tous les autres par les très nombreuses difficultés qu'il rencontre pour les différentes spécialités, à l'exception

de la radiologie. En particulier, la **gynécologie et la psychiatrie** recueillent une opinion défavorable pour presque tous les items, les seules exceptions étant la qualité de la prestation, Parmi eux, la présence dans le secteur est logiquement retrouvée.

- **Quartier Raspail-Montparnasse :** La principale spécialité posant des difficultés est l'**ophtalmologie**, concernant les délais de rendez-vous et le retour de courrier ou de téléphone, et les tarifs, et la **gynécologie**, autour des avis urgents et des tarifs pratiqués, tandis que la question du retour de courrier ou de téléphone partage l'opinion.

Nous pouvons faire des remarques générales

- La radiologie recueille le plus d'opinion favorable, quel que soit le territoire, l'arrondissement semble particulièrement privilégié
- La qualité de la prestation, quel que soit la spécialité et le secteur, recueille systématiquement une majorité d'opinion favorable.
- Quel que soit la spécialité, les tarifs sont souvent considérés comme trop élevés, particulièrement les gynécologues et les ophtalmologues.
- **Les quartiers Pernety, Jean Moulin Porte d'Orléans, et Montsouris-Dareau** correspondent pas à une localisation géographique particulière de l'arrondissement (ouest, sud, est de l'arrondissement), mais semblent être les quartiers qui rencontrent le plus de difficultés dans leurs relations interprofessionnelles avec les confrères libéraux du secteur, en premier lieu en ce qui concerne leur présence dans le secteur, pouvant laisser supposer que le déficit en médecin généraliste qui concerne particulièrement deux de ces quartier concerneraient l'offre de soin en médecine libérale de façon plus vaste. En particulier, le quartier Pernety semble très en difficulté dans son recours aux spécialistes libéraux.

Le recours aux kinésithérapeutes et infirmiers est nettement moins sujet à débat que ce que nous avons observé pour les spécialistes libéraux : seuls les soins à domicile posent soucis pour les kinésithérapeutes, l'intégralité des autres critères est majoritairement satisfaisante.

Le recours à ces professionnels paramédicaux est bien plus optimisé que ce qui avait été rapportée dans l'étude du 13^{ème}, même si leur question était moins détaillée : 29% des praticiens rencontraient des problèmes d'accès aux kinésithérapeutes et 17% aux infirmières, notamment à cause d'une présence insuffisante dans le secteur et des délais excessifs de prise en charge. De la même manière à l'échelle de l'Ile-de-France dans l'étude URPS de 2017, les kinésithérapeutes étaient considérés comme facilement joignables par seulement 58% des répondants, contre 90% concernant les infirmiers. En revanche, la satisfaction concernant la réponse aux besoins était également majoritairement positive.

3.5 Une inégalité entre les quartiers

Nous pouvons remarquer le secteur **Pernety** semble avoir le plus de difficultés en ce qui concerne le recours avec leurs correspondants libéraux, qu'ils soient médicaux et paramédicaux, particulièrement concernant leur présence dans le secteur. Nous avons également vu qu'il est l'un des secteurs ayant le plus de difficulté d'accès aux services sociaux. Ce quartier sera d'autant plus en difficulté qu'il est l'un des plus concernés par les départs à la retraite dans 2 et 5 ans (voir la thèse de Raphaël Pecqueur). S'il ne semble pas identifié dans les documents de l'ARS, il est éligible au dispositif Paris Med'.

Le quartier **Jean Moulin-Porte d'Orléans** présente également des difficultés sur ces mêmes points, de façon un peu moins marquée, or nous avons vu qu'il s'agit d'un des quartiers comportant le moins de médecins généralistes. Il n'est pourtant référencé ni dans les documents de l'ARS, ni dans Paris Med'.

Le quartier **Montsouris-Dareau**, particulièrement déficitaire en MG, est également l'un des quartiers estimant avoir le moins de libéraux dans leur secteur, il fait partie des territoires éligibles à Paris Med' comme vu précédemment.

3.6 Le cas des soins psychiatriques : une coordination recommandée mais non appliquée

Les relations des MG avec la psychiatrie, libérale et hospitalière, sont très difficiles : 74,5% des praticiens considèrent que leur suivi somatique des patients atteints de pathologies psychiatriques chroniques n'est pas coordonné avec le psychiatre. Ce constat est bien à l'opposé des recommandations de Juin 2015 de la HAS et de la Fédération française de psychiatrie FFP-CNPP, qui recommandait une communication des courriers et comptes rendus psychiatriques, mais aussi un courrier du médecin traitant concernant le suivi somatique, dans le cadre d'une première demande de consultation ou dans le suivi, ce qui n'est donc visiblement que rarement fait (62).

Le CMP est le deuxième dispositif territorial auquel ont recours les médecins généralistes de l'arrondissement. Ce constat **montre bien la place du médecin traitant dans l'orientation ambulatoire de la psychiatrie**, et la nécessité d'une coordination entre leurs suivis respectifs conformément aux recommandations.

Cependant, à l'image des difficultés dans le secteur de la psychiatrie, les généralistes sont très partagés lorsqu'ils doivent nous exposer leur satisfaction vis-à-vis du dispositif, les frustrations se cristallisant autour de la communication. Ces résultats sont cohérents avec l'enquête URPS de mars 2017, qui retrouvait que le CMP était utilisé par plus de la moitié des médecins, mais considéré comme injoignable par 83% des praticiens généralistes, et ne répondant pas aux besoins pour 65% des répondants.

Or, cette coordination est essentielle : le taux de mortalité de ces patients est multiplié par 2 à 4,5 selon la pathologie. Derrière la cause numéro 1 qu'est le suicide, les causes de mortalité de

ces patients sont cardiovasculaires et respiratoires : la prise en charge globale de ces patients ne saurait se faire sans une coopération entre les deux médecins.

3.7 Des dispositifs et des réseaux à l'image des nouveaux enjeux

3.7.1 Dispositifs territoriaux et réseaux de soins

Les recours aux dispositifs territoriaux sont à l'image de l'augmentation des prises en charge de patients complexes, puisque les plus retrouvés sont dans l'ordre le CLIC, le CMP et le SSIAD.

Le recours au CLIC, au SSIAD, et dans une moindre mesure à la **HAD et la MAIA**, par leurs missions orientées vers la prise en charge gériatrique, montre que les problématiques de la dépendance et du vieillissement de la population avec leurs conséquences sociales sont régulièrement rencontrées par les MG parisiens. La satisfaction vis-à-vis de ces dispositifs est comparable à l'étude URPS 2017 en termes de réponses aux besoins, beaucoup plus marquée pour les deux premiers.

Le CMP, deuxième dispositif territorial le plus utilisé par les médecins généralistes, avec les limites déjà évoquées, montre bien la place du médecin traitant dans l'orientation ambulatoire de la psychiatrie, concernant plutôt la population jeune comme nous avons vu dans l'introduction, et la nécessité d'une coordination entre leurs suivis respectifs conformément aux recommandations.

Le CMP et le SSIAD étaient également retrouvés dans les recours des MG dans l'enquête URPS de 2017 (respectivement 60 et 55%, contre 59,6% et 42,5% dans notre étude), en revanche le CLIC était nettement moins évoqué (32% des répondants, contre 66% dans notre étude).

La HAD est utilisée par près de 40 % des MG de l'arrondissement, avec globalement une satisfaction des praticiens, d'autant plus importante que nous avons vu que leurs domaines principaux d'intervention étaient les soins palliatifs et les pansements complexes pouvant concerner la gériatrie. Nous avons vu que la HAD était mise en place par l'hôpital dans la majorité des cas, il est donc important d'y associer le MG au-delà de l'obligation d'information, et nous avons vu que les praticiens souhaitaient encore des progrès sur ce point. La satisfaction majoritaire dans l'arrondissement est néanmoins notable, d'autant qu'elle était décrite difficilement joignable pour un tiers des généralistes dans l'étude URPS de 2017.

Le recours aux réseaux de soins est également à l'image de cette complexité croissante : 85% des médecins y ont recours, soit plus dans le 13^{ème} arrondissement (76%), mais les mêmes disciplines. Ce taux est largement supérieur à ce qui avait été retrouvé dans DEMOMED avec seulement 43% des praticiens.

Ensemble, réseau de soins palliatifs, est sollicité par 85 % des généralistes utilisant les réseaux, donc 72% des généralistes en général, contre seulement 56% des praticiens du 13^{ème} arrondissement, avec majoritairement des opinions satisfaites concernant la réponse aux besoins.

Les autres réseaux les plus souvent mentionnés sont ceux relevant des prises en charge gériatrique : les **réseaux gérontologiques** dont **Memorys** utilisés par 55% des médecins utilisant les réseaux (46,8% du total), soit plus que dans l'arrondissement voisin.

La principale limite de ces réseaux concerne la prise en charge rapide et la complexité de mise en place, ce qui était déjà retrouvé dans la thèse du 13^{ème} arrondissement en ce qui concerne les délais, et dans l'enquête URPS de 2017 en mentionnant des protocoles imposés pour l'accès aux structures médico-sociales dont les réseaux alourdissant la prise en charge.

La question de la perfectibilité et des moyens de demande simples et adaptés se posent, comme le montre la méfiance pour la plateforme autonomie Paris Saint Jacques par son système de formulaire.

3.7.2 Particularités du vieillissement de la population parisienne : une augmentation des patients dépendants au domicile

L'analyse par l'INSEE de la population en 2018 par tranche d'âge montre que Paris est moins touché en par le vieillissement de la population par rapport au reste du pays : sa part des 15-29 ans est de 25,8% contre 17,6% à l'échelle nationale, la différence étant tout de même moins nette pour des plus de 75 ans est de 8,8% contre 9,2% à l'échelle nationale (20,63).

Nous avons vu que la part de personnes âgées augmente alors que la population parisienne se stabilise, ce qui devrait se poursuivre dans les prochaines années. Néanmoins, les chiffres prévisionnels seraient d'une personne sur quatre ayant plus de 60 ans à Paris, alors qu'il s'agirait d'une personne sur trois à l'échelle nationale (2,4).

Nous ne pouvons pourtant pas conclure que la capitale sera moins confrontée à ce phénomène, bien au contraire : ce que prouvent nos résultats avec les recours si fréquents aux réseaux et dispositifs relevant de la gériatrie, c'est qu'ils concernent les **soins à domicile**.

En effet, en 2011 seulement 5% des parisiens de plus de 75 ans vivaient en établissement d'hébergement (EHPAD), contre 8% des franciliens et 9 % des français.

Il est à noter que 60% des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile, ce qui correspond aux chiffres nationaux de 2016 (2), néanmoins les personnes âgées dépendantes restent plus longtemps à domicile qu'au niveau national: en 2009, 6% des personnes intégralement dépendantes dans toutes leurs activités (GIR 1) étaient au domicile, contre 3% des français, et 27% des personnes ayant besoin d'une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante (GIR 2) restaient à domicile contre 18% des français.

Paris se distingue également par un nombre élevé de personnes de plus de 60 ans vivant seules à domicile : 51% des parisiens de plus de 75 ans vivent à seuls contre un peu moins de 40 % dans le reste de la France (64).

A l'échelle de l'Ile de France, la part de personnes dépendantes vivant à domicile serait amenée à augmenter jusqu'en 2030, avec seulement trois franciliens dépendants de plus de 75 ans sur dix résidant en institution à cette date (65).

Parmi les causes envisageables, les places limitées et coûteuses en institution.

Le vieillissement de la population est donc amené à être moins marqué à Paris, mais la charge de soins sera plus lourde par la part plus importante de personnes âgées dépendantes vivant seuls à domicile, ce qui est à opposer à cette offre de soin en déclin et les difficultés qu'ont déjà actuellement les professionnels de santé dans leur prise en charge.

En effet, **la gestion de la dépendance et de la polypathologie** fait partie des problèmes quotidiens cités par les praticiens.

Leur optimisation rejoint les souhaits d'une meilleure transmission d'information entre professionnels, et la meilleure connaissance du réseau, mais aussi coordination du parcours de soins et de **simplification de la prise en charge à domicile**.

Parmi les propositions, le **système de transport remboursé** pourrait contourner les limites autour de la visite à domicile, tandis que la **mobilité du dossier médical** et la **messagerie sécurisée** encore sous exploitée pourrait simplifier la gestion des informations. Le **guichet unique** pour la mise en place des aides et soins au domicile constituerait une simplification qui est déjà évoquée dans les projets de la future CPTS. Ces simplifications contribueraient à améliorer la prise en charge souvent décrite moins optimale qu'au cabinet. La question de la revalorisation de la rémunération serait également un indicatif d'investissement sur ce thème de la dépendance.

3.7.3 La définition du patient complexe

La question sous-jacente est la définition de ce « patient complexe », qui ne se limite pas au patient gériatrique.

La complexité évoquée par les généralistes semble à la fois évoquer la complexité de la prise en charge elle-même liée au domicile (cf thèse de Raphaël Pecqueur) mais aussi la complexité du dossier biomédical qui concerne par exemple un patient âgé polypathologique.

Dans son enquête de 2017, l'URPS mentionnait que neuf médecins sur dix rencontraient des difficultés dans la prise en charge des cas complexes.

Pour 66 % des médecins, il s'agit des patients présentant plusieurs pathologies et les personnes âgées, mais aussi les patients isolés ou en souffrance morale, et pour certains ne maîtrisant pas le français. Le cas de la psychiatrie n'est donc pas à proprement parler dans cette définition mais pourrait s'en rapprocher.

L'organisation des soins en est que plus difficile, avec par ordre de fréquence la nécessité de contact direct avec le médecin hospitalier, les prises de rendez-vous, la prise en charge sociale et administrative, l'admission à l'hôpital, mais aussi le maintien à domicile.

3.8 Relations avec l'hôpital

3.8.1 Joindre l'hôpital : des réponses inégales, le développement de l'accès direct

Il est difficile de généraliser la réponse à la question de l'accessibilité téléphonique, alors que les avis semblaient beaucoup plus tranchés dans le 13^{ème}, avec un hôpital considéré comme toujours injoignable. Néanmoins le taux de 72 à 76 % de praticiens rencontrant des difficultés à joindre l'hôpital est plus élevé que dans l'étude URPS de 2017 où environ 60% des praticiens étaient concernés.

Les hôpitaux de l'APHP gardent malheureusement une réputation d'être difficilement joignable, malgré le développement de médecins partenaires, En revanche, l'hôpital Saint Joseph, l'institut Gustave Roussy et l'institut Curie sont cités comme les plus joignables, mais les deux derniers ne sont pas dans l'arrondissement.

Le secteur **Didot-Porte de Vanves** semble rencontrer moins de difficultés, si le lien géographique est peu évident car ce contact n'est pas un lien direct, il s'agit tout de même du secteur à proximité du GHPSJ. Nous avons vu les limites concernant l'analyse des résultats de Jean Moulin-Porte d'Orléans et Montsouris-Dareau.

La véritable révolution dans l'accessibilité à l'hôpital est le développement de numéros directs, avec leurs limites et leur marge de progression, mais aussi les systèmes de mails permettant d'envoyer plus d'informations par écrit.

Leur développement est une proposition de la grande consultation du CNOM, notamment pour demander l'hospitalisation sans passer par les urgences, mais ne mentionnant pas les avis. Les MG du 14^{ème} sont très enthousiastes à l'idée de voir se développer ces nouveaux moyens d'accès, conformément à ce qui avait été retrouvé dans la thèse du 13^{ème} arrondissement, pouvant également comprendre les mails, avec un souhait d'optimisation de l'existant plutôt qu'une multiplication des accès, car le système est encore perfectible : manque d'information sur les possibilités d'accès, efficacité des appels, exhaustivité des spécialités sur les listes.

Cette question des numéros directs avait également été évoquée au séminaire de coopération ville hôpital d'octobre 2017 (66,67) : si leur développement fait partie intégrante de l'amélioration du lien ville-hôpital, dans une volonté de répondre rapidement et efficacement au correspondant libéral et éviter le recours aux urgences, il a aussi ses limites propres du côté de l'hôpital, parmi lesquelles le vécu peu visibles de praticiens, l'absence de rémunération de ces avis, mais aussi évoqué dans la discussion avec la salle l'absence de traçabilité, et la responsabilité juridique de l'avis donné.

3.8.2 Mode d'hospitalisation : encore trop de recours systématique aux urgences

La possibilité d'un adressage direct après contact du médecin traitant avec un praticien hospitalier sans passage par les urgences était encouragée dans la grande consultation du CNOM, ce qui est cohérent avec la situation actuelle d'engorgement des services des urgences

générales. Nous avons néanmoins vu que certains hôpitaux exigeaient ce passage par les urgences générales malgré ces propositions.

Néanmoins, les résultats semblent indiquer que la majorité des praticiens essaient de réaliser l'admission de leurs patients sans passer par les urgences, mais que cela n'est pas toujours possible : la majorité des praticiens utilisent les deux moyens, et il y a finalement très peu de praticiens utilisant exclusivement l'adressage aux urgences.

Cette orientation directement vers les services ayant été réaffirmée récemment, il était assez attendu de retrouver ce moyen majoritairement chez les praticiens jeunes.

3.8.3 Quelle coordination avec l'hôpital ?

Nous avons vu que la principale difficulté dans ce lien ville-hôpital est la notification au MG de l'hospitalisation du patient, notamment l'absence de courrier de sortie. Ces difficultés ne sont pas propres à l'arrondissement, et il était assez attendu d'obtenir les mêmes critiques que dans les entretiens du 13^{ème}, cohérent avec les études nationales puisque le CNOM estime que 60% des médecins traitants ne savent pas que leurs patients ont été hospitalisés, et 75% d'entre eux ne savent pas qu'ils sont sortis de l'hôpital.

Les recommandations de la HAS de 2014 imposent pourtant la remise d'une lettre de liaison à tout patient sortant d'une hospitalisation de plus de 24 heures en MCO, éventuellement complété par un CRH envoyé dans les 8 jours suivant la sortie, et notifié dans la loi santé (47,68). Compte tenu des résultats de notre étude, cette recommandation n'est pas toujours suivie.

Cependant, la situation semble très variable d'un hôpital à l'autre, d'un service à l'autre, avec certaines structures ayant réellement à cœur l'association du MT dans la sortie du patient. L'hôpital Saint Joseph est régulièrement cité comme établissement du secteur soucieux de ses liens avec la ville, que ce soit par son application « allo Saint Jo » permettant aux MG un accès téléphonique direct à un médecin senior, et en fournissant un CRH rapidement dans certains services, en utilisant les messageries sécurisées. L'APHP évalue actuellement comment améliorer leurs relations avec la ville : développer et faire connaître médecins partenaires pour les lignes téléphoniques directes, le développement des prises de rendez-vous en ligne via Doctolib, mais aussi les moyens à mettre en place pour envoyer aux correspondants un compte rendu d'hospitalisation au moins provisoire le jour de la sortie du patient (67). Concernant ce dernier point, il est à noter ce sont principalement les étudiants en médecine qui seraient sollicités, par une augmentation de leurs tâches administratives...

Les raisons évoquées par les MG à ces disparités sont diverses, mais nous pouvons noter parmi elles le manque de temps touchant aussi les praticiens hospitaliers pour créer ce contact notamment pour organiser la sortie d'un patient, d'autant que nous avons vu que les MG sont parfois difficiles à joindre eux aussi.

Il n'y a pas de lien avec l'âge du praticien, dont on pourrait imaginer que les plus âgés soient plus facilement 'correspondant' des hôpitaux du secteur s'il s'agit d'un praticien installé depuis longtemps sur le même secteur comme cela a souvent été le cas dans nos entretiens. Cependant nous n'avons pas étudié spécifiquement cette ancienneté.

Il est très étonnant constater que 75% des praticiens de Pernety adressent directement dans les services, et sont plus souvent sollicités à la sortie par rapport à ses voisins, alors qu'ils sont parmi les secteurs les plus dépourvus en hôpitaux.

Il est difficile d'interpréter ce résultat, mais nous pourrions évoquer comme piste une potentialisation des recours hospitaliers devant les difficultés de ce secteur dans la coopération libérale, il serait intéressant d'explorer ces chiffres très différents du reste de l'arrondissement. Par ailleurs, si le quartier ne comprend pas d'hôpitaux, il est voisin de Didot Porte de Vanves qui en détient beaucoup, sans similitude des réponses entre ces deux quartiers.

Nous ne trouvons pas de relation entre le mode d'hospitalisation à la présence plus ou moins importante de structures hospitalières dans le secteur, même si nous n'avons pas spécifiquement interrogé sur les relations avec les hôpitaux du quartier.

3.8.4 Le virage ambulatoire

Cette dichotomie entre l'hôpital et la ville rend les prises en charge forcément difficiles : d'un côté un médecin traitant non mis au courant d'une hospitalisation, d'une opération, de soins à la sortie, mais de l'autre côté une équipe hospitalière manquant d'informations lors de l'arrivée d'un malade inconnu du service. Et si l'hôpital est régulièrement décrit comme injoignable, nous avons pu expérimenter que joindre un médecin généraliste peut présenter également une certaine complexité. On peut aisément imaginer qu'elle est aussi dommageable au patient.

Dans la consultation du CNOM, 85% des médecins jugeaient important de structurer le parcours de soins entre la médecine de ville et l'hôpital. En plus des propositions déjà citées, le CNOM avait proposé de rendre **obligatoire une messagerie sécurisée** pour les médecins et les établissements de santé pour partager rapidement les comptes rendus et résultats d'examen

Face aux nouveaux besoins en santé et à la nécessité de travailler en équipe sur des cas de plus en plus complexes, il paraît déraisonnable de poursuivre avec de telles difficultés, d'autant que certains établissements contribuent aux progrès du lien ville-hôpital et prouvent donc que cette coopération est possible.

Pouvoir joindre l'hôpital est un enjeu majeur du virage ambulatoire : les MG doivent gérer des patients relevant il y a quelques années de l'hospitalisation, et peuvent être confrontés à des situations comme les complications chirurgicales nécessitant un avis spécialisé rapide.

L'extension du virage ambulatoire se poursuit, nécessitant un lien ville-hôpital efficient... L'une des évolutions possibles dans les prochaines années est l'extension vers une chirurgie oncologique ambulatoire dans certaines prises en charge (38), mais également la télémédecine, que nous n'avons pas abordé dans notre étude.

Selon les textes officiels, les hôpitaux de proximité peuvent être un « appui organisationnel et logistique dans la formalisation des ESP et les projets des CPTS », sans plus de précision dans les textes sur l'ampleur de cette participation, notamment s'ils peuvent faire partie intégrante d'un projet de santé avec les libéraux.

3.9 De l'intérêt de travailler ensemble : quelles possibilités d'amélioration ?

Il n'est pas surprenant, compte tenu du thème de cette thèse, de retrouver parmi les principales difficultés et demandes des médecins généralistes la coordination et la communication entre les professionnels du territoire.

Cette demande est justifiée par le contexte d'augmentation de la charge de travail, d'émergence des maladies chroniques, de vieillissement de la population, et par le virage ambulatoire, qui nécessitent des prises en charge multidisciplinaires et des décisions partagées.

Les praticiens du 13^{ème} arrondissement avaient également évoqué cette absence de liens et de rencontre entre les médecins généralistes, spécialistes et paramédicaux, avec pour conséquence pour les jeunes installés un manque de réseau professionnel, certains évoquant même des relations tendues avec leurs voisins. Le CNOM avait mentionné jusqu'à la disparition du sentiment de confraternité avec 58% des médecins affirmant l'absence de solidarité dans la profession et un isolement.

Notre étude montre pourtant une volonté de la profession d'améliorer ces liens.

L'existence d'un **annuaire des professionnels** du quartier, mentionné aussi dans l'étude URPS de 2017, mais également la **mise en place d'un système de mise en relation des praticiens et de l'organisation locale de rencontres pour créer un lien convivial**, évoqués également dans le 13^{ème} arrondissement, revient sur cette importance du carnet d'adresse, que nous avons souvent retrouvé dans nos entretiens comme pouvant simplifier des situations complexes et/ou urgentes, et seraient d'autant plus intéressant pour les jeunes installés.

Travailler sous le même toit peut être un moyen de contourner ces difficultés de communication: Elsa Léger avait retrouvé que la coordination en MSP était facilitée par la proximité physique des professionnels, plus aisément disponibles s'ils se croisent dans les couloirs et ont des temps d'échanges même informels dans une même structure, constituant un authentique gain de temps. Ce constat est applicable aussi à un cabinet de groupe dans une certaine mesure. Le fait de « se connaître » était un autre argument de facilitation de la communication dans cette étude « sans appréhension ni crainte du jugement de l'autre (...) démystifiant les échanges » : nous pourrions appliquer cet argument à notre résultat de souhait de connaître les confrères du quartier pour créer ce lien convivial.

L'amélioration de la transmission d'information pourrait également passer par le **dossier médical partagé, et les messageries sécurisées**. Ces dernières sont utilisées par plus de 70 % des praticiens, mais avec une nette décroissance avec l'âge, et chez les praticiens exerçant seuls, nous sommes donc encore loin de l'obligation proposée par le CNOM. Nous avons vu lors du recours aux libéraux qu'un simple courrier lors de l'adressage ou retour d'adressage plus systématique serait déjà une grande avancée.

Les avis spécialisés rapides pourraient passer par cette informatisation, comme une messagerie instantanée.

L'amélioration des relations doit également se faire avec l'hôpital comme évoqué précédemment, permettant au moins l'information d'entrée et de sortie du patient.

Ces systèmes reposeraient alors sur l'informatique, encore faudrait-il que le système soit fiable, et nous avons vu qu'il s'agissait d'un des soucis du quotidien, devant être également optimisé.

Ces propositions ont tous comme point commun une volonté de la majorité des MG de travailler ensemble, même si ce n'est pas sous le même toit.

3.10 Des médecins satisfaits de leurs prises en charge au cabinet, moins au domicile

Si les médecins généralistes sont majoritairement satisfaits de la prise en charge de leurs patients, nous pouvons constater un net décalage avec la prise en charge au domicile. Cette différence est valable quel que soit l'âge ou la localisation géographique, particulièrement à l'ouest et au nord, et à l'exception de Moutsouris-Dareau. Nous rencontrons pour ce dernier quartier cette même limite déjà évoquée du nombre d'entretien très limités.

Nous constatons que cette différence tend à s'atténuer avec l'âge, de la même manière que de façon générale la satisfaction de la prise en charge des patients augmente avec l'âge du praticien interrogé, à l'exception de la tranche 41-50 ans pour la prise en charge au cabinet qui est la seule à ne pas suivre cette tendance.

Les raisons évoquées peuvent être les suivantes : manque d'expérience des jeunes professionnels en début de carrière pour les prises en charge à domicile, qui ne sont l'objet de formation que dans certains stages ambulatoires durant l'internat, acquisition d'expérience, voire possibilité d'être satisfait de ce qui est possible après plusieurs années de pratique professionnelle...

Le principal résultat inattendu a été que si les praticiens exerçant en groupe ou en pluriprofessionnel sont légèrement plus satisfaits de leurs prises en charge au cabinet par rapport à ceux qui exercent seuls ils sont nettement moins satisfaits de leurs prises en charge à domicile.

L'interprétation de ce résultat est néanmoins difficile : les structures de groupe seraient-elles moins adaptées pour les prises en charge au domicile ?

Une autre possibilité est l'existence d'un **facteur de confusion** : nous avons déjà vu l'évolution avec l'âge de la satisfaction au domicile, or 93,3% des moins de 40 ans exercent en groupe, contre 62,5% des plus de 60 ans. Les premiers, moins satisfaits, sont donc surreprésentés dans les praticiens exerçant en groupe, par rapport aux plus de 60 ans. Nous pouvons d'autant plus nous interroger sur ce résultat que l'analyse en sous-groupe par quartier montre que le secteur Didot-Porte de Vanves, qui ne comprend que les praticiens exerçant en groupe, a un meilleur taux de satisfaction de Jean Moulin Porte d'Orléans où les généralistes exercent seuls.

Il reste néanmoins un résultat inattendu que nous pouvons difficilement expliquer, qui mériterait des études complémentaires.

Nos résultats concernant le **temps de travail clinique** plus important est assez intuitif en regard des demandes des médecins d'avoir plus de temps médical pour réaliser leur travail de façon

satisfaisante. Il pourrait également s'interpréter comme une nécessité d'investissement important pour une satisfaction dans la prise en charge des patients, avec les limites déjà abordées. Cependant, le temps administratif est également plus important chez les praticiens satisfaits de leur prise en charge, ce qui semble moins logique.

Une des hypothèses est celle du **facteur de confusion** avec l'âge : Si les temps d'activité clinique hebdomadaires sont comparables entre les classes d'âge (les moins de 40 ans et plus de 60 ans ont des moyennes autour de 40h) le temps administratif est clairement plus élevé avec l'âge, passant de 3,9h en moyenne (médiane 3,7) chez les moins de 40 ans à 6,8 (médiane 5,8h) chez les plus de 60 ans. Or, nous avons vu que les plus âgés sont les plus satisfaits.

Nous avons constaté qu'il y avait un petit peu moins de praticiens satisfaits de la prise en charge parmi les praticiens ayant une activité mixte par rapport aux libéraux exclusifs, l'absence de possibilité de test statistique nous empêche d'en étudier la significativité.

Nos résultats concernant les sous-groupes d'acceptation ou non de nouveaux patients en médecins traitant est probablement plus un constat de conséquences à l'échelle du territoire: intuitivement, nous pouvons imaginer que ceux qui ne sont pas satisfaits de leur prise en charge limitent le nombre de patients pour l'améliorer.

Nous pourrions alors formuler l'hypothèse que pour que les médecins acceptent de nouveaux patients MT, il faut leur donner les moyens d'être satisfaits de la prise en charge des malades : s'ils n'acceptent pas de nouveaux patients MT, c'est peut-être que les conditions actuelles ne leur permettent pas une bonne prise en charge à leurs yeux.

Ce constat est moins clair pour les VAD : une cause possible est que seuls 16 médecins (sur les 43 acceptant les VAD) acceptent de nouveaux patients en VAD, limitant les effectifs d'étude. Une autre hypothèse pourrait être la notion de pression vis-à-vis des demandes de patients ne pouvant plus se déplacer. Cette problématique étant développée dans la thèse de Raphaël Pecqueur.

Les praticiens nous ont régulièrement fait remarquer que c'était plutôt aux patients de répondre à cette question. A l'échelle nationale, le CNOM estimait après enquête auprès de 4060 individus représentatifs de la population française, que la qualité des soins et l'accès à un médecin ou un hôpital étaient satisfaisants pour 86 et 73% de la population. Nous avons en revanche vu les limites et le renoncement aux soins de l'ordre de 40 % face à des délais de rendez-vous trop longs ou des contraintes financières.

3.11 Des problèmes quotidiens aux propositions d'amélioration

L'étude du 13^{ème} arrondissement rapportait que 70 % des MG rencontraient des problèmes et des difficultés dans leur activité médicale quotidienne.

Nous retrouvons des problématiques communes entre les deux arrondissements : le temps bien sûr, mais aussi l'augmentation de la charge de travail, la surcharge administrative dont les protocoles de soins et les certificats, le besoin d'un secrétariat formé, les sollicitations médicales

en dehors de la consultation, la fiabilité informatique, Les conflits avec la CPAM étaient également évoqués, avec également cette impossibilité de communication directe.

Le manque de temps est, conformément aux études antérieures, à l'origine des difficultés quotidiennes.

La première victime du temps semble être dans les deux études, en dehors du temps libre du médecin dont les horaires de travail s'allongent au-delà des plages officielles, le temps clinique : les praticiens opposent dans les deux études une médecine « d'abattage » exigée par les pressions des demandes de rendez-vous mais également pour rentrer dans les frais de cabinets excessifs en regard de la rémunération, à une médecine plus satisfaisante de prise en charge globale limitant le nombre de patients mais aussi le budget, comme la possibilité d'avoir un secrétariat.

L'intégralité des demandes des MG ont pour finalité ce gain de temps, notamment clinique, ce qui était défini comme une priorité pour le CNOM dans la grande consultation de 2015.

L'augmentation de la charge de travail est une problématique majeure également évoquée dans le 13^{ème} : liée aux nombreux départs à la retraite non remplacés, mais également aux nouvelles missions du médecin généraliste comme le virage ambulatoire, nos entretiens ne rapportaient pas ces liens de cause à effet, mais sans question spécifique sur le sujet.

Concernant le comportement des patients, nous retrouvons aussi dans le 13^{ème} cette modification avec des demandes de consultations urgentes, le manque de ponctualité, et les multiples motifs de consultation. Ce constat est à mettre en miroir avec les données du CNOM décrivant des patients exigeants, mais plus de 80% des patients satisfaits des consultations, et 69% des délais de rendez-vous.

Les appels téléphoniques récurrents, souvent retrouvé dans notre étude, n'a été retrouvée dans la thèse du 13^{ème} que sous l'aspect de l'exigence de certains patients d'une réponse instantanée. Cette gestion des appels téléphoniques était pourtant l'une des difficultés les plus évoquées dans notre étude, et pose la question de la communication « utile » jugée insuffisante, opposée à la « multi-communication » envahissante, avec une exigence de la société actuelle d'une réponse immédiate, à l'image des consultations interrompues de nombreuses fois.

Les problèmes sociaux sont un cas particulier posant la question de la responsabilité.

L'importance des problèmes sociaux et les difficultés qu'elles engendrent avait déjà fait l'objet de nombreuses remarques dans la thèse de P.Cohen et O. de Castelbajac, avec un aspect chronophage, de manque de contacts et de compétences, ainsi que dans l'étude URPS 2017 qui les décrivaient comme le troisième frein principal dans la gestion des cas complexes avec l'administratif: nous la retrouvons dans notre étude avec près de 70% des généralistes en difficulté d'accès à des services sociaux. Nous retrouvons ce thème lors de notre question ouverte sur les difficultés quotidiennes, montrant bien l'importance de la question, particulièrement dans le quartier Didot Porte de Vanves, mais aussi Pernety, Raspail-Montparnasse et Jean Moulin-Porte d'Orléans, d'autant qu'elle oppose une exigence manifeste de la société d'avoir un médecin en première ligne dans l'identification de ces difficultés, sans avoir la formation ou la responsabilité de les gérer, alors qu'elles posent des problèmes

pratiques pour réaliser son travail. L'un des entretiens du CNOM évoquait même l'opportunité d'intégrer une assistante sociale dans les MSP.

La simplification administrative semble avoir aussi une place majeure dans les demandes des MG dans l'étude du 13^{ème}, d'autant que cette charge est pointée comme principale cause du syndrome d'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens (17). Le CNOM l'identifiait comme une priorité : un tiers du temps de travail est absorbé par les tâches administratives et les réunions, d'ailleurs pour 98% des médecins réduire la complexité administrative est une piste majeure pour augmenter le temps médical (13,60).

La dévalorisation de la profession n'a pas été évoquée directement dans nos entretiens, mais plutôt en parallèle d'autres difficultés comme l'absence de courrier de certains spécialistes vécu comme de l'indifférence voire du mépris, et le manque de rémunération. La grande consultation du CNOM affirmait que 91% des médecins quel que soit leur spécialité estiment que leur mission de service public est mal reconnue.

La rémunération insuffisante était également un thème récurrent dans l'étude du 13^{ème}, avec plus de neuf médecins sur dix qui évoquaient la nécessité d'une revalorisation de la consultation. Si l'étude a été réalisée avant l'augmentation de deux euros de 2017, c'est une demande de souplesse notamment pour les consultations complexes qui était évoquée, rejoignant cette thématique de gestion du patient complexe. L'opposition à des charges élevées pourrait même contribuer à la désertification médicale de Paris selon le CNOM, proposant d'ailleurs une revalorisation de la rémunération des médecins.

Notre étude retrouve cette question majeure, mais nos entretiens enrichissaient la réflexion sur l'opportunité d'une rémunération diversifiée en dehors de la consultation mais avec comme limite une sensation de contrôle permanent, à l'image de l'hostilité de certains praticiens pour les NMR (remplacés depuis peu par les rémunérations prévues par le règlement arbitral), à une augmentation de la rémunération de la consultation limitant ce besoin « d'abattage » de patients pour entrer dans leurs frais, au profil d'un temps médical notamment de coordination hors consultation. Cette augmentation du prix de la consultation ne correspondrait alors plus au temps 'dans le cabinet' mais bien à l'ensemble de la prise en charge.

Ces problématiques évoquées autour du temps, de la surcharge de travail, de la pression administrative les médecins opposent régulièrement la quantité et la qualité du travail. Cette question de fond qui a été formulée de diverses manières tout au long de notre étude a été résumée dans un entretien par l'équilibre entre ce qu'un médecin peut faire et bien faire : l'efficacité dans le travail du médecin généraliste.

4- IMPLICATIONS PRATIQUES

Notre étude est de faible niveau de preuve (niveau 4 selon la HAS). Nous ne pouvons pas réaliser des tests statistiques pour affirmer la significativité de certaines de nos analyses. Nous ne pouvons faire émerger que des hypothèses.

Cependant, dans une logique d'étude descriptive d'un territoire, nos résultats nous semblent pertinents concernant les principales difficultés rencontrées au quotidien par les généralistes, comme dans la coordination libérale et hospitalière.

De plus, nous avons pu mesurer très précisément l'offre effective de soins en médecine générale dans le 14^{ème} arrondissement de Paris.

Nous avons mis en évidence des similitudes et des différences par rapport au secteur voisin qu'est le 13^{ème} arrondissement.

Nos résultats sont donc pertinents dans une démarche d'évaluation des projets possibles à mettre en œuvre dans le quartier par les praticiens, mais également par les pouvoirs publics, pour améliorer la pratique des médecins, mais aussi la prise en charge des patients.

V- CONCLUSION

La médecine générale d'aujourd'hui doit faire face à de nouveaux enjeux liés à l'évolution de la population française et de notre système de santé.

De nouveaux besoins en santé émergent : un virage ambulatoire croissant impliquant des prises en charge en ville de situations relevant auparavant de l'hôpital, mais aussi une population devenant plus âgée et dépendante qui relèvera particulièrement de la prise en charge à domicile ces prochaines années.

Il existe pourtant une incohérence entre l'augmentation des missions dévolues aux médecins généralistes et leur situation actuelle. Le 14^{ème} arrondissement, jusqu'à présent considéré comme bien doté en médecins, fait face à une offre de soins en déclin, bien inférieure aux chiffres officiels, et à une distribution hétérogène comprenant des secteurs particulièrement déficitaires comme Montsouris-Dareau et Jean Moulin-Porte d'Orléans. Sa densité médicale en généralistes est inférieure à la moyenne parisienne et nationale. Le manque de temps, pilier des difficultés quotidiennes, ainsi que la surcharge administrative, la gestion des appels téléphoniques, et une rémunération insuffisante, sont les principales difficultés, ayant pour première conséquence la réduction du temps médical.

L'image du médecin généraliste isolé n'est plus d'actualité. Notre étude montre que, parmi les principales demandes, figure le souhait de mieux communiquer, de se coordonner, d'améliorer la transmission d'information et de mieux connaître le réseau de professionnels médicaux et paramédicaux du territoire. Ce souhait de travailler ensemble n'implique pas forcément d'être sous le même toit en pluridisciplinaire ou pluriprofessionnel. En effet, les Maisons de santé pluriprofessionnelles se confrontent à une méfiance des médecins en raison des contraintes de fonctionnement et de la crainte de mésentente entre praticiens. Néanmoins une très large majorité des médecins généralistes exerce aujourd'hui en groupe, mais monodisciplinaire.

Le système est encore perfectible :

Avec des réseaux de soins particulièrement utilisés par les médecins généralistes de l'arrondissement et des **dispositifs territoriaux**, à l'image de ces nouveaux enjeux de prise en charge du patient complexe, gériatrique, polypathologique, la fin de vie, mais aussi la psychiatrie ambulatoire, mais d'efficacité inégale.

Avec les spécialistes libéraux : tarifs non conventionnels et délais de rendez-vous, hétérogénéité de présence selon les quartiers, comme Pernety, plus en difficulté que ses voisins pour le recours aux libéraux. Les avis sur l'accessibilité, le retour de courrier et les avis urgents sont plus divergents selon les secteurs et la spécialité que dans les études précédentes d'Ile de France. Le recours aux radiologues est cependant très satisfaisant dans l'arrondissement, et le recours aux ophtalmologues plus optimisé que dans les secteurs voisins. Pernety, mais aussi Montsouris-Dareau et Jean Moulin-Porte d'Orléans semblent avoir le moins de spécialistes libéraux de secteur.

Avec les professionnels paramédicaux, particulièrement performants dans notre arrondissement à l'exception des soins à domicile et dans certains quartiers, notamment les trois cités précédemment.

Avec le secteur psychiatrique, qui fait face à des défis d'amélioration de la coordination entre suivi ambulatoire et psychiatrique, recommandée mais non appliquée : l'effort doit venir des deux côtés pour permettre la prise en charge globale de ces patients fragiles.

Avec l'hôpital, acteur majeur du système de soin : la communication sur l'hospitalisation et la sortie des patients dont la communication des comptes rendus, la coordination du retour au domicile, et l'accès téléphonique. Des progrès ont été constatés dans certaines structures hospitalières qui déploient des efforts pour favoriser le lien ville-hôpital, entre autres par le développement des numéros directs.

Les médecins généralistes sont majoritairement ouverts à la communication avec l'hôpital : si, pour certains, l'idée d'aller s'y former pose un problème « de fond », les formations en cabinet par les praticiens hospitaliers du secteur dans le cadre du DPC semblent être une piste intéressante, contribuant au lien ville-hôpital, ces dernières intéressant même plus qu'une intervention de libéraux.

Ce travail en équipe, qu'il soit sous le même toit ou non, est d'autant plus important dans la prise en charge des patients complexes. Avoir un bon 'carnet d'adresse' étant un élément majeur de satisfaction dans le recours aux professionnels du territoire, libéraux ou hospitaliers, ce qui nécessite de connaître les confrères du quartier.

Si des propositions de systèmes pour travailler ensemble comme les ESP et les CPTS ont émergé des textes de loi, ils sont méconnus d'une large majorité et créent une certaine méfiance des praticiens dans leurs modalités pratiques : il serait important de les faire connaître, les faire comprendre, au-delà des sigles qui découragent plus d'un praticien.

La communauté professionnelle territoriale de santé du 14^{ème} se crée dans cette idée du travailler ensemble sur le même territoire, et pourrait être un premier pas vers cette amélioration.

On le voit, certaines initiatives relèvent des professionnels du territoire. Cependant, remettre le médecin traitant au cœur d'un système de soin en pleine mutation, dans un contexte de déficit de l'offre de soins ne saurait se faire sans une intervention des pouvoirs publics pour simplifier l'exercice des médecins généralistes et mieux valoriser leur travail. Les praticiens, malgré leurs différences, ont des idées communes à soumettre dans cette démarche, et méritent d'être entendus.

Bibliographie

1. Conseil national de l'ordre des médecins, Dr Patrick Bouet. Atlas de la démographie médicale en France. Cons Natl Ordre Médecins. 2017;323.
2. Insee, Statistique publique. Tableaux de l'économie française, édition 2016. 2015. (Insee références).
3. Insee. Recensement de la population - Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2017. 2016.
4. Issam Khelladi, Thomas Poncelet, Lauren Trigano, Insee Île-de-France. La population de Paris à l'horizon 2050. Insee Flash Ile Fr 28 nov 2017;(20).
5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Marion Bachelet, Marie Anguis. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée, et plus souvent salariée. mai 2017;(1011).
6. Assurance maladie de Paris. Démographie médicale parisienne au 1er janvier 2017. 2017
7. Direction de l'information légale et administrative. Qu'est-ce qu'un désert médical ? Vie publique : au coeur du débat public. 2016 Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/professionnels-sante/qu-est-ce-qu-desert-medical.html>
8. ARS Ile de France. L'ARS Île-de-France étend significativement les territoires éligibles aux aides à l'installation des médecins. 2018. Disponible sur: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/lars-ile-de-france-etend-significativement-les-territoires-eligibles-aux-aides-linstallation-des>
9. ARS Ile de France. Cartographies des zones d'intervention prioritaire et des zones d'action complémentaire. 2018.
10. ARS Ile de France. Zonage médecins 2018 – ARS Ile de France – Liste des Zones d'Intervention Prioritaire 2018.
11. ARS Ile de France. Zonage médecins 2018 – ARS Ile de France – Liste des Zones d'Action Complémentaires. 2018
12. Anissa Hammadi. A Paris aussi, les « déserts médicaux » existent. Le Parisien. 20 mars 2018;5.
13. Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Livre blanc - Pour l'avenir de la santé : de la grande consultation aux propositions. 2015.
14. Mairie de Paris. Paris Med' - Découvrez nos solutions d'installation collective. Disponible sur: <https://parismed.paris.fr/>
15. Philippe Cohen. Besoins des médecins généralistes libéraux du 13ème arrondissement de Paris concernant l'offre de soins et la coopération professionnelle. Université Paris V Descartes; 2016.

16. Ophélie de Castelbajac. Besoins des médecins généralistes du 13ème arrondissement de paris concernant leur organisation professionnelle et la gestion de leur activité médicale. Université Paris V Descartes; 2016.
17. Susanna Friedli. Caractéristiques et projections à cinq ans de l'offre de soins primaires dans le 14ème arrondissement parisien : enquête transversale auprès des médecins généralistes, gynécologues et pédiatres. Etude Demomed75. Université Paris V Descartes; 2014.
18. Insee. Comparateur de territoire – Commune de Paris 14e Arrondissement. 2018. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-75114>
19. Insee, Ministère de l'économie et des finances. Recensement de la population Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2018 - 75 Paris. 2017.
20. Insee. Commune de Paris 14e Arrondissement - Dossier complet. 2018. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-75114>
21. Conseil national de l'ordre des médecins. Article 93 - Exercice en commun. 2012. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-93-exercice-en-cabinet-de-groupe-317>
22. PAPS. PAPS IDF: ENMR dans ma région. Disponible sur: <http://www.iledefrance.paps.sante.fr/ENMR-dans-ma-region.21180.0.html>
23. Legifrance. Code de la santé publique Article R4127 -85 à 91 -Paragraphe 2 : Exercice en clientèle privée. Code de la Santé Publique. Sect. Section 1 : code de la déontologie médicale juill 1, 2018.
24. Legifrance. Code de la santé publique Article L 6323-3 - Maisons de santé. Code de la Santé Publique. Sect. Etablissements et services de santé janv, 2016.
25. DGOS. Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier. 2010.
26. Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Philippe Georges, Cécile Waquet. Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins demain. 2013 juill p. (97-99). Report No.: RM2013-119P.
27. Legifrance. Code de la santé publique Article L 6323-1 Centres de santé Code de la Santé Publique. Sect. Etablissements et services de santé janv 12, 2018.
28. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 23 février 2015 portant sur l'approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Journal officiel de la République française; 2015
29. Legifrance. Code de la santé publique - Article L 6321-1 - Réseaux de santé. Code de Santé Publique. Sect. Etablissements et services de santé janv 17, 2018.
30. PAPS IDF. Service d'appui/réseaux de santé. Disponible sur: <http://www.iledefrance.paps.sante.fr/Service-d-appui-reseaux-de-sante.21164.0.html>

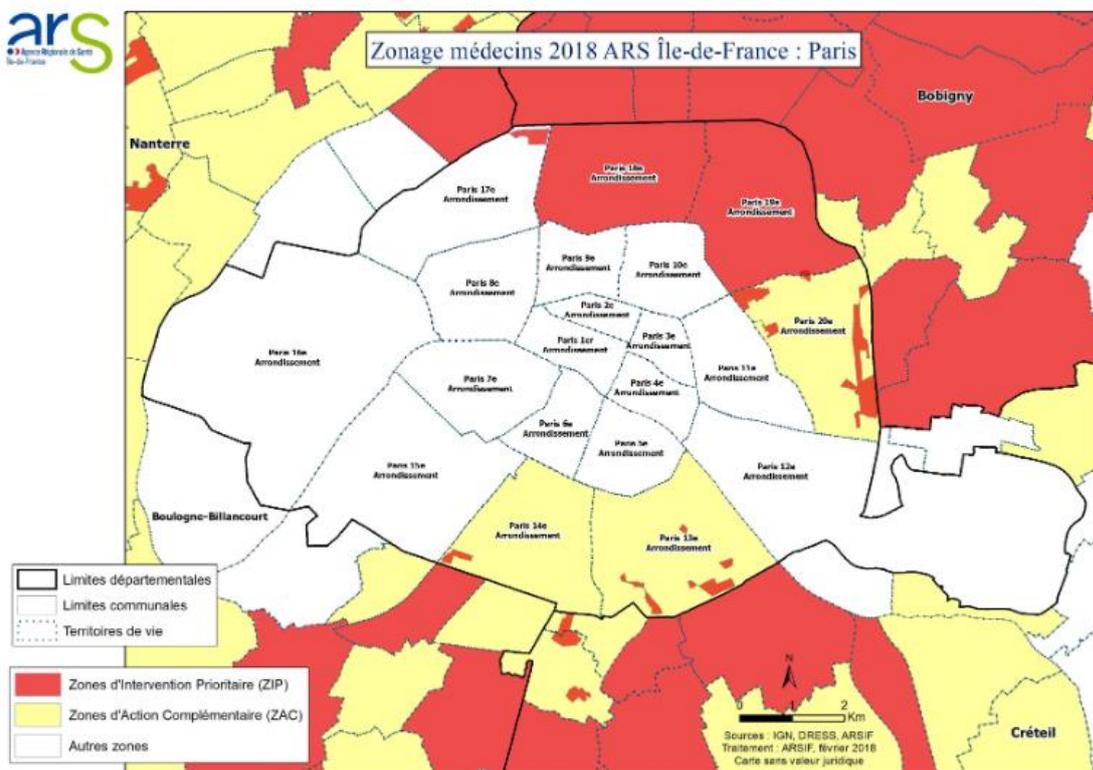
31. Ministère des affaires sociales et de la santé, DGOS. Instructions relatives aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). 2016
32. DGOS, Ministère des affaires sociales et de la santé. ESP,CPTS, PTA : Esprit de la loi Michel-VARROUD VIAL- Séminaire URSRA 24.06.16. 2016 juin 24.
33. PAPS. PAPS Portail: Equipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé. Disponible sur: <http://www.paps.sante.fr/Equipes-de-soins-primaires-et-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante.41832.0.html>
34. Assurance Maladie, CNAMTS. Guide méthodologique structures de santé pluridisciplinaire RA. 2016
35. Assurance Maladie, CNAMTS, DDGOS, DPROF. Les indicateurs - règlement arbitral - fiche synthétique par indicateur. 2016.
36. Loi de santé : Marisol Touraine réaffirme les grandes orientations du texte et annonce des avancées concrètes pour les professionnels de santé. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2015. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/annee-2014/article/loi-de-sante-marisol-touraine-reaffirme-les-grandes-orientations-du-texte-et>
37. DGOS. DGOS (Direction générale de l'offre de soins). Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgos-direction-generale-de-l-offre-de-soins>
38. DGOS. La chirurgie ambulatoire, une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2012
39. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Analyse de l'activité hospitalière 2016. 2016
40. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Analyse de l'activité hospitalière en 2015 - Synthèse, 2015
41. ATIH. Premiers chiffres clés 2017 de l'hospitalisation : médecine, chirurgie, obstétrique. 2018
42. Magali Coldefy, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La prise en charge de la santé mentale. La Documentation française. 2007. 316 p.
43. DGOS. L'hospitalisation à domicile (HAD). Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2016. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had>
44. ATIH. Premiers chiffres clés 2017 de l'hospitalisation : hospitalisation à domicile. 2018. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_had_2017.pdf

45. Ministère des affaires sociales et de la santé, DGOS. Circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD). 2016 déc
46. Ministère des Solidarités et de la Santé. Parcours de santé, de soins et de vie. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015
47. Marisol Touraine, Ministère des Solidarités et de la Santé. Intervention de Marisol Touraine à l'Assemblée nationale lors de la discussion générale du projet de loi de modernisation du système de santé. 2015. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-discours/article/intervention-de-marisol-touraine-a-l-assemblee-nationale-lors-de-la-discussion>
48. Baschet-Vernet M. Colloque MG France : pour un virage ambulatoire cohérent et réussi ! Syndicat MGFrance. 2015. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/politique-de-sante/812-pour-un-virage-ambulatoire-coherent-et-reussi>
49. OCDE données. OCDE (2018), Lits d'hôpitaux (indicateur). doi: 10.1787/9b82df80-fr. 2018. Disponible sur: <http://data.oecd.org/fr/healthqt/lits-d-hopitaux.htm>
50. ECOSANTE. Modes d'exercice particulier (MEP). Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/2362.html>
51. Docteur Corinne Le Sauder. Les médecins dit « à exercice particulier ». 6ème tribunes de la Fédération des médecins de France (FMF); 2009 nov; Juan-les-Pins.
52. Union régionale des médecins libéraux URML. Les pratiques des médecins généralistes en Ile-de-France : un désir de singularité. 2008.
53. WONCA EUROPE, Dr Justin Allen, Pr Jan Heyrman, Pr Igor Svab, Pr Bernard Gay, Pr Paul Ram, et al. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002 p. 52.
54. Mairie du 14ème arrondissement. Les conseils de quartier, qu'est-ce que c'est?. Site de la Mairie du 14ème arrondissement. 2017
55. Mairie du 14ème arrondissement. Prochaines séances des conseils de quartiers du 14ème arrondissement - Carte des 6 conseils de quartier. Site de la Mairie du 14ème arrondissement. 2018. Disponible sur: [http://\[https://mairie14-api.paris.fr/\]actualites/prochaines-seances-des-conseils-de-quartiers-du-14e-511](http://[https://mairie14-api.paris.fr/]actualites/prochaines-seances-des-conseils-de-quartiers-du-14e-511)
56. Hélène Gridel. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en plein essor : Etat des lieux en Ile de France. Paris Descartes; 2017.
57. Elsa Léger. Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Université Paris V Descartes; 2016.
58. Assyag P, Renard P, URPS médecins libéraux Ile-de-France. Les médecins spécialistes libéraux, premier recours du médecin traitant en IDF. 2014 juin.

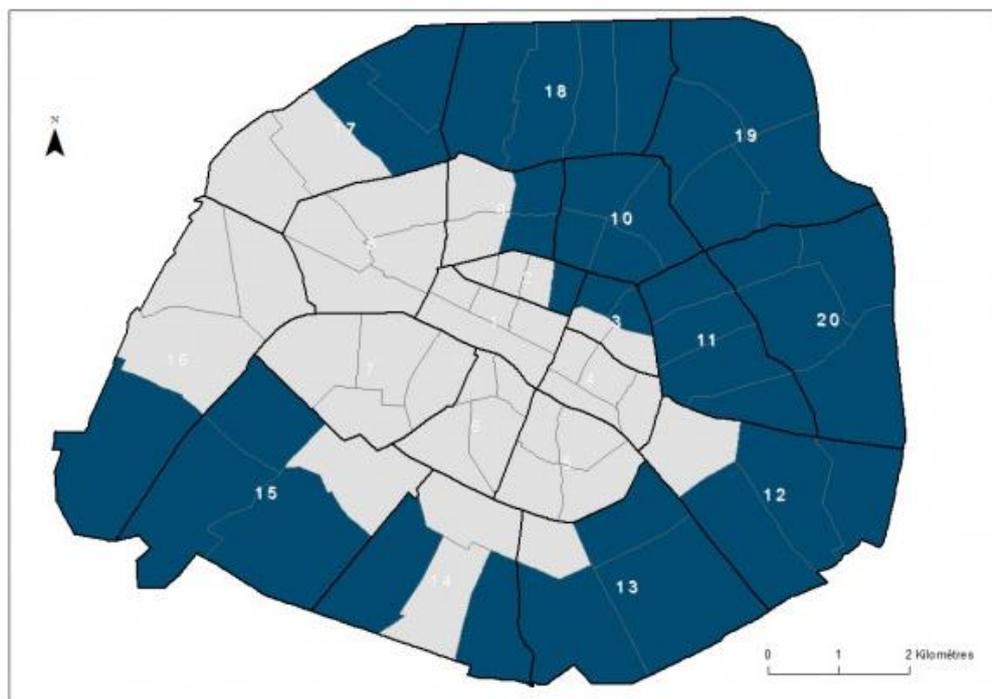
59. URPS médecins libéraux Ile-de-France. Communiqué de presse - Simplifier la coordination autour des patients : Etat des lieux et attente des médecins libéraux en Ile de France.
60. Conseil national de l'ordre des médecins. Communiqué de presse : Grande consultation de l'ordre des médecins pour la santé de demain. 2015.
61. Assyag P, Renard P, URPS médecins libéraux Ile-de-France. Les médecins spécialistes médico-techniques de proximité en île de France enquête URPS. 2011.
62. Fédération française de psychiatrie, conseil national professionnel de psychiatrie FFP-CNPP, Haute autorité de santé HAS. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. 2015 juin.
63. Insee. Population par sexe et groupe d'âges en 2018
64. Virot P, de Biasi K, Insee Île-de-France, Atelier parisien d'urbanisme (apur). Paris résiste au vieillissement démographique. Insee Ile Fr À Page. 17 févr 2011;(351). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1292470>
65. Drieux S, Insee Île-de-France. Projections de population dépendante à l'horizon 2030 en Ile de France. Insee Ile Fr À Page. déc 2011;(377).
66. Pr Cécile Goujard. Améliorer la communication et l'accès aux services spécialisés. La coopération ville-hôpital dans l'intérêt des patients - séminaire DOMU-DPT; 2017 oct 19; Hôpital Necker-Enfants Malades Auditorium Imagine, Paris.
67. Paul Tandonnet. Projet médecins partenaires aux HUPSSD - 1 an après. La coopération ville-hôpital dans l'intérêt des patients - séminaire DOMU-DPT; 2017 oct 19; Hôpital Necker-Enfants Malades Auditorium Imagine, Paris.
68. Haute autorité de santé HAS. Document de sortie d'hospitalisation de plus de 24 heures - référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation. 2014

ANNEXES

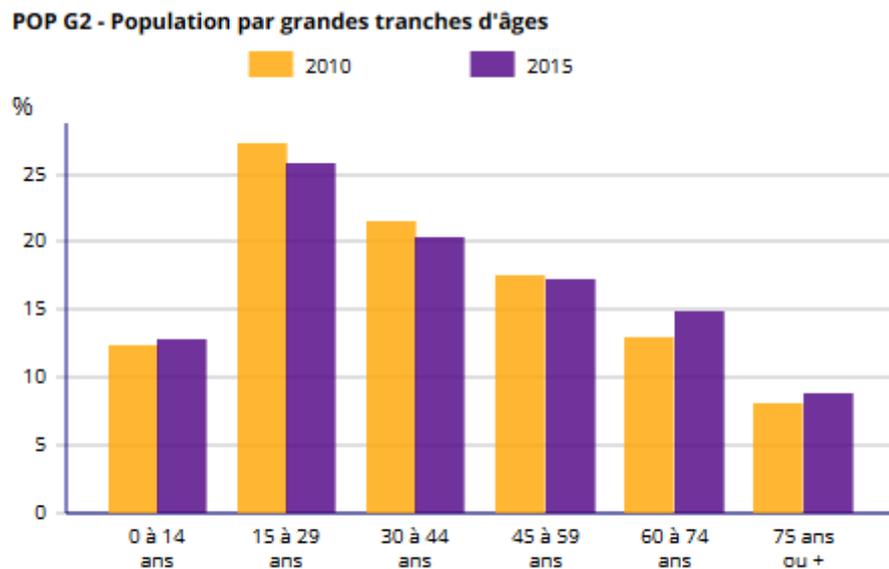
Annexe 1 Cartographie des zones d'intervention prioritaire et des zones d'action dans Paris.
Document ARS 2018 (9)



Annexe 2 Territoires éligibles à Paris Med' (14)

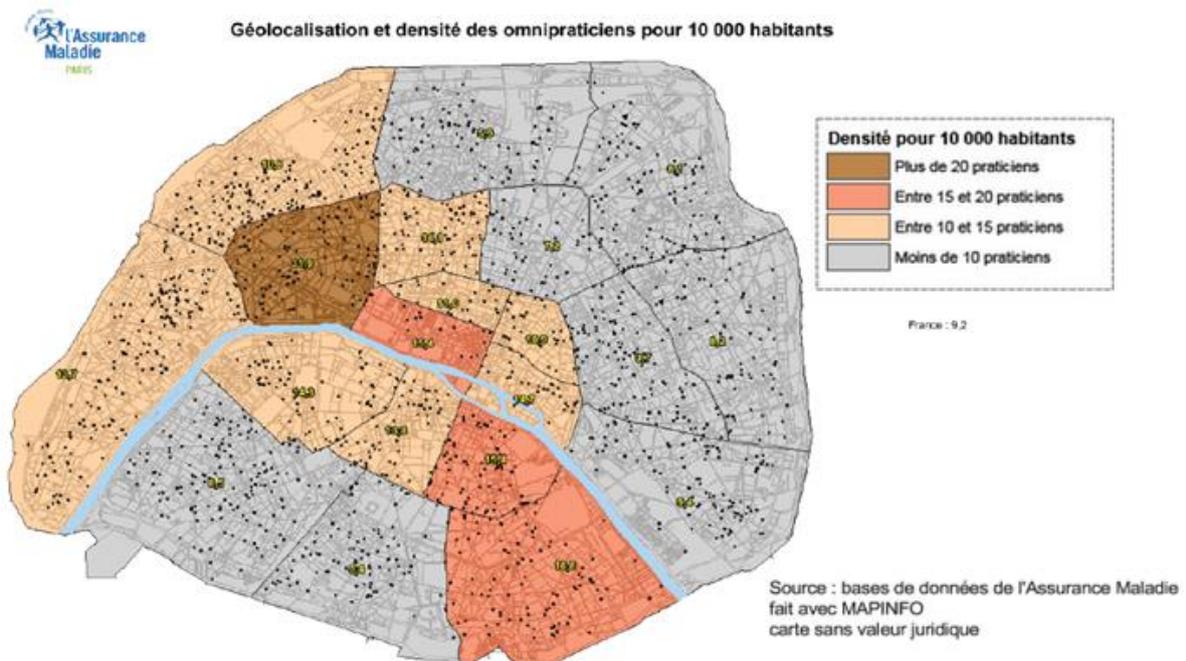


Annexe 3 Population du 14^{ème} arrondissement parisien par grandes tranches d'âge, entre 2010 et 2015, document Insee (20)



Sources : Insee, RP2010 (géographie au 01/01/2012) et RP2015 (géographie au 01/01/2017) exploitations principales.

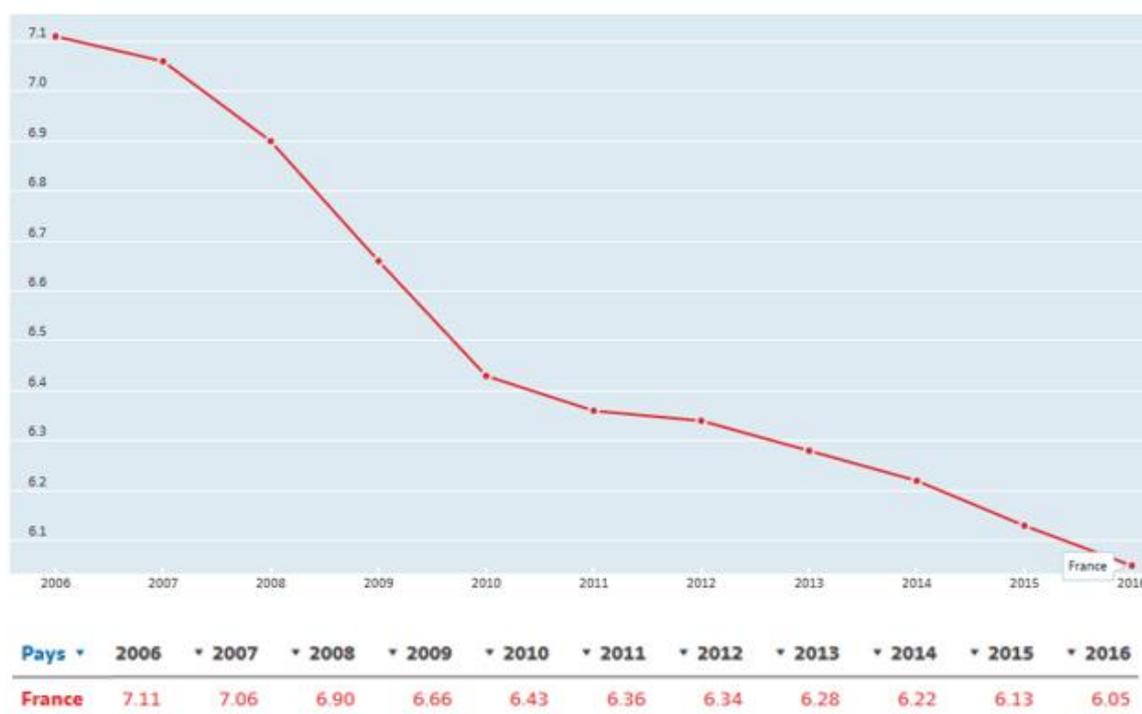
Annexe 4 Géolocalisation et densité des omnipraticiens dans Paris, pour 10.000 habitants, Document de l'assurance maladie (6)



Annexe 5 Synthèse des indicateurs du règlement arbitral (28,34,35)

	Accès aux soins	Travail en équipe pluri-professionnelle, coordination	Système d'informations
SOCLE	<p>« Accès aux soins – Socle »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amplitude des horaires d'ouverture 8h-20h + samedi matin et congés scolaires • Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré (sans rendez-vous) • Fonction de coordination organisée avec un responsable identifié 	<p>Revue de dossiers (1/mois, 3% des patients)</p> <p>Protocoles pluri-professionnels sur des thèmes spécifiés en conformité avec les recommandations HAS</p>	<p>Partage et structuration de l'information (ASIP santé labellisé niveau 1)</p>
Engagements optionnels	<p>Missions complémentaires définies au niveau régional</p> <p>Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et/ou paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure</p> <p>Organisation de consultations de spécialistes de second recours ou sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure</p>	<p>Coordination externe (DMP, VMS)</p> <p>Formation de professionnels de santé (2 par an)</p>	<p>Partage et structuration de l'information (ASIP santé labellisé niveau 2)</p>

Annexe 6 Evolution des lits d'hôpitaux en France, total pour 1 000 habitants, 2006 – 2016 (49)



Annexe 7 Classification des Modes d'exercice particuliers selon la CNAMTS (50)

MEP proches de la médecine générale		MEP éloignés de la médecine générale
<ul style="list-style-type: none"> - Gériatrie, gériatrie, - Médecine polyvalente gériatrique - Médecine du sport - Pathologie des infections tropicales - Médecine de catastrophe - Phoniatrie - Réanimation médicale - Médecine pénitentiaire - Hygiène hospitalière médicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Hydrologie et climatologie médicale - Médecine aérospatiale - Toxicomanie et alcoologie - Médecine d'urgence, Médecine polyvalente d'urgence, aide médicale urgente - Techniques transfusionnelles - Evaluation et traitement de la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> - Allergologie - Angéiologie -Diabétologie nutrition - Médecine légale

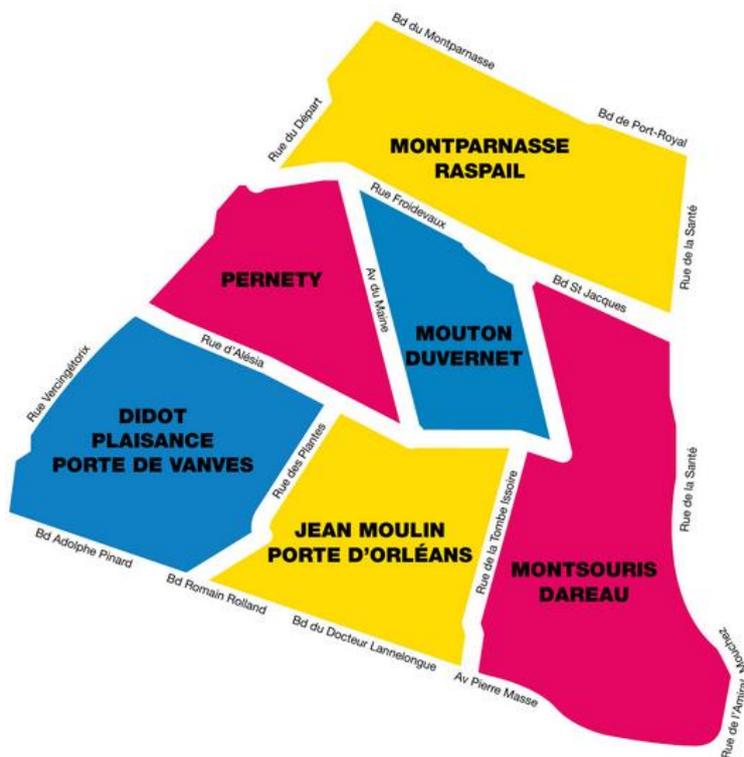
Annexe 8 Définition européenne de la médecine générale, caractéristiques (53)

- A) Elle est habituellement le **premier contact avec le système de soin**, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la **coordination des soins**, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- C) Elle développe une **approche centrée sur la personne** dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui **construit dans la durée une relation médecin-patient** basée sur une communication appropriée.
- E) Elle a la responsabilité d'assurer des **soins continus et longitudinaux**, selon les besoins du patient.
- F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- G) Elle gère simultanément les **problèmes de santé aigus et chroniques** de chaque patient.
- H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- I) Elle favorise la promotion et **l'éducation pour la santé** par une intervention appropriée et efficace.
- J) Elle a une responsabilité spécifique de **santé publique** dans la communauté.
- K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Annexe 9 Conseils de quartier du 14^{ème} arrondissement (54,55)



Les 6 quartiers du 14^{ème}



Annexe 10 TABLEAUX COMPLETS DES RESULTATS

Annexe 10.1 Intérêt pour des formations organisées dans l'arrondissement, analyses en sous-groupe en fonction du territoire, de l'âge et du mode d'exercice

Variable	Modalités	n	n(%)	N
≤40 ans	Formation à l'hôpital	14	93,33%	15
	Formation à la Faculté de médecine	11	73,33%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens libéraux	15	100%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers	15	100%	
41-50 ans	Formation à l'hôpital	5	100%	5
	Formation à la Faculté de médecine	5	100%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens libéraux	4	80%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers	4	80%	
51-60 ans	Formation à l'hôpital	6	60%	10
	Formation à la Faculté de médecine	7	70%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens libéraux	6	60%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers	7	70%	
> 60 ans	Formation à l'hôpital	6	37,50%	16
	Formation à la Faculté de médecine	3	18,75%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens libéraux	6	37,5%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers	8	50%	
Variable	Modalités	n	n(%)	N
Activité libérale exclusive	Formation à l'hôpital	23	65,71%	35
	Formation à la Faculté de médecine	18	51,42%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens libéraux	25	71,43%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers	26	74,29%	
Activité mixte	Formation à l'hôpital	8	72,73%	11
	Formation à la Faculté de médecine	8	72,73%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens libéraux	6	54,55%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers	8	72,73%	

Variable	Modalités	N	n(%)	N
Didot-Porte de Vanves	Formation à l'hôpital	8	80%	10
	Formation à la Faculté de médecine	5	50%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens libéraux	6	60%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers	6	60%	
Jean Moulin-Porte d'Orléans	Formation à l'hôpital	3	100%	3
	Formation à la Faculté de médecine	3	100%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens libéraux	2	66,67%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers	2	66,67%	
Montsouris-Dareau	Formation à l'hôpital	2	100%	2
	Formation à la Faculté de médecine	2	100%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens libéraux	2	100%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers	2	100%	
Mouton-Duvernet	Formation à l'hôpital	7	53,85%	13
	Formation à la Faculté de médecine	6	46,15%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens libéraux	9	69,23%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers	10	76,92%	
Permy	Formation à l'hôpital	6	50%	12
	Formation à la Faculté de médecine	4	33,33%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens libéraux	7	58,33%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers	9	75%	
Raspail-Montparnasse	Formation à l'hôpital	5	83,83%	6
	Formation à la Faculté de médecine	6	100%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens libéraux	5	83,33%	
	Formation au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers	5	83,33%	

Annexe 10.2 Mode d'exercice groupé ou pluriprofessionnel dans le 14^{ème} arrondissement, par quartiers

Quartier	Mode d'exercice par quartiers						
	Exercice en groupe	n	n(%)	Exercice pluri-professionnel	n	n(%)	N
Didot-Porte de Vanves	Oui	10	100%	Oui	5	50%	10
	Non	0	0	Non	5	50%	
Jean Moulin-Porte d'Orléans	Oui	0	0	Oui	0	0	3
	Non	3	100%	Non	3	100%	
Montsouris-Dareau	Oui	1	50%	Oui	0	0	2
	Non	1	50%	Non	2	100%	
Mouton-Duvernet	Oui	12	85,71%	Oui	5	35,71%	14
	Non	2	14,29%	Non	9	64,29%	
Pernety	Oui	7	58,33%	Oui	0	0	12
	Non	5	41,67%	Non	12	100%	
Raspail-Montparnasse	Oui	4	66,67%	Oui	2	33,33%	6
	Non	2	33,33%	Non	4	66,67%	

Annexe 10.3 Souhait d'une orientation vers une structure pluri-professionnelle en fonction de l'exercice actuel, de l'âge et de la localisation (* n' : pourcentage parmi les praticiens n'exerçant pas actuellement en structure pluri-professionnelle, soit N': 22)

Envisagez-vous de vous orienter vers un regroupement pluri professionnel type maison de santé ou maison de santé « hors les murs » ?						
Variable	Modalités	n	n(%)	n'(%)*	N	
Didot-Porte de Vanves	J'exerce déjà dans une structure de ce type	5	50%	-	10	
	Oui	0	0			
	Non	3	30%	60%		
Jean Moulin-Porte d'Orléans	Je ne sais pas	2	20%	40%		
	J'exerce déjà dans une structure de ce type	0		-	3	
	Oui	0				
Montsournis-Dareau	Non	3	100%	100%		
	Je ne sais pas	0				
	J'exerce déjà dans une structure de ce type	0			2	
Mouton-Duvernet	Oui	1	50%	50%		
	Non	1	50%	50%		
	Je ne sais pas	0				
Pernety	J'exerce déjà dans une structure de ce type	5	35,71%	-	14	
	Oui	3	21,43%	33,33%		
	Non	4	28,57%	44,44%		
Raspail-Montparnasse	Je ne sais pas	2	14,29%	22,22%		
	J'exerce déjà dans une structure de ce type	0		0	12	
	Oui	4	33,33%	33,33%		
Didot-Porte de Vanves	Non	7	58,33%	58,33%		
	Je ne sais pas	1	8,33%	8,33%		
	J'exerce déjà dans une structure de ce type	2	33,33%	75,00%	6	
Jean Moulin-Porte d'Orléans	Oui	0	0			
	Non	3	50%	75,00%		
	Je ne sais pas	1	16,67%	25,00%		

Variable	Modalités	n	n(%)	n'(%)*	N
Exerce en groupe	J'exerce déjà dans une structure de ce type	12	35,29%		34
	Oui	5	14,71%	22,73%	
	Non	12	35,29%	54,55%	
N'exerce pas en groupe	Je ne sais pas	5	14,71%	22,73%	
	J'exerce déjà dans une structure de ce type	0			13
	Oui	3	23,08%		
< 40 ans	Non	9	69,23%		
	Je ne sais pas	1	7,69%		
	J'exerce déjà dans une structure de ce type	8	53,33%		15
41-50 ans	Oui	3	20%	42,86%	
	Non	3	20%	42,86%	
	Je ne sais pas	1	6,67%	14,28%	
51-60 ans	J'exerce déjà dans une structure de ce type	0			5
	Oui	2	40%	40%	
	Non	0			
> 60 ans	Je ne sais pas	3	60%	60%	
	J'exerce déjà dans une structure de ce type	2	18,18%		11
	Oui	2	18,18%	22,22%	
Didot-Porte de Vanves	Non	6	54,55%	66,67%	
	Je ne sais pas	1	9,09%	11,11%	
	J'exerce déjà dans une structure de ce type	2	12,50%		16
Jean Moulin-Porte d'Orléans	Oui	1	6,25%	7,14%	
	Non	12	75,00%	85,71%	
	Je ne sais pas	1	6,25%	7,14%	

Annexe 10.4 Connaissance des sigles en fonction du mode d'exercice

Variable	Modalités	n	n(%)	N
N'exerce pas en groupe				13
	ESP	1	7,69%	
	CPTS	1	7,69%	
	PTA	1	7,69%	
	NMR	3	23,08%	
Exerce en groupe				34
	ESP	7	20,59%	
	CPTS	15	44,12%	
	PTA	10	29,41%	
	NMR	16	47,06%	

	Modalités	n	n(%)	N
Exercice non pluriprofessionnel				35
	ESP	4	11,43%	
	CPTS	9	25,71%	
	PTA	6	17,14%	
	NMR	9	25,71%	
Exercice pluriprofessionnel				12
	ESP	4	33,33%	
	CPTS	7	58,31%	
	PTA	5	41,67%	
	NMR	10	83,33%	

Annexe 10.5 Utilisation d'une messagerie sécurisée pour échanger les données médicales, analyses en sous-groupes en fonction de la localisation, de l'âge, et du mode d'exercice.

Variable	Modalités	n	n(%)	N
Didot-Porte de Vanves				14
	Oui	8	80,00%	
	Non	2	20,00%	
Jean Moulin-Porte d'Orléans				3
	Oui	1	33,33%	
	Non	2	66,67%	
Montsouris-Dareau				2
	Oui	2	100,00%	
Mouton-Duvernet				14
	Oui	12	85,71%	
	Non	2	14,29%	
Pernety				12
	Oui	10	83,33%	
	Non	2	16,67%	
Raspail-Montparnasse				6
	Oui	4	66,67%	
	Non	2	33,33%	
≤40 ans				15
	Oui	14	93,33%	
	Non	1	6,67%	
41-50 ans				5
	Oui	4	80,00%	
	Non	1	20,00%	
51-60 ans				11
	Oui	9	81,82%	
	Non	2	18,18%	
> 60 ans				16
	Oui	10	62,50%	
	Non	6	37,50%	
Exercice en groupe				14
	Oui	30	88,24%	
	Non	4	11,76%	
Exercice seul				13
	Oui	7	53,85%	
	Non	6	46,15%	

Annexe 10.6 : Etat des lieux du recours aux professionnels de santé libéraux

**les pourcentages sont calculés par rapport au nombre de réponses, ne prenant pas en compte les NA*

Variable	Modalités	Gynécologie			Ophtalmologie			Psychiatrie			Radiologie		
		n	n(%)*	N	n	n(%)*	N	n	n(%)*	N	n	n(%)*	N
Accessibilité	Très satisfait	11	26,19%	42	16	36,36%	44	12	29,27%	41	37	78,72%	47
	Satisfait	16	38,10%		11	25,00%		15	36,59%		10	21,28%	
	Insatisfait	14	33,33%		10	22,73%		8	19,51%				
	Très insatisfait	1	2,38%		7	15,91%		6	14,63%				
	NA	5			3			6					
Délais	Très satisfait	9	20,00%	45	8	17,78%	45	7	15,22%	46	36	76,60%	47
	Satisfait	11	24,44%		12	26,67%		17	36,96%		10	21,28%	
	Insatisfait	20	44,44%		16	35,56%		15	32,61%		1	2,13%	
	Très insatisfait	5	11,11%		9	20,00%		7	15,22%				
	NA	2			2			1					
Avis urgent	Très satisfait	11	30,56%	36	13	30,95%	42	9	21,43%	42	36	76,60%	47
	Satisfait	12	33,33%		17	40,48%		13	30,95%		11	23,40%	
	Insatisfait	9	25,00%		7	16,67%		14	33,33%				
	Très insatisfait	4	11,11%		5	11,90%		6	14,29%				
	NA	11			5			5					
Tarif	Très satisfait	9	24,32%	37	7	17,50%	40	7	17,07%	41	11	23,91%	46
	Satisfait	5	13,51%		6	15,00%		13	31,71%		17	36,96%	
	Insatisfait	19	51,35%		17	42,50%		14	34,15%		15	32,61%	
	Très insatisfait	4	10,81%		10	25,00%		7	17,07%		3	6,52%	
	NA	10			7			6			1		
Qualité de la prestation/réponse à	Très satisfait	18	40,91%	44	19	42,22%	45	10	22,22%	45	28	59,57%	47
	Satisfait	19	43,18%		15	33,33%		25	55,56%		18	38,30%	
	Insatisfait	6	13,64%		3	6,67%		7	15,56%		1	2,13%	
	Très insatisfait	1	2,27%		8	17,78%		3	6,67%				
	NA	3			2			2					
Retour de courrier/téléphone	Très satisfait	10	23,26%	43	12	26,67%	45	9	20,93%	43	32	69,57%	46
	Satisfait	12	27,91%		10	22,22%		9	20,93%		11	23,91%	
	Insatisfait	16	37,21%		12	26,67%		11	25,58%		2	4,35%	
	Très insatisfait	5	11,63%		11	24,44%		14	32,56%		1	2,17%	
	NA	4			2			4			1		
Présence dans le secteur	Très satisfait	10	22,73%	44	11	25,00%	44	11	23,40%	47	34	75,56%	45
	Satisfait	14	31,82%		20	45,45%		17	36,17%		11	24,44%	
	Insatisfait	19	43,18%		9	20,45%		14	29,79%				
	Très insatisfait	1	2,27%		4	9,09%		5	10,64%				
	NA	3			3						2		

Annexe 10.7 Etat des lieux du recours aux spécialistes libéraux, analyse par territoire.

Délais	Gynécologie		Ophtalmologie		Psychiatrie		Radiologie			
	Modalités	n	n(%)*	N	n	n(%)*	N	n	n(%)*	N
Vanves	Très satisfait	4	40,00%	10	3	30,00%	10	3	37,50%	8
	Satisfait	3	30,00%		4	40,00%		4	50,00%	
	Insatisfait	1	10,00%		1	10,00%		3	37,50%	
	Très insatisfait	2	20,00%		2	20,00%		1	12,50%	
	NA							2		
Porte d'Orléans	Très satisfait	1	33,33%	3	2		3	1	50,00%	2
	Satisfait	1	33,33%		1			1	50,00%	
	Insatisfait	2	66,67%		2	100%		2	100%	
	Très insatisfait							1		
	NA							1		
Dareau	Très satisfait	1	50,00%	2	2		1	1	50%	2
	Satisfait	1	50,00%		1			1	50%	
	Insatisfait	2	100%		2	100%		1	100%	
	Très insatisfait							1		
	NA							1		
Mouton-Duvernét	Très satisfait	3	21,43%	14	2	14,29%	14	5	35,71%	14
	Satisfait	5	35,71%		5	35,71%		3	21,43%	
	Insatisfait	5	35,71%		3	21,43%		2	14,29%	
	Très insatisfait	1	7,14%		4	28,57%		4	28,57%	
	NA							1		
Pernety	Très satisfait	1	8,33%	12	2	16,67%	12	4	33,33%	12
	Satisfait	1	8,33%		4	33,33%		4	33,33%	
	Insatisfait	8	66,67%		7	58,33%		3	25,00%	
	Très insatisfait	2	16,67%		1	8,33%		1	8,33%	
	NA							2		
Raspail-Montparnasse	Très satisfait	1	16,67%	6	2	33,33%	6	1	16,67%	6
	Satisfait	1	16,67%		2	33,33%		2	33,33%	
	Insatisfait	2	33,33%		2	33,33%		1	16,67%	
	Très insatisfait				2	33,33%		1	16,67%	
	NA							1		
		2						1		

Délais	Gynécologie		Ophtalmologie		Psychiatrie		Radiologie			
	Modalités	n	n(%)*	N	n	n(%)*	N	n	n(%)*	N
Vanves	Très satisfait	4	40,00%	10	3	30,00%	10	6	60,00%	10
	Satisfait	3	30,00%		4	40,00%		4	40,00%	
	Insatisfait	1	10,00%		1	10,00%		1	10,00%	
	Très insatisfait	2	20,00%		2	20,00%		2	20,00%	
	NA							2		
Porte d'Orléans	Très satisfait	1	33,33%	3	2		3	2	66,67%	3
	Satisfait	1	33,33%		1			1	33,33%	
	Insatisfait	2	66,67%		2	100%		2	66,67%	
	Très insatisfait							1	33,33%	
	NA							1		
Dareau	Très satisfait	1	50,00%	2	2		2	1	50,00%	2
	Satisfait	1	50,00%		1			1	50,00%	
	Insatisfait	2	100%		2	100%		2	100%	
	Très insatisfait							1		
	NA							1		
Mouton-Duvernét	Très satisfait	3	21,43%	14	2	14,29%	14	10	71,43%	14
	Satisfait	5	35,71%		5	35,71%		4	28,57%	
	Insatisfait	5	35,71%		3	21,43%		2	14,29%	
	Très insatisfait	1	7,14%		4	28,57%		4	28,57%	
	NA							1		
Pernety	Très satisfait	1	8,33%	12	2	16,67%	12	11	91,67%	12
	Satisfait	1	8,33%		4	33,33%		1	8,33%	
	Insatisfait	8	66,67%		7	58,33%		4	33,33%	
	Très insatisfait	2	16,67%		1	8,33%		1	8,33%	
	NA							2		
Raspail-Montparnasse	Très satisfait	1	16,67%	6	2	33,33%	6	6	100%	6
	Satisfait	1	16,67%		2	33,33%		2	33,33%	
	Insatisfait	2	33,33%		2	33,33%		2	33,33%	
	Très insatisfait				1	16,67%		1	16,67%	
	NA							1		
		2						2		

Avis urgents	Modalités	Gynécologie		Ophtalmologie		Psychiatrie		Radiologie				
		n	n(%)*	N	n	n(%)*	N	n	n(%)*	N		
Vanves Didot-Porte de	Très satisfait	4	57,14%	9	3	37,50%	8	2	25,00%	8	6	60,00%
	Satisfait	1	14,29%		1	12,50%		2	25,00%		4	40,00%
	Insatisfait	1	14,29%		2	25,00%		1	12,50%			
	Très insatisfait	1	14,29%		2	25,00%		3	37,50%			
	NA	3			2			2				
Jean Moulin- Porte d'Orléans	Très satisfait			3	1	33,33%	3			2	2	66,67%
	Satisfait	3	100%		1	33,33%		1	50,00%		1	33,33%
	Insatisfait				1	33,33%		1	50,00%			
	Très insatisfait							1				
	NA											
Montsours- Dareau	Très satisfait			2			1				1	50,00%
	Satisfait				1	100%		1	50,00%		1	50,00%
	Insatisfait	1	100%									
	Très insatisfait				1							
	NA											
Mouton- Duvynet	Très satisfait	4	30,77%	13	4	28,57%	14	2	16,67%	12	10	71,43%
	Satisfait	6	46,15%		7	50,00%		4	33,33%		4	28,57%
	Insatisfait	3	23,08%		3	21,43%		4	33,33%			
	Très insatisfait				3	21,43%		2	16,67%			
	NA	1			1			2				
Pernety	Très satisfait	2	22,22%	9	3	30,00%	10	1	8,33%	12	11	91,67%
	Satisfait	2	22,22%		6	60,00%		4	33,33%		1	8,33%
	Insatisfait	2	22,22%		1	10,00%		6	50,00%			
	Très insatisfait	3	33,33%		3	33,33%		1	8,33%			
	NA	3			2							
Raspail- Montparnasse	Très satisfait	1	33,33%	3	1	33,33%	6	3	50,00%	6	3	100%
	Satisfait				1	16,67%		1	16,67%			
	Insatisfait	2	66,67%		3	50,00%		2	33,33%			
	Très insatisfait							3	50,00%			
	NA	3			3							

Tarif	Modalités	Gynécologie		Ophtalmologie		Psychiatrie		Radiologie				
		n	n(%)*	N	n	n(%)*	N	n	n(%)*	N		
Vanves Didot-Porte de	Très satisfait	4	40,00%	10	2	20,00%	10	2	20,00%	10	2	20,00%
	Satisfait	1	10,00%		2	22,22%		5	50,00%		5	50,00%
	Insatisfait	4	40,00%		2	22,22%		2	20,00%		1	10,00%
	Très insatisfait	1	10,00%		3	33,33%		1	10,00%		2	20,00%
	NA			1								
Jean Moulin- Porte d'Orléans	Très satisfait			1			2			3	1	33,33%
	Satisfait				1	100%		1	33,33%		1	33,33%
	Insatisfait	1	100,00%		1	50,00%		1	33,33%		1	33,33%
	Très insatisfait	2			2			1	50,00%			
	NA						1					
Montsours- Dareau	Très satisfait			0			2			2		
	Satisfait							1	50,00%		1	50,00%
	Insatisfait				1	50,00%		1	50,00%		1	50,00%
	Très insatisfait	2			1	50,00%						
	NA											
Mouton- Duvynet	Très satisfait	1	9,09%	12	1	8,33%	12	1	8,33%	12	3	21,43%
	Satisfait	2	18,18%		2	16,67%		4	33,33%		4	28,57%
	Insatisfait	7	63,64%		5	41,67%		5	41,67%		6	42,86%
	Très insatisfait	1	9,09%		4	33,33%		2	16,67%		1	7,14%
	NA	3			2			2				
Pernety	Très satisfait	3	25,00%	12	3	27,27%	11	1	9,09%	12	2	16,67%
	Satisfait	2	16,67%		1	9,09%		3	27,27%		4	33,33%
	Insatisfait	5	41,67%		5	45,45%		4	36,36%		6	50,00%
	Très insatisfait	2	16,67%		2	18,18%		3	27,27%		1	8,33%
	NA				1			1				
Raspail- Montparnasse	Très satisfait	1	33,33%	3	1	20,00%	4	2	50%	5	3	60,00%
	Satisfait				1	20,00%					2	40,00%
	Insatisfait	2	66,67%		3	60,00%		2	50%			
	Très insatisfait										1	
	NA	3			1			2				

Qualité	Modalités	Gynécologie		Ophtalmologie		Psychiatrie		Radiologie			
		n	n(%)*	N	n	n(%)*	N	n	n(%)*	N	n
Didot-Porte de Vanves	Très satisfait	5	50,00%	10	2	25,00%	2	20,00%	4	40,00%	
	Satisfait	4	40,00%		3	37,50%	7	70,00%	6	60,00%	
	Insatisfait	1	10,00%		1	12,50%	1	10,00%			
	Très insatisfait				2	25,00%					
	NA				2						
Jean Moulin-Porte d'Orléans	Très satisfait	3	100,00%	3	2	66,67%	2	100%	2	66,67%	
	Satisfait				1	33,33%	2	100%	1	33,33%	
	Insatisfait										
	Très insatisfait						1				
	NA										
Montsours-Dareau	Très satisfait	1	50,00%		2	100%	2	100%	2	100%	
	Satisfait	1	50,00%								
	Insatisfait										
	Très insatisfait										
	NA										
Mouton-Duvernoy	Très satisfait	6	42,86%	14	5	35,71%	2	15,38%	8	57,14%	
	Satisfait	4	28,57%		3	21,43%	6	46,15%	6	42,86%	
	Insatisfait	4	28,57%		2	14,29%	3	23,08%	3	23,08%	
	Très insatisfait				4	28,57%	2	15,38%	2	15,38%	
	NA						1				
Pernety	Très satisfait	4	36,36%	11	5	41,67%	3	25,00%	7	58,33%	
	Satisfait	5	45,45%		5	41,67%	6	50,00%	4	33,33%	
	Insatisfait	1	9,09%		0		3	25,00%	1	8,33%	
	Très insatisfait	1	9,09%		2	16,67%					
	NA	1									
Raspail-Montparnasse	Très satisfait	2	50,00%	4	3	50,00%	3	50,00%	5	83,33%	
	Satisfait	2	50,00%		3	50,00%	2	33,33%	1	16,67%	
	Insatisfait						1	16,67%			
	Très insatisfait										
	NA										

Retour courrier - tel	Modalités	Gynécologie		Ophtalmologie		Psychiatrie		Radiologie		
		n	n(%)*	N	n	n(%)*	N	n	n(%)*	N
Didot-Porte de Vanves	Très satisfait	4	44,44%	7	2	25,00%	2	25,00%	5	55,56%
	Satisfait	2	22,22%		1	12,50%	2	25,00%	2	22,22%
	Insatisfait	3	33,33%		2	25,00%	2	25,00%	1	11,11%
	Très insatisfait				3	37,50%	2	25,00%	1	11,11%
	NA	1			2		2		1	
Jean Moulin-Porte d'Orléans	Très satisfait	3	100%	3	1	33,33%	1	50,00%	2	66,67%
	Satisfait				1	33,33%			1	33,33%
	Insatisfait				1	33,33%	1	50,00%		
	Très insatisfait						1	50,00%		
	NA						1			
Montsours-Dareau	Très satisfait	1	50,00%	2	1	50,00%	2	100%	2	100%
	Satisfait	1	50,00%		1	50,00%	1	50,00%		
	Insatisfait									
	Très insatisfait									
	NA									
Mouton-Duvernoy	Très satisfait	3	21,43%	14	4	28,57%	2	15,38%	9	64,29%
	Satisfait	4	28,57%		3	21,43%	2	15,38%	5	35,71%
	Insatisfait	5	35,71%		1	7,14%	3	23,08%		
	Très insatisfait	2	14,29%		6	42,86%	6	46,15%		
	NA						1			
Pernety	Très satisfait	2	18,18%	11	4	33,33%	2	16,67%	9	75,00%
	Satisfait	1	9,09%		3	25,00%	3	25,00%	2	16,67%
	Insatisfait	5	45,45%		4	33,33%	3	25,00%	1	8,33%
	Très insatisfait	3	27,27%		1	8,33%	4	33,33%		
	NA	1								
Raspail-Montparnasse	Très satisfait	1	25,00%	4	1	16,67%	3	50,00%	5	83,33%
	Satisfait	1	25,00%		1	16,67%			1	16,67%
	Insatisfait	2	50,00%		3	50,00%	3	50,00%		
	Très insatisfait				1	16,67%				
	NA	2								

Présence dans le secteur	Modalités	Gynécologie		Ophtalmologie		Psychiatrie		Radiologie		
		n	n[%]*	N	n	n[%]*	N	n	n[%]*	N
Didot-Porte de Vanves										
	Très satisfait	3	30,00%	10	8	10	20,00%	6	60,00%	
	Satisfait	3	30,00%		2	6	60,00%	4	40,00%	
	Insatisfait	4	40,00%		1	2	20,00%			
	Très insatisfait				1					
	NA				2					
Jean Moulin-Porte d'Orléans										
	Très satisfait			2	2	3		2	66,67%	
	Satisfait							1	33,33%	
	Insatisfait	2	100%		1	3	100%			
	Très insatisfait	1			1					
	NA				1					
Montsouris-Dareau										
	Très satisfait			2	2	2				
	Satisfait	1	50,00%		1			1	50,00%	
	Insatisfait	1	50,00%		1			1	50,00%	
	Très insatisfait									
	NA									
Mouton-Duernet										
	Très satisfait	3	21,43%	14	14	14				
	Satisfait	6	42,86%		2	6	42,86%	10	83,33%	
	Insatisfait	5	35,71%		8	3	21,43%	2	16,67%	
	Très insatisfait				1					
	NA				3					
Pernety										
	Très satisfait	2	16,67%	12	12	12				
	Satisfait	3	25,00%		3	1	8,33%	9	75,00%	
	Insatisfait	6	50,00%		5	4	33,33%	3	25,00%	
	Très insatisfait	1	8,33%		4	5	41,67%			
	NA				1	2	16,67%			
Raspail-Montparnasse										
	Très satisfait	2	50,00%	4	6	6		6	100%	
	Satisfait	1	25,00%		3	5	83,33%			
	Insatisfait	1	25,00%		2	1	16,67%	1	16,67%	
	Très insatisfait				1					
	NA	2			2					

Annexe 10.8 Etat des lieux du recours aux professionnels paramédicaux : *les pourcentages sont calculés par rapport au nombre de réponses, ne prenant pas en compte les NA*

Variable	Modalités	Kinésithérapeutes			Infirmiers		
		n	n(%)	N	n	n(%)	N
Accessibilité	Très satisfait	25	54,35%	46	27	58,70%	46
	Satisfait	15	32,61%		16	34,78%	
	Insatisfait	4	8,70%		3	6,52%	
	Très insatisfait	2	4,35%		0		
	NA	1			1		
Délais	Très satisfait	17	36,17%	47	24	52,17%	46
	Satisfait	18	38,30%		20	43,48%	
	Insatisfait	11	23,40%		2	4,35%	
	Très insatisfait	1	2,13%		0		
	NA	0			1		
Visites, soins au domicile	Très satisfait	12	27,27%	44	25	55,56%	45
	Satisfait	12	27,27%		17	37,78%	
	Insatisfait	14	31,82%		1	2,22%	
	Très insatisfait	6	13,64%		2	4,44%	
	NA	3			2		
Tarif	Très satisfait	17	41,46%	41	27	67,50%	40
	Satisfait	16	39,02%		13	32,50%	
	Insatisfait	6	14,63%				
	Très insatisfait	2	4,88%				
	NA	6			7		
Qualité de la prestation/réponse à vos besoins	Très satisfait	19	40,43%	47	24	52,17%	46
	Satisfait	23	48,94%		22	47,83%	
	Insatisfait	4	8,51%		0		
	Très insatisfait	1	2,13%		0		
	NA				1		
Présence dans le secteur	Très satisfait	24	51,06%	47	24	53,33%	45
	Satisfait	14	29,79%		17	37,78%	
	Insatisfait	6	12,77%		4	8,89%	
	Très insatisfait	3	6,38%		0		
	NA				2		

Annexe 10.9 Etat des lieux du recours aux professionnels paramédicaux en fonction du secteur : *les pourcentages sont calculés par rapport au nombre de réponses, ne prenant pas en compte les NA

KINE	Modalités	Accessibilité		Délais		Visite à domicile		Tarifs		Qualité de la prestation		Présence dans le secteur	
		n	n(%)*	N	n(%)*	N	n(%)*	N	n(%)*	N	n(%)*	N	n
Didot-Porte de Vanves	Très satisfait	7	70,00%	10	50,00%	11	10,00%	6	75,00%	5	50,00%	7	70,00%
	Satisfait	1	10,00%		20,00%		40,00%	2	25,00%	5	50,00%	1	10,00%
	Insatisfait	2	20,00%		20,00%		30,00%					2	20,00%
	Très insatisfait NA			3	10,00%	3	20,00%	2					
Jean Moulin-Porte d'Orléans	Très satisfait	1	33,33%	3	33,33%	3	33,33%	1	33,33%	1	33,33%	1	33,33%
	Satisfait	1	33,33%		33,33%		33,33%			1	33,33%	1	33,33%
	Insatisfait				33,33%		33,33%	2	66,67%				
	Très insatisfait NA	1	33,33%		10,00%		20,00%			1	33,33%	1	33,33%
Montsouris-Dareau	Très satisfait			1		2							
	Satisfait	1	100%					1	100%	2	100%	2	100%
	Insatisfait												
	Très insatisfait NA	1						1					
Mouton-Duvernoy	Très satisfait	8	57,14%	14	42,86%	14	41,67%	4	36,36%	6	42,86%	8	57,14%
	Satisfait	4	28,57%		28,57%		25,00%	4	36,36%	5	35,71%	4	28,57%
	Insatisfait	2	14,29%		28,57%		33,33%	2	18,18%	3	21,43%	2	14,29%
	Très insatisfait NA							1	9,09%				
Pernety	Très satisfait	5	41,67%	12	25,00%	12	25,00%	4	33,33%	4	33,33%	4	33,33%
	Satisfait	6	50,00%		58,33%		16,67%	5	41,67%	7	58,33%	5	41,67%
	Insatisfait				16,67%		33,33%	2	16,67%	1	8,33%	3	25,00%
	Très insatisfait NA	1	8,33%				25,00%	1	8,33%				
Raspail-Montparnasse	Très satisfait	4	66,67%	6	33,33%	6	40,00%	2	33,33%	3	50,00%	4	66,67%
	Satisfait	2	33,33%		66,67%		40,00%	4	66,67%	3	50,00%	1	16,67%
	Insatisfait						20,00%						
	Très insatisfait NA					1	20,00%					1	16,67%

IDE	Modalités	Accessibilité		Délais		Visite à domicile		Tarifs		Qualité de la prestation		Présence dans le secteur		
		n	n(%)*	N	n(%)*	N	n(%)*	N	n(%)*	N	n(%)*	N	n	n(%)*
Didot-Porte de Vanves	Très satisfait	6	60,00%	10	70,00%	6	60,00%	7	87,50%	5	50,00%	7	70,00%	10
	Satisfait	4	40,00%	3	30,00%	4	40,00%	1	12,50%	5	50,00%	3	30,00%	
	Insatisfait													
	Très insatisfait													
	NA							2						
Jean Moulin-Porte d'Orléans	Très satisfait			2										2
	Satisfait	2	100%	2	100%	2	100%	2	100%	2	100%	2	100%	
	Insatisfait													
	Très insatisfait	1		1		1		1		1		1		
	NA													
Montsouris-Dareau	Très satisfait			2										2
	Satisfait	2	100%	1	50,00%	1	50,00%	1	100%	1	50,00%	2	100%	
	Insatisfait			1	50,00%									
	Très insatisfait					1	50,00%							
	NA							1						
Mouton-Duvernet	Très satisfait	10	71,43%	14	64,29%	9	64,29%	7	58,33%	8	57,14%	8	57,14%	14
	Satisfait	4	28,57%	5	35,71%	5	35,71%	5	41,67%	6	42,86%	5	35,71%	
	Insatisfait													
	Très insatisfait													
	NA							2						
Pernety	Très satisfait	8	66,67%	12	41,67%	6	50,00%	8	72,73%	5	41,67%	4	36,36%	11
	Satisfait	2	16,67%	7	58,33%	4	33,33%	3	27,27%	7	58,33%	5	45,45%	
	Insatisfait	2	16,67%			1	8,33%	1	8,33%			2	18,18%	
	Très insatisfait					1	8,33%					1		
	NA							1						
Raspail-Montparnasse	Très satisfait	3	50,00%	6	50,00%	4	80,00%	5	83,33%	5	83,33%	5	83,33%	6
	Satisfait	2	33,33%	2	33,33%	1	20,00%	1	16,67%	1	16,67%	1	16,67%	
	Insatisfait	1	16,67%	1	16,67%									
	Très insatisfait					1	16,67%					1	16,67%	
	NA													

Annexe 10.10 Existence de difficultés à joindre l'hôpital en fonction de la localisation

Variable	Modalités	n	n(%)	N
Didot-Porte de Vanves	Joindre un praticien	7	70%	10
	Joindre un secrétariat	7	70%	
Jean Moulin-Porte d'Orléans	Joindre un praticien	3	100%	3
	Joindre un secrétariat	3	100%	
Montsouris-Dareau	Joindre un praticien	2	100%	2
	Joindre un secrétariat	2	100%	
Mouton-Duvernety	Joindre un praticien	9	64,29%	14
	Joindre un secrétariat	11	78,57%	
Pernety	Joindre un praticien	9	75%	12
	Joindre un secrétariat	9	75%	
Raspail-Montparnasse	Joindre un praticien	4	66,67%	6
	Joindre un secrétariat	4	75%	

Annexe 10.11 Moyen privilégié pour l'hospitalisation des patients, analyses en sous-groupe en fonction de la localisation et de l'âge

Variable	Modalités	n	n(%)	N
Didot-Porte de Vanves	Adressé aux urgences	3	30,00%	10
	Directement dans un service hospitalier après contact avec un praticien	1	10,00%	
	Les deux	6	60,00%	
Jean Moulin-Porte d'Orléans	Les deux	3	100%	3
	Adressé aux urgences	2	100%	
Montsouris-Dareau	Adressé aux urgences	2	14,29%	14
	Directement dans un service hospitalier après contact avec un praticien	5	35,71%	
	Les deux	7	50,00%	
Pernety	Adressé aux urgences	2	16,67%	12
	Directement dans un service hospitalier après contact avec un praticien	9	75,00%	
	Les deux	1	8,33%	
Raspail-Montparnasse	Adressé aux urgences	1	16,67%	6
	Directement dans un service hospitalier après contact avec un praticien	2	33,33%	
	Les deux	3	50,00%	
≤40 ans	Adressé aux urgences	2	13,33%	15
	Directement dans un service hospitalier après contact avec un praticien	9	60,00%	
	Les deux	4	26,67%	
41-50 ans	Adressé aux urgences	1	20,00%	5
	Directement dans un service hospitalier après contact avec un praticien	1	20,00%	
	Les deux	3	60,00%	
51-60 ans	Adressé aux urgences	2	18,18%	11
	Directement dans un service hospitalier après contact avec un praticien	3	27,27%	
	Les deux	6	54,55%	
> 60 ans	Adressé aux urgences	5	31,25%	16
	Directement dans un service hospitalier après contact avec un praticien	4	25,00%	
	Les deux	7	43,75%	

Annexe 10.12 Recours au médecin généraliste lors de la sortie d'hospitalisation de patients nécessitant des soins en fonction du territoire

Variable	Modalités	n	n(%)	N
Didot-Porte de Vanves	Jamais	3	30,00%	10
	Rarement	5	50,00%	
	Souvent	2	20,00%	
Jean Moulin-Porte d'Orléans	Jamais	1	33,33%	3
	Rarement	1	33,33%	
	Souvent	1	33,33%	
Montsouris-Dareau	Rarement	2	100%	2
Mouton-Duvernet	Jamais	3	21,43%	14
	Rarement	7	50,00%	
	Souvent	3	21,43%	
	Très souvent	1	7,14%	
Pernety	Jamais	4	33,33%	12
	Rarement	4	33,33%	
	Souvent	3	25,00%	
	Très souvent	1	8,33%	
Raspail-Montparnasse	Jamais	1	16,67%	6
	Rarement	4	66,67%	
	Souvent	1	16,67%	

Annexe 10.13 Satisfaction générale des médecins généralistes concernant la prise en charge de leurs patients en fonction de la localisation
 (* n' calculé en parmi les praticiens réalisant des visites à domicile, ne prenant donc pas en compte les « sans objet »)

Modalités	n	n(%)	n'(%)*	N	
Didot-Porte de Vanves	Satisfait	7	87,50%	8	
	Non satisfait	1	12,50%		
	Satisfait	2	66,67%		3
	Non satisfait	1	33,33%		
	Satisfait	1	50,00%		2
	Non satisfait	1	50,00%		
Jean Moulin-Porte d'Orléans	Satisfait	12	85,71%	14	
	Non satisfait	2	14,29%		
Montsouris-Dareau	Satisfait	10	83,33%	12	
	Non satisfait	2	16,67%		
Mouton-Duvernet	Satisfait	5	83,33%	6	
	Non satisfait	1	16,67%		
Raspail-Montparnasse	Satisfait	5	62,50%	8	
	Non satisfait	3	37,50%		
Didot-Porte de Vanves	Satisfait	1	33,33%	3	
	Non satisfait	1	33,33%		
	Sans objet	1	33,33%		
Jean Moulin-Porte d'Orléans	Satisfait	1	50,00%	2	
	Non satisfait	1	50,00%		
Montsouris-Dareau	Satisfait	9	64,29%	14	
	Non satisfait	2	14,29%		
Mouton-Duvernet	Satisfait	3	21,43%	12	
	Non satisfait	7	58,33%		
Pernety	Satisfait	5	41,67%	12	
	Non satisfait	7	58,33%		
Raspail-Montparnasse	Satisfait	2	40,00%	5	
	Non satisfait	3	60,00%		

Annexe 10.14 Satisfaction générale des médecins généralistes concernant les conditions de prise en charge de leurs patients en fonction de l'âge (*n' (%) calculé par rapport au nombre de répondants, ne prenant pas en compte les réponses 'sans objet')

	Modalités	n	n(%)	n' (%)	N
Prise en charge au cabinet	≤40 ans	Satisfait	11	78,57%	14
		Non satisfait	3	21,43%	
	41-50 ans	Satisfait	3	60,00%	5
		Non satisfait	2	40,00%	
51-60 ans	Satisfait	9	81,82%	11	
	Non satisfait	2	18,18%		
≥ 60 ans	Satisfait	14	93,33%	15	
	Non satisfait	1	6,67%		
Prise en charge au domicile	≤40 ans	Satisfait	4	28,57%	14
		Non satisfait	8	57,14%	
		Sans objet	2	14,29%	
	41-50 ans	Satisfait	2	40,00%	5
		Non satisfait	3	60,00%	
		Sans objet	0	0,00%	
	51-60 ans	Satisfait	7	70,00%	10
		Non satisfait	2	20,00%	
		Sans objet	1	10,00%	
	≥ 60 ans	Satisfait	12	80,00%	15
		Non satisfait	2	13,33%	
		Sans objet	1	6,67%	

Annexe 10.15 Satisfaction générale des médecins généralistes concernant les conditions de prise en charge de leurs patients parmi les praticiens exerçant en groupe ou non (*n' (%) calculé par rapport au nombre de répondants, ne prenant pas en compte les réponses 'sans objet' et non répondants)

	Variable	Modalités	n	n(%)	N	n' (%)*	N'
Prise en charge au cabinet	Exerce en groupe	Satisfaction de la prise en charge en cabinet	27	79,41%	34	84,38%	32
		Non satisfaction de la prise en charge au cabinet	5	14,71%			
		Non répondant	2	5,88%			
	N'exerce pas en groupe	Satisfaction de la prise en charge en cabinet	10	76,92%	13	76,92%	13
		Non satisfaction de la prise en charge au cabinet	3	23,08%			
	Prise en charge au domicile	Exerce en groupe	Satisfaction de la prise en charge au domicile	17	50,00%	34	58,62%
Non satisfaction de la prise en charge au domicile			12	35,29%			
Sans objet			3	8,82%			
Non répondant			2	5,88%			
N'exerce pas en groupe		Satisfaction de la prise en charge en domicile	8	61,54%	13	72,73%	11
		Non satisfaction de la prise en charge au domicile	3	23,08%			
		Sans objet	1	7,69%			
		Non répondant	1	7,69%			

I.- VOUS et VOTRE ACTIVITE

1. Vous êtes : 0 Une femme 0 Un homme

2. Quel âge avez-vous ? 0 < 40 ans 0 41-50 ans 0 51-60 ans 0 > 60 ans

3. Quel a été votre formation de troisième cycle : 0 DES MG 0 Autre

4. Votre activité en médecine générale est : (QCU)
 0 Libérale intégrale 0 Mixte (libérale et salariée)

5. Si libéral, vous exercez comme : (QCU) 0 Médecin titulaire 0 Collaborateur libéral

6. Exercez-vous dans les mêmes locaux que d'autres professionnels de santé ? 0 Oui 0 Non

7. Si oui, précisez le nombre de professionnels (titulaires ou collaborateurs) pour chacune des professions suivantes (vous incluez) :

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

8. De combien de patients adulte 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 amel.fr (si vous n'y avez pas accès, vous pouvez donner votre estimation).
 Données amel.fr : ---- OU estimation ----

9. Suivez-vous régulièrement des enfants ? Oui 0 Non 0
 Vous déclarez vous en médecin traitant des enfants ? 0 Oui 0 Non

10. A combien estimez-vous le temps d'activité clinique hebdomadaire dédié à vos patients, comprenant consultations et visites à domicile : __ heures en moyenne par semaine (si vous disposez d'un remplaçant régulier, incluez son temps d'activité dans la réponse)

11. Combien de temps hebdomadaire consacrez-vous aux tâches administratives ? : ... heures

12. Combien de demi-journées par semaine sont assurées de façon régulière par un remplaçant ou un collaborateur 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.

13. Je dispose de mon RIAP : 0 Oui 0 Non

14. 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) : ...

15. Avez-vous un mode d'exercice particulier ? 0 Oui 0 Non
 Les modes d'exercice particuliers (MEP) sont par exemple : Acupuncture, Homéopathie, Angiologie/Phlébologie, Allergologie, Médecine manuelle/Ostéopathe, Diététique, Echotomographie
 Si oui, le MEP correspond à quel pourcentage de votre temps d'activité ?%

16. Réalisez-vous au cabinet les actes suivants: (QCM)
 0 Frottis Cervico-Vaginal
 0 Pose de dispositif intra-utérin (Stérilet)
 0 Remrait d'implant contraceptif sous-cutané
 0 Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse
 0 Suivi de grossesse
 0 Suivi de nourrisson
 0 Infiltrations intra-articulaire
 0 Sutures
 0 Electrocardiogramme
 0 Spirométrie
 0 Autre ...

17. Accueillez-vous des étudiants en médecine en tant que maître de stage ? (QCM)
 0 Non, je ne l'envisage pas
 0 Non, mais dans le futur, j'envisage de devenir maître de stage
 0 Oui, des étudiants de 2ème cycle (externes en médecine)
 0 Oui, des internes en médecine en stage niveau 1
 0 Oui, des internes en médecine en stage niveau 2 (SASPAS)

II.-ORGANISATION DE VOTRE LIEU D'EXERCICE : LOCAUX ET SECRETARIAT

18. Pouvez-vous recevoir dans vos locaux des personnes en fauteuil roulant ? (QCU) :
 0 Oui, dans la totalité des locaux 0 Oui, dans une partie des locaux 0 Non

19. Dans le cadre de la réglementation sur l'accessibilité, envisagez-vous des travaux pour mettre aux normes vos locaux ? 0 Oui 0 Non

20. Avez-vous un secrétariat : (QCM)
 0 Accueil et secrétariat sur place
 0 Téléphonique à distance
 0 Prise de rendez-vous en ligne
 0 Pas de secrétariat

21. Déléguez-vous certaines tâches? Paiement, TP, rangement/numérisation du courrier? 0 Oui 0 Non

22. Le feriez-vous si vous bénéficiiez d'un secrétariat?
 0 Oui 0 Non

23. Avez-vous des freins en termes de secrétariat ? *0 Oui 0 Non*
 Si oui, merci de les préciser : (QCM)
0 Coût
0 Gestion du personnel
0 Compétence
0 Taille du local

24. Seriez-vous intéressé par un système de secrétariat physique mutualisé avec d'autres professionnels du quartier pour la gestion de tâches administratives ? *0 Oui 0 Non*

25. Quels sont vos horaires de travail ? (matin et après-midi)

Laundi	Mardi	Mercredi	Jendredi	Vendredi	Samedi	Dimanche

26. Dans l'ensemble, concernant les consultations : (QCU)
0 Vous parvenez à voir tous les patients qui vous sollicitent sans problème
0 Vous recevez tout le monde mais vous devez pour cela travailler plus que vous ne le souhaitez
0 Vous refusez régulièrement des patients

27. Acceptez-vous de prendre de nouveaux patients comme médecin traitant ?
 - En consultation : *0 Oui 0 Non*
 - En visite à domicile programmée : *0 Oui 0 Non*

28. Consultez-vous : (QCU)
0 Uniquement sur rendez-vous
0 Uniquement sans rendez-vous
0 Avec rendez-vous et sans rendez-vous

29. Quel est votre secteur d'activité ? *0 Secteur 1 0 Secteur 2 0 Autre ...*

III - INFORMATIQUE ET TIERS PAYANT

30. Faites-vous des feuilles de soins électroniques
 - en consultation? *0 Oui 0 Non*
 - en visite? *0 Oui 0 Non*

31. Les dossiers médicaux de vos patients sont-ils informatisés ? *0 Oui 0 Non*
 Si oui, de quel logiciel s'agit-il ? -----

32. Partagez-vous votre dossier médical informatisé avec d'autres médecins ou professionnels de santé du cabinet?
0 Oui
0 Non
0 non concerné (exercice seul)

33. Pour les patients suivis à domicile, sous quelle forme sont les dossiers?
0 Informatique
0 Papier
0 Les deux

34. Utilisez-vous une messagerie sécurisée / plateforme informatique pour échanger des données médicales dont comptes rendus ? *0 Oui 0 Non*

35. Dans votre activité libérale vous pratiquez le tiers payant sur la part obligatoire pour : (QCM)
0 Aucun patient
0 Les patients bénéficiant de l'AME
0 Les patients bénéficiant de la CMUc
0 Certains patients en ALD
0 Tous les patients en ALD
0 Les patients en situation financière difficile
0 Les patients dont vous êtes le MT
0 Tous les patients

IV - GESTION DES VISITES A DOMICILE

36. Dans l'ensemble, concernant les visites à domicile programmées: (QCU)
0 Vous parvenez à aller voir tous les patients qui vous sollicitent sans problème
0 Vous allez voir tous les patients qui vous sollicitent mais vous devez pour cela travailler plus que vous ne le souhaitez
0 Vous refusez régulièrement des patients
0 Vous ne faites pas de visites à domicile

37. Réalisez-vous les visites à domicile suivantes :
 Visites à domicile urgentes ?
0 Oui exceptionnellement 0 Oui 0 Non
 Visites à domicile « non programmées » ?
0 Oui exceptionnellement 0 Oui 0 Non
 Si non, vers qui orientez-vous ? ...

38. Quel temps moyen consacrez-vous à chaque VAD ? (préparation, déplacement, consultation, transmissions) *1 ... minutes
 - ...
 - ...
 - ...

39. Quels sont selon vous les 3 principaux freins à prendre des nouveaux patients en VAD ?
 - ...
 - ...
 - ...

40. Pratiquez-vous des VAD avec d'autres professionnels de santé? *0 Oui 0 Non*

41. Accepteriez-vous de nouveaux patients MT à domicile s'il existait un système : (QCM)
 1/ De régulation des visites par un rapprochement de l'offre et de la demande : *0 Oui 0 Non*
 2/ De coordination pour les cas complexes :
0 De 1ère VAD coordonnée pluri-professionnelle
0 De suivi de patient complexe en VAD avec coordination pluri-professionnelle (IDE etc.)

V - PERMANENCE DES SOINS

42. Participez-vous à la permanence des soins ambulatoires (Prenez-vous des gardes ou astreintes) ?
0 Oui 0 Non
 Si oui :
0 Gardes en maison médicale
0 Poste fixe
0 Visites d'urgences régulées par le 15
0 Etes-vous Médecin régulateur du centre 15

43. Combien de semaines de congés prenez-vous en moyenne par an : _ _ _ semaines

44. Vous faites-vous remplacer pendant vos congés (remplaçant ou associé) ?

0 Oui, totalement 0 Oui, partiellement 0 Non

45. Si non, pour quelles raisons ? (QCM) :

0 contraintes administratives

0 maîtrise du logiciel

0 tenue des dossiers

0 mauvaise expérience de remplacement

0 ne trouve pas de remplaçant

0 autre : ...

VI - COOPERATION PROFESSIONNELLE A L'ECHELLE DU TERRITOIRE

A-Relations interprofessionnelles en général :

46. Lorsque vous devez orienter (hors urgence) votre patient vers un spécialiste, quels confrères privilégiez-vous

0 Libéraux

0 Hospitalier

0 Pas de préférence, cela dépend de la situation

B-Relations avec la ville - coordination libérale

47. Concernant les spécialités suivantes, dites si vous en êtes :

1 Très satisfait 2 satisfait 3 insatisfait 4 très insatisfait (note de 1 à 4)

	Accessibilité (tel, mail, courrier)	Délai	Avis urgent	Tarif	Qualité de la prestation/ réponse à vos besoins	Retour de courrier/téléphone	Présence dans le secteur
Gynécologie							
Ophthalmologie							
Psychiatrie							
Radiologie							

Y a-t-il d'autres spécialistes avec lesquels vous avez des difficultés ? ...

48. Acceptez-vous de suivre sur le plan somatique des patients atteints de pathologies psychiatriques chroniques (troubles bipolaires, schizophrénie) ?

0 Oui 0 Non

Si oui considérez-vous que votre suivi est bien coordonné avec le psychiatre (comptes rendus, communication suivi somatique et psy)

0 Oui 0 Non

Si non accepteriez-vous de réaliser le suivi somatique des patients atteints de pathologies psychiatriques s'il était coordonné avec son psychiatre ?

0 Oui 0 Non

49. Concernant les autres acteurs, dites si vous en êtes :

1 Très satisfait 2 satisfait 3 insatisfait 4 très insatisfait (note de 1 à 4)

	Accessibilité (tel, mail, courrier)	Délai	Visites /soins au domicile	Tarif	Qualité de la prestation / Réponse à vos besoins	Présence dans le secteur
Kinésithérapeutes						
Infirmiers						

50. Avez-vous un accès facile aux services sociaux pour gérer les difficultés de vos patients

0 Oui 0 Non

51. Citez les structures/dispositifs territoriaux médicaux ou paramédicaux avec lesquelles vous travaillez le plus (MALA, CLIC, HAD, CMP, Centre 15,... à citer si pas de réponse spontanée ou besoin d'exemples)

- ... - ...

52. Pour chacun d'entre eux, dites si vous en êtes :

1 Très satisfait 2 satisfait 3 insatisfait 4 très insatisfait (Notes de 1 à 4)

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

0 Oui 0 Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

0 réseau de soins palliatifs 0 réseau périnatalité 0 réseau diabète 0 réseau rein

Autres : ...

Si oui faites-vous appel à ces réseaux en cas de cas complexes à prendre en charge au domicile ?

0 Oui 0 Non

Cela représente-t-il un recours utile et adapté à vos besoins ?

0 Oui 0 Non

54. Savez-vous qu'il existe désormais une plateforme autonomie Paris Saint Jacques Cas complexes regroupant ces différentes ressources (formulaire en ligne > évaluation des besoins > décision collégiale d'intervention au domicile) ?

0 Oui 0 Non

C-Relations avec l'hôpital, lien ville-hôpital

55. Rencontrez-vous des difficultés à joindre l'hôpital par téléphone ? (QCM)

0 Pour joindre un praticien hospitalier

0 Pour joindre un secrétariat (CR, rendez-vous)

56. Comment procédez-vous pour demander l'hospitalisation d'un de vos patients ? (QCM)

0 Directement dans un service hospitalier après contact avec un praticien

0 Adressé aux urgences

0 Autres précisez : ...

57. Etes-vous sollicité lors de la sortie d'hospitalisation de vos patients qui nécessitent des soins à la sortie (appel téléphonique, HAD, soins au domicile etc...) (QCM) :

0 jamais 0 rarement 0 souvent 0 très souvent

58. Seriez-vous favorable au développement de numéros de téléphones pour joindre directement les praticiens hospitalier (avis, hospitalisation) dédiés aux les médecins libéraux ?

0 Oui 0 Non

59. Connaissiez-vous "médecins partenaires", "allo saint Jo" ?

0 Oui 0 Non

VII - DPC

60. Comment assurez-vous votre formation continue ? (revues, congrès/ séminaires, labos etc...)

... ..
... ..

61. Seriez-vous intéressé(e) par des formations ou des programmes de DPC organisés dans l'arrondissement (QCM) ?

- 0 Formation à l'hôpital
- 0 Formation à la Faculté de Médecine
- 0 Formation au sein des cabinets par des praticiens libéraux
- 0 Formation au sein des cabinets par des praticiens hospitaliers

VIII - CONDITIONS D'EXERCICE

62. Etes-vous globalement satisfait de la prise en charge de vos patients

- 0 au cabinet ?
- 0 à domicile ?

63. Dans votre activité médicale quotidienne, quels sont les trois principaux problèmes rencontrés ? (ou obstacles ?)

... ..
... ..
... ..

64. Quelles seraient les 3 propositions que vous feriez pour améliorer votre qualité de travail et faciliter votre exercice ?

... ..
... ..
... ..

IX - PREVISIONS D'EVOLUTION

65. 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 notable (> 15%)	Activité stable	Augmentation d'activité notable (> 15%)
Dans 2 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans 5 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Envisagez-vous un successeur en cas de cessation totale de votre activité ou un collaborateur en cas de cessation partielle

- 0 Non
 - 0 Oui
- Commentaires:

Si oui, avez-vous déjà trouvé ce successeur /collaborateur ?

0 Non 0 Oui, mais c'est incertain 0 Oui, de façon certaine

Si non, seriez-vous intéressés par une aide du territoire pour trouver un successeur/collaborateur ?

67. Envisagez-vous de vous orienter vers un regroupement pluri-professionnel type maison de santé ou maison de santé « hors les murs » ?

- 0 Oui
- 0 Non
- 0 Je ne sais pas
- 0 J'exerce déjà dans une structure de ce type

68. Si oui pourquoi: (QCM)

- 0 Partage des charges
- 0 Meilleure qualité des soins
- 0 Plaisir du travail en groupe
- 0 Nouveau mode de prise en charge du patient
- 0 Partage des tâches administratives
- 0 Partage des plages horaires et vacances
- Autre :

69. Si non, pourquoi : (QCM)

- 0 Perte d'autonomie, salariat déguisé
- 0 Augmentation des tâches administratives
- 0 Médecine moins personnalisée
- 0 Difficultés d'entente entre les associés
- 0 Contraintes de fonctionnement
- 0 Coûts de fonctionnement
- Autre :

70. Connaissez-vous la signification des sigles suivants :

- ESP (équipe de soins primaires) 0 Oui 0 Non
- CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé) 0 Oui 0 Non
- PTA (plateforme territoriale d'appui) 0 Oui 0 Non
- NMR (nouveaux modes de rémunération) 0 Oui 0 Non

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

OFFRE DE SOINS ET BESOINS TERRITORIAUX DES MEDECINS GENERALISTES DU 14^{ème} ARRONDISSEMENT PARISIEN

Résumé: Le système de soin français connaît des modifications majeures dans son organisation. Les besoins de la population évoluent. Nous avons analysé l'offre de soins en médecine générale libérale ainsi que les besoins territoriaux. Nous avons réalisé un recensement exhaustif des médecins généralistes en activité libérale stricte ou mixte du 14^{ème} arrondissement, et mené une étude épidémiologique, transversale avec analyse quantitative de décembre 2017 à Mai 2018. Le recueil de données s'effectuait lors d'entretiens par hétéro-questionnaire, avec un complément qualitatif illustratif.

Les sources officielles comptaient 145 praticiens, notre recensement réduisant à 87 éligibles, dont 47 inclus, soit une densité de 6,2 pour 10.000 habitants.

L'exercice groupé est majoritaire, mais l'exercice pluriprofessionnel se heurte à une méfiance liée notamment aux contraintes de fonctionnement.

Les difficultés quotidiennes principales concernent le manque de coordination entre professionnels du territoire, le manque de temps, la surcharge administrative, et la rémunération insuffisante.

Le recours aux spécialistes libéraux est perfectible, particulièrement pour les tarifs et délais de rendez-vous. La psychiatrie fait face à des défis d'amélioration de la coordination entre suivi somatique et psychiatrique.

Le lien ville-hôpital doit continuer à progresser, en développant les numéros directs, mais aussi par une meilleure communication pour l'hospitalisation des patients.

Les nouveaux dispositifs et la création d'une CPTS doivent favoriser les initiatives, mais doivent s'accompagner d'une intervention des pouvoirs publics pour une simplification et valorisation du travail des généralistes.

Mots clés : offre de soins, 14^{ème} arrondissement, étude transversale, coordination des soins, hôpital, pluriprofessionnel, virage ambulatoire

TREATMENT OFFER AND TERRITORIAL NEEDS OF GENERAL PRACTITIONERS IN THE 14TH ARRONDISSEMENT OF PARIS

Abstract: The French health care system is undergoing major changes in its organization. The needs of the population are changing. We analyzed the treatment offer in liberal general medicine as well as the territorial needs. We conducted an exhaustive census of general practitioners in strict or mixed liberal activity in the 14th arrondissement. From December 2017 to May 2018, we carried out a transversal epidemiological study, with quantitative analysis. The data was collected through interviews, with hetero-assessment questionnaires, and a qualitative illustrative supplement.

The official sources counted 145 practitioners, our census amounted to only 87 eligible practitioners, of which we included 47, a density of 6.2 per 10,000 inhabitants.

Most practitioners are grouped, but pluriprofessional practice is met with wariness, especially regarding the operating constraints.

The most common issues relate to lack of coordination between professionals of the area, lack of time, administrative overload, and insufficient earnings.

The reliance on liberal specialists is perfectible, especially concerning the fees and the delays for appointments. Psychiatry faces challenges in improving coordination between somatic and psychiatric follow-up.

The link between city and hospital must continue to progress, by developing direct telephone numbers, but also by perfecting communication for the hospitalization of the patients.

The new systems and the creation of CPTS should encourage initiatives, but should also support government intervention to simplify and enhance the work of general practitioners.

Keywords: treatment offer, 14th arrondissement, transversal study, coordination, hospital, pluriprofessional, ambulatory shift

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06**